

*Uit de afdeling Dento-maxillaire Orthopaedie van het Tandheelkundig Instituut der Rijksuniversiteit te Utrecht.
Hoofd: Prof. R. W. Broekman.*

DE MEDEWERKING DER PATIËNTEN BIJ ORTHODONTISCHE BEHANDELINGEN

Prof. R. W. BROEKMAN

Hoewel natuurlijk bij iedere medische en tandheelkundige behandeling de medewerking van de patiënten een belangrijke rol speelt bij het te bereiken eindresultaat, geldt dit wel in het bijzonder bij de orthodontische behandelingen. In de eerste plaats doordat wij te maken hebben met kinderen waarvan men nog niet mag verwachten dat zij van de noodzaak der behandeling doordrongen zijn. Daardoor zijn wij voor een belangrijk deel tevens afhankelijk van de medewerking der ouders. Wat dit laatste punt betreft maakt het een groot verschil of de ouders een bepaalde afwijking zelf hebben geconstateerd, dan wel dat zij er door hun tandarts op werden geattendeerd.

Uit gesprekken met medewerkers en collega's is gebleken, dat men over deze medewerking wel bepaalde, vaag omlinjnde ideeën heeft, maar dat deze toch niet op exacte gegevens berusten. Men neemt in het algemeen aan, dat de medewerking bij meisjes – en bij de ouders van meisjes – beter is dan bij jongens, maar een nadere differentiatie hiervan over verschillende leeftijdsgroepen en eventueel bij verschillende afwijkingen ontbreekt.

Wel is het duidelijk, dat ouders dikwijls meer verontrust zijn over een partieel-omgekeerde frontbeet dan over een vrij belangrijke sagittale open beet, hetgeen ongetwijfeld op de medewerking tijdens de behandeling van invloed is.

Ook de behandelingsduur zal na een bepaalde periode de medewerking ongunstig kunnen beïnvloeden en dan aanleiding geven tot een zekere behandelingsmoeheid. Maar ook hiervan zijn weinig exacte gegevens bekend. Het is om deze redenen, dat bij 500 afbehandelde patiënten een onderzoek naar deze medewerking werd verricht, terwijl bovendien werd nagegaan in hoeverre zij van invloed was op het bereikte eindresultaat.

Bij deze 500 kinderen waren 219 jongens (43,8%) en 281 meisjes (56,2%). Reeds uit deze getallen blijkt – hetgeen overigens ook reeds bij telling van een grotere groep was gebleken – dat de ouders eerder geneigd zijn om dochters orthodontisch te laten behandelen dan zoons. Esthetische factoren spelen daarbij blijkbaar een overheersende rol. Zonder nadere differentiatie werd allereerst nagegaan of er in het algemeen bij meisjes op een grotere medewerking kon worden gerekend dan bij jongens. Daartoe werd een classificatie in drie groepen in acht genomen: goede medewerking (+), matige (\pm) en slechte (—) medewerking. Onder matige of slechte medewerking werd verstaan, onvoldoende mondhygiëne, het niet regelmatig dragen der apparatuur, het vrij dikwijls niet verschijnen op afgesproken tijden en ook regelmatige onderbreking der behandeling door ziekte enz. De resultaten van dit deel van het onderzoek werden in tabel 1 vastgelegd.

Tabel 1. Medewerking der patiënten.

500 patiënten	+	\pm	—
	%	%	%
totale groep	73,6	10,7	15,8
281 meisjes	76,1	11,4	12,5
219 jongens	70,8	8,6	20,5

Uit bovenstaande tabel blijkt, dat bij ruim $\frac{1}{4}$ deel van de totale groep de medewerking matig-slecht was (26,5%). Hierbij moet worden aangetekend, dat dit de verhouding weergeeft van de patiënten die op een universiteitskliniek werden behandeld. Er zijn verschillende factoren die hierdoor dit percentage ongunstig beïnvloeden. In het algemeen komen hier de kinderen uit zeer eenvoudige milieu's waar aan de gebitsverzorging toch al minder aandacht wordt besteed.

Bovendien wordt door de ouders voor deze behandelingen een jaarlijkse bijdrage in de onkosten betaald welke niet van dien aard is dat zij stimulerend voor de medewerking mag worden geacht. Tevens moet worden erkend, dat op een dergelijke kliniek het persoonlijk contact met de kinderen en hun ouders bepaald minder intensief is dan in de particuliere praktijk.

Uit tabel 1 is verder gebleken, zoals reeds werd verwacht, dat de goede medewerking bij meisjes (76,1%) inderdaad groter is dan bij jongens (70,8%), terwijl bovendien bij de jongens het percentage met

uitgesproken slechte medewerking (20,5%) duidelijk hoger lag dan bij de meisjes (12,5%).

Vervolgens werd nog nagegaan, of er ten aanzien van de gestelde vragen nog verschillen konden worden geconstateerd in de leeftijdsgroepen. Hierbij werd uitgegaan van de leeftijd waarop de kinderen onder behandeling kwamen. Dit onderzoek werd bij jongens en meisjes afzonderlijk verricht.

Voor de meisjes werden de gegevens in onderstaande tabel 2 vastgelegd.

Tabel 2. Medewerking bij meisjes in verschillende leeftijdsgroepen.

meisjes	aantal		medewerking		
	totaal	%	+ %	± %	— %
< 10 jaar	138	27,6	78,2	8,7	13,1
10–12 jaar	77	15,4	76,6	9,2	14,2
12–14 jaar	26	5,2	65,4	16,0	18,6
> 14 jaar	34	6,8	74,8	15,8	9,4

Uit deze tabel (2) blijkt, dat een goede medewerking aanwezig was bij meisjes die reeds vóór hun 10e jaar in behandeling kwamen (78,2%).

De slechtste medewerking werd geconstateerd bij meisjes die tussen 12–14 jaar onder behandeling kwamen. Bij hen, die zich boven de leeftijd van 14 jaar onder behandeling stelden, steeg, om begrijpelijke redenen, het percentage goede (74,8%) en daalde het percentage slechte medewerkers (9,4%).

Wat de jongens betreft kon worden vastgesteld, dat de verhoudingen niet geheel parallel liepen met die der meisjes (tabel 3).

Tabel 3. Medewerking bij jongens in verschillende leeftijdsgroepen.

jongens	aantal		medewerking		
	totaal	%	+ %	± %	— %
< 10 jaar	114	22,8	69,2	8,8	22,0
10–12 jaar	56	11,2	75,0	5,5	19,6
12–14 jaar	23	4,6	65,2	10,5	24,3
> 14 jaar	19	3,8	57,9	10,5	31,6

Het valt in de eerste plaats op, dat de medewerking in de jongste leeftijdsgroep bijzonder slecht is en dan ook belangrijk afwijkt van hetgeen wij in deze zelfde groep bij de meisjes constateerden. Men is geneigd, om hieruit te concluderen dat de ouders afwijkingen bij jongens op deze leeftijd gemakkelijker accepteren dan bij meisjes, hetgeen bij de behandelingen een ongunstige invloed op de medewerking uitoefent.

De beste medewerking werd vastgesteld bij de jongens die tussen 10–12 jaar onder behandeling kwamen. Daarna liep zowel het aantal +-gevallen vrij snel terug als, in overeenstemming daarmee, het percentage —-gevallen sterk op. Dat de schoonheidsfactor bij de ouder wordende jongens blijkbaar geen rol speelt, of althans een belangrijk mindere rol dan bij de meisjes, blijkt duidelijk hieruit dat – in tegenstelling tot hetgeen bij de meisjes werd vastgesteld – bij jongens die na hun 14e jaar onder behandeling kwamen, de goede medewerking nog belangrijker terugliep en de slechte medewerking zelfs het hoge percentage van 31,6 bereikte.

Bij deze knapen was bij meer dan 40% de medewerking onvoldoende (42,1%).

Hoewel het niet waarschijnlijk leek dat het onderzoek belangrijke gegevens zou opleveren, werd toch ook nog aandacht besteed aan de vraag of er enig verband zou bestaan tussen de behandelingsduur en de medewerking (tabel 4).

De resultaten van een hierop gericht onderzoek zijn in onderstaande tabel vastgelegd.

Tabel 4. Behandelingsduur en medewerking.

<i>behandelingsduur</i>	+	±	—
	%	%	%
< dan 2 jaar	64,4	3,5	27,1
2 of 3 jaar	68,2	19,0	12,7
> dan 3 jaar	81,3	9,0	9,7

Bovenstaande tabel (4) wekt de indruk, dat bij langer durende behandelingen de medewerking steeds gunstiger wordt en het gebrek aan medewerking geringer. Dit beeld wordt echter vertrokken door het feit dat kinderen, waarbij een zeer onvoldoende medewerking werd geconstateerd, reeds in een vroeg stadium der behandeling van verdere be-

handeling werden uitgesloten. Hierdoor steeg het percentage goede medewerkers in alle groepen.

Wel hebben wij ons na dit onderzoek op onze kliniek gerealiseerd, dat bij ruim 20% (12,7 + 9,7) der kinderen met een beslist onvoldoende medewerking de behandeling toch nog meer dan 2 of zelfs 3 jaar werd voortgezet.

Hoewel dit economisch niet verantwoord lijkt, kan het om wetenschappelijke motieven toch gewenst zijn om in bepaalde gevallen dergelijke behandelingen voort te zetten.

Het werd van meer betekenis geacht na te gaan welk verband er zou bestaan tussen de medewerking en het bereikte eindresultaat.

Dit onderzoek kon worden verricht bij 312 kinderen (62,4%) doordat er 188 (37,6%) waren die door verhuizing, langdurige ziekte of andere oorzaken niet in dit onderzoek konden worden betrokken.

Voor het bereikte eindresultaat werden vier waarderungen vastgesteld: goed, redelijk, matig en slecht. Het is natuurlijk wel van belang om te weten òf en in hoeverre het eindresultaat mede wordt bepaald door de medewerking der patiënten. De uitkomsten van dit deel van het onderzoek werden in onderstaande tabel 5 vastgelegd.

Tabel 5. Medewerking en behandelingsresultaat.

<i>resultaat</i>	<i>aantal</i>	<i>%</i>	<i>+</i> <i>%</i>	<i>±</i> <i>%</i>	<i>—</i> <i>%</i>
goed	93	29,8	95,6	3,2	1,1
redelijk	114	36,5	89,5	5,3	5,3
matig	66	21,1	72,7	12,1	15,1
slecht	39	12,5	79,5	10,2	10,2
goed/redelijk	207	66,3	92,2	4,3	3,4
matig/slecht	105	33,6	75,2	11,4	13,3

Bij ongeveer $\frac{2}{3}$ deel (66,3%) dezer patiënten werd een goed-tot-redelijk eindresultaat bereikt, terwijl bij $\frac{1}{3}$ deel het eindresultaat matig of zelfs slecht was.

Tallose factoren hebben hierbij een rol gespeeld welke ook voor de behandeling in particuliere praktijken gelden (constitutionele factoren, erfelijkheid enz.). Het vrij hoge percentage minder gunstige eindresultaten moet echter ook voor een deel hieraan worden toegeschreven dat

door wisseling van studenten de behandelingen niet steeds in dezelfde hand bleven.

Dat het aantal $+$ -gevallen belangrijk hoger ligt dan het algemeen gemiddelde (tabel 1) moet worden toegeschreven aan het feit dat een aantal kinderen met een bijzonder slechte medewerking reeds voor verdere behandeling werden uitgesloten.

Duidelijk komt naar voren, dat bij goede en redelijk-goede eindresultaten de medewerking der patiënten (en der ouders) belangrijk beter was dan bij de kinderen waarbij een minder gunstig eindresultaat werd bereikt (resp. 92,2 en 75,2%). Ook de goede eindresultaten werden bereikt bij een hoger percentage goede medewerkers dan de redelijke eindresultaten.

Erkend moet worden, dat ook bij behandelingen met een matig-slecht eindresultaat nog 75,2% der kinderen een goede medewerking toonde. Daar staat echter weer tegenover, dat bij onvoldoende medewerking (— of \pm) het percentage behandelingen met een matig-slecht eindresultaat meer dan 3 maal zo hoog is als bij kinderen die goed-tot-redelijk werden afbehandeld (resp. 24,7% en 7,7%).

Resumerend kan worden vastgesteld dat de medewerking van patiënt en ouders wel degelijk een rol speelt bij het bereiken van een gunstig eindresultaat. Maar ook, dat een goede medewerking toch bepaald nog geen gunstig eindresultaat kan garanderen en omgekeerd, dat slechte medewerking desondanks tot een gunstig eindresultaat kan leiden (7,7%).

Tenslotte werd nog aandacht besteed aan de vraag in hoeverre de soort der afwijking medebepalend zou kunnen zijn voor de medewerking.

Ook in dit opzicht kon men bij voorbaat veronderstellen, dat bij meisjes met storende afwijkingen in het bovenfront de medewerking groot zou zijn en dat bij een onregelmatige stand van het onderfront deze medewerking in het algemeen geringer zou uitvallen. Maar ook deze veronderstellingen werden tot nu toe nimmer bewaarheid.

Wanneer, zoals in het voorgaande enkele malen werd verondersteld, esthetische factoren de belangrijkste rol spelen in de motivering der ouders om tot orthodontische behandeling te besluiten, dan spreekt nevenstaande tabel (6) een duidelijke taal.

Het ligt voor de hand dat kinderen met een cheilo-palato-schizis en hun ouders een bijna volledige medewerking tonen bij de behandeling van deze afwijking. Slechte medewerking komt hier niet voor (0,0%).

Tabel 6. Medewerking bij verschillende afwijkingen.

afwijkingen	+			±			—		
	totaal	♂	♀	totaal	♂	♀	totaal	♂	♀
compressie onderfront	63,5	50,0	73,2	10,7	10,0	11,3	25,7	40,0	15,5
distaalbeet	71,5	69,5	73,1	13,7	13,5	13,8	14,8	16,0	13,6
compressie bovenfront	69,5	62,0	75,9	11,3	10,3	12,0	19,1	27,6	12,0
omgekeerde frontbeet	74,7	74,0	75,2	8,4	8,9	7,9	16,8	17,1	16,1
centraal diasteem	78,5	80,4	76,7	8,4	4,9	11,6	13,1	14,6	11,6
ectostematische cuspidaat	86,7	88,8	82,7	4,2	0,0	9,5	9,7	11,2	7,8
schizis	93,6	98,0	99,2	1,4	2,0	0,8	0,0	0,0	0,0

Dat bij de jongens de medewerking voor de behandeling van een gecompliceerd onderfront tot een minimum is gedaald, is begrijpelijk, evenals het feit dat, zowel bij de jongens als bij de meisjes, de behandeling van de ectostematische cuspidaat in de bovenkaak hoog genoteerd staat (88,8 en 82,7%).

Het is echter opmerkelijk dat de jongens zo betrekkelijk weinig medewerking (62,0%) aan de dag leggen bij de behandeling van compressies in het bovenfront. De meisjes tonen voor de behandeling van deze afwijking een betere medewerking (75,9%).

Het centraal diasteem wordt blijkbaar als zeer storend ondervonden evenals de omgekeerde frontbeet. De behandeling van de distaalbeet ondervindt daarentegen slechts een matige medewerking.

Samenvattend kan worden vastgesteld, dat – althans op een universiteitskliniek met patiënten uit, in het algemeen, eenvoudige milieu's – de esthetische factoren van doorslaggevende betekenis zijn bij de behandeling van orthodontische afwijkingen. Dit blijkt vooral uit het feit dat meisjes een betere medewerking tonen dan jongens, dat bij schoonheidsstorende afwijkingen de medewerking het grootst is en vooral ook uit de bijzonder goede medewerking bij meisjes die boven 14-jarige leeftijd onder behandeling komen.

Jutfaseweg 7,
Utrecht.