

## ONDERZOEK

## ONDERZOEK NAAR DE TOEPASSING VAN PREVENTIE IN DE ALGEMENE PRAKTIJK

## II. TOEGEPASTE PREVENTIEVE MAATREGELEN

H. H. TAN  
J. HAMILTON

*Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde  
van de Universiteit van Amsterdam.  
Voorzitter: G. Moltzer.*

*Trefwoorden:* Sociale tandheelkunde – Preventieve tandheelkunde – Onderwijs – Praktijkvoering

*Inleiding*

In een eerder artikel werd uiteengezet dat er onduidelijkheid bestaat over de mate waarin preventieve maatregelen en middelen in de algemene praktijk worden toegepast (Tan en Hamilton, 1980), terwijl de ontwikkelingen op wetenschappelijk terrein en in het ziekenfondspakket steeds minder een drempel hiertoe vormen.

Om te onderzoeken in hoeverre tandartsen preventieve maatregelen in de algemene praktijk toepassen, werd een schriftelijke enquête gehouden. De vragenlijst bevatte drie categorieën vragen: de eerste categorie betreft vragen over aspecten van de praktijkvoering, de tweede over de toegepaste preventief-tandheelkundige maatregelen en de derde over het onderwijs in de preventieve tandheelkunde. De resultaten van de eerste categorie vragen zijn reeds besproken (Tan en Hamilton, 1980). Dit artikel bespreekt de resultaten van de tweede en derde categorie vragen.

*Materiaal en methode*

Nadat de vragen door middel van proef-enquêtes op hun kwaliteit waren gecontroleerd werd de definitieve vragenlijst samengesteld.

De vragen hebben geprecodeerde antwoorden, op de laatste twee vragen na. De een is een open vraag naar andere toegepaste preventieve maatregelen dan die reeds in de vragenlijst vermeld staan; de andere is een vraag naar de mening van de geënquêteerde over moeilijkheden die bij het toepassen van de preventie worden ondervonden.

In het kader van deze enquête zijn er beperkingen aangebracht: er is alléén gevraagd

naar die maatregelen die de twee meest voorkomende ziekten (cariës en ontsteking van het parodontium) helpen voorkomen en die behoren tot de primaire preventie. Onder primaire preventie wordt verstaan alle maatregelen en middelen die het voorkómen van tand- en mondziekten beogen en dus plaatvinden als men nog gezond is (Houwink, 1979). De vragen gaan over:

- instructie en controle mondhygiëne;
- tandsteenverwijdering en polijsten;
- fluoridetabletten voorschrijven;
- lokale fluoride-applicatie;
- voedingsanamnese en -advies;
- het afsluiten van gave pits en fissuren met kunstthars (sealants);
- fysisch/chemisch testen van de cariës-vatbaarheid;
- Tandheelkundige Gezondheidsvoorlichting en -Opvoeding (T.G.V.O.).

In de enquête is ook een vraag opgenomen over het maken van bitewing-foto's. Dit is strikt genomen geen primair preventieve maatregel, maar draagt wel bij tot het tijdig signaleren van decalcificaties en kan als hulpmiddel dienen bij de voorlichting van de patiënt.

Naast de vragen over de toegepaste preventie bevat de vragenlijst vier vragen over het onderwijs.

Uit de Tandartsengids 1976 werd een selectie steekproef getrokken van 351 personen. De enquêtes werden in december 1976 verstuurd. In totaal werden 217 (61,8%) vragenlijsten geretourneerd, waarvan er 180 bruikbaar zijn voor verwerking. Dit is 5% van de totale populatie tandartsen in 1977. De beschrijving van de steekproef is reeds eerder gepubliceerd (Tan en Hamilton, 1980). De gegevens werden machinaal verwerkt met behulp van een S.P.S.S.-programma (Nie et al., 1975).

*Resultaten**Controle van de mondhygiëne en tandsteenverwijdering**Samenvatting:*

In december 1976 werd een enquête gehouden onder tandartsen naar de toepassing van preventieve maatregelen. Er werd ook gevraagd naar eventuele moeilijkheden bij de toepassing van preventie en naar de mening over het onderwijs. De respons op de enquête bedroeg 61,8%. Daar alleen de antwoorden van algemeen-practici in aanmerking kwamen werden er uiteindelijk 180 vragenlijsten verwerkt. Dit was ongeveer 5% van de totale populatie tandartsen die algemene praktijk uitoefenen.

Uit de enquête blijkt dat er onvoldoende gebruik gemaakt wordt van de mogelijkheden op preventief-tandheelkundig terrein door algemeen-practici. Daarnaast lijkt ook de kwaliteit waarmee de preventieve maatregelen worden toegepast te wensen over te laten. Ziekenfondsverzekerden blijken minder te profiteren van de preventie dan particuliere patiënten. De belangrijkste moeilijkheden die tandartsen bij het toepassen van de preventie zeggen te ondervinden zijn tijdgebrek (62,8%), onvoldoende honorering (23,9%), onvoldoende kennis (22,8%), desinteresse van de patiënt (14,4%) en de teleurstelling over uitblijvende resultaten (13,9%).

Van de geënquêteerden vindt 58,3% dat er tijdens hun opleiding onvoldoende aandacht werd besteed aan het theoretisch onderwijs in de preventieve tandheelkunde. Een groter percentage (78,9%) vindt het onderwijs in de praktische preventie onvoldoende; 69,4% heeft nooit postacademisch onderwijs in de preventieve tandheelkunde gevolgd; 17,2% heeft geen en 51,7% heeft misschien behoefte aan postacademisch onderwijs.

Tabel I geeft de antwoorden op de vragen: 'Controleert U de mondhygiëne van Uw patiënten:' en: 'Verwijdert U tandsteen en aanslag?' Ongeveer driekwart van de geënquêteerden zegt altijd de mondhygiëne bij zijn/haar patiënten te controleren en tandsteen te verwijderen, terwijl 0,6% nooit de mondhygiëne controleert en 1,1% nooit tandsteen verwijderd. Op de vraag: 'Polijst U het gebit na een tandsteenverwijdering?' zegt 29,4% van de geënquêteerden altijd te polijsten.

Als nader geïnformeerd wordt hoe vaak er bij particuliere en ziekenfondspatiënten beide handelingen gedaan worden, dan blijkt het percentage dat 'nooit' heeft geantwoord groter te zijn (tabel II). Particuliere patiënten komen er gunstiger van af dan de ziekenfondsverzekerden (tabel II).

Tabel I. Controle op mondhygiëne en tandsteenverwijdering: frequentie in procenten (n = 180).

Frequentie	Percentage	
	Controle mondhygiëne	Tandsteenverwijdering
Altijd	72,8	75,0
Meestal	21,1	21,1
Af en toe	3,9	1,7
Nooit	0,6	1,1
Niet beantwoord	1,7	1,1
Totaal	100,1	100,0

Tabel II. De controle op mondhygiëne en tandsteenverwijdering bij ziekenfondsverzekerden (Z.F.) en particuliere patiënten (Part.): frequentie in procenten (n = 180).

Frequentie	Percentage			
	Controle mondhygiëne		Tandsteenverwijdering	
	Part.	Z.F.	Part.	Z.F.
Nooit	5,6	16,7	3,3	15,6
Halfjaarlijks	75,0	63,8	79,4	66,5
Jaarlijks	3,3	2,3	5,6	6,2
In het kader van IT*	—	3,4	—	0,0
Ander systeem	9,5	6,7	7,2	6,2
Onbekend	6,7	7,2	4,4	5,6
totaal	100,1	100,1	99,9	100,1

\*IT = Integrale Tandheelkunde.

Tevens blijkt slechts een klein percentage (3,4%) in het kader van de Integrale Tandheelkunde de mondhygiëne te controleren. Op de vraag hoe men de mondhygiëne controleert antwoordt 48,8% dit met behulp van de sonde te doen, 30,8% met behulp van disclosing solution en 7,2% op het oog.

#### Het toepassen van fluoride

In tabel III is te zien dat er een verschil bestaat in het voorschrijven van fluoridetabletten en het lokaal appliceren van fluoride. Het eerste wordt door 78,3% van de geënquêteerden gedaan en het tweede door 21,1% (hierbij zijn de alternatieven 'altijd' en 'meestal' bij elkaar opgeteld). Uit de antwoorden op de vraag aan wie men fluoridetabletten voorschrijft blijkt dit voornamelijk aan kinderen (70%) te zijn.

De fluoride-applicatie wordt door tandartsen meer bij particuliere dan bij ziekenfondspatiënten toegepast; 53,3% van de geënquêteerden appliceert nooit bij ziekenfondspatiënten en 40% appliceert nooit bij particulieren (tabel IV).

#### Voedingsanamnese en -advies

Op de vraag of er een voedingsanamnese wordt afgenomen antwoordt 9,5% dit meestal of altijd te doen, terwijl 90% dit nooit of vrijwel nooit doet (0,6% van de respondenten hebben op deze vraag niet geantwoord). Daarentegen zegt 70% wel

voorlichting over voeding in het algemeen te geven en 16,1% geeft zelfs specifieke voorschriften (tabel VII).

#### Het toepassen van pit- en fissuurlakken (sealants)

Door een klein percentage (11%) van de tandartsen (tabel V) wordt wel eens gebruik gemaakt van pit- en fissuurlakken. Er is nauwelijks verschil tussen de toepassing van sealants bij ziekenfonds- en particuliere patiënten.

#### Het fysisch/chemisch testen van de cariësvatbaarheid

Door geen der geënquêteerde tandartsen wordt het testen van de cariësvatbaarheid als preventief middel toegepast; noch als middel bij de patiëntenvoorlichting, noch als hulpmiddel bij de diagnose van patiënten met veel cariës.

#### Voorlichting in de praktijk

Van de respondenten zegt 28,8% nooit of slechts af en toe voorlichting te geven en 71,1% zegt dit altijd of meestal te doen (tabel VI).

Op de vraag over welke onderwerpen er voorlichting gegeven wordt (tabel VII) antwoorden de respondenten dat er vooral over tandenborstelen (81,7–93,3%) en het gebruik van fluoride (88,9%) wordt voorlicht.

Op deze vraag kan elke respondent meer-

Tabel III. Het voorschrijven van fluoridetabletten en het lokaal appliceren van fluoride: frequentie in procenten (n = 180).

Frequentie	Percentage	
	Tabletten	Applicatie
Altijd	42,2	4,4
Meestal	36,1	16,7
Af en toe	18,3	46,7
Nooit	2,8	32,2
Niet beantwoord	0,6	—
Totaal	100,0	100,0

Tabel IV. Fluoride-applicatie bij ziekenfondsverzekerden (Z.F.) en particuliere patiënten (Part.): frequentie in procenten (n = 180).

Frequentie	Percentage	
	Part.	Z.F.
Nooit	40,6	53,3
Halfjaarlijks	23,3	9,0
Jaarlijks	11,1	2,2
In het kader van IT	—	16,2
Ander systeem	15,0	8,9
Onbekend	10,0	10,6
Totaal	100,0	100,2

Tabel V. Het gebruik van pit- en fissuurlakken (sealants) bij particuliere patiënten (Part.) en ziekenfondsverzekerden (Z.F.): frequentie in procenten (n = 180).

Frequentie	Percentage	
	Part.	Z.F.
Nooit	88,9	89,4
Halfjaarlijks	1,1	0,0
Jaarlijks	1,7	0,0
In het kader van IT	—	2,3
Ander systeem	5,0	2,3
Onbekend	3,3	6,1
Totaal	100,0	100,1

Tabel VI. Het geven van voorlichting in de praktijk: frequentie in procenten (n = 180).

Frequentie	Percentage
Altijd	52,2
Meestal	18,9
Af en toe	24,4
Nooit	4,4
Totaal	99,9

Tabel VII. De onderwerpen waarover voorlichting gegeven wordt: frequentie in procenten.

Onderwerpen	Percentage
Voeding in het algemeen	70,0
Specifieke dieetvoorschriften	16,1
Poetsmethode(n)	93,3
Poetsfrequentie	88,9
Tandenborstels	87,9
Tandpasta's	81,7
Fluoridegebruik	88,9
Dental floss-gebruik	72,2
Tandenstokers	66,6
Plaquelceurstoffen	47,2

dere antwoorden geven, zodat de percentages in tabel VII de onderwerpen weergeven die het meest worden genoemd door de respondenten die voorlichting geven.

Tabel VIII toont de personen die betrokken zijn bij de voorlichting. Ook hier is het mogelijk meerdere antwoorden te geven daar er meerdere personen tegelijk bij de voorlichting betrokken kunnen zijn. Het blijkt dat het voornamelijk de tandarts zelf is die voorlichting geeft. Tevens blijkt dat assistenten bij de voorlichting worden ingeschakeld bij ongeveer een kwart van de geënquêteerden, zij het dat er niet voor alle onderwerpen evenveel een beroep op de assistent(e) wordt gedaan.

#### Het maken van bitewing-röntgenfoto's

Op de vraag of men over een röntgenapparaat beschikt antwoordt 97,2% van de geënquêteerde tandartsen bevestigend. Daarnaast is gevraagd of men bitewings maakt en zo ja, met welke frequentie dit gebeurt bij ziekenfonds- en particulier verzekerden (tabel IX).

Ruim tachtig procent (82,8%) van de tandartsen zegt bitewings te maken en 17,2% zegt dit nooit te doen. Uit de antwoorden op de vraag naar de frequentie waarmee

Tabel IX. Het maken van bitewing-röntgenfoto's bij particuliere patiënten (Part.) en ziekenfondsverzekerden (Z.F.): frequentie in procenten (n = 180).

Frequentie	Percentage	
	Part.	Z.F.
Nooit	23,9	29,4
Eenmalig bij nieuwe patiënten	12,2	1,7
Halfjaarlijks	1,7	0,6
Jaarlijks	32,8	11,2
In het kader van IT	—	41,6
Andersysteem	18,9	8,9
Onbekend	10,6	6,7
Totaal	100,1	100,1

Tabel VIII. De personen die betrokken zijn bij het geven van voorlichting over de diverse onderwerpen: frequentie in procenten.

Onderwerpen	Percentage		
	Tandarts	Assistente*)	Mondhygiëniste**)
Voeding in het algemeen	60,7	12,3	10,7
Specifieke dieetvoorschriften	11,8	2,9	1,7
Poetsmethode(n)	82,2	26,2	15,1
Poetsfrequentie	83,5	21,8	15,1
Tandenborstels	78,9	19,5	13,9
Tandpasta's	75,1	18,9	15,1
Fluoridegebruik	81,0	22,9	13,4
Dental floss-gebruik	63,4	12,8	15,7
Tandenstokers	57,9	10,7	14,5
Plaquelceurstoffen	39,4	10,7	12,8

\*)93,8% van de tandartsen heeft één of meer assistentes in dienst.

\*\*) 18,6% van de tandartsen heeft voor één of meer halve dagen een mondhygiëniste in dienst.

bitewings gemaakt worden blijkt dat 23,9% van de respondenten nooit bitewings maakt bij particuliere patiënten en 29,4% nooit bij ziekenfondspatiënten.

Bij particulier verzekerden worden vooral eens per jaar bitewings gemaakt (32,8%). Bij ziekenfondspatiënten wordt het meest in het kader van de Integrale Tandheelkunde (41,6%) bitewings gemaakt. Een gering percentage (11,2%) maakt op jaarlijkse basis bitewing-foto's bij ziekenfondsverzekerden buiten het kader van de Integrale Tandheelkunde.

Het totaalbeeld toont dat er bij particuliere patiënten meer gebruik gemaakt wordt van bitewings dan bij ziekenfondsverzekerden.

#### Selectie op grond van mondhygiëne

Uit de enquête blijkt dat 10,6% van de tandartsen hun patiënten altijd en 28,3% meestal selecteert op grond van de mondhygiëne (tabel X).

#### Andere toegepaste preventieve maatregelen

Door een aantal tandartsen werden nog andere dan tot dusver genoemde preventieve maatregelen opgegeven. Vijf procent organiseert ouderavonden en geeft voorlichting op school, enkelen schrijven El-mex®-gelei voor, raden de patiënt uit preventief oogpunt extractie van niet goed liggende elementen aan of schrijven appels voor in plaats van snoep. Sommigen rangschikken het naar huis sturen van slechte poetsers met de mededeling terug te komen als de mondhygiëne verbeterd is, ook onder de preventieve maatregelen. De percentages van bovengenoemde antwoorden op de open vraag naar welke andere preventieve maatregelen de geënquêteerden nog toepassen liggen tussen de 1,1% en 3,3%.

#### Moelijkheden die werden ondervonden bij de toepassing van preventie in de praktijk

Om de mening van de geënquêteerden te exploreren naar eventuele barrières bij het toepassen van de preventie in de praktijk is de open vraag gesteld: 'Hoe zou het komen, denkt u, dat vele tandartsen het vaak moeilijk vinden om preventie in de praktijk toe te passen?' Deze vraag werd door 92,2% van de tandartsen beantwoord.

In tabel XI staan de meest frequent gegeven redenen: tijdgebrek, onvoldoende honorering, onvoldoende kennis, desinteresse van de patiënt en een teleurstellend resultaat. Daarnaast werd nog het volgende naar voren gebracht:

- ruimtegebruik;
- sleur om steeds hetzelfde verhaal te vertellen;

Tabel X. Selectie op grond van de mondhygiëne: frequentie in procenten (n = 180).

Frequentie	Percentage
Altijd	10,6
Meestal	28,3
Soms	21,1
Nooit	35,6
Niet beantwoord	4,4
Totaal	100,0

Tabel XI. Redenen die genoemd werden waarom het toepassen van preventie in de praktijk als moeilijk wordt ervaren: frequentie in procenten.

Redenen	Percentage
1. Tijdgebrek	62,8
2. Onvoldoende honorering	23,9
3. Onvoldoende kennis betreffende preventie	22,8
4. Desinteresse van de patiënt	14,4
5. Resultaat blijft uit of is teleurstellend	13,9

- de tandarts is geen preker;
- administratieve rompslomp;
- te simpel voor de tandarts;
- de patiënt is zelf verantwoordelijk;
- er zijn geen sancties ten aanzien van de patiënt mogelijk.

#### Onderwijs in de Preventieve Tandheelkunde

Dat het onderwijs als ontoereikend wordt ervaren blijkt uit tabel XII waar de mening van de geënquêteerden over het genoten onderwijs in de preventieve tandheelkunde staat: 58,3% vindt dat ze onvoldoende theoretisch onderwijs tijdens hun studie hebben genoten en 78,9% vindt het onderwijs in de praktische preventie ontoereikend. Maar als gevraagd wordt of men behoefte heeft aan postacademisch onderwijs in de preventieve tandheelkunde antwoordt 30,6% bevestigend, terwijl 51,7% zich wat gereserveerder opstelt (tabel XIII). Daarnaast blijkt dat 30,6% ooit postacademisch onderwijs heeft gevolgd (tabel XIII).

#### Discussie

#### Controle van de mondhygiëne en tandsteenverwijdering

Een mogelijke verklaring voor de discrepantie van de percentages die 'nooit' hebben geantwoord in tabel I en tabel II is dat bij het toespitsen van de vraag naar een regelmatige controle op de mondhygiëne en het verwijderen van tandsteen de geënquêteerden explicieter moeten weergeven wat ze doen.

Uit de tabel II blijkt dat de mondhygiëne maar in 63,8% tot 75% eens per halfjaar wordt gecontroleerd, terwijl regelmatige controle wenselijk wordt geacht om aandacht en motivatie van de patiënt telkens te versterken.

In de vragenlijst is niet gevraagd naar kwalitatieve aspecten, zoals bijvoorbeeld de tijd die men besteedt aan de controle, een eventuele koppeling hiervan met de poetsinstructie, in welke mate de patiënten betrokken worden bij de evaluatie en/of de bevindingen van de controle op positieve (stimulerende opmerkingen) dan wel negatieve wijze (berisping) geuit worden. Aan het gebruik van plaquekleurstoffen kan men afleiden of de mondhygiënecontrole mede gebruikt wordt om bewust de patiënten feedback te geven. Controle van de mondhygiëne heeft alleen zin als hierbij ook

Tabel XII. Mening over het genoten theoretisch en praktisch onderwijs in de preventieve tandheelkunde: frequentie in procenten (n = 180).

Mening	Onderwijs	
	Theoretisch	Praktisch
Voldoende	41,1	20,0
Onvoldoende	58,3	78,9
Geen mening	0,6	1,1
Totaal	100,0	100,0

Tabel XIII. De behoefte aan en gevolgd postacademisch onderwijs (P.A.O.) in de preventieve tandheelkunde: frequentie in procenten (n = 180).

Behoeft aan P.A.O.	Percentage
Ja	30,6
Misschien	51,7
Neen	17,2
Niet ingevuld	0,6
P.A.O. gevolgd	
Ja	30,6
Neen	69,4

Tabel XIV. Nooit door algemeen-practici toegepaste preventieve maatregelen bij ziekenfondsverzekerden (Z.F.) en particuliere patiënten (Part.): frequentie in procenten.

Nooit toegepaste preventieve maatregelen	Percentage	
	Z.F.	Part.
Controle mondhygiëne	16,7	5,6
Tandsteenverwijdering	15,6	3,3
Fluoride-applicatie	53,3	40,6
Bitewings	29,4	23,9

concrete adviezen aan de patiënten worden gegeven: het zichtbaar maken van de plaque met kleurstoffen helpt de patiënt de plaatsen te identificeren die meer aandacht behoeven bij het tandenpoetsen. Daarnaast heeft het kleuren op zichzelf een 'motiverend' effect (Podshadley en Schweilke, 1970; Rayner en Cohen, 1971). Schokking en Siegerist (1976), die in Nederland de tandartsen in drie groepen indeelden (een groep die in het algemeen weinig onderwijs heeft gehad in de parodontologie, een groep

die de laatste jaren een P.A.O. (postacademische onderwijs)-cursus parodontologie aan de Universiteit van Amsterdam heeft gevolgd en een groep die in de jaren 1970 tot en met 1974 is afgestudeerd), vonden bij de gunstigste groepen die meer onderwijs hebben gehad, dat 30-34% van de tandartsen bij meer dan 50% van hun patiënten een kleurstof gebruikt. Van de groep die weinig onderwijs in de parodontologie heeft gehad bleek zelfs 62% nooit een plaque-kleurmiddel te gebruiken. Het aantal ondervraagden in deze groep was klein (n = 43), waardoor het moeilijk is de generaliseerbaarheid naar de totale populatie tandartsen die geen P.A.O. gevolgd hebben en die niet in de jaren 1970-1974 aan de Universiteit van Amsterdam zijn afgestudeerd, in te schatten.

Craft en Sheiham (1976) die tandartsen in Noord- en Zuid-Engeland naar het gebruik van disclosing-tabletten of -vloeistof vroegen, vonden in de meest ongunstige groep, namelijk de tandartsen in Noord-Engeland die ouder zijn dan 40 jaar, een percentage van 33,3% dat regelmatig de plaque kleurt.

Uit onze enquête blijkt dat 30,8% van de tandartsen disclosing-vloeistof gebruikt. Bezien we dit resultaat en die van andere onderzoeken dan moet geconstateerd worden dat er weinig gebruik gemaakt wordt van plaquekleurstoffen bij de mondhygiënecontrole.

Over de kwaliteit waarmee tandsteen verwijderd wordt kan er uit tabel II geen conclusie worden getrokken. Wel zegt 29,4% van de geënquêteerden dat zij altijd polijsten na tandsteenverwijdering. Met andere woorden: een groot percentage (ruim 70%) polijst niet na het tandsteenverwijderen; hetgeen als indicatie beschouwd kan worden voor de onvolledigheid van de behandeling.

Daarnaast blijkt uit tabel II dat in het kader van de Integrale Tandheelkunde niemand tandsteen verwijderd. Dit is eigenaardig daar het de intentie van dit plan is om de conditie van de mond optimaal te houden.

#### Het toepassen van fluoriden

Van de geënquêteerden schrijft 70%

fluoridetabletten aan kinderen voor. Het is waarschijnlijk dat de respondenten bij het beantwoorden van de vragen over fluoride impliciet aan kinderen dachten, maar zekerheid hierover is er niet. Daarom is het moeilijk te beoordelen wat de gevonden percentages uit tabel III precies weergeven, behalve het percentage dat 'nooit' geantwoord heeft.

Dat door de tandartsen bij ziekenfondsverzekerden minder frequent een fluoride-applicatie toegepast wordt is begrijpelijk, daar ten tijde van de enquête alléén in het kader van de Integrale Tandheelkunde een vergoeding hiervoor bestaat. Maar zelfs in het kader van de Integrale Tandheelkunde maakt slechts een klein percentage tandartsen (16,2%) gebruik van de mogelijkheid fluoride-applicatie toe te passen.

#### *Voedingsanamnese en -advies*

Er is niet gevraagd wanneer of op grond waarvan de tandartsen besluiten al dan niet een voedingsanamnese af te nemen. Het geringe percentage tandartsen dat een voedingsanamnese afneemt (9,5%) staat tegenover het grotere percentage (16,1%) dat zegt specifieke dieetvoorschriften te geven. Met de beschikbare gegevens is het niet mogelijk een goed beeld te krijgen van wat er in de algemene praktijk gebeurt.

Nader onderzoek naar de mate waarin en de kwaliteit waarmee voedingsadviezen worden gegeven is gewenst, daar de voeding een belangrijke etiologische factor is.

#### *Het toepassen van pit- en fissuurlakken (sealants)*

Mogelijke verklaringen voor het geringe gebruik van sealants is het feit dat het nog betrekkelijk nieuw is, dat de applicatie tijdrovend is en dat sealen bij voorkeur zo spoedig mogelijk na de eruptie moet plaatsvinden. Desalniettemin ligt het gebruik van sealants lager dan in Engeland, waar dit door 38% van de algemeen-practici wordt toegepast (Rock en Bradnock, 1976), terwijl de attitude van de Engelse tandartsen opzichte van preventie niet erg positief is (Craft en Sheiham, 1976).

#### *Het fysisch/chemisch testen van de cariësvatbaarheid*

Er zijn verschillende redenen denkbaar waarom niemand de cariësvatbaarheid test: men heeft er nooit van gehoord, men ziet er het nut niet van in, men vindt het te omslachtig of men is niet gewend aan niet-curatieve handelingen. Welke van deze of andere redenen de uitslag in deze enquête hebben bewerkstelligd is, helaas, niet bekend.

#### *Voorlichting in de praktijk.*

In Israël, waar Shuval (1971) zowel de tandartsen als de patiënten onderzocht, blijken tandartsen het preventief-gedrag van de patiënten te overschatten. Tevens toonden de tandartsen er een hoge mate van zelfgenoegzaamheid over hun preventieve zorg. Uit een onderzoek van Linn (1974) bij patiënten die voor behandeling aangenomen waren aan de University of Pacific, bleek dat deze over weinig kennis beschikten en dat een heel klein percentage van de patiënten uit zichzelf om informatie over de mondverzorging vroeg; de patiënt in deze groep veronderstelt dat de tandarts hem wel zal zeggen wat nodig is. De discrepantie tussen wat tandartsen denken over en vinden van de noodzaak tot voorlichting en wat het publiek op dit terrein van de tandartsen verwacht, wordt ook gedemonstreerd door de resultaten van het onderzoek van Frazier et al. (1977): tandartsen denken dat moeders uit de lagere sociaal-economische klasse de tandheelkundige zorg niet belangrijk vinden, terwijl een enquête bij deze moeders het tegendeel uitwijst. Er zijn dus aanwijzingen in de literatuur, die wijzen op enerzijds de grote behoefte aan informatie bij het publiek en anderzijds op een onderschatting bij tandartsen van de actieve rol die er van hen verwacht wordt bij de voorlichting. In dit licht gezien moet er vastgesteld worden dat de 52,2%, dat zegt altijd voorlichting te geven, onvoldoende is.

In deze enquête is het begrip 'voorlichting' niet omschreven. Men kan er verschillende activiteiten onder verstaan: van het simpel opmerken 'dat er beter

gepoetst moet worden' tot het grondig informeren en begeleiden van patiënten, waarbij voortdurend getracht wordt de patiënt te laten participeren in de hele behandeling. In het hierboven eerder geciteerde onderzoek van Linn (1974) zegt een kwart van de patiënten dat de tandarts wel eens iets over de relatie suiker-cariës heeft gezegd, maar in de meeste gevallen alléén in de zin van 'minder suiker gebruiken'. De frequentie van suikerconsumptie en de kleverigheid van suikers is bijna nooit ter sprake gekomen. Over de kwaliteit van de voorlichting kan uit de resultaten van onze enquête geen conclusie getrokken worden: behalve dat er niet gevraagd is wat men onder 'voorlichting' verstaat is er ook niet gevraagd naar de tijd die men er aan besteedt, noch naar de wijze waarop de voorlichting plaatsvindt en of er een evaluatie plaatsvindt.

De meeste tandartsen zeggen voorlichting te geven over de verschillende onderwerpen (tabel VII). Met name het percentage (93,3%) dat zegt voorlichting te geven over poetsmethoden is hoog. Auer (1975), die in Zwitserland een soortgelijke enquête hield, vond dat maar 60% hierover voorlichting gaf. Schokking en Siegerist (1976) hebben aan Nederlandse tandartsen gevraagd aan hoeveel procent van hun patiënten ze mondelinge borstelstructuur geven. Ze vonden dat dit het gunstigst lag bij tandartsen, die een postacademische cursus in de parodontologie hebben gevolgd: 94% van deze groep gaf aan meer dan 80% van hun patiënten mondelinge voorlichting. Waarschijnlijk komt dit doordat deze groep van de cursus had geleerd of doordat deze het best gemotiveerd was getuige het feit, dat ze een cursus hebben gevolgd. Van de groep recent afgestudeerden aan de Universiteit van Amsterdam, waar tijdens de opleiding het belang van een goede mondhygiëne in de colleges wordt behandeld, bleek slechts 47% aan meer dan 80% van hun patiënten een mondelinge instructie te geven. Bij de groep andere praktizerende tandartsen daalde dit percentage tot 33%. De resultaten van onze enquête, waar 81,4% zegt altijd of meestal voorlichting te geven,

geven een relatief gunstig beeld.

De lage percentages die de mondhygiënisten scoren (tabel VIII) kunnen verklaard worden uit het feit dat er nog weinig mondhygiënisten voor de algemene praktijk beschikbaar zijn.

#### *Het maken van bitewing-röntgenfoto's*

De percentages uit tabel IX, die zeggen nooit bitewings te maken, zijn hoger dan het totaal percentage van 17,2%. Dit kan gebeuren omdat de samenstelling van het patiëntenbestand en het beleid in de praktijk met betrekking tot het maken van bitewings de uitkomsten in tabel IX beïnvloeden. Zo kan een tandarts met een gemengde praktijk bijvoorbeeld nooit bitewings maken bij ziekenfondsverzekerden, maar wel bij particulieren of een tandarts die alleen ziekenfondspatiënten behandelt kan geen bitewings maken bij particuliere patiënten. Het is dus zaak om bij tabel IX rekening te houden met het feit dat de percentages slaan op alle geënquêteerden (n = 180). Daarnaast blijft de mogelijkheid bestaan dat bij het toespitsen van de vraag naar gedetailleerde informatie, de respondenten nauwkeuriger antwoorden.

#### *Selectie op grond van mondhygiëne*

Het is niet duidelijk met welk doel men selecteert. Er zijn verschillende redenen denkbaar, zoals selectie voor het al dan niet uitvoeren van kostbare behandelingen, het uitgebreid voorlichten, het geven van slechts 'eerste hulp' of zelfs voor het weigeren van verdere behandeling. Men kan zich afvragen of het uitselcteren van patiënten – met welk doel dan ook – verenigbaar is met de uitoefening van de tandheelkunde. Zeker als dit a priori zou zijn.

#### *Andere toegepaste preventieve maatregelen*

Het is opvallend dat sommigen het wegsturen van slechte poetsers als een preventieve maatregel beschouwen. De vraag doet zich dan voor: wat beoogt men er mee te voorkomen?

#### *Moelijkheden die werden ondervonden bij de toepassing van preventie in de praktijk*

Uit het hoge percentage respondenten (92,2%) dat van deze vraag gebruik heeft gemaakt om zijn mening te geven, mag blijken dat men het belangrijk vindt om deze vraag te beantwoorden en dat men over het algemeen moeite heeft met de toepassing van de preventie in de praktijk.

Tijdgebrek wordt door de meesten (62,8%) als barrière ervaren (tabel XI). Dit is opmerkelijk daar 'tijdgebrek' een relatief begrip is: er is pas sprake van tijdgebrek, indien binnen alle mogelijke tandheelkundige behandelingen de preventie een lage prioriteit heeft. Als men preventie werkelijk belangrijk vindt, zal men er tijd voor reserveren. Na 'tijdgebrek' wordt vooral 'onvoldoende honorering' (23,9%) als reden genoemd. In een studie van Craft en Sheiham (1976) naar de attitude van algemeen-practici werden 'tijdgebrek' en 'onvoldoende honorering' eveneens als de belangrijkste redenen genoemd, waarom er geen preventie wordt toegepast. Ook in de honorering komt tot uiting hoe belangrijk men de preventie vindt. Het is niet bekend ten opzichte waarvan men de honorering onvoldoende vindt. Het meest waarschijnlijke is dat men dit afmeet aan de tijd die men besteedt of meent te moeten besteden aan preventieve maatregelen. Auer (1975) vroeg aan Duitstalige tandartsen in Zwitserland hoe men de tarieven voor preventieve behandelingen in de particuliere praktijk berekende. Zevenenzestig procent declareerde op basis van de bestede tijd; 9% op basis van abonnementstarieven en 24% bracht niets in rekening. Bijna een kwart van de respondenten (23,8%) noemt als moeilijkheid het gebrek aan voldoende kennis van de preventieve tandheelkunde. In de enquête zijn over het onderwijs in de preventieve tandheelkunde twee vragen opgenomen, waaruit blijkt dat een nog groter percentage vindt dat ze onvoldoende onderwijs gehad hebben (tabel XII). Hierop wordt nog nader ingegaan bij de discussie over de vragen naar het onderwijs. De desinteresse van de patiënt wordt door velen (14,4%) gezien als één van de moeilijke punten bij de preventie. Het lijkt er dus op dat de desinteresse gezien wordt als een be-

lemmering om preventie toe te passen. Eén van de belangrijkste doelen van de preventieve tandheelkunde is de zelfwerkzaamheid bij de patiënten op te wekken en te stimuleren; dit impliceert juist dat 'desinteresse' van de patiënt geen barrière mag zijn, maar als factor gezien moet worden die bij de preventie aandacht verdient en waarop moet worden ingegaan. Bovendien is het de vraag of het predikaat 'desinteresse' niet al te vlug gegeven wordt. Men kan niet geïnteresseerd zijn als er niet voldaan wordt aan de voorwaarden om belangstelling te kunnen hebben. Andere factoren buiten de patiënt kunnen mede van invloed hierop zijn. Zoals bijvoorbeeld: de mate van aangeboden informatie, de houding van de behandelende tandarts, de aandacht die de patiënt krijgt en de ervaringen die de patiënt op tandheelkundig gebied heeft gehad. Hellman (1976) onderstreept de persoonlijke eigenschappen van de tandarts, die van meer invloed zijn dan de eigenschappen van de patiënt op het effect van de voorlichting.

Een belangrijk deel (13,9%) van de geënquêteerden is teleurgesteld over de resultaten (tabel XI). Dit is niet verwonderlijk als men zich realiseert dat er in de preventie vele 'patiënt-afhankelijke' maatregelen zijn en het resultaat pas na langere tijd zichtbaar wordt. Anders dan in de curatieve tandheelkunde, waar de tandarts over het algemeen de therapie zelf uitvoert (met eigen middelen, maatstaven en doelen) en als het ware de baas is over de situatie, wordt bij de preventieve tandheelkunde de tandarts geconfronteerd met een situatie, waarbij zijn medisch-biologische en technische deskundigheid niet meer de belangrijkste rol spelen om het doel (namelijk een mondgezondheidsbevorderend gedrag van de patiënt) te bereiken. De tandarts merkt dat wat hij de patiënt vertelt te doen, niet gehoorzaam wordt opgevolgd, terwijl hij het goed bedoelt.

Zijn verwachtingen komen niet uit en hij krijgt het gevoel alsof hij geen greep op de zaak krijgt. Teleurstelling is dan een begrijpelijke reactie. Gebrek aan kennis en inzicht in de complexe motivatietheorieën en geen of onvoldoen-

de training in gesprekstechnieken, zullen voor een belangrijk deel debet zijn aan te hoog gestelde verwachtingen over het resultaat van het verschaffen van informatie. Informatie is een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde voor gedragsverandering. Eykman (1979) beschrijft overzichtelijk maar beknopt met welke factoren men rekening moet houden bij de patiëntenvoorlichting. Ujt dit overzicht blijkt hoe goed men zich rekenschap moet geven van de problematiek bij de Tandheelkundige Gezondheids-Voorlichting en -Opvoeding (T.G.V.O.).

De andere, minder vaak genoemde, redenen die het toepassen van preventie bemoeilijken, geven de indruk dat in het onderwijs meer aandacht gegeven moet worden aan praktische problemen die zich bij de preventie voordoen (de sleur om steeds hetzelfde verhaal te vertellen, administratieve rompslomp, ruimtegebrek, er zijn geen sancties ten aanzien van de patiënt mogelijk) en aan de ethische/filosofische aspecten (de tandarts is geen preker, de patiënt is zelf verantwoordelijk).

#### *Onderwijs in de Preventieve Tandheelkunde*

Shira en Cassidy (1972) die jaarlijks het functioneren van 800 tot 1000 recent afgestudeerde tandartsen in het Amerikaanse leger evalueerden, kwamen tot de conclusie dat ze:

- weinig begrip hebben voor het concept van preventieve tandheelkunde;
- een vage voorstelling hebben van wat preventieve tandheelkunde inhoudt;
- niet geloven dat preventie echt werkt;
- een lage prioriteit geven aan de preventie in hun denken en handelen;
- denken dat preventie onproductief is;
- niet goed met patiënten kunnen communiceren;
- te weinig weten over basisproblemen bij het proces van gedragsverandering;
- te onbekend zijn met de maatschappelijke aspecten van de preventieve tandheelkunde.

Shira en Cassidy gaan er van uit dat de opleidingsinstituten een diepgaande invloed hebben op de manier waarop de studenten later hun beroep zullen uitoefenen en menen dat het diepgewortelde en geïnstitutionaliseerde waardensysteem wat de student wordt bijgebracht tijdens zijn studie, er één is, waarbij de preventie ondergeschikt is aan de restauratieve tandheelkunde.

Vele antwoorden uit deze enquête ondersteunen deze stelling, zoals de genoemde redenen waarom men geen preventie toepast (gebrek aan tijd, onvoldoende kennis, honorering etc.) en de mening dat men onvoldoende onderwijs heeft gehad.

Maar ook op plaatsen waar men in het onderwijs de preventieve tandheelkunde of delen daarvan probeert te verbeteren, dreigen deze pogingen te mislukken als er geen integratie plaatsvindt met andere onderwerpen. Met name de situatie in de kliniek waar de student patiënten ontmoet voor de behandeling is van doorslaggevend belang. Eykman (1979) meldt dat sommige studenten zich moeilijk kunnen voorstellen dat ze de principes uit de communicatieleer die hun tijdens een gespreksstraining is onderwezen zullen toepassen; de studenten klagen dat ze in hun verdere studie geen kans krijgen het geleerde toe te passen bij de patiëntenbehandeling, gezien de prioriteit van de curatieve behandeling.

Uit onze enquête blijkt dat men vooral het onderwijs in de praktische preventie onvoldoende vindt en dat onvoldoende kennis bij velen (22,8%) als reden wordt aangevoerd waarom men het toepassen van preventie moeilijk vindt. De onderwijsinstellingen zouden hieraan niet voorbij mogen gaan indien het mede in hun doelstellingen ligt om de tandheelkundige gezondheid van de populatie te bevorderen. Menigmaal is reeds een vraagteken gezet bij het effect van de curatieve tandheelkunde en is de noodzaak tot preventie onderstreept (Ainamo en Holmberg, 1973; Jackson et al., 1973; Holloway, 1975; Pilot en Sheiham, 1977).

Blijft het onderwijs bij de studenten een waarde-oordeel stimuleren, waar-

bij het maken van restauraties en prothetische voorzieningen als belangrijkste en meest bevredigende prestaties worden beschouwd, dan zal ze ook een tandarts afleveren die weinig begrip heeft voor het belang van de preventie. Hiermee draagt ze direct bij tot het in stand houden van een ondoeltreffende dienstverlening.

#### *Algemeen*

Er is ons geen onderzoek bekend waarin valide en duidelijke criteria zijn geformuleerd en uitgetest, waaraan een 'goede preventie' is af te meten. Onze enquête is primair opgezet om de mate waarin preventieve maatregelen en middelen in de algemene praktijk worden toegepast te beschrijven, zodat over andere aspecten ervan geen conclusies getrokken kunnen worden. Over de kwaliteit bijvoorbeeld, kan er alléén verondersteld worden dat deze voor verbetering vatbaar is. Deze hypothese is gestoeld op het feit dat hoewel ongeveer driekwart van de tandartsen zegt de mondhygiëne te controleren en tandsteen te verwijderen, er maar 30,8% gebruik maakt van disclosing solution en 29,4% na het tandsteen verwijderen polijst.

Met de wetenschap dat bijna iedereen aan cariës lijdt, kan men zich moeilijk voorstellen dat er algemeen-practici zijn die nooit restauraties maken. Ditzelfde geldt in principe ook voor de preventie: als bijna iedereen aan cariës, ontstekingen van het parodontium of aan beide ziekten lijdt, mag men verwachten dat een belangrijk deel van de algemeen-practici preventieve maatregelen toepast. De resultaten van onze enquête tonen dat er onvoldoende gebruik gemaakt wordt van de mogelijkheden van de preventieve tandheelkunde: 32% past nooit fluoride-applicaties toe, 90% neemt nooit een voedingsanamnese af, bijna 90% gebruikt nooit fissuurlakken, 29% geeft af en toe of nooit voorlichting, niemand gebruikt fysisch/chemische testen, 17% zegt nooit bitewings te maken. Het is tevens mogelijk dat de totaalpercentages een gunstiger beeld geven dan de realiteit, daar bij verschillende onderwerpen is gebleken dat de antwoorden ongunstiger wor-

den als gedetailleerder wordt geïnformeerd naar de gang van zaken. Er moet rekening gehouden worden met het verschijnsel van geflatteerde antwoorden.

Een ander resultaat (tabel XIV) uit deze enquête is dat de ziekenfondsverzekerden minder profiteren van de preventie dan de particuliere patiënten. Schokking en Siegerist (1976) vonden hetzelfde op het gebied van de parodontologie en concludeerden dat het ziekenfondsverstrekkingenpakket een beperkende invloed heeft. Analooq hieraan zou men ook bij de preventieve tandheelkunde het verstrekkingenpakket als een remmende factor kunnen bestempelen en hiermee de zaak afdoen. Dit houdt evenwel het gevaar in dat de verantwoordelijkheid van tandartsen, mondhygiënist en de onderwijsinstellingen op de achtergrond wordt geschoven. Immers ook bij de particuliere patiënten worden onvoldoende tijd en aandacht besteed aan de preventie. Bovendien komt het verstrekkingenpakket mede tot stand op basis van inzichten van de professie en het belang dat ze hecht aan de verschillende aspecten van de tandheelkunde. De twee meest genoemde problemen die algemeen-practici ervaren (tijdgebrek en onvoldoende honorering), wijzen op een lage prioriteit van de preventie.

Hoewel het in principe mogelijk is om cariës en ontstekingen van het parodontium in belangrijke mate terug te dringen, blijken er bij de toepassing talrijke moeilijkheden te bestaan. Problemen op het gebied van acceptatie, kosten-baten, mankracht, inpasbaarheid in de organisatie van de praktijken en financiering kunnen een in principe effectieve maatregel doen mislukken. Nog moeilijker zijn de 'patiënt-afhankelijke' maatregelen zoals bijvoorbeeld het 'motiveren' van patiënten tot een goede mondhygiëne. In feite beoogt men een gedragsverandering van de patiënt. De onderzoeken op het gebied van de patiëntenvoorlichting zijn eerst na 1950 van de grond gekomen en de resultaten tot nog toe laten te veel vragen open om een concreet voorlichtingsprogramma samen te stellen met voorspelbare resultaten. Onder-

tussen staat de tandarts voor de taak zijn patiënten voor te lichten. Het onderzoek in de preventieve tandheelkunde zal derhalve moeten inspelen op de problemen die bij de toepassing worden ervaren. Tevens zal er in het onderwijs meer aandacht geschonken moeten worden aan de coördinatie en het vertalen van conceptuele en theoretische achtergronden in praktische termen. Anders dreigt het gevaar dat de preventieve tandheelkunde door onduidelijkheid als een frustrerende bezigheid wordt ervaren en blijft steken in een abstract gebeuren, of dat er bij de toepassing chaotische situaties ontstaan. Het belang van de tandheerkundige volksgezondheid is hiermee allerminst gediend zolang cariës en ontstekingen van het parodontium nog in hoge frequenties in de populatie voorkomen en de therapie kostbaar is.

#### Dankbetuiging:

De auteurs willen hun dank betuigen aan M. R. Drost voor zijn medewerking, J. Buys voor zijn hulp bij de mechanische verwerking van de gegevens, het Bemiddelingsbureau van de Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, M. L. Kam en M. S. M. de Jong voor hun medewerking in de eerste fase van de studie en alle tandartsen die aan deze enquête hebben meegewerkt.

#### Summary:

A questionnaire on the current use of preventive dental measures was sent to general practitioners in December 1976. The questionnaire also contained questions on difficulties met in applying preventive dentistry and on opinions concerning education in preventive dentistry. The total response was 61.8%. This resulted in data from 180 respondents being processed, which is about 5% of the total population of general practitioners.

The results of this study showed that general practitioners do not make sufficient use of the possibilities to prevent dental disease. It also appears that the quality of the preventive measures that were applied, could be improved. Preventive measures were less frequently applied to Sick Fund patients than to private patients. The most important problems encountered in applying preventive dentistry were reported to be lack of time (62.8%), insufficient fees (23.9%), inadequate knowledge (22.8%), uninterested patients (14.4%) and disappointment about lack of results (13.9%). 58.3% of the respondents were of the opinion that insufficient attention was paid during their education to the theories of preventive dentistry. A larger percentage (78.9%) held the opini-

on that they had insufficient training in the practice of preventive dentistry; 69.4% never followed a post academic course in preventive dentistry; 17.2% reported that they do not feel the need to follow such a course, while 51.7% said that they might follow a post academic course if one was available.

#### Literatuur:

1. Ainamo, J., Holmberg, S. (1973): A retrospective longitudinal study of caries prevalence during and 7 years after free dental care at school in Finland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1: 30-36.
2. Auer, R. (1975): Prophylaxe Massnahmen in der Allgemeinpraxis - eine Umfrage über deren Stand und Häufigkeit. Inaugural Dissertation. Buchdruckerei Berichthaus, Zürich.
3. Craft, M., Sheiham, A. (1976): Attitudes to prevention among dental practitioners. *Br Dent J* 141: 371-376.
4. Eykman, M. A. J. (1979): Tandarts en patiëntenvoorlichting: een terreinverkenning in de (T).G.V.O. Proefschrift Wolters-Noordhoff, Groningen.
5. Frazier, P. J., Jenny, J., Ostman, R., Frenick, C. (1974): Quality of information in massmedia: a barrier to the dental health education of the public. *J Publ Health Dent* 34: 244-257.
6. Hellman, S. (1976): The dentist and preventive dental health information. *Health Ed Mon* 4: 132-176.
7. Holloway, P. J. (1975): The success of restorative dentistry? *Int Dent J* 25: 26-31.
8. Houwink, B. (1979): Preventie van Tand- en Mondziekten. In: Houwink, B. (ed): *Preventieve Tandheelkunde*. Stafleu en Tholen, Alphen a/d Rijn. P. 13.
9. Jackson, D., Murray, J. J., Faipo, C. G. (1973): Regular dental care in dentate persons. *Br Dent J* 135: 59-63.
10. Linn, E. L. (1974): What dental patients don't know about preventive care. *J Publ Health Dent* 34: 39-41.
11. Nie, N. H., Hadlai Hull, C., Jenkins, J. G., Steinbrenner, K., Bent, D. H. (1975): *Statistical Package for the Social Sciences*. Second Edition. McGraw-Hill, New York.
12. Pilot, T., Sheiham, A. (1977): Beoordeling van het resultaat van tandheerkundige verzorging in Nederland. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 84: 224-234.
13. Podshadley, A. G., Schweikle, E. S. (1970): The effectiveness of two educational programs in changing the performance of oral hygiene by elementary school children. *J Publ Health Dent* 30: 17-20.
14. Rayner, J. F., Cohen, L. K. (1971): School dental health education. In: Richards, N. D., Cohen, L. K. (ed): *Social Sciences and Dentistry*. A. Sijthoff, The Hague. Pp. 275-307.
15. Rock, W. P., Bradnock, G. (1976): Preventive dentistry in general practice. A study of current use. *Br Dent J* 140: 61-64.



16. Schokking, C. C., Siegerist, E. C. (1976): De invloed van onderwijs in de parodontologie op de tandheelkundige behandeling. Ned Tijdschr Tandheelkd 83: 278-282.
17. Shira, R. B., Cassidy, J. E. (1972): The role of the dental school in increasing the emphasis on preventive dentistry in dental practice. J Am Dent Assoc 84: 1068-1072.
18. Shuval, J. T. (1971): Preventive dental behaviour in Israël: some contrasts between professional population and its client. Medical Care 9: 345-351.
19. Silversin, J. B., Shafer, S. M., Smales, F. C., Sheiham, A. (1975): The teaching and practice of clinical periodontology in Great Britain. An analysis. Br Dent J 139: 170-174
20. Tan, H. H., Hamilton, J. (1980): Onderzoek naar de toepassing van preventie in de algemene praktijk: I. Enige facetten van de praktijkvoering. Ned Tijdschr Tandheelkd 87: 469-473.

Oktober 1980.

Louwesweg 1.  
1066 EA Amsterdam

## REDACTIONEEL

### RUSTIG TE MIDDEN DER WOELIGE BAREN

BIJ DE AANVANG VAN DE 88E JAARGANG

Het inluiden van een nieuw jaar in de menselijke tijdrekening noopt de Redactie van het Tijdschrift tot bezinning over haar doen en laten. Zij heeft eens in het verleden haar hart verpand en zij is haar verbintenis trouw gebleven. Er is weinig verloop onder de redacteurs. Maand na maand hadden zij de zorg voor een nieuwe aflevering.

Dit geldt voor het gehele gezelschap. Hoezeer hun inzichten ook mochten verschillen, de resultante van alle, soms divergente, inspanningen bleek toch een redelijk constante koers op te leveren. De bindende kracht was steeds de sterkste. Nog twee jaren mogen er volgen en de 90e jaargang kan worden aangekondigd. In de grote internationale kring van tijdschriften is dit toch niet gering te achten.

Wij kunnen dus terecht stellen dat de koers die door de opeenvolgende redacties werd aangehouden een standvastig karakter had. De doelstellingen hebben in de afgelopen 87 jaren geen fundamentele veranderingen gekend. Naast een aantal bijkomstige taken zag het Tijdschrift het als zijn opgaaf zo goed mogelijke bijdragen te leveren tot de nascholing van tandartsen en diende tevens als medium voor het vastleggen van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Het was dienstbaar aan de professie en is dat nog steeds.

Ook van de huidige wat turbulente maatschappelijke ontwikkelingen, zoals democratisering en mondigheid en wat dies meer zij, geeft het beroepsorgaan in zekere mate een afspiegeling, ingegeven door de opkomst van de sociale wetenschappen. Tandheelkundige instellingen en organisaties schieten heden ten dage in hun streven te kort wanneer zij slechts het enge beroepsbelang beogen. Van hen wordt daarentegen verwacht dat zij zich meer op de maatschappij richten, immers hun bestaansgrond is een afgeleide van de samenleving van vandaag. Zo geldt ook voor de individuele tandarts dat hij patiëntgericht moet functioneren en niet slechts kan vol-

staan met het eigen belang na te streven. De visie op de taak van de tandarts is daarmee een geheel andere geworden. De vrije ondernemer van weleer heeft plaats gemaakt – of moet dat deels nog doen – voor de hulpverlener die zijn cliënt door voorlichting en door preventieve en curatieve maatregelen in staat stelt zijn mond gezond te maken en te houden. Deze herwaardering op alle niveaus gaat ook aan het Tijdschrift niet voorbij. De inhoud geeft daarvan een duidelijk beeld. Aan alle genoemde aspecten wordt ruime aandacht besteed. Zij beogen gedragsverandering binnen de bevolking, doch in nog sterkere mate binnen de professie. Hieraan ontleent tevens de nog jonge rubriek 'Onderwijs' haar bestaansrecht. De overal in ontwikkeling zijnde veranderingen in de onderwijsfilosofie en de hervormingen in de curricula zullen een wijziging in het afgeleverde type tandarts met zich meebrengen en zijn juist daarom voor allen binnen de beroepsgroep zelf van groot belang. Concluderend kan gesteld worden dat de doelstellingen als boven beschreven geen wezenlijke veranderingen hebben ondergaan, maar wel duidelijke accentverschuivingen en uitbreidingen te zien hebben gegeven.

Deze schets van de interne situatie van het Tijdschrift geeft reeds aan dat de maatschappelijke ontwikkelingen en ook de zich wijzigende inzichten in de professie niet aan het Tijdschrift voorbijgaan. In de kolommen is ruimte beschikbaar voor het uitdragen van meningen en opvattingen die kunnen afwijken van wat gemeenlijk als de officiële koers wordt beschouwd of die kunnen bijdragen tot verheldering van vraagstukken die om een oplossing vragen. Naast de typisch-tandheelkundige problematiek, die een niet aflatende aandacht vereist, vraagt vooral ook de maatschappelijke evolutie om stellingname, zoals ook bij de verschillende beroepsverenigingen valt waar te nemen, die hun vergaderprogramma's veelvuldig op deze materie afstemmen. Het Tijdschrift is niet gebonden aan een beroepsvereniging of -instelling en is dus onafhankelijk. Een spreekbuis voor een ieder en slechts gebonden aan geldende normen van goed gedrag.

Uit dit alles mag blijken dat het Tijdschrift zich wel degelijk iets gelegen laat liggen

aan wat in de wereld rondom plaatsvindt en zeker niet onbekommerd zijn weg wil gaan. De Redactie tracht de vinger zorgvuldig aan de pols te houden en zij slaagt daar blijkbaar in als tenminste een gestadig wassend abonnementenbestand als graadmeter van de waardering van de inhoud kan dienen en de conclusie zou wettigen dat het Tijdschrift nog niet zo slecht wordt ontvangen. In de persoonlijke sfeer komen inderdaad gunstige signalen over. Maar dit is niet genoeg. Een nauwer contact met de lezer zou zeker welkom zijn. Zo is het merkwaardig dat vanuit de lezerskring zo weinig blijkt van de wens dat het Tijdschrift als onafhankelijk orgaan ingaat op de ingewikkelde vragen van deze tijd. Kortom, een wat betere vorm van communicatie zou toch wel verwarmend werken. Niet zozeer het bemoedigend schouderklopje, maar opbouwende kritiek op al wat in letters en getallen wordt afgedrukt kan een goede bijdrage leveren in de genoemde zin.

Afgemeten aan de produktie van bedrukt papier zou men kunnen zeggen dat de tandheelkundige professie, hoewel klein in getal, dreigt te evolueren van een borend naar een schrijvend gezelschap. Daartegen valt weinig in te brengen, ware het niet dat alle schriften ook nog verkocht en vooral gelezen moeten worden. Het aantal in de Nederlandse taal verschijnende boeken en tijdschriften neemt gestadig toe en is nog niet eerder zo groot geweest. De wal keert het schip en ook uitgevers en adverteerders zullen niet nalaten hun commerciële belangen geldend te maken. Voor wat het Tijdschrift aangaat staat de handhaving van de kwaliteit voorop. Dit is van fundamenteel belang voor de lezers, maar zeker niet in mindere mate voor de auteurs. Ook hier zal de Redactie trachten in de komende jaren een stug volgehouden beleid te continueren. In de relatie met de uitgever, die tot dusver wederzijds een bevredigend verloop had, zullen in de komende jaren de banden nauwer worden aangehaald, waarbij de uitgeverstaken zoveel mogelijk van de schouders van de Redactie genomen zullen worden en een professioneler aanpak mogelijk wordt. Moge ook de nieuwe jaargang aan de verwachtingen van lezer, auteur en uitgever voldoen.

v.S.