

Onderwijs

EEN SCENARIO VOOR DE EERSTE CONTACTEN MET PATIËNTEN

HET 'CONTRACTMODEL' IN HET TANDHEELKUNDE-ONDERWIJS

R. S. H. Visser, psycholoog

Uit de vakgroep Medische psychologie van de Katholieke Universiteit te Nijmegen.

Trefwoorden: Psychologie – Voorlichtingskunde – Contractmodel – Zelfzorg

SAMENVATTING

Een scenario voor de eerste contacten van studenten met hun patiënten wordt gepresenteerd. Dit scenario is een concrete uitwerking van een eerder gepubliceerd model voor het stimuleren van patiënten in hun zelfzorg: het 'contractmodel'. Het vormt een handleiding voor een lange termijn beleid van de tandarts met betrekking tot de gebitsgezondheid van zijn patiënten.

Het model kent twee hoofdlijnen: de eerste is het informeren van de patiënt over de invloed van aanleg, zelfzorg en zorg van de tandarts, over de prognose ten aanzien van het gebitsbehoud en de consequenties van slecht onderhoud. Hiermee worden onder meer de variabelen uit het Health Belief Model ingevoerd in de individuele voorlichting.

De tweede hoofdlijn volgt in tijd op de eerste en betreft het de patiënt zelf zijn/haar zelfzorgpakket te laten samenstellen. Dit vergt een ommezwaai in de attitude van de tandarts van het diagnose-receptmodel naar het participatiemodel. Het 'contract' is gericht op geleidelijke verbetering van de zelfzorg, het dient daarom dynamisch te zijn: in principe voortdurend open voor herziening.

Het scenario is in Nijmegen reeds enkele jaren in gebruik bij het onderwijs aan tweedejaarsstudenten.

Datum acceptatie: 1 augustus 1987.

VISSER RSH. Een scenario voor de eerste contacten met patiënten. Het 'contractmodel' in het tandheelkunde-onderwijs. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 393-9.

Adres: Dr. R. S. H. Visser, Jhr. van Grotenhuisstraat 5, 6561 EW Groesbeek.

1. INLEIDING

In het tandheelkunde-onderwijs aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen wordt sinds enkele jaren een scenario voor de eerste patiëntcontacten toegepast. Dit scenario is gebaseerd op het contractmodel voor de tandarts-patiëntrelatie; een model dat ook in het tandheelkunde-onderwijs in Groningen wordt gebruikt. In Nijmegen komen de studenten in hun tweede studiejaar voor het eerst met echte patiënten in contact. Ze blijven dan voor enkele jaren de 'vaste tandarts' voor hun patiënten. Deze koppeling voor meerdere jaren maakt het mogelijk patiënten op een adequate wijze te stimuleren (motiveren) in hun zelfzorg door het toepassen van het contractmodel.

In een eerste onderwijsblok krijgen de studenten theoretisch en praktisch onderwijs in gespreksvoering en het toepassen van het scenario. Daarna volgt in het klinische blok, het eerste patiëntcontact. Van

deze contacten worden video-opnamen gemaakt, die worden nabesproken.

Aangezien het scenario op een aantal punten afwijkt van de gebruikelijke gang van zaken op zaal, zijn docenttrainingen ingelast zodat een betere afstemming van beide typen blokken wordt gegarandeerd.

In dit artikel wordt een korte schets van het contractmodel gegeven en het scenario gepresenteerd.

2. HET CONTRACTMODEL

Het contractmodel is gericht op het verkrijgen en behouden van de gebitsgezondheid van de patiënt. Dit doel wordt nagestreefd door het systematisch beïnvloeden van het zelfzorggedrag van de patiënt. Het zelfzorggedrag is immers de spil waar het gebitsbehoud om draait. Het werken volgens het contractmodel is tevens een motiveringsmethode. Er wordt daardoor een samenwerkings- en samenspraakrelatie tussen tandarts en patiënt ontwikkeld. Dit

is echter niet het doel, doch slechts een belangrijk bijproduct. Het contractmodel vormt een raamwerk waarin alle deelaspecten van het tandarts-patiëntcontact in passen. Zo dienen het tandartsaandeel: voorlichting, begeleiding en behandeling en het patiëntaandeel: zelfzorg en betaling, op een geïntegreerde wijze opgenomen te zijn in het kader.

Een belangrijke karakteristiek van het contractmodel is de gerichtheid op de lange termijn. Waar in de tandheelkunde het tijdsperspectief zich meestal slechts uitstrekt over een of enkele behandelingen ('de patiënt is afbehandeld'), worden in het contractmodel alle deelhandelingen, alle communicatie en instructie geplaatst in het perspectief van de gehele levensgeschiedenis van het gebit of de vervanging daarvan. Concreet wil dat zeggen dat b.v. de zelfzorg die de patiënt zich getroost en curatieve keuzes die gemaakt worden, door de tandarts in verband gebracht worden met de levensduur van het gebit.

De kern van het 'contract' is te formuleren als: 'De goed voorgelichte patiënt bepaalt, door de mate van zorg die hij aan zijn gebitsgezondheid wil besteden - in combinatie met zijn orale constitutie - het niveau van behandeling door de tandarts en daarmee tevens de levensduur van zijn gebit (prognose)'.

De essentiële elementen hierin zijn de voorlichting en de keuze van de patiënt omtrent zijn inspanningen.

Veel tandartsen besteden wel degelijk aandacht aan voorlichting en motivering van de patiënt. De indruk bestaat echter, dat deze zaken vaak als geïsoleerde deelactiviteiten beschouwd en uitgevoerd worden, terwijl daarnaast voorlichtingstechnische fouten gemaakt worden en essentiële kennis niet overgedragen wordt.

Heel concreet resulteren de inspanningen van de tandarts vaak in de volgende situatie. De tandarts heeft tijd uitgetrokken en de patiënt uitvoerig geïnformeerd en geïnstrueerd ten aanzien van de preventieve zelfzorg. Bij een volgend bezoek blijkt het effect minimaal. Er wordt nog eens op het belang van een en ander gewezen; het effect blijft minimaal. De tandarts raakt geïrriteerd en teleurgesteld. Hij laat zijn praatje voortaan achterwege. De patiënt voelt zich ook niet gelukkig, dat hij er weer niet toe gekomen is de adviezen op te volgen. Hij zal geneigd zijn de zaken mooier voor te stellen dan ze feitelijk zijn. Onwaarschijnlijkheid heeft zo zijn intrede in de relatie gedaan. Van een vertrouwensrelatie kan zo geen sprake zijn. De tandarts trekt zich terug op de korte en middellange termijn doelen (pijn verhelpen, behandelplan afwerken) en laat het lange termijn doel (gebitsgezondheid bevorderen) in feite achterwege. De relatie stabiliseert zich zo; de patiënt is tevreden omdat hij voor zijn actuele problemen geholpen wordt en de tandarts hem niet meer lastig valt over poetsen en dergelijke. De tandarts voelt zich ook redelijk wel. Hij hoeft niet meer te praten; de patiënt wil het toch niet.

Een tevreden patiënt en een tevreden tandarts. Een redelijk goede persoonlijke relatie groeit zelfs. Echter, geen goede gezondheidszorg; geen goede tandheelkunde! En: geen goede tandarts-patiëntrelatie! (deze hoort immers functioneel te zijn d.w.z. het doel: de gebitsgezondheid, te dienen). De ernstige problemen komen later, wanneer parodontale aandoeningen desastreuze gevolgen gaan krijgen of de cariës het gebit tot minimale omvang heeft gereduceerd. Toch heeft niemand schuld. De tandarts heeft destijds zijn best gedaan en de patiënt kon destijds niet ineens aan de gestelde eisen beantwoorden. Patiënt en tandarts gaan op den duur geloven dat het niet anders had kunnen lopen met het gebit.

Er zijn waarschijnlijk twee hoofdproblemen bij het teweegbrengen van de gewenste gedragsveranderingen. Ten eerste heeft de patiënt onvoldoende kennis van en ook voldoende geloof ('belief') in de mogelijkheid om zijn gebit te behouden, op grond waarvan hij zijn gedrag zou veranderen.

Tandartsen verstrekken veelal wel kennis met betrekking tot mondhygiëne en suikergebruik, doch laten enkele belangrijke aspecten onaangeroerd. Een aantal van deze aspecten zijn in de literatuur met betrekking tot het 'Health Belief Model' erkend als factoren, die het preventieve gedrag van patiënten beïnvloeden (zie voor Engelstalige termen hierna).²

Wat veelal bij voorlichting weggelaten wordt, is een bespreking van:

1. de koppeling die er bestaat tussen wat de patiënt aan zelfzorg doet en wat de tandarts daaraan verbindt qua niveau van curatieve en preventieve zorg (met name de keuzes die hij maakt met betrekking tot de uit te voeren behandeling);
2. de invloed van erfelijkheid en/of constitutie in het ontstaan van afwijkingen ('perceived susceptibility');
3. de mogelijkheid tot behoud van het eigen gebit ('perceived effectiveness');
4. de lange termijn-gevolgen van slecht onderhoud; inclusief prothese en kaakresorptie ('perceived seriousness');
5. de prognose gezien huidige gebits situatie, constitutie en huidige zelfzorgpakket ('perceived susceptibility').

Het tweede probleem ligt in de wijze van voorlichten. De tandarts verwacht dat door het simpelweg geven van adviezen (een diagnose stellen en een recept geven), de patiënt zijn gedrag zal veranderen.

Voedingsgewoonten en mondhygiënisch gedrag zijn echter ingebed in het dagelijks leefpatroon van de patiënt en veranderen daardoor niet op stel en sprong. De ideale medewerking van de patiënt verkrijgt de tandarts nooit ineens.

De gedragsveranderingen kunnen wel stap voor stap tot stand komen. Voorwaarde is dat de patiënt achter elke te nemen stap staat. Het moet steeds voor hem haalbaar zijn. Om reden van deze haalbaarheid moet de tandarts een essentiële omme-zwaai in zijn wijze van advisering maken. In plaats van te zeggen wat de patiënt moet doen, doet hij er beter aan te vragen wat hij kan en wil realiseren van de aangereikte mogelijkheden. Met andere woorden, de tandarts moet de patiënt zelf de oplossing laten geven voor zijn probleem en hem daarbij, door het aanreiken van mogelijkheden, helpen (overleg).

De tandarts kan niet meer doen dan de patiënt de goede informatie op de juiste wijze verstrekken; hem een keuze laten maken wat te veranderen en deze keuze

respecteren door zich, wetend dat meer niet haalbaar is, neer te leggen bij het door de patiënt gekozen pakket zelfzorgmaatregelen. Elk aandringen op meer kan de bovenbeschreven onwaarschijnlijke situatie weer opwekken.

De hoop op meer en betere zelfzorg kan de tandarts ontlennen aan het feit dat goede informatie (met name over mogelijkheden van behoud en de lange termijn-prognose) en, bij volgende bezoeken, de positieve feed-back over de resultaten van zelfzorg, de patiënt zullen brengen tot een uitbreiding van zijn zelfzorggedrag.

In feite gaan patiënt en tandarts in de algemene praktijk steeds een contract met elkaar aan, b.v. in de elementaire vorm: de patiënt krijgt tandheelkundige hulp en de tandarts krijgt daar geld voor. Veelal wordt daar niet over gesproken. Een ander voorbeeld van een vaak onuitgesproken overeenkomst is: patiënt: 'Ik poets toch niet meer dan ik al doe', en tandarts: 'Je krijgt van mij geen hoog niveau zorg'.

In het contractmodel dienen deze overeenkomsten expliciet gemaakt en besproken te worden, zodat tandarts en patiënt weten wat zij aan elkaar hebben en er geen 'verborgen agenda's' zijn. Voor het sluiten van een 'contract' is het ook in het normale verkeer nodig dat beide contractanten goed geïnformeerd zijn over alle aspecten van de overeenkomst.

Kort samengevat omvat het 'contract' het volgende:

TANDARTS:

- Ik geef u volledige informatie en instructie.
- Ik behandel u met het soort verrichtingen dat aangepast is aan het door uzelf gekozen niveau van zelfzorg (en uw orale constitutie).

PATIËNT:

- Ik kies een niveau zelfzorg en daar houd ik mij aan.
- Ik betaal u voor uw hulp.

Zo geformuleerd is het contract nogal statisch; als de afspraken zijn gemaakt lijkt het daarbij te blijven. Het is echter juist de bedoeling van het contractmodel de patiënt in het verloop van een aantal zittingen tot een betere zelfzorg te krijgen. Vandaar dat het 'contract' steeds open staat voor herziening. Het dient dynamisch te zijn. Herzieningen moeten echter wel uitgesproken worden. De patiënt kan zich bij voorbeeld bedenken doordat hij na een aantal bezoeken effect ziet van zijn zelfzorg en niet langer tevreden is met de gegeven prognose. In overleg met de tandarts besluit hij tot een intensiever zelfzorgpakket. De tandarts past het niveau van zijn behandelingen daaraan aan, geeft een nieuwe prognose en op deze nieuwe voet gaat men verder.

Wat opvalt is dat er op deze wijze geen

of weinig druk op de patiënt uitgeoefend wordt om zijn zelfzorg te verbeteren. Er wordt niet gesproken in de trant van u moet zoveel keer poetsen, floss gebruiken en minder snoepen etc. De motiverende werking gaat uit van het welbegrepen eigenbelang van de patiënt. Dit begrip stoelt onder meer op zijn kennis van: bedreigingen voor het gebit, mogelijkheden van behoud, effect van zelfzorg, koppeling niveau zelfzorg-niveau zorg van tandarts, lange termijn-gevolgen van slecht onderhoud, nadelen van protheses en vooral van de prognose. Daarnaast wordt de patiënt gemotiveerd door de stimulerende feedback die de tandarts bij elke zitting geeft over de effecten van de zelfzorg. Op deze manier wordt op heel indirecte wijze druk uitgeoefend om tot verbeterde zelfzorg te komen.

3. HET SCENARIO

De bovenbeschreven ideeën werden een aantal jaren geleden, ten behoeve van het onderwijs geconcretiseerd in een scenario voor de eerste contacten van studenten met patiënten. In het onderstaande wordt dit scenario min of meer letterlijk gepresenteerd. Tot nu toe beslaat dit scenario slechts het eerste en eventueel het tweede contact met de patiënt. Scenario's voor volgende contacten moeten nog worden uitgewerkt. Zij zullen vooral betrekking hebben op het verder (gedoseerd) verstrekken van informatie, het afsluiten en bijstellen van het 'contract' en het geven van feedback over de zelfzorginspanningen die de patiënt zich getroost heeft.

3.1. Introductiefase

3.1.1. Introductie

Statusmap

Voordat de patiënt opgehaald wordt uit de wachtkamer is het zaak de statusmap door te kijken, zodat je weet hoe de patiënt hier terecht gekomen is, welke onderzoeken reeds verricht zijn en wat verder van de patiënt bekend is.

Kennismaking

De wijze van optreden (begroeting, begeleiding naar stoel) bij het ophalen van de patiënt is vaak bepalend voor de eerste indruk die de patiënt krijgt. Deze indruk is zeer bepalend voor de relatie-opbouw in de eerste tijd.

Reden van komst

Aangekomen bij de unit wordt het gesprek geopend met de vraag naar de reden van komst van de patiënt. Hiernaar is op de poli al gevraagd. Het kan geen kwaad er nog eens naar te vragen maar laat dan even weten dat je beseft dat het al eens is gevraagd.

Bij pijnklachten of andere acute kwesties wordt uiteraard hier het eerste aandacht aan besteed. Er wordt dan een ander

scenario gevolgd, met name: ga eerst nader in op de pijnklachten:

- heftige stekende of vage zeurende pijn?
- treedt de pijn op bij koude of warmte?
- waar wordt de pijn gevoeld?
- is de pijn er continu of met tussenpozen?

Pleeg overleg met de zaalassistent.

Bedoeling van deze zitting

De student legt uit wat er voor deze zitting op het programma staat. Veelal is de patiënt erin geïnteresseerd of er al een pijnlijke behandeling gedaan zal worden. De patiënt wordt erop gewezen dat hij, als hij dat wil, altijd onder verdoving behandeld kan worden (hiervoor assistent roepen).

Als er in deze zitting helemaal nog niet behandeld wordt, dient dat gezegd te worden. Vaak verwachten patiënten dat niet.

Geef globaal aan hoe lang de zitting zal duren. Eventueel ook iets zeggen over de inhoud van de volgende zitting.

3.1.2. Uitleg gang van zaken op kliniek

Informatie voor patiënten

De student toont het boekje: 'Informatie voor patiënten' en vraagt of de patiënt dit al kent of heeft. Zo niet, dan bespreekt de student even wat er zoal in te vinden is en geeft de patiënt het boekje mee naar huis.

3.1.3. Uitleg over de organisatie van de behandelingen

Koppeling

De student vertelt dat het de bedoeling is dat hij de patiënt in de komende jaren steeds zal behandelen en daarmee de zorg voor de gebitsgezondheid van de patiënt op zich neemt.

Assistent

De student legt de patiënt uit dat alles wat hij doet onder toezicht van de zaalassistent zal gebeuren. De student maakt de patiënt en de zaalassistent zo spoedig mogelijk met elkaar bekend. De student vertelt de patiënt dat deze ook zelf altijd met de assistent contact op kan nemen; eventueel via de secretaresse van de afdeling.

Deskundigheid

De student licht de patiënt in omtrent de mate van zijn deskundigheid; d.w.z. hij zegt dat de patiënt in het tweede onderwijsjaar behandeld wordt. Hierin worden alleen eenvoudige behandelingen gedaan. De student is hierin goed geoefend en bovendien wordt alles stap voor stap gecontroleerd.

Verwijzing

Uitgelegd wordt dat het kan voorkomen dat bepaalde behandelingen door een ander (evt. op een andere afdeling) moeten worden uitgevoerd. Daarna komt de patiënt weer bij 'zijn' student terug.

Afstuderen

De student legt uit dat als hij afstudeert, de zorg door een andere student zal worden overgenomen.

Afspraken

De student vertelt dat hij in opleiding is,

graag tandarts wordt. Hij dient daartoe een aantal behandelingen in een bepaalde tijd af te hebben. De tijd moet daarom goed worden gebruikt. Het is dan ook van groot belang dat de afspraken nagekomen worden. Ook de student zal zich aan de afspraken houden.

Informatie

De student zegt de patiënt dat hij alle gevraagde informatie zal verschaffen. Mocht hij bepaalde dingen nog niet weten, dan zal hij die aan de assistent vragen. De patiënt wordt aangemoedigd vragen te stellen.

3.2. Diagnostische fase

3.2.1. Introductie

Voorafgaand aan het afnemen van de anamnese en het uitvoeren van het mondonderzoek informeert de student kort naar de kennis van de patiënt met betrekking tot de gebitsgezondheid. Vooral het op de hoogte zijn van de twee bedreigingen voor het gebit en de oorzaken ervan zijn van belang. Met behulp van deze kennis zal de student een belangrijk deel van de vragen, die tijdens de anamnese gesteld worden kunnen toelichten.

Als het de patiënt duidelijk is (geworden) dat gaatjes/cariës en tandvleesaandoeningen veroorzaakt worden door suiker en plaque, dan zal hij ook begrijpen dat de student informatie wil hebben over het suikergebruik en het aantal malen dat de plaque weggehaald wordt.

Een korte uitleg van de bedoeling van de anamnese kan inhouden dat, behalve vragen over voedingsgewoonten en poetsfrequentie, ook vragen over algemene en gebitsgezondheid zullen worden gesteld. Ook de bedoeling van het mondonderzoek kan met de bovengenoemde kennis voldoende duidelijk worden gemaakt.

De patiënt kan worden uitgelegd dat de student via het mondonderzoek onder meer kan zien wat de invloed van plaque en suiker op het gebit van de patiënt is en bovendien de mate waarin hij erin slaagt de plaque weg te halen.

3.2.2. De anamnese

De student vraagt de patiënt of op de polikliniek al vragen over zijn algemene en gebitsgezondheid zijn gesteld. Hij verklaart dat hij deze gegevens nog graag even naloopt.

3.2.3. Mondonderzoek

Door de korte uitleg van de bedoeling van de diverse testjes blijft de patiënt betrokken bij het onderzoek. Het na afloop globaal mededelen van de bevindingen dient hetzelfde doel. Betrokkenheid is essentieel voor gemotiveerdheid.

3.3. Contractfase

3.3.1. Introductie

De uitvoering van het contractmodel behelst in grote lijnen twee zaken:

a. Informatie verstrekken. Begonnen dient te worden met het uiteenzetten van de tandheelkundige basiskennis. De patiënt moet weten wat de gebitsgezondheid in het algemeen bedreigt, wat hij eraan kan doen, wat de vooruitzichten in het algemeen zijn en dergelijke.

b. Het de patiënt zijn zelfzorgpakket laten kiezen op basis van de gegeven prognose. Nadat de patiënt goed geïnformeerd is, wordt hem de vraag gesteld of hij tevreden is met de prognose (in de geest van: 'Met deze constitutie en deze zelfzorg en gezien de huidige toestand van uw gebit, moet u erop rekenen dat u met 50 jaar ongeveer aan een prothese toe bent').

3.3.2. Informatie verstrekken over gebitsgezondheid

Het is de taak van de student de patiënt de beginselen van de gebitsgezondheid uit te leggen. Dit kan het best in vragende vorm geschieden onder meer omdat de student niet weet wat bij de patiënt al bekend is. Bovendien blijft de patiënt er zo actief bij betrokken.

Bij het werken met de vraagvorm dient ervoor gewaakt te worden dat men niet in een soort kruisverhoor of mondeling tentamen vervalt. De uitleg moet algemeen zijn en niet specifiek op het gedrag van deze patiënt gericht zijn.

Bij patiënten met een reeds ten dele verloren gegane dentitie moeten de bevoordingen hier en daar worden aangepast.

Wat weet patiënt reeds?

Ik zou graag de belangrijkste zaken van de gebitsgezondheid met u willen doornemen. Met name wil ik het hebben over:

- wat de gebitsgezondheid bedreigt;
- over zwakke en sterke gebitten;
- wat u zelf er tegen kunt doen;
- wat ik voor u kan doen;
- over de gevolgen van goed en slecht onderhoud.

Heeft u over deze zaken wel eens met de tandarts of een mondhygiëniste gesproken? Of met vrienden of bekenden? (Indien ja: ingaan op wat de patiënt zegt. Let er wel op dat alle thema's aan de orde komen.)

Twee bedreigingen

We hebben het straks al gehad over de twee bedreigingen voor het gebit, cariës en tandvleesafwijkingen. Weet u wat voor een effect die hebben op het gebit? Door cariës komen er gaatjes in de tanden en rotten ze weg; door tandvleesaandoeningen kunnen de tanden gaan loszitten en zelfs uitvallen.

Oorzaken bedreigingen

We hebben het ook al even over het ont-

staan van cariës en tandvleesafwijkingen gehad. Kunt u me daar wat over vertellen? Cariës ontstaat door suiker (gebruik van suikerhoudende voeding) samen met plaque. Tandvleesafwijkingen ontstaan door plaque. Plaque is de wit-gele aanslag op de tanden die door voedselresten ontstaat. Waar deze plaque op de tanden zit, ontstaan door bacteriën in de plaque gaatjes. Waar de plaque tegen het tandvlees aanzit, ontstaan ontstekingen van het tandvlees. Dit gaat dan vaak bloeden en het trekt zich terug.

Zwakke en sterke gebitten; behoud meestal mogelijk

Hoe lang denkt u dat normalerwijze het gebit meegaat? Bijna iedereen kan zijn eigen tanden en kiezen tot het eind van zijn leven behouden. Slechts 5-10% van de mensen hebben zo'n slechte aanleg, dat ondanks goede zorg van patiënt en tandarts het gebit toch vroegtijdig verloren gaat. Zij hebben een zwak gebit; het zijn de pechvogels.

Zo is er ook een groep van ongeveer 5-10% van de mensen die, ondanks dat zij hun gebit slecht onderhouden, toch tot op hoge leeftijd hun gebit behouden; het zijn de geluksvogels.

Of u bij de ene of bij de andere groep behoort of tot de grote groep met een normale aanleg, zal ik u na één tot anderhalf jaar vertellen; dan heb ik daar wel een indruk van.

Voor de meeste mensen (90-95%) is behoud van het eigen gebit gedurende het gehele leven dus mogelijk.

Rol van de patiënt: zelfzorgpakket

Als u uw gebit tot op hoge leeftijd wilt behouden dan kan ik wat voor u doen maar u kunt er zelf het meeste aan doen. Het behoud hangt voornamelijk van u af. Wat u zelf kunt doen - we noemen dat uw zelfzorgpakket - zijn een viertal zaken. Die vier zaken zijn:

- goede mondhygiëne;
- fluoridegebruik;
- weinig of geen suiker;
- tandartsbezoek.

Tandvleesafwijkingen kunnen voorkomen worden door goede gebitsreiniging. Cariës door beperking van het suikergebruik, het gebruik van fluoride (in tandpasta of als tabletjes) en goede gebitsreiniging.

Voor beide is ook regelmatig tandartsbezoek (b.v. twee keer per jaar) nodig; dat is dan vooral voor controle. Meestal zijn deze zaken niet alle vier perfect uit te voeren. Een goede combinatie - van alles een beetje - leidt echter al tot goede resultaten. B.v. bij goed poetsen met fluoridehoudende tandpasta en het beperken van het suikergebruik (maaltijden, drinken, snoepen) tot zeven à acht keer per dag, is de kans op gaatjes zeer gering. Laat men dat poetsen weg dan is de kans op gaatjes veel groter tenzij men weer minder suiker gebruikt.

Preventieve rol tandarts

We hebben nu gezien wat de patiënt kan doen. Wat zou de tandarts, behalve het herstellen van het gebit, nog meer kunnen doen? De tandarts kan ook medewerken aan het voorkomen van gebitsverval met name voorlichting geven over gebitsgezondheid. Maar ook voorlichting over wat de mogelijkheden zijn om een bepaald defect aan het gebit te herstellen.

Vaak zijn er meer oplossingen voor een probleem, waarbij de ene oplossing beter is voor de rest van het gebit dan de andere. Daarnaast zijn er ook nog preventieve behandelingen als polijsten, tandsteen verwijderen en fluoride toedienen.

Gevolgen slecht onderhoud (korte en middellange termijn)

Heeft u er wel eens bij stil gestaan, of misschien in uw omgeving meegemaakt, wat de gevolgen zijn van slecht onderhoud van het gebit? Bij slecht onderhoud ontstaan gaatjes. Er moet geboord en gevuld worden. Later worden deze gaatjes tot gaten (zenuwkanaalbehandelingen zijn nodig) en op den duur kan er niet meer gevuld worden; er kan een kroon geplaatst worden. Bij slecht onderhoud gaat deze kroon weer loszitten (er komt cariës onder) en de tand of kies moet eruit. Dit is vaak het begin van een proces waarbij de ene na de andere tand getrokken moet worden. Het tandvlees raakt ontstoken (gaat bloeden), het trekt zich terug. Op den duur kunnen de tanden en kiezen los gaan staan en zelfs uitvallen. Tijdens deze periode hebt u dan te maken met:

- pijn, ongemak, eventueel stinkende adem, moeilijker kauwen;
- onprettige of zelfs pijnlijke behandelingen, die ook nog duurder zijn dan controles;
- op den duur krijgt u, meestal eerst boven en later ook onder, een kunstgebit.

Gevolgen slecht onderhoud; lange termijn: kunstgebit

Kent u mensen met een kunstgebit? Wat vindt u daarvan? Zoudt u zelf een kunstgebit willen? Met degenen die nooit een kunstgebit willen toch even kort de nadelen ervan doornemen. De patiënten die daar niet zo tegen opzien, uitvoeriger voorlichten.

Wat zijn volgens u de voordelen van een kunstgebit? (Hierbij wordt nogal eens genoemd: 'het ziet er mooier uit', en 'een einde aan alle ellende'. Dit laatste is (betrekkelijk) waar voor mensen die een lange periode van pijn en ongemak met het eigen gebit hebben doorgemaakt.

Wat zijn de nadelen van een kunstgebit? 1. Het kunstgebit moet regelmatig bijgewerkt worden, anders past het niet meer goed en treedt versnelde botresorptie op. Zo gauw een tand of kies getrokken is gaat het kaakbot ter plaatse slinken. Zijn alle elementen eruit dan slinkt de gehele kaak; op den duur tot potlooddikte.

2. De prothese gaat door het slinken loszitten en gaat op sommige plaatsen pijn doen.

3. Door het loszitten gaat het kauwen moeilijker en ontstaat vaak angst de prothese te verliezen in het bijzijn van anderen.

4. De prothesedragers krijgen een ingevallen gezicht.

5. Op den duur kan het kaakbot zo dun worden dat er geen prothese meer op te maken is. Er is dan vaak een operatie nodig waarbij het bot opgehoogd moet worden.

6. Soms afnemen van de smaak.

7. Moeilijker spreken.

8. Soms moeite om de prothese in te houden; braakneigingen.

9. Men voelt zich geen volwaardig mens meer.

Gezien al deze nadelen is het veel prettiger het eigen gebit te behouden.

Wij weten uiteraard dat veel mensen hun gebit niet goed onderhouden. Het is echter wel uw eigen belang dit zo goed mogelijk te doen; zowel voor de gezondheid als voor de portemonnee.

In deze fase is het voor de student nog niet mogelijk de patiënt te vertellen wat zijn vooruitzichten zijn. Wel kan hij een algemeen beeld voorhouden. Daarbij kan hij gebruik maken van de gegevens en grafieken.

Afhankelijk van de interesse en het type patiënt kan men besluiten tot het geven van heel elementaire of uitgebreidere informatie. In het eerste geval kan men volstaan met een vergelijking tussen het percentage - gehele of gedeeltelijke - prothesedragers in de eigen leeftijdscategorie en die op b.v. 50-jarige leeftijd. Meer geïnteresseerden kan men een en ander aanschouwelijk maken door de grafiek met de relatie tussen leeftijd en aantal prothesedragers toe te lichten.

3.3.3. Informatie verstrekken over de koppeling: niveau zelfzorg - niveau zorg tandarts

De student legt de patiënt uit dat het niveau van diens zelfzorg in hoge mate het niveau van behandeling door de tandarts bepaalt. Zo werkt de zelfzorg dus dubbel. Enerzijds direct op het gebit en anderzijds doordat de tandarts er zijn behandelingsniveau op afstemt. Het hangt dus vooral van de inspanningen van de patiënt af hoe gezond het gebit blijft en hoe lang het behouden kan worden.

Keuzemomenten

De student legt de patiënt uit dat er in de behandeling momenten komen waarop de tandarts keuzes moet maken over hoe te behandelen. Dat kan b.v. de keuze zijn tussen een grotere amalgaamvulling of trekken. Trekken is op zich zelf een nadelige keuze, want het is de eerste stap op weg naar een verder verval. Vullen (zo lang mogelijk behouden) is feitelijk beter, maar

dat vereist wel dat er goede mondhygiëne gepleegd wordt (dit geldt des te sterker voor een kroon). Zo is er vaak ook de keuze tussen een plaatprothese en een frameprothese.

Duurzamere verrichtingen zijn soms zinvol, soms verspilling

De patiënt wordt duidelijk gemaakt dat bij goed gebitsonderhoud het ook zinvol is duurzamer (en vaak daarmee ook duurder) verrichtingen uit te voeren, zoals het plaatsen van kronen en bruggen, doch dat bij slecht onderhoud dit verspilling van geld en moeite is omdat ze toch niet blijven zitten. 'Op drijfzand is het slecht huizen bouwen.'

Koppeling zelfzorgniveau - tandartsenzorgniveau

Het niveau van zelfzorg dat de patiënt kiest is dus bepalend voor het niveau zorg dat de tandarts zinvol kan verstrekken. 'Wellicht vindt u dat wat cru klinken, maar beter vooraf duidelijk uitgesproken dan in feite stilzwijgend gedaan.' Niveau is overigens iets anders dan kwaliteit; ook verrichtingen op een laag niveau dienen uiteraard kwalitatief goed uitgevoerd te worden.

In een Amsterdamse groepspraktijk is men in 1984 gestart met het verstrekken van behandelingspakketten van verschillende niveau, afhankelijk van het zelfzorgniveau van de patiënt.⁴ Het argument is daar dat de beschikbare middelen het niet toelaten zorg op hoog niveau aan patiënten te besteden die hun gebit slecht verzorgen. *Gebitsgezondheid vooral afhankelijk van de zelfzorg*

De patiënt bepaalt dus zelf de levensduur van zijn gebit. Kiest hij voor weinig zelfzorg, dan kan de tandarts geen zorg op hoog niveau leveren en is de levensduur korter. Kiest hij voor goede zelfzorg, dan kan de tandarts de beste hulp verstrekken en is de levensduur (behalve bij de pechvogels) in principe onbeperkt. De student zegt dat, ook al kiest de patiënt voor weinig zelfzorg, hij de behandelingen goed zal uitvoeren en 'even goede vrienden' blijft. De patiënt moet echter wel goed weten, dat beter mogelijk was. Een tandarts vindt het wel prettiger in goed verzorgde monden te werken, doch de keuze is aan de patiënt.

Eventuele verbeteringen van de zelfzorg

Wanneer de patiënt, nu of later, op een betere zelfzorg wil overgaan, kan dat het beste stap voor stap en in overleg met de student gebeuren. Nagegaan kan dan worden wat het beste en tevens ook uitvoerbaar is. Mocht bij een volgende keer blijken, dat de patiënt te veel hooi op zijn vork heeft genomen (de afspraken met betrekking tot de zelfzorg niet kan nakomen), dan is het beter dit te bespreken en een wel uitvoerbaar pakket te kiezen.

Uitleg duidelijk?

De student vraagt of de patiënt het besprokene begrepen heeft en of er verder nog

vragen zijn.

3.3.4. Keuze zelfzorgpakket (voorlopig)

Tot zover is alle informatieverstrekking in de contractfase algemeen geweest. Pas daarna wordt er ingegaan op de gebitsgezondheid van de individuele patiënt. Het is in dit stadium nog wat vroeg voor de patiënt om al goed gefundeerd een zelfzorgpakket te kiezen en dus een 'contract' af te sluiten. Ook de student heeft nog tijd nodig om zijn corresponderend behandelingsniveau vast te stellen. Van belang is echter wel dat voorlopige afspraken gemaakt worden. De student vraagt de patiënt wat voor ideeën en wensen deze heeft met betrekking tot de gebitsgezondheid op langere termijn (behoud eigen gebit of prothese; is het hem financieel ook wat waard e.d.).

Op basis van de gegevens uit het mondonderzoek en de zelforganamnese kan de student zich een voorlopig en globaal oordeel vormen over de te verwachten levensduur van het gebit van de patiënt. Het ontbrekende element voor het uitspreken van een preciezere prognose is de indruk over de aanleg/constitutie. Het is van groot belang (ook de globale) prognoses uit te spreken. Er gaat een sterk motiverende werking van uit en de patiënt weet waar hij op de lange duur aan toe is.

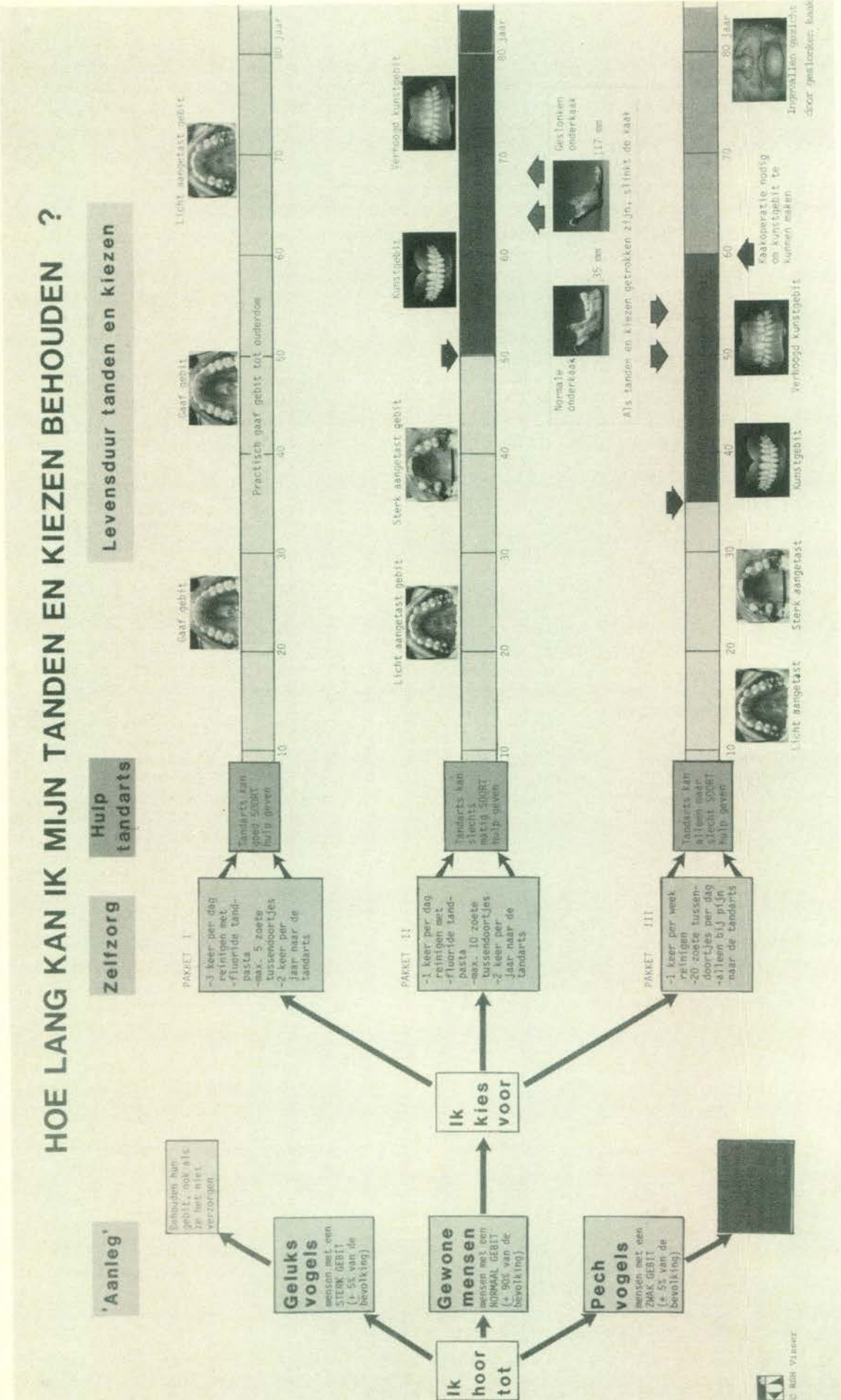
Het uitspreken van de prognose is niet meer dan fair; de tandarts heeft meestal wel een indruk over de te verwachten levensduur en hij handelt zelfs naar die indruk. Vandaar dat de patiënt dit hoort te weten.

Prognose

Met behulp van de zelfzorggegevens uit de anamneselijst en de indruk over de huidige gebits situatie geeft de student (na overleg met de assistent) een voorlopige, globale prognose over de levensduur van het gebit van de patiënt. Dit uiteraard onder voorbehoud van de constitutionele factoren en de onzekerheid die altijd in lange termijnvoorspellingen zit.

Wensen patiënt

De student vraagt de patiënt of hij tevreden is met de gegeven prognose. Wil de patiënt zijn gebit langer behouden dan kan dit via een uitgebreider zelfzorgpakket. Is hij tevreden, dan handhaaft hij zijn huidige niveau van zelfzorg. Wil de patiënt een langere levensduur, dan volgt overleg over hetgeen hij het beste kan doen (vaker poetsen, floss gebruiken, een of twee tussendoortjes minder etc.). Het beste is het de patiënt zelf te laten bedenken wat hij wil doen. Wees attent op te grote stappen ineens! Bespreek de haalbaarheid van voorstellen, waarvan de indruk bestaat dat patiënt die toch niet kan uitvoeren. Komt de patiënt niet met voorstellen dan kan de student hem vrijblijvend mogelijkheden aanreiken (niet in de geest van 'u



Afb. 1. De poster die gebruikt wordt bij de uitleg aan patiënten over de mogelijkheden om het eigen gebit te behouden.

moet . . .', doch van 'zou het wat zijn om . . .'). Met het afsluiten van dit overleg, waarbij dus vastgesteld (en eventueel vastgelegd) wordt wat de patiënt aan zelfzorg zal gaan doen, wat de tandarts zal doen en wat de (voorlopige) globale prognose dan is, is het eerste 'contract' afgesloten.

3.3.5. Afsluiting

Introductie vragenlijst

De patiëntenvragenlijst wordt overhandigd. Uitgelegd wordt dat deze vooral bedoeld is om na te gaan of de student alle informatie, die voor de patiënt van belang is, voldoende duidelijk heeft verteld. Als de patiënt de volgende keer de vragenlijst weer ingevuld meeneemt, dan kan aan de hand daarvan gekeken worden of er nog aanvullingen gegeven moeten worden.

De student zegt te beseffen dat hij erg veel heeft verteld en dat het heel begrijpelijk is als de patiënt het niet allemaal in een keer onthoudt.

Programma volgende zitting

De student vertelt de patiënt dat de zitting is afgelopen. Voor de volgende zitting zal hij een behandelplan opstellen, dat door de staf goedgekeurd moet worden en dat met de patiënt doorgesproken zal worden. Er zal dan aan de hand van de ingevulde vragenlijst eventueel aanvullende informatie worden gegeven. Er zal ook gekeken worden hoe de voorgenomen zelfzorg in de praktijk verlopen is. Waar nodig en als de patiënt dat wenst, zal ook mondhygiëne-instructie gegeven worden; eventueel in combinatie met voedingsadviezen. Een eenvoudig inlichtingenboekje is hiervoor beschikbaar.

Er zal aandacht worden besteed aan de voorlopige prognose op lange termijn. Vervolgens zullen er afspraken gemaakt worden over hoeveel de patiënt wil gaan doen aan zelfzorg. Ook de kosten van de behandeling komen ter sprake. En, last but not least, wordt er een begin met de behandeling gemaakt.

Afspraak volgende zitting

De student maakt een afspraak met de patiënt voor een volgende zitting.

4. SLOTBESCHOUWING

Het scenario zoals hierboven gepresenteerd lijkt erg uitgebreid en daardoor veel tijd vergend. In de praktijk is gebleken dat, wanneer een student zich de materie goed

eigen heeft gemaakt, een half uur voldoende is. Daarnaast dient men te bedenken dat niet alles per se in de eerste zitting hoeft te worden verteld. Gezien in het licht van een jarenlange relatie tussen tandarts en patiënt, moet gesteld worden dat een dergelijke tijdsinvestering niet overmatig groot is.

In de vervolcontacten dient een aantal activiteiten plaats te vinden. Deze vergen weinig tijd; ze kunnen tussen de curatieve activiteiten door worden uitgevoerd. Het betreft:

1. Aanvullen van informatie waar gewenst; er kan verdere detaillering plaatsvinden of ook uitleg over nog niet-aangevoerde zaken.
2. Bijstelling van het 'contract'; als de patiënt na enige tijd met de prognose niet tevreden is, kan hij kiezen voor een ander pakket.
3. Steeds terugkerende (vooral positieve) feed-back over het resultaat van de zelf-

zorg; met eventuele bijstelling van de prognose.

De gehele benadering moet ertoe leiden dat er geleidelijk aan een verbetering in de zelfzorg gaat optreden. Een goede hulp bij de uitleg over de tandheelkundige basis-kennis is de in afbeelding 1 getoonde poster.

In samenwerking met de afdeling Cognitiewetenschap van de Subfaculteit Psychologie te Nijmegen is een project gestart om de gehele beïnvloedingsprocedure te automatiseren.⁴ Op den duur moet dit project ertoe leiden dat iedere tandarts in zijn personal computer een programma heeft waarmee de patiënt zichzelf de gewenste informatie kan verschaffen en zijn zelfzorgpakket kan kiezen. Onderdelen van dit programma, met name de genodigde databases zijn reeds ontwikkeld.

SUMMARY

A SCENARIO FOR THE FIRST MEETINGS OF STUDENTS WITH THEIR PATIENTS

Keywords: Education – Social sciences – Selfcare – Informed consent

The scenario is a concrete elaboration of the so called 'contract-model' of enhancing dental self care.

This contract-model, a form of informed consent, introduces a long term planning of dentist-patient interaction, directed to the life long conservation of healthy teeth.

The model comprises two lines of activity. The first is informing the patient about the influence of heredity/constitution, self-care and dentist care, the prognosis and the long term consequences of poor self care. Thereby the main variables of the Health Belief Model are applied in the individual practice of enhancement of dental self care.

The second line consists of letting the patient choose his own self-care package. This presupposes a change in attitude of the dentist: not prescribing what to do but asking if and what the patient wants and can do to preserve his teeth. The model aims at a steady increase of dental self care, the so called 'contract' therefore has to be dynamic; this means open to changes.

In the Nijmegen dental school the model is used in the second year of the curriculum.

In samenwerking met de afdeling Cognitiewetenschap van de Subfaculteit Psychologie te Nijmegen is een project gestart om de gehele beïnvloedingsprocedure te automatiseren.⁴ Op den duur moet dit project ertoe leiden dat iedere tandarts in zijn wachtkamer op zijn personal computer een programma heeft waarmee de patiënt zichzelf de gewenste informatie kan verschaffen en zijn zelfzorgpakket kan kiezen. Onderdelen van dit programma, met name de genodigde databases zijn reeds ontwikkeld.

LITERATUUR

- ¹ VISSER RSH. De tandarts-patiëntrelatie. In: Handboek voor de tandheelkundige praktijk. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1981.
- ² BECKER MH, ED. The Health Belief Model and personal health behavior. New Jersey: Slack Inc., 1974.
- ³ WIEGMAN HP. Collega's ontwikkelen nieuw praktijkmodel. Ned tandartsenbl 1984; 16: 520-2.
- ⁴ HOENKAMPE, VISSER RSH. Geautomatiseerde stimulering van tandheelkundige zelfzorg. Nijmegen: Congresboek Tendens, 1986: 43.