

EEN BESCHOUWING OVER HET BEGRIP GEZONDHEID

I. OPVATTINGEN OVER GEZONDHEID

ROB M. H. SCHAUB

*Uit de vakgroep Sociale en Preventieve tandheelkunde van de rijksuniversiteit te Groningen.
Voorzitter: Prof. O. Hokwerda.*

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Gezondheidszorg

1. Inleiding

De gezondheid (van de mond) van individuen en groepen mensen is uiteindelijk het doel van allen die in de geneeskunde (en tandheelkunde) werkzaam zijn. Dat wil zeggen, het streven naar gezondheid (van de mond) wordt gehanteerd als een rechtvaardiging, als een ethische norm voor alle handelen in de genees- en tandheelkunde. Zo zijn de argumenten voor een preventieve of juist een curatieve aanpak in de tandheelkunde gebaseerd op deze rechtvaardiging. Hetzelfde geldt voor de uitbreiding van het ziekenfondspakket en de georganiseerde jeugdtandverzorging.

Overigens is deze ethische rechtvaardiging niet de enige drijfveer voor het handelen van degenen die in de tandheelkunde of geneeskunde werken. Andere drijfveren zijn bijvoorbeeld het verkrijgen van inkomen, het streven naar arbeidsvreugde en het beïnvloeden van de bestaande maatschappelijke orde.

Lange tijd is het streven naar gezondheid als doelstelling voor (tandheelkundige) zorgverlening gebruikt zonder het begrip gezondheid te definiëren. Dat leek ook niet nodig, iedereen scheen er hetzelfde onder te verstaan. Scheen, want toen de discussies op gang kwamen over wat onder gezondheid moet worden verstaan bleek, dat 'iedereen weet wat gezondheid is . . . voor zichzelf' (Kuiper, 1975). Bovendien werd deze eigen opvatting veelal weinig concreet geformuleerd. De indruk bestaat daarbij dat niet alleen ethische normen maar ook de andere drijfveren voor het medisch-tandheelkundig handelen in die formulering zaten opgesloten.

Doelstellingen voor de zorgverlening moeten concreet zijn in termen van bijvoorbeeld percentages edentaten of percentages cariës-vrije kinderen. Anders is operationalisering en evaluatie niet mogelijk. Deze concrete doelstellingen moeten worden afgeleid van de uiteindelijke, filosofisch en ethisch getinte, doelstelling van gezondheidszorg: de gezondheid van individuen en groepen mensen. Nu is gezondheid niet in concrete, meetbare termen te formuleren. Dat is echter geen excuus om niet zo duidelijk mogelijk te maken, wat ermee wordt bedoeld. Daarbij wordt de duidelijkheid al sterk vergroot als kan worden aangegeven in hoeverre ethische normen en andere drijfveren een opvatting over gezondheid bepalen.

In een tweetal publikaties zal geprobeerd worden een bijdrage te leveren aan de discussie over wat men onder gezondheid (van de mond) zou kunnen verstaan. In deze eerste publikatie wordt vanuit een historisch perspectief aangegeven welke mogelijke opvattingen over het algemene begrip gezondheid er bestaan. Verder zal worden aangegeven hoe andere drijfveren voor medisch-tandheelkundig handelen dan ethische normen de opvatting over gezondheid kunnen beïnvloeden. In de volgende publikatie zal worden ingegaan op de wijze van handelen, zoals die voortkomt uit de opvatting over gezondheid die men heeft. Daarin wordt de nadruk op de gezondheid van de mond gelegd.

2. De ontwikkeling van het begrip gezondheid

Ziekte is in het verleden lange tijd een onbegrepen fenomeen geweest. Het

Samenvatting:

In een tweetal publikaties zal worden getracht een bijdrage te leveren aan een expliciete discussie over het begrip gezondheid, als uiteindelijke doelstelling van de (tandheelkundige) zorgverlening. In deze publikatie wordt eerst in een historisch overzicht getoond dat ontwikkelingen in de patronen van ziekte en gezondheid in de populatie en maatschappelijke ontwikkelingen de opvatting over gezondheid gewijzigd hebben. De traditionele opvatting, waarin gezond zijn synoniem is met vrij zijn van symptomen is aangepast tot een opvatting aangeduid met medisch model. Daarnaast is een geheel andere opvatting ontstaan: het positieve gezondheidsbegrip. Deze beide opvattingen worden beschreven. Het wezenlijke verschil ligt in de verantwoordelijkheid en de gerichtheid. In het medisch model neigt de arts of tandarts ertoe de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de patiënt op zich te nemen; in het positieve gezondheidsbegrip wordt de eigen verantwoordelijkheid van het individu benadrukt. Het medische model is curatief gericht; het positieve gezondheidsbegrip preventief. Besloten wordt met de beschrijving van een aantal drijfveren, die aan het hebben van een bepaalde opvatting over gezondheid ten grondslag kunnen liggen. In de volgende publikatie wordt ingegaan op de gedragingen, die uit een bepaalde opvatting voortkomen.

had wel ernstige gevolgen, want vaak leidde het tot de dood. Niemand was eigenlijk in staat daar veel aan te doen. Het is dan ook niet verwonderlijk, dat lange tijd ziekte als een straffe Gods is gezien. Voor artsen en anderen, die zich met geneeskunst bezig hielden, bestond weinig waardering. Zij hadden immers weinig bij te dragen aan de oplossing van de problemen. Een ander verschijnsel was, dat men daardoor in die tijd ziekte en zelfs sterven als onvermijdelijk, eigenlijk als deel van van het leven beleefde. Dit blijkt bijvoorbeeld uit schilderijen uit de Middeleeuwen, waarin mensen met hun dood dansen.

Een ommekeer trad op toen het ontstaan van infectieziekten begrepen werd en deze ziekten bestreden konden worden. Het werd toen minder

Tabel I. Het aantal overlijdensgevallen naar verschillende oorzaken in een aantal jaren in de Verenigde Staten van Amerika. Aangegeven is het aantal overlijdensgevallen per 100.000 inwoners. Bron: Graham e.a., 1972.

Overlijdensoorzaak	1900	1920	1940	1960	1065
Alle oorzaken	1719.1	1298.9	1076.4	954.7	943.2
<i>Infectieziekten</i>					
Tuberculose	194.4	113.1	45.9	6.1	4.1
Syfilis	12.0	16.5	14.4	1.6	1.3
Tyfus	31.3	7.6	1.0	—	—
Dysenterie	12.0	4.0	1.9	0.2	—
Difterie	40.3	15.3	1.1	00	—
Kinkhoest	12.2	12.5	2.2	—	—
Poliomyelitis	—	0.9	0.8	0.1	0.5
Mazelen	13.3	8.8	0.5	0.2	—
Griep en longontsteking	202.2	207.3	70.3	37.3	31.9
<i>Chronische afwijkingen</i>					
Maligne neoplasmata	64.0	83.4	120.3	149.2	153.5
Diabetes mellitus	11.0	16.1	26.6	16.7	17.1
Hart/vaat-ziekten	345.2	364.9	485.7	521.8	516.4
Maag/darm-ulcus	2.7	3.6	6.8	6.3	5.4
<i>Ongevallen</i>					
Verkeersongevallen	—	10.3	26.2	21.3	25.4
Alle andere ongevallen	72.3	59.7	47.0	30.7	30.4

vanzelfsprekend dat men aan deze ziekten stierf. Het streven om infectieziekten te bestrijden en te voorkomen werd de grondslag van de geneeskunde. En met succes: uit tabel I blijkt dat sterfte door infectieziekte in de Verenigde Staten tussen 1900 en 1965 enorm is gedaald. Vergelijkbare verschuivingen deden zich voor in de gehele Westerse wereld. Vóór die tijd waren een reeks andere infectieziekten reeds uitgebannen zoals cholera en pest. Op dezelfde succesvolle wijze werden allerlei deficiëntieziekten bestreden.

Deze ontwikkelingen hadden belangrijke gevolgen voor de opvatting over gezondheid. Ziekte werd niet meer als onvermijdelijk gezien. Tegelijk herinnerde men zich zo goed de verschrikkingen van de ziekten, die voorheen de mensheid teisterden, dat men al heel gelukkig was vrij te zijn van ziekte. Gezondheid werd daarom opgevat als: vrij van ziekte. Dat wil zeggen: vrij van herkenbare symptomen als pijn, koorts en andere lichamelijke afwijkingen. Daarbij lijken in vroeger jaren de normen voor wat pijn en lichamenlijk

afwijkend is aanmerkelijk lager te hebben gelegen dan thans het geval is.

Vooralsin de tweede wereldoorlog is de opvatting, dat gezondheid gelijk staat met vrij zijn van symptomen, in de discussie gekomen. Dit heeft te maken met de ontwikkeling van het patroon van gezondheid en ziekte en met maatschappelijke veranderingen.

De ontwikkeling van het patroon van gezondheid en ziekte blijkt deels uit tabel I. Ten eerste traden met het onderdrukken van infectieziekten andere ziekten en afwijkingen meer op de voorgrond, zoals hart- en vaatziekten, kanker en een aantal chronische afwijkingen. Ten tweede liep de zuigelingensterfte sterk terug. Kinderen met afwijkingen en gebreken kregen een grotere levenskans. Ten derde nam de gemiddelde levensduur toe. Hiervan was een stijging van het aantal oudere mensen met hun specifieke, vaak chronische gezondheidsproblemen en gebreken het gevolg. Ten vierde ontstond de tendens om lichamelijke klachten en afwijkingen, die hun oorsprong vinden in psychische of sociale problemen als gezondheidsproblemen

te ervaren. Door deze ontwikkelingen werd het minder vaak mogelijk om ziekten volledig te genezen of te voorkomen, zoals dat bij infectie- en deficiëntieziekten nog wel mogelijk was. Bovendien werd bijvoorbeeld bij psycho-somatische afwijkingen een andere benadering vereist dan het gebruikelijke medisch-technische handelen (diagnostiseren, opereren, voorschrijven). Van de werkers in de gezondheidszorg werd nu ook hulp verlangd bij het zoeken naar oplossingen om te kunnen leven met de beperkingen van een geestelijke of lichamelijke handicap. Daarvoor schiet streven naar vrijheid van lichamelijke symptomen te kort.

Zoals gezegd werd de traditionele opvatting over gezondheid (gezond is: niet ziek) ook discutabel ten gevolge van veranderingen in de samenleving. Vroeger liet de strijd om het naakte bestaan nauwelijks ruimte voor zaken als welzijn, geluk en ontspanning. De mensen waren al blij als zij niet ziek waren. Tegenwoordig wordt duidelijk gevoeld dat gezondheid méér is dan niet-ziek zijn. Het heeft iets te maken met de kwaliteit van het leven. Wat is de zin van het eindeloos behandelen van iemand, als er weinig reële hoop tot verbetering is en de behandeling de mogelijkheden om weer zo goed mogelijk aan het normale leven mee te doen blokkeert. Ook werd in toenemende mate gevoeld dat het wegnemen van lichamelijke klachten en problemen vaak niet meer dan symptomatisch handelen is. De feitelijke oorzaken werden niet weggenomen. Mede door deze opvatting ontstond er een 'erkenning' voor psychische en sociale aspecten van ziekte en gezondheid.

Als maatschappelijke ontwikkeling moet ook het streven naar gelijkwaardigheid van mensen worden gezien. Hierdoor werd het mogelijk dat b.v. gehandicapten geïntegreerd worden in de samenleving in plaats van als 'zieken' te worden geïsoleerd. Ook ontstond de opvatting, dat mensen zelf verantwoordelijkheid dragen voor hun gezondheid. De slogan 'baas in eigen buik' is daarvan een concreet voorbeeld, hoewel daarin meer facto-

ren een rol spelen dan de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid.

Door deze ontwikkeling schiet de opvatting, dat gezondheid gelijk staat aan niet-ziek zijn, tekort. Velen met afwijkingen van het normale kunnen niet als ziek worden beschouwd. Ziekte kan niet meer synoniem zijn met de aanwezigheid van lichamelijke symptomen. Sociopsychische aspecten en elementen van welbevinden spelen daarbij ook een rol.

Welke opvattingen over gezondheid zijn er mogelijk, gegeven de bovenstaande ontwikkelingen? Om dat duidelijk te maken wordt er vanuit gegaan dat er zeer veel verschillende meningen bestaan tussen twee uitersten: het medische model en het positieve gezondheidsbegrip.

Deze opvattingen zullen hier terwille van de discussie in een wat extreme vorm worden beschreven, in termen van gedragingen, die eruit voortkomen. In een volgende publikatie volgt een uitwerking naar de tandheelkunde toe.

3. Het medisch model

Traditioneel wordt gezondheid opgevat als vrij zijn van ziekte, vrij zijn van lichamelijke symptomen. De ontwikkelingen in het patroon van ziekte en gezondheid en de maatschappelijke ontwikkelingen, zoals die hiervoor zijn geschetst, hebben deze traditionele opvatting wel beïnvloed. De kern bleef echter intact. Zo wordt wel ruimte gemaakt voor psycho-sociale oorzaken van ziekten zolang deze echter objectiveerbaar blijven. De opvatting over gezondheid die aldus is ontstaan heet het medische model. Enkele belangrijke kenmerken zijn weergegeven in tabel II. Als toelichting daarop het volgende:

3.1. Gezond is: niet ziek zijn

Dit kenmerk leidt ertoe dat de nadruk van het medisch en tandheelkundig handelen op ziekte komt te liggen. Ook in de tandheelkunde is dat duidelijk herkenbaar. Er is bijvoorbeeld weinig tijd beschikbaar voor preventie, omdat de voorkeur wordt gegeven aan het

curatief behandelen van patiënten (Linn, 1965). Ook in het onderwijs is deze trend herkenbaar: de student wordt zo snel mogelijk geconfronteerd met 'de patiënt'. Dat is meestal niet iemand met een gaaf gebit, bij wie men na zou kunnen gaan hoe dat gebit gaaf is gebleven. De patiënt is iemand met afwijkingen, waarbij wordt bekeken wat er aan therapie mogelijk is en hoe de afwijking verklaard kan worden.

Dit kenmerk van het medische model leidt ook tot een neiging om het leven als zodanig te verlengen. De dood is volgens deze opvatting de uiterste vorm van ongezond zijn. De kwaliteit van dat leven wordt schijnbaar ondergeschikt gemaakt aan de levensverlenging.

3.2. Ziek betekent: er zijn objectief waarneembare symptomen

Dit kenmerk leidt tot een grote nadruk op de somatisch-natuurwetenschappelijke aspecten van gezondheid. Symptomen, die kunnen worden vertaald in herkenbare, meetbare grootheden, worden gezien als tekenen van ziekte. Als een symptoom niet herkenbaar of meetbaar is, zal er alles aan gedaan worden dat alsnog te realiseren. Lukt dat niet, dan wordt de patiënt als een lastig geval beschouwd, waarvoor geen behandeling mogelijk is. Er is derhalve weinig plaats voor niet-lichamelijke afwijkingen, zoals gevoelens en psychische problemen. Pas wanneer deze objectiveerbaar zijn, lijken ze te worden erkend. Zo wordt nog steeds geprobeerd om een acceptatieprobleem van de prothese op te lossen door technische verbeteringen aan te brengen. Hulp om de prothese te ac-

cepteren lijkt echter veel doeltreffender (Kalk, 1979).

3.3. Het handelen is gericht op ingrijpen, beter maken

Waar gezondheid als niet-ziek-zijn wordt opgevat, zal ernaar gestreefd worden ziekte te behandelen. Een goed voorbeeld, waar dit streven toe leidt, is de discussie rond de bevolkingsonderzoeken. Daarbij is een belangrijke vraag: wanneer is iemand ziek? Bijvoorbeeld: bij welke hoogte van de bloeddruk? Of: bij welke grootte van de zwarting op de röntgenfoto? In de tandheelkunde geldt een zelfde soort discussie rond de witte vlek op het glazuur: wel of niet restaureren?

3.4. Het handelen is gericht op het individu

Symptomen doen zich meestal in unieke combinaties per patiënt voor. Omdat herkenbare symptomen zo'n belangrijke rol spelen in de opvatting volgens het medische model wordt de aandacht dus vooral op het individu gericht. Het is dan ook heel kenmerkend, dat voor preventie bij groepen mensen, een heel aparte setting wordt gecreëerd. Het gebeurt door speciaal daarvoor opgerichte organisaties, zoals het Groene- of Het Ivoren Kruis en wordt veelal overgelaten aan anderen dan artsen of tandartsen.

4. Het positieve gezondheidsbegrip

Deze opvatting is in het feitelijk tandheelkundig en medisch handelen nog weinig geconcretiseerd. Niettemin zal geprobeerd worden ook de kenmerken van deze opvattingen van gezondheid

Tabel II. Een aantal belangrijke kenmerken van twee opvattingen van het begrip gezondheid: het medische model en het positieve gezondheidsbegrip.

Medisch model	Positief gezondheidsbegrip
- gezond betekent: niet ziek	- gezond is een subjectief gevoel van welbevinden
- ziek betekent: objectief waarneembare symptomen	- ziek betekent: onwel bevinden, al dan niet gepaard met objectief waarneembare symptomen
- het handelen is gericht op beter maken	- het handelen is gericht op het scheppen van kansen op gezondheid
- het handelen richt zich op het individu	- het handelen richt zich ook op de omgeving

met enkele voorbeelden te verhelderen (zie ook tabel II).

4.1. *Gezondheid betekent: subjectief gevoel van welbevinden*

Dit kenmerk geeft aan, dat alle aandacht allereerst gericht wordt op wat de betrokkene zelf ervaart. Daarnaast zullen ook objectiveerbare symptomen moeten worden overwogen. Het streven naar het 'normale', het opheffen van iedere afwijking kan echter alleen plaatsvinden, indien dit overeenkomt met de wensen en gevoelens van de betrokkenen. De nadruk van het handelen komt daardoor te liggen op het welbevinden van de patiënt. Vandaar ook de benaming positief gezondheidsbegrip, want men gaat niet uit van een negatieve benadering van gezondheid waarin het criterium is: niet-ziek zijn.

4.2. *Ziek betekent: onwel bevinden*

Iedere klacht, ieder onwelbevinden vraagt om serieuze aandacht, ook als er geen objectief herkenbare symptomen zijn. In principe is een als onaangenaam ervaren scheve incisief net zo belangrijk als een pijnklacht.

4.3. *Het handelen is gericht op het scheppen van kansen op gezondheid*

De nadruk die komt te liggen op welbevinden en op gezondheid, leidt ertoe, dat er steeds wordt nagegaan of er optimale kansen zijn om die gezondheid te behouden. Bijvoorbeeld: hebben de mensen voldoende informatie? Zijn er voldoende mogelijkheden in de omgeving om zich gezond te gedragen? Wordt er voldoende gelegenheid geboden tot het voorkómen van afwijkingen en daarmee de kans op onwel bevinden?

4.4. *Het handelen richt zich ook op de omgeving*

Gezondheid en dus welbevinden worden mede bepaald door de omgeving, waarin de mens leeft. Zo beïnvloedt de omgeving gedeeltelijk de leefwijze (denk bijvoorbeeld aan snoepen). Het is dan ook bekend, dat gezondheids-

voorlichting en -opvoeding niet alleen op het individu, maar ook op zijn omgeving gericht moet zijn. Sommigen vragen zich zelfs af of deze voorlichting niet uitsluitend op de verandering van de omgeving gericht zou moeten zijn (De Haes e.a., 1976).

5. *Het wezenlijke verschil tussen medisch model en positief gezondheidsbegrip*

De beide opvattingen van gezondheid, zoals die in het voorgaande gepresenteerd zijn, sluiten elkaar niet geheel uit. Zo zal binnen het medische model plaats zijn voor enige inbreng door de patiënt.

Zonder zuiver medisch-technisch handelen zal ook gezondheid volgens het positief gezondheidsbegrip niet bereikt kunnen worden. Om in deze verwarrende wat orde te scheppen zullen twee wezenlijke onderscheiden tussen beide opvattingen worden samengevat.

a. De *verantwoordelijkheid*: in het medische model is de medicus – tandarts verantwoordelijk voor de gezondheid van zijn patiënten. Hij of zij bepaalt immers welke symptomen herkenbaar zijn en daaruit wordt het verdere handelen afgeleid. Volgens het positief gezondheidsbegrip draagt de betrokkene een grote eigen verantwoordelijkheid: de tandarts – medicus is hulpverlener, die (binnen de grenzen van zijn eigen verantwoordelijkheid) ingaat op de wensen van de patiënt.

b. De *gerichtheid*. In het medisch model is de gerichtheid curatief: er worden ziekten en afwijkingen behandeld, zij het liefst in een zo vroeg mogelijk stadium. Volgens het positieve gezondheidsbegrip staat de preventie voorop: namelijk het scheppen van zoveel mogelijk kansen op gezondheid.

6. *Factoren, die iemands opvatting over gezondheid bepalen*

In het voorgaande is gedaan alsof een opvatting over gezondheid los staat van andere aspecten van iemands leven. Sommigen zullen het gevoel hebben, dat de ene of andere opvatting

rationeel gesproken aantrekkelijk is. Ze voelen tegelijk, dat ze de gewenste opvatting niet of niet helemaal zouden kunnen naleven. Dit is een gevolg van andere persoonlijke drijfveren. Met enkele voorbeelden zal worden getracht deze uitspraak te verhelderen.

6.1. *Persoonlijke behoeften*

Arbeid, van welke soort dan ook voorziet in zekere persoonlijke behoeften: inkomen, status, arbeidsvreugde. Een tandarts, die erg veel arbeidsvreugde vindt in technisch-manueel werk, zal streven naar dergelijke werkzaamheden. Daardoor zal zijn opvatting over gezondheid neigen naar het medische model.

6.2. *Mensvisie*

In de gezondheidszorg wordt gewerkt met en voor mensen. De manier, waarop iemand de mens ziet, zal mede zijn werkwijze bepalen. Wanneer iemand gelooft, dat mensen in principe eigen verantwoordelijkheid kunnen dragen, zal hij dit in zijn werk tot uitdrukking brengen. Vanuit deze visie zal het positieve gezondheidsbegrip een aantrekkelijke opvatting van gezondheid zijn.

6.3. *Maatschappijvisie*

Wanneer iemand, samenhangend met zijn mensvisie, het idee heeft dat de samenleving hiërarchisch moet zijn opgebouwd, en dat voor gelijkwaardigheid weinig plaats is, dan zal een opvatting over gezondheid gekozen worden, die dicht ligt bij het medische model. Deze opvatting leidt immers tot een situatie, waarin de medicus of tandarts de verantwoordelijkheid draagt. Hij kent de objectieve 'standaard' voor de normaliteit. Subjectieve aspecten van de patiënt spelen nauwelijks een rol. Dat schept een hiërarchie, gebaseerd op kennis en macht.

6.4. *Ethiek, waarden en normen*

Deze aspecten zullen ook in bovengenoemde drijfveren tot handelen een rol spelen. Ze worden hier apart ge-

noemd, omdat iemands waarden en normen gedeeltelijk door zijn omgeving bepaald worden. Zo zal in een omgeving, waarin de gelijkwaardigheid en de gelijkberechting van mensen wordt nagestreefd, het positief gezondheidsbegrip en vruchtbare bodem vinden.

Naast deze genoemde drijfveren zullen er nog vele andere zijn aan te wijzen. Al deze waarden, normen en houdingen zullen uiteindelijk in een ingewikkeld samenspel iemands opvatting over gezondheid en het daaruit voortkomend gedrag bepalen. Alleen in open discussies, waarin de bereidheid bestaat om over al deze zaken te spreken, zal enige duidelijkheid kunnen ontstaan over de factoren die een rol spelen in iemands opvatting over gezondheid. In een volgende publikatie zal hieraan worden bijgedragen door de feitelijke gedragingen, die voortkomen uit beide opvattingen, te belichten.

7. Naschrift

In het voorgaande is in feite getracht een zeer complex onderwerp van gedragswetenschappelijke aard te belichten: de invloed van waarden en attitudes op gedrag. Om dit onderwerp zo concreet mogelijk te maken is iede-

re complexiteit van factoren zoveel mogelijk ontweken. Daardoor ontstaan simplificaties, waarbij uitspraken worden gedaan, die in deze vorm niet met literatuur te onderbouwen zijn. Om de sfeer van het hier betoogde op een beter onderbouwde wijze te proeven wordt daarom verwezen naar het werk van auteurs als Kuiper (1975), Illich (1976) en Barenthin (1975).

Juli 1980. Ant. Deusinglaan 1,
9713 AV Groningen.

Summary:

Title: A discussion on concepts of health.

In two publications some material will be brought up in order to facilitate an explicit discussion on concepts of health. In this publication different concepts are described. First it is shown in a historical overview that the development of patterns of health and disease in populations and the changes in society caused changes in the concept of health. In the traditional concept health was synonymous with freedom of (physical) symptoms of disease. This concept has been adapted to the changes described and is nowadays called the medical model. Lately a completely different concept emerged, viz. the positive health concept. Both concepts are described. The main differences between those concepts are related to responsibility and to orientation. Following the concept of the medical model the dentist or doctor is inclined to take on the responsibility for the health of his patient; in the positive health concept the responsibility

of the individual for his own health is emphasized. The medical model is treatment-oriented, the positive health concept prevention-oriented. Finally a short description is given of possible motives to feel attracted to one concept or the other. The next publication will show the actual behaviour related to the concepts mentioned.

Literatuur:

1. Barenthin, I. (1975): The concept of health in community dentistry. *J Publ Hlth Dent* 35: 177-184.
2. Graham, S., Needer, L. G. (1972): Social factors in the chronic diseases. In: Friedman, H. E., e.a. *Handbook of Medical Sociology*. Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 2nd. ed.
3. Haes, W. F. M. de, Schuurman, J. H. e.a. (1976): Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding tot gezond gedrag. G.V.O. als instrument voor preventieve gezondheidszorg. (III) *Medisch Contact* 31: 457-463.
4. Illich, I. (1976): Limits to medicine. *Medical nemesis: the expropriation of health*. Marion Boyars, London.
5. Kalk, W. (1979): Het kunstgebit een blij bezit? *Dissertatie Vrije Universiteit, Amsterdam*.
6. Kuiper, J. P. (1975): Het zal ónze zorg zijn. *Inleiding tot de gezondheidkunde: basis van een inclusieve gezondheidszorg*. Van Gorcum, Assen - Amsterdam.
7. Linn, E. L. (1965): Oral hygiene and periodontal diseases: implications for dental health programs. *J Am Dent Assoc* 7: 39-42.

DE ALVEOTOMIE

D. B. TUINZING
W. A. M. VAN DER KWAST

Uit de afdeling Mondziekten en Kaakchirurgie van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit te Amsterdam.

Trefwoorden: Mondheelkunde - Alveotomie

Inleiding

Het naar vorenstaan van bovensnijtanden geeft sommige mensen een karakteristiek uiterlijk, dat in esthetisch opzicht zeker niet altijd onaantrekkelijk hoeft te zijn. Indien echter de afwijkende tandstand zodanig is, dat deze opmerkingen als: haas of konijn

gaat oproepen, is het weleens wenselijk de afwijking te corrigeren.

Hiervoor kan men gebruik maken van diverse methoden. Afhankelijk van de aard van de afwijking, de leeftijd van de patiënt en de toestand van het gebit kan door orthodontische-, chirurgische- of gecombineerde behandeling de gebitsrelatie en daarmee vaak de

gelaatsvorm worden verbeterd.

Indien echter de toestand van het gebit zodanig is, dat extractie van de fronttanden is geïndiceerd, is een zogenaamde alveotomie een methode, waarmee op een eenvoudige en effectieve wijze het profiel kan worden verbeterd. Deze methode werd door Dean in 1936 beschreven.

Samenvatting:

Aan de hand van enige patiënten wordt de techniek en de resultaten van de alveotomie uiteen gezet.

Methode

De methode van Dean bestaat hieruit dat na extractie van de protruderende frontgebitselementen de interdental botseptata met behulp van een knabbeltang worden weggenomen. Met duimdruk wordt dan de buccale corticale botlamel naar dorsaal 'gedrukt' (afb. 1). Wanneer men hierna direct een partiële of volledige gebitsprothese wil

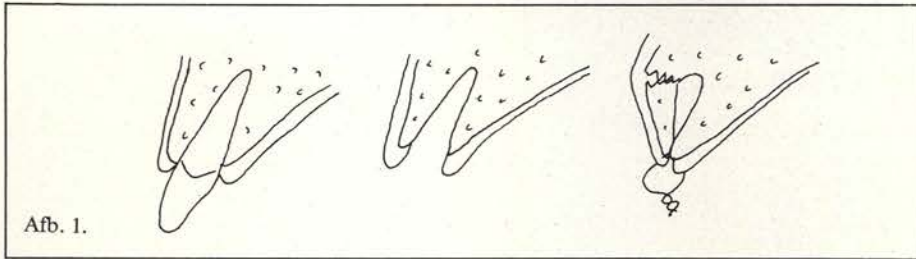
zegt door de vooruitstekende voortanden uitgelachen te worden en geremd te zijn in het contact met anderen. In haar jeugd is zij orthodontisch voor de afwijkende tandstand behandeld.

– *Subjectieve waarneming:* Er is sprake van een diepe plica mentalis. De bovenincisieven protrudereren en de patiënt heeft moeite de lippen te sluiten (afb. 3a). Intra-oraal wordt een extractierijp gebit geconstateerd.

door de huisarts in verband met onvrede met de tandstand. Orthodontische behandeling heeft in de jeugd niet plaats gevonden.

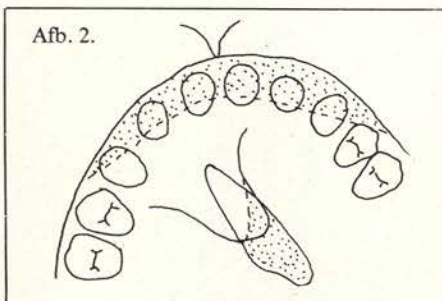
– *Subjectieve waarneming:* Een lichte prognathie van de bovenkaak en een retrognathie van de onderkaak (afb. 4a). Intra-oraal is een zeer slecht onderhouden gebit dat extractierijp is, aanwezig.

– *Behandeling:* Onder endotracheale narcose wordt een totale gebitsextractie uitgevoerd, waarbij in het bovenfront een alveotomie wordt verricht. Tevens wordt de kin door middel van een 'sliding genioplasty', waarbij de onderrand van de mandibula wordt losgemaakt, naar ventraal verplaatst.



Afb. 1.

plaatsen, vereist dit enige maatregelen, die bij het raderen van de gipsmodellen genomen dienen te worden. Zodra, na het bepalen van de beethoogte, de gipsmodellen in de juiste beetrelatie in een ocludator zijn geplaatst, worden de te extraheren gebitselementen van de modellen weggeradeerd. In het bovenfront moet dan bovendien het buccale deel van de processus alveolaris superior worden weggenomen (afb.



Afb. 2.



Afb. 3a.



Afb. 3b.

2). Dit immers simuleert de verplaatsing van de buccale corticis in de alveolen van de bovenincisieven. Hierna kan op de geradeerde modellen een gebitsprothese worden vervaardigd, die als directe prothese kan worden geplaatst na de alveotomie.

Aan de hand van drie gevallen wordt het effect van de alveotomie geïllustreerd.

Een 34-jarige vrouw wordt verwezen door de huisarts met het verzoek om correctie van het profiel. De patiënte

– *Behandeling:* Onder algehele narcose is de restdentitie verwijderd en een alveotomie in het bovenfront uitgevoerd. Een directe gebitsprothese is geplaatst.

– Bij *controle*, één jaar na de ingreep, zien wij een tevreden patiënte. Zij meent als gevolg van de ingreep meer zelfvertrouwen te hebben gekregen en meent dat de spraak aanzienlijk verbeterd is. Kaakgewrichtsklachten, die pre-operatief bestonden zijn geheel verdwenen (afb. 3b).

Een 22-jarige vrouw wordt verwezen

– Bij *controle* is de patiënte zeer tevreden en meent dat haar zelfvertrouwen is toegenomen (afb. 4b).

Een 27-jarige vrouw bezocht de polikliniek voor Mondziekten en Kaakchirurgie van de Vrije Universiteit in verband met een profiel dat haar in hoge mate stoort. Orthodontische behandeling heeft in de jeugd niet plaatsgevonden.

– *Subjectieve waarneming:* De bovenfronttanden zijn geheel zichtbaar ook wanneer het gelaat in ruste is (afb. 4a). De sagittale overbeet is 17 mm.