

EEN BESCHOUWING OVER HET BEGRIP GEZONDHEID

II. DE WIJZE VAN TANDHEELKUNDIG HANDELEN ALS UITVLOEISEL VAN DE OPVATTING 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 – Beroepsuitoefening

1. Inleiding

In de hieraan voorafgaande publikatie is aangegeven dat het begrip gezondheid wordt gehanteerd als ethische rechtvaardiging voor het handelen in de tandheelkunde (Schaub, 1980). Voorts werd betoogd, dat er vele opvattingen over het begrip bestaan, die gerangschikt kunnen worden tussen twee uitersten: (1) het medisch model en (2) het positief gezondheidsbegrip.

Nu zal de wijze van handelen in de tandheelkunde niet alleen afhangen van de gehanteerde opvatting over gezondheid. Er zijn allerlei andere drijfveren die ook een rol spelen. Dit maakt het vaak moeilijk uit te maken wat de voornaamste drijfveer van de tandarts is voor zijn tandheelkundig handelen. Het volgende voorbeeld moge deze moeilijkheid verduidelijken. Een tandarts hanteert impliciet of expliciet de aanwezigheid van 28 gebitselementen of de vervanging daarvan als norm voor mondgezondheid en streeft vervolgens daarnaar. Die tandarts kan dat doen op ethische gronden. Tegelijk is het waarschijnlijk zo, dat de tandarts de genoemde norm ook hanteert, omdat het ermee verbonden werk veel arbeidsvreugde schenkt, een goed inkomen oplevert of de maatschappelijke status in stand houdt. Stel nu dat onze tandarts in een discussie over doelstellingen van de tandheelkundige zorgverlening zijn norm voor mondgezondheid hanteert. Het is dan onduidelijk wat hij verdedigt: de ethische norm (wat hij verplicht is, als hij over doelstellingen in de gezondheidszorg praat) of zijn eigen (gerechtvaardigde) doelen. Het gevolg is spraakverwarring.

Het is dus noodzakelijk om duidelijk aan te geven, wat met gezondheid bedoeld wordt. Alleen dan is het mogelijk tot concrete doelstellingen en de evaluatie daarvan te komen. Dat geldt zowel voor de zorgverlening als geheel als voor de individuele tandarts.

In de bovenvermelde publikatie is al aangegeven, dat de opvatting over gezondheid die iemand hanteert, is op te vatten als een houding of attitude. Dat wil zeggen als een grootheid, waaruit gedrag is te voorspellen. Nu is een attitude alleen in abstracte termen te beschrijven. Daarom wordt vaak, zoals ook in het voorgaande artikel over het begrip gezondheid is gebeurd, een attitude gekarakteriseerd door een beschrijving van gedragingen die uit zo'n attitude voort kunnen komen. Omdat attitudes meestal veel omvattend zijn, zijn de beschrijvingen van de gedragingen in eerste instantie algemeen. Zo wordt het positief gezondheidsbegrip gekarakteriseerd door het gedrag 'geven van een grote eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid aan het individu'. In discussies met studenten in de tandheelkunde en stafleden in Groningen blijken deze abstracte termen en algemene beschrijvingen weinig houvast te geven. Waarschijnlijk komt dat, omdat zij zich niet of nauwelijks bewust zijn van hun eigen opvatting over gezondheid, althans er niet bewust hun handelen op baseren.

De ervaring met deze discussies in Groningen leert, dat de confrontatie met feitelijke, concreet beschreven gedragingen, die uit een opvatting over gezondheid voort kunnen komen, erg vruchtbaar werkt. Het leidt tot een herkennen van eigen gedrag en een overdenken van de mogelijke drijfve-

Samenvatting:

Als aanvulling op een voorgaande publikatie, waarin enkele opvattingen over het begrip gezondheid werden gekarakteriseerd, worden een aantal min of meer concrete gedragingen en handelwijzen van de tandarts besproken. Dit gebeurt vanuit twee extreme opvattingen over gezondheid, het medisch model en het positieve gezondheidsbegrip.

Het doel daarvan is het vaststellen van de eigen opvatting over gezondheid van de lezer te vergemakkelijken.

In eerste instantie worden gedragingen beschreven, die zijn onder te brengen in 'gedragsrichtingen'. Deze vormen wat eerder de wezenlijke kenmerken van de extreme opvattingen over gezondheid zijn genoemd: de verantwoordelijkheid voor gezondheid en de preventieve/curatieve gerichtheid.

Volgend op de 'gedragsrichtingen' zijn een aantal 'vervolg-gedragingen' aangegeven. Bijvoorbeeld het streven naar unicausale probleemoplossingen, die voortkomt uit 'gedragsrichtingen' van het medisch model.

Tot slot is weergegeven tot welke effecten deze gedragspatronen leiden. Aandacht wordt geschonken aan andere factoren die gedrag bepalen dan de opvatting over gezondheid.

ren daartoe. Dan zijn de discussianten vaak in staat aan te geven welke ethische norm zij in hun tandheelkundig handelen hanteren en welke andere drijfveren daarop van invloed zijn.

Ter aanvulling op de eerder beschreven opvattingen over gezondheid (Schaub, 1980) zullen daarom een aantal concrete gedragingen van tandartsen worden beschreven, zoals die mogelijk voortkomen uit de beide extreme opvattingen over gezondheid: het medisch model en het positief gezondheidsbegrip. Daarbij moet het volgende worden opgemerkt.

De beschreven gedragingen kunnen uit deze opvattingen voortkomen. Vaak zijn er ook heel andere gedragsbepalende factoren, die deze gedragingen kunnen verklaren, b.v. de omstandigheden waaronder wordt gewerkt. Soms zal daarop worden gewezen. Het is echter onmogelijk om in dit kader volledig te zijn.

Het is niet mogelijk gedragingen van tandartsen te beschrijven zonder dat daarin soms een waarde-oordeel wordt gevoeld. In discussies is er dan de neiging dat gedrag te verklaren op heel andere gronden dan de opvatting over gezondheid. Vaak kan dat ook wel. Het is echter nauwelijks aanneemelijk, dat een tandarts zegt een bepaalde opvatting over gezondheid te hebben, maar daarop in zijn handelen helemaal niet aansluit. Dat heeft te maken met het feit, dat zowel de opvatting over gezondheid als de wijze van handelen voortkomen uit een aantal basale waarden en normen, zoals de mens-en maatschappijvisie (Schaub, 1980).

2. Tandheelkunde vanuit het medisch model

Het tandheelkundig handelen vanuit het medisch model kan worden samengevat in een tweetal wezenlijke kenmerken; de verantwoordelijkheid voor de mondgezondheid van de patiënt ligt voornamelijk bij de tandarts en de curatieve aanpak overweegt (Schaub, 1980). In feite worden daarmee 'gedragsrichtingen' aangegeven. Dat wil zeggen: deze kenmerken omvatten ieder een groot aantal concrete gedragingen, die duidelijk met elkaar samenhangen. Daarnaast zijn er een aantal concrete gedragingen, die op zichzelf staan. Ze lijken eerder verklaarbaar uit de aangegeven 'gedragsrichtingen', dan uit de opvatting over gezondheid. Deze gedragingen worden daarom aangeduid als 'vervolg-gedragingen'. Deze patronen van 'gedragsrichtingen' en 'vervolg-gedragingen' leiden tenslotte tot bepaalde karakteristieke effecten (tabel I).

2.1. De verantwoordelijkheid voor de mondgezondheid

Vanuit het medisch model zal een tandarts de neiging hebben de verantwoordelijkheid voor de mondgezondheid van de patiënt aan zich te trekken. Als verklaring daarvoor kan gelden, dat in het medisch model de nadruk ligt op het vaststellen van ziekte en gezondheid op grond van objectief waarneembare symptomen en het daaruit

Tabel I. De hoofdkenmerken van het medisch model weergegeven als 'gedragsrichtingen', de eruit 'volgende gedragingen' en een aantal kenmerkende effecten van dit gedragspatroon.

'gedragsrichtingen'	'vervolg-gedragingen'	effecten
tandarts is verantwoordelijk	unicausale probleemoplossing	individu gerichtheid
	technisch handelen	statische normen
curatieve gerichtheid	medicalisering	

bepalen van de diagnose, en de te volgen therapie. De patiënt kan daarin als leek nauwelijks participeren, omdat hem daarvoor de kennis ontbreekt. Concreet betekent dit, dat de tandarts zelf zoveel mogelijk waarnemingen doet en daarop de keuze voor een bepaalde behandeling baseert.

Opgemerkt moet hierbij worden, dat het deel van de mondgezondheid, waarvoor de tandarts de verantwoordelijkheid aan zich trekt, per tandarts verschilt. Sommige tandartsen zullen daarin bijvoorbeeld het parodontium betrekken, anderen beperken zich tot de gebitselementen zelf. De tandarts stelt dus prioriteiten. De patiënt speelt eigenlijk alleen een rol, als het gaat over financiële en organisatorische aspecten van de behandeling.

Uit onderzoek blijkt, dat deze wijze van handelen inderdaad vóórkomt, overigens zonder dat expliciet een relatie met de opvatting over gezondheid wordt gelegd. Zo bleek bij de observatie van tandartsen en patiënten de tandarts de autoriteit. De patiënt vroeg weinig of niets en wachtte af tot de tandarts iets zou zeggen (Linn, 1967). Voorts werd aangetoond, dat de beslissing om tot een kunstgebit over te gaan niet altijd bij de patiënt ligt (Schaub e.a., 1976).

Ten aanzien van niet strikt tandheelkundige zaken is er eveneens een neiging om, vanuit het medisch model, de patiënt niet alle verantwoordelijkheid te geven. Soms onthouden tandartsen hun patiënten informatie over behandelingen die niet in het ziekenfondspakket zitten. Dit gebeurt vanuit het idee, dat de patiënt anders gefrustreerd wordt, omdat hij of zij dat toch niet kan betalen. Sommige studenten in Groningen vinden ook, wanneer die vraag aan de orde komt tijdens het ge-

sprekspracticum, dat een patiënt het niet mag weten, dat hij de eerste patiënt van een student is. Dat zou de angst en nervositeit alleen maar vergroten.

In beide gevallen wordt de patiënt verantwoordelijkheid ontnomen. Name-lijk om zelf te bepalen of hij geld wil besteden aan een tandheelkundige behandeling en hoe hij zelf wil omgaan met angst of nervositeit.

Er zijn talloze andere redenen aan te voeren, waarom een tandarts de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van zijn patiënten aan zich trekt, dan de opvatting over gezondheid naar het medisch model. Bijvoorbeeld door gebrek aan tijd, waardoor er geen gelegenheid is voor overleg. Of omdat bij een bepaalde patiënt blijkt, dat deze zijn eigen verantwoordelijkheid niet kan of wil dragen. Maar ook kan het zijn, dat een tandarts bepaalde behandelingen nooit uitvoert, zodat hij ook de ziekenfondsverzekerde daarover geen informatie geeft. Als laatste hier te noemen drijfveer is denkbaar, dat een tandarts weet, dat hij niet met een zeer angstige of nerveuze patiënt kan omgaan en daarom tracht die angst niet te vergroten.

Opgemerkt moet worden dat deze 'andere' drijfveren vrij goed aansluiten bij het medisch model. Dat kan ook niet anders, omdat ze alle (de opvatting over gezondheid en de andere drijfveren) voortkomen uit bepaalde waarden, waarin bijvoorbeeld een mensvisie zit opgesloten, die aangeeft dat mensen niet altijd hun eigen verantwoordelijkheid kunnen dragen. Ook zijn daarin meningen te vinden over individuele vrijheid, 'sociaal gevoel' en gelijkheid (Jenny, 1979). Het is denkbaar, dat een tandarts ernaar streeft de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de patiënt aan zich

te trekken, omdat hij dan zo min mogelijk controle ondervindt op zijn wijze van werken. Dat gebeurt dan vanuit een waarde, waarin de eigen individuele vrijheid (van de tandarts) centraal staat.

2.2. Curatieve gerichtheid

Gezondheid wordt naar het medisch model gedefinieerd als de afwezigheid van ziekte, dat wil zeggen van objectief waarneembare symptomen. Zorgverlening begint dus eigenlijk pas als deze symptomen aanwezig zijn en de zorg is dan gericht op 'beter maken'. Aldus is de wijze van handelen in de zorgverlening vooral curatief.

Deze curatieve handelwijze is moeilijk direct aan te tonen. Een aanwijzing daarvoor is het zo moeizaam tot stand komen van preventie in de tandheelkunde. Dit ondanks de al gedurende vele jaren bestaande uitspraken vanuit de professionele organisaties, dat preventie zo belangrijk is. Hierbij zal niet alleen de opvatting over gezondheid, maar ook de grote vraag naar curatieve hulp een rol spelen. Gezien de kennis over preventie, moet de keuze voor curatief werk ten koste van preventie echter als een bewuste keuze worden gezien. Soms wordt dat expliciet beschreven. De Boer (1975) suggereerde dat preventie door studenten tandheelkunde nagestreefd werd, omdat dit het minst moeilijke onderdeel van de praktische tandheelkunde zou zijn. Ook de strategie om bij beperkte middelen de prioriteit bij de preventie bij de jeugd te leggen wordt niet altijd positief opgevat, omdat de eruit voortvloeiende beperkingen van het curatief werk bij volwassenen niet acceptabel geacht worden (Coppes, 1977).

Bij de neiging tot curatief handelen zullen andere drijfveren en factoren een rol kunnen spelen, dan de opvatting over gezondheid alleen. Traditioneel is de tandheelkunde erg curatief gericht geweest. Deels waarschijnlijk, omdat daarnaar vraag bestond, deels, omdat lang is verondersteld, dat een goede curatieve zorg tot blijvende mondgezondheid zou leiden. Toen de vraag zeer groot werd (tandartsentekort van de jaren 1960-1970) en de ef-

fectiviteit van curatieve zorg betwijfeld werd, nam ook de druk om preventief gericht te handelen toe. Die druk volgen betekende en betekent prioriteit stellen: namelijk preventief handelen ten koste van curatief bezig zijn. Velen hebben daarmee moeite, omdat het leidt tot zichtbare ongelijkheid: een aantal patiënten met klachten kan niet worden geholpen. Het niet geven van preventieve zorg geeft geen zichtbare ongelijkheid, althans op korte termijn. Bovendien is preventie niet spectaculair. Het voorkomt dat er iets mis gaat: wat goed is, blijft goed. Verder is er in het individuele geval geen bewijs, dat zonder preventie niet hetzelfde bereikt kan worden. Curatief werk is vaak wel opvallend: verlossen van pijn, esthetische verbetering, etc. Dat zal mogelijk meer arbeidsvreugde schenken dan preventie.

Ook de omgeving werkt niet altijd mee om tot preventief handelen te komen. Niet iedereen ziet dat als een taak van de tandarts. Dat blijkt bijvoorbeeld uit een klacht bij de Consumentenbond van iemand die zich afvroeg of voor voorlichting moet worden betaald (Consumentengids, 1980). Over betalingen gesproken, curatief werk is met name in het verleden gestimuleerd, omdat binnen de ziekenfondsverzekering de honorering voor preventie niet of onvoldoende aanwezig geacht werd.

2.3. Unicausale probleemoplossing

Een eerste concreet gedrag, dat voortkomt uit de hiervoor beschreven 'gedragsrichtingen' vanuit het medisch model, is de hang naar een unicausale probleemoplossing. Dat wil zeggen, de neiging om voor ieder probleem een enkelvoudige, unieke oorzaak te willen vaststellen. Om deze dan effectief te kunnen bestrijden. Deze neiging is niet onbegrijpelijk, omdat deze denkwijze de basis was voor één van de meest succesvolle perioden uit de geschiedenis van de geneeskunde: de bestrijding van infectieziekten. In de tandheelkunde is deze neiging duidelijk herkenbaar. Bijvoorbeeld in de grote aandacht die een mogelijke vaccinatie tegen cariës momenteel krijgt.

Of het geharrewar rond de *beste* borstelmethod, of de *beste* preparatiemethode. Dit gedrag is deels verklaarbaar door de sterk natuurwetenschappelijke basis van het medisch model, waarin objectief waarneembare somatische symptomen de boventoon voeren. Door deze binding tussen natuurwetenschappen en geneeskunde, wordt de axiomatische manier van denken uit de natuurwetenschappen ook op de genees- en tandheelkunde toegepast (Bergsma, 1981). In deze axioma's spelen unicausale relaties een belangrijke rol.

Overigens wordt dit streven naar unicausale probleemoplossingen ook bevorderd door de curatieve gerichtheid. Daarin bepaalt de tandarts zich immers vooral tot de somatische aspecten. Ook zullen unicausale oplossingen de tandarts beter in staat stellen de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de patiënt te dragen. In een unicausale probleemoplossing kan de tandarts duidelijk en vastberaden optreden. Bovendien kan het werkterrein dan beperkt blijven, wat de dagelijkse werkzaamheden vereenvoudigt. De tandarts hoeft zich immers niet voortdurend af te vragen welke factoren allemaal een rol zouden kunnen spelen bij een bepaald probleem.

2.4. Technisch handelen

Praten met de patiënt wordt nog maar in beperkte mate als onderdeel van de tandheelkundige behandeling gezien. Zoals een student eens zei: 'Al dat voorlichten! Je wilt ook wel eens beginnen!' (met boren en vullen, R.S.). Deze neiging om op technische wijze tandheelkundig bezig te zijn (d.w.z. boren, vullen, trekken, opereren) sluit sterk aan bij de curatieve gerichtheid. Behoudens enige mogelijkheden tot medicatie, bestaat tandheelkundig curatief werk eigenlijk uitsluitend uit technische handelingen.

2.5. Medicalisering

Met het begrip medicalisering, ook wel aangeduid met 'verdoktering', wordt bedoeld, dat de etiketten gezond en ziek relevant gemaakt worden voor

een steeds groter deel van het menselijk bestaan (Zola, 1973). Dat wil zeggen problemen, die voorheen niet in termen van ziekte of gezondheid werden uitgedrukt, worden dat nú wel. Met als gevolg, dat ze tot het werkterrein van de gezondheidszorg gerekend gaan worden. In de tandheelkunde is dit duidelijk door de pogingen in het verleden om aan te tonen, dat met name cariës grote invloed heeft op de algemene gezondheid: infecties en maag-darmproblemen (V.d. Broek, 1917). Momenteel staat de esthetiek van de mond en de veronderstelde psychische belasting van esthetische problemen sterk in de belangstelling (Giddon, 1978). Dat geldt ook voor de invloed van tand- en mondziekten op het dagelijks leven (Nikias, 1979). In feite worden daarmee allerlei menselijke problemen aangedragen om het belang van de tandheelkundige zorgverlening te onderstrepen. De medicalisering wordt vooral gekenmerkt door het zoeken naar objectieve maten voor deze niet-somatisch-tandheelkundige problemen. Deze medicalisering wordt ook gevonden in de neiging om 'eenvoudige' problemen met geavanceerde methoden op te lossen. Uitvoerig is dit uitgewerkt door de Mexicaanse priester-filosoof Illich (1976), die deze medicalisering de grootste bedreiging van de menselijke gezondheid noemt. Mahler (1975), directeur-generaal van de Wereldgezondheidsraad, constateert dat in ontwikkelingslanden de geldstromen in de gezondheidszorg gericht zijn op geavanceerde zorg (b.v. hartchirurgie), waardoor basale hulp (b.v. voedselprogramma's) achterwege blijft, met alle risico's van dien. Dat is dan een gevolg van de medicalisering. Hij bepleit demedicalisering. Naast het zoeken naar oplossingen voor bestaande problemen, het zoeken naar arbeidsbevrediging in nieuwe activiteiten, het uitbreiden van het werkterrein, omdat de mankrachttekorten verdwijnen, kan deze medicalisering ook verklaard worden uit de neiging van de tandarts om verantwoordelijk te willen zijn voor de gezondheid van de patiënt. Het vinden van een objectief hanteerbare maat voor esthetiek zou immers betekenen

dat ook op dat terrein de tandarts de verantwoordelijkheid op zich kan nemen. Zo goed als dat nu gebeurt bij de saneringsverklaring, waarbij de tandarts vaak alléén bepaalt, naar zijn normen, of de patiënt tandheelkundig gesproken gezond is of niet.

2.6. *Individu-gerichtheid*

De in het voorgaande beschreven gedragingen leiden ertoe, dat de tandarts, werkend vanuit het medisch model, zich in diagnostiek en therapie eigenlijk alleen bezighoudt met het individu. Een tandarts kan slechts in één mond tegelijk bezig zijn. Door de curatieve gerichtheid op somatische aspecten is er weinig aandacht voor de rol van de omgeving van het individu, die in het ontstaan en beloop van tand- en mondziekten zo'n belangrijke rol speelt.

2.7. *Gezondheid als statische norm*

Een ander gevolg van de voorgaande gedragingen is het optreden van een zekere starheid in het tandheelkundig handelen. Vooral de rigiditeit van de unicausale probleemoplossing is daarvoor als reden aan te wijzen. De normen voor ziekte en gezondheid komen daardoor, ook al omdat objectiviteit wordt nagestreefd, erg vast te liggen. Aanwijsbaar is dat in de discussie rond de normen voor wat wel en niet behandeld moet worden: bijvoorbeeld het vervangen van verloren gegane gebits-elementen of de curatieve behandeling van de witte vlek (white spot).

2.8 *Andere gedragsbepalende factoren*

In het voorgaande is gewezen op andere factoren dan de opvatting over gezondheid als ethische norm, die gedrag bepalen: eigen wensen en behoeften (b.v. arbeidsvreugde), het streven naar vooruitgang, de wil bestaande problemen op te lossen, enz. Ongewijfeld is daarbij de indruk gewekt, dat het medisch model en alle eruit voortkomende handelingen als ongewenst moeten worden beschouwd. Dat is echter niet juist. Ten eerste moet

worden vastgesteld, dat vele van deze handelingen voortkwamen uit historische ontwikkelingen. Ze zijn gebaseerd op de toen bestaande kennis en met de beste bedoelingen gehanteerd. Ten tweede moet worden erkend, dat sommige handelingen en gedragingen een zeer positieve werking hadden en hebben. De unicausale probleemoplossing is bijvoorbeeld vaak een noodzaak geweest in de drukke, dagelijkse routine van de praktijk. Een groot aantal patiënten kon daardoor, zij het wat routinematig, geholpen worden. Ook duidelijke normen voor wat gezond en afwijkend is, hebben daaraan bijgedragen.

De nadruk op de technische aspecten en de medicalisering hebben voor velen tot de oplossing van problemen geleid. Veelal is daarom ook gevraagd door patiënten.

Op grond van dit soort drijfveren zouden men de bovenbeschreven handelwijzen kunnen verdedigen, los van de opvatting over gezondheid. Het blijft echter moeilijk te volgen dat het gedrag van de tandarts en zijn opvatting over gezondheid volledig onafhankelijk van elkaar zouden zijn. Dat zou immers betekenen, dat gelijke waarden en normen tot heel verschillende opvattingen en gedragingen kunnen leiden. Zelfs de invloed van de omgeving, bijvoorbeeld de vraag naar hulp, kan een dergelijk verschil niet verklaren. Het is een eigen keuze zich wel of niet aan zijn omgeving te conformeren.

3. *Tandheelkunde vanuit het positief gezondheidsbegrip*

De 'gedragsrichtingen', die het positief gezondheidsbegrip kenmerken zijn weergegeven als: de verantwoordelijkheid voor zijn/haar gezondheid ligt bij het individu zelf. Daarbij overheerst een preventieve benadering (Schaub, 1980). In tabel II zijn deze gedragsrichtingen, eruit voortkomende 'vervolg-gedragingen' en effecten van dit gedragspatroon weergegeven.

3.1. *Het individu is verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid*

De tandarts, werkend vanuit het posi-

Tabel II. De hoofdkenmerken van het positief gezondheidsbegrip weergegeven als 'gedragsrichtingen', de eruit 'volgende gedragingen' en een aantal kenmerkende effecten van dit gedragspatroon.

'gedragsrichtingen'	'vervolg-gedragingen'	effecten
individu is verantwoordelijk	multicausale probleemoplossing	omgevingsgerichtheid
	communicatief handelen	dynamiek
preventieve gerichtheid	ontdoktering	

tief gezondheidsbegrip zal zoveel mogelijk hulpverlener willen zijn, opdat het individu de verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid zo goed mogelijk kan dragen. Die verantwoordelijkheid betreft preventief gedrag, maar ook het meebeslissen over de aard van de curatieve behandeling die zal worden uitgevoerd. Dat blijft niet beperkt tot de financiële en organisatorische aspecten. Dit gedrag van de tandarts vloeit voort uit de erkenning, dat gezondheid een zeer sterk aspect van welbevinden bevat. En welbevinden is een sterk subjectieve waarde, waarover slechts de betrokkene zelf in volle omvang kan oordelen.

Deze 'gedragsrichting' bestaat meer concreet daaruit, dat de tandarts informatie geeft over de toestand van het gebit en de omringende weefsels, waarin hij deze aantreft. Ook worden mogelijkheden aangegeven voor een preventieve en curatieve behandeling. Dat gebeurt vanuit de professionele optiek van de tandarts. In de dialoog met de patiënt zal deze echter zijn inbreng hebben in de vorm van eigen kennis, ervaringen en gevoelens (Hokwerda 1977). Na het uitwisselen van deze gegevens zal de patiënt aangeven wat naar zijn idee moet gebeuren. De tandarts draagt, voor zover het professionele handelingen betreft, dan de verantwoordelijkheid voor de uitvoering. Hierbij moeten twee opmerkingen worden gemaakt.

De keuze, die door de patiënt voor een bepaalde behandeling wordt gemaakt, zal niet altijd zonder meer door de tandarts gevolgd worden. Iedere tandarts heeft zijn eigen professionele verantwoordelijkheid en ethiek, die mede bepalend zijn voor de behandelingen, die een tandarts kan en wil uitvoeren. Indien dit leidt tot verschil van inzicht tussen patiënt en tandarts, zullen zij in

gezamenlijk overleg tot een oplossing moeten komen.

Een tweede opmerking betreft de flexibiliteit. Er zal een zekere soepele houding zijn ten opzichte van veranderingen in de beslissingen van de patiënt. Volgens het positief gezondheidsbegrip is gezondheid immers vooral een subjectief bepaalde grootheid, waarin zich te allen tijde veranderingen kunnen voordoen. Als voorbeeld hiervoor kan dienen, de waarde die gehecht wordt aan het eigen gebit in de verschillende levensfasen.

Ook hier zijn de gedragingen, zoals hiervoor beschreven, uit andere motieven verklaarbaar dan alléén de opvatting over gezondheid volgens het positief gezondheidsbegrip. Het in het algemeen mondiger worden van het individu zal zeker ook bevorderen dat de tandarts zijn patiënt zoveel mogelijk betreft in de beslissing over het type behandeling. Het toenemende aantal klachten over tandartsen bij de Maatschappij en de tuchtraden illustreert het belang hiervan. De aandrang van de Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde om te komen tot goed overleg met de patiënt (Bestuur van de NMT, 1981) is eveneens een drijfveer om de patiënt meer eigen verantwoordelijkheid te geven. Nogmaals moet worden opgemerkt, dat de opvatting over gezondheid bij de tandarts en zijn handelwijze min of meer consistent moeten zijn. Het is niet goed denkbaar, dat een tandarts die gezondheid opvat volgens het medisch model, werkelijk zijn patiënten volledig laat meebeslissen over de behandeling, zoals het bestuur van de Maatschappij adviseert.

3.2. De preventieve oriëntatie

Werkend vanuit het positieve gezondheidsbegrip, zal de tandarts vooral de

nadruk leggen op preventie. Dat komt, omdat in zijn redenering gezondheid niet is gebaseerd op afwezigheid van ziekte. Het gaat er niet alleen om wat ziek is beter te maken, maar vooral om wat gezond is, zo te houden. Kenmerkend is, dat het symptoom-vrije individu net zoveel aandacht krijgt als de patiënt met afwijkingen. Daarbij zal worden gestreefd positieve omstandigheden te scheppen voor het behoud van gezondheid. Voorts zal gezocht worden naar eventuele bedreigingen van het welbevinden (zover het de mond betreft) en gepoogd zal worden deze bedreigingen te bezweren. Dit soort bedreigingen zijn bijvoorbeeld snoepgedrag, geen fluoride gebruiken en gedrag dat leidt tot traumata

Zeker in de tandheelkunde is de preventie sterk afhankelijk van het gedrag van de betrokkene zelf. Dat betekent, dat de preventieve oriëntatie vanuit het positief gezondheidsbegrip bijdraagt aan het geven van verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid van de betrokkene. Deze kan dan immers zelf, gegeven de kennis over preventie, bepalen of hij zich preventief wil gedragen. Grotendeels heeft de betrokkene de preventie zelfs in eigen hand. Ieder individu kan b.v. zelf zijn eigen mondreinheid bepalen. Andere drijfveren dan de opvatting over gezondheid kunnen ook tot een preventieve oriëntatie leiden. Bijvoorbeeld de sterk verbeterde honorering. Of de reclame van de industrie, die zich zowel op de tandarts als de leek richt. Ook wordt de sociale controle sterker; het lijkt steeds meer een na te streven norm voor een tandarts om tenminste enkele honderden cariës-vrije kinderen in de praktijk te hebben. Tenslotte blijkt bij de bevolking, en zeker bij de overheden, een toenemende belangstelling te bestaan voor preventie. Zij het mede uit een oogpunt van kostenbesparing.

3.3. Multicausale probleemoplossing

Bij het handelen in de tandheelkunde vanuit het positief gezondheidsbegrip is de multicausale probleemoplossing essentieel. De preventieve oriëntatie maakt het bijvoorbeeld noodzakelijk

zowel somatische als gedragsaspecten in overweging te nemen. Het streven om het individu zoveel mogelijk de verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid te laten, betekent voorts het zoveel mogelijk ingaan op individuele wensen en mogelijkheden. Dat kan alleen op effectieve wijze, als vanuit een multicausale benadering, verschillende aspecten van de behandeling gedifferentieerd worden toegepast.

3.4. *Communicatief handelen*

Het streven naar een eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt en het betrekken van het gedrag van de patiënt in de probleemoplossing, maken het essentieel de communicatie met de patiënt een belangrijke plaats te geven wanneer de tandarts uitgaat van het positieve gezondheidsbegrip. Met communicatief handelen wordt bedoeld het doeltreffend uitwisselen van relevante informatie tussen tandarts en patiënt. De tandarts geeft informatie over de toestand van de weefsels in het oro-faciale gebied en ook de mogelijkheden tot preventie en curatieve behandeling. Verder gaat hij zoveel mogelijk in op wat vanuit de betrokkene verbaal en non-verbaal aan signalen bij hem overkomt.

Deze informatie is essentieel voor een gelijkwaardige communicatie, die kan leiden tot gezamenlijke besluitvorming tussen tandarts en patiënt, waarbij de patiënt een eigen verantwoordelijkheid heeft. Een goede kennis van zaken is voor de patiënt noodzakelijk. Een goed kunnen inleven wat de patiënt beweegt, is nodig voor de tandarts. Dat vereist een grote inspanning van de tandarts, juist bij die patiënten met een lager opleidingsniveau en een ander waardensysteem dan de tandarts. Daar blijkt communicatie vaak nog moeilijk (Tijmsma, 1980).

3.5. *Ontdoktering*

Bij het positief gezondheidsbegrip wordt ervan uitgegaan, dat het individu grotendeels de eigen verantwoordelijkheid kan dragen. Ontdoktering kan daaraan een bijdrage leveren en

wel op drie manieren, n.l. het voorkomen van problemen, het streven naar eenvoudige curatieve oplossingen en het beperken van uitbreiding van het aantal mondgezondheidsproblemen. Preventieve maatregelen kunnen individuen zelf uitvoeren. Ze beperken de rol van de tandarts en geven de betrokkene maximale zelfwerkzaamheden en daarmee eigen verantwoordelijkheid. Dat wordt ook bereikt door de stap voor mensen om zorg te vragen te verkleinen. Bijvoorbeeld door medewerkers (al dan niet zelfstandig) allerlei handelingen over te laten: fluorideapplicatie, gebitsreiniging, mondhygiëne-instructie. De historie heeft overigens wel geleerd, dat dit leidt tot nieuwe medische professionals, met alle medicaliserende effecten van dien.

Ontdoktering kan ook geschieden door de eenvoudigste nog doeltreffende oplossingen voor curatieve problemen aan te dragen. Gebrek aan evaluatiegegevens van vele curatieve behandelingen verhinderen dat vooralsnog. Een voorbeeld is echter de vervanging van verloren gegane gebitselementen. De vraag is of dat altijd moet (Pilot, 1978). Over de wenselijkheid om een diasteem niet op te vullen kan de patiënt makkelijker oordelen, dan over de voor- en nadelen van vaste of uitneembare vervangingen. Voorts is een diasteem beter schoon te houden dan bijvoorbeeld een brug. Het zal zeker de patiënt makkelijker maken zijn eigen verantwoordelijkheid te dragen. Tenslotte zal ontdoktering vanuit het positief gezondheidsbegrip leiden tot een zeker scepticisme ten aanzien van 'nieuwe' tandheelkundige problemen en dus werkterreinen. Het voortdurend hameren op de problemen met de volledige prothese en de psychische belasting van een van het normale afwijkende esthetiek van het gebit gaan vast wel vruchten afwerpen. Steeds meer mensen zullen erkennen, dat ze die problemen (misschien) ook wel hebben. De vraag zal zijn of ze met de erop volgende behandeling zoveel gezonder zijn. Het is de vraag van 'need' en 'demand': moet echter iedereen zijn leven lang met zijn eigen tanden en kiezen doen. Of accepteren we, dat

sommigen vanuit hun eigen verantwoordelijkheid kiezen om voortijdig tot het kunstgebit over te gaan. Dat laatste wordt gesteund, door mensen die werken vanuit het positief gezondheidsbegrip. Voorwaarde is, dat alles is gedaan om de betrokkene de mogelijkheid te geven die verantwoordelijkheid ook te kunnen dragen.

3.6. *Omgevingsgerichtheid*

Ondanks de aandacht voor de problemen van het individu, zal er vanuit het positief gezondheidsbegrip, veel aandacht zijn voor de omgeving van het individu. Het gedrag van individu zal immers in sterke mate bepaald worden door zijn/haar omgeving/familie, etc. Dat betekend concreet, dat de tandarts zich in de voorlichting richt op de omgeving (desnoods buiten zijn/haar patiëntenbestand): voorlichting aan schoolklassen, aan onderwijzend personeel, aan ouders. Of door het initiëren van acties gericht op de gehele bevolking, zoals gebeurde in Klazienaveen tijdens de St. Maarten-periode (Vingerhoets, 1980). Tenslotte zal een tandarts, denkend vanuit het positief gezondheidsbegrip, structuren, die mondgezondheidsproblemen veroorzaken en/of de eigen verantwoordelijkheid van het individu beperken, helpen veranderen. Bijvoorbeeld door het streven naar gezondheidsvoorlichting als onderdeel van het leerpakket op scholen. Of door het meewerken aan de druk tot meer relativiserende reclame voor zoete voedingswaren.

3.7. *Dynamiek*

Gezondheid, gedefinieerd volgens het positief gezondheidsbegrip, is dynamisch. De vele factoren, die daarin een rol spelen, en waarvan de subjectieve beleving een belangrijke is, staan daarvoor borg. Het betekent rekening houden met voortdurend veranderende opvattingen bij het individu. Wat nu geen aanleiding is tot onwel bevinden kan dat overmogen wél zijn. Het betekent ook, dat geen strakke patronen denkbaar zijn, waarbinnen het handelen plaatsvindt. Een zelfde probleem zal bij verschillende personen op ge-

heel verschillende wijze kunnen worden opgelost.

3.8. Andere gedragsbepalende factoren

Ook de hiervoor beschreven 'vervolggedragingen' kunnen (mede) veroorzaakt en beïnvloed worden door andere drijfveren dan de opvatting over gezondheid. De multicausale probleemoplossing kan ook toegepast worden als gedrag buiten beschouwing wordt gelaten. De sterk toegenomen kennis betreffende medisch-biologische oorzaken van tand- en mondziekten, waarin vele factoren in per individu verschillende samenhang, een rol blijken te spelen, maakt op zich al een multicausale benadering mogelijk. Verder vereist een multicausale probleemoplossing een uitvoeriger proces van anamnese en diagnostiek dan de unicausale benadering. Dat rechtvaardigt een hoger honorarium per patiënt dan nu het geval is: mogelijk een noodzaak bij een dalend patiëntenaantal per tandarts.

Communicatief handelen wordt zeker bevorderd door de grotere mondigheid van het individu. Het is echter niet uit te sluiten, dat een uitvoerige communicatie wordt gebruikt om de onkunde betreffende de technische aspecten van de tandheelkunde te verbloemen. Het streven naar ontdoktering kan ongetwijfeld ook voortkomen uit een streven tot maatschappelijke hervorming. Ontdoktering kan nagestreefd worden om meer algemeen de samenleving te democratiseren en individuen daarin meer kansen te geven. Naar aanleiding van de laatste opmerking moet nog eens op de invloed van basale normen en waarden gewezen worden. Het is immers nauwelijks denkbaar, dat iemand die het verdwijnen van hiërarchische verschillen in de samenleving nastreeft, een opvatting over gezondheid naar het medisch model zou huldigen.

4. Naschrift

In het voorgaande zijn een groot aantal aspecten van de handelwijze in de tandheelkunde beschreven. Uitgangs-

punt daarbij was te laten zien, dat uit een specifieke opvatting over gezondheid een bepaalde handelwijze voortkomt. Als model daarvoor zijn gedragingen beschreven, zoals deze mogelijk voortkomen uit twee extreme opvattingen over gezondheid: het medisch model en het positieve gezondheidsbegrip. Aangegeven is ook, dat deze gedragingen heel goed geïnitieerd kunnen worden door andere drijfveren dan de ethische norm, die een opvatting over gezondheid is. Essentieel is het daarbij te bedenken, dat zowel de opvatting over gezondheid als de beschreven gedragingen gebaseerd zijn op basale waarden en normen. Deze betreffen mens- en maatschappijvisie: gelijkwaardigheid van mensen, sociaal gevoel, vrijheid en verantwoordelijkheid.

In de discussies over opvattingen over gezondheid en de wijze van handelen in de tandheelkunde is het uiterst zinvol op deze mens- en maatschappijvisie in te gaan. Vooral als de opvatting over gezondheid, die men zegt te hebben en feitelijk gedrag met elkaar in conflict lijken. Dat zal veelvuldig gebeuren, omdat opvattingen over gezondheid en de handelwijze in de tandheelkunde in werkelijkheid veel genuanceerder zijn, dan hier is beschreven.

Summary:

Title: A discussion on concepts of health. II. Actual behaviour of the dentist related to concepts of health.

Additional to a foregoing publication on concepts of health, some actual behaviour of the dentist is described. Behaviours are mentioned that can be explained from two extreme concepts of health: medical model and positive health concept.

The objective is to help the reader to identify his own concept of health.

At first behavioural tendencies are described, which include a large number of interrelated actual behaviours and which determine the main differences between both health concepts: the responsibility for health and the preventive/curative orientation. Some actual behaviours following these behavioural tendencies are also described. For instance the strive for uni-causal problem-solution as a consequence of the behaviour tendencies of the medical model.

Finally some of the characteristic effects of these behaviour patterns are given. Attention is given to factors, other than concepts of health, that can determine behaviour of the dentist.

Literatuur:

1. Bergsma, J. (1981): De huisarts in de storm. *Intermediair*, 17: no. 20, 1-7.
2. Boer, J. G. de (1975): De uitoefening der sosiodontie. *Ned Tijdschrift Tandheelkd* 82: 424-426.
3. Broek, W. M. v.d. (1917): Schooltandverzorging. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 24, 671-689.
4. Consumentengids (1980): Praatjes vullen geen gaatjes. December: 602-603.
5. Coppes, L. (1977): Een algemeen aanvaard beeld betreffende de toekomstige structuur van de tandheelkundige gezondheidszorg. *Ned Tandartsenblad* 32: 837-839.
6. Giddon, D. B. (1978): The mouth and the quality of life. *NY J Dent* 48 (1): 3-10.
7. Hokwerda, O. (1977): Is de professie in staat haar maatschappelijke verantwoordelijkheid waar te maken? *Ned Tandartsenblad* 32: 816-828.
8. Hoofdbestuur NMT (1981): Communicatie met patiënt moet worden verbeterd. *Ned Tandartsenblad* 36: 10-11.
9. Illich, J. (1976): Limits to medicine. Londen, Marion Boyars.
10. Jenny, J. (1979): Basic social values, structural elements in oral health systems and oral health status. Voordracht voor het 67-ste World Dental Congress of the FDI, Parijs.
11. Linn, E. L. (1967): Role behaviours in two dental clinics: a trial of Nadel's criteria. *Human organisation* 26: 141-148.
12. Mahler, H. (1975): Health, a demystification of medical technology. *The Lancet* 1-11-1975: 829-833.
13. Nikias, N. D. et al. (1979): Progress report of the Committee on Sociodental indicators of the Behavioural Science Group of IADR to WHO/Oral Research Advisory Group, mimeograph, 1979.
14. Pilot, T. (1978): Pleidooi tegen het verlengen van de verkorte tandenboog. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 85: 477-480.
15. Schaub, R. M. H. (1980): Een beschouwing over het begrip gezondheid I. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 87: 332-336.
16. Schaub, R. M. H., T. Pilot e.a. (1976): De gebitstoestand van mannelijke werknemers in Appingedam. Niet gepubliceerde gegevens.
17. Tijnstra, Tj. (1980): Sociologie en Tandheelkunde. Groningen, Wolters-Noordhoff.
18. Vingerhoets, K. (1980): Voed-je-goedmarkt een succes. *Ned Tandartsenblad* 35: 1218-1219.
19. Zola, J. N. (1973): De medische macht - de invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij. Meppel, Boom.

September 1981.

Ant. Deusinglaan 1,
9713 AV Groningen.