

De mondgezondheid van kwetsbare thuiswonende ouderen die de huisarts bezoeken



Samenvatting. Het aantal thuiswonende kwetsbare ouderen neemt toe en zij behouden vaker op hoge leeftijd hun eigen dentitie. Het is bekend dat met stijgende leeftijd het tandartsbezoek af- en het huisartsbezoek juist toeneemt. Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de mondgezondheid en het tandartsbezoek van kwetsbare ouderen die patiënt zijn bij een huisartsenpraktijk. Het onderzoek bestond uit vragenlijsten en een mondonderzoek. De subjectieve en objectieve mondgezondheid werden vastgesteld door respectievelijk de Geriatric Oral Health Assessment Index-NL en de Oral Health Assessment Tool. Bijna de helft van de kwetsbare ouderen bleek al meer dan 2 jaar niet naar een tandarts te zijn geweest en bij een kwart werd een objectief mondgezondheidsprobleem gezien. Opleidingsniveau en gebitsstatus waren van invloed op het tandartsbezoek en de mondgezondheid. Bij ongeveer een derde werd een subjectief mondgezondheidsprobleem gezien waarbij de mate kwetsbaarheid van invloed was. Multidisciplinaire aanpak kan de mondgezondheid van kwetsbare ouderen verbeteren.

Paping LAJ, Schuller AA. De mondgezondheid van kwetsbare thuiswonende ouderen die de huisarts bezoeken
 Ned Tijdschr Tandheelkd 2021; 128: 503-511
 doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2021.10.21083>

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel bent u bekend met:

- de mondgezondheid van ouderen in het algemeen en kwetsbare ouderen in het bijzonder, met hun gebits-situatie en tandartsbezoek
- de invloed die opleidingsniveau, leeftijd en gebitsstatus hebben op de subjectieve mondgezondheid van kwetsbare ouderen.

INLEIDING

In Nederland is de verwachting dat het aantal 65-plussers van 3,5 miljoen eind 2020 zal stijgen naar 4,8 miljoen rond 2040 (Stoeldraijer et al, 2017). Daarnaast is de levensverwachting bij geboorte in de periode 1950-2019 met ruim 10 jaar gestegen (CBS, 2020). Er komen dus meer 65-plussers en ze worden gemiddeld ouder (dubbele vergrijzing). In 2019 waren 550.000 van de thuiswonende

65-plussers kwetsbaar. In 2030 zullen dat er naar verwachting meer dan 1 miljoen zijn (Vektis, 2020). Een veel gebruikte definitie van kwetsbaarheid is: "Kwetsbaarheid is een dynamische toestand, die wordt gekenmerkt door verliezen in een of meerdere domeinen van het menselijk functioneren (fysiek, psychosociaal, sociaal), die veroorzaakt worden door een scala aan factoren en die het risico op negatieve gezondheidsuitkomsten vergroten" (Gobbens et al, 2010). Lage sociaaleconomische status, hoge leeftijd, alleenstaand en een migratie-achtergrond worden geassocieerd met een grotere kans op kwetsbaarheid (Smetcoren et al, 2017).

Ouderen behouden steeds vaker hun eigen dentitie: zo nam het percentage dentaten onder 65-plussers in de periode van 2000 tot 2009 toe van 42% naar 59% en naar verwachting zal het percentage dentaten onder 75-plussers van 2015 naar 2035 stijgen van ongeveer 30% naar 50% (CBS, 2010; Van der Putten en Van der Maarel-Wierink, 2015). Deze dentities zijn in de loop der tijd vaak uitgebreid curatief behandeld waardoor ook de toekomstige

WAT WETEN WE?

Kwetsbaarheid bij ouderen geeft een verhoogde kans op het krijgen van een mondgezondheidsprobleem door een verslechtering van de mondhygiëne en de afname van het tandartsbezoek.

WAT IS NIEUW?

Van de thuiswonende kwetsbare ouderen bezoekt een aanzienlijk deel al langere tijd hun tandarts niet meer. Bij meer dan de helft van hen is sprake van een afwijkende en/of ongezonde mondsituatie en bij 10% van deze groep is zelfs sprake van een ernstig ongezonde mond.

PRAKTIJKTOEPASSING

Het opsporen van thuiswonende kwetsbare ouderen met mondgezondheidsproblemen door huisartsen en/of praktijkondersteuners in combinatie met een goede verwijsrelatie naar tandartsen kan bijdragen aan het verbeteren van de mondgezondheid bij deze groep.

zorgvraag divers en mogelijk gecompliceerd zal zijn.

Uit onderzoek bij verpleeghuisbewoners is gebleken dat de mondgezondheid bij binnenkomst in het verpleeghuis vaak te wensen overlaat (Hoeksema et al, 2014). De veelal slechte mondgezondheid is dus in de thuissituatie ontstaan. Redenen hiervoor kunnen zijn dat de mondverzorging al niet meer adequaat werd uitgevoerd door de persoon zelf, mantelzorg of thuiszorg (MacEntee et al, 2010). Daarnaast blijken thuiswonende kwetsbare ouderen niet of minder vaak naar de tandarts te gaan voor controle (Niesten et al, 2015). Ouderen vallen hierdoor buiten de radar van de tandarts en kan deze niet op tijd (preventief) ingrijpen bij (beginnende) mondgezondheidsproblemen. Het is daarom van belang dat kwetsbare ouderen met mondgezondheidsproblemen tijdig worden opgespoord.

Waar het tandartsbezoek daalt bij de hogere leeftijdscategorieën stijgt daarentegen het aantal contacten met een huisarts (intermezzo 1). Kwetsbare ouderen hebben bovengemiddeld (14 keer per jaar) contact met hun huisarts (Vektis, 2020). Door dubbele vergrijzing zal het aantal 65-plussers dat een beroep doet op een huisarts toenemen met ook een toenemende zorgzwaarte (Capaciteitsorgaan, 2019).

De samenwerking van mondzorgverleners, bestaande uit tandartsen of mondhygiënisten, met andere eerstelijnszorgverleners is schaars, maar neemt toe. In 2012 had slechts 8% van de tandartsen een zorginhoudelijk samenwerkingsverband en in 2020 is dit gestegen naar 16% (Obertop, 2012; Staat van de mondzorg/KNMT, 2021). In de landelijke eerstelijnsamenwerkingsafspraken (LESA) 'Zorg voor kwetsbare ouderen' staat dat op verzoek van een huisarts andere zorgverleners, waaronder tandartsen, betrokken kunnen worden bij de zorg voor kwetsbare ouderen (Verlee et al, 2017).

Aanleiding voor dit onderzoek was een masterscriptie, waarvan de onderzoeksvragen waren in hoeverre via een huisartsenpraktijk inzicht kan worden verkregen in de staat van de mondgezondheid van kwetsbare ouderen, of deze patiënten (nog) onder controle staan van een mondzorgverlener en tevens of in de huisartsenpraktijk ouderen met een risico op mondgezondheidsproblemen kunnen worden opgespoord. Het doel van dit onderzoek was het in kaart brengen van de mondgezondheid en het tandartsbezoek van kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk plus de eventuele factoren die daarop van invloed zijn.

MATERIAAL EN METHODEN

Het onderzoek werd uitgevoerd in een huisartsenpraktijk in Venray. Deze huisartsenpraktijk is gelieerd aan een samenwerkingsverband tussen huisartsen met de naam Cohesie. Binnen Cohesie werkt men onder andere met het zorgprogramma 'Kwetsbare ouderen' (Coöperatie Cohesie, 2015). Op grond van klinische ervaring worden kwetsbare ouderen in het reguliere spreekuur opgespoord door de huisarts en doorgestuurd naar de praktijkondersteuner huisarts (POH), die met behulp van het protocol 'Ouderen Cohesie' hun kwetsbaarheid in kaart brengt. Wanneer een oudere kwetsbaar blijkt te zijn, stelt de POH een zorgplan op en is er regelmatig contact op het zogenoemde 'ouderensprekuur' of met bezoek aan huis.

Ouderen die op het ouderensprekuur kwamen werden gevraagd deel te nemen aan onderhavig onderzoek. Bij instemming gaven zij schriftelijk toestemming voor hun deelname en gebruik van de gegevens voor het onderzoek. Ouderen jonger dan 65 jaar, geïnstitutionaliseerd of gediagnosticeerd met dementie werden geëxcludeerd. Het onderzoek werd goedgekeurd door de Medisch Ethische



Afb. 1. Data verzameling van het onderzoek door de praktijkondersteuner huisartsen (POH): nadat de POH met de oudere samen de vragenlijst had ingevuld keek de POH in de mond van de oudere en voerde door middel van de OHAT het mondonderzoek uit in de huisartsenpraktijk (a). De POH ging ook op huisbezoek bij de minder mobiele oudere. Bij de oudere thuis werd dan samen de vragenlijst en het mondonderzoek uitgevoerd (b en c).

Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum (UMC) Groningen (METc nummer 2019/242).

Het onderzoek bestond uit het afnemen van een vragenlijst en een mondonderzoek door de POH die vooraf geïnstrueerd was (afb. 1). De vragenlijst bevatte vragen over achtergrond (leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, recentheid tandartsbezoek), gebitsstatus, mate van kwetsbaarheid en subjectieve mondgezondheid. Opleidingsniveau werd gecategoriseerd in laag, midden en hoog opgeleid, waarbij laag opleidingsniveau werd gedefinieerd als basisonderwijs tot en met mbo-niveau 1; midden als MBO 2 tot

en met 4 en hoog als havo/vwo, HBO of WO. De tijd die verstreken was sinds het laatste tandartsbezoek werd gedichotomiseerd in 2 jaar of korter geleden en meer dan 2 jaar geleden.

De mate van kwetsbaarheid werd vastgesteld met de Groningen Frailty Indicator (GFI). Dit is een screeningsinstrument bestaande uit 15 vragen over verlies van functie in de domeinen mobiliteit/algemeen dagelijkse levensverrichtingen (ADL), cognitie, waarneming, voedingstoestand, comorbiditeit, sociale toestand en psychische toestand. De score varieerde per item van 0 (geen verlies van functie) tot

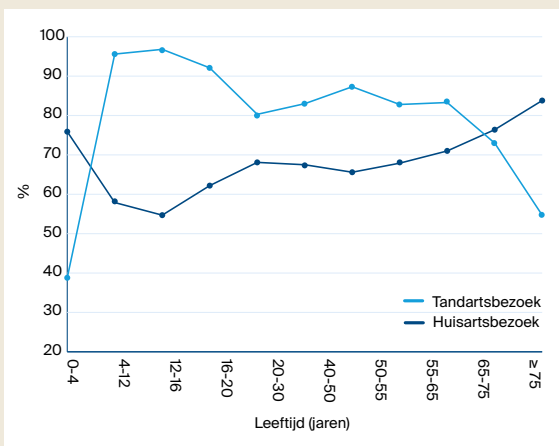
| Oral Health Assessment Tool (OHAT) | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|---|
| Categorie | Gezond (= score 0) | | Afwijkingen (= score 1) | | Ongezonder (= score 2) | |
| Lippen | <input type="checkbox"/> | Glad, roze en vochtig | <input type="checkbox"/> | Droog, gebarsten, of rood in de mondhoeken | <input type="checkbox"/> | Zwelling of knobbel, wit/rood/zwerende plek; bloed/zweer in mondbodem |
| Tong | <input type="checkbox"/> | Normaal, vochtig, roze | <input type="checkbox"/> | Vlekkerig, gebarsten, rood, beslagen | <input type="checkbox"/> | Rode en/of witte vlek, zwerend, gezwollen |
| Tandvlees en weefsels | <input type="checkbox"/> | Roze, vochtig, glad, geen bloeding | <input type="checkbox"/> | Droog, glanzend, ruw, rood, gezwollen rond 1-6 gebitselementen, een zweer/pijnlijke plek onder de gebitsprothese | <input type="checkbox"/> | Gezwollen, bloeding rond 7 of meer gebitselementen, losse gebitselementen, zweren en/of witte vlekken, gegeneraliseerde roodheid/gevoeligheid |
| Speeksel | <input type="checkbox"/> | Vochtige weefsels, waterig en vrij stromend speeksel | <input type="checkbox"/> | Droge, kleverige weefsels, weinig speeksel, cliënt denkt dat hij/zij een droge mond heeft | <input type="checkbox"/> | Gebarsten en rode weefsels, erg weinig/geen speeksel, dik speeksel, cliënt klaagt dat hij/zij droge mond heeft |
| Eigen dentitie | <input type="checkbox"/> | Geen carieuze of afgebroken gebitselementen/wortels | <input type="checkbox"/> | 1-3 carieuze of afgebroken gebitselementen/wortels | <input type="checkbox"/> | Meer dan 4 carieuze of afgebroken gebitselementen/wortels of erg versleten gebitselementen, of minder dan 4 gebitselementen zonder gebitsprothese |
| Gebitsprothese | <input type="checkbox"/> | Geen afgebroken zones of gebitselementen, gebitsprothese regelmatig gedragen | <input type="checkbox"/> | 1 afgebroken zone/gebitselement, gebitsprothese alleen 1-2 uur per dag gedragen | <input type="checkbox"/> | Meer dan 1 afgebroken zone/gebitselement, gebitsprothese verloren of niet gedragen door slechte pasvorm, of wordt alleen gedragen met kleefpasta |
| Mondhygiëne | <input type="checkbox"/> | Schoon en geen voedselresten/tandsteen in de mond of op gebitsprothese | <input type="checkbox"/> | Voedselresten/tandsteen/plaque op 1-2 plaatsen in de mond of op kleine zone van gebitsprothese; soms een slechte adem | <input type="checkbox"/> | Voedselresten/tandsteen/plaque op de meeste gebieden in de mond of op de gebitsprothese of ernstige slechte adem |
| Tandpijn | <input type="checkbox"/> | Geen verbale of fysieke tekenen noch gedrag dat op tandpijn wijst | <input type="checkbox"/> | Verbale tekenen of gedrag dat op tandpijn wijst zoals een gezicht trekken, op lippen bijten, niet eten, agressief gedrag | <input type="checkbox"/> | Fysieke tekenen van pijn (zwelling van kaak of tandvlees, gebroken gebitselementen, zweren) en verbale/gedragssignalen |

Er zijn 8 klinische aspecten waarbij wordt gescoord op gezond ofwel geen afwijking (0), (lichte) afwijking (1) en ongezond (2).
 De kleur van het scorevlakje duidt aan of een patiënt wel of niet naar een mondzorgverlener verwezen dient te worden:
 Geen verwijzing
 Interventie bijvoorbeeld door middel van advies vaker te poetsen
 Verwijzing

Afb. 2. Formulier van de Oral Health Assessment Tool voor de visuele inspectie van de mond.

INTERMEZZO 1. HUISARTS- VERSUS TANDARTS-BEZOEK

Het aantal contacten met de huisarts stijgt met de leeftijd en ook het type contact verandert, steeds vaker vinden langere consulten en visites plaats. Het tandartsbezoek neemt juist af bij deze hogere leeftijdscategorieën (afb.).



1 (verlies van functie). De somscore had daarmee een bereik van 0 tot 15 waarbij een hoge score een hogere kwetsbaarheid aanduidt. In het onderzoek werd een driedeling gemaakt in niet-kwetsbaar (score 0-3), licht-kwetsbaar (score 4-5) en kwetsbaar (score 6 of hoger).

De subjectieve mondgezondheid werd vastgesteld door de Geriatric Oral Health Assessment Index-NL (GOHAI-NL). Deze vragenlijst bestaat uit 12 vragen die 3 domeinen (fysiek functioneren, psychosociaal functioneren en pijn en

ongemak) betreffen. De antwoorden op de vragen hebben een 5-puntenschaal lopende van nooit tot zeer vaak of altijd. De somscore heeft daarmee een bereik van 12 tot 60. Bij een lage score is sprake van een mondgezondheid die een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van leven. Wanneer 1 of meer vragen van de GOHAI-NL werden beantwoord met een lage score (score 1 of 2) was een subjectief mondgezondheidsprobleem aanwezig.

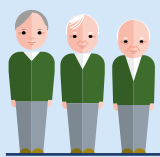
De objectieve mondgezondheid werd door het mondonderzoek vastgesteld. De gebitssituatie werd gedichotomiseerd in edentaat en edentaat. Bij de aanwezigheid van natuurlijke gebitselementen al dan niet in combinatie met uitneembare gebitsprothesen werd een dentate gebitssituatie vastgesteld en bij afwezigheid van natuurlijke gebitselementen in beide kaken een edentate gebitssituatie.

De objectieve mondgezondheid werd vastgesteld door de Oral Health Assessment Tool (OHAT). Dit is een gevalideerd screeningsinstrument voor niet-tandheelkundigen. Door een visuele inspectie worden 8 klinische aspecten beoordeeld (afb. 2) en ingedeeld in geen afwijking (0), (lichte) afwijking (1) en ongezond (2). De somscore van deze 8 aspecten heeft daarmee een bereik van 0 tot 16. Een somscore van 1 of hoger gaf een afwijking en/of ongezonde situatie aan, hoe hoger de score hoe meer objectief vastgestelde problematiek aanwezig. In de afbeelding is met kleur aangegeven of een patiënt al dan niet verwezen dient te worden naar een mondzorgverlener, waarbij het donkerste blauw een verwijzing naar een mondzorgverlener indiceert. Bij 1 of meer aspecten met de deze kleur is sprake van een mondgezondheidsprobleem.

Data verworven door de POH werd gepseudonimiseerd verstrekt aan de onderzoeker en bewaard in het elektronisch dataopslag programma REDCap. Deze data werden

Gegevens van de onderzoeksgroep (n = 186)

Achtergrondkenmerken



Leeftijd
Gemiddelde in jaren 84,1
Standaarddeviatie in jaren 6,0
Bereik in jaren 71-101



Geslacht
Man, n (%) 80 (43,0)
Vrouw, n (%) 106 (57,0)



Opleidingsniveau
Laag, n (%) 132 (71,0)
Midden, n (%) 27 (14,5)
Hoog, n (%) 27 (14,5)

Gezondheidskenmerken



Kwetsbaarheid*
Niet-kwetsbaar, n (%) 83 (44,6)
Licht-kwetsbaar, n (%) 38 (20,4)
Kwetsbaar, n (%) 65 (34,9)



Gebitsstatus
Edentaat, n (%) 127 (63,3)
Dentaat, n (%) 59 (31,7)

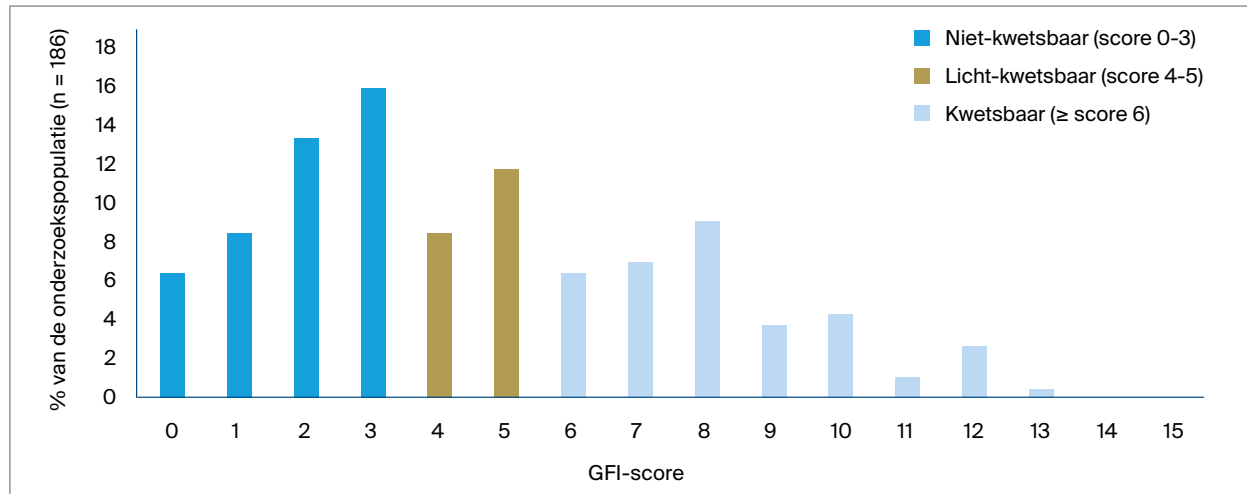


Laatste tandartsbezoek**
≤ 2 jaar, n (%) 102 (56,4)
> 2 jaar, n (%) 7 (43,6)

*op basis van de GFI; ** = 181

Illustratie: Guido van Gerwen, Duplo Studio

Afb. 3. Achtergrond- en gezondheidskenmerken van de onderzoekspopulatie.



Afb. 4. Verdeling van de mate van kwetsbaarheid volgens de GFI bij de onderzoekspopulatie (n = 186), De meeste ouderen scoorden een GFI-score van 2 of 3.

geanalyseerd in het softwareprogramma IBM SPSS Statistics voor Windows, Version 26 (2019, IBM Corp.).

Door gebruik te maken van beschrijvende statistiek werden de resultaten van de algemene en tandheelkundige karakteristieken, de kwetsbaarheid (GFI), de subjectieve (GOHAI-NL) en de objectieve (OHAT) mondgezondheid beschreven.

Om inzicht te krijgen in mogelijk predictoren voor tandartsbezoek, subjectieve en objectieve mondgezondheidsproblemen werden odds ratio's met de daarbij horende 95% betrouwbaarheidsintervallen bepaald door middel

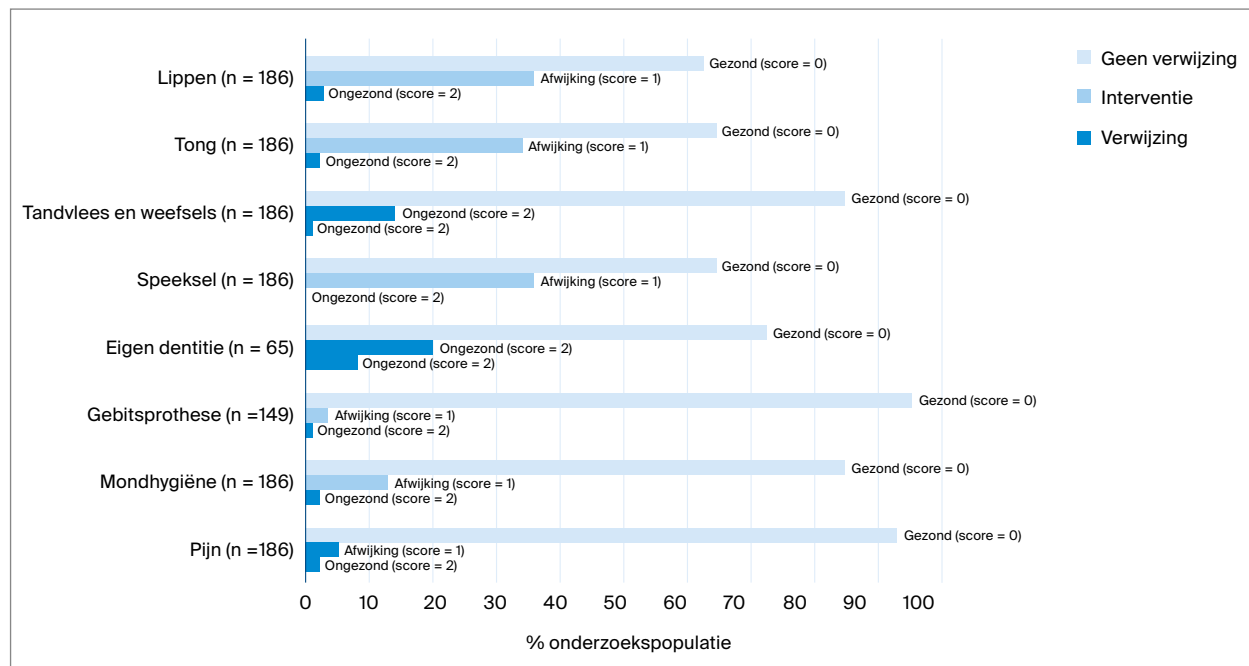
van uni- en multivariabele logistische regressieanalyses. Het significantieniveau werd vastgesteld op $p < 0,05$.

RESULTATEN

Er werd 203 ouderen die aan de inclusiecriteria voldeden gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Hiervan zegden 186 ouderen toe en namen deel aan het onderzoek. Afbeelding 3 toont de achtergrond- en gezondheidskenmerken van de onderzoekspopulatie. De gemiddelde leeftijd was 84,1 jaar (sd 6,0), 71% was laagopgeleid en 55% werd volgens de GFI-score als kwetsbaar aangeduid (GFI-

| | Tandartsbezoek (n = 181) | | | | Subjectieve mondgezondheid (GOHAI) | | | | Objectieve mondgezondheid (OHAT) | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------|----------|--------|------------------------------------|--------|---------------------|--------|----------------------------------|--------|--------------------|--------|
| | ≤ 2 jaar | | > 2 jaar | | Geen subjectief probleem | | Subjectief probleem | | Geen objectief probleem | | Objectief probleem | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| n | 102 | | 79 | | 120 | | 66 | | 138 | | 48 | |
| Leeftijd | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 84 jaar | 62 | (60,8) | 40 | (50,6) | 73 | (60,8) | 29 | (43,9) | 77 | (55,8) | 25 | (52,1) |
| > 84 jaar | 40 | (39,2) | 39 | (49,4) | 47 | (39,2) | 37 | (56,1) | 61 | (44,2) | 23 | (47,9) |
| Geslacht | | | | | | | | | | | | |
| Man | 52 | (51,0) | 26 | (32,9) | 50 | (41,7) | 30 | (45,5) | 59 | (42,8) | 21 | (43,8) |
| Vrouw | 50 | (49,0) | 53 | (67,1) | 70 | (58,3) | 36 | (54,5) | 79 | (57,2) | 27 | (56,3) |
| Opleidingsniveau | | | | | | | | | | | | |
| Laag | 63 | (61,8) | 66 | (83,5) | 82 | (68,3) | 50 | (75,8) | 99 | (71,7) | 33 | (68,8) |
| Middelbaar | 14 | (13,7) | 11 | (13,9) | 19 | (15,8) | 8 | (12,1) | 16 | (11,6) | 11 | (22,9) |
| Hoog | 25 | (24,5) | | (2,5) | 19 | (15,8) | 8 | (12,1) | 23 | (16,7) | 4 | (8,3) |
| Kwetsbaarheid (GFI) | | | | | | | | | | | | |
| Niet-kwetsbaar | 56 | (54,9) | 26 | (32,9) | 62 | (51,7) | 21 | (31,8) | 65 | (47,1) | 18 | (37,5) |
| Licht-kwetsbaar | 16 | (16,7) | 21 | (26,6) | 26 | (21,7) | 12 | (18,2) | 27 | (19,6) | 11 | (22,9) |
| Kwetsbaar | 29 | (28,4) | 32 | (40,5) | 32 | (26,7) | 33 | (50,0) | 46 | (33,3) | 19 | (39,6) |
| Tandartsbezoek | | | | | | | | | | | | |
| ≤ 2 jaar | | | | | 69 | (58,0) | 33 | (53,2) | 76 | (55,9) | 26 | (57,8) |
| > 2 jaar | | | | | 33 | (42,0) | 29 | (46,8) | 60 | (44,1) | 19 | (42,2) |
| Gebitsstatus | | | | | | | | | | | | |
| Edentaat | 56 | (54,9) | 68 | (86,1) | 77 | (64,2) | 50 | (75,8) | 101 | (73,2) | 26 | (54,2) |
| Dentaat | 46 | (45,1) | 11 | (13,9) | 43 | (35,8) | 16 | (24,2) | 37 | (26,8) | 22 | (45,8) |

Tabel 1. Het aantal en bijbehorende percentage ouderen dat korter of langer geleden naar de mondzorgpraktijk is geweest, al dan niet van subjectieve (GOHAI) of objectieve (OHAT) mondgezondheidsproblemen hebben naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, kwetsbaarheid, tandartsbezoek en gebitsstatus.



Afb. 5. Het percentage ouderen per OHAT-item op basis van score en kleurcode (n = 186).

score ≥ 4). Van de overige 45% hadden de meeste ouderen een GFI-score van 2 of 3 (afb. 4) en zij zaten dicht tegen het afkappunt van kwetsbaarheid aan. Van de onderzoekspopulatie was 32% dentaat met een gemiddeld aantal gebits-elementen van 16,3 (sd 8,4).

Naar eigen zeggen was 44% al meer dan 2 jaar niet naar de tandarts geweest. Van deze groep was 67% vrouw, 84% laag opgeleid, 67% licht tot zeer kwetsbaar en 86% edentaat (tab.1).

Met behulp van logistische regressieanalyses werd vastgesteld welke factoren van invloed waren op het tandartsbezoek (tab.2). Uit de univariate analyses bleek dat geslacht, opleidingsniveau, kwetsbaarheid en gebitsstatus van significante invloed waren: de kans om de afge-

lopen 2 jaar niet bij de tandarts te zijn geweest was groter voor vrouwen dan voor mannen, voor laag- en middenopgeleiden groter dan voor hoogopgeleiden, voor (licht) kwetsbaren groter dan voor niet-kwetsbaren en voor edentaten groter dan voor dentaten. Omdat deze factoren onderling met elkaar geassocieerd waren (zo zijn er meer edentaten onder de laagopgeleiden), werd een multivariate logistische regressie uitgevoerd. Opleidingsniveau en gebitsstatus bleven een statistisch significante rol spelen bij tandartsbezoek wanneer gecorrigeerd werd op een eventuele relatie met leeftijd, geslacht en kwetsbaarheid. Ouderen met een midden of laag opleidingsniveau hadden een 7 tot 8 keer grotere kans om de afgelopen 2 jaar niet naar de tandarts te zijn geweest dan hoogopgeleiden, en edentaten

| Afhankelijke variabele | Univariate logistische regressieanalyse resultaten (OR) ^a (95% BI) ^b | | | Multivariate logistische regressieanalyse resultaten(OR) ^a (95% BI) ^b | | |
|--|--|---------------------------------------|----------------------------------|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| | Tandartsbezoek | Subjectieve mondgezondheid (GOHAI-NL) | Objectieve mondgezondheid (OHAT) | Tandartsbezoek | Subjectieve mondgezondheid (GOHAI-NL) | Objectieve mondgezondheid (OHAT) |
| Onafhankelijke variabele | | | | | | |
| Leeftijd | 1,04 (0,99 - 1,09) | 1,05 (1,00 - 1,11)* | 1,02 (0,96 - 1,07) | 1,04 (0,98 - 1,10) | 1,03 (0,97 - 1,09) | 1,03 (0,97 - 1,09) |
| Geslacht, ref. man | 2,12 (1,15 - 3,90)* | 1,17 (0,64 - 2,14) | 1,04 (0,54 - 2,02) | 1,42 (0,70 - 2,86) | 1,61 (0,80 - 3,28) | 1,61 (0,80 - 3,28) |
| Opleidingsniveau, ref. hoog opgeleid | | | | | | |
| Laag opgeleid | 13,10 (2,98 - 57,59)** | 1,45 (0,59 - 3,55) | 1,92 (0,62 - 5,95) | 8,70 (1,81 - 41,93)** | 1,43 (0,49 - 4,19) | 4,33 (1,14 - 16,38)* |
| Middelbaar opgeleid | 9,82 (1,90 - 50,76) ** | 1,00 (0,31 - 3,22) | 3,95 (1,07 - 14,65)* | 7,16 (1,29 - 39,82)* | 0,73 (0,19 - 2,76) | 6,56 (1,49 - 28,95)** |
| Kwetsbaarheid (GFI), ref. niet-kwetsbaar | | | | | | |
| Licht-kwetsbaar | 2,66 (1,21 - 5,87)* | 1,36 (0,59 - 3,17) | 1,47 (0,61 - 3,53) | 2,04 (0,82 - 5,09) | 1,38 (0,56 - 3,44) | 2,43 (0,89 - 6,66) |
| Kwetsbaar | 2,38 (1,20 - 4,71)* | 3,05 (1,52 - 6,09)** | 1,49 (0,71 - 3,15) | 1,61 (0,73 - 3,58) | 2,71 (1,23 - 5,96)* | 2,28 (0,91 - 5,71) |
| Tandartsbezoek, ref. ≤ 2 jaar | | | | | | |
| | | 1,21 (0,65 - 2,25) | 1,08 (0,55 - 2,14) | | 0,90 (0,44 - 1,83) | 0,93 (0,42 - 2,04) |
| Gebitsstatus, ref. dentaat | | | | | | |
| ref. edentaat | 5,08 (2,41 - 10,72)*** | 0,57 (0,29 - 1,13) | 0,43 (0,22 - 0,86) | 3,16 (1,40 - 7,14)** | 1,62 (0,73 - 3,60) | 0,26 (0,11 - 0,62) |
| | 0,20 (0,09 - 0,42)*** | 1,75 (0,89 - 3,43) | 2,31 (1,17 - 4,57)* | 0,32 (0,14 - 0,71)** | 0,62 (0,28 - 1,38) | 3,82 (1,63 - 8,96)** |

^a OR odds ratio
^b BI = betrouwbaarheidsinterval
 ref. = referentiewaarde
 *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Table 2. Uni- en multivariabele logistische regressieanalyses met de daarbij horende odds ratio's en 95% betrouwbaarheidsintervallen van de onderzoekspopulatie. Het tandartsbezoek, de subjectieve en objectieve mondgezondheid versus leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, kwetsbaarheid, tandartsbezoek en gebitsituatie.

| GOHAI-NL (n = 186) | Nooit | Zelden | Af en toe | Vaak | Zeer vaak of altijd | Subjectief mondgezondheidsprobleem | |
|---|-------|--------|-----------|------|------------------------|------------------------------------|---------|
| | % | % | % | % | % | Nee % | Ja % |
| Fysiek functioneren | | | | | | 80 | 20 |
| Wat en/of hoeveelheid van eten | 73 | 10 | 8 | 6 | 3 | 91 | 9 |
| Bijten en/of kauwen | 47 | 16 | 17 | 12 | 8 | 80 | 20 |
| Spoken | 86 | 25 | 5 | 2 | 1 | 98 | 2 |
| Pijn en ongemak | | | | | | 82 | 18 |
| Eten doorslikken | 6 | 3 | 3 | 11 | 76 | 91 | 9 |
| Eten | 4 | 6 | 8 | 25 | 58 | 90 | 10 |
| Pijn en/of ongemak | 84 | 10 | 6 | 0 | 1 | 99 | 1 |
| Gevoeligheid aan tanden en/of kiezen | 86 | 5 | 6 | 2 | 1 | 97 | 3 |
| Psychosociaal functioneren | | | | | | 85 | 15 |
| Sociaal contact vermeden door gebit | 94 | 5 | 2 | 0 | 0 | 100 | 0 |
| Ontevreden of ongelukkig met gebit | 5 | 5 | 8 | 21 | 61 | 90 | 10 |
| Zorgen om gebit | 79 | 9 | 2 | 3 | 1 | 96 | 4 |
| Nervus om problemen met gebit | 89 | 7 | 2 | 1 | 1 | 98 | 2 |
| Ongemakkelijk voelen bij eten in gezelschap | 87 | 5 | 5 | 2 | 1 | 97 | 3 |

Tabel 3. Het percentage ouderen per separate GOHAI-NL domeinen en items met al dan niet een subjectief mondgezondheidsprobleem (n = 186).

een 3 keer grotere kans om niet te zijn geweest dan dentaten.

Voor de subjectieve mondgezondheid bleek dat bij de ouderen met 1 of meerdere subjectieve mondgezondheidsproblemen meer dan de helft ouder was dan 84 jaar (56%), tweederde deel (68%) volgens de GFI (GFI \geq 4) (licht) kwetsbaar was en het aandeel edentaten hoger was dan bij de categorie zonder subjectieve mondgezondheidsproblemen (76% versus 64%) (tab. 1).

De GOHAI-NL somscores varieerden van 28 tot 60 met een mediaan van 57 en een 10e en 90e percentiel van 45-60.

Ruim een derde (35%) van de ouderen gaf aan 1 of meerdere subjectieve mondgezondheidsproblemen (score 1 of 2) te ervaren, waarbij dit per item varieerde tussen de 0-20% van de respondenten (tab. 3). Binnen het domein fysiek functioneren ervoer 20% een mondgezondheidsprobleem, binnen het domein pijn en ongemak 18% en binnen het domein psychosociaal functioneren 15%. Een vijfde deel van de ouderen gaf aan last te hebben bij bijten of kauwen, een tiende gaf aan dat zij problemen hadden met eten of met doorslikken en een tiende van de respondenten was ontevreden met het gebit. Uit een additionele analyse bij het item bijten en/of kauwen bleek dat voornamelijk de edentaten (26%) dit ervoeren ten opzichte van de dentaten (7%).

Uit de univariate analyses bleek dat leeftijd en kwetsbaarheid van significante invloed waren: de kans op een subjectief mondgezondheidsprobleem werd groter naarmate de leeftijd toenam en voor kwetsbare ouderen was de kans groter dan voor niet-kwetsbaren (tab. 2). Door de multivariate logistische regressieanalyse werd gecorrigeerd voor de factoren, leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, tandartsbezoek en gebitsstatus en bleek dat kwetsbaarheid een statistisch significante rol bleef spelen bij het ervaren van subjectieve mondgezondheidsproblemen. Kwetsbaren ouderen hadden bijna 3 keer significant meer kans op het ervaren van subjectieve mondgezondheidsproblemen dan niet-kwetsbare ouderen.

Tabel 1 toont dat er weinig verschillen zijn in (achter

grondkenmerken tussen ouderen met of zonder objectieve mondgezondheidsproblemen behalve met betrekking tot gebitsstatus. Bij de ouderen met een objectief mondgezondheidsprobleem was het aandeel edentaten en dentaten nagenoeg gelijk (54% versus 46%), maar bij de groep zonder objectief mondgezondheidsprobleem was het overgrote deel edentat (73% versus 27%) (tab. 1).

Om een indruk te krijgen van de totale objectieve mondgezondheid werd de somscore van de OHAT berekend. Van de ouderen had 65% een somscore van 1 of hoger (mediaan 1, 10-90e percentiel: 0-4) wat een afwijking en/of ongezonde situatie aanduidde. Aan de hand van de kleurcode werd bij een kwart (26%) van de ouderen een doorverwijzing naar een mondzorgverlener geïndiceerd. De uitkomsten van de individuele OHAT items staan weergegeven in afbeelding 5. De algemene vragenlijst determineerde 59 dentaten, terwijl de OHAT 65 dentaten determineerde. Deze discrepantie komt voort uit het feit dat onder enkele volledige gebitsprothesen gebitselementen waren aangetroffen. Binnen de domeinen lippen en tong werd door de POH in meer dan een derde van de onderzoekspopulatie een afwijking en/of ongezonde situatie vastgesteld (39% en 35%). Bij het item eigen dentitie werd bij 28% een verwijzing geïndiceerd, bij dragers van gebitsprothesen was dat 1%.

Uit de univariate analyses bleek dat opleidingsniveau en gebitsstatus van significante invloed waren: de kans op een objectief mondgezondheidsprobleem was groter voor laag- en middenopgeleiden dan voor hoogopgeleiden en groter voor dentaten dan voor edentaten (tab. 2).

Door de multivariate logistische regressieanalyse werd gecorrigeerd voor de factoren leeftijd, geslacht, kwetsbaarheid en tandartsbezoek en bleek dat opleidingsniveau en gebitsstatus een statistisch significante rol bleven spelen bij geobserveerde objectieve mondgezondheidsproblematiek waarbij ouderen met een midden of laag opleidingsniveau een 4 tot 7 keer grotere kans hadden op een objectief mondgezondheidsprobleem dan hoogopgeleiden, en dentaten een 4 keer grotere kans hadden dan edentaten.

DISCUSSIE

Dit onderzoek is, voor zover bekend, een van de eerste onderzoeken dat bij thuiswonende kwetsbare ouderen die een huisartsenpraktijk bezoeken, de mondgezondheid, het tandartsbezoek en de factoren die hierop van invloed zijn, in kaart heeft gebracht.

In deze onderzoekspopulatie, die door de huisarts als kwetsbaar was aangemerkt, bleek bijna de helft al meer dan 2 jaar niet naar een tandarts te zijn geweest. De uitkomst viel lager uit dan de uitkomst volgens het CBS in 2019 (CBS Statline). Uit dat onderzoek bleek 70% van de 65-plussers minimaal 1 bezoek per jaar aan een tandarts te brengen. Dit percentage is hoger omdat dit alle 65-plussers betrof (dus zowel kwetsbaar als niet-kwetsbaar). Tevens bleek in het onderhavige onderzoek dat opleidingsniveau (laag tot midden) en gebitsstatus (edentat) belangrijke voorspellende factoren voor het tandartsbezoek waren. Dentaten waren vaker in de laatste 2 jaar bij een tandarts geweest dan edentaten. Dit komt overeen met resultaten beschreven in de literatuur (Ebbens et al, 2018). Het is bekend dat het tandartsbezoek een sociaaleconomische gradiënt kent (Schuller et al, 2014). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat hoger opgeleiden vaak meer kennis hebben van gezondheid en preventie, wat het verschil in tandartsbezoek kan verklaren ten opzichte van lager opgeleiden. Uit literatuur blijkt dat kwetsbaarheid van invloed is op de subjectieve en objectieve mondgezondheid en het tandartsbezoek (Niesten et al, 2015). In dit onderzoek had alleen de mate van kwetsbaarheid invloed op de subjectieve mondgezondheid. Waarschijnlijk komt dit afwijkend resultaat voort uit het gegeven dat de huisarts al reeds de populatie had aangemerkt als kwetsbaar.

Bij ongeveer een derde werd een subjectief mondgezondheidsprobleem geobserveerd (GOHAI-NL). De subjectieve individuele problemen die in deze onderzoeksgroep het meest naar voren kwamen, hadden vooral te maken met het ongemak bij bijten en/of kauwen en/of eten en/of doorslikken. Gebitsstatus speelde geen significante rol van betekenis in de subjectieve mondgezondheid, behalve bij problemen met bijten en kauwen wat relatief vaker voorkwam bij de edentaten.

Bij bijna een kwart van de onderzoekspopulatie werd een verwijzing naar de mondzorgverlener geïndiceerd (donkerste blauw, OHAT) wat correspondeerde met een objectief mondgezondheidsprobleem. Hierbij bleken opleidingsniveau en de gebitsstatus voorspellende factoren te zijn. Bij laag- en middenopgeleide en dentate ouderen werd vaker een ongezonde mondsituatie geregistreerd dan bij hoogopgeleide en edentate ouderen. In dit onderzoek hadden ouderen met een hoger opleidingsniveau minder objectieve problemen. De sociaaleconomische gradiënt speelt ook hier een rol bij mondgezondheid (Kalsbeek et al, 2000).

Uit de mediaan (57) van de GOHAI-NL somscore van de onderzoekspopulatie bleek dat minder dan 50% van de ouderen een matige tot negatieve invloed van de mondgezondheid ervoer op de kwaliteit van leven; bij 10% van hen ervoer men een behoorlijk negatieve invloed (GOHAI-NL score ≤ 45). Uit de mediaan (1) van de OHAT somscore bleek dat bij meer dan 50% van de ouderen 1 of meerdere afwijking(en) en/of ongezonde mondsituatie(s) werden geobserveerd, waarvan bij 10% ernstig ongezonde mondsituaties (OHAT somscore ≥ 4). In eerdere onderzoeken onder verpleeghuizen werd bij 65-plussers een GOHAI-NL somscore van 52 (sd 6) en bij 62-plussers een OHAT somscore van 5 geconstateerd (Niesten et al, in 2016; Simpelare et al, 2016). In het onderhavige onderzoek werden hogere somscores aangetroffen. Dit is verklaarbaar doordat deze populatie uit thuiswonenden bestond en het onderzoek van zowel Niesten et al als Simpelare et al geïnstitutionaliseerden betrof die - naar alle waarschijnlijkheid - in een slechtere gezondheid verkeerden. Hieruit kan geconcludeerd worden dat verpleeghuisbewoners meer negatieve invloed van de mondgezondheid ervaren en een slechtere mondsituatie hebben dan de kwetsbare thuiswonende onderzochte populatie.

Kwetsbaarheid, opleidingsniveau en gebitsstatus zijn voorspellende factoren voor mondgezondheidsproblemen

In 2014 bleek uit onderzoek van Hoeksema et al dat bij verpleeghuisbewoners de objectieve mondgezondheid vaak te wensen overlaat.

In de onderzoekspopulatie werd bij een aanzienlijk deel objectieve ofwel subjectieve mondproblemen gedetecteerd.

Echter, voor beide gold ook dat het percentage 'ernstige gevallen' relatief klein was (10%). Het is dan ook van belang dat de nu nog relatief gemakkelijk te verhelpen problemen vroegtijdig worden ontdekt, zodat verergering kan worden voorkomen. Dit zou tevens positief kunnen bijdragen aan de algehele gezondheid.

Dit onderzoek kent een aantal sterke en zwakke punten. De respons van het onderzoek was hoog (92%), waardoor waarschijnlijk de vertekening van de uitkomsten gering is. Responsbias in de vorm van sociaalwenselijke antwoorden kan echter niet worden uitgesloten.

Idealiter zou zijn geweest als de mondgezondheid werd onderzocht door een mondzorgverlener, maar uit onderzoek is gebleken dat de OHAT een betrouwbaar en valide screeningsinstrument is voor niet-tandheelkundigen om vast te stellen of er sprake is van een afwijkende en/of ongezonde mondsituatie (Chalmers et al, 2005). In de toekomst zou de OHAT voor de POH en/of huisarts een hulpmiddel kunnen zijn om ouderen met mondgezondheidsproblematiek te signaleren en indien nodig gericht door te verwijzen naar een mondzorgverlener.

Om redenen van haalbaarheid heeft het onderzoek plaatsgevonden in 1 huisartsenpraktijk. Deze huisartsenpraktijk is een van de koplopers in het gebruik van de zorgmodule 'Kwetsbare ouderen'. Daardoor schenkt deze

huisartsenpraktijk wellicht meer aandacht aan kwetsbare ouderen dan in andere huisartsenpraktijken zonder dergelijke module. De resultaten zouden daardoor rooskleuriger kunnen zijn dan in werkelijkheid.

CONCLUSIE

Het onderzoek biedt zicht op de mondgezondheid en het tandartsbezoek van een populatie thuiswonende kwetsbare ouderen die de huisarts bezoekt. Naar schatting zijn in Nederland 550.000 kwetsbare thuiswonende ouderen. Wanneer men extrapoleert dat 35% van hen subjectieve en 26% objectieve mondgezondheidsproblemen heeft, dan betekent dat er momenteel in Nederland 193.000 kwetsbare thuiswonende ouderen zijn met subjectieve en 143.000 met objectieve mondgezondheidsproblemen die tot op heden niet gedetecteerd zijn. Waarschijnlijk omdat een aanzienlijk deel van deze ouderen al langere tijd hun tandarts niet meer heeft bezocht.

Dit onderzoek toont aan dat een samenwerking tussen mondzorgverleners en huisartsen interessant zou kunnen zijn om deze moeilijk te bereiken groep weer in beeld te krijgen. Een deel van de ouderen in dit onderzoek was recent niet naar een tandarts geweest, terwijl een aantal van hen wel kampte met mondgezondheidsproblemen. Uit dit onderzoek bleek dat zij op te sporen zijn via een huisartsenpraktijk, in het bijzonder door een POH. Mondzorgverleners zouden contact kunnen zoeken met huisartsenpraktijken om het actief opsporen van kwetsbare ouderen met mondgezondheidsproblemen door middel van screenen met de OHAT en GOHAI-NL op te starten. Het vroegtijdig opsporen van thuiswonende kwetsbare ouderen met mondgezondheidsproblemen kan bijdragen aan een betere mondgezondheid en algehele gezondheid van deze ouderen.

LITERATUUR

- * Centraal Bureau voor Statistiek (CBS). *Permanent onderzoek leefsituatie*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de statistiek, 2010.
- * Centraal Bureau voor Statistiek. Statline. CBS (2019). <http://statline.cbs.nl/statweb> (geraadpleegd 01-05-2021).
- * Centraal Bureau voor Statistiek. *Levensverwachting (2020)*. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/levensverwachting/cijfers-context/trends#bron--node-tabel-bronnen-bij-de-cijfers-over-levensverwachting> (geraadpleegd 06-06-2021).
- * Chalmers JM, King PL, Spencer AJ, Wright FA, Carter KD. The oral health assessment tool - validity and reliability. *Aust Dent J* 2005; 50: 191-199.
- * Coöperatie Cohesie U.A. *Het zorgprogramma (2015)*. <https://www.cohesie.org/zorgprogramma>. (geraadpleegd 01-05-2021).
- * Ebbens OE, Lawant MJ, Schuller AA. Tandartsbezoek van 65-plussers; onderzoek uit een algemene praktijk in Drenthe. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2018; 125: 151-155.
- * Gobbens RJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc* 2010; 11: 338-343.
- * Hoeksema AR, Vissink A, Raghoobar GM, Meijer HJ, Peters LL, Arends S, et al. Mondgezondheid van kwetsbare ouderen: een inventarisatie in

een verpleeghuis in Noord-Nederland. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2014; 121: 627-633.

- * Kalsbeek H, de Baat C, Kivit MM, de Kleijn-de Vrankrijker MW. Mondgezondheid van thuiswonende ouderen. Gebitstoestand, verleende professionele tandheelkundige zorg en mondhigiënische gedrag. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2000; 107: 499-504.
- * KNMT. Staat van de mondzorg. Mondgezondheid en algemene gezondheid. <https://www.staatvandemondzorg.nl/mondgezondheid/mondgezondheid-en-algemene-gezondheid/> (geraadpleegd 06-06-2021).

OP WWW.NTVT.NL



Zie voor de volledige literatuurlijst het online artikel (doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2021.10.21083>).

SUMMARY

The oral health of frail home-dwelling elderly in the general practice

The number of frail home-dwelling elderly is increasing, and they are likely to retain their own dentition longer when ageing. With increasing age, the number of dental visits declines, while the number of visits to the general practitioners' (GP) clinics increases. The aim of this study was to assess the oral health status and dental visits of frail home-dwelling elderly that visit their GP. The study consisted of questionnaires and an oral examination. Subjective and objective oral health was determined by the Geriatric Oral Health Assessment Index-NL and the Oral Health Assessment Tool. Almost half of the frail elderly had not visited the dentist for over 2 years and a quarter had objective oral health problems. The educational level and the dental status were of influence on the dental visits and on their oral health. In about a third of the subjects, a subjective oral health problem was observed, which was influenced by the extent of the subject's frailty. A multidisciplinary approach can improve the oral health status of frail home-dwelling elderly.

AUTEURSINFORMATIE

L.A.J. Paping¹, A.A. Schuller^{1,2}

Uit ¹het Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde van het UMC Groningen en ²TNO Child Health in Leiden.

Datum van acceptatie: 26 augustus 2021

Adres: mw. L.A.J. Paping, Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde UMCG, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen
tandarts.paping@hotmail.com

DANKWOORD

Met dank aan de huisartsenpraktijk MC Wiënhof en in het bijzonder A.A. Paping (Huisartsenopleider Universiteit Maastricht) voor het initiatief en de samenwerking en praktijkondersteuner K. Drumen voor de dataverzameling.

VERANTWOORDING

Dit onderzoek werd uitgevoerd in het kader van een masterscriptie-opdracht.