

Bij controle na drie dagen bleek dat patiënte geen napijn van enig belang had gehad; alleen was een lichte trismus merkbaar. Op de zesde dag werd de hechting verwijderd; er deden zich verder geen bijzonderheden voor.

Dit geval leerde enkele voordelen van de toepassing van hoge omwentelingssnelheden:

- a. de kwellingen van hamer en beitel bleven de patiënte bespaard;
- b. het operatieterrein was steeds overzichtelijk omdat de spray van de Airotor het bloed wegspoelde;
- c. de linkerhand had ik beschikbaar om met het raspatorium het operatieterrein vrij te houden. Zodoende kon ik de hulp van een assistente ontberen.

De behandeling duurde vanaf het begin van de anesthesie tot en met het aanbrengen van de hechting 20 minuten.

Breda, april 1960

## BEROEPSBELANGEN

### DE POSITIE VAN DE MONDHEELKUNDIGE SPECIALIST IN AMERIKA

Het ligt nu eenmaal in de natuur der dingen, dat de tandheelkunde zich in de medische wereld maar moeizaam een plaats kan veroveren. Dat dit niet alleen het beroep in engere zin betreft, maar ook de uit haar voortgekomen specialismen, met name de mondheelkunde, en dat dit zelfs geldt voor de Verenigde Staten, waar men te dien aanzien wellicht wat meer progressieve opvattingen zou kunnen verwachten, blijkt uit een voordracht, die door een prominent vertegenwoordiger van dit specialisme: JAMES R. CAMERON in okt. 1959 voor de New York Academy of Medicine werd gehouden, en die onder de titel: „Oral Surgery at the crossroads – which direction?” in het jongste februari-nummer van *Or. Surg. Or. Med. Or. Pathol.* is afgedrukt.

In deze uiteenzetting roert CAMERON openhartig enkele netelige problemen aan, die wellicht ook de Nederlandse lezer interesseren. Vooraf stelt hij zich daarbij op het standpunt, dat er in de tandheelkunde maar twee takken zijn aan te wijzen, die onbetwistbare aanspraken op de titel „specialisme” kunnen doen gelden, nl. de mondheelkunde en de orthodontie. De tegenwoordig niet te miskennen zucht tot overspecialisatie leidt z.i. tot een heilloze verbrokkeling, want veel van deze afsplitsingen bestrijken een gebied, dat behoort tot het arbeidsveld van de algemene practicus. Anders is het met beide genoemde specialisaties, want weliswaar mag menige tandarts met algemene praktijk in

staat worden geacht, in het kader van zijn dagelijkse werkzaamheden chirurgische of orthodontische behandelingen van minder gecompliceerde aard te verrichten, maar de beoefening van deze beide vakken in hun volle omvang valt in het algemeen toch stellig buiten zijn vermogen.

De opleiding tot bv. specialist in de mondheelkunde is dan ook niet gering: om de voor een getuigschrift van de American Board of Oral Surgery benodigde examens te kunnen afleggen is een minimum van vijf jaren studie boven het normale tandheelkundige onderwijsprogramma vereist, te weten één jaar basiswetenschappen, twee jaren als inwonend assistent in een erkend ziekenhuis en twee jaren klinische praktijk.

Natuurlijk is in dit getuigschrift het arbeidsterrein van de specialist zoveel mogelijk afgebakend, doch met de ontwikkeling, die de mondheelkunde – en dus ook de opleiding daartoe – doormaakt, doen zich bij voortdurend nieuwe mogelijkheden voor en worden de grenzen onontkoombaar verruimd.

Het laat zich horen dat zulks aanleiding geeft tot moeilijkheden met de medische staven in ziekenhuizen. De „Commission on Accreditation of Hospitals”, welke tot doel heeft de standaard van de praktijkbeoefening in de ziekenhuizen zo hoog mogelijk op te voeren, is – bewust of onbewust – nog niet zover gekomen dat zij de mondheelkunde in het kader van de gezondheidszorg de plaats toekent waarop zij krachtens haar vorderingen rechten kan doen gelden. Mede door de ontwikkeling van haar nevengebieden oefent de geneeskunde – aldus CAMERON – niet langer de alleenheerschappij uit: het artsdiploma is dientengevolge niet meer zo het alomvattend criterium als het eens was. Meer en meer is de geneeskunde aangewezen geraakt op de steun van aanverwante beroepen en daarvan is de tandheelkunde, met inbegrip van haar specialisme, de mondheelkunde, er één. Had de geneeskunde deze nauwe verwantschap een eeuw eerder herkend, dan zouden wellicht op de grensgebieden veel misverstanden zijn voorkómen. Het is evenwel niet anders: de tandheelkunde heeft als zelfstandig beroep, door eigen inspanning haar tegenwoordige hoge standaard verworven en zal, door historische en economische noodzaak gedwongen, haar afzonderlijke opleiding dienen te behouden.

Intussen verkeert in verschillende ziekenhuizen de medische staf, mede op grond van adviezen van de bovenvermelde Commission on Accreditation of Hospitals, wel wat in het onzekere omtrent de positie in haar midden van de specialist in de mondheelkunde, die welbeschouwd in principe toch slechts tot tandarts was opgeleid en dus niet geheel in het milieu past... Een onzekerheid overigens die niet behoefde te bestaan, wanneer de Commission zich voldoende had georiënteerd omtrent de richtlijnen van de American Board of Oral Surgery, die weer werkzaam is onder de auspiciën van de Council on Dental Education van de American Dental Association.

Gelukkig doen zich deze problemen echter niet overal voor. In ziekenhuizen waar harmonische betrekkingen bestaan, worden de kwaliteiten van de mond-

heelkundige staf even hoog aangeslagen als die van de medisch-specialistische. Daar behoren, behalve de behandeling zelf, de opname, het lichamelijk vooronderzoek, resp. het ontslag van de betrokken patiënt tot de verantwoordelijkheid van de mondheelkundige specialist. In feite wordt hierdoor de medische staf van een drukbezocht ziekenhuis alleen maar ontslagen van veel routine-onderzoek, dat niet direct tot zijn belangstellingsfeer behoort. In twijfelgevallen wordt de gang van zaken door onderling overleg bepaald. Hier is sprake van een wezenlijke samenwerking, die in de praktijk uitnemend blijkt te voldoen. Het dogmatische standpunt, dat alleen de arts opname en ontslag mag regelen en dat alleen hij voldoende bekwaamheid zou bezitten om het lichamelijk onderzoek te verrichten, is niet conform de werkelijkheid. Wanneer de specialist in de mondheelkunde dit onderzoek wèl mag verrichten bij ambulante patiënten, waarom wordt het dan ineens anders zodra de patiënt zich binnen de muren van het ziekenhuis bevindt? Gelijk gezegd: de bemoeiingen van de Commission on Accreditation of Hospitals hebben in dit opzicht niet altijd tot een bevredigende situatie geleid.

De schrijver heeft er overigens open oog voor, dat de moeilijkheden niet steeds van één kant komen. Meermalen is er aanleiding, de hand in eigen boezem te steken en te erkennen dat bepaalde tekortkomingen in eigen kring aanleiding geven tot gerechtvaardigde kritiek.

Eén daarvan vloeit voort uit de omstandigheid, dat bepaalde ziekteverzekeringsorganisaties, zoals bv. Blue Cross en Blue Shield tegenwoordig alleen tot uitkering van de behandelingskosten overgaan, wanneer het ingrepen betreft, waarvoor de patiënt in een ziekenhuis is opgenomen. Dit heeft geleid tot een toevloed van in wezen onnodige aanvragen tot opname door tandartsen ten behoeve van patiënten, die zonder bezwaar ambulant te behandelen zouden zijn, gelijk voorheen dan ook geschiedde. Het betekende tevens een toevloed naar de ziekenhuizen van algemene practici, die thans – uit commerciële overwegingen – zèlf kleinere chirurgische ingrepen verrichten, zonder dat zij daarvoor eigenlijk de nodige bevoegdheden bezitten. Dit wordt nog in de hand gewerkt doordat de bepalingen van de ziekteverzekeringsorganisaties in dit opzicht te kort schieten.

Een andere misstand is het dat sommige tandartsen, wier praktijk slechts schijnt te bestaan in het verrichten van extracties, hieraan het recht menen te mogen ontlenen, de titel „oral surgeon” te voeren, daarmee volkomen ten onrechte de indruk vestigend, dat zij het gehele gebied van de mondheelkunde beheersen. Zodoende dragen zij bovendien bij tot de – niet alleen bij leken bestaande – misvatting als zou het verwijderen van tanden en kiezen het hoofdbestanddeel van de werkzaamheden van een specialist in de mondheelkunde uitmaken, terwijl de ingrepen die nu wèrkelijk tot zijn specialiteit behoren (zoals behandeling van kaakfracturen, deformiteiten, tumoren, etc.) toch eigenlijk alleen worden toegedacht aan de bezitter van het artsdiploma (ook al zou die elke specialistische opleiding daartoe ontberen). Zo star verankerd zijn

nu eenmaal vaak de denkbeelden en daarom is de oncollegiale houding van de tandarts, die ten onrechte de titel oral surgeon voert, niet alleen schadelijk voor de tandheelkunde in engere zin, maar nog meer voor de mondheelkunde. Het is juist de taak van de tandheelkunde en haar beoefenaren om door steun te verlenen aan de specialisten, die uit het eigen vak zijn voortgekomen, dergelijke misstanden uit de wereld te helpen. Daardoor kunnen zij het aanzien van het beroep slechts verhogen. Voor onderlinge naijver mag onder beroepsgenoten geen plaats zijn.

Uit het voorgaande blijkt voldoende dat de vraag of de verwerving van het artsdiploma nodig is om de mondheelkunde naar behoren uit te oefenen, door de schrijver onomwonden met „neen” wordt beantwoord. Stellig zal de in de mondheelkunde gespecialiseerde tandarts, die bovendien nog kans ziet de medische studie te voltooien, van dat laatste profijt hebben, maar de medische studie verleent hem op zichzelf geenszins de bevoegdheid tot het uitoefenen van de specialistisch-mondheelkundige praktijk. Daartoe blijft de eis tot de eerder vermelde bijzondere opleiding ook dan onverminderd van kracht.

Voorts is het zeker niet uitgesloten dat de tandarts met medisch diploma geïnteresseerd raakt in een ander onderdeel van de geneeskunde en zich daar dan ook op toelegt. Dan is hij dus voor de mondheelkunde verloren. Overigens zullen de lengte van de dubbele studie en de daaraan verbonden kosten stellig remmend werken op het streven, beide diploma's te bezitten; daarom kan ook zeker niet worden vastgehouden aan de eis dat een specialist in de mondheelkunde behalve de tandheelkundige opleiding ook nog de medische moet hebben gevolgd. In dat geval zou in de behoefte aan mondheelkundige specialisten trouwens nooit kunnen worden voorzien. Dientengevolge zullen ook in de toekomst de specialisten in de mondheelkunde worden gerecruteerd uit tandartsen, die op grond van aanleg en ambitie zich tot deze specialiteit voelen aangetrokken. Aan verschillende universiteiten in de Verenigde Staten bestaat daartoe thans de opleidingsmogelijkheid en de gelegenheid zal nog voortdurend worden uitgebreid. V.

*Literatuur:*

J. R. CAMERON, *Or. Surg. Med. Path.* 13:129, 1960.

## INTERNATIONAAL

### XVIe CONGRES VAN DE ARPA INTERNATIONALE

Van 16 tot 20 september 1960 wordt te Wenen het XVIe congres van de ARPA Internationale gehouden. De leiding van het congres berust bij Prof. Dr. STEPHEN LOOS. Het hoofdthema luidt: Prothesen en parodontopathieën. Bij aanmelding vóór 15 augustus geniet men reductie op de congresbijdragen. Het adres van het secretariaat is: Weiburggasse 10, 1/50, Wien I.