

Mondgezondheid en Maatschappij I

2021-2022

Dr. Martijn Lambert



Inleiding

In de lijn “Mondgezondheid en Maatschappij” wordt de (mond)gezondheid van het individu gekaderd in een bredere maatschappelijke context. Gezond zijn en gezondheidszorg hebben niet alleen lichamelijke, maar ook psychische en sociale dimensies. De tandartsen van vandaag en morgen dienen inzicht te hebben in het begrippenkader dat binnen elk van deze dimensies wordt gehanteerd.

Tijdens dit vak zal onder meer inzicht geboden worden in de basisbeginselen van de **Psychologie**. Via de lessen van het onderdeel psychologie hopen wij jullie vertrouwd te maken met de belangrijkste referentiekaders voor een algemeen tandarts: gedragsleer, persoonlijkheid in relatie tot klachten en de impact van stress en pijn. Deze lessen zullen gegeven worden door Prof. Dr. Marie-Anne Vanderhasselt. De uitgeschreven versie van dit onderdeel staat als een apart document op UFORA.

De impact van maatschappelijke factoren op gezondheid en ziekte worden geïllustreerd via de inleiding tot de **Medische Sociologie**. De lessen sociologie en gezondheidsbevordering hebben als doel de studenten vertrouwd te maken met een aantal concepten en theorieën uit de sociale wetenschappen, toegepast op de geneeskunde en tandheelkunde. Indien de geneeskunde en tandheelkunde effectief een bijdrage willen leveren tot het behoud van gezondheid en het welzijn van een populatie, dan moeten gezondheidswerkers rekening houden met de betekenis van ziekte en gezondheid voor mensen, moeten ze inzicht hebben in het gezondheids- en ziektegedrag van mensen en moeten ze inzicht hebben in de factoren die een rol spelen in het al dan niet hebben van ziekteverschijnselen en in de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager.

Sociologie in de gezondheidszorg handelt net als psychologie over zaken die te maken hebben met de alledaagse ervaringen van zorgverleners en zorgvragers en handelt over zaken die de zorgvraag voorafgaan. De lessen sociologie hebben als doel structuur en theorieën aan te brengen die helpen bij het begrijpen van het eigen gedrag van de zorgverlener en dit van de zorgvrager, met als doel de zorgverlening te verbeteren voor alle actoren.

Een derde onderdeel van de cursus heeft betrekking tot **Gezondheidspromotie**. Bijna nergens in de gezondheidszorg hebben mensen, als individu of als gemeenschap, zoveel impact op hun eigen gezondheid als in de mondgezondheidszorg, daar nagenoeg alle aandoeningen in de mond te voorkomen zijn mits een goede mondhygiëne. Preventie en gezondheidsvoorlichting zijn dan ook de hoeksteen van goede gezondheidspromotie. Hierbij dient wel extra aandacht besteed te worden aan gerichte interventies, waarbij de groepen in de samenleving met het grootste risico ook effectief bereikt worden.

De hoorcolleges “**Inleiding in de epidemiologie**” creëren een helikopterbeeld op de meest voorkomende aandoeningen in de mond. Het is belangrijk op een degelijke en wetenschappelijk onderbouwde manier te onderzoeken hoe vaak een bepaalde aandoening op een bepaalde plaats voorkomt, en welke maatschappelijke trends hierin gevonden kunnen worden. Vanuit dit helikopterperspectief kan informatie doorgegeven worden aan de overheid voor het opstellen en bijsturen van beleidsplannen inzake (mond)gezondheid.

De inzichten die jullie in de cursus Mondgezondheid en Maatschappij I vergaren over psychologie, medische sociologie, gezondheidspromotie en epidemiologie worden ook in de praktijk toegepast in een **tutorial**, bestaande uit twee concrete casussen die in kleine groepjes en onder begeleiding besproken zullen worden. Elk van beide casussen zal behandeld worden op twee afzonderlijke momenten. Ondanks de grillen van het covid-virus zullen de tutorials normaal gezien live kunnen doorgaan.

Tijdens de eerste tutorial-sessie is het belangrijk om de meest essentiële informatie uit de casus zelf te halen, en op basis hiervan de juiste onderzoeksvragen te stellen. Vanuit deze onderzoeksvragen worden jullie uitgenodigd om in de wetenschappelijke literatuur de meest relevante informatie te filteren die voldoet aan de onderzoeksvragen. De resultaten die door elk van jullie worden gevonden, zullen in een tweede tutorialsessie in groep worden besproken. Bovendien zal de examenleerstof voor de tutorials samengesteld worden op basis van de informatie die door jullie zelf wordt aangebracht.

Aangezien dit volledige opleidingsonderdeel inspeelt op de actualiteit van de maatschappij, proberen wij niet alleen de tutorials, maar ook het andere lesmateriaal voortdurend aan te passen en te updaten. De Powerpoint slides die zullen worden toegelicht tijdens de hoorcolleges vormen dan ook het belangrijkste onderdeel van de examenstof. Dit lijnboek, dat eveneens jaarlijks wordt bijgewerkt, bundelt en synthetiseert op thematische wijze de achtergrondinformatie en de voornaamste krachtlijnen van de hoorcolleges, waardoor jullie de informatie hopelijk nog beter kunnen begrijpen en instuderen.

Belangrijke delen van dit lijnboek werden ontleend aan een eerste ontwerp van de hand van Prof. Dr. em. Jacques Vanobbergen en Prof. Dr. em. Luc De Visschere. Wij zijn dankbaar op deze kennis te mogen voortbouwen.

Tot slot dank ik ook jullie voorgangers voor het grondig nalezen en wegwerken van taalfouten uit deze syllabus. Dankzij hun inbreng lijkt ik meteen een heel pak intelligenter. Indien jullie in deze herwerkte versie alsnog schrijffouten of andere fouten tegen het Nederlands of de goede zeden mochten ontdekken, laat dit dan zeker weten, het wordt geapprecieerd.

Namens alle medewerkers betrokken bij dit opleidingsonderdeel wens ik jullie een leerrijke en uitdagende tijd binnen de tandheelkundige school van onze universiteit. Indien specifieke vragen of moeilijkheden rijzen binnen dit opleidingsonderdeel, kan elk van jullie mij ook steeds bereiken voor bijkomende toelichting.

Dr. Martijn Lambert

Mondgezondheid en Maatschappij, 1^{ste} bachelor Tandheelkunde

Martijn.Lambert@UGent.be

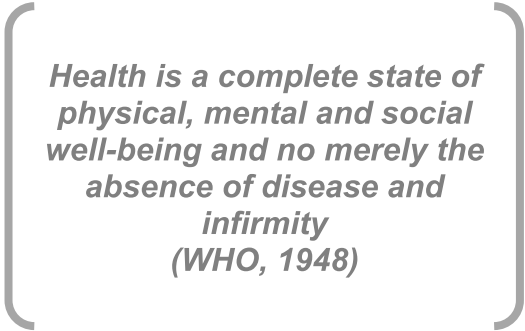
Sociologie en Gezondheid



Hoofdstuk 1. Het concept gezondheid

Het concept “**gezondheid**” heeft de laatste 150 jaar belangrijke wijzigingen ondergaan. Aanvankelijk werd over de (volks)gezondheid gesproken in termen van overleving, van levensverwachting. Later overheerste de meer biomedische visie. Gezondheid werd in beide visies gezien als de afwezigheid van ziekte en de mate van gezondheid was negatief gerelateerd aan de ernst van aanwezige ziektes. De overtuiging leefde dat indien een biologisch probleem wordt behandeld, men terug gezond is, zowel fysisch, psychisch als sociaal.

Een mijlpaal in de ontwikkeling van het concept gezondheid is de definitie die werd opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in 1948. Hierin wordt gezondheid gedefinieerd als een toestand van volledig lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn en niet enkel als de afwezigheid van ziekte. Centraal in deze definitie is de **multi-dimensionaliteit**, evenals de ruimere interpretatie van ziekte naar welbevinden. Gezondheid is een totaalpakket waar sociale, emotionele, spirituele en fysieke functies in evenwicht zijn. In deze visie zal men voor het verbeteren van gezondheid méér moeten doen dan alleen het bestrijden van symptomen en ziekteverwekkers. Lichaamsbeweging, gezonde voeding, slaaphygiëne, lichaamshygiëne, evenwicht in het relationeel leven, goede vrienden, diversiteit van interesses... zullen allemaal in zekere mate bijdragen tot een goede gezondheid.



*Health is a complete state of
physical, mental and social
well-being and no merely the
absence of disease and
infirmity
(WHO, 1948)*

Net als gezondheid is **ziekte** eveneens een multi-dimensioneel gegeven dat ruimer is dan de pathologische processen die de anatomische en fysiologische integriteit van het lichaam bedreigen en compromitteren. De verschillende aspecten van ziekte worden weergegeven in figuur 1.1 op de volgende pagina . Het illustreert dat ziekte kan bestaan zonder impact op gezondheid en welzijn, maar ook dat personen zichzelf als ziek kunnen ervaren zonder aantoonbare ziektepathologie.

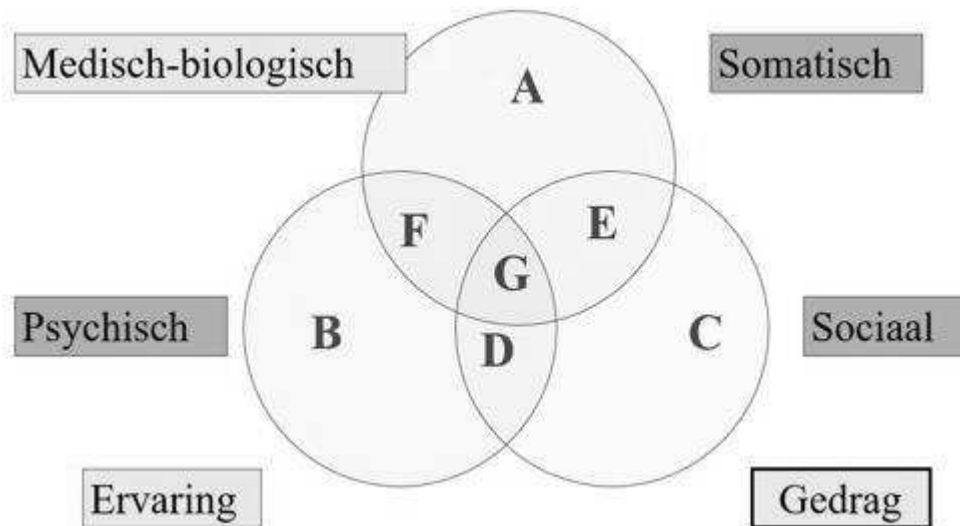


Fig 1.1: De verschillende dimensies van ziekte

Onze eigen Nederlandse taal laat niet toe om veel nuance te leggen in het woord “ziekte”. Het Engels biedt daarentegen meer taalkundige rijkdom om bovenstaande figuur te interpreteren.

Met het woord “**disease**” (cirkel A) verwijst men in het Engels naar de onderliggende pathologie, de biologische factoren die aan de basis liggen van ziekte. Grofweg kan men stellen dat de meeste artsen en tandartsen vanuit dit standpunt opereren. Cirkel B verwijst daarentegen naar de subjectieve ervaring van de patiënt (“**illness**”), met andere woorden verwijst het naar de klachten waarmee de patiënt tot bij de (tand)arts komt.

Het model toont aan dat veel afhangt van de persoonlijke ervaring. Zo kan het gebeuren dat iemand een ziekte draagt, zonder dat dit een invloed heeft op zijn welzijn of besef van ziek zijn (**sector A**). In de tandheekunde komt dit zeker ook voor. Iemand met een klein gaatje in de tand (cariës) of beginnende ontsteking van het tandvlees (gingivitis), vertoont duidelijk pathologie vanuit het standpunt van de tandarts. Wanneer de tandarts dit naar de patiënt communiceert, zal deze veelal uit de lucht vallen, aangezien hij hier in het dagelijks leven geen hinder van ondervindt. **Sector B** toont aan dat ook in afwezigheid van ziekte personen negatieve veranderingen kunnen ervaren in hun welzijn en welbevinden. Zo kan bijvoorbeeld iemand klagen over monddroogte (xerostomie), niettegenstaande de speekselklieren perfect functioneren en de speekselvloed normaal is. **Sector F** komt ten slotte overeen met een situatie waar de pathologische processen in die mate aanwezig zijn dat ze het dagelijks functioneren van de patiënt compromitteren. Dit kan bijvoorbeeld wanneer tandbederf de tandzenuw bereikt en pijn veroorzaakt.

Daarnaast is er ook nog “**sickness**” (cirkel C), dat eerder de nadruk legt op de sociale rol van ziekte, met de bijhorende rechten en plichten. Wat bedoeld wordt met gezondheid en ziekte zal dus sterk afhangen van hoe dit beleefd wordt door de individuele patiënt, maar ook hoe het gekaderd wordt binnen de bredere context van de samenleving. Het concept “ziekte” is met andere woorden niet alleen individueel verschillend, maar varieert ook in tijd en ruimte. Zo leert de wereldgeschiedenis ons dat bepaalde vormen van seksualiteit doorheen tijden en culturen soms gekaderd werden/worden als ziektebeeld, terwijl diagnoses als burn-out, depressie of gedragsstoornissen in dezelfde samenleving “niet bestonden”.

1.1 Het concept mondgezondheid

Wat mondgezondheid betreft, is het belangrijk om mondzorg te zien als **het beogen van een functioneel gebit, vrij van pijn en esthetische klachten, en deze situatie te behouden voor de ganse levensduur**. Ook hier gaat het dus over veel meer dan enkel maar de afwezigheid van ziekte.

Tandheelkundigen van over de hele wereld hebben zo elk hun eigen definities voor mondgezondheid ontwikkeld, maar het bleek zeer moeilijk een universele consensus te bekomen. Recent werd door het FDI (Fédération dentaire internationale - World Dental Federation) een bruikbare definitie voorgesteld waarbij mondgezondheid gedefinieerd wordt als een **dynamische staat van welzijn, rekening houdend met fysieke, mentale en sociale aspecten van mondgezondheid, met inbegrip van basis levensverwachtingen en dagelijks functioneren**. Dit framework beschrijft de interactie tussen drie kernelementen van mondgezondheid en een reeks sturende factoren (determinanten).

De drie kernelementen van mondgezondheid zijn:

- De **gezondheidstoestand** van de mond, wat verwijst naar de mogelijke aanwezigheid van ziekte (met inbegrip van pijn en discomfort), de ernst en de progressie ervan.
- Het **fysiologisch functioneren**, wat neerkomt op het vermogen om naar behoren acties te ondernemen zoals spreken, kauwen, lachen, slikken, smaken...
- De **psychosociale functie**, wat op zijn beurt verwijst naar het verband tussen mondgezondheid en mentaal welbevinden. (bijvoorbeeld schaamte voor een slechte mondgezondheid, een goed gevoel bij het hebben van een mooie glimlach)

De drie kernelementen van mondgezondheid hangen af van verschillende factoren, die we **determinanten** noemen. In het algemeen kan men gezondheidsdeterminanten omschrijven als **“het geheel aan persoonlijke, sociale, economische en omgevingsfactoren dat de gezondheid van individuen en gemeenschappen beïnvloedt”** (Nutbeam, 1998). Er zijn verschillende types en soorten determinanten, waarop in hoofdstuk 3 dieper zal worden ingegaan.

Hoofdstuk 2. Het meten van gezondheid

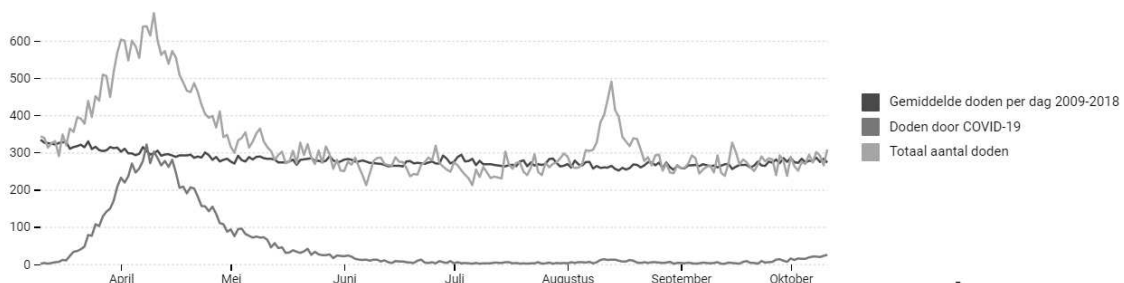
In het vorige hoofdstuk werden de begrippen gezondheid en mondgezondheid beschreven. Het heeft uiteraard weinig zin om zaken te beschrijven, als je ze niet op een gestandaardiseerde manier kan meten. Met andere woorden, het is niet alleen belangrijk om te weten wat gezondheid is binnen een maatschappij, maar ook hoé gezond de mensen binnen die maatschappij effectief zijn. Uit de praktijk blijkt dat dit niet altijd evident is om te bepalen. Voor het “meten” van ziekte en gezondheid op niveau van de maatschappij kunnen verschillende **indicatoren** (meetinstrumenten) gehanteerd worden zoals mortaliteit, morbiditeit, levensverwachting, gezondheidsverwachting of levenskwaliteit.

2.1. Mortaliteit

Mortaliteit staat voor het sterftecijfer binnen een bepaalde populatie en is gelijk aan het aantal sterfgevallen binnen deze populatie. De mortaliteit van een bevolking is het aantal sterfgevallen per jaar gedeeld door het aantal personen in leven. De mortaliteit wordt meestal uitgedrukt per x aantal inwoners (bv. 10 per 100.000 inwoners). Mortaliteit kan ook berekend worden voor een specifieke aandoening (bv. de mortaliteit van hart- en vaataandoeningen per 100.000 Belgen).

Voor het **vergelijken** van de mortaliteit tussen verschillende subgroepen binnen een populatie wordt de **gestandaardiseerde mortaliteitsratio gebruikt (SMR)**. Deze geeft de verhouding weer tussen het aantal sterfgevallen binnen een bepaalde subgroep of -regio en het aantal sterfgevallen dat theoretisch kon verwacht worden binnen die subgroep of regio (gebaseerd op een referentiewaarde). Een ratio gelijk aan 1 betekent dat het aantal waargenomen sterfgevallen overeenkomt met het theoretisch verwachte aantal en dat de subgroep dus geen hoger of lager risico heeft. Een ratio kleiner dan 1 houdt in dat het waargenomen aantal kleiner is dan het verwachte aantal. Een ratio groter dan 1 betekent dat het waargenomen aantal groter is dan theoretisch verwacht. Deze ratio wordt door onderzoekers gebruikt om o.a. gezondheidsverschillen tussen bevolkings- of leeftijdsgroepen op te sporen. Tot vorig jaar zou een begrip als SMR geruisloos voorbij glijden zonder dat het bij iemand een belletje zou doen rinkelen. Sinds de dagelijkse updates van de corona-cijfers kent echter nagenoeg iedereen het begrip **oversterfte**, wat niet meer of minder is dan een $SMR > 1$. In onderstaande figuur (bron: STATBEL) is een duidelijke oversterfte waarneembaar voor de periode maart-april 2020, vergeleken met het tienjarig gemiddelde. Op 10 april 2020 bereikte de oversterfte een piek met een $SMR = 2.27$. De rode lijn onderaan de grafiek toont dat deze oversterfte nagenoeg integraal te wijten was aan COVID-19. De piek in augustus 2020 was dan weer ten gevolge van een hittegolf in die periode.

Aantal doden, aantal doden door COVID-19 en aantal gemiddelde doden per dag 2009-2018 - België



STATBEL

In de context van mortaliteit wordt ook de term **doodsoorzaak** gebruikt. Zo kan men bijvoorbeeld per geslacht de meest voorkomende doodsoorzaken gaan bepalen. Deze gegevens dienen steeds met de nodige terughoudendheid geïnterpreteerd te worden, omdat het vaststellen van de doodsoorzaak afhankelijk is van de kennis van de arts en van de manier van rapporteren die tussen landen sterk kan verschillen. Voor het correct bepalen van de doodsoorzaak wordt de ICD-classificatie (International Classification of Diseases) gebruikt.

2.2 Morbiditeit

Morbiditeit betekent dat een persoon zich in een toestand van ziekte bevindt. Als er simultaan twee of meerdere aandoeningen aanwezig zijn, spreekt men van **co-morbiditeit**. In de epidemiologie gebruikt men ook de term **morbiditeitsgraad**: hoeveel per aantal inwoners hebben een welbepaalde aandoening of ziekte. Een ander woord voor morbiditeitsgraad is de **prevalentie** van een bepaalde aandoening. Deze prevalentie mag niet verward worden met het begrip “**incidentie**”, dat het aantal nieuwe gevallen van ziekte uitdrukt over een bepaalde tijdspanne.

Om de morbiditeit te meten voor een bepaald gebied, zoals België, spreekt het voor zich dat men niet iedere burger individueel zal opbellen om te vragen of hij een welbepaalde ziekte heeft. Meestal zal gebruik gemaakt worden van een **steekproef**, dit is een aantal personen die men aan een vragenlijst of onderzoek onderwerpt. Als deze steekproef voldoende groot is en de verschillende bevolkingsgroepen evenredig vertegenwoordigd zijn, kunnen de resultaten van deze steekproef **geëxtrapoleerd** worden, dit wil zeggen dat men kan stellen dat de morbiditeit voor het hele land gelijk(aardig) zal zijn aan de morbiditeit binnen de kleinere steekproef.

Het grote nadeel aan de morbiditeitsgraad, is dat het ziekte reduceert tot een ja-nee-vraag. Het zegt ons dus niks over “hoe erg” deze ziekte is, en het negeert zo dus onze eerdere definitie van gezondheid als een totaalpakket van pathologie, beleving door het individu en omgang met ziekte binnen een maatschappij. Zo zal de morbiditeitsgraad van een ziekte ons niks kunnen vertellen over de impact van deze ziekte op het dagelijks leven van degene die eraan lijdt.

2.3 De ASA-score

Om bij patiënten met morbiditeit en co-morbiditeit een inschatting te kunnen maken van de ernst van eventuele gezondheidsbeperkingen, werd internationaal een gestandaardiseerde score uitgewerkt, de **ASA-score** (American Society of Anesthesiologists, 2014). Deze score wordt in hoofdzaak gebruikt in ziekenhuizen en ook tandartspraktijken om te kunnen inschatten wat de risico's kunnen zijn van een eventuele (operatieve) behandeling bij deze specifieke patiënt. Let wel, de ASA-score geeft een totaalbeeld van de ernst van alle co-morbiditeit bij één patiënt, en wordt dus niet gebruikt om het stadium van één bepaalde ziekte aan te geven. Bij de ASA-score kunnen 6 types patiënten onderscheiden worden:

ASA-klasse I: gezonde persoon, zonder chronisch medicatiegebruik (bv. niet-roker met een BMI<30)

ASA-klasse II: patiënt met een lichte systemische aandoening waarvoor hij al dan niet medicatie neemt. Deze aandoening beperkt zijn normale activiteiten niet (bv. matige hypertensie onder controle met medicatie, obesitas met BMI<35, roker, regelmatig alcohol gebruik).

ASA-klasse III: patiënt met een ernstige systeemaandoening waarvoor hij medicatie neemt. Deze aandoening beperkt zijn normale activiteiten, maar is niet levensbedreigend (bv. slecht gereguleerde hypertensie of diabetes, morbide obesitas met BMI>35, chronisch nierfalen, patiënt met pacemaker).

ASA-klasse IV: patiënt met een zeer ernstige systeemaandoening, die een chronische en constante bedreiging voor het leven vormt (bv. myocardinfaarct minder dan 3 maanden geleden, obstructief longlijden).

ASA-klasse V: een zwaar zieke patiënt waarvan men niet verwacht dat hij nog 24 uur zal overleven zonder ingreep (bv. zeer ernstig trauma met inwendige bloedingen, scheur in de halsslagader).

ASA-klasse VI: hersendode patiënt, wiens organen verwijderd dienen te worden om mogelijks te transplanteren in een andere patiënt.

2.4 Levensverwachting

De levensverwachting is een wetenschappelijk gebaseerde “voorspelling” die aangeeft hoeveel jaren een persoon op een bepaald moment gemiddeld nog te leven heeft. Zo kan men de levensverwachting berekenen bij de geboorte, op de leeftijd van 65 jaar of op elke andere leeftijd.

Driehonderd jaar geleden lag de levensverwachting bij geboorte in de westerse wereld onder de dertig jaar. In de zeventiende eeuw bedroeg de gemiddelde levensverwachting in de meest ontwikkelde landen van Europa ongeveer 26-30 jaar. Vanaf het einde van de negentiende eeuw nam de levensverwachting zeer snel toe en de twintigste eeuw kenmerkt zich door een bijna verdubbelen van de levensverwachting. Het verbeteren van de hygiënische omstandigheden, de betere sociale situatie (voeding), het beheersen van infecties (antibiotica) en de grote medische en technische vooruitgang verklaren voor het grootste deel deze toename in levensverwachting.

2.5 Gezondheidsverwachting

Het voorgaande begrip “levensverwachting” betekent niet meer of minder dan de gemiddelde leeftijd waarop iemand sterft. Dit cijfer kan bedrieglijk zijn, omdat het ons niks zegt over de omstandigheden waarin deze gemiddelde persoon deze leeftijd bereikt. Een levensverwachting van 80 jaar kan betekenen dat een vitale tachtiger op die leeftijd tijdens het sporten tegen een auto aanloopt, maar het is eveneens perfect mogelijk dat iemand een cardiovasculaire aandoening (CVA) krijgt op de leeftijd van 65 jaar, nadien nog 15 jaar verder leeft in een vegetatieve toestand met een dramatische beperking van de functionaliteit, en uiteindelijk overlijdt op de leeftijd van 80 jaar. Beide levenslijnen zullen exact dezelfde impact hebben op de gemiddelde levensverwachting, hoewel ze duidelijk verschillend zijn.

Naast de parameter ‘levensverwachting’ is dus ook de parameter ‘**gezondheidsverwachting**’ belangrijk. Deze parameter geeft aan hoeveel jaren een persoon op een bepaalde leeftijd nog te leven heeft in een goede gezondheid, vrij van ziekte of beperkingen. Data geven aan dat in Vlaanderen de levensverwachting van vrouwen hoger is dan die van mannen. De gezondheidsverwachting van mannen is daarentegen groter dan die voor vrouwen. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat de prevalentie van dementie groter is bij vrouwen dan bij mannen. Verder blijkt dat, overeenkomstig

vergelijkbaar internationaal onderzoek, personen met een lager opleidingsniveau niet enkel minder lang leven dan personen met een hoger opleidingsniveau, maar ook minder lang in goede gezondheid doorbrengen. Gedurende hun kortere leven zullen ze dus ook meer jaren in slechte gezondheid doorbrengen.

Binnen het gezondheidszorgbeleid zal vaak gebruik gemaakt worden van “**quality-adjusted life years (QALY)**”. Een QALY staat hierbij voor een extra levensjaar in goede gezondheid. Deze QALY's worden vaak geplaatst tegen de kostprijs van een welbepaalde behandeling om de kosteneffectiviteit ervan te bepalen: hoeveel kost het mij om één extra levensjaar in goede gezondheid toe te voegen aan het leven van een patiënt. Het is echter niet zo eenvoudig om te bepalen welke “prijs” we als maatschappij bereid zijn te betalen per QALY, en de impact van deze beleidskeuzes op ons gezondheidszorgsysteem zijn veelal voer voor uitgebreide en moeilijke ethische discussies, die regelmatig ook in de media aangehaald worden, zeker wanneer het over jonge kinderen gaat.

2.6 Kwaliteit van leven

De dag van vandaag krijgt het brede begrip ‘levenskwaliteit’ in de context van de gezondheidszorg meer en meer aandacht. Levenskwaliteit geeft ons een beeld van de impact van bepaalde aandoeningen op het leven van de patiënt, maar ook de impact van bepaalde behandelingen. Clinici en patiënten verschillen soms van mening over het resultaat van een behandeling. Dokters en tandartsen baseren hun oordeel veelal op het verminderen van de ziektesymptomen of op de mate waarin de aandoening gestabiliseerd wordt, terwijl patiënten het resultaat van een behandeling als positief beoordelen wanneer zij zich beter voelen en weer op een zinvolle manier kunnen deelnemen aan het dagelijkse leven. Eigenlijk kan **enkel de patiënt zelf** de beleving van zijn of haar welbevinden beoordelen. Therapietrouw (compliance) is sterk afhankelijk van het oordeel van de patiënt of hij al dan niet baat bij de behandeling heeft.

Het gebruik van levenskwaliteit om de impact van ziekte en behandeling te evalueren past in de filosofie om een aandoening niet los te koppelen van de beleving ervan en van het sociaal-maatschappelijke en culturele perspectief. Met het begrip ‘levenskwaliteit’ integreert men zowel de medische als de niet-medische aspecten en de patiënt wordt centraal gesteld bij de evaluatie ervan. Er bestaan **meer dan 150 meetschalen** om levenskwaliteit te meten. Deze zeer uiteenlopende meetinstrumenten kunnen onmogelijk hetzelfde meten, maar toch worden ze allen gebruikt om ‘levenskwaliteit’ te meten.

Binnen de **mondgezondheid** wordt levenskwaliteit dikwijls gemeten via een vragenlijst van 14 items: de “Oral Health Impact Profile”, of kortweg de **OHIP-14** vragenlijst (Slade, 1994). Deze vragenlijst werd oorspronkelijk in het Engels opgesteld, maar heeft ook een versie in het Nederlands. De OHIP-14-NL vragenlijst is onderverdeeld in zeven onderwerpen, waar telkens 2 vragen over worden gesteld: functiebeperkingen, fysieke pijn, psychologisch ongemak, psychologische beperkingen, lichamelijke beperkingen, sociale beperkingen en andere beperkingen. De vragen hebben steeds betrekking op de laatste vier weken voorafgaand aan de dag van de bevraging. De antwoorden worden gescoord op een 5-punten schaal, waarbij een score van 0 overeenkomt met geen enkele beperking en een score van 4 met een maximale beperking. Door de scores bij elkaar op te tellen wordt een totaalscore verkregen tussen 0 en 56, waarbij een hoge score overeenstemt met een lage kwaliteit van leven met betrekking tot mondgezondheid.