

na- en bijscholing levert waarschijnlijk veel minder bezwaar op.

Voortbouwend op deze conclusies gaat mijn persoonlijke voorkeur op dit moment zeker niet uit naar verplichtstelling van postacademisch onderwijs voor medici.

Het is naar mijn mening de moeite waard eerst te kijken of het mogelijk is om de handhaving en verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bereiken via vrijwillige na- en bijscholing.

Het lijkt me echter niet voldoende om geheel te vertrouwen op de zelfstandige behoeftebepaling door de medici met eventuele stimulerende of drempelverlagende maatregelen; het zou nog wel eens zeer lang kunnen duren voordat zo'n systeem bevredigend opereert in die zin dat alle medici de benodigde na- en bijscholing volgen.

Het model van de nascholing dat is gericht op bij toetsing aangetoonde discrepanties tussen norm en praktijk biedt dan grote voordelen doordat het een belangrijke extra prikkel tot het volgen van p.a.o. vormt en – ondanks hogere kosten – efficiënter omspringt met mankracht en middelen. Mijn suggestie is dan ook om de na- en bijscholing van medici op dit model te enten; hoe daaraan in concreto vorm moet worden gegeven, kan in overleg tussen overheid en beroepsgroepen nader worden uitgewerkt. Het zal naar mijn

mening nodig blijven om extra stimuli in dit model in te bouwen om ervoor te zorgen dat een zo groot mogelijk deel van iedere beroepsgroep in de gezondheidszorg inderdaad deelneemt aan toetsing en na- en bijscholing.

Als echter na verloop van tijd blijkt dat bijvoorbeeld toch slechts 20% van de tandartsen regelmatig na- en bijscholing volgt, dan kan alsnog verplichtstelling worden overwogen.

Mijn voorkeur zou dan in eerste aanleg uitgaan naar de verplichting tot toetsing an sich; eventueel kan – als ook dat niet een afdoende prikkel blijkt te zijn – in uiterste instantie het daadwerkelijk volgen van geprogrammeerde na- en bijscholingsactiviteiten verplicht worden gesteld.

#### Summary:

Title: Post university education: voluntary and optional or compulsory and institutionalised?

Keywords: Post university education

Considering the rapid developments in medical know-how a regular additional training is necessary for all university-educated physicians and dentists. Purpose of this training is the upkeep and improvement of professional performance. To achieve regular additional training for as many physicians and dentists as possible additional incentives may be used, varying from stimulation of supply and demand to compulsory participation in a institutionalised system of post university education.

The author prefers a voluntary additional training, based on regular analysis of professional performance and aimed at elimination of proved

deficiencies. Probably some supplementary measures will be necessary for triggering physicians to participate in this procedure.

Only when this system proves insufficient should compulsory additional training, preferably also based on analysis of professional performance, be considered.

#### Geraadpleegde literatuur:

1. Algemene Maatregel van Bestuur ter regeling van het Postacademisch Onderwijs; Staatsblad 525 d.d. 2 september 1977.
2. *Bailit KL, Raskin MN.* Assessing quality of care and oral health in a population with dental assurance. *Inquiry* 1978; 15: 359.
3. *Baxter JAG.* Peer appraisal in Leicestershire Community Dental Service. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1983; 11:12.
4. *Dekkers F.* Patiëntenvoorlichting: De onmacht en de pijn. Baarn: Amboboeken, 1981.
5. *Eijkman MAJ, Riel CBM van, Dijk RJ van, T.G.V.O.,* de structuur van vraag en aanbod. Eindrapporten van een onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van W.V.C. Amsterdam: Vrije Universiteit en Leiden: rijksuniversiteit, 1983.
6. *Milgrom P, Weinstein P, Ratener P.* Quality assessment as a form of continuing dental education: changing dentist clinical performance. *J Am Dent Assoc* 1980; 101: 258.
7. *Visser Aph.* Voorlichting en ziekenhuispatiënten. *Tijdschr Soc Geneesk* 1982; 60: 6: 110.
8. Voorontwerp van een Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, uitgebracht door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne d.d. 4 mei 1981.

Februari 1983. Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, dir. HW/AS, Postbus 20551, 2500 EN Den Haag.

## ORTHODONTIE WEL OF NIET IN DE ALGEMENE PRAKTIJK

H. VAN BEEK

Trefwoorden: Orthodontie

Orthodontie, oftewel dento-maxillaire orthopedie, is in ons land een specialisme van de tandheelkunde. Tevens is de algemeen-practicus bevoegd de orthodontie te bedrijven.

Zoals bij vergelijkbare situaties in de geneeskunde is de terreinafbakening een bron van discussie. De noodzaak

van verwijzen zal door de groep van specialisten en de groep van tandartsen verschillend worden beoordeeld, en ook binnen de groepen heerst verschil van mening.

Welke afwijkingen moeten worden behandeld, tot in welke graad van perfectie, wat kan de tandarts, welke baat

#### Samenvatting:

Over de wenselijkheid van het bedrijven van de orthodontie in de algemene praktijk wordt verschillend gedacht. De meest gangbare argumenten worden naar voren gebracht en geanalyseerd. Er is sprake van een persoonlijke visie van een orthodontist.

heeft de patiënt van een behandeling, wat wenst de patiënt, wat zijn de risico's, wat zijn de kosten: deze vragen staan centraal bij de ontrafeling van het probleem.

Hier wordt gepoogd een bijdrage aan de discussie te leveren door verschillende aspecten afzonderlijk te bespreken.

#### *Wat moet behandeld worden?*

Tandheelkunde en dus orthodontie is dienstverlening. Betekent dit dat de subjectieve klachten van het individu bij de besluitvorming om al of niet tot behandeling over te gaan de belangrijkste leidraad vormen? Mijns inziens is dit inderdaad het geval. Immers, het is slechts in bijzondere gevallen met redelijke mate van zekerheid te voorspellen dat klachten later zullen optreden.

Veel volwassenen vertonen de meest afschrikwekkende malocclusies maar zijn zich hiervan niet bewust of hebben er totaal geen problemen mee. Het is niet aan ons, tandartsen, om die problemen dan op te wekken.

Er zijn natuurlijk wel degelijk objectieve orthodontische behandelingsindicaties. Een grote sagittale overbeet levert gevaar van trauma op voor de voortanden, en vaak is de aanblik zodanig dat een ieder behandeling gewenst zal achten. Geïmpacteerde hoektanden kunnen de buurelementen resorberen, een laterale dwangbeet maakt op den duur het hele gebit irreversibel scheef en wordt gezien als potentiële oorzaak voor moeilijk te behandelen gewrichtsklachten.

Een omgekeerde frontrelatie is om functionele redenen onwenselijk, evenals een open beet, maar hier wordt de objectieve behandelingsnoodzaak al moeilijker te bewijzen.

#### *Hoe wordt behandeld?*

Hoe de behandeling wordt uitgevoerd hangt af van de doelstellingen van de ingreep. Het is verleidelijk om aan de wensen van de patiënt (of diens ouders) tegemoet te komen en met eenvoudige middelen de boventanden recht te zetten. Daarbij kan men bedenken dat het kauwendement altijd wel voldoende zal blijken ondanks slecht passende kiezen, en dat het risico van kaakgewrichtsklachten voornamelijk een modieus dreigement van

articulatorridders is. In ieder geval bestaan hierover onvoldoende wetenschappelijke gegevens. Wel echter is vastgesteld dat men van slecht passende tanden en kiezen niet kan verwachten dat zij op hun plaats blijven: migraties treden op en het gebit groeit weer scheef.

Occlusie is belangrijk: de relatie van de kauwvlakken en daarmee de asrichtingen van de elementen bepalen mede de stabiliteit van de tandstand. De doelstellingen van de behandeling zouden moeten zijn:

1. esthetische verbetering (in vele gevallen is dit beslist geen luxe zoals soms wordt gedacht),
2. stabiliteit van het behandelingsresultaat,
3. verbetering van de functie van het kauwstelsel.

Basisregels getuigen misschien van starheid. Zij zijn echter niet uit de lucht komen vallen en de orthodontische professe heeft ze – door schade en schande wijs geworden – moeten aangaan.

Compromisbehandelingen kunnen beter achterwege blijven: het middel is vaak erger dan de kwaal.

Voorbeeld: correctie van een sagittale overbeet d.m.v. extractie van twee bovenpremolenen en plaatapparatuur met labiale boog, al of niet met opbeet, geeft steilstand van het bovenfront, crowding onder, diepe beet met mogelijk palatumtrauma, 'centric slide', kippingen lateraal, premature contacten, slijtfacetten, parodontale afbraak, etc. Er zijn skeletale en dentale verhoudingen te bedenken waarbij deze benaderingswijze verantwoord is, maar zij vormen een uitzondering en zijn slechts via cefalometrische analyse te onderkennen.

De vraag is of de inderdaad aanwezige esthetische verbetering en het verminderde traumarisico voor het bovenfont dat alles waard is: de specialist zal dit ontkennen, sommige algemeen-practici zullen dit echter bevestigen. Een definitief oordeel zal natuurlijk niet geveld kunnen worden omdat de behandelingsnormen ver uiteen kunnen liggen, zonder dat dit bewijsbaar verschil oplevert voor de levensduur van het gebit; hoogstens voor het (on)gemak

dat de patiënt van zijn gebit ondervindt.

Het valt echter te stellen dat niet behandelen beter is dan slecht behandelen. Mogelijk kan later nog een bevredigende behandeling plaatsvinden. Het idee 'iets te moeten doen' is in deze context verwerpelijik.

#### *Welke orthodontische afwijkingen worden behandeld?*

Welke afwijkingen worden behandeld, hangt voor een belangrijk deel af van het aspect van het gebit, dat voor het grootste deel de subjectieve behandelingsbehoefte, de vraag naar correctie, bepaalt, en verder van het oordeel van de algemeen-practicus die een malocclusie onderkent en daaraan de consequentie verbindt behandeling voor te stellen, te verwijzen of behandeling af te raden.

Naast een prognose van de ontwikkeling van het gebit en groei van het aangezicht vergt dit een onderzoek naar mondhygiëne, te verwachten coöperatie, aanwezige gewoonten, enz. De beslissing wordt gecompliceerd, doordat deze om praktische redenen tijdig dient te worden genomen, opdat het optimale behandelingstijdstip niet wordt overschreden of opdat de behandeling niet om verzekeringstechnische redenen wordt geblokkeerd (het ziekenfonds heeft een leeftijdsgrens!). Het besluit om niet te behandelen of te verwijzen is zwaarwegend als daardoor voor de patiënt toekomstige mogelijkheden worden afgesneden. Het valt echter duidelijk te stellen welke patiënten niet voor orthodontische behandeling in aanmerking behoren te komen, namelijk diegenen die een onvoldoende mondhygiëne betrachten, cariës of gingivitis hebben en diegenen die slechts geringe, louter esthetische bezwaren hebben.

#### *Wat zijn eenvoudige behandelingen?*

Tanden reguleren is in het algemeen vrij eenvoudig. Vaste apparatuur is wat dat betreft eenvoudiger dan plaatapparatuur: er is meer houvast.

Er zijn reeds tandartsen die hebben ontdekt dat men door brackets op de

gebitselementen te plakken en een ijzerdraadje te plaatsen de rotaties in enige weken kan opheffen. Het probleem is echter niet de elementen in de rij zetten, het probleem is ze daar te houden: daartoe dient er intrusie, torque, contractie, etc. plaats te vinden om een passende occlusie te verkrijgen binnen het evenwichtsgebied van tong, lippen, kauwspier en kaakgewricht.

Van een eenvoudige behandeling is sprake als met eenvoudige middelen een stabiel resultaat wordt bereikt. In het Handboek voor de Tandheelkundige Praktijk (caput selectum: Orthodontie in de algemene praktijk), heeft de auteur een poging gedaan deze situaties te beschrijven.

Het moge blijken dat volgens normen die gericht zijn op stabiliteit, deze situaties zich zelden voordoen. Genoemd worden bijvoorbeeld: laterale dwangbeet door compressie van de boventandboog en de progene dwangbeet door retrusie van het bovenfront. In deze beide gevallen zitten er nog addertjes onder het gras: de compressie van de tandboog zou zich tot in de bovenkaak kunnen voortzetten en na expansie recidiveren; de compressie kan het gevolg zijn van een nog actieve zuiggewoonte of nog aanwezige mondademhaling; bij de laterale dwangbeet bestaat meestal een asymmetrie in de tandbogen en de laterale dwangbeet heeft een proale component die na expansie pas goed manifest wordt.

Het bereiken van deze doelstellingen vereist meer dan de vaardigheid elementen in een gelid op te stellen. Het vereist kennis van de groei van het aangezicht en inzicht in de gevolgen van de afwijkende functies van het kauwstelsel met inbegrip van de mimische musculatuur.

Om een prognose te kunnen maken of de tanden door middel van orthopedie en/of regulatie ongeveer in het toekomstige functionele evenwichtsgebied kunnen worden gebracht is een cefalometrische analyse zeer gewenst.

Twee malocclusies die gelijke gebitsmodellen opleveren maar behoren bij verschillende skeletale groeipatronen

kunnen beter op verschillende manieren worden behandeld, als men tenminste streeft naar stabiliteit. Veelal zal blijken dat, hetzij de voortanden, hetzij de kiezen, te ver zijn uitgegroeid of foutieve asrichtingen vertonen. Causale therapie zou dan vereisen dat elementen worden geïntrudeerd en wortels worden opgericht. Dit is met uitneembare apparatuur niet goed mogelijk.

De algemeen-practicus heeft meestal niet de middelen om tot een groei-analyse te kunnen komen en meestal ook niet de vereiste technische vaardigheden om orthopedie, intrusie en torque te bewerkstelligen. Vaak wordt dan getracht stabiliteit te waarborgen door uitgewerkte beugels langdurig passief te laten dragen. Dit is een gevaarlijke procedure als de elementen geen stabiele positie hebben, omdat de 'eb- en vloed'-krachten wortelresorpties ten gevolge kunnen hebben. Stabiliteit vereist een goede occlusie binnen een functioneel evenwichtsgebied.

De specialist heeft de middelen en de kennis om uitgebreide diagnostiek te doen en indien nodig door middel van de aangewezen therapeutische maatregelen een optimaal behandelingsresultaat na te streven.

Gebleken is dat het dan al moeilijk genoeg is stabiliteit te verkrijgen: sommige typen malocclusies zullen ook met ingewikkelde apparatuur niet tot een acceptabele situatie gebracht kunnen worden waarna tot samenwerking met de kaakchirurg kan worden besloten, of behandeling kan worden ontraden. Ter wille van de stabiliteit wordt gestreefd naar een optimaal orthodontisch behandelingsresultaat. Een gebrekkige kwaliteit van het gebit of het ontbreken van financiële middelen kan dit streven doorkruisen. De meeste specialisten zullen in een zogenaamde compromisbehandeling geen heil zien, waarna de tandarts zich geprest kan voelen alsnog EHBO te plegen, vaak met schending van de basisregels:

- Extracties dienen systematisch (symmetrisch) te gebeuren en niet louter op de plaats van crowding: zie bijvoorbeeld de vaak desastreus-

ze gevolgen van extractie van een onderincisief.

- Bij normale transversale relatie dient expansie achterwege te blijven.
- Elementen dienen aan het eind van de behandeling een stabiele occlusie te hebben en acceptabele asrichtingen.
- Overjet-correctie komt pas na diepe beetcorrectie. In gevallen met lipinsufficiëntie gebeurt dit door intrusie van frontelementen, en niet door extrusie van molaren en premolaren.
- Voor een stabiele occlusie is correctie van een diepe curve van Spee noodzakelijk en derotatie van de molaren.
- Cuspidaten worden niet geëxtraheerd tenzij de ligging extreem ongunstig is.
- Behandelingen worden niet uitgevoerd zonder documentatie: röntgenfoto's en gipsmodellen. (Een serie-extractie is ook een behandeling.)

De progene dwangbeet gaat meestal gepaard met onvoldoende eruptie van de gebitselementen (een kleine onderste gezichtshoogte) en daarom is eigenlijk een plaat met laterale opbeet en protrusie-veren voor het bovenfront slechts een compromis, omdat hierdoor de eruptie nog meer wordt belemmerd. Verder kan de progene dwangbeet een toekomstige progenie herbergen.

Ondanks de verborgen gevaren lijkt een poging tot correctie alleszins gerechtvaardigd omdat de objectieve behandelingsbehoefte groot is, het gewenste resultaat vaak snel wordt bereikt en door de occlusie gestabiliseerd wordt als geen skeletale wanverhoudingen aanwezig zijn. Het risico van de behandeling is, behoudens de kans op recidief, klein: er worden geen irreversibele handelingen als extracties uitgevoerd. Deze behandelingen worden pas gevaarlijk als zij bij gebrek aan succes langer dan een halfjaar worden voortgezet.

Voor het overige is het moeilijk aan te geven welke behandelingen eenvoudig zijn. Men is geneigd een succesvolle behandeling eenvoudiger te vinden

dan een minder succesvolle. Dit kan men pas vijf jaar na de behandeling vaststellen als groei en recidiefneiging hun werk hebben gedaan. Een coöperatieve patiënt en een gunstig groeipatroon van het aangezicht zijn in deze veel belangrijker dan de scheefheid van de tanden.

De specialist is op de hoogte van de problemen die zich onverhoopt voor kunnen doen bij afwijkende functie en afwijkende groei van het aangezicht en ziet leeuwen en beren op weg naar het eindresultaat wat iemand die niet gehinderd wordt door kennis van de jungle licht overdreven voorkomt. Slechts achteraf valt hierover zinnig te discussiëren en daarom is het van het grootste belang dat de behandelingen na vijf jaren worden geëvalueerd, waarvoor een goede documentatie onontbeerlijk is.

Veel is bekend over het ontstaan van orthodontisch recidief, maar niets maakt zoveel indruk als wanneer het eigen patiënten betreft.

#### *Preventieve orthodontie*

Wat hieronder wordt verstaan is niet altijd even duidelijk. Een feit is wel dat in naam van de preventieve orthodontie nogal wat overbodige en soms schadelijke handelingen plaatsvinden. Zo wordt nog te pas en te onpas het frenum labiale geëxtirpeerd bij het centraal diasteem in de bovenkaak, hetgeen slechts sporadisch zou moeten geschieden na orthodontisch sluiten. Plaatjes in alle vormen en maten met schroeven, tonghekken en allerhande versieringen worden verondersteld wonderen te verrichten bij duimzuigers terwijl iedere vorm van behandeling (inclusief logopedie) pas zou mogen aanvangen als de patiënt zelf deze gewoonte heeft afgeleerd. 'Space-maintainers' worden gemaakt in de vorm van plaatapparatuur of staalkronen, al of niet met extensies om orthodontisch ruimtegebrek te voorkomen: een handeling waarvan het nut op zijn minst twijfelachtig genoemd mag worden.

Zo dit alles nog te verdragen is omdat bij goede mondhygiëne meestal geen nadelige gevolgen optreden, dan ligt

de zaak anders bij de eruptiebegeleiding d.m.v. extracties: de serie-extractie. Zodra de melkcuspidaten worden geëxtraheerd is er meestal geen weg terug en heeft men praktisch een optie op vier premolaren voor het preklinisch practicum. Een dergelijk besluit mag mijns inziens zonder duidelijk cefalometrisch onderzoek en groeioprognose van het aangezicht niet genomen worden en is het terrein van de specialist.

#### *Drie situaties uit de praktijk*

a. De moeilijkste gevallen doen zich voor als bij kinderen een malocclusie wordt geconstateerd waarvan de behandelingsnoodzaak discutabel is, terwijl kind noch ouders iets bijzonders is opgevallen. Het is duidelijk dat eventuele behandeling beter op jonge leeftijd kan plaatsvinden, daarom zal de tandarts de ouders opmerkzaam maken op het feit dat er iets niet klopt, zodat hem of haar later geen onachtzaamheid verweten kan worden. De ouders zullen nu mogelijk ongerust zijn, ondanks de verzekering van de tandarts dat behandeling niet echt noodzakelijk is, en aandringen op correctie.

De tandarts verwijst naar een orthodontist. Het blijkt dat bij de specialist-orthodontist een wachtlijst bestaat. De assistente van de orthodontist legt uit dat de wachttijd absoluut geen kwaad kan en dat meestal het gunstigste tijdstip van de aanvang van behandeling toch op een wat hogere leeftijd ligt dan in het onderhavige geval. Het feit echter dat om kennelijk organisatorische redenen de behandeling moet worden uitgesteld maakt de ouders pas goed ongerust en er wordt een beroep gedaan op de tandarts om contact op te nemen met de orthodontist en de wenselijkheid van snelle behandeling uit te leggen. De tandarts, nu onder druk, doet dit, krijgt nul op het request en ziet geen andere uitweg dan aan te bieden de behandeling zelf ter hand te nemen.

Intussen is de wachttijd bij de specialist voor hem of haar de oorzaak voor de communicatieproblemen met de ouders van zijn patiënt.

In de geschetste situatie zitten een aantal uitgangspunten verborgen:

1. De orthodontische behandeling hoort bij de orthodontist.
2. De communicatie tussen tandarts en specialist laat te wensen over.
3. Orthodontische hulpverlening door specialisten is onvoldoende voorhanden.
4. Dus moet de tandarts zelf ingrijpen.

b. In de nabijheid van de tandarts vestigt zich een orthodontist. De tandarts heeft reeds tientallen jaren zijn patiënten ook orthodontisch geholpen, naar redelijke tevredenheid, omdat specialistische orthodontische hulp in de buurt niet verkrijgbaar was. De woensdagmiddag is als beugelmiddag in de praktijk geïncorporeerd en vormt een aangename afwisseling.

Een aantal patiënten verstoren echter het behandelgenoege omdat de behandeling niet naar wens verloopt. Collega X besluit deze probleemgevallen voor advies naar de orthodontist te verwijzen en hoort tot zijn ontsteltenis dat in geen enkel geval het oorspronkelijke behandelingsplan acceptabel was, dat bij sommigen de behandeling zal worden voortgezet met vaste apparatuur en dat de overigen niet meer te corrigeren zijn omdat genomen extractiebeslissingen onjuist waren.

Dit is de eerste en waarschijnlijk ook de laatste communicatie tussen orthodontist en tandarts.

c. Een pasgevestigd tandarts ziet met lede ogen toe hoe zijn praktijk zich veel trager uitbreidt dan was verwacht en besluit zijn tijd nuttig te besteden door het vergaren van meer kennis op het gebied van de parodontologie, endodontologie, gnathologie of orthodontie, etc.

Tot zijn teleurstelling wordt de vraag op de verwijsbrief gericht aan de orthodontist: of hij de behandeling eventueel zelf zou kunnen uitvoeren, vrijwel altijd ontkennend beantwoord. Op de hoogte met het feit dat toch een flink aantal tandartsen de woensdagmiddag volledig kunnen vullen met het bedrijven van orthodontie, besluit de tandarts dan maar zonder ruggesteun de regulatie ter hand te nemen.

De beschreven situaties komen in de praktijk voor, en zijn het resultaat van een gebrekkige communicatie tussen orthodontist en tandarts. Dit is natuurlijk te betreuren. Overigens staat nog allerminst vast dat een betere communicatie ook werkelijk een betere verstandhouding zal teweegbrengen. Het verschil in kennis, inzicht en behandelingsdoelen is tussen alle medische specialisten enerzijds, en algemeen-practici anderzijds, aanwezig en structureel.

Wederzijdse verwijten liggen voor de hand: specialisten zouden tot overbehandeling zijn geneigd, algemeen-practici zouden lichtvaardig zelf behandelen of juist besluiten behandeling achterwege te laten.

Hoe het ook zij, in ieder geval zijn alle argumenten voortkomende uit de hierboven geschetste situaties, onzilver en vertroebelen de discussie over de vraag of orthodontie in de algemene praktijk thuishoort. Het is een kwestie van behandelingsnormen en voorspelbaarheid, herkenbaarheid van de moeilijkheidsgraad van de behandeling die aan de normen voldoet.

#### *Oneigenlijke argumenten*

– Patiënt tevreden.

Over de behandelingsdoelen kan men van mening verschillen. In ieder geval is het oordeel van de patiënt niet alléén maatgevend: de tevredenheid van de patiënt is meer een maatstaf voor de contactuele eigenschappen van de tandarts dan voor het behandelingsresultaat.

Een pseudo-argument is dan ook de stelling: 'Veel behandelingen zouden met eenvoudige middelen tot een bevredigende oplossing kunnen leiden.' (Hierbij doelend op de tevredengestelde patiënt.)

De meeste patiënten zouden snel tevreden zijn te stellen met het reguleren van zes boventanden, zeker als de tandarts de gedrongen stand in het onderfront zou bagatelliseren. Het is echter de tandarts die verantwoordelijk is voor het creëren van een instabiele occlusie zowel in orthodontische zin (verschuivingen, 'relapse') als in functionele zin. Het is onnodig een be-

roep te doen op het aanpassingsvermogen van de patiënt. Dit aanpassingsvermogen is inderdaad meestal aanvankelijk groot genoeg en blijft waarschijnlijk groot genoeg, maar voorspelbaar is dit niet.

Uiteindelijk komt het op een subjectief waarde-oordeel neer: rechtvaardigt de min of meer langdurige esthetische verbetering een niet-optimale orthodontische behandeling? Het is een vraag die door de Britse 'National Health' volmondig met ja beantwoord wordt en daarentegen in de Verenigde Staten van Amerika niet eens gesteld zou mogen worden. Het is echter een vraag die door deskundigen dient te worden beantwoord, zolang de 'mondigheid' van de patiënt in deze geen realiteit is.

– De algemeen-practicus is goedkooper.

Goedkoop is niet altijd duurkoop. In dit geval echter wordt de aandacht gevestigd op de gemiddeld veel langere duur van de behandeling in de algemene praktijk, zoals wordt bevestigd door het Tandheelkundig Controle Instituut van de ziekenfondsen.

– Het ontnemen van de orthodontie aan de algemeen-practicus is uitholling van het beroep.

Juist nu de ontwikkelingen voor de algemeen-practicus zo razend snel gaan op het gebied van parodontologie, cariëspreventie, gedragswetenschappen, endodontie, materiaalkunde, etc., lijkt het nauwelijks een verlies om goeddeels obsoleete behandelmethoden te laten varen.

– Er zijn te weinig specialisten.

Het zou te ver voeren op deze plaats een verhandeling te geven over het optimale aantal specialisten. De situatie in de Verenigde Staten van Amerika doet echter vermoeden dat een specialistenoverschot voor patiënt en overheid wel eens minder wenselijk zou kunnen zijn dan een tekort: het risico van overbehandeling is niet denkbeeldig. Wat te denken van de wachtlijsten?

Ontegenzeggelijk bestaan er voor de verschillende afwijkingen optimale perioden van aanvang van behandeling, maar deze zijn behoorlijk rekbaar. Zo is een 'headgear'-behandeling zeer ef-

ficiënt gedurende de wisseling van de tweede ondermelkmolaren, maar het is bekend dat tweede bovenmolaren in occlusie niet eens echt een belemmering vormen. Met de huidige orthopedische middelen is het meestal ook niet meer nodig de hele prepuberale groeispurt te benutten voor het bijsturen van de groei van de kaken en het reguleren van tanden is nauwelijks leeftijdsgebonden. Daarom vallen er maar weinig spoedeisende orthodontische afwijkingen te constateren.

Daartoe behoren wel: een zeer grote 'overjet' (i.v.m. het trauma-gevaar), bovencuspидaten die naar palatinaal gaan, dekbeet met gingivatrauma, laterale dwangbeet, e.a. De alerte practicus zal deze afwijkingen gemakkelijk vroegtijdig kunnen diagnostiseren en bij verwijzing op het spoedeisende aspect kunnen wijzen.

In ieder geval kan het aanbieden van een compromisbehandeling niet ingegeven worden door het bestaan van wachttijd bij de specialist.

#### *Conclusie*

Orthodontische behandeling in de algemene praktijk dient beperkt te worden omdat:

- kennis en kunde van de specialist groter is,
- specialistische behandeling niet veel duurder is,
- compromisbehandelingen tot instabiele resultaten aanleiding geven,
- orthodontische behandeling potentieel schadelijk is,
- de wachttijd voor de specialist geen belemmering is,
- orthodontie dienstverlening is en geen hobby.

#### *Summary:*

Title: Orthodontics in general practice.

Keywords: Orthodontics

The desirability of orthodontic treatment in general practice is controversial. Current arguments are discussed.

An orthodontist's point of view.

Maart 1983.

Adres: Dr. H. van Beek,  
Grote Markt 12,  
4461 AJ Goes.