

„DE ORTHODONTISCHE BEHANDELING, DE ALGEMEEN PRACTICUS EN DE SOCIALE VOORZIENING” *)

DOOR PROF. R. W. BROEKMAN

Met deze duidelijke titel dringt zich dan in feite het probleem van de sociale orthodontie aan ons op. Het komt in grote lijnen hierop neer, dat ongeveer 60% van de Nederlandse kinderen, verdeeld over alle bevolkingslagen, orthodontisch behandeld moet worden zodat hier inderdaad van een sociaal probleem gesproken moet worden.

Reeds in het Reorganisatie Rapport 1945 van de Maatschappij werd gewezen op de noodzakelijkheid om aan dit onderdeel van de tandheelkunde een grotere aandacht te besteden. Reeds toen – dat is 15 jaar geleden – stond men op het standpunt, dat hiervoor een plaats in de ziekenfondsbehandeling ingeruimd moest worden. Het Staatstoezicht op het Ziekenfondswezen toonde eveneens een stijgende belangstelling voor orthodontische behandelingen.

Door uitbreiding van de Schooltandartsendienst werd indirect een steeds groter aantal ouders attent gemaakt op de noodzakelijkheid van tand- of kaakregulatie. Door verbetering en uitbreiding van de betreffende onderwijsafdelingen aan onze Universiteiten, werd, vooral bij de jongere collega's, een grotere belangstelling gewekt voor de behandeling van deze afwijkingen terwijl bovendien de stimulerende werking welke in dit verband uitgaat van de Orthodontische Studievereniging en van de reeds bestaande orthodontische centra niet onderschat mag worden.

Dit alles verklaart, waardoor het probleem der sociale orthodontie zich met een grote hardnekkigheid aan ons opdringt, verklaart ook, dat er een zeer grote en ernstige aandacht aan besteed moet worden, maar rechtvaardigt nog niet, dat het ogenblik is aangebroken waarop tot uitvoering moet worden overgegaan.

Iedere handeling, iedere daad van uitvoering, dient voorafgegaan te worden door ernstige overwegingen en moet zoveel mogelijk gedragen worden door een eenheid van opvatting betreffende die uitvoering. Bo-

*) Lezing gehouden voor de Najaarsvergadering van het Nederlands Tandheelkundig Genootschap op 13 oktober 1960.

vendien behoort men zich ernstig af te vragen, of dan tenslotte een dergelijke beslissing realiseerbaar is. Zo is, volgens mij, het probleem der sociale orthodontie een probleem dat grondig voorbereid moet worden en in deze voorbereiding moet leiden tot een zo groot mogelijke eenheid van opvattingen voordat men tot beslissingen kan komen die tot uitwerking worden gebracht.

We hebben in dit opzicht een goede les gehad met de ontwikkeling der sociale tandheelkunde.

Immers, ondanks eindeloze besprekingen, talloze vergaderingen en een opeenvolging van keurig opgestelde rapporten, ondanks overvolle wachtkamers en het feit, dat meer dan 2000 praktici met een geestdodende efficiency hun werkzaamheden verrichten met roofofbouw op hun eigen gezondheid, bestaat er in ons land geen sociale tandheelkunde in de ware betekenis van dit woord. Sociale tandheelkunde is vooralsnog een onopgelost probleem gebleven.

Nadat men jarenlang getracht heeft om de tandheelkundige verzorging in ziekenfondsverband in betere banen te leiden, hevige spanningen had ontketend tussen voorstanders van polikliniekbehandelingen en voorstanders van huisbehandelingen, kennis had gemaakt met bezwaren van een verrichtingstarief, vastgelopen was tegen kwalitatieve controle en zuchtte onder talloze andere problemen, hoort men thans van tijd tot tijd de mening verkondigen, dat gebitsverzorging een onverzekerd object is.

En daarmee is de cirkel weer gesloten en moet men tot de droevige erkenning komen, dat het probleem der sociale *tandheelkunde* in Nederland nog in haar volle omvang om een oplossing vraagt.

Ik kan mij voorstellen, dat een collega er uit zuiver ideële motieven een zeer grote ziekenfondspraktijk op na houdt met de gedachte, dat hij dan toch in ieder geval een zo groot mogelijk aantal – in tandheelkundig opzicht – lijdende mensen op een nog enigszins verantwoorde wijze helpt.

Maar ik kan mij ook goed voorstellen, dat men iemand, die zich volledig distantieert van de Ziekenfondspraktijk en die in zijn partikuliere praktijk alleen volgens de allerhoogste principes werkt, een nog grotere idealist noemt.

Ik wil hier alleen mee tot uitdrukking brengen, hoe moeilijk het is om op een moreel en ethisch verantwoorde wijze zijn standpunt te bepalen ten opzichte van sociale problemen in het algemeen, de sociale tandheelkunde in het bijzonder en wel zéér bijzonder ten opzichte van de sociale orthodontie.

Waarom zéér bijzonder? Ter beantwoording van deze vraag wil ik een aantal punten onder uw aandacht brengen.

1. In de sociale *tandheelkunde* schijnt men zich geen àl te grote zorgen te maken over de vraag wat daartoe gerekend moet worden. De amalgaamvulling behoort erbij, de goudinlay niet. Men mag een partiële prothese maken, echter géén brugwerk. Hoe men hierover ook denkt, er ligt een duidelijke scheidingslijn tussen hetgeen wèl en niet tot de sociale tandheelkunde gerekend moet worden.

Deze scheidingslijn ontbreekt nog ten enen male wanneer over sociale orthodontie wordt gesproken. Sociaal-economisch kan het nooit onze bedoeling zijn om in het raam ener sociale orthodontie *niet* volledig verantwoorde onkosten te maken. Het komt erop aan, de beschikbaar gestelde gelden op een verantwoorde wijze te besteden. De sociale orthodontie beoogt zeker geen object van werkverschaffing te zijn!

Welke uitgaven zijn echter verantwoord, m.a.w. welke afwijkingen moeten in de sociale orthodontie beslist behandeld worden en welke helaas – of desnoods – dan maar niet?

Ik sprak in mijn inleiding over grondige voorbereiding. Welnu, over dit punt is nog nooit diepgaand van gedachten gewisseld en bestaat nog geen communis opinio.

Ik *kan* mij voorstellen, dat een hooggestemd idealist ten opzichte van de sociale *tandheelkunde* op het standpunt staat, dat eigenlijk iedere patiënt het recht heeft op brugwerk wanneer hiervoor een gemotiveerde indicatie aanwezig is. Zo kan ik mij goed voorstellen, dat men ten aanzien van de sociale orthodontie op het standpunt staat, dat *iedere* afwijking behandeld moet worden, zoals in de algemene praktijk iedere caviteit gevuld moet worden. Ik kan mij echter ook voorstellen, dat men zich zou willen beperken tot die afwijkingen, die de algemene gezondheid schaden zoals b.v. afwijkingen die de normale lipsluiting en daarmee de normale ademhaling verstoren. Ik noem slechts twee uitersten en zou over de ligging van deze grenslijn tussen wèl en niet behandelen uitvoerig en diepgaand willen praten teneinde tot een beslissing hierover te komen voordat ten aanzien van de sociale orthodontie iets wordt ondernomen en in realiteit wordt omgezet.

In de orthodontische literatuur wordt betrekkelijk oppervlakkig over de hier gestelde problemen heengelopen. Volgens REICHENBACH vallen alle afwijkingen die gekarakteriseerd worden door het ontbreken van frontaal contact, gedrongen stand en dekbeet binnen het gebied der sociale indicatie. Opmerkelijk is hierbij, dat HOTZ echter de dekbeet zelfs in de partikuliere praktijk dikwijls niet behandelt. BERTZBACH is het in hoofdzaak met REICHENBACH eens maar voegt er dan alle afwijkingen met dwangbeetposities nog aan toe.

In ons land is hierover nog geen serieus gesprek gevoerd dat tot een beslissing leidde.

2. Vervolgens richten wij ons op de vraag of en in hoeverre de algemeen-practicus ingeschakeld kan worden. Daartoe zou ik enkele opmerkingen willen maken over het mobiliseren van de benodigde man-kracht en over de vraag of deze mankracht kwalitatief en kwantitatief aan de gestelde eisen kan voldoen zodat we niet voor het wanhopige feit komen te staan dat we met de sociale orthodontie het paard van Troye binnenhalen.

Deze vraag stellen betekent, dat zich ook hier weer het probleem van de grenslijn voordoet waarvan de ligging nog niet is bepaald. Ik zou het – om slechts een enkel voorbeeld te noemen – bepaald onverantwoordelijk vinden wanneer b.v. door Ziekenfondsen gelden beschikbaar werden gesteld voor de behandeling van bepaalde dekbeten door een algemeen-practicus. En hoe denkt men – juist in verband met een verantwoorde besteding van gelden – over de behandeling van bepaalde distaalbeten met een dikwijls zeer dubieuze prognose? Ook hier worden wij geplaatst voor de vraag welke afwijkingen door de algemeen-practicus behandeld mogen – maar dan ook moeten – worden om te voorkomen dat op een onverantwoorde wijze met geld wordt gesmeten. Mocht het gelukken om deze grenslijn te trekken, dan zal er aan de diagnostiek en aan de prognose der orthodontische afwijkingen door de algemeen-practicus en de controlerend tandarts de grootste aandacht besteed moeten worden omdat er bovendien meerdere afwijkingen zijn die er eenvoudig uitzien maar desondanks de grootste moeilijkheden kunnen veroorzaken. Ik zou er bij dit punt ook nog op willen wijzen, dat bij een enigszins intensieve inschakeling van de algemeen-practicus aan het universitair onderwijs in de orthodontie beslist meer ruimte in de rooster van colleges en practica moet worden toegewezen dan thans het geval is.

Bovendien zullen wij er terdege rekening mee moeten houden dat deze oplossing de herscholing van een belangrijk percentage algemeen-practici noodzakelijk maakt. De vraag dringt zich op, of ook zij, die zich aan deze herscholing onttrekken, orthodontische afwijkingen met steun van Ziekenfondsgelden mogen behandelen. Tenslotte vraag ik mij ook af, of wij in dit verband op veel steun van de algemeen-practicus mogen rekenen wanneer wij ons realiseren, dat hij in het algemeen zó weinig belangstelling voor de orthodontie schijnt te hebben, dat hij niet of nauwelijks meewerkt aan de preventie van vele afwijkingen door voldoende aandacht te besteden aan de behandeling van temporaire molaren.

3. In de derde plaats zou ik uw aandacht willen richten op de vraag of

en in hoeverre de schooltandarts in het gehele probleem der sociale orthodontie ingeschakeld moet worden.

Omstreeks 1920 wist KANTOROWITZ reeds de grondslagen te leggen voor de schooltandheelkunde in Bonn. In 1929 werden, in het kader der schooltandverzorging, alle kinderen aan een orthodontische contrôle onderworpen. Vanaf dat moment werden door KORKHAUS en HAUSSER speciale cursussen georganiseerd voor alle tandartsen die bij de schooltandverzorging werkzaam waren.

In de meer dan 30 jaren die sedertdien verlopen zijn werd aan dit punt in ons land nog geen aandacht besteed. Voordat men eventueel tot het organiseren van dergelijke cursussen zou overgaan moet men zich ernstig afvragen, waar ook hier de grens zal komen te liggen. Het is mogelijk om zich daarbij te beperken tot de diagnostiek der orthodontische afwijkingen zodat de schooltandarts tenminste in staat zal zijn om vast te stellen of een afwijking in het raam der sociale orthodontie wèl of niet, onmiddellijk of later, behandeld moet worden. Dit vereist reeds een uitgebreider en speciaal gerichte scholing. Vervolgens zou men zich zelfs kunnen afvragen of de werkzaamheden van de schooltandarts zich misschien zelfs moeten uitstrekken tot bepaalde preventieve maatregelen, of zelfs tot eenvoudige interceptieve behandelingen zoals het tijdig verwijderen van persisterende elementen, de verwijdering van temporaire cuspidaten als inzet van een serie-extractie, het maken van eenvoudige space-retainers, spatelbehandeling bij een eenvoudige partiële omgekeerde frontbeet, het inslijpen van knobbels bij de temporaliskauwers of dwangbeten.

Ongetwijfeld komen hierdoor de werkzaamheden van de schooltandarts op een hoger plan te liggen en zullen zij, wanneer hij aandacht gaat besteden aan het zich ontwikkelend gebit, ook veel interessanter worden dan thans het geval is. Het is niet denkbeeldig, dat op deze wijze een positie gecreëerd zou kunnen worden die meeromvattend en daardoor ongetwijfeld interessanter is dan die waarin de schooltandarts thans met eenvoudige sleurbehandelingen is geplaatst en die daardoor misschien ook een meer blijvend karakter zou kunnen verkrijgen.

Het zijn alleen maar vragen en men begrijpe goed, dat ik hier geen enkel standpunt verdedig. Ik wil er alleen mee tot uitdrukking brengen, dat ook deze vragen beantwoord moeten worden voordat men een sociale orthodontie realiseert.

4. Ten aanzien van het volgende punt kan ik kort zijn. Men hoort wel eens de opmerking maken, dat de extractie-therapie – evenals in de sociale tandheelkunde! – een belangrijk onderdeel zal vormen van de sociale

orthodontie. In meerdere gevallen ben ik – ook in de particuliere praktijk – een voorstander van de extractie van gezonde gebitselementen als onderdeel van een orthodontisch behandelingsplan. In de loop der jaren heb ik echter – juist ten aanzien van Ziekenfondspatiënten – mijn standpunt moeten corrigeren. Reeds enkele jaren hebben wij op de afd. Orthodontie van het Tandheelkundig Instituut in Utrecht de gewoonte om iedere patiënt 5 jaar na afloop der behandeling weer op te roepen ter bestudering van eventuele recidieven.

Gebleken is, dat reeds na 5 jaar het aantal geëxtraheerde elementen – vooral eerste molaren – zo angstig groot is, dat hiermee de extractie-therapie op jeugdige leeftijd – althans bij Ziekenfondspatiënten, dus in de sector der Sociale Orthodontie – in een geheel ander licht komt te staan. Zolang in de Sociale *tandheelkunde* het behoud van permanente gebitselementen niet veilig ligt, zolang blijft de extractie-therapie in de sociale Orthodontie een gevaarlijke onderneming.

In verband met de mij toegestane tijd zal ik mij moeten beperken en kan ik nog slechts enkele punten noemen – zonder daar dieper op in te gaan – die in dit verband van belang zijn. Daarbij richt ik mij vooral op het punt – ik heb dat reeds eerder genoemd – dat de beschikbaar gestelde gelden op een verantwoorde wijze besteed moeten worden. Wanneer ik hieraan denk, dan realiseer ik mij, dat het ongeoorloofd zou zijn, om afwijkingen te gaan behandelen die een redelijke kans op spontane correctie inhouden. Het zal niet gemakkelijk zijn om dit vast te stellen omdat individuele verschillen hier op de voorgrond treden. En toch zal er aandacht aan besteed moeten worden. Ik denk vervolgens aan de vraag tot welke graad van perfectie een behandeling in het kader der sociale orthodontie doorgevoerd moet worden. Men zal geneigd zijn op te merken, dat wij in vele gevallen met een redelijk compromis tevreden moeten zijn. Dit is een uitermate gevaarlijk standpunt. Er zijn kinderen waarbij een compromisbehandeling zich in de loop der volgende jaren op een verrassende wijze ontwikkelt tot een bijzonder harmonische en volkomen correcte gebitsvorm. Er zijn er echter ook waarbij wij – om welke reden dan ook – een behandeling niet tot een goed eindresultaat konden voortzetten en waarbij het bereikte compromis aanleiding gaf tot een recidief van ernstig karakter.

Nogmaals, tot welke graad van perfectie moet in de sociale orthodontie een behandeling worden voortgezet? Zelfs kan ik mij voorstellen, dat men deze vraag belachelijk vindt wanneer men hierbij bedenkt hoe men in de sociale geneeskunde zou oordelen over de vraag tot welke graad van gezondheid een patiënt behandeld moet worden.

Ik ben ervan overtuigd, dat ik vrij negatief ben geweest in mijn betoog, dat ik u slechts geconfronteerd heb met een aantal vraagstukken die nog onopgelost voor ons liggen.

Ik ben er echter eveneens van overtuigd, dat het probleem der sociale orthodontie bij voorbaat tot mislukking is gedoemd, wanneer men zich in eerste instantie richt op de maatschappelijke, organisatorische en materiële facetten. Het is in de eerste plaats een probleem, dat vraagt om een wetenschappelijk-verantwoorde afbakening van het terrein, een wetenschappelijk-verantwoorde sociale indicatie en tenslotte om het nauwkeurig vaststellen van de aanwezige of benodigde mankracht met de noodzakelijke scholing of herscholing die daarmee verband houdt. Het is om deze reden dan ook zeer begrijpelijk en het pleit voor het inzicht van ons Bestuur, dat zij de bespreking van dit onderwerp geplaatst heeft onder het wetenschappelijk deel van onze agenda.

Ik herhaal, dat de sociale orthodontie een probleem is, dat zich met een grote hardnekkigheid aan ons opdringt en dat om deze reden onmiddellijk onze grootste aandacht verdient. Ik huiver echter bij de gedachte aan een overhaaste invoering en sta op het standpunt, dat voor alles ernstig aandacht besteed moet worden aan een uiterst serieuze voorbereiding.

Met deze woorden dank ik dan vooral het bestuur van ons Genootschap voor het feit dat zij aan dit belangrijke probleem op haar wetenschappelijke agenda een plaats heeft willen inruimen.