

J. A. Tolmeijer

Regionale
Kaakchirurgie

REGIONALE KAAKCHIRURGIE

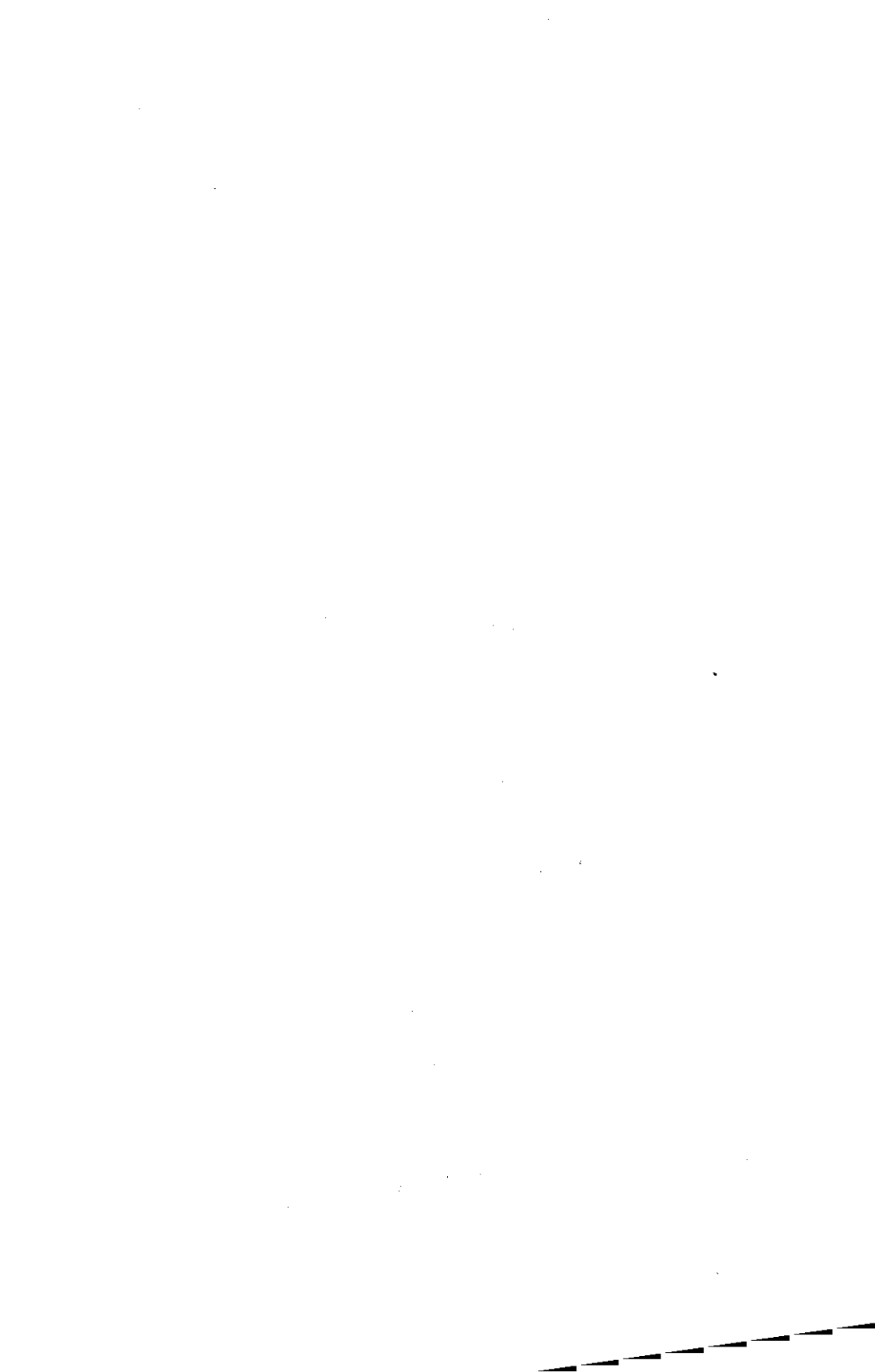
REDE

UITGESPROKEN BIJ DE AANVAARDING VAN HET AMBT VAN
GEWOON LECTOR IN DE KAAKCHIRURGIE AAN
DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM,
FACULTEIT DER GENEESKUNDE,
OP WOENSDAG 3 OKTOBER

1973

DOOR

J. A. TOLMEIJER



Dames en Heren,

REGIONALE KAAKCHIRURGIE

Bij de aanvaarding van zijn ambt van hoogleraar in de mondziekten en kaakchirurgie in 1969 memoreert Van der Kwast, dat aan de Vrije Universiteit te Amsterdam een openbare les dient te verschillen van een inaugurele rede en wel in die zin, dat een openbare les als een publiek college moet worden gezien en de inaugurele rede door een beschouwend karakter moet worden gekenmerkt.

Tot mijn genoegen is mij gebleken dat ook in dit opzicht een verschil tussen Amsterdam en Rotterdam bestaat waardoor ik vrij ben in de keuze van mijn onderwerp.

Deze vrijheid stelt mij in staat uw aandacht te vragen voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland, toegespitst op het functioneren van de kaakchirurgie en de invloed daarvan op patiëntenbehandeling, onderwijs en onderzoek.

De gezondheidszorg staat de laatste jaren in de schijnwerpers van de publieke belangstelling. Was vroeger de grondslag van het beleid gebaseerd op de gedachte „het beste is net goed genoeg”, thans begint men zich, mijns inziens terecht, af te vragen waar de grens ligt tussen het noodzakelijke en het wenselijke, tussen het mogelijke en het betaalbare, tussen het historisch gegroeide en het organisatorisch optimale, tussen het bereikte en het bereikbare. Politici, economen en verzekeringsdeskundigen breken zich het hoofd over de financieel-economische facetten van dit probleem; de genees- en tandheelkundige professie zoekt naar nieuwe wegen voor integrale en optimale patiëntenzorg en de faculteiten trachten het onderwijs aan te passen aan de veranderende opvattingen en structuren.

Temidden van deze stroomversnelling staat onder anderen de specialist van wie verwacht wordt dat hij, opgeleid en werkend binnen het kader van verouderde systemen en organisaties, zijn patiënten foutloos behandelt en begeleidt. Velen van deze specialisten, in beslag genomen door overbelaste

praktijken, missen de tijd en de lust om de informatiestroom over de herstructurering van de gezondheidszorg te verwerken en houden zich berustend aan het motto „O, wat is het heerlijk niets te doen, als alles om ons heen in drukke beweging is”. Tot deze specialisten reken ik ook de kaakchirurgen, beoefenaren van het in 1956 door de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde erkende specialisme Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek. In de Verenigde Staten van Amerika werd de kaakchirurgie als tandheelkundig specialisme het eerst erkend in 1918. Nederland was het tweede land ter wereld en het eerste Europese land waar dit gebeurde. Deze erkenning is beslissend beïnvloed door de vastberadenheid en overtuigingskracht van mijn opleider, professor M. Hut, destijds hoogleraar aan de Rijksuniversiteit te Groningen.

Wellicht is het u opgevallen dat ik spreek over kaakchirurgie terwijl de officiële benaming van het specialisme „Mondheelkunde en Chirurgische Prothetiek” luidt. Ik zal u niet lastig vallen met een historisch overzicht van al wat gezegd en geschreven is over deze naamgeving. Wel wil ik hier mijn voorkeur voor de benaming „Mondziekten en Kaakchirurgie” kenbaar maken; deze voorkeur stoelt voornamelijk op het feit dat het woord kaakchirurg als naam voor de beoefenaar van dit specialisme, zowel bij de medische en tandheelkundige collegae als bij het publiek, volledig is ingeburgerd. Elke discussie of poging tot verandering van deze naamgeving beschouw ik als tijdverspilling.

In 1957 werd het register van het specialisme geopend en werden 9 collegae ingeschreven. De opleiding was - en is - gebonden aan die universiteit waar een subfaculteit Tandheelkunde bestaat en de duur van de opleiding bedroeg 3 jaar. Door de groei van het aantal opleidingen van 2 in 1948 tot 5 in 1969 en de verlenging van de opleidingsduur van 3 tot 4 jaar, is de toename van het aantal specialisten grillig verlopen. Eind 1972 waren 61 kaakchirurgen geregistreerd. Hiervan waren 17 specialisten werkzaam in universitair verband, 41 in algemene ziekenhuizen en 3 collegae praktiseerden niet. Momenteel zijn 32 kaakchirurgen in opleiding. Aangenomen dat de universitaire personeelstop voorlopig gehandhaafd blijft, komen er gemiddeld 8 specialisten per jaar bij.

In de eerste tien jaar groeide het aantal kaakchirurgen tot 29; in de zes jaar daaraanvolgend kwamen er 32 bij, terwijl deze zelfde toename thans in vier jaar bereikt wordt.

In 1957 was de verhouding 1 kaakchirurg op 1,2 miljoen inwoners, eind 1972 1 op 228.000. Terecht vraagt men zich af wanneer het aanbod van

kaakchirurgen in evenwicht zal zijn met de vraag naar hulp. Ik ben mij ervan bewust dat de beantwoording van deze vraag bemoeilijkt wordt door vele onbekende en onzekere factoren. Dit neemt niet weg dat zij, die verantwoordelijk zijn voor een evenwichtige ontwikkeling van dit vakgebied: opleiders, de specialistenvereniging en de sectie specialisten van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, een bewust beleid zullen moeten gaan voeren.

Kwantitatieve behoefte.

Bij iedere specialisatie trekt de specialist werkzaamheden tot zich die voordien door anderen werden verricht. Voor de kaakchirurgie zijn dit in hoofdzaak behandelingen die voordien door de tandarts-algemeen practicus verricht werden. Het verschil tussen de specialist en de tandarts, betreffende de aard van de behandeling, wordt bepaald door de grotere competentie van de specialist, gebaseerd op zijn voortgezette opleiding. Een deel van het werkterrein van de specialist wordt ingenomen door die ingrepen, die gelegen zijn binnen het overgangsgebied tussen specialistisch en niet-specialistisch kunnen en kennen. Een duidelijk bewijs hiervoor is te vinden in de statistische overzichten van de ziekenfondsen in Nederland.

In 1963 bestond 38% van alle specialistische verrichtingen uit werkzaamheden die feitelijk door de tandarts-algemeen practicus gedaan zouden kunnen worden; in 1970 was dit aandeel reeds gestegen tot 44%. Mijns inziens geven deze getallen reden tot zorg over de wijze waarop de kaakchirurgie in Nederland functioneert.

Mede verantwoordelijk voor dit hoge verwijzingspercentage is het tekort aan tandartsen. De tijd die de tandarts bespaart door het verwijzen van deze categorie patiënten komt ten goede aan andere verrichtingen, die meer tot zijn routinewerkzaamheden behoren. Het is daarom de vraag of dit verschijnsel, sociaal-tandheelkundig gezien, wel verontrustend is. Uit kaakchirurgisch oogpunt meen ik een devaluerende tendens te bespeuren zowel voor de specialist als voor de tandarts. Een dergelijke ontwikkeling laat zich, bij een groter aanbod van tandartsen, moeilijk redresseren.

De kaakchirurgie mag geen vuilnisvat van de algemene praktijk worden en de praktijkvoering van de tandarts mag niet gereduceerd worden tot uitsluitend conserverende en prothetische behandelingen. In beide gevallen betekent dit verspilling van kennis en kunde en vormt het een bewijs van onvermogen voor de huidige universitaire opleiding.

Kwalitatieve behoefte.

De behoefte aan specialistische mankracht wordt mede bepaald door de aard

van de behandelingen en de tijd die zij vergen. Ook hierover verschaffen de statistische overzichten van de ziekenfondsen nuttige informatie. Voor een goede vergelijking is onderscheid gemaakt tussen chirurgische routinebehandelingen en behandelingen die minder frequent voorkomen en naar verhouding veel tijd vergen.

In 1963 bestond 78% van alle verrichtingen uit routinechirurgie; in 1970 was dit percentage gestegen tot 84%, ondanks het feit dat osteotomieën, pre-prothetische chirurgie en operatieve fractuurbehandelingen in de loop der jaren ook buiten de universitaire centra tot de mogelijkheden zijn gaan behoren.

Uit deze cijfers blijkt dat de routinechirurgie een steeds groter aandeel van de werkkraft van de kaakchirurg gaat opeisen. Helaas beschik ik niet over vergelijkbare gegevens betreffende de aard van de behandelingen in academische ziekenhuizen. Verwacht mag worden dat het percentage routinechirurgie geringer zal zijn. Een mogelijke indicatie voor deze veronderstelling vormen de gegevens van de soorten operaties aan de afdeling kaakchirurgie in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam en een in grootte vergelijkbare „perifere” praktijk over 1971.

In deze perifere praktijk bedroeg de routinechirurgie 83%, slechts 1% lager dan het landelijk gemiddelde over 1970, terwijl in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (Dijkzigt) de routinechirurgie slechts 63% bereikte. Hieruit blijkt de anderssoortige gerichtheid van de universitaire kaakchirurgie waar tweemaal zoveel „advanced care”-patiënten behandeld worden. Enerzijds komt deze overeen met de haar toebedeelde taken voor patiëntenzorg en onderzoek, anderzijds maakt het geringe percentage routinegevallen de opdracht tot het geven van onderwijs moeilijk zo niet onmogelijk. Bedenken we daarbij nog, dat door de toename van het aantal specialisten het verzorgingsgebied van de universitaire centra steeds kleiner wordt hetgeen gepaard gaat met een relatief grotere daling van de routinegevallen en versnippering van de opvang van „advanced care”-patiënten. Op deze wijze wordt de opleiding tot specialist een adder aan de boezem van de universitaire opleider, waarbij het dier druk bezig is in eigen staart te bijten.

Geografische spreiding.

Een evenwichtige geografische spreiding van specialisten is van groot belang voor het functioneren van het specialisme. De gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek over 1972 bieden de mogelijkheid een en ander na te gaan.

Nederland wordt verdeeld in vier regio's te weten: Noord-Nederland (Groningen, Friesland, Drente), Oost-Nederland (Overijssel, Gelderland, IJssel-

meerpolders), West-Nederland (Utrecht, Noord-Holland, Zuid-Holland), en Zuid-Nederland, (Zeeland, Noord-Brabant, Limburg).

De bevolking is als volgt over deze regio's verdeeld: noord 11%, oost 19%, west 46% en zuid 24%.

De spreiding van huisartsen houdt vrijwel gelijke tred met die der bevolking. Voor de medisch-specialisten is het percentage voor het Noorden gelijk, voor Oost- en Zuid-Nederland belangrijk lager en voor West-Nederland 10% hoger dan het regionale bevolkingspercentage. De tandartsdichtheid wijkt in het noorden en oosten nauwelijks af maar West-Nederland snoept 8% af van het gewenste aandeel in het Zuiden. De kaakchirurg is globaal voor 75% afhankelijk van verwijzingen uit de tandartsenpraktijk, voor 10% van medisch-specialisten en voor 15% van huisartsen.

Medio 1972 waren 54 kaakchirurgen werkzaam. Op grond van de per regio aanwezige huisartsen, tandartsen en medisch-specialisten, rekening houdend met hun kaakchirurgisch verwijzingsaandeel, zouden deze 54 collegae als volgt over de vier windstreken verdeeld moeten zijn:

Noord 6 kaakchirurgen

Oost 10 „

West 29 „

Zuid 9 „

In werkelijkheid was de verdeling:

Noord 6 kaakchirurgen

Oost 10 „

West 32 „

Zuid 6 „

West-Nederland heeft een overschot van 10% en Zuid-Nederland een tekort van 50%. Men zou verwachten dat in het zuiden wellicht minder verwijzingen plaatsvinden door de grotere afstanden, maar een vergelijking van het aantal verwijzingen tussen Oost- en Zuid-Nederland toont het tegendeel aan. Zuid-Nederland heeft dus een reëel tekort van 3 kaakchirurgen, uitgaande van het gemiddelde landelijke verwijzingspatroon.

Prognose behoefte aan kaakchirurgen.

Zonder prognose van de behoefte aan kaakchirurgische hulp is een beleid voor de toekomst onmogelijk. Het nadeel van regeren is, dat men vooruit moet zien. De factoren die een prognose kunnen beïnvloeden zijn velerlei en op dit moment in bepaalde opzichten zelfs onbekend. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan de invloed van de drinkwaterfluoridering op het ontstaan van caries en de daarmee gepaard gaande vermindering van het aantal dentogene kaakontstekingen; aan de vorming van tandarts-groepspraktijken, die

wellicht de aanzet geven tot ruimere ontplooiingsmogelijkheden van tandheelkundige deelgebieden; aan de invloed van een volksverzekering op het tandheelkundig verstrekkingspakket; aan de invloed van dienstverband op de kwantitatieve prestatie van de specialisten; aan de invloed van research op de verruiming van de kaakchirurgische mogelijkheden; aan de invloed van inkomensnivelleringspolitiek op de aantrekkingskracht van het beroep van specialist.

In dit moeras van onzekerheden met betrekking tot de toekomstige behoefte zijn echter een aantal gegevens uit de afgelopen 15 jaar op te diepen die, mits deskundig geïnterpreteerd en jaarlijks bijgesteld, een globale prognose mogelijk maken. Zo bestaan er gegevens over de spreiding van specialisten over de ziekenhuizen; over het aantal verwijzingen per 1000 ziekenfonds-verzekerden; over het gemiddeld aantal verrichtingen per specialist; over het aantal inwoners, artsen en specialisten per km²; over het aantal verrichtingen per 100 verwijzingen enzovoorts.

Afgaande op de jaarlijkse toename van het aantal verwijzingen per 1000 inwoners tussen de jaren 1963 en 1971, is met een handgetrokken curve de behoefte aan kaakchirurgen voor 1975 berekend op 71 en voor 1980 op 95. De prognose op basis van het aantal in opleiding zijnde specialisten is voor 1975 82 en voor 1980 122.

Bij deze berekening is uitgegaan van een gelijkblijvend gemiddeld aantal verwijzingen per specialist.

Regionalisatie.

Onder regionalisatie van de gezondheidszorg wordt verstaan het streven naar regionale samenwerking, al dan niet geleid door de overheid, teneinde tot schaalvergroting te komen voor optimale mogelijkheden van gezondheidszorg. De Wet Ziekenhuisvoorzieningen van 25 maart 1971 bewijst dat deze samenwerking op basis van particulier initiatief vóór 1971 weinig vruchten heeft afgeworpen. Tekenend is in dit verband de cri de coeur van Hage in 1968 als reactie op een artikel over centrumvorming voor neurochirurgie. Hij constateerde dat bij de plastisch-chirurgische professie geen impulsen aanwezig zijn om uit eigen kracht en overtuiging een organisatie op te bouwen als bij de neurochirurgie. Hij besluit zijn artikel als volgt: „Het lijkt echter duidelijk dat een regulerende invloed (waarschijnlijk van extra-professionele zijde) noodzakelijk is, wil men tot de gewenste centrumvorming komen”. De basis voor deze extra-professionele regulatie is neergelegd in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen die vrijwel zeker zal worden uitgebreid tot een Wet Gezondheidsvoorzieningen. De memorie van toelichting op het

voortontwerp van deze nieuwe wet vermeldt, dat vestiging van zelfstandige beroepsbeoefenaren, indien gewichtige belangen daartoe aanleiding geven, aan vergunning kan worden gebonden. Het is duidelijk dat daar waar kracht en overtuiging in eigen kring ontbreken, de overheid in de nabije toekomst haar verantwoordelijkheid niet uit de weg zal gaan en regulerend op gaat treden.

De regionalisatie wordt vanuit verschillende gezichtshoeken benaderd. Aan de positie en inbreng van de specialisten wordt opvallend weinig aandacht besteed. Lamberts bracht bij de behandeling van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen in de Tweede Kamer de positie van de specialisten ter sprake en stelde, dat bij regionalisatie in de eerste plaats noodzakelijk is, de specialisten in dienstverband met de ziekenhuizen te brengen. De voorzitter van de Tweede Kamer bestempelde dit betoog tot een politieke openbare les. Persoonlijk hecht ik meer belang aan de mening van Kortbeek, neergelegd in een voordracht op een studiebijeenkomst van de Nationale Ziekenhuis Raad en de Landelijke Specialisten Vereniging.

De professionele motieven voor regionalisatie zijn:

1. Noodzakelijke kennis en vaardigheid wordt slechts aangetroffen bij een beperkt aantal deskundigen, al dan niet samenwerkend in teamverband.
2. Gespecialiseerde medisch-technische en personele voorzieningen dienen economisch verantwoord benut te worden.
3. De vaardigheid van deskundigen en hulpkrachten blijft slechts op peil als de behandelingen regelmatig worden uitgevoerd.
4. De deskundigheid blijft op peil wanneer de aandacht op een bepaald terrein geconcentreerd wordt en de ontwikkelingen op de voet gevolgd kunnen worden.

Als negatieve factoren noemt Kortbeek:

1. Bepaalde voorzieningen moeten lokaal beschikbaar zijn als de toestand van de patiënt dit vereist.
2. Overplaatsing naar een ander ziekenhuis brengt psychologische spanningen mee, zowel voor de patiënt als zijn relaties.
3. Communicatie van gegevens kan trager en formeler gaan verlopen.
4. Zakelijke belangen en prestige-overwegingen kunnen een remmend werkende rol gaan spelen.

Tenslotte stelt hij voor, de wetenschappelijke verenigingen te vragen, welke verrichtingen per specialisme centraliseerbaar zouden zijn.

Het stellen van deze vraag veronderstelt de noodzaak van een ziekenhuis met centrumfunctie ten opzichte van de regio. Voor deze centrumfunctie komen in aanmerking de grote ziekenhuizen waarin alle specialismen en deelspecia-

lismen vertegenwoordigd zijn, hetgeen onder meer in de academische ziekenhuizen het geval is. Het beleid van het centrale ziekenhuis zal afgestemd moeten worden op de behoefte van de regio. Hiervoor zal het nodig zijn een overlegorgaan op bestuurlijk-, directie- en stafniveau te creëren en de deuren van het centrale ziekenhuis niet alleen voor de patiënt maar ook voor de specialist uit de regio te openen.

De specialist, die van nature zijn aandacht primair op de directe en dagelijkse zorg voor zijn patiënt richt, zal in toenemende mate betrokken worden bij het organisatorische aspect van zijn beroep. Binnen het kader van het geldende verrichtingentarief zal deze indirecte vorm van patiëntenzorg eveneens als verrichting moeten worden beschouwd en dienovereenkomstig gehonoreerd. In dit opzicht zal de regionalisatie kostenverhogend gaan werken. Dit aspect heb ik in de vele publicaties over regionalisatie niet gevonden maar misschien is het zo vanzelfsprekend dat vermelding overbodig wordt geacht.

Regionalisatie en kaakchirurgie.

In het voorafgaande betoog heb ik een aantal problemen geschetst waarmee de kaakchirurgie heden ten dage wordt geconfronteerd. Het zal u duidelijk geworden zijn dat het aannemen van een wet alléén, geen garantie biedt voor het doelmatig functioneren van de regionale gezondheidszorg. Van Mansvelt stelt terecht dat een wet een instrument behoort te zijn waarmee de gemeenschap een gesteld doel poogt te bereiken. In het grote geheel van de gezondheidszorg is de kaakchirurgie een onbetekenend radertje dat door de drijfriemen van de grote raderen wel gedwongen wordt in het mechanisme mee te draaien. Niettemin ben ik van mening dat het onze plicht is open te staan voor veranderingen en vernieuwingen en daartoe ook zelf initiatieven te ontplooien.

De kaakchirurgie is een in hoofdzaak poliklinisch specialisme en bestaat voor 84% uit routinechirurgie. Deze routinechirurgie dient zo dicht mogelijk bij de patiënt en de verwijzende instantie te worden bedreven. Er zijn vier gebieden die een multi-disciplinaire benadering van de patiënt vereisen en volledig voldoen aan de professionele motieven voor centrale behandeling:

1. de behandeling van patiënten met kwaadaardige gezwellen in het hoofd-hals gebied.
2. de behandeling van ernstig, multi-getraumatiseerde patiënten.
3. de behandeling van patiënten met aangeboren of verworven misvormingen van de kaken en het gelaat.

4. de behandeling van patiënten met tandeloze kaken ter verbetering van de functie van de prothese door middel van chirurgische correcties.

Goede resultaten bij deze patiënten zijn slechts te verwachten wanneer zowel vóór, tijdens als na de operatie samenspraak van meerdere specialismen mogelijk is. Ook de evaluatie van de resultaten op langere termijn is van groot belang voor het verbeteren van de behandelingsmethoden. Zij ook zijn de kaakchirurgische patiënten die medisch-technisch en qua personeel hogere eisen stellen en hogere kosten veroorzaken. De genoemde negatieve factoren voor centralisatie van deze deelspecialistische activiteiten zouden mijns inziens in grote mate verdwijnen als de perifeer gevestigde specialist het recht krijgt zijn eigen patiënten in het centrale ziekenhuis mede te begeleiden door deel te nemen aan de groepsbesprekingen, de operatieve en de post-operatieve zorg. Psychologisch is het voor de patiënt zeer gunstig als zijn „eigen” specialist, die het vertrouwen van zijn huisarts of tandarts geniet, rechtstreeks betrokken is bij de problematiek van zijn afwijking. De communicatie verloopt dan niet schriftelijk en formeel maar persoonlijk en collegiaal. Doublures van onderzoeken worden voorkomen en bepaalde pre-operatieve maatregelen en onderzoeken kunnen in het perifere ziekenhuis plaatsvinden. Ditzelfde geldt in vele gevallen ook voor de laatste fase van de klinische herstelperiode en de poliklinische nazorg. Ook prestige-kwesties zullen minder voorkomen. De factor honorarium is voor deze vorm van partiële, regionale praktijkvoering een technische kwestie die m.i. binnen het kader van het huidige honoreringssysteem op te lossen is.

Het relatief beperkte werkkterrein van de kaakchirurg maakt het moeilijk, voldoende spreiding van belangstelling voor deelspecialistische gebieden te verkrijgen bij stafvorming met uitsluitend full-time medewerkers. Ondanks de begrijpelijke weerstand tegen part-time aanstellingen, vooral in academische of andere all-in ziekenhuizen, zou ik toch wat betreft de kaakchirurgie een lans willen breken voor het toestaan van deelstafvorming met part-time aanstellingen. Wanneer de bezetting van deze deelstaven gerecruteerd kan worden uit specialisten die in de regio werkzaam zijn, ontstaat een goed inter-regionaal collegiaal contact dat niet beperkt zal blijven tot de patiëntenbehandeling, maar zeker ook ten goede zal komen aan het onderwijs.

Hoe nauwer men bij een deelgebied betrokken is, des te beter kan men zich oriënteren in de literatuur en het kaf van het koren scheiden. Ook het verzamelen, controleren en beoordelen van onderwijsmateriaal is beter gewaarborgd in handen van de direct betrokken specialist. In dit verband denk ik

niet alleen aan onderwijs voor tandheelkundige en medische studenten maar ook aan post-academiaal onderwijs aan tandartsen en huisartsen. Hoe frustrerend is het soms niet als een perifeer gevestigde specialist zijn voordracht moet illustreren met ondermaats fotomateriaal of, door het lenen van dia's, moet pronken met de veren van een universiteitskliniek.

Het is mijn vaste overtuiging dat inter-regionale deelspecialistische stafvorming of samenwerking zal leiden tot respect voor elkaars kunnen en kennen en tot meer voldoening in de uitoefening van zowel de routinechirurgie in de perifere praktijk als de behandeling van advanced care patiënten in het centrumziekenhuis.

Een ander onderwijsaspect is het tekort aan alledaagse afwijkingen in het universitaire centrum. Het is bekend dat veel aandacht wordt gegeven aan de affiliatiegedachte om het onderwijs dáár te geven waar de patiënt voorhanden is. Dit moge voor de grote specialismen een noodzaak zijn, voor het relatief kleine en poliklinische specialisme kaakchirurgie ligt de problematiek anders. Het lijkt mij niet ondenkbaar en zelfs logisch dat de perifere specialist die als gelijke, zij het in partiële functie, in het academisch ziekenhuis werkzaam is of kan zijn, bij gelegenheid zeker bereid is, uit zijn praktijk patiënten af te staan, al was het alleen maar om voldoende verscheidenheid van patiënten bij examens of tentamens te waarborgen. Het onderwijs aan assistenten vraagt steeds dringender om een stage in een perifere praktijk om routine op te doen die voor de latere praktijkuitoefening onmisbaar moet worden geacht. In dit opzicht zal een goede inter-regionale samenwerking zeker zijn vruchten afwerpen. Ten aanzien van de voordelen van de regionalisatie op het gebied van research zal ik kort zijn. Er is behoefte aan een landelijke planning van het wetenschappelijk onderzoek en daarnaast komt steeds sterker de wens naar voren dat dit onderzoek meer maatschappijgericht moet zijn. Broekman acht het de hoogste tijd dat onze wetenschappelijke activiteit voor een belangrijk deel wordt gericht op de vraag, op welke wijze aan de kreet „sociale tandheelkunde” werkelijk inhoud gegeven kan worden. Wellicht kan regionale inspraak, gesteund door de visie van de perifere specialist die dagelijks met sociale tandheelkunde te maken heeft, iets bijdragen tot de realisering van maatschappelijk gericht onderzoek.

De sceptici onder u zullen zich wellicht hebben afgevraagd of deze vorm van kaakchirurgische regionalisatie in de praktijk uitvoerbaar is. De neurochirurgie functioneert in Nederland met 14 centra in 11 steden en tracht de opvattingen, neergelegd in een document van het Concilium Neurochirurgicum, in de praktijk gestalte te geven. De neurochirurgen beschikken over een

blauwdruk, goedgekeurd door de leden van hun vereniging, die de basis vormt voor de toekomstige ontwikkeling. Het lijkt mij logisch, gezien de binding met de neurochirurgie op het gebied van hulp aan patiënten met aangezichts- en schedelletsels, de centrumfunctie van de kaakchirurgie te combineren met de bestaande neurochirurgische centra. Verwacht mag worden dat deze neurochirurgische centra nauwe relaties onderhouden met universitaire en regionale radio-therapeutische centra. De radio-therapeutische inbreng voor de maxillo-faciale oncologie is dan tevens gewaarborgd. In bijna alle neurochirurgische centra zijn plastisch chirurgen aanwezig voor de samenwerking in de verschillende kaakchirurgische werkgroepen. Bij een aantal van 100-120 kaakchirurgen in 1980 zal het organisatorisch onmogelijk worden per centrum met 8-10 kaakchirurgen uit de regio efficiënt samen te werken. Dit probleem is op te lossen door de bestaande regionale vestigingen te concentreren tot subregio's waar twee of meer specialisten samenwerken, hetzij in associatie dan wel in groepspraktijken. Van iedere subregio zou dan één specialist een partiële taak in het centrale ziekenhuis op zich kunnen nemen en zo de binding in stand houden.

Aan het slot van mijn betoog wil ik graag een aantal aanbevelingen formuleren die mogelijk zullen leiden tot een hernieuwde organisatorische aanpak in eigen kring en daarbuiten. De bron van de dreigende devaluatie van de kaakchirurgie en de tandheelkundige praktijkvoering in Nederland is mijns inziens gelegen in de te lichtvaardige verwijzing naar de specialist. Enerzijds kan dit ondervangen worden door meer tijd en aandacht te besteden aan de praktische vaardigheid in eenvoudige chirurgische behandelingen van de student tijdens zijn opleiding tot tandarts en anderzijds door middel van landelijk geprogrammeerde praktijkcursussen aan reeds gevestigde tandartsen. Vervolgens zou ik met klem willen pleiten voor onmiddellijke afschaffing van de aparte honorering van ziekenfondswege voor het zogenaamde extra onderzoek ten behoeve van de verwijzing van de tandarts naar de specialist. Deze premie op de verwijzing is een unicum in de ziekenfondshonorering en een bewijs van onvermogen voor die tandarts, die na zorgvuldig onderzoek van zijn patiënt besluit de verrichting zelf te doen. Iedere patiënt heeft recht op een volledig onderzoek en iedere tandarts behoort hiervoor gelijkkelijk gehonoreerd te worden, onafhankelijk van het feit of de patiënt verwezen wordt.

Terwille van een slagvaardig beleid ten aanzien van de verhouding van vraag naar kaakchirurgische hulp en aanbod van specialisten zou ik in overweging willen geven hiervoor een kleine permanente commissie te vormen, bestaande uit vertegenwoordigers uit de kring van opleiders, uit de weten-

schappelijke vereniging en uit de sectie specialisten van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde. Deze commissie zou zich in eerste instantie bezig moeten houden met de prognoseberekening en vervolgens jaarlijks de vrijgekomen statistische gegevens aan deze prognose dienen te toetsen.

Tenslotte, dames en heren, wil ik u danken voor uw aandacht voor dit meer auditief dan visueel uitgevallen betoog.

Ik heb getracht mijn mening kenbaar te maken over de toekomst van de kaakchirurgie in de snel naderende realisering van de regionalisatie van de gezondheidszorg in Nederland. Ik hoop dat deze mening spoedig kritisch door anderen zal worden getoetst op zijn waarde voor het specialisme dat ik vanaf zijn ontstaan in Nederland heb mogen beoefenen.

Indien deze toetsing leidt tot een herstructurering van de kaakchirurgische afdeling aan de medische faculteit van de Erasmus Universiteit te Rotterdam ben ik overtuigd van de medewerking van bestuur, directie en medische staf van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam, wat betreft de praktische uitvoering daarvan.

