

HET SPECIALISME MONDZIEKTEN EN KAAKCHIRURGIE EN DE OPLEIDING TOT TANDARTS-KAAKCHIRURG

F. VAN DOP
R. F. VAN HOOF

Trefwoorden: Mondziekten en kaakchirurgie – Onderwijs – Specialisatie – Specialistenopleiding

Historische ontwikkeling

In ons land is begin twintigste eeuw de eerste aanzet gegeven tot het ontstaan van het specialisme Mondheekunde en Chirurgische prothetiek. In Utrecht was Prof. J. W. A. Tjebbes, arts, in 1932 de eerste exponent van een deelspecialisme in de heekunde dat zich uitsluitend met het maxillofaciale gebied bezig hield. Naast de polikliniek aan het Tandheelkundig Instituut als traditionele afdeling van het onderwijs, heeft hij in de loop der jaren op het terrein van het Academisch Ziekenhuis een afzonderlijke kliniek voor kaakchirurgie en mondziekten ter beschikking gekregen en eveneens dienstbaar gemaakt aan de opleiding van tandartsen. Hij genoot landelijke bekendheid wegens zijn grote vaardigheid in de operatieve behandeling van aangeboren afwijkingen van het aangezicht. Tjebbes was reeds toen van mening dat de kaakchirurgie een combinatie behoorde te zijn van tandheekunde met algemene geneeskunde en chirurgie.

Er was duidelijk behoefte aan tandheelkundige inbreng bij de behandeling van patiënten met aangeboren afwijkingen aan de kaken en van patiënten met kaakfracturen. Zo werd in 1928 te Groningen de tandarts M. Hut tot assistent aan de chirurgische kliniek benoemd. Het is vooral aan de stuwende kracht van de in 1947 benoemde hoogleraar Hut te danken dat het tandheelkundig specialisme Mondziekten en kaakchirurgie, zoals wij dat thans kennen, is ontstaan.

De geschiedenis heeft geleerd dat in de diverse heekundige specialismen een grote vooruitgang werd geboekt door de opgedane ervaring bij de behandeling van oorlogsslachtoffers. Door de grote aantallen gewonden met aangezichtsletsels uit de Eerste- en Tweede Wereldoorlog is de kennis over kaakchirurgische operatietechnieken sterk toegenomen. Wetenschappelijke vooruitgang, technologische en vooral ook anesthesiologische ontwikkelingen hebben ook voor de kaakchirurgie bijgedragen tot een gestadige groei van dit vakgebied, dat zich allengs duidelijker aftekende als een tandheelkundig specialisme. Dit laatste was niet zo verwonderlijk als men zich realiseert dat enerzijds de werkzaamheden zich voor een niet onbelangrijk deel op het dento-alveolaire gebied bevinden en anderzijds dat het gebit en de kaken een sleutelpositie innemen bij de behandeling van aangezichtstraumata en vele maxillo-faciale skeletafwijkingen.

De reorganisatie van het tandheelkundig onderwijs in 1947 en vervolgens de erkenning in 1956 door de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde (NMT) van het specialisme Mondheekunde en Chirurgische Prothetiek hebben het mogelijk gemaakt dat dit vakgebied zijn bestaansrecht heeft kunnen bewijzen binnen het bestel van de gezondheidszorg in dit land. Ten einde het werkgebied duidelijker aan te geven is de naam later gewijzigd in Mondziekten en kaakchirurgie.

De opleiding tot tandarts-kaakchirurg is van oudsher gebonden geweest aan de aanwezigheid van een subfaculteit tandheekunde, aanvankelijk dus alleen Utrecht en Groningen. Na de stichting van de Subfaculteiten Tandheekunde aan resp. de Universiteit van Amsterdam, de Katholieke Universiteit te Nijmegen en de Vrije Universiteit te Amsterdam werd het aantal opleidingsmogelijkheden belangrijk uitgebreid en was er sprake van een voortdurende groei van het aantal kaakchirurgen. Velen vonden een plaats in de top- en centrum-ziekenhuizen van ons land. In het laatste decennium vormden zich meer samenwerkingsverbanden van twee of meer kaakchirurgen. Deze tendens was in overeenstemming met datgene wat in de nota Vestigingsbeleid voor dit specialisme werd gesteld: 'Kaakchirurgische hulp kan het beste worden verleend in centra waaraan meer dan één kaakchirurg is verbonden.' De Nederlandse Vereniging voor Mondziekten en Kaakchirurgie is van mening dat de kaakchirurg verbonden dient te zijn aan een ziekenhuis en dus behoort tot de zogenaamde intra-muraal werkende specialisten. Zonder de materiële en organisatorische voorzieningen die alleen het ziekenhuis ter beschikking kan stellen, is het immers onmogelijk om het gehele scala van kaakchirurgische ingrepen te kunnen uitvoeren.

Anno 1984 is de kaakchirurg in de intramurale gezondheidszorg niet meer weg te denken. In de beginfase was het vooral op het gebied van de behandeling van de aangezichtsfracturen dat zijn bijdrage noodzakelijk was. Allengs bleek dat hij ook op andere onderdelen in de preventieve en curatieve tandheelkundige en medische ziekteproblemen een bijdrage had te leveren (o.a. dento-alveolaire chirurgie, parodontologie, aangeboren afwijkingen aan het aangezicht, tumorchirurgie).

Samenvatting:

Het tandheelkundig specialisme Mondziekten en kaakchirurgie werd in 1956 door de NMT erkend. De opleiding tot tandarts-kaakchirurg vindt uitsluitend plaats aan de met een subfaculteit Tandheekunde verbonden kliniek voor Mondziekten en kaakchirurgie en duurt vier jaar. Het specialisme wordt nagevoerd alleen intramuraal uitgeoefend. De gehele regeling van de erkenning, opleiding en registratie van specialisten is opgenomen in de Statuten van de beroepsorganisatie (NMT) terwijl de voorwaarden waaraan een opleiding behoort te voldoen zijn vastgelegd in de Algemene- en Bijzondere Eisen, die door het Centraal College (wetgevend lichaam) zijn uitgevaardigd. De Specialisten Registratie Commissie voert de vastgestelde richtlijnen uit en heeft een controlerende functie over al hetgeen de specialistenopleiding aangaat. De Commissie van Beroep biedt de mogelijkheid van een onafhankelijke rechtspraak inzake geschillen. Het Concilium Chirurgicum Oris, een commissie van de wetenschappelijke vereniging heeft een belangrijke adviserende taak met betrekking tot de inhoud van de opleiding. De afgelopen periode van bijna 30 jaar heeft een expansieve groei in het aantal kaakchirurgen te zien gegeven (thans 150 in het register ingeschreven kaakchirurgen). Sinds kort is dan ook het evenwicht in de vraag naar kaakchirurgen en de vestigingsmogelijkheden verstoord. In de toekomst zal een duidelijk standpunt bepaald moeten worden over de wenselijkheid van een 'dubbele kwalificatie' (zowel tandarts als arts) van de kaakchirurg, wil het specialisme zich niet alleen nationaal maar ook internationaal handhaven en laten gelden.

Van de aan het ziekenhuis verbonden kaakchirurg wordt thans verlangd dat hij kan fungeren als hoofd van een klinische afdeling. Hij is actief deelgenoot in de ziekenhuisorganisatie, in het bijzonder door zijn lidmaatschap van de medische staf. Hij brengt onder meer in klinische lessen aan verpleegkundigen, co-assistenten en assistenten in opleiding de beginselen van de kaakchirurgie bij. Tevens verzorgt hij geregeld voor de tandartsen en huisartsen uit de regio klinische voordrachten.

Inrichting van de opleiding

Een essentieel verschil tussen de twee tandheelkundige specialismen Dento-maxillaire orthopedie en Mondziekten en

kaakchirurgie is gelegen in het feit dat het laatste een klinisch specialisme is, hetgeen bepalend is geweest voor de structurering van de Algemene- en de Bijzondere Eisen waaraan de opleiding, de opleiders en de opleidingsinrichtingen behoren te voldoen. Het Concilium Chirurgicum Oris dat belast was met het ontwerpen van een concept voor deze regels, heeft dan ook in vele opzichten voor de organisatie, de erkenning en registratie van het specialisme voortgeborduurd op het stramien zoals dat binnen de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (K.N.M.G.) voor de medische specialisten al gangbaar was. Juist vanwege het feit dat het specialisme intra-muraal werkt, is het van belang dat de kaakchirurgie zich zowel in zijn officiële structuur als in zijn totale functioneren profileert naar het evenbeeld van de medische specialismen. De gehele regeling van de erkenning, opleiding en registratie van specialisten is opgenomen in de Statuten van de beroepsorganisatie (artikel 115 tot en met 143). Er bestaat tot op heden geen regeling van deze materie bij de wet. In ons land is dus de specialistenopleiding in handen van een privaatrechtelijke organisatie. In het Voorontwerp Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (de zogenaamde BIG) kunnen we echter lezen dat er, indien de beroepsorganisatie tekort schiet, voor de wetgever aanleiding is om zich er wel mee te gaan bezighouden. Hoe het ook zij, Nederland neemt wat de erkenning, opleiding en registratie van specialisten aangaat, een unieke positie in, zeker in vergelijking tot de andere landen van West-Europa.

De opleiding en daarmee de opleider en de opleidingsinrichting zijn bij voorkeur verbonden met een tandheelkundige subfaculteit. In ons land vindt dan ook de opleiding tot kaakchirurgie uitsluitend plaats aan de vijf tandheelkundige subfaculteiten. We kennen dus niet, zoals in de geneeskunde, het onderscheid in een universitaire opleiding en de zogenaamde A- en B-opleidingen, die in daartoe erkende perifere ziekenhuizen plaatsvinden. In de beginjaren waren de eisen rond de tandheelkundige specialisten uiterst summier omschreven. Ze bevatten geen welomschreven programma, zodat veel afhing van de persoonlijke inzichten en opvattingen van de opleider. Einddoel van de opleiding was toen, en is dat heden ten dage nog, dat de opgeleide zelfstandig en waar nodig in samenwerking met andere disciplines het specialisme kan uitoefenen. Inmiddels is er veel veranderd. In de structuur van de NMT is naar evenbeeld van de K.N.M.G. wat erkenning, opleiding en registratie aangaat, voorzien in een Centraal College (CC), waarvan de samenstelling de inspraak waarborgt van alle instanties die

medeverantwoordelijkheid dragen voor het goed functioneren van de specialistenopleiding. In het CC hebben zitting vertegenwoordigers van de NMT (algemeenpractici en perifeer werkende specialisten), de opleiders, de universiteiten en de overheid.

Het CC heeft een wetgevende taak en zij bepaalt: 1. welke onderdelen van de tandheelkunde als specialisme worden erkend, 2. de eisen die worden gesteld aan de opleiding, de opleiders en de opleidingsinrichtingen van specialisten. Wat het laatste punt betreft kennen we de Algemene Eisen en de Bijzondere Eisen.

Naast het wetgevende lichaam, het CC, is er een uitvoerend lichaam, de Specialisten Registratie Commissie (SRC), dat als taak heeft vast te stellen wie erkend wordt als specialist, als opleider en als opleidingsinrichting. Het behoort tevens tot de taak van de SRC voornoemde onderdelen geregeld naar hun kwaliteit te beoordelen. Zij stelt een Visitatiecommissie in, die eens per vijf jaar of zoveel vaker als zij dit noodzakelijk acht, een onderzoek instelt en adviseert over opleiders en opleidingsinrichtingen.

Als derde van de trias politica is er een onafhankelijke rechtspraak middels de Commissie van Beroep.

Algemene eisen

De Algemene Eisen zijn sinds 23 december 1978 van kracht nadat zij waren gepubliceerd in het Nederlands Tandartsenblad. Zij beschrijven in algemene zin waaraan de opleiding, de opleiders en de opleidingsinrichtingen behoren te voldoen en gelden voor beide tandheelkundige specialismen. Op een aantal punten wordt erin verwezen naar de Bijzondere Eisen van de respectieve specialismen.

Belangrijke punten uit deze Algemene Eisen zijn o.a.:

- om tot de opleiding te kunnen worden toegelaten moet men eerst een Nederlands of daarmee gelijkgesteld buitenlands tandartsdiploma hebben;
- de werkzaamheden van de assistent moeten een volle dagtaak omvatten; opleiding in part-time verband is dus uitgesloten;
- slechts na speciale toestemming mag een deel van de opleiding in het buitenland plaatsvinden;
- de administratieve begeleiding en het verzamelen van alle gegevens over een assistent in opleiding berust bij de SRC;
- aan het einde van het eerste opleidingsjaar wordt beoordeeld of men geschikt is de opleiding voort te zetten;
- gedurende de gehele opleiding vindt jaarlijks een beoordeling plaats;
- een opleider krijgt zijn erkenning als zodanig steeds voor een periode van vijf jaar tegelijk;

— ook aan de opleidingsinrichting worden eisen gesteld, zoals het beschikbaar stellen van voldoende faciliteiten voor de opleiding, het hebben van een modern administratief systeem, een goede bibliotheek en voldoende instrumentarium.

De wetenschappelijke vereniging heeft een belangrijke inbreng bij de gehele regulering van het specialisme. Om het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Mondziekten en Kaakchirurgie daarin te adviseren is een speciale commissie, het Concilium Chirurgicum Oris, in het leven geroepen. Deze commissie heeft in het verleden uitgebreid geadviseerd over de inhoud van de Algemene- en Bijzondere Eisen, maar deze taak gaat nog steeds door omdat regelmatig aanpassingen nodig (kunnen) zijn.

Bijzondere eisen

Voor het specialisme Mondziekten en kaakchirurgie zijn deze uitgewerkte eisen op 23 februari 1982 van kracht geworden. Een belangrijk onderdeel hiervan vormt de omschrijving van de opleiding. Het vakgebied is daarin gedefinieerd als zijnde het deel van de tandheelkunde dat betrekking heeft op de diagnostiek, de preventie en de conservatieve en operatieve behandeling van ziekteprocessen, verwondingen, fracturen, misvormingen en vormafwijkingen van het gebit, de mondholte, het aangezichtsskelet en de omgevende weke delen, inclusief de speekselklieren. Vervolgens komt aan de orde het doel, het niveau, de duur (tenminste vier jaar) en tot slot de inhoud van de opleiding.

Het Concilium heeft bij het samenstellen van de Bijzondere Eisen bewust rekening gehouden met de veranderde duur en kwaliteit van de tandartsenopleiding. In het huidige curriculum wordt dan ook ruime aandacht geschonken aan medisch-biologisch onderwijs in zowel theoretische als praktische zin. Dit wordt bereikt door het afleggen van een tentamen Interne Geneeskunde op doctoraal niveau, alsmede opleiding in de fysische diagnostiek. Daarnaast moet de assistent deelnemen aan de gemeenschappelijke basisopleiding voor alle Heelkundige Specialismen onder auspiciën van het Collegium Chirurgicum Neerlandicum, die tot doel heeft alle toekomstig heelkundig werkzame specialisten de theoretische kennis van de grondbeginselen van de heelkunde en praktische vaardigheid in de elementaire chirurgische technieken bij te brengen. In deze breed opgezette cursus met in totaal 12 onderdelen met bijbehorende werkboeken wordt ook aandacht geschonken aan facetten zoals pre- en postoperatieve zorg, anatomie, traumatologie, attitude van de chirurg etc. Aan deze cursus zijn enkele malen per jaar

toetsen verbonden waaraan door de assistent moet worden deelgenomen.

Een stage in de anesthesiologie en resuscitatie completeert de hoeveelheid aan algemeen medische kennis, inzicht en vaardigheid die vereist is voor de poliklinische en vooral de klinische zorg en verantwoordelijkheid die de specialist ten aanzien van zijn patiënten heeft.

In het curriculum van de opleiding is verder ruim voorzien in het opdoen van diagnostische kennis van het gebied zoals in de definitie van het specialisme omschreven alsmede in het verwerven van voldoende operationele vaardigheid.

Niet bij ieder type operatie wordt ernaar gestreefd om de assistent te leren de ingreep zelfstandig uit te voeren. Zo zal hij waarschijnlijk vaker assisteren bij grotere oncologische ingrepen, zonder een dergelijke operatie zelf ooit uit te voeren. Toch is de educatieve waarde hiervan groot; de assistent ziet immers hoe een tumor er tijdens de operatie uitziet, maakt kennis met bepaalde chirurgische principes die ook bij andere operaties toepasbaar zijn en krijgt tegelijkertijd de gelegenheid zijn kennis van de chirurgische anatomie te vergroten.

De dento-alveolaire chirurgie wordt tijdens de opleiding tot een dusdanig niveau onderwezen dat alle voorkomende operaties zelfstandig kunnen worden uitgevoerd. Hetzelfde geldt voor de chirurgie van de weke delen ter behandeling van benigne tumoren, cysten, antrumperforaties en traumata alsmede alle voorkomende parodontale ingrepen. De speekselklierchirurgie wordt onderricht, behoudens de operaties aan en in de gl. parotis. De opleiding in de preprothetische chirurgie, de traumatologie van mandibula, maxilla en zygoma, en tenslotte de correcties van dysgnathieën door een osteotomie omvat het gehele scala van de hierbij gangbare operatietechnieken.

De assistent dient iedere ingreep die hij heeft uitgevoerd bij te houden op een zogenaamde verrichtingenlijst. Deze lijst dient hij aan het einde van ieder opleidingsjaar op te sturen naar de SRC. Toetsing geschiedt aan de hand van de verrichtingenlijst, zoals deze is opgenomen in de bijzondere opleidingseisen en waar voor elk der type verrichtingen een minimum aantal is vastgesteld. Op deze manier is er voldoende waarborg dat iedere assistent aan het einde van zijn opleiding voldoende praktische ervaring heeft opgedaan. Immers zou zijn verrichtingenlijst onvoldoende 'score' tonen, dan wordt zijn inschrijving in het specialistenregister uitgesteld.

Ter beoordeling komt bovendien ook nog het kunnen werken in teamverband, het beheersen van contactuele vaardigheid tegenover patiënten, collegae en medewerkers, ervaring in organisatorische en beheerstaken, het zelfstandig kunnen ver-

richten van wetenschappelijke arbeid (tenminste één artikel en één voordracht) en tot slot het kunnen verzorgen van praktisch en theoretisch onderricht.

Positiebepaling

In de achter ons liggende periode van bijna 30 jaar heeft de kaakchirurgie zich een vaste plaats verworven binnen de gezondheidszorg van ons land. Doordat de uitoefening nagenoeg uitsluitend in ziekenhuizen plaatsvindt, zijn de mogelijkheden tot nader contact met de medische disciplines beduidend vergemakkelijkt, hetgeen geleid heeft tot een wederzijdse appreciatie van elkaars kennen en kunnen.

De overheid heeft het vakgebied toebedeeld aan zgn. top- en centrumziekenhuizen. De aanvankelijk solitair optredende kaakchirurgie is zo langzamerhand verdwenen en daarvoor in de plaats zien we maatschappen van twee of meer specialisten. Vele jaren lang ontbrak een beleid inzake het aantal op te leiden kaakchirurgen. Vestigingsmogelijkheden en de vraag naar kaakchirurgische hulp zijn zelfs tot 1983 met elkaar in evenwicht gebleven, ondanks de expansieve groei van het aantal kaakchirurgen (zie tabel).

1957	-	9 kaakchirurgen
1967	-	29 kaakchirurgen
1977	-	86 kaakchirurgen
medio 1984	-	150 kaakchirurgen

In de Richtlijnen ex artikel 3 van de Wet Ziekenhuis Voorzieningen wordt als kwantificering van de specialistenplaats voor kaakchirurgie vermeld 1 kaakchirurg per 133.000 inwoners. Dit gegeven alsmede de conform de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg aan vergunning gebonden vestiging van de zelfstandige beroepsoefenaren, hebben ertoe geleid dat vanaf medio 1983 nieuw opgeleide kaakchirurgen geen of slechts moeizaam emplot hebben kunnen vinden.

Gezien het voorafgaande is er in overleg met de wetenschappelijke vereniging en de opleiders een mankrachtplanning tot stand gekomen, die vanaf 1984 voorziet in het 'op de markt' brengen van vier kaakchirurgen per jaar.

Door de jonge leeftijdsopbouw van de huidige groep kaakchirurgen zal er pas in het jaar 2000 sprake zijn van een vloeiend evenwicht tussen in- en uitstroom.

Het is nog onduidelijk in welke mate het overheidsbeleid mogelijkheden biedt tot ruimere vestiging van pas opgeleide kaakchirurgen. Bovendien kan men slechts gissen naar het effect van de overmaat aan tandartsen in relatie tot datgene wat naar de kaakchirurgen verwezen zal worden.

De tandarts-algemeen-practicus heeft uit

hoofde van zijn tandartsexamen de bevoegdheid tot chirurgisch handelen, maar hij zal zich bij de uitoefening daarvan echter heel duidelijk de eigen verantwoordelijkheid voor ogen moeten houden bij het trekken van de grenzen van zijn kennen en kunnen. In dit verband zal stellig de bredere bekendheid die de kaakchirurgie verworven heeft medebepalend zijn voor de keus wie welke chirurgische ingreep gaat doen.

Gedurende de tandheelkundige opleiding waarin een of meerdere stages op een afdeling Mondziekten en kaakchirurgie zijn opgenomen, wordt het de aankomende tandarts duidelijk waarin de kaakchirurg hem in de patiëntenzorg kan bijstaan.

In den lande zijn diverse centra waar bijzondere tandheelkunde wordt uitgeoefend (de zogenaamde art. 9-centra, genoemd naar het betreffende artikel uit het Besluit tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering). Bij het tot stand komen van deze centra en het intra-muraal functioneren ervan heeft de afdeling Kaakchirurgie in het betreffende ziekenhuis een stimulerende en adviserende taak.

Ter begeleiding en vaak ook ter behandeling van patiënten met aangeboren afwijkingen aan lip, kaak of gehemelte zijn 'schisis-teams' opgericht waarin, naast o.a. de plastisch chirurg, de KNO-arts en de logopedist, de twee tandheelkundige specialismen een belangrijk aandeel hebben. Voor de kaakchirurgie ligt een dankbare taak in de behandeling van de 'secundaire' schisis, de correctie van de dysgnathie op oudere leeftijd.

Hoewel de kaakchirurgie juist de laatste jaren nieuwe impulsen heeft gekregen die geleid hebben tot verdieping van het vakgebied, voornamelijk op het gebied van de klinische kaakchirurgie, is en blijft kwantitatief bezien het werkterrein van de kaakchirurg bestaan uit vooral poliklinische operaties op dento-alveolaire gebied. Voor deze chirurgie is hij afhankelijk van verwijzing van patiënten door de tandarts-algemeen-practicus.

Toekomstvisie

De gezondheidszorg van ons land staat voor een periode waarin veel zal gaan veranderen. De vanzelfsprekende verworvenheden van weleer zullen in de toekomst minder voor de hand liggen en kostbaar worden. Los van de vele politieke beslissingen en maatschappelijke veranderingen die alles en iedereen in de gezondheidszorg zullen raken, geldt voor de kaakchirurgie bovendien nog een ontwikkeling van totaal andere aard die nadere aandacht vraagt. Al zijn wij in Nederland tevreden met het bereikte peil van de algemeen medische kennis, inzicht en vaardigheid die thans in onze kaakchirurgische opleiding wordt bereikt, dan nog kunnen wij niet voorbijgaan

aan tendensen in de ons omringende (E.E.G.-)landen. Daar blijven namelijk toch sterke stromingen bestaan die een kaakchirurg willen hebben met een 'dubbele kwalificatie', die dus zowel het tandarts als het artsdiploma bezit.

Een aantal Nederlandse kaakchirurgen volgden en volgen een dergelijke 'dubbele' opleiding op eigen initiatief. In het verleden is wel degelijk overwogen om dit verplicht te stellen. Men heeft zich echter op het standpunt gesteld dat dit een te zware eis zou zijn die ook niet in overeenstemming is met het beoogde doel: het verzamelen van voldoende medische kennis om als kaakchirurg goed te kunnen functioneren. Een voldoende hoog niveau van medische kennis acht men te zijn bereikt met het afleggen van het eerste gedeelte van het doctoraalexamen geneeskunde (het D₁). In het verleden zijn uitgebreid pogingen ondernomen om dit examen als officiële opleidingseis in te voeren. De nieuwe wetgeving waarin het volgen van meerdere studies niet meer mogelijk is, belette dit. Het laatste woord is hier nog lang niet over gezegd, maar zou deze tendens zich doorzetten, en niets wijst op het tegendeel daarvan, dan is het niet ondenkbaar dat wil de kaakchirurgie zich nationaal als gelijkwaardig specialisme handhaven en laten gelden, wij ons in Nederland zullen moeten gaan bezinnen op welke wijze een aanpassing geëffectueerd kan worden.

Het toegenomen aantal tandartsen heeft er tevens toe geleid dat de belangstelling om tot specialist opgeleid te worden sterk is toegenomen. Iedere opleider ziet zich thans geconfronteerd met een wachtlijst voor een vrijkomende opleidingsplaats. Een toenemend aantal van deze 'wachters' gaat deze tijd benutten om zich alvast in aspecten van het specialisme te bekwaamen of begint alvast aan de theoretische studie van de algemene medische kennis. Dit verschijnsel leidt ertoe dat de 'wachters' die al wat meer gepresteerd heb-

ben de voorkeur krijgen bij een selectieprocedure. Heel sluipend ontstaat op deze wijze een toelatingseis die ver boven de officieel geldende (alleen de tandartsbul) uitkomt. Thans gelden nog geen regels voor een selectieprocedure en bestaat er ook nog geen echte behoefte aan, doch dit zou snel kunnen veranderen.

Financieel-economische en maatschappelijke factoren zullen mede de toekomst van ons opleidingsbestel bepalen. Zo wordt de kans op het vinden van een vestigingsplaats mede bepalend voor de 'instroom' van assistenten in opleiding.

De consequentie van de tendens tot arbeidstijdverkorting is ongetwijfeld dat het meer tijd vergt voordat de assistent een bepaald niveau van kennis en vaardigheid bereikt heeft. Een direct gevolg hiervan zou weleens een verlenging van de huidige opleidingsduur van vier jaar kunnen betekenen.

Summary:

Title: The dental specialty oral and maxillofacial surgery and the training of oral and maxillofacial surgeons.

Keywords: Oral and maxillofacial surgery - Specialty - Specialty training

The dental specialty Oral and Maxillofacial Surgery was recognised in 1956 by the Dutch Dental Association. The training of oral and maxillofacial surgeons is restricted to Dental Schools with a Department of Oral and Maxillofacial Surgery and takes 4 years. Normally this specialty is practised in general hospitals. The approval, training and registration of specialists is organised by the Dutch Dental Association, whilst the training program is controlled by the Algemene en Bijzondere Eisen (general and specific requirements) issued by the Centraal College (legislature). The Specialisten Registratie Commissie is the executive and supervises all

aspects concerning the training program. A Committee of Appeal serves as a independent administration of justice in case of dispute. The Concilium Chirurgicum Oris, a committee of the scientific Dutch society of Oral and Maxillofacial Surgery has a very important advisory function in relation to the content of the training program. The last 30 years has produced an ever increasing number of oral surgeons (at this moment there are 150 registered). There is now a discrepancy between the total number of oral and maxillofacial surgeons and the posts available. In the future a clarification is required concerning the need for a double qualification (both a dental and a medical degree) for the oral and maxillofacial surgeon to maintain his position and to achieve his ambitions.

Geraadpleegde literatuur:

1. Boering G. Mondheekunde. Inaug. rede R.U. Groningen, 1968.
2. Van Dop F. Kaakchirurgie: Geen Januskop. Ned Tandartsenbl 1982; 37/13: 530.
3. Egyedi P. Kaakchirurgische zorg in de toekomst. Ned Tandartsenbl 1980; 35: 897.
4. Hut M. Prof. J. W. A. Tjebbes 25 jaar arts. Ned Tijdschr Tandheelkd 1953; 7: 593.
5. Kusen GJ. De denkwijze in de Mondheekunde. Inaug. rede G.U. Amsterdam, 1972.
6. Van der Kwast WAM. Elementen in doorbraak. Inaug. rede V.U. Amsterdam, 1969.
7. Merckx CA. Fracturen van de aangezichtsschedel. Inaug. rede K.U. Nijmegen, 1965.
8. Tjebbes JWA. Ontwikkeling der mondchirurgie in de laatste 25 jaar. Ned Tijdschr Tandheelkd 1939; 9: 617.
9. Tolmeijer JA. Kaakchirurgie, waarheen en hoe? Ned Tandartsbl 1970; 25/11: 168.
10. Tolmeijer JA. Regionale Kaakchirurgie. Openbare les Erasmus Un. Rotterdam, 1973.
11. Tolmeijer JA. Feestrede 5e lustrum Ned. Ver. v. Mondziekten en Kaakchirurgie. Ned Tandartsenbl 1982; 37/5: 198.
12. Algemene Eisen (opleiding, opleiders en opleidingsinrichtingen). Ned. Tandartsenbl 1979; 34/2: 58.
13. Bijzondere Eisen Mondziekten en Kaakchirurgie. Ned Tandartsenbl 1982; 37/4: 178.
14. Rapport Commissie Toekomst Ned. Ver. v. Mondziekten en Kaakchirurgie 1980.

Augustus 1984.

Adres: Dr. F. van Dop,
Streekziekenhuis Almelo,
Boerhaavelaan 1,
7607 PW Almelo.