

SOCIALE TANDHEELKUNDE

VREEMDE KLANKEN UIT AMERIKA

DOOR PROF. R. W. BROEKMAN¹

Als we aan de tandheelkunde in Amerika denken, dan valt het ons wel eens moeilijk om een zekere afgunst te onderdrukken. Amerika, het land van de onbegrensde mogelijkheden op het gebied van onderzoek, het land waar de patiënt „dental minded” is en daardoor blijkbaar onbeperkte mogelijkheden biedt ook in de uitoefening van de praktijk; waar men nauwelijks iets te maken heeft met de problemen van het Ziekenfondswezen.

Amerika, waar men voor wetenschappelijk onderzoek en ook voor de toepassing van wetenschappelijke ontdekkingen in de dagelijkse praktijk blijkbaar belangrijke bedragen kan en wil besteden. Ook het land dat, los van historie en traditie, daardoor beter dan het oude Europa de blik kan richten op toekomstige ontwikkelingsmogelijkheden.

En als we dan de tandheelkundige literatuur uit Amerika op ons laten inwerken, dan zuchten we bij de gedachte, dat wij daar in de eerste 25, misschien 50 jaren nog niet aan toe zijn, zomin wat de wetenschappelijke standing als de toepassing ervan betreft. Bewust van het ongewenste dezer eigenschap, moeten we erkennen, dat er wel een zekere mate van jaloersheid in ons aanwezig is als we aan Amerika denken.

Wie echter zijn oor goed te luisteren legt, wordt soms door een opmerkelijk geluid getroffen. Vreemde klanken dringen soms uit dit benijde Amerika tot ons door. Zo is het mij gegaan toen ik in het Mei-nummer 1953 van de „American Journal of Orthodontics” een artikel las van de inmiddels overleden Charles M. Waldo onder de titel „A practical approach to the problems of Orthodontics”. Dit artikel, dat zich in hoofdzaak met orthodontische problemen bezighoudt, heeft echter een diepere achtergrond en werpt vanuit een niet-verwachte gezichtshoek plotseling een zodanig ander licht op de beoefening van de tandheelkunde in Amerika, dat het ook hen die zich niet of nauwelijks met Orthodontie bezighouden moet interesseren. Het is om deze reden dat het ook voor de lezers van ons Tijdschrift een meer dan normale belangstelling verdient, hetgeen nog niet inhoudt, dat men het in *alle* opzichten met de schrijver eens behoeft te zijn. Het is echter belangrijk genoeg om het ernstig op ons te laten inwerken en er tevens ons inzicht in Amerikaanse begrippen en opvattingen mee te corrigeren en te verdiepen.

Waldo begint met er in een algemene inleiding op te wijzen, dat de voornaamste opgave van iedere gezondheidsdienst bestaat in het gelukkig maken van een zo groot mogelijk aantal mensen. Dit is een uitspraak, zo vanzelfsprekend en bijna simpel, dat we geneigd zijn om er overheen te lezen. Toch is het goed om hem, juist in onze tijd van steeds hoger opgevoerd perfectionisme, diep op ons te laten inwerken. Het is noodzakelijk om ons, ook tandheelkundig, ernstig en eerlijk op de vraag te bezinnen wat wij er eigenlijk precies onder moeten verstaan wanneer we ons tot doel stellen om er aan mee te werken „de mensen gelukkig te maken”. En dan nog wel een zo groot mogelijk aantal! Voor ieder van ons zal waarschijnlijk het antwoord op deze vraag anders uitvallen. Dit is begrijpelijk, omdat dit tenslotte een kwestie van persoonlijke aanleg, geaardheid en zelfs van levensopvatting is. Maar het komt er op aan of wij ons inderdaad deze vraag gesteld hebben en of de dagelijkse uitoefening van onze praktijk wel in overeenstemming is met ons persoonlijk antwoord erop.

Men is het er over het algemeen wel over eens, dat deze wereld voor een langdurige strijd staat die tenslotte beslist zal worden door de mate en het karakter van de menselijke vindingrijkheid. Het grootste bezit van de volkeren is het geestelijk kapitaal van hun onderdanen. Hiermee moet intensief gewerkt worden. Ook op onze professie rust de taak om te doen wat we kunnen om dit geestelijk kapitaal te vermeerderen. Als we van deze poging succes willen verwachten, dan is het bovenal noodzakelijk dat we praktisch te werk gaan. Met nadruk wordt er op gewezen, dat hiermee niet bedoeld wordt wat men in dit verband zo dikwijls te horen krijgt: „dat theoretisch geklets is wel aardig, maar laten we toch vooral praktisch zijn.” Wanneer een orthodontist „practisch” wil zijn, dan bedoelt hij daar in vele gevallen niets anders mee dan „iets met apparaten doen.” Natuurlijk is het juiste gebruik van goede apparaten voor de orthodontie even essentieel als ademhaling voor het leven. Hierbij mag echter niet vergeten worden, dat deze apparaten slechts beschouwd mogen worden als een middel om een doel te bereiken en nooit een doel op zichzelf mogen betekenen. De problemen waar wij in de orthodontie mee te maken hebben en die we het hoofd moeten bieden, liggen dan ook niet op het terrein van de apparatuur, maar liggen besloten in de vraag hoe we in ons beroep en met ons beroep naar professionele rijpheid en verantwoordelijkheid toe kunnen groeien. Hiertoe is het noodzakelijk, dat we minder bezeten zijn van instrumenten en apparaten en meer van plannen en ideeën. Reeds gedurende lange tijd is de orthodontie, zowel door ons zelf als door onze patiënten, gezien als een jonge, groeiende tak van wetenschap. We moeten er echter rekening mee houden dat men geen kinderachtigheid meer accepteert, nadat de leeftijd der kinderlijkheid voorbij is. *Waldo* gelooft, dat wij het stadium der rijpheid en volwassenheid reeds bereikt hebben en dat het thans de hoogste tijd wordt om te bepalen of de orthodontie een professie zal zijn dan wel een koophandel. De eerste stap in de praktische benadering van onze problemen betekent, dat we moeten breken met de beperktheid van visie en gedachten, die dikwijls eigen is aan hen, die een specialisme in een specialisme beoefenen. Vanuit een juist gevoel voor proporties moeten we een eerlijke en juiste kijk krijgen op orthodontie en orthodontisten. Het is misschien niet overbodig om erop te wijzen, dat deze zelfde stelling geldt voor de tandheelkunde en haar beoefenaren. Het wordt de hoogste tijd, dat wij scherp en duidelijk zien wat we willen zijn en bereiken, wat we willen doen en hoe we dat kunnen doen, niet alléén onder de beperkingen van ons kennen en van onze wetenschap, maar tevens onder de beperkingen van hetgeen door de natuur, door erfelijkheid, door cultuur en sociale omstandigheden is bepaald en vastgelegd.

Wat de Orthodontie betreft kunnen we onze problemen in twee groepen onderbrengen:

- a. de problemen van de orthodontie als wetenschap;
- b. de problemen van de orthodontist in zijn praktijk.

Het is ons echter onmiddellijk duidelijk, dat wetenschap en praktijk in hun ontwikkeling niet verschillende kanten kunnen uitgaan. De wetenschap behoort zich bewust te zijn van zijn culturele opdracht, dat is een opdracht die gericht is op het geluk van de medemens. De tijd, dat de wetenschap zich afzonderde in een „Ivory tower attitude” ligt achter ons. Ook onze Universiteiten, geboren en gegroeid als ze zijn uit de samenleving, hebben een maatschappelijke taak, een maatschappelijke opdracht. Ook in de tandheelkunde, evenals in de orthodontie dreigt de kloof tussen wetenschap en praktijk te groot te worden. Ook hier dreigt een toestand te ontstaan, zo deze er niet reeds is, waarin de practicus in zijn praktijk niet meer kan toepassen wat de wetenschap hem biedt en zelfs opdringt. Een gevoel van wanhoop overvalt dikwijls aan de eerlijke en consintieuzen

practicus, wanneer hij zich innerlijk geroepen voelt om datgene, wat op zo hoog peil staande wetenschappelijke verhandelingen hem voorhouden, ook in zijn praktijk te gaan toepassen. Wanhoop, omdat zijn overvolle wachtkamer hem dit belet of omdat hij nauwelijks in staat is om de grenslijn te bepalen tussen vereisten en wenselijkheden.

Ook op de culturele taak van de wetenschappelijke orthodontie moet worden gewezen en daartoe acht W a l d o het noodzakelijk, dat wij de volgende punten op een gezonde basis onder ogen zien:

1. de verhouding tussen de orthodontie en de plaatselijke of nationale mogelijkheden en noodzakelijkheden.
2. de verantwoordelijkheid van de orthodontie jegens de gemeenschap.
3. de verantwoordelijkheid van de orthodontist tegenover zijn speciale tak van wetenschap.
4. de taak van de orthodontist in het verkrijgen en opleiden van nieuwe leden voor zijn professie.

Niemand kan een goed orthodontist zijn zonder zijn taak in de wereld te verstaan. Zonder dit is hij een klein mannetje, die gedurende een bepaald aantal uren en een onbepaald aantal jaren in een kamertje staat te werken. Ook de orthodontist moet zijn bijdrage leveren aan de hulpbronnen die het mogelijk maken om gezond, gelukkig en in vertrouwen te leven. Hierbij wordt weer gedacht aan de taak van iedere gezondheidsdienst: het gelukkig maken van een zo groot mogelijk aantal mensen. Ondanks het feit, dat we enorme vorderingen hebben gemaakt, zijn veel van de bijeenkomsten, vergaderingen, afspraken, gewoonten en zogenaamde idealen die we nog dagelijks koesteren en huldigen te beschouwen als overblijfselen van een vroegere en voor een belangrijk deel reeds afgestorven periode. Het is in Amerika blijkbaar gemakkelijker om met de historie te breken en tradities los te laten. Om het hier gestelde probleem direct in zijn kernpunt aan te grijpen moet allereerst de noodzakelijkheid van orthodontische behandeling onder de loupe worden genomen. Dit is heel iets anders dan de schijnbare behoefte aan orthodontische hulp, waarmee de practicus in zijn werk-kamer wordt geconfronteerd. Hoewel er enkele punten van overeenkomst zijn, is de noodzakelijkheid van orthodontische behandeling zeker niet synoniem met de behoefte er aan. De behoefte kan, we komen daar nader op terug, kunstmatig zijn opgeschroefd en daardoor niet meer in overeenstemming zijn met de ware noodzakelijkheid. Een steeds groter aantal mensen heeft blijkbaar behoefte aan meer orthodontische hulp dan nu verstrekt kan worden. Vroeger was de orthodontische en ook de tandheelkundige hulp een privilege van de rijken en soms een gift in de vorm van liefdadigheid aan de armen. Toen was het een kwestie van vraag, waaraan op de een of andere wijze voldaan moest en ook wel kon worden, maar nu is het een noodzakelijke behoefte geworden, die al bijna tot eis is uitgegroeid. De vraag, die thans iedere tandarts en iedere orthodontist zich moet stellen en waarop hij een antwoord zal moeten vinden is deze: over welke middelen en mogelijkheden beschikken wij thans om aan deze noodzakelijkheid tegemoet te komen. Hoe kunnen wij het probleem oplossen om meer kinderen orthodontisch te behandelen? Hoe zullen wij de noodzakelijke behoefte opvangen, wanneer niet ernstig en systematisch gewerkt wordt aan veranderde, misschien meer efficiënte praktijkuitoefening of aan vermeerdering van orthodontische hulp. We moeten er immers rekening mee houden, dat er in dit opzicht een essentieel verschil bestaat tussen orthodontie en conserverende tandheelkunde. Bij eerstgenoemde is men voor een groot deel blijvend gebonden aan onveranderlijke effactoren, terwijl men in de conserverende tandheelkunde met vertrouwen kan

hopen op ontdekkingen, die leiden tot de preventie of althans een verlaagde frequentie van tandcaries.

Volgens *Waldo* staan de orthodontist hiertoe twee wegen open:

- a. door de methode van praktijkvoering zodanig te veranderen, dat de economische mogelijkheden geschapen worden om een groter aantal patiënten te kunnen behandelen.
- b. door een hechte samenwerking met onze collega's in de algemene praktijk, de kinderpraktijk en de schooltandheelkunde.

Het lijkt onmogelijk om aan orthodontisten te zeggen, dat ze meer patiënten moeten behandelen wanneer ze toch al te druk bezet zijn en om hun tarieven te verlagen wanneer ze hiertoe economisch niet in staat zijn. Toch acht *Waldo* dit, met behoud van de professionele waardigheid en zonder financiële en ideële opofferingen zeker mogelijk. Hij plaatst zich daarbij nogmaals voor de vraag wat de orthodontist eigenlijk wil bereiken en antwoordt daarop met vraagtekens: een ideale occlusie? ideale aangezichtsverhoudingen? of er zich misschien een beetje doorheenslaan, totdat een of ander resultaat is bereikt, dat niet al te onbevredigend is?

Of, en dan stelt *Waldo* de vraag heel scherp, wil hij *patiënten behandelen en daarmee een zo groot mogelijk aantal kinderen gelukkig, tevreden en zonder zorgen maken?* Het antwoord op deze vraag werd voor een belangrijk deel bepaald doordat hij lid was van een studiec commissie, die zich ten doel stelde om de psychische en lichamelijke groei van kinderen te bestuderen gedurende een reeks van jaren, teneinde in verband met de gewenste gezondheid van lichaam en geest de toelaatbare variatieschommelingen na te gaan. Het was niet gemakkelijk om in dit verband het begrip „gezondheid” nauwkeurig te definiëren. We komen er niet verder mee wanneer we opmerken, dat gezondheid betekent de afwezigheid van ziekten en afwijkingen en daaraan toevoegen, dat dan onder ziekte verstaan moet worden de afwijking van normale gezondheid. Men kwam in deze commissie tenslotte tot de stelling, dat ieder individu het product is van aanleg en omgeving, een stelling waartegen men zich in het werelddeel van *Mendel* niet kan verzetten. De gehele levensactiviteit van de mens, geestelijk zowel als lichamenlijk, is gericht op de noodzakelijkheid om een juiste verhouding, een evenwicht, te verkrijgen tussen aanleg en milieu, de poging om zijn aanleg op de juiste manier aan te passen bij zijn omgeving en de omstandigheden waaronder hij moet leven. Gezondheid is het vermogen om dit te doen, terwijl alle condities, eigenschappen en kenmerken die dit beletten on-gezond worden genoemd.

Ook dit is een zeer belangrijke uitspraak, waar we vooral niet vluchtig overheen mogen lezen. Het gaat dus niet meer om een door ons, op de basis van wetenschappelijke formules, grafieken en berekeningen vastgelegd norm-begrip, het gaat om een aanpassing. Het gaat tenslotte om het hoogst bereikbare compromis tussen de aanleg en de levensomstandigheden.

Bij het onderzoek van de kinderen werden de volgende punten vastgesteld:

- a. dat er een zeer grote variatie is in geestelijke en lichamenlijke eigenschappen.
- b. dat ondanks deze sterke variatie-spreiding „gezondheid” aanwezig was, zodat vastgesteld kon worden, dat gezondheid geen vast omljnd principe van overeenkomst inhoudt, maar aanwezig kan zijn bij de meest uiteenlopende verschijningsvormen, typen en disharmonische samenstelling van onderdelen.
- c. dat alléén een beschouwing van het gehele individu een antwoord kan geven op de vraag op gezondheid aanwezig is.

Bij het onderzoek van deze kinderen werd met allerlei milieuomstandigheden rekening gehouden: de ouders, het gezin, de omgeving, school, kerk enz. enz. Ongezonde kinderen werden onmiddellijk uit de groep verwijderd. W a l d o stelde vast, dat bij deze groep „gezond-verklaarde” kinderen een belangrijk percentage orthodontische afwijkingen werd aangetroffen, zonder dat dit hen blijkbaar psychisch of lichamenlijk op een of andere wijze hinderde en komt dan tot de gewetensvraag of onder deze omstandigheden een orthodontische behandeling gerechtvaardigd is.

Volgens hem moet ieder eerlijk antwoord op deze vraag luiden: „werp de boeken het raam uit en zeg: nee!” Vele van deze kinderen heeft hij aan orthodontisten laten zien en dan ontwikkelden zich interessante gesprekken over de vraag *hoe* zij behandeld zouden moeten worden, maar in geen enkel geval werd de vraag opgeworpen of een behandeling noodzakelijk zou zijn. Hiermee benadert hij dan het kernprobleem in de orthodontie: de vaststelling van het begrip normaal of gezond. Iedere orthodontist moet een duidelijk antwoord op deze vragen kunnen geven, omdat hij er altijd weer mee te maken krijgt wanneer hij het waarom, wanneer, hoe, hoeveel en hoelang van zijn behandeling moet bepalen. Wij weten allen, aldus W a l d o, dat we in hoge mate tekort schieten in onze bepaling van de begrippen: normaal, gemiddelde, het individuele maximum enz. en dit is de reden, waarom we ook in dit opzicht praktisch moeten worden. Uitgaande van de hierboven omschreven grondprincipes kunnen we deze moeilijkheid omzeilen door na te gaan of de occlusie van het kind een *succesvolle aanpassing aan zijn omgeving in de weg staat of dreigt te zullen belemmeren*. Zo ja, dan moet een behandeling plaats hebben en anders kan deze achterwege blijven. Deze nuchtere en misschien schijnbaar oppervlakkige oplossing zou op een ontstellende wijze de hiaten in ons wetenschappelijk denken aanwijzen en tot de noodzakelijkheid dwingen om ons hierop verder te bezinnen. W a l d o haalt hier een uitlating aan van Dr. L a w r e n c e H e n d e r s o n: „Ik geloof, dat het uiteindelijke doel waarop iedere medicus en tandarts zich moet richten gelegen is in de poging om zijn patiënt in een zodanige situatie te brengen, dat deze goed genoeg voor hem is om datgene te bereiken wat hij zich had voorgesteld, zodanig, dat hij er zich geen zorgen over behoeft te maken en het dus rustig kan vergeten.” Dit is de ware houding in de gezondheidsdienst en wijst tevens de weg naar de juiste verhoudingen in de Orthodontie. Het houdt o.a. in, dat medicus, tandarts en orthodontist in zoverre succesvol werken als uitgedrukt wordt in de mate waarin zij zichzelf overbodig weten te maken.

In eerste instantie lijkt dit alles een beetje vluchtig en oppervlakkig beredeneerd. Het gaat er immers niet alleen om of het kind gezond is, maar of het gezond zal blijven wanneer later een vergaand verval van het kauworgaan zou optreden. Het is ook niet belangrijk of het kind op 8-jarige leeftijd zich met een kwajongensachtige nonchalance ver boven iedere orthodontische afwijking plaatst, maar het gaat er om hoe zijn psychische reactie zal zijn wanneer het „andere geslacht” op hem en ook op zijn gebit begint te letten.

Als logische consequentie hieruit volgt dan de vraag, op welke wijze een malocclusie of een malrelatie iemand later ongelukkig kan maken, hem kan dwars zitten of hinderen in zijn levensplan. Hoewel het antwoord van W a l d o op deze vraag naar mijn inzicht niet volledig is, wordt het hier in onveranderde vorm weergegeven.

- A. *Lichamenlijk*
1. onvoldoende kauwfunctie of onjuiste spraak;
 2. voorwaarden die het tandbederf in de hand werken of een vroegtijdige achteruitgang van de omgevende delen veroorzaken;
 3. storingen in de normale groei van de aangezichtsschedel.

- B. *Psychisch*
1. pijn veroorzaken;
 2. deprimerend werken door een storende physiognomie.

Strikt genomen zouden we op deze basis geneigd zijn te denken, dat alle kinderen behandeld moeten worden die zich in onze praktijk melden en daarbij moeite moeten doen om hen, die nog niet zover zijn, er toe te bewegen. Ontstellend groot is het aantal orthodontisten dat als volgt redeneert: „Johnnie heeft een malocclusie, daardoor kan hij zijn eten niet goed kauwen en zal ondervoed raken, dus ongezond worden.” *Wald o*: „Is dit juist?” Antwoord: „Ik weet het niet en niemand weet het.” We weten niet hoe efficiënt de occlusie en de interdigittatie van de moderne cultuurmens precies moet zijn, maar moeten in ieder geval rekening houden met het feit, dat voor ons tegenwoordig voedsel niet het gebit van de prae-historische mens behoeft te worden geëist. Bovendien heeft menig goed doorvoed individu een extreme malocclusie terwijl er, omgekeerd, kinderen en volwassenen zijn met een perfecte occlusie die niet kauwen en daardoor maag-darmstoornissen krijgen. Iedere orthodontische studie over dit onderwerp zou moeten inhouden een nauwkeurige observatie van de malocclusie, de kauwfunctie, de spijsvertering, de assimilatie en de algemene gezondheidstoestand van het individu.

Ook ten opzichte van de spraak zijn we dikwijls erg oppervlakkig en ongemotiveerd zwaarmoedig in ons oordeel, doordat we veel te weinig weten over het individuele aanpassingsvermogen van het kind. Zeker is, dat dit aanpassingsvermogen ten opzichte van de spraak, bijvoorbeeld bij het dragen van uitneembare plaatapparatuur, dikwijls onbegrijpelijk groot is. Er zijn kinderen met belangrijke orthodontische afwijkingen en zonder merkbare spraakstoornissen, evenals er kinderen zijn met spraakstoornissen en volkomen normale tand-kaakrelaties.

Wat weten we vervolgens, aldus *Wald o*, met zekerheid over de invloed van orthodontische afwijkingen op de gezondheidstoestand van de tanden en de omgevende weefsels? Het is nog allerminst bewezen, dat iedere mal-relatie de cariesfrequentie verhoogt. De eerlijkheid gebiedt te erkennen, dat we in dit opzicht klinisch soms de meest verrassende waarnemingen doen: een hoge cariesfrequentie bij een normale occlusie en interdigittatie of heel weinig caries bij de meest ernstige orthodontische afwijkingen.

Dezelfde onzekerheid is aanwezig wanneer men de omliggende weefsels beschouwt en de dispositie voor parodontopathiën. Wat kunnen we hier met zekerheid over zeggen? Een feit is ook hier, dat we patiënten zien met ernstige distaalbeet waarbij, ondanks de traumatische occlusie, op 60-jarige leeftijd nog maar steeds geen parodontopathiën willen optreden. Hetzelfde geldt voor de dekbeet. In andere gevallen ziet men soms reeds op betrekkelijk jeugdige leeftijd, parodontopathiën optreden waar deze orthodontisch zeker niet moeten worden verwacht. Waarschijnlijk speelt het metabolisme hier een belangrijke rol, misschien het psychisch evenwicht. Wat weten we hiervan met zekerheid?

Een vraagteken moet eveneens geplaatst worden achter die typisch dento-faciale verschijningsvorm die we totale dekbeet noemen. Misschien hebben we hier te maken met die disharmonie van onderdelen – een grote jukboogafstand, een brede apicale basis in de maxilla, een kleine afstand van sub-nasale tot gnathion, een sub-nasale in een vooruitgeschoven positie, enz. – waarover in het voorgaande werd gesproken. Misschien heeft de natuur zich hier reeds op een zodanige wijze aan de omstandigheden aangepast, dat, ondanks onze theoretische bezwaren tegen deze kaakrelatie, toch van een gezond gebit moet worden gesproken. Het is immers helemaal niet zeker dat deze instelling der frontelementen *moet* leiden tot parodontopathiën. Klinische waarnemingen bij patiënten op gevorderde leeftijd leren wel anders. Bovendien is er geen enkele zekerheid, dat de hakkende beweging van het temporalis-kauwen zal veranderen in een

meer normale kauwfunctie, zelfs wanneer deze „afwijking” met succes behandeld is. Het is inderdaad heel moeilijk om, met de hand op 't hart, doorslaggevende motieven aan te voeren voor de behandeling van een totale, niet te extreme, vorm van erfelijke dekbeet. Het cosmetisch effect speelt hierbij immers een onbelangrijke rol, terwijl achter de andere motieven – cariesprophylaxe, parodontose-prophylaxe, verbeterde kauwfunctie – voorlopig nog vraagtekens geplaatst moeten worden.

Op analoge wijze moeten we oordelen over het probleem der wortelresorptie. Bij sommigen treedt wortelresorptie op na een orthodontische behandeling, bij anderen niet. Maar wortelresorptie wordt ook geconstateerd bij patiënten die niet orthodontisch behandeld zijn. *Wald* onderscheidt hier drie mogelijkheden:

1. mensen die altijd wortelresorptie krijgen;
2. mensen die nooit wortelresorptie krijgen;
3. mensen die wel of geen wortelresorptie krijgen.

Voor de groepen 1 en 2 kan een orthodontische behandeling niet direct noodzakelijk worden geacht, omdat het al of niet optreden toch niet te beïnvloeden is. Alleen voor de derde groep kunnen we hopen op preventie of verbetering door een orthodontische behandeling.

Hetzelfde, min of meer ontmoedigende, verhaal kan verteld worden over de psychische belasting die aan malrelaties wordt toegeschreven.

Sommigen zijn zo brutaal en zelfverzekerd, dat de meest ernstige afwijkingen hen absoluut niet hinderen, anderen daarentegen zijn diep geschokt door een enkele onbelangrijke rotatie. Ook hier is meer kennis over het innerlijk van de patiënt vereist.

In aansluiting op de voorgaande gedachtenontwikkeling komt *Wald* tenslotte met enkele positieve raadgevingen.

Het is in de eerste plaats noodzakelijk om een scherp en duidelijk onderscheid te maken tussen ons aandeel in de gezondheidszorg en in dat van een gespecialiseerd schoonheidsinstituut, tussen datgene wat noodzakelijk is en datgene wat hoogstens wenselijk zou zijn. Er zijn veel gevallen van kunstmatig gekweekte wenselijkheid die zich het air van noodzakelijkheid aanmatigen. Zij moeten uit ons behandelingssysteem geëlimineerd worden. Vroeger, toen de orthodontie inderdaad nog in haar kinderschoenen stond is zij, overigens volkomen begrijpelijk, veel te ver gegaan in haar pogingen om het publiek te overtuigen van de noodzakelijkheid ener orthodontische behandeling. Zij heeft de ideale occlusie als bereikbare norm gesteld en daaraan toegevoegd, dat ieder individu geboren is met de mogelijkheid van een volkomen harmonische dentale en dento-faciale ontwikkeling (*Angle*). Dit is onjuist gebleken. Het is een van de grote verdiensten van *Andresen*, dat hij ons geconfronteerd heeft met het begrip individuele optimum. Overigens moet hierbij wel opgemerkt worden, dat we hiermee wel één stap dichterbij het doel zijn gekomen, maar dat het echter nog lang niet bereikt is. Wat moet namelijk onder een individueel optimum worden verstaan? Volkomen afhankelijk van de erfelijke grondslag der onderdelen, zal het individueel optimum bij de één op een veel hoger plan liggen dan bij de ander. Dit wordt gemakkelijker, wanneer we ons even verplaatsen op psychisch terrein. Voor vele mensen ligt hier het individuele optimum in het bereiken van een positie als kantoorklerk, voor anderen ligt dit optimum in het bezetten van een ministers-zetel. Het psycho-technisch onderzoek en het bepalen van een intelligentie-coëfficiënt kan hier misschien helpen bij de vaststelling van een individueel optimum, maar in de bepaling van dit begrip voor het gebit zijn we nog

niet ver gevorderd. Het oude standpunt is onjuist, omdat daarmee de noodzakelijkheid van vele behandelingen werd gesuggereerd waar deze niet altijd noodzakelijk was. Onjuist, omdat voor iedereen een volkomen normale eindtoestand mogelijk werd geacht. Napoleon merkte op, dat iedere soldaat de maarschalkstaf in zijn ransel had, maar toen Napoleon dit zei, waren de erfelijkheids-wetten nog niet ontdekt.

Bovendien werd hoop en vertrouwen gegeven in een succesvolle behandeling, terwijl deze hoop dikwijls volkomen ongemotiveerd was, doordat de prognose nog in het stadium der onzekerheid stond. Die zogenaamde „education of the patiënt” is in haar jeugdig enthousiasme veel te ver gegaan en heeft daardoor fouten gemaakt. Het is zeer waarschijnlijk dat, nog niet lang geleden, de meeste mensen volkomen gelukkig leefden met hun orthodontische afwijkingen, omdat niemand er veel aandacht aan besteedde. *Wald* o: „Ik hoorde eens een moeder tegen een 15-jarige jongen, die een lichte distaalbeet had zonder functie-stoornis en met een zeer geringe cosmetische afwijking, zeggen, dat het belangrijker voor hem was om naar de orthodontist te gaan dan naar het college.” *Wald* o haalt zelfs *Tolstoj* aan (die hij een van de grootste kenners van de menselijke natuur noemt) als deze in de roman „Oorlog en Vrede” over Prinses Bolkonskaya schrijft: „Dit is altijd het geval met een door en door aantrekkelijke vrouw, dat haar afwijkingen – de korthed van haar bovenlip en haar half open mond – juist voor háár specifieke vormen van schoonheid schijnen te zijn.” Er schijnt in Amerika een statistiek te zijn gemaakt, waaruit blijkt, dat meisjes met bepaalde orthodontische afwijkingen – hiermee werd de distaalbeet bedoeld – grotere huwelijkskansen hadden. Een waardevolle taak voor de orthodontist zou hierin bestaan, dat hij de mensen leert om gelukkig te leven met hun orthodontische afwijking, wanneer er geen indicatie is voor behandeling of wanneer de prognose ongunstig luidt.

Vervolgens moet, volgens *Wald* o, de orthodontist eindelijk eens leren om de „alles-of-niets-houding” los te laten. Het is niet juist om te zeggen: „U kunt een Cadillac kopen – of lopen. Kies het zelf maar uit.” Onjuist, omdat er dikwijls zoveel tussenoplossingen zijn en bovendien omdat het ongewenst is om hieruit de patiënt te laten kiezen; de orthodontist behoort zich zozeer in het gehele complex van omstandigheden te verplaatsen, dat hij deze keuze kan bepalen. Hij handelt volgens verouderde begrippen, wanneer hij hierbij altijd uiterste idealen – de Cadillac – nastreeft. Het gebruik van gestandaardiseerde routinebehandelingen moet beperkt blijven tot die gevallen, waarin zij inderdaad betekenis hebben. Veel orthodontisten houden vast aan een bepaald behandelingsstelsel, deels uit mode of gemakzucht, deels uit vrees voor critiek. Gecomplliceerde apparaten worden gebruikt waar een eenvoudig uitneembaar plaat-apparaat beter op zijn plaats is. Zoals in de algemene praktijk de klassieke diagnose van periapicale abscessen verdrongen wordt door het Röntgenbeeld, zo worden in de orthodontie dikwijls en onnodig Röntgenfoto's van de schedel in profiel of cephalometrische constructies in de plaats gesteld van een eenvoudige critische beoordeling van de patiënt zelf. Het is natuurlijk van belang, dat dergelijke schedelfoto's bij onderwijs- en researchwerk worden gemaakt, maar het is absurd om tegen een orthodontist te zeggen, dat hij in gebreke is wanneer hij niet over dergelijke dure en ingewikkelde apparaten beschikt, omdat de behandeling van vele afwijkingen er geen iota door zal veranderen. Dikwijls kan hetzelfde bereikt worden als de orthodontist zijn ogen en zijn hersenen gebruikt.

Het omverhalen van heilige huisjes, het breken met verouderde orthodontische inzichten of principes en het loslaten van traditionele opvattingen is echter niet voldoende om een oplossing te brengen van de hier gestelde problemen. Men kan er de situatie hoogstens iets mee verbeteren, maar men bereikt er nog niet mee,

dat alle kinderen behandeld worden die werkelijk behandeld moeten worden, doordat de specialist-orthodontist te druk bezet is met gevallen, die niet behandeld behoeven te worden of doordat de kinderen te ver van een orthodontistisch centrum verwijderd wonen. Hoewel W a l d o zich bewust is van tegengestelde opvattingen, meent hij, dat er veel te bereiken is door een verbreding van het contact met de algemene practicus. Voordat we hiertoe overgaan, moeten we eerst duidelijk weten, wat we onder een specialist moeten verstaan. Er schijnen twee definities mogelijk te zijn. De eerste: een specialist is een man, die voor alles op zijn terrein een oplossing kan aanbieden. Een soort bazar-mens. Dit is echter geen professionele definitie, maar meer de definitie van een handelsvereniging. De tweede luidt: een specialist is een persoon, die door studie, onderzoek en ervaring wat meer weet en daardoor het vermogen bezit om de moeilijker problemen op zijn terrein te hanteren en de eenvoudige wat sneller en handiger aan te pakken.

Er is nogal wat verzet en verschil van opvatting over de rol, die de orthodontie in de algemene praktijk moet spelen, doordat sommige orthodontisten menen, dat het niet mogelijk is om het verschil tussen moeilijke en gemakkelijke gevallen door een algemene practicus te laten bepalen. Dit is een van de redenen, waarom indertijd in Amerika de klinische behandeling van orthodontische patiënten uit de onderwijs programma's is geschrapt. Wanneer men echter de rapporten bestudeert van de „Committee on Instruction in Orthodontics” en van de „Committee on Teaching of Dentistry for Children” dan leest men hierin, dat dit in Amerika snel zal veranderen. Het zal inderdaad wel eens voorkomen, dat een geval dat aanvankelijk eenvoudig lijkt, zich in ongunstige zin ontwikkelt en moeilijk blijkt. Maar het komt helaas ook dikwijls voor, dat een specialist een eenvoudig geval als moeilijk ziet.

Gehoopt en verondersteld mag worden, dat binnen zeer afzienbare tijd de tandheelkundige opleidingen in Amerika veel meer aandacht zullen besteden aan het theoretisch en praktisch onderwijs in de orthodontie en tandartsen zullen afleveren, die zèlf hun grenslijn tussen de eenvoudige en moeilijke gevallen weten te trekken. Bovenal zal dan een grotere aandacht aan de preventie worden geschonken, omdat dit een uiterst waardevol wapen is in de hand van de algemene practicus. Daarnaast moet er een belangrijke uitbreiding komen van cursussen voor plaatselijke afdelingen in post-graduate verband.

Het artikel van W a l d o wordt met de volgende woorden besloten:

„Laten wij er van afstappen om alles tot een ideale eind-toestand te willen behandelen, maar ons liever richten op het principe, dat we een patiënt behandelen, die vrij van zorgen en moeilijkheden langs zijn levenspad kan wandelen en daarbij zijn mond kan vergeten. Inplaats van veel te doen voor enkelen, moeten we datgene wat de moeite waard is voor zoveel mogelijk kinderen doen. Dit is geen verlagening van onze standing, integendeel, er blijkt uit, dat we ons bewust zijn geworden van de culturele taak van de wetenschap.

Een onrijp mens wil eervol sterven voor een hooggesteld ideaal, maar een rijp mens wil er eenvoudig voor leven. De orthodontie is bezig rijp te worden. Niet in een overdreven schittering van kostbare installaties, maar in het eenvoudige praktische werk van iedere dag ligt onze dienst aan de mensheid.”

Wat moeten wij hier nog aan toevoegen? Het is wel mogelijk om op deze gedachtenontwikkeling van W a l d o hier en daar een kritisch commentaar te leveren. We kunnen het misschien in sommige opzichten niet geheel met hem eens zijn, we kunnen kanttekeningen en vraagtekens plaatsen. Het is ook mogelijk

om hem aan te vullen of om het licht zijner gedachten op de gehele tandheelkunde te laten schijnen. Dit is allemaal mogelijk, maar daar gaat het hier niet in eerste instantie om. Het gaat er hier om, dat deze vreemde (?) klanken uit Amerika tot ons komen. Juist uit dat Amerika waar tandheelkundig en orthodontisch dikwijls zo heel erg tegen wordt opgekeken. Het Amerika, dat ons verblindde met de schittering van financiële mogelijkheden in wetenschap, research en praktijk. In het toonaangevende en wereldbeheersende tijdschrift voor de orthodontie vanuit dit Amerika klinkt plotseling een stem tot ons door, die aandringt op bescheidenheid, vereenvoudiging en culturele verantwoordelijkheid. Tegenover de vele artikelen in dit tijdschrift die door de wetenschappelijke hoogte die zij bereikten soms nauwelijks meer te volgen zijn, verschijnt daar plotseling en ineens een aanmaning tot bezinning.

Ook dit schijnt in Amerika mogelijk te zijn.

Onwillekeurig denken we hierbij aan de woorden, die Prof. Walter Schubarth in zijn „Geestelijke omwenteling” schreef:

„De mening, dat er zoiets bestaat als een zuivere, onbevooroordeelde wetenschap, behoort tot de grote dwalingen der 18e eeuw. Virchow was de grondlegger van het specialiserende zien. De medische specialist komt naar voren, die des te gevaarlijker is naarmate hij meer presteert. De blik voor samenhang raakte versluierd. Hij wordt geleid door het geloof aan zijn almacht en door ongelooft aan de genezende kracht der natuur. Hij werpt zich op als leermeester der natuur inplaats van haar leerling te zijn en schrijft haar voor hoe ze het eigenlijk had moeten doen! (vgl. An gle Br).

Dit is een typisch staal van intellectuele hoogmoed, van de machtsmens zonder eerbied.

De geestelijke omwenteling, die zich in de medische wetenschap voltrok bestaat hierin, dat een nieuw type arts aan het opkomen is, zich aansluitend bij de medische wijsheid van Hippocrates en Paracelsus en die bescheidenheid betekent.”

Ook de orthodontist dreigt gewend te raken aan het geloof in de almacht van zijn apparaten. Niet alleen An gle, als typisch vertegenwoordiger van het 19e eeuwse denken, meende dat hij met zijn vaste apparaat voor ieder element in de mondholte zijn normale plaats kon aanwijzen, maar ook zijn leerling Brodie meent het heden nog. Schwarz staat op het standpunt, dat met de actieve plaatapparatuur iedere orthodontische en dento-maxillaire afwijking tot een goed eindresultaat gebracht kan worden. Ditzelfde standpunt wordt dan tenslotte weer door Andresen en Häupl ingenomen ten opzichte van hun passieve apparaten. In al deze gevallen wordt de bijna goddelijke almacht van het apparaat gepredikt.

Blijkbaar is zich thans, ook in de orthodontie een „geestelijke omwenteling” aan het voltrekken.

„Natura sanat, medicus curat.”

Utrecht, Augustus 1953

HET DAGHET IN HET SUYDEN

Er zijn alreeds vier jaren verlopen sedert te dezer plaatse *) aandacht werd gewijd aan de werkzaamheid en snorkerige reclame, bedreven door anonieme exploitanten van commerciële „instituten” op het gebied der kunstgebitten-fabricage. Ons toenmalig verzet richtte zich in de eerste plaats tegen de ongehinderde aanprijzing van een bepaalde narcosevorm als suggestief middel tot het uit winstbejag verwijderen — los van elke indicatie — van het natuurlijke gebit ter wille van het leveren van een uiteraard volledig kunstgebit. Daarnaast maakten wij ons tot tolk van de groeiende ergernis over de stuitende advertenties, die regelmatig in dag- en weekbladen werden geplaatst. Ondanks alle pogingen om de instanties, tot wier ambtelijke bemoeiing deze gezondheidsgevaarlijke, openlijk bedreven prothetische activiteit geacht mocht worden te behoren, tot optreden te bewegen, bleef de overheid geheel passief. Men beriep zich daarbij op het ontbreken van wettelijke bepalingen, die ingrijpen mogelijk konden maken en tot op dit ogenblik heeft men in deze opvatting volhard.

Ook langs de weg van veroordeling door het Medisch Tuchtcollege van de artsen en tandartsen, in loondienst der ondernemers, werd niets bereikt; in de enkele gevallen waarin vermoedelijk wel een tuchtmaatregel werd opgelegd, leidde zulks niet tot een beëindiging der standsonwaardige dienstverhouding.

Inmiddels was weliswaar enige verbetering tot stand gekomen voor zover de Nederlandse pers, daarin voorafgegaan door enkele grote dagbladen, het besluit had genomen tot het weren van de aanstoot gevende publiciteit.

Aan de omzet dezer zogenaamde instituten, voor wat betreft de vervaardiging en masse en volgens dienstregeling van protheses, deed dit weinig afbreuk omdat compensatie gezocht werd in andere, meer persoonlijk gerichte reclamemiddelen.

Na enkele jaren van althans openlijk stilzwijgen is sinds enige maanden nieuw rumoer rondom deze met luidruchtigheid bedreven tandvervanging opgelaaid. Wellicht omdat het binnenlandse jachtterrein voor een goed deel is afgestroopt, hebben deze ondernemers hun prothetische roofofbouw tot over de grenzen uitgebreid om in België en West-Duitsland met een niets ontziende werfcampagne nieuwe toevloed van prothese-begerigen te forceren. Zij bedienen zich door middel van hun agenten en courantenreclame van alle middelen, welke hun aan de zelfkant van de wettelijke bepalingen dienstig voorkomen.

Onze Belgische beroepsgenoten hebben niet nagelaten om door middel van hun verenigingen luide hun misnoegen te uiten en daarbij steun gevonden, zowel in de pers als in de volksvertegenwoordiging. Zelfs het ministerie van openbare gezondheid heeft het, blijkens de jongste berichten, als zijn plicht beschouwd de bevolking te waarschuwen tegen de activiteit dezer ondernemingen en roept daarbij de medewerking van het publiek in om de praktijken dezer voor de gezondheid gevaarlijke maar voor de Belgische regering ongrijpbare bedrijven te kunnen verlammen.

Om het tafereel nog verder te stofferen heeft men van over de grens volgens de jongste berichtgeving een klacht inzake oplichting bij de Nederlandse rechter ingediend.

Men zal moeten toegeven dat deze krachtdadige reacties wel scherp afsteken tegen de gouvernementele non-interventie waaraan de overheid ons in al de jaren heeft willen gewinnen. Door de protesten van Belgische zijde is echter de belangstelling voor de gestie dezer „instituten” ook in ons land gaande gemaakt en een persconferentie, door de Maatschappij belegd om nogmaals haar standpunt in deze beschamende affaire kenbaar te maken, werd beantwoord met een grote opkomst van vertegenwoordigers van de dagbladen. Deze hebben daarvan, elk op zijn wijze, verslag gedaan.

*) T. v. T., 1949 nrs. I, II, III en XI „Periculum in mora”.

De clou van alle publieke berichtgeving wordt echter gevormd door een uitvoerige mededeling in grote opmaak in een der bladen*), waarin tot in bijzonderheden melding wordt gemaakt van het voornemen der Regering om door een wettelijke regeling de betreffende ondernemers in het botvieren hunner commerciële instincten aan banden te leggen. Daarbij zou een einde worden gemaakt aan het verrichten van tandheelkundige behandelingen door de onbevoegde exploitant onder z.g. toezicht van een arts of tandarts. Het ontwerp zou deze personen, die zelf deze verrichtingen dienen uit te voeren, in dat geval strafbaar stellen. Voorts zou het voor bevoegden verboden worden om werkzaamheden te verrichten voor een instituut dat reclame maakt.

Volgens de betreffende nieuwsdienst zou het wetsontwerp dat, naar wordt toegevoegd het departement van Sociale Zaken reeds zou hebben verlaten en in studie genomen zijn bij Justitie, zijn ontstaan te danken hebben aan aandrang van de Belgische minister van Volksgezondheid bij zijn Nederlandse ambtgenoot uitgeoefend.

Tot zover in grote trekken de inhoud van de mededeling. Of en in hoeverre deze „onthulling” met de werkelijkheid in overeenstemming is onttrekt zich aan beoordeling, al wekt zij sterk de indruk op inside information te berusten. Van regeringszijde is althans geen ontkenning gevolgd.

Hoe het zij, men kan zich levendig voorstellen dat de Regering veel gelegen is aan een harmonieuze verstandhouding met haar Beneluxpartner en dat zij aan gerechtvaardigde klachten, zelfs op een gebied waaraan zij blijkens de ervaring niet veel betekenis hecht, bereid zou zijn tegemoet te komen. Maar dat deze prikkel eensklaps voldoende zou wezen tegenover alle vergeefse pogingen in eigen land om deze jarenlange inbreuk op de tandheelkundige voorziening inzake de volksgezondheid ongedaan te maken doet wel heel pijnlijk aan.

In de tandheelkunst is toch maar van alles mogelijk.

B.

*) Algemeen Dagblad van 9 September j.l.