

De invloed van mondgezondheid op de levenskwaliteit van volwassen Nederlanders

Als onderdeel van een grootschalig tandheelkundig-epidemiologisch onderzoek onder volwassenen in 's-Hertogenbosch werd gekeken naar de invloed van een aantal klinische en demografische variabelen op de levenskwaliteit. De levenskwaliteit werd gemeten met behulp van een Nederlandse versie van de verkorte Oral Health Impact Profile. De helft van de ondervraagden bleek geen enkele negatieve invloed van hun mondgezondheid op hun levenskwaliteit te ondervinden. Vooral mensen met een slechte mondgezondheid en laagopgeleiden hadden een hoge score op de Oral Health Impact Profile. De gemiddelde score van 2,8 was lager dan de gevonden gemiddelden in onderzoeken in Australië (7), Engeland (5) en Nieuw Zeeland (8). Geconcludeerd werd dat de mondgezondheid van invloed leek op de levenskwaliteit van de populatie, al laat de correlatieve onderzoeksopzet geen causale uitspraken toe.

Verrips GHW, Schuller AA. De invloed van mondgezondheid op de levenskwaliteit van volwassen Nederlanders

Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 162-164

doi: 10.5177/ntvt.2011.03.10221

Inleiding

Het laatste decennium is in de tandheelkunde de aandacht voor de levenskwaliteit van patiënten spectaculair gegroeid. Dit is mede het gevolg van het emancipatorische inzicht dat het perspectief van de patiënt mee dient te wegen bij besluitvorming over beleid en behandelopties. Daarom wordt vaker epidemiologisch onderzoek gedaan naar de levenskwaliteit van de populatie, en naar hoe die wordt beïnvloed door de mondgezondheid ('Oral Health-Related Quality of Life'; OHQoL) (Steele et al, 2004; Gagliardi et al, 2008; Lawrence et al, 2008).

Doelstelling van het onderzoek was na te gaan of de OHQoL van de volwassen bevolking te maken heeft met variabelen als dentate of edentate mond, cariëserving, leeftijd, aanvullende verzekering voor mondzorg, sociaaleconomische status en laatste tandartsbezoek.

Materiaal en methode

Populatie en steekproef

De populatie van 's-Hertogenbosch werd als representatief voor die van Nederland beschouwd. Uit het verzekerdenbestand van een zorgverzekeraar werd een steekproef getrokken van 6.750 verzekerden van 25-74 jaar. Zij ontvingen een brief waarin het doel van het onderzoek werd uitgelegd en waarin de komst van een enquêteur werd aangekondigd.

De onderzoekers legden persoonlijk contact met 4.533 mensen (69%). Van deze personen had 36% aan de enquête deelgenomen. Veruit het merendeel vulde het deel van de vragenlijst in dat bestemd was voor dentaten (87%). De

dentate respondenten werd gevraagd deel te nemen aan een klinisch mondonderzoek. Uiteindelijk werd bij 1.018 dentaten (72%) een klinisch onderzoek uitgevoerd.

In dit artikel worden enquêtegegevens gerapporteerd van 1.580 respondenten en klinische gegevens van 1.018 respondenten. Van 975 respondenten waren zowel enquêtegegevens als klinische gegevens beschikbaar. Meer informatie over de beschikbare respondenten staat in tabel 1. Details over de steekproeftrekking zijn te vinden in een naar aanleiding van dit onderzoek geschreven uitgebreide rapportage (Schuller, 2010).

Instrumenten

De klinische gegevens werden in een daartoe geëquipeerde onderzoeksbus verzameld door gekalibreerde tandarts-onderzoekers. Door middel van een enquête werden de demografische en sociale variabelen bepaald. In de enquête werd de levenskwaliteit gemeten met behulp van een Nederlandse vertaling van de verkorte versie van de Oral Health Impact Profile (OHIP-NL14) (Van der Meulen et al, 2011).

Analyse

Het verband tussen OHQoL en de andere onderzoeksvariabelen werd bepaald door middel van univariate variantieanalyse. Aangezien kon worden verwacht dat de onderzoeksvariabelen gecorreleerd waren, werden correlatiecoëfficiënten berekend. Bij een p-waarde kleiner dan 0,05 werd de uitkomst als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

De gemiddelde totaalscore op de OHIP-NL14 was $2,8 \pm 5,9$. De totaalscore was zeer scheef verdeeld: 51% van de respondenten had een totaalscore van 0. De gemiddelde OHIP-NL14-score van de respondenten met een score hoger dan 0 was $5,7 \pm 7,3$. De minimumscore was 0 en de maximumscore 50.

In tabel 1 staan alle beschikbare gegevens over de onderzoeksvariabelen vermeld. Helaas waren niet van alle benaderde personen alle gegevens beschikbaar. Uit de tabel blijkt dat alle onderzoeksvariabelen statistisch significant waren gerelateerd aan de totaalscore op de OHIP-NL14, met uitzondering van de aanvullende verzekering voor mondzorg.

In tabel 2 wordt het verband tussen de onderzoeksvariabelen onderling en de OHIP-NL14 uitgedrukt in Pearsons correlatiecoëfficiënten. Hieruit blijkt dat de status van het gebit de belangrijkste variabele is in het correlatiemodel.

Discussie

Steele et al rapporteerden in 2004 een gemiddelde OHIP-14-score van 7,4 onder dentate volwassenen in Australië en van 5,1 in het Verenigd Koninkrijk. Lawrence et al (2008)

	n	OHIP-NL14	95% CI	p
Gebitsstatus				< 0,001
Edentat	207	5,1 ± 8,6	3,9 - 6,2	
DMFT ≥ 10	670	3,1 ± 6,1	2,6 - 3,5	
DMFT < 10	285	1,4 ± 3,1	1,0 - 1,7	
Leeftijd				< 0,001
25-34	292	1,6 ± 3,2	1,2 - 1,9	
35-44	339	3,1 ± 6,6	2,4 - 3,8	
45-54	410	3,0 ± 5,7	2,4 - 3,5	
55-64	312	3,4 ± 6,7	2,7 - 4,2	
65-74	227	3,0 ± 6,4	2,2 - 3,8	
Opleiding				< 0,001
Laag	866	3,3 ± 6,2	2,9 - 3,7	
Hoog	651	2,1 ± 5,3	1,7 - 2,5	
Aanvullend verzekerd voor mondzorg				0,08
Ja	1.229	2,7 ± 5,8	2,4 - 3,0	
Nee	238	3,5 ± 6,6	2,6 - 4,3	
Laatste tandartsbezoek				< 0,001
< 1 jaar geleden	1.254	2,6 ± 5,5	2,2 - 2,8	
> 1 jaar geleden	318	4,0 ± 7,1	3,2 - 4,7	

Tabel 1. Aantal beschikbare gegevens van respondenten (n), gemiddelde waarde OHIP-NL14 met standaardafwijking, 95% betrouwbaarheidsinterval (95% CI) en p-waarde van de ANOVA-toets, per onderzoeksvariabele.

	OHIP-NL14	Gebitsstatus	Leeftijd	Opleiding	Aanvullende verzekering	Tandartsbezoek
OHIP-NL14	1					
Gebitsstatus	0,2	1				
Leeftijd	0,1	0,5	1			
Opleiding	-0,1	-0,3	-0,2	1		
Aanvullende verzekering	-0,1	-0,2	0	0,1	1	
Tandartsbezoek	-0,1	0,4	0	0	-0,2	1

Tabel 2. Correlatiematrix OHIP-NL14 en onderzoeksvariabelen (n = 975).

vonden bij een cohort dentate 32-jarigen in Nieuw-Zeeland een gemiddelde OHIP-14-score van 8. In het onderhavige onderzoek bleek dat de helft van de Nederlandse volwassen populatie, inclusief edentaten, totaal geen negatieve invloed van hun mondgezondheid op hun levenskwaliteit ondervond. De gemiddelde OHIP-NL14-score was 2,8. De OHQoL van de Nederlandse volwassen bevolking was dus veel beter dan die van groepen volwassenen in Australië, het Verenigd Koninkrijk en Nieuw Zeeland.

Niettemin bestonden in Nederland grote verschillen in OHQoL tussen onderscheiden groepen. Edentaten hadden een opmerkelijk slechtere OHQoL dan dentaten en onder dentaten hadden mensen met een DMFT-score lager dan 10 de beste OHQoL. Ook Steele et al (2004) vonden een sterk verband tussen gebitsstatus en OHQoL. Een goede gebitsgezondheid is dus niet alleen tandheelkundig klinisch relevant, maar leidt ook tot minder subjectief ervaren problemen met de mondgezondheid en tot een betere levenskwaliteit.

Ook bleek dat mensen met een laag opleidingsniveau

relatief een slechte OHQoL hadden. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen ten nadele van laagopgeleiden zijn niet alleen geassocieerd met een slechte mondgezondheid maar, als gevolg daarvan, ook met een slechtere OHQoL. Dit feit onderstreept nog eens het belang van beleid gericht op het terugdringen van dergelijke gezondheidsverschillen.

Niet iedereen die werd uitgenodigd in het onderzoek te participeren, ging daarop in. Het is bekend dat non-participanten over het algemeen een slechtere mondgezondheid hebben dan participanten. De uitkomsten van het onderzoek laten daarom waarschijnlijk een iets te positief beeld zien.

Sommige auteurs trekken de validiteit van de OHIP in twijfel omdat het niet zeker is dat deze vragenlijst meet wat hij wordt geacht te meten. Zo wezen Verrips (2008) en Kieffer et al (2011) erop dat de OHIP feitelijk een combinatie is van oorzaken en gevolgen of effecten van OHQoL. Ondanks deze bezwaren maakt het gebruik van de OHIP internationale vergelijkingen mogelijk. Nader onderzoek naar de

validiteit van de OHIP (en andere instrumenten) is gewenst zodat meer valide metingen van OHQoL mogelijk worden. Het is immers zonneklaar – ondanks de beperkingen van het huidige instrumentarium – dat een gezonde mond tot een beter leven leidt.

Literatuur

- * Kieffer JM, Verrips GHW, Hoogstraten J. De complexiteit van het concept mondgezondheid-gerelateerde levenskwaliteit. Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 142-144.
- * Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. Community Dent Oral Epidemiol 2008; 36: 305-16.
- * Meulen MJ van der, Lobbezoo F, John MT, Naeije M. Oral Health Impact Profile. Meetinstrument voor de invloed van de mondgezondheid op de levenskwaliteit. Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 134-139.
- * Schuller AA (red.). Mondgezondheid van volwassenen 2007. Leiden: TNO, 2010.
- * Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community Dent Health 1994; 11: 3-11.
- * Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol 1997; 25: 284-90.
- * Steele JG, Sanders AE, Slade GD, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. Community Dent Oral Epidemiol 2004; 32: 107-14.
- * Verrips GHW. Think bigger. Amsterdam: Vossiuspers, 2008.

Summary

The impact of oral health on quality of life of Dutch adults

As part of a large-scale oral health/epidemiological research project among adults in 's-Hertogenbosch, the impact of a number of clinical and demographic variables on quality of life was studied. Quality of life was measured with the help of the Dutch version of the abridged Oral Health Impact Profile. Half of those questioned appeared to experience no negative impact at all from their oral health on their quality of life. Those with poor oral health and a low level of education were especially likely to have a high score on the Oral Health Impact Profile. The average score of 2.8 was lower than the revealed averages in research in Australia (7), England (5) and New Zealand (8). It was concluded that oral health appears to have an impact on the quality of life of a population although the correlational research format did not permit causal judgements.

Bron

G.H.W. Verrips¹, A.A. Schuller²

Uit ¹de sectie Sociale Tandheelkunde, afdeling Conserverende en Preventieve Tandheelkunde, van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam en ²TNO Kwaliteit van Leven in Leiden

Datum van acceptatie: 2 januari 2011

Adres: prof. dr. G.H.W. Verrips, ACTA, Gustav Mahlerlaan 3004,

1081 LA Amsterdam

g.verrips@acta.nl