

Proactieve mondzorg voor onzelfredzame ouderen

Een toenemende verantwoordelijkheid

De vergrijzing van de Nederlandse bevolking is algemeen bekend. Een gevolg is dat het percentage ouderen in de gemiddelde praktijkpopulatie groter wordt. Ouderen behouden langer (een deel van) hun identiteit.

Door een toename van de kwetsbaarheid van ouderen kan de zelfredzaamheid afnemen. Hierdoor kan de mondverzorging problemen opleveren. Het is de taak van elke tandarts-algemeen practicus adequaat in te spelen op veranderingen in de (mond)gezondheid van de tot zijn praktijk behorende ouderen. Het opstellen en actualiseren van een mondzorgplan is daarbij van belang. Bij het uitvoeren van mondzorg kunnen hindernissen optreden die onder andere gerelateerd zijn aan de medische conditie van de oudere. Actuele vragen zijn hoe tandartsen-algemeen practici hiermee om dienen te gaan en tot hoever hun verantwoordelijkheid reikt. In dit artikel wordt aanbevolen de nadruk te leggen op preventie en het proactief individualiseren van de mondzorg.

Bots-van 't Spijker PC, Wierink CD, Baat C de. Proactieve mondzorg voor onzelfredzame ouderen. Een toenemende verantwoordelijkheid Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 197-201

Inleiding

De vergrijzing van de Nederlandse bevolking is algemeen bekend. Inmiddels zijn er 2,2 miljoen 65-plussers. Dit is 13% van de totale bevolking (De Klerk, 2004). Voorspeld wordt dat dit aantal in 2030 is gegroeid tot 4 miljoen. De groep 65-plussers zal dan ongeveer een kwart van de bevolking vormen (De Jong en Hilderink, 2004; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005). Van de 2,2 miljoen ouderen woont 93,7% thuis (De Klerk, 2004). Het gevolg hiervan is dat het percentage ouderen in de gemiddelde praktijkpopulatie van tandartsen-algemeen practici groot is en nog groter zal worden. De kans bestaat dat oudere mensen op enig moment beperkingen krijgen door algemene achteruitgang, ziekte of ongeval. Onder deze omstandigheden kan er sprake zijn van een afname van de zelfredzaamheid (afb. 1 en 2). Actuele vragen zijn hoe tandartsen-algemeen practici hiermee dienen om te gaan en tot hoever hun verantwoordelijkheid voor onzelfredzame ouderen reikt.

Maatschappelijke positie

Bij ouderen speelt meestal de wens zo lang mogelijk zelfstandig te leven en te wonen (Munnichs en Uildriks, 1989). Algemeen wordt verondersteld dat de kwaliteit van het leven van thuiswo-

nende ouderen beter is dan van geïnstitutionaliseerde ouderen. De wens van ouderen zo lang mogelijk zelfstandig te wonen, wordt door de overheid onderschreven (Verzijden en Franssen, 2004). Zelfstandig wonen van ouderen vermindert de druk op verzorgings- en verpleeghuizen en brengt per saldo minder kosten met zich mee (Kok et al, 2004; Kullberg, 2005).

Het in maatschappelijk opzicht zorgen voor elkaar kan per individu worden gerangschikt in een zorgkring (afb. 3) (Cools, 1998): men zorgt voor zichzelf (zelfzorg), voor elkaar (mantelzorg) of men maakt gebruik van beroepsmatige zorgverlening (beroepszorg). Bij afname van de zelfredzaamheid wordt een oudere afhankelijk van mantelzorg. Mantelzorg wordt verleend door de partner, familie, burens, vrienden en vrijwilligers. Wanneer de mantelzorg ontoereikend is, wordt een oudere afhankelijk van de beroepszorg die kan worden onderverdeeld in enkelvoudige, meervoudige en samengestelde beroepszorg. In de kring van enkelvoudige beroepszorg bevindt zich naast bijvoorbeeld de huisarts en de fysiotherapeut ook de tandarts-algemeen practicus. Bij meervoudige beroepszorg vindt samenwerking en afstemming door de verschillende disciplines plaats. Samengestelde beroepszorg, die meestal wordt verleend in of vanuit een verpleeghuis, omvat alle medische, verzorgende, verplegende,



Afb. 1. Een nog zelfstandig wonende en functionerende oudere met lichte verschijnselen van het dementiesyndroom.



Afb. 2. Dezelfde oudere anderhalf jaar later. Inmiddels is de oudere volledig onzelfredzaam en uitermate kwetsbaar geworden.

paramedische en begeleidende zorg die is verenigd in een samenhangend zorgplan. Van de meervoudige en de samengestelde beroepszorg dient ook de mondzorg een onderdeel te zijn (De Baat en Van Elswijk, 1998; Schaub, 1998).

Mondgezondheid

Schuil en De Baat (1999) beschreven de mondgezondheid bij ouderen in geïndustrialiseerde landen op basis van een groot internationaal literatuuronderzoek. Hieruit bleek dat tandeloosheid bij 70 tot 80% van de 75-plussers voorkwam. Bij ouderen met een natuurlijke dentitie lag het gemiddelde aantal gebitselementen tussen de 10 en de 15. Ongeveer 20 tot 30% van het aantal gebitselementen van ouderen was carieus. Parodontale afwijkingen kwamen bij ruim driekwart van de ouderen voor.

Kalsbeek et al (2000) deden onderzoek naar de mondgezondheid bij thuiswonende ouderen in Nederland door middel van een vragenlijst en een mondonderzoek. Zij benaderden 1.000 mensen in de leeftijd van 60 tot en met 79 jaar in Haarlem. Uiteindelijk namen 376 mensen deel aan het onderzoek. Van deze groep was 48% edentaaft, 27% (partieel) edentaaft zonder uitneembare gebitsprothese en 25% (partieel) edentaaft met uitneembare gebitsprothese. Het gemiddelde aantal natuurlijke gebitselementen van (partieel) edentaten bedroeg 18,1. Hiervan waren gemiddeld 10,8 gebitselementen voorzien van een restauratie, 0,7 carieus en 6,6 gaaf. De edentaten bezochten vrijwel allen (98%) ten minste eenmaal per jaar een tandarts. Bij de edentaten was dit 12%. De gegevens zijn waarschijnlijk niet representatief voor de Nederlandse thuiswonende ouderen aangezien het genoemde onderzoek uitgevoerd is onder mensen met een relatief hoog opleidingsniveau. Bovendien leek de kleine groep respondenten zich bovengemiddeld bewust te zijn van het belang van mondverzorging. Dit doet vermoeden dat de mondgezondheid van thuiswonende ouderen over het algemeen slechter is dan die van deze onderzoekspopulatie.

Tussen 1960 en 2000 is het aandeel edentaten van de

Nederlandse bevolking afgenomen van 40 naar 20%. Voorspeld wordt dat in 2030 nog maar 8% van de bevolking edentaaft zal zijn (Bronkhorst en Truin, 1999). Naar verwachting zal de behoefte aan mondzorg toenemen wanneer ouderen langer (een deel van) hun dentitie behouden. Dit zal zich uiteten in hogere prevalentiecijfers van cariës en parodontale aandoeningen dan de uitkomsten van de eerder genoemde onderzoeken (Schuil en De Baat, 1999; Kalsbeek et al, 2000). Daarnaast zal de vraag naar zorgverlening door tandartsen-algemeen practici groter worden door het toenemende aantal thuiswonende ouderen.

Zorgverlenende taak tandartsen-algemeen practici

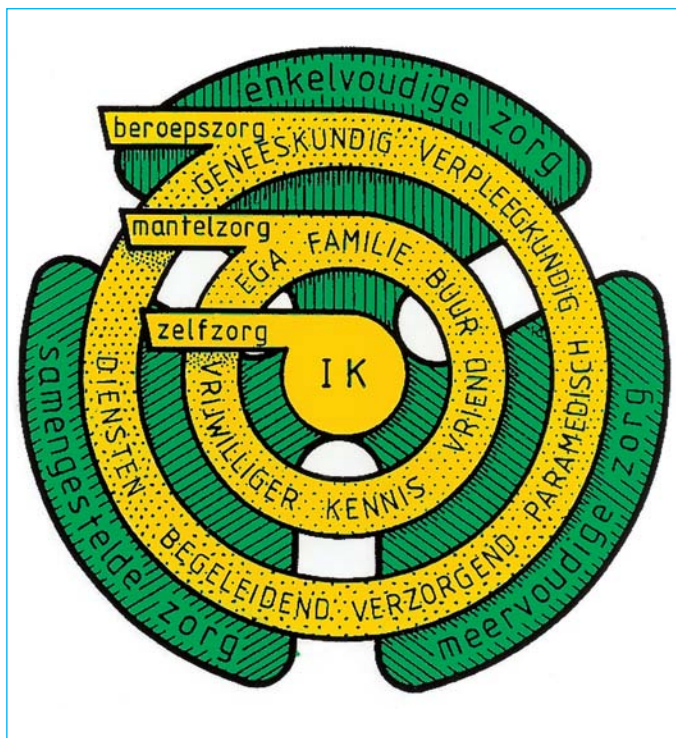
De gebruikelijke periodieke controles die door tandartsen-algemeen practici worden uitgevoerd, bieden de mogelijkheid inzicht te krijgen in de algemene gezondheid, de mondgezondheid en de psychosociale omstandigheden van een oudere. Relatief vaak neemt de kwetsbaarheid van een oudere toe met het oplopen van de leeftijd (Dolan en Atchison, 1993). Opeenstapelende chronische aandoeningen liggen hieraan ten grondslag. Deze veranderingen in de medische situatie benadrukken het belang de medische anamnese regelmatig te actualiseren. De verzamelde gegevens en de uitkomsten van het klinische en het röntgenonderzoek leiden tot een individueel mondzorgplan (Mouradian en Corbin, 2003). In een mondzorgplan moet proactieve preventie een belangrijke rol spelen. De uit te voeren preventieve maatregelen worden afhankelijk van de zelfredzaamheid en de medische conditie van een oudere in de zorgkring ingepast. Bij een onzelfredzame, maar nog zoveel mogelijk zelfstandig functionerende en wonende oudere betekent dit dat de mantelzorg en de enkelvoudige of meervoudige beroepszorg actief in het mondzorgplan kunnen worden betrokken. In de meervoudige, maar vooral in de samengestelde beroepszorg dient het mondzorgplan een geïntegreerd onderdeel te zijn van het algemene zorgplan.

Het is de taak van tandartsen-algemeen practici proactief en adequaat in te spelen op in redelijkheid te verwachten veranderingen in de (mond)gezondheid van ouderen. Bij een (te verwachten) verandering kan het nodig zijn het mondzorgplan aan te passen. Voorbeelden hiervan zijn de regelmaat van controles opvoeren en de preventieve zorgverlening uitbreiden. Er is dus sprake van het proactief individualiseren van de controletermijn en de preventie (Ettinger 1996; Schou et al, 1996; Schaub, 1998).

Een tandarts-algemeen practicus heeft ook een proactieve rol bij het voorbereiden van de orale situatie op het ouder worden. De keuze uit behandelmogelijkheden moet op een zeker moment mede worden bepaald door de eenvoud van het onderhoud. Het moment waarop dit moet gebeuren, is per individu verschillend en is afhankelijk van de medische, orale en psychosociale omstandigheden. Deze omstandigheden dienen dus steeds opnieuw te worden beoordeeld. Het streven moet zijn dat een oudere zo lang mogelijk de eigen mondverzorging kan uitoefenen. Wanneer dit onmogelijk wordt, moet eerst worden geprobeerd de mondsituatie of een prothetische constructie zo aan te passen dat zelfzorg toch nog mogelijk blijft. Mocht de oudere zelf niet meer in staat zijn tot het uitvoeren van de mondverzorging, dan moet deze eenvoudig of via kleine aanpassingen door anderen uit te oefenen zijn. Bij onzelfredzame ouderen dienen prothetische constructies met ingewikkelde verankeringen vanwege de moeilijke reinigbaarheid en de eventuele problemen bij het in- en uitdoen te worden vermeden (Budtz-Jørgensen, 1999). De keuze voor een verkorte tandboog zonder uitneembare partiële gebitsprothese dient serieus in overweging te worden genomen (Käyser et al, 1995).

Voor zowel een behandeling als de voorbereiding op een behandeling van een kwetsbare oudere moet over het algemeen extra tijd worden uitgetrokken. Veel kwetsbare ouderen hebben te maken met psychische aandoeningen, incontinentie en gestoorde mobiliteit, stabiliteit en communicatie. Deze bij kwetsbare ouderen frequent voorkomende problemen worden de geriatrische reuzen genoemd (Lagaay, 1999). Het is belangrijk dat tandartsen-algemeen practici affiniteit hebben met kwetsbare ouderen om begrip op te kunnen brengen voor hun specifieke situatie. Een verdieping in de ziektebeelden en het medicatiegebruik van de individuele oudere en de mogelijke medisch-tandheelkundige interactie is essentieel. Indien nodig dient overleg te worden gepleegd met de desbetreffende huisarts of medisch specialist.

Wanneer een mondzorgplan aangeeft dat tandheelkundig restauratieve behandeling nodig is en de benodigde (medische) voorzorgsmaatregelen zijn getroffen, is de tandarts-algemeen practicus gereed voor de behandeling. Voor de oudere kunnen zich echter nog problemen voordoen om in de tandartspraktijk te komen. Allereerst kan het vervoer naar de praktijk een probleem vormen. Vervolgens moet de praktijk toegankelijk zijn voor een eventuele rollator of rolstoel (afb. 4). Tot slot kan het voor een oudere moeilijk zijn in de tandartsstoel plaats te nemen. Wanneer dit niet mogelijk is, kan meestal een groot deel van een benodigde behandeling op aangepaste wijze, bijvoorbeeld met de patiënt zittend in zijn eigen rolstoel plaatsvinden (Fiske, 2000). Daarnaast kan de communicatie een hindernis vormen. Deze hindernis kan worden veroorzaakt door een afname van het gehoor en een verminderd begrip. Een kwetsbare oudere kan het



Afb. 3. Zorgkringmodel. Dit model is opgebouwd uit zelfzorg, mantelzorg en (enkelvoudige, meervoudige of samengestelde) beroepszorg (Cools, 1998).

Afb. 4. Een invalide zelfstandig wonende dame voor wie de toegankelijkheid tot een algemene tandartspraktijk een probleem kan vormen.



Mevrouw P. belde op naar aanleiding van het ontvangen oproepkaartje voor de halfjaarlijkse controle. Haar man (76 jaar en dentaat) kon de afspraak niet nakomen omdat hij invalide was geworden. Meneer was rolstoelafhankelijk en kon daardoor het trapje voor de praktijk niet op. Mevrouw vertelde dat zij een andere tandartspraktijk ging zoeken die beter toegankelijk is. Zij bedankte bij deze voor de jarenlange goede zorg. Tijdens het telefoongesprek benadrukte de tandartsassistente dat zij graag de naam en het adres van de nieuwe tandarts zou ontvangen, zodat zij de gegevens van meneer zou kunnen doorsturen. Mevrouw P. beloofde deze aan haar te zullen doorgeven. De tandartsassistente noteerde dit in het dossier van meneer P. en maakte een aparte herinneringsnotitie voor zichzelf.

Twee maanden later had mevrouw P. nog geen nieuw adres doorgegeven. Meneer was nu al 8 maanden niet naar de tandarts geweest, terwijl hij in het afgelopen half jaar langdurig in het ziekenhuis had gelegen en hij minder mobiel was geworden. De vraag was welke effecten dit op de mondgezondheid zou hebben.

De tandarts nam hierop zelf telefonisch contact op met de heer en mevrouw P. Mevrouw legde uit dat zij er alles aan had gedaan, maar helaas geen andere tandartspraktijk had kunnen vinden die beter toegankelijk was. De tandarts besloot een huisbezoek af te leggen. Meneer P. was aangenaam verrast. Hij was erg gesteld op het behoud van zijn eigen tanden en kiezen. De tandarts voerde de controle uit en constateerde gingivitis en cervicale carieuze laesies in 2 gebitslementen. Een elektrische tandenborstel bleek meneer P. te helpen bij het uitvoeren van de mondzorg. De parodontale situatie verbeterde hierdoor. De tandarts excaveerde de carieuze laesies met handinstrumentarium en vulde de caviteiten met glasionomeercement. Vervolgens beloofde de tandarts binnen zijn eigen netwerk te zoeken naar een tandartspraktijk die wel goed toegankelijk was voor meneer P. Mocht hij hierin niet slagen dan zou verwijzing naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde kunnen plaatsvinden.

Afb. 5. Voorbeeld van hoe een actieve rol van de tandarts de mondgezondheid van een minder zelfredzame oudere kan verbeteren.

tandartsbezoek bovendien als een uitstapje zien, waar allerhande problemen kunnen worden besproken. Dit vraagt ook meer tijd van de tandarts-algemeen practicus.

Op het moment dat een tot voor kort nog geheel zelfstandig functionerende oudere, dentaat of edentaat, een afspraak niet nakomt, kan dit natuurlijk een vergissing zijn. De tandarts-algemeen practicus dient echter wel alert te zijn op een verminderde zelfredzaamheid als mogelijke oorzaak. Een telefoontje of een herinneringskaartje benadrukt het belang van de afspraak en geeft de oudere de gelegenheid een nieuwe afspraak te maken (afb. 5). Bij het uitblijven van een reactie of bij herhaling van het niet nakomen van een afspraak lijkt het verstandig een contactpersoon van de oudere aan te spreken. Dit kan een familielid of een andere mantelzorgverlener zijn. Als blijkt dat een oudere niet meer in de tandartspraktijk kan komen, moet worden overwogen de oudere thuis te bezoeken (Dolan en Atchison, 1993). In 2000 is in Engeland een project gestart waarbij onzelfredzame, aan huis gebonden ouderen met een mobiele tandartsunit werden bezocht en indien nodig behandeld (Simons, 2003). Van 283 mensen werd bij het eerste bezoek de mondgezondheid in kaart gebracht. Bij 122 mensen (43%) werden urgente orale problemen aangetroffen die resulteerden in pijn, zwelling, koorts en

kauwproblemen. Deze bevindingen tonen het belang van een huisbezoek aan onzelfredzame ouderen aan.

Bij een huisbezoek is het raadzaam veel aandacht aan preventie te besteden. Hierbij kan van de gelegenheid gebruik worden gemaakt de faciliteiten die thuis nodig zijn voor een adequate mondzorg te beoordelen en zondig aanpassingen te adviseren. Als voorbeeld kan worden gedacht aan een spiegel die te hoog hangt sinds iemand rolstoelafhankelijk is geworden. Door (pro)actief veel zorg te besteden aan de preventie kan het aantal noodzakelijke bezoeken aan de tandartspraktijk tot het minimum worden beperkt (Fiske, 2000). Indien toch een behandeling nodig is die niet tijdens een huisbezoek en ook niet in de huispraktijk kan worden uitgevoerd, kan verwijzing plaatsvinden naar een praktijk die beter toegankelijk is voor lichamelijk beperkte ouderen of naar een geriatrische verwijspraktijk.

Aanbevelingen

Samenvattend kunnen voor een proactieve mondzorg voor ouderen de volgende aanbevelingen worden gedaan:

- › Regelmatig de medische, tandheelkundige en psychosociale anamnesegegevens van elke oudere actualiseren.
- › Opstellen van een mondzorgplan waarin rekening wordt gehouden met zowel de algemene gezondheid, de mondgezondheid als de psychosociale omstandigheden van een kwetsbare oudere.
- › Primaire aandacht voor preventie.
- › Vervaardigen van eenvoudig reinigbare restauraties en prothetische constructies.
- › Individualiseren van de termijn van periodieke controle.
- › Samen met de patiënt in overweging nemen een contactpersoon anders dan de partner in de administratie te noteren.
- › Proactief zorgdragen en verantwoordelijkheid nemen bij (te verwachten) afname van de zelfredzaamheid.

Literatuur

- › *Baat C de, Elswijk JFA van.* Ouderdom, een tandheelkundig schrikbeeld? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1998; 105: 351-353.
- › *Bronkhorst EM, Truin GJ.* Nu voor later. Eindrapport signaleringsproject tandheelkunde. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1999.
- › *Budtz-Jørgensen E.* Prosthodontics for the elderly, diagnosis and treatment. Chicago: Quintessence Publishing Co Inc., 1999.
- › *Cools HJ.* De tandarts in de zorgkring van onzelfredzame ouderen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1998; 105: 357-359.
- › *Dolan TA, Atchison KA.* Implications of access, utilization and need for oral health care by the non-institutionalized and institutionalized elderly on the dental delivery system. *J Dent Educ* 1993; 57: 876-887.
- › *Ettinger RL.* Oral health care programs for homebound people, nursing home residents and elderly inpatients. In: Holm-Pedersen P, Löe H (eds). *Textbook of geriatric dentistry.* Copenhagen: Munksgaard, 1996.
- › *Fiske J.* The delivery of oral care services to elderly people living in a noninstitutionalized setting. *J Public Health Dent* 2000; 60: 321-325.
- › *Jong A de, Hilderink H.* Lange-termijn bevolkingsscenario's voor Nederland. Voorburg/Heerlen/Bilthoven: Centraal Bureau voor de Statistiek/Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004.
- › *Kalsbeek H, Baat C de, Kivit MM, Kleijn-de Vrankrijker MW de.* Mondgezondheid van thuiswonende ouderen 1. Gebitstoestand, ver-

leende professionele tandheelkundige zorg en mondhygiënisch gedrag. Ned Tijdschr Tandheelkd 2000; 107: 499-504.

- > Käyser AF, Creugers NHJ, Plasmans PJJM, Postema N, Snoek PA. Kroon- en brugwerk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 1995.
- > Klerk MMY de. Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.
- > Kok L, Brouwer N, Sadiraj K, Stevens J, Gameren E van, Woittiez I. Kosten en baten van extramuralisering. Amsterdam/Den Haag: Stichting Economisch Onderzoek/Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.
- > Kullberg J. Ouderen van nu en van de toekomst: hun financiële spankracht, zorgbehoefte en woonwensen. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2005.
- > Lagaay AM. Gezondheid en ziekte op oudere leeftijd. In: Baat C de, Kalk W (red). Geriatrische tandheelkunde, problematiek van ouder worden en mondgezondheid. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 1999.
- > Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ouderenbeleid in het perspectief van de vergrijzing. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005.
- > Mouradian WE, Corbin SB. Addressing health disparities through dental-medical collaborations, part II. Cross-cutting themes in the care of special populations. J Dent Educ 2003; 67: 1320-1326.
- > Munnichs J, Uildriks G. Psychogerontologie. Een inleidend leerboek over ouder worden, persoonlijkheid, zingeving, levensloop en tijd, sociale context, gezondheid en interventie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989.
- > Schaub RMH. Mondzorg voor ouderen. Meer dan zorg voor de mond alleen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 360-361.
- > Schou L, Holm-Pedersen P, Lang NP. Preventive dental care for elderly people. In: Holm-Pedersen P, Löe H (eds). Textbook of geriatric dentistry. Copenhagen: Munksgaard, 1996.
- > Schuil GRE, Baat C de. Epidemiologie mondgezondheid. In: Baat C de, Kalk W (red.). Geriatrische tandheelkunde. Problematiek van ouder worden en mondgezondheid. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 1999.
- > Simons D. Who will provide dental care for housebound people with oral problems? Brit Dent J 2003; 194: 137-138.
- > Verzijden D, Franssen J. Vergrijzing in Nederland. Amsterdam: Veldkamp, 2004.

Summary

Active oral health care for frail elderly people. An increasing responsibility

The number of elderly people in the Dutch society is increasing. As a result their number will grow in any dental practice. More elderly people keep (at least part of) their own dentition which requires pro-active oral health care. Ageing is associated with a greater prevalence of chronic diseases and disability. General self-care might decrease when frailty comes. As a consequence, problems with oral self-care will occur. Dental general practitioners have a responsibility to provide adequate oral care for their elderly patients. Information on their general medical conditions and the effects these might have on their oral health should be collected for individual oral health care programmes. Preventive and individual oral care programmes are recommended.

Bron

Uit de differentiatie-opleiding tot tandarts-geriatrie van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud in Nijmegen

Datum van acceptatie: 22 maart 2006

Adres: mw. P.C. Bots-van 't Spijker, Hoge Larenseweg 303, 1222 RL Hilversum
bots@filternet.nl