

Mondzorg voor ouderen

Meer dan zorg voor de mond alleen

R.M.H. Schaub

Samenvatting Tandheelkundige gezondheidszorg zal zich steeds meer ontwikkelen tot mond-zorg. Deze ontwikkeling wordt geïnitieerd door de mondgezondheid van ouderen bij wie optre-dende problemen doorgaans chronisch van aard zijn. Kennis en kunde uit de gerodontologie die-nen in de mondzorg te worden geïncorporeerd. Voor ongeveer een miljoen ouderen is aange-paste mondzorg nodig. Deze geriatrische mondzorg kan het best geïntegreerd worden gegeven in geriatrische zorgcircuits, waarin tandartsen en mondhygiënisten met andere zorgverleners samenwerken vanuit één regie. Mondzorg wordt dan meer dan zorg voor de mond alleen.

SCHAUB RMH. Mondzorg voor ouderen. Meer dan zorg voor de mond alleen. Ned Tijdschr Tand-heelkd 1998; 105: 360-361.

Uit de disciplinegroep Tandheelkunde
van de Faculteit der Medische
Wetenschappen van de Rijksuniversiteit
Groningen.

Trefwoorden: Gerodontologie –
Mondzorg – Mondhygiënist

Datum van acceptatie: 7 juli 1998.

Adres: Prof.dr. R.M.H. Schaub,
Instituut Tandheelkunde/Mondhygiëne,
Ant. Deusinglaan 1,
9713 AV Groningen.

1 Inleiding

In Nederland wonen op dit moment zo'n 4,5 miljoen oude-ren, mensen boven de 55 jaar. Dit is een derde van de bevol-king. In het jaar 2010 zal dit aantal gestegen zijn tot 5 miljoen, nog steeds een derde van de bevolking. Het aantal hoogbejaar-den (75 jaar en ouder) stijgt van 1,5 miljoen nu naar 1,8 mil-joen in het jaar 2010 (Ruwaard en Kramers, 1993). Een groot deel van de gezondheidszorg betreft daardoor de oudere mens. Dit geldt echter niet voor de zorg van de mondgezond-heid, omdat veel ouderen een gebitsprothese dragen. Het aan-tal ouderen met een natuurlijk gebit neemt echter toe en zij stellen prijs op een goede kwaliteit van leven, ook als het gaat om de mond (Kiyak, 1987). Het beroep van ouderen op de tandheelkundige zorg zou dat van jongeren wel eens kunnen gaan overtreffen. Ook voor ouderen zal de zorg compleet, effectief en toegankelijk moeten zijn. De specifieke doelstellin-gen zijn daarbij niet eenvoudig te formuleren. Meeuwissen (1992) noemt in haar proefschrift als doel: 'het in stand hou-den van een functionele natuurlijke dentitie voor het leven'. Sheiham (1994) gaat uit van een minimumaantal van 20 te behouden gebitssegmenten. Ook zou uitgegaan kunnen wor-den van individuele, subjectieve doelstellingen voor de zorg (Schaub, 1980).

Zelfstandigheid, zelfredzaamheid en waardigheid lijken bij mondzorg voor (kwetsbare) ouderen kernbegrippen. De tandheelkundige zorg van de toekomst ontwikkelt zich tot 'mondzorg'. Deze ontwikkeling kenmerkt zich door een ver-schuiving van curatieve behandeling naar 'verzorging'. Tand-heelkundige zorg was lange tijd gericht op het beperken van de gevolgen van cariës, vooral bij jongeren. Nu is er aanleiding bij afwijkingen in de mondgezondheid minder snel curatief in te grijpen. De progressie van afwijkingen blijkt vaak traag bij jongeren, maar zeker ook bij gezonde ouderen. Terughou-dendheid ten aanzien van curatieve behandeling en volgen van de ontwikkeling, gecombineerd met preventieve maat-regelen, worden daarom meer dan ooit als een effectieve bena-dering beschouwd (Van Amerongen en Van Loveren, 1997). Deze benadering kan worden opgevat als 'verzorging' met als kernbegrippen screening, monitoring en preventie: screening om met heldere criteria de mondgezondheid op algemene aspecten te beoordelen; monitoring om op specifieke aspecten van de mondgezondheid de ontwikkeling te volgen en te meten, zoals de ontwikkeling van pocketdiepte of de reductie van de edentate kaakwal; preventie om de zelfzorg te onder-steunen. De uitvoering van mondzorg wordt gekenmerkt door een nauwe samenhang van curatieve behandeling en ver-zorging. Dit is alleen mogelijk door een intensieve samenwer-king van tandartsen, mondhygiënisten en andere zorgverle-

ners, ieder vanuit de eigen deskundigheid. Mondzorg, zoals hiervoor beschreven, komt in de werkwijze overeen met de zorg voor chronisch zieken (Van Eijk en De Haan, 1996).

2 Mondgezondheid bij ouderen

Ouder worden komt met gebreken, zo luidt de volkswijsheid. Toch is dertig procent van de Nederlandse ouderen vrij van enige aanwijsbare ziekte. Veertig procent daarentegen heeft twee of meer chronische aandoeningen. De meeste ouderen, en zelfs sommige hoogbejaarden, kunnen uitstekend voor zichzelf zorgen. Ze zijn ook in staat mondzorg te verkrijgen. Natuurlijk is daarbij wel enige hulp en aanpassingen nodig, bijvoorbeeld omdat vele ouderen in meer of mindere mate beperkingen in mobiliteit en communicatie kennen. Verschil-len in waarden en normen, maar ook in levenservaring, maken eveneens aanpassing in de zorg nodig. Ongeveer één kwart van alle ouderen (ongeveer een miljoen mensen) heeft echter sterk aangepaste zorg of zelfs intensieve hulp nodig om mondzorg te verkrijgen. In het artikel van De Baat en Van Els-wijk (1998) elders in dit minihemanummer wordt nader ingegaan op het geriatrisch zorgcircuit.

De mondgezondheid van veel ouderen wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van problemen, defecten en ziekten die weinig progressie vertonen en niet geheel zijn te genezen of te verhelpen.

Vele ouderen dragen thans nog een volledige gebitspro-these, waarvan bovendien de beperkingen nogal eens geaccep-teerd (moeten) worden. Naar verwachting zal in de toekomst de volledige gebitsprothese minder vaak voorkomen, ook bij de hoogbejaarden (Scenariocommissie Tandheelkunde, 1992). In het geheel of gedeeltelijk aanwezige natuurlijke gebit weerspiegelt zich bij ouderen de geschiedenis van ziekte in het verleden. Vaak blijken al meerdere gebitselementen te zijn verdwenen. Prothetische voorzieningen blijken niet altijd te voldoen. Als gevolg hiervan treden esthetische en/of functio-nale problemen op. Het aantal gerestaureerde gebitselemen-ten bij ouderen ligt hoog. Vele restauraties zijn groot, oud en esthetisch storend. Endodontische behandelingen die in de loop der jaren zijn uitgevoerd kunnen mogelijk tot problemen leiden. Bij ouderen is de parodontale aanhechting vermin-derd, veelal door een combinatie van botafbraak en retractie van de gingiva. Dit kan migratie, kipping en rotatie van ele-menten in de hand werken, vooral als de natuurlijke dentitie slechts partieel aanwezig is.

Een aantal afwijkingen komt vooral bij ouderen voor in samenhang met verouderingsprocessen. Gedacht kan worden aan erosie, attritie en abrasie, maar ook de afzetting van

secundair dentine. Daarnaast gaat de kwaliteit van zintuigelijke waarnemingen achteruit: smaak, gevoel, geur, enzovoorts. Ook de speekselvloed kan zijn afgenomen, met gevolgen voor gebitselementen en parodontium. De zachte weefsels, zoals spieren en slijmvliezen, zijn gevoeliger en neurofysiologische regelkringen functioneren minder goed.

Er zijn slechts fragmentarisch gegevens over de mondgezondheid bij ouderen om bovenstaand beeld geheel te onderbouwen (Schou, 1995). Een algemene trend lijkt echter wel aanwijsbaar. Bij ouderen komen slechts in beperkte mate acute problemen voor. Het merendeel van de problemen is als chronisch te kenschetsen. Ook met curatieve behandeling zijn deze niet geheel te herstellen, waardoor ze langdurig verzorging behoeven.

3 Mondzorg voor ouderen

Ouderen behouden langer hun natuurlijke gebit, waarbij het chronische karakter van de problemen vraagt om mondzorg en niet alleen om tandheelkundige behandeling. Daarbij dienen wel kennis en kunde uit de discipline van de gerodontologie te worden toegepast, waarbij binnen deze discipline nog vele problemen moeten worden opgelost. Diagnostiek en de daarop volgende behandeling in combinatie met verzorging van chronische problemen vormen bijvoorbeeld een nog tamelijk onbekend gebied. Het is verder moeilijk onderscheid te maken tussen pathologische en fysiologische verouderingsprocessen. Zo lijkt de betekenis van symptomen te kunnen variëren met de leeftijd, bijvoorbeeld de betekenis van pocketdiepte (Wennström *et al.*, 1990). Dat heeft dan belangrijke gevolgen voor de behandeling (afwachten of niet) en de aard van de verzorging. Mondhygiënist, maar ook anderen zoals prophylaxe-assistenten kunnen een belangrijke rol spelen in de verzorging van de geschetste chronische problemen. Het vaststellen van effectieve takenpakketten vergt echter nog het nodige onderzoek.

Voor ongeveer een miljoen ouderen is echter meer of minder aangepaste complexe mondzorg nodig. De gezondheid van ouderen in het algemeen vergt, zoals reeds aangegeven, een specifieke benadering in de mondzorg. Glashelder is dat voor geïnstitutionaliseerde ouderen. Echter ook vele thuis verblijvende ouderen zullen naar vorm of inhoud aangepaste mondzorg moeten krijgen. Beperkte mobiliteit, mentale en sociale stoornissen en medicijngebruik zijn redenen om de mondzorg naar inhoud, maar zeker ook naar vorm aan te passen. Kenmerkend is hierbij de grote individuele variatie. Algemeen aanvaarde doelen voor de mondzorg zijn soms niet te realiseren door andere problemen en zullen dus in dat kader realistisch moeten zijn (Sheiham, 1994). Meer nog dan elders

moeten tandarts en mondhygiënist zich realiseren dat een technisch goede oplossing niet altijd de beste oplossing voor de patiënt is.

Soms zal men zich zelfs moeten beperken tot palliatieve zorg. Anderzijds kan een mogelijk minder zinvolle tandheelkundige behandeling voor het algemene welzijn juist van belang zijn. De waarden en normen van ouderen, maar ook hun omgeving kunnen hierbij doorslaggevend zijn. Naast behandeling zal voor deze groep ouderen vooral verzorging van groot belang zijn. Hierbij is kennis omtrent de geriatrische patiënt nodig, alsmede kennis met betrekking tot het geriatrische zorgcircuit (De Baat en Van Elswijk, 1998; Cools, 1998). Ook de communicatie en de wijze van omgaan met ouderen vergde kennis en kunde. Veel van de noodzakelijke kennis en kunde is beschikbaar binnen de gerodontologie. Maar ook hier dienen nog vele vragen te worden beantwoord. Vooral inzichten inzake de afweging tussen behandeling en verzorging en de rol van mondhygiënist en anderen hierbij dienen nog sterk te worden verbeterd.

Literatuur

- AMERONGEN JP, LOVEREN C VAN. Behandelingsstrategie bij cariës. 'Tip the balance'-Boren of niet boren. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1997; 104: 52-55.
- BAAT C DE, ELSWIJK JFA VAN. Ouderdom, een tandheelkundig schrikbeeld? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1998; 105: 351-353.
- COOLS HJM. De tandarts in de zorgkring van onzelfredzame ouderen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1998; 105: 357-359.
- EIJK JTHM VAN, HAAN M DE. Zorg voor chronisch zieken: de toekomstige rol van hulpverleners en patiënten. *Huisarts en Wetenschap* 1996; 39: 332-337.
- KIYAK HA. An explanatory model of older persons'... Use of dental services. Implications for health policy. *Med Care* 1987; 25(10): 936-52.
- MEEUWISSEN JH. Perception of oral function of dentate elderly. A descriptive study of 329 elderly subjects. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992. Academisch proefschrift.
- RUWAARD D, KRAMERS PGN, RED. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Den Haag: Sdu Uitgeverij, 1993.
- SCENARIOCOMMISSIE TANDHEELKUNDE. Toekomstscenario's Tandheelkunde. Een verkenning van de periode 1990-2020. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum, 1992.
- SCHAUB RMH. Een beschouwing over het begrip gezondheid. I. Opvattingen over gezondheid. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1980; 87: 332-336.
- SCHOU L. Oral health, oral health care, and oral health promotion among older adults: social and behavioural dimensions. In: Cohen LK, Gift HC. Disease prevention and oral health promotion. Copenhagen: Munksgaard, 1995.
- SHEIHAM A. Gerodontologie-the future. In: Barnes IE, Walls AGW. Gerodontologie. Oxford: Wright, 1994.
- WENNSTRÖM JL, PAPANANOU PN, GRÖNDAHL K. A model for decision making regarding periodontal treatment needs. *J Clin Periodontol* 1990; 17: 217-222.

Summary

ORAL HEALTH CARE FOR THE ELDERLY - MORE THAN CARE FOR ORAL HEALTH

Key words: Gerodontology – Oral health care – Dental hygienists

Dental treatment is changing to oral health care, integrating curative treatment and care. This development is based on the present state of oral health of elderly people. In the future, elderly persons are expected to receive adequate oral health care. This requires gerodontic knowledge and skills, as most oral health problems of elderly persons are chronic and related to ageing processes. For about 25% of elderly people substantially adapted oral health care is needed. This geriatric oral health care can be best provided in collaboration between dentists, dental hygienists and other careproviders. This procedure is already common practice in the care for the chronically ill. Then oral health care will become more than care for oral health.