

SOCIALE TANDHEELKUNDE

In één van beide navolgende reacties op het artikel „Sociale orthodontie” van Dr. Ch. F. L. Nord (N.T.v.T. 76: 4, pag. 343-347, 1969) wordt de vraag gesteld of een dergelijke bijdrage wel in het Tijdschrift thuis hoort, omdat zij niet aan de kwalitatieve norm voldoet die men aan artikelen in een wetenschappelijk tijdschrift moet kunnen stellen.

Hoewel de Redactie bij voorkeur geporteerd is voor wetenschappelijk gefundeerde bijdragen, wil zij beschouwende artikelen niet afwijzen en zelfs plaats inruimen voor het weergeven van persoonlijke inzichten. Juist daarbij is het zeker niet haar taak auteurs onder curatele te stellen.

Artikelen van deze aard dwingen veelal tot tegenspraak en dank zij deze reacties dragen zij mede bij tot verheldering van de inzichten.

Redactie

ORTHODONTIE, SOCIALE ORTHODONTIE EN „EENVOUDIGE” ORTHODONTIE

Prof. K. G. BIJLSTRA

In deze snel veranderende wereld, waarbij veel oude normen opnieuw op hun waarde getoetst moeten worden en volkomen nieuwe, niet voorziene problemen op ons aanstormen, kost het dikwijls de grootste moeite zich hiervoor objectief kritisch open te stellen. Dit geldt onder meer voor veranderingen op maatschappelijk, religieus en wetenschappelijk terrein.

Het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde heeft in dit verband gezien de belangrijke taak zijn lezers te confronteren met recente wetenschappelijke vorderingen en de problematiek rondom de tandheelkunde. Het zal noodzakelijkerwijs leiden tot een voortdurende herwaardering van het inzicht van bestaande opvattingen met betrekking tot het ontstaan, het verloop, de preventie en de therapie van ziekten of afwijkingen waarmee wij in de geneeskunde en de tandheelkunde te maken hebben. Gaat men hieraan voorbij en houdt men coûte que coûte vast aan in vele opzichten achterhaalde principes, dan loopt men de kans niet meer au sérieux te worden genomen.

Het artikel van Nord verschenen in de april-aflevering van dit Tijdschrift (N.T.v.T. 76: 343, 1969) over Sociale orthodontie, interviews voor radio en pers, alle ongeveer van dezelfde strekking, zijn voor mij aanleiding nader op deze publikatie in te gaan.

Bijzonder hartelijke betrekkingen tussen schrijver dezes – en met hem vele anderen – en Nord, mogen niet langer een reden zijn om te zwijgen waar spreken noodzaak wordt.

Wanneer gedecideerde uitspraken en bizarre meningen over orthodontie,

welke nòch door orthodontisten, nòch door de meeste algemeen practici kunnen worden onderschreven naar buiten worden gebracht, is men wel gedwongen personen van zaken te scheiden.

Kort samengevat komen de opvattingen van Nord over orthodontie op het volgende neer.

Orthodontische afwijkingen moeten zo vroeg mogelijk, wanneer ze zijn vast te stellen, behandeld worden.

Deze afwijkingen kunnen al dan niet erfelijk zijn, hetgeen al kan worden vastgesteld in het melk- en wisselgebit, meestal beneden de zesjarige leeftijd. Afwijkingen, die op latere leeftijd worden behandeld zijn verouderde gevallen (vroeger door Nord „verwaarloosde gevallen” genoemd). Wanneer men maar vroeg behandelt, kan alles met eenvoudige middelen bereikt worden, hetgeen door iedere student te leren is. M.a.w. „een kind kan de was doen”. Zo was de simplistische opvatting van de orthodontie van Nord in 1915 en zo is deze nu nog. Zijn 14 „nieuwe” punten uit het bewuste artikel zijn jaren geleden al in deze of gene vorm door hem geponeerd.

Is het een wonder dat Nord in binnen- en buitenland door vele deskundigen wordt gezien als behorende tot die groep van de door Hotz in zijn leerboek aangehaalde „terribles simplificateurs”? Collega Nord wil oude normen, welke misschien voor het jaar 1915 golden, in deze tijd nog toepassen.

Men vraagt zich daarbij af of hij zich inderdaad verheugt over de wetenschappelijke en technische vorderingen van de orthodontie, zoals in de aanhef van zijn artikel is gesteld.

Een herwaardering en het op een gezonde wijze in toepassing brengen van wetenschappelijke en klinische feiten is naar onze mening geboden.

Deze herwaardering van wat men onder vroege behandeling moet verstaan, betekent *niet* het verwerpen daarvan.

Het streven mag evenwel niet zijn het propageren van vroege behandeling als een *routine*-maatregel.

Ook de praktijk heeft uitgewezen dat nog veel te veel afwijkingen met eenvoudige middelen worden behandeld met dikwijls een pover resultaat.

Een onvoldoend technisch kunnen laat nu eenmaal niet toe het feit te aanvaarden, dat in sommige gevallen wèl en in andere gevallen niet vroeg moet en mag worden ingegrepen.

Laten wij ons verheugen dat er nu in Nederland jongeren zijn, die niet meer gedwongen zijn en worden hun ideeën aan een gebrekkige techniek aan te passen, maar dat zij streven naar een adequate individuele behandeling door *tijdig* in te grijpen.

Zij kunnen het zich door een betere technische opleiding veroorloven om, zich baserende op wetenschappelijke en klinische ervaringen, in be-

paalde gevallen een abnormale groei of ontwikkeling indien nodig te observeren, in plaats van met een te vroege behandeling te beginnen en „to try to make the best of it”.

Het is echter even onzinnig om te wachten totdat iedere afwijking zich volledig heeft ontwikkeld – om dan maar de „full-band technique” te kunnen toepassen – als het is om voor iedere klasse II-anomalie op vroege leeftijd een „oral screen” te „plaatsen”.

In de Scandinavische landen heeft men even vóór en vlak na de tweede wereldoorlog al ingezien dat een revaluatie van het begrip „vroege behandeling” noodzakelijk was.

Het is geen toeval dat de Zweed Kjellgren, de leider van de orthodontische afdeling van de Eastman Clinic te Stockholm – iemand met een grote ervaring op het gebied van vroege behandeling – op het congres van de E.O.S. te St.-Moritz in 1949, dus nu twintig jaar geleden, o.m. al het volgende verklaarde:

„The basic principles underlying orthodontic treatment in social service will of course be prophylactic work and early simplified appliance treatment, to a degree suitable to produce a good end-result.

However I must say that we should not be too optimistic about the present possibility of doing such effective prophylactic work and of giving such simple early treatments, that would prevent the need of further orthodontic work even at the time when the bite is fully developed.

We now consider that possibly in most cases of malocclusion the basic cause is inheritance and this certainly makes the possibility of early treatment more limited”.

En verder:

„Many states of malocclusion do not even *develop* and give clear signs of the real situation before 9–12 years”.

In Nederland was men in die tijd nog volledig in de ban van de ideeën van Nord, waaronder ik mezelf ook zou willen rekenen. Enkele uitspraken, die ik op dit congres en ook later nog heb gedaan, zou ik op dit moment niet graag meer willen onderschrijven. Er is heel wat veranderd!

Hier ligt de kern van het verschil in inzicht tussen collega Nord en een huidige generatie van deskundigen.

Het voorbeeld dat Nord aanhaalt van de tegenwoordige Duitse orthodontie is voor mijn betoog wel bijzonder gelukkig gekozen. Ook daar heeft men zijn ideeën aangepast aan het technische kunnen. Aan de meeste universiteitsklinieken aldaar wordt gedurende de opleiding tot specialist uitsluitend aandacht besteed aan eenvoudige apparatuur.

Vrijwel uitsluitend de functionele therapie wordt als alleen-zaligmakende methode onderwezen en beoefend, met wisselend succes.

Men mag op vele plaatsen het woord „festsitzende Geräte” niet eens noemen en het blijkt dat men dikwijls in het geheim, zonder de hoogleraar er in te kennen, in het buitenland cursussen in deze techniek gaat volgen.

In onze kliniek te Groningen en op andere plaatsen in Nederland worden geregeld cursussen in de „full-band technique” gegeven. Onder de deelnemers zijn verschillende Duitsers. Ook werden in Duitsland door mijn medewerkers dergelijke cursussen gegeven en er bereiken ons dienaangaande geregeld verzoeken.

Blijkbaar komt men ook daar zo langzamerhand tot het besef, dat een specialist er niet alleen is voor verouderde gevallen en dat men lang niet altijd het groeiproces op vroege leeftijd kan voorspellen of deze groei kan corrigeren.

De scheiding tussen algemeen practicus en specialist ligt *niet* bij „vroege behandeling” of „verouderde gevallen”, *niet* bij „eenvoudige apparaten” of „full-band technique”, maar bij de kennis en kunde om voor ieder geval afzonderlijk te kunnen beoordelen, *wanneer* en *hoe* moet worden ingegrepen.

Dit kan met een spatel, met plaatapparatuur, een activator of één of andere vorm van een „full-band technique” geschieden of soms helemaal niet.

Nord laat het voorkomen dat sinds 1915 uitoefening van de orthodontie steeds gemakkelijker is geworden. Ik ben van oordeel, dat dit door de wetenschappelijke vooruitgang zeker niet het geval is. En niet alleen technisch gezien.

Uitspraken dat de erfelijke aanleg meestal beneden de 6-jarige leeftijd kan worden vastgesteld en orthodontie in het melk- en wisselgebit zo gemakkelijk is te leren en toe te passen, zijn zo absurd, dat ik het oordeel hierover aan iedere tandarts of student overlaat.

Alleen een leek zal dit graag aannemen, hetgeen voor de Nederlandse orthodontie een ernstige zaak is.

Het is een gelukkig verschijnsel dat het begrip polikliniek in het algemeen en het begrip particuliere-polikliniek-voor-orthodontie in het bijzonder, langzamerhand wel heeft afgedaan. Het mag inderdaad onethisch worden genoemd algemeen practici onder het mom van het specialisme te laten werken.

Bovenal zal de patiënt de zekerheid moeten hebben, dat hij inderdaad ook door een specialist wordt onderzocht en behandeld. Het voorstel van Nord om centra op te richten waar algemeen practici gedurende enige uren per dag werken, onder leiding van een specialist, zou opnieuw vele jaren de vooruitgang van de orthodontie in Nederland belemmeren.

Het accent van de behandeling in dergelijke klinieken *moet* nu eenmaal

liggen op een zo vroeg mogelijke routinebehandeling van *alle* orthodontische afwijkingen, ook van die, welke daarvoor niet geschikt zijn.

Uit het bovenstaande zou men de volkomen foutieve conclusie kunnen trekken, dat orthodontisten en algemeen practici niet zouden inzien dat preventie en tijdige behandeling een goed uitgangspunt voor de sociale orthodontie kunnen zijn.

Tal van afwijkingen, welke in causaal verband staan met slechte gewoonten, functionele afwijkingen als dwangbeten, bepaalde vormen van ruimtegebrek, progene afwijkingen, sommige gevallen met disto-occlusie moeten, kennis van zaken voorop gesteld, door algemeen practici, maar ook door specialisten bijtijds behandeld worden.

De orthodontie als verstrekking in het Ziekenfondswezen is nauwelijks van de grond. Terecht zijn daarbij voorlopig beperkingen nodig.

De tegenwoordige regeling wordt doorkruist door niet meer algemeen aanvaarde en verouderde normen, zoals die door Nord naar voren worden gebracht.

De practici, die medewerken aan de orthodontie voor ziekenfondsverzekerden, zijn te verdelen in algemeen practici en orthodontist-specialisten.

In beide groeperingen hebben wij te maken met een oudere en een jongere generatie.

Ook bij deze ouderen zijn er in beide categorieën velen, die zich kunnen openstellen voor de meestal goed gefundeerde opvattingen van de jongeren.

Het schijnt dat tegenwoordig door de ziekenfondsorganisaties te veel geluisterd wordt naar *die* ouderen, die een in opzet goede regeling al principiël willen wijzigen op een moment dat deze nauwelijks van kracht is.

Het lijkt mij in hoge mate onverstandig. Mijns inziens zal men eerst na een jaar of vijf goed gefundeerde principiële wijzigingen mogen voorstellen.

Vooralsnog houde ieder, algemeen practici, specialisten en ziekenfondsorganisaties zich beter aan de vigerende regeling.

De kwalitatieve controle, welke eufemistisch als adviserende controle is aangeduid, dient niet te ontaarden in adviezen aan tandartsen en ziekenfondsorganisaties.

Tekortkomingen dienen *daar* te worden gebracht waar zij krachtens de regeling behoren.

Orthodontie, sociale orthodontie en „eenvoudige” orthodontie, dento-faciale orthopedie zijn in wezen volkomen identieke begrippen. Er is maar één soort orthodontie voor alle geledingen van de bevolking waarnaar gestreefd moet worden en dat is goede orthodontie. En deze goede orthodontie zal

wanneer ze met eenvoudige middelen kan worden toegepast, niet op een gecompliceerde wijze mogen gebeuren.

Geen weldenkende tandarts zal dat voor zijn eigen kind doen. Maar wanneer er gegronde twijfel bestaat aan het nut van een behandeling met eenvoudige apparatuur zal de behandeling langs een meer gecompliceerde weg *moeten* worden uitgevoerd of geheel worden *nagelaten*.

In het afgelopen decennium is de uitoefening van de orthodontie in Nederland met sprongen vooruit gegaan.

Aan de universiteiten is er een streven naar een beter geprogrammeerde opleiding van specialisten en een meer doelmatige opzet van het onderwijs voor de a.s. algemeen practici.

Een aantal voortreffelijke proefschriften, het perfectioneren van behandelingsmethoden (ook plaatapparatuur!) en een genuanceerd denken hebben er toe bijgedragen dat wij in Nederland niet langer als een achtergebleven orthodontisch gebied worden beschouwd. Integendeel, onlangs werd Nederland het Mekka van de Europese orthodontie genoemd. Dit is zeker overdreven, maar niettemin vleierend en verheugend.

Van de opvattingen, die door de meeste en goedwillende jongeren worden uitgedragen zal ook de sociale orthodontie profiteren. Een mooi voorbeeld hiervan is de behandeling van een klasse II-afwijking of gevallen met ruimtegebrek met behulp van een „headgear”.

Het is een eenvoudig te construeren apparaat, voortgekomen uit de door collega Nord zo verfoeide „full-band technique”.

Dat juist één van de oudere garde onder de specialisten nl. Crefcoeur uit Maastricht onlangs op een vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Orthodontische Studie enkele uitstekend geslaagde gevallen, welke daarmee werden behandeld, toonde, is een bewijs dat wel degelijk steeds weer gezocht wordt naar eenvoudige maar doeltreffende werkwijzen.

In het ex-libris van één mijner Groningse collegae staat: „Omnia probate quod bonum est tenete”. Het „Onderzoekt alle dingen en behoudt het goede” is nu meer dan ooit op de orthodontie van toepassing!

Antonius Deusinglaan 1,
Groningen.

ORTHODONTIE 1915-1969

J. WEIL

„*O sancta simplicitas.*”

Jan Hus

In de inaugurele rede van Van der Linden (N.T.v.T. 71: 254, 1964) komen de volgende passages voor: „Te vaak zijn in de orthodontie eigen meningen en wetenschappelijk onvoldoend gefundeerde opvattingen als waar geaccepteerd, omdat ze naar voren werden gebracht door personen, die als autoriteiten in hun vak werden beschouwd. Helaas legde daarbij hun persoonlijkheidsstructuur en wijze van optreden dikwijls meer gewicht in de schaal dan de wetenschappelijke onderzoeken waarop zij hun uitspraken – in zo verre zij dit tenminste deden – fundeerden.” En verder: „Veel van wat in de orthodontie als vaststaand wordt aangenomen is nooit op wetenschappelijk verantwoorde wijze aangetoond. Veel onderzoek zal gedaan moeten worden om ons een juister en beter gefundeerd inzicht in tal van problemen te verschaffen.”

In de vijftiger en vooral in de zestiger jaren is in dit opzicht veel ten goede gekeerd. Onderzoeken naar en publikaties over groei en ontwikkeling, de invloed van genetische en niet-genetische factoren op aangezichts- en gebitsontwikkeling, de bepaling van het optimale tijdstip voor een orthodontische behandeling, de diagnostiek, de therapie en vele andere onderwerpen zijn sedertdien in ons land verricht en – deels in de vorm van dissertaties – gepubliceerd. Voordrachten en cursussen zijn als vruchten van intensieve studie, onderzoek en praktijkervaring de Nederlandse professie geserveerd. Het is duidelijk dat er een wisselwerking bestaat tussen deze ontwikkeling en de twintig jaar geleden ingevoerde academische opleiding tot specialist in de dento-maxillaire orthopaedie. Ook de student wordt sedert de wijziging van de wet op het tandheelkundig onderwijs in 1947 in het algemeen geconfronteerd met de huidige, op verantwoord onderzoek gefundeerde inzichten in de samengestelde genese van orthodontische afwijkingen. Eveneens neemt hij kennis van de mogelijkheden en de grenzen van de door hem in te stellen behandelingen en leert hij begrijpen, dat een vroeg geconstateerde afwijking veelal beter in een later ontwikkelingsstadium kan worden behandeld.

Een aanzienlijke verdieping en verruiming van het inzicht in de basiswetenschappen, een voldoende oriëntering op de grensgebieden van de orthodontie en een kritische benadering van zijn ingrijpen in groei en ontwikkeling van aangezichtsschedel, musculatuur en gebit heeft er toe geleid,

dat de moderne orthodontist zich sceptisch opstelt tegenover betogen, die op hypothesen en sofismen zijn gebaseerd.

Het is dan ook moeilijk te veronderstellen, dat Nord zijn exclamatie onder het hoofd „Sociale orthodontie” voor de orthodontisch geëngageerde lezer heeft geschreven (N.T.v.T. 76: 343, 1969). Men dient respect te hebben voor de nog steeds onverflauwde belangstelling die Nord aan de dag legt. Minder waardering is op te brengen voor de neergeschreven opvattingen, die een vijftigtal jaren geleden wellicht weerklink vonden, maar nu anachronismen zijn.

Men dient zich zelfs af te vragen of artikelen als het hier besprokene, waarin zo vele feitelijke onjuistheden zijn vermeld en waarvan de basis een geursiveerde simplicifering van de orthodontie is, wel in het Tijdschrift voor Tandheelkunde thuis horen. Het is niet goed in te zien waarom aan artikelen in de rubriek „Oorspronkelijke bijdragen” andere kwalitatieve normen zouden moeten worden gesteld dan aan bijdragen die onder het hoofd „Sociale tandheelkunde” in dit wetenschappelijke tijdschrift verschijnen.

Nord spreekt over „sociale orthodontie” maar definieert het begrip niet. Uit zijn betoog valt te destilleren, dat hij hiermede de orthodontische hulp aan ziekenfondsverzekerden etiketteert, hetgeen in het spraakgebruik niet ongewoon blijkt, maar daarom niet minder aanvechtbaar is. Immers is elke vorm van toegepaste orthodontie in feite maatschappelijke, dus sociale orthodontie. Daarbij kan men zich afvragen of de orthodontische research dan a-sociaal is. Een nadere definiëring moge aantrekkelijk zijn, het is in het kader van Nord's beschouwing niet van belang en blijve derhalve achterwege. Ook aan de betekenis, die Nord toekent aan de benamingen orthodontie, dento-maxillaire orthopaedie en de nu door de auteur hieraan naar Frans voorbeeld toegevoegde dento-maxillo-faciale orthopaedie wordt thans voorbij gegaan. Van Hillegonsdberg en Weil besteedden reeds vroeger aandacht aan deze nomenclatuur (N.T.v.T. 71: 521, 1964).

Wanneer Nord stelt, dat de orthodontische behandeling van alle kinderen hier te lande sinds een jaar in de ziekenfondstandheelkunde is opgenomen, geeft de schrijver, alhoewel hij uitvoerig werd geïnformeerd, de situatie onjuist weer. Zo ook slaat hij de plank mis, wanneer hij uiting geeft aan zijn vrees of men voldoende rekening heeft gehouden met de realiteit, d.w.z. of de aanwezige „manpower” voldoende is om de kinderen datgene te geven waarop zij recht hebben gekregen. Nord trekt dan een vergelijking met de situatie die ontstond na invoering van het ziekenfondsbesluit, toen $\pm 80\%$ van de bevolking van de ene dag op de andere recht kreeg op tandheelkundige hulp.

Wat is nu de realiteit? Bij het ontwerpen van de regeling van orthodonti-

sche hulp aan ziekenfondsverzekerden in 1964 en het tot stand komen van de overeenkomst in 1965, is uitgegaan van de volgende gegevens:

- a. er bestaat een discrepantie tussen het aantal kinderen met orthodontische afwijkingen en de voor behandeling beschikbare mankracht;
- b. een overeenkomstige discrepantie is aanwijsbaar tussen genoemd aantal kinderen en de voor orthodontische hulp beschikbaar te stellen gelden.

Op advies van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde en de ziekenfondsorganisaties is daarom in het ministeriële besluit een aantal beperkende bepalingen opgenomen. Deze beperkingen en de daaraan ten grondslag liggende motieven zijn kort samengevat:

1. de lijst van indicaties, waarmede is beoogd de hulp vooral ten goede te doen komen aan die kinderen, die door hun afwijking het meest zijn gehandicapt;
2. de leeftijdsgrens ter bevordering van een vroegtijdige signalering van de afwijkingen;
3. de voorwaarde van een goede mondhygiëne. Bij het stellen van deze premisse is men uitgegaan van de overtuiging, dat een orthodontische behandeling alleen dan verantwoord is wanneer de mondhygiënische toestand beslist goed blijkt;
4. de cariëspredispositie moet zodanig zijn, dat een orthodontische behandeling verantwoord is;
5. de patiënt zal een bijdrage moeten leveren in de kosten van de behandeling (dit behoudens categorie A). Invoering van deze voorwaarde biedt een verhoogde waarborg voor een goede medewerking van de patiënt en zijn directe milieu en betekent een kostenbesparing voor de ziekenfondsen.

Uit de verslagen van de stichting Tandheelkundig Controle Instituut over de jaren 1964 tot en met 1968 blijkt, dat de vraag naar orthodontische hulp na invoering van de huidige regeling, geheel overeenkomstig de prognose van de ontwerpers van deze regeling, niet is gestegen. Nord's gereleveerde vrees, die is gebaseerd op de ervaringen met de – vooral conserverende – tandheelkunde is dan ook ongegrond.

In ons land worden jaarlijks niet ongeveer 160.000 kinderen geboren, zoals Nord veronderstelt, maar 225.000 tot 230.000. Het onjuiste geboorte-aantal gebruikt Nord voor een in statistisch opzicht aanvechtbare berekening. Korthedshalve zij hier verwezen naar het rapport van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde: „Beschouwingen over de orthodontische hulp aan ziekenfondsverzekerden”.

Bewerking van de hierboven vermelde gegevens van de stichting Tandheelkundig Controle Instituut heeft geleerd, dat van de ziekenfondsverzekerden die een toestemming tot behandeling ontvingen, ongeveer 2/3 deel door specialisten in de dento-maxillaire orthopaedie wordt behandeld. Voor Nord's sombere uitspraak over de machteloosheid van de beschikbare spe-

cialisten bestaat dan ook geen aanleiding. Reeds nu, terwijl aan de Vrije Universiteit van Amsterdam de specialistenvorming nog niet is begonnen, ontvangen ruim 30 assistenten een voortgezette opleiding tot orthodontist. Bij vergelijking van dit getal met het aantal thans ingeschreven orthodontisten blijkt dat het niet houdbaar is van een geringe opleidingscapaciteit te spreken (N.T.v.T. 75: 895, 1968).

Een tegenstrijdigheid bevat de passage in Nord's betoog, waarin de schrijver enerzijds stelt, dat de tandarts in zijn overbelaste praktijk geen mogelijkheid vindt tot het verlenen van orthodontische hulp, terwijl anderzijds wordt gepleit voor inschakeling van de tandarts gedurende 4 à 5 halve dagen per week in orthodontische centra. De auteur doet hiermede een poging om het wederom berijden van zijn stokpaardje te motiveren. De orthodontische polikliniek – nu door de auteur centrum genoemd – waarin de hulp wordt verleend door algemeen practici, die onder de naam en „de volledige verantwoordelijkheid” van een specialist-orthodontist werken, herbergt een vorm van praktijkvoering, waarover nauwelijks verschil van mening mogelijk is indien men het niveau van de verleende hulp en de beroepswaardigheid laat prevaleren boven de directe belangen van de orthodontist.

Er zijn in het verleden al zo vele woorden aan Nord's opvattingen over deze aangelegenheid gewijd, dat verder commentaar hier achterwege kan blijven.

Waar Nord spreekt over een verbod aan specialisten om algemeen practici als assistenten werkzaam te doen zijn, blijkt opnieuw dat schrijver, alhoewel goed geïnformeerd, de feiten onjuist weergeeft. Het Hoofdbestuur van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde heeft, gehoord haar adviseurs en de Commissie voor Beroepsethiek, het onoorbaar genoemd dat een specialist-orthodontist zich in de behandeling van patiënten regelmatig doet bijstaan en/of vervangen door een tandarts-algemeen practicus. De reden voor deze uitspraak ligt voor de hand en is ook de auteur bekend, zodat er geen sprake van is, dat „men volledig in gebreke blijft dit verbod te motiveren”. Een patiënt, die zich voor consult en een eventuele behandeling tot een orthodontist wendt, dient zekerheid te hebben dat hij inderdaad door de specialist wordt onderzocht en behandeld. Ook de verwijzende tandarts heeft recht op deze waarborg. Het is in het belang van zijn patiënt. Het pleit voor de Nederlandse Vereniging van Specialisten in de dento-maxillaire Orthopaëdie, dat haar ledenvergadering dit maatschappijstandpunt unaniem bleek te delen. Belangwekkend in dit verband is een recent hoofdartikel in Medisch Contact (M.C. 24: 349, 1969).

De algemeen practicus is volledig deelgenoot in de nieuwe regeling van de verlening van orthodontische hulp aan ziekenfondsverzekerden. Lezing van het volledige rapport „Beschouwingen over de orthodontische hulp aan ziekenfondsverzekerden” en van de overeenkomst, die de Maatschappij met

de ziekenfondsorganisaties heeft gesloten, toont aan dat de door Nord gesuggereerde ongerijmdheden, die hij illustreert met een uit de context gelicht citaat, ontbreken.

In de verhouding tussen het aantal patiënten, dat in de jaren 1958/67 orthodontische hulp van de tandarts-algemeen practicus ontving, tot het aantal dat door de specialist werd behandeld is een dalende tendens waarneembaar. Sedert de invoering van de nieuwe regeling voor ziekenfondsverzekerden per 1 januari 1968 is deze neergaande lijn omgebogen en neemt de quota van de algemeen praktizerende collega toe.

Vrijwel algemeen wordt het belang van een vroegtijdige signalering van bestaande en zich ontwikkelende orthodontische afwijkingen ingezien en door orthodontisten gestimuleerd. Het lijdt geen twijfel dat ook nu nog patiënten, door welke oorzaak ook, eerst na het daarvoor meest geschikte tijdstip in behandeling worden genomen. De therapie van bv. een dentale dwangrelatie zal in het algemeen in een vroeg stadium moeten worden ingesteld. Het propageren van vroegtijdige behandeling in het algemeen getuigt echter niet alleen van ongenueanceerd denken maar tevens van een verouderd orthodontisch inzicht. Door het analyseren van groei en ontwikkeling is aantoonbaar dat:

1. de bepaling van de fase, waarin een orthodontische behandeling op de meest doelmatige wijze kan worden uitgevoerd, aanzienlijk minder simplistisch is dan uit Nord's betoog naar voren komt;
2. deze ontwikkelingsperiode van het kind vrijwel zonder uitzondering enige jaren later is gelokaliseerd dan de leeftijd waarop Nord met de therapie wil doen beginnen.

Uit het proefschrift van Van Hillegonsdberg citeert Nord een passage ter argumentering van de vroegtijdige behandeling. Het is een weinig geslaagde keuze. Tijdens het Congres Kindertandheelkunde 1968 heeft Van Hillegonsdberg een voordracht gehouden onder de titel: „Orthodontische observatie en begeleiding” (Ned. Tandartsenblad 23: 458, 1968). In de samenvatting zegt spreker: „Volledige actieve orthodontische behandeling moet in de eerste periode der wisselfase in het algemeen worden ontraden. De prognose van dergelijke vroege behandelingen is in het algemeen hoogst onzeker, omdat zowel de gelaats- als de gebitsontwikkeling zich nog in een zeer jong stadium bevinden. Dit leidt in het algemeen tot zeer lange behandelingstijden en daarmee gepaard gaande behandelingsmoeheid van de patiënt. Verschillende orthodontische afwijkingen kunnen naar moderne inzichten eerst definitief worden behandeld kort voor en tijdens de adolescentieperiode, wanneer het eruptieproces ten einde loopt en de gelaatsontwikkeling een periode van versterkte groei doormaakt”. Met deze benadering kan volledig worden ingestemd.

Orthodontische afwijkingen dienen tijdig te worden onderkend, waarna de ontwikkeling al dan niet regelmatig moet worden geobserveerd. Zonodig

zullen interceptieve maatregelen moeten worden getroffen. Met een orthodontische behandeling zal eerst dan mogen worden begonnen wanneer de fysieke ontwikkelingsfase gunstig is, de patiënt aan een aantal strikte voorwaarden voldoet en van hem en zijn directe omgeving een positieve medewerking aan de behandeling kan worden verwacht. In dit licht beschouwd is de orthodontische hulp uitsluitend weggelegd voor de „happy few”. Door de algemeen tandheekkundige, de orthodontische en de sociaal psychologische indicaties nauwkeurig te stellen voorkomt de tandarts veel mislukkingen en kan hij zijn patiënten en zich zelf menige teleurstelling besparen. Dat dit met de financiële status van de patiënt (i.c. zijn ouders) weinig of niets van doen heeft zij nogmaals opgemerkt.

De keuze van de aan te wenden hulpmiddelen is niet van wezenlijke betekenis. Of een behandeling wordt uitgevoerd met gebruik van plaatapparaatuur, myo-functionele attributen of bv. met headgear, vaste apparaatuur of combinaties van deze en zo vele andere middelen is niet relevant, al blijkt het toepassingsbereik van het ene middel groter dan dat van het andere. De orthodontist, toegerust met adequate kennis, kunde en ook wijsheid, zal de oogkleppen weren die sommigen dragen en zal zich niet beperken tot de edge-wise methode noch tot de Funktionsregler. Ook in midden Europa en zelfs in Duitsland is bij de jonge generatie van beroeps-genoten een aanzienlijk breder, dieper en daarmee genuanceerder inzicht gegroeid in de gecompliceerde problematiek waarvoor de orthodontie de onderzoeker en de practicus stelt. De grote belangstelling, die er ook van oostelijke zijde voor de door Nederlandse orthodontisten georganiseerde cursussen bestaat, is bemoedigend. Aan Nord's oordeel over de vaste apparaatuur hebben Van Hillegonsberg en Weil in 1964 een commentaar gewijd (N.T.v.T. 71: 521, 1964). Een nieuwe beschouwing van Nord's exclamation blijve dan ook hier achterwege.

Aan besprekingen van Nord's veertien stellingen, die aan de matrijzen werden toevertrouwd, kan om der wille van de ruimte slechts beperkte aandacht worden geschonken. Aan het gestelde onder 1, 2 en 3 wordt daarom na het voorgaande nu voorbij gegaan. Dat de behandeling van patiënten met aangezichts- en gehemeltedefecten zeker niet behoort tot het specifieke arbeidsterrein van de kinderchirurg maar tot het deelgebied van de plastische chirurgie behoeft nauwelijks vermelding.

In 1964 schat Nord dat het percentage van de orthodontische anomalieën, waarvan de causa endogeen is, op twee (N.T.v.T. 71: 356, 1964). Uit zijn nu verschenen vierde stelling volgt dat 98% van de afwijkingen het gevolg zijn van zogenaamde slechte gewoonten!

Het restant van Nord's theses is een uitvloeisel van de in orthodontisch opzicht niet verantwoorde gegeneraliseerde wens naar het vroegtijdig, d.w.z. vóórtijdig instellen van een behandeling. Menig tandarts heeft zich in het

verleden bezig gehouden met pril aangevangen en jaar in, jaar uit voortslappende behandelingen. Therapieën die soms tot resultaat leidden, maar die veelal door de patiënt of wel zijn ouders, die het behandelen en het dragen van de apparatuur waren moe geworden, werden afgebroken. En wat gebeurde er met de geslaagde gevallen? Menigmaal traden in de periode, waarin deze patiënten een versnelde groei doormaakten (voorafgaande aan en tijdens de adolescentie) afwijkingen op, die geen recidief waren, maar groei- en ontwikkelingsstoornissen welke zich in die fase manifesteren. Menigeen heeft langs deze empirische weg ervaren, dat orthodontische diagnostiek, indicatie tot een behandeling – daarbij bepaling van het optimale tijdstip – en uitvoering van die behandeling niet zijn: „gewoonlijk ongecompliceerd en zonder veel moeite door de student te leren”, zoals Nord de staven van de orthodontische afdelingen van de universiteiten aanzegt.

Het orthodontische studie- en arbeidsterrein is buitengewoon interessant. Voor de patiënt kan een orthodontische behandeling een heilzame uitwerking hebben en een niet te onderschatten psychische impuls betekenen. Daarbij is het onder meer van wezenlijke betekenis, dat de behandelende tandarts een voldoende inzicht heeft in het fysiologische groeiproces en in de aberraties daarvan, *Wahrheit* en *Dichtung* weet te selecteren en dat hij er zich van bewust is, dat bagatelliseren zeker in de orthodontie tot deceptie leidt.

Mathenesserlaan 344,
Rotterdam.