

tauratie en de plaats hiervan op een bepaald element in de boog, kunnen van invloed zijn op de overlevingskansen van elementen en restauraties. Daarnaast kan een bepaalde kritieke gebeurtenis beduidend meer of minder voorkomen dan een andere.

Het effect van de plaats van het element in de tandboog op de overlevingskansen van een restauratie wordt tevens nagegaan door gegevens per gebitselement te vergelijken.

Door het presenteren van cumulatieve hazardcurven voor de specifieke risico's behoeven geen, onafhankelijk te onderstellen, latente overlevingscurven te worden ingevoerd. Deze hazardcurven zijn eenvoudig te interpreteren: de gemiddelde stijging per jaar komt overeen met de gemiddelde kans dat door de beschouwde oorzaak een nog aanwezige restauratie binnen een jaar faalt. Een lineair verloop wijst op een gelijkblijvend risico van falen voor nog aanwezige restauraties, terwijl er geen directe relaties bestaan tussen de hellingen van de cumulatieve hazardcurve op verschillende momenten.

Een voordeel in deze studie kan zijn, dat de restauraties waarschijnlijk niet door slechts enkele tandartsen zijn gelegd. Hierdoor zal een slechte of goede restauratie minder afhankelijk zijn van een bepaalde tandarts.

Gegevens uit klinisch en röntgenonderzoek van de onderzochte restauraties zijn gezien de opzet van de studie niet beschikbaar.

We hebben geen indruk van eventuele gebits- en röntgenologische afwijkingen, motivatie, mondhygiëne en toestand van het parodontium van de patiënt. Hier dient in het algemeen bij de beoordeling van de resultaten uiteraard wel rekening mee gehouden te worden.

Zou men uit de gepresenteerde overlevings- en cumulatieve hazardcurven conclusies willen trekken, hetgeen zonder nadere statistische analyse uiteraard nog niet verantwoord is, dan luiden deze conclusies als volgt:

1. Indien een D.O.- of M.O.D.-restauratie faalt, is volledige vervanging de oorzaak.
2. De oorzaak van vervanging is bij een BUC.-restauratie een aangrenzende restauratie.
3. De overlevingskansen lijken voor een BUC.-restauratie kleiner te zijn dan voor de D.O.- en M.O.D.-restauraties.

Summary:

Title: Survival curves and cumulative hazard curves for restorations. A description of the method.

Keywords: Restorative dentistry – Social dentistry – Military Dental Service – Survival curves

The technique applied for survival curves and cumulative hazard curves for restorations is presented in this first article. Restorations on the second premolar in the upper jaw have been served. The available data are derived from a descriptive mixed-longitudinal study.¹

By means of this model pronouncements can be made about the survival rate of different restorations per tooth and surface. Implying conclusions for this material are not yet possible. By means of the example of restorations on the second premolar can be illustrated how the conclusions would be.

Literatuur:

1. Meeuwissen R, Eschen S, Elteren Ph van. Twintig jaar tandheelkundige verzorging: Basisinformatie voor kwaliteitsbewaking. Ned Tijdschr Tandheelkd 1982; 89: 216-223.
2. Barnes RB, Carter HG, Hall JB. Causative factors resulting in the placement of dental restorations: A survey of 8891 restorations. Mil Med 1973; 138: 736.
3. Brown D. The clinical status of amalgam. A review. Br Dent J 1976; 141: 80.
4. Elderton RJ. The prevalence of failure of restorations: a literature review. J Dent 1976; 4: 207.
5. Allan DN. A longitudinal study of dental restorations. Br Dent J 1977; 143: 87.
6. Crabb HSM. The survival of dental restorations in a teaching hospital. Br Dent J 1981; 150: 315.
7. Letzel H, Vrijhoef MMA. Survival rate of dental amalgam restorations. J Dent Res 1982; 61: 269 (abstract 820).

Oktober 1982. Philips van Leydenlaan 25, 6500 HB Nijmegen.

REDACTIONEEL

DRIE FUNDAMENTELE BEZWAREN TEGEN EEN RECENT ONDERZOEK VAN DE CONSUMENTENBOND

Het artikel 'Kunstgebit zit zelden als gegoten' in een aflevering van de Consumenten-gids¹ heeft nogal wat beroering teweeggebracht. In de pers is uitgebreid aandacht besteed aan de resultaten van dit onderzoek. En terecht, want het is zeker voor de leek schokkend te moeten lezen dat zó veel Nederlanders ontevreden zijn over hun prothese. Volgens de Bond zouden 750.000 Nederlanders klagen, een aantal dat gekwalificeerd wordt als 'beschaamd'. De oorzaak van de ellende zou vooral bij de tandarts of gebittenmaker moeten worden gezocht. Als hij . . . 'het

probleem niet kan verhelpen, geeft hij vaak de patiënt de schuld'.¹ Deze uitspraak impliceert dat een enkele keer de schuld gezocht moet worden in omstandigheden die niet door de tandarts kunnen worden beïnvloed. In het artikel worden genoemd: de onderkaak is 'te groot' of 'te klein', 'het speeksel (is) niet kleverig genoeg' en 'de kaakspieren (zijn) niet goed'. Echter, de kundige vakman kent geen problemen en kan daarom zijn patiënten wel een garantie geven, aldus het artikel.

Van dit tijdschrift mag men een serieus commentaar verwachten op het nogal

emotioneel getinte artikel van de Consumentenbond. De probleemstelling is van groot belang, zeker in een tijd waarin de mogelijke, wettelijk geregelde, komst van de tandprothetist niet veraf lijkt te zijn. De Consumentenbond heeft een onzorgvuldig onderzoek uitgevoerd, althans de verslaglegging getuigt daarvan. Deze stelling zal met een drietal argumenten worden gestaafd. Deze argumenten zijn van 1. specifieke tandheelkundige, 2. gedragswetenschappelijke en 3. methodologische aard.

Tandheelkundige argumenten

Dat de resorptie, van vooral de onderkaak, het houvast van een prothese bemoeilijkt is voor geen enkele tandarts verbazend nieuws. Klachten over loszittende prothe-

sen voegen . . . 'inderdaad niets toe aan de reeds bestaande gegevens uit meer wetenschappelijk opgezet onderzoek'.² Sterker nog, het is eerder verbazingwekkend te noemen dat zo velen géén klachten hebben over gebitsvervangingen, die door tandartsen als onvoldoende worden beoordeeld.³ Om het probleem van de loszittende prothese op te lossen wordt gedurende de laatste decennia veel aandacht besteed aan de resorptie van het kaakbot en het tegengaan daarvan, alsmede aan het zoeken naar oplossingen ingeval de resorptie ver is voortgeschreden. Dat ook andere mondcondities medebepalend zijn voor het al dan niet 'gegoten' zitten van een prothese behoeft voor de ingewijde geen betoog. Het is duidelijk dat de Consumentenbond niet tot de ingewijden kan worden gerekend; immers, onderzoek naar mondcondities is niet gedaan en derhalve kunnen uitspraken over 'schuld' ook niet serieus worden genomen. Dergelijk onderzoek was het minste dat had moeten worden uitgevoerd, want alleen dan kan steekhoudend worden geargumenteed dat de klagers met recht klagen. En ook dan alleen had de Bond kunnen merken hoe moeilijk de beoordeling van een prothese, zeker van een pas gemaakte, is. Immers onderzoek wijst uit dat zelfs getrainde onderzoekers een en dezelfde prothese heel verschillend beoordelen.⁴ Dat er overigens prothesen worden gemaakt die volgens bepaalde criteria slecht zijn, lijkt buiten kijf. Zeker in het geval van een sterk geresorbeerde kaak, zal niet iedere tandarts een goed functionerende prothese maken. Vaardigheid en ervaring, eventueel ook postacademische bijscholing, zijn vereist om tot een optimaal resultaat te komen, waarbij de vraag wat onder optimaal moet worden volstaan verre van gemakkelijk is te beantwoorden. Behalve eisen ten aanzien van retentie, occlusie en articulatie en afwezigheid van pijn, spelen ook factoren zoals cosmetische een rol bij de adaptatie van de prothese door de patiënt. Soms kunnen eisen zelfs met elkaar in strijd zijn. De acceptatie van een (optimale) prothese is nauw gerelateerd aan het oordeel van de patiënt en deze acceptatie is op zijn beurt weer nauw gerelateerd aan allerlei factoren, die veeleer op gedragswetenschappelijk gebied liggen dan op het specifieke tandheelkundige terrein. Dit brengt ons tot het tweede argument.

Gedragswetenschappelijke argumenten

Wat verwacht een patiënt van een gebitsprothese? In hoeverre is een patiënt geïnformeerd over de redelijkheid van zijn verwachtingen? De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde stelt, terecht, in een reactie op het Consumentenbondartikel dat 'Velen die aan een kunstgebit toe zijn, of zo'n prothese hebben, (. . .) het keiharde feit verdringen,

dat dit kunstmiddel per definitie niet net zo kan functioneren als het verloren gegane natuurlijke gebit'.⁵

Het is vreemd gesteld met de houding ten aanzien van de gebitsprothese. Velen zijn in het bezit van een (volledige) gebitsvervang. Het lijkt erop dat tandeloosheid door een groot deel der bevolking wordt beschouwd als een onvermijdelijk gevolg van het ouder worden. Het feit dat zo velen tandeloos zijn bevestigt waarschijnlijk de indruk dat de inspanning om het eigen gebit te behouden in wezen nutteloos is. Bovendien kan het grote aantal prothesedragers reden zijn dat een gebitsprothese maatschappelijk aanvaardbaar wordt geacht, althans in vele maatschappelijke kringen.⁶ Het is opmerkelijk dat uit binnen- en buitenlandse onderzoek naar voren komt dat een aanzienlijk percentage van de bevolking het idee, een prothese te moeten krijgen niet als afschrikwekkend ervaart.⁷⁻⁹ Anderen daarentegen vinden het verschrikkelijk; vooral jongeren belijden een afkeer van gebitsprothesen. Naar de redenen voor de afkeer kan slechts worden gegist: zowel het verzet tegen een aantasting van de lichaamsintegriteit¹⁰ als andere oorzaken kunnen hieraan debet zijn, maar of de prothese wel of niet adequaat is legt niet zoveel gewicht in de schaal. Slechte prothesen worden vaak volledig geaccepteerd en leiden niet tot ontevredenheid,¹¹⁻¹⁵ terwijl anderzijds goede prothesen niet automatisch aanvaard worden.¹⁶ Dat voor de tandeloze het dragen van een prothese onvermijdelijk is dwingt tot acceptatie, maar het adaptatievermogen is niet bij iedereen groot genoeg. De kwaliteit van het leven wordt vermoedelijk ernstig geschaad indien een gebitsprothese ook op de lange duur niet wordt geaccepteerd. Het is bij voorbaat niet uitgesloten dat in een aantal van die gevallen ontevredenheid met de prothese eerder voortkomt uit een gebrek aan adaptatievermogen dan dat de kwaliteit van de voorziening te wensen overlaat.

Het verwachtingenpatroon van de patiënt is slechts één aspect dat bij de acceptatie een rol speelt. De betekenis van tandverlies is niet alleen die van een lichamelijke, maar ook van een geestelijke aantasting. In de psychiatrie is bekend dat aan tanden meerdere betekenissen gehecht worden: agressie, seksualiteit en andere gevoelens zijn verbonden aan het gebit. Sommigen zullen door het gebitsverlies al dan niet bewust voelen dat zij oud aan het worden zijn, dat de libido achteruit gaat, dat zij zich depressief voelen. Het is begrijpelijk dat mensen bij wie dit soort gevoelens ontstaan (ook al kennen zij de samenhang met de tandeloosheid niet) ontevreden zullen zijn over hun prothese. Zij kunnen daadwerkelijk problemen hebben met hun kunstgebit, maar misschien ook heeft hun

klacht over de prothese weer niets van doen met de kwaliteit van het kunstgebit. Helaas is de Consumentenbond ook aan deze problematiek geheel voorbijgegaan.

Methodologische argumenten

Belangrijke kritiek op het onderzoek van de Consumentenbond is van methodologische aard. In Vrij Nederland beschrijft Renate Rubinstein het effect van de wijze van vragenstellen op de antwoorden. Er zijn meer voorstanders voor het plaatsen van kernraketten in Nederland als zij voor afschrikking en verdediging worden gebruikt dan voor aanvalsdoeleinden. Een vraag over deze materie kan op verschillende manieren worden ingekleed en de verkregen antwoorden hangen van de wijze van de formulering af. Dat nu geldt ook voor onderzoek naar tevredenheid. In een onderzoek naar tevredenheid over een fysiologiepracticum bleek dat onder studenten die een hoofdzakelijk geprecodeerde vragenlijst invulden een veel groter aantal aangaf tevreden te zijn dan onder studenten die open vragen voorgelegd kregen.¹⁷ Uiteraard wordt hiermee geen uitspraak gedaan over de beste wijze van vragenstellen. Opmerkelijk is ook hetgeen in het boek 'De machteloze onderzoeker'¹⁸ wordt vermeld: als mensen gedwongen worden *niet-gestelde* vragen te beantwoorden door middel van enkele antwoord-alternatieven, treden significante verschillen in de antwoorden op. Zo is iemand eerder geneigd met 'Ja' dan met 'Nee' te antwoorden. In een satisfactie-onderzoek onder ziekenhuispatiënten bleek echter dat ' . . . de waargenomen kenmerken van de behandeling' de satisfactie meer beïnvloeden dan ' . . . de verschillende objectieve en door verpleegkundigen waargenomen kenmerken van de ziekenhuisomgeving'.¹⁹ Het is daarom van belang te achterhalen hoe oordelen van patiënten tot stand komen. Dit is een wetenschappelijk ingewikkeld en moeilijk proces, dat nog veel arbeid vereist. En het is dus te betreuren dat de Consumentenbond gemeend heeft via een (on)tevredenheidsenquête zulke stellige uitspraken te doen over de tevredenheid inzake gebitsprothesen. Dit klemt te meer waar het onderzoeksverslag niet duidelijk maakt wat nu precies gemeten is. Wat is tevredenheid? Een operationele definitie is niet gegeven. Hoe is de tevredenheid gemeten? Uit het onderzoeksverslag is dat niet op te maken.

Er zijn meer methodologische bezwaren aan te voeren tegen het onderzoek. Als voorbeeld moge gelden dat '435 willekeurig gekozen kunstgebitdragers' werden ondervraagd. Het lijkt niet aannemelijk dat de Consumentenbond de beschikking heeft over de adressen van alle edentaten in Nederland. Uit welke groep is de steekproef dan wel getrokken? Uit een groep Amster-

dammers? Uit patiënten die in de wachtkamer van een ziekenfondskliniek zaten en aan wie gevraagd werd of zij een gebit hadden? Onder leden van de Consumentenbond? Zijn laatstgenoemden nu juist mensen die geneigd zijn tot recalcitrantie? Kortom, omdat de steekproeftrekking niet bekend is kan niet worden beoordeeld in hoe verre de resultaten van dit onderzoek gegeneraliseerd mogen worden. Het is zeer wel mogelijk dat het aantal van 750.000 ontevreden te hoog of te laag geschat is.

Hier komt nog bij dat de samenstelling van de steekproef ook niet wordt vermeld. Hoelang zijn de tandelozen al kunstgebitdragers? Als het patiënten zijn die net een prothese hebben gekregen dan is het niet verwonderlijk dat er nog aanpassingsproblemen bestaan. Zijn het daarentegen patiënten die al tientallen jaren tandeloos zijn, dan speelt de resorptie een grote rol. Zijn het mensen die net aan een nieuwe prothese toe zijn, dan is ontevredenheid niet verwonderlijk.

Het initiatief van de Consumentenbond de tevredenheid over de gebitsprothese te onderzoeken is te prijzen. Het ware echter beter geweest deskundige onderzoekers, die ook op het terrein der tandheelkunde hun sporen hebben verdiend, hierbij te betrekken. En het was verstandiger geweest wat minder over de goed- of slechtheid van de prothese te praten en wat meer accent te leggen op de omstandigheden die aan de ontevredenheid ten grondslag kunnen liggen.

De aanbevelingen, die aan het einde van het hier besproken artikel worden gedaan, stoelen niet op de onderzoeksresultaten. Toch zijn ze niet van belang ontbloeit. Terecht wordt gesteld dat een patiënt een advies bij een andere tandarts moet kunnen winnen. Klaarblijkelijk bestaat, in Nederland, steeds meer behoefte hieraan. Gezien de vrije (tand)artskeuze in ons land kan niemand dit recht aan een patiënt ontzeggen en dat doet de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde dan ook niet. Indien een prothese echt beneden de maat is zal hij worden overgemaakt, eventueel door een andere tandarts. Een in het artikel aangehaalde briefschrijver, die klachten had over zijn prothese, vermeldt trouwens ook dat hij bij een andere tandarts een 'prima' gebit geleverd kreeg. Financiële repercussies heeft het laten overmaken van een slechte prothese niet, daar waar het ziekenfondsverzekeren betreft. En de indruk bestaat dat het merendeel der tandartsen met de particuliere patiënt een regeling zal treffen als

een prothese door hem gemaakt niet aan de eisen voldoet.

De eigen klachtenprocedure van de organisatie van tandartsen wordt door de Bond een 'onderonsje' genoemd, dat vaak tot onbevredigende resultaten leidt. Deze bewering moet, ook al klinkt zij krenkend, niet zonder meer terzijde wordt geschoven; zij vereist nader onderzoek. De klachtenafhandeling lijkt zeker de laatste jaren meer controleerbaar. Gezien de regelmatig gepubliceerde uitspraken van de Afdelingsraden in het Nederlands Tandartsenblad lijkt de indruk, dat de klagende patiënt meer in het gelijk wordt gesteld dan de aangeklaagde tandarts, gewettigd. Toch zou moeten worden onderzocht in hoeverre patiënten door drempelvrees, vooroordelen en de lange duur der klachtenprocedures, afzien van een klacht.

De behoefte aan specialisatie op het terrein der prothetiek kan niet worden afgeleid uit het onderzoeksresultaat van de Consumentenbond. De aandacht en tijd voor de patiënt met een wat moeilijker prothese komen door de toename van de tandheelkundige mankracht in ruimer mate dan voorheen ter beschikking. Bovendien, voor de patiënt met een echt moeilijke prothese bestaat al de mogelijkheid zich te wenden tot bijvoorbeeld speciale klinieken van de universiteiten.

Men realiseer zich dat ondanks kaakverhogingen en een enkel implantaat veel patiënten zich moeten behelpen met een surrogaat dat verre van volledig het eigen gebit vervangen kan. Men realiseer zich ook dat in vele gevallen zelfs een optimale prothese niet zal voldoen. Een van de taken van de tandarts is het begeleiden van zijn patiënten bij het accepteren van het kunstgebit. Dan zal wel sprake moeten zijn van goede patiëntenvoorlichting. Dat het aan dit laatste mankeert is mogelijk een van de conclusies die uit het Consumentenbond-onderzoek kan worden getrokken. Het lijkt wel zeker dat de begeleiding van de tandeloze patiënt ten minste onvolledig is geweest. Wie deze schoen past, trekke hem aan.

S.

Literatuur:

1. *Consumentenbond*. Kunstgebit zit zelden als gegoten. Consumentengids 1983, november: 510-3.
2. *Kalk W*. Misverstanden rond het Kunstgebit? Persbericht NMT, 18 okt. 1983.
3. *Breustedt A*. Psychological and social fac-

tors of importance for the older edentulous patient. *Int Dent J* 1979; 29: 276-84.

4. *Kalk W*. Het kunstgebit een blij bezit? Academisch proefschrift, Vrije Universiteit te Amsterdam. Alphen aan den Rijn: Stafleu & Tholen, 1979.
5. *NMT*. Commentaar van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde op het Consumentenbond-artikel 'Kunstgebit zit zelden als gegoten' in de Consumentengids van november 1983. Nieuwegein, 18-10-1983.
6. *Nikias MK, Fink R, Shapiro S*. Comparisons of poverty and nonpoverty groups on dental status, needs, and practices. *J Public Health Dent* 1976; 35: 237-59.
7. *Gray PG, Todd JE, Slack GI, Bulman JS*. Adult dental health in England and Wales. London: Her Majesty's Stationery Office, 1970.
8. *Schuurs AHB, Duivenvoorden HJ, Thoden van Velzen SK, Verhage F*. Factors associated with regularity of dental attendance. Alphen aan den Rijn: Stafleu & Tholen B.V., 1981.
9. *Van den Berg-Den Haan, Van Bruggen W, Scholten J, Smale-Corstjens R*. Tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in Friesland. Leeuwarden: Provinciale Friese Kruisvereniging, 1974.
10. *Mellgren A*. Sex and denture: psychological aspects. *J Am Soc Psychosom Dent Med* 1974; 21: 125-34.
11. *Seifert I, Langer A, Michman J*. Evaluation of psychologic factors in geriatric denture patients. *J Prosthet Dent* 1962; 12: 516-23.
12. *Manderson RD, Ettinger RL*. Dental status of the institutionalized elderly population of Edinburg. *Community Dent Oral Epidemiol* 1975; 3: 100-7.
13. *Davidson PN*. Survey of the dental status and needs of a group of elderly army pensioners in England. *Community Dent Oral Epidemiol* 1979; 7: 311-4.
14. *Engels M, Tijmstra T*. Characteristics and experiences of women with and without full dentures in a city of the Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1979; 7: 227-32.
15. *Vanderdonck R*. Psychologie van de prothesepatiënt. *Rev Belg-Med Dent* 1975; 30: 145-60.
16. *De Bruyne H*. Zo maar wat vragen . . . enkele vingeroefeningen van een vragenmaker. Leiden: O en O memo 5, 1975.
17. *Hoogstraten Joh*. De machteloze onderzoeker. Meppel/Amsterdam: Boom, 1979.
18. *Visser Aph*. De satisfactie van ziekenhuispatiënten. *Tijdschr Soc Geneesk* 1983; 61: 720-32.
19. *Eykman MAJ, Van Riel CMB, Van Dijk RJ T.G.V.O.* structuur van vraag en aanbod. Werkgroep Voorlichtingskunde en Tandheelkundige Gezondheidszorg. V.U. Amsterdam; R.U. Leiden, februari 1983.