

Tertiaire tand- en mondheelkundige preventie bij ouderen

Een toekomstperspectief

Samenvatting. Het feit dat de prevalentie van tandeloosheid gaat afnemen, vormt geen garantie voor een betere mondgezondheid. Doordat steeds meer ouderen hun (gedeeltelijke) dentitie zullen behouden, worden hogere eisen aan hun mondhygiënegedrag gesteld. Goed mondhygiënegedrag wordt echter bij het ouder worden juist problematischer. De tertiaire preventie moet daarom bij ouderen veel aandacht krijgen.

DE BAAT C, HAGE MD, KALK W, SCHUIL GRE. Tertiaire tand- en mondheelkundige preventie bij ouderen. Een toekomstperspectief. Ned Tijdschr Tandheelkd 1991; 98: 425-6.

C. de Baat, tandarts¹
M.D. Hage, tandarts²
W. Kalk, tandarts¹
G.R.E. Schuil, tandarts¹

Uit ¹de vakgroep Orale Functieleer van de Faculteit der Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit te Nijmegen en ²de Inspectie van de Volksgezondheid voor de Tandheelkunde te Rijswijk.

Trefwoorden: Gerodontologie – Preventieve tandheelkunde – Praktijkvoering

Datum van acceptatie: 26 april 1991.

Adres: Dr. C. de Baat, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

1 Inleiding

Een toenemend aantal ouderen zal meer gebitselementen behouden tot op steeds hogere leeftijd.¹ Tevens kunnen nieuwe materialen en technieken, onder meer op het terrein van de adhesieve tandheelkunde en de implantologie, een bijdrage leveren aan de verbetering van de mondgezondheid van ouderen.² Beide ontwikkelingen hebben consequenties voor de tandheelkundige zorgverlening, mede omdat de komende generaties ouderen meer waarde aan hun dentitie zullen hechten en over het algemeen beter geïnformeerd zijn dan vroegere generaties.³

Een pleidooi zal worden gehouden voor het belang van goede en efficiënte preventieve maatregelen, ook en vooral bij ouderen.

2 Mondgezondheid

Epidemiologische gegevens over de mond-

gezondheid van ouderen zijn tot op heden vrijwel uitsluitend gerelateerd aan de prevalentie van tandeloosheid. In sommige delen van de wereld blijkt het percentage tandeloozen enigszins afgenomen. Op basis van de literatuur mag worden gesteld dat ongeveer 75% van de Nederlandse 65-jarigen en ouderen tandeloos is.⁴ Berekeningen met een simulatiemodel doen verwachten dat tussen 1980 en 2015 het aantal 65-plussers met natuurlijke gebitselementen met meer dan 50% zal toenemen.⁵ Daarom zal de prevalentie van tandeloosheid als criterium voor de mondgezondheid van ouderen moeten worden vervangen door aan de natuurlijke dentitie gekoppelde criteria.

Het Landelijk Epidemiologische Onderzoek Tandheelkunde (LEOT) wees uit dat de mondgezondheid van ouderen met een (gedeeltelijke) natuurlijke dentitie niet goed is; van de 65- tot 74-jarigen hadden bijna allen gingivitis, driekwart had tandsteen en meer dan de helft had pockets van meer dan 3,5 mm.⁶ Hun DMFT-index was 20 tot 25, en circa 33% van de kroonvlak-

ken en 28% van de geëxposeerde wortelvlakken was carieus of van een restauratie voorzien.⁷ In lagere sociale klassen was de dentitie slechter dan in de hogere.^{6,7}

Het verbeterde mondhygiënegedrag bij de jongere generaties is de belangrijkste oorzaak van het langere behoud van de gebitselementen. Jongeren hebben een redelijke kennis van mondhygiëne en tandenpoetsen is bij hen gewoonte geworden.⁸ Maar het verbeterde gedrag heeft nog niet geleid tot een aanvaardbare mondhygiëne bij ouderen. Bij de huidige ouderen, vooral bij hulpbehoevenden en geïnstitutionaliseerden, is de mondhygiëne slecht (afb. 1).⁴

Het grotere aantal gebitselementen en de aanwezigheid van geavanceerde prothetische voorzieningen vereisen een betere hygiëne van de ouderen, maar dat wordt juist moeilijker door de teruggang van de lichamelijke en geestelijke functies. Ook worden door slijtageprocessen (attritie, abrasie, erosie) gedeelten van de gebitselementen minder goed toegankelijk voor de gebruikelijke reinigingsmethoden.⁹ Wijzi-



Afb. 1. Zeer slechte mondhygiëne bij een oudere geïnstitutionaliseerde patiënt.



Afb. 2. 'Mislukte' implantaten ten gevolge van onvoldoende mondhygiëne.

gingen in voedingspatroon, hoeveelheid en samenstelling van het speeksel kunnen een groter risico voor het krijgen van cariës en parodontopathieën tot gevolg hebben. Bovendien kunnen plotselinge veranderingen in de gezondheid en in de psychische en sociale omstandigheden van ouderen wijzigingen veroorzaken in het mondhygiënegedrag.

De hier genoemde feiten eisen bezinning; immers bij ouderen worden de risico's voor het ontstaan van cariës en parodontopathieën groter en de mogelijkheden tot goed mondhygiënegedrag kleiner. Als de geschetste ontwikkelingen zich voortzetten, zal een grotere prevalentie van cariës en parodontopathieën het gevolg zijn, met alle consequenties vandien, ook voor de prothetische voorzieningen (afb. 2). Goede preventieve maatregelen zullen dus bij ouderen een belangrijke plaats moeten gaan krijgen.

3 Preventie

Het doel van preventieve tandheelkunde is het voorkómen van afwijkingen of verergeringen daarvan en het behoeden en zondig bevorderen van de gezondheid van de mond, dus van de mens.¹⁰ Deze definitie heeft een indeling doen ontstaan in primaire en secundaire preventie. Primaire preventie is gericht op het voorkómen van ziekte en vindt dus plaats als de mond gezond is. Deze vorm van preventie is veelal algemeen (of meer gericht) voorlichtend van aard, maar bijvoorbeeld ook het stimuleren van fluoridegebruik maakt hiervan onderdeel uit. Secundaire preventie vindt plaats als de mondgezondheid is gestoord en omvat vroegtijdige diagnose en behandeling. Daarnaast wordt tertiaire preventie onderscheiden, gericht op voorkoming van herhaling van de schade.

Voor ouderen is veel aandacht nodig voor goede en efficiënte vormen van tertiaire preventie. De belangrijkste aandachtspunten zijn de volgende:

1. Het stimuleren van het gebruik van bestaand voorlichtingsmateriaal over zelfzorg.¹¹
2. Het stimuleren van het ontwikkelen en gebruik van nieuw voorlichtingsmateriaal, zodat ouderen en hun verzorgers kunnen worden gemotiveerd en geïnstrueerd tot betere mondverzorging.
3. Het stimuleren van het gebruik van fluoride en chloorhexidinepreparaten.¹²
4. Het opnemen van onderwijs in de

mondverzorging bij ouderen in de opleiding van verpleegkundigen en ziekenverzorger.

4 Slotbeschouwing

Tandartsen en mondhygiënist hebben de taak initiatieven te nemen ter bevordering van de tertiaire preventie bij ouderen. Verenigingen en organisaties, zoals de Sectie Gerodontologie van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie (NVG), het Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT), het Ivoren Kruis, de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM), kunnen hierbij een belangrijke rol vervullen.

Terecht wordt gepleit voor onderwijs in mondverzorging aan verpleegkundigen en ziekenverzorger. Het zou echter in strijd zijn met het uitgestippelde overheidsbeleid indien de geïnstitutionaliseerden alle aandacht krijgen ('over-treatment'), terwijl de zelfstandig wonende ouderen worden verwaarloosd ('under-treatment').¹⁴ Dit gevaar is altijd aanwezig, omdat de laatstgenoemde, verreweg grootste groep moeilijker bereikbaar is. Er dienen dus plannen te worden ontwikkeld om deze grote groep 'ongrijpbaren' te bereiken.

Het tertiaire preventiebeleid moet niet alleen op de komende generaties ouderen met een (gedeeltelijk) natuurlijke dentitie worden afgestemd, maar ook op de huidige veelal (pre-)edentate ouderen. Ook voor hen kan in tertiaire preventieve sfeer veel worden gedaan.¹⁵

Summary

TERTIARY PREVENTION IN ELDERLY PEOPLE; A PROSPECTIVE VIEW

Key words: Gerodontics – Preventive dentistry – Practice management

The expected decrease in the prevalence of edentulousness in elderly people does not guarantee a good oral health. Since the elderly will retain more natural teeth in the future, whether or not supplemented with prosthetic provisions, their oral self-care becomes more demanding. However, in elderly people oral self-care becomes also more difficult. Attention has to be given to the tertiary prevention, also (or in particular) in elderly people.

Literatuur

- ¹ PLASSCHAERT AJM, TRUIN GJ. Prognose van behoefte aan parodontale behandelingen in de toekomst. Ned Tijdschr Tandheelkd 1986; 93: 427-30.
- ² PLASSCHAERT AJM, DE BAAT C. Tandheelkundige aspecten van het ouder worden. Tijdschr Gerontol Geriatr 1990; 21: 229-34.
- ³ ETTINGER RL, BECK JD. The new elderly, what can the dental profession expect? Spec Care Dentist 1982; 2: 62-9.
- ⁴ DE BAAT C. Een kunstgebit bij ouderen, een kwestie van aanpassen? Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1990. Academisch proefschrift.
- ⁵ KALK W, SLOP D, BRONKHORST EM, TRUIN GJ. Verandering door vergrijzing. Veranderingen in de mondgezondheid bij 65-jarigen en ouderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 242-4.
- ⁶ TRUIN GJ, BURGERSDIJK RCW, KALSBEK H, KARSTEN RH, VAN 'T HOF MA. Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde. Deel III. Parodontale aandoeningen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 129-31.
- ⁷ KALSBEK H, TRUIN GJ, BURGERSDIJK RCW, VAN 'T HOF MA. Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde. Deel V. Tandcariës. Ned Tijdschr Tandheelkd 1989; 96: 223-5.
- ⁸ VISSER RSH, HELING GWJ, BURGERSDIJK RCW, VAN 'T HOF MA, KALSBEK H, TRUIN GJ. Landelijk Epidemiologisch Onderzoek Tandheelkunde. Deel XII. Mondhygiëne. Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97: 227-9.
- ⁹ POYNTER ME, WRIGHT PS. Tooth wear and some factors influencing its severity. Restorative Dent 1990; 6: 8-11.
- ¹⁰ HOUWINK B. Preventie van tand- en mondziekten. In: Houwink B (ed.). Preventieve tandheelkunde. Alphen aan den Rijn: Stafleu & Tholen B.V., 1979.
- ¹¹ KLÜTER WJ. Oral self-care for dentate elderly. Evaluation of a dental health education experiment. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1989. Academisch proefschrift.
- ¹² JENSEN ME, KOHOUT F. The effect of a fluoridated dentifrice on root and coronal caries in an older adult population. J Am Dent Assoc 1988; 117: 829-32.
- ¹³ YANOVER L, BANTING D, GRAINGER R, SANDHU H. Effect of a daily 0.2% chlorhexidine rinse on the oral health of an institutionalized elderly population. J Can Dent Assoc 1988; 54: 595-8.
- ¹⁴ DAVIES AM. Older populations, aging individuals and health for all. World Health Forum 1989; 10: 299-306.
- ¹⁵ KALK W, VAN ROSSUM GMJM, VAN WAAS MAJ. Preventieve behandeling bij de (pre-)edentate patiënt. Achtergronden en richtlijnen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97: 4-9.