

SOCIALE TANDHEELKUNDE

SOCIALE ORTHODONTIE

Dr. Ch. F. L. NORD

Wie van nabij de ontwikkeling heeft kunnen volgen, die de orthodontie in de twintigste eeuw heeft meegemaakt, zal zich ongetwijfeld hebben verheugd over de voortdurende groei van dit onderdeel van geneeskunde en tandheelkunde. Via de orthodontie (het recht zetten van tanden) is zij geworden tot dento-maxillo-faciale orthopedie en daardoor evenzeer tot een medisch (orthopedisch) als tandheelkundig (technisch) vak.

Dat de toepassing niet aan de orthopedist doch aan de tandarts is toegelaten, is te begrijpen omdat de daartoe benodigde apparatuur de vaardigheid van de tandarts vereist.

Was de toepassing in het begin van deze eeuw vrijwel uitsluitend bestemd voor de kinderen van de „select few” (hetgeen in de V.S. thans nog het geval is), heden is het nut en de noodzaak erkend van een behandeling van alle kinderen, zodat deze hier te lande sinds een jaar is opgenomen in de Ziekenfondstandheelkunde.

Men mag zich thans echter afvragen of de wijze waarop dit is geschied voldoende rekening heeft gehouden met de realiteit, dat wil zeggen met de vraag of de aanwezige „manpower” voldoende is, om de kinderen datgene te geven waarop zij recht hebben gekregen. De bestaande regeling is ingegaan als een proef voor één à twee jaar en tot elke prijs zal moeten worden vermeden dat een toestand zal ontstaan als in de oorlogsjaren, toen plotseling door het invoeren van het Ziekenfondsenbesluit pl.m. 80% van de bevolking van de ene op de andere dag *recht* kreeg op tandheelkundige hulp.

Volgens de gepubliceerde Nederlandse statistieken worden bij 50 tot 60% van de kinderen orthodontische afwijkingen gevonden. Wij overdrijven dan stellig niet door vast te stellen dat zeker de helft behandeling volstrekt nodig heeft. Wanneer een jaargang op pl.m. 160.000 kinderen wordt gesteld en een behandeling gemiddeld twee jaar vereist, betekent dit dat tenminste $\frac{1}{2} \times 320.000 = 80.000$ kinderen onder behandeling behoren te zijn, wanneer een en ander afdoend is geregeld! Momenteel is dit aantal uiteraard aanzienlijk hoger, omdat voorlopig met de zès schooljaren rekening moet worden gehouden.

Dat de pl.m. 50 beschikbare specialisten hier machteloos tegenover staan behoeft geen betoog en de zeer weinigen waarmede dit aantal jaarlijks kan worden aangevuld (beperkte mogelijkheid voor opleiding) geeft ook bijzonder weinig hoop voor de nabije toekomst. Dit betekent dat het de alge-

meen-practici zullen moeten zijn, die het leeuwedeel van de behandeling zullen hebben op te vangen. Daar zou op zichzelf niet het minste bezwaar tegen behoeven te bestaan – gezien het feit dat zij daartoe de in de eerste plaats aangewezen categorie zijn – ware het niet dat de toch al overbelaste praktijken in de meeste gevallen een groot aantal orthodontische patiënten niet zullen kunnen verwerken.

Vandaar dat de momenteel gunstigste oplossing zou zijn, de specialist er toe te bewegen in de grote en middelgrote steden centra te organiseren, waar zij, met behulp van een aantal half-time assistenten-tandartsen een zo groot mogelijk aantal kinderen zouden kunnen opvangen.

Met grote verbazing neemt men echter kennis van het feit dat het aan de specialisten wordt verboden algemeen-practici (die een gedeelte van hun tijd beschikbaar zouden kunnen stellen) als assistenten werkzaam te doen zijn, zijnde dit onethisch!

Waar dit op sommige plaatsen in ons land al vele jaren met succes geschiedt en waar men volledig in gebreke blijft dit verbod te motiveren en een andere oplossing aan de hand te doen, menen wij dat dit zowel voor specialisten als voor algemeen-practici onaanvaardbaar moet worden genoemd!

Dit verbod is te meer verbluffend omdat in een rapport van de Commissie van Dento-maxillaire Orthopedie, door het Hoofdbestuur der Maatschappij en de Algemene Vergadering aanvaard, is te lezen:

1. dat er een grote discrepantie is tussen de potentiële behoefte aan en de mogelijkheid tot het verlenen van orthodontische hulp;
2. dat de medewerking van de algemeen-practicus bij de behandeling van ziekenfondsverzekerden onontbeerlijk is.

De algemeen-practicus zal meer dan vroeger moeten worden bijgebracht, de kinderen die hij halfjaarlijks onderzoekt, ook reeds op zeer jeugdige leeftijd te controleren op orthodontische afwijkingen en zo nodig met eenvoudige middelen te behandelen of te verwijzen.

Vrijwel ieder uitstel van mogelijke behandeling dient als een kunstfout te worden beschouwd en met name dient afstand te worden gedaan van het sprookje van „spontaan herstel”.

Van Hillegonsberg stelt terecht vast: „Exacte gegevens over het optreden van spontaan herstel zijn tot heden toe niet bekend”. Uit de door hem gepubliceerde statistieken blijkt voorts dat bij kinderen van 4-5 jaar het percentage anomalieën 55% bedroeg, van 6-7 jaar 55,5%, van 6-12 jaar 66,4%!

Het zogenaamde „spontaan herstel” komt dan ook alleen voor wanneer slechte gewoonten ophouden, waardoor de natuur de kans krijgt de kaken hun normale vorm te hergeven. Het sprookje vindt vermoedelijk zijn oorsprong in de van Angle afkomstige stelling, dat voor de 32 elementen van

het menselijke gebit in de mond altijd plaats moet zijn en extractie derhalve een kunstfout is. Vandaar dat men aan het „expanderen” is gegaan (vaak met ogenschijnlijk succes) en later verbaasd moest constateren dat ernstig recidief de ogenschijnlijk gunstige resultaten te niet deed.

Het heeft lang geduurd voor men begreep dat de zogenaamde expansie alleen dan resultaat had, wanneer men de door slechte gewoonten vervormde kaken, hun natuurlijke positie had teruggegeven, maar dat men aan de gróótte van de kaakbasis niets kon veranderen; alleen de processus kon ombuigen, hetgeen in de meeste gevallen slechts een tijdelijk resultaat had.

Ook in West-Duitsland heeft men zo juist een overeenkomst met de ziekenfondsen aangegaan en in de „Richtlinien für die orthopädische Behandlung der Mitglieder der Ersatzkassen” heet het:

„Im Mittelpunkt des Kieferorthopädischen Denkens und Handelns musz das Wissen um die Bedeutung der vorbeugenden Behandlung stehen.

Die wichtigste Aufgabe der Kieferorthopaedie ist die Verhütung von Schädigungen; die Schaffung günstiger Voraussetzungen für die normale Entwicklung des Gebisses und die Kräftigung des Kauorgans durch richtige funktionelle Beanspruchung sowie darüber hinaus die Behandlung weitgehend oder voll ausgebildeter Anomalien.

Es sollte das Ziel Kieferorthopädischer Massnahmen sein, durch rechtzeitiges Eingreifen möglichst mit Abschluss des Zahnwechsels die Ausbildung eines funktionstüchtigen Kauorgans zu erreichen und dessen Bestand zu sichern.”

Prof. Fränkel (Zwickau, D.D.R.) die mij onlangs mededeelde dat hij tot hoogleraar in Berlijn was benoemd en daardoor tevens tot leider van de „Fachausbildung” schreef voorts:

„Es wird Sie interessieren, dass wir uns immer mehr auf die Präventiv Therapie gelegt haben. Zwei Drittel unseres Behandlungsgutes wird jetzt im Alter von etwa 6 Jahren begonnen. Die Erfolge sind wirklich überraschend. Wir glauben dass hier die eigentliche Indikation für die Funktionsregler liegt. Wir glauben auch, da wir ja die Muskulatur von Lippen und Wangen in direkter Einflusnahme korrigieren, dass diese Resultate rezidivfrei bleiben. Jedenfalls sprechen unsere Ergebnisse mit groszer Sicherheit dafür.”

Uit een en ander volgt dat het te hopen is dat door een gezamenlijk overleg van tandartsen en ziekenfondsbesturen, zo snel mogelijk maatregelen worden getroffen die een efficiënte behandeling van de orthodontische patiëntjes mogelijk zal maken. Wat de therapie betreft kunnen deze betrekkelijk eenvoudig zijn omdat, waar men met kinderen beneden de 12 jaar te maken heeft, men de zogenaamde „full band”-apparatuur vrijwel kan uitsluiten.

Ware dit niet het geval, dan zou zijn te vrezen dat de fanatieke aanhangers van een der verschillende Amerikaanse methoden (Begg, Edgewise, Jarabak, etc., etc.) – die merkwaardigerwijze heden in Europa hier en daar „in” zijn, juist nu men in het land van herkomst bezig is daar afstand van te nemen – moeilijkheden zouden veroorzaken door discussies over de therapie. Op het gebied der *sociale* orthodontie maakt echter èn de leeftijd èn de zeer kostbare behandeling een dergelijke discussie overbodig.

Welke diepten deze aanhangers echter kunnen bereiken, moge blijken uit een onlangs ontvangen mededeling, waarin een jonge Londense orthodontist den volke kond doet waar hij zijn „Edgewise Practice” gaat vestigen.

Het doet denken aan een orthopedist, die zou mededelen dat hij een „Milwaukee Corset” praktijk gaat beginnen!

Sinds 1915 zijn door mij in de loop der jaren bij verschillende gelegenheden orthodontische stellingen geponeerd, die ik nog steeds juist acht. Ik zou er heden de volgende aan willen toevoegen:

1. Onder de term „orthodontie” wordt verstaan „dento-maxillo-faciale orthopedie”.
2. De orthodontie is een *orthopedisch kinderspecialisme*, dat voor het grootste gedeelte behoort tot het terrein van de tandarts-practicus; voor een gering deel bij de kinderchirurg (palatum fissum, etc.).
3. Het grote aantal patiënten, dat thans nog behoort tot de categorie „verouderde gevallen” en de behoefte aan docenten, rechtvaardigt de opleiding tot specialist-orthodontist.
4. De orthodontische afwijkingen zijn òf het gevolg van erfelijke aanleg, òf van slechte gewoonten òf van beide.
5. Deze aanleg, ofwel het bestaan van een slechte gewoonte, dient zo mogelijk te worden behandeld zodra de aanwezigheid is vastgesteld.
6. Deze vaststelling is meestal reeds mogelijk beneden het zesde levensjaar: de anomalie moet derhalve behandeld worden vóór of tijdens de wisselperiode.
7. Behandeling is het corrigeren van een verkeerd verlopend groeiproces; vandaar dat men bij de behandeling ná het twaalfde jaar, slechts kan proberen „to make the best of it”.
8. Behandeling met „full band”-apparatuur kan gewoonlijk pas worden toegepast ná het twaalfde jaar en is dus geen orthodontie, maar bestemd voor verouderde gevallen.
9. Bij de behandeling van dit soort gevallen ligt de scheiding tussen practicus en specialist (tenzij de practicus over aanleg en ervaring voor dit onderdeel beschikt). De specialist zal voorts te hulp worden geroepen bij gevallen van „bite rehabilitation”.
10. Waar in de regel de orthodontische diagnose in de prille jeugd kan worden gesteld, zal de overgrote meerderheid der gevallen thuis behoren bij de algemeen-practicus.

11. Dit is te meer toe te juichen, omdat het de algemeen-practicus is, die het jonge kind geregeld ziet – althans behoort te zien – terwijl de specialist gemeenlijk pas de verouderde gevallen onder de ogen krijgt en bij eventuele mislukking dit vaak niet terug ziet, hetgeen zijn ervaring niet ten goede komt.
12. De orthodontische therapie – tijdig toegepast – is gewoonlijk ongecompliceerd en zonder veel moeite door de student te leren.
13. De behandeling met „full band”-apparatuur is alleen verantwoord in handen van de specialist of daarmee gelijkstaanden en komt – gezien de leeftijd en de hoge kosten – voor de *sociale* tandheelkunde vrijwel niet in aanmerking.
14. Wanneer er na vroegtijdige behandeling recidief optreedt, is dit het bewijs dat de therapie niet de juiste is geweest. Vandaar dat de mening dat vroegtijdig ingrijpen nutteloos zou zijn, berust op een niet begrijpen van het orthopedisch grondprincipe van de orthodontie.

Joh. Vermeerplein 9,
Amsterdam.