

Ouderdom, een tandheelkundig schrikbeeld?

C. de Baat
J.F.A. van Elswijk

Samenvatting. De combinatie van afnemend mondzorggedrag en het toenemend risico op aantasting van de mondgezondheid maken ouderen tot een risicogroep. Vanaf ongeveer het 75ste jaar culmineert de achteruitgang van functies bij veel ouderen in het ontstaan van hulpbehoeften. Voor de zorgverlening aan hulpbehoevende ouderen bestaat het zogenaamde geriatrische zorgcircuit. In dit circuit kunnen nog weer extra risico's voor de mondgezondheid opdoemen. Stimulering van het mondzorggedrag in het geriatrisch zorgcircuit zou uitstekend kunnen worden uitgevoerd door een mondhygiënist. Bij uitblijven van de nodige maatregelen lijkt ouderdom, en zeker ouderdom in afhankelijkheid van anderen, vooralsnog een tandheelkundig schrikbeeld.

BAAT C DE, ELSWIJK JFA VAN. Ouderdom, een tandheelkundig schrikbeeld? Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 351-353.

Uit de sector Orale Functieleer van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Trefwoorden: Gerodontologie – Geriatrische tandheelkunde – Ouderdom

Datum van acceptatie: 7 juli 1998.

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

1 Inleiding

Voor de mondgezondheid zijn twee soorten gedrag belangrijk. De eerste soort is het strikte zelfzorggedrag dat bestaat uit de mond- en prothesehygiëne. Daarnaast onderscheidt men het op de mondgezondheid betrokken gedrag, bijvoorbeeld voeding en tandartsbezoek. In totaliteit worden deze twee soorten gedrag mondzorggedrag genoemd (Klüter, 1989).

Ouderen vormen met betrekking tot mondgezondheid een risicogroep (De Baat *et al*, 1991). Indien ouderen hun zelfstandigheid volledig hebben verloren, is dagelijkse begeleiding bij de mondverzorging onontbeerlijk (Schuil *et al*, 1994). Op dit moment is het nog zeer discutabel of de mondgezondheidsrisico's van ouderen in voldoende mate worden onderkend en of de dagelijkse hulp, waar nodig, op adequate wijze kan worden geboden.

2 Ouderen zijn risicogroep

Ouder worden gaat vroeger of later gepaard met achteruitgang van lichamelijke en/of geestelijke functies. Deze achteruitgang kan een geleidelijk verloop hebben, maar soms ook abrupt en totaal onverwacht optreden. Ook de sociale omstandigheden kunnen plotsklaps ingrijpende wijzigingen ondergaan. Onder dergelijke omstandigheden wordt het moeilijk het mondzorggedrag op een aanvaardbaar niveau te handhaven. Niet zelden zijn verminderde mond- en prothesehygiëne en het achterwege blijven van tandartsbezoek het gevolg. Ook vergroten wijzigingen in het voedingspatroon en een verminderde speekselproductie, bijvoorbeeld als bijwerking van sommige medicijnen, het risico voor het krijgen van cariës en parodontale afwijkingen (Kaandorp *et al*, 1994).

Daarnaast dient in ogenschouw te worden genomen dat het totaalbeeld van de mondgezondheid van ouderen juist gaat verbeteren. Het aantal tandelozen zal minder worden en een toenemend aantal ouderen gaat meer gebitselementen behouden tot op steeds hogere leeftijd (Schuil *et al*, 1994). Door tandartsen worden allerlei nieuwe materialen en technieken toegepast, onder meer op het terrein van de adhesieve tandheelkunde en de implantologie. Deze verbeteringen en nieuwe ontwikkelingen vereisen overduidelijk een intensivering van het mondzorggedrag.

De combinatie van afnemend mondzorggedrag en het

toenemend risico op aantasting van de mondgezondheid maken ouderen tot een risicogroep voor wie in de preventieve sfeer veel moet worden gedaan (De Baat *et al*, 1991).

3 Het geriatrisch zorgcircuit

Vanaf ongeveer het 75ste jaar culmineert de achteruitgang van lichamelijke en/of geestelijke functies bij veel ouderen in het ontstaan van hulpbehoeften. Voor de zorgverlening aan hulpbehoevende ouderen bestaat het zogenaamde geriatrische zorgcircuit, waarin het streven gericht is op een zoveel mogelijk zelfstandig bestaan. In afnemende volgorde van zelfstandigheid bestaat dit circuit uit thuiszorg, woonvoorzieningen en specialistische zorg (De Fockert, 1995).

De niet-beroepsmatige zorg voor ouderen, mantelzorg genoemd, maakt het grootste deel uit van het geriatrische zorgcircuit. Een thuiswonende hulpbehoevende oudere kan op persoonlijk initiatief steun krijgen van de (huwelijks)partner, kinderen, burens of vrienden. Soms gebeurt dit ook in een min of meer georganiseerd verband, zonder dat er een privé-relatie met de individuele oudere bestaat (burenhulp, tafeltje-dek-je, vervoersdiensten).

Professionele zorg op incidentele basis kan worden verleend in de zogenaamde aanleunwoningen. Kenmerkend voor deze woningen is dat ze gelegen zijn in de directe omgeving van een verzorgingstehuis. Aan bewoners van verzorgingstehuizen wordt naast huisvesting gehele of gedeeltelijke

Tabel 1. Prevalentie van tandheelkundige problemen bij verpleeghuisbewoners van 60 jaar en ouder in Vancouver, Canada (MacEntree, 1990).

Probleem	Aantal onderzochte bewoners	Prevalentie
Sterke kaakbotreductie (edentaten)	375	76%
Slecht functionerende prothese	604	49%
Slijmvliesafwijking	604	41%
Geen bilaterale occlusie	604	39%
Slechte hygiëne	604	36%
Edentaat, zonder prothese in één of beide kaken	358	22%
Cariës	238	58%
Pockets > 5mm	206	19%

zorg verleend en in beperkte mate verpleging. Opname in een verzorgingstehuis geschiedt pas als de thuiszorg het niet meer redt en er dus een grote hulpbehoefte bestaat.

In sommige algemene en universitaire ziekenhuizen zijn geriatrische afdelingen. Hier stelt een klinisch geriater een zodanig behandelplan op dat de uit de regio verwezen ouderen thuis of in een verzorgingstehuis weer een zo zelfstandig mogelijk bestaan kunnen gaan leiden. Opname in een verpleeghuis geschiedt als naast algemene verzorging ook korter of langer durende geneeskundige behandeling en verzorging nodig zijn. Verpleeghuizen kunnen worden onderscheiden in drie categorieën: verpleeghuizen voor somatisch zieken, verpleeghuizen voor uitsluitend psychogeriatrische patiënten en combinatiewoningen.

4 Mondzorggedrag in het geriatrisch zorgcircuit

Als ouderen hulpbehoevend zijn en met andere en grotere gezondheidsproblemen te kampen hebben, brengt dit extra mondgezondheidsrisico's met zich mee. Het totale mondzorggedrag kent in het geriatrisch zorgcircuit noch bij de ouderen zelf, noch bij hun verzorgers een hoge prioriteit (Schuil *et al*, 1994). Dagelijkse begeleiding bij de mondzorg wordt door verzorgers lang niet altijd geboden omdat zij zich het belang van een gezonde mond in relatie tot de kwaliteit van het leven kennelijk nog onvoldoende realiseren (Wård *et al*, 1997).

Onderzoek in Vancouver toonde aan dat van de verpleeghuisbewoners van 60 jaar en ouder 80% een volledige gebitsprothese in ten minste één kaak had. Slechts 40% had nog enkele natuurlijke gebitselementen (MacEntee, 1990). In tabel 1 is de prevalentie van hun meest voorkomende mondgezondheidsproblemen weergegeven. De protheseproblemen voerden nog de boventoon, maar de slechte mondhygiëne, de grote prevalentie van cariës en de parodontale afbraak lijken de trendsetters voor de toekomst.

Illustratief voor het zeer geringe tandartsbezoek van hulpbehoevende ouderen zijn de resultaten van een recent onderzoek in een stadje in de buurt van Londen (Lester *et al*, 1998). Ondervraagd werden 263 60-plussers in het geriatrisch zorgcircuit. Hiervan was 65% 81 jaar of ouder. Van deze ouderen woonden 79 in hun eigen huis, 67 in een verzorgingshuis en 117 in een centrum dat vergelijkbaar is met een Nederlands verpleeghuis. Slechts 17% had in het laatste jaar een tandarts bezocht en voor de afgelopen 4 jaar kwam dit percentage niet hoger dan 37%. Van de in het met een verpleeghuis vergelijkbaar centrum wonende ouderen had slechts 25% de laatste vier jaar een tandarts bezocht. Meer dan 90% van de totale groep gaf aan alleen een tandarts te bezoeken in geval van acute problemen.

Het niet ervaren van directe problemen wordt ook in andere onderzoeken vaak als belangrijkste reden aangehouden voor het achterwege blijven van regulier tandartsbezoek (Schuil *et al*, 1994; Lundgren *et al*, 1995; Steele *et al*, 1996).

5 Discussie

Onvoldoende mond- en prothesehygiëne en het achterwege blijven van tandartsbezoek kunnen dramatische consequenties hebben voor de veelal toch al wankelende mondgezondheid van ouderen. Gebrekkige mondgezondheid kan vervolgens weer inbreuk doen op het sociaal welbevinden of de kwaliteit van het leven (Slade *et al*, 1996). Sociale contacten kunnen onder druk komen te staan, bijvoorbeeld door halitosis

(MacEntee, 1990). Ook mag de invloed van een slechte mondgezondheid op aspecten van de algemene gezondheid van vooral kwetsbare hulpbehoevende ouderen niet worden onderschat (Mojon *et al*, 1997). Hulp bieden bij het totale mondzorggedrag van in mindere of meerdere mate hulpbehoevende ouderen is dus om meerdere redenen een gewenst initiatief. Voor een goede zorgverlening bij het mondzorggedrag in het geriatrisch zorgcircuit is een goede relatie tussen patiënt en tandheelkundige zorgverlener van onmiskenbaar groot belang. Het succes van de zorgverlening hangt meer af van de gevoelens van empathie voor de ouderen dan van de technische bekwaamheid van de zorgverlener.

Mede gezien de uitgesproken voorkeur hiervoor van de patiënten zelf (Lester *et al*, 1998), is zorgverlening in hun eigen woonsituatie meestal het meest effectief. Vrijwillige en professionele verzorgers moeten worden gemotiveerd en geïnstrueerd om ook de mondzorg onderdeel van hun dagelijkse zorgtaak te laten zijn. Bij de uitvoering van deze lastige taak kunnen de toepassing van een elektrische tandenborstel of een monddouche en vooral het laten spoelen met of het appliceren van een chloorhexidine-oplossing effectief zijn (De Baat *et al*, 1993). De motivering, de instructie en de begeleiding van verzorgers in het geriatrisch zorgcircuit zou uitstekend kunnen worden uitgevoerd door een mondhygiënist. Bij de mondhygiënist berust dan de taak het mondzorggedrag te stimuleren en te begeleiden, ook als er geen sprake is van acute problemen. Tevens kan de mondhygiënist een tandarts inschakelen wanneer mondproblemen worden gesignaleerd waarvan de diagnostiek en de eventuele behandeling niet tot de bekwaamheden van de mondhygiënist behoren. Incidenteel kan een mondhygiënist participeren in de thuiszorg, in woonvoorzieningen en op geriatrische afdelingen van ziekenhuizen. Structureel zou een mondhygiënist als instructeur en adviseur van verpleegkundigen moeten worden aangesteld in verpleeghuizen (Dolan *et al*, 1996).

Bij uitblijven van de in dit artikel geschetste maatregelen lijkt ouderdom en zeker ouderdom in afhankelijkheid van anderen, vooralsnog een tandheelkundig schrikbeeld.

Literatuur

- BAAT C DE, HAGE MD, KALK W, SCHUIL GRE. Tertiaire tand- en mondheelkundige preventie bij ouderen. Een toekomstperspectief. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1991; 98: 425-426.
- BAAT C DE, KALK W, SCHUIL GRE. The effectiveness of oral hygiene programmes for elderly people – a review. *Gerodontology* 1993; 10: 109-113.
- DOLAN TA, MULLIGAN R, BERKEY D, SAUNDERS MJ. Enhancing the oral health of older adults: Recommendations for action. *Spec Care Dentist* 1996; 16: 229-236.
- FOCKERT JA DE. Klinische geriatrie in de dagelijkse praktijk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- KAANDORP AJG, BAAT C DE, MICHELS LFE. Xerostomie bij ouderen: oorzaken, gevolgen en behandelingsmogelijkheden van monddroogheid. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1994; 25: 145-149.
- KLÜTER WJ. Oral self-care for dentate elderly. Evaluation of a dental health education experiment. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1989. Academisch proefschrift.
- LESTER V, ASHLEY FP, GIBBONS DE. Reported dental attendance and perceived barriers to care in frail and functionally dependent older adults. *Br Dent J* 1998; 184: 285-289.
- LUNDGREN M, ÖSTERBERG T, EMILSON G, STEEN B. Oral complaints and utilization of dental services in relation to general health factors in a 88-year-old Swedish population. *Gerodontology* 1995; 12: 81-88.
- MACENTEE. Does the dental profession care for disabled elders? Some practical questions. *J Can Dent Assoc* 1990; 56: 215-217.
- MOJON P, BUDTZ-JØRGENSEN E, MICHEL J-P, LIMBECK H. Oral health and history of respiratory tract infection in frail institutionalised elders. *Gerodontology* 1997; 14: 9-16.

SCHUIJL GRE, BAAT C DE, KALK W. Tandheelkundige zorgverlening aan ouderen. Inventarisatie en aanbevelingen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1994; 101: 107-108.

SLADE GD, SPENCER AJ, LOCKER D, HUNT RJ, STRAUSS RP, BECK JD. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *J Dent Res* 1996; 75: 1439-1450.

STEELE JG, WALLS AWG, AYATOLLAHI SMT, MURRAY JJ. Dental attitudes and behaviour among a sample of dentate older adults from three English communities. *Br Dent J* 1996; 180: 131-136.

WÅRDH I, ANDERSSON L, SÖRENSEN S. Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. *Gerodontology* 1997; 14: 28-32.

Summary

AGEING, SPECTRE OF ORAL HEALTH?

Key words: Gerodontology – Geriatric dentistry – Ageing

The combination of decreasing oral self-care and increasing risks of oral health make elderly people an oral health risk-group. In many elderly people above the age of approximately 75 the decline in functions culminates in infirmity. Frail and infirm elderly people require geriatric care, but often oral health care is not an integral part of geriatric care.

Geriatric oral health care could be promoted and encouraged by dental hygienists. Unless geriatric oral health care will be promoted, ageing and especially dependent ageing seems a spectre of oral health.

Uit de historie

Uit inleiding en verantwoording themanummer "De ouder wordende patiënt" in het NTvT van 1982

"Oud worden roept, om met Couperus te spreken, beelden op van ivoren schedels met ijle kransen van grijze haren, van trekken bij neus en mond weggevallen in slappe rimpels van vergeeld perkament. En ook van gebogen schouders, onzekere gang en, om in meer moderne termen te spreken, van sociale geïsoleerdheid. Waarom het stereotype beeld van oud zijn vrijwel altijd negatief is, terwijl oud zijn evengoed in verband gebracht kan worden met vele positieve aspecten als wijsheid, rust of vrijheid is onduidelijk. Wel duidelijk is dat in het hele Nederlands geneeskundig – en daarnaast het tandheelkundig onderwijs – weinig belangstelling aanwezig is voor de problematiek van de oudere mens.

In de tandheelkunde, bijvoorbeeld, wordt in het curriculum van de vijf subfaculteiten vrijwel geen aandacht besteed aan vraagstukken rond de ouderdom. Daarnaast is ons geen enkel Nederlands onderzoek bekend, waarbij gebitsproblemen van oudere mensen, of kwesties die daarmee verband houden, centraal staan. Ook wanneer we de 88 jaargangen van ons Tijdschrift kritisch doornemen, dan blijkt dat deze vitale grijsaard in zijn leven weinig aandacht heeft geschonken aan de gerodontologie.

[...]Ouder worden betekent meer kwetsbaar worden en meer risico lopen dan op jeugdige leeftijd. De directeur-generaal van de Wereld Gezondheidsorganisatie, Mahler, stelt in een recente uitgave vast, dat 'Aging people require a wide range of preventive, curative and rehabilitative care. They have special needs in nutrition, in hygiene, in exercise and in immunization. Housing, transport and personal security should be adapted to their particular needs, and in some places already are. Research in all these areas and into the whole social and biologic process of aging should receive new impetus.'

Deze uitspraken kunnen, voor wat de mond en de daarbinnen gelegen veelvormige structuren betreft, rechtstreeks worden toegepast op de tandheelkunde. Want, zoals reeds eerder bleek, wordt de groep oudere patiënten binnen de het tandheelkundige zorgverleningssysteem niet als een risicogroep

beschouwd. Deze stelling kan worden geïllustreerd aan de hand van het bekende advies van de Centrale raad voor de Volksgezondheid uit 1977. In deze nota over 'de gewenste toekomstige tandheelkundige voorzieningen in Nederland' wordt over de zorg voor de oudere patiënt vrijwel niet geschreven. Het nieuwe beleid zou – en toen misschien wel om begrijpelijke redenen – absolute voorrang moeten geven aan de jeugdzorg. Daarnaast werden gedachten ontwikkeld over het honoreringssysteem van tandartsen bij het volwassenenwerk en over de gewenste aanpak voor de preventie van gebitsafwijkingen, onderwerpen die in de jaren zeventig in het centrum van de tandheelkundige belangstelling stonden. Over de problemen van de, toen op $\pm 10,7\%$ van de totale bevolking geschatte, groep inwoners van 65 jaar en ouder, werd vrijwel met geen woord gerept.

De redenen van die geringe aandacht voor de oudere tandheelkundige patiënt kunnen velerlei zijn. Men denke aan de enorme hoeveelheid cariës tot in de jaren zeventig en het structurele tekort aan tandheelkundige hulp; aan de groep prothesedragers waaraan, tandheelkundig gesproken, geen eer was te behalen; aan de geringe gebitsbewustheid bij ouderen of aan de geringe kennis binnen de professie van dit gebied.

Een interessante vraag zou zijn, wanneer in deze tijd met het snel toenemend aantal tandartsen en de vergrote gebitsbewustheid van de bevolking, een nieuw advies over gewenste toekomstige tandheelkundige voorzieningen voor de regering zou worden opgemaakt, aan welke onderwerpen dan vooral aandacht zou worden besteed. In de opvatting van de Redactie zal met name aandacht moeten worden gewijd aan de tandheelkundige zorgverlening van risicogroepen. De Redactie is van mening, dat de aan het einde van deze eeuw in ons land geschatte 1,8 miljoen vrouwen en mannen van 65 jaar en ouder als groep daar ongetwijfeld bij zullen horen."

Bron: *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1982; 89: 474-475 (themanummer "De ouder wordende patiënt".)