



# Zorgverlening aan kwetsbare ouderen met volledige gebitsprothesen. Geen plaats voor standaardbehandelingen

Bij kwetsbare ouderen kunnen klachten over volledige gebitsprothesen meer op de voorgrond treden door hun somatische, psychische en/of sociale problemen. Het komt echter ook voor dat klachten niet (kunnen) worden geuit. In die gevallen kan dan een zorgvraag komen van mensen uit het sociale of medische netwerk. De ervaring leert dat het verhelpen van geconstateerde technische mankementen door het uitvoeren van standaardbehandelingen of het plaatsen van implantaten niet altijd tot een klachtenvrije patiënt leidt. Als principes voor de zorgverlening aan kwetsbare ouderen kunnen worden geadviseerd terughoudendheid, geen standaardbehandelingen uitvoeren, rekening houden met een beperkt aanpassingsvermogen van ouderen, doorlopend reflecteren op het eigen functioneren van de zorgverlener in het proces van besluitvorming en aandacht besteden aan de rol van familieleden, mantelzorgers, verzorgenden en artsen.

Vries D de, Zuidgeest TGM, Baat C de. Zorgverlening aan kwetsbare ouderen met volledige gebitsprothesen. Geen plaats voor standaardbehandelingen  
Ned Tijdschr Tandheelkd 2011; 118: 622-629  
doi: 10.5177/ntvt.2011.12.11256

## Inleiding

Het aantal dragers van volledige gebitsprothesen is in de periode tussen 1981 en 2001 in Nederland met gemiddeld 0,8 procentpunt per jaar en in de periode tussen 2001 en 2009 met gemiddeld 0,7 procentpunt per jaar gedaald (Swinkels, 2011). Deze trend van afname van het aantal dragers van volledige gebitsprothesen zou in de periode van 1981 tot 2009 nog iets spectaculairder zijn geweest als niet tegelijkertijd de leeftijdsopbouw van de bevolking zou zijn gewijzigd. Door de veroudering van de bevolking is namelijk de afname van het aantal personen met volledige gebitsprothesen enigszins geremd. In het begin van de jaren '80 van de vorige eeuw waren 4 van de 10 dragers van een volledige gebitsprothese ouder dan 65 jaar en recent bleek dit 6 van de 10 te zijn. Niet verrassend behoren immers de dragers van een volledige gebitsprothese voornamelijk tot de oudere leeftijdscategorieën (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010). Uit de literatuur is bekend dat het verlies van gebitselementen en het dragen van volledige gebitsprothesen een negatieve invloed heeft op de levenskwaliteit (De Baat, 2011; Gerritsen en Creugers, 2011). Bij de besluitvorming over prothetische zorgverlening, zeker aan (kwetsbare) ouderen, moet het somatisch, psychisch en sociaal welbevinden en dus de levenskwaliteit van de patiënt een cruciale rol spelen (De Baat, 2011).

In Nederland leefden op 1 januari 2010 ongeveer 2.600.000 mensen in de leeftijd van 65 jaar of ouder, kortweg de ouderen genoemd. Zij maakten met elkaar onge-

veer 16% van de totale bevolking uit. Van alle ouderen had in 2008 ongeveer de helft 1 of meer chronische ziekten. Ongeveer 76.000 ouderen hadden in 2007 te kampen met cognitieve achteruitgang in de vorm van het dementieel syndroom. In 2008 hadden ongeveer 850.000 ouderen somatische beperkingen in horen, zien, mobiliteit en/of in de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals lichamelijke zelfverzorging, aan- en uitkleden, eten, omgaan met geld en boodschappen doen (Zantinge et al, 2011). Een groot deel van deze ouderen kan worden gerekend tot de kwetsbaren. Recent is kwetsbaarheid gedefinieerd als een dynamische conditie waarin een persoon verkeert die gebreken vertoont op 1 of meer terreinen van het menselijk functioneren (somatisch, psychisch, sociaal), die worden veroorzaakt door diverse factoren en die het risico op ongewenste gevolgen vergroten (Gobbens et al, 2010a).

Aan de hand van de gepresenteerde gegevens over dragers van volledige gebitsprothesen en kwetsbare ouderen lijkt de stelling gerechtvaardigd dat in de totale bevolking onder kwetsbare ouderen het grootste percentage dragers van een volledige gebitsprothese voorkomt. In een paar onderzoeken is ter ondersteuning van deze stelling vastgesteld dat edentaat zijn is gecorreleerd aan diverse factoren die kwetsbaarheid kunnen veroorzaken. Aangevoerd is ook dat kwetsbare ouderen vaker edentaat waren dan gezonde ouderen (Jensen et al, 2008; Yu et al, 2011). Onduidelijk bleef of deze correlatie een causaal verband betreft, maar er zijn niet veel argumenten die dit aannemelijk maken.

Dit artikel biedt inzicht in de voor kwetsbare ouderen met volledige gebitsprothesen specifieke klachten, zorgvraag, diagnostiek, mogelijkheden van zorgverlening en besluitvorming over zorgverlening, en besluit met een aantal adviezen.

## Klachten en zorgvraag

De klachten van somatisch, psychisch en sociaal kwetsbare ouderen met betrekking tot volledige gebitsprothesen zijn in principe niet specifiek en onder te brengen in de volgende categorieën: slechte pasvorm, onvoldoende functie, pijn en/of ongemak, achterblijven van voedselresten, onvoldoende esthetiek (Kalk et al, 2001; Kalsbeek et al, 2001; Kalsbeek et al, 2006). Meestal zijn deze klachten terug te voeren op 1 of meer van de volgende oorzaken: technisch mankement, reductie van het alveolaire kaakbot, onvoldoende reiniging van de gebitsprothese en/of de orale slijmvliezen, het materiaal waarvan de gebitsprothese is gemaakt, moeite met adaptatie (Kalk et al, 2001; Hoshi et al, 2010).

Bij kwetsbare ouderen kunnen sommige klachten meer op de voorgrond treden door hun somatische, psychische en/of sociale problemen. Daarmee zijn deze klachten specifiek

voor deze patiëntencategorie. Maar het komt ook voor dat klachten niet (kunnen) worden geuit of dat men geen heil verwacht van het uiten van klachten omdat men ervan uitgaat dat deze onvermijdelijk bij het ouder worden horen of niet zijn te verhelpen. Dit kan inhouden dat de oudere de gegeven situatie accepteert of bijvoorbeeld bewust of onbewust besluit een gebitsprothese niet meer te dragen. In die gevallen kan dan een zorgvraag komen van mensen uit het sociale of medische netwerk van de oudere, zoals de partner, kinderen, vrienden, kennissen, artsen en verzorgenden. Dit aspect verdient specifieke aandacht bij de besluitvorming over het opstellen van een zorgplan (casus 1).

### Diagnostiek

De diagnostiek bestaat uit een gebruikelijk onderdeel, dat bij iedere drager van een volledige gebitsprothese wordt toegepast, en uit een specifiek onderdeel.

Gangbare onderdelen van de gebruikelijke diagnostiek zijn anamnese, klinisch onderzoek en röntgenonderzoek. De gebruikelijke anamnese bestaat uit het verzamelen van informatie over de algemene (medische) conditie, de gebruikte medicatie, de historie van de mondgezondheid en de mondzorg, het gebruik en de reiniging van de gebitsprothesen, de klachten en het verwachtingspatroon van een eventuele behandeling. Voorts dient een extra- en een intra-orale onderzoek te worden uitgevoerd. Het extra-orale onderzoek besteedt aandacht aan asymmetrieën, de spraak, de esthetiek, (belemmeringen in) de uitoefening van de orale functies, de bewegingsmogelijkheden van de mandibula en de functie van de kauw- en mimische spieren. Intraoraal gaat de aandacht uit naar de functie van de volledige gebitsprothesen en de conditie van de zachte orale weefsels. Röntgenonderzoek wordt alleen verricht als daarvoor een duidelijke indicatie bestaat die zich vaak aandient tijdens de anamnese en/of het klinische onderzoek.

Het specifieke onderdeel van de diagnostiek betreft uitsluitend een intensievere anamnese om zoveel mogelijk informatie in te winnen over de algemene (medische) conditie, de levensverwachting, de levenslust, de biografische en sociale achtergrond en het huidige somatisch, psychisch en sociaal functioneren.

### Mogelijkheden van zorgverlening

Bij het opstellen van een zorgplan moet eerst de patiënt worden geïnformeerd over alle bevindingen van de anam-

nese en het onderzoek en over de mogelijke zorgverlening. De patiënt moet duidelijk zijn welke de (mogelijke) oorzaken van zijn klachten zijn, welke gevolgen die op korte en lange termijn kunnen hebben, welke mogelijkheden er met al hun voor- en nadelen zijn om de klachten te verhelpen, welke rol de diverse aspecten van zijn kwetsbaarheid bij dit alles (kunnen) spelen en of aan zijn verwachtingspatroon kan worden voldaan. Vooral bij dat laatste punt dient in relatie tot de kwetsbaarheid goed te worden stilgestaan. De patiënt en alle betrokkenen moeten inzicht krijgen in de redenen waarom het niet mogelijk of onverstandig is aan het verwachtingspatroon te voldoen of in de condities waaronder het wel mogelijk is de verwachtingen in te lossen.

De zuiver technische mankementen van volledige gebitsprothesen zijn meestal oplosbaar en onder te verdelen in: slechte pasvorm, occlusie/articulatiestoornis, foutieve positie van het vlak van occlusie, onjuiste labiale en buccale vormgeving van het kunststof basisdeel, foutieve palatale protheserand, te ver naar labiaal opgesteld bovenfront, geen rekening gehouden met een uitgesproken sutura palatina mediana of torus palatinus of torus mandibularis, onvoldoende bedekt tuber maxillaris, te weinig tongruimte, onbedekt retromolaarpad (Van Os et al, 1998; Kalk et al, 2001).

Verhelpen van een technisch mankement van volledige gebitsprothesen kan afhankelijk van de ernst van het mankement grofweg plaatsvinden door aanpassing van de bestaande gebitsprothese(n) of door vervaardiging van 1 of 2 nieuwe conventionele volledige gebitsprothesen of van 1 of 2 overkappingsprothesen op implantaten.

Het is echter de vraag of bij kwetsbare ouderen het verhelpen van technische mankementen altijd tot een klachtenvrije patiënt zal leiden. Voor zorgverleners is het een kunst om in elk individueel geval het meest doelmatige zorgplan voor te stellen en bij kwetsbare ouderen is het door de complexiteit nog moeilijker. Onder zorgverleners bestaat helaas nogal eens een sterke behandelbehoefte, waardoor niet altijd de tijd en de rust wordt genomen voor een goede diagnostiek en besluitvorming. Die behandelbehoefte vloeit ook voort uit een groot vertrouwen dat een mondzorgverlener koestert in het voor bepaalde klachten uitvoeren van standaardbehandelingen, bijvoorbeeld een relining bij klachten over een steeds loskomende gebitsprothese of een verhoging van de verticale dimensie bij een klacht over pijnlijke mondhoeven. Hoewel men alles van zo'n standaard-

#### Casus 1

Een 75-jarige corpulente man kwam in zijn rolstoel voor een consult in een tandartspraktijk, vergezeld van een dochter en een zoon. De man had al 25 jaar volledige gebitsprothesen en had sindsdien nog hooguit 2 keer een tandarts geconsulteerd vanwege een klein ongemak. Ook toen is hij door zijn zoon of dochter vergezeld omdat hij al langere tijd een cognitieve beperking had als gevolg van het dementieel syndroom en daardoor niet goed meer kon communiceren. De hulpvraag kwam van de zoon: *"Het kunstgebit klappert, zit los en vader is afgefallen, waarschijnlijk omdat het kunstgebit niet goed meer past. Vader laat het kunstgebit ook steeds vaker uit, waarschijnlijk omdat hij er last van heeft. Daarnaast is het kunstgebit oud en versleten en niet meer om aan te zien."* De zoon zag graag dat de tandarts nieuwe volledige gebitsprothesen voor zijn vader zou maken. Vader gaf met zijn beperkte mogelijkheden zelf echter aan dat hij helemaal geen klachten had en dat hij *"al dat gedoe"* niet wilde hebben.

behandeling verwacht, is de kans toch vrij groot dat deze behandeling niet het gewenste effect sorteert. Dat heeft ook te maken met professionele misvattingen over sommige populaire standaardbehandelingen, waarvan enkele in het vervolg van dit artikel aan de orde komen.

### **Technische aanpassing**

De technieken voor aanpassing van bestaande gebitsprothesen zijn correctie, reparatie, relining, rebasing en relatieherstel. Correcties door beslijpen zijn geïndiceerd als de gebitsprothese de mucosa beschadigt of irriteert, als een protheserand de stabiliteit van de gebitsprothese belemmert, als er kleine occlusie- of articulatiestoornissen zijn of als scherpe plekjes hinder veroorzaken. Casus 2 illustreert dat soms erg eenvoudige correcties tot een goed resultaat kunnen leiden.

Eenvoudige reparaties van beschadigingen of fracturen van onderdelen van een gebitsprothese kunnen worden uitgevoerd door beschadigde onderdelen te vervangen of een gefractureerd deel terug te plaatsen. Een relining is geïndiceerd als alleen de pasvorm van een gebitsprothese moet worden verbeterd (Van Meegen en Kalk, 2011). Een rebasing is geïndiceerd als naast de pasvorm ook de kleur of de kwaliteit van het kunststof basisdeel niet meer voldoet. Een stoornis in de maxillomandibulaire relatie of in de occlusie en articulatie van de gebitsprothesen vormt een indicatie voor het uitvoeren van een relatieherstel dat bestaat uit naregistratie van de maxillomandibulaire relatie, remounten en re-occluderen (Van Os et al, 1998).

Veel zorgverleners verwachten bij klachten over aanhoudende pijn en te weinig retentie van een gebitsprothese

heil van een standaardbehandeling, bijvoorbeeld het aanbrengen van een zogenoemde permanente softliner in een volledige gebitsprothese in de onderkaak. Voor het aanbrengen van een permanente softliner is ook wel steun te vinden in de literatuur (Kimoto et al, 2006). Toch geldt dit niet voor alle softliners, want onderzoek toonde wel een positief effect op het kauwvermogen van een permanente siliconen softliner in gebitsprothesen in de onderkaak, maar niet van een permanente kunsthars softliner (Kimoto et al, 2006; Kimoto et al, 2010).

Aangetoond is dat het standaard uitvoeren van een indirecte relining bij somatisch kwetsbare ouderen voor wie was vastgesteld dat de technische kwaliteit van hun gebitsprothese onvoldoende was, terwijl ze geen zorgvraag hadden, geen enkele invloed op hun bestaande klachten en tevredenheid had (De Baat et al, 1993). Voor deze standaardbehandeling lijkt daarom bij deze doelgroep geen plaats.

### **Nieuwe conventionele gebitsprothesen**

Uit onderzoek bleek bij somatisch kwetsbare ouderen voor wie was vastgesteld dat de technische kwaliteit van hun gebitsprothese onvoldoende was, terwijl ze geen zorgvraag hadden, het standaard vervaardigen van een nieuwe gebitsprothese geen enkele invloed op hun bestaande klachten en tevredenheid had (De Baat et al, 1993). Ook voor deze standaardbehandeling lijkt daarom bij deze doelgroep geen plaats.

Eveneens bestaat bij de vervaardiging van nieuwe gebitsprothesen een professioneel misverstand over de zogenoemde kopietechniek. Jarenlang is gedacht dat het maken van een kopie van een bestaande gebitsprothese en het

### **Casus 2**

Een 84-jarige langzaam dementerende vrouw woonde op zichzelf met ondersteuning door een instelling voor thuiszorg en een dochter. De vrouw gebruikte geen medicatie, was edentaat sinds haar twintigste levensjaar en had reeds meerdere volledige gebitsprothesen gehad. Vier jaar geleden waren de laatste gebitsprothesen vervaardigd, maar die droeg zij niet want de voorgaande gebitsprothesen functioneerden in haar beleving veel beter. Die waren wel 20 jaar oud en versleten en hadden een slechte pasvorm en weinig retentie. Eten gaf soms enige klachten. De vrouw wilde graag dat haar klachten bij het eten en het loszitten van de gebitsprothese in de onderkaak werden verholpen, maar ze wilde beslist geen nieuwe gebitsprothesen.

De vrouw was alleen binnenshuis mobiel en was niet in staat afspraken te onthouden. Het overleg verliep telefonisch met de dochter, die erop aandrong haar moeder zo weinig mogelijk te belasten en daarom wilde zij ook niet dat nieuwe volledige gebitsprothesen zouden worden vervaardigd. Bij een orale inspectie tijdens een bezoek aan huis stelde een tandarts vast dat de processus alveolaris mandibulae sterk atrofisch was, dat de mond en de gebitsprothesen onvoldoende werden gereinigd, dat op de orale mucosa enkele drukplaatsen zichtbaar waren, dat de randen van de gebitsprothese in de onderkaak te lang waren en dat de nieuw vervaardigde gebitsprothesen technisch gezien een betere functie hadden dan de oude gebitsprothesen.

Het voorlopige zorgplan bestond in de eerste plaats uit voorlichting en instructie over mondverzorging, zowel aan de vrouw zelf als aan de medewerkers van de instelling voor thuiszorg als aan de dochter. Ten tweede werden de drukplaatsen ontlast en de randen van de oude gebitsprothese in de onderkaak ingekort tot de gebitsprothese een goede stabiliteit had. Een week later bleken de drukplekken verdwenen, was de gebitsprothese in de onderkaak stabiel en was de reiniging van de mond en de gebitsprothesen duidelijk verbeterd. De vrouw was zeer tevreden, evenals haar dochter.

Een jaar later is er nogmaals telefonisch contact geweest met de dochter. Zij gaf aan dat het goed ging met de gebitsprothesen van haar moeder, maar dat ze het op prijs zou stellen als een periodiek mondonderzoek zou worden verricht. Tijdens de inspectie aan huis werd duidelijk dat de gebitsprothesen acceptabel functioneerden en schoon waren, maar dat de verzorging van de mond toch weer te wensen overliet. Daarom werden de voorlichting en instructie aan alle betrokkenen herhaald. Door de tandarts werd afgesproken dat hij de vrouw een half jaar later weer zou bezoeken.

geleidelijk optimaliseren daarvan tot een beter resultaat of een meer tevreden patiënt leidt dan het vervaardigen van nieuwe volledige gebitsprothesen zonder de kopietechniek (McCord en Grant, 2000). Deze veronderstelling kon niet worden bevestigd in 2 onderzoeken waarin de 2 soorten behandelingen werden vergeleken in relatie tot de tevredenheid en de aan de mondgezondheid gerelateerde levenskwaliteit van de patiënten (Scott et al, 2006; Ellis et al, 2007). De meerwaarde van de kopietechniek is dus op zijn minst discutabel.

Het standaard remounten en re-occluderen als laatste fase van de technische vervaardiging van volledige gebitsprothesen bleek tot een beter welbevinden van de patiënten en minder nazorg op korte termijn te leiden dan een vervaardigingsprocedure waarbij deze laatste fase achterwege werd gelaten (Shigli et al, 2008).

### Implantaten

De succesverhalen over implantaten bij ook oudere edentaten zijn bekend (Raghoobar et al, 2000; Awad et al,

### Casus 3

Een ruim 93-jarige, in een verpleeghuis verblijvende, enigszins verwarde vrouw was geboren met cheilognathopalatoschisis. De lip en de kaak waren op jeugdige leeftijd chirurgisch gesloten, maar de palatoschisis bestond nog steeds. Zij had hartfalen en de ziekte van Alzheimer en gebruikte aan medicamenten bisoprolol (betablokker), bumetanide (diureticum), verapamil (calcium-antagonist) en digoxine (hartglycoside; digitalis). De vrouw sprak moeizaam door haar loszittende gebitsprothese in de bovenkaak. Zij bezocht een tandartspraktijk onder begeleiding van een familielid met namens zichzelf, een specialist ouderengeneeskunde en de familieleden als zorgvraag de retentie van de gebitsprothese in de bovenkaak te verbeteren.

In de bovenkaak van de vrouw werd een slecht gereinigde obturatorprothese aangetroffen met daarin 6 kappen voor conuskronen (afb. 1). De pijlerelementen hadden hun conuskronen verloren en waren allemaal gereduceerd tot radices waardoor de kappen in de gebitsprothese geen enkele functie meer hadden en deze geen retentie had. In de onderkaak had zij een volledige gebitsprothese met een matige pasvorm en een matige retentie, terwijl de processus alveolaris sterk atrofisch was.

Als voorlopig zorgplan stemden alle betrokkenen in met voorlichting en instructie over mond- en gebitsprotheseverzorging, extractie van de radices en enkele weken later relining van de gebitsprothesen. Mogelijke vervolgbehandelingen waren vervaardiging van een nieuwe obturatorprothese in de bovenkaak en een nieuwe conventionele gebitsprothese in de onderkaak of een behandeling met implantaten.

Conform het voorlopige zorgplan werden de voorlichting en de instructie gegeven en waren de radices in bovenkaak geëxtraheerd. Na 3 weken werden beide gebitsprothesen indirect gerelined, maar de retentie van de obturatorprothese bleef mede door zijn relatief grote gewicht ontoereikend en veroorzaakte problemen tijdens het spreken. Toen ook eten steeds moeizamer ging, werd besloten tot vervaardiging van een nieuwe obturatorprothese met een hol obturatordeel in de bovenkaak en een nieuwe conventionele gebitsprothese in de onderkaak (afb. 2). Hoewel de verzorging van de mond en de gebitsprothesen aanmerkelijk was verbeterd, leek een behandeling met implantaten niet opportuun omdat dit in verband met de afnemende fysieke en cognitieve gezondheid van mevrouw een te grote belasting zou zijn en tot medische complicaties zou kunnen leiden. In overleg met de familie, de specialist ouderengeneeskunde en het team van verzorgenden werd daarom besloten af te zien van implantaten. De gekozen intensieve behandeling was met veel nazorg in diverse sessies (deels) uitgevoerd in de eigen kamer van de vrouw in het verpleeghuis. Gelukkig beschouwde ze de bezoeken van het mondzorgteam als gezellige visite. Het resultaat van de behandeling was een beter functionerende obturatorprothese die eten beter mogelijk maakte, maar spreken bleef moeilijk (afb. 3). Na een observatieperiode van een maand zonder verdere behandeling verbeterden zowel het eten als het spreken tot een acceptabel niveau. Twee jaar later overleed de vrouw.

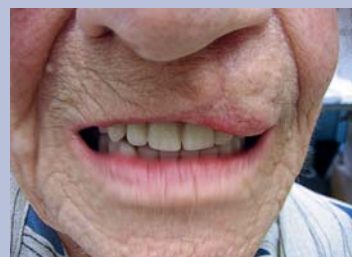
Evaluerend kan worden gezegd dat een ogenschijnlijk eenvoudige zorgvraag een bijzondere complexe zorgvraag bleek te zijn. Echter, het uiteindelijke resultaat was toch een acceptabele mondgezondheid van een zeer kwetsbare oude vrouw. De behandeling heeft vermoedelijk een belangrijke bijdrage geleverd aan de kwaliteit van haar laatste levensperiode. Dit resultaat kon worden bereikt door goed overleg met en betrokkenheid en begrip van de specialist ouderengeneeskunde, de verzorgenden en de familieleden.



Afb. 1. Obturatorprothese.



Afb. 2. Afdrukken voor nieuwe obturatorprothese en nieuwe conventionele onderprothese.



Afb. 3. Nieuwe gebitsprothesen geplaatst.

2003; Turkyilmaz et al, 2010). Of deze gunstige resultaten nu onmiddellijk redenen moeten zijn om ook voor alle kwetsbare ouderen een overkappingsprothese op implantaten tot behandeling van eerste keus te verheffen, is erg kort door de bocht. Hoewel het tegenwoordig een trend is om klachten over volledige gebitsprothesen standaard te verhelpen of zelfs te voorkomen door het plaatsen van implantaten heeft deze behandeling ook, en zeker bij kwetsbare ouderen, diverse keerzijden. Peri-implantitis dreigt vooral bij kwetsbare, niet-zelfredzame ouderen een groot probleem te worden, om nog maar te zwijgen van de problemen die implantaten kunnen veroorzaken als de overkappingsprothese om een of andere reden niet meer wordt gedragen (Visser et al, 2009; Van Winkelhoff, 2010). Daarom moeten per individu alle persoonlijke omstandigheden zorgvuldig worden overwogen alvorens tot deze intensieve behandeling over te gaan (casus 3).

Een factor die kan pleiten voor een overkappingsprothese op implantaten in de onderkaak ten opzichte van een conventionele gebitsprothese, is de geringere kans op het ontstaan van prothesestomatitis. Door een onderzoek is duidelijk geworden dat conventionele gebitsprothesen in de onderkaak 5 keer zo vaak prothesestomatitis veroorzaakten dan een overkappingsprothese op implantaten (Emami et al, 2008). Daarnaast kan een somatisch probleem als een slikstoornis met als gevolg hinderlijk kwijlen een indicatie zijn om een overkappingsprothese op implantaten te vervaardigen (casus 4).

### **Alleen begeleiding**

Mocht aan de hand van de gebruikelijke en de voor kwetsbare ouderen specifieke diagnostiek duidelijk zijn geworden dat aanpassing van de bestaande gebitsprothesen of vervaardiging van nieuwe gebitsprothesen niet verstandig of doelmatig is, dan blijft begeleiding van de patiënt als enige optie over. Deze optie is niet iets om lichtvaardig over te denken of om even vluchtig te regelen. Begeleiding bestaat uit zodanige maatregelen nemen dat de bestaande situatie stabiel kan blijven en in ieder geval niet verslechtert en dat de mondverzorging adequaat is en blijft. Voorts wordt aanbevolen de klachten van de oudere regelmatig te evalueren en tips te geven voor het zo goed mogelijk met de klachten of problemen kunnen omgaan.

Voor een goede mond- en gebitsprotheseverzorging en andere verzorgingstips kan het beste de 'Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen' worden gebruikt (Deerenberg-Kessler et al, 2007). Uit een opmerkelijk onderzoek dat is gepubliceerd na het verschijnen van de richtlijn is gebleken dat sommige gebitsprothesen mogelijk effectief kunnen worden gedesinfecteerd in een magnetron (Neppelenbroek et al, 2008). Hierbij moet eerst worden onderzocht of er geen risico op vervorming van de prothesebasis is.

Onvoldoende retentie van een gebitsprothese is een veelvoorkomend probleem. In gevallen waarin een technische aanpassing niet verstandig of doelmatig is, kan als begeleiding van het probleem een kleefmiddel uitkomst

brenge. Over het gebruik daarvan bestaat ook een professionele misvatting. Veel zorgverleners zijn namelijk huiverig om het gebruik van een kleefmiddel te adviseren omdat men bang is dat het gebruik de reductie van het edentate alveolaire kaakbot stimuleert, het ontstaan van slijmvliesafwijkingen bevordert, de kolonisatie van micro-organismen stimuleert en de verticale dimensie van het aangezicht vergroot. Mits sprake is van een goede mond- en gebitsprotheseverzorging bestaat voor deze angst nagenoeg geen wetenschappelijk bewijs. Wel is aangetoond dat een kleefmiddel de retentie van een gebitsprothese kan verbeteren en dat de ervaringen van gebruikers van kleefmiddelen over het algemeen goed zijn. Een groot en belangrijk indicatiegebied is het verschaffen van zekerheid over de retentie van een gebitsprothese met als gevolg een vergroting van het zelfvertrouwen van gebitsprothesedragers (De Baat et al, 2007; De Baat, 2008; Pradies et al, 2009).

### **Besluitvorming over zorgverlening**

Als alle relevante gegevens via anamnese, klinisch onderzoek en eventueel röntgenonderzoek zijn verzameld, kan het proces van besluitvorming beginnen. In de geneeskunde wordt tegenwoordig gestreefd naar op wetenschappelijk bewijs gefundeerde protocollering van processen en besluitvorming over zorgverlening. Helaas moet worden vastgesteld dat wetenschappelijk gezien rond het opstellen van een zorgplan voor een patiënt die klachten heeft over zijn volledige gebitsprothesen in het algemeen niet veel is onderzocht en gepubliceerd, laat staan voor de groep van kwetsbare ouderen in het bijzonder. Vanuit al dan niet in wetenschappelijke tijdschriften beschreven waarnemingen en ervaringen is over de besluitvorming tot zorgverlening echter wel het een en ander te melden.

Op basis van klinische ervaringen van de auteurs kan als basisprincipe terughoudendheid worden geadviseerd. Hiermee wordt bedoeld een principiële streven naar doelmatige, eenvoudige, de patiënt niet overmatig belastende, probleem- en zorgvraaggerichte zorgverlening. Dat betekent onder andere dat er (nagenoeg) geen plaats is voor standaardbehandelingen en voor bij jongeren en gezonden maximaal effectieve, maar bij kwetsbare ouderen belastende behandelingen.

Een tweede advies is rekening te houden met de belangrijke rol van het doorgaans verminderde aanpassingsvermogen van ouderen bij de gewenning aan een nieuwe of gewijzigde situatie. Dat aanpassingsvermogen wordt negatief beïnvloed door een verminderde somatische, psychische en sociale conditie. Het bepalen van deze conditie en daarmee ook het voorspellen van het aanpassingsvermogen van ouderen is een grote uitdaging waarnaar al jarenlang onderzoek wordt verricht en waarbij telkens kleine vorderingen worden gemaakt (De Baat et al, 1992; Gobbens et al, 2010b).

Het derde advies is reflecteren op het eigen functioneren als zorgverlener in het proces van besluitvorming. Een groep Noord-Amerikaanse tandartsen kreeg een praktijkvoorbeeld voorgelegd van een pre-edentate patiënt die

advies vroeg over een behandeling met conventionele volledige gebitsprothesen of met een overkappingsprothese of een vaste prothetische constructie op implantaten. Zij gaven ronduit toe dat zij bij het opstellen van een zorgplan meer waarde hechtten aan hun eigen inzichten dan aan de wensen en verzoeken van de patiënten en hun familieleden (Koka et al, 2007). Dit staat haaks op de moderne inzichten, wettelijke regels en professionele gedragsregels over de besluitvorming rond zorgverlening, waarbij de patiënt en niet de zorgverlener de beslissing neemt. Overigens wel

pas na optimale voorlichting door de zorgverlener over de mogelijkheden, de risico's en de kosten (Witter et al, 2011). In dit verband is wellicht een goede richtlijn te geven, namelijk dat zorgverleners, wegende alle relevante aspecten, er voor zichzelf op toezien dat ze wel hun eigen inzichten naar voren brengen, maar ook duidelijke voorlichting geven over andere mogelijkheden en vervolgens hun eigen inzichten niet centraal stellen. Dit alles opdat een patiënt of diens (wettelijke) vertegenwoordigers tot een onafhankelijk besluit kunnen komen.

#### Casus 4

Een thans 68-jarige rolstoelgebonden man was in 1968 opgenomen in een verpleeghuis in verband met een polineuropathie ten gevolge van een thalliumvergiftiging 6 jaar daarvoor. Als gevolg hiervan had hij ataxie en dysartrie. Hij gebruikte geen medicamenten. Tekenen was zijn hobby, maar zijn tekeningen mislukten doordat ze werden besmeurd met speeksel als gevolg van overmatig kwijlen. Hij was edentaat, zijn gebitsprothesen kwamen steeds los en dat bracht hij in verband met het kwijlen. Daarom was zijn zorgvraag het vervaardigen van nieuwe, beter functionerende gebitsprothesen met daarbij de veronderstelling dat hij dan ook minder zou kwijlen.

De man had zittend in zijn rolstoel een voorovergebogen houding en had continu een handdoek om zijn nek om zijn speeksel op te vangen. Bij observatie bleek zijn slikfrequentie zeer laag en dat vormde een aanwijzing het kwijlen te diagnosticeren als relatieve hypersialie. Zijn maxillomandibulaire relatie was een Angle-klasse II met een forse bovenlip en een invallende onderlip. De gebitsprothesen hadden een matige pasvorm en beide processus alveolares vertoonden reductie van het alveolaire kaakbot, in de bovenkaak matig en in de onderkaak was de processus geheel atrofisch. Zowel de gebitsprothese in de bovenkaak als die in de onderkaak kwamen bij de geringste mondbeweging los en hadden derhalve een slechte stabiliteit.

Het voorgestelde zorgplan bestond uit sliktherapie door een logopedist en vervaardiging van een overkappingsprothese op implantaten in de onderkaak en een conventionele gebitsprothese in de bovenkaak. Met de overkappingsprothese werd beoogd de onderlip beter te ondersteunen om een betere lipsluiting mogelijk te maken zodat ook op deze manier de relatieve hypersialie kon worden tegengegaan. De man wilde echter "geen schroeven in zijn kaak". Na uitgebreide uitleg en informatie en na overleg met zijn zeer oude moeder en een specialist ouderengeneeskunde werd het definitieve zorgplan sliktherapie door een logopedist en vervaardiging van conventionele gebitsprothesen.

De uitvoering van het zorgplan bewerkstelligde niet het beoogde resultaat: het kwijlen was iets minder maar nog steeds een probleem en de gebitsprothese in de onderkaak was wel stabiel maar bood te weinig retentie en steun aan de onderlip. Opnieuw volgde uitleg en informatie aan alle betrokkenen en hierop ging meneer overstag en stemde toe in een behandeling met implantaten. Na plaatsing van 4 implantaten werden een mesostructuur en een overkappingsprothese vervaardigd, waarbij de overkappingsprothese een zodanige vorm kreeg dat deze optimale steun bood aan de onderlip (afb. 4 t/m 6). Ook nu werd het beoogde doel niet geheel bereikt. De overkappingsprothese functioneerde weliswaar uitstekend, maar het kwijlen bleef een probleem, al was het wel aanmerkelijk minder geworden.

Bij evaluatie 2 jaar later werd vastgesteld dat de gebitsprothesen uitstekend functioneerden, dat het kwijlen was afgenomen, mede door ergotherapie in verband met de voorovergebogen houding.

De man was blij dat hij toestemming had gegeven voor de behandeling, waartegen hij wel erg had opgezien. De vele reizen naar de diverse zorgverleners had hij als een grote belasting ervaren, maar op de vraag of hij ook toestemming had gegeven als hij alle voor- en nadelen tevoren had kunnen overzien, antwoordde hij volmondig ja. Het resultaat ervoer hij als een weldaad en dus als een verhoging van zijn levenskwaliteit.



Afb. 4. Implantsaatoebouwen met beschermkappen.



Afb. 5. Mesostructuur.



Afb. 6. Gebitsprothesen geplaatst. Optimaal ondersteunde en erg vochtige onderlip.

Afgemeten aan het aantal bezoeken voor nazorg na vervaardiging van een partiële of volledige gebitsprothese is gevonden dat een gebitsprothese op een atrofische proces-sus alveolaris meer aanpassing van de patiënt vereiste dan een gebitsprothese op een anatomisch gezondere proces-sus alveolaris. Bovendien bleek dat gezonde patiënten zich gemakkelijker aanpasten aan een dergelijke behandeling dan patiënten met systemische ziekten (Panek et al, 2006). Beide aspecten verdienen aandacht en dat is een vierde advies bij het opstellen van een zorgplan voor kwetsbare ouderen met volledige gebitsprothesen.

Bij de vervaardiging van nieuwe volledige gebitsprothesen, zo bleek uit een onderzoek, was het esthetische aspect van iets meer belang dan de functionaliteit waar het de tevredenheid en de aan de mondgezondheid gerelateerde levenskwaliteit van de patiënten betrof (Ellis et al, 2010). Een vijfde advies is dit ook in de besluitvorming te betrekken, hoewel het voor de hand ligt dat de mate van vooral cognitieve kwetsbaarheid van invloed is op de waarde die een kwetsbare oudere zelf hecht aan esthetiek.

Een bijzonder onderwerp van aandacht bij de besluitvorming is de rol van familieleden, mantelzorgers, verzorgenden en artsen. Ieder van hen wil vanuit zijn eigen (gevoel van) verantwoordelijkheid een bijdrage leveren aan het welzijn van de desbetreffende kwetsbare oudere. Dat is op zich lovenswaardig, maar door een gebrek aan kennis kan dit leiden tot een irreële zorgvraag of, andersom, tot een weigering van juist wel geïndiceerde zorgverlening omdat men vreest dat deze de kwetsbare oudere te zeer belast. Het gaat niet aan deze betrokkenen dit kwalijk te nemen. Dit moet uitnodigen tot zorgvuldige uitleg van en voorlichting over het probleem. Als de betrokkenen het probleem begrijpen, wordt het proces van besluitvorming en de daarop al dan niet volgende zorgverlening gemakkelijker. Een illustratief voorbeeld is het verzoek om voor een demente edentate oudere die al enige tijd zijn bestaande gebitsprothesen niet meer draagt, nieuwe gebitsprothesen te vervaardigen. Die zorgvraag wordt ingegeven door de gedachte dat de oudere de gebitsprothesen niet meer draagt vanwege pijn of door de verwachting dat de oudere dan weer beter zal gaan eten of door de ontluistering die men beleeft nu men de oudere moet aanzien met een lege mond en een ingevallen aangezicht, terwijl de oudere zijn levenlang erg attent op zijn uiterlijk is geweest ("ik heb mijn moeder nog nooit zonder kunstgebit gezien"). In veel gevallen is het door dementen niet meer dragen van gebitsprothesen terug te voeren op een combinatie van intolerantie voor een vreemd lichaam, het verlies van decorum en neuropsychiatrische verschijnselen als apathie en depressie. Uit een groot Nederlands onderzoek onder dementen is gebleken dat 80% ten minste 1 neuropsychiatrisch symptoom had, 34% vertoonde apathie en 20% depressie (Zuidema et al, 2007). De ervaring leert dat het in deze gevallen honoreren van de zorgvraag van betrokkenen een zinloze onderneming is en daarom dient een mondzorgverlener zich te beperken tot uitleg over het probleem.

## Slotbeschouwing

Hoewel het aantal Nederlanders met een volledige gebitsprothese afneemt en er technisch steeds meer mogelijk is op het gebied van volledige gebitsprothesen, hebben veel kwetsbare ouderen klachten. Bij kwetsbare ouderen moet meer rekening worden gehouden met de belasting versus de belastbaarheid en met alle betrokkenen in zijn omgeving. Geadviseerd wordt een klacht voor iedereen duidelijk te maken (diagnostiek) en de lichamelijke, psychische en sociale consequenties daarvan in overleg met de patiënt en de betrokkenen uit te werken in een individueel zorgplan. Tijdens een eventuele behandeling moeten de technische aspecten van de volledige gebitsprothese volledig worden benut, voor zover de belastbaarheid van de patiënt dit toelaat. In veel gevallen zijn terughoudendheid en/of alleen begeleiden uitstekende opties.

## Literatuur

- \* Awad MA, Lund JP, Shapiro SH, et al. Oral health status and treatment satisfaction with mandibular implant overdentures and conventional dentures: a randomized clinical trial in a senior population. *Int J Prosthodont* 2003; 16: 390-396.
- \* Baat C de, Kalk W, Felling AJA, Hof M van 't. Het aanpassingsvermogen van ouderen aan een nieuwe (of verbeterde) gebitsprothese. Het gebruik van de BOP1-subschaal. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1992; 99: 32-34.
- \* Baat C de, Kalk W, Felling AJA, Hof M van 't. Prothetische behandeling van verpleeghuisbewoners. Nieuwe prothese vervaardigen of de bestaande verbeteren. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993; 100: 520-522.
- \* Baat C de, Hof M van 't, Zeghbroeck L van, Özcan M, Kalk W. An international multicenter study on the effectiveness of a denture adhesive in maxillary dentures using disposable gnathometers. *Clin Oral Invest* 2007; 11: 237-243.
- \* Baat C de. Het gebruik van kleefmiddelen in gebitsprothesen. In: Baat C de, Aps JKM, Brands WG, et al (red.). *Het tandheelkundig jaar 2008*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
- \* Baat C de. Levenskwaliteit in de gerodontologie. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 118: 215-217.
- \* Centraal Bureau voor de Statistiek. Permanent Onderzoek Leefsituatie. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010.
- \* Deerenberg-Kessler W, Nieuwlands TCM, Vreeburg EM, et al. Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen. Utrecht: NVVA, Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal gerieters, 2007.
- \* Ellis JS, Pelekis ND, Thomason JM. Conventional rehabilitation of edentulous patients: the impact on oral health-related quality of life and patient satisfaction. *J Prosthodont* 2007; 16: 37-42.
- \* Ellis JS, Thomason JM, McAndrew R. A pilot study examining the enhanced aesthetics on oral health related quality of life and patient's satisfaction with complete dentures. *Eur J Prosthodont Restor Dent* 2010; 18: 116-122.
- \* Emami E, Grandmont P de, Rompré PH, Barbeau J, Pan S, Feine JS. Favoring trauma as an etiological factor in denture stomatitis. *J Dent Res* 2008; 87: 440-444.
- \* Gerritsen AE, Creugers NHJ. Levenskwaliteit bij verlies en vervanging van gebitselementen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 118: 210-213.
- \* Gobbens RJJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols JMGA. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc* 2010a; 11: 338-343.

- \* Gobbens RJJ, Assen MALM van, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols JMGA. The Tilburg Frailty Indicator: psychometric properties. *J Am Med Dir Assoc* 2010b; 11: 344-355.
- \* Hoshi N, Mori H, Taguchi H, et al. Management of oral candidiasis in denture wearers. *J Prosthodont Res* 2011; 55: 48-52.
- \* Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, et al. Factors associated with oral health related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 711-717.
- \* Kalk W, Waas MAJ van, Os JH van, Postema N. De volledige gebitsprothese in woord en beeld. Uitgangspunten voor diagnostiek en behandeling van de edentate patiënt. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2001.
- \* Kalsbeek H, Baat C de, Kivit MM, Kleijn-de Vrankrijker MW de. Mondgezondheid van thuiswonende ouderen 2. Het subjectieve aspect van mondgezondheid. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001; 108: 16-20.
- \* Kalsbeek H, Schuller AA, Kivit MM, Baat C de. Mondzorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 90-95.
- \* Kimoto S, So K, Yamamoto S, et al. Randomized controlled clinical trial for verifying the effect of silicone-based resilient denture liner on the masticatory function of complete denture wearers. *Int J Prosthodont* 2006; 19: 593-600.
- \* Kimoto S, Yamamoto S, Shinomiya M, Kawai Y. Randomized controlled trial to investigate how acrylic-based resilient liner affects on masticatory ability of complete denture wearers. *J Oral Rehabil* 2010; 37: 553-559.
- \* Koka S, Eckert SE, Choi Y-G, Montori VM. Clinical decision-making practices among a subset of North American prosthodontists. *Int J Prosthodont* 2007; 20: 606-608.
- \* McCord JF, Grant AA. Specific clinical problem areas. *Br Dent J* 2000; 189: 186-193.
- \* Meegen HG van, Kalk W. Verbetering van een gebitsprothese door middel van relining en rebasing. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 118: 545-551.
- \* Neppelenbroek KH, Pavarina AC, Palomari Spidorio DM, Squavioli Massucato EM, Spolidorio LC, Vergani CE. Effectiveness of microwave disinfection of complete dentures on the treatment of Candida-related denture stomatitis. *J Oral Rehabil* 2008; 35: 836-846.
- \* Os JH van, Baat C de, Kalk W. Protheseproblemen. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1998.
- \* Panek H, Krawczykowska H, Dobosz A, Napadlek P, Panek BA, Sosna-Gramza M. Follow-up visits as a measure of adaptation process to removable prostheses. *Gerodontology* 2006; 23: 87-92.
- \* Pradies G, Sanz I, Evans O, Martínez F, Sanz M. Clinical study comparing the efficacy of two denture adhesives in complete denture patients. *Int J Prosthodont* 2009; 22: 361-367.
- \* Raghoebar GM, Meijer HJ, Stegenga B, HofMA van 't, Oort RP van, Vissink A. Effectiveness of three treatment modalities for the edentulous mandible. A five-year randomized clinical trial. *Clin Oral Implants Res* 2000; 11: 195-201.
- \* Scott BJJ, Forgie AH, Davis DM. A study to compare the oral health impact profile and satisfaction before and after having replacement complete dentures constructed by either the copy or the conventional technique. *Gerodontology* 2006; 23: 79-86.
- \* Shigli K, Angadi GS, Hegde P. The effect of remount procedures on patient comfort for complete denture treatment. *J Prosthet Dent* 2008; 99: 66-72.
- \* Swinkels H. Trendcijfers gezondheidsenquête 1981-2009. Gebruik geneeskundige voorzieningen, gezondheidsindicatoren en leefstijl. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2011.
- \* Turkyilmaz I, Company AM, McGlumphy EA. Should edentulous patients be constrained to removable complete dentures? The use of dental implants to improve the quality of life for edentulous patients. *Gerodontology* 2010; 27: 3-10.
- \* Visser A, Hoeksema AR, Baat C de, Vissink A. Zorg en nazorg voor implantaten bij zorgafhankelijke patiënten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2009; 116: 559-563.
- \* Winkelhoff AJ van. Consensus over peri-implantaire infecties. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2010; 117: 519-523.
- \* Witter DJ, Brands WG, Barèl JC, Creugers NHJ. Behandeling met een partiële gebitsprothese 1. Regelgeving, zorg- en behandelplan. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 118: 13-19.
- \* Yu Y-H, Cheung WS, Kuo H-K. Oral health status and self-reported functional dependence in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 519-523.
- \* Zantinge EM, Wilk EA van der, Wieren S van, Schoemaker CG. Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011.
- \* Zuidema SU, Derksen E, Verhey FRJ, Koopmans RTCM. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 632-638.

#### Summary

#### Providing oral healthcare to frail older people who wear complete dentures. No place for standard treatments

*Frail older people who wear complete dentures may have denture-related complaints which are more pronounced due to their somatic, psychological and/or social problems. On the other hand, it often happens that serious complaints are not or cannot be expressed. In those cases, members of the individual's social network or care providers may request treatment. According to the authors' experience, managing technical denture disorders by carrying out standard treatments or inserting oral implants is not always successful. Basic principles of providing oral healthcare to frail older people are: restraint in carrying out treatments, avoiding standard treatments, taking into consideration the limited adaptability of older people, continuous awareness of one's own functioning in the decision-making process, and paying attention to the role of family members, voluntary and professional care providers, and physicians.*

#### Bron

D. de Vries<sup>1</sup>, T.G.M. Zuidgeest<sup>2</sup>, C. de Baat<sup>3</sup>

Uit de <sup>1</sup>sectie Mondgezondheidszorg en Klinische Epidemiologie van het Universitair Medisch Centrum Groningen, <sup>2</sup>Interzorg Noord Nederland, verpleeghuis Anhold in Assen, en Koninklijke Visio, locatie De Brink in Vries en <sup>3</sup>de vakgroep Orale Functie van het Universitair Medisch Centrum St Radboud in Nijmegen

Datum van acceptatie: 31 oktober 2011

Adres: D. de Vries, Nieuwstraat 114, 7411 LP Deventer

ddevries82@hotmail.com