

Voorlichting aan 'paro-patiënten'

T. L. J. M. Kroon, tandarts

Samenvatting

Voor een succesvolle parodontale behandeling is een goede, maar vooral blijvende samenwerking met de patiënt onontbeerlijk. Hiertoe dient deze voldoende geïnformeerd te zijn over het ontstaan, het verloop en de behandeling van parodontale aandoeningen. Individuele voorlichting door de tandarts en mondhygiënist is daarvoor het meest geschikt.

KROON TLJM. Voorlichting aan 'paro-patiënten'. Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97: 175-9.

Trefwoorden: Parodontologie – Voorlichtingskunde

Datum van acceptatie: 12 februari 1990.

Adres: T. L. J. M. Kroon, Berkenstraat 6, 2404 VX Alphen aan den Rijn.

1 INLEIDING

Voor een succesvolle parodontale behandeling is een goede, maar vooral blijvende, medewerking van de patiënt onontbeerlijk. De patiënt dient zich te realiseren dat de verantwoordelijkheid voor zijn parodontale gezondheid niet alleen bij de zorgverlener – tandarts of mondhygiënist – ligt, doch een gedeelde verantwoordelijkheid is. Adequate voorlichting verschaft de benodigde kennis om al dan niet te kiezen voor een dergelijke behandeling en het bijbehorende hoge niveau van mondhygiëne.

2 VOORLICHTING

2.1 Collectieve voorlichting

Via artikelen in dag- en weekbladen en programma's op radio en televisie is inmiddels een aanzienlijk deel van de bevolking geconfronteerd met parodontale problemen zoals bloedend tandvlees, slechte adem en het los gaan staan van tanden en kiezen. Helaas blijkt de zo verworven kennis doorgaans van het 'klok en klepel'-niveau, en leidt zij bij slechts een kleine groep tot een positieve verandering in de houding ten opzichte van de eigen mondgezondheid. Wellicht dat een toename in de frequentie van dergelijke collectieve voorlichting en een verhoging van de kwaliteit ervan, zal leiden tot een hoger rendement.

2.2 Groepsvoorlichting

Door TGVO-activiteiten van o.a. Ivoren Kruis, Basisgezondheidsdiensten (BaGD's) en de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) vindt een doorgaans meer intensieve, doelgerichte voorlichting plaats. Daarnaast wordt in het basis- en voortgezet onderwijs, zij het facultatief, steeds vaker aandacht besteed aan de mondgezondheid. Het NVvP-project 'Een goed gebit, voor jou geen kunst', is hier een voorbeeld van.

Het effect van deze vormen van voorlich-

ting blijkt een algemene toename in kennis en een positieve verandering in de houding ten opzichte van de eigen mondgezondheid te veroorzaken; slechts bij enkelen is ook een verandering in gedrag vast te stellen.¹⁻³

2.3 Individuele voorlichting

Collectieve en groepsvoorlichting blijken veelvuldig aanleiding te geven tot een nadere uitleg door tandarts en mondhygiënist. Het is de taak van de professie om hier adequaat op in te spelen, te meer daar juist deze individuele voorlichting de grootste kans van slagen biedt een positieve verandering in gedrag te bewerkstelligen.⁴⁻⁶

Het resultaat van voorlichting blijkt per zorgverlener en per patiënt sterk te kunnen verschillen. Vele factoren spelen hierbij een rol. Te denken valt aan de communicatieve vaardigheden van de zorgverlener en zijn kennis op vaktechnisch en voorlichtingskundig gebied.¹⁻⁶ De ontvankelijkheid van de patiënt voor de 'boodschap' zal onder meer worden beïnvloed door het belang dat wordt gehecht aan het behoud van de natuurlijke dentitie in functioneel, esthetisch en sociaal opzicht. Daarnaast spelen ook factoren zoals de leeftijd van de patiënt, opleidingsniveau en sociale omgeving een rol. Andere aspecten die het resultaat van voorlichting beïnvloeden zijn de frequentie van voorlichting en de beschikbaarheid van goed voorlichtingsmateriaal.¹⁻⁶⁻⁸

3 VOORLICHTING IN DE PRAKTIJK

3.1 Het onderzoek

Als tijdens een (halfjaarlijks) onderzoek parodontale problemen worden gediagnosticeerd, kan de zorgverlener de patiënt hierop het beste attenderen door hem tijdens het onderzoek van het parodontium met een handspiegel mee te laten kijken. Zo mogelijk wordt hierbij het verschil getoond tussen verdiepte, ontstoken pockets en ondiepe, ontstekingsvrije pockets. In de meeste gevallen kan ook de relatie worden

aangetoond met het al dan niet aanwezig zijn van plaque en tandsteen. Voorts kan het verband worden genoemd tussen de gesondeerde verdiepte pockets en de aanwezigheid van botverlies op die plaatsen. Indien aanwezig, is ook het tonen van recessies in relatie tot plaque en/of poetstrauma – vaak voorkomend in combinatie met abrasieën – van belang.

Vervolgens zal de patiënt in een voorlichtingsgesprek en tijdens mondhygiëne-instructie uitvoeriger moeten worden geïnformeerd.

3.2 Het voorlichtingsgesprek

Het voorlichtingsgesprek wordt bij voorkeur niet met de patiënt in de behandelstoel gevoerd, maar op een comfortabelere manier.

Allereerst dient in dit gesprek duidelijk te worden wat de wensen van de patiënt zijn, welke verwachtingen bestaan ten aanzien van een eventuele parodontale behandeling, de parodontale kennis die reeds aanwezig is en op welk 'niveau' de nog ontbrekende kennis aangeboden dient te worden. Op basis van die informatie wordt vastgesteld of het gewenst is om de voorlichting voort te zetten.

Vervolgens kan dan de gefaseerde opzet van de parodontale behandeling – initiële behandeling, herbeoordeling, chirurgische behandeling en nazorg – worden besproken. Door in de voorlichting de plaquegerichtheid van de parodontale behandeling sterk te benadrukken, zal het voor de patiënt begrijpelijk zijn dat het slagen ervan, evenals het resultaat op lange termijn, zal afhangen van de kwaliteit van de mondhygiëne. Onder verwijzing naar de 'menselijke' eigenschap dat die kwaliteit op den duur vermoedelijk afneemt, zal de patiënt de noodzaak van regelmatige begeleiding in de vorm van nazorg-bezoeken voor plaquecontrole en gebitsreiniging accepteren.

Daarna dienen zeker ook de beperkingen in de behandelmogelijkheden, zoals die zich bijvoorbeeld kunnen voordoen bij extreem botverlies en ernstige furcatie-

aandoeningen, te worden uitgelegd.

Gebruik van de brochure 'Tanden en Tandvlees' zal het voorlichtingsgesprek in belangrijke mate kunnen ondersteunen. Binnenkort zal er tevens een nieuwe brochure bij de NVvP verschijnen die speciaal voor dit doel is samengesteld. Brochures kunnen de mondelinge voorlichting echter nooit vervangen!

Nu de patiënt in algemene zin geïnformeerd is volgt, aan de hand van de opge maakte parodontiumstatus en de beschikbare röntgenfoto's, een bespreking van zijn specifieke parodontale problemen. Hierbij dient door middel van de prognosebepaling van de elementen duidelijk te worden aangegeven welke met behandeling wel of niet te behouden zijn, en voor welke elementen die beslissing pas gedurende of na de behandeling genomen kan worden. Op basis van deze prognosebepaling dienen dan de mogelijkheden voor behandeling en de daaraan verbonden kosten te worden vergeleken.

De patiënt zal daarna een weloverwogen keuze kunnen maken uit de aangeboden behandel mogelijkheden, waarbij de keuze om niet te behandelen gerespecteerd dient te worden. Indien behandeling zal volgen is het gewenst – en vaak ook noodzakelijk – dat in de opeenvolgende fasen van de behandeling onderdelen van de voorlichting nog eens worden herhaald of zelfs uitgediept.

3.3 Mondhygiëne-instructie

3.3.1 Frequentie van instructie

Onder andere afhankelijk van het reeds bestaande niveau van de mondhygiëne kan de mondhygiëne in een of meer zittingen worden geïnstrueerd.

Het uiteindelijke resultaat blijkt vooral te worden bepaald door een regelmatige controle van de mondhygiëne tijdens de vervolgspraken.⁷ Mondhygiëne-instructie mag dus nooit als een eenmalige inspanning worden beschouwd.

3.3.2 Plaque-bewust maken

Alvorens met de instructie van de hulpmiddelen voor de mondhygiëne kan worden gestart zal de patiënt 'plaque-bewust' moeten worden gemaakt. Kleuring van de aanwezige plaque met behulp van 'disclosing' vloeistof of tabletten bewijst daarbij, ook thuis, een goede dienst. Bedenk daarbij dat het vooral de plaque langs de gingivarand is die bij 'paro-patiënten' van belang is. Het is zeker in de initiële behandel fase aan te raden om de aldus 'gescoorde' plaque vast te leggen in een plaque-index. Als men ook tijdens de vervolgspraken weer plaque-scores in de indexen vastlegt, zal een onderlinge vergelijking ervan een motiverende werking kunnen uitoefenen.

3.3.3 Volgorde van instructie

Nu het moment voor de daadwerkelijke instructie is aangebroken, kan men zich afvragen of die met poetsen of met interdentaal reinigen zou moeten beginnen. Voor het poetsen pleit dat dit aansluit bij wat de patiënt al gewend is om te doen; voor de interdentaal reiniging dat daarmee het grote belang ervan benadrukt wordt. Voor de uiteindelijke keuze kan de plaque-index als leidraad dienen: indien zich veel plaque op de vestibulaire en/of linguale vlakken bevindt zal de keuze op het borstelen vallen. Zo niet, dan op de interdentaal reiniging. Welke volgorde ook gekozen wordt, begin de instructie steeds door het gebruik van de hulpmiddelen te demonstreren op een (paro-)gebitsmodel.

3.3.4 Volgorde van plaque verwijderen

Patiënten zijn geneigd de moeilijk bereikbare gebieden in de mond als laatste plaque-vrij te maken. Om die reden is het verstandig om juist met die 'lastige' plaatsen te beginnen. Daarnaast is er ook veel voor te zeggen om eerst die gebieden te reinigen waar het meeste risico voor ontsteking (en cariës) bestaat. Op grond van bovenstaande overwegingen adviseert Axels-

son de zogenaamde 'needs related oral hygiene' die, steeds van distaal naar mesiaal in de tandboog, de volgende volgorde voorschrijft:

1. interdentaal reiniging;
2. borstelen van de linguale vlakken;
3. borstelen van de vestibulaire- en occlusale vlakken.

3.3.5 Poetsen

Keuze van de borstel

Bij de keuze van de borstel geldt in het algemeen dat deze zacht dient te zijn om beschadiging van het tandvlees (recessie en ulceratie) en de worteloppervlakken te voorkomen. Tevens dient hij zoveel mogelijk haren te bevatten om de plaque optimaal te kunnen verwijderen. De meeste 'multi-tufted' borstels voldoen aan deze eisen. Voor vrijwel alle patiënten zal bovendien gelden dat zij met een twee- of drie rijige borstel er het beste in slagen om de plaque goed weg te halen.

De uitvoering van de steel blijkt nauwelijks van belang te zijn en is vooral een kwestie van persoonlijke voorkeur. Hoewel dus een 'profiel schets' van de 'ideale' borstel is te geven, dient daar geen dogmatisch gebruik van te worden gemaakt. Als bijvoorbeeld blijkt dat de patiënt in staat is om met een 'verkeerde' borstel alle plaque op een niet-traumatiserende wijze te verwijderen, is het onverstandig om hierin verandering aan te brengen. Blijkt daarentegen echter dat met de 'ideale' borstel traumatiserend wordt geïmpoetst, of dat deze onvoldoende resultaat oplevert, dan kan een elektrische borstel worden geadviseerd.⁹

Vergeet in dit verband vooral niet te benadrukken dat elke borstel moet worden vervangen zodra de haren uit elkaar gaan staan.¹⁰

Plaatsen die met de tandenborstel moeilijk te bereiken zijn en holle ruimten van (bereikbare) furcaties, kan men met een single-tufted borstel vaak wèl goed reinigen.



Afb. 1. 'Disclosing' tabletten en vloeistof om plaque te kleuren. Met een (verlicht) spiegel tje kan de patiënt de gekleurde plaque goed zien op de gebits elementen.



Afb. 2. Een multi-tufted tandenborstel met kleine kop kan ook de linguale vlakken goed bereiken.



Afb. 3. Single-tufted borstel.

Keuze van de poetsmethode

In de verstreken decennia zijn vele poetsmethoden gepropageerd die vaak een aantal voordelen met even zovele nadelen combineerden. Afhankelijk van de heersende mode of de bezochte tandarts en/of mondhygiënist, hebben de meeste patiënten zodoende al vele, vaak sterk afwijkende, of zelfs tegenstrijdige, 'poets-instructies' ontvangen. Het gevaar is dus zeker niet denkbeeldig dat een nieuwe methode met de nodige argwaan bekeken zal worden.

Daarom is het belangrijk om eerst vast te stellen of het wel nodig is om de tot nu toe gehanteerde techniek te wijzigen. Zo ja, dan dient te worden uitgelegd waarom voor de nieuw te instrueren methode is gekozen. Een poetsmodel met de borstel in situ zal die keuze zeker verduidelijken.

Op basis van onderzoek kan geen absolute voorkeur voor een bepaalde techniek worden aangegeven. Wel blijkt de Bass-methode bij 'paro-patiënten' meestal goede resultaten op te leveren.¹¹ Hoewel de plaatsing van de borstel onder een hoek van 45 graden op de elementen dan theoretisch juist is, zullen maar weinig patiënten daar tijdens het poetsen ook werkelijk toe in staat zijn. Desondanks kan de plaque dan toch goed verwijderd worden. De instructie dient zich dan ook met name te richten op de juiste poetsbeweging: kleine vibrerende bewegingen op de plaats, uitgevoerd met weinig druk. Hiertoe kan de borstel – zeker bij patiënten die traumatiserend blijken te poetsen – het beste in de pengreep worden vastgehouden: 'brush your teeth like making love: easy and gentle'.¹² Demonstreer altijd het gebruik van de hulpmiddelen bij de patiënt in de mond en controleer daarna of de adviezen ook juist worden opgevolgd. Thuis zal de patiënt het resultaat van de mondhygiëne nog eens kunnen controleren met behulp van 'disclosing' vloeistof of tabletten. Het gebruik van een – liefst verlicht – spiegelkje is daarbij handig.

Keuze van tandpasta

Voor de keuze van de te gebruiken tandpasta dient men zich te realiseren dat deze nauwelijks invloed uitoefent op de mate van plaqueverwijdering. Wel zal de vaak lichte abrasieve werking het prettige gevoel geven dat de tanden 'lekker glad' aanvoelen, terwijl de 'frisse smaak' zal aanmoedigen tot poetsen. Gewaakt dient te worden voor een te sterke abrasieve werking omdat dit aanleiding kan geven tot schadelijke slijtage en gevoeligheid van blootliggende worteloppervlakken; dit is juist bij 'paropatiënten' nogal eens het geval. Niet-abrasieve tandpasta's zullen daarentegen de vorming van een gekleurde pellicel minder goed tegengaan. Het zijn de toevoegingen aan tandpasta's zoals fluoride en stoffen die de gevoeligheid verminderen, die de keuze voor specifieke tandpasta's rechtvaardigen. Adviseer in dat verband steeds kosten bewust.

Frequentie van poetsen

Nu de patiënt zich langzamerhand gaat realiseren wat een goede mondhygiëne inhoudt, volgt meestal de wat angstige gestelde vraag hoeveel keer per dag dat dan wel moet worden uitgevoerd. Hierop kan het geruststellende antwoord volgen: slechts eenmaal per dag, maar dan wel volledig.¹³ En omdat met borstelen de interdentale plaque beslist niet verwijderd kan worden, betreft dit volledig dan zeker ook de interdentale mondhygiëne.¹⁴

3.3.6 Interdentale reiniging

Voor de interdentale plaqueverwijdering komen ragers (spiraalborstels, interdentale borstels), tandenstokers of tanddraad (tandzijde, floss) in aanmerking. De keuze voor een of meer van deze hulpmiddelen mag niet afhangen van de persoonlijke voorkeur van de tandarts of mondhygiënist, maar dient gebaseerd te zijn op de effectiviteit en het gebruiksgemak ervan.¹⁵ Ten aanzien van de effectiviteit staat vast dat ragers in staat zijn de interdentale pla-

que optimaal weg te halen: dit geldt met name voor plaque in de vaak holle worteloppervlakken. Ragers zijn bovendien voor vrijwel alle patiënten gemakkelijk in het gebruik. Ook tanddraad is – in ieder geval theoretisch – geschikt om veel plaque van de mesiale en distale vlakken te verwijderen, doch schiet bij holle wortels uiteraard te kort. Bovendien leert de praktijk dat maar weinig patiënten goed met tanddraad overweg kunnen.

Stokers hebben weliswaar een kleiner aangrijpingsoppervlak dan tanddraad, doch zijn gemakkelijker te hanteren. Hierdoor zal het gebruik van stokers meestal betere resultaten opleveren dan het gebruik van tanddraad. Een belangrijk voordeel van het gebruik van ragers en stokers is dat deze, in tegenstelling tot tanddraad, gemakkelijk gebruikt kunnen worden tijdens andere bezigheden zoals televisie kijken, lezen of in de file staan.

Op grond van bovenstaande overwegingen maakt men in principe steeds de volgende keuze:

1. ragers, als daarvoor voldoende ruimte aanwezig is;
2. stokers, daar waar er onvoldoende ruimte is voor ragers;
3. tanddraad, waar geen ragers of stokers gebruikt kunnen worden.

Dit kan betekenen dat in één en dezelfde mond verschillende hulpmiddelen noodzakelijk zullen zijn.

Ragers

Gelukkig zijn ragers tegenwoordig alom verkrijgbaar in verschillende dikten en van vele producenten.

Er kan een keuze worden gemaakt uit ragers die in de hand worden genomen of uit inzetborstels die in een handvat worden gemonteerd. Over het algemeen zullen patiënten de beste resultaten behalen met de 'handragers'. Ook is er nog een keuze mogelijk uit conische- (het 'kerstboompje') en cilindrische ragers: de cilindrische ragers blijken over het algemeen meer effect te hebben en langer mee te gaan. Een coating



Afb. 4. Ragers zijn ook in kleine interdentale ruimten goed te gebruiken. Zij genieten dan de voorkeur boven stokers en tanddraad.



Afb. 5. Indien daarvoor voldoende ruimte aanwezig is, genieten tandenstokers de voorkeur boven tanddraad.



Afb. 6. Tanddraad wordt toegepast in zeer smalle interdentale ruimten.

om de metalen kern voorkomt pijnsensaties en beschadiging van de worteloppervlakken zodat die de voorkeur verdienen.

In ieder geval dient de gebruikte rager zoveel mogelijk loodrecht op de tandenrij te worden ingebracht en met enige weerstand in de interdentalen ruimte heen en weer bewogen kunnen worden. Door de grote variatie in dikte van de verkrijgbare ragers kan men vrijwel altijd aan die laatste eis voldoen. In heel grote ruimten – bijvoorbeeld na chirurgische behandeling – zijn soms echter meerdere ragers in een ruimte gewenst. Na de instructie dient de toepassing ervan steeds in de mond te worden gecontroleerd.

Tandenstokers

Om in de interdentalen ruimten effectief plaque te kunnen verwijderen zullen stokers een driehoekige vorm moeten hebben en niet al te hard mogen zijn. Tegenwoordig zijn er ook dunne uitvoeringen verkrijgbaar die uitstekend geschikt zijn voor zeer kleine interdentalen ruimten, zonder dat daarbij breuk optreedt. Hierdoor is het indicatiegebied voor tanddraad dan ook afgenomen.

Evenals voor het gebruik van ragers, geldt ook voor stokers dat zij loodrecht op de tandenrij moeten worden ingebracht waarna zij met enige weerstand door de interdentalen ruimte heen en weer bewogen moeten kunnen worden. Zodra niet of nauwelijks weerstand wordt gevoeld, of als de ruimte zonder meer geschikt is voor een smalle rager, zal de voorkeur naar een rager uitgaan. Nadat een stoker gedurende enige tijd is toegepast, zal bovendien nogal eens blijken dat, door afname van zwelling van de interdentalen gingiva, bepaalde interdentalen ruimten geschikt zijn geworden voor het gebruik van ragers. Daarom dient het effect van de toegepaste hulpmiddelen regelmatig te worden beoordeeld en zodoende te worden aangepast.

Tanddraad

Om eerder vermelde redenen zal tanddraad slechts in een beperkt aantal situaties worden geïnstrueerd. In de praktijk zal dat dan voornamelijk het onderfront, en soms het bovenfront, betreffen. Men dient in ieder geval eerst vast te stellen of de betreffende plaatsen niet met stokers, of zelfs met smalle ragers, plaquevrij te maken zijn.

Theoretisch zal ongewaste floss iets beter in staat zijn om plaque weg te halen dan gewaste floss, maar bij een juiste toepassing door de patiënt zullen beide hetzelfde resultaat opleveren.¹⁶ De juiste toepassing van tanddraad levert voor vele patiënten nogal wat moeilijkheden op zodat zorgvuldige instructie vereist is. Met slechts enkele centimeters draad tussen de vingers gespannen wordt, eerst op een model en later

in de mond, getoond hoe de draad zoveel mogelijk rondom een element gespannen dient te worden om de plaque optimaal te kunnen verwijderen. Door de draad met een heen en weer gaande beweging voorzichtig door het contactpunt heen te halen wordt voorkomen dat het met een klap op de gingiva terecht komt. Toepassing van een zogenaamde floss-vork heeft vaak het effect van een catapult, hetgeen de kans op trauma sterk vergroot. Tenslotte wordt de schrapende beweging gedemonstreerd die de plaque van de gebitselementen verwijdert.

Bij bruggen en 'overvulde' interdentalen ruimten blijkt het nogal eens lastig, of zelfs onmogelijk, om de draad in de interdentalen ruimte te brengen. Brugnaalden en lussen kunnen dan soms uitkomst bieden maar zijn vaak nogal lastig te hanteren. Door, waar mogelijk, de overmaat aan restauratiemateriaal met de boor of een 'EVA'-kopje weg te slijpen, stelt men de patiënt daarentegen in staat om met de veel effectievere en handigere ragers te reinigen. Het is zeker geen schande om, op basis van de huidige inzichten, de in het verleden vervaardigde restauraties bij te werken of zelfs over te maken, als dit een vereiste blijkt te zijn voor het verkrijgen van een gezond parodontium.

Gaasjes

De vlakken van gebitselementen die aan

diastemen grenzen en de distale vlakken van de laatste elementen in de tandboog zijn lang niet altijd goed met borstels, ragers of tanddraad te bereiken. In die gevallen zal het gebruik van een langwerpige stuk gaas, dat men met een heen en weer gaande beweging over die vlakken schraapt, uitstekende diensten kunnen bewijzen.

3.3.7 Monddouche

De monddouche blijkt niet in staat te zijn om op afdoende wijze plaque van de gebitselementen af te spuiten. Vooral de reeds losgemaakte plaque wordt hiermee weggespoeld, maar dit zal ook het geval zijn via de 'natuurlijke' weg. Een monddouche zal dus nooit de mechanische plaqueverwijdering kunnen vervangen.¹⁷ Als bij de behandeling antiseptica worden toegepast, kan een monddouche goede diensten bewijzen bij de applicatie daarvan.¹⁸

3.4 Evaluatie van de mondhygiëne

De tandarts en mondhygiënist zullen na de mondhygiëne-instructie(s) regelmatig de uitvoering ervan door de patiënt, en het ermee bereikte resultaat, moeten evalueren. Zonodig wordt de mondhygiëne bijgestuurd of aangepast aan een veranderde situatie in de mond. Deze evaluatie blijkt niet alleen in de actieve fase van de parodontale behandeling noodzakelijk, maar

SUMMARY

PATIENT EDUCATION IN PERIODONTAL HEALTH

Key words: Periodontics – Dental health education – Oral hygiene

To achieve a successful periodontal treatment result, a good and lasting co-operation between therapist and patient is essential. For this reason, the patient must be adequately informed about the development, symptoms and treatment of periodontitis and about the necessity of a high level of self performed oral hygiene. Individual information and instruction by the dentist and dental hygienist is most suited in these cases.

LITERATUUR

- DAMOISEAUX V. Patiëntenvoorlichting, een nadere begripsbepaling. In: Damoiseaux V, Visser APH (eds). Patiëntenvoorlichting. Een interdisciplinaire benadering. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1988.
- TER HORST G, HOOGSTRATEN Joh. Kennis op parodontologisch gebied: een onderzoek onder lbo- en mavo-leerlingen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1988; 95: 186-9.
- HOOGSTRATEN Joh, TER HORST G. Voorlichting over parodontologie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1988; 226-8.
- VAN WIJMEN F. Juridische aspecten van patiëntenvoorlichting. In: Damoiseaux V, Visser APH (red). Patiëntenvoorlichting. Een interdisciplinaire benadering. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1988.
- ADMIRAAL WJ, EIJKMAN MAJ. Een mondjevol gezondheidsrecht. Enige juridische aspecten van de tandarts-patiëntrelatie. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom Stafleu, 1986.
- EIJKMAN MAJ, VISSER APH. Patiëntenvoorlichting en tandarts. Utrecht/Antwerpen: Bohn Scheltema & Holkema, 1987.
- EGELBERG J. The scientific basis of periodontal therapy. A synopsis of human clinical studies. Utrecht: WTA, 1981.
- ASUMAN KIYAK H. Communicatie tussen tandarts en oudere patiënt. In: Holm-Pederson P, Loe H (eds). Handboek gerodontologie. Een overzicht van verouderingsprocessen met implicaties voor de tandheelkundige behandeling. Alphen aan den Rijn/Brussel: Samsom Stafleu, 1989.
- NIEMI ML, AINAMO J, ETEMADZADEH H. Gingival abrasion and plaque removal with manual versus electric toothbrushing. J Clin Periodontol 1986; 13: 709-13.
- GLAZE PM, WADE AB. Toothbrush age and wear as it relates to plaque control. J Clin Periodontol 1986; 13: 52-6.
- BASS CC. An effective method of personal oral hygiene. Journal of Louisiana Medical Society 1954; 106: 100-12.

zeker ook op langere termijn tijdens de nazorgafspraken. Daarbij mag zeker niet worden vergeten om, naast het geven van terechte kritiek, ook eens een pluim uit te delen. Deze, en andere vormen van aanmoediging, blijken namelijk onontbeerlijk te zijn bij het verkrijgen én handhaven van het bij 'paro-patiënten' vereiste, hoge niveau van mondhygiëne.

- ¹²NIEMI ML, AINAMO J, ETEMADZADEH H. The effect of toothbrush grip on gingival abrasion and plaque removal during toothbrushing. *J Clin Periodontol* 1987; 19:21.
- ¹³LANG NP, CUMMING BR, LOE H. Toothbrushing frequency as it relates to plaque development and gingival health. *J Periodontol* 1973; 44: 396-405.
- ¹⁴LOVDAL A, ARNO A, WAERHAUG J. Incidence of clinical manifestations of periodontal disease in light of oral hygiene and calculus formation. *Journal of the American Dental Association* 1958; 56: 21-3.
- ¹⁵SMUKLER H, NAGER MC, TOLMIE PC. Die Morphologie der interdentalen Zahnflächen und ihre Auswirkung bei der Plaquebeseitigung. *Die Quintessenz* 1989; 8: 1453-63.
- ¹⁶KELLER SE, MANSON-HING LR. Clearance studies of proximal tooth surfaces. III and IV. In vivo removal of interdental plaque. *Alabama Journal of Medical Science* 1969; 6: 399-405.
- ¹⁷HUGOSON A. Effect of the Water Pik device on plaque accumulation and development of gingivitis. *J Clin Periodontol* 1978; 5: 95-104.
- ¹⁸LANG NP, RABER K. Use of oral irrigators as vehicle for the application of antimicrobial agents in chemical plaque control. *J Clin Periodontol* 1981; 8: 177-88.

Uit de historie

Pyorrhoea alveolaris

'Onder de vraagstukken die sinds jaar en dag in de tandheelkundige literatuur een voorname plaats innemen, is de behandeling van de Pyorrhoea Alveolaris een der belangrijkste, zoo niet *het* belangrijkste. Want waar over andere kwesties meningsverschillen heerschen, gaat het vaak om de *beste* methode om een bepaalde aandoening te genezen, terwijl bij de Pyorrhoea zelfs nog de *eerste* methode tot afdoend herstel gevonden moet worden.

En zoo is langzamerhand de tandarts wantrouwend geworden wanneer dit onderwerp aan de orde komt, omdat men hem al zoo vaak verblijd heeft, met vondsten, die achteraf bleken gelijk te zijn met

de klassieke 'doode musch'. In de laatste jaren is hij beurtelings in verrukking geweest over Emetine, Salvarsan, Neo Salvarsan, vaccins en wat niet al, om ten slotte tot de conclusie te komen, dat geen van al die middelen, met zoo veel klem aangeprezen het beloofde panacee bleek te zijn voor de beruchte aandoening die men vroeger placht aan te duiden met den naam: 'Pyorrhoea Alveolaris'. Ook hierin is wijziging gekomen, want het meningsverschil begint al bij het noemen van dien naam, die inmiddels door talloze andere vervangen is, met het gevolg dat de doorsnee practicus, die de literatuur niet al te nauwkeurig gevolgd heeft, al duizelig wordt bij de po-

ging om uit dien doolhof van namen wijs te worden.

In zijn onlangs verschenen, voortreffelijke werkje: 'Schmutzpyorrhoe, Paradentalpyorrhoe und Alveolaratrophie' begint *Gottlieb* met de zeer verstandige opmerking dat zoolang men het nog niet eens is over het feit, *wat* Pyorrhoea eigenlijk is, het hem doelloos voorkomt over namen te strijden en hij de zijne alleen beschouwd wenst te zien als provisorische middelen ter verduidelijking van zijn betoog'.

Bron: Tijdschr Tandheelkd 1925; 32: 620-7.