

## DE RELATIE TUSSEN EEN ALGEMENE ORTHODONTISCHE BEHANDELINGSNORM EN SOCIAAL-CULTURELE VARIABELEN

B. TAX<sup>\*)</sup>

B. PRAHL-ANDERSEN

P. HEYDENDAEL<sup>\*\*)</sup>

Trefwoorden: Orthodontie – Sociologie

### Inleiding

Het is belangrijk bij het vaststellen van de noodzaak tot behandeling van een orthodontische afwijking ook te kunnen beoordelen hoe de afwijking door de patiënt zelf en zijn omgeving wordt ervaren. De sociale implicaties van orthodontische afwijkingen zijn echter nog grotendeels onbekend. In deze richting is nog weinig wetenschappelijk onderzoek verricht (Matthews en Westie, 1966; Richardson, 1970). Ofschoon men kan aannemen dat het gezicht en de mond een belangrijke rol in sociale relaties spelen, wordt de bijdrage van orthodontische afwijkingen hierin niet steeds ondergeschreven (Rutzen, 1973).

Voor de orthodontist is het niettemin interessant te weten of en hoe een orthodontische afwijking invloed heeft op de indruk die de patiënt maakt op derden. De veronderstelling is dat een grote afwijking een negatieve indruk zal maken. Verschillende factoren kunnen genoemd worden als bepalend voor deze beeldvorming bij buitenstaanders (Secord, 1958):

- culturele achtergrond van de toeschouwer;
- persoonlijke eigenschappen van de toeschouwer;
- 'inference processes', waardoor de toeschouwer ten onrechte op basis van partiële kenmerken c.q. afwijkingen conclusies trekt over de persoon van een individu.

Tijdens Het Nijmeegse Groei-onderzoek<sup>\*\*\*)</sup> (Prah-Andersen en Van der

Linden, 1974) is onder meer studie gemaakt van de samenhang tussen de culturele achtergrond en het oordeel dat gegeven werd over een aantal tekeningen van hoofden en foto's van monden. Het oordeel werd gevraagd over de noodzaak tot behandeling van de afwijkingen die de tekeningen en foto's weergaven. De nadruk in deze studie is gelegd op het aanwijzen van sociaal-culturele variabelen, die een relatie vertonen met het gevraagde oordeel, dat ook gezien kan worden als een *algemene orthodontische behandelingsnorm*.

Onder een algemene orthodontische behandelingsnorm moet daarom worden verstaan de norm die mensen aanleggen voor een orthodontische behandeling; *algemeen*, want niet van toepassing op henzelf, en daarom ook een *norm* en geen *behoefte*.

### Materiaal en methoden

De onderzoeksgroep bestond uit 592 ouderparen, waarvan 407 ouderparen (de participanten) met een deelnemend kind aan Het Nijmeegse Groei-onderzoek op het moment van de enquête, eind 1972. De overige 185 ouderparen (de non-participanten) behoorden tot de groep die aan de start van het onderzoek niet of afwijzend reageerde op het verzoek tot deelname van hun kind.

De maat voor de algemene orthodontische behandelingsnorm werd op de volgende wijze verkregen. Elf zwart-wit getekende hoofden (en profiel), zie afbeelding 1, en elf kleuren-mondfoto's (en face), zie afbeelding 2, werden aan de onderzoeksgroep ter beoordeling voorgelegd door geïnstrueerde interviewers. Bij de beoordeling van de tekeningen en foto's waren de gecodeerde antwoordmogelijkheden:

1. 'normaal, zoals het hoort';
2. 'een beetje afwijkend, maar niet te veel storend';
3. 'afwijkend, er zal iets aan gedaan moeten worden'.

De homogeniteit van de antwoorden werd vastgesteld met behulp van de zogenaamde item-restsom-analyse. Negen

### Samenvatting:

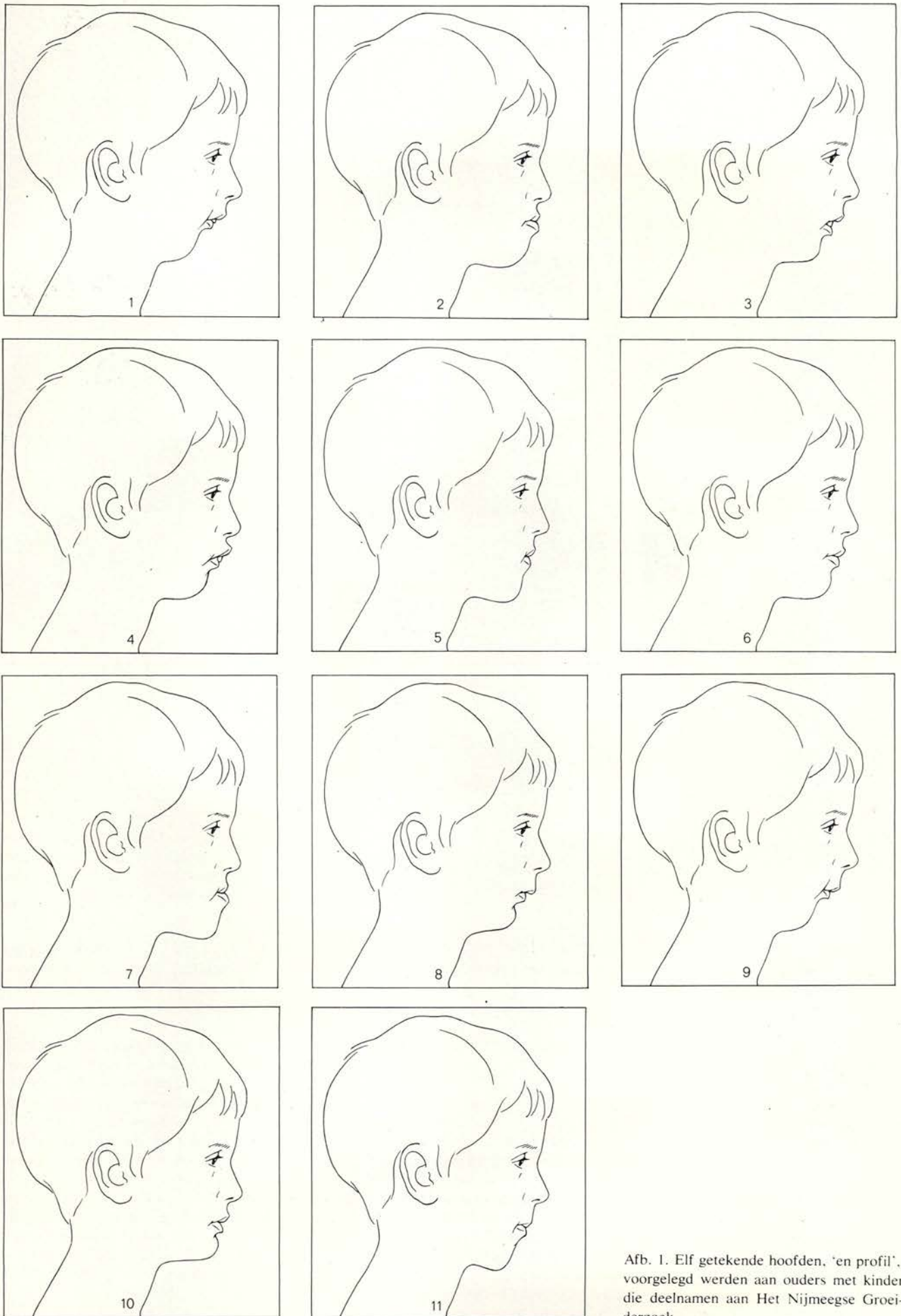
Bij 592 ouderparen werden tijdens een enquête (Het Nijmeegse Groei-onderzoek, 1972) gegevens verkregen over sociale achtergronden en oordeel over noodzaak tot behandeling van bepaalde orthodontische afwijkingen. Nagegaan is het verband tussen 21 sociaal-culturele variabelen en een *algemene orthodontische behandelingsnorm*: de norm, die mensen aanleggen voor een orthodontische behandeling. Het materiaal werd geanalyseerd met multiple correlaties en 'stepwise'-regressietechnieken. De onderzoeksgroep wordt gevormd door ouders die hun kinderen lieten deelnemen aan Het Nijmeegse Groei-onderzoek (participanten) en door ouders (non-participanten) die niet ingingen op het verzoek hun kinderen aan dit groei-onderzoek te laten deelnemen. De analyses zijn uitgevoerd op 6 categorieën: mannen, mannelijke participanten en non-participanten, vrouwen, vrouwelijke participanten en non-participanten. Bij de vrouwen hangt algemene orthodontische behandelingsnorm samen met 1. het betekenis hechten aan het eigen gebit en 2. het als rijk en duur ervaren van de tandarts (statusaspect); bij mannen met 1. orthodontische kennis (vooral bij de participanten), met 2. geringere nonchalance ten aanzien van het gebit (niet bij de participanten), met 3. een neiging tot 'other-directedness' en met 4. gevoeligheid voor het dragen van kunstmiddelen (alleen bij de participanten). Attitudes ten aanzien van de tandarts spelen geen belangrijke rol. De relevantie van de vaak gebruikte variabele: beroep is niet gebleken.

profiel-items met restcorrelatiecoëfficiënten groter dan 0,33 en 10 mond-items met restcorrelatiecoëfficiënten groter dan 0,15 hadden een redelijk te noemen homogeniteit. De items werden gesommeerd, zodat er twee maten ontstonden voor de algemene orthodontische behandelingsnorm. Ter vereenvoudiging van de analyses is vervolgens nagegaan aan welke maat het grootste differentiërende vermogen kan worden toegeschreven. Dit werd getoetst ten aanzien van participatie. De verwachting was dat participanten hogere algemene orthodontische behandelingsnormen zouden scoren dan non-participanten. De twee maten, gemeten bij participanten en bij non-participanten, werden getoetst met Student's *t*-toets, apart voor mannen en voor vrouwen. In het geval van de algemene orthodontische behandelingsnorm gemeten door profiel-items werd steeds een significant

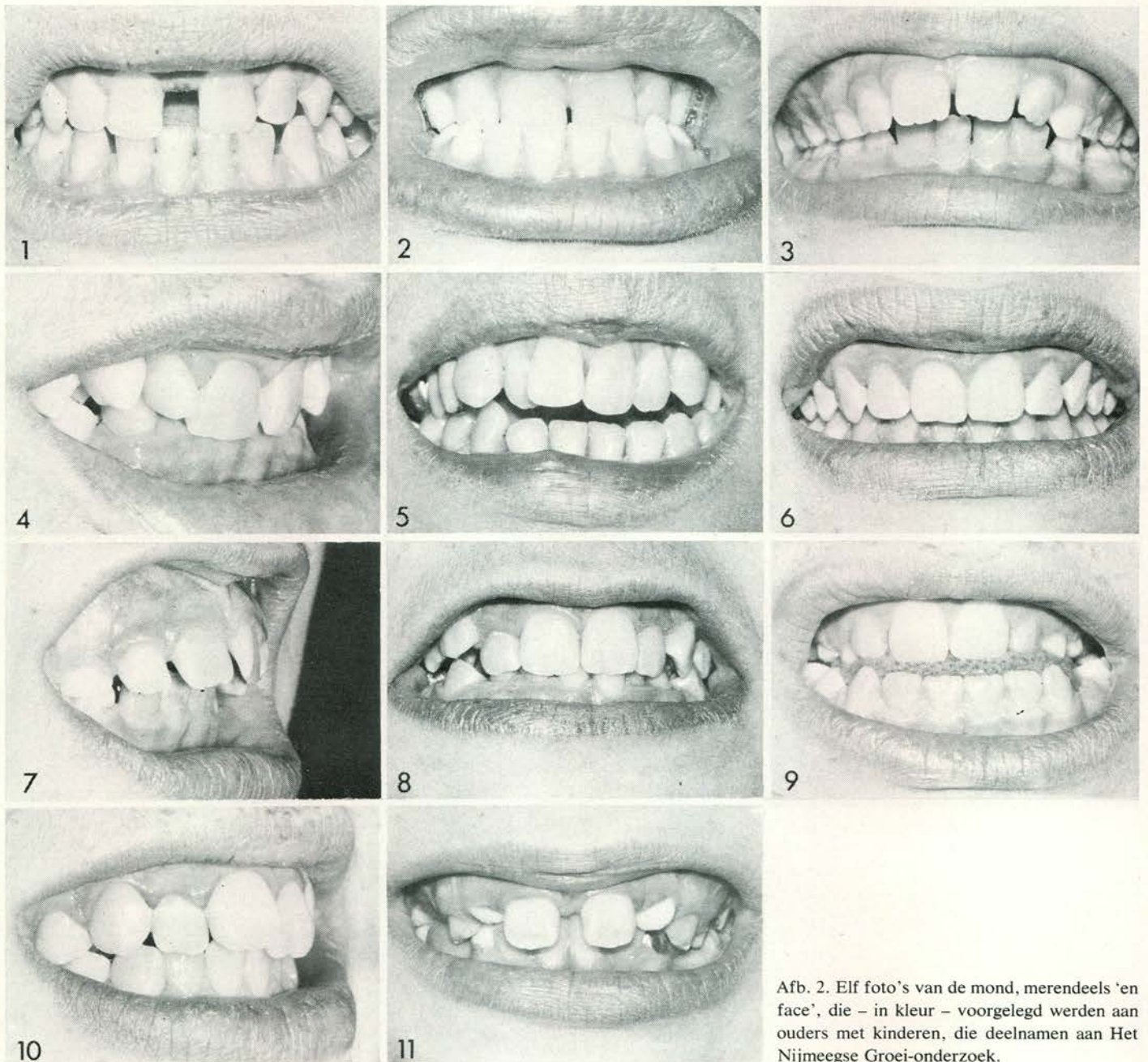
<sup>\*)</sup> Als socioloog verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

<sup>\*\*)</sup> Als psycholoog verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

<sup>\*\*\*)</sup> Het onderzoek werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Praeventiefonds.



Afb. 1. Elf getekende hoofden, 'en profil', die voorgelegd werden aan ouders met kinderen, die deelnamen aan Het Nijmeegse Groei-onderzoek.



Afb. 2. Elf foto's van de mond, merendeels 'en face', die - in kleur - voorgelegd werden aan ouders met kinderen, die deelnamen aan Het Nijmeegse Groei-onderzoek.

verschil gevonden ( $p > 0,05$ ) in overeenstemming met de verwachte richting, bij de mond-items werd geen significant verschil gevonden. De som van de profiel-items wordt daarom verder gebruikt als indicatie voor de algemene orthodontische behandelingsnorm.

Tijdens het interview met de ouders werden verder gegevens verkregen over uiteenlopende onderwerpen. Uit deze gegevens konden 80 bruikbare variabelen worden geconstrueerd. Hiervan zijn 21 variabelen geselecteerd, waarvan wordt verwacht dat ze een bijdrage kunnen leveren in de verklaring van de algemene orthodontische behandelingsnorm. Deze 21 variabelen zijn te verdelen in:

a. 14 specifieke attitudes:  
t.a.v. de tandarts (Tabel I, 1-7), het gebit

betreffende (Tabel I, 8-10) en t.a.v. sociale en relationele gebitsaspecten (Tabel I, 11-14);

b. 3 niet-specifieke relationele attitudes (Tabel I, 15-17);

c. 4 stratificatiekenmerken (Tabel I, 18-21).

Ad a.

De 14 specifieke (specifiek want betrekking hebbend op aspecten van het gebit en de tandarts) attitudes zijn bij de analyses betrokken om na te gaan of verfijningen zijn aan te brengen in de te verwachten relatie tussen het ruime gebied van de 'dental mindedness' waar ze deel van uitmaken en de algemene orthodontische behandelingsnorm. De gevolgde procedure ter constructie van maten voor deze attitudes zijn opgenomen in vroegere pu-

blikaties (Tax e.a., 1975; Persoon e.a., 1975; Heydendael e.a., 1975; Ketelaar-Van Ierssel e.a., 1975).

Ad b.

Van de 3 niet-specifieke (niet-specifiek genoemd omdat ze geen betrekking hebben op gebit of tandarts) relationele attitudes behoeft variabele 15: 'other versus innerdirectedness' toelichting. 'other directedness' drukt uit dat men zijn doeleinden en normen voor het handelen ontleent aan de sociale omgeving. 'Innerdirectedness' drukt uit dat men zich in zijn gedrag vooral door eigen waarden laat leiden. Tot deze categorie behoren verder de variabelen 16: waardering van netheid m.b.t. het wonen en 17: waardering van degelijkheid met betrekking tot het wonen. De bedoeling met de niet-specifieke

Tabel I. Overzicht van 21 sociaal-culturele variabelen ter verklaring van een algemene orthodontische behandelingsnorm. Multipele correlatiecoëfficiënten R en de hoogste F-waarden per variabele verkregen uit 'stepwise'-regressie-analyses.\*)

| VARIABLEN  | Mannen      |             | alle F | Vrouwen     |             |        |
|--|-------------|-------------|--------|-------------|-------------|--------|
|  | particip. F | non-part. F |        | particip. F | non-part. F | alle F |
| <i>Attitudes t.a.v. de tandarts</i>                            |             |             |        |             |             |        |
| 1. waardering van de tandarts als persoonlijk versus zakelijk  | —           | —           | —      | —           | —           | —      |
| 2. zakelijk kritische opstelling t.a.v. de tandarts            | 2,10        | —           | 1,16   | —           | 1,49        | —      |
| 3. vertrouwen in de tandarts als vakman                        | 1,45        | 1,07        | 1,89   | —           | 4,34        | —      |
| 4. beleving geborgenheidsaspect t.a.v. de tandarts             | 1,71        | —           | —      | 2,84        | 2,01        | 5,22   |
| 5. beleving technische aspect t.a.v. de tandarts               | —           | 3,35        | —      | —           | 1,84        | 1,92   |
| 6. beleving dominantie-aspect t.a.v. de tandarts               | 4,23        | —           | 1,31   | —           | —           | —      |
| 7. beleving financieel aspect t.a.v. de tandarts               | —           | 1,32        | —      | 6,01        | 1,45        | 9,20   |
| <i>Attitudes t.a.v. het gebit</i>                              |             |             |        |             |             |        |
| 8. nonchalance t.a.v. het gebit                                | 5,61        | 8,35        | 12,60  | 3,69        | —           | —      |
| 9. defaultisme t.a.v. het eigen gebit                          | —           | —           | —      | 4,11        | —           | 1,94   |
| 10. betekenis van het eigen gebit                              | —           | —           | 1,04   | 3,79        | 3,31        | 10,45  |
| <i>Attitudes t.a.v. sociale en relationele gebitskenmerken</i> |             |             |        |             |             |        |
| 11. waardering voor preventieve tandheelk. maatregelen         | 4,21        | —           | 3,16   | 5,83        | —           | 2,16   |
| 12. gevoeligheid voor schoonheidsfouten                        | 4,08        | —           | 3,90   | —           | 2,76        | —      |
| 13. gevoeligheid voor het dragen van kunstmiddelen             | 8,62        | —           | 5,72   | —           | —           | —      |
| 14. esthetisch-relatieve betekenis van het gebit               | —           | —           | —      | —           | —           | —      |
| <i>Niet-specifieke relationele attitudes</i>                   |             |             |        |             |             |        |
| 15. other-versus innerdirectedness                             | 5,68        | 5,30        | 8,49   | 2,44        | —           | —      |
| 16. waardering netheid m.b.t. het wonen                        | —           | 2,23        | —      | 6,60        | —           | 4,89   |
| 17. waardering degelijkheid m.b.t. het wonen                   | —           | 1,66        | —      | —           | —           | —      |
| <i>Stratificatiekenmerken</i>                                  |             |             |        |             |             |        |
| 18. beroep   | —           | 5,36        | 6,15   | 4,56        | 4,38        | 7,29   |
| 19. medische kennis  | 6,78        | —           | 5,78   | —           | —           | —      |
| 20. orthodontische kennis                                      | 17,04       | —           | 10,49  | —           | —           | —      |
| 21. tandheelkundige kennis                                     | 4,77        | 3,09        | 7,67   | 1,27        | 1,30        | —      |
|  | N379        | 162         | 541    | 395         | 176         | 571    |
|  | R 0,37      | 0,37        | 0,31   | 0,30        | 0,32        | 0,26   |
| multipele significantieniveau R                                | p<0,01      | n.s.        | p<0,01 | p<0,10      | n.s.        | p<0,05 |

\*) De hoogste F-waarden kleiner dan 1 zijn niet gespecificeerd, *cursief* gedrukte F-waarden hebben een  $p<0,10$ ; vet gedrukte F-waarden hebben een  $p<0,05$ .

n.s. = niet-significant.

relationele attitudes is na te gaan of de algemene orthodontische behandelingsnorm samenhangt met het belang dat men hecht aan het oordeel van anderen en met de waardering van verzorgdheid en degelijkheid in een niet-medische sector.

Ad. c.

Het veel voorkomende verband van het sociaal-economische niveau en enig ander verschijnsel is de reden dat ook de relatie van de algemene orthodontische behandelingsnorm met: beroep wordt onderzocht. In de 'hogere' niveau's zijn de orthodontische behandelingen tevens een meer bekend verschijnsel.

Variabele 18: beroep is gemeten met behulp van 6 kwalitatief te onderscheiden categorieën die echter in een bepaald opzicht in een ordinale schaal gerangschikt kunnen worden en wel van 1: ongeschoolde arbeid tot 6: hoger beroep. Naast het sociaal-economische niveau zijn nog 3 andere stratificatiekenmerken opgenomen, die specifiek op het onderwerp betrokken zijn, namelijk de variabelen:

19. medische kennis,
20. orthodontische kennis,
21. tandheelkundige kennis.

De 3 kennismaten geven het aantal goed beantwoorde multiple choice-vragen aan met betrekking tot respectievelijk medische orthodontische en tandheelkundige items (bijv.: 'Hoe denkt U dat de tanden moeten staan?' met als antwoordmogelijkheden:

- boventanden voor de ondertanden;
- ondertanden voor de boventanden;
- boventanden op de ondertanden;
- weet niet).

Medische kennis is gebaseerd op 20 multiple choice-vragen, tandheelkundige kennis op 7 van deze 20 en orthodontische kennis op 3 andere vragen.

De analyses zijn gedaan over 96,5% van de participanten en non-participanten die geïnterviewd zijn. Uitgesloten werden zij die het 'normale' profiel Nr. 6 niet als normaal beschouwden. Dit item wordt door ons beschouwd als toetssteen voor de betrouwbaarheid van de antwoorden. Om een globale indruk te krijgen van het verband tussen de 21 variabelen enerzijds en de algemene orthodontische behandelingsnorm anderzijds is een multipele correlatiecoëfficiënt R berekend voor de volgende 6 subgroepen: mannen, vrouwen, participerende mannen, non-

participerende mannen, participerende vrouwen en non-participerende vrouwen. Daarnaast werden ook 6 'stepwise' regressie-analyses uitgevoerd. Door middel van de 'stepwise' regressie-analyse wordt een zekere selectie van de variabelen verkregen naar hun belangrijkheid voor de 'verklaring' van de algemene orthodontische behandelingsnorm. Gegevens van mannen en vrouwen werden apart geanalyseerd, omdat verondersteld kan worden dat bij mannen andere factoren op hun orthodontische behandelingsnorm van invloed zijn dan bij vrouwen. Participanten en non-participanten werden onderscheiden, omdat de participanten, naast hun andere starthouding ten aanzien van het groei-onderzoek (dat gratis tandheelkundige en orthodontische behandeling van de kinderen toezegde), op een aantal van de specifieke attitudes tijdens de duur van het onderzoek (twee jaren ten tijde van het ouderonderzoek) mogelijk minder spreiding zijn gaan vertonen, waardoor deze variabelen in de analyses minder bruikbaar zouden kunnen zijn.

#### Resultaten

De multipele correlatiecoëfficiënten tussen alle 21 sociaal-culturele variabelen en

de algemene orthodontische behandelingsnorm variëren van 0,26 tot 0,37 (tabel I). Ze zijn significant voor de vrouwen, de mannen, de participerende vrouwen en de participerende mannen ( $p < 0,10$ ). In tabel I staat verder per variabele de hoogste F-waarde opgenomen die in de 'stepwise' regressie-analyses werd verkregen. Aan de hand van deze F-waarden is het niveau van significantie berekend. De resultaten voor mannen en vrouwen en voor participanten en non-participanten zijn niet gelijk. Naarmate de vrouwen een hogere algemene orthodontische behandelingsnorm hebben:

- a. hechten zij meer betekenis aan het eigen gebit (variabele 10) en;
- b. hebben zij een sterkere beleving van het financiële aspect ten aanzien van de tandarts; d.w.z. ervaren zij deze meer als rijk en duur (variabele 7).

Bij de mannen is er een verband gevonden tussen een hogere algemene orthodontische behandelingsnorm en:

- a. een hogere orthodontische kennis, met name bij de participanten (variabele 20);
- b. een geringere nonchalance ten aanzien van het gebit, maar niet bij de participanten (variabele 8);
- c. een neiging tot 'other directedness' (variabele 15);
- d. gevoeligheid voor het dragen van kunstmiddelen, alleen bij de participanten (variabele 13).

### Discussie

In dit onderzoek naar de relatie tussen sociaal-culturele variabelen en een geconstrueerde maat voor de algemene orthodontische behandelingsnorm is gebleken dat van de 21 geselecteerde variabelen de attitudes ten aanzien van het gebit relatief belangrijk zijn.

Voor de vrouwen is hier alleen nog de beleving van de tandarts als rijk en duur aan toe te voegen. Omdat de andere zes attitudes ten aanzien van de tandarts geen significant verband laten zien lijkt hiermee het statusaspect van de orthodontische behandeling als belangrijk benadrukt te worden.

Bij de mannen is, naast de gebitsattitude nonchalance, een belangrijk verklarende factor: orthodontische kennis, dat wil zeggen dat naar mate men meer kennis heeft van de juiste stand van de tanden, men geneigd is meerdere afwijkingen te beoordelen als behandeling behoevend. Ditzelfde geldt voor mannen die hun nor-

men laten bepalen door de omgeving ('other-directedness').

Het feit, dat beroep bij de stepwise regressie-analyse geen significant bijdrage levert, duidt erop dat het traditionele onderzoek naar invloed van beroep op behandelingsbehoefte minder relevant is. Bij de mannen is er wel de specifiekere orthodontische kennis voor in de plaats gekomen.

De attitudes ten aanzien van de tandarts spelen geen grote rol bij de vorming van de algemene orthodontische behandelingsnorm. Dit sluit niet uit dat deze attitudes wel belangrijk zijn voor de orthodontische behandelingsprocedure.

Ook de variabele: esthetisch-relatieve betekenis van het gebit, laat het opvallend afweten. Dit sluit aan bij de bevindingen van Rutzen (1973). Hij vond na een vergelijking van behandelde en niet-behandelde personen met malocclusies op basis van 9 kenmerken alleen een significant verschil in de waardering voor de persoonlijke verschijning die de behandelde meer verbeterd vonden. Geen verschillen vond hij o.a. in de kenmerken: zelfachting, angst, extravertie en neuroticisme. Hij concludeert: 'The low level of differences may be due to the infrequent use of malocclusion as a basis for social discrimination. This may be because the defect is not apparent to others or because other people do not care about it as much as might be imagined'. Populaire opvattingen over het belang van een orthodontisch correct gebit moeten kennelijk – ook zoals wij het gemeten en onderzocht hebben – met de nodige voorzichtigheid gehanteerd worden.

Een subtielere wijze om de sociale aanvaardbaarheid van fysieke handicaps, waaronder vervorming van de mond, te meten is geïntroduceerd door Matthews en Westie (1966). Door middel van een 'social-distance-scale' lieten zij scholieren aangeven welke sociale implicaties voor hen aan de handicaps verbonden waren. Deze schaal liep van 1: 'Would exclude this person from my school' tot 7: 'Would be willing to marry or have my brother marry this

type of person'. Een dergelijke methode toegepast op orthodontische afwijkingen geeft mogelijk aanvullende informatie.

De auteurs zijn dank verschuldigd aan M. A. van 't Hof, statisticus, verbonden aan Het Nijmeegse Groei-Onderzoek voor advies en hulp.

### Summary:

Title: The relationship between a general orthodontic treatment norm and sociocultural variables.

407 Parents with participating children in The Nymegen Growth Study and 185 who did not react to the request for participation were studied with respect to the relationship between 21 sociocultural variables and a general orthodontic treatment norm. The statistical analyses were performed on six subgroups, formed by combinations of sex and participation. Among the women the general orthodontic treatment norm correlated with the relevance of own teeth and the evaluation of the dentist as rich and expensive (status aspect); among the men – with orthodontic knowledge (especially the participants), with nonchalance towards teeth (not the participants), with a tendency to otherdirectedness and with sensibility to the wear of artificial objects (only the participants). Occupation did not show any significant relation with the general orthodontic treatment norm.

### Literatuur:

1. Feller, W. (1950): An introduction to probability theory and its applications. Volume I, New York and London.
2. Heydendael, P., A. Ketelaar-Van Ierssel, J. Persoon, B. Tax en M. van 't Hof (1975): Waardering van gezondheid en tandverzorging bij Nijmeegse echtparen (III). Gezondheid en gebit. Ned Tijdschr Tandheelkd 82: 92.
3. Ketelaar-Van Ierssel, A., P. Heydendael, J. Persoon, B. Tax en M. van 't Hof (1975): Waardering van gezondheid en tandverzorging bij Nijmeegse echtparen (IV). Gezondheidsattitudes en dental mindedness. Ned Tijdschr Tandheelkd 82: 140.
4. Matthews, V., C. Westie (1966): Preferred method for obtaining rankings; reactions to physical handicaps. Am Sociologic Rev 31: 851.
5. Persoon, J., P. Heydendael, A. Ketelaar-Van Ierssel, B. Tax en M. van 't Hof (1975): Waardering van gezondheid en tandverzorging bij Nijmeegse echtparen (II). Affectieve beleving van tandarts en huisarts in vergelijking met enkele andere beroepen. Ned Tijdschr Tandheelkd 82: 53.
6. Prahl-Andersen, B. en F. P. G. M. van der Linden (1974): Het doel en de opzet van Het Nijmeegse Groei-onderzoek. Een

- multidisciplinaire studie naar de groei en ontwikkeling bij kinderen van vier tot veertien jaar. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 81: 22.
7. Richardson, S. A. (1970): Age and sex differences in values toward physical handicaps. *J Health Social Behavior* 11: 207.
  8. Rutzen, S. R. (1973): The social importance of orthodontic rehabilitation: report of a five year follow-up study. *J Health Social Behavior* 14: 233.
  9. Secord, P. F. (1953): Facial features and inference processes in interpersonal perception. In: R. Tagiule and L. Petrullo (eds.): *Person perception and interpersonal behavior*. Stanford University Press. Stanford.
  10. Tax, B., P. Heydendael, A. Ketelaar-Van Ierssel, J. Persoon en M. van 't Hof (1975): Waardering van gezondheid en tandverzorging bij Nijmeegse echtparen (I). Een

kijk op tanden en tandarts. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 82: 23.

Oktober 1976.

Adres: B. Tax,  
 Instituut voor Sociale Geneeskunde,  
 Verlengde Groenestraat 75,  
 Nijmegen.

## REDACTIONEEL

PROF. DR. H. M. J. SCHEFFER  
 OVERLEDEN

Op 19 juli jongstleden overleed in zijn huis te Maarn op de leeftijd van 68 jaar een der markante figuren uit de tandheelkundige beroepswereld uit de periode na de Tweede Wereldoorlog. Het hiermede aangegeven kader is ruim en dat is ook nodig. Immers Scheffer heeft zich niet op een beperkt werkgebied toegelegd, doch veeleer zijn activiteiten op een breed terrein ontplooid.

Nadat hij in 1936 in Utrecht was afgestudeerd, promoveerde hij drie jaar later in Berlijn op een proefschrift getiteld 'Experimentelle Untersuchungen über die reparativen Fähigkeiten der Zahnpulpa, mit besondere Berücksichtigung der Reaktion auf Calxyl- und Vitapulp-überkappung nach aseptischer Freilegung und Amputation gesunder Pulpen'. Daarna oefende hij te 's-Gravenhage de tandheelkundige praktijk uit tot hij in 1945 in militaire dienst trad. Na een diensttijd van drie jaar, waarin hij opklom tot Chef van de Tandheelkundige Dienst der Koninklijke Landmacht in de rang van reserve luitenant-kolonel, aanvaardde hij de functie van controlerend tandarts in Zeeland, Oost-Brabant en de Zuid-Hollandse Eilanden. Deze post bekleedde hij slechts vier maanden, want reeds op 27 oktober 1948 werd hij benoemd tot gewoon hoogleraar aan de Utrechtse universiteit om

onderwijs te geven in de Conserverende Tandheelkunde, een leeropdracht die 10 jaar later werd gewijzigd in de Sociale Tandheelkunde. Ook in Groningen was hij een achttal jaren docent in dit vakgebied tot 1968.

Het zwaartepunt van zijn loopbaan was gelegen in de bestuurlijke sfeer. Voor de eerste naoorlogse subfaculteit te Utrecht heeft hij als hoogleraar-directeur van het Tandheelkundig Instituut een grote mate van zelfstandigheid weten te verwerven. Tien jaar lang was hij voorzitter van de subfaculteit (1961-1971), voorts secretaris van de Academische Senaat (1964) en voor het academisch jaar 1965-1966 Rector Magnificus, de eerste en tot dusver enige tandheelkundige hoogleraar op deze eervolle post. Na de invoering van de W.U.B. was hij lid en tijdelijk voorzitter van de Universiteitsraad (1971-1972). Daarnaast fungeerde hij vele jaren als voorzitter van de bouwcommissie, een niet eenvoudige taak, die tot de bouw van het Tandheelkundig Instituut in de Utrechtse Uithof heeft geleid.

Van zijn bestuurlijke kwaliteiten werd ook op landelijk niveau ruimschoots gebruik gemaakt. Wij noemen hier: de commissie Buitenlandse Tandartsen, de Commissie Toelating Nederlands Oost-Indische Tandartsen, het voorzitterschap van de Nederlandse Vereniging voor Sociale Tandheelkunde, bestuurslid van Het Ivoeren Kruis en de cariëscmissie T.N.O.

Deze reeks van functies werd besloten met het voorzitterschap van de Centrale Commissie Aanmelding en Plaatsing Eerstejaarsstudenten, die in het leven werd geroepen toen bleek dat de grote toeloop van studenten naar de universiteiten regulering behoefde. Tevens bekleedde hij het voorzitterschap van de Plaatsingscommissie Eerstejaarsstudenten Tandheelkunde. Ook voor de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde fungeerde hij in tal van commissies. Voor zijn vele verdiensten werd Scheffer in 1975 onderscheiden met de benoeming tot Ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw.

Resumerend kan worden gezegd dat aan de vormgeving en de consolidering van de tandheelkunde in Nederland in de kwart eeuw volgend op de Tweede Wereldoorlog door Scheffer een wezenlijke bijdrage werd geleverd. Mede aan zijn inzet is het te danken dat voor de positie en voor het aanzien van de tandheelkunde, zowel in de universitaire wereld als in de gezondheidszorg een bevredigende vorm tot stand werd gebracht. Naast zijn grote deskundigheid, ervaring en ook flair op bestuurlijk gebied kwamen hem hierbij vooral ook zijn diplomatieke gaven en zijn weinig tot polariseren geneigde natuur te stade.

v.S.