

ONDERZOEK

PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN VAN MONDBRANDKLACHTEN

H. M. VAN DER PLOEG, psycholoog *)

M. A. J. EIJKMAN **)

I. VAN DER WAAL ***)

Trefwoorden: Psychologie – Mondziekten en kaakchirurgie – Glossodynie – Mondbrandklachten*Inleiding*

Een brandend gevoel in de tong of het mondslijmvlies is geen ongewone maar wel een buitengewoon hinderlijke klacht. In de literatuur wordt het onder andere aangeduid als 'burning mouth syndrome', 'hot tongue syndrome', 'glossodynia', 'glossalgia' en ook 'glossopyrosis'. De klachten zijn echter niet altijd gelokaliseerd op en beperkt tot de tong.

Er zijn weinig epidemiologische studies bekend. Het syndroom wordt over de hele wereld gerapporteerd. Vooral vrouwen, in en na de menopauze, lijken deze klachten te hebben.

Mondbrandklachten kunnen worden veroorzaakt door lokale, lichamelijke, neurologische en misschien ook psychiatrische factoren. In een studie van 72 patiënten, waarbij in 90% geen lokale, neurologische of lichamelijke stoornissen werden gevonden, werd in plaats daarvan een psychogene oorzaak gesuggereerd.^{1,2} Anderen, echter, hebben bij dit syndroom zelden psychiatrische ziekten gevonden bij hun patiënten.³⁻⁷

Het doel van ons onderzoek is gegevens te verkrijgen zowel over de psychologische aspecten van mondbrandklachten, als over de mogelijke psychogene betekenis en kan worden opgevat als een beschrijvende studie. In deze bijdrage wordt gerapporteerd over een studie, die bij 184 patiënten is verricht.

Materiaal en methoden

Met behulp van een schriftelijke vragenlijst, die per post is toegezonden, zijn twee groepen patiënten met mondbrandklachten onderzocht. De ene groep bestaat uit 72 patiënten die zijn verwezen naar de afdeling Mondheelkunde van de Vrije Universiteit vanwege klachten van een brandend gevoel in de tong of mond en bij wie op grond van anamnese en onderzoek geen duidelijke lokale, neurologische of lichamelijke stoornissen zijn gevonden. De duur van de sympto-

men varieert bij deze groep van enkele maanden tot meer dan vijf jaar.

De tweede groep wordt gevormd door 112 leden van een vereniging van patiënten met mondbrandklachten (MOBRA). Het lid zijn van deze vereniging is de enige voorwaarde geweest voor toezending van de vragenlijst. Patiënten die voorkomen in het adressenbestand van de afdeling Mondheelkunde én die lid zijn van MOBRA zijn bij de eerste groep (N=72) ingedeeld. Zie tabel I voor een overzicht van de respons.

De enquête bevat:

- algemene vragen over de gezondheid van de mond,
- specifieke vragen in verband met problemen van mond- en tongbranden,
- vragen over psychologische factoren, en
- algemene vragen, waaronder vragen over verkregen informatie en informatie-behoefte, en over persoonlijke gegevens.

In de groep vragen over psychologische factoren zijn enkele psychologische vragenlijsten opgenomen. Deze zijn:

1. Zelf-Beoordelings Vragenlijst (ZBV),⁸ voor het meten van angst, als toestand (vandaag) en als dispositie of persoonlijkheidskenmerk;
2. VROPSOM,⁹ voor het meten van 'opgewekt-heid en somberheid' of gevoelens van depressiviteit, eveneens als toestand en als dispositie;
3. Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand (VOEG),¹⁰ voor het meten van lichamelijke reacties op spanning; op een lijst met 21 vragen moet door middel van het omcirkelen van ja of neen worden meegedeeld of men bepaalde klachten heeft ervaren;
4. Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV),¹¹ een vragenlijst voor het meten van persoonlijkheidskenmerken zoals neuroticisme (neurologische labiliteit), functioneel-neuroticisme (neurotische labiliteit, zoals gemanifesteerd in het hebben van functionele (lichamelijke) klachten, introversie-extraversie (sociale extraversie) en testattitude (zelf-defensieve ver-

Samenvatting:

Een groep van 184 patiënten met mondbrandklachten is met behulp van een schriftelijke vragenlijst onderzocht teneinde meer gegevens te verkrijgen over psychologische aspecten van het syndroom. Opvallende resultaten bij de enquête zijn: het grote gebruik van slaapen/of kalmerende middelen bij de patiënten en de grote behoefte aan informatie en voorlichting over de klachten. Bij de psychologische vragenlijsten valt het op dat patiënten met mondbrandklachten gemiddelde scores verkrijgen die duidelijk liggen boven landelijk gemiddelde scores voor angst, depressie, ervaren klachten, neuroticisme en functioneel-neuroticisme. Benadrukt moet worden, dat dit op geen enkele wijze mag worden geïnterpreteerd als een etiologisch moment, zoals in verschillende publicaties wordt gesuggereerd. In de discussie wordt voorts een pleidooi gehouden voor het geven van meer patiënten-voorlichting aan deze groep patiënten.

sus zelf-kritische instelling bij de invulling van de vragenlijst).

Voor ieder van deze psychologische tests zijn gegevens beschikbaar van grote groepen controlepersonen, waarmee de scores van de mondbrandpatiënten kunnen worden vergeleken. De ABV is ook gebruikt in eerder Nederlands onderzoek bij mondbrand-patiënten.¹²

*Resultaten**1. De enquête*

Van de 154 uiteindelijk bruikbare vragenlijsten is 90% ingevuld door een vrouwelijke patiënt, hetgeen ondersteunt dat mondbrandklachten vooral door vrouwen worden gerapporteerd. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 60 jaar (standaardafwijking is 11 jaar). Dit komt overeen met andere gegevens over het voorko-

Tabel I. Respons op de vragenlijst.

	Totaal	Mondheelkunde	MOBRA
Verzonden vragenlijsten	184	72	112
Retour ontvangen	165	61	104
Niet retour met redenen*)	7	5	2
Zonder reden niet retour	12	6	6
Retour doch onbruikbaar	2	-	2
Aantal gecodeerd	163	61	102
Daarvan met evidente mondbrandklachten in de laatste 12 maanden	154	55	99

*) Zoals: adres onjuist, pas geopereerd, klachten verdwenen, patiënt overleden.

*) Stress Groep Leiden, rijksuniversiteit te Leiden.

**) Vakgroep Sociale Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.

***) Afdelingen Mondziekten en Kaakchirurgie en Pathologie van de Mondholte van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.

men van het syndroom. Tussen de respondenten van de afdeling Mondheelkunde en MOBRA waren geen verschillen voor sekse en leeftijd.

Ruim de helft van de patiënten bleek een volledige of gedeeltelijke prothese te hebben. Van de patiënten met een prothese heeft 75% hiermee altijd en/of de laatste tijd problemen gehad. Naast technische problemen worden pijn en branderigheid daarvan als oorzaken het meest genoemd.

Als één van de specifieke onderwerpen in verband met problemen van mond- en tongbranden is gevraagd naar de plaats van het branderige gevoel. Men noemt: tongpunt (71%), binnenzijde lippen (50%), tongranden (46%), tongrug (46%), verhemelte (46%), onder het bovengebitt (25%), binnenzijde wangen (21%), onder het ondergebitt (19%), keel (19%) en overal in mond en keel (7%). Er lijken daarbij geen links-rechts verschillen aanwezig te zijn. Voorts spreekt ongeveer de helft (49%) over een duidelijke toename van de klachten in de loop van de dag en zegt iets meer dan een kwart dat de klachten zowel overdag als 's nachts aanwezig zijn.

Tijdens het eten heeft een derde van de patiënten last van de klachten en bijna twee derde niet. Gekruid voedsel doet bij iets meer dan 50% de klachten verergeren. Bijna de helft spreekt ook over een veranderde of verminderde smaak.

Door de klachten heeft bijna twee derde moeite met inslapen en/of wordt er 's nachts van wakker. Een derde van de patiënten gebruikt vrijwel dagelijks slaap- en/of kalmerende middelen en slechts 40% zegt daarvan nooit iets te gebruiken.

In totaal zegt 88% van alle respondenten behoefte te hebben aan meer informatie over hun mondproblemen. Deze behoefte is het sterkst binnen de MOBRA-groep. Het is daarbij van belang van wie men deze informatie krijgt. Vooral is behoefte aan 'voorlichting' door iemand die het begrijpt, die het zelf heeft, een

lotgenoot (27%), een specialist, deskundige, iemand van de afdeling Mondheelkunde (24%). Bepaalde tandartsen, de eigen tandarts en de eigen huisarts of andere deskundigen worden in dit verband ook genoemd. Overigens blijkt 91% van de patiënten op het moment van onderzoek een tandarts te hebben. Het valt op, dat patiënten met mondbrandklachten vaak het gevoel hebben dat artsen en tandartsen in het algemeen onvoldoende aandacht aan hun probleem hebben besteed (54% heeft deze mening tegenover 39% die de aandacht voldoende vond).

Tevens valt op dat patiënten met mondbrandklachten slechts in bescheiden mate vinden dat artsen en tandartsen in het algemeen voldoende informatie geven (ongeveer een derde van de patiënten heeft deze mening en bijna de helft is het hier mee oneens).

2. De psychologische vragenlijsten

2.1. Angst

Angst als toestand en angst als dispositie (persoonlijkheidskenmerk) zijn gemeten met de Zelf-Beoordelings Vragenlijst (ZBV). In tabel II zijn de gemiddelde scores voor de onderzochte groepen samengevat.

De gemiddelde score voor angst als toestand in de groep patiënten met mondbrandklachten (gem. = 45) verschilt van die in andere groepen. Willekeurig gekozen inwoners van een grote stad in Nederland (een aselechte 'gezonde' normgroep) verkrijgen een gemiddelde score van (afgerond) 39 (sd = 13). Huisartspatiënten die vaak een beroep doen op hun arts scoren gemiddeld 37 (sd = 10). Patiënten op de polikliniek van een afdeling voor psychiatrie scoren gemiddeld 50 (sd = 13). De gemiddelde angstscore van mondbrand-patiënten ligt dus duidelijk boven het (aselechte) gemiddelde ($t=4,3, p<.001$), doch beneden dat van psychiatische patiënten ($t=3,2, p<.01$).

Angst als persoonlijkheidskenmerk toont gemiddeld gesproken een overeenkomstige trend. Patiënten met mondbrandklachten (gem. = 45) hebben hogere gemiddelde scores dan een aselechte normgroep (gem. = 39) ($t=4,9, p<.001$), hogere scores dan patiënten die frequent de huisarts bezoeken (gem. = 37), en lagere scores dan psychiatrische polikliniekbezoekers (gem. = 51) ($t=4,0, p<.001$).^{8, 13}

Samengevat kan omtrent angst worden gezegd, dat de gemiddelde score van mondbrand-patiënten ligt in de 'top 25%' van de verdeling van de angst-scores van de gehele Nederlandse bevolking.

2.2. Depressief gevoel

Depressief gevoel is gemeten met de Van Rooijen OPgewektheid-SOMberheidslijst (VROP-SOM). Evenals bij angst kunnen zowel depressiviteit als toestand (vandaag) en als kenmerk van de persoonlijkheid (in het algemeen) worden onderscheiden. De gemiddelde score voor depressie als toestand is in de totale groep patiënten (gem. = 12,6) hoger dan de gemiddelde score (gem. = 11) van vrouwen die deelnamen aan een studie over de behandeling van hun premenstruatie-klachten ($t=2,6, p<.01$).¹⁴

De scores voor depressie als dispositie zijn in de totale groep patiënten (gem. = 13,2) lager dan de depressie-scores van vrouwen (gem. = 15,4) die recent (minder dan 1½ jaar geleden) weduwe zijn geworden ($t = 2,7, p<.01$).⁹ Voorts zijn de scores hoger dan die van klinische patiënten met somatische klachten (gem. = 9,2; $t=2,4, p<.05$), doch zijn beduidend lager dan de scores van depressieve patiënten die behandeling vragen voor hun depressie (gem. = 22,4; $t = 5,2, p<.001$).¹⁵ Een en ander impliceert, dat gemiddeld gesproken de mate van depressieve stemming bij patiënten met mondbrandklachten tendeert in de richting van ernstige depressiviteit.

2.3. Ervaren gezondheid

Klachten over de ervaren gezondheid zijn gemeten met de Vragenlijst voor Onderzoek van de Ervaren Gezondheidstoestand (VOEG). Deze VOEG is ook door het Centraal Bureau voor de Statistiek aangeboden aan grote groepen Nederlanders in het kader van het Leefsituatie-onderzoek.¹⁶ Patiënten met mondbrandklachten scoren beduidend hoger dan de doorsnee Nederlander (gemiddelde = 8,1 ten opzichte van 3,9 voor vrouwen en 3,0 voor mannen volgens het CBS). Patiënten die regelmatig een beroep doen op de huisarts scoren significant lager op de VOEG (gem. = 5,4; $t = 5,4, p<.001$).¹⁷ Hieruit komt duidelijk naar voren, dat patiënten met mondbrandklachten hun gezondheid als minder goed ervaren.

2.4. Persoonlijkheid

Tenslotte worden de antwoorden op de persoonlijkheidsvragenlijst (ABV) besproken. Neuroticisme (klagen in psychisch opzicht) ligt voor de patiënten (69,9) boven het landelijk

Tabel II. Gemiddelde scores op enkele psychologische vragenlijsten.

	Totaal (N=154)		Mondheelkunde (N=55)		MOBRA (N=99)	
	gem.	S.D.	gem.	S.D.	gem.	S.D.
ZBV						
Angst als toestand	45,0	12,7	43,8	13,7	45,9	12,1
Angst als dispositie	45,0	11,9	43,8	12,2	45,8	11,8
VROPSOM						
Depressie als toestand	12,6	7,4	11,6	8,4	13,2	6,7
Depressie als dispositie	13,2	6,8	12,0	8,0	13,8	6,0
VOEG						
Totaal score	8,1	4,6	7,5	4,3	8,4	4,7
ABV (ruwe scores)						
Neuroticisme	69,9	25,4	64,5	25,9	72,9	24,7
Functioneel-neuroticisme	23,5	7,4	23,1	7,3	23,7	7,5
Introversie-extraversie	46,8	17,3	45,9	18,1	47,3	16,9
Testattitude	48,2	9,7	47,4	8,9	48,7	10,2

gemiddelde (ruwe score = 51).¹¹ In eerder Nederlands onderzoek¹² werd voor mondbrandpatiënten een gemiddeld lagere score van 57,9 gevonden ($t = 2,1, p < .05$). De door ons onderzochte groep is dus meer neurotisch gestructureerd dan op grond van dat onderzoek en het landelijk gemiddelde zou mogen worden verwacht.

Voor functioneel-neuroticisme werd eerder gevonden dat mondbrandpatiënten sterker klagen (op neurotische basis) over lichamelijke symptomen dan controlepatiënten.¹² De gemiddelde score in dat onderzoek is 25,8 tegen 23,5 in ons onderzoek (deze twee gemiddelden verschillen niet significant van elkaar), terwijl het gemiddelde voor de Nederlandse (vrouwelijke) bevolking 19 bedraagt. Deze getallen, in samenhang met de gegevens over de ervaren gezondheid, ondersteunen de conclusie dat patiënten met mondbrandklachten een sterkere neiging hebben dan gemiddeld om in lichamenlijk opzicht te klagen. Voor het kenmerk introversie-extraversie zijn de gemiddelde scores in dit onderzoek 46,8; in eerder onderzoek was dat 50,3, terwijl het Nederlandse gemiddelde 52 bedraagt, hetgeen min of meer overeenkomstige getallen zijn.

De testattitude-scores zijn gemiddeld 48,2; in eerder onderzoek was het gemiddelde ook 48,2, terwijl het Nederlandse gemiddelde voor vrouwen van 50 jaar en ouder 50 is.

Bij deze vergelijkingen moet worden opgemerkt, dat de door ons onderzochte groep beduidend groter is ($N=154$) dan die in het eerdere onderzoek ($N=22$). De Nederlandse normgegevens zijn steeds gebaseerd op omvangrijke steekproeven.

Concluderend kan men stellen, dat patiënten met mondbrandklachten gemiddelde scores verkrijgen die duidelijk liggen boven landelijk gemiddelde scores voor angst, depressie, ervaren klachten, neuroticisme en functioneel-neuroticisme.

Binnen de door ons onderzochte groepen scoren de MOBRA-leden gemiddeld doorgaans iets ongunstiger dan de patiënten van de afdeling Mondheelkunde (zie tabel II). Daarbij moet worden opgemerkt dat die verschillen statistisch alleen significant gebleken zijn voor de ABV-N (neuroticisme)-score ($t = 1,97, p = .05$).

Discussie

Van het grote aantal onderzochte gegevens uit dit onderzoek worden in deze discussie slechts van enkele de resultaten besproken.

De bevinding van een groter aantal vrouwen, doorgaans in en na de menopauze, dan mannen die last hebben van mondbrandklachten is in overeenstemming met de resultaten van anderen.

De resultaten in dit onderzoek bevestigen het vermoeden dat bij een groot percentage patiënten met glossodynie sprake is van een psychische component. Benadrukt moet worden dat dit op geen enkele wijze mag worden geïnterpreteerd als een etiolo-

gisch moment, zoals wordt gesuggereerd.¹

² De verhoogde scores voor angst en depressie kunnen namelijk zeer goed een weerspiegeling vormen van de psychische effecten van de klacht. De verhoogde scores bij somatisch zieke patiënten, in ander onderzoek gevonden, ondersteunen dit. Bij het verminderen van de ernst van de klachten, zoals in onderzoek bij somatische patiënten is aangetoond, dalen de scores voor angst en depressie. Ook na een succesvolle behandeling voor neurotische problematiek kan men een daling observeren in de mate van neuroticisme (zoals werd gemeten met de persoonlijkheidsvragenlijst). Kortom, lichamelijke klachten kunnen psychische klachten tot gevolg hebben. Het feit dat iemand bepaalde klachten heeft, waardoor men onder psychische spanning kan komen te staan, zegt meer over de hoge scores op de psychologische vragenlijsten dan de veronderstelling dat een bepaalde psychische constitutie in nauw verband zou kunnen staan met het optreden van mondbrandklachten. Voor het eventueel verklaren van de afwijkende scores door een afwijkend psychisch profiel, zou een prospectieve studie moeten worden gedaan bij mensen, die op dat moment geen klachten hebben van glossodynie.

Opvallend is de grote behoefte aan informatie over het probleem. Immers 88% van de totale groep antwoordt bevestigend op deze vraag; 57% verklaart onvoldoende te zijn geïnformeerd door hun arts, voor de tandarts is dat 50%. Ook uit recent Nederlands onderzoek, waarbij de steekproef werd getrokken uit de Nederlandse bevolking, bleek de behoefte aan informatie over algemeen tandheelkundige onderwerpen groot (69%) en gaf 47% van de onderzochten aan dat men zich door hun tandarts onvoldoende voelde geïnformeerd.¹⁸

Deze gegevens worden ook gevonden in ander onderzoek.¹⁹ De cijfers uit ons onderzoek zijn echter aanmerkelijk hoger. Omdat uit de scores op de psychologische vragenlijsten blijkt dat bij een groot aantal patiënten sprake is van een psychische component, zou juist bij deze groep meer aandacht kunnen worden geschonken aan patiëntenvoorlichting, opgevat als een samenspel van informatie, instructie en begeleiding.¹⁹ Immers, deze patiënten kan in het algemeen nog weinig directe hulp worden geboden, behalve dan misschien in het geval van prothesedragers (in onze groep draagt 56% een volledig kunstgebit). Het maken van een goed passende volledige prothese kan bij sommige mensen de mondbrandklachten aanmerkelijk verminderen.⁷ Voor wat betreft voorlichting aan patiënten geven verschillende auteurs^{20 21} vele voorbeelden over het positieve effect ervan met betrekking tot pijn, angst, onzekerheid en gevoelens van hulpeloosheid. Nagegaan zou kunnen worden in hoeverre

wel en niet voldoende voorgelichte patiënten met mondbrandklachten van elkaar verschillen.

De auteurs zijn dank verschuldigd aan N. Koopmans-van der Wal voor haar hulp bij het scoren en verwerken van de vragenlijsten, alsmede aan de leden van MOBRA en de patiënten voor hun bereidheid om mee te werken aan het onderzoek.

Het schrijven van dit artikel werd voltooid, terwijl de eerste auteur als Fellow gedurende het academisch jaar 1985-1986 verbonden was aan het Netherlands Institute for Advanced Study (NIAS) te Wassenaar.

Summary:

Title: Psychological aspects of patients with 'Burning Mouth Syndrome'.

Keywords: Psychology - Oral surgery - Glossodynia - Burning mouth syndrome

A group of 184 patients with the Burning Mouth Syndrome has been studied with a questionnaire for psychological aspects of their symptoms. Striking results are: the large amount of sleeping pills and sedativa taken daily, and the high percentage of patients asking for information and health education concerning their syndrome. With the psychological questionnaires it was found that the patients on the average obtained scores which are far above normative data for anxiety, depression, somatic reactions to stress, neuroticism and neurosomatic lability. However, it must be emphasized that this conclusion may not be interpreted as support for a psychogenic cause of the syndrome or a strong psychological factor in the etiology of glossodynia. In the discussion a plea is made for giving more patient education to this group.

Literatuur:

- Haneke E. Psychische Aspekte der Glossodynie. Dtsch Med Wschr 1978; 103:1302-5.
- Haneke E. Zungen- und Mundschleimhautbrennen: Klinik, Differentialdiagnose, Aetiologie, Therapie. München, Wien: Carl Hanser Verlag, 1980.
- Elfenbaum A. Burning tongue in older patients. J Can Dent Assoc 1969; 35: 533-7.
- Perko M. Das Zungenbrennen. Schweiz Monatsschr Zahnheilkd 1979; 89: 123.
- Wagner HV. Ein Beitrag zur Deutung und Differenzierung der Begriffe Stomatitis prothetica und Glossalgie bzw. Somatodynie. Stomatol DDR 1979; 29: 679-83.
- Spens E. Untersuchungen zum Ursachenkomplex des Mundschleimhaut- und Zungenbrennen. Stomatol DDR 1981; 31: 329-39.
- Main DMG, Basker RM. Patients complaining of a burning mouth. Further experience in clinical assessment and management. Br Dent J 1983; 154: 206-11.
- Van der Ploeg HM, Defares PB, Spielberger CD. Handleiding bij de Zelf-Beoordelings Vragenlijst, ZBV. Een Nederlandstalige bewerking van de Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, STAI-DY. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1980.
- Van Rooijen L. Widows' bereavement. Stress and depression after 1 1/2 years. In: Sarason IG, Spielberger CD, eds. Stress and anxiety. Volume 6. Washington: Hemisphere, 1979: 257-68.
- Dirken JM. Arbeid en stress; het vaststellen van

- aanpassingsproblemen in werksituaties. Groningen: Wolters, 1967.
11. *Wilde GJS*. Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijstmethode. Amsterdam: F. van Rossum, 1970.
 12. *Groenman NH, Wakkers-Garritsen BG, Timmer LH, Nater JP*. Denture sore mouth en neurosomatische labiliteit. Ned Tijdschr Tandheelkd 1976; 83: 233-7.
 13. *Van der Ploeg HM*. Zelf-Beoordelings Vragenlijst - Handleiding Addendum: Lisse: Swets en Zeitlinger, 1981.
 14. *Van der Ploeg HM*. The selection of patients with premenstrual symptoms (PMS). Stress Research Group, University of Leiden, 1985.
 15. *Hovenaars JPCM, Van Som MJM*. Drie Neder-

- landstalige zelfrapportage-lijsten in de diagnostiek van depressie. Gedragstherapie 1984; 17: 225-39.
16. *Centraal Bureau voor de Statistiek (C.B.S.)*. Leefsituatie onderzoek Nederlandse bevolking (versie SCP). Den Haag: Staatsuitgeverij, 1980.
 17. *Van der Ploeg HM*. Persoonlijkheid en medische consumptie. Een onderzoek naar de relatie van persoonlijkheidsfactoren en de frequentie van huisartsbezoek. Lisse: Swets en Zeitlinger, 1980.
 18. *Van Dijk RJ, Van Riel CBM, Eijkman MAJ*. Tandheelkundige voorlichting en opvoeding: een beschrijving van bronnen en gebruikers. Gezondheid en samenleving 1984; 5: 171-81.
 19. *Eijkman MAJ*. Tandarts en patiëntenvoorlichting. Groningen: Wolters Noordhoff, 1979. Academisch proefschrift.

20. *Ley Ph*. Giving information to patients. In: Eiser JR, ed. Social psychology and behavioral medicine. New York: Wiley, 1982.
21. *Visser APh*. De beleving van het verblijf in het algemene ziekenhuis. Assen: Van Gorcum, 1984. Academisch proefschrift.

November 1985.

Adres: Dr. H. M. van der Ploeg,
Postbus 1251,
2340 BG Oegstgeest.

SANERING VAN ZIEKENFONDSVERZEKERDEN: KOSTEN EN VERSTREKKINGEN

G. TER HORST
W. DE HAAN
H. C. B. DE VRIES

*Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde
van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.*

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde - Ziekenfonds - Gebitssanering - Kosten gezondheidszorg

1. Inleiding

Ziekenfondsverzekerden die hun gebit willen laten saneren, dienen de kosten hiervan deels zelf te dragen. Extracties zijn gratis, voor vullingen dient te worden bijbetaald en de kosten van tandsteenverwijdering, wortelkanaalbehandelingen en de afgifte van de saneringskaart komen geheel ten laste van de verzekerde. (Zie voor een volledig overzicht het *Vademecum*.)¹⁾ Aangezien de vermoede kosten voor ongesaneerden een belemmering kunnen vormen om hun gebit te laten saneren, is voorlichting hierover aan verzekerden gewenst. De ziekenfondsen beschikken weliswaar over een door de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) uitgegeven folder, waarin de kosten van bepaalde verstrekkingen voor ongesaneerden zijn opgenomen,²⁾ maar onderzoek heeft uitgewezen dat deze - en andere - folders slechts op kleine schaal worden ver-

spreid.³⁾ Daar komt bij dat de kosten per verstrekking niet de informatie is die de ongesaneerde behoeft. Hij wil weten in welke orde van grootte het bedrag zal liggen dat hij voor de sanering van zijn gebit moet betalen. Het gemiddelde bedrag dat ongesaneerden voor de sanering van hun gebit betalen en de spreiding daarvan vormt hier een goede benadering van. Over deze grootheden is echter weinig bekend. De Commissie Tandheelkundige Statistiek (CTS) van de VNZ geeft in haar jaarlijkse statistisch overzicht weliswaar het gemiddelde bedrag dat nieuw-gesaneerde verzekerden voor hun sanering hebben betaald - voor 1982 was dat f 58,52⁴⁾ - maar navraag bij de CTS⁵⁾ leert dat in dit bedrag alleen vullingen en de afgifte van het saneringsbewijs zijn verdisconteerd. Tandsteenverwijdering, één van de vereisten voor een gesaneerd gebit, en wortelkanaalbehandelingen, die nogal eens in het kader van de sanering van het gebit plaatsvinden, worden immers geheel door de verzekerde betaald en daarmee niet door het ziekenfonds geregistreerd.*¹⁾ Het door de CTS opgegeven aandeel van de verzekerde dient dan ook als een ondergrens te worden opgevat. Hoewel de bruikbaarheid van het bedrag daarmee aan waarde inboet, geeft de opsplitsing ervan naar de twee verstrekkingen die door het ziekenfonds wel worden geregistreerd een beeld van de opbouw. Tabel I geeft deze opbouw weer. We zien dat de 1- en 2-vlaksvullingen het merendeel van de ge-

Samenvatting:

In reactie op een wervend schrijven meldden 137 ongesaneerde ziekenfondsverzekerden zich aan voor sanering. Van de 133 die een oproep voor een afspraak ontvingen of zelf een afspraak maakten, zijn 107 daadwerkelijk bij de tandarts verschenen. Vijftien maanden na aanmelding bleken 89 personen gesaneerd. Gemiddeld werd f 125,16 betaald voor de sanering ($sd = f$ 84,15). Het gemiddeld aantal vullingen bedroeg 5, het gemiddeld aantal extracties 1,4. Bij 56 personen werd tandsteen verwijderd, terwijl 10 mensen een of twee wortelkanaalbehandelingen ondergingen. Eenmaal gesaneerd behoefde 23% de een of andere vorm van prothetische voorziening. Gemiddeld werd hiervoor f 264,63 betaald ($sd = f$ 257,18). Verschillen met landelijke gemiddelden worden besproken. Tot slot wordt berekend hoeveel het saneren van alle ongesaneerden in Nederland zou kosten, zowel voor verzekerden als voor ziekenfondsen.

middelde kosten voor hun rekening nemen.

Weten we van de gemiddelde kosten die de verzekerde voor de sanering van zijn gebit moet betalen alleen de ondergrens, over de spreiding is in het geheel niets bekend. Terwijl juist dit gegeven voor de individuele verzekerde die zich wil laten saneren van belang is. Zijn voor de individuele verzekerde wellicht de kosten het meest interessant, vanuit volksgezondheidsoogpunt is van belang welke verstrekkingen en hoeveel verstrekkingen benodigd zijn om ongesaneerden te saneren. Anders gezegd: door welke mate van ongezondheid (of behandelingsbehoefte) worden ongesaneerden die op het punt staan zich te laten saneren, gekenmerkt.

In tabel II is aangegeven hoeveel vullingen - en van welke aard - gemiddeld per nieuw-gesaneerde verzekerde ten behoeve

Tabel I. Opbouw van het gemiddelde saneringsbedrag voor rekening van de nieuw-gesaneerde verzekerden in 1982 (N=225.043).

Verstrekking	Gemiddeld saneringsbedrag
1- en 2-vlaksvullingen	f 33,75 ^{*)}
3- en meervlaksvullingen	- 13,02 ^{*)}
Afgifte saneringsverklaring	- 11,75
	f 58,52

*) Voor nieuw-gesaneerden van 21 jaar of ouder is de eigen bijdrage voor een vulling f 17,75, voor nieuw-gesaneerden jonger dan 21 jaar f 9,50.

*) Dit geldt in feite ook voor de afgifte van de saneringsverklaring maar registratie hiervan vindt langs andere weg wel plaats.