

EEN LAATSTE REACTIE

Dr. A. J. VAN HILLEGONDSBERG en J. WEIL

De reacties van collega NORD en van ons naar aanleiding van de inaugurele rede van Prof. VAN DER LINDEN¹ hebben ook Prof. BROEKMAN aanleiding gegeven om zich in de discussie te mengen.

Na het lezen van zijn artikel² in de voorlaatste aflevering van dit Tijdschrift moet allereerst worden opgemerkt dat BROEKMAN de eerste reactie van NORD³ kwalificeert als een rustig doordacht en weloverwogen werkstuk om dan vervolgens te constateren dat van een doordachte kritiek onzerzijds⁴ geen sprake is geweest. Nu kunnen wij ons voorstellen, dat zelfs de onbevooroordeelde lezer onze geachte opponent zou kunnen verwijten dat hij hiermede wel een uiterst subjectief standpunt inneemt.

BROEKMAN kan zich voorts moeilijk aan de indruk onttrekken, dat in al deze reacties bepaalde sentimenten de achtergrond vormen. Onbekend blijft waaruit deze impressie in concreto voortkomt. Duidelijk is wel, dat sentimenten zeker BROEKMAN parten hebben gespeeld, gezien zijn breedvoerig betoog, waarin woorden als „zieke tijdgeest”, „heerlijk strijdlustig” „overmoed”, „strijdknuppel”, „lachende derde” en „gekrakeel” de revue passeren.

Wij zullen collega BROEKMAN niet volgen op de talrijke door hem ingeslagen zijpaden. Wij menen slechts hier en daar een meer zakelijke kanttekening te moeten plaatsen.

Allereerst een enkele opmerking over het ons verweten onjuiste woordgebruik. Nadat de juiste spelling van „skeletal” is aangegeven, gaat de geachte schrijver toch wel wat ver in zijn verbeteringsijver wanneer hij het enkelvoudige „the skeletal pattern is genetically determined” wil wijzigen in de pluralis. Zo ook is het rode potlood ten onrechte gehanteerd onder het woord „tegenover”. Het zou vervangen moeten worden door „ten opzichte van”. Met KOENEN-ENDEPOLS-BEZOEN menen wij, dat hier sprake is van twee goed bruikbare synoniemen.

Meer dan door zijn filologische opmerkingen heeft BROEKMAN ons verbaasd (maar vooral ook teleurgesteld) door het pessimisme, dat hij ten aanzien van zijn eigen vakgebied ten toon spreidt. Dat wij ons met betrekking tot de orthodontie in een „onvoorstelbare *impasse*” zouden

bevinden lijkt ons niet gemotiveerd. Wij zijn het wel met de opvatting eens, dat de orthodontie als wetenschap zich nog in een betrekkelijk jong ontwikkelingsstadium bevindt. Maar deze ontwikkeling is in de laatste decennia snel verlopen en is nog in volle gang. Is het dan juist te spreken van een impasse, van een netelige situatie, waaruit geen redding mogelijk is, van een doodlopend slop?

De geconstateerde discrepantie tussen de potentiële behoefte aan en de mogelijkheid tot een adequate orthodontische hulpverlening kan slechts ten dele uit de huidige stand van de orthodontische wetenschap worden verklaard. Andere, waaronder maatschappelijke en economische factoren zijn mede bepalend. Alhoewel een nadere beschouwing van dit verschil wellicht van betekenis zou zijn menen wij ons in het kader van deze bijdrage tot de gemaakte summier opmerkingen te moeten beperken.

In Broekman's betoog zijn twee aspecten van de orthodontie vermengd, n.l. de orthodontie als wetenschap en de huidige therapeutische mogelijkheden enerzijds en de potentiële behoefte aan orthodontische hulp en de mogelijke voorziening in die behoefte anderzijds.

Evenmin als wij ten aanzien van het eerste aspect een impasse kunnen constateren, zijn wij het met BROEKMAN eens wanneer hij de kwalificatie „leegte” toepast op de orthodontische hulpverlening. Broekman's veronderstelling, volgens welke nog geen 10 % van de Nederlandse kinderen, die orthodontische hulp nodig hebben, de noodzakelijke behandeling deelachtig wordt, is trouwens niet juist. Onderzoeken naar de frequentie van orthodontische afwijkingen werden in ons land o.m. verricht in 1958 door BIJLSTRA⁵ (leeftijdsgroep 6-12 jaar) en in 1959 door VAN HILLEGONDSBERG⁶ (leeftijdsgroep 4-5 jaar). Statistische vergelijking van de uitkomsten van deze onderzoeken met de gegevens die de stichting „Tandheelkundig Controle Instituut” publiceerde,⁷ toont aan, dat het hiervoor bedoelde percentage voor de bij een ziekenfonds verzekerde jeugd ongeveer 20 is en jaarlijks sterk stijgt. Er is geen reden om aan te nemen, dat dit percentage voor de niet bij een ziekenfonds aangesloten jongeren lager zou zijn.

Het is verre van ons over deze situatie onze tevredenheid uit te spreken. Er zal integendeel hard aan verbetering moeten worden gewerkt. Maar onmiskenbaar is de ontwikkeling, die gaande is.

Stimulering van het wetenschappelijk onderzoek, verbetering van de opleiding, het geven van „postgraduate”-onderwijs en vooral het bevorderen van de belangstelling voor dit onderdeel van de tandheelkunde bij vakgenoten zullen er ongetwijfeld toe bijdragen, dat de mogelijkheden tot

hulpverlening in de toekomst gestadig kunnen worden uitgebreid.

BROEKMAN is het niet eens met onze, door hem gedeeltelijk geciteerde, opmerking „De opvatting van wat men zou kunnen noemen de Noors-Duitse school, volgens welke mening een wezenlijke wijziging in de kaakrelatie met orthodontische hulpmiddelen kan worden bereikt, op grond waarvan men spreekt van *dento-maxillaire orthopedie*, berust, zoals VAN DER LINDEN terecht opmerkt, op een nog steeds niet bewezen hypothese.” Het is de schrijver waarschijnlijk ontgaan, dat hier juist werd bedoeld op de door VAN DER LINDEN in zijn oratie aangegeven gevallen.

Overigens is Broekman's betoog een bijdrage tot onze stelling, dat uit de benaming (orthodontie of *dento-maxillaire orthopedie*) geen conclusies met betrekking tot de orthodontische inzichten mogen worden getrokken. Immers Prof. BROEKMAN, hoogleraar in de orthodontie, examineert in de *dento-maxillaire orthopedie*, maar blijkt de laatste benaming na vergelijking met de algemene orthopedie eigenlijk onjuist de achten. Vermeldenswaard is de situatie in Groningen, waar de hoogleraar, benoemd in de *dento-maxillaire orthopedie*, examens in de orthodontie afneemt.

In het voorgaande artikel schreven wij „De keuze van de orthodontische hulpmiddelen kan mede gebaseerd zijn op bepaalde wetenschappelijke inzichten, doch is vooral een kwestie van voorkeur, opleiding en tijd van de tandarts en van financiële mogelijkheden van de patiënt.” BROEKMAN meent, dat de financiële mogelijkheden van de patiënt absoluut geen rol mogen spelen wanneer het gaat om de keuze van een behandelingsmethodiek. Tegen zijn verwachting in menen wij, dat in de bestaande situatie en verhoudingen de financiële draagkracht wel degelijk een factor is, die mede invloed uitoefent op de keuze van het *hulpmiddel*. Dit is nu eenmaal de realiteit. En zo uitzonderlijk is dit niet. Ook bij andere tandheelkundige en medische therapieën blijkt dit aspect mede bepalend.

Wel iedere praktiserende orthodontist heeft voorkeur voor enige behandelingsmethoden. Door zijn ervaring met de toegepaste hulpmiddelen kan hij een ruim therapeutisch terrein bestrijken. Het ligt in de lijn van de verwachting, dat zijn resultaten met deze hulpmiddelen gunstiger zullen zijn dan de ondervindingen die zijn collega, wiens voorkeur naar andere werkwijzen en apparatuur uitgaat, bij toepassing ervan zal opdoen. Dit geldt zowel voor uitneembare als voor vaste apparatuur. Wij kunnen het dan ook volledig met BROEKMAN eens zijn, wanneer hij schrijft, dat teleurstellende ervaringen met de behandeling van sommige afwijkingen

met uitneembare apparaten *zouden kunnen* liggen aan de indicatie of aan het gebruik (toepassing) van de apparatuur. Wij constateren dan ook niet slechts een – vooral in Europa voorkomende – overschatting van het indicatiegebied en de mogelijkheden van behandeling met uitneembare apparatuur. Zonder twijfel is er vooral in Amerika in deze nog sprake van een onderschatting. Dit neemt echter geenszins weg, dat de orthodontist, in wiens arsenaal bijvoorbeeld de vaste apparatuur geheel ontbreekt – wij citeren HOTZ – een groot en interessant gebied van de orthodontie eenvoudig braak laat liggen. Dit impliceert, dat hij een aantal van zijn patiënten te kort doet.

„Wir müssen endlich so ehrlich sein, zuzugeben, dasz man mit muskelgesteuerten FKO-Geräten nicht alles machen kann, ebenso wenig wie mit aktiven Platten und dasz es eine grosze Zahl von Fällen gibt, die ohne festsitzende Apparate entweder gar nicht oder dann nur sehr kompliziert und mühsam behandelt werden können”, aldus HOTZ⁸ (zie pag. 813 van dit Tijdschrift).

Het is een oprechte erkenning van de noodzaak de vooral in Europa toegepaste behandelingsmethoden uit te breiden met de mogelijkheden, die in het bijzonder in Amerika tot in de perfectie zijn of worden ontwikkeld.

Hiermee komen wij terug op een aspect dat in ons vorige artikel slechts werd aangestipt, de vraag welke graad van perfectie de orthodontist dient na te streven. ANDRESENS gewenste „individuele optimum” is uitsluitend aan de patiënt gebonden. Het bereikte optimum had echter soms bij toepassing van een andere behandelingsmethode optimaler kunnen zijn. Wij denken aan het opheffen van rotaties en kippen en aan het parallel verplaatsen van elementen, bijv. na het verliezen van fronttanden of eerste blijvende molaren.

Dient de orthodontist dus steeds ook *dit* optimum (= perfectie) te bereiken, althans na te streven? De precieze behandelingen met enigerlei „full band” apparatuur zijn voor patiënt en orthodontist tijdrovend en vragen van de patiënt (i.c. zijn ouders) niet geringe financiële offers. Dit kunnen, zoals reeds gezegd, remmende, soms belemmerende, factoren zijn bij het instellen van een behandeling met vaste apparatuur.

Wellicht kan een synthese van de z.g. Europese en Amerikaanse systemen zoals in ons voorgaande artikel bepleit, in de toekomst leiden tot een betere begrenzing van de verschillende indicatiegebieden voor de onderscheiden behandelingsmethoden, resp. hulpmiddelen en tot nieuwe wegen, waardoor vele van de genoemde bezwaren zo niet geheel zullen verdwijnen, dan toch afgezwakt zullen worden.

Literatuur:

1. BROEKMAN, R. W., Reactie op reacties, Ned. Tijdschr. v. Tandh. 71, 602, 1964.
2. LINDEN, F. P. G. M. VAN DER, Orthodontie en groei, Ned. Tijdschr. v. Tandh. 71, 254, 1964.
3. NORD, CH. F. L., Dento-maxillaire orthopedie, Ned. Tijdschr. v. Tandh. 71, 356, 1964.
4. HILLEGONDSBERG, A. J. VAN en WEIL, J., Dento-maxillaire orthopedie of orthodontie?
5. BIJLSTRA, K. G., Onderzoek R.U. Groningen 1958.
6. HILLEGONDSBERG, A. J. VAN, Over de betekenis van enkele postnatale factoren voor het ontstaan van dento-maxillaire afwijkingen in het temporaire gebit, dissertatie 1959.
7. Tandheelkundig Contrôle-Instituut, Stichting, Verslag over het jaar 1963.
8. HOTZ, R., Die Indikation festsitzender Apparate in der kieferorthopädischen Therapie, Fortschr. d. Kieferorthop. 24, 382, 1963, Excerpta Odontologica, Ned. Tijdschr. v. Tandh. 71, 813, 1964.

Händelstraat 11, Amsterdam
Mathenesserlaan 344, Rotterdam

Discussie gesloten.
Red.