

Proefschriften 25 jaar na dato 39. Orale zelfzorg voor dentate ouderen

In 1989 verscheen het proefschrift 'Orale zelfzorg voor dentate ouderen'. Onder andere een informatiebrochure over orale zelfzorg werd getest in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. De uitkomst van de gehele interventie was positief. Na dit promotie-onderzoek is in Nederland en daarbuiten geen vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd. Toch zijn er zorgen over de orale zelfzorg van dentate ouderen. Voor een betere mondverzorging van verpleeghuisbewoners moeten verzorgenden theoretisch en praktisch worden onderwezen, het liefst al tijdens hun opleiding. Voor thuiswonende ouderen geldt dat mondzorgverleners moeten beoordelen of de mondgezondheid levensduurbestendig is ultimo het moment dat zich een achteruitgang in de medische conditie aandient. Centrale factoren hierbij zijn stabiliteit en reinigbaarheid van de dentitie, ook en vooral als deze is aangevuld met orale implantaten. Zodra bij thuiswonende ouderen sprake is van zorgafhankelijkheid moeten zij worden ondersteund, waarbij mondzorgverleners moeten zorgen voor goede fysieke toegankelijk van hun praktijken en bereidheid tonen thuiszorg te verlenen.

Klüter WJ, Baat C de. Proefschriften 25 jaar na dato 39. Orale zelfzorg voor dentate ouderen

Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 323-329

doi: 10.5177/ntvt.2015.06.14264

Inleiding

Professor dr. A.J.M. Plasschaert nam in 1984 het initiatief tot het eerste onderzoek in de gerodontologie in Nederland. Hij wilde anticiperen op de voorspelde vergrijzing van de Nederlandse bevolking en meer specifiek op de verwachte toename van het aantal dentate ouderen. Zijn vakgroep richtte zich tot dan toe op gedragswetenschappelijk onderzoek en effectmetingen van tandheelkundige voorlichtingsprogramma's voor jeugdigen. Dit leidde tot de vraag welke problemen zich zouden aandienen als meer ouderen tot op hoge leeftijd hun dentitie zouden behouden. Met het ouder worden wordt het steeds moeilijker adequaat de orale biofilm (plaque) te verwijderen vanwege het toenemend aantal retentieplaatsen door restauraties en partiële gebitsprothesen. De preventie en succesvolle behandeling van mondziekten zijn in hoge mate afhankelijk van adequate mondverzorging, maar op dat moment ontbrak het aan specifiek voorlichtingsmateriaal over mondgezondheid gericht op ouderen.

Het proefschrift

In 1989 verscheen het proefschrift 'Orale zelfzorg voor dentate ouderen' (Klüter, 1989). De onderzoeksvragen waren als volgt: is er behoefte aan informatie over tandheelkundige zelfzorgtechnieken bij dentate ouderen? En zo ja, wat is dan de effectiefste manier om deze informatie aan te bieden?

Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel bent u:

- bekend met de problematiek van mondzorg bij ouderen;
- zich bewust van de noodzaak ouderen in hun mondzorg voor te bereiden op levensfasen waarin die mondzorg minder aandacht krijgt.

Er werd een informatiebrochure geschreven die in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek werd getest. Er waren 3 experimentele groepen die werden vergeleken met een controlegroep. Groep A kreeg de informatiebrochure, een set mondverzorgingsproducten en een individuele instructie door een tandarts. Groep B kreeg de brochure en de set mondverzorgingsproducten. Groep C kreeg de brochure en de individuele instructie. De controlegroep D ontving niets van dit alles. Verder werd beoordeeld welke variabelen een voorspellende waarde hadden voor de effectiviteit van de interventie.

Er werden 6.445 personen aangeschreven om ruim 400 deelnemers te kunnen selecteren die voldeden aan de inclusiecriteria en wilden participeren. Allen waren tussen 55 en 75 jaar oud en hadden ten minste 4 gebits-elementen in zowel de boven- als de onderkaak. Na de nulpuntmeting bij de start van het experiment werden effectmetingen verricht na 2 en na 12 maanden. Naast het afnemen van vragen-

Wat weten we?

Er komen steeds meer ouderen die hun dentitie tot op hoge leeftijd behouden. Met het ouder worden, bezoeken ouderen doorgaans minder vaak een tandarts en neemt de zelfzorg veelal af, waardoor de mondgezondheid kan verslechteren.

Wat is nieuw?

De vraag naar mondzorg door ouderen zal de komende decennia groeien aangezien dentaten meer mondzorg nodig hebben dan edentaten.

Praktijktoepassing

Verzorgenden in verpleeghuizen moeten al tijdens hun opleiding worden onderwezen in mondverzorging. Mondzorgverleners moeten bij ouderen beoordelen of hun mondgezondheid levensduurbestendig is ultimo het moment dat zich een achteruitgang in de medische conditie aandient en daarbij ondersteuning bieden waar nodig en mogelijk. Bovendien moeten zij zorgen voor goede fysieke toegankelijk van hun praktijken en bereidheid tonen thuiszorg te verlenen.

lijsten gericht op kennis, attitude en zelfzorg met betrekking tot mondgezondheid werd een klinisch mondonderzoek verricht.

Het algemeen oordeel over de informatiebrochure was positief. Opvallend was dat 47% van de deelnemers vermeldde geen nieuws in de brochure te hebben gelezen. Het idee om een brochure speciaal voor ouderen te schrijven werd positief beoordeeld. De ervaringen met de aangeboden mondverzorgingsproducten waren positief, hoofdzakelijk met betrekking tot de interdentalreinigingsmiddelen. De interventie leidde tot een significante toename van de kennis over mondgezondheid in de 3 experimentele groepen, vooral met betrekking tot de kennis van mondverzorgingsproducten. De 3 experimentele groepen verschilden onderling nauwelijks. Het kennisniveau over mondgezondheid bij aanvang van het onderzoek bleek de variabele met de grootste voorspellende waarde voor de toename in kennis. Het veranderen van de algemeen grote suikerconsumptie bleek niet mogelijk met deze interventie.

De belangrijkste veronderstelling bij aanvang van het onderzoek was dat ouderen hoge scores voor de hoeveelheid plaque (orale biofilm) en de mate van gingivitis zouden hebben. Dat bleek echter in de geselecteerde groep niet het geval, hetgeen de doelstelling van het onderzoek bemoeilijkte. In meer dan de helft van de onderzoeksgroep bleek de mondverzorging bij aanvang dusdanig goed dat verbetering nauwelijks mogelijk werd geacht. In de andere helft, waarbij wel verbetering verwacht kon worden, bleken de onderlinge verschillen in de groepen A, B en C na 2 en 12 maanden niet significant. De waargenomen verbeteringen waren hoofdzakelijk het gevolg van de regelmatige controle van de mondverzorging tijdens de onderzoeksperiode (Hawthorne-effect). Het niveau van mondverzorging bij aanvang van het onderzoek bleek de beste voorspeller voor veranderingen in de scores voor plaque en gingivitis. De uitkomsten van het onderzoek waren erg vertekend door het feit dat in die tijd slechts een enkele oudere dentata was.

De periode na het promotieonderzoek

Na dit promotieonderzoek is in Nederland en daarbuiten geen vergelijkbaar onderzoek meer uitgevoerd. Daarom kan over het onderwerp van het proefschrift in dit artikel slechts een beschouwing worden gepresenteerd. Ook is in Nederland weinig epidemiologische onderzoek uitgevoerd gericht op de mondgezondheid van zelfstandig wonende ouderen. In 1986 werden gegevens verzameld in het kader van het Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde, waarin de leeftijdsgroep 45-74 jaar was opgenomen (Willemssen et al, 1991). Net als in de periode voor 1985 heeft veel later onderzoek zich toegespitst op verpleeghuisbewoners, de implementatie van mondzorgprotocollen in zorginstellingen en de relatie tussen mondgezondheid en algemene gezondheid (De Baat, 1990; Kalsbeek et al, 2006; Van der Putten, 2011; Van der Maarel-Wierink, 2012; Hoeksema et al, 2014).

Een uitzondering vormt het onderzoek waarin de attitu-

den en ervaren belemmeringen van tandartsen ten opzichte van de behandeling van ouderen in de algemene praktijk werd onderzocht (Bots-VantSpijker et al, 2015). In dit onderzoek rapporteerde 14% van de ondervraagde tandartsen zelf onvoldoende kennis te hebben van de (bij)werkingen van medicatie bij ouderen, 13% achtte zichzelf niet bekwaam om zorg te verlenen aan mensen met een cognitieve beperking, 42% was niet bereid een oudere thuis te bezoeken voor een periodiek mondonderzoek en 17% meende dat de zorgverlening aan ouderen niet uitdagend is. Onbekendheid en een beperkte ervaring met de zorgverlening aan ouderen bleken hierbij de belangrijkste factoren te zijn.

Er is wel onderzoek gedaan naar behandelingen die frequent bij ouderen worden uitgevoerd. Zo zijn aan de Radboud Universiteit Nijmegen veelvuldig aspecten rondom de verkorte tandboog onderzocht (Witter et al, 1993; Meeuwissen et al, 1995; Gerritsen et al, 2013a; Gerritsen et al, 2013b). Ongeveer evenveel aandacht werd aan deze universiteit besteed aan volledige gebitsprothesen (Kalk, 2004). Elders zijn ook effecten van implantaten en implantaatgedragen gebitsprothesen die bij ouderen kunnen worden toegepast onderzocht (Cune, 1993; Van Kampen, 2006; Van Waas, 2011; Wismeijer, 2011; Stoker, 2014).

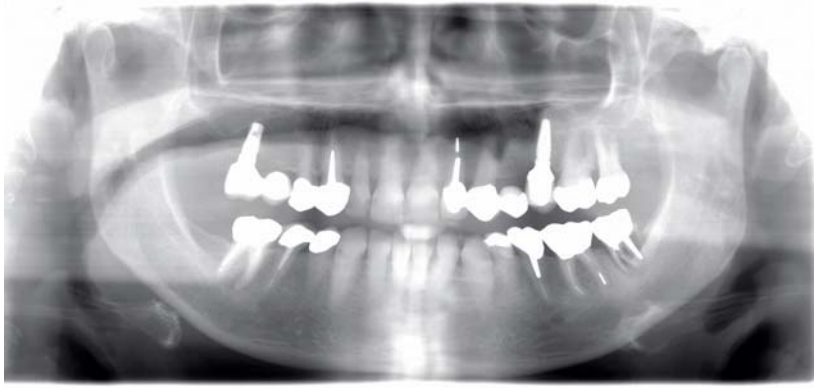
In 2014 is het aanbod aan interventies gericht op bevordering van de mondgezondheid van ouderen in Nederland in kaart gebracht. Er konden 44 initiatieven worden gerapporteerd (Verlinden et al, 2014).

Beschouwing

Feitelijk zijn de onderzoeksvragen van destijds nog steeds relevant, maar de context van het probleem en de doelgroep zijn aanzienlijk veranderd. Nu komen er steeds meer dentate ouderen die hun dentitie tot op hoge leeftijd behouden. Vragen van tegenwoordig zijn welke bij het ouder worden de belangrijkste barrières zijn voor adequate zelfzorg en professionele zorg en of deze liggen op cognitief, fysiek, medisch, motivationeel, financieel of sociaal terrein.

Het perspectief vanuit de tandheelkunde

Waar het ouderen betreft, wordt in de mondzorg klassiek onderscheid gemaakt tussen dentaten en edentaten. In 1989 was het merendeel van de ouderen edentataat, zeker in verpleeghuizen (De Baat, 1990). Nu groeit het aandeel dentate ouderen snel en komen in verpleeghuizen ook steeds meer dentate bewoners. Volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek was in het jaar 2000 41% van de 65-plussers dentataat, terwijl in 2009 dit aandeel is gestegen tot 59% (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010). Bij verpleeghuisbewoners is bij opname vaak sprake van langdurige verwaarlozing van de mondgezondheid (Hoeksema et al, 2014). Met de beperking van de indicatiestelling 'verpleging en verzorging' in de *Algemene wet bijzondere ziektekosten* (AWBZ) per 1 januari 2015 is dit beeld alleen maar slechter geworden. Er zijn nog ziekere en zorgafhankelijke mensen in de verpleeghuizen gekomen dan daarvoor. Voor deze mensen is het veelal te laat voor uitgebreide, veelal belastende behandelingen om de mondgezondheid



Afb. 1. Röntgenopname van een verpleeghuisbewoner waarbij de eigen tandarts elk diasteem heeft opgevuld tegen elke prijs en waarbij gecompromitteerde molaren aanwezig zijn. Deze situatie is niet levensduurbestendig.



Afb. 2. a - c Klinische opnamen van een functioneel gezien minimaal occlusiesysteem, met 3 occlusale contacten, maar met een grote kans op levensduurbestendigheid.

te verbeteren. Naast het elimineren van ontstekingen en pijn is in een verpleeghuis de zorgverlening voor het merendeel gericht op 'pappen en nathouden', oftewel pijnvrij houden en streven naar behoud van zo veel mogelijk esthetiek en functie. In de keuze van het mondzorgplan is men afhankelijk van de medische conditie, de wens van de patiënt en diens familie en de ondersteuning bij de zelfzorg door verzorgenden. Helaas is de (steun bij de) mondverzorging door verzorgenden in veel gevallen een ondergeschoven kindje en blijkt er 'handelingsverlegenheid' te bestaan als het gaat om basale mondzorg (Hoeksema et al, 2014; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014). Veel zorginstellingen zullen de cultuuromslag moeten maken die het toegenomen aantal dentaten vraagt. Theoretische educatie in mondverzorging en het leren van de bijhorende praktische vaardigheden moeten worden gestart of geïntensiveerd. Ook dient onderwijs in mondverzorging te worden geborgd in elk regionaal opleidingscentrum (ROC) dat een afdeling heeft voor de opleiding tot verzorgende en verpleegkundige. Op dit moment is dat niet structureel geregeld in Nederland en bepalen de centra zelf de inhoud van het onderwijsaanbod op dit terrein. Indien er geen gestructureerd primair onderwijs en bij- en nascholing in mondverzorging komt, zullen veel problemen bij zorgafhankelijke ouderen blijven bestaan en blijven ontstaan.

De daadwerkelijke verslechtering van de mondgezondheid vindt echter niet pas plaats in een zorginstelling, maar al tijdens de jaren voorafgaand aan de opname. Daarom is goede mondzorgverlening aan de groep thuiswonende ouderen minstens even belangrijk, zo niet belangrijker. Ten eerste is dit aantal ouderen veel groter, ten tweede is er in deze groep een grotere kans om de mondgezondheid te sta-

biliseren of zelfs te verbeteren en ten derde is de verblijfsduur in een zorginstelling relatief kort in vergelijking tot de thuissituatie, namelijk gemiddeld 2 jaar. Het advies aan mondzorgverleners is om te beoordelen of de mondgezondheid stabiel en levensduurbestendig is ultimo het moment dat zich een achteruitgang in de medische conditie aandient. Dit moment is niet te koppelen aan de chronologische leeftijd, maar wordt onder andere bepaald door de geriatrische trias, waarover in de volgende paragraaf informatie volgt. In de algemene praktijk is het namelijk meestal nog wel mogelijk de mondgezondheid levensduurbestendig te maken. Centrale factoren hierbij zijn stabiliteit en reinigbaarheid. In geval van een stabiele mondgezondheid moet worden beoordeeld of bij een afnemende medische conditie de dentitie goed reinigbaar is en of dubieuze meerwortelige gebitselementen beter preventief kunnen worden geëxtraheerd. Vaak zijn solitaire gebitselementen namelijk beter reinigbaar dan aangrenzende gebitselementen met een moeilijk toegankelijke interdentale ruimte (afb. 1).

Een niet stabiele mondgezondheid vraagt nog meer aandacht. Hier is de centrale afweging of men de mondgezondheid stabiel kan krijgen, bijvoorbeeld door middel van functieverbetering, of dat beter tot afbouw van de dentitie kan worden overgegaan. Bij behoud van strategische gebitselementen dient ook te worden gekeken of er nog compensatiemogelijkheden zijn. Met andere woorden: men dient niet een situatie te creëren waarin bijvoorbeeld het verlies van 1 gebitselement een niet-stabiele mondgezondheid veroorzaakt. In een dergelijk geval kan men beter direct kiezen voor afbouw van de dentitie en overschakelen naar partiële en/of volledige gebitsprothesen (afb. 2). Immers, prothetische behandelingen zijn later, in de fase van (toe-

nemende) kwetsbaarheid, lastiger of helemaal niet meer uitvoerbaar en het gewinningsproces van ouderen aan ingrijpende veranderingen wordt ook steeds moeilijker. De praktijk leert echter dat veel ouderen niet openstaan voor een behandelplan waarin afbouw van de dentitie centraal staat. Jarenlang heeft men gevochten voor behoud van de dentitie en daarin veel tijd, geld en energie gestoken. Het kost een mondzorgverlener dan veel tijd en overredingskracht om deze zorgfilosofie duidelijk te maken en de patiënt te overtuigen. Wellicht is het belangrijkste argument om de patiënt te wijzen op de inmiddels breed erkende wisselwerking tussen de mondgezondheid en de algemene gezondheid. Cardiovasculaire ziekten, diabetes mellitus, pneumonie en reumatoïde artritis worden al langere tijd in verband gebracht met een ongezonde mond. De nieuwste inzichten laten zien dat een slechte mondgezondheid meer gevolgen heeft voor de algemene gezondheid en dat de algemene gezondheid ook invloed kan hebben op de mondgezondheid (Rozema, 2013). Het is belangrijk dat de patiënt wordt geïnformeerd over deze wisselwerking. Mede dankzij het optreden in populaire media van professor E.J.A. Scherder, voormalig fysiotherapeut en nu hoogleraar Klinische Neuropsychologie aan de Vrije Universiteit, neemt een breed publiek kennis van de relatie tussen de cognitieve conditie en het kauwvermogen. Scherder en zijn onderzoeksgroep proberen aan te tonen dat een slechte mondgezondheid bij demente ouderen de cognitieve achteruitgang kan verergeren en het sociaal functioneren en de levenskwaliteit kan verminderen (Weijnenberg, 2013).

Het lijkt zinvol naast de verdeling in dentaten en edentaten een derde groep te onderscheiden: ouderen met orale implantaten. Het aantal orale implantaten in Nederland groeit snel. In 2008 waren in Nederland bij meer dan 800.000 volwassenen 1 of meer orale implantaten aanwezig (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2009). In deze groep is namelijk een 'nieuwe' aandoening ontstaan, de peri-implantaire infectie. Daarbij maakt men onderscheid tussen peri-implantaire mucositis en peri-implantitis. Bij peri-implantaire mucositis is sprake van een verdiepte pocket tot ongeveer 5 mm, bloeding na sonderen en zwelling. Er kan pusafvloed uit de pocket worden waargenomen. Bij peri-implantitis is toename van de sonderdiepte waar te nemen, verticaal en/of angulair botverlies rond het implantaat en roodheid en zwelling van de peri-implantaire mucosa. Voor de duidelijkheid zou hier, naar analogie van de 'klassieke' indeling, onderscheid moeten worden gemaakt: tussen implantaten in een edentate en in een dentate mond. Toch leek weinig verschil te bestaan tussen de overlevingspercentages van implantaten en het voorkomen van peri-implantaire mucositis bij dentaten en edentaten (De Waal et al, 2013). Over peri-implantitis waren te weinig gegevens beschikbaar om een uitspraak te kunnen doen. Wel hadden edentaten doorgaans veel grotere hoeveelheden orale biofilm dan dentaten. Desondanks waren bij edentaten niet meer problemen met de implantaten ontstaan dan bij dentaten. Zelfs in verpleeghuizen waarin de verzorgenden niet waren gewend aan het reinigen van

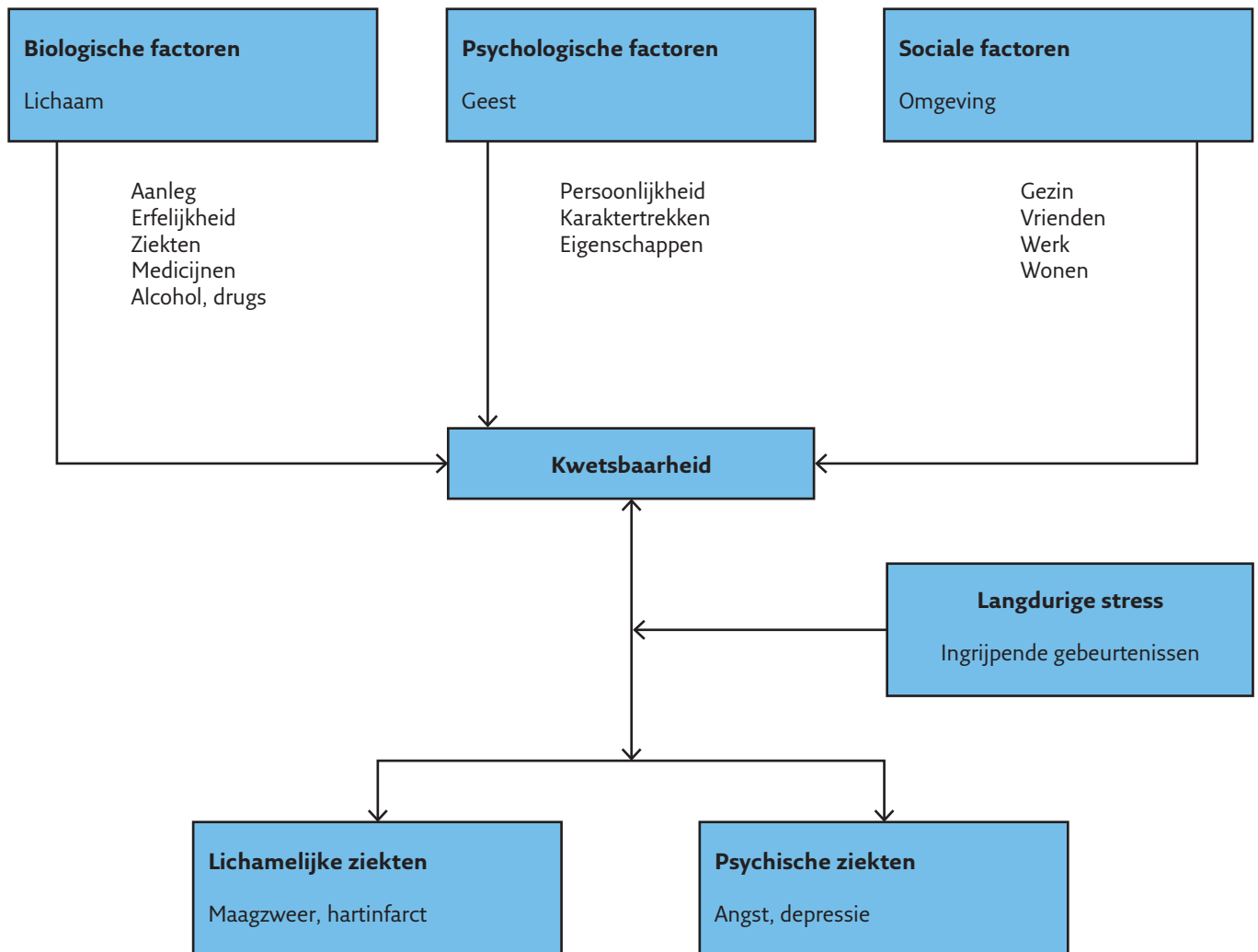
implantaten onder een gebitsprothese deden zich bij de bewoners gelukkig weinig problemen met implantaten voor (Hoeksema et al, 2014). Recent is een artikel verschenen waarin is gekeken naar de frequentie van peri-implantitis in een grote groep edentaten (Meijer et al, 2014). Als deze frequenties werden vergeleken met die van dentaten bleken de verschillen gering. Het is aannemelijk dat edentaten een kleiner risico lopen op peri-implantaire infecties dan dentaten, voornamelijk door een andere microflora (De Waal et al, 2013; De Waal et al, 2014).

Het probleem van peri-implantaire infecties zal in de toekomst zeker groeien en een prominent probleem worden in de mondzorgpraktijken. Al naar gelang de definitie rapporteerde men peri-implantitis bij 19-56% van de onderzochte personen (Van Winkelhoff 2010; Atieh et al, 2013). Belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van peri-implantaire infecties bleken onvoldoende mondverzorging, de reinigbaarheid van de suprastructuren en de implantaten en een geschiedenis van parodontitis en roken (Heitz-Mayfield, 2008). Er zijn onvoldoende onderzoeksgegevens beschikbaar om definitieve uitspraken te doen over de rol van genetische factoren, diabetes mellitus, alcoholconsumptie en eigenschappen van het implantaatoppervlak (Heitz-Mayfield, 2008; Atieh et al, 2013).

Er is geen bewijs voor de effectiviteit van niet-chirurgische, mechanische behandeling van peri-implantitis, maar wel van peri-implantaire mucositis. Peri-implantitis kan wel via chirurgische methoden effectief worden behandeld (Esposito et al, 2012; De Waal et al, 2013; De Waal et al, 2014).

Het perspectief vanuit de algemene geneeskunde

Zonder te kijken naar de kalenderleeftijd, wordt vaak onderscheid gemaakt tussen zelfstandige, kwetsbare ('frail') en zorgafhankelijke ('disabled') ouderen (Van der Putten et al, 2014). Westendorp (2014) gaf een duidelijke omschrijving aan de hand van verschillen en overeenkomsten in het verouderingsproces. Hij gaf aan dat ten aanzien van het begin en het beloop van het verouderingsproces grote verschillen kunnen optreden, maar dat in algemene zin wel een aantal perioden kunnen worden onderscheiden die iedereen doorloopt. Hij onderscheidde 4 perioden in de levensloop: voorzorg, multimorbiditeit, kwetsbaarheid en afhankelijkheid. De eerste periode - voorzorg - is de langste en die begint al voor de geboorte. Het gaat in deze periode om alle initiatieven die de gezondheid bevorderen en om de beschermende factoren die het verouderingsproces uitstellen. Kortom: het naleven van een gezonde leefstijl. Hoe dan ook brengt het normale verouderingsproces ziekten en beperkingen met zich mee die vervolgens gevolgen hebben voor de fysieke, mentale en sociale conditie. Voorbeelden hiervan zijn moeilijker lopen, krachtsverlies in handen, armen en benen, dementie, depressie en eenzaamheid. Een extra complicerende factor hierbij is de toename van het gebruik van medicamenten. Dit wordt sinds kort aangeduid als hyperfarmacotherapie ('hyperpharmacotherapy') (Van der Putten et al, 2014). De periode waarin



Afb. 3. Schematische uitwerking van de geriatrische trias (bio-psycho-sociaal model).

dit allemaal plaatsvindt, is die van de multimorbiditeit. De volgende periode treedt in wanneer verscheidene op elkaar inwerkende processen een oudere kwetsbaar maken: de periode van kwetsbaarheid. Een fase van het leven waarin kleine verstoringen grote gevolgen in het dagelijks functioneren kunnen hebben. Somatische en psychische aandoeningen en sociale factoren grijpen op elkaar in. Dit wordt aangeduid als de 'geriatrische trias' (afb. 3). De vierde fase is die van zorgafhankelijkheid. Vaak gaat het om ouderen met verschillende invaliderende fysieke gebreken of dementie. In deze periode is een uitgebreid netwerk van mantelzorgers of professionele zorgverleners actief en de oudere zelf verliest de regie.

Juist de mate van afhankelijkheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit en realisatie van de mondverzorging en de frequentie van het bezoek aan mondzorgverleners en daarmee het behoud van de mondgezondheid. Wanneer fysieke of psychische problemen aanwezig zijn, kunnen bewust bezig zijn met mondverzorging en het periodiek consulteren van mondzorgverleners op de achtergrond raken (Niessen et al, 2012). Het is dan ook van belang dat ouderen in dergelijke situaties worden ondersteund en ge-

motiveerd bij hun zelfzorg en bij hun bezoek aan de mondzorgpraktijk.

Belemmeringen voor orale zelfzorg en tandartsbezoek

Minimaal moeten mondzorgverleners regelen dat er geen fysieke belemmeringen zijn. Mondzorgpraktijken dienen in alle opzichten zo goed mogelijk toegankelijk te zijn voor ouderen. Het ontwikkelen van een keurmerk 'senioren-vriendelijke praktijk', naar analogie van het keurmerk dat seniorenorganisaties in samenwerking met ziekenhuizen hebben ontwikkeld, zou dit proces kunnen versnellen. Ook dient er begrip te zijn voor het feit dat een bezoek of consult doorgaans langer duurt en intensiever is. Dit stelt eisen aan de inrichting van de praktijk, aan de organisatie van de zorgverlening en aan het mondzorgteam.

Uit recent onderzoek is bekend dat veel grotere belemmeringen dan de toegankelijkheid van de praktijk moeten worden weggenomen. De toegankelijkheid van de praktijk leek op basis van kwalitatief onderzoek maar voor een kleine groep een probleem te zijn, evenals de financiële middelen (Niessen et al, 2013). Motivatie, prioritering en hulp bij het realiseren van tandartsbezoek spelen waarschijnlijk

een veel grotere rol. Dit onderzoek wees ook uit dat de wil en het vermogen om adequate zelfzorg te realiseren afneemt bij toegenomen kwetsbaarheid. Kwetsbare ouderen hebben bij veel van hun dagelijkse levensverrichtingen hulp nodig, maar daarbij is onvoldoende aandacht voor de mondverzorging. Mogelijk schamen ouderen zich ook voor de conditie van hun dentitie of voor het feit dat ze hulp nodig hebben bij de mondverzorging. Het is aannemelijk dat ouderen in die fase 'zorgmoe' zijn. Het is belangrijk beter (kwantitatief) inzicht te krijgen in de belemmeringen van de diverse categorieën ouderen, zodat mogelijke oplossingen beter kunnen worden toegespitst op deze categorieën. Het is verstandig op het moment van intreden van de periode van multimorbiditeit de mondgezondheid levensduurbestendig te maken. Kortom: de huistandarts dient alert te zijn op achteruitgang en signalen van verminderde zelfredzaamheid en hierop bijtijds te anticiperen.

Vanwege het feit dat ouderen niet meer in staat zijn of vergeten een tandarts te bezoeken, zijn er diverse initiatieven gestart om aan ouderen thuis zorg te verlenen, aangeduid als thuiszorg. Tegenwoordig wordt vaak de term ambulante mondzorg gebruikt, maar die is semantisch onjuist. Aan het zorg verlenen aan huis zijn echter enkele praktische bezwaren verbonden. Een veelgehoord bezwaar is dat bij behandelingen niet kan worden voldaan aan de praktijkrichtlijn 'Infectiepreventie in de tandheelkundige praktijk'. Het is echter onduidelijk waarom dit in redelijkheid niet zou kunnen (Klüter en Kuiken, 2015).

Kosten van de gezondheidszorg

Door de vergrijzing van de bevolking is ook een politiek en/of economisch probleem ontstaan, namelijk dat de kosten voor de gezondheidszorg de pan uitrijzen. Van de zorgverlening aan ouderen in de levensperioden van multimorbiditeit en afhankelijkheid is bekend dat deze tijdsintensief is, zeker als het om thuiszorg gaat. De grootste nationale beroepsvereniging bepleit hiervoor een extra financiële voorziening te treffen (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, 2015).

Voor een adequate mondzorgverlening (aan huis) is het aanbevelenswaard het hele mondzorgteam in te zetten. Tandarts, mondhygiënist, tandprotheticus en preventieassistent hebben ieder hun specifieke kennis en vaardigheden en door ieder op zijn niveau te laten werken, kunnen de zorgkosten beheersbaar blijven. De huistandarts blijft de verantwoordelijkheid houden voor de totale zorgverlening en het mondzorgplan. Zo nodig kan een tandarts-geriatrie ondersteunen en begeleiden om de specifieke complexe zorg te kunnen leveren.

Slotbeschouwing

Binnen afzienbare tijd zijn vermoedelijk ouderen de grootste groep afnemers van mondzorg. De opleiding van de diverse mondzorgverleners zal hierop moeten worden aangepast om op sociaal verantwoorde wijze en gewapend met de juiste vaardigheden zorg te kunnen verlenen. Patiënten en hun familie vragen om meer gespecialiseerde

zorgverleners met goede communicatieve vaardigheden. De zorgverleners zelf vragen om meer specialistische opleidingsmogelijkheden, erkenning en accreditatie. Opleiding van mondzorgverleners die zich vooral op ouderen richten, moet prioriteit krijgen. Dit specifieke onderwijs moet een plaats krijgen in de basisopleiding van de diverse mondzorgverleners. Daarbij moeten stageplaatsen worden gecreëerd om in de diverse praktijksituaties ervaring op te doen. Ook moeten er voor afgestudeerden nascholingscursussen komen. De mondzorgprofessie moet dit niet geïsoleerd aanpakken, maar kiezen voor een aanpak die past in een multidisciplinaire kwaliteitsverbetering. Mondzorg is immers een onderdeel van de totale gezondheidszorg en staat niet op zichzelf.

Tot slot is het belangrijk dat meer wetenschappelijk onderzoek wordt verricht naar de effectiviteit en de doelmatigheid van de zorgverlening aan deze bijzondere zorggroep. Het is daarom vreemd dat op dit moment aan geen enkele Nederlandse tandheelkundeopleiding een hoogleeraar in de gerodontologie is benoemd. Gezien alle genoemde ontwikkelingen en hiaten in de kennis lijkt dit een eerste prioriteit om de beschreven problematiek te lijf te gaan.

Literatuur

- * *Atieh MA, Alsabeeha NHM, Faggion CM, Duncan WJ.* The frequency of peri-implant diseases: a systematic review and meta-analysis J Periodontol 2013; 84: 1586-1598.
- * *Baat C de.* Een kunstgebit bij ouderen, een kwestie van aanpassen? Een onderzoek naar de mondgezondheid en de tandheelkundige behandelingsmogelijkheden van edentate ouderen in een aantal verpleeghuizen in Nederland. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1990. Academisch proefschrift.
- * *Bots-VantSpijker PC, Bruers JJM, Bots CP, Vanobbergen JNO, De Visschere LMJ, Baat C de, Schols JMGA.* Opinions of dentists on the barriers in providing oral health care to community-dwelling frail older people: a questionnaire survey. Gerodontology 2015; 12 november: Epub ahead of print.
- * *Centraal Bureau voor de Statistiek.* Permanent onderzoek leefsituatie. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010.
- * *Cune MS.* Overkappingsprothesen op implantaten. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1993.
- * *Esposito M, Grusovin MG, Worthington HV.* Interventions for replacing missing teeth: treatment of peri-implantitis. Cochrane Database Syst Rev 2012; 1: CD 004970.
- * *Gerritsen AE, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ.* An observational cohort study on shortened dental arches - clinical course during a period of 27-35 years. Clin Oral Invest 2013a; 17: 859-866.
- * *Gerritsen AE, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ.* Increased risk for premolar tooth loss in shortened dental arches. J Dent 2013b; 41: 726-731.
- * *Gezondheidsraad.* De mondzorg van morgen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012; publicatienr. 2012/04.
- * *Heitz-Mayfield LJA.* Peri-implant diseases: diagnosis and risk indicators. J Clin Periodontol 2008; 35 (Suppl. 8): 292-304.
- * *Hoeksema AR, Vissink A, Raghoobar GM, et al.* Mondgezondheid van kwetsbare ouderen: een inventarisatie in een verpleeghuis in Noord-Nederland. Ned Tijdschr Tandheelkd 2014; 121: 627-633.

- * *Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Kwaliteit mondzorg in verpleeghuizen onvoldoende. Een inventariserend onderzoek in 29 verpleeghuizen. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014.
- * *Kalk W*. Proefschriften 25 jaar na dato 3. Het kunstgebit uiteindelijk een blij bezit! *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2004; 111: 317-321.
- * *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.
- * *Kampen FMC van*. Implant-supported overdentures. A clinical and functional comparison of magnet, bar-clip and ball-socket retained mandibular overdentures. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2006. Academisch proefschrift.
- * *Klüter WJ, Kuiken S*. Het werken in zorginstellingen en in de thuiszorg, adviezen voor zorgprofessionals. Nijmegen: Nederlandse Vereniging voor Gerodontology, 2015.
- * *Klüter WJ*. Orale zelfzorg voor dentate ouderen. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1989. Academisch proefschrift.
- * *Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde*. Praktijkwijzer: Zorg aan ouderen in de algemene mondzorg-praktijk. Nieuwegein: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, 2015.
- * *Maarel-Wierink CD van der*. Dysphagia and poor oral health: significant risk factors of aspiration pneumonia in frail older people. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2013. Academisch proefschrift.
- * *Meeuwissen JH*. Perception of oral function of dentate elderly. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1992. Academisch proefschrift.
- * *Meijer HJA, Raghoobar GM, Waal YCM de, Vissink A*. Incidence of peri-implant mucositis and peri-implantitis in edentulous patients with an implant-retained mandibular overdenture during a 10-year follow-up period. *J Clin Periodontol* 2014; 41: 1178-1183.
- * *Niessen D, Mourik K van, Sanden W van der*. The impact of having natural teeth on the QoL of frail dentulous older people. A qualitative study. *BMC Public Health* 2012; 12: 839.
- * *Niessen D, Mourik K van, Sanden W van der*. The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study. *BMC Oral Health* 2013; 13: 61.
- * *Putten GJ van der*. Poor oral health, a potential new geriatric giant. Significant oral health (care) issues in frail older people. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2010. Academisch proefschrift.
- * *Putten GJ van der, Baat C de, De Visschere L, Schols J*. Poor oral health, a potential new geriatric syndrome. *Gerodontology* 2014; 31 (Suppl. 1): 17-24.
- * *Rozema FR*. Het leek voor anderen. Oratie 479. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2013.
- * *Stoker GT*. BIOS to 'Active in One Day'. An evolution of mandibular implant overdenture treatment. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2014. Academisch proefschrift.
- * *Verlinden DA, Schuller AA, Verrips GHW*. Mondgezondheid, een leven lang. Een onderzoek naar de potentiële effectiviteit van interventies ter bevordering van de mondgezondheid van ouderen in Nederland. Leiden: TNO, 2014.
- * *Waal YCM de, Winkelhoff AJ van, Meijer HJA, Raghoobar GM, Winkel EG*. Differences in peri-implant conditions between fully and partially edentulous subjects: a systematic review. *J Clin Periodontol* 2013; 40: 266-286.
- * *Waal YCM de, Winkel EG, Meijer HJA, Raghoobar GM, Winkelhoff AJ van*. Differences in peri-implant microflora between fully and partially edentulous patients: a systematic review. *J Periodontol* 2014; 85: 68-82.
- * *Waas MAJ van*. Proefschriften 25 jaar na dato 25. Een kunstgebit, een kwestie van doorbijten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2011; 118: 277-281.
- * *Weijnenberg RAF*. Mastication and oral health in elderly persons with dementia. The relationship with cognition and quality of life. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 2013. Academisch proefschrift.
- * *Westendorp R*. Oud worden zonder het te zijn. Over vitaliteit en veroudering. Amsterdam: Uitgeverij Atlas Contact, 2014.
- * *Willemsen WL, Truin GJ, Kalsbeek H, Mulder J*. Caries prevalence in Dutch elderly people. *Community Dent Health* 1991; 8: 39-44.
- * *Winkelhoff AJ van*. Consensus over peri-implantaire infecties. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2010; 117: 519-523.
- * *Wismeijer DJ*. The Breda implant overdenture study. An evaluation of clinical and radiological conditions, satisfaction and cost effectiveness in patients treated with mandibular overdentures on ITI-implants. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1996. Academisch proefschrift.
- * *Witter DJ*. A 6-year follow-up study of the oral function in shortened dental arches. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1993. Academisch proefschrift.

Summary

Dissertation 25 years after date 39: Oral self-care by dentate elderly

In 1989, the dissertation 'Oral self-care for dentate elderly' was published. Among other things, the effect of an information leaflet on oral self-care was investigated in a randomised, controlled trial. The outcome of the entire intervention was positive. Subsequent to this dissertation no comparable research has been carried out in the Netherlands or abroad. Nevertheless, concerns remain about the oral self-care of dentate older people. To improve the oral (self-)care of nursing home residents, carers should be educated theoretically and practically, preferably during their professional training. With regard to older people living at home, oral healthcare providers should assess whether their oral health condition will be stable for the rest of their life, at the latest when their general health condition is beginning to deteriorate. Determining factors in this regard are a stable dentition that can easily be kept clean, particularly when oral implants are present. As soon as older people who are living at home become dependent, they will require support. Oral health care providers should, then, make sure that their practices physically accessible and should be prepared to deliver care at home.

Bron

W.J. Klüter^{1,2}, C. de Baat²

Uit ¹Tandartspraktijk Overasselt, ²Mondzorg voor Ouderen en ²de vakgroep Orale Functieer van het Radboudumc in Nijmegen

Datum van acceptatie: 18 februari 2015

Adres: dr. W.J. Klüter, Schooneburgseweg 1, 6611 AA Overasselt

info@tandartspraktijkoverasselt.nl