

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 erythroïne 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 vloeide 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.

Maar nog steeds was de studie – en daarmee de persoonlijkheidsvorming van de tandarts – gericht op de behandeling van individuele patiënten. Hij zag niet hoe deze deel uitmaakten van bepaalde maatschappelijke verbanden, wat toch voor de wijze van tandheelkundige begeleiding van belang is. Dit heeft natuurlijk ook te maken met het feit dat de tandarts het gros van zijn patiënten nooit thuis bezoekt en dus ook nooit hun woon-, gezins- en maatschappelijke omstandigheden leert kennen.

Voorts mochten de technische aspecten van zijn praktijkvoering niets van hun terrein prijsgeven. Integendeel, zij kregen – dank zij nieuwere vindingen en inzichten – eerder nog meer nadruk. Want de inmiddels verworven kennis had meer dan ooit de schadelijke gevolgen van onzorgvuldige verrichtingen aan het licht gebracht.

Dit alles maakte dat de aandacht van de tandarts haast nog meer dan voorheen werd gevangen door de eisen, die de moderne precisie-arbeid stelt. Bovendien werden de behandelingen door de grotere technische perfectie van de installaties (o.a. in verband met ergonomische verlangens), door het veel intensievere gebruik van röntgendiagnostiek etc. steeds kostbaarder. Dat alleen reeds deze factoren de tarieven sterk beïnvloedden, spreekt vanzelf. De patiënt bleef daarom de tandheelkunde zien als een technisch en vooral duur beroep.

Tandheelkunde een dienstverlenend beroep

Degenen, die de vernieuwde opleiding in 1947 tot stand brachten, hadden de illusie, dat zij het beroep van een „ambacht”, of zo men wil „hobby-isme”, zouden opheffen tot een „orgaanspecialisme”. Zij doorzagen niet – en konden ook niet doorzien – hoezeer de uitkomsten, als bovengeschetst, in conflict kwamen met de maatschappelijke ontwikkelingen. Die hadden na de Tweede Wereldoorlog namelijk de overtuiging met zich gebracht dat in beginsel *ieder individu* recht heeft op *tandheelkundige* zo goed als op *geneeskundige* bijstand. Dit hield dus de conceptie in, dat tandheelkunde een dienstverlenend beroep is ten bate van de volksgezondheid en niet een soort van technische hobby, waarvan de meer geavanceerde vormen alleen maar konden worden uitgeleefd op een zeer beperkte groep van financieel bevoorrechten. Het werd al gauw duidelijk, dat het nastreven van massale gebitssanering volstrekt illusoir was. Daarvoor waren de voornaamste gebitsaandoeningen (vooral cariës: voor het parodontium had men nog niet zoveel oog) veel te wijd verbreid. Ook als men afzag van de kosten, had men eenvoudig de mankracht niet. En dan moest nog in aanmerking worden genomen het feit dat een relatief groot percentage der bevolking zich op grond van angst voor de tandarts zich nooit voor restauratieve behandeling zou melden.

Ontoegankelijkheid voor preventieve zorg

Het streven ging dus meer de richting uit van *preventie*. Ogenschijnlijk een tamelijk eenvoudige zaak, want het was sinds lang bekend dat met een doelmatige voeding, gesteund door doeltreffende mondhygiënische maatregelen, in dit opzicht heel veel zou kunnen worden bereikt. Daar werd nog fluoride in al zijn facetten als profylacticum tegen cariës in de loop der jaren aan toegevoegd.

Opnieuw echter een desillusie, want in 1973 is de toestand van de monden bij de Nederlandse bevolking – ondanks de zeer te waarderen propaganda voor goede voeding en mondhygiëne van o.a. Het Ivoren Kruis – bedroevender dan ooit. Waar ligt dat aan? Waarom wordt fluoridering van drinkwater in brede kring afgewezen? Waarom worden de andere vormen van fluoridetoediening (lokale applicatie, fluor-tabletten en gefluorideerde tandpasta's) nog zo weinig toegepast? Waarom is het publiek zo weinig toegankelijk voor de tot nu toe gevoerde propaganda? Voor een deel zal dit zijn te herleiden tot geestelijke traagheid of zelfs onwil, vooral waar de propaganda neerkomt op de eis, zich iets lekkers (snoep) te ontfagen. Ook bestaat een zekere weerstand tegen het van bovenaf opgelegde. Zoiets als een vaderlijk verbod. Je mag al zo veel niet in de sector van voedings- en genotmiddelen. Roomboter is schadelijk, roken en alcohol zijn uit den boze, „drugs” zijn natuurlijk helemaal taboe. Allemaal zaken trouwens, die als het erop aankomt meer levensgevaar opleveren dan een carieuus gebit. Als op allerlei fronten de vermanende vinger wordt geheven, ontstaat licht een houding van: „je kunt me nog meer vertellen”, temeer omdat de gevolgen zich pas op lange termijn doen gelden. En tenslotte is er dan nog het motief: in plaats van het eeuwig carieuze gebit met pijn, waarvoor je altijd naar de tandarts moet, liever een kunstgebit: dan ben je van een heleboel narigheid af.

Nut van studie in de gedragswetenschappen

Uit dit alles blijkt dat ergens een schakel in de propaganda ontbreekt. Aangenomen mag worden – en dit is door onderzoek bevestigd – dat door de vele voorlichting, b.v. in publiciteitsmedia en aan de stoel het publiek soms wel voldoende *kennis* heeft van bepaalde tandheelkundige zaken – zeker waar het mensen uit de hogere sociaal-economische klassen betreft – maar dat het desondanks ontbreekt aan een positieve *instelling* (anders gezegd: *attitude*) ten opzichte van mondzorg in de ruimste zin van het woord. Een wat negatieve houding zelfs, die nog wordt versterkt door een zekere angst voor de tandarts met zijn „enge” instrumenten, die pijn opwekken, ook waar tevoren geen pijn bestond. Om dit gebrek aan *attitude* te compenseren, zal men niet kunnen volstaan met alleen maar inlichtingen te geven, maar zal men de patiënt zodanig van het gewenste inzicht moeten doordringen, dat hij *gemotiveerd* wordt om te *handelen* in het belang van wat in de Angelsaksische landen „oral health” wordt genoemd. *Kennis, inzicht, attitude, motivatie* en *handeling* hangen dus nauw samen. Maar in het verstrekken van die kennis, die tenslotte tot handelen leidt, zijn de tandartsen bij hun ingespannen arbeid altijd tekortgeschoten.

Dat mag hun niet te zeer als een omissie worden aangerekend. Trouwens, er zijn gunstige uitzonderingen. Het aankweken van voldoende motivatie is ook lang geen eenvoudige zaak. Het vergt veel geduld en vasthoudendheid. Bovendien is hiervoor *scholing* nodig, want men moet niet alleen kennis overbrengen, maar ook weerstanden overwinnen. Dit vergt een grote mate van psychologisch inzicht. En waar ook het sociale en culturele milieu, waarin de patiënt verkeert, van invloed is, kan men het zonder voldoende

kennis van de sociale psychologie niet stellen. Kortom, de tandarts dient te zijn ingevoerd in wat men tegenwoordig samenvattend de gedragswetenschappen noemt. Als het goed is, moeten deze vakken worden ingepast in het toch al zwaar beladen onderwijsprogramma van de student in de tandheelkunde, in het kader van het vakgebied der sociale en preventieve tandheelkunde.

Het lijkt waarschijnlijk, dat met het oog op de epidemiologische ontwikkelingen het aankweken van kennis aangaande de daaraan inherente problemen onontbeerlijk is. Naar aanleiding hiervan wordt in het onderstaande een poging ondernomen de eerder genoemde begrippen: *kennis van de tandheelkunde*, *attitude* en *motivatie* nader toe te lichten en het onderlinge verband ervan onder de aandacht te brengen. Het is goed zich daarbij te realiseren, dat deze begrippen mede bepalend zijn voor de gezondheidstoestand van de mond. Die toestand wordt waarschijnlijk niet alleen bepaald door somato-pathologische factoren (cariës, gingivitis, traumata, etc.), maar ook door kennis, attitude, motivatie en al of niet daaruit voortvloeiend gedrag van de patiënt.

Bronnen

De navolgende gegevens zijn ontleend aan een selectie uit de „Index to Dental Literature”, waarbij als trefwoorden werden gebruikt: „knowledge”, „attitude” en „motivation”. Het merendeel der artikelen over deze onderwerpen is na 1962 verschenen. Dit is geen toeval, want in dat jaar kwam nl. Blackerby's verhandeling: „Why not a department of social dentistry?” uit. Deze is de aanzet geweest tot de oprichting van afdelingen voor sociale en preventieve tandheelkunde aan diverse universiteiten.

Tevens werden van bovengenoemde artikelen de literatuurverwijzingen bestudeerd.

1. Kennis

De kennis van de tandheelkunde die een patiënt bezit, is door verscheidene auteurs onderzocht en het is opmerkelijk, dat zij op verschillende wijzen wordt weergegeven. Het blijkt dat niet alleen de aard van het onderzoek van invloed is op het resultaat, maar dat het tevens van belang is, in welke plaats of in welke streek het zich afspeelt. Invloed op de kennis van de onderzochte personen ten aanzien van tandheelkundige zaken hebben o.a.:

- a. audio-visuele informatie van (meestal) overheidsorganen;
- b. sociaal en cultureel niveau van het betrokken gebied (in een arme mijnstreek b.v. is niet veel kennis en belangstelling te verwachten: daar heersen andere en rechtstreeks het bestaan bedreigende zorgen);
- c. regionale beroepsactiviteiten, ontstaan uit maatschappelijke belangstelling.

Ook loopt de kennis van verschillende tandheelkundige onderwerpen vrij sterk uiteen. Uit vele artikelen blijkt dat men redelijk goed is geïnformeerd over de cariogeniteit van suikers, maar daarentegen slecht over andere onderwerpen, zoals: fluoridering van drinkwater en taak van de tandarts in de gezondheidszorg, de toestand van het parodontium en de gevaren, die het gebit van deze zijde bedreigen.

Vaak leeft bij de patiënt nog te zeer de fatalistische

opvatting, dat iemand a.h.w. wordt geboren met een „goed” of een „slecht” gebit en dat hij daar toch geen invloed op kan uitoefenen. Mede daardoor wordt hij niet afgeschrikt door een slechte gebitstoestand en de daaraan verbonden consequenties. Dat gaat dan nog gepaard met het gevoel dat een prothese gelijkwaardig is aan het eigen gebit, ja dat deze zelfs minder last veroorzaakt.

De hoeveelheid kennis blijkt gecorreleerd te zijn met het sociale en culturele niveau van het individu en wel in die zin, dat met de stijging van dit niveau de kennis van tandheelkundige zaken toeneemt. Tevens bestaat er een positieve correlatie tussen de maatschappelijke resp. culturele status en de aard van de tandheelkundige behandeling. Immers in de sociaal lagere klassen wordt de tandarts meer als „pijnverlichter” gezien. In verband hiermee zal in deze kringen extractie tot de eerder gevraagde (en ook uitgevoerde) therapie behoren dan restauratieve behandeling, die in sociaal hogere klassen meer wordt toegepast. Daardoor wordt het probleem van de slechte gebitsgezondheid – die zich vooral in de sociaal lagere klassen voordoet – nog vergroot: deze mensen zijn voor persoonlijke informatie (nl. in de behandelstoel) nauwelijks te bereiken. Immers als zij al komen, dan hebben zij pijn, waarvan ze verlost willen worden. Ze zijn dan uit de aard van de zaak weinig toegankelijk voor voorlichting en opvoeding ook al is die ook nog zo nuttig. En het is juist deze persoonlijke informatie, die volgens alle onderzoekers beter is dan welke andere wijze van voorlichting ook. Want men kan via publiciteitsmedia, met name televisie, komen tot een zekere vermeerdering van kennis, maar een wezenlijke verandering van attitude, motivatie en gedrag wordt daarmee veel minder bereikt dan bij de „chair-side information”, die dan bij voorkeur gekoppeld moet zijn aan een controlesysteem.

Dit laatste is heel duidelijk gebleken uit een onderzoek van Parfitt (1970): kinderen die alleen een oproepkaart voor periodieke controle thuisgestuurd kregen, zochten veel minder tandheelkundige behandeling dan kinderen, die behalve deze oproepkaart ook nog een voorafgaande inspectie en instructie in de behandelstoel hadden genoten.

2. Attitude

Het behoeft nauwelijks betoog dat de verschillende attitudes ten opzichte van tandheelkundige onderwerpen in hoge mate samenhangen met de kennis van tandheelkundige zaken en dat zij dus tevens afhankelijk zijn van de daar reeds genoemde sociaal-culturele factoren. Bovendien echter wordt de attitude bepaald door een aantal strikt persoonlijke aspecten. Hierbij zijn te onderscheiden:

- a. ervaringen in het verleden (b.v. mate van ondervonden pijn, bejegening door de tandarts): in het algemeen dus indrukken, in de ruimste zin, opgedaan door contact met de tandheelkundige professe;
- b. een onbewuste aanwezigheid van een bepaalde attitude (en dus gedrag), die zich kan weerspiegelen in verwaarlozing van het gebit (Sword, 1970), ondanks voldoende kennis van tandheelkundige zaken;
- c. het waardesysteem van de patiënt.

In de eerste plaats treft het – en dit geldt voor alle sociale en

economische klassen der bevolking – dat een te optimistische instelling ten aanzien van de gezondheidstoestand van de mond wordt gehuldigd, vooral wat het parodontium betreft. Door afwezigheid van pijn en ander ongerief wordt deze opvatting bevorderd.

In maatschappelijk lagere sociaal-economische klassen heerst bovendien meer wantrouwen ten aanzien van de rol, die de tandarts bij de bevordering van de gezondheidstoestand van de mond vervult: deze rol wordt in genoemde kring ook vaak onderschat. Men beschouwt de tandarts als „pijnverlichter”, meer niet.

De attitudes ten aanzien van de tandheelkundige behandeling bepalen mede de staat waarin de mond verkeert. Uit deze samenhang volgt dat er gemakkelijk een vicieuze cirkel ontstaat en dat de tandarts bijdraagt tot de instandhouding hiervan. Immers deze zal in zulke gevallen maar al te licht geneigd zijn, in te gaan op voorstellen – of zelfs eisen – van de patiënt betreffende de behandeling. Deze zullen vaak neerkomen op methoden, die de minste opoffering aan tijd, kosten en ongerief met zich brengen, m.a.w. op extractie, terwijl een goede restauratie nog heel wel mogelijk zou zijn. Tevens is duidelijk, dat bij elke volgende – op onregelmatige tijdsintervallen plaatsvindende – visite zowel de patiënt als de tandarts a.h.w. vluchten in deze, tandheelkundig gesproken lang niet ideale, „therapie”.

Om deze vicieuze cirkel te doorbreken zal het nodig zijn, de achtergronden van de negatieve instelling, beter gezegd: het ontbreken van een positieve attitude, te ontdekken. Dit is mogelijk door eenvoudig meer aandacht aan de persoonlijkheid van de patiënt te schenken, begrip daarvoor te betonen, en in goed en evenwichtig overleg met de patiënt te komen tot een verandering in zijn attitude ten aanzien van de aard en het doel van de behandeling, (ook preventieve maatregelen). Dit kan wel eens een traag vorderend proces zijn: het vergt dus veel geduld van beide partijen. Een niet-autoritaire houding en een bevattelijke voorlichting met vermijding van onnodige en terecht irriterende „geleerde” termen kan echter veel bijdragen tot het overbruggen van afstanden.

Slaagt men er aldus in, een verandering in attitude van de patiënt te bewerkstelligen, dan wordt hij ook meer toegankelijk voor goede informatie, resp. opvoeding. Dan wordt het tevens mogelijk, hem duidelijke regels, gekoppeld aan een controlesysteem, te geven.

3. Motivatie

Een veranderde attitude motiveert de patiënt tot een ander gedrag. Geen wonder dus dat er een zeer hechte correlatie bestaat tussen attitude en motivatie: een juiste motivatie ten aanzien van de mondgezondheid schept de mogelijkheden tot een gedrag, dat nodig is om deze te bevorderen.

Bij de motivatie worden weer als bronnen gevonden:

- sociaal-culturele factoren;
- wijze van voorlichting en opvoeding;
- ervaringen met de tandheelkundige professie in het verleden;
- psychologische factoren: de patiënt heeft b.v. soms het gevoel te moeten boeten (in de vorm van pijn en ongemak voor een „slecht” gedrag);
- subjectieve diagnose (van de patiënt);

- gevoel van afhankelijkheid;
- bereikbaarheid van de tandarts: 1. aantal tandartsen ter plaatse te gering, 2. afstand naar tandarts (in kilometers) groot;
- economische redenen voor een antimotivatie.

De basis voor de motivatie in tandheelkundige zin is volgens Glass (1968) gelegen in:

- kennis van hetgeen bijdraagt tot een goede gezondheidstoestand van de mond;
- de wetenschap hoe deze toestand kan worden behouden;
- het verlangen, deze kennis aan te wenden op grond van de betekenis, die persoonlijk aan het gezond zijn wordt gehecht.

Als de patiënten – die eerst de tandarts incidenteel bezochten – eenmaal zijn gemotiveerd ten aanzien van hun gebitsgezondheid in de ruimste zin, dan ziet men eenzelfde vraag naar tandheelkundige behandeling ontstaan als het geval was bij diegenen, die reeds lang gewend waren aan regelmatige tandheelkundige zorg. Dat wil zeggen: een stijgende vraag naar restauraties en dientengevolge een afnemende vraag naar extracties.

Wat echter onder het hoofdstuk „attitude” werd opgemerkt, geldt ook hier: de overgang naar een veranderd gedrag op basis van motivatie is evenmin een gemakkelijke zaak als het in gunstige zin ombuigen van attitudes.

Een individu moet niet alleen het besef worden bijgebracht, dat er preventieve zowel als curatieve mogelijkheden zijn om de gezondheidstoestand van zijn mond te bevorderen of te verbeteren, maar hij moet er ook van worden doordrongen dat, als hij één of meer van deze mogelijkheden gebruikt, zij hem, in zijn speciale geval, ook zullen helpen. Het blijkt dat een persoonlijke bereidheid om een bepaalde actie te ondernemen, niet altijd wordt omgezet in een bepaald gedrag. Bij elke overgang van kennis tot attitude, van attitude tot motivatie en van motivatie tot gedrag (actie) is steeds een aanzienlijke barrière te overwinnen. De instructie (voorlichting en educatie) aan de behandelstoel blijkt het meest geschikt te zijn om de nodige veranderingen, vooral die ten aanzien van het gedrag, te bewerkstelligen. Het nuttig effect van massa-media blijkt eerder te zijn gelegen in een versterking van reeds aanwezige motivatie dan dat er sprake is van een wezenlijke verandering van motivaties en gedragingen ten aanzien van de gezondheidstoestand van de mond.

Conclusies en samenvatting

In het studieprogramma voor de tandheelkunde dient plaats te worden ingeruimd voor voldoende onderwijs in de gedragswetenschappen. Dit is nodig om de patiënt op de juiste wijze tandheelkundig te kunnen begeleiden.

Uit literatuuronderzoek blijkt, dat er een zeer duidelijke correlatie bestaat tussen de gezondheidstoestand van de mond enerzijds en de factoren kennis, attitude en motivatie met de betrekking tot tandheelkundige zaken anderzijds. Deze factoren worden bepaald door sociale, culturele, psychologische en educatieve invloeden.

De aard van de tandheelkundige behandeling is gedeeltelijk

afhankelijk van de persoon van de tandarts (medisch-biologisch inzicht, technische kennis en sociale vaardigheden, gedeeltelijk echter ook van de patiënt (positieve of negatieve attitude).

Uit vele onderzoeken blijkt dat er een duidelijk verschil bestaat tussen „demand” (de vraag van de patiënt naar tandheelkundige hulp of de subjectieve behoefte) en „need” (de objectieve behoefte aan tandheelkundige hulp, dus gezien vanuit de professie).

Er bestaat een correlatie tussen sociaal-economische klasse en „demand” (grotere vraag in sociaal hogere milieus). Tevens verandert de aard van de door de patiënt gewenste behandeling in de sociaal hogere milieus (meer restauratieve behandeling).

Om te komen tot verbetering van de algemene gezondheidstoestand van de mond, zal invloed moeten worden uitgeoefend op het gedrag (dus de activiteiten) van de patiënt. Daartoe is nodig het geven van voorlichting en opvoeding, vooral inzake preventie, aan de patiënten, met name aan de behandelstoel. Voorwaarde is echter, dat dit gekoppeld is aan een ook voor de patiënt duidelijk controlesysteem.

Hiervan mag echter niet worden verwacht dat alle patiënten zijn te bereiken: door de vele facetten, die met de gedragsverandering verbonden zijn, zullen velen niet aanstonds voor deze wijze van

educatie openstaan. Een en ander vergt – zeker in het begin – een grote hoeveelheid tijd, die de practicus nu nog nodig heeft voor de vervaardiging van restauraties.

Geleidelijk zal aldus de groep van gemotiveerde patiënten zich uitbreiden: deze zullen via hun sociale contacten ook weer anderen beïnvloeden.

Dit zal een langzame doorbreking gaan betekenen van de vicieuze cirkel: patiënt met slechte mondhygiëne en daardoor slechte gebitstoestand – dus niet veel aandacht van de tandarts – hierdoor het ontbreken van mogelijkheden tot gedragsverandering – door ondoelmatige eerste behandeling later nog minder aandacht van de zijde van de tandarts, etc.

Ongetwijfeld zullen de geschetste veranderingen in de beoefening van de tandheelkunde weer andere problemen oproepen (b.v. met betrekking tot de mankracht door meer vraag naar restauratieve behandeling). Dit houdt in dat zeer grote inspanningen nodig zullen zijn om het gestelde doel te bereiken. V.

Literatuur:

Bremer, A. A., Burgemeestre, J., Dekker, J. (1972): Dental knowledge, attitudes and motivation and their relation to oral health. Doctoraal scriptie Universiteit van Amsterdam.

BOEKBESPREKINGEN

E. L. Miller: *Removable partial prosthodontics*. 372 pag. The Williams and Wilkins Company, Baltimore 1972.

Wanneer een geheel nieuw handboek over de theorie en de praktijk van de uitneembare partiële prothese verschijnt is dit, gezien in het licht van dit infrequente gebeuren, op zichzelf al vermeldenswaard. Het onderhavige werk is, in vergelijking met andere dergelijke Engels-talige uitgaven, als eerste druk van een geheel nieuw opgezet boek, tevens een bespreking waard omdat het een aanwinst blijkt te zijn na het meeste dat nu op de markt is en dat of verouderd is of te specialistisch van opzet.

Dat hier van een aanwinst gesproken mag worden blijkt al uit het voorwoord, een gedeelte waaraan meestal geen, of nauwelijks, aandacht wordt geschonken. In dit geval behelst het een aantal filosofische uitspraken die behartigenswaard zijn en het besluit met een verantwoording waarom in dit boek een van de dominerende onderwerpen het onderstrepen van het belang van een juiste „planning” van de behandeling is. Het is een onderwerp, dat ten gevolge van de grote hoeveelheid technische informatie vaak niet geheel tot zijn recht komt in dergelijke handboeken.

In tegenstelling tot andere uitgaven op dit terrein, wordt – ter inleiding – niet uitvoerig ingegaan op anatomische, fysiologische of histologische aspecten, die immers bekend

verondersteld kunnen worden, doch wordt de lezer aanstonds geconfronteerd met het onderzoek van de patiënt. Daarna volgen essentiële onderwerpen als indicatie en behandelingsplan. Dit 70 pagina's in beslag nemende gedeelte vormt een mooi afgerond geheel, waarbij op gemakkelijk leesbare wijze en door middel van goede illustraties alle mogelijke aspecten worden belicht, zoals het nemen van de afdruk, het „surveyen”, het beslijpen van de pijlerelementen, de principes bij het ontwerp en dergelijke.

Het boek besluit met hoofdstukken over de materialen en de classificaties en geeft een fotografische samenvatting van de klinische stappen bij de behandeling van de patiënt. Tenslotte wordt aan de samenwerking met het laboratorium enige aandacht besteed.

Op een aantal vragen wordt geen antwoord gegeven of volgt een onvolledige of niet exacte bespreking, zoals de mate en plaats van ondersnijding ten behoeve van retentieve ankerarmgedeeltes (vooral in relatie tot de bewegingen van de partiële prothese tijdens de functie), de problematiek rondom de parodontologische bezwaren van de lokatie van minor-connectors e.d.. Doch dit zijn voorbeelden van onvolkomenheden die er altijd zullen zijn, wil een dergelijk onderwerp niet al te omvangrijk worden.

Een schoonheidsfoutje dat men niet verwacht in een geheel nieuw werk van dit kaliber, is de wat hinderlijke omstandigheid dat de afbeeldingen van uiteenlopende stijl en kwaliteit zijn, hetgeen doet vermoeden dat het betreffende materiaal in de loop van een lange periode is verzameld. Als punt van kritiek is het m.i. nauwelijks gerechtvaardigd omdat het