

Specialisatie in de tandheelkunde

door Prof. R. W. Broekman

I

Inleiding

De Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde heeft o.a. een sub-commissie benoemd ter bestudering van de eventuele wenselijkheid om te komen tot erkenning van een orthodontisch specialisme in de tandheelkunde. In verband met zich opdringende sociale problemen in de orthodontie heeft genoemde sub-commissie, met een eensdeels te prijzen voortvarendheid, gemeend in zeer korte tijd een rapport te moeten samenstellen dat in grote lijnen de wenselijkheid onderstreept om zo spoedig mogelijk de erkenning en een daaraan gekoppelde bescherming van het orthodontisch specialisme in de tandheelkunde te bevorderen.

Blijkbaar heeft deze snelle afwikkeling het H.B. onzer Maatschappij enigszins verrast. Het schijnt in de bedoeling te hebben gelegen om voor andere onderdelen der tandheelkunde soortgelijke sub-commissies met overeenkomstige opdrachten te benoemen, terwijl tevens een overkoepelende commissie zou worden gevormd. Deze overkoepelende commissie is nog niet benoemd; zelfs schijnt men het er nog niet over eens te zijn hoe zij in principe samengesteld moet worden: uitsluitend bestaande uit specialisten dan wel met toevoeging van niet-specialisten en zo ja, in welke verhouding. Ook de andere sub-commissies, indien zij reeds benoemd mochten zijn, kwamen nog niet bijeen, zodat thans de situatie zodanig ligt, dat alléén de orthodontische sub-commissie haar bijzondere zienswijze over specialisatie in de tandheelkunde aan het H.B. heeft voorgelegd en tracht op te dringen.

Het komt mij voor dat deze gang van zaken in hoge mate onverantwoordelijk is en zeker niet evenredig aan de vergaande consequenties die het gevolg zullen zijn van een oppervlakkige oplossing van de hier gestelde, diepgaande problemen inzake

specialisatie in het algemeen en in de tandheelkunde in het bijzonder. In het Juli-nummer van het Tijdschrift voor Tandheelkunde (1947) heb ik een artikel geschreven over „De tandheelkunde en de moderne wetenschappen”. Ik heb er toen op gewezen, dat men in de moderne wetenschappen zózeer met het probleem der specialisatie worstelt, dat van een oplossing nog geen sprake is. Het komt mij voor, dat het H.B. niet voldoende doordrongen is van het feit dat specialisatie in de wetenschappen in het algemeen een diepgeworteld probleem is en dat dit in het bijzonder geldt voor een specialisatie in de tandheelkunde, welke op zichzelf reeds als een specialisme in de geneeskunde moet worden gezien. Wanneer men een sub-commissie benoemt, bestaande uit zuivere specialisten in een bepaald onderdeel der tandheelkunde en aan hen de vraag voorlegt of erkenning en bescherming van hun specialisme gewenst is, dan kan men vooraf verzekerd zijn hierop een bevestigend antwoord te krijgen. Omdat ik mij niet kan voorstellen dat het H.B. van onze Maatschappij rekening heeft gehouden met een afwijzend antwoord, moet ik zelfs aannemen, dat het H.B. door de benoeming van uitsluitend specialisten in deze commissie a priori op het standpunt staat, dat verdere specialisatie in de tandheelkunde gewenst is, zij het *voorlopig* dan ook alleen met betrekking tot de orthodontie. Gezien de problemen hieromtrent in andere, en ook aanverwante wetenschappen acht ik dit standpunt oppervlakkig gemotiveerd en daardoor uiterst gevaarlijk. Met de erkenning van één specialisme in de tandheelkunde is natuurlijk het hek van de dam en staat de weg voor verdere specialisatie volkomen open. Ook met de aankondiging dat meerdere sub-commissies benoemd zullen worden, wordt dit trouwens door het H.B. bij voorbaat erkend, omdat ook deze sub-commissies weer uitsluitend uit specialisten samengesteld zullen worden. Waarschijnlijk wordt hierbij in de eerste plaats gedacht aan de parodontologie. Bovendien is het heel goed mogelijk dat, onder invloed van de reorganisatie, en ik mag daar wel aan toevoegen de uitbreiding en de opbouw van het tandheelkundig onderwijs sedert 1947, in de toekomst specialisten in de prothetiek zich om een dergelijke erkenning en bescherming zullen aanmelden, terwijl het helemaal niet denkbeeldig is, dat een bepaalde groep collega's (misschien vrouwelijke) zich speciaal op de kinderbehandeling zal gaan richten. Tenslotte zal ook het Jus Promovendi de kans op uitbreiding van specialismen in de tandheelkunde in de hand kunnen werken. Met al deze factoren is beslist onvoldoende rekening gehouden en door de thans gevolgde methode wordt ontegenzeggelijk de principiële vraag of *specialisatie binnen een specialisme*, specialisme in het kwadraat dus, gewenst is voorbij gezien en

komen wij op een organisatorisch gemakkelijke en bijna vanzelfsprekende wijze tot een versnippering der tandheelkunde. Deze versnippering zal uiteindelijk kunnen afglijden naar een navolging van Amerikaanse werkmethode, waarbij het geen uitzondering is dat men zich b.v. specialiseert op niet anders dan de porceleintechniek der frontelementen. Gaarne erken ik dat het in ons land, gezien de volkomen afwijkende maatschappelijke, economische en sociale verhoudingen niet zo spoedig tot dergelijke excessen zal komen, doch dit neemt niet weg, dat de principiële mogelijkheid ertoe geschapen is. Deze gang van zaken is niet in overeenstemming met de normale wijze waarop een nieuw probleem wordt aangepakt en waarbij als regel de algemene grondslag wordt beoordeeld, voordat men tot uitwerking van bijzonderheden overgaat.

Het gaat er dan ook thans niet in de eerste plaats om of een aantal orthodontisten van oordeel is, dat een orthodontisch specialisme gewenst is, doch om de meer algemene vraag of specialisatie in de tandheelkunde *mogelijk* en gewenst is. Een dergelijke vraag zou in eerste instantie voorgelegd moeten worden aan een commissie, bestaande uit enkele specialisten in verschillende onderdelen der tandheelkunde, aangevuld met minstens evenveel niet-specialisten, dus algemene practici. Wanneer een dergelijke commissie zou adviseren om de deur te openen voor specialisatie in onderdelen en de Ledenvergadering der Maatschappij zou een desbetreffend H.B.-voorstel aanvaarden, dan zou men meer zekerheid hebben, dat de noodzaak ertoe geboren was uit de professie, die daarmee zou erkennen, dat zij niet meer in staat was om de *volledige* tandheelkunde naar haar beste weten uit te oefenen.

Ik wil mij niet verdiepen in de vraag of deze beslissing *in haar algemeenheid* genomen zou worden. Misschien zou men niet zo snel tot een dergelijke erkenning van onmacht overgaan, misschien zal men er vlot toe besluiten. Hoofdzaak is dat volgens deze procedure de eventuele behoefte uit de professie voortgekomen zou zijn en gewenst zou worden geacht.

Het kan toch niet de bedoeling zijn, dat een vergadering door een gespecialiseerde sub-commissie overrompeld wordt meegezogen in een beslissing waarop de leden zich niet vooraf hebben bezonnen. Nu het feit eenmaal zo ligt, dat het H.B. de voorkeur gegeven heeft aan de benoeming van een orthodontische sub-commissie vóór die van een algemene commissie, lijkt mij een zo volledig mogelijke oriëntatie gewenst. Daarom stel ik mij voor om dit probleem allereerst in zijn algemeenheid en daarna meer speciaal met betrekking tot de tandheelkunde te behandelen, om daarna mijn gedachten te publiceren over het orthodontisch specialisme.

Specialisatie in het algemeen

Wanneer men de wetenschap in het algemeen aan een historische en aan een morphologische beschouwing onderwerpt, wanneer men zich dus tot taak stelt om de ontwikkeling der wetenschappen vergelijkend te bestuderen, dan komt men tot het inzicht dat een bepaalde tijdgeest zich steeds weer, op een voorlopig onnaspeurbare wijze, volkomen analoog, openbaart in alle mogelijke takken van religie, wereldbeschouwing, kunst en wetenschap. Wanneer de tijdgeest barok, romantisch of materialistisch is, dan zijn de wereldbeschouwingen, de kunsten en de wetenschappen in die tijd barok, romantisch of materialistisch. In „Ziel und Struktur der physikalischen Theorie” van D u h e m (1908) wordt wel zeer duidelijk aangetoond, dat een bepaalde grondstemming der wereldziel zich steeds op volkomen analoge wijze openbaart in vele verschillende gebieden van wetenschap en kunst. D u h e m toont dit overtuigend aan voor de grote innerlijke overeenstemming in de historische ontwikkeling van de physische hypothesen met die van bouwstijlen, staatsystemen, kunst- en literatuurvormen.

Een dergelijke aeonische ziel openbaart zich in de tegenwoordige tijd, waarvan een typisch kenmerk is, dat de wetenschappelijke beschouwingwijze in meerdere takken van wetenschap een merkwaardige overgang doormaakt en zich verplaatst *van het aparte naar het complete* (Schubart). Dit is de overgang van het analytisch enkelspoor naar het rangeerterrein der synthese, de overgang van de gevaarlijk-ver doorgevoerde specialisatie naar het universele overzicht van het geheel. Zeer duidelijk openbaart zich deze omwenteling in de *biologie*, de voornaamste basis-wetenschap van geneeskunde en tandheelkunde. Terwijl de biologie thans haar arbeids-terrein en invloedssfeer heeft uitgestrekt tot in alle onderdelen der medische wetenschappen, anatomie en physiologie, psychologie, neurologie en psychiatrie, anthropologie en ethnologie, omvatte zij in de afgelopen eeuw slechts botanie en zoölogie. Uit het waardevolle boek van Prof. B o e k e : „Problemen der onsterfelijkheid” komt duidelijk naar voren, dat de moderne bioloog geen aparte delen en afzonderlijke processen meer ziet, doch zich richt op de leidende synthese van levenskrachten tot een ondeelbaar geheel. Voor een nadere bestudering van een analoge ontwikkeling van de *psychologie* verwijs ik naar het werk van E d u a r d S p r a n g e r (1921) „Lebensformen”, waarin de 19e eeuwse methode van het zoeken naar de „atomen van ons zielsleven” (Structuur der elementen) wordt vervangen door het zoeken naar de organische eenheid der persoonlijkheid (Structuur-psychologie). Ook hier dus

een vervanging van de analytische, specialiserende beschouwingswijze door het bindend element der synthese.

Nog duidelijker en voor ons belangrijker, treedt deze „geestelijke omwenteling” naar voren in de historische ontwikkeling van de *geneeskunde*. In mijn Inaugurele Oratie (T.v.T. 1949) heb ik hier reeds met een enkel woord op gewezen.

Omstreeks het midden der vorige eeuw hebben *Virchow* in Duitsland en *Bichat* in Frankrijk de grondslag gelegd voor de orgaan-pathologie, waaruit de orgaan-therapie met een steeds verder ontwikkelde specialisering is voortgekomen. *Virchow*, die zijn blik slechts richtte op de plaatselijke pathologische veranderingen in cellen en organen, loochende het bestaan van algemene ziekten en kan als zodanig beschouwd worden als de eerste en meest typische vertegenwoordiger van de specialiserende beschouwingswijze. Reeds wees ik er in mijn oratie op, dat de grote orthodontist *Angle* gezien moet worden als een typisch vertegenwoordiger van deze school. In de tweede helft der vorige eeuw komt, zowel in de tandheekunde (*Angle*), als in de geneeskunde, de medische specialist naar voren „die des te gevaarlijker wordt naarmate hij meer presteert” (*Carrel*).

Ook in de algemene geneeskunde is zich echter een „geestelijke omwenteling” aan het voltrekken.

We zien weer opkomen een grotere aandacht voor de aloude humoraal-pathologie (*Hippocrates*) en een verplaatsing van de aandacht voor onderdelen naar een diepere beschouwing van algemene pathologie, algemene aethiologie en algemene therapie. We zien een groeiende tegenzin opkomen in het alleen maar behandelen van zieke onderdelen en daarnaast een stijgende behoefte aan een universele beschouwingswijze. De overtuiging wint weer terrein, dat de ziekte van een onderdeel het gehele individu beïnvloedt, terwijl omgekeerd geen orgaan-therapie kan worden toegepast, zonder gelijktijdig een grote aandacht te besteden aan de algemeen lichamelijke en geestelijke toestand van de patiënt. Als tandarts, die zich in de zin van „geneesheer” gaarne met „dokter” laat aanspreken, klinken ons deze woorden aangenaam in de oren. Ons werk wordt daardoor opgenomen in het wijdere verband van behandeling van individuen, van patiënten, inplaats van de behandeling van tanden en kiezen in een plaatselijk orgaan. In het licht der moderne tandheekundige opleiding klinken dan nòg aangenamer in onze niet-verwende oren de woorden van *Carrel*: „Het publiek moest gaan weigeren om genoeg te nemen met de hulp van artsen die nergens verstand van hebben dan van een klein stukje van het lichaam”.

Natuurlijk zijn wij het hier „roerend” mee eens.

De tandarts heeft zich gaandeweg ontwikkeld tot een orgaan-therapeut bij uitstek in de zin van V i r c h o w. De geneeskunde heeft de zieke mens in kleine stukjes verdeeld en zo heeft ook dat kauworgaan zijn eigen specialist gekregen. Maar ook die tandheelkunde heeft zich niet kunnen onttrekken aan de geestelijke omwenteling en heeft een breder contact met de geneeskunde als dringende behoefte gevoeld. In de tijd die achter ons ligt, de tijd van ver-door-gevoerde specialisering, hadden de afzonderlijke takken van wetenschap zó weinig contact met elkaar, dat zij elkanders nomenclatuur nauwelijks begrepen. Toen ik enkele weken geleden een voordracht hield over het doel en de betekenis van de „dento-maxillaire orthopaedie” voor een plaatselijke afdeling van de Kon. Ned. Mij. t. bev. der Geneeskunde moest ik er rekening mee houden mijn woorden zo te kiezen, alsof ik voor leken sprak. Aan dit alles moest een eind komen en zij die zich beijverden voor een reorganisatie van het tandheelkundig onderwijs drongen allereerst aan op een verbreding van de medisch-biologische grondslagen.

De tandheelkunde geeft hiermee blijk van een, evenals in de algemene geneeskunde, groeiende tegenzin in het behandelen van alleen maar zieke delen en zoekt de bredere basis, de synthese en het verband der delen.

Dit alles klinkt heel mooi en heel modern, omdat hieruit zou blijken dat ook de tandheelkunde gegrepen is door een geestelijke omwenteling, welke in grote lijnen van de orgaan-therapie naar de humoraal-therapie leidt.

Maar, en nu komt „des Pudels Kern”, dit zou moeten inhouden dat die tandheelkunde zich ook zou moeten afwenden van de gespecialiseerde en zich steeds verder specialiserende behandeling in de geest van de V i r c h o w'se school. Zonder thans reeds een oordeel uit te spreken over een specialisatie van de orthodontie, zou ik in het algemeen willen opmerken, dat de tandheelkunde zich dan toch principieel zou moeten verzetten tegen het openen van de deur welke de weg naar verdere specialisatie opent. En wat de orthodontie betreft, zou men zich eigenlijk moeten verzetten tegen de opvattingen van de V i r c h o w-iaan A n g l e die in zijn „School of Orthodontia” slechts hen wenste op te nemen, die de orthodontie als een *zuiver specialisme* wensten te beoefenen, omdat deze opvatting niet meer in overeenstemming is met de wenteling der tijden. Het is niet mijn bedoeling om hier een oordeel uit te spreken over het wel of niet ontstaan van het specialisme orthodontie. In mijn volgend artikel wil ik daar mijn belangstelling op richten.

Ik heb hier slechts in het algemeen willen aantonen, dat in de moderne wetenschappen een specialisatie-*probleem* bestaat, dat nog verre van opgelost is, doordat men enerzijds de grote bezwaren ziet van het verloren gaan van het onderling verband der dingen tengevolge van voortsnellende bewegingen langs enkel spoor, anderzijds doordrongen is van de zekerheid dat het bijna niet meer mogelijk is om grotere terreinen van wetenschap volledig te beheersen. Er is een tijd geweest, dat een oorspronkelijk werkstuk, zonder enige verdere betekenis, hoger werd aangeslagen dan de deugdelijke kennis van een gehele wetenschap. Maar ook dit is bezig te veranderen.

Dan vragen wij ons af hoe het specialisme „tandheelkunde” zich in deze problemen zal gedragen. Welke richting zal de tandheelkunde kiezen, de ontwikkelingsgang der moderne wetenschappen of „de weg terug” naar verdere specialisatie? Het antwoord op deze vraag kan zeker niet a priori gegeven worden, zoals uit de door het H.B. van de Maatsch. t. bev. der Tandheelkunde gevolgde procedure zou blijken, doch eist een grondige studie van de plaatselijke, in dit geval landelijke, sociale en economische verhoudingen. Want de uitoefening der tandheelkunde, het wetenschappelijk en technisch peil der dagelijkse verrichtingen is in hoge mate afhankelijk van de tandheelkundige opvoeding der inwoners, van het aantal tandartsen op het totale aantal inwoners en van vele sociale en economische verhoudingen.

Ik kan mij voorstellen, dat in een land, waar naar verhouding driemaal zoveel tandartsen zijn als in ons land en waar het publiek meer dental-minded is ingesteld, de strijd om het bestaan der tandartsen zulke hoge eisen stelt aan hun wetenschappelijk en technisch kennen en kunnen, dat specialisatie *bittere* noodzaak is geworden, doordat zelfs de kennis in onderdelen van ons plaatselijk orgaan niet meer volledig omvat kan worden. Maar gelden deze voorwaarden ook voor ons land? Is het ook in ons land zó, dat wij, gezien onze sociale verhoudingen enz. enz., in de dagelijkse uitoefening van ons beroep behoefte hebben aan meer kennis dan onze geest kan omvatten, zodat ook hier specialisatie bittere noodzaak, geboren uit onmacht om het geheel te omvatten, wordt?

Wanneer de vraag of in ons land specialisatie in de tandheelkunde noodzakelijk en gewenst is, in zijn algemeenheid wordt gesteld dan zal men uiterst voorzichtig met het antwoord moeten zijn en vele factoren met grote nauwkeurigheid tegen elkaar moeten afwegen. Ontegenzeggelijk vereist de vooruitgang der wetenschap, ook de vooruitgang in onderdelen der tandheelkunde, een beperkte mate van speciaal gerichte aandachtsconcentratie. Erkend wordt dat de

moderne beschaving inderdaad specialisten nodig heeft. Het blijft echter de vraag of het wenselijk is om hiertoe de overige gebieden van ons, toch reeds beperkte arbeidsterrein volledig los te laten, en of hiertoe specialisatie in het kwadraat op grotere schaal nodig en gewenst is. Een vergelijking met de specialisatie in het zoveel uitgebreidere terrein der geneeskunde gaat hier natuurlijk niet op. Ik geloof dat de verschillende specialismen die zich hierin gevormd hebben niet minder omvangrijk zijn in het geestelijk en manueel beheersen der materie dan de tandheelkunde in zijn geheel.

Wanneer wij enerzijds door reorganisatie van het tandheelkundig onderwijs de weg op gaan naar de bredere basis der synthese, mogen wij anderzijds de poort niet openzetten voor steeds verder gaande, ongelimiteerde specialisatie en analyse. Voordat deze poort door één of andere sub-commissie geopend wordt, dient een algemene commissie uit te maken tot welke grens en in welke mate specialisatie in de tandheelkunde toelaatbaar is. Dat een *beperkte* specialisatie ten opzichte van de orthodontie wenselijk is zal thans uiteengezet worden. Hieruit kan dan tevens blijken tot welke graad en in welke vorm dit onderdeel der tandheelkunde zich mag afzonderen.

II

De Orthodontie als specialisme

In mijn inleiding heb ik, schrijvende over orthodontische specialisatie in de tandheelkunde, de term „specialisatie in het kwadraat” gebruikt. Behoudens wetenschappelijk researchwerk en de aftakking van een klein deel der chirurgie als aesthetische chirurgie, komt een dergelijke doorvoering der gespecialiseerde belangstelling voor een bepaald orgaan bij mijn weten in geen enkel onderdeel der uitoefening van geneeskunde voor. Zelfs de oor-neus-keelheelkunde, die haar belangstelling richt op een orgaansysteem, uitgebreider en toch minstens even belangrijk als de tandheelkunde, denkt er niet aan om zich in onderdelen te specialiseren. Het zou waarschijnlijk ook niet mogelijk zijn om hierin bijvoorbeeld een aftakking van een nieuw „specialisme in het kwadraat” als oorheelkunde door te voeren. Waarschijnlijk wordt bij de pogingen om tot specialisatie in de tandheelkunde te komen, over het hoofd gezien, dat men die tandheelkunde niet *als geneeskunde* mag zien, doch als een *reeds gespecialiseerd onderdeel der geneeskunde*. Een vergelijking met de geneeskunde, waarin ook gespecialiseerd werd, is dan ook om deze reden onjuist. De meest ervaren orthodontist zal bovendien weer een deel van zijn arbeidsterrein moeten overlaten aan de kaak-chirurgische orthopaedist.

Wanneer wij de meer eenvoudige gevallen van chirurgische orthodontie buiten beschouwing laten, zoals de systematische extractie en de redressement forcé, dan blijft er nog een aantal behandelingen over die men zal moeten verwijzen naar een „hogere” specialist. Ik denk hierbij aan de chirurgische behandeling van extreme of verouderde gevallen van prognatie, micrognatie, prognie, microgenie en open-beet. Zelfs de meest eenvoudige dezer operaties, b.v. de open-beet behandeling door een chirurgische verandering der onderkaak volgens Wassmund, zal de specialist-orthodontist moeten doorzenden naar de gespecialiseerde specialist-orthodontist. Hier is dan een specialisme tot de derde macht geboren.

Misschien heb ik dit voorbeeld met opzet iets te belachelijk voorgesteld. Men voelt echter wel waar het heengaat, wanneer de deur wordt opengezet voor officiële erkenning en *bescherming* van specialismen. Natuurlijk heeft iedere tandarts het recht om bekend te maken dat hij uitsluitend volle prothesen wenst te maken (om welke reden dan ook) of orthodontie wenst uit te oefenen. Maar dit is nog iets anders dan officiële erkenning door de Maatschappij, waar dan natuurlijk een officiële bescherming als zodanig aan gekoppeld is.

Zeer belangrijk is verder in dit verband de omlijning van het orthodontische specialisme. Naar alle waarschijnlijkheid zal de orthodontische sub-commissie op twee punten aandringen:

1e. het zal de orthodontist-specialist verboden zijn om naast zijn orthodontische praktijk ook algemene praktijk, in welke vorm dan ook, uit te oefenen.

2e. het zal de algemeen practicus verboden worden om op enige wijze officieel en separaat aan te kondigen dat hij ook orthodontisch werkt.

Wat dit tweede punt betreft zal hij bijvoorbeeld geen afzonderlijk spreekuur voor tand- en kaakregulatie in de plaatselijke pers of op zijn naambordje mogen bekend maken. Indien enigszins mogelijk ben ik een grote voorstander van iedere vorm van volledige vrijheid in het vrije beroep en zal mij in principe lang verzetten tegen iedere vorm van Overheidsbemoeiing, maar dan ook van Maatschappijdwang, omdat ik ervan overtuigd ben dat onjuiste toestanden zichzelf zullen uitroeien. Omdat ik uiteindelijk in de overwinning van het betere geloof. In principe kan ik dus ook niet veel voelen voor een dergelijk verbod. Ik ken tandartsen die, met het oog op eventuele nabloedingen, zoveel mogelijk voor 12 uur extraheren, anderen die, met het oog op de netheid van hun kamer, liefst aan het eind van de dag gipsafdrukken nemen. Ik kan me heel goed voorstellen, dat iemand zijn Woensdagmiddag voor de orthodontie reserveert en dit

bekend maakt. Misleiding van het publiek? Och, ik denk dat er ook wel eens iemand door het bordje „tandarts” is misleid. Bovendien heb ik uiteindelijk veel vertrouwen in de smaak en de goede keuze van het publiek.

Betreffende het eerste punt zijn de moeilijkheden groter. Want wij zouden dan moeten komen tot een betrekkelijk scherpe omlijning van het begrip orthodontie binnen het begrip tandheelkunde. En dat is, met het oog op de slimme aanleg van sommigen, niet zo eenvoudig. Een groot bezwaar van een ergelijke scherpe omlijning lijkt mij het feit, dat de band met de basis-wetenschap tandheelkunde dan ook volkomen wordt doorgesneden. Zelfs een orthodontist moet regelmatig en veel oudere patiënten zien om zich een oordeel te kunnen vormen over de verdere ontwikkeling van het gebit na een orthodontische behandeling en vooral wanneer een noodzakelijke orthodontische behandeling *niet* is verricht. In welke gevallen en in welke graad zal een orthodontische afwijking op latere leeftijd aanleiding geven tot parodontopathiën? Heeft H o t z gelijk wanneer hij opmerkt dat een diepe beet eigenlijk niet behandeld behoeft te worden omdat het cosmetisch motief meestal niet doorslaggevend is? Alleen nauwkeurige observatie bij oudere patiënten kan ons dit leren.

Waar eindigt de orthodontie? Op 16-jarige leeftijd of zoveel later als verplaatsing van tandgroepen of tanden mogelijk is? Of is orthodontie uiteindelijk een articulatie-probleem dat in iedere leeftijd blijft bestaan?

Men zal het er ongetwijfeld over eens zijn, dat het afslijpen van hoge knobbels in het melkgebit ter bevordering van een normale groei der onderkaak en ventraal-verplaatsing der eerste blijvende molaren, vooral in de onderkaak, een orthodontische behandeling is. Is echter het afslijpen van deze knobbels op latere leeftijd, het „in-articulatie-slijpen” ter voorkoming van een dreigende parodontose dan ineens geen orthodontie meer? of nog orthodontie? Het opheffen der factoren die aanleiding geven tot het onjuiste temporalliskauwen ter bevordering van een glijdende-articulatie, is op jeugdige leeftijd zuivere orthodontie. Maar wanneer *met dezelfde bedoeling* op latere leeftijd een uitgezakt element wordt geëxtraheerd zou dit geen orthodontie meer mogen heten.

Het herstellen van een juist contact kan op 12-jarige leeftijd orthodontie heten. Wanneer we dit op 40-jarige leeftijd doen (met dezelfde bedoeling!) door middel van een proximale inlay dan heet het conserverende tandheelkunde. Als het een volle-bandkroon moet worden dan heet het prothetische tandheelkunde, even-

als een driekwart-kroon, maar een grote m.o.d.-inlay behoort weer thuis bij de conserverende tandheelkunde.

En waar ligt de grens tussen orthodontie en parodontologie? Wanneer straks de parodontoloog zich aankondigt voor erkenning en bescherming van zijn specialisme, dan moet een vooruitstrevend orthodontist die de orthodontische behandeling terugverplaatst naar de wieg, toestaan dat een vooruitstrevend parodontoloog tot het inzicht komt dat hij zijn behandeling moet aanvangen op 6-jarige leeftijd en dan is hij ineens een indringer in het terrein van de orthodontist-specialist.

Wij zijn tot het inzicht gekomen, dat het niet juist is om het tandkaakstelsel als een afzonderlijk orgaan, los van het lichaam, te zien en te behandelen. Moeten we nu die tandheelkunde weer in mootjes gaan hakken en voor ieder mootje een specialist erkennen en beschermen? Slechts een oppervlakkige beschouwing kan hier snel een antwoord op geven. Bovendien acht ik een te strenge doorvoering van het zuivere specialisme een bezwaar voor de orthodontist die zich als zodanig wil vestigen.

Na een zes-jarige opleiding, die in feite op een zevenjarige studie zal neerkomen, zal de jonge collega nog minstens twee jaren specialistisch-orthodontisch moeten werken, gedeeltelijk aan een Universiteits-kliniek, gedeeltelijk bij een erkende specialist. Na deze negen-jarige vooropleiding zal de behoefte aan het stichten en onderhouden van een gezin wel zo groot zijn geworden, dat het moeilijk verdedigbaar is om van hem te eisen dat hij thans nog weer geruime tijd zal moeten besteden met zich in te werken en zich afhankelijk-accepteerbaar te tonen in zijn nieuwe omgeving. Ik zou er geen enkel bezwaar tegen hebben en het zelfs beter vinden wanneer hem gedurende een aantal jaren werd toegestaan om, bv. door een zit-dag in een kleine gemeente in de nabijheid zijner stad, de algemene praktijk uit te oefenen ter overbrugging van zijn eerste financiële moeilijkheden en ter verruiming van zijn algemeen tandheelkundig inzicht.

Ten opzichte van de *bescherming* zit er bovendien naar mijn inzicht een gevaarlijk addertje onder het gras, waar we niet ongestraft overheen kunnen lopen. Om dit in te zien behoren wij er duidelijk van doordrongen te zijn hoe wij dit specialisme in de tandheelkunde moeten zien. Onwillekeurig gaan daarbij onze gedachten naar de totaal verschillende vormen van medische specialismen.

Behoudens de praktijkuitoefening door sommige plattelands-artsen zal als regel geen enkele huisarts in de stad overgaan tot een oog-onderzoek en het voorschrijven van een bril. De patiënten in de grote steden zijn hieraan gewend geraakt en gaan voor een bril

regelrecht naar hun oog-specialist. Zij mogen naar hun huisarts die een bril mag voorschrijven, maar ze doen het niet, omdat er nu eenmaal een oogarts is. Opgemerkt dient hierbij te worden dat in de steden dit arbeidsterrein en ook de economische gevolgen daarvan, aan de huisarts is onttrokken. Voorlopig constateer ik hier alleen dit feit. Ik kom daar nader op terug.

Een andere vorm van specialisme in de geneeskunde zien wij bijvoorbeeld bij de internist. Een klein aantal patiënten zal zich, met voorbijgaan van huisarts, regelrecht tot de internist wenden. Maar in de meeste gevallen zal de internist zijn aangewezen op patiënten die door de huisarts naar hem verwezen zijn. Overeenkomstige verhoudingen zien we ten opzichte van de chirurg en de neuro-patholoog. Tussen deze uitersten liggen dan bijvoorbeeld de kinderarts en de oor-, neus- en keelarts. Eerstgenoemde zal, evenals de oogarts, een aantal kinderen onder behandeling hebben zonder dat de huisarts er iets van af weet, terwijl bovendien een betrekkelijk groot aantal door de huisarts naar hem verwezen wordt. Voor oor-klachten gaat men regelrecht naar de oor-specialist, terwijl deze zelfde specialist ten opzichte van keelaandoeningen weer voor een belangrijk deel op verwijzingen door de huisarts is aangewezen. Het is duidelijk dat de verschillende specialismen in de geneeskunde alle op een andere basis liggen. Bij oog-arts en internist liggen hier de ethische normen op een verschillend niveau. Men is eraan gewend geraakt om zich regelrecht tot de oog-arts te wenden, zonder er zijn huisarts in te kennen. Bij een internist doet men dit als regel niet, hoewel ook hier in de latere jaren de ethische normen zich verschoven hebben en een stijgend aantal patiënten zich, om de huisarts heen, tot de internist wendt. De medische ethiek schijnt in dit opzicht vaag te zijn, hoewel met zekerheid geconstateerd kan worden, dat het aantal patiënten dat zich regelrecht tot een specialist (zelfs een chirurg) wendt, *steeds groter wordt*. Wanneer men tot erkenning en bescherming van een specialisme in de tandheelkunde zou overgaan, dan is het goed om niet met een dergelijke vage ethiek te beginnen, doch vooraf vast te stellen hoe men zich de bescherming ervan precies voorstelt.

Ik ken een specialist-orthodontist, die uit collegiale overwegingen de huistandarts opbelt, wanneer een nieuwe patiënt bij hem in behandeling wil komen. Maar ik weet ook, dat het enkele malen is voorgekomen, dat de betreffende huis-tandarts verzocht om het kind weer naar hem te verwijzen. In dit geval hadden de ouders zich, naar het voorbeeld van de oog-specialist, regelrecht tot de orthodontist-specialist gericht. Uit dit voorbeeld blijkt, hoe noodzakelijk het is om een juiste omschrijving te geven van de aard van

het orthodontisch-specialisme. Het is namelijk helemaal niet denkbeeldig, dat het zich zou gaan ontwikkelen in de richting van het specialisme oogheelkunde in de geneeskunde, wanneer niet onmiddellijk bij de opzet van een specialismen-erkenning in de tandheelkunde hiermee rekening werd gehouden. Want als de toestand zich inderdaad zodanig zou ontwikkelen dat iedere patiënt het recht verkrijgt of neemt om zich, zonder zijn tandarts er in te kennen, regelrecht tot een orthodontist te richten zonder dat deze genoodzaakt is om naar een verwijzing door de huistandarts te vragen, dan zou dit toch wel een belangrijke ingreep zijn in de rechten en mogelijkheden van de algemeen-practicus. In de eerste plaats dient hierbij opgemerkt te worden, dat in de geneeskunde de toestand zich zodanig heeft ontwikkeld, dat de patiënt in *een stijgend aantal* gevallen zich rechtstreeks tot een of andere specialist richt in de gedachte dan ook direct aan het hoogste adres te zijn.

Ontegengesteld zou zich in de tandheelkunde een dergelijke toestand ontwikkelen ten opzichte van de orthodontie. Wanneer het publiek doordrongen is van het bestaan van een groep specialisten voor tand- en kaakregulatie, dan zal het zich hiertoe wenden, zoals voor een bril naar de oogarts.

Onwillekeurig is men, zich alweer richtend op de overeenkomstige ontwikkeling in de geneeskunde, geneigd om deze gang van zaken als niet zo ernstig te beschouwen. Twee factoren worden hierbij vergeten. In de eerste plaats dat de gehele tandheelkunde op zichzelf reeds een specialisme in de geneeskunde is en men hier dus werkt aan het specialisme in het kwadraat. En ten tweede wordt voorbijgezien dat, naast de gevraagde bescherming van het specialisme door de Maatschappij zeer zeker op een bescherming van de algemeen-practicus voor het specialisme moet worden aangedrongen. Want het overgrote deel der orthodontische preventies en een groot deel der orthodontische behandelingen behoren om meer dan één reden in de algemene praktijk thuis en mogen hieraan onder geen voorwaarde worden onttrokken.

Het is om deze reden dat wij ons een duidelijk beeld moeten vormen van de aard van het orthodontisch specialisme, met dien verstande, dat wij reeds thans moeten vaststellen of het zich zal vestigen als *afhankelijk*-specialisme, aangewezen op verwijzing van patiënten door de algemeen-practicus, of als *onafhankelijk*-specialisme in de geest der oogheelkunde in de geneeskunde.

Wanneer men erkent dat de orthodontische behandeling, als integrerend onderdeel der tand-heelkunde in grote lijnen in de algemene praktijk thuis hoort, dan is een afhankelijk specialisme natuurlijk de enige oplossing en zal de erkende en beschermd

orthodontist dan ook alleen die gevallen onder behandeling mogen nemen die hem door een tandarts worden toegezonden. Alleen hierdoor voorkomt men dat op den duur de *orthodontische behandeling* uit de algemene praktijk wordt weggezogen.

Natuurlijk moet hierbij nog overwogen worden of een dergelijk, uiteraard klein groepje orthodontisten bestaansrecht en bestaanszekerheid zal hebben. Ter beantwoording van deze vraag heb ik mij op de hoogte gesteld van de laatste gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek betreffende de punten die hierbij van belang zijn. Daarbij ben ik van het standpunt uitgegaan dat de plattelandsbevolking niet in aanmerking kan komen voor een specialistisch-orthodontische behandeling en heb ik mijn belangstelling voorlopig gericht op de steden met meer dan 50.000 inwoners, teneinde na te gaan of in deze steden een bestaansmogelijkheid aanwezig zou zijn voor een *afhankelijk* orthodontist-specialist. Het onderstaande staatje geeft een overzicht van de toestand op 1 Januari 1949 naar gegevens van het Centraal Bureau v. d. Statistiek.

Aantal inwoners en aantal kinderen van 6—12 jaar in gemeenten met meer dan 50.000 inwoners

Gemeenten	Aantal inwoners op 1-1-'49	Aantal kinderen van 6—12 jaar op 1-1-'49
Amersfoort	57.431	6.493
Amsterdam	828.286	77.182
Apeldoorn	85.667	9.844
Arnhem	101.357	10.893
Breda	87.596	10.817
Delft	63.808	6.785
Dordrecht	69.969	7.310
Eindhoven	138.707	18.648
Emmen	55.548	7.890
Enschede	104.844	11.721
's Gravenhage	552.154	54.962
Groningen	135.311	14.046
Haarlem	160.789	17.226
Heerlen	58.448	7.522
's Hertogenbosch	55.981	6.911
Hilversum	87.136	9.675
Leeuwarden	77.952	8.829
Leiden	89.268	9.831
Maastricht	76.461	9.379
Nijmegen	108.980	13.244
Rotterdam	667.226	68.128
Schiedam	71.615	8.265
Tilburg	118.318	15.629
Utrecht	190.494	20.498

Wij zullen thans allereerst een theoretisch onderzoek instellen naar de bestaansmogelijkheid van een *afhankelijk*-specialist in een der steden met ongeveer 10.000 kinderen in de leeftijd van 6—12 jaar. Betreffende het aantal orthodontische afwijkingen bij deze kinderen staan ons meerdere gegevens uit het buitenland ter beschikking. Er is geen enkele reden om te veronderstellen, dat de daarbij vastgestelde percentages voor ons land uitzonderlijk lager zullen liggen.

Deze zijn, volgens K o r k h a u s 43 %, P l a e t s c h k e 50 %, B o r n s 70 % en W a t r y zelfs 85 %. Dat deze percentages nogal uiteenlopen komt natuurlijk doordat W a t r y zelfs eenvoudige rotaties van praemolaren als orthodontische afwijking noteerde, terwijl K o r k h a u s zich slechts richtte op de meer belangrijke anomalieën. Zelfs met de minst-optimistische voorstelling moeten wij vaststellen dat in deze stad 40 %, dus 4000 kinderen orthodontisch behandeld zouden moeten worden.

In verband met de kosten der behandeling wil ik aannemen, dat 30 % dezer kinderen een particuliere en 70 % een poliklinische behandeling nodig hebben.

Resumerende:

Stad met \pm 80.000 inwoners:	ongeveer 10.000 kinderen van 6—12 jaar
Aantal orthodontische anomalieën:	4000
Hiervan particulier:	1200
en poliklinisch:	2800

Aangenomen wordt dat van de *particuliere* patiënten, na een korte bespreking door de huistandarts ongeveer 60 % orthodontic-minded is en tot behandeling zal overgaan. Dit blijven er dus nog 60 % van 1200 = 720. Van deze 720 particuliere patiënten die tot orthodontische behandeling overgaan wil ik aannemen dat 60 % door de algemeen practicus behandeld kan worden. Voor de afhanke-lijke-specialist in deze stad blijven er dan nog 40 % zwaardere gevallen over, die door de plaatselijke tandartsen naar hem ver-zeven worden. Zijn aantal particuliere patiënten is nu geslonken tot 40 % van 720, dus 288 kinderen.

Bij de poliklinische patiënten liggen de verhoudingen anders. Van de 2800 hier genoemde gevallen zal, naar ik aanneem 10 %, dus 280, tot behandeling overgaan na verwijzing door schoolarts of huis-tandarts. Ik neem aan, dat deze kinderen, over het algemeen Ziekenfondspatiënten, allen naar het poliklinisch spreekuur van de orthodontist doorgezonden zullen worden, omdat ik me niet kan

voorstellen dat een Ziekenfonds-tandarts hier tijd voor heeft. Zonder mij hier verder in berekeningen te wagen meen ik te kunnen vaststellen dat zelfs een *afhankelijk* specialist-orthodontist in een stad met ongeveer 80000 inwoners een behoorlijke bestaansmogelijkheid heeft uit 288 particuliere en 280 poliklinische orthodontische patiënten, *indien*, en nu komt het belangrijkste punt, *indien dan ook werkelijk alle hiervoor in aanmerking komende gevallen*, dus alle poliklinische en de 40 % moeilijke particuliere, *worden doorgezonden*. Slechts door te voldoen aan deze *verplichting tegenover de afhankelijke* specialist kan de algemeen practicus voorkomen dat uit zijn praktijk de *volledige* orthodontie door een groep *onafhankelijke* specialisten wordt weggezogen (zie oogarts). Hij heeft dit zelf in de hand. Wanneer hierbij de opmerking wordt gemaakt dat deze opzet zeker zal mislukken, doordat een zeer onvoldoende aantal algemeen-practici inderdaad de hier genoemde gevallen *zal* doorzenden, dan moet hier allereerst op geantwoord worden dat er aan de andere kant ook nog een aantal (vooral oudere) practici is dat meer dan 40 % moeilijke gevallen en misschien zelfs *alle* orthodontische patiënten naar de plaatselijke specialist(en) zal doorzenden, terwijl tenslotte onvoldoende medewerking tot de noodzaak der onafhankelijke specialisten zou leiden.

Natuurlijk behoort bij bovenstaande berekening opgemerkt te worden, dat men op den duur slechts te maken heeft met de kinderen die op zes-jarige leeftijd de lagere school gaan bezoeken.

Ook hierover werden mij door het Centraal Bureau v. d. Statistiek de gegevens verstrekt.

Totaal aantal kinderen dat in de eerste klasse der lagere scholen onderwijs volgt (toestand op 31 December 1947):

Nederland 2052.365, waarvan in:

Amsterdam	13325	Arnhem	1960
Rotterdam	12288	Amersfoort	1120
's-Gravenhage	9827	Emmen	1540
Utrecht	3885	Hilversum	1699
Haarlem	2844	Delft	1208
Groningen	2570	Dordrecht	1342
Eindhoven	3367	Leiden	1862
Tilburg	2798	Schiedam	1466
Nijmegen	2481	's-Hertogenbosch	1278
Enschede	2073	Breda	2041
Leeuwarden	1550	Heerlen	1347
Apeldoorn	1679	Maastricht	1878

In het voorbeeld dat wij gekozen hebben van een stad met omstreeks 80.000 inwoners, bedraagt het aantal kinderen dat ieder jaar de zes-jarige leeftijd bereikt, ongeveer 1800.

Met bovenstaande percentages is gemakkelijk te berekenen dat ieder jaar 51 nieuwe particuliere en 50 nieuwe poliklinische patiënten bij de *afhankelijke* orthodontist-specialist onder behandeling zullen komen.

Voor de 51 particuliere patiënten, welke dus uitsluitend moeilijke gevallen ter behandeling brengen, kan de gemiddelde behandelingsduur met inbegrip van de retentie-tijd toch zeker op minstens 2 jaar worden gesteld, zodat hiermee het aantal particuliere patiënten tot jaarlijks 100 stijgt. Dit is een minimum, dat vermeerderd moet worden met verwijzingen door tandartsen die van 0—minder dan 60 % hunner orthodontische patiënten zelf behandelen.

Bovendien moet rekening worden gehouden met een aantal verouderde gevallen die op latere leeftijd alsnog naar de orthodontist-specialist verwezen moeten worden, doordat de ouders, die oorspronkelijk tot de 40 % niet-orthodontic-minded mensen gerekend werden, alsnog tot beter inzicht kwamen.

Tenslotte mogen wij niet vergeten dat orthodontische afwijkingen na de zes-jarige leeftijd tengevolge van praemature extracties of persistenties met de compressie-anomalieën tot de meest voorkomende afwijkingen van het menselijk gebit gerekend moeten worden. In dit opzicht moeten wij waarde hechten aan het oordeel van een autoriteit als K o r k h a u s, die uit een onderzoek over een lange reeks van jaren aantoonde dat bij 14-jarige schoolkinderen meer dan 25 % van de afwijkingen ontstaan was door praemature extracties of persistenties, dus als regel na de zes-jarige leeftijd.

Mijn betoog komt dus tenslotte neer op de volgende stellingen:

- 1e. dat erkenning en bescherming van een orthodontisch specialisme *in beperkte mate* redelijk is;
- 2e. dat als norm aangenomen kan worden dat in de grote steden op 80.000 inwoners een orthodontist-specialist bestaansrecht heeft;
- 3e. dat dit specialisme aanvankelijk principieel als een *afhankelijk* specialisme opgezet behoort te worden, opdat de algemeen-practicus worde beschermd tegen de gevaren van een *onafhankelijk* specialisme;
- 4e. dat de algemeen-practicus dan ook *inderdaad alle* poliklinische en *alle* moeilijke particuliere patiënten zal doorzenden, omdat;
- 5e. anders *in de toekomst* overgegaan zal moeten worden tot een *onafhankelijk* specialisme met alle gevolgen van dien.