

7. Käyser AF. De gebitsfunctie bij verkorte tandbogen. Proefschrift Katholieke Universiteit, Nijmegen 1976.
8. Käyser AF. Shortened dental arches and oral function. *J Oral Rehab* 1981; 8: 457-462.
9. Käyser AF. De verkorte tandboog. Achtergrond, onderzoek en klinische toepassing. *Rev Belg Med Dent* 1982; 37: 96-101.
10. Boever JA de. Functional disturbances of the temporomandibular joint. In: Zarb, GA en Carlsson, GE, eds. *Temporomandibular joint, function and disfunction*. Copenhagen: Munksgaard, 1979: 193-214.
11. Meeuwissen R, Eschen S. Twintig jaar tandheelkundige zorg: verhoogt tandboogverkorting effectiviteit en kwaliteit van de zorg? In: *Het Tandheelkundig Jaar*. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1982: 23-30.
12. Battistuzzi PGFCM. Het gemutileerde gebit. Proefschrift Katholieke Universiteit, Nijmegen 1982.
13. Grunder M, Imperiali D. Zahnarztbesuch, zahnärztliche Versorgung und subjektive kaufähigkeit bei sozio-ökonomisch unterschiedlichen Bevölkerungsschichten in der Schweiz. Proefschrift, Bern 1982.
14. Käyser AF. Minimum number of teeth to satisfy functional and social demands. In: *Proceedings of EEC-Workshop on Periodontal Disease*, Copenhagen 1982. Berlin: Quintessenz Verlags-GmbH (in druk).

Februari 1983.

Adres: Prof. Dr. A. F. Käyser,
Philips van Leydenlaan 25,
6525 EX Nijmegen.

SPECIALISATIE, JA OF NEE?

L. COPPES

Trefwoorden: **Onderwijs** – Specialisatie – Delegatie

Inleiding

De vraag: specialisatie of geen specialisatie, heeft geen betrekking op de universitaire instellingen. Het gaat om de vraag of er behoefte is aan buiten-universitaire specialisten, ofwel: is de vraag naar specialistische hulp zo groot dat hieraan niet meer door de universitaire instellingen of vergelijkbare behandelcentra, bijvoorbeeld de Centra voor Tandheelkundige Hulp in Bijzondere Gevallen, kan worden voldaan.

Maar wat is specialistische hulp? Wat is een specialist? Men kan pas over specialisten praten wanneer de taken van de algemeen-practicus zijn afgebakend. Om deze vragen te kunnen beantwoorden moet allereerst worden vastgesteld wat de taken van de algemeen-practicus zijn, waartoe een algemeen-practicus wordt opgeleid.

De taken van een algemeen-practicus zijn aan beperkingen gebonden. Beperkingen door de beschikbare opleidingstijd, maar vooral omdat het onmogelijk is de opleiding zo in te richten dat de tandarts alle onderdelen op het hoogste niveau beheerst. Het is misschien niet uitgesloten dat de algemeen-practicus zich alle restauratieve, parodontologische, orthodonti-

sche en dento-alveolair-chirurgische technieken eigen maakt en die op hoog niveau onderhoudt. Alle mededelingen over de explosieve groei van het tandheelkundig kennen en kunnen ten spijt kan worden vastgesteld, dat de ontwikkeling van tandheelkundige technieken gemakkelijk kan worden bijgehouden. Maar wil men bedoelde vaardigheid onderhouden, dan zal het aanbod van patiënten voldoende in aantal en gevarieerdheid moeten zijn en mag die tandarts zijn tijd niet te veel verspelen aan routinematige handelingen die kunnen worden gedelegeerd. En ook dan nog blijft het onmogelijk om van alle vakgebieden de psychosociale en biologische achtergrond diepgaand te bestuderen en bij te houden. Er is dus behoefte aan specialisten.

Een specialist is iemand die een deel van de tandheelkunde technisch en wetenschappelijk op hoog niveau beheerst, een niveau dat voor de algemeen-practicus, omdat deze van alle markten thuis moet zijn en zijn patiënt een integrale behandeling moet bieden ('comprehensive care'), niet bereikbaar is. Dit betekent ook dat specialisten moeten zijn gebaseerd op biologische, fysiologische en psychologische afbakeningen, meer dan op technie-

Samenvatting:

De tandarts-algemeen-practicus wordt en kan voor een hoger niveau van werkzaamheden worden opgeleid dan nu in zijn dagelijkse praktijk is te zien. Omdat evenwel de mogelijkheid om eenvoudige werkzaamheden te delegeren zeer beperkt is, heeft de tandarts nauwelijks een andere uitweg dan om op een sub-academisch niveau bezig te zijn.

Het gevolg is dat teveel patiënten naar specialisten worden doorverwezen en daardoor teveel specialisten zijn opgeleid. Een ander gevolg is dat niet alleen de algemeen-practicus maar ook de specialisten onder hun opleidingsniveau werkzaam zijn en de kennis en vaardigheid van dat niveau verliezen. Deze situatie leidt tot een laag niveau van praktijkvoering en tot een verspilling van geld. Om in deze situatie verandering aan te brengen wordt het opleiden van meer medewerkers (hulpkrachten) bepleit.

In Nederland is er buiten de universitaire instellingen nauwelijks specialistische kennis en hulp beschikbaar op de gebieden der endodontologie, parodontologie en functieleer. Een beperkt aantal specialisten in deze gebieden, die bovendien goed over het land verspreid dienen te worden is nodig. Als de georganiseerde tandheilkunde niet in staat is om deze problemen op te lossen, dan zal de overheid dit op puur economische gronden trachten te doen. Een somber perspectief voor het nu al te grote aantal tandartsen kan dan in het verschiep liggen.

ken. Een kaakchirurg zal zich bijvoorbeeld om twee redenen niet bezig kunnen houden met endodontische chirurgie: hij kan, een enkel buitengewoon

begaafd mens uitgezonderd, de endodontologie niet op specialistisch niveau beheersen omdat dit vakgebied zich tot een specialistisch niveau heeft ontwikkeld en omdat de kaakchirurg, om zijn chirurgische vaardigheid binnen zijn eigen specialisme te bewaren en te ontwikkelen, niet te veel tijd aan andere bezigheden moet verspillen. Kortom, de techniek alleen, bijvoorbeeld het gebruik van het mes, is geen maatstaf voor het afbakenen van specialistische terreinen. Maar, en dat is in Nederland een levensgroot probleem, waar moet de algemeen-practicus naar toe als hij moeilijkheden heeft met behandelingen op de gebieden van de endodontologie, de parodontologie, de temporo-mandibulaire klachten en dergelijke? Behalve op de universitaire instellingen zijn er weinig mensen te vinden die zich in deze gebieden op specialistisch niveau bezig houden.

De Nederlandse tandheelkunde heeft zich tot nu toe beperkt tot twee specialismen. De kans dat er meer komen is, zoals vroeger, ook nu gering, omdat het Centraal College dat de specialismen regelt, daar veel, zo niet alles, in te zeggen heeft en er geen belang bij heeft. De Maatschappijvertegenwoordigers voelen er niet voor omdat door nieuwe specialismen de algemene praktijk verder dreigt te worden uitgehouden. Bovendien sloot de organisatievorm van het Centraal College tot voor kort in het geheel niet aan bij de manier waarop de universiteiten worden bestuurd en zijn ook nu nog de vakken die zich evenzeer als de orthodontie en de kaakchirurgie tot specialismen hebben ontwikkeld niet in het College vertegenwoordigd.

In andere landen, bijvoorbeeld in de Verenigde Staten, werd dit bezwaar onderkend en werden specialisaties ingericht in de Endodontologie, de Orale Pathologie, de Chirurgie, de Orthodontie, de Pedodontologie, de Parodontologie, de Prothetische Tandheelkunde en de Sociale Tandheelkunde. Men komt daar echter terug op de vraag of al deze specialismen nodig zijn en er is een tendens om de algemeen-practicus beter op te leiden zo-

dat het aantal handelingen van de specialisten kan worden verminderd, waardoor de zorgverlening goedkoper wordt. Het is aangetoond dat tandartsen die in hun studententijd weinig onderwijs hebben gehad in de orthodontie, veel gemakkelijker hun patiënten naar de orthodontist doorsturen dan zij die in dit vak beter werden onderwezen.

De geschiedenis en de huidige stand van zaken

Bij een poging om naar wegen te zoeken die tot een bevredigende oplossing leiden, is het goed om eens te bezien hoe de huidige situatie tot stand is gekomen.

Tot voor de oorlog was de tandheelkunde een vrijwel uitsluitend technisch beroep. De tandartsen hadden evenwel door de toen ook al kostbare technieken en de kleine, maar maatschappelijk hooggeplaatste patiëntenkring die zij bij zich thuis moesten ontvangen, een uitzicht op een betrekkelijk hoog inkomen. Door ontwikkelingen in de tandheelkunde zelf, maar ook in de omliggende vakgebieden, ontstond het inzicht dat er meer aan de hand en meer nodig was dan een technische hulpverlening. In Nederland had dit tot gevolg dat in 1947 de studie geheel universitair werd en een belangrijke uitbreiding in biologische, medische en later psycho-sociale richting plaatsvond. Deze verandering was gebaseerd op en ging gepaard met een snelle toename van de kennis op het gebied der groeistoornissen, de parodontologie, de endodontologie en de functieleer. Ook bleek dat bij de chirurgische behandeling van aangeboren cranio-faciale afwijkingen en tumoren de hulp van de tandarts niet kon worden gemist.

Behalve de parodontologie – die nog jarenlang effectief onder het tapijt werd geveegd omdat zij door haar noodzakelijke bemoeienissen met vrijwel alle aspecten van de restauratieve tandheelkunde, de op technieken gebaseerde departementale structuur van de opleidingen bedreigde – de endodontologie en de functieleer, kwa-

men de orthodontie en de kaakchirurgie steeds beter uit de verf. De opleiding tot tandarts hield met deze ontwikkelingen geen gelijke tred. En dat is goed verklaarbaar. De biologische uitbouw van de studie was het gevolg van het ingrijpen van een beperkt aantal verlichte geesten en de traditionele structuren zaten muurvast. De studie veranderde maar had nauwelijks invloed op het dagelijkse werkpakket van de tandarts en op zijn uitzicht op een tamelijk hoog inkomen. Wel moet hierbij worden vermeld dat als gevolg van het wetenschappelijk onderzoek dat mogelijk werd door de veranderde studie, belangrijke wijzigingen in het voorkomen van tandheelkundige afwijkingen plaatsvonden. Men denke b.v. aan de reductie in cariësprevalentie. Op het ogenblik is het zo dat de algemeen-practicus als zijn opleiding goed is geweest, in staat is om bij voldoende aanbod van patiënten de restauratieve tandheelkunde in haar volle omvang uit te oefenen, om eenvoudige en ook minder eenvoudige orthodontische behandelingen uit te voeren, ook al hoort men tegenwoordig wel dat de eenvoudige niet bestaan, om dento-alveolair-chirurgische ingrepen te doen en om een deel van de temporo-mandibulaire klachten te voorkomen en op te heffen. Dit alles bij voldoende aanbod van patiënten.

Maar, uitzonderingen daargelaten, dat geldt niet voor het huidige aantal tandartsen. Wat doet dus de algemeen-practicus? Door de tot voor kort enorme vraag naar eenvoudige restauratieve hulp is hij voor het grootste deel van zijn tijd bezig met het prepareren en restaureren van caviteiten en voor de rest met eenvoudige extracties en het vervaardigen van partiële en volledige prothesen, een bezigheid die hem als hij het goed doet, bij een honorering volgens het Ziekenfondsbesluit een hoop geld kost. Is er dan al eens een gelegenheid om een grote reconstructie aan te vatten, dan ontbreekt daartoe de routine en de benodigde praktijkorganisatie, dikwijls ook het inzicht.

Dient zich een wat moeilijker extractie, de zelden geïndiceerde apexresectie of een wat verdergaande orthodon-

tische behandeling dan het verplaatsen van een tand aan, dan blijkt soms de opleiding te kort te schieten en worden de patiënten doorgestuurd naar specialisten die, als zij voldoende van deze technisch eenvoudige handelingen te verrichten krijgen, hun specialistische pet aan de wilgen kunnen hangen.

Zo, min of meer, ziet de huidige situatie er uit. En deze zit grondig vast in de greep van de belangenorganisaties, in de organisatie van de gezondheidszorg en de daaraan gekoppelde financieringssystemen, die geen gelijke tred hebben gehouden met de ontwikkeling van het vak. Dit is een situatie waarbij zowel de algemeen-practicus alsook de specialist onder hun opleidingsniveau werkzaam zijn, ook wel de kwalitatieve overcapaciteit genoemd. En deze kwalitatieve overcapaciteit is behalve een zaak voor de tandheelkunde een zorg voor de overheid. De publieke belangstelling voor dit vraagstuk neemt toe. Dat geldt zowel de kwaliteit van het gebodene als de behoefte aan tandheelkundige zorgverleners. De behoefte in aantallen en soorten.

Het sociale nut van de tandheelkunde is aan de orde en alleen al de economische aspecten ervan zijn zo omvangrijk dat vroeg of laat zal worden ingegrepen. Door de tandheelkunde zelf, op grond van resultaten uit sociaal-tandheelkundig onderzoek of door de overheid door hulpkrachten in te schakelen, zoals in veel landen is gebeurd. Sociaal-tandheelkundig onderzoek naar differentiatie in de opleidingen, zowel naar boven als naar beneden, heeft aangetoond dat de verschillende tandheelkundige medewerkers door een betere taakinhoud een betere zorgverlening kunnen leveren. Deze differentiatie heeft een grote invloed op de dagtaak van de tandarts. Door het delegeren van veel routinematige handelingen van een in korte tijd opgeleide medewerker kan de tandarts, die op sommige gebieden via postacademisch onderwijs is bijgeschoold, een integrale behandeling op hoog niveau leveren. Ook is gebleken dat de veel korter opgeleide medewerkers hun taken even goed, of beter dan de tandarts, kunnen uitvoeren. De voordelen

van dit systeem zijn, behalve het wegwerken van de voor de betrokken personen onbevredigende, maar ook economisch gezien verspillende kwalitatieve overcapaciteit, het goedkopere aanvullen van de mankracht, een goedkopere zorgverlening en een ingebouwde kwaliteitscontrole.

Genoemde resultaten van onderzoek hebben er in Nederland nog nauwelijks toe geleid dat een verdere uitwerking van deze differentiatie plaatsvindt. Het is allang niet meer de vraag of delegeren kan, het is de vraag of de vertegenwoordigers van gevestigde belangen het delegeren toestaan. Soms wordt de verdere uitwerking van differentiaties tegengehouden, zoals het bekende Forsyth Experiment, dat moest sluiten onder druk van de Massachusetts Dental Association. Er bestaat de angst dat het beroep van de tandarts verder wordt uitgehold. In feite vond die uitholling in de loop van de laatste decennia al plaats doordat de delegatie van routinematige werkzaamheden die een logisch gevolg had moeten zijn van het verhogen van de status van de tandarts tot academicus, niet mogelijk was. En er moest bij een tekort aan tandartsen een overmatige hoeveelheid cariës worden weggewerkt.

De situatie is nu gewijzigd. Door de drastische reductie van cariës en de snelle toename van het aantal tandartsen wordt nu druk uitgeoefend om het studentencurriculum te verbeteren en neemt de vraag naar postacademisch onderwijs toe. Als ook in de nabije toekomst de georganiseerde tandheelkunde blijft afzien van het delegeren van routinematige taken, zal de algemeen-practicus onder zijn niveau blijven werken, zij het in mindere mate omdat hij steeds minder zal doorverwijzen naar specialisten. Voor de specialisten zal dit betekenen dat zij zich zullen realiseren dat hun aantallen nu al te groot zijn en dat het gevaar voor 'overbehandeling' groot wordt. Hoeveel orthodontische behandelingen hebben betrekking op schisispatiënten, mondademhaling, kauwefficiëntie, spraakstoornissen, temporo-mandibulaire klachten en psychische af-

wijkingen ten gevolge van orthodontische afwijkingen? Er is niets op tegen dat mensen zich laten behandelen met het oog op een verfraaiing van het uiterlijk. Maar hoeveel ouders van patiënten weten dat zij zich soms grote financiële offers moeten getroosten omdat het kind een afwijking heeft die noch het kind, noch de ouders, noch de levensduur van het gebit benadeelt? En wie zegt dat er na een verandering in het studentencurriculum, bijvoorbeeld als gevolg van taakdelegatie, het onderwijs in de orthodontie niet zo kan zijn dat het merendeel der afwijkingen door de algemeen-practicus kan worden gediagnostiseerd en behandeld? En worden in de orthodontie en in de kaakchirurgie het aantal teams dat werkelijk specialistisch moet handelen, de behandelingen moet evalueren, gelimiteerd naar aanleiding van de kennis der behandelbehoefte?

Prahl schrijft: 'Dat in Nederland regelmatig niet optimale resultaten worden geboekt bij behandeling van kinderen met aangeboren aangezichtsspleten, is gedeeltelijk terug te voeren op onervarenheid van de verschillende teamleden' en adviseert het aantal teams te reduceren van ± 20 tot 8.¹ Hoeveel kaakchirurgische en orthodontische teams zou Nederland nodig hebben om voldoende aantallen patiënten te behandelen zodat er een basis ontstaat voor het wetenschappelijk onderzoek dat nodig is om de methoden te verbeteren? Tessier (op. cit. Munro) zegt: 'Most plastic and oral surgeons have not had sufficient training to undertake major facial osteotomies.' En verder: 'There is no place for the occasional specialist in cranio-facial surgery, cardiac surgery, neuro-surgery, orthognathic surgery or racing motor-cars.'² Als men de codes van de tarievenlijst van kaakchirurgische hulp bekijkt, dan blijkt dat er niet minder dan 89 verschillende ingrepen worden beschreven (Commissie voor de Tandheelkundige Diagnostiek, Zeist, 1980). Als men deze ingrepen evenwichtig over de 120 kaakchirurgen zou verdelen en ervan uit zou gaan dat tien behandelingen per onderwerp nodig zijn om voldoende chirurgische ervaring te onderhouden, dan zijn er per

codenummer 1200 'gevallen' nodig. Daaraan voldoen preprothetische chirurgie (n=1338), lappige fibromen (n=1888), plastische sluiting van bijholtes (n=1385), grote kaakcysten (n=1581), frenulumextirpaties (n=1339), extracties onder narcose (n=1373), geretineerde elementen en radices (n=70.208) en apexresecties (n=27.491). Het aantal kaakfracturen dat conservatief wordt behandeld is 446 en operatief 1073. Dat is een kleine drie respectievelijk negen per kaakchirurg. Het aantal osteotomieën is 885, hetgeen ruim zeven per jaar per kaakchirurg betekent.

Zou de dento-alveolaire chirurgie geheel in handen van de algemeen-practicus komen dan blijven er ruim 12.000 specialistische ingrepen per jaar over (ruim 100 per persoon). Hierbij moet worden opgemerkt dat dit uitsluitend bij ziekenfondsen gedeclareerde verrichtingen zijn.

Samenvattend kan worden gezegd dat:

- de algemeen-practicus wordt opgeleid voor veel meer dan waar hij zich, en dit geldt voor een zeer groot aantal, mee bezighoudt;
- de algemene praktijk na het inrichten van een volledig universitaire studie nauwelijks veranderd is, omdat de mogelijkheid om de 'HBO-gedeelten' uit de praktijk te delegeren nu onvoldoende aanwezig is;
- met het uitzicht op de huidige praktijkvoering de opleidingen niet gericht zijn op het afleveren van tandartsen die op academisch niveau functioneren;
- dientengevolge teveel patiënten worden verwezen naar specialisten, waardoor de behoefte aan specialisten is toegenomen en deze per persoon te weinig specialistische ingrepen verrichten;
- op de gebieden van de endodontologie, parodontologie en functie-leer buiten de universitaire en vergelijkbare instellingen nauwelijks of geen specialistische kennis aanwezig is, waardoor de tandheekkundige verzorging in Nederland tekort schiet;

- er sprake is van een grote kwalitatieve overcapaciteit zowel bij de tandarts als bij de specialist, die de oorzaak is van een laag behandelniveau en een grote geldverspilling.

Wat moet er gebeuren om de geschetste problemen op te lossen?

Een uitweg uit de geschetste problematiek is ten dele eenvoudig en ook ingewikkeld. Als men werkelijk van mening is dat de tandarts een universitaire opleiding nodig heeft, en daarvoor liggen talloze argumenten duidelijk op tafel, dan moeten de te delegeren taken worden afgestoten, de tandarts worden opgeleid tot een niveau dat hem in staat stelt de tandheekkunde in de volle omvang uit te oefenen en dientengevolge een groot deel van hetgeen nu naar de specialist wordt verwezen zelf uit te voeren. Bij deze opleiding zal een belangrijke verbetering plaatsvinden in de relatie tussen de basiswetenschappen en de kliniek. Dit betekent een dagtaak die meer inhoud heeft, kwalitatief betere tandheekkunde en lagere kosten. In die gebieden waar nu geen of bijna geen verwijzingsmogelijkheden zijn zoals de endodontologie, de parodontologie en de functieleer zullen 'specialisten' moeten worden opgeleid naar analogie van hetgeen gebeurt in Scandinavië en Zwitserland en deze zullen, zoals met de Centra voor Tandheekkundige Hulp in Bijzondere Gevallen het geval is regionaal moeten worden gespreid, eventueel binnen genoemde centra. Deze 'specialisten' kunnen desgewenst algemeen-practicus zijn die een zeer grondige nascholing hebben ontvangen in het vak van hun keuze en hebben de taak om consulten te geven, in overleg met de verwijzende tandarts behandelingen uit te voeren en zelf voor postacademisch onderwijs te zorgen in de regio. Op gezette tijden zullen deze en de bestaande specialisten die het met een volledige dagtaak moeilijk hebben 'bij te blijven', op de een of andere manier hun bekwaamheid moeten aantonen. Daarnaast blijven de universitaire en vergelijkbare centra beschikbaar voor consultatie en doorverwijzing.

Geen onderdeel van het hierboven beschrevene is nieuw. Men kan zich afvragen waarom dan het hele systeem van tandheekkundige zorgverlening niet voortdurend onderwerp van gesprek is.

Vermoedelijk is onbekendheid met bijvoorbeeld delegatie van werkzaamheden een oorzaak. Een andere is dat de tandarts zich waarschijnlijk bedreigd voelt. Dat geldt voor de algemeen-practicus zowel als voor de specialist. Bij enig nadenken kan dat niet de financiële positie zijn omdat de geschetste veranderingen nooit effectief kunnen zijn binnen een aantal decennia. De dreiging zit wellicht meer in de verwachte aantasting van de status. De tandarts ontleent zijn status, behalve aan zijn inkomen, aan het feit dat hij academicus is. Het overnemen door HBO-opgeleide medewerkers van een aantal taken, zal hij, begrijpelijkerwijze, als een ontkenning van die status ondergaan. Maar is dat terecht? Bij het inschakelen van medewerkers kan hij zijn arbeidsterrein naar een hoger niveau verleggen. Ook de specialist kan zijn werkerrein verleggen naar werkelijk specialistische handelingen waaraan hij nu zijn status ontleent en de taken afstoten waaraan hij nu zijn inkomen dankt.

Als men in de jaren zestig de beoogde mankracht in de tandheekkunde had gerealiseerd door curatieve medewerkers en wat minder tandartsen op te leiden binnen de bestaande subfaculteiten, dan zouden er naar schatting op dit ogenblik een kleine 1500 tandartsen minder zijn. Er zou minder geld nodig zijn geweest terwijl de uitbreiding van de zorg evenzeer plaats zou hebben gevonden. De kosten van de zorgverlening zouden minder explosief zijn gegroeid. Tegelijkertijd was er een betere oplossing voor de tandarts en de specialist mogelijk geweest. Bij het invoeren van dit 'systeem' verwacht Meskin³ problemen, zoals weerstand binnen de subfaculteiten die te maken zullen hebben met reorganisatie van studieprogramma's en reallocatie van gelden, de onmiddellijke noodzaak om staf aan te trekken die in staat is om, wat hij noemt de supergeneralist en de superspecialist op te leiden, het star-

ten van goede PAOT-cursussen om het niveau van de nu praktizerende tandartsen en specialisten te verhogen, en weerstand bij de consument en de politicus die zullen denken dat de veranderingen meer met protectionisme te maken hebben dan dat het belang van de patiënt ermee gemoeid is. De omstandigheden hebben zich gewijzigd, zowel binnen als buiten de tandheelkunde.

Een ernstige bedreiging doet zich voor bij onvermogen zich aan deze veranderingen aan te passen. Als wij zo doorgaan, worden de pressiegroepen van de algemeen-practici en de specialisten steeds groter. En als dan de onvermijdelijke externe, op basis van puur economische motieven veroorzaakte, klappen vallen, zijn de deelnemers aan de dan functionerende tandheelkundige organisatie het slachtoffer.

Summary:

Title: Specialization, yes or no?

Keywords: Dental education – Specialization – Delegation

The general dental practitioner is and can be

trained for higher level activities than now demonstrated by his current daily routine. However, since the possibility to delegate simple activities is severely restricted, the dentist has practically no choice but to work at a subacademic level. The consequence is that too many patients are referred to specialists with the result that too many specialists are trained. Another effect is that not only general practitioners but also specialists work in a condition of qualitative overcapacity and lose the skills they were trained for. This situation leads to a lower level of treatment and a waste of money.

To alter this situation, the training of more dental auxiliaries is advocated.

In The Netherlands, there is a lack of specialist knowledge in the fields of endodontology, periodontology and the function of the masticatory system with exception of these departments in the schools of dentistry. A limited education of specialists in these fields and a proper spreading of them throughout the country is needed.

If organized dentistry is not able to comply, the authorities will, on a purely economical basis, make decisions that can result in a gloomy future for the already existing excess of practicing dentists.

Literatuur:

1. *Prahl-Anderson B.* De plaats van het 'schissteam' in de gezondheidszorg in Nederland. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1983; 90: 201-204.
2. *Munro JR.* Craniofacial surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 1982; 19: 72-73.
3. *Meskin LH.* Societal and professional forces

affecting graduate dental education. *J Dent Educ* 1980; 44: 714-724.

Geraadpleegde literatuur:

1. *Cady JM.* The future of dental specialties. *Am J Orthod* 1973; 64: 625-630.
2. *Douglas CW, Cole KO.* The supply of dental manpower in the United States. *J Dent Educ* 1979; 43: 287-302.
3. *Graber TM.* Countdown for dental education. *Orthodontic Education. J Dent Educ* 1967; 31: 128-137.
4. *Hahn NJ, Coppes L, Heuvel J van den.* Het Tandheelkundig Gezondheidsproject. De resultaten van taakdelegatie in een tandheelkundige praktijk. Rapport, Universiteit van Amsterdam, juli 1983.
5. *Hein JW.* Do dental specialties have a future? *J Dent Educ* 1975; 39: 452-454.
6. *Hollanders HJJ.* De les van het congres. *Nederlands Tandartsbl* 1983; 38: 490.
7. *Lobene RR, Kerr A.* The Forsyth Experiment: an alternative system for dental care. Cambridge, Massachusetts and London: Harvard University Press, 1979.
8. *Manasse RJ, Dorley RJ.* Correlates of the orthodontic aspects of the general dentist's practice. *J Dent Educ* 1980; 44: 534-546.
9. *Rickles NH.* Expanded roles for the dentist. *J Dent Educ* 1975; 39: 584-586.
10. *Rovin S.* The future of dental specialization. *J Dent Educ* 1979; 43: 537-543.

Juni 1983.

Adres: Prof. Dr. L. Coppes,
Louwesweg 1,
1066 EA Amsterdam.