

Tandarts kan vroeg ziekten opsporen

Voorstander

Cees de Baat, vakgroep Orale Functieeler, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

■ Toen ik kort na mijn afstuderen werkzaam was in een algemene praktijk werd ik op een dag al vroeg in de ochtend gebeld door een lokale huisarts. Hij had op dat moment een moeder met een klein zoontje in zijn spreekkamer. De huisarts vertelde mij dat kind en moeder overstuur waren omdat het jongetje de hele nacht had gehuild vanwege pijn in zijn mond. Bij inspectie van de mond had de huisarts een kies gezien met een 'rotte plek erin die de oorzaak van de pijn was'. Hij vroeg mij vriendelijk of ik direct gelegenheid had deze kies 'te vullen'. Een kwartier later waren moeder en kind bij mij in de praktijk. Toen bleek eerst dat moeder en kind helemaal niet overstuur waren. Dat argument had de huisarts kennelijk gebruikt om mij tot onmiddellijke actie te laten overgaan. Dat maakte me uiteraard niets uit, want het kind had overduidelijk pijn. De mond van het kind bleek een totale carieuze bende te zijn en bij 1 tijdelijke molaar keek ik recht in de zwartgeblakerde pulpakamer en er was sprake van een beginnend abces rond de molaar. Omstandig heb ik kind en moeder uitgelegd dat extractie de aangewezen therapie was. Beiden leken dit te begrijpen en na een probleemloze behandeling verlieten zij opgelucht de praktijk. Vrij snel daarna werd ik weer opgebeld door de nu woedende huisarts. Hoe had ik het in mijn hoofd gehaald die kies 'te trekken', want hij had toch gevraagd of ik de kies wilde 'vullen'? De moeder was blijkbaar spoorsslags teruggegaan naar de huisarts om haar beklag te doen over het feit dat ik anders had gehandeld dan wat de huisarts haar had voorgespiegeld. Wat kan een jonge tandarts in 1 dag veel

leren! Ik leerde die dag dat in het dorp waar ik werkte een huisarts het hoogste medische gezag had en dat de bevolking meer waarde hechtte aan het oordeel van een huisarts dan aan het oordeel van de grote deskundige die ik zelf meende te zijn.

De tijden zijn veranderd. Tandartsen zijn nu al zover dat ze menen 'huisartsje te kunnen spelen'. Althans, zo zou men een recent bericht, opgetekend uit de mond van de voorzitter van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, kunnen interpreteren. Dat is gelukkig niet overeenkomstig de werkelijkheid, maar des te interessanter is het te weten wat er dan wel speelt. Laat ik eerst nog zeggen dat ik het een verademing vond te merken dat de voorzitter, collega R.L.V.M. Barnasconi, in de openbaarheid trad over een onderwerp dat nu eens niets met vrije of orthodontietarieven van doen had, maar met de inhoud van de beroepsuitoefening.

Barnasconi heeft gelijk, een slechte mondgezondheid kan gerelateerd zijn aan een scala van algemeen medische zaken en systemische ziekten. Relaties zijn in meerdere of mindere mate aangetoond met bijvoorbeeld diabetes mellitus, ischemische hartziekten, chronische obstructieve longziekten, stress, roken, voeding, anorexia nervosa, boulimia nervosa en vroeggeboorte. En niet te vergeten: de mond heeft de belangrijke functie van toegangspoort tot zowel de tractus digestivus als de tractus respiratorius. Dan is het toch vreemd de mond hiervan los te koppelen als het om de zorgverlening ervoor gaat? Er is dus veel voor te zeggen als er over relevante onderwerpen beter overleg wordt gevoerd tussen tandartsen, huisartsen en medische specialisten. Als bijvoorbeeld een huisarts en een cardioloog proberen een patiënt te motiveren om

te stoppen met roken en een tandarts doet daar vanuit zijn deskundigheid een schepje bovenop, dan kan dat helpen. Zodra tandartsen een gedegen medische kennis hebben, komen ze ook veel sterker in hun schoenen te staan bij de beoordeling van de eventuele medische problemen van een patiënt in het kader van het opstellen van een zorgplan en het uitvoeren van behandelingen in de mond. Daarom sluit ik mij van harte bij de ideeën van Barnasconi aan. Echter op 1 belangrijke voorwaarde en die is dat tandartsen dit ook moeten kunnen waarmaken.

Om dat te kunnen waarmaken, benadruk ik nog maar eens het belang van de komst van mondartsen. Dat betekent primair een volwaardige medische basisopleiding, later gevolgd door een intensieve oriëntatie op het orofaciale systeem.



Tegenstander

Cor van Loveren, sectie Cariologie, Endodontologie, Pedodontologie en Orale Microbiologie, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam

■ Er komen steeds meer aanwijzingen dat er een relatie bestaat tussen mondgezondheid en algemene gezondheid. Het staat buiten discussie dat een tandarts niet-orale ziekten en medische behandelingen die zich in de mond manifesteren of invloed hebben op de mondgezondheid moet kunnen herkennen en dat hij moet weten welke impact orale problemen en het wel of niet behandelen ervan kunnen hebben op de algemene gezondheid. En natuurlijk moet de tandarts in deze gesprekspartner zijn van een huisarts en een medisch specialist. Bij vermoeden van onderliggende gezondheidsproblemen moet een tandarts adequaat verwijzen. Om dit alles te garanderen heeft een tandarts een behoorlijke medische bagage nodig.

Niet ten overvloede wil ik erop wijzen dat voor bovenstaande een tweerichtingsverkeer geldt. Regelmatig komen mij berichten ter ore van verkeerde tandheelkundige adviezen van (huis)artsen. De vraag blijft echter hoeveel medische kennis een tandarts

nodig heeft en hoeveel studie-uren hij hiervoor nodig heeft. Daarbij belanden dan in het krachtenspel dat alle (basis)vakken van de opleiding meer tijd claimen. Misschien is dat wel juist. De tandheelkunde integreert vele vakken en alle zijn belangrijk voor de uitoefening van het beroep. Voor het overleg met artsen hoeft een tandarts niet dezelfde kennis te hebben om over problemen te kunnen praten. Het is juist goed om vanuit verschillende invalshoeken met begrip voor elkaars standpunt te overleggen.

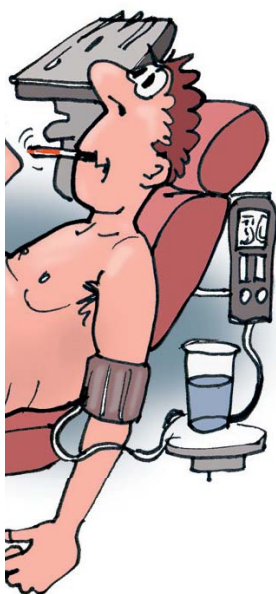
Voor sommige tandheelkundige en algemene gezondheidsproblemen ligt een 'common-risk'-benadering voor de hand, bijvoorbeeld cariës, overgewicht en diabetes hebben alle 3 baat bij een voedingsadvies. Voorwaarde voor een common-risk-benadering is dat iedere deelnemer een herkenbare bijdrage geeft vanuit zijn eigen discipline en zich erkend voelt als de deskundige op zijn vakgebied. Ook de patiënt apprecieert het dat hij wordt behandeld of wordt voorgelicht vanuit de deskundigheid die hij verwacht van de desbetreffende zorgverlener. Het is echter de vraag of deze benadering werkt, want is de patiënt gevoelig voor de voedingsvoorlichting door een tandarts omdat hij overgewicht heeft, terwijl er geen reden is zijn gedrag aan te passen om het cariësrisico te verminderen?

Een andere vraag is of een tandarts een systematische rol moet spelen in opsporing en vroegdiagnostiek van gezondheidsproblemen buiten de mond, omdat de patiënt nu eenmaal 2 keer per jaar bij de tandarts komt. Ik zou ontkennend willen antwoorden. Als deze rol aan de tandarts wordt toebedeeld dan moet hij er ook voor toegerust zijn en blijven. De kwaliteit moet zijn gewaarborgd en dat betekent dat een tandarts moet voldoen aan de criteria die men aan een screeningsapparaat mag stellen. Met andere woorden: hij moet betrouwbaar, valide zijn en niet teveel vals-positieven en vals-negatieven selecteren. Kan dit? In principe zijn

er 2 methoden te onderscheiden waarmee een tandarts zou kunnen screenen: door middel van de klinische observatie en door middel van het gebruik van meetinstrumenten. De eerste, als die al bestaat, ontwikkelt zich pas na vele jaren ervaring en dan nog alleen maar als er adequate feedback wordt gegeven. Maar de kwaliteit blijft ongewis en zal van tandarts tot tandarts verschillen. Geen erg zekere situatie voor de patiënt. De tweede, als die bestaat en indien opsporing en vroegdiagnostiek nodig zijn, kan beter worden uitgevoerd in een bevolkingsonderzoek dan in een tandartspraktijk. Indien er behoefte is bij grote groepen regelmatig een medische behandeling te verrichten, kan hiervoor het best een preventief consult in een huisartspraktijk worden georganiseerd.

Tandartsen zullen meer en meer mondartsen worden, waarbij de nadruk moet blijven liggen op het woord arts. De (mond)arts moet zich bewust zijn dat het einddoel van de behandeling gezondheid met zo min mogelijk risico op het opnieuw optreden van mondziekten is en dat daarvoor zorg moet worden geboden. Een goede basis voor overleg tussen mondarts, huisarts en medisch specialist is dat men zich verantwoordelijk voelt voor de gezondheid van de patiënt en dat is meer dan verantwoordelijk zijn voor een technisch goede uitvoering van tandheelkundige behandelingen. Al enige tijd bemerk ik bij de studenten een gebrek aan deze perceptie en dat zij de tandheelkunde zien als een winkel waar (eenmalig) wordt geshopt en waar het risico van de koop vooral bij de patiënt ligt.

'Geen koorts, bloeddruk oké, hartritme oké, nu nog even een urinemonstertje en dan ga ik in uw mond kijken.'



Wilt u reageren? Mail dan naar: redactielezerspost@ntvt.nl