

Honderd Jaar Tandheelkundig Onderwijs



SAMENVATTINGEN VOORDRACHTEN IN SECTIEVERBAND Sectie Pedodontie en Gehandicaptenzorg

WELKE ACHTERGRONDEN BEPALEN DE INDICATIESTELLING IN DE KINDERTANDHEELKUNDE

DR. H. KALSBEK

De tandheelkunde is lange tijd gezien als een technisch vak. Geleidelijk zijn ook medisch-biologische aspecten binnen de belangstelling gekomen. De aandacht voor sociale en psychologische aspecten is tot nu toe gering geweest. Het gevolg is dat de tandarts zich meestal niet competent acht, indien meer van hem gevraagd wordt, dan het toepassen van technieken. Dit is het geval bij de voorlichting en bij de behandeling van jonge kinderen. Hoewel de stelling: 'prioriteit voor de jeugd', reeds lang opgeld doet, worden jonge en bange kinderen uit de praktijk veelal geweerd. Slechts 10% van de kleuters wordt tandheelkundig verzorgd. De tandarts behandelt in het algemeen liever volwassenen. Ook in de georganiseerde jeugdzorg richt men zich meestal meer op de techniek (restaureren en extraheren) dan op de begeleiding van het kind (voorlichting). De belangrijkste taak van de tandarts of de kindertandverzorgster is het kind en zijn ouders een zodanige begeleiding te geven, dat de kans op een gezond gebit in de toekomst zo groot mogelijk wordt. Het doel is bereikt, als het wat oudere kind zelf zijn gebit wil verzorgen en wanneer het bereid is een eventueel nodige tandheelkundige behandeling te ondergaan. Primair is de vorming van een bepaalde mentaliteit bij het kind. De houding van de tandarts tegenover het kind en zijn ouders is daarbij meer bepalend voor het resultaat dan de technieken die in de mond worden toegepast. Het tweede doel: de bevordering van de gebitsge-

zondheid van het kind op korte termijn is aan het eerste doel ondergeschikt. Caviteiten vullen en slechte elementen extraheren moge tijdelijk het gebit in een betere staat brengen, indien de attitude van het kind ten aanzien van de verzorging negatief is, heeft de behandeling voor de gezondheid op langere termijn weinig betekenis.

Welke verrichtingen zijn er in de kindertandverzorging geïndiceerd? Gezien de doelstelling is het voorlichtingsgesprek met de ouders van het kind van essentieel belang. De ouders krijgen hiermee de middelen in handen zelf voor het kind te zorgen. Dit maakt hen minder afhankelijk van onze zorgverlening. Het is niet de bedoeling de ouders bang te maken, schuldgevoelens aan te praten of te dwingen bepaalde dingen te doen of te laten. Het gaat erom voor hen de vrijheid te vergroten, niet om deze te beperken. Preventieve maatregelen, die de tandarts zelf moet uitvoeren (zoals fluoride-applicaties) zijn geïndiceerd, indien contact met ouders onmogelijk is of indien de preventie thuis onvoldoende resultaat heeft. Het als routine toepassen van applicatie, bij alle kinderen, lijkt mij niet gewenst, het is niet altijd nodig en vooral jonge kinderen vinden de procedure onaangenaam. De ervaring bij de kindertandverzorging in Tiel wijst uit dat bij een groot aantal kleuters door de preventieve maatregelen een curatieve verzorging of geheel niet meer nodig is, of zich beperkt tot een enkele pitvulling. Hoewel men

ernaar moet streven aangetaste gebitselementen zoveel mogelijk te restaureren kan het verstandiger zijn een gebitselement op te offeren, dan het kind onbehandelbaar te maken.

In de georganiseerde jeugdzorg wordt er momenteel sterk voor gepleit alle niet meer te restaureren melkelementen te extraheren. Hoe groot de medische voordelen ook mogen zijn, indien het kind een hekel krijgt aan tandverzorging schiet men het doel voorbij. Indien men het kind onvoldoende op de behandeling kan voorbereiden en als er geen contact is met de ouders om over de voor- en nadelen te overleggen lijkt extractie van een melkelement waar het kind geen pijn aan heeft, gecontraïndiceerd. Het is bekend, dat gehele schoolklassen zeer angstig kunnen worden, als de dental-car arriveert. Het komt er bij de indicatiestelling op aan, het kind niet zwaarder te belasten dan het verwerken kan. Indien de sfeer, waarin de behandeling plaats vindt ontspannen is en wanneer de vereiste procedures op een voor het kind zo plezierig mogelijke wijze worden uitgevoerd, zijn de kansen om goede resultaten te bereiken optimaal. Het einddoel van de zorg moet zijn: een positieve houding van het kind ten opzichte van zijn gebit. Een bang en onbehandelbaar kind is een groter fiasco dan een onbehandeld gebitselement.

Adres: Project Kindertandverzorging,
Tiel.

THE CHILDREN'S DENTIST AND HIS PRACTICE

PROF. DR. J. N. SWALLOW (Universiteit van Amsterdam)

In a society where human rights are recognised and guaranteed by Law, surprisingly the needs of children have tended to lag behind those of adults. This stems from the fact that the majority of children have parents who are assumed to have the responsibility to care for them. Those who are orphans or whose family has maltreated them are placed in the hands of guardians who have most of the rights and obligations of natural parents.

Indeed, although the age at which the child is allowed to decide for himself is gradually being reduced, it is remarkable how a little power he has to control his own life. Yet in spite of this criticism, at this time of rapid social change and awareness, it is too easy to forget that over the last hundred years there has been in fact a dramatic change of the position of the child in society. No longer, in developed countries at least, are children forced

to work in factories and in the mines; education is no longer the prerogative of the rich; and health services have until quite recently seen children as the most important priority group. The reasons for the emphasis are complex and it would be too simple to say that they result from the needs of societies to have educated healthy adults. Yet, in the United Kingdom at least, the compulsory inspection of the teeth of children at school stems seeming-

ly from the fact that many conscripts during the First World War were found to be unfit for active duty because of bad teeth. For whatever reason, the greatest development of organised dental services for children paralleled those in social and general health and began in the first two decades of this century. Of course individual dentists and some dental schools had, even in the 19th century, recognised that children had problems that differed from those of adults, and that the prevention of dental disease had an important role to play in the care of children. In common with the treatment of adults, the emphasis was on the removal of teeth, for poorer children, and the restoration of teeth for children of more privileged parents. Yet at the beginning of the hundred years that we are celebrating the management of irregular teeth was seen to be important, and this discipline soon became part of undergraduate education and as a result perhaps of this early beginning, one of the first specialities in dentistry. Yet even before the Second World War only a few centers, notably in Scandinavia and the U.S.A., recognised the dental needs of children as meriting special teaching at undergraduate and post graduate levels.

It was in the post-war years that dentists in those countries where such development had not occurred turned for advice on how to develop curricula and skills in the treatment of children. The Profession

was concerned about the problems of retaining teeth because it had been found that simply applying the techniques developed for the permanent dentition did not produce universal success. The research at this time was able to provide many answers. Cavity design and techniques of restoring primary teeth, the management of traumatised teeth, and endodontic therapy, occupied much of the literature during this period. Because many of the pioneers had developed their speciality alongside departments of orthodontics, the attention of childrens dentists at this time was also drawn to prevention of malocclusion. Other areas of interest included preventive dentistry which gained its appeal with the epidemiological studies on children (because they were a 'captive' population) and the discovery of the value of fluorides in preventing caries. Gradually however it became recognised that the self selecting process which operates and prevents anxious adults from seeking dental care, did not operate in children, and that special techniques were necessary. This led to the spate of research, still at its flood, in the area of paedodontic psychology. It is important to state also in this context, that dentistry for the handicapped too developed originally as a social and academic discipline in departments of childrens dentistry. Childrens dentistry has thus acted as a breeding ground for many disciplines which have emerged to stand on their own right in recent years.

What of the future? It would seem that the area most likely to receive renewed attention is the delivery of care through organised services and using dental teams, together with the recognition that treatment can never deal with the problem successfully unless coupled with prevention with fluoridation as the key. However — in this country at least — unless there is a major change in emphasis and an increase in financial resources, the majority of children will still be treated by dentists in family practices. This environment is clearly best for all. Hopefully the dentist of to-morrow will have had a good grounding in paediatric dentistry which will have not only have provided him with operative skills, but also the belief that children should not receive dental care because this will benefit them in adulthood, but rather because they have the right to dental care for their own sake. Yet another development will be the recognition by the Profession that the dental needs of a growing number of children can be best met by dentists whose post graduate training has extended their skills to the level of specialists. These skills will be based on interdisciplinary research in child behaviour and development, medicine, education and others so that the general dental practitioner of to-morrow, just as his counterpart in medicine has a paediatrician, will have a paediatric dentist to help him in the care of his child patients.

DE GEHANDICAPTE MENS EN ZIJN BEHOEFTE AAN TANDHEELKUNDIGE ZORG

DR. M. F. VAN GRUNSVEN (RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN)

Een gehandicapte is iemand die door een fysieke of mentale aandoening gedurende lange tijd belemmerd wordt volledig deel te nemen aan de voor zijn leeftijd normale sociale activiteiten. In deze context kunnen drie groepen 'tandheelkundig gehandicapten' worden onderscheiden, namelijk:

1. personen bij wie het tand-kaakstelsel de primaire oorzaak is van het gehandicapt zijn;
2. personen bij wie de toestand van het gebit of tandheelkundige behandeling zonder speciale voorzorgen het gehandicapt zijn kan verergeren;
3. personen bij wie tandheelkundige zorg ernstig bemoeilijkt kan worden als gevolg van een mentale of fysieke aandoening. Gezondheid is door de Wereld Gezondheids Organisatie omschreven als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden en niet slechts de afwezigheid van ziekten. In

deze context moet onder een gezond gebit niet alleen de afwezigheid van tand- en mondziekten worden verstaan, maar betekent dit tevens dat door het gebit geen afbreuk mag worden gedaan aan het zich lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden. Voor het verkrijgen van gebitsgezondheid in de hier bedoelde zin liggen de problemen bij de twee eerstgenoemde categorieën tandheelkundig gehandicapten voornamelijk in het tandheelkundig-technische vlak. Tot de derde groep tandheelkundig gehandicapten behoren onder andere zwakzinnigen en ernstig zintuiglijk of motorisch gehandicapten. Deze gehandicapten worden veelal tandheelkundig verwaarloosd. Tal van oorzaken kunnen daarvoor worden aangewezen. Zo vragen ouders om zeer uiteenlopende redenen vaak niet om tandheelkundige hulp voor hun gehandicapte kind. Tandartsen zijn dikwijls onvoldoende bekend met de betreffende handicap

en missen daardoor het inzicht hoe de gehandicapte en zijn ouders tegemoet te treden. Het gedrag van de gehandicapte kan tandheelkundige zorg bemoeilijken. Tenslotte dragen ook het tekort aan tandartsen en problemen van financiële aard ertoe bij dat veel gehandicapten van tandheelkundige zorg verstoken zijn. In Nederland is naar schatting 90% van de ernstig mentaal en fysiek gehandicapten die in inrichtingen worden opgenomen, nog nooit tandheelkundig behandeld. Het aantal gehandicapten met een sterk bemultileerd gebit is daardoor relatief groot. Daarbij doen zich nog enkele specifieke problemen voor:

- Een gehandicapte kan klachten soms niet zodanig aangeven dat dit wordt begrepen, hetgeen ernstige gedragsstoornissen tot gevolg kan hebben.
- De gebitstoestand van de gehandicapte kan er de oorzaak van zijn dat hij door zijn omgeving als meelijwekkend, grieze-

lig of afstotend wordt ervaren. Ook een slechte adem vormt duidelijk een remmende factor in de omgang met de betreffende gehandicapte.

– De mogelijkheden van tandheelkundige verzorging zijn dikwijls beperkt. Een effectieve mondhygiëne is veelal moeilijk te bereiken. Herstel van gebitsfuncties door middel van uitneembare prothetische voorzieningen is in veel gevallen onmogelijk. Bovendien bestaan er vaak problemen met betrekking tot de behandelbaarheid van de gehandicapte.

Wellicht geldt voor de mentaal en fysiek gehandicapte in veel sterkere mate dan voor de niet-gehandicapte, dat vooral de beleving van het gebit door hemzelf en

zijn omgeving de noodzaak van tandheelkundige verzorging bepaalt. Een aan de behoeften en mogelijkheden van de gehandicapte aangepaste tandheelkundige verzorging is daarom uitsluitend in interdisciplinair verband mogelijk. Dit geldt zowel voor het bepalen van de onder de gegeven omstandigheden hoogst bereikbare graad van gebitsgezondheid als voor de tandheelkundige verzorging als zodanig.

De wijze waarop de tandheekunde een bijdrage kan leveren aan het welbevinden van de gehandicapte medemens krijgt uit het zich ontwikkelende onderzoek op dit terrein steeds duidelijker gestalte. In dit verband kan op de volgende aspecten worden gewezen:

– gedragswetenschappelijk onderzoek biedt geleidelijk meer inzicht in de wijze van tegemoet treden van gehandicapten in de tandheelkundige situatie;

– een epidemiologisch onderzoek duidt op de noodzaak van grote preventieve en curatieve aandacht voor parodontale aandoeningen en traumatische gebitsbeschadigingen;

– bestudering van numerieke, morfologische en structurele defecten van de tandweefsels kan bijdragen aan de diagnostiek en de kennis van oorzaken van de handicap, hetgeen zowel voor de gehandicapte zelf als in verband met genetisch advies van groot belang is.

HET BEHANDELEN VAN DE GEESTELIJK GEHANDICAPTE

DR. M. F. VAN GRUNSVEN (Rijksuniversiteit Groningen)

Een groot probleem bij de tandheelkundige verzorging van zwakzinnigen is dat een aantal pupillen, in het bijzonder dieperzwakzinnigen, niet of onvoldoende kan medewerken bij onderzoek of behandeling van het gebit. Dit heeft ertoe geleid dat het behandelen van zwakzinnigen door sommigen als een zeer bijzondere vorm van tandheekunde wordt gezien. Fox (Dent Clin North Am 18: 535-544, 1974) merkt hierover het volgende op: 'Dentistry for the handicapped has always had an aura of 'mystique' surrounding it. Those professionals who were able to render care for these children or were succesful in treating even the non-handicapped child were often considered to possess some sort of magical power'.

De psychologische problemen, die bij tandheelkundige behandeling van zwakzinnigen kunnen optreden, verschillen wel kwantitatief maar niet kwalitatief van die bij niet-zwakzinnige kinderen. Niet-coöperatief gedrag ontstaat als gevolg van angst voor het onbekende, door reactivering van angsten uit het verleden of uit vrees voor pijn of andere onaangename sensaties. Meestal bestaat het niet-coöperatieve gedrag uit een pogen de situatie te ontvluchten of uit een reactieve agressiviteit. Omdat het driftleven van zwakzinnigen vaak minder harmonieus en minder beheerst is dan bij niet-zwakzinnigen, kunnen hun angstreacties soms zeer heftig zijn. Gedurende de afgelopen 10 jaar is met een groot aantal medewerkers van de zwakzinnigeninrich-

tingen Hendrik van Boeijen-Oord te Assen en Huize Mariëncamp te Rolde een reeks van maatregelen ontwikkeld om zwakzinnigen bij een bezoek aan de tandarts zodanig te begeleiden, dat de behandelingen met zo weinig mogelijk ongewenste emoties gepaard gaan.

Deze maatregelen zijn erop gericht:

– het affect dat rond tandheelkundige behandeling kan hangen niet op te roepen of, indien aanwezig, te laten verdwijnen;

– tijdens de behandeling zo weinig mogelijk afleidende prikkels toe te dienen, omdat bij zwakzinnigen de prikkelverwerking vaak anders is en de reacties soms moeilijk te voorspellen zijn;

– de pupillen zo mogelijk te helpen een behandeling te leren aanvaarden.

Emotionele reacties die een behandeling onmogelijk maken, kunnen op vier verschillende momenten worden opgeroepen. Deze momenten zijn: het aankondigen van een bezoek aan de tandarts, het binnenkomen in de behandelkamer, de confrontatie met het tandheelkundig team en het uitvoeren van de behandeling. De gerichte begeleiding, die op elk van deze vier situaties van toepassing is, vertoont veel overeenkomst met methoden van benadering die ook in de kindertandheekunde worden toegepast, zoals systematische desensitisatie, 'model-learning' en operante conditioneringstechnieken. Bij de begeleiding van zwakzinnigen wordt de vereenvoudiging en het prikkelarm houden van de situatie verder en strakker doorgevoerd dan dat dit bij het behande-

len van niet-zwakzinnige peuters en kleuters gewoonlijk het geval is. Ook is de rol van de verzorgers in deze begeleiding actiever, enerzijds opdat de pupil iemand bij zich weet bij wie hij zich veilig kan voelen, anderzijds met het doel de tandarts de noodzakelijke informatie te geven over de wijze van benadering.

Met deze aanpak laat 75% van de dieperzwakzinnigen zich goed behandelen. Bij de pupillen die op deze wijze niet voldoende zijn te helpen, ongeveer de helft van de op idioot en een derde van de op lager-inbeciel niveau functionerenden, wordt de begeleiding medicamenteus ondersteund.

Deze medicatie bestaat in principe uit een individueel te bepalen en insluitend te doseren combinatie van een neurolepticum en een ataracticum. Met deze psychofarmaca wordt beoogd meer ruimte te scheppen om begeleidende maatregelen beter tot hun recht te laten komen; psychofarmaca zijn geen toverdrankjes waarvan men mag verwachten dat een onbehandelbare zwakzinnige er zonder meer coöperatief van wordt.

Met deze langs empirische weg ontstane wijze van begeleiden, waarvan premedicatie zo nodig deel uitmaakt, blijkt de noodzaak voor tandheelkundige behandeling van zwakzinnigen onder narcose nagenoeg nihil.

Voorwaarde is evenwel dat alle betrokkenen bij de zorg voor de zwakzinnigen, de tandheelkundige verzorging als wezenlijk onderdeel van die totale zorg opvatten.