

- Richter, H. (1979): Vergleichende Untersuchungen über das Abrasionsverhalten von Composite-Füllungsmaterialien. Dtsch Zahnartzl Z 34: 406-412.
3. Soltesz, U., Klaiber, B., Schlude, V. (1980): Bürsten abrasion mit 27 handelsüblichen Komposits und ihre Oberflächenveränderung im Rasterelektronenmikroskop. Dtsch Zahnartzl Z 35: 502-505.
4. Soltesz, U., Klaiber, B., Greiner, B. (1981): Abrieb von Füllungsmaterialien durch Nahrung simulation im Modelversuch. Dtsch Zahnartzl Z 36: 648-651.
5. Derand, T. en Ehrenford, L. (1980): A long-term evaluation of abrasion of dental composite resins. J Dent Res 59: 721-723.
6. Wilson, G. S., Davies, E. M., Fraunhofer, J. A., von (1981): Abrasive wear characteristics of anterior restorative materials. Br Dent J 151: 335-338.
7. Phillips, R. W., Avery, D. R., Mehra, R., Swartz, M. L. en McCune, R. J. (1971): One-year observations on a composite resin for Class II restorations. J Prosthet Dent 26: 68.
8. Phillips, R. W., Avery, D. R., Mehra, R., Swartz, M. L. en McCune, R. J. (1972): Observations on a composite resin for Class II restorations: Two-year report. J Prosthet Dent 28: 164-169.
9. Phillips, R. W., Avery, D. R., Mehra, R., Swartz, M. L. en McCune, R. J. (1973): Observations on a composite resin for Class II restorations: Three-year report. J Prosthet Dent 30: 891-897.
10. Osborne, J. W., Gale, E. N. en Ferguson, G. W. (1973): One year en two year evaluation of a composite resin versus amalgam. J Prosthet Dent 30: 795-800.
11. Meier, L. en Lutz, F. (1979): Komposits kontra Amalgam: Vergleichende Verschleissfestigkeitsmessungen in vivo: I-Jahres-Resultate. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 89: 203-212.
12. Jørgensen, K. D., Hørsted, P., Janum, O., Krogh, J. en Schulz, J. (1979): Abrasion of Class I restorative resins. Scand J Dent Res 87: 140-145.
13. Roulet, J. F., Mettler, P. en Friedrich, U. (1980): Ein klinischer Vergleich dreier Komposits mit Amalgam für Klasse II-Füllungen unter besonderer Berücksichtigung der Abrasion. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 18-30.

Maart 1981.

Ant. Deusinglaan 1,  
9713 AV Groningen.

## MENINGEN

De rubriek 'Meningen' is ingesteld ten einde bij te dragen aan de opinievorming binnen de tandheelkundige professie. Met een zekere regelmaat zullen hierin ook redactionele commentaren verschijnen. Daarnaast kunnen deze kolommen ter beschikking worden gesteld van diegenen, die onder eigen verantwoordelijkheid hun inzichten willen vastleggen over onderwerpen die ook de redactie van belang acht voor de lezerskring van dit tijdschrift.

## DE PLAATS VAN HET 'SCHISISTEAM' IN DE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND\*)

B. PRAHL-ANDERSEN

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Gezondheidszorg – Schisisteam

### Inleiding

Patiënten met aangeboren afwijkingen aan lip, kaak en/of gehemelte vereisen een moeilijke, gecompliceerde en langdurige behandeling. Een optimale toepassing van de huidige kennis hieromtrent is alleen mogelijk indien deze plaatsvindt in een multidisciplinair teamverband (afb. 1). Voor de individuele specialist dient het participeren in een team geen bijzaak te zijn. De specialisten van het team moeten zich bij tijd en wijle geheel aan de problemen kunnen wijden en bovendien binnen de eigen discipline tot een zekere deelspecialisatie kunnen komen. Handvaardigheid zal geoefend en onderhouden moeten

worden. Een optimaal resultaat is alleen mogelijk door een goede samenwerking tussen de verschillende betrokken specialisten. Het doel van de behandeling gaat namelijk veel verder dan alleen het sluiten van de spleet. Aan functionele, morfologische, psychologische en sociale aspecten moet aandacht worden geschonken. Men zal verder begrip en respect voor elkaars werk moeten ontwikkelen – om niet van interesse daarvoor te spreken. Aan deze genoemde voorwaarden voor een goed functionerend team is moeilijk te voldoen. Nog moeilijker is het te voldoen aan de noodzaak tot ontwikkeling van nieuwe en effectievere behandelingsmethoden. Meer kennis van de factoren die leiden tot minder optimale behandelingsresultaten is daarom noodzakelijk. Een team dient een vruchtbare bodem te zijn voor interdisciplinair wetenschappelijk onderzoek. Onderzoek is bijvoorbeeld nodig voor het ver-

### Samenvatting:

Problemen en moeilijkheden, die opgelost moeten worden voor er sprake kan zijn van een optimale zorgverlening aan kinderen met een aangeboren afwijking van lip, kaak en/of gehemelte, worden aan de orde gesteld.

Drie essentiële vragen worden opgeworpen en beargumenteerd: wat is de behandelingsbehoefte, hoeveel centra zijn er nodig in Nederland en hoe moet een centrum worden georganiseerd en opgericht?

Voorlopige conclusie: Het verdient aanbeveling het aantal schisiscentra in Nederland te reduceren tot maximaal 8. De taken van schisissteams zullen zijn: het doen van wetenschappelijk onderzoek, het registreren en het behandelen van kinderen met aangeboren lip-, kaak- en/of gehemeltespleet.

krijgen van een beter inzicht in de etiologie, de mogelijkheden tot preventie, de invloed van operatieve ingrepen op craniofaciale groei, om maar een paar gebieden te noemen.

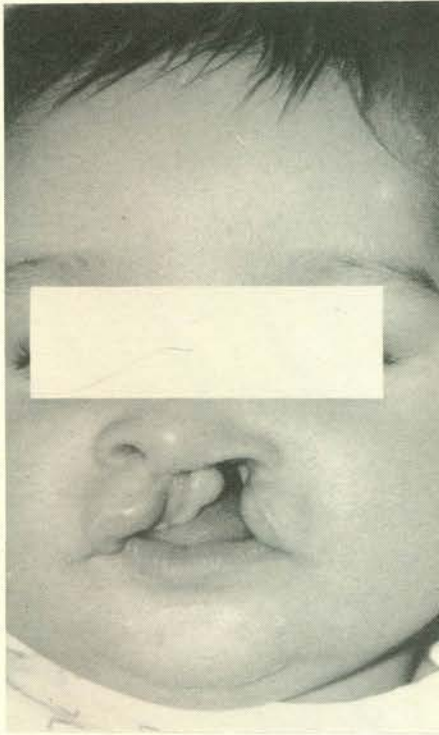
Er zijn ook problemen die landelijk gezien opgelost moeten worden, voordat men in Nederland tot een betere zorgverlening aan kinderen met een aangeboren lip-, kaak- en/of gehemeltespleet kan komen.

Deze wat provocerende stelling maakt een analyse van de problemen wenselijk. Hierbij kan men drie essentiële vragen formuleren:

1. Hoe kan het nodige statistische materiaal verzameld worden, zodat een formulering van de behandelingsbehoefte gemaakt kan worden?

\*) Voordracht gehouden tijdens de vergadering van het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap te Haarlem op 1 oktober 1982.

## HET SCHISISTEAM



**Plastisch chirurg**

**Orthodontist**

**Maatschappelijk werker**

**Kinderarts**

**K.N.O. - arts**

**Logopedist**

**Tandarts**

**Kaakchirurg**

**Psycholoog**

Afb. 1. Optimale samenstelling van het schisisteam.

- Hoeveel behandelingscentra zijn er nodig in Nederland en waar dienen deze gelokaliseerd te zijn?
- Hoe kan een multidisciplinair team, dat in staat is fundamenteel en toegepast klinisch onderzoek te integreren in de behandeling, worden georganiseerd en gevestigd?

### Behandelingsbehoefte

Voor het bepalen van de behandelingsbehoefte zijn epidemiologische gegevens nodig over het voorkomen van aangeboren aangezichtsspleten in Nederland. Deze zijn niet aanwezig. In Scandinavische onderzoeken wordt het voorkomen van aangeboren aangezichtsspleten aangegeven als stijgend. Gegevens van 1953 tot 1957 tonen een frequentie van 1,6 op elke 1000 geboorten. Vergeleken met gegevens van 1938 tot 1942, die een frequentie van 1,3 op elke 1000 geboorten laten zien, is dit een significante stijging.

De huidige frequentie in Nederland is niet bekend en daarom is het erg moeilijk een schatting te maken van de Nederlandse situatie. Worden er 256 kinderen met aangeboren lip-, kaak- en/of gehemeltepleten per jaar geboren of ligt dit aantal misschien dicht bij de 300? Nauwkeurig inzicht in de te verwachten aantallen van de afwijking in Nederland is dus niet mogelijk, en daarom is de reële behoefte aan medische voorzieningen hiervoor ook niet bekend.

De feitelijke medische consumptie is ook niet bekend, laat staan de factoren die dit beïnvloeden. Het is waarschijnlijk dat in een land als Nederland een aangeboren spleet in lip, kaak en/of gehemelte altijd tot het ontstaan van een behoefte aan behandeling zal leiden. Indien men niet-geopereerde volwassen schisispatiënten zou willen onderzoeken zal men dit in ontwikkelingslanden moeten doen.

Na de primaire hulpverlening zullen verschillende gedragsdeterminanten in werking treden. Het zal afhankelijk zijn van de

psychologische reactie op lange termijn van de patiënt zelf en van de reactie van de omgeving of er een vraag naar verdere hulpverlening zal ontstaan. Het is mogelijk dat in de bestaande klinieken alleen het topje van de ijsberg van deze secundaire hulpverlening zichtbaar is.

Hoe de subjectieve behandelingsbehoefte te beïnvloeden is en hoe die beïnvloed wordt kan men slechts raden. Het bepalen daarvan is echter een continu proces, omdat die behoefte steeds zal veranderen met de normen van de samenleving en de mogelijkheid tot behandeling. Wil men met behulp van centrale registrering komen tot een overzicht van de behoefte aan zorgverlening, dan zal samenwerking met sociaal-geneeskundigen en andere deskundigen nodig zijn.

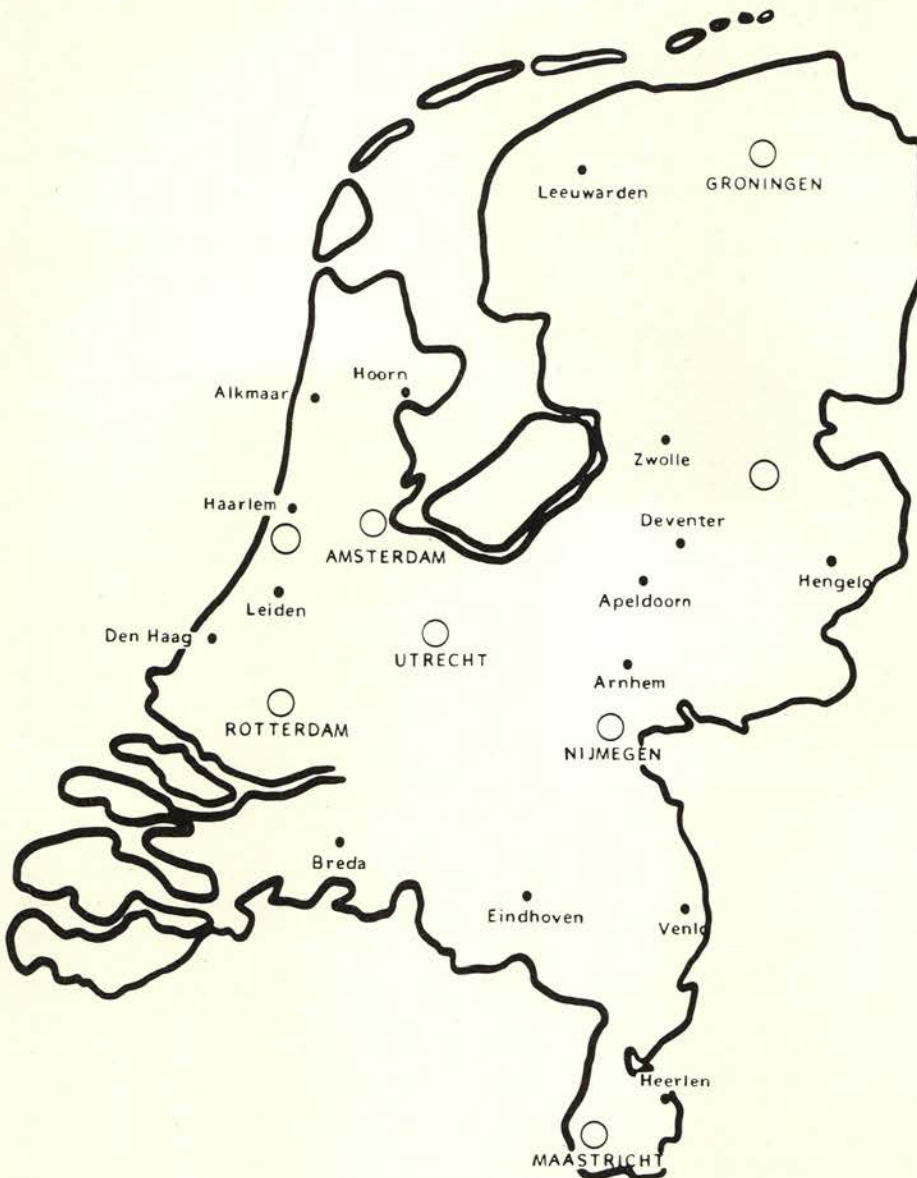
### Aantal 'schisiscentra'

Deze vraag kan pas worden beantwoord als de reële behoefte aan zorgverlening bekend is. Toch valt er iets in zijn algemeenheid over te zeggen. In Scandinavië rekent men met een verhouding van 1 schisiscentrum per 3 tot 5 miljoen inwoners. In Noorwegen functioneren weliswaar een groter aantal centra, doch dit heeft te maken met de slechte bereikbaarheid ervan door de uitgestrektheid van het land. Denemarken heeft twee centra op een bevolking van 5 miljoen. Vergeleken met de Nederlandse situatie is dit aantal klein. De argumenten voor een klein aantal centra zijn onder andere dat de kinderen geopereerd moeten worden door chirurgen, die ervaring en handvaardigheid hebben. Indien men minder dan één keer per week een primaire spleet sluit kan moeilijk gezegd worden dat de chirurg geoefend is. Hetzelfde geldt voor de behandelingen door orthodontisten, tandartsen en andere teamleden.

Financieel gezien en vanuit het oogpunt van bedrijfsvoering is een klein aantal centra natuurlijk te prefereren. Dat in Nederland regelmatig niet-optimale resultaten worden geboekt bij de behandeling van kinderen met aangeboren aangezichtsspleten is gedeeltelijk terug te voeren op onervarenheid van de verschillende teamleden. Weinig teams in Nederland zien patiënten in voldoende aantal en variatie om ervaring en handvaardigheid op te kunnen bouwen, laat staan om een basis te scheppen voor klinisch onderzoek nodig voor verbetering van de behandelingsresultaten.

Beter zou zijn als er in Nederland minder schisisteams werkzaam waren dan de  $\pm 20$  die op dit moment, naar zeggen, zouden functioneren (afb. 2).

Het is vanzelfsprekend dat het participeren in een schisisteam-nieuwe-stijl een relatief groot deel van een dagtaak beslaat. Het vereist tenminste betrokkenheid op een meer dan zijdelingse manier. Krachten



Afb. 2. De landelijke verdeling van de bestaande schisiscentra (●), na enquête gehouden door de Nederlandse Vereniging van Specialisten in de Dento-Maxillaire Orthopaedie in 1980-1981, en mogelijke verdeling schisiscentra-nieuwe-stijl (○).

zullen gebundeld moeten worden. Collegae van teams die nu te weinig patiënten zien dienen deze in te brengen in de schisis-teams-nieuwe-stijl, om daar in overleg het best mogelijke behandelingsplan, de best mogelijke behandelingsmethode en de beste specialist voor de patiënt te zoeken. Het is belangrijk dat er begrip ontstaat voor het belang van het zo vroeg mogelijk laten registreren van een patiënt bij een centrum. De mogelijkheid voor optimale behandeling zal geen patiënt mogen worden ontzegd. Omdat een specialist denkt dat hij ook voor dit soort handelingen is opgeleid, hoeft hij deze nog niet zelf uit te voeren. Met vallen en opstaan wordt binnen de grotere teams voldoende ervaring opgedaan met de behandeling van kinderen met aangeboren aangezichtsspleten. Van deze opgedane ervaring moeten latere patiënten kunnen profiteren.

Met 5 tot 8 centra zal in Nederland een

goede nationale spreiding en een goede bereikbaarheid gewaarborgd zijn. Dit aantal garandeert ook voldoende ervaring per team.

Beleidsontwerpend onderzoek is zeker noodzakelijk voordat men tot een nauwkeurige vaststelling van de noodzakelijke behandelingscapaciteit kan komen. Minimaal dient de objectieve en subjectieve behandelingsbehoefte onderzocht te worden. Het zou wenselijk zijn als men ter vergelijking de feitelijke medische consumptie op dit gebied ook zou meten.

Zeer noodzakelijk is in dit verband ook een evaluatie van de effectiviteit, de kwaliteit en de wenselijkheid van de methoden van behandeling zoals die op dit moment worden toegepast. Met andere woorden: het vaststellen van doelstellingen en formulering van prioriteiten is noodzakelijk, voordat het mogelijk wordt een keuze van stra-

tegie en planning te maken voor de behandelingscapaciteit.

### Onderzoek

Vooruitgang, verbetering van behandelingsresultaten, preventie van nadelige gevolgen van aangeboren lip-, kaak- en/of gehemelte-spleten zijn afhankelijk van goede, research-georiënteerde, klinische schisis-teams. De noodzaak tot onderzoek zal belicht worden met een paar voorbeelden. Kennis omtrent structuren en functies, abnormal zowel als normaal, is noodzakelijk om tot efficiëntere en effectievere behandelingsmethoden te kunnen komen. Vooral kennis van de variatie in structuur en functie van het bovenkaakcomplex op verschillende leeftijden, ontbreekt. Plastisch-chirurgen passen vaak bij gehemelte-spleten, geïsoleerd of gecombineerd met lip- en kaakspleten, dezelfde methode van sluiting toe, dit ongeacht het feit dat er waarschijnlijk significante verschillen bestaan tussen bepaalde parameters gemeten in geïsoleerde gehemelte-spleten vergeleken met patiënten met complete spleten. Deze verschillen zijn al aantoonbaar op de leeftijd van twee maanden. Men zou meer differentiatie in operatiemethoden verwachten.

Kennis van de groei en ontwikkeling van het bovenkaakcomplex en de tijdsbepaling daarvan is belangrijk onder andere voor het vaststellen van het juiste tijdstip van behandeling, waarbij opgemerkt kan worden dat geen behandeling soms het beste is. Een kind met een aangeboren lip-, kaak- en/of gehemelte-spleet heeft waarschijnlijk een gedeeltelijk gestoord groeipatroon van het aangezicht en misschien zelfs van de schedelbasis. Hier bovenop worden de effecten van chirurgische ingrepen en andere behandelingen gesuperponeerd. Het beeld wordt daarom op dat tijdstip bepaald door de som van deze individuele effecten.

Onderwerpen die daarom dringend om aandacht vragen zijn:

1. De variatie van morfologie en functie bij kinderen met verschillende aangezichtsspleten op verschillende leeftijden.
2. Predictiemogelijkheden op gebied van groei en ontwikkeling (longitudinale onderzoeken).
3. Evaluatie van behandelingsmethoden.
4. Eenheid van documentatie (data banken).
5. Opleiding van onderzoekers en klinici.

Wat dit laatste punt betreft: Het is noodzakelijk onderzoekers van de medische basiswetenschappen te verbinden aan de klinische teams, omdat er een tekort is aan specialisten met researchervaring op anatomisch en fysiologisch gebied.

In Nederland kan het nodige representatie-

ve studiemateriaal – statistisch gezien – thans niet worden verzameld, omdat de behandeling van kinderen met aangeboren aangezichtsspleten verspreid en versnipperd over het gehele land plaatsvindt. Deze verspreiding en versnippering is ook de oorzaak van de geringe ervaring en 'know-how', die in bepaalde teams een probleem kunnen vormen.

Terug tot de oorspronkelijke vraag: Hoe kan een multidisciplinair team dat in staat is fundamenteel en toegepast klinisch onderzoek te integreren in de behandeling, worden georganiseerd en gevestigd?

Het zal voor de hand liggen de universiteitsklinieken aan te wijzen. Hier is immers de 'know-how' voor wat betreft wetenschappelijk onderzoek aanwezig – als het goed is wordt er al onderzoek verricht – en alle noodzakelijke disciplines zijn binnen handbereik.

Het reduceren van het aantal teams zal moeten inhouden dat patiënten met aangeboren aangezichtsspleten alleen binnen schisisteam-nieuwe-stijl behandeld mogen worden, tenzij zij door het team verwezen worden naar een externe specialist. Dit houdt onder meer een besef van meldingsplicht in van geboorten van schisiskinderen door de artsen in de regio.

De totale kosten van deze multidisciplinaire zorgverlening zullen daardoor niet groter worden, hopelijk zelfs minder door concentratie van kennis, kwaliteit en hopelijk effectiviteit.

Binnen de wet W.V.G. (de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg) en de Ziekenfondswet moet het wel mogelijk zijn schisiscentra in te richten, die erkenning of vergunning voor de behandeling en bestudering van kinderen met aangeboren aangezichtsspleten krijgen. De instellingen, die een schisiscentrum stichten, zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorgverlening en worden daarom geacht eisen te stellen aan de opleiding van de teamleden.

De regeling voor 9A-centra houdt erkenning in van centra voor behandeling van bepaalde omschreven ernstige afwijkin-

gen. Schisiscentra-nieuwe-stijl zouden in dit licht gezien kunnen worden.

Voor wat betreft de zorgverlening aan patiënten met aangeboren lip-, kaak- en/of gehemeltepleten in Nederland mag gesteld worden dat de huidige kennis en situatie onvoldoende en ongewenst is.

Een organisatie tot verbetering en vernieuwing van de zorgverlening zal moeten kunnen steunen op een algemene organisatie binnen de gezondheidszorg (W.V.G). Drie componenten zijn hierbij theoretisch noodzakelijk: een maatschappelijke, een bestuurlijke en een wetenschappelijke.

Het maatschappelijke deel van de organisatie behelst minstens drie aspecten. De gebruiker van de zorgverlening moet voorlicht worden, moet zich laten horen en daardoor druk uitoefenen tot verandering. De financier zal ertoe gebracht moeten worden zich af te vragen of men wel 'waar voor zijn geld' krijgt en zal ook druk uit kunnen oefenen. Verder zijn er mogelijke wettelijke en ethische bepalingen die invloed kunnen hebben op een politieke beslissing omtrent de organisatie.

De gebruiker, in eerste instantie diens ouders, wordt, zoals patiënten in het algemeen, meer en meer kritisch en zou heel goed kunnen worden gemobiliseerd. De financier is in deze tijd zeker waakzaam, en ethisch gezien is het juist dat deze kinderen door de beste en meest ervaren specialisten worden geholpen.

Het bestuurlijke onderdeel van het organisatieproces bestaat uit een uitwerking van de politiek gekozen beleidslijn op basis van de informatie en kennis die uit wetenschappelijk onderzoek wordt gewonnen.

De organisatie zal in de praktijk op verschillende manieren en op verschillende punten zeker worden belemmerd. Hierdoor zal het nodig zijn deze voortdurend bij te stellen.

Na deze poging tot analyse van de plaats van het schisisteam in de gezondheidszorg in Nederland kan de volgende voorlopige conclusie getrokken worden:

'Het verdient aanbeveling ook in Nederland te komen tot de oprichting van een klein aantal schisiscentra, die als taak krij-

gen: de registratie, de behandeling en het onderzoek van kinderen met aangeboren lip-, kaak- en/of gehemeltepleten.'

Er zal zeker een evaluatie van de efficiëntie van deze vorm van zorgverlening moeten plaatsvinden. Bij voorkeur vooraf, mede vanwege de vraag: Hoe kunnen wij onze beperkte middelen daar inzetten waar zij het meeste rendement afwerpen?

#### Summary:

Title: The cleft lip and palate team in The Netherlands.

Keywords: Social dentistry – Dental health care – Cleft lip and palate team

The treatment of the cleft lip and palate child poses a number of problems. The most difficult problem to be solved is the proper utilization of current knowledge in the treatment of the cleft lip and palate child. Three questions are raised in this article:

1. How big is the need and demand for medical care of cleft lip and palate children?
2. How many centres are needed in The Netherlands?
3. How can a functional basic science clinical centre be established?

There is a definite need for the establishment of a few (minimal 5) centres devoted to this field. Progress is dependent on the trust in a research-orientated clinical team. The isolated clinician, who treats only a few patients, cannot be expected to do an optimal job.

Analysis of the success of the treatment as undertaken in The Netherlands is difficult, due to lack of adequate records of a large number of patients.

The dilemma today is not whether or not to supply the treatment, but in what way, to what extent and in what setting should it be carried out?

December 1982.

Adres: Mw. Prof. Dr. B. Prah-Andersen,  
Vrije Universiteit,  
Afdeling Orthodontie,  
De Boelelaan 1115,  
1081 HV Amsterdam.