



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Think bigger

Verrips, G.H.W.

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Verrips, G. H. W. (2008). Think bigger. (Oratiereeks). Amsterdam: Vossiuspers.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Think bigger

Vossiuspers UvA is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is totstandgekomen onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Omslag: Nauta & Haagen, Oss
Opmaak: JAPES, Amsterdam
Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 978 90 5629 512 7
© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2008

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Think bigger

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
bijzonder hoogleraar Mondgezondheid en kwaliteit van leven
aan de Universiteit van Amsterdam
op vrijdag 30 november 2007

door

Erik Verrips

 VOSSIUSPERS UVA

*Mijnheer de Decaan,
Leden van het bestuur van het Lorentz-van Iterson Fonds TNO,
Geachte toehoorders,*

PubMed is een internetsite waarop met trefwoorden kan worden gezocht naar publicaties op medisch gebied. Als u vanochtend op het trefwoord 'quality' in PubMed zou hebben gezocht, dan zou u 370.000 publicaties hebben gevonden waar dat woord in voorkomt, met de term 'quality of life' 92.000 publicaties, met 'health-related quality of life' 9000 en ten slotte met 'oral health-related quality of life' 240 publicaties. En dat laatste trefwoord, 'oral-health-related quality of life', is een adequate aanduiding van mijn vakgebied: mondgezondheid en kwaliteit van leven. U ziet dus dat enige bescheidenheid over mijn vakgebied mij past, gerekend naar het beperkte aantal wetenschappelijke publicaties dat PubMed vindt. Het is ook nog een jong vakgebied, maar wel al één dat zich apart profileert van het bredere vakgebied dat de relatie tussen algemene gezondheid en kwaliteit van leven bestudeert.

Ik zal vanmiddag kort iets zeggen over het begrip 'kwaliteit van leven', wat langer spreken over het meten ervan en afsluiten met enkele suggesties over de plaats die onderzoek daarvan in de tandheelkunde inneemt.

Alles goed?

In de literatuur wordt het begrip 'kwaliteit van leven' op veel verschillende manieren gedefinieerd. Er bestaat geen overeenstemming over de betekenis ervan. Graag breng ik hier mijn visie daarop naar voren.

Kwaliteit van leven is het eerste waarnaar we vragen als we een medemens ontmoeten. Hoe maakt u het? Alles goed? Het antwoord op deze vraag is een uiting van kwaliteit van leven in zijn meest rudimentaire vorm. We zijn op zoek naar iets binnen de ander, iets wat niet direct observeerbaar is. Kwaliteit van leven

ERIK VERRIPS

zit ergens onzichtbaar verscholen binnen de huid, maar waar, dat kunnen we niet zeggen. De psychologie heeft een elegante oplossing bedacht voor een dergelijk vraagstuk: we beschouwen het als een latent construct. Het is latent, niet manifest omdat we het niet kunnen zien of vastpakken, ook de persoon in kwestie niet. En het is een construct, dus iets geconstrueerds, omdat we het moeten doen met expressies ervan. Daaruit leiden we dan af hoe het ermee staat. Het is precies hetzelfde als met intelligentie. Als we vinden dat iemand intelligent is, hebben we dat afgeleid uit zijn gedrag, dat bijvoorbeeld zijn weerslag vindt in de uitslag van een intelligentietest.

Dus je vraagt: hoe gaat het? Je hoopt meestal op het antwoord ‘goed!’, want je hebt het druk en dan kan je doorlopen. Maar het komt voor dat de ander er eens voor gaat zitten. Hij legt uit wat hij denkt, hoe hij zich gedraagt en hoe hij zich voelt. Kwaliteit van leven komt dan tot uiting in gedachten als ‘het leven is mooi’, ‘mijn werk is boeiend’, ‘het gaat uitstekend met mijn gezin’, ‘ik kan er niet meer tegen’, ‘liever was ik dood’; in gedragingen als lachen, uitgaan, contacten leggen, sporten, actief zijn, rust nemen, binnen zitten, mokken, huilen en pruilen, en in emoties als vrolijkheid, geluk, welbevinden, angst, depressie en verdriet.

We leven maar een keer. De kwaliteit van ons leven kan dus maar beter optimaal zijn. Met sommige mensen gaat het goed, met anderen slecht. Vandaag gaat het iemand goed, morgen weer wat minder. Anders gezegd: kwaliteit van leven varieert tussen en binnen individuen van zeer goed tot zeer slecht. Vervolgens wordt het interessant op zoek te gaan naar factoren die kwaliteit van leven beïnvloeden. Factoren met een negatieve invloed kunnen misschien onschadelijk worden gemaakt en die met een positieve invloed versterkt. Veiligheid, klimaat, huisvesting en werk zijn naast gezondheid waarschijnlijk krachtige determinanten van kwaliteit van leven.

Kwaliteit van leven is in mijn optiek dus een latent construct dat zich uit in gedachten, gedrag en emoties. Kwaliteit van leven in relatie tot mondgezondheid (‘Oral health-related quality of life’) is dan simpelweg dat deel in de variantie in kwaliteit van leven dat wordt verklaard door de gezondheid van de mond.

Alles goed? Maar wat is alles?

De meeste auteurs zijn het er wel over eens dat kwaliteit van leven meer dan één dimensie kent. Maar welke dimensies zijn dat? Daar is geen overeenstemming over. Dat wordt vooral duidelijk door te kijken naar de manier waarop kwaliteit van leven wordt gemeten. Een meetinstrument, dikwijls een vragenlijst, onthult onmiskenbaar de opvatting van de auteur over het te meten begrip. Veelgebruikte vragenlijsten om kwaliteit van leven van kinderen te meten zijn de Child Health Questionnaire¹, de Kidscreen² en de TNO AZL Child Quality of Life³. Deze vragenlijsten verschillen van elkaar in aantal en aard van de gemeten dimensies. Ik noem er een aantal: pijn, positieve emoties, negatieve emoties, fysieke symptomen, cognitief functioneren, sociaal functioneren, zelfredzaamheid, mobiliteit, fijne motoriek, visus, gehoor, spraak, enzovoorts. En hier houdt de diversiteit niet op. De vragenlijsten verschillen ook in het aantal vragen per schaal, de periode waarover wordt gerapporteerd en het leeftijdsbereik.

Als u in de literatuur leest dat een interventie de kwaliteit van leven van kinderen verbetert, dan is het van belang na te gaan welke vragenlijst is gebruikt. Studies waarin verschillende vragenlijsten zijn gebruikt, zijn onvergelykbaar. En dan heb ik nu slechts drie vragenlijsten naast elkaar gelegd. Er bestaan inmiddels bijna honderd vragenlijsten die de kwaliteit van leven van kinderen meten. Voor de volwassen doelgroep bloeien er nog veel meer bloemen. Hoe kunnen we nu van meer naar beter? Mogelijk kan de Item Response Theorie, ofwel de IRT, bijdagen aan meer overeenstemming over de dimensies waarin kwaliteit van leven tot uitdrukking komt. Over IRT straks meer.

Wie weet het beter?

We zijn inmiddels een beetje opgeschoven van definiëring naar meting. Als we het latente begrip 'kwaliteit van leven' willen meten, moeten we iemand vragen stellen. De betrokkene kan zelf het beste kan rapporteren over zijn kwaliteit van leven, daarover zijn veel auteurs het eens. Men heeft het in dit verband over 'patient-reported outcomes'. Derden kunnen misschien uit het gedrag van de patiënt afleiden hoe erg zijn kiespijn is, maar uit onderzoek blijkt dat dergelijke oordelen afwijken van de rapportage van de patiënt zelf. Tandartsen onderschatten pijn van

kinderen, zo bleek uit het promotieonderzoek van Judith Versloot van de sectie Sociale Tandheelkunde en de sectie Pedodontologie van ACTA.⁴ Zij liet het trouwens niet bij die constatering. Zij schoot de praktiserende tandarts meteen te hulp door een korte simpele vragenlijst te ontwikkelen waarmee pijn bij kinderen gemeten kan worden.

Scepsis over de betrouwbaarheid van rapportages van patiënten zou ertoe kunnen leiden dat men het oordeel van de patiënt negeert. Mirjam Sprangers, hier vandaag ook aanwezig, heeft in haar oratie glashelder aangetoond dat de betrouwbaarheid van kwaliteit-van-levenvragenlijsten zeker niet onderdoet voor die van veel klinische maten.⁵

De patiënt is dus de beste bron van informatie. In de praktijk is het niet altijd mogelijk de patiënt zelf te vragen naar zijn of haar kwaliteit van leven. Sommige patiënten zijn niet in staat tot introspectie of kunnen hun ervaringen niet adequaat onder woorden brengen. Denk aan jonge kinderen, mensen met een ernstige verstandelijke beperking of patiënten die doodziek zijn. Vaak moet dan toch worden teruggegrepen op het oordeel van zogenaamde ‘proxies’, dus derden, zoals ouders, verzorgers, verpleegkundigen of artsen.⁶

Het meten van kwaliteit van leven: psychometrie en klinimetrie

Door kwaliteit van leven te definiëren als een latent construct is het meten ervan goed te plaatsen in de psychometrische traditie uit de psychologie. Wat houdt dat kort gezegd in? De meeste instrumenten die gebruikt worden om kwaliteit van leven te meten zijn vragenlijsten. In zo een vragenlijst wordt elke dimensie van kwaliteit van leven geoperationaliseerd in een aantal vragen, ofwel items. Aan de antwoorden op de vragen worden cijfers toegekend, en die worden – al dan niet gewogen naar belang – opgeteld. Zo komt een schaalscore tot stand waarvan de auteur hoopt dat die een benadering geeft van de plaats van de patiënt op de latente dimensie die de schaal pretendeert te meten. Dit meetmodel berust op het uitgangspunt van lokale onafhankelijkheid, ofwel het uitgangspunt dat correlaties tussen items volledig worden veroorzaakt door het latente begrip. Statistische technieken die worden gebruikt om schalen te construeren, gaan uit van lokale onafhankelijkheid. Dit klinkt allemaal wellicht wat technisch, maar ik heb dit be-

THINK BIGGER

grip van lokale onafhankelijkheid nodig om de kritiek in de literatuur op veel van dergelijke vragenlijsten inzichtelijk te maken.

Naast de psychometrie uit de psychologie staat de klinimetrie uit de geneeskunde. Feinstein⁷ stelde al in 1987 dat in de geneeskunde een klinimetrische aanpak veelal de voorkeur verdient. Dan gaat het erom symptomen en andere klinische parameters te beschrijven, diagnostiek te bedrijven en het verloop van ziekten in kaart te brengen. Het streven is er dan dus niet op gericht een latente eigenschap te meten. Het uitgangspunt van lokale onafhankelijkheid geldt hierbij niet. De zogenaamde ‘utiliteitsinstrumenten’⁸ zijn mooie illustraties van de klinimetrische aanpak. Met behulp van een vragenlijst of een interview wordt de gezondheidstoestand van de patiënt op een aantal punten in kaart gebracht: bijvoorbeeld visus, gehoor, spraak, motoriek, cognitie, emotie en pijn. Dat gaat per dimensie met één of twee vragen, aangezien in het instrument de dimensies niet worden opgevat als latente eigenschappen, maar als direct te observeren toestanden van de gezondheid. Je draagt een bril of niet, daar is niets latents aan. Aan het aldus verkregen beeld van de gezondheidstoestand wordt vervolgens een waardering toegekend, ook wel utiliteit genoemd, meestal een getal tussen nul en één, waarbij nul staat voor dood en één voor perfect gezond. Het feit dat de meeste van dit soort instrumenten een ‘utiliteit’ genereren die varieert tussen nul en één, wekt wellicht de suggestie dat de resultaten vergelijkbaar zijn. Helaas is het hierbij niet anders dan bij de eerder besproken vragenlijsten uit de psychometrische traditie: zij variëren sterk in aantal en soort van dimensies en items, de periode waarover wordt gerapporteerd en het leeftijdsbereik. Een utiliteit van 0,5 verkregen met de Health Utilities Index is onvergelijkbaar met eenzelfde waarde op de Euroqol (EQ5D).

Psychometrie en klinimetrie ontward

Kwaliteit van leven is een vakgebied op het snijvlak van de geneeskunde, de psychologie, de farmacologie en de econometrie. Daardoor is verwarring over begrippen en methodieken al snel een feit. Jacobien Kieffer, assistent in opleiding bij de sectie Sociale Tandheelkunde, was zo vriendelijk mij een jaar geleden te attenderen op een aantal publicaties van Fayers.⁹⁻¹¹ Fayers stelt dat in de theorievorming rond kwaliteit van leven, en ook in de meting ervan, verwarring optreedt

tussen de psychometrische en de klinimetrische aanpak. Anders gezegd, in veel vragenlijsten worden oorzaak en gevolg door elkaar gehaald. Items uit de klinimetrische hoek zijn vaak aan te merken als determinanten van kwaliteit van leven. Items uit de psychometrische traditie kunnen worden gezien als expressies van kwaliteit van leven. Een dergelijke verwarring is conceptueel niet elegant. Daar komt bij dat statistische technieken die worden toegepast om schalen te construeren alleen geschikt zijn als voldaan is aan het uitgangspunt van lokale onafhankelijkheid. Klinimetrische items voldoen daar niet aan.

Tijdens een workshop suggereerde de hoogleraar Klinimetrie de Vet onlangs om een aantal veelgebruikte vragenlijsten over de kwaliteit van leven eens langs de meetlat van klinimetrie en psychometrie te leggen. Dat vind ik een creatief idee. Kijk bijvoorbeeld eens met die blik naar de vragen van de Oral Health Impact Profile¹² – een veelgebruikte vragenlijst. Dan moet je constateren dat er vragen in voorkomen naar determinanten van kwaliteit van leven, vermengd met vragen die als expressies daarvan zijn aan te merken. Dit geldt ook voor veel andere vragenlijsten die specifiek gericht zijn op mondgezondheid.¹³⁻¹⁷

Hoe bepaal je nu of een vraag een determinant meet of een expressie? Fayers stelt daartoe, in navolging van Bollen,¹⁸ een aantal elegante gedachte-experimenten voor. Ik geef een voorbeeld. ‘Zodra de tandarts spiegel en sonde in mijn mond steekt, moet ik kokhalzen.’ We kunnen ons voorstellen dat de kokhalsreflex bijna zeker leidt tot een verslechtering van kwaliteit van leven, zeker als die gevolgd wordt door braken. Omgekeerd, uit een slechte kwaliteit van leven zich noodzakelijkerwijs in een kokhalsreflex? Dat lijkt mogelijk, maar niet waarschijnlijk. Kokhalzen is daarmee eerder een determinant dan een expressie van kwaliteit van leven. ‘Ik voel me vaak erg somber.’ Zal iemand met een goede kwaliteit van leven dat zeggen? Waarschijnlijk niet. Somberheid is daarmee aan te merken als een uiting van een slechte kwaliteit van leven. Van een aantal vragen is ondanks deze gedachte-experimenten niet goed uit te maken of ze een determinant of een expressie meten. Zo toont recent onderzoek van Erik Vermaire en Ad de Jongh¹⁹ aan dat angst voor de tandheelkundige behandeling sterk is gerelateerd aan een slechte kwaliteit van leven. Wat is hier oorzaak of gevolg? Het is goed voorstelbaar dat angst leidt tot een slechte kwaliteit van leven. Echter, een slechte kwaliteit van leven kan ook een pathologische expressie zoeken in angst voor de tandarts.

Het vakgebied kan er veel baat bij hebben als van een aantal veelgebruikte vragenlijsten wordt bepaald welke items zijn aan te merken als determinant en welke

THINK BIGGER

als expressie van kwaliteit van leven. Als we weten wat de determinanten zijn, kunnen we proberen deze te manipuleren om de kwaliteit van leven van patiënten te optimaliseren. Als de instrumenten vervolgens worden voorgelegd aan een grote populatie patiënten, kan met behulp van IRT gezocht worden naar dimensies van kwaliteit van leven. Deze kunnen vervolgens worden gemeten met behulp van Computer Adaptive Testing, ofwel CAT.

IRT en CAT

Op een onlangs gehouden congres over kwaliteit van leven verzuchtte een spreker: 'Voordat ik op dit congres kwam, dacht ik dat IRT een belastingtarief was, en een CAT een huisdier.'

IRT is in de onderwijskunde al sinds jaar en dag bekend, en wordt nu sinds een vijftal jaren ook beschouwd als een doorbraak in onderzoek naar de kwaliteit van leven. Met behulp van IRT kan worden getest in hoeverre vragen uit een vragenlijst hetzelfde begrip meten, anders gezegd of het gemeten begrip unidimensioneel is. Tevens is het mogelijk de plaats van de vragen op de dimensie te bepalen en, nog belangrijker, ook de plaats van degene die de vragen beantwoordt. Als we dit weten, kunnen we met behulp van CAT met een relatief klein aantal vragen een nauwkeurige schatting geven van de plaats van een individu op de latente eigenschap. Hiermee wordt een belangrijk voordeel behaald op de klassieke psychometrische aanpak waarbij geldt: hoe groter het aantal vragen, des te nauwkeuriger de schatting. In mijn vakgebied is kwaliteit van leven het latente construct dat we willen meten, maar het kan evengoed intelligentie zijn, of rekenvaardigheid. U herinnert zich de commotie in de pers over de rekenvaardigheid van toekomstige onderwijzers. Die rekenvaardigheid werd getest met behulp van CAT. De computer begint met een vraag die iemand met een gemiddelde rekenvaardigheid goed moet kunnen beantwoorden. Is het antwoord fout, dan stelt de computer een vraag die makkelijker is. Gaat ook dat fout, dan volgt een vraag die nog eenvoudiger te beantwoorden is. Zo worden respondenten niet lastiggevallen met frustrerende vragen die te moeilijk zijn, namelijk van bovengemiddeld niveau. Dat is in een klassieke papier-en-potloodvragenlijst niet te vermijden. De computer moet wel beschikken over een groot aantal vragen waarvan de moeilijkheidsgraad

bekend is. Dan kan het apparaat op basis van het antwoord op de voorafgaande vraag exact de juiste vervolgvraag selecteren.

Ik voorzie dat het gebruik van vragenlijsten waarbij elke respondent elke vraag moet beantwoorden op veel terreinen in de psychometrie obsoleet zal worden. In plaats daarvan zullen er grote itembanken worden samengesteld²⁰ met vragen waarvan de plaats op de te meten dimensie exact bekend is.

Causale modellen

In mijn inleiding gaf ik aan dat mijn vakgebied in het Engels ‘Oral health-related quality of life’ heet. Dus kwaliteit van leven gerelateerd aan mondgezondheid. Die term ‘related’ zit mij dwars. Deze verwijst naar een verband, maar de aard van het verband blijft in het midden. Dat is jammer. Om het vakgebied verder te brengen, moeten we op zoek naar causale modellen.

Jacobien Kieffer, al eerder genoemd, beschikt inmiddels over een unieke groot-schalige verzameling gegevens die het mogelijk maakt de relaties te bepalen tussen kwaliteit van leven, algemene gezondheid en mondgezondheid. Het betreft weliswaar ook hier correlatief onderzoek, maar met behulp van moderne modelleringstechnieken kan richting worden gegeven aan het opzetten van *clinical trials*. Daardoor ontstaat meer zicht op causale processen, en dat is wel noodzakelijk. Zo constateerde Veenhoven onlangs²¹ dat gelukkige mensen, dus zeg maar mensen met een goede kwaliteit van leven, gezonder zijn en langer leven dan ongelukkige mensen. Ongelukkig zijn is zelfs een grotere risicofactor voor sterfte dan roken. Veenhoven suggereert dat het waarschijnlijk niet zo is dat gezondheid gelukkig maakt, maar veeleer andersom: geluk maakt gezond – dit in tegenstelling tot wat er wordt beweerd in de literatuur, waarin kwaliteit van leven meestal de rol speelt van afhankelijke, dus te voorspellen variabele. De causaliteitsvraag dient naar mijn oordeel een belangrijk thema te zijn in toekomstig onderzoek naar kwaliteit van leven.

Kwaliteit van leven aan de stoel

Geachte toehoorders, ik heb kort gesproken over het begrip ‘kwaliteit van leven’ en wat langer over het meten ervan. Dan is nu de vraag aan de orde waarom de praktiserende tandarts zich iets zou aantrekken van de kwaliteit van leven van zijn patiënt. Deze vraag is bijna triviaal, maar toch formuleer ik enkele argumenten.

Allereerst een economisch argument. Patiënten worden steeds mondiger, niet het minst doordat in Nederland bijna iedereen toegang heeft tot het internet. Niet zelden komt de patiënt de praktijk binnen met een zelfgestelde diagnose en een daarbij behorend behandelplan. Heeft de tandarts geen aandacht voor het effect van mondgezondheid op kwaliteit van leven, dan loopt de patiënt weg, gaat er veel tijd verloren aan onderhandelingen, maakt de patiënt gebruik van zijn klacht-recht bij de beroepsvereniging of slaat de adviezen van de tandarts in de wind. Dan een ideologisch argument dat raakt aan de beroepsethiek. Ik vermoed dat veel tandartsen tegenwoordig bij het opstellen van het behandelplan de kwaliteit van leven van de patiënt zeer serieus nemen. Er worden behandelingen uitgevoerd die wellicht tandheelkundig suboptimaal te noemen zijn, maar waartoe overwegingen van kwaliteit van leven de doorslag hebben gegeven. En terecht. Uit onderzoek bij patiënten met kanker blijkt dat de kwaliteit van leven van de patiënt verbetert, evenals de kwaliteit van de communicatie tussen arts en patiënt, als de arts dergelijke zaken op basis van metingen ter sprake brengt.²²⁻²⁴ Deze resultaten maken nieuwsgierig. In hoeverre beïnvloedt een snelle, nauwkeurige en valide meting van kwaliteit van leven de tandarts-patiëntrelatie en het behandelplan? Meestal komt in de tandheelkundige praktijk een schatting van de kwaliteit van leven van de patiënt met het timmermansoog tot stand. Dat oog is niet *research based*. Laten we onderzoeken of het zinvol is in de tandheelkundige praktijk een korte meting van de kwaliteit van leven van patiënten te verrichten, in elk geval tijdens het eerste consult en misschien wel vaker.

Nog een terrein waarop voor de tandarts veel mogelijkheden liggen om bij te dragen aan de kwaliteit van leven van de bevolking, is het bevorderen van een gezonde leefstijl. Uit de voorlichtingskunde is bekend dat gezondheidsvoorlichting via één kanaal bijna nooit effectief is. De kans op gedragsverandering groeit naarmate het individu op steeds meer plaatsen en door steeds meer gezaghebbende personen wordt aangespoord zijn gedrag te veranderen, en ook als een gezonde leefstijl als een pakket wordt aangeboden en niet per gedrag en per discipline

apart. Mogelijk loont het in de tandheelkundige praktijk aandacht te besteden aan preventie van roken en het stimuleren van een gezond eetpatroon. Dergelijke initiatieven zijn kansrijk, omdat zowel roken als voeding ook relevant zijn voor de gezondheid van de mond.

De tandarts kan mogelijk ook een belangrijke rol spelen in de ketenzorg voor kinderen. Minister Rouvoet van Jeugd en Gezin maakt zich terecht ernstig zorgen over verwaarlozing en mishandeling en daarmee de kwaliteit van leven van kinderen. De minister hoopt mede door het invoeren van een elektronisch kinddossier en een verwijfsindex werkers in de gezondheidszorg te stimuleren vroegtijdig risico's te signaleren. Ook de tandheelkundige professie is inmiddels bij deze initiatieven betrokken. Dit kan veel vruchten afwerpen. Uit TNO-ACTA-onderzoek²⁵ blijkt dat meer dan 85% van de kinderen regelmatig de tandarts bezoekt. Dat roept een aantal interessante onderzoeksvragen op. Op basis van welke indicatoren zou de tandarts een risicoschatting kunnen maken? En zou het effectief zijn als de tandarts in een dergelijk geval een rood vlaggetje plaatst in de verwijfsindex? Wie neemt vervolgens de verantwoordelijkheid op zich om actie te ondernemen? Als dergelijke vragen worden beantwoord, kunnen de tandheelkunde, de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg gezamenlijk optrekken om de kwaliteit van leven van de Nederlandse jeugd te waarborgen en waar nodig te verbeteren.

Kwaliteit van leven in het beleid

Het is bewezen dat interventies op het gebied van de cariologie, prothetiek, orthodontie en parodontologie van invloed zijn op de kwaliteit van leven. Kwaliteit van leven kan een belangrijke leidraad vormen bij het formuleren van beleid ten aanzien van de gezondheidszorg, ook in de tandheelkunde. Ik noem een voorbeeld. Uit onderzoek van TNO en ACTA²⁶ blijkt dat de verzorgingsgraad van het gebit van kinderen die door een dienst voor jeugd tandverzorging werden behandeld, aanzienlijk hoger was dan die van kinderen die door de huistandarts werden behandeld. Als psycholoog zal ik mij niet mengen in de discussie over de vraag wat een adequate verzorgingsgraad is, of in welke setting de zorg het beste kan plaatsvinden, of door welke beroepsgroep. Ik pleit er wel voor in deze discussie het feit te betrekken dat kinderen die behandeld zijn door een dienst voor jeugd tandverzorging minder kiespijn en minder pijn tijdens de behandeling rapporteerden dan

THINK BIGGER

de andere kinderen. En pijn is een zeer krachtige determinant van kwaliteit van leven die bij bijna alle instrumenten voorkomt.

In het begrip 'kwaliteit van leven' krijgt het perspectief van de patiënt goed gestalte. In die zin wordt in onderzoek naar kwaliteit van leven dan ook recht gedaan aan de groeiende politieke macht van patiëntengroepen, niet alleen als het gaat om de inrichting van het zorgstelsel, maar ook met betrekking tot het inzetten van onderzoeksgelden. In de collectebusfondsen zijn patiëntenverenigingen dominant aanwezig. Ook bij het programmeren en uitzetten van gezondheidsonderzoek door de overheid, bijvoorbeeld via Zorgonderzoek Nederland, spelen patiëntengroepen een steeds belangrijker rol. Dat is niet alleen ingegeven door de politieke wens patiënten meer zeggenschap te geven, maar ook gebaseerd op overwegingen van implementeerbaarheid. Door bij de programmering van onderzoek van meet af aan rekening te houden met het perspectief van de patiënt, zal in het veld de acceptatie van nieuwe *research based*-interventies groeien.

Think bigger

Geachte toehoorders, de titel van mijn rede heb ik ontleend aan een Amerikaanse reclame voor een mondspoelwatertje: 'If you think it's just for your mouth, think bigger.' En de uitsmijter van de advertentie was: 'Do it for your mouth. Do it for Life.'

We moeten niet overdrijven, maar duidelijk is wel dat de gezondheid van de mond grote consequenties heeft voor de kwaliteit van leven van mensen. Het vakgebied kwaliteit van leven kan blijven groeien door groter te denken, namelijk vanuit causale modellen in plaats van correlatieve en door elegante meetmethoden nader te verfijnen. De tandheelkundige wetenschap en de klinische praktijk kunnen een grotere rol spelen bij het bevorderen van de kwaliteit van leven van de bevolking dan tot nu toe het geval was.

Dankwoord

TNO kent een lange traditie in preventief tandheelkundig onderzoek die zich nu vertaalt in het instellen van de bijzondere leerstoel 'Mondgezondheid en kwaliteit

ERIK VERRIPS

van leven'. Graag wil ik TNO bedanken voor de mogelijkheid mijn favoriete vakgebied de komende jaren academisch te profileren. ACTA dank ik voor het vertrouwen in deze onderneming – een vertrouwen dat onder meer blijkt uit het feit dat de sectie Sociale Tandheelkunde, net als TNO, een dag per week in mijn bijzondere leerstoel investeert. Overigens ben ik net op tijd. TNO heeft onlangs besloten geen bijzonder hoogleraren meer voor te dragen die ouder zijn dan 55 jaar. Kennelijk spiegelt men zich aan de voetbalsport waarin geldt: 'Wat goed is komt snel.' Dat moge wellicht zo zijn, maar ik wil er wel op wijzen dat wat snel komt, tegenwoordig ook snel weer gaat.

Van beide organisaties hebben vele collega's bijgedragen aan mijn werk. Zo waren Johan Hoogstraten, Annemarie Schuller, Michiel Eijkman en Ton Vogels zo vriendelijk een eerdere versie van mijn rede kritisch te bekijken. Bovendien is er in beide organisaties een persoon aan te wijzen die wel zeer bepalend is geweest voor mijn loopbaan.

Ik begin aan de kant van TNO. Hooggeleerde Verloove-Vanhorick, beste Pauline. Jij hebt bij TNO mijn vizier verbreed van de tandheelkunde tot de geneeskunde in het algemeen. Daarin ging niets je te ver. Ik moest van jou, terwijl ik toch al gepromoveerd was, een tentamen 'Geneeskundige kennis voor niet-geneeskundigen' afleggen, op grond waarvan ik werd bevorderd tot epidemioloog B. Bij het vieren van die heuglijke gebeurtenis kreeg ik van jou een mooie witte doktersjas, zo een met korte mouwen, en compleet met een rits pennen in het borstzakje. Een mooier compliment kan een dokter een psycholoog niet maken.

En dan ACTA. Hooggeleerde Hoogstraten, beste Johan. Het is bijna griezelig te beseffen hoe groot jouw invloed op mijn wetenschappelijke loopbaan is geweest. In mijn eerste *peer reviewed* publicatie, die ik lang geleden schreef samen met de inmiddels ook hooggeleerde Snoek, liften wij mee op het werk dat jij op dat moment verrichtte: onderzoek naar *response shift*. Jij vond dat toen overigens nogal brutaal. Jaren later kwam ik je toevallig tegen in de Amsterdamse Stadsschouwburg. Ik vertelde je dat ik moeite had met het afronden van mijn proefschrift en daarop bood je mij aan mijn materiaal eens te bekijken. Door jouw heldere commentaar was het manuscript enkele maanden later gereed en daarna trad je op als mijn promotor. Na een lange periode van stilte belde je me anderhalf jaar geleden op en nodigde me uit voor een etentje in je club, Arti, in Amsterdam. Als resultaat van ons gesprek die avond sta ik nu hier om mijn ambt als hoogleraar te aanvaarden. Ik heb enige tijd overwogen mijn oratie de titel 'Moedig voorwaarts,

THINK BIGGER

maar waarheen?’ mee te geven, naar Gerard Reve. Ik weet namelijk vaak niet zo goed welke kant ik zal opgaan in mijn carrière. Inmiddels maak ik mij daar geen zorgen meer over. Ik wacht gewoon op een telefoontje van Johan.

Geachte toehoorders, bij mij zijn drank en spijs krachtige determinanten van de kwaliteit van mijn leven. Als dat ook voor u geldt, volgt u mij dan snel naar de receptie.

Ik heb gezegd.

Referenties

1. Raat H., Landgraf J.M., Bonsel G.J., Gemke R.J., Essink-Bot M.L., 'Reliability and validity of the child health questionnaire-child form (CHQ-CF87) in a Dutch adolescent population', in: *Qual Life Res* 2002;11(6):575-581.
2. Robitail S., Simeoni M.C., Erhart M., Ravens-Sieberer U., Bruil J., Auquier P., European Kidscreen group. Validation of the European proxy KIDSCREEN-52 pilot test health-related quality of life questionnaire: first results, in: *J Adolescent Health* 2006;39(4):596.
3. Verrips E.G.H., Vogels T.G.C., Koopman H.M., Theunissen N.C.M., Kamphuis R.P., Fekkes M., Wit J.M., Verloove-Vanhorick S.P., 'Measuring health-related quality of life in a child population', in: *European J Pub Health* 1999 9(3):188-193.
4. Versloot J., Veerkamp J.S.J., Hoogstraten J., 'Assessment of pain by the child, dentist and independent observers', in: *Pediatric Dentistry* 2004;26:445-449.
5. Sprangers A.G., *Van zacht begrip naar hard getal*. Amsterdam: Vossiuspers, 2006.
6. Sneeuw K.C., Sprangers M.A., Aaronson N.K., 'The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease', in: *J Clin Epidemiol* 2002;55(11):1130-1143.
7. Feinstein A.R., *Clinimetrics*. New Haven: Yale University Press, 1987.
8. Feeny D., Furlong W., Torrance G.W. et al., 'Multiattribute and single-attribute utility functions for the health utilities index mark 3 system', in: *Med Care* 2002;40(2):113-128.
9. Fayers P.M., 'Hand D. Factoranalysis, causal indicators, and quality of life', in: *Qual Life Res* 1997;6:139-150.
10. Fayers P.M., Hand D.J., Bjordal K., Groenvold M., 'Causal indicators in quality of life research', in: *Qual Life Res* 1997;6:393-406.
11. Fayers P.M., 'Quality-of-Life measurement in Clinical Trials – The Impact of Causal Variables', in: *J of Biopharmaceutical Statistics* 2004;14:155-176.
12. Slade G.D., Spencer A.J., 'Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile', in: *Community Dental Health* 1994;11:3-11.
13. Strauss R.P., Hunt R.J., 'Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life', in: *JADA* 1993;124:105-110.
14. Kressin N., Spiro I., Bosse R., Garcia R., Kazis L., 'Assessing oral health-related quality of life: Findings from the Normative Aging Study', in: *Med Care* 1996;34:416-427.
15. Leao A., Sheiham A., 'The development of a socio-dental Measure of Dental Impacts on Daily Living', in: *Community Dent Health* 1996;13:22-26.
16. Slade G.D. (ed.), *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Proceedings of a conference held June 13-14, 1996, at the University of North Carolina-Chapel Hill, North Caro-

- lina. North Carolina: Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina, 1997.
17. Adulyanon S., *An integrated socio-dental approach tot dental treatment need estimation*. London: University of London, 1996.
 18. Bollen K.A., *Structural equations with latent variables*. New York: J Wiley & Sons, 1989.
 19. Vermaire E., De Jongh A., Aartman I.H.A., *Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. Community Dent Oral Epidemiol*. In press.
 20. Reeve B.B., Hays R.D., Bjorner J.B. et al., 'Psychometric evaluation and calibration of health-related quality of life item banks', in: *Med Care* 2007;45:S22-S31.
 21. Veenhoven R., *Gezond geluk. Effecten van geluk op gezondheid en wat dat kan betekenen voor de preventieve gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMw, 2006.
 22. Detmar S.B., Aaronson N.K., 'Quality of life assessment in daily clinical oncology practice: a feasibility study', in: *Eur J Cancer* 1998;34:1181-1186.
 23. Detmar S.B., Muller M.J., Wever L.D.V., Schornagel J.H., Aaronson N.K., 'How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality of life issues', in: *J Clin Oncol* 2000;18:3295-3301.
 24. Velikova G., Booth L., Smith A.B., Brown P.M., Lynch P., Brown J.M., Selby P.J., 'Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial', in: *J Clin Oncol* 2004;22(4):714-724.
 25. Poorterman J.H.G., Schuller A.A., *Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden (TJZ)*. Amsterdam: ACTA, 2006.
 26. Kalsbeek H., Eijkman M.A.J., Poorterman J.H.G., Verrips G.H.W., Kieft J.A., *Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden (TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en tandheelkundig preventief gedrag na de stelselwijziging. Tussenmeting 1996-97*. Leiden: TNO-PG, 1997.