

## Levenskwaliteit en mondgezondheid

In de eerste helft van de twintigste eeuw was de professionele tandheelkundige zorg gericht op het behoud van een volledig ontstekingsvrije dentitie en een onstekingsvrij parodontium. Daarmee conformeerde de tandheelkundige professe zich aan het algemene inzicht dat afwezigheid van ziekte en gebrek (verlies van gebitselementen) de gezondheid bepaalde. De subjectieve beleving van ziekte en de invloed daarvan op het gevoel van welbevinden was van ondergeschikt belang.

Halverwege de vorige eeuw was er formeel sprake van een paradigmaverschuiving in het denken over gezondheid toen de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, WHO) in haar Grondwet van 1948 gezondheid definieerde als *“a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity”*. Het gevolg van deze definitie was dat naast mortaliteit ook morbiditeit en de wijze waarop patiënten hun (niet-levensbedreigende) ziekte ervoeren in het dagelijks leven een plaats kregen binnen het begrip gezondheid. Eind jaren '80 van de vorige eeuw begon het begrip levenskwaliteit ook een rol te spelen in de mondgezondheid, getuige de eerste wetenschappelijke artikelen over levenskwaliteit in relatie tot mondgezondheid.

Het themanummer 'Mondgezondheid en levenskwaliteit' laat zien hoe dit begrip



de laatste decennia in vele deelgebieden van de mondzorg is doorgedrongen. In de gezondheidszorg en in het politieke spel over welke deelgebieden van zorg prioriteit moeten krijgen, spelen de prevalentie en incidentie van een ziekte, en dan vooral de mortaliteit, van oudsher een belangrijke rol. In landen waar de middelen beperkt zijn, krijgen mondziekten als cariës en parodontale aandoeningen nauwelijks aandacht omdat aangenomen wordt dat de mortaliteit te verwaarlozen is.

Prioriteitstelling in het zorgsysteem is een belangrijk beleidsinstrument. Ook in een rijk land als Nederland worden prioriteiten in de zorg gesteld, en dan blijkt mondzorg geen prioriteit te zijn, gezien bijvoorbeeld de gelimiteerde zorg voor daklozen, illegalen, kwetsbare ouderen en gehandicapten. Nu echter in de laatste decennia het besef is doorgedrongen dat ook niet-levensbedreigende ziekten naast pijn een aanzienlijke last/ongemak betekenen omdat het patiënten beperkt in hun dagelijkse activiteiten, worden de omvang en de last van elke ziekte vastgelegd in een maat waarin naast mortaliteit, ook morbiditeit en levenskwaliteit zijn verwerkt, de zogeheten 'Disability Adjusted Life Years' (DALY's) (Murray CJL en Lopez AD, 1996. The global burden of disease). Een DALY voor een ziekte is de som van het aantal verloren jaren door vroegtijdig sterven en de som van het aantal jaren met een handicap van de totale bevolking.

Cariës, parodontale aandoeningen en vooral pijn als gevolg daarvan kunnen handicaps veroorzaken zoals verlies van mobiliteit, zelfzorg, cognitieve vaardigheid, sociale contacten en energie door verstoorde slaap. Deze handicaps worden gewogen met een getal tussen 0, geen beperkingen/handicap, en 1, de dood als hoogste handicap.

De verschillende vormen van kanker, congenitale aandoeningen en systemische ziekten met symptomen in de mond zijn inmiddels ondergebracht in DALY's van de desbetreffende ziekten. Voor de 2 mondziekten die het meest voorkomen, cariës

en parodontale aandoeningen, zijn DALY's niet goed te berekenen omdat met het DMFT- en CPI-getal geen informatie wordt gegeven over pijn en ongemak ten aanzien van de genoemde handicapfactoren.

Het verlies van gebitselementen, de M-component van het DMFT-getal geeft geen informatie over de grootte van de handicapfactor, omdat niet duidelijk is of het gaat om cosmetisch belangrijke gebitselementen of om gebitselementen met een kauwfunctie. De D-component betekent carieuze caviteit, maar zolang er geen sprake is van pijn en ongemak is er geen subjectief gevoel van beperking/handicap en heeft dit dus geen invloed op de DALY. Parodontale ontstekingen kunnen ook pijn en ongemak veroorzaken, maar dat is niet uit de CPI af te leiden. Wereldwijd is pijn veroorzaakt door cariës die te laat of helemaal niet wordt behandeld, een belangrijke factor die het individuele welzijn en functioneren beperkt. Cariës die onbehandeld blijft, is wereldwijd een veronachtzaamd probleem. In het 'Millennium village project' van de Verenigde Naties in Afrika bleek 25-55% van de dorpingen bij een nulpuntonderzoek pijnklachten te hebben in de mond.

In hoog inkomelanden is dit een probleem van geringere omvang omdat tandheelkundige noodhulp beter bereikbaar en betaalbaar is. Toch rapporteert 16% van de bevolking in de Europese Unie in 2009 pijn in de mond te hebben gehad (rapport van de Europese Unie 'Oral Health' van februari 2010, [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_330\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_330_en.pdf)).

Het wordt hoog tijd dat in nationaal epidemiologisch onderzoek naar cariës en parodontale aandoeningen ook de gevolgen zoals pijn en ongemak in kaart worden gebracht, zodat DALY's van cariës en parodontale aandoeningen wereldwijd als beleidsinstrument kunnen worden ingezet. Voor het Nederlandse zorgbeleid is dit wellicht van minder belang, maar het aspect levenskwaliteit behoort te zijn geïntegreerd in de epidemiologie van de mondzorg, wil het aansluiten bij de huidige opvattingen over gezondheid.