

Kwetsbare ouderen (2)

Het aantal ouderen met natuurlijke dentitie, soms in combinatie met orale implantaten en/of geavanceerde prothetische constructies, neemt gestaag toe. De politiek is erop gericht ouderen, ook wanneer zij zorgafhankelijk worden, zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Dat betekent dat u als tandarts-algemeen practicus steeds vaker geconfronteerd zal worden met kwetsbare ouderen met een complexe medische anamnese die implicaties kan hebben voor de mondgezondheid en de mondzorg. Voor het uitvoeren van adequate mondzorg is het noodzakelijk voor iedere kwetsbare oudere een individueel mondzorgplan op te stellen.

door dr. Claar van der Maarel-Wierink en dr. Gert-Jan van Putten

De mondgezondheid van (kwetsbare) ouderen kan op vele manieren worden bedreigd en mondzorgverlening kan om verscheidene redenen complex zijn. Bij kwetsbare ouderen moet meer rekening worden gehouden met de belasting versus de belastbaarheid, en met alle betrokkenen in hun omgeving. Geadviseerd wordt een klacht of probleem voor iedereen duidelijk te maken (*diagnostiek*) en de lichamelijke, psychische en sociale consequenties daarvan in overleg met de patiënt en de betrokkenen uit te werken in een individueel mondzorgplan. Hierin wordt op inzichtelijke en systematische wijze omschreven welke mond- en algemene gezondheidsproblemen er zijn (*probleeminventarisatie*), wat de eventuele onderlinge samenhang is, wat de grondslagen zijn of waren om een bepaalde mondzorgverlening te adviseren, op welke wijze en door wie de mondzorgverlening moet worden uitgevoerd (*acties*) en welke meetbare resultaten op korte en lange termijn verwacht mogen worden (*doelstellingen*), waarbij bij alle aspecten zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de hulpvraag en de wensen van de patiënt en zijn of haar lichamelijke, psychische en sociale context. Naast de tandarts zijn het individu zelf (*zelfzorg*), de familie en andere informele en formele (mond)zorgverleners

Dr. Claar van der Maarel-Wierink is tandarts-geriatrie, werkzaam bij de Aemstelgroep Tandartsen in Amstelveen, Kliniek voor Bijzondere Tandheelkunde in Amsterdam (SBT) en Verpleeghuis en revalidatiecentrum Vreugdehof in Amsterdam. Zij is voorzitter van de opleidingscommissie van de differentiatieopleiding tandarts-geriatrie en lid van het Belgisch-Nederlands Consortium Onderzoek Mondzorg Ouderen (BENECOMO).

Dr. Gert-Jan van der Putten is specialist ouderengeneeskunde bij Amaris Gooizicht in Hilversum. Als senior-onderzoeker is hij verbonden aan de afdeling Orale functieleer van het Radboud umc in Nijmegen. Daarnaast is hij lid van de opleidingscommissie van de differentiatieopleiding tandarts-geriatrie en lid van het BENECOMO.

betrokkenen bij het uitvoeren van het individueel mondzorgplan.

In een verzorgings- of verpleeghuis heeft vrijwel iedere kwetsbare oudere een mondzorgplan. In toenemende mate wordt echter in de thuissituatie door een huisarts, eventueel in samenwerking met een specialist ouderengeneeskunde, een individueel multidisciplinair zorg(leef)plan opgesteld. In beide gevallen dient het mondzorgplan onderdeel uit te



Afb. 1



Afb. 2

maken van het algemene multidisciplinaire zorg(leef)plan.

De dagelijkse mondverzorging wordt zoveel mogelijk door de kwetsbare oudere zelf uitgevoerd. In veel situaties is echter ondersteuning of volledige overname door de (mantel)zorgverleners nodig. Kwetsbare ouderen met overwegend lichamelijke aandoeningen zijn, in tegenstelling tot ouderen met voornamelijk cognitieve stoornissen, ondanks hun beperkingen meestal goed in staat aan te geven of ze al dan niet met een voorgesteld mondzorgplan instemmen. Bij kwetsbare ouderen die niet in staat zijn de gevolgen van de inhoud van het mondzorgplan te overzien, is toe- en instemming van een wettelijke vertegenwoordiger van het mondzorgplan vereist. Voor de uitvoering van een mondzorgplan en het behalen van de daarin omschreven doelstellingen, is overleg met alle betrokkenen inclusief de (mantel)zorgverleners noodzakelijk. Dit om teleurstellingen te voorkomen omdat de beschreven doelstellingen niet werden gehaald doordat de benodigde acties achteraf irreëel of niet haalbaar bleken zijn.

Opstellen mondzorgplan

Zo spoedig mogelijk na de aanmelding van een kwetsbare oudere in een tandartspraktijk, CBT of praktijk binnen een verpleeghuis, vindt een onderzoek plaats naar de specifieke klachten en wensen ten aanzien van de mondgezondheid en alle daarmee samenhangende aspecten. De *Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen* (Verenso, 2007) adviseert dat iedere verpleeghuisbewoner binnen zes weken na opname door een tandarts gezien moet worden. Bij mondzorggerelateerde klachten is deze termijn twee weken. Bij kwetsbare ouderen kunnen sommige klachten meer op de voorgrond treden door hun problemen op de verschillende somatische, psychische en/of sociale domeinen. Daarmee zijn deze klachten specifiek voor deze patiëntencategorie. Maar het komt ook voor dat klachten niet (kunnen) worden geuit of dat men geen heil verwacht van het uiten van klachten omdat men ervan uitgaat dat deze onvermijdelijk bij het ouder worden horen of niet te verhelpen zijn. Dit kan inhouden dat de oudere de gegeven situatie accepteert of bijvoorbeeld bewust of onbewust besluit bijvoorbeeld een gebitsprothese niet meer te dragen. In die gevallen kan dan een zorgvraag komen van mensen uit het sociale of medische netwerk van de oudere, zoals de partner, kinderen, vrienden, kennissen, artsen en verzorgenden. Dit aspect verdient specifieke aandacht bij de besluitvorming over het opstellen van een mondzorgplan.

Bij het opstellen van een mondzorgplan wordt over het algemeen gestart met een uitgebreide medisch, psychische en sociale anamnese. Daarin moeten waar nodig de familie en

andere (mantel)zorgverleners worden betrokken (*hetero anamnese*). Relevante medische gegevens, inclusief waar nodig de prognose van aandoeningen, functiebeperkingen, een inschatting van de levensverwachting en huidig medicatiegebruik (inclusief zonder recept verkrijgbare medicatie), moeten worden nagevraagd bij de behandelend arts. Daarbij moet worden opgemerkt dat de arts van zogenaamde 'over-the-counter' (OTC) medicatie, niet op de hoogte is. Ook worden sommige homeopathische middelen en kruiden (zoals het Sint-Janskruid) niet als medicament gezien, terwijl deze middelen wel van invloed kunnen zijn op de mond- en algemene gezondheid en interacties kunnen hebben op de (neven)werking van de andere voorgeschreven medicijnen. Het advies is dan ook om bij het na- en opvragen van medicatiegebruik ook specifiek naar dit soort middelen te vragen.

Daarop volgt een extra- en intraoraal onderzoek. Alle bevindingen (positief en negatief) moeten nauwkeurig worden beschreven. Van de eventueel gevonden afwijkingen dient een differentiële diagnose te worden gemaakt. De gehele mondstatus, inclusief de eventueel geïnventariseerde problematiek met differentiële diagnoses, zorgen samen voor een beeld van de mate van mondgezondheid. Dit wordt in samenhang gebracht met de eventueel aanwezige problematiek op de andere domeinen, waaronder de medisch-tandheelkundige interactie, zodat een totaalbeeld van de kwetsbare oudere ontstaat (*probleeminventarisatie*). Deze gegevens en de wens van de patiënt zijn bepalend voor de doelstelling(en) en de activiteiten van de mondzorgverlening die met de oudere en zijn (mantel)zorgverleners worden besproken en in het kader van de WGBO wordt vastgelegd. De doelstelling(en) en activiteiten van mondzorgverlening moeten zoveel als mogelijk SMART (*specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch, met een tijdsfad*) in het mondzorgplan worden beschreven.

Mondzorgverlening: preventie

Kwetsbare ouderen zijn bij uitstek een risicogroep voor het ontwikkelen van (wortel)cariës, gingivitis, parodontitis, halitose en slijmvliesafwijkingen. Deze aandoeningen kunnen grotendeels worden voorkomen door een adequate dagelijkse reiniging van de mond en de eventuele (partiële) gebitsprothese(n). Uitgangspunt is een adequate dagelijkse mondhygiëne die zoveel mogelijk door de oudere zelf wordt uitgevoerd. Wanneer er sprake is van een verminderde zelfredzaamheid en/of zorgafhankelijkheid zal hulp van (mantel)zorgverleners nodig zijn om een adequate mondhygiëne te bereiken. Uit diverse publicaties en een recent rapport van de IGZ (november 2014) blijkt dat de mondgezondheid van kwetsbare oude- ▶

Afb. 3



Afb. 4



advertentie

ren in zorginstellingen zoals verpleeghuizen, ondanks de in 2007 verschenen *Richtlijn Mondzorg*, nog steeds onvoldoende is. Dit baart zorgen gezien de demografische veranderingen, waardoor de noodzaak ervan alleen maar toeneemt.

Naast specifieke preventieactiviteiten, zoals fluoride-applicatie, spoelen met chloorhexidine en het overleg met de behandelend arts over aanpassing van medicatie die een negatieve invloed heeft op de speekselsecretie, is informeren, voorlichten, instructie geven en motiveren van (mantel)zorgverleners om de mondzorg conform de gemaakte afspraken van het mondzorgplan uit te voeren, meer dan nodig. Een mondhygiënist of preventiemedewerker kan hierbij de oudere en de (mantel)zorgverleners uitstekend ondersteunen.

Mondzorgverlening: curatie

Elke kwetsbare oudere heeft recht op een adequate curatieve mondzorgverlening. Deze zorg kan worden verleend door een team van mondzorgprofessionals. Voor een mondzorgverlener liggen de uitdagingen vooral op het gebied van de moeilijker behandelbaarheid van complexe problematiek, de omgang en communicatie met kwetsbare ouderen, en op het gebied van de indicaties en keuze van behandelingen. Bij de indicatie van een curatieve behandeling moet rekening gehouden worden met de klachten en wensen van de patiënt, passend bij de prognose en het verloop van mogelijk aanwezige aandoeningen, en het bevorderen van de levenskwaliteit.

Tijdens een eventuele behandeling moeten de technische aspecten van de tandheelkunde volledig worden benut – voor zover de belastbaarheid van de patiënt dit toelaat. In veel gevallen zijn terughoudendheid en/of alleen begeleiden echter uitstekende opties. Voor de uitvoering van de curatieve behandeling moeten soms noodgedwongen concessies worden gedaan. Voorts moet de curatieve behandeling passen in en onderdeel zijn van de doelstellingen van het mondzorgplan en het multidisciplinaire zorgplan. Bij verpleeghuisbewoners heeft behandeling in de eigen omgeving de voorkeur. Overleg tussen de behandelend arts en de (mantel)zorgverleners is dan gemakkelijker en sneller te verwezenlijken. Daarmee wordt tevens een kostbare, tijdrovende en voor de kwetsbare oudere belastende reis naar een mondzorgpraktijk bespaard.

Evaluatie

Na het opstellen van een mondzorgplan moet binnen drie tot zes maanden een eerste evaluatie plaatsvinden om te beoordelen of de in het mondzorgplan aangegeven acties worden uitgevoerd en de gestelde doelstelling(en) worden behaald. Indien nodig en/of wenselijk wordt het mondzorgplan op deze punten bijgesteld. Afhankelijk van de ernst van de aanwezige problematiek en de SMART-geformuleerde doelstellingen wordt een evaluatietermijn bepaald en ook weer in het mond-

zorgplan vastgelegd. Waar het in de algemene praktijk gebruikelijk is een halfjaarlijks periodieke mondcontrole uit te voeren, wordt bij dentate kwetsbare ouderen over het algemeen een controletermijn van 3-4 maanden gehanteerd. Voor kwetsbare edentate ouderen met een adequate mondgezondheid is over het algemeen een jaarlijkse periodieke mondcontroletermijn voldoende. Voor kwetsbare edentate ouderen met implantaten wordt het controletermijn weer individueel bepaald aan de hand van de inhoud van het mondzorgplan.

Informatie, voorlichting en instructie

Bij het opstellen van een mondzorgplan moet eerst de patiënt worden geïnformeerd over alle bevindingen van de anamnese en het onderzoek en over de mogelijke zorgverlening. Het moet de patiënt en diens (mantel)zorgverleners duidelijk zijn welke de (mogelijke) oorzaken van zijn klachten zijn, welke gevolgen die op korte en lange termijn kunnen hebben, welke mogelijkheden er met al hun voor- en nadelen zijn om de klachten te verhelpen, welke rol de diverse aspecten van zijn kwetsbaarheid bij dit alles (kunnen) spelen, en of aan zijn verwachtingspatroon kan worden voldaan. Vooral bij dat laatste punt dient in relatie tot de kwetsbaarheid goed te worden stilgestaan. De patiënt en alle betrokkenen moeten inzicht krijgen in de redenen waarom het níet mogelijk of zelfs onverstandig is aan het verwachtingspatroon te voldoen, of in de condities waaronder het wél mogelijk is de verwachtingen in te lossen.

Voorlichting en instructie moeten worden afgestemd op de specifieke klachten, wensen en problemen van kwetsbare ouderen. Velen zijn vanwege motorische of geestelijke beperkingen niet in staat een adequate mond- en prothesehygiëne te bereiken. Alle betrokkenen, inclusief de kwetsbare oudere zelf, dienen te worden voorgelicht over diverse aspecten van mondgezondheid en over de preventie daarvan. Hoofddoelstelling is dat de acties van het mondzorgplan adequaat worden uitgevoerd en dat daarmee de in het mondzorgplan gestelde (sub)doelstellingen worden behaald. Daarvoor is het noodzakelijk dat alle betrokkenen het belang van een goede mondgezondheid onderkennen, welke zaken een positieve en welke een negatieve invloed daarop hebben en dat basale preventie door middel van adequate mond- en prothesehygiëne daarbij een cruciale rol vervult. Instructie vindt vooral plaats met betrekking tot het toepassen van adequate methoden van mond- en prothesehygiëne, maar ook bijvoorbeeld voor het in- en uitnemen van prothetische voorzieningen.

Casuïstiek

De volgende casuïstiek toont de complexiteit van de medisch anamnese van kwetsbare ouderen, de medisch-tandheelkundige interactie en een voorbeeld van een individueel mondzorgplan. ▶

DE ROL VAN (MANTEL)ZORGVERLENERS:

- uitvoeren en/of ondersteunen van de dagelijkse mond- en prothesehygiëne conform het mondzorgplan;
- uitvoeren en/of ondersteunen van overige adviezen conform het mondzorgplan, bijvoorbeeld bij het proces van gewenning aan een nieuwe of verbeterde gebitsprothese;

- signaleren en registreren van klachten en acute mondgezondheids(gerelateerde) problemen van kwetsbare ouderen;
- signaleren en registreren van mogelijke aan een slechte mondgezondheid gerelateerde gedragsveranderingen, bijvoorbeeld de voorkeur voor zacht voedsel;
- het maken van afspraken bij een mondzorgverlener.

Casus I

Mevrouw X., geboortjaar 1925

Anamnese

Medisch: Actuele relevante diagnoses: cognitieve stoornissen en afasie op basis van alzheimerdementie, hartfalen op basis van hypertensie, myocardinfarct en ritmestoornis (*linker bundeltak-blok = LBTB*), COPD (niet zichtbaar in voorgeschiedenis, wel Ventolin), wervelinzakkingen, artrose en osteoporose. Verminderde visus door cataract, en ouderdomslechthorendheid.

Voorgeschiedenis:

- 2013 Alzheimerdementie.
- 2013 Pijn op de borst-klachten, spontaan herstel.
ECG: incompleet LBTB, mogelijk (oud?) voorwandinfarct.
- 2012 Wigvormige inzakking Th12 bij osteoporotisch skelet na val.
Artrose wervels C3-C7 en Th1.
- 2012 Wervelinzakking #.
- 2011 Hypertensie.
- 2009 Cognitieve stoornissen, anamnestic type, mogelijk voorstadium M. Alzheimer (v. Gool, neurologie, AMC).
- 2007 Recidiverende UWIs.
- 2006 Cataract.
- 2006 Presbycusis bdzs (ouderdomslechthorendheid).
- 2005 TIA.
- 2001 Pijnlijke schouder links bij degeneratieve dan wel post-traumatische afwijkingen humeruskop en artrose AC-gewricht.
- 1999 Diverticulose sigmoïd.
- 1997 Mammacarcinoom rechts, wv borstsparende excisie, okselklier toilet en nabestraling.
- Nicotine-abusus in voorgeschiedenis tot 1997.

Medicatie: Acetylsalicylzuur (trombocytenaggregatieremmer), Calci Chew, hydrochloorthiazide (lisdureticum), Micardis (antihypertensivum), Pantoprazol (protonpompremmer), vitamine D3, Salbutamol (Ventolin inhalatie).

Algemene dagelijkse verrichtingen (ADL): Loopt zelfstandig zonder hulpmiddel. Kan transfers zelfstandig maken. Heeft hulp

nodig van 1 persoon bij wassen/kleden/tandenpoetsen. Continent voor urine en ontlasting.

Psychisch: Cognitieve stoornissen, korte- en langetermijngeheugen gestoord, desoriëntatie in plaats en persoon. Verlies van overzicht.

Sociaal: Mevrouw woont samen met haar man in een verpleeghuis. Over enkele maanden zal het verpleeghuis sluiten en moet het echtpaar verhuizen. Nog onbekend is waar naartoe.

Communicatie: Is bemoeilijkt i.v.m. afasie, cataract en presbycusis. Onduidelijk of mevrouw begrijpt wat er wordt gezegd.

Reden tandartsbezoek: Periodieke mondcontrole en indien nodig behandeling.

Anamnese

Tandheerkundig:

Mevrouw is trots op haar gebit! Vóór opname in het verpleeghuis heeft ze zeker 4-5 jaar geen tandarts bezocht. Er zijn op dit moment geen klachten. Ook de verzorging geeft aan dat er geen aanwijzingen zijn voor klachten gerelateerd aan de mondgezondheid. Mevrouw moet gestimuleerd worden tanden te poetsen.

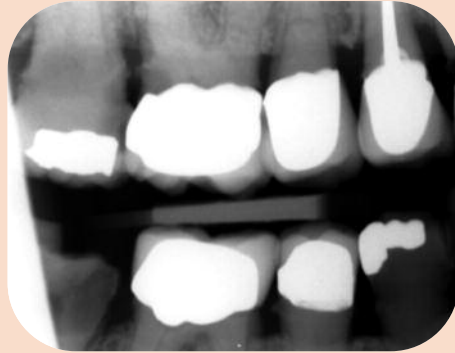
Overwegingen i.v.m. medisch-tandheerkundige interacties:

- Er is sprake van een onvoldoende zelfzorg door de dementie, hierdoor is ook het niveau van mondhygiëne afgenomen.
- Bij Ascalgebruik is extractie van 1-3 gebitselementen mogelijk, mits de voorwaarden van de ACTA-richtlijn 'Beleid bij tandheerkundige ingrepen tijdens antitrombotische behandeling' (2013) gevolgd wordt. Bij extractie van meer dan drie elementen, dient de Ascal tevoren gestaakt te worden.
- Polyfarmacie kan afname in kwantiteit en kwaliteit van speeksel veroorzaken, waardoor de natuurlijke bescherming van speeksel kan afnemen met een verhoogd risico op orale pathologie.

OPT van de 90-jarige mevrouw X.



Bitewings van mevrouw X.



- Salbutamol, verhoogd risico op Candida-infecties. Belangrijk om de mond te spoelen met water (en door te slikken) na inhalatie.
- Het gebruik van Pantoprazol brengt een verhoogd risico op aspiratiepneumonie (longontsteking) met zich mee. Een schone mond is daarom extra belangrijk, zodat bij aspiratie de concentratie potentiële luchtwegpathogenen lager is.
- Mevrouw kan mogelijk niet goed in de tandartsstoel zitten vanwege de wervelinzakkingen (pijn?).
- Calcium en vitamine D dragen positief bij in de preventie van verlies van gebitselementen.
- Verhoogde kans op duizelingen i.v.m. lage bloeddruk bij hartfalen, of bloeddrukdaling bij houdingsverandering door gebruik van bloeddrukverlagende medicatie.
- Inschatting tandheelkundige belastbaarheid: kan ongeveer 1 uur in de behandelstoel zitten?

Onderzoek:

- Extraoraal: Geen afwijkingen.
- Intraoraal: Cariës 17, 13, 26 en cariës profunda 47. Mondhygiëne onvoldoende, plaque en voedselresten.

Onderzoek röntgenologisch:

- Cariës profunda en periapicale radiolucentie 47.
- Secundaire cariës 17, 16, 13, 12, 11, 26, 27, 45?
- Implantaat tvv 23!

MONDZORGPLAN

Doelstelling:

Bereiken en behouden van een adequate mondgezondheid, zonder pijn en verlies van (kauw)functie.

Probleeminventarisatie:

1. Onvoldoende mondhygiëne als gevolg van onvoldoende zelfzorg.
2. Onvoldoende speekselsecretie door leeftijd en gebruik van xerogene medicatie.
3. Meerdere carieuze gebitselementen, mede als gevolg van 1 en 2.
4. Patiënt gaat binnen 12 maanden verhuizen naar een andere zorginstelling. Onbekend is hoe daar de mondzorg is geregeld. Mate van opvolging van mondgezondheid is onbekend.

Doelen:

1. Bereiken van een adequate mondhygiëne: PI <15% binnen 2 maanden.

2. Oorzaak en gevolgen van monddroogheid (speekselsecretie > 0,20 ml/min) minimaliseren binnen 1 maand.
3. Adequate mondgezondheid na extracties en vullingen (binnen 2 maanden).
4. Mondgezondheid blijft ook na de verhuizing adequaat.

Overwegingen:

- Overleg met verzorging en mantelzorgers over hoe de mond bij mevrouw goed gereinigd kan worden. Dit overleg wordt gevoerd door de mondhygiënist of de coördinerend zorgverlener mondzorg of de preventiemedewerker. Deze ziet toe op het uitvoeren van de dagelijkse mondverzorging en coacht daar waar nodig de verzorgenden.
- Gesprek met arts voor mogelijke dosis aanpassing van medicatie of verandering van medicatie met minder xerogene werking. De tandarts voert dit gesprek. Verzorging instrueren om mevrouw na het eten een glas water te laten drinken of mogelijk te laten spoelen om voedselresten te verwijderen.

Voorstel mondzorg(behandel)plan:

1. Extractie 17 en 47.
2. Vulling 16, 13, 12 en 11, 27. Diepe cariës indirect overkappen met glasionomeercement.
3. 26 expectatief beleid omdat dit element deel uitmaakt van zeer grote brugconstructie. Progressie cariës 45 vervolgen.
4. Recalltermijn 3 maanden. Na 1 jaar opnieuw röntgen-diagnostiek.
5. Vervolgen naar welke zorginstelling mevrouw in de toekomst gaat en nagaan hoe de mondzorg aldaar geregeld is; zorgen voor een goede overdracht.

Toelichting:

Dit is een voorbeeld van een casus waarin een element met diepe caviteit (26) wordt vervolgd en niet wordt behandeld. Daartoe werd besloten omdat het afsluiten van de caviteit met bijvoorbeeld glasionomeercement waarschijnlijk tot periapicale klachten zal leiden. Het gestelde doel was om de mond zo goed mogelijk reinigbaar te maken. De mooie, intacte brug wordt niet ontnomen zo lang er geen klachten zijn. Mevrouw is trots op haar gebit en de kans op gewenning aan een partiële plaatprothese is nihil. ■

(lees verder op pagina 10: Casus II)

Casus II

De heer A., geboortjaar 1923

Anamnese

Medisch: Actuele relevante diagnose: cognitieve stoornissen op basis van alzheimerdementie.

Voorgeschiedenis:

2012 Total hip prothese als gevolg van mediale collumfractuur na val.

Medicatie: Rivastigmine.

(ADL): Meneer is rolstoelafhankelijk, maar kan transfers met ondersteuning maken. Heeft hulp nodig van 1 persoon bij wassen en aankleden. Volgens de echtgenote eet hij goed en poetst hij zelf zijn tanden 2x daags grondig met een handtandenborstel. Daarnaast wordt 1x daags met Corsodyl gespoeld. Hij is continent voor urine en ontlasting.

Psychisch: Cognitieve achteruitgang ten gevolge van dementie. Door narcose voor heupoperatie is zijn geheugen sterk achteruitgegaan. Begrijpt niet wat er gezegd wordt, waardoor vragen of verzoeken niet worden uitgevoerd. Verzoek tot medewerking bij tandheelkundige behandeling is niet mogelijk.

Sociaal: Woont thuis met zijn echtgenote en met hulp van thuiszorg. Heeft vroeger werktuigbouwkunde gestudeerd.

Communicatie: Geen spraak-, visus- of gehoorproblemen.

Reden tandartsbezoek: Zijn echtgenote vraagt zich af of hij pijn rechts in de onderkaak heeft. Meneer zit vaak met zijn vinger rechts op de onderkaak.

Intraoraal beeld van de mondsituatie bij de 92-jarige heer A.



Verwijsbrief huistandarts: '22, 24, 25 en 33 pijnlijk bij palpatie bij man met dementie. Reden van verwijziging: behandeling in huispraktijk niet meer mogelijk door gebrek aan medewerking.'

Anamnese

Tandheelkundig:

'Het kroon- en brugwerk is er afgelopen jaren uit komen rollen', zoals de verwijzend tandarts beschrijft. Meneer is nu circa een jaar niet meer bij de huistandarts geweest.

Overwegingen i.v.m. medisch-tandheelkundige interacties:

- Geen begrip, daarom geen medewerking.
- Rivastigmine zou hyperspeekselsecretie kunnen veroorzaken.
- Inschatting tandheelkundige belastbaarheid: zeer beperkt. Meneer kan alleen in de rolstoel behandeld worden.

Onderzoek extraoraal:

- Geen bijzonderheden.

Onderzoek intraoraal:

- Het bovenfront staat nog, het onderfront is afgebroken en scherp. Daarnaast zijn er verschillende radices in de molaarstreek.
- Het parodontium ziet er rustig uit. Het is niet mogelijk om te sonderen door het afwerende gedrag van meneer. Patiënt roept om de haverklap 'au', soms alleen al als er wordt gekoken.
- Voor zover beoordeeld kan worden zijn er geen beschadigingen zichtbaar aan de tong of slijmvliezen door de scherpe randen.
- Niveau mondhygiëne is redelijk tot goed. Geen aanwijzingen voor ontsteking of pijn.

Onderzoek röntgenologisch:

- Geen röntgenonderzoek mogelijk door gebrek aan medewerking.

Inventarisatie orale problemen en etiologie:

Desolate restdentitie door cariës van onbekende etiologie. De mondhygiëne is redelijk tot goed, het parodontium ziet er rustig uit. Mogelijk zijn er veranderingen in zijn eetpatroon. Of er moet sprake zijn van een afname van de kwantiteit en kwaliteit van speeksel waarvan de oorzaak niet duidelijk is.

MONDZORGPLAN

Doelstelling:

Oraal comfort, vrij van pijn.

Probleeminventarisatie:

1. Mondzorggerelateerde problemen passend bij dementie: begripstoornissen, afwerend gedrag bij de zorg/behandeling.
2. Slechte mondgezondheid door onduidelijke etiologie.
3. Woont thuis, kan niet worden behandeld door eigen huistandarts.

Doelen:

Behoud oraal comfort.

Mondzorg(behandel)plan:

1. Totale extractie en een volledige gebitsprothese zijn geen optie, omdat de patiënt vanwege de gevorderde dementie zeer waarschijnlijk niet aan de gebitsprothese zal kunnen wennen. Totale extractie lijkt alleen mogelijk onder narcose. Zolang er geen aanwijzingen zijn voor hevige kiespijn, ziet mevrouw af van behandeling onder narcose gezien het risico op verdere achteruitgang van het geheugen als deze wordt gegeven.

Na uitgebreid overleg met de echtgenote is besloten de tandheelkundige behandeling trachten mogelijk te maken door te sederen met oxazepam 10 mg. Het doel is om de radix van de 45 te verwijderen en scherpe randen af te ronden. Aan de echtgenote en thuiszorgmedewerkster is gevraagd goed te observeren als hij zijn vinger in zijn mond stopt, om zeker te weten dat hij zijn vinger op de radix van de 45 legt of verder naar achteren (radix 47).

2. Recalltermijn 3 maanden.

Toelichting op het mondzorg(behandel)plan:

Het is moeilijk te beoordelen of er sprake is van pijn en wat dan de mogelijke oorzaak daarvan is. Het feit dat patiënt zijn vinger in zijn mond stopt, hoeft niet altijd een teken van pijn te zijn. Het kan ook een gewoonte zijn, omdat bijvoorbeeld de 46 ontbreekt en de kaak daar dus glad aanvoelt. Het is niet waarschijnlijk dat daar de pijn ook daadwerkelijk zit. De daadwerkelijke oorzaak (focus) van de pijn kan zich best op een andere plek bevinden. Omdat het niet mogelijk was een röntgenfoto te maken en de wens van zijn echtgenote was om terughoudend te handelen,

wordt gekozen voor een pragmatische, terughoudende behandeling waarvan het effect goed gevolgd dient te worden.

Voor deze pragmatische oplossing wordt mede gekozen omdat hij volgens echtgenote geen pijnstillers gebruikt, goed eet en zijn tanden zelf fanatiek poetst. Dat is niet goed mogelijk bij pijn. Of hij daadwerkelijk zijn tanden goed poetst is nog maar de vraag, hoewel zijn mondhygiëne tijdens het bezoek redelijk tot goed is. Dat kan echter ook een momentopname zijn. Het overnemen van het poetsen door een ander, zoals een partner, is lastig en wordt door de persoon in kwestie niet goed toegelaten. Iemand met dementie zal niet snel toegeven dat hij/zij dingen niet meer goed zelf kan uitvoeren, zeker in het geval van een hogeropgeleide, zoals deze patiënt (werktuigbouwkunde).

Een verandering van het voedingspatroon kan langzaam gaan waardoor het door een ander, in dit geval zijn echtgenote, niet goed wordt waargenomen. Door veel wisselingen bij thuiszorgmedewerkers, kunnen zij het voedingspatroon ook niet altijd goed beoordelen.

Wel moet ook een mondzorgverlener hier alert op zijn, omdat een slechte mondgezondheid tot een veranderd voedingspatroon kan leiden met als gevolg voedingsdeficiënties. Als er sprake is van voedingsdeficiënties kan dit gevolgen hebben voor de wondgenezing, ook in de mond.

Het verdient overweging om de eventuele pijn op te heffen door de radices van de 45 en 47 te verwijderen. Het moet nog blijken of dat realiseerbaar is met oxazepam. ■

Beschouwing

Door demografische veranderingen en verbeterde mondzorg de laatste decennia zal het aantal (kwetsbare) ouderen in de mondzorgpraktijk toenemen. Mondzorg verlenen aan kwetsbare ouderen vergt aparte kennis, attitude en vaardigheden van een mondzorgverlener. Onderscheid moet gemaakt kunnen worden tussen vitale, kwetsbare en geriatrische ouderen. Alle mogelijke gegevens op somatisch, psychisch en sociaal gebied die van invloed kunnen zijn op de (mond)gezondheid dienen in kaart te worden gebracht en vastgelegd te worden in een individueel mondzorgplan.

Vooraf bij kwetsbare ouderen zijn diagnostische middelen soms maar beperkt bruikbaar en ook de afwegingen ten aanzien van een eventuele behandeling zijn vaak anders en

complexer dan bij jongere leeftijdsgroepen. Daarnaast is er weinig of geen 'evidence' welke behandelstrategie in een bepaalde situatie het meest effectief en/of doelmatig is. Dat maakt het werk niet eenvoudig, maar wel heel uitdagend en dankbaar. Met redelijk eenvoudige tandheelkunde kan immers veel verbetering in de kwaliteit van leven van deze ouderen worden bereikt.

Bij het verlenen van adequate mondzorg aan kwetsbare ouderen zijn meerdere personen betrokken (multidisciplinair), dat maakt het werk nog leuker.

Tot slot zou het prachtig zijn als heel veel mondzorgpraktijken *ouderenproof* zouden zijn conform de 'Praktijkwijzer Zorg aan Ouderen in de Algemene Mondzorgpraktijk' (KNMT, 2015) ◀

VERANTWOORDING:

- Het theoretische deel van dit artikel is gebaseerd op het opleidingsplan van de differentiatieopleiding tandarts-geriatrie, zie: <http://opleidingenbijzonderetandheelkunde.nl>. Interessant om te vermelden is dat de theoretische modules uit de opleiding voor geïnteresseerde collegae toegankelijk zijn.
- Het mondzorgplan voor de geriatrische patiënt is eerder beschreven door R.M.H. Schaub en C. de Baat in: *Beroepsdifferentiatie in de tandheelkunde 4. De differentiatieopleiding tot tandarts-geriatrie*. Ned Tijdschr Tandheelkd december 2006; 113: 496-501.

TIPS VOOR EXTRA VERDIEPING:

- *Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, 2007. Te raadplegen via de site van de Nederlands Vereniging voor Gerodontologie (NVGd) of via www.platformouderenzorg.nl
- *Praktijkwijzer Zorg aan Ouderen in de Algemene Mondzorgpraktijk*. KNMT. Verschijnt in maart 2015.
- *Kennistoets Geriatrische Tandheelkunde*, KNMT. Reeds beschikbaar.