

Palliatieve zorgverlening

In de laatste levensfase van een mens kunnen zich meerdere mondproblemen voordoen. Ruwweg kan dit worden opgedeeld in drie hoofdonderwerpen: bestrijding van pijn, bestrijding van ongemak en het voorkomen van een slechte laatste herinnering bij familieleden door bijvoorbeeld slechte mondgeuren van de patiënt. Hoe deze mondproblemen kunnen worden voorkomen, wordt in dit NT uiteengezet.

Dr. C. de Baat

Sector Orale Functieleer, KUN

Drs. H. Schoonen

Studente tandheelkunde, KUN

Meer dan 75% van de Nederlandse bevolking overlijdt op een leeftijd boven de 65 jaar. De verwachting is dat in de toekomst ruim 80% van de mannen en bijna 90% van de vrouwen minimaal de 65-jarige leeftijd zal bereiken. Voor 65-plussers zijn hart- en vaatziekten (50%) en kanker (25%) de belangrijkste doodsoorzaken. Als de behandelend specialist heeft vastgesteld dat het levensbedreigende karakter van een ziekte niet is in te tomen, wordt overgeschakeld van een curatieve op een palliatieve benaderingswijze. Palliatieve zorgverlening is gericht op het opheffen of verlichten van de symptomen van de ziekte zoals pijn, ademnood, misselijkheid, slaperigheid en hoesten. Tevens wordt gepoogd complicerende factoren die bijvoorbeeld door gebrek aan beweging of bedlegerigheid kunnen ontstaan, te bestrijden. Voorbeelden van dit soort complicerende factoren zijn diverse infecties, decubitus, obstipatie, urine-retentie of urine-incontinentie. Als het levenseinde binnen ongeveer 6 weken wordt verwacht, spreekt men van de terminale fase. Wat de doelstelling van de zorgverlening betreft, verandert er in principe weinig. Het kenmerkende verschil in beleid is dat in de terminale fase de voorbereiding op het sterven aandacht krijgt.

Somatische en psychogeriatrische patiënten

In de palliatieve zorgverlening wordt bij somatische en psychogeriatrische patiënten in principe eenzelfde symptomatisch beleid gevoerd. Het communiceren met de patiënt en het aanvoelen van wat zijn klachten of wensen zijn, is bij psychogeriatrische patiënten echter gecompliceerder door het dementieringsproces. Daarom vindt regelmatig overleg met de familie plaats. Overigens is bij somatische patiënten met het oog op de betrokkenheid van familieleden dit overleg ook nodig.

Thuis of in een instelling

Veel somatische patiënten voor wie het levenseinde nadert, willen thuis, in hun eigen vertrouwde omgeving, worden verzorgd en sterven. Daarbij kan

ondersteuning worden gekregen van de huisarts en van een wijkverpleegkundige. Deze situatie kan echter, vooral als het lang duurt, te belastend zijn voor de naaste familieleden. Dan bestaat de mogelijkheid tot opname in een verpleeghuis.

Bijna alle ernstig demente patiënten verblijven in een verpleeghuis en overlijden daar ook.

Sommige verpleeghuizen hebben een aparte afdeling met alle benodigde faciliteiten voor kortdurend verblijf van terminale patiënten. Desgewenst kunnen familieleden op een logeerbed in de kamer van de patiënt of in een aparte logeerkamer overnachten. De familieleden krijgen ondersteuning en begeleiding, ook na het overlijden van de patiënt.

In sommige landen, waaronder Engeland, de Verenigde Staten van Amerika, Canada en Australië zijn er al enige tijd aparte instellingen voor terminale patiënten, zogenaamde hospices. Recent is het hospice ook in Nederland geïntroduceerd. Primair doel is om vanuit het hospice ondersteuning te bieden aan de thuiszorg die door de huisarts, de wijkverpleegkundige en de familie wordt verleend. Bij de patiënt thuis kunnen door een medisch specialist of een verpleegkundige adviezen worden gegeven. In kortdurende crisissituaties is tijdelijke en in de eindfase definitieve opname in het hospice mogelijk.

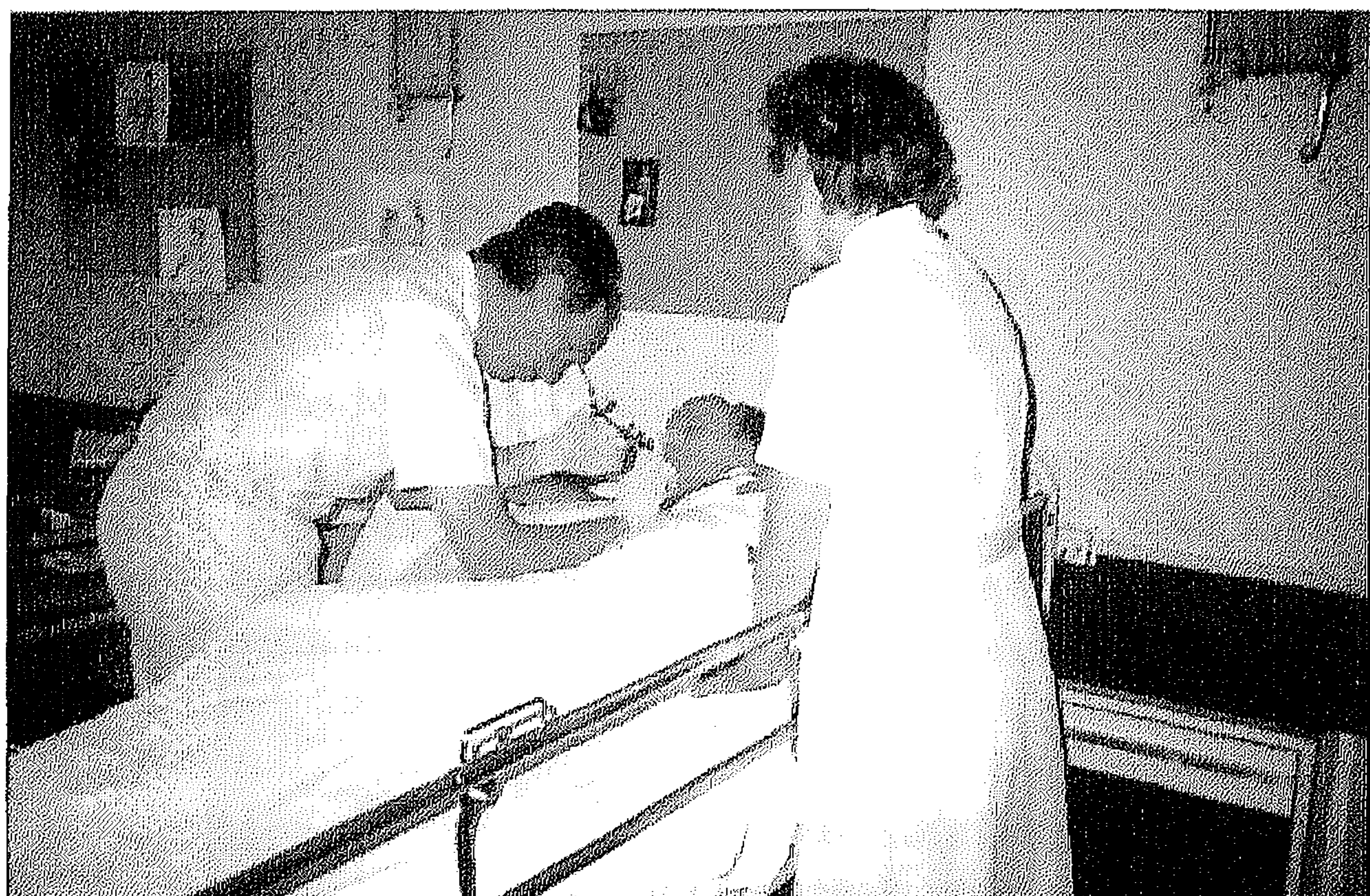
Communicatie met familieleden

De communicatie met emotioneel geladen familieleden van met name psychogeriatrische patiënten vereist veel tact. De rol van familieleden is in het ene uiterste een altijd en volledig op de bres staan voor hun geliefde. Het andere uiterste wordt gekenmerkt door overgave aan het onvermijdelijke. Men legt alleen nog maar korte en plichtmatige bezoeken af. Als de dood van de patiënt nadert, demonstreert men opluchting. Het afscheid nemen van de geliefde heeft reeds plaatsgevonden bij de opname in het verpleeghuis of toen persoonlijk contact onmogelijk werd.

Terminale fase

In de terminale fase is de zorgverlening zodanig ingericht dat de patiënt zijn leven in alle waardigheid en eigenheid binnen de kring van zijn meest dierbaren kan voltooien. Onder eigenheid wordt die situatie verstaan die de pa-

Foto 1: Bij een terminale patiënt wordt een ontsteking en pijn veroorzakende wortelrest verwijderd.



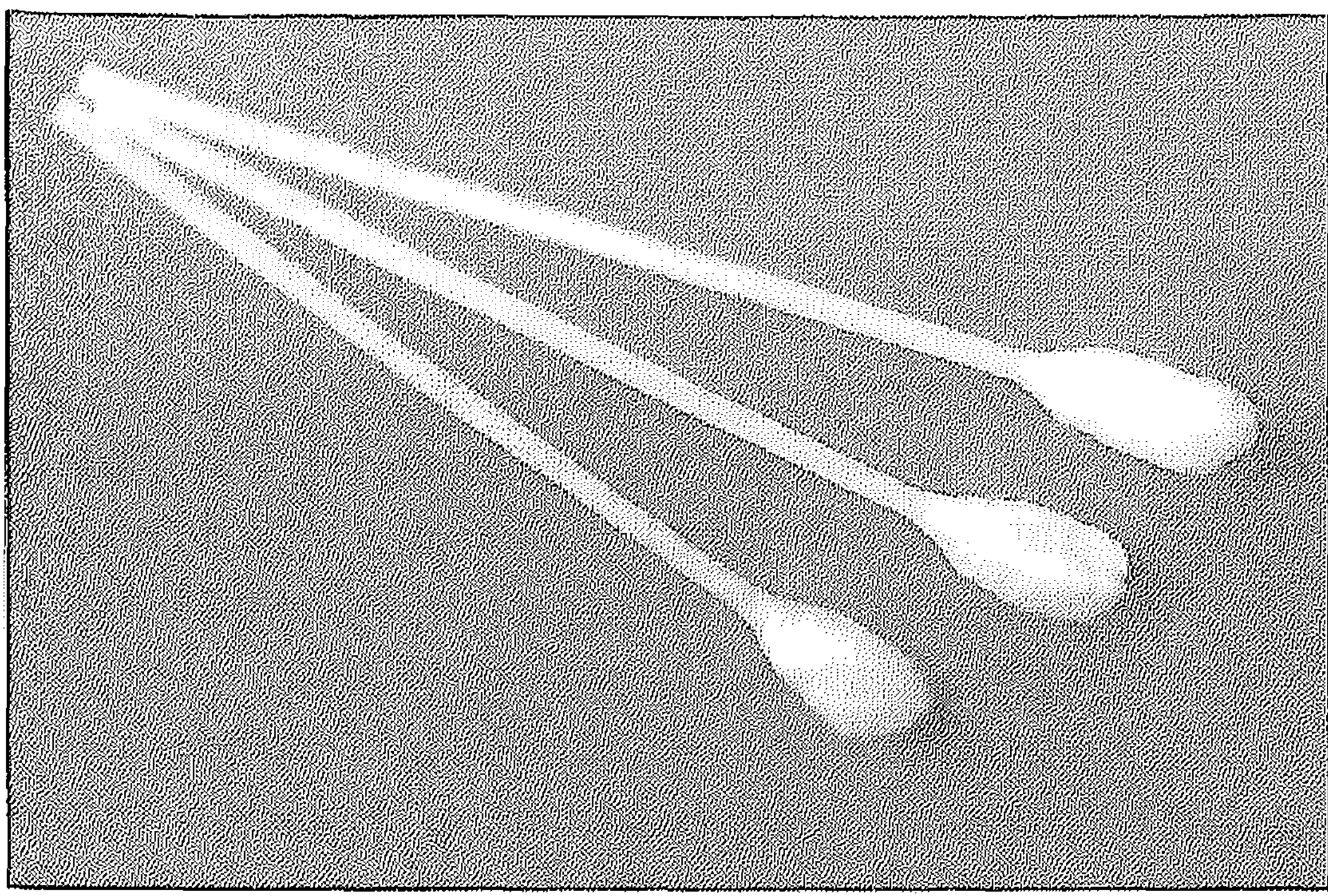


Foto 2: Vochtige wattenstaven om droge lippen en een droge mond te bevochtigen en de mond te reinigen.

tiënt kan beleven als het meest afgestemd op zijn persoonlijke omstandigheden, behoeften en wensen. De patiënt moet zich gerespecteerd weten en mag zich niet door de symptomen van zijn ziekte overheerst voelen. Hij moet merken dat 24 uur per etmaal tijdig hulp van lichamelijke, psychosociale en levensbeschouwelijke aard bereikbaar is en dat alle activiteiten die rond zijn persoon worden ontwikkeld, elkaar bevestigen en aanvullen. Deze moeilijke taak kan alleen adequaat worden uitgevoerd door een gecoördineerd team van zorgverleners dat daarbij ook oog heeft voor de familie. Afhankelijk van de plaats waar de zorgverlening plaatsvindt, thuis of in een instelling, kan zo'n team bestaan uit een arts of verpleeghuisarts, een afdelingshoofd, een (wijk)verpleegkundige, een maatschappelijk werker, een pastoraal werker, een diëtist, een fysiotherapeut en een ergotherapeut.

Mondproblemen

In 1985 zijn een onderzoek en een enquête naar mondgezondheid uitgevoerd bij 31 terminale patiënten in enkele hospices in Colorado. Vijftien patiënten hadden een natuurlijk gebit zonder uitneembare prothesen, 7 hadden een gemutileerde dentitie die was aangevuld met een uitneembare prothetische voorziening en 9 waren edentat, waarvan 7 een volledige boven- en onderprothese hadden. De objectief gemeten monden/of prothesehygiëne was ronduit slecht. Twee patiënten waren niet in staat de gestelde vragen te beantwoorden. De meeste klachten hadden betrekking op een droge mond (62%), praten (59%), bijten (52%), algemene onvrede (55%), kauwen (52%), het uiterlijk (52%), slechte adem (48%) en het gevoel een vieze mond te hebben (48%).

Dat zich in de laatste levensfase meerdere mondproblemen kunnen voordoen, is duidelijk. Het is echter minder duidelijk hoe deze problemen door tandheelkundige zorgverleners moeten worden

aangepakt. Immers, hulp van tandheelkundige of mondverzorgende aard in de laatste levensfase is noch bij de patiënt zelf, noch bij de familie, noch bij de verplegers een primair aandachtspunt. Het is ook onjuist als dit vanuit de tandheelkundige professie als een primair aandachtspunt zou worden geclaimd. De beste aanpak lijkt voorlichtend en probleemgericht te werken. Men kan bijvoorbeeld de patiënt zelf of de

direct betrokkenen wijzen op de belangrijke rol die de mond ook in de laatste levensfase in de communicatie met anderen speelt. Aansprekend voorbeeld is het gegeven dat foetor ex ore door een gebrek aan mondhygiëne of door ontstekingen de intimiteit remt. In de laatste levensfase mogen slechte mondgeuren nooit een belemmering vormen voor het uiten van emoties waaraan zowel bij de patiënt als bij de naaste familieleden grote behoefte kan bestaan. Foetor ex ore kan familieleden zo frustreren dat zij achterblijven met een psychisch moeilijk te verwerken slechte laatste herinnering aan hun geliefde. Ook kan een mondprobleem, naast alle andere lichamelijke ongemakken, het humeur en de uitingen van liefde of genegenheid van de patiënt fiks beïnvloeden. Het kan als het ware de druppel zijn die de emotionele emmer doet overlopen. Als duidelijk wordt dat door eenvoudige handelingen dit soort problemen kunnen worden voorkomen, dient vervolgens meestal de hulpvraag zich langzaam, maar in gestaag toenemende mate aan.

Structurele of symptomatische mondzorg

Bij de zorgverlening aan patiënten in de palliatieve of terminale fase heeft binnen het gecoördineerde team van zorgverleners de arts een spilfunctie. Hij kan in voorkomende gevallen ook nog zorgverleners inschakelen die niet structureel deel uitmaken van het team. In nauw overleg met alle betrokkenen wordt een zorgplan opgesteld. Aangegeven wordt wat wel, maar vooral ook wat niet (meer) zal worden gedaan. Vooral in verpleeghuizen en hospices lijkt het noodzakelijk een tandarts of mondhygiënist structureel in het team op te nemen. De beslissing wordt bepaald door de mondsituatie van de patiënt, de mondverzorgende kennis en kunde van de verplegers en de beschikbaarheid van een tandarts of mondhygiënist. Een vast aan een verpleeghuis of hospice verbonden tandarts of mondhygiënist zal sneller worden ingeschakeld dan een oproepkracht. In de

thuiszorg kan de huistandarts worden ingeschakeld door de huisarts of door de familie.

Doelstellingen palliatieve mondzorg

Ook de palliatieve mondzorg dient uit te gaan van de algemene doelstellingen van de palliatieve zorgverlening. Centraal staat het opheffen of verlichten van tandheelkundige symptomen en het bestrijden van complicerende factoren. Alles dient te zijn afgestemd op de waardigheid en eigenheid van de patiënt. De tandarts of mondhygiënist moet bereid zijn overleg te plegen met andere zorgverleners, direct beschikbaar zijn in crisissituaties en aandacht hebben voor de emoties van familieleden. Ruwweg kent de mondzorg 3 hoofdonderwerpen: bestrijding van pijn, bestrijding van ongemak en het voorkomen van een slechte laatste herinnering bij familieleden.

Bestrijding van pijn

Adequate pijnbestrijding staat of valt met goede diagnostiek. Vooral bij kankerpatiënten kunnen meerdere lichamelijke problemen ernstige pijnen veroorzaken. Niet zelden is dus een geïntegreerde aanpak gewenst. De behandeling moet zeer doelgericht, eenvoudig en effectief zijn.

Het aanbrengen van tijdelijke restauraties in carieuze lesies, ontlasting van door protheseranden veroorzaakte drukplaatsen en eenvoudige extracties passen in deze benadering (zie foto 1). Dit geldt ook voor een endodontische behandeling in een frontelement die alleen bestaat uit het openen van de pulpakamer en het zonodig meerdere keren spoelen met natriumhypochloriet. Om dit soort behandelingen aan het bed van de patiënt uit te voeren, kan eenvoudige 'koffer-apparatuur' worden aangeschaft.

Mucositis en osteoradionecrose bij terminale kankerpatiënten geven moeilijk te bestrijden pijnen. Het meest effectief is behandeling met analgetica.

Pijnbestrijding met analgetica dient geïntegreerd, dus in overleg met de arts plaats te vinden. Meestal wordt een stapsgewijze benadering toegepast, in oplopende sterkte van paracetamol tot morfine.

Bij patiënten met slikproblemen kan men beter geen tabletten als medicatie geven. Langdurig verblijf in de mondholte kan pijnlijke beschadigingen van de orale mucosa veroorzaken. Aange-naam smakende vloeistoffen vormen een redelijk alternatief.

Bestrijding van ongemak

Veel terminale patiënten hebben xeros-

tomie. Dit is vaak een gevolg van de vele soorten medicamenten of van radiotherapie. Mondverfrissende middelen als ijslollies, spoelvlloeistoffen of vochtige wattenstaven worden als verademend ervaren (zie foto 2).

Regelmatige professionele mondverzorging met ondersteuning van verplegers en familie werkt verfrissend en voorkomt ongemak. Hulpmiddelen zijn de tanden- of protheseborstel, ragers en spoelvlloeistoffen en, als deze niet meer kunnen worden toegepast, orale sponsjes en wattenstaven met chloorhexidine.

Voorkomen van een slechte laatste herinnering

Naast de foetor ex ore kan ook het niet in de mond aanwezig zijn van gebitsprothesen een slechte laatste herinnering bij familieleden teweegbrengen. In de terminale fase kan een prothese zo belastend zijn dat de patiënt deze beslist niet in de mond kan velen. Dit komt zelfs voor bij mensen die zich tevoren absoluut nooit aan iemand vertoonden zonder prothese in de mond. Om een slechte laatste herinnering die vooral verband houdt met respect voor de overledene en diens waardigheid te voorkomen, dient de gebitsprothese zo snel mogelijk na het overlijden in de mond te worden geplaatst. ■

Literatuur

- Beer J de, Hoorn W van, Jong A de, Manting D. Bevolkings- en huishoudensprognose 1994. Maandstatistiek van de Bevolking 1: 6-11. 's-Gravenhage: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1995.
- Gordon SR, Berkey DB, Call RL. Dental need among hospice patients in Colorado. A pilot study. Gerodontics 1985; 1: 125-9.
- Klaren HM, Zylicz Z. Zorgverlening aan terminale patiënten. Hospice Rozenheuvel kijkt terug op de eerste honderd patiënten. Medisch Contact 1996; 51: 253-6.
- Lapeer GL. The dentist as a member of the palliative care team. J Can Dent Assoc 1990; 56: 205-7.
- Mulder JJ. Terminale zorg in verpleeghuizen. In: Goedhard WJA, Knook DL, eds., Geriatrie-Informatorium, blz. J 4010 1-11. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, mei 1990.
- Reker CHM, Meerveld JHCM. Kortdurend terminale zorg in het verpleeghuis; evaluatie van een Unit voor kortdurend terminale zorg in verpleeghuis Antonius-IJsselmonde in Rotterdam. Utrecht: NZi, 1995.
- Schuit KW. Huisarts en palliatieve zorg. Tijdschr Huisartsgeneeskd 1996, 13: 310-2.