

SOCIALE DETERMINANTEN VAN DE TOTALE EXTRACTIE

EEN BESCHRIJVING VAN DE GANG VAN ZAKEN BIJ EEN SOCIAAL-TANDHEELKUNDIG ONDERZOEK

J. BOUMA

A. C. M. VAN DE POEL

*Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde van de rijksuniversiteit te Groningen.**Voorzitter: Prof. Drs. O. Hokwerda.**Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Totale extractie – Methodologie*

1. Inleiding

Hoewel de tandheelkundige wetenschap zich in deze eeuw in een snel tempo heeft ontwikkeld, behoren gebitsziekten geenszins tot het verleden. Indien we het percentage edentaten van de bevolking nemen als maatstaf voor tandheelkundige gezondheid lijkt er, gezien de omvang van het fenomeen tandeloosheid, het nodige verbeterd te kunnen worden. Zo blijkt uit C.B.S.-gegevens¹ dat in 1979, omgerekend naar de Nederlandse bevolking van 16 jaar en ouder $\pm 27\%$ een volledige prothese droeg, terwijl nog eens zo'n 10% in het bezit was van een boven- of onderprothese. Kalk² kwam op grond van een in 1976 gehouden NIPO-enquête tot de schatting*³ dat bijna 30% van de bevolking van 16 jaar en ouder in het bezit was van een volledige gebitsprothese. Een landelijk onderzoek³ wees uit dat in 1970 $32,6\%$ van de bevolking van 16 jaar en ouder een volledige prothese droeg.

Hoewel er sprake lijkt te zijn van een gestage verbetering van de gebitsgezondheid bij grote delen van de bevolking (zie ook Kalsbeek⁴) is het onwaarschijnlijk dat gebitsziekten in de nabije toekomst niet meer voor zullen komen. De tandheelkundige wetenschap is vandaag de dag zeer goed in staat

gebitsziekten te voorkomen, dan wel afdoende te behandelen. Vanwege de vergevorderde technologische ontwikkelingen en gedetailleerde kennis van ontstaan en verloop van de meeste gebitsziekten zijn deze, in theorie althans, voor een groot deel te voorkomen. In de praktijk is dit echter, ondanks een duidelijke verbetering van de tandheelkundige gezondheidstoestand, nog niet het geval.

Een verklaring daarvoor is, dat het ontstaan en verloop van gebitsziekten tevens wordt beïnvloed door vaak moeilijk te veranderen sociaal-tandheelkundige factoren, voortaan kortweg sociale factoren genoemd.⁵⁻¹⁰ Vele van deze sociale factoren hebben bovendien een individueel psychologische component. Angst voor de tandarts is daar een voorbeeld van. Voor zover angst enkel en alleen verklaard zou kunnen worden uit de persoonlijkheidsstructuur van een individu zou het onjuist zijn dit een sociale factor te noemen. We zijn echter van mening dat, naast een in de individuele persoonlijkheidsstructuur verankerde predispositie (de een is nou eenmaal banger uitgevallen dan de ander), de angst voor de tandarts ook verklaard kan worden uit de interactie met en de invloed van de sociale omgeving (bijvoorbeeld verhalen van familieleden, eigen ervaring met pijnlijke behandelingen, de mate waarin de omgeving het uiten van angst tolereert). Het begrip sociale factor moet dan ook in deze zin worden opgevat.

Voorbeelden van dergelijke factoren zijn: kenmerken van het gezondheidszorgsysteem, kennis, houding en gedrag van de bevolking, angst voor de

Samenvatting:

Naast cariës en parodontale aandoeningen is het waarschijnlijk dat ook sociale factoren een rol spelen bij de totale extractie. Veel is hier echter niet van bekend.

Teneinde meer inzicht te krijgen in de rol die sociale factoren spelen bij de totale extractie is het onderzoekproject 'Sociale determinanten van de totale extractie' opgezet.

Binnen het raam van dit project is een pilot-studie verricht. Hiertoe werden 19 personen, vlak voordat zij een totale extractie zouden ondergaan, uitgebreid geïnterviewd.

In dit artikel wordt vooral de gang van zaken belicht bij de theoretische voorfase van een (sociaal-wetenschappelijk) onderzoek. Zo wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan de methode van wetenschapsbeoefening binnen de natuurwetenschappen en de sociale wetenschappen, waarna wordt ingegaan op de verschillende soorten sociaal-wetenschappelijk (sociologisch) onderzoek. Het onderzoekproject en de uitgevoerde pilot-studie worden als illustratie van het beschrevene gebruikt.

Na een korte weergave van de resultaten van de interviews wordt een voorlopig conceptueel model geschetst, dat als uitgangspunt zal dienen voor verder onderzoek.

tandarts enz. Een beter inzicht in de aard en werking van deze factoren is een noodzakelijke voorwaarde om in de toekomst de efficiency en effectiviteit van de tandheelkundige gezondheidszorg verder te kunnen verhogen. In het volgende zullen een aantal sociale factoren die hebben geleid tot de totale extractie, aan de orde komen.

De meeste onderzoeken naar de totale extractie zijn vooral gericht op de vraag of cariës of parodontale aandoeningen hebben geleid tot de totale extractie.¹¹⁻¹⁵ Een uitzondering vormt het onderzoek van Todd¹⁶. Todd¹⁶ maakte in eerste instantie, op grond van gegevens verzameld in een epidemiologisch onderzoek in Schotland, aan de hand van gebitsgegevens een voorspelling wie een jaar na onderzoek in het bezit zou zijn van een kunstgebit. Tweeënveertig personen van de 1170 onderzochte personen werden als zodanig geclassificeerd; 39

* Kalk² ging er vanuit dat de NIPO-cijfers eveneens betrekking hadden op de dragers van partiële prothesen. Hun aantal werd door hem op 1 miljoen geschat en het aantal volledige prothesedragers werd op 3 miljoen berekend. Omgerekend naar de bevolking tussen 18 en 79 jaar kwam Kalk² op een percentage van 35, hetgeen neerkomt op $\pm 30\%$ van de bevolking van 16 jaar en ouder.

van hen hadden al een gedeeltelijk kunstgebit. Een jaar later bleken er 12 mensen uit de totale onderzoeksgroep van 1170 een kunstgebit te hebben gekregen. Slechts 3 personen bleken afkomstig te zijn uit de groep van de 'aangewezen' 42 kandidaten. Voor de verklaring van het niet uitkomen van deze, op somatische gronden gemaakte, prognose werden diverse sociale factoren aangevoerd.

In Nederland hebben Engels en Tijmstra¹⁷ enig (retrospectief) onderzoek op dit gebied verricht.

Teneinde meer inzicht te krijgen in de rol die sociale factoren spelen bij de totale extractie is het onderzoeksproject 'Sociale determinanten van de totale extractie' opgezet. Binnen het raam van dit onderzoek is een pilotstudie uitgevoerd. Hiertoe werden 19 personen*, vlak voordat zij een totale extractie zouden ondergaan, uitgebreid geïnterviewd.

De rapportage van de resultaten van de gesprekken is echter niet het voornaamste doel van dit artikel. Het is met name de bedoeling inzicht te verschaffen in de gang van zaken bij sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Het verslag van de interviews zal daarbij dienen als illustratie van de weg, die is gevolgd vanaf de probleemstelling tot aan het formuleren van hypothesen.

Er wordt aandacht besteed aan de methode van wetenschapsbeoefening binnen de natuurwetenschappen en de sociale wetenschappen en vervolgens wordt ingegaan op de verschillende soorten sociaal-wetenschappelijk (sociologisch) onderzoek. Na een korte weergave van de resultaten van de interviews wordt een eerste model geschetst, dat als uitgangspunt zal dienen voor verder onderzoek.

2. De gang van zaken bij sociaal-wetenschappelijk onderzoek

2.1. Algemeen

Wetenschappelijk onderzoek gebeurt

nooit 'in het wilde weg'. Het kenmerkende verschil met het verwerven van kennis op niet-wetenschappelijk niveau is de rationele en systematische wijze van kennisverwerving. Uiteraard spelen daarbij ook irrationele zaken een rol als: sympathie- en antipathie-gevoelens, waarde-oordelen, frustraties, intuïtie, e.d. Het behoort echter bij de training van de wetenschapper zijn gevoelens, vooroordelen e.d. te herkennen en zoveel mogelijk te objectiveren, zodat ze bij de verwerving van kennis niet onbewust een vertroebelende rol gaan spelen.

Wetenschappelijk bezig zijn is vooral ook eerlijk zijn: het onderzoekontwerp moet zodanig zijn opgesteld dat ook niet-welgevallige hypothesen de confrontatie met de empirie met succes kunnen doorstaan.

Geruime tijd zijn de methoden van de natuurwetenschappen gepropageerd als de enige en echte manier om wetenschap te bedrijven. Ook binnen de gedragswetenschappen gold (en geldt nog steeds) dat de werkwijze van de zgn. exacte wetenschappen alleen maar tot wetenschappelijke kennis van de werkelijkheid zou kunnen leiden. Een aantal ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat er nu in bredere kring genuanceerder wordt gedacht over deze materie. In de eerste plaats bleken de zgn. 'harde' gegevens bij nadere beschouwing hun hardheid te kunnen verliezen. De harde bewijzen (cijfers) ter verklaring van een natuurwetenschappelijk verschijnsel bleken ineens minder waterdicht te zijn indien een andere theoretische verklaring voor het 'bewezen' verschijnsel kon worden gevonden (denk bijvoorbeeld aan de consequenties van de relativiteitstheorie van Einstein). Ten tweede blijken ook binnen de natuurwetenschappen subjectieve invloeden een rol te kunnen spelen (bijvoorbeeld bij de keuze van het onderzoeksonderwerp, het onderzoekontwerp, de meetprocedures, de interpretatie van verkregen meetuitkomsten, gehanteerde vooronderstellingen e.d.) En ten derde wint het inzicht veld dat het alleen nauwkeurig registreren en meten van gedragswetenschappelijke verschijnselen niet voldoende is om

een dergelijk verschijnsel te begrijpen en te verklaren. Om dat laatste te bereiken moet veelal het puur subjectieve, invoelend vermogen van de onderzoeker worden benut.

Met andere woorden: bestudering van gedragswetenschappelijke verschijnselen zou een andere methodologie vereisen dan de bestudering van natuurwetenschappelijke verschijnselen.¹⁸

Of en in hoeverre de verschillen tussen de gedragswetenschappelijke en natuurwetenschappelijke benadering gradueel dan wel principieel van aard zijn zal niet verder worden uitgediept. Binnen de gedragswetenschappen zelf bestaat daarover ook geen eenstemmigheid. De auteurs huldigen de mening dat er in principe sprake is van dezelfde methodologie voor zowel de natuurwetenschappen als de gedragswetenschappen. Door een aantal redenen (bijvoorbeeld de afwezigheid van sluitende theorieën, complexe multicausale verschijnselen, de verwevenheid van object en subject, de meetbaarheid van de onderzochte verschijnselen) is de gedragswetenschapper vaak genoodzaakt zijn onderzoeksontwerp en de daarbij behorende stappen (bijvoorbeeld de formulering van de probleemstelling, de definiëring van begrippen, de operationalisatie ervan, interpretatie van de uitkomsten, steekproeftrekking e.d.) extra nauwkeurig te formuleren en overzichtelijk voor buitenstaanders te laten verlopen.

De ruime aandacht die in dit artikel wordt besteed aan de gang van zaken bij het verzamelen en interpreteren van de onderzoeksgegevens moet dan ook in dit licht worden gezien.

2.2. Typen van sociologisch onderzoek

Swanborn¹⁹ maakt onderscheid tussen drie soorten (sociaal-wetenschappelijk) onderzoek: descriptief, explorerend en toetsend onderzoek. In de praktijk is de indeling in uitsluitend één van de drie soorten vaak niet mogelijk aangezien er mengvormen in vele gradaties voorkomen.

* De patiënten waren afkomstig uit de Kliniek voor Mondziekten van de R.U.G. (9), een algemene praktijk (7) en uit twee algemene ziekenhuizen (3).

Er is sprake van descriptief (sociologisch) onderzoek wanneer men een concrete maatschappelijke groep of een concreet maatschappelijk verschijnsel beter tracht te begrijpen door het object van studie te beschrijven in termen die ontleend zijn aan een (sociologische) theorie. Bij explorierend onderzoek is het doel het ontwikkelen van een algemene theorie over een verschijnsel. Een explorierend onderzoek is nodig wanneer men nog niet over een uitgewerkte theorie over een bepaald verschijnsel beschikt. Swanborn¹⁹: 'Explorierend onderzoek heeft vaak de functie van vóóronderzoek ten behoeve van latere toetsende studies. Het dient daarbij twee doeleinden: ontdekken van verbanden, en daardoor op het spoor komen van een samenhangend stel hypothesen, en het ontwerpen (nog niet het toetsen) van meetinstrumenten. In de laatste functie wordt het ook als vóóronderzoek van beschrijvende studies toegepast.'

Er is sprake van toetsend onderzoek indien de probleemstelling betrekking heeft op een bepaald sociaal verschijnsel, waarbij de onderzoeker tevoren de beschikking heeft over een theorie (ook al is het maar een enkele hypothese) of meerdere alternatieve theorieën die met meer of minder grote zekerheid als mogelijke verklaring voor het resultaat kunnen gelden.

Het belangrijkste criterium bij het indelen in een van de drie groepen is dus de rol die hypothesen spelen. In een descriptief onderzoek wordt niet met hypothesen gewerkt. In een explorierend onderzoek worden de hypothesen aan het eind, na de analyse van de gegevens, geformuleerd terwijl in een toetsend onderzoek de hypothesen vóór het begin van het onderzoek worden gesteld.

2.3. Beschrijving van een vóóronderzoek

In het kader van het onderzoek naar de sociale determinanten van de totale extractie is een vóóronderzoek gehouden dat nu ter illustratie van de gevolgde werkwijze zal worden beschreven. Er is eerst een vóóronderzoek uitgevoerd omdat het literatuuronderzoek

niet voldoende aanknopingspunten bood (zie *Inleiding*) omeen uitgebreid, explorerend onderzoek op te zetten. Het is in zo'n situatie aan te bevelen, als eerste stap, (Gadourek,²⁰ p. 29) een beperkt aantal patiënten uitvoerig te interviewen omtrent hun beweegredenen voor de totale extractie.

Met 19 respondenten waarbij een totale extractie zou worden uitgevoerd werden gesprekken gevoerd volgens de methode van het vrije interview.²⁰ De interviews, die vlak voor het moment van extractie werden gehouden, werden op de band opgenomen en naderhand uitgewerkt. Bij de interviews werden de gebruikelijke interviewtechnieken gehanteerd (verbale en non-verbale aanmoediging, reflectie, parafrasering, enz.).

Teneinde de te houden interviews enigszins te standaardiseren was een lijstje met items opgesteld dat aan de patiënten werd voorgelegd. De items waren afkomstig uit het onderzoek van Engels en Tijnstra¹⁷, uit onderzoek op aanverwant gebied¹⁰ of berustten op eigen vermoedens of common sense. De aldus verkregen veelheid van punten werden in de volgende rubrieken ondergebracht:

- tandheelkundig ziekte- en gezondheidsgedrag;
- perceptie van en ervaringen met het eigen gebit;
- ervaringen met het tandartsbezoek;
- de houding ten aanzien van het eigen gebit en het kunstgebit;
- de beslissing tot de totale extractie.

De bedoeling van dit vóóronderzoek was een aantal sociale factoren op het spoor te komen, die (mede) een verklaring zouden kunnen geven van de totale extractie. Deze factoren zou men hypothesen kunnen noemen (volgens de definitie van G. J. Kruyer²¹: 'Een hypothese is een voorlopig, voorbarig, nog niet gefundeerd antwoord op een gesteld probleem.'). Aangezien de pilot-studie is uitgevoerd op een klein en select groepje mensen is het opstellen van scherp geformuleerde hypothesen niet zinvol. Na afloop van het geplande (en inmiddels reeds gestarte) vervolgonderzoek onder een grotere, a-select

te, groep patiënten zal er sprake kunnen zijn van het formuleren van toetsbare hypothesen. Bij grotere, a-select verkregen aantallen neemt nl. de kans dat de samenstelling van de groep deelnemers beter overeenkomt met de werkelijkheid toe (bijvoorbeeld de man-vrouwverhouding, verhouding regelmatige en niet-regelmatige tandartsbezoekers etc.), zodat de hypothesen met meer zekerheid (en ook gedifferentieerder) kunnen worden geformuleerd.

Alvorens verder in te gaan op de werkwijze bij het vervolgonderzoek worden eerst enige resultaten van de gevoerde gesprekken kort weergegeven*).

3. Bevindingen

3.1. Het tandheelkundig ziekte- en gezondheidsgedrag

Het ontbreken van een gebitsbewuste opvoeding komt in de onderzochte groep duidelijk naar voren. Met name de wat oudere respondenten (>40 jaar) lijken te zijn opgegroeid in een tijd waarin nauwelijks sprake was van (bemoeyenis met) gebitsverzorging, tandartsbezoek e.d. ('dat was er vroeger niet bij'). Indien er wel sprake was van aandacht voor het gebit dan was dat meer in de zin van autoritair bestraffend toezicht ('we werden naar de tandarts gestuurd', 'we mochten niet snoepen'). Niettemin zijn van de totale onderzoeksgroep 14 personen gedurende enige tijd (gemiddeld ruim 13 jaar) regelmatig naar de tandarts geweest. Van deze groep van 14 zijn 12 personen echter op een bepaald moment gestopt met het regelmatig tandartsbezoek (zie ook 3.3.).

3.2. Ervaringen met het gebit

Voor bijna alle respondenten bleek het gebit een voortdurende bron van ellende te zijn geweest. Bij de groep jongeren (<40 jaar) begon het gebitsverval gemiddeld eerder dan bij de ouderen. De meeste klachten hadden betrek-

*Een uitgebreid verslag van de bevindingen is op aanvraag bij de auteurs verkrijgbaar.

king op pijnlijke behandelingen, kiespijn en uitvallende vullingen. Klachten over het parodontium werden niet spontaan genoemd maar bleken bij navraag bij een groot deel der respondenten wel aanwezig te zijn.

3.3. *Ervaringen met het tandartsbezoek*

Ruim driekwart van de respondenten rapporteerde negatieve ervaringen ten gevolge van pijnlijke behandelingen. Angst voor de tandarts was dan ook wijdverspreid in deze groep. In tegenstelling tot de meeste onderzoeken op dit gebied was men in deze (selecte) groep nogal ontevreden over de contacten met de tandarts. De klachten hadden vooral betrekking op de communicatie met de tandarts (niet praten over de behandeling, niet op je gemak stellen e.d.).

Van de 14 personen die de tandarts ooit regelmatig bezochten zijn 12 daar op een bepaald moment mee gestopt. Onvrede met de behandeling, de communicatie met de tandarts, negatieve ervaringen met het gebit en een gebrek aan vertrouwen in de toekomstmogelijkheden van het gebit (fatalisme) lagen daar aan ten grondslag.

Een concrete gebeurtenis (pijnlijke behandeling, verhuizing, praktijksluiting) was veelal de directe aanleiding om met het tandartsbezoek te stoppen.

3.4. *De kennis en houding ten aanzien van het natuurlijk gebit en het kunstgebit*

Een groot deel (tweederde) noemde externe factoren als erfelijkheid, zwangerschap e.d. (mede) als oorzaak van cariës. Het reeds geruime tijd aanwezige fatalisme omtrent de (eigen) mogelijkheid het gebit te behouden is, naast de opgedane ervaringen met de tandheerkunde, mogelijk een verklaring voor het feit dat andere alternatieven, indien bekend, in het algemeen niet zijn overwogen. Toch vond een grote meerderheid een (goed) eigen gebit wel belangrijk, maar dit was voor hen niet haalbaar gebleken. Naast de gepercipieerde voordelen

van het kunstgebit had vrijwel iedereen oog voor de mogelijke nadelen van het kunstgebit. Een zekere berusting in het onvermijdelijke lijkt echter een grote rol te spelen ('het is niet anders', 'pijn is ook niet alles'). De beslissing een kunstgebit te nemen lijkt veeleer een noodgedwongen en onontkombare (laatste) stap te zijn dan een weloverwogen keuze uit reële alternatieven.

3.5. *Het besluit tot totale extractie*

Degenen die de tandarts de laatste jaren niet regelmatig hadden bezocht namen in het algemeen zelf de beslissing tot totale extractie. Bij degenen die de tandarts regelmatig bezochten nam de tandarts het initiatief tot extractie.

Een groot deel van de respondenten liep al geruime tijd (2-8 jaar) rond met de gedachte het gebit te laten extraheren. Bij een klein gedeelte (5 personen) was het besluit pas kort voor de extractie gevallen.

Als doorslaggevende reden voor de totale extractie werden door bijna iedereen acute pijnklachten genoemd.

Voor de helft van de respondenten waren esthetische redenen eveneens een 'trigger'*. In het algemeen werd er niet uitgebreid overleg gepleegd met anderen over de totale extractie. De gesprekken over de totale extractie werden met name gevoerd binnen het gezins- of familieverband en slechts in een aantal gevallen met enkele vrienden of kennissen.

4. *Een verklaringsmodel*

Na het verzamelen en verwerken van de interviewgegevens zijn uit de veelheid van gegevens belangrijk geachte factoren gedestilleerd en is hun onderlinge samenhang aangegeven. De factoren die in de 'tandheerkundige carrière' van de potentiële kunstgebitdragers een belangrijke rol lijken te kunnen spelen zijn: de gebitstoestand (nu

en in het verleden); de opgedane tandheerkundige ervaringen; normen, waarden, houdingen ten aanzien van de tandheerkundige gezondheid (met name de factor fatalisme); het tandheerkundig ziekte- en gezondheidsgedrag (bijvoorbeeld tandartsbezoek, preventief gedrag) en de kenmerken van de tandarts/tandheerkundige zorgverlening (bijvoorbeeld de extractiegeneigdheid van de tandarts, praktijkgrootte, tandarts-patiëntratio). Bij analyse valt een zekere terugkerende regelmaat in de samenhang tussen deze factoren op, zoals in afbeelding 1 schematisch is weergegeven.

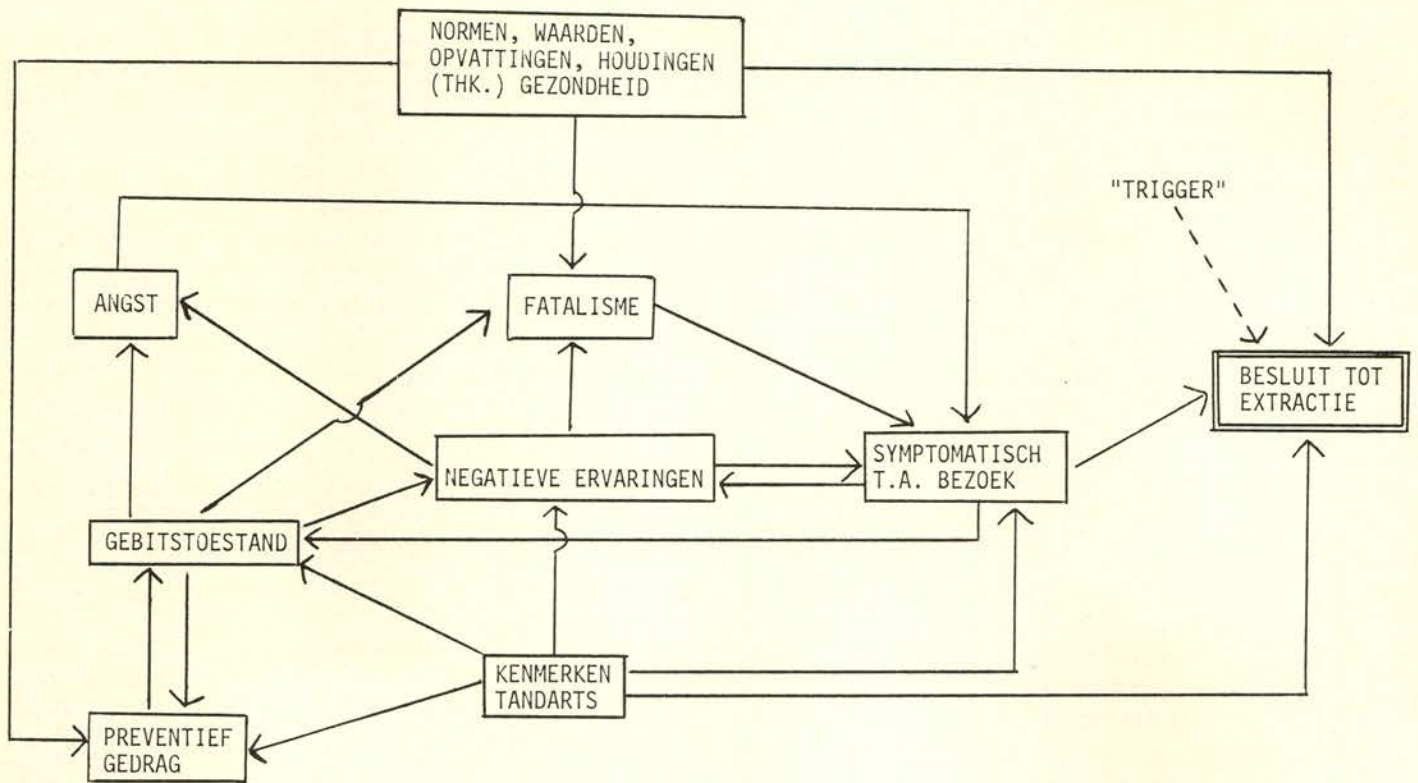
De pijlen tussen de factoren geven de vermoede samenhangen weer. Angst bijvoorbeeld zou het niet regelmatig bezoek aan de tandarts in de hand kunnen werken. Het alleen naar de tandarts gaan als er klachten zijn heeft, naast andere factoren, een (ongunstige) invloed op de gebitstoestand, waardoor de angst voor de tandarts een voedingsbodem heeft en in stand zal blijven dan wel toe zal nemen. Het niet regelmatig bezoeken van de tandarts vergroot echter ook de kans op negatieve ervaringen (men gaat pas als er iets aan de hand is, hetgeen meestal een pijnlijke behandeling met zich mee zal brengen). Deze negatieve ervaringen kunnen vervolgens gevoelens van angst en fatalisme omtrent de mogelijkheid tot gebitsbehoud oproepen dan wel versterken enz.

Het werken met een conceptueel model, zoals in afbeelding 1 is weergegeven in de theoretische voorfase van het onderzoek, is een werkwijze die bij sociaal-wetenschappelijk onderzoek vaak wordt toegepast.²³

Door niet te streven naar volledigheid en gedetailleerdheid maar wel naar (relatieve) eenvoud en overzichtelijkheid blijft het zicht op het geheel goed mogelijk. Complexe, onderling samenhangende verschijnselen en processen blijven op deze wijze nog enigszins inzichtelijk voorstelbaar hetgeen een juiste analyse van het te onderzoeken verschijnsel ten goede komt.

Aan de andere kant is een model noodzakelijkerwijs een vereenvoudiging

* Het begrip 'trigger' kan worden omschreven als: een interne of externe stimulus die van directe invloed is op het gedrag (te vergelijken met het begrip 'cue to action', uit het Health Belief Model.²²



Afb. 1. Schematische weergave van factoren die een rol spelen bij de totale extractie.

van de werkelijkheid: ingewikkelde mechanismen en relaties worden door eenvoudige symbolen weergegeven, nuanceringen en details worden weggelaten, secundaire oorzaken van verschijnselen eveneens.

Indien men oog houdt voor deze beperkingen, dan is het werken met deze min of meer abstracte, vereenvoudigde schema's een nuttig en aanvaardbaar hulpmiddel bij sociaal-wetenschappelijk onderzoek, hetgeen in de praktijk dan ook al vele malen is gebleken.^{23 24}

De vraag zou mogelijk kunnen rijzen waarom het model als geheel (afbeelding) niet nu reeds aan de werkelijkheid kan worden getoetst. Hoewel deze mogelijkheid in principe aanwezig is^{*)}, is toetsing in deze fase van het

^{*)} Voor de toetsing van het model als geheel lijkt een prospectieve onderzoekopzet het meest geschikt, aangezien diverse relaties in het model een weerslag zijn van ontwikkelingen in de tijd.

Toetsing van het gehele model zal ongetwijfeld, o.a. gezien de (lange) tijdsduur maar ook vanwege complexe, multicausale samenhangen, voorlopig moeilijk uitvoerbaar zijn. Toetsing van enkele relaties uit het model of (meer gebrekkige) toetsing in een retrospectief onderzoek lijkt echter wel uitvoerbaar.

onderzoek voorbarig. De empirische basis die ten grondslag ligt aan dit model is daarvoor te smal. De mogelijkheid bestaat dan dat vanwege een afwijkende samenstelling van de geïnterviewde proefpersonen vergeleken met de populatie (extractie-patiënten) onjuiste relaties zijn gelegd.

Verder maakt de kleine onderzoeksgroep ook verdere differentiatie onmogelijk. Het aantal mensen bijvoorbeeld dat tot de extractie de tandarts regelmatig bezocht was erg klein (twee personen). Uit informatie in een vervolgonderzoek onder een grotere groep patiënten zou b.v. kunnen blijken dat deze regelmatige tandartsbezoekers 'zich anders gedragen' dan de groep mensen die de tandarts nooit regelmatig hebben bezocht. Dit is dan een reden het (voorlopige) model overeenkomstig aan te passen.

Zinnvolle toetsing kan pas plaatsvinden indien daar een grondig vóóronderzoek aan ten grondslag ligt. Het opstellen van een zo goed mogelijk conceptueel model biedt o.i. een goed uitgangspunt voor verdere toetsing. Dit zal echter pas mogelijk zijn na afloop van het reeds gestarte vervolgonderzoek. Het hierboven uiteengezette

(voorlopige) model is dan ook een eerste stap op deze weg.

De verdere gang van zaken bij dit onderzoek is geweest dat het model dat hier is afgebeeld verder is uitgewerkt. Deze uitwerking had betrekking op de nadere verbijzondering van de factoren. De houding ten aanzien van de tandheelkundige gezondheid bestaat bijvoorbeeld uit de houding ten aanzien van het kunstgebit en de houding ten aanzien van het eigen gebit. De volgende stap was de operationalisatie in waarneembare termen van deze factoren. De houding ten opzichte van het kunstgebit bijvoorbeeld is o.a. gemeten met de vraag: 'Zoudt u het erg vervelend vinden als andere mensen zouden merken dat u een kunstgebit heeft?'

Al deze vragen zijn tenslotte in een vragenlijst ondergebracht, die momenteel aan een grotere groep respondenten wordt getoetst.

Prof. Dr. G. Boering van de vakgroep Mondheelkunde van de rijksuniversiteit te Groningen, de overige leden van deze vakgroep, Drs. O. Eerelman, tandarts te Sappemeer, Dr. L. van Dijk van het Diaconessenhuis te Groningen, Dr.

P. A. L. Koopman van het ziekenhuis 'Nij Smellinghe' te Drachten en de leden van de vakgroep Sociale Tandheelkunde te Groningen worden ten zeerste bedankt voor hun medewerking bij de voorbereiding en uitvoering van het onderzoek.

Summary:

Title: Social factors leading to total tooth loss. A description of the theoretical stage in a research-design.

Keywords: Social dentistry – Total extraction – Methodology

It is likely that besides caries and periodontal disease social factors contribute to edentulousness. In order to gain more insight into these social factors a research project was started.

As a first step in a small pilot study 19 persons were interviewed in depth just before they underwent total extraction.

In this article special attention is paid to the procedure applied in the theoretical stage in a (sociological) research design. Successively the methods of the natural and social sciences will come up for discussion, after which three different types of sociological research designs will be described. The small pilot-study is used as an example to demonstrate the procedure applied in sociological research.

After a short summary of the interviews, a theoretical model will be outlined, which will serve as a basis for further investigation.

Literatuur:

1. *Statistisch zakboek 1980* (1980): 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij.

2. *Kalk, W.* (1979): Het kunstgebit een blij bezit? Academisch proefschrift, V.U., Amsterdam; Stafleu & Tholen, Alphen a/d Rijn. Tandheelkundige monografieën XXVII.

3. *Jessen, J. L.* (1974): Medische consumptie. Groningen, Sociologisch Instituut (interne publikatie).

4. *Kalsbeek, H.* (1982): Het effect van T.G.V.O.-projecten bij de preventie van tandcariës. Ned Tijdschr Tandheelkd 89: 106-127.

5. *Barenthin, I.* (1976): Dental insurance and equity of access to dental services. Community Dent Oral Epidemiol 4: 215-220.

6. *Davis, P.* (1980): The social context of dentistry. Londen, Croom Helm.

7. *Mootz, M.* (1979): Ziekenfondslidmaatschap en het bezoek aan de tandarts. Ned Tijdschr Tandheelkd 86: 376-379.

8. *Nikias, M. K.* (1968): Social class and use of dental care under prepayment. Med Care 6: 381-393.

9. *Nikias, M. K., Fink, R.* (1977): Oral health status in relation to socio-economic and ethnic characteristics of urban adults in the USA. Community Dent Oral Epidemiol 5: 200-206

10. *Schuurs, A. H. B.* (1981): Factors associated with regularity of dental attendance; an empirical-psychological investigation. Alphen a/d Rijn, Stafleu & Tholen.

11. *Johansen, J. R.* (1970): A survey in Norway for causes of tooth loss of permanent teeth and the number of teeth remaining after extraction. Oslo, diss.

12. *Scandinavian symposium in periodontology 1967* J Periodont Res 2: 238-249. Paper van: T. Bay en T. Gad, Causes of tooth mortality in Denmark. p. 246.

13. *Grewe, J. M., Gorlin, R. J., e.a.* (1966): Human teeth mortality: a clinical-statistical study. J Am Dent Assoc 72: 106-112.

14. *Hobdell, M. H., Sheiham, A., e.a.* (1969): Patterns of tooth loss in British populations: studies on N.H.S.-patients. Br Dent J 126: 349-351.

15. *Sheiham, A., Hobdell, M. H., e.a.* (1969): Patterns of tooth loss in British populations; studies on industrial populations. Br Dent J 126: 255-260.

16. *Todd, J. E., Whitworth, A.* (1974): Adult dental health in Scotland, 1972, London, H.M.S.O.

17. *Engels, M., Tijmstra, Tj.* (1979): Kenmerken en ervaringen van vrouwen met en zonder gebitsprothese. Ned Tijdschr Tandheelkd 86: 213-221.

18. *Brunt, L.* red (1977): Anders bekeken. Wet en werkelijkheid in sociaal onderzoek. Meppel/Amsterdam. Boom-Intermediair.

19. *Swanborn, P. G.* (1975): Aspecten van sociologisch onderzoek. Meppel, Boom.

20. *Gadourek, I.* (1969): Sociologische onderzoekstechnieken. Inleiding tot de werkwijze bij het sociaal- en gedragswetenschappelijk onderzoek. Arnhem, Van Loghum Slaterus.

21. *Kruyer, G. J.* (1973): Observeren en redeneren. Meppel, Boom.

22. *Becker, M. H., Maiman, L. A.* (1975): Socio-behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical Care, Vol. XIII: 10-24.

23. *Segers, J. H. G.* (1975): Sociologische onderzoeksmethoden. Inleiding tot de structuur van het onderzoeksproces en tot de methoden van dataverzameling Assen/Amsterdam, Van Gorcum.

24. *Meerling* (1980): Methoden en technieken van psychologisch onderzoek, deel I. Meppel, Boom.

November 1982.

Ant. Deusinglaan 1,
9713 AV Groningen.

NIEUWE RICHTLIJNEN VOOR ENDOCARDITIS-PROFYLAXE

TEN GELEIDE

J. THOMPSON
M. F. MICHEL

*Uit de afdeling Infectieziekten
van het Academisch Ziekenhuis te Leiden.
Uit de afdeling Bacteriologie
van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Dijkzigt.*

Trefwoorden: Geneeskunde – Microbiologie – Endocarditis-profylaxe

Samenvatting:

Nevenstaand artikel vormt een inleiding tot de nieuwe richtlijnen voor de profylaxe van bacteriële endocarditis, die op initiatief van de Nederlandse Hartstichting tot stand zijn gekomen. Tot slot worden de richtlijnen, zoals die zijn verschenen in de augustus-aflevering 1982 van het 'Hart Bulletin', afgedrukt.

Bacteriële endocarditis blijft ook in de huidige tijd een betrekkelijk vaak voorkomende ziekte die voor een patiënt belangrijke gevaren met zich

meebrengt. Zo wordt volgens recente gegevens nog steeds een mortaliteit tot ongeveer 50 procent opgegeven. Verder kan een zodanige beschadiging van

hartkleppen ontstaan dat een operationele vervanging daarvan door een prothese nodig is. Tenslotte kan een irreversibele beschadiging van het centra-