

staan. Allereerst werd de patiënte verzocht om alles wat met een tandheelkundige behandeling te maken heeft, te rangschikken naar de mate van angst. Zelfs het langs het huis van de tandarts wandelen bleek bij haar angst op te wekken. Vervolgens werd de patiënte onder hypnose gebracht en werd zij in een staat van ontspanning gebracht. Hierna werd de minst angstopwekkende prikkel net zo lang (in

haar verbeelding) aangeboden totdat deze geen angst meer opriep. Successievelijk werden de sterkere angstprikkelers aangeboden. Tevens werd de patiënte autohypnose geleerd.

Al met al waren er zeven zittingen van 40 minuten nodig om de patiënte zover te krijgen dat zij naar een tandarts ging. Iedere sessie begon met het aanbieden van de minst angstopwekkende prikkel(s). Bij

de eigenlijke behandeling bracht de patiënte zich alleen tijdens de eerste twee bezoeken onder hypnose; daarna had zij dit niet meer nodig.

De auteur wijst er nog op dat de tandarts die deze techniek wil toepassen, zich dient te beperken tot de behandeling van de *tandheelkundige angst*.

Schuurs - Amsterdam

ONDERZOEK

OUDEREN OVER GEBITSVERLIES

J. W. HEYINK, psycholoog
R. M. H. SCHAUB

Uit de vakgroep Sociale Wetenschappen in de Tandheelkunde van de rijksuniversiteit te Groningen.

Trefwoorden: Prothetische tandheelkunde – Psychologie – Gebitsverlies

1. Inleiding

Eén van de belangrijkste problemen, waarmee de tandheelkundige zorgverlening aan ouderen in Nederland wordt geconfronteerd is het hoge percentage edentaten. Een derde van de Nederlanders van 16 jaar en ouder beschikt niet meer over eigen tanden en kiezen, een proportie die oploopt tot driekwart van de bevolking boven de 65 jaar.^{1,2} Gebitsverlies blijkt, met het klimmen der jaren, eerder regel dan uitzondering.

Voor een verandering van deze situatie is het noodzakelijk kennis te nemen van factoren, die een rol spelen in het proces, dat tot gebitsverlies leidt. Verricht onderzoek in het verleden was vooral gericht op klinische determinanten.^{3,4} De voorspellende waarde van gebitsgegevens voor later gebitsverlies blijkt echter gering,⁵ grond voor de conclusie, dat sociale en psychologische factoren in een verklaringsmodel voor gebitsverlies niet kunnen ontbreken. In Nederland is in enkele onderzoeken aandacht besteed aan de gebitstoestand van en gebitsverlies bij ouderen.⁶⁻⁹ Het betreft voornamelijk onderzoek van het survey-type: breed opgezet met tal van variabelen. De resulterende gegevens zijn tamelijk oppervlakkig en bieden weinig concreet houvast voor een goed inzicht. Uit casus kan echter worden afgeleid, dat er wel degelijk dergelijke concrete informatie kan worden verkregen. De achtergrond hiervan is, dat bij beschouwing van het individu de samenhang tussen variabelen beter kan worden begrepen dan middels correlatie van die variabelen op groepsniveau. Teneinde in de toekomst voor kwantitatief onderzoek zinvolle vari-

abelen te kunnen selecteren, is een kwalitatief en exploratief onderzoek opgezet. Hierin werd in interviews de oudere zelf aan het woord gelaten om de eigen (subjectieve) verklaring voor gebitsverlies te geven.

De vraag naar de 'objectieve' juistheid van dergelijke getuigenissen is in deze opzet van minder belang dan de 'subjectieve' waarheid, waarvan zij een beschrijving zijn.

Inzicht in de achtergronden van gebitsverlies kan worden vergroot, indien we tevens kennis nemen van ervaringen en opvattingen betreffende het gebit van ouderen, die erin geslaagd zijn het natuurlijke gebit tot op hoge leeftijd te behouden. Een aantal verschillen en overeenkomsten tussen beide groepen ouderen zullen worden beschreven.

De rapportage van dergelijk kwalitatief materiaal is voorts zinvol vanwege het persoonlijke, voor de tandarts herkenbare element.

2. Materiaal en methode

Het onderzoek werd uitgevoerd in de gemeente Assen. De onderzoeksgroep was samengesteld uit 16 mannen en 15 vrouwen met een volledige prothese en 14 mannen en 11 vrouwen beschikend over een natuurlijk gebit. De subgroepen kwamen voorts overeen wat betreft leeftijd, opleiding en woonsituatie (niet-geïnstitutionaliseerd). De gemiddelde leeftijd bedroeg ongeveer 64 jaar. Allen waren ouder dan 55 jaar.

De dataverzameling vond plaats middels interviews, een geëigende methode indien exploratie beoogd wordt.¹⁰⁻¹² Alle respondenten werden thuis bezocht. De interviews werden met een cassette recorder geregistreerd en duurden ge-

Samenvatting:

Driekwart van de oudere Nederlanders beschikt niet meer over eigen tanden en kiezen. In dit onderzoek worden achtergronden van gebitsverlies in kaart gebracht. Het perspectief van de oudere zelf staat daarbij centraal: het gaat om zijn verhaal betreffende de oorzaken van het verschijnsel.

Zesenvijftig personen ouder dan 55 jaar, waarvan de helft met een kunstgebit, namen aan het onderzoek deel. Beide groepen kwamen overeen wat betreft leeftijd, geslacht, opleiding en woonsituatie. Het onderzoeksmateriaal kwam tot stand middels inhoudsanalyse van interviews.

Gebitsverlies werd doorgaans gezien als een onvermijdelijk resultaat van een onbeheersbaar proces. Beperkte tandheelkundige mogelijkheden en 'fatale' incidenten werden verantwoordelijk gesteld voor gebitsverlies. Negatieve ervaringen met de tandarts in het verleden beïnvloedden in ernstige mate later tandartsbezoek. Tandheelkundige 'opvoeding' bleek een goede voorspeller voor later gebitsbehoud.

De rapportage wordt besloten met enige suggesties voor onderzoek en beleid.

middeld drie kwartier. Structuur werd aangebracht aan de hand van een aantal thema's. De volgorde, waarin deze ter sprake werden gebracht was niet gefixeerd, dit, om de spontane loop van het gesprek zo weinig mogelijk te belemmeren.

Voorbeelden van dergelijke thema's zijn:

- oorzaak gebitsverlies: hoe kwam het; welke klachten waren er, wie besliste over de extractie, wat vond de omgeving ervan;
- visie op gebitsbehoud (ouderen met een natuurlijk gebit): hoe komt het dat U in tegenstel-

ling tot veel leeftijdsgenoten Uw gebit heeft behouden;

– tandheelkundige carrière: preventie vroeger en nu; gezinssituatie vroeger met betrekking tot de tandheelkunde; ervaringen rond het gebit vroeger en nu.

3. Resultaten

3.1. Subjectieve verklaringen van gebitsverlies

De antwoorden op de vraag: 'Wat is er de oorzaak van, dat U een kunstgebit heeft gekregen?' kunnen in de volgende categorieën worden ondergebracht. Enige overlap is daarbij uiteraard onvermijdelijk.

1. Verklaringen, waarin de beschrijving van een geleidelijk slechter wordend gebit centraal staat.
2. Verklaringen, waarin gebitsverlies (mede) wordt geweten aan bijzondere omstandigheden.
3. Verklaringen, waarin een positieve keuze voor het alternatief, het kunstgebit, een rol speelt.

Ad 1. Geleidelijk verval: 12 verklaringen.

Gebitsverlies komt hier naar voren als het gevolg van een min of meer onontkoombaar en onomkeerbaar proces van aftakeling van het gebit. Het moment van de laatste extracties werd meestal door de respondent zelf bepaald: wanneer de lasten van het eigen gebit de lusten begonnen te overvleugelen stapte men naar de tandarts (vaak voor het eerst in jaren).

Er worden verschillende oorzaken gegeven voor de langzame verslechtering van het gebit, vaak naast elkaar.

Een belangrijke factor blijkt de vroeger nogal gebruikelijke behandeling van aangetaste tanden en kiezen: trekken. Consequent toegepast leidt deze handelwijze op den duur uiteraard tot een weinig functioneel kauwstelsel:

'Ik had op het laatst zo weinig over, dat ik dacht: nu de rest er ook maar uit.'

Er blijkt in de beleving van de respondenten overigens doorgaans geen alternatief geweest te zijn voor het 'trekken'. Bij gebrek aan tandartsen kwam men dikwijls bij de huisarts terecht, die over weinig andere methoden beschikte. Voorts wachtte men vaak zo lang met een bezoek aan de tandarts, dat de aangetaste kies of tand volgens de deskundige niet meer te redden viel.

Daarnaast spreekt men over een tijd, waarin tandheelkundige voorzieningen vaak geheel ontbraken (met name op het platteland), en waar voorhanden, deze slechts over primitieve mogelijkheden beschikten:

'Ze konden toen nog niet zoveel.'

'Plomberen was er toen nauwelijks bij.'

Men ventileert de indruk, dat vroeger ook binnen de tandheelkundige professie minder aan gebitsbehoud werd gehecht dan tegenwoordig.

'Nadat mijn plaatje het omringende deel van mijn gebit begon aan te tasten, zei de tandarts: ik heb maar één redding voor jou: het hele zaakje moet eruit.'

Worden bovenstaande verklaringen gekenmerkt door een zeker fatalisme, vier maal slechts wordt de oorzaak van een slecht gebit geheel bij het individu zelf gelegd. Men spreekt van verwaarlozing, maar vooral van angst. Hier wordt een rechtstreeks verband genoemd tussen gebitsonderhoud (door de tandarts) en gebitsbehoud.

'Tot aan mijn huwelijk ging ik vrijwel nooit naar de tandarts. Ik was erg bang om te gaan. Toen was het dus niet meer te redden.'

Ad 2. Bijzondere omstandigheden: 13 verklaringen.

In bijna de helft van alle beschrijvingen worden onvoorziene situaties of gebeurtenissen aangehaald ter verklaring van gebitsverlies of een ingrijpende verslechtering van het gebit. Men had doorgaans part noch deel aan het proces, er althans geen invloed op. De onontkoombaarheid van het uiteindelijke gebitsverlies valt hier nog meer op dan binnen de hiervoor beschreven categorie. Het zijn meestal eenvoudige verklaringen, gekenmerkt door het enkele fatale voorval. In termen van psychologie kan gezegd worden, dat we hier te maken hebben met een externe attributie van causaliteit.

Drie maal wordt een ziekte genoemd als reden voor totale extractie: een chronische oorspijn had (volgens de huisarts) als oorzaak de toestand van het gebit (die volgens de respondent niet slecht was); vanwege een regelmatig terugkerende keelontsteking adviseerde de huisarts het gehele gebit te laten trekken, hetgeen door een tandarts werd gedaan (de kiezen waren in slechte, de tanden in goede staat); een kaakontsteking op 15-jarige leeftijd: de mond moest leeg, want 'daar zat het kwaad'.

In vier gevallen wordt 'wolf' als oorzaak genoemd. Wolf komt in de beschrijvingen naar voren als een verraderlijke aandoening, die onverhoeds kan toeslaan en waartegen geen verweer mogelijk is. Volgens twee respondenten werd de diagnose 'wolf' door de tandarts gesteld.

Twee keer wordt de oorlog aangehaald als bijzondere omstandigheid. Zo kon een verplichte tewerkstelling in Duitsland worden uitgesteld middels extractie van een groot deel van het gebit. Aldus viel een reeks gave tanden ten offer.

Een banketbakker verhaalt voorts over zijn vroegere 'bakkersgebit', gekenmerkt door een korte levensduur vanwege de zoete lucht waarin wordt gewerkt.

Tot slot nog een paar curieuze gevallen. Een jarenlang voorgeschreven onverdunde 'staaldrank' veroorzaakte een fatale aantasting van het glazuur. Een laatste verklaring betreft het abusievelijk doorbijten van medicinale capsules tijdens een ziekenhuisopname op 15-jarige leeftijd, waar deze ongeschonden de maag hadden

moeten bereiken. De inhoud kon het gebit verwoesten, volgens de zuster. Hetgeen gebeurde, binnen zeven jaar.

Ad 3. Het kunstgebit: 5 verklaringen.

Verklaringen binnen deze categorie onderscheiden zich van beide vorige, doordat vermeende voordelen van het kunstgebit er een rol in speelden. Met andere woorden het betreft hier respondenten voor wie de overgang naar een kunstgebit destijds niet in de eerste plaats een onontkoombaar verlies betekende. Waar reacties van de anderen niet gespeend waren van een zekere fatalistische kijk op het gebeuren ('Ja, wat moet je', 'Je had geen keus', 'Als hij het zegt, dan moet je je daarbij neerleggen') is er hier sprake van een gemotiveerde ingreep ten gunste van het alternatief, de prothese. Men zou kunnen zeggen, dat alleen de respondenten achter deze verklaringen een zekere keuzemogelijkheid hebben ervaren.

Het ligt enigszins voor de hand, dat er onenigheid kan ontstaan tussen tandarts en patiënt, indien de laatste uit is op een totale extractie vanwege de aantrekkelijkheid van een kunstgebit. Ethische problemen liggen hier immers op de loer. Van conflicten wordt echter niet gerept, hoewel er in minstens één geval enige grond voor zou zijn geweest:

(Vrouw, destijds 53 jaar.)

'Ik had zo'n mooi gebit en ik heb nu zo'n lelijke mond gekregen, zo ingevallen. De buurman zei: wat ben jij een oud wiefje geworden.'

'Ik ben altijd naar de tandarts geweest, elk halfjaar. Nooit last. Ik had nog alle tanden en kiezen. Mijn man had veel last van de mond. Heeft een kunstgebit gekregen. Hij was daar heel tevreden mee. Hij zei voortdurend: dat moet je ook doen. Het is een uitkomst. En het leek me ook wel mooi, zo'n gebit. Zodoende. De tandarts zei nog tijdens het trekken: oh, oh, wat zitten die er stijf in. Ik heb er verschrikkelijk veel spijt van, heel stom van mezelf. De tandarts had toch moeten zeggen: dat hoeft niet, dat trekken? Het was verder een hele plezierige man.'

Esthetische overwegingen speelden een rol voor drie respondenten. Het ging hier om mannen, door wie een verzorgd uiterlijk essentieel werd gevonden, vanwege de aard van hun werk. Tenslotte de angst voor pijn als motief. Een overweging, die ook wel eens doorklinkt in andere verhalen:

'Ik had een slecht gebit, mijn vakanties werden er altijd door verknoeid. Ik durfde nooit naar de tandarts te gaan, daar had ik heel slechte ervaringen mee opgedaan, vroeger.'

'Toen ik een ontsteking kreeg, was de maat vol: alles moest er maar uit. Met een kunstgebit ben je tenminste van de ellende af. De tandarts wilde wel.'

'Ik zei weleens: ik wou dat je zonder tanden en kiezen werd geboren. Wat een ellende. Ben nu volmaakt tevreden, met dat ding.'

3.2. Verschillen in ervaringen en opvattingen met die van ouderen, die nog over een natuurlijk gebit beschikken

In het voorgaande werd duidelijk, waaraan ouderen gebitsverlies toeschrijven. De vraag blijft dan liggen, waarom anderen erin slagen het eigen gebit tot op hoge leeftijd te behouden. In de mate, waarin gebitsbehoud te maken heeft met opvattingen en ervaringen rond het gebit is het dan ook van belang na te gaan, of deze voor beide groepen verschillen. Naast een beschrijving van enkele karakteristieken op individueel niveau zullen enige groepsverschillen aan de orde komen.

3.2.1. Tandheelkundige carrière

De vroegste ervaringen met de tandheekunde gaan voor beide groepen in verreweg de meeste gevallen terug tot in de kinderjaren. De motieven achter deze contacten vallen in tweeën uiteen: er waren klachten, of men (met name de ouders) vond een inspectie van het gebit van belang zonder dat er een directe klinische aanleiding voor was. Het tweede motief, op te vatten als passend in een tandheelkundige opvoeding, wordt gerapporteerd door een derde (8) van de groep ouderen met een eigen gebit, terwijl dit slechts geldt voor 4 van de 31 ouderen met een volledige prothese.

Opvallend is, dat allen na een dergelijke 'start' ook later regelmatig een tandarts blijven bezoeken om redenen van onderhoud en controle.

Gepoetst werd er 'van huis uit' door 14 van de 24 dentaten. Van de 26 edentaten, van wie deze informatie voorhanden is, waren dat er 11. Tot een verschil in aangeleerd 'poetsgedrag' kan derhalve niet geconcludeerd worden. Ook hier geldt dat jong geleerd oud gedaan is: alle jeugdige 'poetsers' handhaven deze gewoonte in latere jaren. Grote verschillen tussen beide groepen vinden we in gedrag met betrekking tot het gebit, indien we de periode na de kinderjaren bezien. Op twee na rapporteren alle dentate ouderen rond het 35e jaar regelmatig te hebben gepoetst, terwijl bijna de helft (12) van de gebitslozen nooit een borstel ter hand heeft genomen. Het tandartsbezoek geeft een soortgelijk beeld te zien. In de betreffende periode komt de groep ouderen met een eigen gebit uiteindelijk op twee na tot een min of meer regelmatig tandartsbezoek, waarvan de 'controle' een wezenlijk bestanddeel vormt. Voor niet meer dan een derde (10) van de groep ouderen met een kunstgebit is dit het geval; 21 edentate respondenten rapporteren slechts een tandarts (of huisarts) te hebben bezocht vanwege ernstige klachten.

Het verschil in tandartsbezoek kan niet worden verklaard met een beroep op de (on)bereikbaarheid van tandheelkundige voorzieningen, die de respondenten indertijd ten dienste stonden. Een gelijke proportie (2/3) van beide groepen is afkomstig van het platteland.

Eveneens een overeenkomstig deel (1/3) rapporteert expliciet de huisarts als eerste station op weg naar tandheelkundige hulp in geval van klachten.

3.2.2. Enkele opvattingen en ervaringen betreffende het gebit en de tandarts

We constateerden, dat vooral dentaten van het ouderlijk huis uit tot een regelmatig tandartsbezoek kwamen:

'Je wist van huis uit, dat je je gebit moest verzorgen.'

'Toen ik 12 was, nam mijn moeder mij een keer mee naar de tandarts. Er mankeerde eigenlijk niets aan. Sindsdien ben ik regelmatig blijven gaan.'

Een veel groter deel van de groep ouderen met een eigen gebit begint echter pas later (preventief) van tandheelkundige voorzieningen gebruik te maken en wel veel intensiever dan binnen de andere groep gebruikelijk werd. De vraag rijst dan, welke aanleiding er was af te wijken van wat in die dagen de norm genoemd kon worden: tandartsbezoek enkel in geval van ernstige klachten. Met andere woorden wat heeft deze mensen bewogen meer aandacht, in de zin van poetsen en preventief tandartsbezoek, aan het gebit te gaan besteden?

Inspectie van de interviewgegevens levert een divers beeld op. Grofweg zijn er nochtans twee soorten verklaringen te onderscheiden: de verklaring waarin de nadruk wordt gelegd bij de omgeving van het individu; en die waarin de persoon zelf centraal staat.

In het eerste geval zijn het doorgaans veranderde omstandigheden, die een aanpassing van het gedrag noodzakelijk of gewenst maakten. Zo speelde een aantal malen de beroepssituatie een rol: indiensttreding bij politie of leger betekende bijvoorbeeld een verplichte sanering van het gebit. Bij een ander blijkt een langdurige sanatoriumopname tot nieuwe gewoonten betreffende het gebit te hebben geleid. Vaak wordt de aard van de ziektekostenverzekering als omstandigheid aangehaald. De hoge kosten, waarmee niet-gesaneerde ziekenfondspatiënten zich geconfronteerd kunnen zien, lijkt een efficiënte stok achter de deur, althans nadat de eerste stap gezet is:

'In mijn geboortedorp was geen tandarts, de huisarts trok wel eens. Later ging ik wél regelmatig: je moest wel, je was gedwongen vanwege het ziekenfonds, je moest gesaneerd zijn. Nu ga ik ongeveer één keer per jaar, ik moet het zelf betalen. Gepoetst werd er vroeger ook niet, dat heb ik op mijn 16e in het ziekenhuis geleerd.'

In dit verband is het van belang te wijzen op het aandeel van de tandarts in het onderhouden van een regelmatig contact. Er is grond voor de veronderstelling, dat een actieve opstelling de continuïteit bevordert: herinneringskaartjes of telefoontjes blijken belangrijke stimuli voor patiënten. De persoonlijke relatie met de tandarts staat dan, als het ware, op het spel en zal worden betrokken bij overwegingen omtrent toekomstig tandartsbezoek.

Naast verklaringen, waarin louter veranderde

omstandigheden verantwoordelijk worden gesteld voor nieuwe tandheelkundige gewoonten, treffen we beschrijvingen aan, waarin de persoon zelf centraal staat. Ook hier kunnen gewijzigde omstandigheden weliswaar als 'trigger' fungeren, kenmerkend is echter, dat de nieuw verworven gewoonten werden geïnternaliseerd: er is sprake van een 'tandheelkundige bewustwording'. Een goed gebit werd in toenemende mate van belang gevonden en, als consequentie, een regelmatig onderhoud. Het gaat hier om mensen, die ook zonder druk van omstandigheden gemotiveerd zijn geld en energie in het gebit te investeren.

'Pas toen ik 17 was, kwam ik weer bij de tandarts. De aanleiding was, dat mijn zus zo'n pijn in haar mond had, dus ging ik maar eens mee. Ik kreeg zeven vullingen. Toen was ik er schijnbaar rijp voor, dat ik besefte hoe nodig het was. Sinds toen ben ik trouw naar de tandarts gegaan.'

Vaak begint men zich mogelijke consequenties van gebitsverwaarlozing te realiseren:

'Mijn zus had op haar 23e een kunstgebit en dat vond ik zo verschrikkelijk. Toen drong het tot me door. Dat nooit.'

'De tandarts voorspelde me, dat ik binnen 10 jaar alle tanden kwijt zou zijn, zo slecht waren ze. Dat stimuleerde me hem ongelijk te geven. Sindsdien ben ik regelmatig blijven gaan.'

Waar er enerzijds, met name bij dentaten, omstandigheden hebben bijgedragen aan een gedragsverandering betreffende het gebit, blijken er anderzijds ervaringen te zijn geweest, die zo'n verandering in de weg hebben gestaan. Vooral ouderen met een kunstgebit (15) rapporteerden negatieve tandheelkundige ervaringen in het verleden. Het ligt voor de hand, dat een jong ontwikkelde aversie tegen de tandarts, met bijbehorende angstgevoelens, van essentiële invloed kan zijn op het verloop van de verdere tandheelkundige carrière. Bij ontstentenis van een attitude, gericht op behoud en onderhoud van het gebit betekent tandartsbezoek een korte termijn-investering. Binnen die optiek lijkt het middel inderdaad vaak erger dan de kwaal.

'Ik liet een verstandskies trekken. Het duurde een paar maanden voor het genezen was. Ellen-de. Toen dacht ik: ik ga pas weer, als mijn hele gebit getrokken moet worden. Dan is het in een keer gebeurd.'

Nare ervaringen betroffen onder meer de wachtkamer ('Enge plaatjes aan de muur'), pijn ('Hij wilde niet verdoven, dat was voor kleine kinderen, zei hij'), de techniek van de tandarts ('Hij zette zich met zijn voet op de stoel af, bij het trekken'), en zijn houding ('Je was een nummer. Dan word je nog nerveuzer'). Het is dan ook niet verwonderlijk, dat juist bij deze groep de tandarts indertijd een weinig positieve naam had, getuige de gerapporteerde kwalificaties: 'paardensmid', 'fietsmakers', 'beulswerk'. Zoals een dame het verwoordt:

'Ik had slechte ervaringen met de tandarts als kind. Hij werd de 'beul' genoemd. Dat werkt natuurlijk door in je latere leven. Je wordt ontzettend angstig.'

Tenslotte een enkel woord over de prothese als voorland van het natuurlijk gebit.

Voor veel ouderen met een eigen gebit wordt en werd een regelmatig tandartsbezoek ingegeven door de afkeer van een kunstgebit. Men is tot veel bereid dat alternatief te ontlopen. Een dergelijke houding is in het verleden van de prothesedragers nauwelijks terug te vinden. Doorgaans werd het kunstgebit als een onvermijdelijke en redelijke vervanging van het eigen gebit beschouwd, reden waarvoor men er zich nauwelijks druk over maakte.

4. Conclusies en discussie

Gebitsverlies werd doorgaans gezien als een onontkoombaar resultaat van een ontwikkeling, waarop men weinig greep had. Veelal heeft men een duidelijk idee omtrent de oorzaak, die meestal buiten de persoon zelf wordt gevonden: gebrekkige voorzieningen, en 'fatale' voorvallen bepalen het beeld. Voorts valt op, dat het gebit als brandpunt voor speciale zorg en aandacht indertijd nauwelijks een rol speelde in het dagelijks leven.

Vanwege het geringe gewicht, dat psychologisch gezien aan het gebit werd gehecht, had gebitsbehoud een lage prioriteit. Aandacht voor het gebit beperkte zich tot momenten van pijn en ongemak, waarvan men zo snel en rigoreus als mogelijk verlost diende te worden.

Het kunstgebit werd doorgaans beschouwd als een behoorlijk alternatief.

'Gebitsbewust' gedrag, dat in de kinderjaren is gestimuleerd werd gehandhaafd in latere jaren. Het lijkt een goede voorspeller voor gebitsbehoud tot op hoge leeftijd. Het nut van een vroegtijdig aanleren van een 'gebitsbewust' gedrag voor gebitsbehoud op latere leeftijd lijkt dan ook evident. Het is in dit verband bedenkelijk, dat een instituut als de schooltandverzorging vanwege bezuinigingen steeds meer op de tocht komt te staan.

Er blijkt, binnen de huidige onderzoeksgroep, een sterk verband tussen regelmatig, preventief tandartsbezoek en gebitsbehoud. De motieven om tot een regelmatig tandartsbezoek te komen lijken niet structureel van aard, maar ingegeven door (min of meer toevallige) omstandigheden en incidenten: vaak is er sprake van een 'trigger' in de vorm van een dwang of druk van buitenaf. Zo blijkt het verplichte controlebezoek voor ziekenfondspatiënten een belangrijke rol te hebben gespeeld. Duidelijk wordt, dat veel mensen middels een 'duwtje' over de streep werden getrokken. Ook hier handhaaft zich meestal het veranderde gedrag. De tandarts speelt hier uiteraard een belangrijke rol. Zo kan het actief

betrekken van de patiënt bij beslissingen omtrent de aard en het verloop van een behandeling sterk motiverend werken. Overigens blijkt ook een eenvoudig herinneringsbriefje betreffende controlebezoek een stimulans te zijn. De persoonlijke relatie met de tandarts wordt als zodanig betrokken bij overwegingen omtrent tandartsbezoek.

Vanwege het verband met gebitsbehoud is stimulering van regelmatig tandartsbezoek van toekomstige ouderen uiteraard van groot belang. Het verwijderen van tandheelkundige voorzieningen voor volwassenden uit de ziekenfondsverstrekkingen zou dan ook een ernstige stap terug betekenen.

Voorts is het zinnig, mensen op tijd ervan te doordringen dat het kunstgebit een relatief povere vervanging is voor het eigen gebit. De ervaringen met de prothese achteraf rechtvaardigen immers zelden het gemak en het vertrouwen, waarmee doorgaans op een kunstgebit werd overgegaan. Ze blijken nogal tegen te vallen.¹³⁻¹⁶ Uitvoerige en tijdige informatie betreffende de consequenties van een totale extractie kan zodoende gebitsbehoud bevorderen. Een gerichte voorlichting, waarin gewezen wordt op de moderne tandheelkundige mogelijkheden, kan het weinig positieve beeld van de tandarts, dat bij velen nog bestaat, verdringen. Ook toekomstige generaties ouderen groeien op in een tijd, waarin de angst voor pijn bij een tandartsbezoek nogal eens gerechtvaardigd was. Een grotere bekendheid met de mogelijkheden van de hedendaagse tandheelkunde om het ongemak bij een tandartsbezoek beperkt te houden, kan zodoende een rem op gebitsonderhoud wegnemen.

Vanuit een methodisch gezichtspunt kan worden gesteld dat het met de huidige opzet goed mogelijk is een aantal relevante factoren aan het licht te brengen, die van invloed zijn op de subjectieve beleving van gebitsverlies. Deze factoren zijn in hun aard en werking duidelijker te beschrijven dan wat in survey-resultaten wel werd aangeduid als houding of tijdgebonden waarden en normen.

Voor verder onderzoek zou bijvoorbeeld op de volgende zaken kunnen worden ingegaan: gepercipiëerd voorzieningenpeil, 'fatale' voorvallen, aanleren van 'gebitsbewust' gedrag, etc. Essentieel lijkt daarbij dat deze variabelen zowel bij ouderen als bij jongeren worden nagegaan. Het voorzieningenpeil is immers toegenomen, evenals de gemiddelde kennis van de burger, terwijl veel meer mensen dan vroeger een gebitsvriendelijke opvoeding hebben genoten.

Dit onderzoek, uitgevoerd in de periode januari-september 1984, is mogelijk gemaakt door een

subsidie van het Praeventiefonds, projectnummer 28-992.

Summary:

Title: Opinions about tooth loss among the elderly.

Keywords: Prosthetic dentistry - Psychology - Tooth loss

Most of the Dutch elderly population lost their natural dentition. This explorative study concerns the individuals' own explanations for this phenomenon. Fifty-six individuals, over 55 years of age, participated; half of them edentulous. The data were derived from content-analysis of taped interviews.

Tooth loss was usually seen as an inevitable result of an uncontrollable process. Poor access to dental care and 'fatal' incidents were most often held responsible for tooth loss. Dental health education in childhood seems to be a fair predictor for the preservation of the dentition in later life. Negative dental experiences seriously inhibited later dental attendance.

Some implications of these findings are briefly discussed.

Literatuur:

1. Van den Berg J. Gebitsprothesen bij de Nederlandse bevolking. Maandbericht Gezondheid (CBS) 1982; 10.
2. Meningen over tandverzorging en ervaringen met tandartsen. Apeldoorn: Lagendijk Opinie Onderzoek, 1980.
3. Grewe JM, Gorlin RJ, Meskin LH. Human tooth mortality: a clinical-statistical study. J Am Dent Assoc 1966; 72: 106-12.
4. Hobdell MH, Scheiham A, Slack GL. Patterns of tooth loss in British populations: studies on N.H.S.-patients. Br Dent J 1969; 126: 349-51.
5. Todd JE, Whitworth A. Adult dental health in Scotland. London: H.M.S.O., 1972.
6. Schaub RMH. De mondgezondheid van de oudere mens. Ned Tijdschr Tandheelkd 1982; 89: 506-13.
7. Bouma JC, Van de Poel ACM. Sociale determinanten van de totale extractie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1983; 90: 12-7.
8. Engels M, Tijnstra Tj. Kenmerken en ervaringen van vrouwen met en zonder gebitsprothese. Ned Tijdschr Tandheelkd 1979; 86: 213-21.
9. Instituut voor Psychologisch Marktonderzoek. Problemen rond de gebitsprothese? Rotterdam: 1980.
10. Kerlinger FN. Foundations of behavioral research. London: Holt, Rinehart & Winston, 1970.
11. Galtung J. Theory and methods of social research. London: George Allen & Unwin Ltd., 1967.
12. Blair E, Sudman S, Bradburn N, Stocking C. How to ask questions about drinking and sex: response effects in measuring behavior. J Mark Res 1977; 14: 316-21.
13. Heyink JW, Schaub RMH. Tand en destijds. Interne publikatie, vakgroep Sociale Wetenschappen in de Tandheelkunde, rijksuniversiteit te Groningen, 1984.
14. Heezen JG. Behandelingsbehoefte en behandelingsnoodzaak bij prothesedragende ouderen. Intern rapport, vakgroep Sociale Wetenschappen in de Tandheelkunde, rijksuniversiteit te Groningen, 1984.
15. Kalk W. Het kunstgebit een blij bezit? Naarden: Boek- en offsetdrukkerij Los, 1979.
16. Kamerling R. Een onderzoek naar de tandheelkundige verzorging van de bejaarde, nieuw-opgenomen, verpleeghuispatiënt. Scriptie, rijksuniversiteit te Groningen, 1981.

Maart 1985.

Ant. Deusinglaan 1,
9713 AV Groningen.