

waardoor het activatorsysteem 'bedorven' is, het mengprocédé kan ontoereikend zijn, de energie van de lichtbron kan onvoldoende zijn of slechts ten dele het lichthardende composiet binnendringen enzovoort. Onvolledige polymerisatie heeft te zacht materiaal, voortijdige verkleuring en verval tot gevolg.

In het onderhavige onderzoek werden in tweeën gesplitste composietcilinders onderzocht op onvolledige polymerisatie met behulp van een kleurstof (Astra blauw), die zich permanent hecht aan ongereageerde acrylaatgroepen. Het harde blauw con-

trasteert duidelijk met het wit van de wel goed gereageerde kunsthars. Zo kan zuurstof-inhibitie aan het oppervlak en rond luchtbellen worden aangetoond.

Aandacht werd vooral geschonken aan de polymerisatie als functie van de diepte, in caviteiten die met lichthardende composieten waren gevuld. Zo bleek dat microfijne composieten in het algemeen slechter tot grote diepte uitharden dan conventionele. Zelfs als het materiaal in afzonderlijke lagen werd aangebracht vertoonde het contactoppervlak soms gebrekkige polymerisatie door het tekortschieten van de

lichtenergie. Wederom kon worden bevestigd dat de donkerder tinten composiet meer energie, dus langere belichting behoeven dan de lichte tinten om goed uit te harden.

Over het algemeen voldeed een dubbele belichtingstijd beter dan de door de fabrikanten meestal voorgeschreven 20 seconden. De techniek om onvolledige polymerisatie aan te tonen is zeer leerzaam en leent zich ook voor toepassing in vitro in de algemene praktijk.

Davidson - Amsterdam

ONDERZOEK

EEN PREVENTIEF WERKENDE TANDARTS: NOG STEEDS EEN 'SPOOKRIJDER' VOLGENS DE HUIDIGE OPVATTINGEN?

A. B. CRAMWINCKEL*) R. JAGTMAN-SMITS**)
E. BELGERS-SMETS**) A. M. NOORDELOOS*)
T. L. M. CLUITMANS***) A. J. M. ROEFS****)

Trefwoorden: Preventieve tandheelkunde - Voorlichtingskunde - (T.)G.V.O.

1. Inleiding

Op preventie gerichte adviezen zijn over het algemeen adviezen die niet gemakkelijk in het doen en laten van de patiënt passen. De vraag is hoe een patiënt gemotiveerd kan worden dat hij dagelijks voldoende aandacht blijft schenken aan een gezonde mond. Verder is het de vraag welke voorlichtingsmethode de tandarts c.q. mondhygiënist het beste kan volgen om de motivatie bij de patiënt te versterken.

In dit artikel wordt een voorlichtingsproject beschreven dat tot doel heeft om onder gunstige omstandigheden, d.w.z. met medewerking van een aantal geselecteerde tandartsen c.q. mondhygiënisten na te gaan in hoeverre geïndividualiseerde voorlichting met behulp van zgn. patiëntenboekjes succes kan hebben bij door hen zelf uitgekozen patiënten.

Een vraag die met dit project samenhangt en zeker niet vergeten mag worden heeft te maken met tandartsen c.q. mondhygiënisten

als preventieve werkers. In hoeverre mag en kan van hun verlangd worden dat zij tijd en moeite geven om deze manier van preventie effectief door te voeren? We willen op deze vraag in de discussie terugkomen.

2. Materiaal en methode

2.1. Materiaal

Aan de ontwikkeling van de boekjes*) heeft de volgende theorie ten grondslag gelegen. Het gedrag van het individu wordt geacht door een individuele en een omgevingsgerichte component te zijn bepaald.¹ Dus ook het te ontwikkelen preventieve gedrag wordt door beide componenten gevoed. Schema 1 geeft een vereenvoudigde voorstelling van deze theorie.

Het bovenste vakje in het model legt de interne afweging uit en het onderste vakje geeft aan hoe de omgevingsgerichte component uitgelegd kan worden. De interne component bepaalt in hoeverre men overtuigd is van de waarde van preventief gedrag. Als men eenmaal een bepaalde overtuiging heeft, zal men daar in het algemeen ook bevestigingen van (kunnen) vinden in zijn omgeving,³ en wordt de overtuiging

*) De beide boekjes zijn gesubsidieerd door T.M.Z., Sectie tandartsen medewerkers ziekenfondsen.

Samenvatting:

Dit artikel beschrijft de evaluatie van twee tandheelkundige voorlichtingsboekjes. Aan deze boekjes ligt het 'Behavioral Intention Model'¹ ten grondslag waarin het (preventieve) gedrag gezien wordt als een functie van een interne en een omgevingsgerichte component. Een twintigtal gemotiveerde tandartsen c.q. mondhygiënisten is gevraagd om de boekjes in de praktijk uit te testen. Er hebben twee evaluatieronden plaatsgevonden. Het aantal tandartsen c.q. mondhygiënisten dat alle evaluatieformulieren ingevuld heeft bedraagt voor de eerste respectievelijk tweede ronde elf en twee. Het enthousiasme over de boekjes is in de loop van de evaluatie sterk gedaald. Een mogelijke verklaring voor het afnemend enthousiasme is gelegen in de huidige financieringsstructuur, waarbij een tandarts zich op den duur in de vingers kan snijden als hij te veel tijd aan preventie besteedt. Wellicht zal voorlichtingsmateriaal beter aanslaan als het niet, zoals bij dit experiment, van boven wordt 'opgedrongen', maar ontwikkeld is op basis van een behoefte uit de praktijk.

versterkt. De tweede gedragsvoorspellende component is van externe aard. Zo zal een overmaat aan uit suikerhoudend voedsel gemakkelijk een hoge eet- en drinkfrequentie bevorderen.

Deze gedragsverklarende theorie¹ is gedeeltelijk toegepast bij de ontwikkeling van dit boekje. Vooral aan de beïnvloeding van de persoonlijke intentie is aandacht besteed door in het boekje meerdere meetmomenten op te nemen, zodat het individu de kans krijgt zijn gedrag in relatie tot zijn mondgezondheid te brengen zodat een kosten-batenanalyse mogelijk wordt.

Er zijn twee boekjes ontwikkeld. Het ene

*) G.V.O.-project, Katholieke Universiteit te Nijmegen.

**) Afdeling Opleiding Mondhygiënisten, Katholieke Universiteit te Nijmegen.

***) Stageaire Landbouwhogeschool Wageningen.

****) Instituut Preventieve en Sociale Tandheelkunde, Katholieke Universiteit te Nijmegen.

boekje is bestemd voor kinderen in de leeftijd van 9 tot 12 jaar. Het andere boekje is geschreven voor personen vanaf ca. 18 jaar. Beide boekjes komen voort uit dezelfde vraagstelling: is de patiënt te motiveren in preventief gedrag door hem nauwkeurige terugkoppeling te geven over zijn eigen mondgezondheid? In het kort zullen beide boekjes beschreven worden.

Het boekje voor de kinderen heeft de vorm van een stripverhaal. In dit boekje zijn adviezen en wetenswaardigheden in tekeningen bij elkaar gezet. De uiteindelijke tekst van het stripverhaal is geschreven door mev. P. Hazenberg die ook de illustraties verzorgd heeft. Het is een verhaal van twee jongetjes die met elkaar in gesprek raken naar aanleiding van een snoepje (afb. 1). In het boekje staat verder een grote open mond afgebeeld (afb. 2). In deze plattegrond van de mond - een 'plattmond' dus - kan de tandarts de plaats aangeven van cariës, white spots en tandplaque. Na enige tijd, te bepalen door de tandarts/mondhygiënist, wordt de situatie in de mond opnieuw genoteerd en kan deze vergeleken worden met de vorige. De verwachting is dat het kind een relatie leert zien tussen gedrag en wat er in de mond plaatsvindt. Er is ruimte om dit 2x te herhalen.

Het boekje voor volwassenen volgt hetzelfde principe. Dit boekje geeft meer tekst en de nadruk ligt hier op het voorkomen van parodontale aandoeningen. Ook in dit boekje wordt geprobeerd patiënten meer inzicht te geven in de eigen mondgezondheid en veranderingen die in de mond kunnen plaatsvinden als gevolg van preventieve maatregelen (afb. 3).

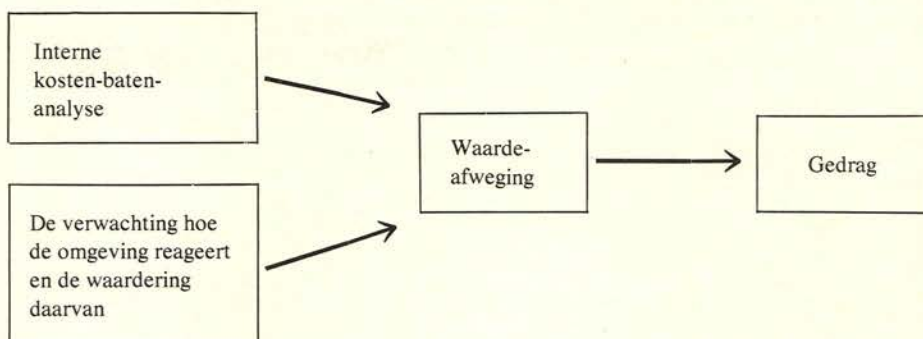
De taken van de tandarts c.q. mondhygiënist bij het gebruik van beide boekjes zijn:

- introductie en uitleg van het boekje;
- intekenen van de gebitssituatie van de patiënt in de 'plattmond';
- uitleg van wat er genoteerd is;
- het aangeven hoe en waar de situatie in de mond verbeterd kan worden;
- vertellen dat het boekje bij het volgende consult weer meegenomen dient te worden.

Voorts is er een handleiding verstrekt. In de handleiding voor de tandarts c.q. mondhygiënist staat een korte beschrijving van (het werken met) de twee boekjes en een toelichting op het hoe en waarom van voorlichting. Bovendien zijn er drie bijlagen opgenomen met achtergrondinformatie over resp. voeding, mondhygiëne en fluoride.

De volgende positieve aspecten menen we aan deze wijze van voorlichting te kunnen toekennen:

- het voorlichtingsgesprek kan plaatsvinden aan de hand van de eigen mondsituatie

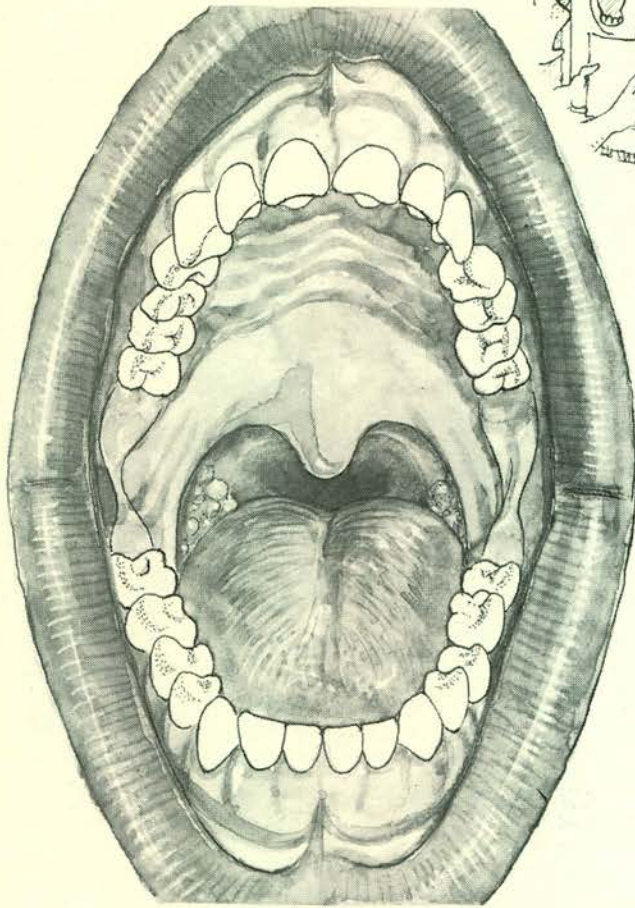


Schema 1. Vereenvoudigd gedragsvoorspellend model gebaseerd op het 'Behavioral Intention Model' van Fishbein.¹ In dit model wordt het gedrag gezien als een functie van een interne component en een omgevingsgerichte component.

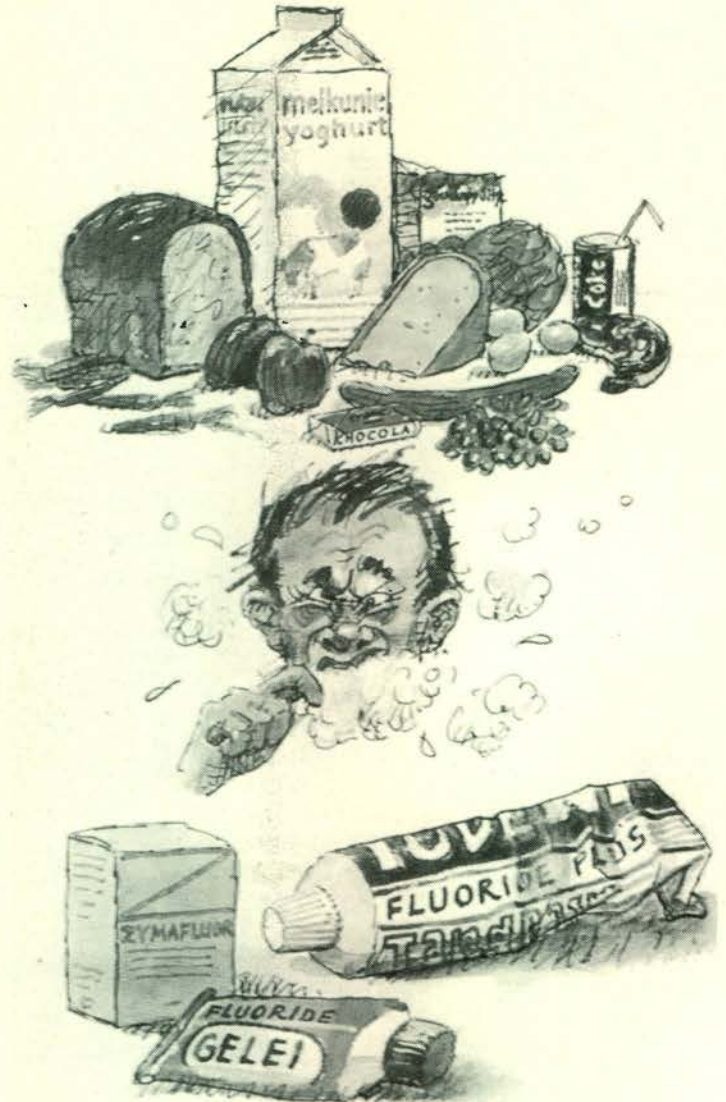


Afb. 1. De eerste bladzijde van het patiëntenboekje voor kinderen van 9-12 jaar. Het boekje is in de vorm van een stripverhaal uitgevoerd.

gaatjes = zwart
 witte plekjes = oranje
 in orde = groen
 tandpiak = blauw



vergelijk je mond en
 de kaart in de spiegel.



Afb. 2. In deze figuur kan de tandarts c.q. mondhygiënist aantekeningen maken naar aanleiding van de mondsituatie van de patiënt. Het kind kan b.v. met groen aangeven waar de situatie gezond is.

Afb. 3. Een afbeelding uit het boekje voor volwassenen. Hier worden drie belangrijkste invalshoeken getoond om tot een gezonde stabiele situatie te komen.

zoals die afgebeeld wordt in het boekje;
 - tandarts c.q. mondhygiënist en patiënt worden gestimuleerd om met behulp van dit boekje het voorlichtingsgesprek in periodes voort te zetten;
 - de patiënt wordt in staat gesteld om zijn eigen gedrag te toetsen aan veranderingen in de mond;
 - de schriftelijke uitleg in het boekje kan na een poosje nog eens gelezen worden. Er zijn ook negatieve aspecten te verwachten:

- het boekje moet een aantal keren meegenomen worden, de patiënt kan het boekje vergeten;
- het kost tijd om de gegevens in het boekje te schrijven;
- de tandarts c.q. mondhygiënist zal zich de draad van het verhaal moeten herinneren bij een volgend bezoek.

Het is de vraag in hoeverre deze positieve resp. negatieve aspecten in de praktijk door tandartsen c.q. mondhygiënisten worden ervaren. We hebben besloten dit te evalueren bij een twintigtal gemotiveerde

tandartsen c.q. mondhygiënisten. Aan hen is gevraagd om het boekje bij door hen zelf te selecteren patiënten te gebruiken. Mocht dit gunstig uitvallen dan zou het experiment verder uitgebreid kunnen worden, waarbij de in eerste instantie verkregen resultaten stimulerend zouden kunnen werken in de verdere verspreiding van het materiaal.

2.2. Methode

De boekjes werden op twee van te voren vastgestelde tijdstippen bij de tandartsen c.q. mondhygiënisten in de praktijk geëvalueerd. De eerste evaluatie betrof de reactie van de tandartsen c.q. mondhygiënisten en hun patiënten op de boekjes na het eerste consult, waarbij het materiaal geïntroduceerd werd. Na ongeveer acht maanden vond de tweede evaluatie plaats. Hierbij werden de ervaringen met de boekjes op langere termijn, nl. bij het tweede en derde consult, nagegaan (tab. I).

Er waren in totaal dertien tandartsen en

zeven mondhygiënisten die de boekjes met formulieren voor de eerste evaluatie ontvingen. Hiervan vulden zes tandartsen en vijf mondhygiënisten deze formulieren in, nadat ze de boekjes in de praktijk hadden uitgetest. Het eerste evaluatieformulier bevatte twee korte lijsten, respectievelijk over het volwassenenboekje en het kinderboekje, waarin vragen gesteld werden over de ervaringen met de boekjes.

De vragen betroffen het tijdsaspect (bestede tijd), de reactie van de patiënt en het persoonlijk oordeel van de tandarts c.q. mondhygiënist over sterke en zwakke kanten van beide boekjes. De elf mensen die het eerste evaluatieformulier hadden ingevuld, kregen na ongeveer acht maanden een tweede evaluatieformulier toegezonden. Dit formulier bestond uit drie vragenlijsten en een bestelformulier. In de eerste vragenlijst waren algemene vragen opgenomen over de wijze waarop men voorlichting gaf en of/hoe de boekjes daarin waren in te passen. De andere twee lijsten – één voor het volwassenenboekje en één

voor het kinderboekje – bevatten vragen over het tijdsaspect, de reactie van de patiënt en inhoudelijke vragen over de boekjes. In beide lijsten was een onderscheid gemaakt tussen het tweede en derde consult.

3. Resultaten

In de beschrijving van de nu volgende resultaten is een onderscheid gemaakt tussen de eerste en tweede evaluatie. Bovendien zijn binnen de tweede evaluatie het tweede en derde consult apart beschreven. Omdat de antwoorden van de respondenten vaak redelijk overeen komen, worden in de beschrijving van de resultaten algemene tendenties gegeven. Bij het tijdsaspect is de mediaan berekend van alle tijdsduren, door de respondenten genoemd. De reacties van de tandartsen verschillen over het algemeen niet van die, welke de mondhygiënist geven. Er wordt daarom in de bespreking geen onderscheid gemaakt tussen beide groepen respondenten. Wel is het opvallend dat er bij de eerste evaluatieronde 5 van de 7 mondhygiënist en slechts 6 van de 13 tandartsen de boekjes uitgeprobeerd en het evaluatieformulier ingevuld hebben. De algemene vragen bij de tweede evaluatieronde zijn door in totaal vier mondhygiënist en twee tandartsen ingevuld.

Redenen voor het niet uitproberen van de boekjes/niet invullen van de evaluatieformulieren voor de eerste ronde zijn:

- persoonlijke omstandigheden (2 tandartsen);
- drukte in de praktijk (2 tandartsen);
- geen geschikte praktijk om de boekjes uit te testen (1 tandarts);
- onbekend (2 tandartsen, 2 mondhygiënist).

Van de 11 respondenten die de evaluatieformulieren voor het tweede en derde consult ontvangen hebben, zijn er 9 die de boekjes niet bij alle 3 consulten gebruikt hebben. Hun redenen zijn:

- negatieve kritiek op de boekjes (1 tandarts, 2 mondhygiënist);
- 'niet meer aan het gebruik van de boekjes toekomen' (2 tandartsen);
- persoonlijke omstandigheden (1 tandarts);
- onbekend (2 tandartsen, 1 mondhygiënist).

3.1. Eerste evaluatieronde

3.1.1. Eerste consult (11 respondenten) Volwassenenboekje:

1. Tijdsaspect: De mediaan van de tijd nodig voor de introductie van het boekje, het intekenen en de uitleg ervan was 11 minuten. Deze tijd varieerde van 6 tot 30 minuten.

2. Reactie van de patiënt: De informatie uit het boekje werd over het algemeen zeer

Tabel I. Opzet van de evaluatie voor beide boekjes 'Mijn Mond'.

Evaluatie-ronde	Periode	Consult waarop evaluatie betrekking had	Periode waarin consult plaats vond
1	febr.-maart 1983	1e	febr.-maart 1983
2	nov.-dec. 1983	2e	maart-april 1983
		3e	april-okt. 1983

goed begrepen. De reactie van de patiënten op het boekje in z'n geheel varieerde van neutraal tot enthousiast.

Kinderboekje:

1. Tijdsaspect: De mediaan van de tijd die nodig was om het boekje te introduceren, in te tekenen en uit te leggen was 12 minuten. Deze tijd varieerde van 5 tot 25 minuten.

2. Reactie van het kind: De kinderen begrepen de informatie uit het boekje over het algemeen redelijk tot zeer goed. De reactie op het geheel was van matig tot heel leuk.

3.2. Tweede evaluatieronde

Het aantal vragenlijsten dat ingevuld werd was laag: slechts drie lijsten over het tweede consult en twee lijsten over het derde consult werden ontvangen. In totaal hadden zes tandartsen c.q. mondhygiënist de lijst met algemene vragen ingevuld. Vier tandartsen c.q. mondhygiënist hadden een bestelformulier teruggezonden, waarin boekjes werden besteld voor zes tandartsen. Hoewel we de personen die toch de moeite namen om de vragenlijsten in te vullen tekort doen, willen we de resultaten niet verder bespreken. Het aantal respondenten is hiervoor te beperkt.

4. Persoonlijk oordeel van de respondenten

Het persoonlijk oordeel van de respondenten over de positieve en negatieve kanten van beide boekjes was gevarieerd, maar er waren wel enige algemene tendensen. Tijdens de eerste evaluatie bleek dat het volwassenenboekje positief gewaardeerd werd vanwege de eenvoudige, korte uitleg en de goede informatie die het bevatte. Bovendien vond men het aantrekkelijk dat de mensen thuis de situatie in hun mond nog eens konden bekijken. De patiënten waardeerden de extra aandacht die de tandarts/mondhygiënist hen gaf door middel van deze preventieve activiteit. Als negatief werd ervaren dat alleen geïnteresseerde, gemotiveerde patiënten kennis namen van de inhoud van het boekje. Ook vonden sommigen de tekst en het inkleuren van de plaatjes te kinderachtig voor volwassenen. Verder was er nog enige in-

houdelijke kritiek, zoals commentaar op de duidelijkheid van bepaalde tekeningen. De positieve reacties op het kinderboekje bij de eerste evaluatie waren dat de kinderen de persoonlijke aandacht die ze op deze wijze kregen op prijs stelden. De meeste respondenten vonden het stripverhaal leuk, goed en informatief. Bovendien werd het als prettig ervaren dat de situatie in de mond van de kinderen thuis nog eens bekeken kon worden. Er was kritiek op de duidelijkheid van bepaalde delen van de tekst. Sommige respondenten hadden moeite met het duidelijk intekenen en uitleggen van de 'plattemond'.

De algemene opmerkingen tijdens deze eerste evaluatieronde betroffen het feit dat de boekjes nogal arbeidsintensief waren. Het gebruik van deze boekjes was volgens de tandartsen/mondhygiënist niet haalbaar in een drukke praktijk en werd zeker niet rendabel geacht voor ziekenfondspatiënten. De boekjes waren gericht op kinderen en jong volwassenen terwijl er volgens sommigen juist behoefte was aan een boekje voor tieners die moeilijk te motiveren zijn voor preventie.

Bij de algemene vragen, gesteld bij de tweede evaluatie, kwamen nog enige andere aspecten naar voren. De meeste respondenten wilden de boekjes *niet* op grotere schaal gaan toepassen in de praktijk. In het algemeen werd als voornaamste argument hiervoor aangedragen dat het werken met de boekjes te veel tijd kostte. En als men de boekjes wel wilde toepassen, zou men dit slechts bij bepaalde patiënten willen doen. Tijdens de tweede evaluatieronde bleek verder, dat de waardering voor de beide boekjes bij het tweede en derde consult aanzienlijk lager lag dan de waardering bij het eerste consult. De respondenten hadden een voorkeur voor persoonlijke voorlichting, afgestemd op het individu. Hoewel de boekjes ook deze bedoeling hadden, vonden de tandartsen/mondhygiënist ze in het algemeen *niet* passen in hun wijze van voorlichting geven.

5. Discussie/evaluatie

Uit de evaluatie blijkt dat het hier besproken voorlichtingsmateriaal in de praktijk slechts in beperkte mate aanslaat. Na een succesvolle start zakt het animo bij de

voorlichter snel weg. Het aantal ontvangen evaluatieformulieren loopt in de tijd sterk terug. Een interessante vraag is natuurlijk in hoeverre een ander voorlichtingsmodel wel kans van slagen heeft. Een model zoals het hier gehanteerde 'Behavioral Intention Model' van Fishbein¹ is slechts een model dat uit zichzelf geen zeggingskracht heeft, maar in de praktijk zijn kwaliteiten kan tonen. Indien uit praktijksituaties blijkt dat er een beperkte animo is om deze vorm van voorlichting te hanteren dan kan dit in principe twee oorzaken hebben. Het model past niet in de werksituatie of degene die preventie bedrijft heeft in feite weinig behoefte om welk model dan ook te hanteren en vindt zijn eigen benaderingswijze, hoe die ook moge zijn, voldoende. Uit het feit dat er weinig suggesties vanuit de praktijk gehoord zijn, mag afgeleid worden dat deze vorm van individuele preventie meer vanuit de theorie dan vanuit de praktijk werd gevoed. Het is wellicht de vraag in hoeverre er vanuit de praktijk behoefte is om meer preventie gericht te gaan werken. Is in de praktijk de aandacht gericht op cariës resp. parodontale aandoeningen of is de aandacht gericht op de gezondheid van de patiënt?

In de literatuur blijkt dat dit merkwaardig genoeg praktisch een blanco gebied is. We beperken ons daarom tot enkele mogelijkheden die ons inziens tot beter materiaal kunnen leiden. We beginnen met een kritische analyse van het getoetste materiaal. Een nadeel van het door ons ontwikkelde voorlichtingsmateriaal is dat het niet door een behoefte vanuit het werkveld gevoed is geweest. Het kwam eerder voort uit eigen behoefte om dit model in de praktijk te toetsen bij tandartsen c.q. mondhygiënist waar wij een zeker enthousiasme van verwachtten. Bij de evaluatie van dit materiaal blijkt dat men het aspect tijd zwaar laat mee tellen. Dit kan als teken opgevat worden dat men deze vorm van preventie als 'extra' opvat. Het was wellicht beter geweest als we eerst hadden geïnventariseerd of er behoefte was aan ondersteuning van preventieve activiteiten en zo ja, aan welk soort materiaal dan behoefte was.

Op de tweede plaats hebben we achterwege gelaten om de mening van de patiënt te polsen. Heeft de patiënt wel behoefte aan

informatie en zo ja, welke soort informatie wordt dan wenselijk geacht. Het zou zeer plezierig zijn en de voorlichtingsproblematiek zou ook versimpeld kunnen worden indien voorlichters en patiënten op hetzelfde terrein hun informatie willen geven resp. ontvangen. Dit is echter waarschijnlijk niet te verwachten. Om dit probleem goed te kunnen voorzien, mag de plaats van preventie binnen het tandheelkundig handelen ons inziens niet buiten beschouwing blijven.

We willen stellen dat de preventieve voorlichting in de tandheelkundige praktijk in een moeilijk parket zit. Zolang de tandarts nog uit de behandeling van tandziekten en afwijkingen zijn belangrijkste financiële middelen verkrijgt is het ons inziens onredelijk om te verwachten dat preventie in de huispraktijk als vanzelf tot ontwikkeling komt.

Daar komt bij dat de gemiddelde patiënt niet gewend is voor 'gezondheid' te betalen. Deze situatie heeft ons inziens onontkoombaar tot een systeem geleid waarin preventie in de praktijk slechts incidenteel tot ontplooiing kan komen. Oplossingen voor deze situatie zijn niet eenvoudig te geven. Het vraagt waarschijnlijk het meest om een verandering van het honoreringssysteem waarbij in plaats van ziekte *de gezondheid* van de patiënt centraal zou moeten staan. Het is natuurlijk de vraag hoe zo'n situatie bereikt kan worden. Een aanzet tot zo'n ommekeer zou in eerste instantie vanuit het verzekeringswezen (financieringssysteem) gegeven kunnen worden. Zolang deze situatie nog niet gerealiseerd is, zijn er enkele mogelijke ontwikkelingen te noemen. De patiënt zou beter in staat moeten zijn om te formuleren wat hij van de tandheelkundige professe verlangt en welke financiële offers hij bereid is te dragen voor een gezonde mond. De tandheelkundige professe zou beter in staat moeten zijn om te formuleren welke vorm van preventieve voorlichting zij het meest belangrijk acht. Op basis van deze informatie zou verder voorlichtingsmateriaal ontwikkeld en getoetst kunnen worden.⁴

Met de huidige financieringsstructuur lijkt een op de preventie ingestelde tandarts een gevaarlijke koers te gaan. Hopelijk zal in de toekomst een louter *curatief* werkende

tandarts beschouwd worden als 'spookrijder', die met signalen gewaarschuwd moet worden zich op de andere baan te begeven.

Summary:

Title: Is a preventive working dentist still a ghost-driver according to present day conceptions?

Keywords: Preventive dentistry – Health education

This article describes the evaluation of two dental guidance booklets. The 'Behavior Intention Model'¹ underlies these booklets. In this Model (preventive) behavior is seen as a function of both an internal component and a component which is directed at the environment.

Twenty dentists and oral hygienists have been asked to test the booklets in practice. There have been two evaluations. Eleven dentists and oral hygienists filled in all the forms for the first evaluation. The number which filled in all the forms for the second evaluation was two. The enthusiasm for the booklets dropped strongly during the evaluation. A possible explanation for this drop in enthusiasm is situated in the present-day payment system, according to which a dentist will earn too little if he spends too much time to prevention.

Perhaps guidance booklets will do much better if they're based on a need which comes from practice, while in this experiment the booklets were forced upon the dentists and oral hygienist from above.

Literatuur:

1. Fishbein MA. Attitude and the prediction of behavior. In: M.A. Fishbein, ed. Readings in attitude theory and measurement. New York, 1967: 477-92.
2. Heydendaal PHJM. Gezondheidsvoorlichting en gezondheidsopvoeding: idolen van de gezondheidszorg. In: F. Sturmans e.a., ed. Verkenningen in de Sociale Geneeskunde. Dekker en van de Vegt, 1981.
3. Verbrugh HS. Nieuw besef van ziekte en ziekzijn. Over veranderingen in het mensbeeld van de medische wetenschap. Haarlem: De Toorts, 1983.
4. Richards ND. Methods and effectiveness of health education. Soc Sci Med 1975; 9:141-56.
5. Ryan MJ, Bonfield EH. The Fishbein extended model and consumer behavior. J Consum Res 1975; 2:118-36.

April 1984. Adres: Dr. Ir. A. B. Cramwinckel, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.