

De tandarts in de zorgkring van onzelfredzame ouderen

Samenvatting. Veel Nederlanders krijgen aan het eind van hun leven met een langdurige periode van onzelfredzaamheid te maken. Deze onzelfredzaamheid in zelfzorg, denken en communiceren gaat doorgaans ook gepaard met toenemende functionele problemen van de mond-keelholte. In verzorgings- en verpleeghuizen heeft de tandarts de mogelijkheid om de tandheelkundige zorg enkelvoudig (zelfstandig), meervoudig (door de instelling georganiseerd) of samengesteld (onder een centrale regie van de behandelend verpleeghuisarts) te verlenen. Tandheelkunde in de samengestelde zorg betekent dat de tandarts lid is van een multidisciplinair zorgteam en naast de specifiek tandheelkundige aspecten bijdraagt aan het beperken van problemen met eten, drinken en de mondhygiëne van de individuele patiënt. De tandarts betreft het oordeel van andere zorgteamleden bij de indicatiestelling van tandheelkundige ingrepen. Het besluit om wel of niet in te grijpen gaat uit van het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, de plicht van de instelling om tandheelkundige kwaliteit te waarborgen en de plicht van de individuele zorgverlener vaardig handelingen te verrichten.

COOLS HJM. De tandarts in de zorgkring van onzelfredzame ouderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 357-359.

Uit de afdeling Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde van het Leids Universitair Medisch Centrum in Leiden.

Trefwoorden: Geriatrie – Geriatrische tandheelkunde – Wetgeving

Datum van acceptatie: 7 juli 1998.

Adres: Prof.dr H.J.M. Cools, Leids Universitair Medisch Centrum, postbus 2088, 2301 CB Leiden.

1 Inleiding

Tenzij een acute snelle dood gezonde mensen overvalt, raken zij vroeg of laat steeds meer gehandicapt. Jaarlijks wordt gemiddeld 10% van de gezonde en 11% van de reeds gehandicapte 65-plussers (verder) onzelfredzaam (Ferruci *et al*, 1996). Bij 85-plussers is de prevalentie van onzelfredzaamheid tot boven de 75% gestegen. Van hen is ten minste een derde ook de regie over het eigen bestaan kwijtgeraakt vanwege psychische stoornissen (Heeren, 1991). Meer dan de helft overschrijdt de bovengrens van de thuiszorg, meer dan 3 uur per etmaal verpleegkundige hulp of noodzakelijk continu toezicht, en wordt opgenomen in een verzorgings- of verpleeghuis (zie ook bijdrage De Baat en Van Elswijk elders in dit minithemanummer).

De onzelfredzaamheid betreft ook de mondhygiëne. Deze vergt voor ouderen in de open bevolking met een functioneel adequaat gebit (25%) andere vaardigheden en methoden dan wanneer zij een gebitsprothese hebben (60%), met gebitsproblemen tobben of tandoos zijn zonder gebitsprothese (samen 15%) (Appollonio *et al*, 1997 a en b). Vanwege het toenemende aantal ouderen met eigen dentitie(problemen) wordt een omvangrijkere en intensievere preventieve en curatieve tandheelkundige zorg bepleit (De Baat *et al*, 1991; Kalk *et al*, 1992; Schuil *et al*, 1994). In het verpleeghuis neemt het aantal tandeloze patiënten (eind jaren tachtig nog 90%) af. Tijdens het verblijf in het verpleegtehuis daalt het aantal tandelozen dat een boven- en onderprothese draagt van 80% naar 60% (De Baat, 1990; Berkhout, 1996). N.B. De prothesen worden dus niet meer gedragen! Dit duidt op een omvangrijke en groeiende problematiek. In dit artikel wordt een model geschetst waarin de tandheelkundige aandacht en hulp een nadrukkelijker plaats kan innemen in verzorgings- en verpleeghuizen.

2 Oorzaken van functiestoornissen in de mond-keelholte van ouderen

Recent is meer aandacht bepleit voor de samenhang tussen lokale mondproblemen en andere lichamelijke en mentale beperkingen (Gift en Atchison, 1995). Vooral bij oudere mensen in verzorgings- en verpleeghuizen dragen immers veel en

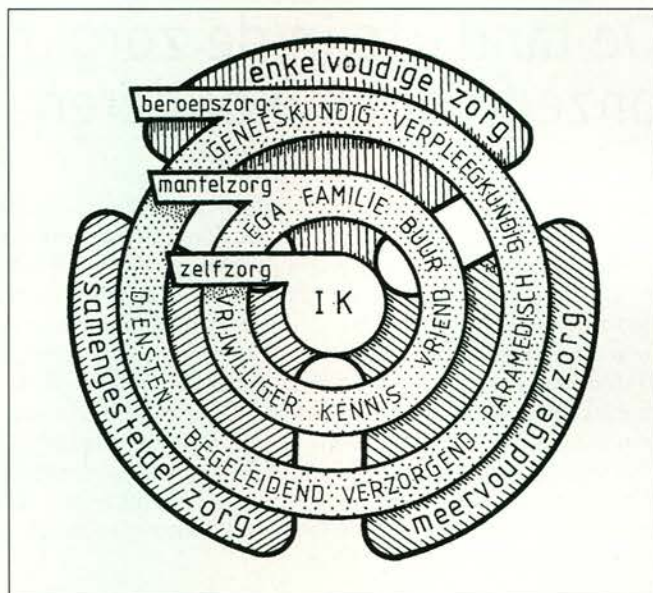
diverse problemen bij aan functiestoornissen in de mond-keelholte (tab. 1). Het niet (meer) dragen van de gebitsprothese(n) hangt bijvoorbeeld samen met het verdwijnende begrip voor de functie van het kunstgebit, het zoek of onklaar raken ervan en/of het om wat voor reden dan ook niet meer tot vervanging overgaan. Daarnaast wordt de prothese bewust uitgelaten vanwege klachten over achterblijvende etensresten, het niet op de plaats blijven van de prothese, een droge mond, kauwproblemen en/of pijn en ziet men tegelijkertijd geïndiceerd tandheelkundig ingrijpen niet zitten (Berkhout, 1996).

De algemene problemen die van invloed zijn op de functie van de mond-keelholte kan men rangschikken volgens de internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps (de 'ICIDH') (Raad voor gezondheidsonderzoek, 1981). Hierin worden aandoeningen gerangschikt naar tractus, stoornissen naar domein, beperkingen naar aandachtsgebied en handicaps naar menselijke activiteit. Zo is bij 68% van de verpleeghuispatiënten sprake van een centrale neurologische aandoening (voornamelijk de ziekte van Alzheimer, de ziekte van Parkinson of een beroerte) (SIG, 1997). Dergelijke aandoeningen veroorzaken veel stoornissen in het denken, het gevoel, de taal en het bewegen. Dit beperkt de eigen communicatie, de handvaardigheid, de persoonlijke verzorging, het eigen voortbewegen en het gebruikelijke gedrag. De cognitieve stoornissen veranderen vervolgens ook het inzicht in het eigen ziekteproces en -besef. De meeste verpleeghuispatiënten worden dan ook (op den duur) geholpen bij (onderdelen van) het eten en drinken. Driekwart kan niet zelf iets te eten kiezen en zelf de boterham klaarmaken. De helft moet persoonlijk worden geholpen bij het in de mond stoppen van voedsel en vocht. Ongeveer 10% heeft slikproblemen. Meer dan 60% krijgt een aangepaste voedselconsistentie. De slechte algemene en lokale toestand veroorzaakt niet alleen beperkingen in dit voedingsgedrag, maar vermindert ook de eetlust met als gevolg vermagering, uitdroging en tekorten aan micronutriënten (Appollonio *et al*, 1997 b). Indirect is er dan ook een relatie met verhoogde sterfte (Berkhout, 1996). Veel van deze patiënten gebruiken medicamenten die een droge mond veroorzaken: diuretica vanwege hypertensieve hartziekten en middelen met een anticholinergische (bij)werking vanwege neurologische, psychiatrische en obstructieve longsyndromen (Kaandorp *et al*, 1994).

Tabel 1. Oorzaken van functionele problemen van de mond-keelholte

| Lokaal | Algemeen |
|---------------------------------------|---|
| Tandeloosheid | Neurologische kauw-/slikstoornissen |
| Prothese problemen | Communicatieproblemen (zien, horen, afasie, dysarthrie) |
| Slijmvliesafwijkingen | Cognitieve problemen (amnestische/dementiesyndromen) |
| Reductie processus alveolaris | Gevoelsproblemen (depressie) |
| Cariës en parodontale aandoeningen | Bewegingsstoornissen (paresen, apraxie) |
| Defecte tandheelkundige voorzieningen | Medicamenteus (diuretica, anticholinergica) |
| | Peri-/postoperatieve periode |
| | Vermagering |

Afb. 1. Het zorgkringmodel.



De mogelijkheden om op eigen of andermans initiatief op tijd naar de tandarts te gaan en aldaar te passen in de gebruikelijke praktijkvoering, zijn voor dergelijke patiënten beperkt. Zij raken bij de tandarts uit het zicht en de zorgverleners hebben te weinig aandacht voor de mondproblemen.

In en vanuit een verpleeghuis wordt deze opeenhopende morbiditeit aangepakt in een samenwerkingsmodel. Het zorgkringmodel is hiervan een uitwerking.

3 Het zorgkringmodel

Zorgen voor elkaar is een manier van denken en doen die per persoon kan worden gerangschikt in een zorgkring (afb. 1) (Cools, 1996). In de eigen kring zorgt ieder voor zichzelf (zelfzorg), men zorgt voor elkaar (mantelzorg) en maakt gebruik van beroepsmatige zorgverlening (beroepszorg). Zelfstandige Nederlanders sluiten hiertoe zorgovereenkomsten met zelfstandig functionerende beroepsbeoefenaren, bijvoorbeeld een huisarts, een tandarts of een fysiotherapeut (zogenaamde *enkelvoudige beroepszorg*). De hulpverlening van deze beroepsbeoefenaren beperkt zich tot het eigen deskundigheidsterrein of er wordt verwezen naar een (andere) specialist. Er is weinig of geen onderling verband tussen de verschillende beroepsbeoefenaren die hulp verlenen aan dezelfde patiënt. Bij *meervoudige beroepszorg* is dat anders. De zorgovereenkomsten met een aantal beroepsbeoefenaren worden dan volgens een tevoren vastgelegde samenwerkingsprocedure gecoördineerd. Hiervan zijn vele voorbeelden te geven zoals een vaste werkwijze tussen een mondhygiënist en een tandarts bij hun gezamenlijke patiënten. Zo worden bijvoorbeeld ook tussen de thuiszorg en de dagbehandeling in een verpleeghuis vaste afspraken gemaakt over 'hoe laat wassen en kleden' en 'hoe laat halen en brengen'. In een verzorgingshuis is veel zorg meervoudig van aard omdat deze in de tijd moet worden gecoördineerd.

Samengestelde beroepszorg omvat alle zorg (medisch, verzorgend, verplegend, paramedisch en begeleidend) en is niet alleen organisatorisch maar ook zorginhoudelijk verenigd in een samenhangend zorgplan. De mogelijkheden van de disciplines worden hierbij synergistisch in een zorgproces gerangschikt. Dit proces heeft het karakter van een kringloop. Zo nodig en periodiek worden de problemen geïnventariseerd, de prioriteiten en het doel van de zorg ervoor vastgesteld, de verpleging, de behandelingen en de begeleiding uitgevoerd en op afgesproken momenten geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Dit kringloop-zorgproces wordt in en vanuit het verpleeghuis geregisseerd door de verpleeghuisarts en gecoördineerd door een (verpleegkundig) manager. De inventarisatie geschiedt probleemgeoriënteerd naar aandachtsveld (bijv. somatisch, psychisch, communicatief, functioneel, maatschappelijk) (Hertogh, 1997). De doelstelling kan variëren van preventie, curatie, rehabilitatie, palliatie en abstinente tot euthanasie. Abstinente zorg moet niet worden verward met nihilisme ('niets doen') want het bevat juist intensieve zorg die echter niet het leven rekt, terwijl dit nevendoeel bij palliatie nog wel bestaat.

In dit zorgkringmodel heeft elke beroepsgroep mogelijkheden de eigen zorg enkelvoudig (zelfstandig), meervoudig (gecoördineerd) of samengesteld (onder een centrale regie) te verlenen. Ook heeft elk individu de mogelijkheid onderwerp van zorg te zijn of in de zorgkring van een ander mantel- of beroepszorg te bieden. Tandartsen zijn daarop geen uitzondering.

4 Besluitvorming omtrent samengestelde zorg

De wijze waarop in de zorgkring van een patiënt wordt besloten welke zorg niet, welke wel en in welke volgorde de zorg wordt geleverd, is de laatste jaren onderwerp van veel wetgeving geweest: de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet bijzondere opname psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) waaronder ook de psychogeriatrische (afdelingen van) verpleeghuizen vallen, de Wet op het mentorschap (te onderscheiden van het curatorschap, vermeld in het Burgerlijk Wetboek), de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet medezeggenschap cliëntenraden in instellingen en de Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg (BIG). In deze nieuwe wetgeving staan de volgende begrippen centraal: het recht op zelfbeschikking van de patiënt, de plicht van een instelling de kwaliteit van zorg te waarborgen en de plicht van de individuele zorgverlener om vooral genoemde medische handelingen vaardig te verrichten. De begrippen worden hieronder nader besproken.

Het recht op zelfbeschikking van de patiënt. De toestemming tot tandheelkundige ingrepen in het kader van een samengesteld zorgplan wordt gegeven door de patiënt. Bij een verminderde wilsbekwaamheid van de patiënt heeft de vertegenwoordiger de plicht het oordeel van de patiënt over de ingreep voor zover mogelijk te achterhalen. Hoe groter de gevolgen van het wel of niet ingrijpen voor de patiënt zijn, des te noodzakelijker is de toestemming van de vertegenwoordiger is. Geeft de vertegenwoordiger geen toestemming voor een

belangrijke ingreep, dan mag de behandelend arts de medische opvatting pas laten prevaleren als een andere arts hierover is geconsulteerd. Het is duidelijk dat het hier niet alleen om een besliskundige benadering gaat, maar ook om een goede en open (vaak tijdrovende) communicatie tussen alle betrokkenen.

De plicht van een instelling de kwaliteit van zorg te waarborgen. De verantwoordelijkheid van de verpleeghuisdirectie om een adequate tandheelkundige voorziening te waarborgen, wil niet zeggen dat ieder verpleeghuis een eigen volwaardig tandheelkundig centrum moet hebben. In afwezigheid daarvan dient echter op andere wijze een toegankelijke en adequate tandheelkundige zorg te zijn gegarandeerd. Dat is meer dan het regelen van enkelvoudige behandelingen van een consulent-tandarts in huis of het verwijzen naar gehandicaptenvervoer. De tandarts heeft immers ook een taak bij het gezamenlijk zoeken van het multidisciplinaire zorgteam naar goede zorg voor eten, drinken en mondhygiëne van individuele patiënten. Meer in het algemeen streeft een toenemend aantal verpleeghuizen thans certificering na met behulp van een door de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg ontwikkelde methode: het Model Integrale Kwaliteit Verpleeghuizen (MIK-V).

De plicht van de individuele zorgverlener om vooral genoemde medische handelingen vaardig te verrichten. De (na)scholing van vaardigheden op het terrein van de mondhygiëne en de observatie van mondproblemen en tandheelkundige ingrepen moet bij de meest betrokken disciplines (verplegenden en generalistische artsen) nog starten. Tandartsen kunnen daarin het voortouw nemen door hun plaats in de zorgkring in te nemen en vervolgens de zorgteamleden voortdurend uit te leggen wat ieder voor zich apart en gezamenlijk kan doen ... en laten.

Literatuur

- APPOLONIO I, CARABELLESE C, FRATOLA A, TRABUCCHI M. Dental status, quality of life, and mortality in an older community population. A multi-variate approach. *JAGS* 1997a; 45: 1315-1323.
- APPOLONIO I, CARABELLESE C, FRATOLA A, TRABUCCHI M. Influence of dental status on dietary intake and survival in community-dwelling elderly subject. *Age Ageing* 1997b; 26: 445-455.
- BAAT C DE. Een kunstgebit bij ouderen, een kwestie van aanpassen? Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1990. Academisch proefschrift.
- BAAT C DE, ELSWIJK JFA VAN. Ouderdom, een tandheelkundig schrikbeeld? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1998; 105: 351-353.
- 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.
- BERKHOUT AMM. Weight changes in Dutch nursing home patients. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1996. Academisch proefschrift.
- COOLS HJM. Verpleeghuisgeneeskunde. In: Es J van et al., red. *Het medisch jaar*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
- FERRUCI L, GURALNIK JM, SIMONSICK E ET AL. Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *J Gerontol: Medical Sciences* 1996; 51A: M123-130.
- GIFT HC, ATCHISON KA. Oral health, health and health-related quality of life. *Med Care* 1995; 33: NS57-7.
- HEEREN TJ. Psychiatric morbidity in the oldest old. The Leiden 85-plus study. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1991. Academisch proefschrift.
- HERTOGH CMPM. Functionele geriatrie. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.
- KAANDORP AJG, BAAT C DE, MICHELS LFE. Xerostomie bij ouderen: oorzaken, gevolgen en behandelingsmogelijkheden van monddroogheid. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 1994; 25: 145-149.
- KALK W, BAAT C DE, MEEUWISSEN JH. Is there a need for gerodontology? *Int Dent J* 1992; 24: 209-216.
- RAAD VOOR GEZONDHEIDSONDERZOEK. Internationale classificatie van stoornissen, beperkingen en handicaps 1980. Voorburg: 1981.
- SCHUIL GRE, BAAT C DE, KALK W. Tandheelkundige zorgverlening aan ouderen. Inventarisatie en aanbevelingen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1994; 101: 107-108.
- SIG. Jaarboek verpleeghuizen 1996. Utrecht: 1997.

Summary

ORAL HEALTHCARE OF DEPENDENT ELDERLY

Key words: Geriatric dentistry – Nursing home – Legislation

By preventing avoidable causes of death, man usually dies at advanced age after a prolonged period of increasing dependency often in homes for the elderly and in nursing homes. This dependency means problems in selfcare, walking, cognition, communication and in oral health. Geriatric dentistry can be incorporated in a model arranging care (the care circle) in which the dentist operates independently, or organised in teams with other caregivers or central directed by a nursing home doctor (so-called multidisciplinary dentistry).

Multidisciplinary dentistry means that the dentist is a member of a multidisciplinary team, contributing to the reduction of individual problems with eating, drinking and oral health. The dentist involves the team in the indications of dental treatment. He operates within the rules of recent Dutch legislation. These laws are based on self-determination of the patient, institutional quality-assurance and individual skills-guarantees of the careprovider.