

GGZnet

2006 • Jaargang 8 • nummer 2

Artikel
**Complementaire en Alternatieve Geneeswijzen
(CAG) en psychiatrie: feiten en meningen**

Een lichtspelbeeld: voor de spiegel en op de
video
**Spiegel en videoconfrontatie in de behandeling
van mensen met eetstoornissen**

**Mondzorg in de Dr. S. van Wierdagkliniek heeft
meer om het lijf**

Special section: Het ontwikkelingsprofiel van
Abraham
Het ontwikkelingsprofiel, een inleiding

**Ervaringen in de praktijk tijdens de cursus
Werken met het ontwikkelingsprofiel van
Abraham**

Ervaringen van het Centrum voor Klinische
Psychiatrie met het 'Ontwikkelingsprofiel
van Abraham'

Het ontwikkelingsprofiel van Abraham

Bericht van het RinG
Lopend onderzoek

Verslagen
Verslag symposium 'Psychiatrie en media'

Artikel

Mondzorg in de Dr. S. van Mesdagkliniek heeft meer om het lijf

Yvonne Werkhoven, Marinus Spreen, Bram Buunk, Rob Schaub

Introductie

Forensisch psychiatrische patiënten zorgen in het algemeen onvoldoende voor hun eigen gebit. Daarnaast is mondzorg geen vanzelfsprekend onderdeel in de behandeling van dergelijke patiënten. Toch kan iedereen zich voorstellen dat pijn in de mond kan leiden tot irritaties, frustraties en zelfs agressief gedrag. Bovendien kan een slecht gebit mogelijk de sociale omgang bemoeilijken en het gevoel van eigenwaarde verlagen. Daarom wordt in de Dr. S. van Mesdagkliniek sinds anderhalf jaar de mondzorg voor de patiënten niet alleen door een tandarts, maar ook door een mondhygiënist verleen. Tot op heden is bij alle patiënten een mondonderzoek uitgevoerd, waarbij een oordeel is gevormd over de behoefte bij de patiënten aan behandeling, en over de mondzorgkundige noodzaak daartoe. Bovendien is het niveau van mondhygiënische zelfzorg bepaald. Deze 'screening' heeft geleid tot een nieuwe strategie. Een patiënt krijgt een conventionele tandheelkundige behandeling. Daarnaast voert de mondhygiënist een professionele gebitsreiniging uit, nadat er voorlichting en instructies zijn gegeven met betrekking tot dagelijkse mondverzorging.

Een dergelijke mondzorgbenadering is nieuw in de forensische psychiatrie. Om de effecten na te gaan van de voorlichting en gebitsbehandeling, is door de mondhygiënist samen met de onderzoeksafdeling van de Dr. S. van Mesdagkliniek een verkennend onderzoek gedaan. Aangenomen wordt dat door aandacht voor mondverzorging en professionele gebitsbehandeling het gebitsbewustzijn zal toenemen, het zelfzorggedrag zal verbeteren, en het eigen gebit als een goed en als een belangrijk onderdeel van de algemene gezondheid zal worden ervaren. In dit artikel richten we ons op de vraag of de behandeling leidt tot een verbeterde kwaliteit van leven gerelateerd aan mondgezondheid, dat wil zeggen tot minder fysieke, sociale en psychologische beperkingen ten gevolge van de toestand van het gebit.

Mondgezondheid en mondgezondheidgedrag

Mondgezondheid wordt gedefinieerd als “de mate van gezondheid van orale en omringende weefsels, waarmee het individu zonder actieve ziekten, ongemak of schaamte kan spreken en zich kan voortbewegen in de sociale context, en dat bovendien bijdraagt aan een algemeen welbevinden” (Kay en Locker, 1997, p. 8). Mensen met een verminderde mondgezondheid ervaren niet altijd een lagere kwaliteit van leven. Men kan een slecht gebit hebben zonder daar beperkingen van te ervaren. Niettemin is in verscheidene studies aangetoond dat mondziekten naast pijn en functionele beperkingen, ook fysieke en sociaal-psychologische problemen kunnen veroorzaken, zoals niet meer eten, zich schamen of niet meer durven te lachen. Het theoretisch model van mondgezondheid van Locker (1988) laat zien dat mondziekten op verschillende dimensies tot allerlei beperkingen, en dus een lagere kwaliteit van leven, kunnen leiden. Een voorbeeld hiervan is hevige pijn aan de kiezen als gevolg van grote caviteiten en tandvleesontstekingen, waarbij de aantastingen zodanig zijn dat de kiezen moeten worden getrokken. Het verlies van de kiezen kan mogelijk leiden tot een verminderd kauwvermogen, moeite met het uitspreken van bepaalde woordklanken, of esthetisch minder fraai lijken. De gevolgen van deze beperkingen tezamen kunnen volgens het model van Locker de dagelijkse activiteiten van patiënten, en daarmee de kwaliteit van leven, negatief beïnvloeden (Slade en Spencer, 1994). Ook kan een combinatie van een aantal beperkingen een sterke impact hebben op het sociaal functioneren, bijvoorbeeld zich ongemakkelijk voelen in gezelschap van anderen of zelfs het vermijden van sociale contacten. Onderzoekresultaten van Slade (1997) en van John en Micheelis (2003) laten onder andere zien dat mondziekten negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven.

Onderzoeksopzet en procedure

Het onderzoek is uitgevoerd bij 40 mannelijke patiënten in de Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen. Door de specifieke gesloten setting en praktische problemen was het niet mogelijk om een relevante controlegroep te realiseren. Daardoor moeten de resultaten voorzichtig geïnterpreteerd worden. De leeftijd van de onderzoeksgroep varieert van 23 tot 49 jaar; de gemiddelde leeftijd is 34,6 jaar. Deze patiëntengroep is globaal te categoriseren als patiënten met een psychotische kwetsbaarheid (9 personen), patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (24 personen) en patiënten met een combinatie hiervan (7 personen). De gegevens voor deze studie zijn verzameld met behulp van de gemodificeerde Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14) vragenlijst (Slade, 1997). De OHIP-14 meet de mondgezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven, dat wil zeggen de mate waarin mensen geen beperkingen ervaren ten gevolge van de toestand van hun gebit. Deze beperkingen zijn onderverdeeld in zeven dimensies, elk vastgesteld met twee items: functiebeperkingen, fysieke pijn, psychologisch ongemak, psychologische beperkin-

gen, lichamelijke beperkingen, sociale beperkingen en andere beperkingen. De antwoorden zijn gescoord op een 5-punts Likert-schaal; een score 1 betekent geen sociaal-psychologische beperking en een 4 een maximaal bevonden beperking. De OHIP-14 schaal varieert van 0-56, en een hoge score indiceert een lage kwaliteit van leven met betrekking tot mondgezondheid.

Gedurende een periode van zeven maanden (november 2003-juni 2004) zijn 49 patiënten voorafgaand aan de eerste mondhygiënebehandeling naar de 'wachtkamer' geleid. Daar werden zij geïnformeerd door de tandartsassistente:

"De behandeling door de mondhygiëniste is een extra behandeling binnen de tandheelkundige zorg die wij aan u verlenen. En omdat wij erg benieuwd zijn naar de effecten hiervan, en bovendien graag willen weten wat deze extra zorg voor uw gebit, voor uzelf en voor uw omgang met anderen betekent, hebben wij deze vragenlijst (OHIP-14) samengesteld. Wij hopen hiermee inzicht te kunnen krijgen in uw ervaringen, en om een juist en volledig beeld te kunnen krijgen, is het belangrijk dat u alle vragen beantwoordt."

In totaal hebben negen patiënten geen vragenlijst ingevuld, maar is aan hen wel mondzorg verleend. Deze patiënten wensten niet deel te nemen aan het onderzoek (3x), hadden moeite met de vragenlijsten vanwege een taalbarrière (3x), of konden om andere redenen niet meedoen.

Na het invullen van de vragenlijst werden de patiënten naar de behandelkamer gebracht, en voerde de mondhygiëniste de behandeling uit. De mondhygiënische interventie bestond uit voorlichting over mondgezondheid, mondhygiëne instructies en professionele gebitsreiniging. Van de 40 patiënten hebben 12 na afloop van het eerste bezoek een voorlichtingsbrochure meegenomen. De tweede meting vond plaats bij de controleafspraak na ongeveer drie maanden. De patiënten vulden de OHIP-14 wederom in. Ook is op een eenvoudige wijze gekeken of de mondhygiënische zelfzorg adequaat was uitgevoerd, en in hoeverre bloeding al dan niet aanwezig was. Om diverse redenen heeft bij vier patiënten geen tweede meting plaatsgevonden. Deze redenen waren vertrek naar een andere kliniek, verblijf in een separeercel, geen behoefte meer hebben aan mondzorg, en onwil. In de resterende groep van 36 patiënten heeft bij één patiënt de tweede meting plaatsgevonden in de Professor Pompekliniek te Nijmegen (overplaatsing).

Resultaten

Bij een betrouwbaarheidsanalyse bleek dat één item van de OHIP-14 niet in deze schaal paste. Het item "*niet in staat normaal te functioneren*" van de dimensie "andere beperkingen" bleek niet consistent samen te hangen met de overige items, en is om die reden uit de schaal verwijderd (Peet, Wittenboer en Hox, 1995). Daardoor kan niet meer echt gesproken worden over een dimensie "andere beperkingen", en wordt het andere item van deze dimensie "*leven minder bevredigend*" apart geanalyseerd. De betrouwbaarheid van de

schaal bestaande uit de overige items van de OHIP was voor de eerste meting hoog ($\alpha = 0.88$). De betrouwbaarheid van de tweede meting was ook bevredigend ($\alpha = 0.81$). In Tabel 1 staan de psychometrische resultaten.

Item	N	Gemiddelde	SD	Item-totaal correlatie OHIP (1 ^e)	N	Gemiddelde	SD	Item-totaal correlatie OHIP (2 ^e)
1 moeite met uitspreken	40	0.28	0.60	0.55	36	0.22	0.48	0.49
2 gevoel dat smaak is verslechterd	39	0.44	0.82	0.48	36	0.33	0.80	0.57
3 pijn in de mond	40	1.06	0.89	0.53	34	0.97	0.97	0.44
4 last met eten	40	0.85	0.89	0.48	35	0.71	0.86	0.18
5 zich bewust zijn van gebit	40	3.25	0.93	0.23	36	3.19	1.04	0.17
6 zich gespannen voelen	40	0.60	0.78	0.68	36	0.56	0.81	0.64
7 dagelijks eten is vervelend	40	0.53	0.68	0.69	36	0.50	0.65	0.37
8 maaltijden moeten onderbreken	39	0.62	0.75	0.60	36	0.47	0.61	0.19
9 moeilijk om te ontspannen	40	0.50	0.88	0.64	36	0.50	0.74	0.65
10 zich schamen	40	0.96	1.25	0.74	36	0.83	1.08	0.60
11 in gezelschap chagrijnig	40	0.50	0.91	0.61	36	0.39	0.69	0.54
12 hinder ondervinden in dagelijks activiteiten	40	0.63	0.81	0.72	34	0.77	0.82	0.62
13 leven minder bevredigend	40	0.68	1.07	0.44	34	0.58	0.81	0.66
voor 13 items 1 ^e meting $\alpha = 0.88$ en 2 ^e meting $\alpha = 0.81$								

Tabel 1. Aantal patiënten, gemiddelden, standaard deviaties, en item-totaal correlaties voor OHIP 1^e en 2^e meting. Een lagere score wijst op minder beperkingen en een hogere kwaliteit van leven.

De items "zich bewust zijn van gebit" (1^e meting), "last met eten" (2^e meting), "maaltijden moeten onderbreken" (2^e meting) dragen minder goed bij aan de totale OHIP score, zoals blijkt uit een tamelijk lage item-totaal correlatie. De betrouwbaarheid verandert echter niet of nauwelijks als deze items zouden worden weggelaten. Op inhoudelijke gronden hebben we echter besloten deze items in de schaal op te nemen. De 13 items bij elkaar opgeteld geven de totaalscore van de OHIP. Elk item is gewogen met de gewichten, zoals gevonden in het onderzoek van Slade (1997).

Daar de totaalscores van de gewogen OHIP scores niet normaal verdeeld bleken, hebben we de Wilcoxon Signed Rank toets voor het verschil tussen de twee meetmomenten toegepast (zie Tabel 2). De Wilcoxon Signed Rank toets is ook toegepast op de zes dimensies apart en het item "leven minder bevredigend".

Dimensie	N 1e	Gemiddelde	SD	N 2e	Gemiddelde	SD	P<
Psychologisch ongemak	36	1.76	0.66	36	1.74	0.73	
Fysieke pijn	33	0.91	0.75	33	0.75	0.60	0.08
Sociale beperkingen	34	0.52	0.71	34	0.55	0.61	
Functie beperkingen	35	0.30	0.49	35	0.21	0.39	
Leven minder bevredigend	36	0.72	0.61	36	0.58	0.81	0.00
Psychologische beperkingen	36	0.66	0.80	36	0.63	0.70	
Lichamelijke beperkingen	35	0.54	0.57	35	0.50	0.49	
Gewogen OHIP totaalscore	30	5.58	3.91	30	4.78	2.95	0.07

Tabel 2. Aantal patiënten, gemiddelden, standaard deviaties, en p-waarden voor de Dimensies van de OHIP 1^e en 2^e meting. Een lagere score wijst op minder beperkingen en een hogere kwaliteit van leven.

Uit Tabel 2 is af te lezen dat de kwaliteit van leven in het algemeen is verbeterd. De patiënten rapporteerden na de behandeling een hogere kwaliteit van

leven dan voor de behandeling. Tevens gaven de patiënten aan nu minder fysieke pijn te ervaren. Dit betekent dat de patiënten nu minder pijn in de mond hebben, en minder last hebben met eten dan voor de behandeling. Daarnaast zijn de patiënten in de loop van de behandeling het leven als meer bevredigend gaan ervaren.

Conclusie

Het huidige onderzoek kent enkele beperkingen. Ten eerste kon geen controlegroep worden gerealiseerd. Ten tweede werd niet op alle dimensies een verbetering aangetroffen. Niettemin bevat dit onderzoek duidelijke indicaties dat de kwaliteit van leven gerelateerd aan mondgezondheid door de behandeling is toegenomen. Vooral de fysieke beperkingen ten gevolge van de toestand van het gebit zijn verminderd, en het leven wordt na de behandeling als meer bevredigend ervaren. Dit onderzoek biedt een eerste indicatie dat bij forensisch psychiatrische patiënten aandacht voor mondverzorging en professionele gebitsbehandeling een positieve bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van leven en het welbevinden.

Literatuur

- John, M. en W. Micheelis (2003). Mundgesundheitsbezogene Lebensqualität in der Bevölkerung: Grundlagen und Ergebnisse des Oral Health Impact Profile (OHIP) aus einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland. *IDZ-Information*. No. 1/2003 (15.01.2003). Köln.
- Kay, E. en D. Locker (1997). *Effectiveness of oral health promotion: A review*. London: Health Education Authority.
- Locker, D. (1988). Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health* 5, 3-18.
- Peet, A.A.J. v., G.L.H.v.d. Wittenboer en J.J. Hox (1995). *Toegepaste statistiek. Beschrijvende technieken*. Wolters-Noordhoff BV. Groningen.
- Slade, G.D. en A.J. Spencer (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health* 11, 3-11.
- Slade, G.D. (1997). Derivation and validation of a short form Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 25: 284-90. Conference Abstracts, 9th Annual Conference of the European Association of Dental Public Health (EADPH). 24-25 september 2004 / Alfândega Conference Centre/ Porto/ Portugal.