

Om dergelijkemislukkingen te voorkomen raden Månsson c.s. aan: op één element voor alle metalen restauraties 1. hetzelfde metaal te gebruiken en 2. hiervoor hoogwaardige edele metalen te gebruiken, daar alleen deze corrosie-vrij zijn.

Samenvatting:

Met een casuïstiek van een gefractureerde wortel, ter illustratie, wordt op de gevolgen van corrosie, door het gebruik van niet-edele metalen voor de stift en/of stiftopbouw, gewezen.

BIJZONDERE ONDERWERPEN

OVER EEN NIEUW BEGRIJF: MOTIVATIE VAN DE PATIËNT TOT ZELFVERZORGING

Het is uit vele onderzoeken duidelijk geworden: eliminering van de plaque is een bijzonder effectieve maatregel ter voorkoming van zowel cariës als tandsteen en parodontale ontstekingen. Dit lijkt een eenvoudige zaak, maar de praktijk leert dat een werkelijk efficiënte verwijdering toch wel op moeilijkheden stuit. Deze hangen o.a. samen met de ontstaanswijze en de consistentie van de plaque, die immers is samengesteld uit een veelheid van uiteenlopende micro-organismen, ingebed in een organische matrix, waarin anorganische verbindingen kunnen neerslaan. De vorming gaat continu door; als gevolg van de chemische reacties van verschillende bacteriesoorten (b.v. dextraanvormers) ontstaat een sterke hechting van de plaque aan de tandoppervlakken, in het bijzonder op moeilijk bereikbare plaatsen, zoals op de contactvlakken en in de sulcus gingivalis. Optimale verwijdering vergt dus een zorgvuldig uitgevoerde en tamelijk tijdrovende techniek. Bovendien is het dieet van de moderne mens in het algemeen weinig geschikt om plaquevorming tegen te gaan; integendeel, door het overvloedige gebruik van suiker wordt deze bevorderd.

Daar komt nog bij, dat vooral kinderen en opgroeiende jeugd, voor wie de preventieve maatregelen speciaal zijn bedoeld, gewoonlijk weinig bereid zijn om hun gebit stelselmatig schoon te houden. Zij hebben daar in het algemeen begrijpelijkerwijs geen oog voor. Aldus ontstaat als vanzelf de noodzaak, om te zien naar andere middelen, die op eenvoudige wijze de plaque verwijderen. Men kan daarbij denken aan chemische preparaten, die in de vorm van mondspoelingen worden toegepast.

Zo zou men het gebruik van antibiotica kunnen overwegen. Tetracyclines (o.a. streptomycine) werken remmend op de plaquevorming, maar de nevenwerkingen (overheersing van

Summary:

Title: A root fracture due to corrosion.

A case report of a root fracture due to corrosion is mentioned. Because of corrosion stainless steel and other no noble metals should not be used for pins and posts in restorative dentistry.

Literatuur:

1. Angmar-Månsson, B., Omnell, K., Rud, J. (1970): Root fractures due to corrosion. *Odontol Rev* 20: 245.
2. Dreyer Jørgensen, K. (1955): Korrosionspraengning av rødder. *Tandlaegebladet* 59: 929.

Mei 1973.

Philips van Leydenlaan 25,
Nijmegen.

fungiforme micro-organismen, sensibilisatie) dwingen tot grote terughoudendheid. Tegen het aanwenden van chloorhexidine bestaan, vanwege de toxiciteit, soortgelijke bezwaren. Dextranase als middel tot oplossing van het door bepaalde streptokokken gevormde, kleverige dextraan, heeft tot nu toe evenmin aan de verwachtingen beantwoord.

De invoering van drinkwaterfluoridering stuit bij velen nog op weerstanden, maar zelfs wanneer dit niet zo was en deze maatregel algemeen zou kunnen worden ingevoerd, dan nog zou alleen maar cariës worden teruggedaan, maar niet de parodontale ontstekingen, die evenveel – en op den duur zelfs meer – slachtoffers onder de gebitselementen maken dan tandbederf. Voor de preventie van parodontopathieën is men dus onverminderd op hygiënische maatregelen van mechanische aard aangewezen, waarin ook de patiënt zijn aandeel moet hebben: een onvermijdelijke en dagelijks terugkerende plicht, die bewust, dus met kennis van zaken en met een zeker enthousiasme dient te worden uitgevoerd.

En hier ontbreekt nu duidelijk merkbaar een schakel. De goedwillende, maar niet al te geïnteresseerde patiënt hanteert doorgaans wel een borstel, doch in negen van de tien gevallen komt dat neer op een symbolische handeling, die met een doelmatige mondhygiëne weinig gemeen heeft. Hoe komt dit? Omdat het de patiënt meestal aan voldoende informatie en dus aan kennis ontbreekt. Ook overigens ontwikkelde personen hebben vaak maar een vaag idee over het wezenlijke nut van een goed gebruik van de tandenborstel. Zij verwachten dat door hun oppervlakkige wijze van borstelen minder cariës zal ontstaan, maar van de waarde van de borstel voor de preventie van parodontale ontstekingen hebben zij meestal te weinig besef; zij kennen de gevaren van die ontstekingen voor het gebit nauwelijks. Wel van cariës: die spreekt tenminste nog tot de verbeelding. Op basis van deze gebrekkige kennis laat ook de zelfverzorging te wensen en de resultaten daarvan blijven onder de maat. De patiënten ervaren dat ondanks hun goedbedoelde pogingen tandheelkundige behandeling onverminderd nodig is. Wanneer in het raam daarvan goede informatie achterwege blijft,

dan ontstaat licht de neiging om aan de zelfverzorging of de brui te geven, of het tandenborstelen te doen degraderen tot een dagelijks afgeraffelde routinehandeling, enigszins dwangmatig uitgevoerd, als betrof het een vervelend, maar onontkoombaar ritueel. Want de tandarts heeft wel gezegd, dat eigen onderhoud noodzakelijk is, maar het wezenlijke „hoe” en „waarom” is niet duidelijk geworden.

Een en ander heeft bij de patiënt niet tot de juiste instelling, anders gezegd „attitude” geleid. Er zit achter de handeling van het tandenborstelen alleen de macht der gewoonte, maar geen enkel weloverwogen motief. Modern gezegd: de *motivatie* ontbreekt. Uit het bovenstaande blijkt dat kennis, inzicht, attitude, motivatie en wijze van handelen nauw met elkaar samenhangen. Wil men de attitude veranderen, dan moeten kennis en begrip aanwezig zijn. En een veranderde attitude motiveert de patiënt tot een ander gedrag, in casu ten aanzien van zijn zelfverzorging. Aan een juiste educatie van de patiënt is dus veel gelegen.

De vraag is dus, hoe de patiënt op het juiste spoor te zetten. De beantwoording van deze vraag is niet zo eenvoudig als het misschien wel lijkt, want de ongelijkheid van de karakters der mensen (en van hun gebitten) schept onvermijdelijk problemen. Waar bovendien maatschappelijke welstand en milieu van een zekere invloed zijn, zal al gauw blijken dat men niet met eenvormige procedures kan werken. Bij het zoeken naar oplossingen kan men de hulp van psychologen niet missen.

Het zijn problemen van deze aard, waaraan een artikel in de J Am Dent Assoc van oktober 1972 gewijd is. Het werd geschreven door F. M. Wentz, adjunct-dean van het College of Dentistry van de Universiteit van Nebraska. Hij komt op overwegingen als de vorenstaande – evenals zo velen tegenwoordig – tot de conclusie, dat de sleutel tot het bereiken en handhaven van een efficiënte mondhygiëne is gelegen in *motivatie* van de patiënt. Dit is, vooral voor grote bevolkingsgroepen, in aanmerking genomen het tekort aan tandartsen en dus aan in principe deskundige voorlichters, geen geringe opgave. Greene en Vermillion (1971) en ook Waerhaug (1969) hebben als ervaren parodontologen eveneens voor een goede motivatie gepleit. Cohen c.s. (1967) constateerden naar aanleiding van een onderzoek over het nuttig effect van de tandenborstel in de ogen van het grote publiek, dat het de mensen over het algemeen niet zozeer schort aan fundamenteel begrip van de preventieve waarde van de tandenborstel, maar dat zij de feiten – zoals gezegd – onvoldoende kennen en zeker niet in het juiste perspectief zien. Zij vragen dan ook dringend om een weldoordacht mondhygiënisch plan, dat de grote massa helpt aan een geloof in en dus het in praktijk brengen van desbetreffende maatregelen. Dit is dus eveneens weer een kwestie van motivatie. Als eerste stap daartoe dient te worden gezorgd dat de patiënt de nodige kennis van zaken wordt bijgebracht, opdat hij daarnaar zijn hygiënische maatregelen kan inrichten. Het welslagen van de motivatie berust op het principe van psychologisch verantwoorde educatie. Een in dit opzicht goed opgebouwd leerprogramma heeft meer kans van slagen dan de vaak wat lukrake instructie, die gebaseerd is op de toevallige ingevingen van de behandelende tandarts.

Motivatie in het overdragen en het verwerven van kennis
De wijze waarop de mens „leert”, d.w.z. kennis verwerft, is grotendeels afhankelijk van externe stimuli, die via hersenactiviteit leiden tot een zekere mate van respons. Er is m.a.w. een wisselwerking tussen leerling en leraar. Dat daarbij de verschillende psychische structuren van belangrijke invloed zijn, spreekt vanzelf. De moderne psychologie leert dat het verwerven van kennis niet alleen zaak is van oriëntering en van het verkrijgen van nieuwe vaardigheden, maar tevens van het ontwikkelen van een persoonlijke mening. Dit gebeurt niet vanzelf, maar onder invloed van een leerproces, dat aanleiding geeft tot een verandering in het denken en als gevolg daarvan tot een verandering in het gedrag.

Zo berust ook motivatie op een leerproces, in die zin, dat de patiënt ten aanzien van een bepaald onderwerp zekere ervaringen in het denken opdoet, waardoor hij gemakkelijker de aan dat onderwerp inherente, specifieke kennis opneemt. Deze activeert hem en brengt hem tot waakzaamheid dienaangaande. Dat brengt tevens met zich mee, dat hij zijn aandacht meer dan voorheen op dat ene onderwerp richt.

Met deze gegevens als uitgangspunt legt Wentz een systeem voor betreffende onderricht en motivatie van de patiënt.

Model van dit systeem

Dit model omschrijft het leerproces dat voor de educatie en motivatie van de patiënt nodig wordt geacht en dat door de tandarts resp. zijn hulpkracht(en) kan worden gebruikt. Daarbij wordt van de volgende fundamentele punten uitgegaan:

1. Zelfverzorging door de patiënt is essentieel voor het welslagen van de parodontale therapie.
2. Een voortdurende motivatie is de sleutel tot een efficiënte zelfverzorging.
3. Het tandheelkundig team, met de tandarts als leider en coördinator, biedt de beste mogelijkheden tot een juiste aanpak van de opvoeding van de patiënt.
4. Met de beoefening van de mondhygiëne moet al bij het eerste onderzoek een begin worden gemaakt; de instructie moet gedurende de gehele behandelingsperiode worden gehandhaafd en versterkt, in overeenstemming met de opvattingen van Ariaudo (J Periodontol mei 1971). Zij dient echter waar nodig, te worden herzien en aangevuld.
5. De instructie dient in schriftelijke vorm beschikbaar te zijn. De hygiënische voorschriften moeten voor iedere patiënt persoonlijk worden geformuleerd; zij worden in zijn kaartsysteem opgenomen.
6. Alle patiënten, die in een behandelingsprocedure betrokken zijn, hebben voortdurend instructie nodig: de opvoeding tot een goede mondverzorging vergt veel geduld.

De verschillende fasen

1. *Verkenning*. De eerste fase bestaat in het vaststellen van hetgeen de individuele patiënt aan opvoeding en onderricht nodig heeft. Dit hangt samen met het feit, dat ieder individu uniek is, niet alleen wat zijn biologische en psychologische eigenschappen betreft, maar ook zijn maatschappelijke omstandigheden en zijn ervaringen met tandheelkundige behandeling in het verleden. Deze factoren bepalen nl. in

hoge mate zijn kennis omtrent de betekenis van het parodontium en zijn afwijkingen, zijn begrip voor de wetenschappelijke termen die daarbij te pas komen en zijn attitude ten opzichte van parodontale aandoeningen.

In feite komt deze eerste stap dus neer op het leren kennen van de patiënt. Een voorwaarde tot zijn educatie is nl. dat hij kennis verwerft omtrent parodontopathieën en hun behandeling. Pas wanneer hij goed op de hoogte is van alles wat aan die behandeling vastzit, kan het voldoende tot hem doordringen hoe hij daarbij behulpzaam kan zijn en dat laatste is natuurlijk het doel. Met nadruk wordt vastgesteld dat dit leren kennen gewoonlijk niet een kwestie is van een enkel gesprek: het is veeleer het opbouwen van een wederzijdse relatie, die gebaseerd moet zijn op begrip en vertrouwen. Alle leden van het tandheelkundige team dragen in dit opzicht verantwoordelijkheid.

2. *Bewustmaking.* In de tweede fase wordt de aandacht van de patiënt gevestigd op zijn specifieke parodontale toestand en wordt hem de informatie gegeven die hij nodig heeft. Ariaudo (1971) constateerde dat de beste respons kwam van de zijde van die patiënten, die zelf konden waarnemen hoe de plaque van hun tanden werd verwijderd met zijdeligatuur en die zich bewust werden, dat de foetor daarna verminderde. Deze en dergelijke demonstraties (ook kleuring van de plaque) leren de patiënten de invloed van bacteriën bij de plaatselijk ziekteprocessen duidelijk kennen en dit brengt hun het besef bij dat zij daar zelf het nodige aan kunnen doen. Aldus wordt de patiënt ook meer toegankelijk gemaakt voor het nut van een juiste borsteltechniek. Ook in deze fase ligt een deel van de verantwoordelijkheid bij de hulpkrachten.

3. *Stimulatie.* De volgende stap is die van het stimuleren der motivatie en van de doelstelling. In deze fase doet de tandarts a.h.w. een beroep op de intrinsieke behoeften van de patiënt en brengt hem ertoe, de volgende doelstellingen te onderkennen en onder woorden te brengen:

„Ik wil mijn uiterlijk verbeteren en mijn tanden behouden. Ik moet zorgen dat de roodheid, zwelling en bloeding van mijn tandvles verminderen.”

„Ik wil mijzelf en mijn gezin kosten besparen, daarom moet ik ook mijn vrouw en mijn kinderen het besef bijbrengen dat mondhygiëne noodzakelijk is.”

„Ik wil meehelpen aan de genezing van mijn tandvlesontsteking en daardoor voorkomen dat mijn adem onaangenaam ruikt.”

„Ik wil het niet zover laten komen dat operatieve ingrepen nodig zijn, dus ik wil er zelf voor zorgen dat de toestand gezond blijft.”

„Ik moet mijn eigen gebit behouden.”

Deze uitspraken omvatten, zoals men ziet, doelstellingen op korte zowel als op lange termijn. Zij moeten in een duidelijke, aantrekkelijke en voor iedere patiënt begrijpelijke vorm worden gegoten, zodat hij het doel ook werkelijk voor zich ziet.

4. *Eigen activiteiten.* Het bereiken van de gestelde doelen leert de patiënt in de nu volgende fase door activiteiten, die een gedragsverandering beogen. Hij gaat dan de nodige

vaardigheid opdoen in nieuwe mondhygiënische technieken, die hij zelf evalueert. Naar gelang van de omstandigheden en de uitkomsten wordt de uitvoering van deze technieken voortgezet of zij worden door andere vervangen. Eventueel worden er nieuwe aan toegevoegd. Ariaudo (1971) is van mening dat de desbetreffende instructie mondeling door de tandarts dient te worden gegeven; hiervan wordt aan het begin van de behandeling aantekening gehouden op de behandelkaart.

Een lid van het „dental team” geeft vervolgens individuele demonstraties op basis van deze instructie; de patiënt voert de voorgeschreven mondhygiënische maatregelen daarna onder controle uit. Als mocht blijken dat hij op een bepaald onderdeel goede vorderingen maakt, late men niet na, hem hiervoor te prijzen: dat komt zijn zelfrespect ten goede.

De nadruk wordt erop gelegd dat de instructie voor iedere patiënt een specifiek karakter moet dragen: de meeste patiënten reageren beter, wanneer zij de indruk hebben, dat voor hun geval speciale maatregelen zijn uitgekozen.

Dikwijls echter biedt instructie aan groepen betere kansen voor de beoogde gedragsverandering dan aan individuele patiënten. Dan is het zaak personen met overeenkomstige parodontale aandoeningen bijeen te brengen: deze zullen de oplossing voor hun problemen ook graag gezamenlijk zoeken. Gedacht wordt aan groepen van 12 à 15 personen.

De betrokkenheid van de leden van zo'n groep „lotgenoten” is in het algemeen groter en besluiteloosheid van één of meer deelnemers wordt gemakkelijker opgevangen en uit de weg geruimd. Het geven van mondelinge instructie in de vorm van voordrachten kan de belangstelling stimuleren en de motivatie bevorderen, maar het definitieve besluit om op zeker moment een bepaalde eigen activiteit te ontplooiën, is vaak juist het resultaat van de invloed van het groepsverband. Verder is het volgens psychologische waarnemingen gemakkelijker het gedragspatroon van tot een groep behorende personen te veranderen, dan dat van afzonderlijke individuen, ook al omdat deze spoedig weer tot een vroeger peil terugvallen. Het handhaven van het vereiste peil dient dan ook in de doelstellingen te worden opgenomen.

Aan de universiteit van Nebraska – waar de schrijver doceert – wordt in de opleiding van mondhygiënisten dit groepsprincipe met goed gevolg in praktijk gebracht. Zo worden b.v. groepen afbehandelde patiënten ingezet om hun invloed ten goede aan te wenden bij groepen nieuwe patiënten, die nog in de educationele beginfase verkeren. De mondhygiëniste woont met haar patiënt de groepsdiscussies bij. In de naaste toekomst wil men bij zulke programma's op het gebied van de preventieve tandheelkunde ook eerstejaars studenten betrekken.

5. In het kader van de *voortgezette educatie* behoort ook de versteviging van het in de vorige fasen gelegde fundament: dit is inherent aan het begrip motivatie. Ook hierbij is weer te bedenken dat een woord van lof nu en dan meer effect heeft dan voortdurende kritiek. In deze periode leren de patiënten veelal beseffen, dat een aanvaardbare mondhygiëne met borstel en ligatuur tijd kost en wel 20 tot 30 minuten per dag. Men moet daarom leren, de tijd ervoor vrij te maken. Dat kan b.v. gebeuren door mondhygiënische procedures uit

te voeren in de tijd die men doorbrengt met lezen of met kijken naar de televisie.

Het betekent in deze periode een stap voorwaarts wanneer de patiënt leert inzien dat het gebruik van een tandpasta niet essentieel is wanneer hij de sulcus gingivalis met een borstel wil reinigen.

6. *Evaluatie.* Aangezien verbeterde hygiënische omstandigheden het primaire doelwit zijn van het educatieve programma, moet men in staat zijn, de resultaten van de door de patiënt gemaakte vorderingen in getallen uit te drukken. Daartoe is het in de eerste plaats noodzakelijk dat de doelstellingen duidelijk omlind zijn, want sommige wensen dienaangaande zijn niet meetbaar. Wanneer men b.v. als doel opgeeft: „een verbetering van het uiterlijk” of „een aangener gevoel in de mond” dan is dat natuurlijk prachtig, maar er bestaan geen objectieve maatstaven om het „hoeveel” ervan wetenschappelijk vast te leggen. Wanneer men echter de doelstelling omschrijft als: „verlaging van de P.M.A.-index”, dan heeft men al dadelijk veel meer houvast.

Nadat de patiënt de plaque gekleurd heeft – waardoor hij zelf een duidelijke visuele indruk krijgt van de resultaten van zijn mondhygiënische bemoeiingen – moet hij ook dagelijks de toestand van zijn mondweefsels met behulp van een verlichte spiegel evalueren. De ontdekking van de anatomie van deze weefsels is – zo zegt Wentz – een unieke ervaring. De patiënt merkt dan verdachte gebieden op, zoals afwijkend gevormde tandvleespapillen en haarden van bloeding en hij houdt daarvan, als het goed is, aantekening. Van deze dagelijks terugkerende evaluatie gaat een sterk positieve invloed uit en zij betekent een aanzienlijke versterking van het motivatieproces.

De evaluatie van doeleinden dient ook voortdurend door het dental team plaats te vinden, opdat degenen, die met de therapie zijn belast, niet vervallen in op gedragsverandering gerichte routineprocedures en daarbij over het hoofd zien, dat zij met individuele patiënten hebben te maken. Zij dienen zich steeds af te vragen of in een bepaald geval de patiënt het meest is gediend met een individuele benadering of met een aanpak in groepsverband. Ook moet men er zich rekenschap van geven dat gedurig nieuwe instructietechnieken beschikbaar komen (b.v. videotape) en dat brengt de vraag met zich mee: zijn zulke hulpmiddelen bruikbaar en zo ja, op welke wijze?

Zo vormt de evaluatie een wezenlijk bestanddeel van het totale behandelingsplan. Zij dient te geschieden op basis van meetbare doelen en ook deel uit te maken van een oproep- en controlesysteem. Verscheidene onderzoekers zijn van oordeel, dat de fase van evaluatie en periodiek hernieuwd onderzoek gelegenheid biedt om de eerder opgedane positieve motivatie te versterken.

Wentz stelt ten slotte dat het welslagen van het geschetste stelsel berust op de wijze waarop het door het tandheelkundige team wordt aangepakt. De tandarts neemt, als leider en coördinator van dit team, als vanzelf de meest actieve rol bij de motivatie en de verdere educatie van de patiënt op zich. Het blijkt – zo zegt hij – dat de meest geacheveerde practicus meestal ook een eersterangs leraar is. Of, om met Hamachek

(1968) te spreken: „A good teacher (practitioner) is a dramatist of ideas. He can help build bridges between the world of reality and the world of our dreams.”

Met dit beeld eindigt het artikel. Het bevat stellig waardevolle gedachten, ook al omdat het de ogen opent voor de problemen rond een betrekkelijk nieuw begrip als motivatie tot zelfverzorging van het gebit. Het zal echter bij de nuchtere Nederlandse lezer ook kritiek en misschien zelfs wel gevoelens van irritatie opwekken. Hij ziet „de brug tussen droom en werkelijkheid” niet zo vlot gebouwd als het artikel met het geboden model suggereert. Vooreerst zijn hier te lande maar weinig praktijken op het veronderstelde teamverband ingericht en het staat te bezien of hierin de komende jaren veel verandering zal zijn te verwachten. Zeker in de periferie zal het traditionele „eenmansbedrijf” nog lang blijven bestaan. En daar stelt de praktijk doorgaans geheel andere eisen, die verband houden met het tekort aan tandartsen.

Maar ook afgezien daarvan zal de kritische lezer zich niet kunnen onttrekken aan het gevoel, dat het voorgestelde systeem in een land als het onze, bevolkt met individualisten, weinig kans van slagen zal hebben. Het optimisme van de auteur doet hem waarschijnlijk wat naïef en misschien wat irreëel aan. Hij ziet ze al voor zich, die klasjes van nieuwelingen, wier geestdrift door groepen afbehandelde patiënten mee moet worden opgevoerd; of die gezinnen, die 's avonds om de televisie geschaard zitten, gewapend met borstels, stimulators en dental floss (zal men die attributen trouwens bij het aanschouwen van een spannende film of voetbalwedstrijd nog wel op de voorgeschreven wijze hanteren?). Hij zal geneigd zijn te denken dat slechts een zeer beperkte categorie van patiënten voor dit soort séances is te vangen: hij krijgt de indruk dat dit potentiële gebitsneurotici moeten zijn. En in elk geval niet de jeugd, om wie het in de eerste plaats begonnen is.

Er zijn verder nog bedenkingen van geheel andere aard. Tandartsen zien in hun – overigens zeer te prijzen – enthousiasme voor de (preventieve) gebitszorg wel eens over het hoofd dat tal van andere lichamelijke afwijkingen eveneens verre van zeldzaam zijn en voor preventie op grote schaal stellig evenzeer in aanmerking komen als cariës en parodontale ontstekingen. Veel mensen zijn b.v. op jeugdige leeftijd al duidelijk te dik en/of hebben een abominabele lichaamshouding. Vanwege de mogelijk ernstige gevolgen daarvan voor de algemene gezondheid (te grote belasting van het hart) en voor de mobiliteit (overbelasting van de heupgewrichten) zou er in die categorie alleszins reden zijn de mensen te motiveren tot minder eten en fysieke therapie. Wentz spreekt trouwens in zijn artikel – waar hij het heeft over motivatie in groepsverband – ter vergelijking ook over „weight watchers”: in Amerika blijkbaar geen onbekend begrip. Men behoeft immers ook maar even om zich heen te zien om te constateren hoe vele ouderen zich vaak op ontstellend gebrekkige wijze voortbewegen, als gevolg van een jarenlang te hoog lichaamsgewicht en gebrek aan doelmatige beweging. Zo zijn er ook tal van slechte gewoonten, zoals b.v. onmatig veel roken en alcoholge-

bruik, voor de ontwennig waarvan de mens – gezien de schadelijke gevolgen voor de gezondheid – zou moeten worden gemotiveerd, eventueel in groepsverband. Als men de zaken op deze manier aanpakt, komt er welbeschouwd geen eind aan deze vorm van mental training. Het is juist een deel van de levensvreugde van vooral jonge mensen, dat zij zich niet voortdurend bewust behoeven te zijn van de functies der verschillende onderdelen van hun organisme. Kan men van hen dan redelijkerwijs verlangen, dat zij elke dag een half uur uittrekken om hun gebit met erythrocin te kleuren om vervolgens met een verlichte spiegel te gaan inspecteren, waarin zij allemaal tekort geschoten zijn en dan zich haasten om de nodige correcties aan te brengen? En hoe stelt men zich dat voor in grotere gezinnen? Preventie is immers speciaal gericht op de jeugd!

Een bezwaar van preventieve programma's, als in het voorgaande geschetst, lijkt, dat zij alleen zijn weggelegd voor de sociaal-economisch bevoorrechten, die ook intelligentie genoeg hebben om ervan te kunnen profiteren.

VERANDEREND BEELD VAN DE TANDHEELKUNDE*)

Inleiding

De tandheelkunde heeft in de loop der jaren een geheel ander gezicht gekregen, althans in de ogen van haar beoefenaars. Deze evolutie is uit de aard der zaak voor het grootste deel onder druk van de maatschappelijke omstandigheden ontstaan. Voor de buitenstaander is het echter een in hoofdzaak *technisch* vak gebleven. Verwonderlijk is dat niet, want er is een tijd geweest, dat ook binnen het beroep het accent vooral gelegd werd op de techniek. Dit kwam eveneens in de studie tot uiting: een instelling, die overigens nog nooit geheel is overwonnen. Zij vloeiende voort uit het feit dat restauratieve tandheelkunde geen zaak was voor de massa der bevolking. Het was maar een dunne bovenlaag van welgestelden, die ervan konden profiteren en daarvan maakten alleen de in hun gebit geïnteresseerden gebruik. De toenmalige tandarts werd ook niet in eerste instantie opgeleid in het besef, dat hij verantwoordelijk was voor een stukje volksgezondheidszorg. Hij behandelde om zo te zeggen gebitten en hij had daar voldoende tijd voor, want de vraag („demand”) was relatief gering.

De tandarts leverde dus voor zijn patiënten „werkstukken”, die aan hoge technische eisen moesten voldoen, want de ervaring had wel geleerd dat de restauratie anders niet duurzaam was, hetzij door een ongunstige reactie van de

Werkelijke preventie op grote schaal kan helaas vooralsnog alleen worden bereikt met maatregelen, die niet de medewerking van het grote publiek behoeven. Ten aanzien van parodontale ontstekingen zijn die nog niet beschikbaar.

Intussen zijn dit slechts gedachten, die bij de kritische lezer onwillekeurig opkomen. Maar juist de laatstgenoemde overweging moge hem doen beseffen dat het de moeite waard is, kennis te nemen van de pogingen van hen, die op basis van de gedragswetenschappen naar middelen zoeken om tot betere parodontale toestanden te komen, ook al is van deze relatief jonge tak van wetenschap niet aanstonds het verlossende woord te verwachten. Daarom werd het artikel van Wentz hier ook in extenso weergegeven.

V.

Literatuur:

F. M. Wentz (1972): Patient motivation: a new challenge to the dental profession for effective control of plaque. J Am Dent Assoc 85:887.

weefselstructuren, die de restauratie omgaven (b.v. secundaire cariës, pulpanecrose en de gevolgen daarvan), hetzij door ongewenst materiaalgedrag. De opleiding was dan ook sterk toegespitst op technische precisie.

Meer en meer begon men echter in te zien dat deze in hoofdzaak technische conceptie te eenzijdig was. In grotere mate diende aandacht te worden besteed aan het feit dat de tandarts niet alleen gebitselementen, maar tevens mensen behandelde. Immers het kauwstelsel maakt een wezenlijk onderdeel van het menselijk organisme uit. Voorts werd men al in het begin van deze eeuw opgeschrikt door de publikatie van Hunter (1910) over de mogelijke betekenis van necrotische tandwortels voor het ontstaan van haardinfectie. De gevolgen daarvan mogen thans wellicht aandoen als een storm in een glas water, maar toch zal deze zeker op grote schaal de ogen hebben geopend voor het feit dat gebitstoestand en algemene gezondheid iets met elkaar te maken hebben. Voor zover men dit toch al wist, was dat waarschijnlijk niet bewust genoeg: het voordeel van zo'n storm is altijd dat de geesten worden wakker geschud. En het zal mede daaraan te danken zijn geweest dat het accent bij de opleiding – zonder iets te kort te doen aan de *technische eisen* – steeds meer werd gelegd op de *medisch-biologische factoren*. Vandaar ook de instelling van de zesjarige studie in Nederland. De tandarts-in-spe kon daardoor mede profiteren van de toegenomen kennis van de medische basisvakken, welke voordien alleen studenten in de geneeskunde ten goede kwam. Men hoopte aldus een wetenschappelijk beter toegeruste practicus te kweken, die zijn patiënten tandheelkundig beter zou kunnen begeleiden, al moet worden gezegd dat die betere begeleiding voorlopig alleen zou bestaan in een symptomatische therapie.

*) Bewerking van een scriptie voor het doctotaal examen, geschreven door A. A. Bremer, J. Burgemeestre en J. Dekker, voor de afdeling Sociale en Preventieve Tandheelkunde (hoofd: J. Stork, lector) van de Universiteit van Amsterdam.