

Mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen

Probleemanalyse, knelpunten en oplossingsrichtingen

Monique Heijmans
Bart Knottnerus
Kim de Groot
Anneke Francke



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

September 2021

ISBN: [978-94-6122-703-4](#)

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2021 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

In Nederland zijn ruim 300.000 thuiswonende kwetsbare ouderen met een matige tot slechte mondgezondheid. Als gevolg van het langer en op steeds oudere leeftijd thuis wonen en het feit dat mondproblemen niet (tijdig) onderkend worden, ontstaan in toenemende mate problemen met de mondgezondheid bij ouderen. Zorgverleners in algemene mondzorgpraktijken zien een groeiende groep ouderen met specifieke mondproblemen in combinatie met somatische en/of psychische problematiek.

Op verzoek van Zorginstituut Nederland heeft het Nivel onderzocht hoe de kwaliteit van en toegang tot de mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen verbeterd kan worden.

Deze verkennende studie brengt de huidige situatie van mondgezondheid en van mondzorg aan deze groep in kaart, signaleert knelpunten en biedt oplossingsrichtingen. Het rapport biedt ook inzichten om mondzorg een duidelijke, structurele plek te geven in integrale zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen thuis.

Bij deze willen we de begeleidingscommissie, bestaande uit Peter de Goede (tandarts-geriatrie), Annet Wind (kaderhuisarts ouderengeneeskunde), Ellen Willemsen (beleidsmedewerker KBO-Brabant), Eva Bezemer (mondhygiënist), en Judith de Jong (Programmalleider Zorgstelsel en Sturing bij het Nivel) en alle zorgverleners en ouderen die meegewerkt hebben aan het onderzoek bedanken voor hun waardevolle input.

De auteurs, november 2021

Inhoud

Voorwoord	3
1 Aanleiding	8
1.1 Doel- en vraagstellingen	8
2 Methode	10
2.1 Afbakening begrippen	10
2.2 Verkennende literatuurstudie	11
2.3 Interviews	11
2.4 Enquête	12
2.5 Ordeningskader resultaten mondzorg	12
2.6 Leeswijzer	13
3 Thuiswonende kwetsbare ouderen	14
3.1 Beschrijving doelgroep en omvang	14
3.2 Mondgezondheid en kwetsbaarheid	16
4 Mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen	19
4.1 Gebruik mondzorg	19
4.2 Richtlijnen voor kwalitatief goede mondzorg	19
4.3 Randvoorwaarden voor kwalitatief goede mondzorg	22
4.4 Gesignaleerde knelpunten	27
4.5 Voorgestelde oplossingsrichtingen	31
5 Toegankelijkheid en bekostiging van zorg	37
5.1 Huidige financiering	37
5.2 Gesignaleerde knelpunten	38
5.3 Voorgestelde oplossingsrichtingen	41
5.4 Voorbeelden uit het buitenland	44
6 Samenvatting en conclusies	45
7 Best Practices	51
Bijlage A Opzet literatuuronderzoek	63
Bijlage B Interview	68
Bijlage C Enquête	70
Bijlage D Ordeningskader literatuur	73
Bijlage E Resultaten enquête	74

Samenvatting

Op verzoek van Zorginstituut Nederland heeft het Nivel onderzocht hoe de kwaliteit van en toegang tot de mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen verbeterd kan worden. Aan de hand van een literatuurverkenning, interviews met experts en een enquête onder 174 zorgprofessionals betrokken bij de zorg voor deze doelgroep en (vertegenwoordigers van) ouderen zelf, wordt in dit rapport de huidige situatie van mondgezondheid en van mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen in kaart gebracht. Daarnaast signaleert dit rapport knelpunten en geeft oplossingsrichtingen. Het rapport biedt ook inzichten om mondzorg een duidelijke, structurele plek te geven in integrale zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen thuis.

Urgentie

In Nederland zijn ruim 500.000 thuiswonende kwetsbare ouderen. Bij thuiswonende kwetsbare ouderen gaat het om ouderen waarbij sprake is van een opeenstapeling van fysieke, psychische en sociale problematiek. Zij hebben vaak één of meerdere chronische aandoeningen, gebruiken meerdere soorten medicatie, hebben mogelijk geheugenproblemen, maar kunnen zich, eventueel met zorg en ondersteuning, nog wel thuis redden. De verwachting is dat deze groep ouderen de komende jaren gaat toenemen.

Bij thuiswonende kwetsbare ouderen is ook het gebit vaak in slechte staat. Hun aantal wordt geschat op 300.000. Een slechte mondgezondheid kan het risico op lichamelijke aandoeningen vergroten. Relaties zijn aangetoond tussen een slechte mondgezondheid en verschillende chronische aandoeningen, zoals longaandoeningen, cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en kanker. Ook gaan mondproblemen vaak samen met verminderde kwaliteit van leven, pijn, sociaal isolement, problemen met eten en drinken, ondervoeding en verminderde capaciteit tot het verrichten van dagelijkse activiteiten. Zorgverleners in algemene mondzorgpraktijken geven aan dat zij een groeiende groep van ouderen zien met specifieke mondproblemen in combinatie met somatische en/of psychische problematiek.

Ouderen (en hun naasten) zijn zich echter vaak onvoldoende bewust van de gevolgen van een slechte mondgezondheid voor hun algemene gezondheid en kwaliteit van leven. Daardoor zien zij de noodzaak van goede mondzorg niet altijd in. Daarnaast kunnen beperkingen in fysiek, cognitief, psychisch en sociaal opzicht, een negatieve houding ten aanzien van mondzorg, afname van energie en levenslust, angst voor de tandarts en kosten voor mondzorg er aan bijdragen dat de oudere minder vaak de mondzorgpraktijk bezoekt of de noodzakelijke zelfzorg kan uitvoeren. Van de ouderen boven de 75 jaar komt meer dan de helft niet (meer) jaarlijks bij de tandarts.

Hoe zou mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen er uit moeten zien?

Zorgprofessionals en (vertegenwoordigers van) ouderen zijn het er unaniem over eens dat aandacht voor kwalitatief goede mondzorg noodzakelijk is en dat deze geïntegreerd zou moeten worden in de algehele zorg voor kwetsbare ouderen. Binnen kwalitatief goede mondzorg wordt het belang van

vroegtijdige signalering van (het risico op) mondproblemen onderkend; een multidomein analyse om de kwetsbaarheid van de oudere vast te stellen; een mondzorgplan dat aansluit bij en rekening houdt met die kwetsbaarheid; en multidisciplinaire samenwerking en continuïteit in de behandeling indien problematiek daar om vraagt. Daarnaast worden belangrijke randvoorwaarden genoemd:

- Dat de oudere in beeld is of komt van de mondzorgverlener en daar ook blijft;
- Dat de oudere of naaste voldoende kennis en vaardigheden heeft om dagelijkse mondzorg uit te voeren of hiermee geholpen kan worden;
- Dat de mondzorg voor de oudere goed toegankelijk is, zowel logistiek als financieel;
- Dat de mondzorg georganiseerd wordt rond de wensen en mogelijkheden van de oudere en levensloopbestendig is;
- Dat zorgverleners zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor de kwetsbare oudere patiënt en hierin samenwerken waarbij het belang van de patiënt voorop staat;
- Dat noodzakelijke mondzorg steeds opnieuw bekeken wordt en meebeweegt met de kwetsbaarheid en de situatie van de oudere.

Gesignaleerde knelpunten

In de praktijk blijkt het geven van kwalitatief goede mondzorg als omschreven nog niet zo eenvoudig en loopt men tegen de nodige knelpunten aan. De belangrijkste knelpunten die in dit onderzoek naar voren kwamen zijn:

- Bewustwording: mondzorgverleners, niet-mondzorgverleners en ouderen zelf zijn zich onvoldoende bewust van het belang van een gezonde mond voor het algemeen welbevinden waardoor systematische aandacht ontbreekt;
- Betrokken eerstelijns zorgverleners en het informele netwerk van de oudere missen kennis en vaardigheden om signalen van mogelijke mondproblemen te herkennen; andersom beschikken mondzorgverleners over onvoldoende kennis en vaardigheden om rekening te houden met kwetsbaarheid;
- De kwetsbaarheid van de patiënt en de kwetsbaarheid van de mond maken dat mondzorg niet altijd eenvoudig toegankelijk is;
- De huidige financieringsstructuur en bekostiging van mondzorg werpen zowel bij de oudere als zorgverleners drempels op om mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen structureel aandacht te kunnen geven;
- De wensen en mogelijkheden van de oudere staan onvoldoende centraal waardoor multidisciplinaire samenwerking ontbreekt;
- Mondzorgverleners en niet-mondzorgverleners zijn niet gewend om samen te werken en structuren hiervoor ontbreken;
- De capaciteit onder zorgverleners is te beperkt om de kwetsbare ouderen de benodigde mondzorg te kunnen leveren en de groep kwetsbare ouderen krijgt binnen de mondzorg weinig prioriteit. Hierdoor is samenwerking en eventuele taakherschikking noodzakelijk.

Oplossingsrichtingen

In dit rapport worden tal van oplossingsrichtingen geboden om met deze knelpunten om te gaan. De belangrijkste oplossingsrichtingen voor gesignaleerde knelpunten zijn:

- Bewustwording van het belang van een gezonde mond voor ouderen via voorlichting en scholing onder alle betrokkenen waarbij niet alleen gekeken wordt naar mondgezondheid maar naar alle levensterreinen;
- Kennis en vaardigheden ten aanzien van het herkennen van en omgaan met kwetsbaarheid onder mondzorgverleners vergroten;
- Kennis en vaardigheden ten aanzien van het herkennen van (riscofactoren voor) mondproblemen onder eerstelijns mondzorgverleners en informele zorgverleners vergroten;
- Kennis en vaardigheden van de oudere, hun naasten en verplegenden en verzorgenden over mondverzorging vergroten;
- Gebruik maken van bekende personen om met de oudere in contact te komen en te motiveren tot mondzorg en mondverzorging;
- Zorg organiseren rond de zorgvraag van de oudere; de zorgvraag en het welzijn van de oudere moet het uitgangspunt zijn voor zorg, behandeling en multidisciplinaire samenwerking;
- Logistieke en financiële barrières voor mondzorg bij de oudere zoveel mogelijke weg nemen, bijvoorbeeld door zorg aan huis, vervoersvoorzieningen, ondersteuning van informele zorgverleners, eenvoudige voorlichting en communicatie en het financiële toegankelijker maken van basiszorg (bijvoorbeeld een saneringskaart);
- Duidelijke afbakening van taken en verantwoordelijkheden van betrokken zorgverleners en de oudere zelf op het gebied van signalering, behandelen en opvolging van de kwetsbare oudere met mondproblemen;
- Aandacht voor samenwerking en persoonsgerichte zorg in scholing en opleidingen;
- Kwaliteitscriteria voor persoonsgerichte, proactieve, samenhangende zorg en ondersteuning in relatie tot mondgezondheid opstellen en monitoren;
- Domein overstijgende financiering die past bij persoonsgerichte, proactieve, samenhangende zorg en ondersteuning;
- Leren van goede voorbeelden en werken met zorgverleners met affiniteit voor de zorg aan kwetsbare ouderen.

1 Aanleiding

Het gezond houden van gebit en mond is voor veel kwetsbare ouderen lastig, vanwege fysieke, cognitieve en/of psychosociale problemen (Hoeksema, 2014; 2018; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2014). Tegelijkertijd heeft mondverzorging voor veel kwetsbare ouderen weinig prioriteit en zijn zij vaak uit het beeld van mondzorgprofessionals.

Er bestaat een verband tussen mondgezondheid en algemene gezondheid. Een gezonde mond draagt bij aan algemeen welbevinden en andersom verhoogt een slechte mondgezondheid het risico op lichamelijke aandoeningen zoals longaandoeningen, cardiovasculaire aandoeningen en diabetes (Van der Putten, 2019). Gezien de risico's van deze aandoeningen voor kwetsbare ouderen is voor deze groep kwalitatief goede mondzorg van groot belang.

Multidisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijns zorg tussen bijvoorbeeld tandartsen, huisartsen en wijkverpleegkundigen kan tot betere en efficiëntere mondzorg voor kwetsbare ouderen leiden (Lewis, 2015). Wanneer samenwerkende eerstelijnsprofessionals mondproblemen en mondgezondheidsrisico's herkennen en elkaar hierover informeren, zal de mondzorg sneller en beter afgestemd kunnen worden op de behoeften van kwetsbare ouderen. Andersom kunnen mondzorgverleners een signaalfunctie hebben richting eerstelijnszorgverleners voor onderliggende problematiek bij mondproblemen.

Zorginstituut Nederland wil graag dat de toegang tot en kwaliteit van mondzorg voor kwetsbare ouderen thuis verbeterd wordt. Dit zou kunnen door mondzorg mee te nemen in integrale multidisciplinaire zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen thuis. Tot nu toe krijgt mondzorg binnen dergelijke integrale programma's beperkte aandacht. Bijvoorbeeld in de Handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis (Wind & Te Velde, 2019) krijgt mondzorg alleen aandacht door te verwijzen naar de Praktijkwijzer Zorg aan Ouderen in de Algemene Mondzorgpraktijk van de KNMT (www.knmt.nl) en door bij het onderdeel 'signalering' te stellen dat dat contact opnemen gewenst is als een oudere niet meer in de mondzorgpraktijk verschijnt. In meer recente richtlijnen zoals de klinische praktijkrichtlijn "Mondzorg voor aan huis geboden kwetsbare ouderen" (KIMO, 2021) en de Praktijkwijzer "Zorg aan kwetsbare ouderen in de mondzorgpraktijk" (KNMT, 2020) wordt het belang van integrale multidisciplinaire mondzorg bij thuiswonende kwetsbare ouderen wel genoemd maar nog beperkt uitgewerkt. Onderzoek op dit terrein ontbreekt ook (KIMO, 2021).

1.1 Doel- en vraagstellingen

Deze verkennende studie moet inzichten bieden in hoeverre mondzorg een duidelijke, structurele plek kan en moet krijgen in integrale zorgprogramma's voor thuiswonende kwetsbare ouderen. De volgende hoofdvragen staan daarbij centraal:

1. Hoe staat het met de mondgezondheid van thuiswonende kwetsbare ouderen en hoe is de mondzorg voor deze groep momenteel geregeld?
2. Hoe zou goede en noodzakelijke mondzorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen er uit moeten zien?
3. Wat zijn knelpunten binnen de huidige mondzorg en welke oplossingsrichtingen zijn denkbaar om tot de gewenste zorg te komen?

Ter beantwoording van deze hoofdvragen worden de volgende deelvragen beantwoord:

Met betrekking tot de doelgroep:

- Hoe kan de doelgroep thuiswonende kwetsbare ouderen nader worden omschreven; wat zijn typische kenmerken met name in relatie tot mondgezondheid?
- Wat is de geschatte omvang van de doelgroep thuiswonende kwetsbare ouderen met mondproblemen?
- Welk verband is er bij deze doelgroep tussen mondgezondheid en kwetsbaarheid?
- In hoeverre sluiten de typische kenmerken van thuiswonende kwetsbare ouderen met mondproblemen aan bij de gehanteerde indicatie voor integrale ouderenzorgprogramma's in de 1e lijn?

Met betrekking tot goede mondzorg voor kwetsbare ouderen thuis:

- Hoe zou kwalitatief goede en noodzakelijke mondzorg voor de doelgroep van thuiswonende kwetsbare ouderen er uit moeten zien?
- Welke stappen kunnen worden onderscheiden in kwalitatief goede mondzorg?
- Wat zou het doel moeten zijn van behandelinterventies bij thuiswonende kwetsbare ouderen met mondproblemen?
- Wie is hoofdbehandelaar en wie coördineert de behandeling als sprake is van interventies die deel uitmaken van integrale ouderenzorg?

Met betrekking tot toegankelijkheid en bekostiging van zorg:

- Welke belemmeringen zijn er voor bekostiging van mondzorg voor de doelgroep?
- Hoe is de zorg in andere landen geregeld? Zijn er vergelijkbare cases?
- Zijn er aanpassingen in de aanspraken op mondzorg in de zorgverzekering vereist om de noodzakelijke mondzorg voor de doelgroep beschikbaar te maken? Zo ja, welke? En wat zijn de financiële consequenties van deze zorg?

2 Methode

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen zijn drie hoofdactiviteiten uitgevoerd:

- een verkennende literatuurstudie van zowel nationaal als internationaal onderzoek;
- interviews met negen belangrijke stakeholders in Nederland op het gebied van mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen;
- een aanvullende enquête onder een bredere groep zorgverleners en (vertegenwoordigers van) ouderen (n=174) om een meer genuanceerd beeld te krijgen van de visie op goede mondzorg onder betrokkenen.

2.1 Afbakening begrippen

Voor het literatuuronderzoek en voor inkadering van de interviews en de enquête zijn aan het begin van het project werkdefinities opgesteld voor de begrippen thuiswonend, ouderen, orofaciale systeem, mondzorg, mondverzorging en goede mondgezondheid. Definities zijn tot stand gekomen in overleg met de begeleidingscommissie en ter goedkeuring voorgelegd aan het Zorginstituut. Definiëring van het begrip kwetsbaarheid in relatie tot de groep thuiswonende kwetsbare ouderen was een van de doelstellingen van het project en vond dus niet vooraf plaats maar wordt beschreven in hoofdstuk 3.

Thuiswonend wordt omschreven als wonend buiten een zorginstelling al dan niet met hulp van partner, mantelzorg of thuiszorg.

Ouderen betreffen alle mensen boven de leeftijd van 65 jaar.

Het **orofaciale systeem** is een functionele eenheid met als hoofdfuncties de voedselopneming, de vocale functie (spreken, zingen, etc.) en de expressief-sociale functies (huilen, lachen, etc.). Deze functies kunnen worden uitgeoefend door gecoördineerde arbeid van de kaken, met de daarin bevestigde gebitselementen, de kaakgewrichten, de kauw- en mimische spieren, de tong, de lippen en wangen, het mondslijmvlies en de speekselklieren. De functionele eenheid wordt gecompliceerd door de innervatie en vascularisatie van de betrokken weefsels (Willigen, 1983).

Mondzorg omvat de preventie, de diagnostiek, de behandeling en de nazorg van ziekten en problemen in het orofaciale systeem in de ruimste zin van de gehanteerde begrippen. Wanneer dit wordt uitgevoerd door een (mond)professional spreken we van **professionele mondzorg**.

Mondverzorging omvat de dagelijkse, door de cliënt zelf of door zorgprofessionals, te verrichten verzorgende en preventie-gerichte actieve maatregelen die nodig zijn om het orofaciale systeem gezond te maken of gezond te houden. Daarmee is de mondverzorging onderdeel van de mondzorg in brede zin. Bij mondverzorging kan worden gedacht aan het poetsen van de tanden en kiezen, reinigen van het kunstgebit en het reinigen van de mondholte.

Goede mondgezondheid omvat een zodanige toestand van het orofaciale systeem dat de noodzakelijke orofaciale functies gezien in het licht van de individuele omstandigheden van de cliënt optimaal kunnen worden uitgevoerd. Een gezonde mond heeft de volgende kenmerken: het

tandvlees, het gehemelte en de tong zijn lichtroze van kleur; het tandvlees bloedt niet bij aanraking; het tandvlees is niet gezwollen; er wordt geen pijn ervaren; tanden of kiezen vertonen geen breuken; de mond ruikt niet; de mond is vochtig; er zijn geen zwellingen, puistjes of zweertjes in de mond of lippen.

2.2 Verkennende literatuurstudie

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen met betrekking tot de doelgroep thuiswonende kwetsbare ouderen, goede mondzorg en toegankelijkheid van mondzorg, hebben we een verkennende literatuurstudie gedaan naar bestaande overzichtsstudies in Nederland, aangevuld met literatuur over afgerond of lopend onderzoek of veelbelovende initiatieven die bekend waren bij leden van de begeleidingscommissie. Voor relevante internationale literatuur en voorbeelden van mondzorg aan kwetsbare ouderen in het buitenland is ook een verkenning uitgevoerd naar overzichtsstudies of literatuurreviews in de afgelopen vijf jaar. Voor deze verkenning is een zoekstrategie opgesteld, breed genoeg om de onderzoeksvragen met betrekking tot de doelgroep en goede mondzorg, gesignaleerde knelpunten en oplossingsrichtingen in paragraaf 1.1 te beantwoorden. Beide zoekstrategieën staan beschreven in Bijlage A.

Het Nederlandse literatuuronderzoek leverde uiteindelijk 14 kernpublicaties op, het buitenlandse literatuuronderzoek 27 publicaties. Het Nederlandse onderzoek betrof vooral praktijkrichtlijnen en aanbevelingen voor goede mondzorg en bevatte veel informatie over de relatie mondzorg en kwetsbaarheid van thuiswonende ouderen. Van de 27 buitenlandse studies hadden er 21 betrekking op de organisatie van mondzorg en knelpunten en oplossingsrichtingen daarin, vijf hadden betrekking op de financiële toegankelijkheid en één had betrekking op zowel de doelgroep thuiswonende kwetsbare ouderen, mondzorg als toegankelijkheid.

2.3 Interviews

In aansluiting op de literatuurstudie zijn negen stakeholders geïnterviewd om te onderzoeken of er vanuit hun expertise aanvullingen waren op de bevindingen uit de literatuur. Deze stakeholders zijn geselecteerd in overleg met Zorginstituut Nederland en hebben allen een brede expertise op het gebied van mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen. Het betrof een tandarts, twee tandartsen geriatrie, een mondhygiënist, een huisarts, een wijkverpleegkundige, een specialist ouderen geneeskunde, een vertegenwoordiger van de Patiënten Federatie en twee beleidmakers en experts op het gebied van financiering van zorg (duo-interview). Hun namen staan vermeld in Bijlage B. Ter voorbereiding op de interviews ontvingen de negen stakeholders een samenvatting van de bevindingen uit de Nederlandse en buitenlandse literatuur en het '6-stappenplan kwetsbare ouderen thuis' uit de Handreiking Kwetsbare ouderen thuis. Zij konden zelf aangeven of ze telefonisch, online of live aan het interview wilden deelnemen (waarbij in het laatste geval de geldende COVID-19 maatregelen in acht werden genomen).

De interviews duurden een uur en volgden de structuur van de drie hoofdvragen uit het onderzoek: hoe ziet de doelgroep thuiswonende kwetsbare ouderen met mondproblematiek er uit? hoe zou goede mondzorg voor deze doelgroep eruit moeten zien? en welke factoren zijn van belang met betrekking tot toegankelijkheid en bekostiging van mondzorg? (zie Bijlage B voor het interviewschema). De mate waarin de verschillende onderwerpen aan bod kwamen tijdens de interviews verschilde naar gelang de expertise van de betreffende stakeholder. Aan alle

geïnterviewde stakeholders werd dezelfde slotvraag gesteld: “Wat is voor u het belangrijkste knelpunt en de belangrijkste oplossingsrichting met betrekking tot mondzorg bij kwetsbare ouderen thuis?” Alle interviews zijn opgenomen op band en getranscribeerd. De bandopnames zijn vernietigd. Na afloop van de interviews kreeg elke stakeholder een cadeaubon van 50 euro thuisgestuurd.

2.4 Enquête

Om een genuanceerder beeld te krijgen van de visie van zorgverleners betrokken bij de mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen werd naast de visie van negen experts uit de interviews en op aanraden van de begeleidingscommissie en na overleg met het Zorginstituut, een extra enquête verspreid onder relevante beroepsgroepen en (vertegenwoordigers van) ouderen. Deze enquête werd verspreid via oproepen op de Nivel Website, de site stichting De Mond Niet Vergeten!, LinkedIn en Twitter. Voor zowel het aanschrijven van de beroepsgroepen (huisartsen, verpleegkundigen, verzorgenden, tandartsen geriatrie, tandartsen, mondhygiënist) als vertegenwoordigers van ouderen, werden de contacten van de leden van de begeleidingscommissie gebruikt. De online vragenlijst betrof een beknopte versie van de interview vragen en werd in september éénmalig uitgezet via een link die drie weken actief was (zij Bijlage C). De enquête betrof deels gesloten en deels open vragen. In de gesloten vragen werd de mening getoetst over aspecten van mondzorg die in de interviews en literatuur naar voren waren gekomen. Met de open vragen werd gevraagd naar aspecten van kwalitatief goede mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen, huidige knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen. De enquête resulteerde in een extra groep van 174 respondenten die een volledige enquête invulden en waarvan de verdeling weergegeven staat in onderstaande tabel.

Tabel 2.1 Deelnemers aan de enquête naar beroepsgroep (N=174)

Deelnemers enquête	N	%
Tandarts	61	35
Tandarts-geriatrie	19	11
Huisarts/ Praktijk ondersteuner huisarts	10	6
Mondhygiënist	48	27
(Wijk)verpleegkundige of verzorgende werkzaam in wijkverpleging	10	6
Vertegenwoordiger van de oudere	21	12
Anders	5	3
Total	174	100

2.5 Ordeningskader resultaten mondzorg

Zoals beschreven in de inleiding moet dit rapport inzichten bieden in hoeverre mondzorg een duidelijke, structurele plek kan en moet krijgen in integrale zorgprogramma's voor kwetsbare ouderen thuis. Bij de beantwoording van de vragen over hoe mondzorg aan kwetsbare thuiswonende ouderen er idealiter uit zou moeten zien zal daarom daar waar mogelijk en passend de Handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis (Wind & Te Velde, 2019) als ordeningskader worden gebruikt. Deze

handreiking is tot stand gekomen door de samenwerking van veel partijen: Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN), InEen, Nederlands Huisarts Genootschap (NHG), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Landelijke Adviesgroep Eerstelijns geneeskunde voor Ouderen (Laego), Patiënten federatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie van VWS, Sociaal Werk Nederland, de Vereniging Nederlandse Gemeenten en Actiz. Aan de hand van een 6-stappenplan (zie Bijlage D) en een overzicht van rollen en taken biedt deze handreiking handvatten voor zorg en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen. Centraal in deze stappen staan signalering en vroege opsporing, probleemverkenning, multidisciplinaire samenwerking aan de hand van een zorgplan en uitvoering en opvolging van dit plan. Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek zal per stap gekeken worden wat de belangrijkste aandachtspunten zijn als het gaat om thuiswonende kwetsbare ouderen met mondproblemen en hoe zorg voor deze groep binnen de zes stappen vorm gegeven kan worden.

2.6 Leeswijzer

In de hoofdstukken 3 tot en met 5 worden de resultaten van de literatuurverkenning, de stakeholder interviews en de enquête geïntegreerd ter beantwoording van de vraagstellingen met betrekking tot de doelgroep (hoofdstuk 3), mondzorg (hoofdstuk 4) en financiële toegankelijkheid van mondzorg (hoofdstuk 5). In de hoofdstukken zullen de hoofd- en deelvragen beantwoord worden zoals geformuleerd in paragraaf 1.1, hier en daar geïllustreerd aan de hand van citaten uit de interviews en de antwoorden op de open vragen in de enquête. Daartoe gaan we in de hoofdstukken 4 en 5 in op de huidige situatie, gesignaleerde knelpunten en oplossingsrichtingen. In hoofdstuk 6 worden de resultaten van dit onderzoek kort samengevat aan de hand van overzichtstabellen. Hoofdstuk 7 beschrijft een aantal best practices die we tijdens de literatuurverkenning en in onze gesprekken met zorgverleners en de begeleidingscommissie zijn tegen gekomen. Een managementsamenvatting is vooraan in dit rapport opgenomen.

3 Thuiswonende kwetsbare ouderen

3.1 Beschrijving doelgroep en omvang

Doelgroep

Er bestaat geen eenduidige definitie van kwetsbaarheid in relatie tot thuiswonende ouderen (Wind & Te Velde, 2019). In de Nederlandstalige literatuur (Wind & Te Velde, 2019; Verlee, 2017; Zorginstituut, 2018; RIVM, 2016) en ook onder zorgverleners die deelnamen aan de enquête is er echter veel bijval voor de definitie van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) waarbij kwetsbaarheid gedefinieerd wordt als *“een dynamische toestand die wordt gekenmerkt door regieverliezen in één of meerdere domeinen van het menselijk functioneren (fysiek, psychologisch, sociaal) die veroorzaakt worden door een scala aan factoren en die het risico op negatieve gezondheidsuitkomsten vergroten”* (Gobbens, 2010).

Factoren die – vooral in combinatie met elkaar – ouderen kwetsbaar maken zijn onder meer multimorbiditeit, een of meer ‘geriatric giants’ (mobiliteitstoornissen, balansproblemen, communicatiestoornissen, geheugenproblemen, psychische stoornissen en incontinentie), het ontbreken van een sociaal netwerk, recent verlies van een partner, alleenstaand zijn, een lage opleiding, laaggeletterdheid en een recente ziekenhuisopname (Verlee, 2017).

Voor vaststelling van kwetsbaarheid volgens deze definitie is een multi-domein analyse noodzakelijk. Er zijn echter ook meer grove indicatoren die worden gehanteerd om de groep thuiswonende kwetsbare ouderen van de groep niet-kwetsbare te onderscheiden: als ouderen wijkverpleging ontvangen, afhankelijk zijn van hulp en/of een door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) erkend zorgprofiel hebben worden ze algemeen als kwetsbaar beschouwd (KNMT, 2020; NVGd, 2018; SCP, 2010). Voor mondzorgverleners is ook zorguitval een indicator voor kwetsbaarheid. Als mensen voorheen in beeld waren maar plotseling niet meer naar de mondzorgpraktijk komen kan dit een teken zijn dat er iets aan de hand is (Bron: enquête en interviews).

Kwetsbaarheid ontstaat meestal niet plotseling maar is de resultante van een sluipend proces dat wordt gemarkeerd door bepaalde kantelpunten in het leven van de oudere zoals het overlijden van naasten, het ontstaan van lichamelijke beperkingen of cognitieve problemen en kan variëren over de tijd heen. Kwetsbaarheid kan ook gecompenseerd worden waardoor de negatieve gevolgen minder groot of zichtbaar zullen zijn, bijvoorbeeld door hulp van een sterke mantelzorger of andere hulpbronnen zoals voldoende financiële middelen (SCP, de Klerk, 2004).

Kenmerken van kwetsbare thuiswonende ouderen in relatie tot mondgezondheid

Behalve dat thuiswonende kwetsbare ouderen vaak een stapeling van problemen ervaren in fysiek, psychisch en sociaal opzicht, is de mond zelf ook kwetsbaar (Hoeksema, 2015; Van der Maarel-Wierink, 2015). Dit geldt zowel voor ouderen die nog eigen tanden of kiezen hebben (de dentate ouderen) als voor ouderen die dat niet meer hebben (edentate ouderen). Hoewel uit onderzoek blijkt dat ouderen met eigen tanden en kiezen over het algemeen een betere kwaliteit van leven ervaren dan ouderen die dat niet meer hebben (Hoeksema, 2018), is het gebit vaak in slechte staat, met al of niet herstelde schade van cariës en mondziekten (Klüter, 2017; Niesten, 2017; Lopez, 2017; Tonetti, 2017). Vaak ook zijn eigen gebitselementen aangevuld met prothetische constructies en bij steeds meer ouderen zijn dit implantaten (Hoeksema, 2015). Deze restauratieve behandelingen in het verleden en de aanwezige prothetische voorzieningen beperken vaak verdere behandel mogelijkheden (Schaub, 2020). Veel ouderen met volledige gebitsprothesen laten zich niet

meer of alleen bij klachten controleren. Een slechte pasvorm, met drukplekken en pijn en een verminderd kauwvermogen kunnen het gevolg zijn (Van der Putten, 2019).

In de interviews komt naar voren dat er een onderscheid gemaakt moet worden in algehele kwetsbaarheid zoals in de definitie van Gobbens (2010) en kwetsbaarheid van de mond, in de internationale literatuur “Oral Frailty” genoemd. Beide gaan vaak samen, maar dat hoeft niet. Ze dienen wel in relatie tot elkaar onderzocht te worden.

Ouderen (en hun naasten) zijn zich vaak onvoldoende bewust van de gevolgen van een slechte mondgezondheid voor hun algemene gezondheid en daarmee voor hun kwaliteit van leven. Niet iedere oudere heeft een complexe mondgezondheid, maar problemen met de mond ontstaan vaak pas ten gevolge van kwetsbaarheid waardoor de mondzorg verwaarloosd wordt. In de interviews wordt 75 jaar als een kantelpunt genoemd bij ontstaan van mondproblemen. Uit een onderzoek in 2014 bleek dat ruim 80% van de ouderen die in een periode van tien jaar waren opgenomen in een verpleeghuis in Noord-Nederland bij de opname een matige tot slechte mondgezondheid had (Hoeksema, 2016). De verslechtering of verwaarlozing daarvan begint dus al in de thuissituatie (Niesten, 2017). In sociaal opzicht leiden een onverzorgd gebit en een onaangename mondgeur vaak tot schaamte en problemen in de persoonlijk relaties (KNMT, 2020).

Omvang doelgroep

Uit de Nederlandse literatuur blijkt dat exacte cijfers over de groep thuiswonende kwetsbare ouderen op landelijk niveau ontbreken. Dit hangt uiteraard samen met het ontbreken van een uniforme definitie waardoor afbakening lastig is. Aantallen zijn gebaseerd op schattingen. Op basis van het aantal ouderen met zorgindicaties schatte het SCP in 2011 het aantal thuiswonende kwetsbare ouderen van 65 jaar en ouder op ruim een half miljoen. Op basis van declaratiedata ontwikkelde Vektis (2020) een model om de populatie kwetsbare ouderen in Nederland in beeld te brengen. Vektis gebruikte hierbij de kwetsbaarheidsscore/frailty-score volgens de U-PRIM methode, waarin de kwetsbaarheid van ouderen wordt afgeleid van de informatie over aandoeningen/klachten die huisartsen invoeren in het huisartseninformatiesysteem (HIS). Deze frailty-score is vooral gerelateerd aan lichamelijke gezondheidsklachten en minder aan cognitieve, sociale en psychische aspecten. Op basis van dit model schatte Vektis 22% van de 65-plussers in ons land als kwetsbaar. Dit zijn 730.000 ouderen. Daarvan wonen er 547.000 kwetsbare ouderen thuis, dat is meer dan een kwart (17%) van alle thuiswonende ouderen; 180.000 kwetsbare 65-plussers wonen in een instelling. Cijfers van Vektis en het SCP over de omvang van de groep thuiswonende kwetsbare ouderen komen ondanks verschil in methode dus goed overeen.

Ook cijfers over thuiswonende kwetsbare ouderen met mondproblemen zijn gebaseerd op schattingen. Uitgaande van de half miljoen kwetsbare thuiswonende ouderen *en op basis van* analyse van een aantal kleinschalige studies naar de mondgezondheid van deze groep wordt geschat dat bij ruwweg de helft van de thuiswonende kwetsbare ouderen sprake is van een slechte mondgezondheid (Pomp, 2017). Dan gaat het om ruim 300.000 65-plus ouderen en om ruim 200.000 75-plus ouderen. Zij kampen met klachten zoals een droge mond, pijn, problemen met kauwen, gaatjes, afgebroken tanden of kiezen, tandvleesproblemen of een slecht zittend kunstgebit (Pomp, 2017);

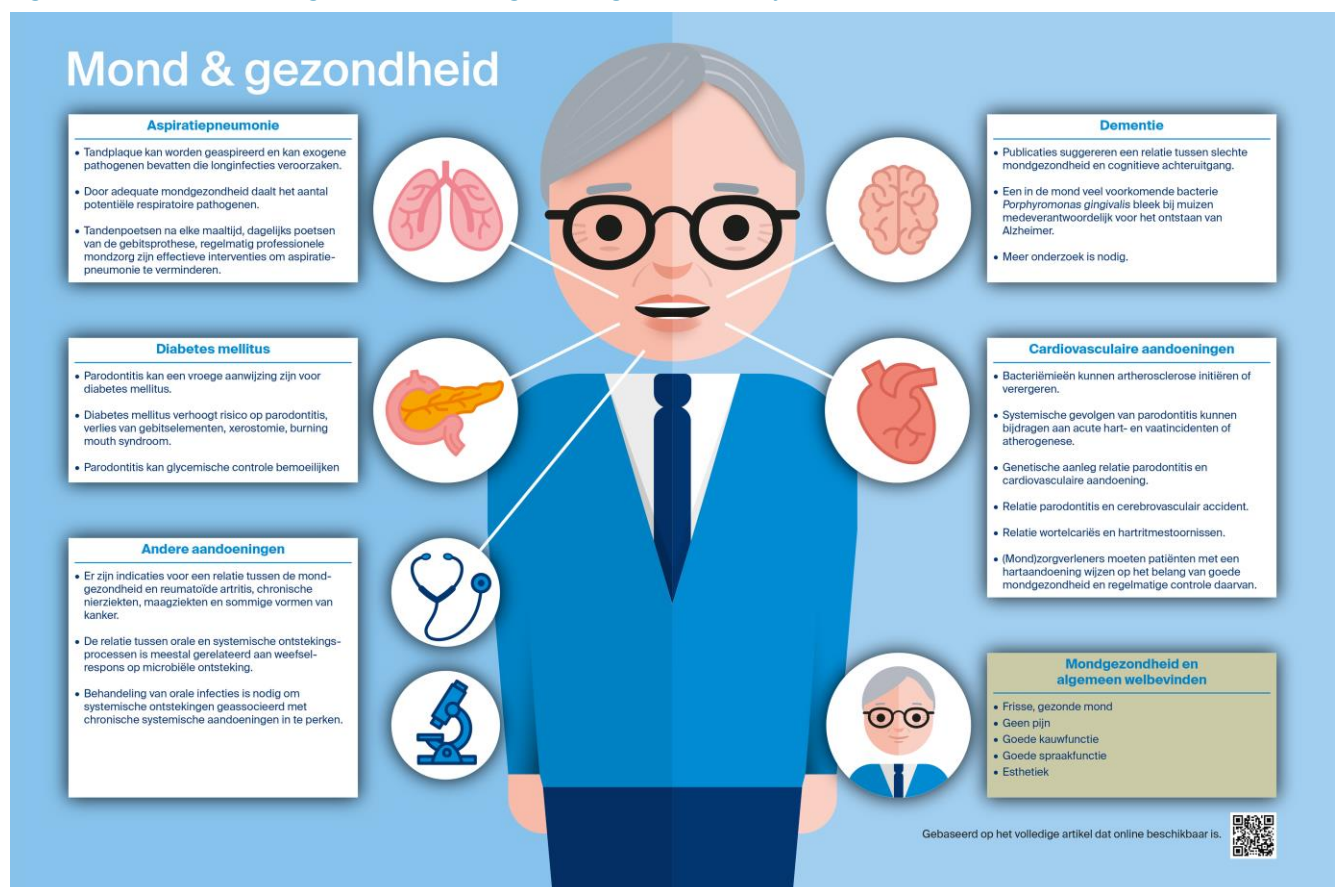
Anderen baseren zich op voor een schatting van de omvang van de groep op de groep kwetsbare ouderen met dreigend regieverlies wat voor mondzorgverleners de belangrijkste indicator is voor kwetsbaarheid, zo blijkt uit de interviews tijdens dit project. Dit betreft 1 – 2 % van een normpraktijk van een huisarts, zo’n 25-30 patiënten per praktijk. Ook op deze manier kom je op ongeveer 300.000 thuiswonende kwetsbare ouderen met (vermoedelijk) mondproblemen uit. (Bron: interview).

3.2 Mondgezondheid en kwetsbaarheid

Wat is het verband tussen mondgezondheid en kwetsbaarheid?

Zowel de literatuurverkenning als de interviews onderstrepen het belang van een gezonde mond voor het algeheel welbevinden. Een gezonde mond is een mond die fris ruikt, geen pijn doet, en een goede kauw en spraakfunctie heeft (van der Putten, 2019). Een gezonde mond draagt bij aan algemeen welbevinden, maar een slechte mondgezondheid kan het risico op lichamelijke aandoeningen vergroten. Een recente overzichtsstudie van Van der Putten (2019) laat zien dat een slechte mondgezondheid relaties heeft met verschillende chronische aandoeningen, zoals longontstekingen, hart- en vaatziekten, diabetes, reuma, kanker, en dementie waarbij problemen met de mond zowel het gevolg kunnen zijn van chronische aandoeningen als een indicator voor onderliggende problematiek (zie figuur 3.1). Zo hebben ouderen met diabetes bijvoorbeeld een verhoogde kans op parodontitis, terwijl parodontitis op haar beurt diabetes kan beïnvloeden. De aanwezigheid van plaque op tanden en op de tong zorgt niet alleen voor infecties in de mond, maar verhoogt ook de kans op infecties aan de luchtwegen omdat plaque ingeademd wordt (Van der Maarel-Wierink, 2013). De mate van het bewijs van een samenhang tussen mondproblemen en chronische aandoeningen verschilt overigens per ziekte.

Figuur 3.1 Relatie Mondgezondheid en algemene gezondheid bij ouderen



Bron: Van der Putten, 2019

Medicijnen voor chronische aandoeningen kunnen de gezondheid van de mond negatief beïnvloeden, bijvoorbeeld omdat ze bijdragen aan een droge mond en daarmee slikklachten (Bakker, 2017; Ettinger, 2007; Rooijers, 2020). Het gebruik van meerdere medicijnen naast elkaar

(polyfarmacie) geldt over het algemeen als risicofactor voor het ontstaan van mondproblemen (Bron: interviews).

Indicatoren van kwetsbaarheid bij het ouder worden zoals verlies van spiermassa, zijn geassocieerd met achteruitgang in algemene gezondheid en mondgezondheid, bijvoorbeeld omdat verlies aan spiermassa slikklachten kan veroorzaken en zo ouderen meer vatbaar maakt voor ondervoeding (Al-Nassar, 2020).

Naast dat slechte mondgezondheid een relatie heeft met chronische aandoeningen beïnvloedt mondgezondheid ook het algemeen welbevinden. Mondproblemen gaan gepaard met verminderde kwaliteit van leven (door pijn, schaamte, sociaal isolement), problemen bij eten en drinken (door niet goed kunnen kauwen of slikken), ondervoeding en verminderde capaciteit tot het verrichten van dagelijkse activiteiten (Verenso/KNMT/NVG, 2007; Pomp, 2017; Al-Nassar, 2020). Pijn, schaamte, sociaal isolement, en problemen met eten en drinken leiden op hun beurt weer tot meer mondproblemen waardoor een vicieuze cirkel ontstaat.

Aspecten van kwetsbaarheid kunnen er toe leiden dat mensen aan huis gebonden raken en minder toegang hebben tot mondzorg. In de Praktijkwijzer van de KNMT uit 2020 worden zeven patiënt gerelateerde factoren genoemd afkomstig uit de literatuur die de toegang tot mondzorg van thuiswonende kwetsbare ouderen kunnen beperken: beperkingen in fysiek, psychisch en sociaal opzicht en een achteruitgang in cognitief functioneren; negatieve houding ten aanzien van mondzorg; chronische pijn; afname van energie en levenslust; kosten voor mondzorg; angst voor de tandarts; beperkingen in mobiliteit en afname in handvaardigheid (zie ook figuur 3.2)

Figuur 3.2 Factoren bij thuiswonende kwetsbare ouderen die de mondzorg kunnen belemmeren (Bron: KNMG, 2020)



Deze factoren hebben ook gevolgen voor de mogelijkheden tot zelfzorg. Algemeen geldt dat ouderen die afhankelijk zijn van hulp, vaak ook een verminderde mondhygiëne hebben omdat ze minder in staat zijn tot zelfzorg en de behoefte aan hulp niet altijd kenbaar kunnen maken (Van der Maarel-Wierink, 2015; KIMO, 2021; KNMT, 2015; 2020); Daarnaast zien ouderen niet altijd het belang van goede mondverzorging en/of missen mantelzorgers en zorgprofessionals de kennis en vaardigheden om ouderen op een adequate manier te helpen. Uit de interviews komt bovendien naar voren dat het “in de mond kijken” door zowel mantelzorgers als verzorgenden vaak lastig gevonden wordt. De mate en het type kwetsbaarheid van ouderen beïnvloedt zowel de manier waarop ouderen hun mondgezondheid beleven en waarderen, als hun mondzorggedrag en tandartsbezoek (Niesten et al 2013). Naarmate ouderen kwetsbaarder zijn en problemen ervaren op meerdere levensterreinen krijgt mondzorg minder prioriteit. Afname van de cognitieve en motorische vaardigheden door de toename van ziekte leidt bij veel kwetsbare ouderen tot een gebrek aan motivatie en deprioritering van mondzorg. De zelfzorg wordt daarmee moeilijker en de gang naar de mondzorgverlener meer en meer beperkt (Niesten, 2015). Tenslotte hebben diverse ouderen een gebrek aan financiële middelen om mondzorg te financieren (Niesten, 2019; Ebbens, 2018). Door al deze factoren raakt de oudere uit beeld van de mondzorgverlener.

4 Mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen

4.1 Gebruik mondzorg

Van de ouderen boven de 75 jaar komt meer dan de helft niet (meer) jaarlijks bij de tandarts (KNMT, 2018). Cijfers van het CBS laten zien dat ouderen naarmate ze ouder worden vaker de huisarts, fysiotherapeut of medisch specialist bezoeken, maar dat het tandartsbezoek en het bezoek aan de mondhygiënist juist geleidelijk af neemt (CBS, Statline). Kwetsbaarheid kan er toe leiden dat ouderen aan huis gebonden raken. Veel aan huis gebonden kwetsbare ouderen krijgen dan geen mondzorg in de mondzorgpraktijk meer omdat die zorg minder goed toegankelijk is voor hen (KIMO, 2021). Daarnaast kan de keuze voor geen mondzorg ook bij de oudere zelf liggen: de literatuurverkenning laat zien dat als men ouder wordt en te maken krijgt met meerdere chronisch aandoeningen en beperkingen, mondzorg minder prioriteit krijgt bij veel ouderen (Niesten, 2016; Astvaldsdottir 2018). Beide factoren dragen er aan bij dat veel ouderen ‘uit beeld’ raken bij de mondzorgpraktijk.

4.2 Richtlijnen voor kwalitatief goede mondzorg

Recent zijn twee documenten verschenen voor de inrichting van mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen. De Klinische praktijkrichtlijn “Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen” (KIMO, 2021) voor ouderen die niet of moeilijk naar de praktijk kunnen komen en de Praktijkwijzer “Zorg aan kwetsbare ouderen in de mondzorgpraktijk” (KNMT, 2020) voor ouderen die dat nog wel kunnen.

Beide documenten richten zich op de groep ouderen met een opeenstapeling van fysieke, mentale en sociale problematiek. Deze ouderen hebben vaak één of meerdere chronische aandoeningen waarvoor zij medicatie gebruiken, hebben daarnaast mogelijk ook psychosociale en geheugenproblemen, maar kunnen zich zelf eventueel met hulp nog wel redden. Wel kunnen zij beperkt zijn in de mogelijkheden van dagelijkse mondverzorging en/of een bezoek aan de mondzorgpraktijk en hebben hiervoor mantelzorg en/of wijkverpleging nodig. De verwachting is dat deze groep ouderen in de algemene mondzorgpraktijk de komende jaren gaat toenemen, zowel in aantal als wat betreft de ernst van de algemene lichamelijke en cognitieve problematiek (KNMT, 2020).

In beide documenten, maar ook in de bredere literatuurverkenning, de interviews en enquête, wordt het belang van vroegtijdige opsporing en signalering onderkend, de kwetsbaarheid van de oudere in fysiek, psychisch en sociaal opzicht, het belang van een mondzorgplan dat aansluit bij en rekening houdt met die kwetsbaarheid, en multidisciplinaire samenwerking en continuïteit in de behandeling als mondproblemen daar aanleiding toe geven. Ook het belang om ‘buiten beeld raken’ van deze thuiswonende kwetsbare groep te voorkomen wordt veelvuldig genoemd.

In die zin sluiten de bevindingen goed aan bij de 6 stappen in de Handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis als besproken in hoofdstuk 2 en Bijlage D. Meer specifiek laten de bevindingen van dit onderzoek over de huidige mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen het volgende zien ten aanzien van de invulling van de zes stappen uit de handreiking kwetsbare ouderen thuis:

Stap 1 signalering:

Tandartsen en mondhygiënisten spelen een centrale rol bij het signaleren van problemen in de mond. De mondhygiënist diagnosticeert binnen het eigen deskundigheidsgebied en signaleert wat nader onderzocht moet worden door de tandarts. De tandarts kan afwijkingen ook medisch duiden en de oudere zo nodig verwijzen naar de kaakchirurg, tandtechnicus of naar de huisarts of andere niet-mondzorgverlener (KNMT, 2020). Signaleren gebeurt meestal tijdens een regulier contact maar ook kan een tandarts of tandarts-geriatrie naar de oudere thuis gaan om te kijken welke problemen er spelen met de mondzorg en welke aanpak gewenst is. Een bezoek thuis kan naar aanleiding van signalen vanuit de sociale omgeving van de oudere, via een signaal van mondzorg professionals of professionals in de eerste of tweede lijn of via gerichte case-finding.

Naast signalering door mondzorgverleners wordt ook verondersteld dat iedere zorgverlener die in contact staat met de oudere, ook aandacht heeft voor de gezondheid van de mond: voor een huisarts of de praktijkondersteuner (POH) geldt dat de mondsituatie ook onderdeel zou moeten zijn van de reguliere controles en dat bij afwijkingen in de mond contact gezocht wordt met een mondzorgverlener (KNMT, 2020). Indien een thuiswonende oudere thuis zorg of ondersteuning ontvangt moet ook hier mondverzorging aandacht krijgen. Bij klachten of problemen met de mond of bij een slechte mondverzorging kan contact gezocht worden met een mondzorgverlener (Bron: interviews). Het wordt als een gezamenlijke inspanning van zorgverleners rondom de oudere en eventuele mantelzorgers gezien om te zorgen voor een adequate dagelijkse mondverzorging (al dan niet met hulp van wijkverpleging of mantelzorger) en dat de oudere in beeld blijft van de mondzorgpraktijk.

Stap 2 gesprek met oudere en zo mogelijk mantelzorger:

In beide richtlijnen maar ook in andere literatuur over mondzorg wordt ervoor gepleit dat mondzorgverleners proberen een op de individuele oudere toegesneden 'levensloopbestendige mondgezondheid' (zie Box 1) te bereiken en te handhaven (van der Maarel- Wierink, 2015; Schaub, 2020.) Dit vraagt om een op maat gesneden behandelplan dat aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de oudere en dat in samenspraak met de oudere en zijn of haar mantelzorgers tot stand komt. Laagdrempelig communiceren en goede voorlichting zijn daarbij belangrijk. Net als in de geneeskunde worden gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) en proactieve zorgplanning (advance care planning) van belang geacht.

Box 1 Definitie levensloop bestendige mondzorg

Een mond die, gegeven de gebitsomstandigheden, voor de oudere patiënt en diens omgeving acceptabel functioneert. Hierbij is in elk geval de ondergrens het vrij zijn van pijn en ongemak en van potentiële (gevolgen van) ontstekingsrisico's.

Een zodanige klinische conditie van de aanwezige weefsels (met herstel van schade en beheersing van de pathologische processen) dat acceptabel functioneren mogelijk wordt gemaakt.

Van belang hierbij is de blik op de toekomst, als de omstandigheden van de patiënt slechter kunnen worden

Bron: KNMT, 2020

Stap 3 Multidomein analyse:

Bij het opstellen van een mondzorgplan inventariseert de mondzorgverlener de aanwezige problemen in de mond (KIMO, 2021). Idealiter heeft de mondzorgverlener daarbij ook aandacht voor het verdere fysieke, psychische, cognitieve en sociale functioneren van de oudere en medicijngebruik om vanuit een multi-domein analyse de problemen en benodigde zorg te bepalen. Behalve de problemen in de mond zelf en de bredere kwetsbaarheid wordt ook toegankelijkheid van de mondzorg gezien als een belangrijk aandachtspunt, zowel wat betreft fysieke toegankelijkheid, als ook wat betreft de uiteenlopende aspecten van de organisatie van de zorg, de zorgverlening zelf en de betaalbaarheid. De resultaten van de analyse worden samengevat en vertaald in een mondzorgplan. Het dient de aanbeveling dat de mondzorgverlener, na goedkeuring van de oudere dan wel diens wettelijke vertegenwoordiger, het mondzorgplan naar de behandelend (huis)arts of verpleegkundig specialist stuurt (KIMO, 2021).

De stappen 4 t/m 6 vinden alleen plaats indien op basis van de probleem inventarisatie en het daaruit voortkomende mondzorgplan door mondzorgverleners besloten wordt dat ook niet-mondzorgverleners betrokken moeten zijn.

Stap 4 Bespreken van bevindingen in een “kernteam”

De literatuurverkenning laat zien dat afstemming en samenwerking van mondzorgverleners met andere zorgverleners van belang is bij het verlenen van mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen, zeker indien de oudere dermate kwetsbaar is dat hij zelf niet naar de mondzorgpraktijk kan komen en zorg bij voorkeur bij de oudere thuis plaatsvindt (Kossioni, 2018; NICE, 2016). De mondzorgverlener heeft daarbij een centrale aansturende rol ten opzichte van andere zorgverleners (KIMO, 2021). In welke specifieke situaties afstemming met andere zorgverleners een meerwaarde heeft, wordt duidelijk wanneer de mondzorgverlener een mondzorgplan opstelt en is afhankelijk van de problematiek en noodzaak tot handelen bij een individuele oudere (KIMO, 2021; KNMT 2020). Wanneer besloten wordt tot multidisciplinaire samenwerking, dient een mondzorgplan deel uit te maken van en aan te sluiten bij het algehele zorgplan van de oudere (KIMO, 2021). Het mondzorgplan bepaalt welke andere zorgverleners betrokken worden. Mogelijke betrokkenen zijn andere mondzorgverleners uit de eerste, tweede en derde lijn, mantelzorger(s), behandelend (huis)arts, specialist ouderengeneeskunde, (ouderen)psychiater, verpleegkundig specialist, POH, wijkverpleegkundige, casemanager dementie of sociaal psychiatrisch verpleegkundige, paramedici zoals de logopedist, ergotherapeut, diëtist, de psycholoog en apotheek (KIMO, 2021). Daarbij heeft het de voorkeur om te werken met zorgverleners die de oudere reeds kennen. Daartoe inventariseert de mondzorgverlener welke zorgverleners betrokken zijn en op welk gebied zij betrokken zijn. Gezien de complexiteit van de geriatrische problematiek in relatie tot de mondgezondheid, adviseren praktijkrichtlijnen binnen de mondzorg om een tandarts of tandarts-geriatrie de regierol in de mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen te laten vervullen (KIMO, 2021; KNMT 2020).

Stap 5 MDO/samenwerking:

Uit de literatuurverkenning blijkt dat samenwerking tussen mondzorgverleners en andere zorgverleners de kwaliteit van mondgezondheid aanzienlijk kan verbeteren. In de netwerken integrale ouderenzorg hebben mondzorgverleners echter tot op heden geen structurele plaats, met uitzondering van het netwerk mondzorg in 's-Hertogenbosch (RIVM, 2021). In de bestudeerde publicaties zijn adviezen geformuleerd, zoals een gezamenlijk zorgplan (KIMO, 2021), een wijkgerichte aanpak mondzorg (Verlinden, 2014), oprichten van een mondzorgnetwerk (NVGd, 2018) en gebruik van verwijlsinstrumenten (website De Mond Niet Vergeten!). Daarnaast hebben

zorgprofessionals een informatieplicht volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en horen voldoende tijd te besteden aan gezamenlijke probleemdefinitie en analyse alvorens interventies te kiezen en deze ook te bespreken met de oudere zelf en zijn/haar mantelzorg. Het mondzorgplan vormt zoals gezegd de basis voor de samenwerking. Dit wordt door de mondzorgverlener besproken met de andere betrokken zorgverleners. De mondzorgverlener adviseert en stuurt andere zorgverleners indien nodig aan om de acties die nodig zijn adequaat uit te voeren (KIMO, 2021; KNMT, 2020).

Stap 6 Bespreken en uitvoeren afspraken gemaakt in het multidisciplinaire overleg

De doelen uit het mondzorgplan worden cyclisch geëvalueerd en mogelijk aangepast. De recall termijn waarop dit moet gebeuren wordt door de mondzorgverlener bepaald in overleg met andere betrokken zorgverleners en vastgelegd in het mondzorgplan (KIMO, 2021; KNMT 2020).

4.3 Randvoorwaarden voor kwalitatief goede mondzorg

Paragraaf 4.2 beschrijft hoe mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen idealiter georganiseerd zou moeten worden op basis van literatuur. Deze paragraaf gaat in op (aanvullende) randvoorwaarden die tijdens de interviews en enquête genoemd werden door betrokken zorgverleners en (vertegenwoordigers) van ouderen om goede mondzorg in de praktijk ook daadwerkelijk te kunnen realiseren. In tabel 4.1 staan de meest genoemde randvoorwaarden vanuit deze bronnen samengevat. In de kolom “enquête” staat ook het aantal keren vermeld waarin een bepaalde randvoorwaarde genoemd werd door de 174 respondenten die de enquête invulden, op basis van open antwoorden. De randvoorwaarden worden verder beschreven onder de tabel en hier en daar geïllustreerd aan de hand van citaten uit de interviews of enquêtes.

Tabel 4.1 Randvoorwaarden voor kwalitatief goede zorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen met mondproblemen op basis van literatuuronderzoek, interviews (n=9) en de enquête (n=174)

	Literatuur	Interviews (n=9)	Enquête (N=174)
Goede preventie en voorlichting	X	X	(n=67) X
Tijdige signalering en regelmatige controle	X	X	(n=43) X
Goede logistieke toegankelijkheid zorg	X	X	(n=30) X
Goede financiële toegankelijkheid zorg	X	X	(n=36) X
Proactieve zorgplanning en vastlegging in een mondzorgplan	X	X	(n=32) X
Multidisciplinaire samenwerking en integrale zorg	X	X	(n=32) X
Persoonsgerichte zorg aansluitend op de behoeften van de kwetsbare oudere	X	X	(n=29) X
Scholing en opleiding mondzorgverleners en niet-mondzorgverleners	X	X	(n=22) X
Prestatie indicatoren/ kwaliteitstoetsing ter stimulering goede zorg			(n=3) X

Preventie en voorlichting samen met vroegtijdige signalering en regelmatige controle worden zowel in de interviews als in de enquête het meest genoemd als randvoorwaarden voor kwalitatief goede

mondzorg aan kwetsbare thuiswonende ouderen (zie ook Bijlage E). Daarbij horen ook een proactieve zorgplanning en multidisciplinaire samenwerking.

Preventie en voorlichting

Belangrijk voor goede preventie is dat zowel de oudere zelf als betrokken zorgverleners het belang van een gezonde mond en het verband tussen mondgezondheid en algehele gezondheid kennen en ernaar handelen. Gebrek aan inzicht bij de ouderen en hun naaste omgeving vormt een barrière voor goede mondverzorging en een regelmatig bezoek aan de tandarts. Gebrek aan kennis bij mondzorgverleners over de aard en omvang van de kwetsbaarheid bij de oudere zorgt er voor dat adviezen en behandeling onvoldoende aansluiten op de situatie van de oudere of dat signalen van onderliggende kwetsbaarheid niet herkend worden. Gebrek aan kennis over problemen met de mond en bijbehorende signalen bij bijvoorbeeld de huisarts of de wijkverpleging zorgt er voor dat de mond en mondverzorging weinig aandacht krijgen, mondproblemen niet herkend worden en er geen adequate doorverwijzing plaatsvindt.

“De mond niet vergeten. Dat gebeurt onvoldoende. We realiseren ons met zijn allen onvoldoende dat die mond de toegang is tot het lichaam.” (tandarts)

“Deel van de ouderen ziet geen probleem in de mondgezondheid, terwijl deze er wel zijn. Daarbij zien zij dus ook niet de noodzaak iets aan de verminderde mondgezondheid te doen. Dus een deel ligt in communicatie en uitleg.” (tandarts-geriatrie)

“Dus ik vind dat wij artsen veel meer moeten weten van de tandheelkunde. Want wat hebben wij geleerd van in de mond kijken? ... En ten tweede is het een belangrijke missie om juist de mondzorgverleners wat meer van de geriatrie af te laten weten. En niet zeggen van je hebt een mond, maar er hangt steeds vaker een oudere patiënt aan vast.” (specialist-ouderengeneeskunde).

Signalering en regelmatige controle

Voor preventie van mondproblemen bij kwetsbare thuiswonende ouderen is een regelmatig bezoek aan of van een mondzorgprofessional ten behoeve van verbetering zelfzorg en andere aspecten van preventie noodzakelijk. Zowel de tandarts, maar met name de mondhygiënist, kan hier een belangrijke rol spelen. Ook een systematische inventarisatie door deze mondzorgverleners wat er in de mond zit, welke dagelijkse mondzorg de oudere nodig heeft en wie hem/haar daar bij helpt verdient aanbeveling. De uitkomsten van deze inventarisatie worden idealiter vastgelegd in een mondzorgplan (KIMO, 2021). Signalering van mondproblemen of onvoldoende mondverzorging kan zowel door mondzorgverleners als door een huisarts, een POH, de wijkverpleging of mantelzorger worden gedaan (KNMT, 2021). Belangrijk daarbij is dat na signalering adequate doorverwijzing kan plaats vinden. Signalering vraagt ook om onderlinge samenwerking. Mondzorgverleners in de enquête geven aan dat zij vaak niet weten dat mensen van oud naar kwetsbaar oud zijn overgegaan. Indien ouderen niet meer in de mondzorgpraktijk verschijnen zouden zij de huisarts of wijkverpleging daarover kunnen informeren zodat die de signalerende rol kunnen overnemen. Andersom kunnen eerstelijns zorgverleners tijdig doorgeven aan mondzorgverleners dat de mond(ver)zorg(ing) vermindert of als er risico's zijn voor het ontstaan van problemen met de mond. Bijvoorbeeld, de huisarts kan waarschuwen voor gevolgen van een droge mond door medicatiegebruik. Hierdoor kan een oudere intensiever gevolgd worden.

“Tijdig signaleren dat de mond(ver)zorg(ing) vermindert om te voorkomen dat de mondgezondheid in gevaar komt. Bijvoorbeeld de huisarts kan waarschuwen voor gevolgen droge mond door medicatiegebruik. Tandarts kan proactief ouderen opvolgen die opeens niet meer naar de praktijk komen.” (tandarts-geriatrie)

Toegankelijkheid van zorg - logistiek

In zowel de enquête als interviews, maar ook in de Praktijkrichtlijn van de KNMT (2020) wordt aangegeven dat zorg laagdrempelig geboden moet worden zonder al te veel logistieke barrières voor de oudere. Dit betekent dat er voldoende bekende kanalen bij de ouderen en of zijn mantelzorgers zijn om hulp te vragen indien zich problemen met de mond voor doen, bijvoorbeeld via de wijkverpleging, de huisarts of een andere zorgverlener waar de oudere al bekend mee is. Indien de oudere niet meer in staat is om zelfstandig naar een mondzorgpraktijk te komen moet er hulp of een vervoersaanbod zijn om de zorg in een praktijk aan te kunnen bieden of er moet er een mogelijkheid zijn voor professionele zorg aan huis. Dit vraagt dan weer om professionele mobiele apparatuur zodat ouderen bij wie dat nodig is ook daadwerkelijk thuis behandeld kunnen worden. Tussen mondzorgverleners en niet-mondzorgverleners moeten voldoende verwijsmogelijkheden zijn over en weer als de gezondheidstoestand van de oudere daarom vraagt zonder lange wachtlijsten of ingewikkelde administratie. In de enquête geeft 24% van de respondenten aan dat er onvoldoende verwijsmogelijkheden zijn voor passende zorg op het moment dat er mondproblemen gesignaleerd worden door een huisarts of POH. Percentage verschillen wel per zorgverlener: 15% van de tandartsen is deze mening toegedaan ten opzichte van 37% van de tandartsen-geriatrie en (vertegenwoordigers van) ouderen (zie ook Bijlage E).

“De gemiddelde huisarts heeft geen flauw benul van een goede mondzorg voor kwetsbare ouderen. De gemiddelde tandarts weet niet hoe hij met deze doelgroep moet omgaan, vindt het te lastig (kost teveel tijd, wil geen kwetsbaren in zijn praktijk, is er niet op ingericht qua praktijk, vindt het proces van extra declaraties te ingewikkeld). Om naar de mensen toe te gaan, daar heeft de gemiddelde tandarts ook geen tijd en/of hulpmiddelen voor. Kwetsbare ouderen zijn echt een vergeten doelgroep!!” (vertegenwoordiger oudere)

Toegankelijkheid van zorg - financieel

Met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van de mondzorg aan kwetsbare ouderen worden zowel aspecten van de financiële toegankelijkheid voor de oudere zelf als bekostiging van betrokken zorgverleners genoemd. Door gebrek aan financiële ruimte en verminderde mobiliteit valt de groep thuiswonende kwetsbare ouderen vaak buiten de boot; men komt pas, meestal vergezeld door een mantelzorger, als de problemen (te) groot zijn, zo is de mening van veel zorgverleners in de enquête en interviews. Financiële barrières bij ouderen moeten weggenomen worden.

“Het meest belangrijk vind ik dat de mondzorg voor deze groep verzekerd wordt. Mijn ervaring is dat mensen geen zorg zoeken omdat zij bang zijn dat zij de rekening niet kunnen betalen.” (tandarts-geriatrie)

In de enquêtes en interviews wordt opgemerkt dat goede mondzorg aan kwetsbare ouderen vraagt om een out-of-the box-denken en domein-overstijgende financiering, bijvoorbeeld persoonsgebonden financiering en financiering van persoonsvolgende zorg door een regionale team. Dit vraagt om een nieuw (bekostiging)systeem dat het mogelijk maakt om integrale zorg te bieden vanuit mensen die betrokken zijn bij het netwerk van de oudere waarbij het belangrijk is om niet alleen de curatieve zorg maar ook de preventieve zorg te verzekeren.

“Belangrijk is dat mondzorg vergoed wordt, want je kunt wel van alles signaleren, maar als de patiënt vervolgens zelf voor de zorg moet betalen, dan gebeurt er meestal niets.”
(huisarts)

“Een multidisciplinaire zorgomgeving vraagt om onderlinge afstemming en communicatie en vastlegging in systemen (administratie). Aangezien deze activiteiten onderdeel uitmaken van de cliënt gerelateerde tijd moeten zij dus in de bekostiging worden meegenomen.” (tandarts-geriatrie)

Proactieve zorgplanning en vastlegging in een mondzorgplan

Proactieve zorgplanning met aandacht voor vroegtijdige signalering en diagnostiek worden zowel in de literatuurverkenning als in de interviews en enquête genoemd als belangrijke voorwaarde voor goede mondzorg. Met name onder de groep ouderen die vanwege fysieke, sociale of psychische oorzaken kwetsbaar is. Maar in principe heeft iedere oudere recht op advies en diagnostiek en op een mondzorgplan dat levensloop bestendig is en aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de oudere. Goede mondzorg bereidt de mond van de oudere voor op eventuele toenemende kwetsbaarheid en zorgafhankelijkheid. Daarbij is preventie en ondersteuning van de zelfzorg bijzonder belangrijk, zij vormen de basis. Met preventie moet zo vroeg mogelijk begonnen worden, liefst voor de oudere kwetsbaar en zorgafhankelijk wordt. Zowel de mondhygiënist als verpleegkundigen die bij de oudere thuis komen, kunnen hier een belangrijke rol in spelen, maar dat gebeurt nu nog te weinig.

“Een betere preventie, al vanaf jonge leeftijd. Er is een omslag in het denken nodig, bij tandartsen en in de opleidingen. Minder nadruk op de restauratiecyclus, ten gunste van het voorkómen van cariës” (tandarts)

“Wij zijn als mondhygiënisten niet voldoende geschoold wat we voor (thuiswonende) ouderen kunnen betekenen. Daarnaast worden de mondhygiënisten weinig betrokken bij mondzorg van ouderen. Het belang en noodzaak van mondzorg bij ouderen zou meer gepromoot kunnen worden binnen onze beroepsgroep. De mondhygiënisten zouden met een kleine aanpassing de oudere patiënt thuis kunnen behandelen en families, verzorgende en mantelzorgers voorlichting en instructies geven over de dagelijkse mondzorg bij ouderen.”
(mondhygiënist)

Tijdens de interviews wordt ook regelmatig de rol van de oudere zelf benadrukt. De oudere zou gestimuleerd moeten worden om zoveel als mogelijk zelf de regie te nemen over de mondzorg en met name de mondverzorging eventueel samen met de mantelzorger. Dit kan door voorlichting en het vergroten van kennis en vaardigheden hoe de mond te verzorgen.

Multidisciplinaire samenwerking en integrale zorg

In de enquête is 87% van de 174 respondenten het er over eens dat mondzorg onderdeel zou moeten zijn van integrale zorg aan ouderen en multidisciplinair vorm gegeven zou moeten worden. Bij samenwerking moet gezorgd worden voor goede verwijsmogelijkheden vanuit eerste lijn naar mondzorg en vice versa. Deze zijn er nu onvoldoende volgens een kwart van de respondenten in de enquête. Daarbij moet een goede integratie van mondzorg in de reeds bestaande ouderenzorg plaats vinden waarbij vroeger detectie/signalering ook kan gebeuren door niet-mondzorg professionals

(KNMT, 2020). Elkaar tijdig informeren, signaleren, doorverwijzen en samenwerken zijn de belangrijkste ingrediënten voor succesvolle samenwerking.

Persoonsgerichte zorg

De behandeling van de mond van een kwetsbare oudere moet afgestemd worden met de oudere zelf en vastgelegd worden in een behandelplan. Indien de oudere wilsonbekwaam is moet het plan vastgesteld worden met diens vertegenwoordiger (KIMO, 2021). Het behandelplan dient regelmatig geëvalueerd te worden en aangepast aan de cognitieve, fysieke en sociale omstandigheden van de oudere op dat moment (KIMO, 2021). Een persoonsgerichte benadering vraagt meer tijd en die moet dan ook ingepland worden (Bron: enquête). Aangezien kwetsbaarheid een dynamisch begrip is dat kan fluctueren over de tijd heen, moet het behandelplan regelmatig geëvalueerd en zo nodig aangepast worden.

“De kern zit in een individuele benadering. Zeggen dat er plaque zit en je beter moet poetsen is niet voldoende. Daarvan weten we dat het niet werkt. Preventie moet geen algemeen verhaal zijn, maar gerichte voorlichting, afgestemd op de wensen en mogelijkheden van de patiënt die je in de stoel hebt. Pas dan voelt die zich écht aangesproken en kun je voor gedragsverandering zorgen.” (tandarts)

Voor persoonsgerichte zorg is een brede analyse nodig van de problemen van de oudere op verschillende levensdomeinen en wat de oudere wil en kan. Daarbij moet ook aandacht zijn voor de wensen ten aanzien van eigen regie. Wat kan en wil de oudere zelf doen, samen met het sociaal netwerk, en wat zou een professional kunnen bieden.

“Als je nadenkt over positieve gezondheid en over wat je dan doet. Daar heb je verschillende modellen voor. Volgens mij komt het er allemaal op neer dat je de verschillende dimensies van het leven afloopt, al dan niet met een checklist. Je wilt niet dat dat als checklist wordt gebruikt maar dat in het gesprek met de oudere alles goed aan bod komt.” (vertegenwoordiger oudere).

Scholing en opleiding

Het belang van scholing voor alle betrokken zorgverleners over mondgezondheid, kwetsbaarheid, hun onderlinge relatie en hoe mondproblemen en kwetsbaarheid te herkennen en het belang van aandacht hiervoor in de opleidingen worden veelvuldig genoemd als randvoorwaarde voor goede mondzorg, zowel in de enquête als interviews. Met name de scholing aan (huis)artsen, verpleegkundigen, verzorgenden, mantelzorgers en informele zorgverleners (vrijwilligers), zodat zij zich bewust worden van het belang van een goede mondgezondheid, beter kunnen signaleren en ook mondverzorging en eventuele nazorg kunnen uitvoeren tijdens zorgmomenten.

“Het begint met signalering. Afvallen en voedingsproblemen kunnen veroorzaakt worden door mondproblematiek. Daar wordt te weinig aan gedacht. En je realiseren bijvoorbeeld dat bij ouderen met functionele achteruitgang (handfunctie maar ook cognitieve achteruitgang) de mond onvoldoende aandacht kan krijgen.” (huisarts)

Prestatie indicatoren/ kwaliteitstoetsing

Tijdens de enquête werd door een aantal zorgverleners, met name tandartsen en tandartsen-geriatrie, genoemd dat kwaliteitsindicatoren zouden helpen om de mondzorg aan kwetsbare thuiswonende ouderen structureel te verbeteren en meer aandacht te geven. Bijvoorbeeld dat

tandartsen met gevoel voor en kennis van de doelgroep hoofdbehandelaar zouden moeten zijn en hier ook voldoende middelen voor beschikbaar hebben; dat er een kwaliteitstoetsing op voldoende preventieve zorg zou plaatsvinden; en dat er kwaliteitscriteria voor niet-mondzorgverleners komen op het gebied van signalering, doorverwijzing en (hulp bij) mondverzorging. Bij het opstellen van dergelijke criteria zouden ook de tandartsen en mondhygiënist betrokken moeten worden zodat ouderen niet uit de boot vallen zodra ze niet meer komen opdagen in de reguliere tandartspraktijk of praktijk van de mondhygiënist maar ook in de eerste en tweede lijn herkend en geholpen worden, bijvoorbeeld door juiste verwijzing.

4.4 Gesignaleerde knelpunten

Tabel 4.2 geeft een overzicht van de meest gesignaleerde knelpunten in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen.

Tabel 4.2 Gesignaleerde knelpunten in de mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen met mondproblemen op basis van literatuuronderzoek, interviews (n=9) en de enquête (n=174)

	Literatuur	Interviews (n=9)	Enquete (n=174)
Noodzaak wordt niet gezien/ gebrek aan kennis en motivatie	X	X	(n=50) X
Financiële toegankelijkheid	X	X	(n=45) X
Logistieke toegankelijkheid	X	X	(n=38) X
Te weinig kennis binnen beroepsgroepen	X	X	(n=27) X
Gezondheidstoestand/ kwetsbaarheid oudere	X	X	(n=28) X
Beperkte capaciteit		X	(n=27) X
Weinig aandacht voor preventie/ slechte mondverzorging	X	X	(n=21) X
Onvoldoende signalering en/of controle/ oudere uit zicht	X	X	(n=13) X
Gebrek aan multidisciplinaire samenwerking zorgverleners	X	X	(n=15) X
Zorg te weinig persoonsgericht	X	X	(n=6) X

Noodzaak wordt niet gezien/ gebrek aan kennis en motivatie

Zowel ouderen en hun naaste omgeving als zorgverleners zien vaak de noodzaak van mondzorg onvoldoende in of mondzorg heeft om andere redenen geen prioriteit. Op het niveau van de oudere laat de literatuurverkenning een discrepantie zien tussen de objectieve staat van de mond en de subjectieve beleving ervan door ouderen. Zij schatten vaak de ernst als minder ernstig in en zien het belang niet in van behandelen of extra mondverzorging (KNMT, 2020; Niesten, 2015; Pomp, 2017). Ouderen die niet meer over eigen tanden en kiezen beschikken zien ook minder de noodzaak voor een bezoek aan de tandarts of tandtechnicus (Van der Putten, 2019). Tijdens de enquête wordt benadrukt dat de onwetendheid bij ouderen vaak groot is. Daarnaast prioriteren ouderen algemene medische zorg vaak boven mondzorg, vooral als ze meerdere gezondheidsproblemen hebben (Göstemeyer, 2019).

Voor zorgverleners spelen andere factoren een rol zo blijkt met name uit de interviews en literatuurverkenning: een gebrek aan bewustzijn van de omvang van het probleem; een gebrek aan kennis over mondgezondheid, kwetsbaarheid of beide; een gebrek aan consensus over wat optimale mondgezondheid is voor kwetsbare thuiswonende ouderen en wie die zou moeten geven (Vanobbergen, 2019); gebrek aan bewijslast dat de extra inspanning voor signalering en

doorverwijzing echt helpt; een te complexe situatie die ingewikkeld wordt gevonden en financieel minder aantrekkelijk is om te behandelen. Vooral gebrek aan bewustzijn wordt tijdens de enquêtes uitgelicht als belangrijkste knelpunt.

“Het belangrijkste is dat we ons er onvoldoende van bewust zijn. Dat bewustzijn, daar moeten we dus heel erg aan werken, het bewustzijn van het belang van een gezonde mond bij ouderen.” (tandarts-geriatrie)

Logistieke toegankelijkheid

In de literatuurverkenning worden meerdere belemmerende factoren aan de kant van de oudere voor bezoek aan tandarts genoemd, zoals fysieke beperkingen en daaraan gerelateerde mobiliteitsproblemen, ontbreken van hulp bij vervoer, moeite met het maken van een afspraak door beperkte gezondheidsvaardigheden (Niessen, 2015; Pomp, 2017; Visser, 2019) en te weinig financiële middelen (zie ook hoofdstuk 5).

Vanuit het perspectief van de zorg en zorgverleners zijn gesignaleerde barrières onder andere: geen faciliteiten voor behandeling/vervoer van ouderen; onvoldoende voorzieningen om ouderen thuis te bezoeken indien nodig; weinig ruimte binnen de organisatie van de mondzorg praktijk zowel qua tijd, ruimte en faciliteiten voor ouderen die kwetsbaar zijn en een uitgebreide zorgvraag hebben, en geen passende vergoeding (Bron: enquête en interviews).

“Ouderen vinden het zelf vaak ook maar gedoe, vervoer, mobiliteit, toegankelijkheid praktijken, toegankelijkheid woning etc.” (tandarts)

“Het past dan eenvoudig niet in de organisatie van de planning, het is tijdrovend en gezien de complexiteit van de ouderen, vaak te ingewikkeld voor de behandelaar.” (tandarts-geriatrie)

Te weinig kennis binnen de beroepsgroepen

Er is een kennistekort bij mondzorgverleners over algemene gezondheid en aandoeningen die van invloed kunnen zijn op de mondgezondheid of daar een relatie mee hebben (Al-Nassar, 2020; NVG, 2018; Vanobbergen, 2019; Bakker 2017; Visser, 2019); Dit zorgt er ook voor dat zij de oudere onvoldoende kunnen instrueren in relatie tot zelfzorg (Bron: enquête en interviews). Van de andere kant is er een kennistekort bij zorgverleners in de eerste lijn zoals de huisarts, POH en wijkverpleegkundige over de mond (Verenso 2017; Verlinden 2014; Visser, 2019). In de enquête gaf slechts 40% van de huisartsen en wijkverpleegkundigen aan dat zij zich bewust zijn van de noodzaak van een goede mondgezondheid bij kwetsbare thuiswonende ouderen, terwijl dit onder tandartsen en mondhygiënisten 80% was. Bijna 70% van de huisartsen en wijkverpleegkundigen gaf aan dat zij zelf over onvoldoende kennis en vaardigheden beschikken om problemen in de mond tijdig te kunnen signaleren en beoordelen.

Gezondheidstoestand/ kwetsbaarheid oudere

Zowel de algehele gezondheidstoestand van de oudere als de gezondheidstoestand van de mond kunnen er voor zorgen dat goede mondzorg voor hen minder goed toegankelijk is en voor mondzorgverleners minder gemakkelijk te geven is. Zo kunnen fysieke, psychologische en sociale problemen voor de oudere een barrière vormen voor tandartsbezoek (NVG, 2018; Niessen, 2015; Verlinden 2014). Andersom missen mondzorgverleners vaak de specifieke kennis en vaardigheden die nodig zijn voor omgang met de kwetsbaarheden van de ouderen (Al Nassar, 2020). Met name de ouderen waarbij sprake is van depressie, dementie of andere cognitieve problemen, angst of wilsonbekwaamheid, vormen een uitdaging voor mondzorgverleners (Ástvaldsdóttir 2018;

Mukherjee, 2017; Rozas 2017). Een oudere met cognitieve beperkingen bijvoorbeeld, kan mondbehandeling ervaren als schending van persoonlijke integriteit, of weigeren om mondhygiënische handelingen te ondergaan. Onder mondzorgverleners is er relatief weinig kennis over hoe je autonomie van kwetsbare ouderen kan bevorderen of behouden. Het inschatten van de cognitieve toestand of algehele kwetsbaarheid van een oudere in een tandartspraktijk kan ook moeilijk zijn als gevolg van een gebrek aan kennis en ervaring, geschikte middelen en beperkte tijd (Mukherjee, 2017).

Beperkte capaciteit

Beperkte capaciteit is voor mondzorgverleners vaak een barrière om de oudere betrokken te houden bij de tandartspraktijk: kwetsbare ouderen moeten actief opgevolgd worden, ook omdat zij vaak uit de praktijk verdwijnen, en er is relatief veel tijd nodig voor behandelingen en voorlichting aan deze groep (Gostemeyer, 2019). Tandartsen in de enquête geven aan dat door een tekort aan mondzorgprofessionals en vaak starre organisatie van de mondzorg zij hun zorg vaak niet voldoende kunnen aanpassen aan de noden van de ouderen. Daarnaast zijn ouderen vanuit financieel oogpunt vaak minder aantrekkelijk om te behandelen voor tandartsen (Bron: enquête).

Ook zorgprofessionals in de eerste lijn geven niet altijd voldoende prioriteit aan mondzorg door tijdgebrek of omdat ze vinden dat het niet direct tot hun takenpakket behoort (Ástvaldsdóttir 2018). Overigens wordt een gebrek aan tijd voor hulp bij mondverzorging door thuiszorg ook in twijfel getrokken door een aantal zorgverleners in de enquête en interviews en wijt men het vooral aan een gebrek aan kennis over de mogelijkheden die er zijn om mondzorg te verlenen.

“Er is sinds een jaar of drie een indicatie om tijd aan te vragen voor mondverzorging bij de thuis- en wijkzorg. Er is dus wettelijk een regeling dat thuiszorg daar tijd voor mag indiceren. Maar als je het daadwerkelijk vraagt dan word je raar aangekeken, dan krijg je bijna “hoe durf je dit te vragen, we hebben geen tijd”. Maar tijd kan niet een probleem zijn, want ze kunnen het aanvragen, alleen dat gebeurt niet of het is niet bekend.” (tandarts-geriatrie)

Weinig aandacht voor preventie/ zelfzorg met betrekking tot mondzorg door oudere

Hoewel preventie als een van de belangrijkste voorwaarden wordt gezien voor het verminderen en voorkomen van mondproblemen wordt er vanuit de eerstelijnszorg (te) weinig systematisch aandacht aan besteed. Dit wordt zowel onderkend door tandartsen en mondhygiënist, huisartsen, wijkverpleegkundigen en verzorgenden in de enquête en interviews.

“Mensen met overgewicht, mensen die roken, mensen waarbij je vermoedt dat ze een alcoholprobleem hebben of andere verslavingen. Die spreek je daar wel eens op aan. Maar om mensen aan te spreken op mondgezondheid, dat is echt geen beleid op dit moment hoor. Een huisarts zou daar nooit over beginnen “poets je je tanden wel genoeg?” terwijl je wel zegt “Je zou wat minder moeten roken.” (huisarts)

“Je vraagt hoe het met eten gaat maar als mensen zeggen dat het goed gaat dan vraag ik niet door hoe het met mondzorg gaat.” (wijkverpleegkundige)

Aandacht voor goede mondverzorging maakt niet standaard onderdeel uit van de routinezorg aan kwetsbare ouderen. Meestal besteden eerstelijns zorgverleners alleen aandacht aan de mond als er klachten zijn (Bron: enquête). Men lijkt het ook niet heel prettig te vinden om in de mond te kijken. Een aantal huisartsen geeft aan dat ze terughoudend zijn bij kwetsbare ouderen in de adviezen ten

aanzien van zelfzorg van de mond omdat zelfzorg voor hen lastig is en /of advies moeilijk te begrijpen is (bijvoorbeeld bij alleenstaanden of ouderen met cognitieve beperkingen) (Bron: interviews).

“Met name wijkverpleging vind het vaak "vies" om preventieve zorg, dat wil zeggen tandenpoetsen op de juiste wijze, uit te voeren. Hetzelfde in de verpleeghuizen, slechts een enkele verpleegkundige die goed poetst, rest gaat even met de borstel over de kauwvlakken heen en dat is het, dit weet ik uit eigen ervaring als mantelzorger.” (mondhygiënist)

Onvoldoende signalering en/of controle/ oudere uit zicht

Door het ontbreken van gericht beleid wordt er niet systematisch aandacht besteed aan de mond door de huisarts, POH of wijkverpleegkundige ook niet bij aandoeningen waarbij een relatie is vastgesteld met mondgezondheid. Tijdens de interviews komt aan bod dat het vanuit preventief oogpunt wenselijk zou zijn om kwetsbare ouderen op te kunnen sporen maar dat een duidelijk signaalfunctie daarvoor ontbreekt als ook consensus wie dat dan zou moeten doen.

Gebrek aan multidisciplinaire samenwerking zorgverleners

De mondzorg wordt als vrij geïsoleerd gezien. Mondzorgverleners, informele zorgverleners en andere eerstelijns zorgverleners weten elkaar onvoldoende te vinden en bij beide groepen is er ook een lage prioriteit voor samenwerking (KNMT, 2020; Verlinden 2014; Visser, Bakker 2019; Marchini, 2019). Ook binnen de mondzorg vinden tandartsen en mondhygiënisten elkaar niet altijd even gemakkelijk. Ook is er niet altijd consensus over taakverdelingen. In de enquête geeft bijvoorbeeld 48% van de tandartsen en 32% van de mondhygiënisten aan dat zij mondzorg niet tot het takenpakket van een huisarts of wijkverpleging vinden horen terwijl 30% van de huisartsen en 22% van de wijkverpleging deze mening is toegedaan. De bevinding dat mondhygiënisten wat vaker een rol voor de huisarts of wijkverpleging zien dan de tandarts kan te maken hebben met het preventieve curriculum van de mondhygiënist versus het curatieve curriculum van de tandarts.

“Tandartsen zelf zijn dat ook helemaal niet zo gewend hè, om dat interprofessioneel overleg te voeren. En daarom vind ik het ook belangrijk, wil ik bijvoorbeeld een stage van tandarts in opleiding met de thuiszorg ook in het curriculum opnemen. Al is het maar een halve dag, maar die wijkverpleegkundige, daar kun je zoveel van leren als mondzorgprofessional, want die kent die oudere door en door, en als jij hen dan nog tips kunt geven in die dagelijkse mondverzorging, nou, dan kun je ontzettend veel betekenen in de zorg voor die persoon.” (tandarts-geriatrie)

“Ik heb al best wel heel vaak met het NHG aan tafel gezeten, maar dan krijg ik ook nooit een voet aan de grond. Daar wordt het toch ook altijd wel makkelijk van tafel geveegd, die mondzorg.” (tandarts-geriatrie)

“Waarom zou een tandarts extra beloond moeten worden voor preventieve werkzaamheden? Preventie is een basisonderdeel in het curriculum van de mondhygiënist. Zou de mondhygiënist daarom iets kunnen betekenen in het begeleiden van de van de oudere/verpleging/mantelzorger?” (mondhygiënist)

Over en weer lijkt de juiste kennis te ontbreken. Bij tandartsen kennis over veel voorkomende medische problemen bij kwetsbare ouderen en bij huisartsen kennis over problemen met de mond. (Visser, 2019; De Visscher 2015). Tandartsen zijn niet gewend om samen te werken en vanuit meerdere disciplines wordt aangeraden om die vaardigheid daarom te oefenen in het curriculum.

In de interviews komt ook naar voren dat mondzorg vanuit ieders perspectief een andere betekenis en een ander belang heeft. Als men elkaar dan vanuit het idee van integrale mondzorg taken toedicht worden die niet altijd enthousiast ontvangen of komen in de praktijk lastig van de grond. Soms vindt men het niet tot de eigen verantwoordelijkheid horen, soms ziet men het belang er niet van in en soms ook wordt geconcludeerd dat veranderingen in taken gewoon tijd kosten en die er niet altijd is.

“De signalering en verwijzing, die rol zie ik vooral bij de praktijkondersteuner, en met name de praktijkondersteuner ouderenzorg. Maar het kost tijd, en ik denk dat we ze ook meer handvatten moeten geven om het goed te implementeren in de dagelijkse praktijk.”
(tandarts-geriatrie)

Zorg te weinig persoonsgericht

Hoewel het belang van gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) en proactieve zorgplanning (advance care planning) ook in de tandheelkunde benadrukt wordt (KNMT, 2020) krijgt dit nog onvoldoende aandacht. De oudere en zijn of haar mantelzorger wordt nog te weinig betrokken in keuzes voor een behandeling en er wordt te weinig aandacht besteed aan behandelalternatieven. Het doel van een behandeling zou een levensloopbestendige mond moeten zijn waarmee de wensen en mogelijkheden van de oudere worden meegenomen. Te vaak worden nog niet-noodzakelijke reparaties aan tanden en kiezen gedaan.

“Wij hebben de indruk dat er te vaak misschien wel een behandelplan is, maar dat dat zich heel erg richt op de behandeling op dat moment, op de verrichting op dat moment. Terwijl dat niet vooruitblijkt op de toekomst. We hebben de indruk dat die lange termijn niet zo aan bod komt nee.” (vertegenwoordiger oudere)

“Een patiënt ziet zichzelf natuurlijk niet als een verzameling deelsilo's of een verzameling of iemand die elke dag een ander kaartje of lootje moet trekken om tot het ene domein en dan weer het andere domein toegang te krijgen. Ja, die ervaart zijn gezondheid als één geheel, en is zich misschien soms wat te weinig bewust van dat mondgezondheid ook onderdeel vormt van de totale gezondheid, dat zou kunnen. Maar het zou toch fijn zijn voor die patiënt dat dat wat meer integraal bekeken en aangepakt en geregeld wordt.” (vertegenwoordiger oudere)

4.5 Voorgestelde oplossingsrichtingen

Tabel 4.3 geeft een overzicht van voorgestelde oplossingsrichtingen voor de ervaren knelpunten in de huidige mondzorg. Meest genoemd in de enquête en interviews werden een andere financiering van de mondzorg, tijdige signalering, activiteiten om multidisciplinaire samenwerking te vergroten en aandacht voor mondzorg en de relatie mondzorg met algemene gezondheid in de opleiding en scholing van zorgverleners. De financiering van mondzorg wordt apart besproken in hoofdstuk 5, de andere oplossingsrichtingen komen hieronder aan bod.

Tabel 4.3 *Genoemde oplossingsrichtingen in de mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen met mondproblemen op basis van literatuuronderzoek, interviews (n=9) en de enquête (n=174)*

	Literatuur	Interviews (n=9)	Enquete (n=174)
Financiering mondzorg	X	X	(n=53) X
Tijdige signalering	X	X	(n=44) X
Multidisciplinaire samenwerking en verdeling van taken	X	X	(n=44) X
Opleiding/ scholing zorgverleners t.a.v mondzorg en gerelateerde problemen	X	X	(n=42) X
Zorgen dat zorg ook daadwerkelijk persoonsgericht is	X	X	(n=25) X
Logistieke barrières voor toegang tot mondzorg wegnemen	X	X	(n=15) X
Capaciteit uitbreiden		X	(n=12) X
Beter voorlichting aan ouderen/ ondersteuning zelfzorg	X	X	(n=12) X
Algehele preventie	X	X	(n=9) X
Proactieve zorgplanning	X	X	(n=8) X
Laten zien van goede voorbeelden		X	

Tijdige signalering

De taak voor een tijdige signalering van mondproblemen ligt niet alleen bij mondzorgverleners maar ook bij zorgverleners in de eerste lijn. Signalering door mondzorgverleners kan plaats vinden door er voor te zorgen dat de oudere in beeld blijft bij de mondzorgpraktijk (Niesten et al 2015; Van Obbergen et al 2019; Van der Putten, 2019; Visser 2019). Dit kan bijvoorbeeld door actieve opvolging, instellen van een recall termijn en actieve case-finding door bezoek aan de oudere thuis of het regelen van laagdrempelige ouderensprekuren. Eerstelijns zorgverleners kunnen alert zijn op signalen van mondproblematiek zoals slecht eten en drinken, gewicht verliezen, slechte adem, en pijn, op non-verbale signalen bij dagelijkse mondverzorging en op mogelijke risico's bij voorschrijven van medicatie of polyfarmacie (Verenso/ KNMT/NVG, 2007). Er zijn tevens vragenlijsten en andere instrumenten beschikbaar zoals Oral health assessment tool (Verlinden, 2014) of het screeningsinstrument van De Mond Niet Vergeten! (Visser, 2019) om mondproblemen op te sporen. Bovendien kunnen hulpverleners uit het sociale domein, maar ook vrijwilligers van seniorenorganisaties zoals vrijwillige ouderenadviseurs, belasting-invulhulp en cliëntondersteuners hun voelsprietten uitzetten (Bron: interviews). Uiteraard is bij signalering adequate verwijzing naar mondzorg noodzakelijk.

“Thuiszorg moet ervan doordrongen zijn dat minimaal 1 maal daags, liefst 's avonds het gebit goed gereinigd dient te worden en dit moet dan ook met de nodige zorg uitgevoerd worden. Bij problemen moeten ze de tandarts informeren zodat deze of de mondhygiënist op huisbezoek ter plekke de situatie kan beoordelen.” (tandarts)

Alle huisartsen in Nederland verwijzen via Zorgdomein. Dat is een handig systeem, waarbij relevante informatie uit ons HIS (huisartsen informatie systeem) meegenomen wordt. Heel veel aanbieders zijn inmiddels ook te vinden op zorgdomein. Dit systeem zou gebruikt kunnen worden bij verwijzingen vanuit de 1e lijn naar mondzorg (Bron: advies huisarts).

Multidisciplinaire samenwerking en verdeling van taken

Samenwerking start met het zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor de kwetsbare ouderen. Hier is nog veel in te winnen. Via bewustwordingscampagnes (Ministerie van VWS, De Mond Niet Vergeten!) wordt geprobeerd dit verantwoordelijkheidsgevoel te vergroten.

“Maar de oplossing is denk ik toch een programma dat je moet doen, een soort van campagne of zo, waar ook de relevante zorgverleners bij betrokken zijn. Dat je ook eigenaar wordt van het probleem. Ik denk dat we daarmee moeten beginnen.” (Huisarts)

In de literatuurverkenning zijn adviezen geformuleerd om de multidisciplinaire samenwerking te bevorderen, zoals een gezamenlijk zorgplan, een wijkgerichte aanpak mondzorg (Verlinden, 2014), oprichten van een mondzorgnetwerk (regiebehandelaar, mondzorgprofessionals, mondzorgassistenten en tandartsassistenten) in de vorm van een eerstelijns-platform en gebruik van verwijsinstrumenten (van der Putten, 2019). Daar wordt ook een voorstel gedaan voor een taakverdeling. Volgens KIMO (2021) heeft de mondzorgverlener een centrale aansturende rol ten aanzien van andere zorgverleners. KNMT (2015) acht de tandarts verantwoordelijk voor het verwijzingsproces, de mondhygiënist de aangewezen persoon voor preventie en de huisarts de eerst aangewezen zorgverlener voor informatie uitwisseling en betrekken van andere eerstelijns zorgverleners. Andere zien een coördinerende rol voor de POH vanwege de beperkte capaciteit van tandartsen, weinig ervaring met samenwerking en minder kennis over kwetsbare ouderen om die rol op zich te nemen. Een heldere taakverdeling tussen tandarts en mondhygiënist is noodzakelijk voor succesvolle samenwerking tussen beide disciplines (Vanobbergen, 2019).

Belangrijk is dat per zorgdoel de zorgverleners zijn geïdentificeerd die hierin een actieve rol opnemen en dat er per doel iemand is aangeduid als verantwoordelijke. Ook moet iemand de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van totale zorg op zich nemen, wie dat is kan variëren (Vanobbergen, 2019).

In de interviews wordt gesuggereerd om samenwerkingsverbanden regionaal in te steken waarbij tandartsen in een regio samenwerken met huisartsengroepen, de wijkverpleging, de apotheek, maatschappelijk werk en organisaties voor patiënten zoals KBO. Liefst in een zelfde gebouw om ook logistieke barrières weg te nemen en de zorg voor de ouderen meer integraal aan te kunnen bieden. Ook de mogelijkheden van mondzorg op afstand (Tele-dentistry) worden regelmatig genoemd om samenwerking, afstemming en verwijzing te vergemakkelijken en minder tijdrovend te maken (Al-Nassar, 2020). Ook zouden betrokken zorgverleners ouderen moeten kunnen inschrijven bij tandartspraktijken in de regio. Zo blijven deze ouderen geregistreerd en dreigen deze niet uit het zicht te gaan. Daarnaast wordt het belang van domein-overstijgende financiering genoemd om multidisciplinaire samenwerking ook echt vorm te kunnen geven.

“Periodieke reinigingen en controles, waardoor professionals ouderen beter in de gaten (kunnen) houden, eventueel door zorg op afstand, en ook recall termijnen kunnen aanpassen. Daarnaast betere scholing aan (huis)artsen en thuiszorg professionals, zodat zij beter signaleren en ook mondverzorging en eventuele nazorg uitvoeren tijdens ADL begeleiding. Ook de contacten tussen tandartsen en overige zorgverleners zou moeten verbeteren.” (tandarts-geriatrie)

“Ik denk dat het heel belangrijk is om het samen te doen. En dan niet alleen met de artsen, maar ook met de andere zorgverleners die in de praktijken werken en de mantelzorgers en naasten. En de sociale wijkteams ..” (huisarts)

Opleiding/ scholing zorgverleners t.a.v mondzorg en gerelateerde problemen

Huisartsen, POH's en (wijk)verpleegkundigen en verzorgenden zijn in een ideale positie om mondaandoeningen vroeg te signaleren en een rol te spelen bij preventie van mondaandoeningen en behoud van mondgezondheid. Daarvoor moeten zij voldoende geschoold zijn in het herkennen van signalen van mondproblemen, goede mondverzorging en mondgewoonten. Mondzorgverleners moeten geschoold worden in het herkennen van signalen van kwetsbaarheid, hoe zij daar het beste mee om kunnen gaan in de praktijk en wanneer en op welke wijze zij moeten doorverwijzen. Tijdens de interviews kwam aan bod dat het leren samenwerken en het werken vanuit een persoonsgerichte benadering een aandachtspunt zou moeten voor tandartsen en mondhygiënisten binnen de opleidingen. Ook vrijwilligers die achter de voordeur bij ouderen komen, kunnen mondzorgproblemen aankaarten (Bron: interview).

“We besteden te weinig aandacht aan kwetsbaarheid. Het zou nuttig kunnen zijn om bijvoorbeeld standaard een kwetsbaarheidsvragenlijst in te vullen bij ouderen boven de 70 jaar.” (mondhygiënist)

Zorgen dat zorg ook daadwerkelijk persoonsgericht is

De anamnese bij de thuiswonende kwetsbare oudere moet in hoge mate interdisciplinair gericht zijn. Een gezamenlijk diagnostisch model kan daarbij ondersteunen, vooral als dit model ook aandacht vraagt voor persoonlijke en contextuele factoren van de patiënt en omgeving (Vanobbergen, 2019).

“Rekening houden met beperking van visus, mobiliteit en geriatrische aandoeningen. Want dat kan maken dat mensen bepaalde handelingen zoals flossen en dergelijke niet meer kunnen.” (vertegenwoordiger oudere)

Afstemming op behoeften en wensen van ouderen is belangrijk, net als laagdrempelig communiceren en goede voorlichting (KNMT, 2015; Vanobbergen, 2019). Het is belangrijk om ook rekening te houden met het niveau van gezondheidsvaardigheden van de oudere (Vanobbergen, 2019). Shared Decision Making en advance care planning moeten het streven zijn (KNMT, 2020). Dit vraagt om een mondzorgplan dat levensloopbestendig is en waarbij alleen die mondzorg wordt uitgevoerd die nodig is voor het goed functioneren van de mond en op die manier bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven. Het is belangrijk dat zorgverleners leren laagdrempelig te communiceren en gebruikmaken van alternatieve, ondersteunende communicatievormen. Dit resulteert in beter begrijpen en beoordelen van informatie over risicofactoren, diagnose en behandeling, en bijdragen tot betere motivatie en therapietrouw (Vanobbergen, 2019) Ook moet de oudere voldoende tijdgeboden worden om op basis van de informatie mee te kunnen beslissen en is het nodig dat gecheckt wordt of de ouderen en diens mantelzorger de informatie voldoende begrepen hebben en weten wat de keuzemogelijkheden zijn. Bij ieder periodiek mondonderzoek moeten de bevindingen met de oudere en eventuele mantelzorger besproken worden: legt uit welke gebitssituatie haalbaar is; overleg met de oudere welke behandeling wel of niet uit te voeren; motiveer en ondersteun de dagelijkse mondverzorging en neem zo nodig contact op met de wijkverpleging in overleg met de oudere. Volgens de WGBO dient de zorgverlener de oudere vooraf te informeren en de nadruk ligt sinds 1-1-2020 op het samen beslissen (KNMT, 2015). Bij een overleg moet voldoende tijd worden besteed aan gezamenlijke probleemdefinitie en analyse alvorens interventies worden gekozen. Het hoort te eindigen met een duidelijke opsomming en opvolging van doelen, afspraken en taken. Als zorgverleners samenwerken is het hanteren van de ICF als diagnostisch model van belang om het gezamenlijk diagnostisch redeneren te ondersteunen, waarbij ook aandacht wordt gevraagd voor persoonlijke en contextuele factoren van de patiënt en omgeving. De anamnese moet in hoge mate

interdisciplinair gericht zijn (Vanobbergen 2019). Het mondbehandelplan van ouderen moet de volgende factoren bevatten: wensen en verwachtingen van de oudere, type en ernst van de mondproblemen, hoe de mondproblemen de kwaliteit van leven beïnvloeden, de mate waarin de oudere de stress van een behandeling aankan, de gewoontes van de ouderen ten aanzien van mondverzorging en de mate waarin de oudere onafhankelijk voor de mond kan zorgen, de waarschijnlijkheid van gunstige behandeluitkomsten, de beschikbaarheid van redelijke en minder dure behandelalternatieven, de financiële status van de oudere, en de mate waarin de tandarts de benodigde zorg kan leveren (KNMT, 2020).

Logistieke barrières voor toegang tot mondzorg wegnemen

Voor ouderen die aan huis gebonden zijn zou zorg aan huis een oplossing zijn. KIMO (2021) heeft hier een richtlijn voor opgesteld. Voor ouderen die nog wel naar de praktijk kunnen komen kan het bezoek aan de mondzorgpraktijken meer ‘ouderenvriendelijk’ gemaakt worden (KNMT, 2020). Denk daarbij aan hulp bij vervoer om bij de praktijk te komen, meer tijd, meer aandacht voor ontvangst.

Vragen over mondzorg moeten door de oudere gemakkelijk en op een laagdrempelige manier gesteld kunnen worden, bijvoorbeeld door het organiseren van inloopsprekken in de wijk, telefonische consulten, toegankelijke informatie op plaatsen waar ouderen komen en door mondzorg aandacht te geven in het contact van de oudere met de huisarts, POH en wijkverpleging (Visser, Bakker 2019) zodat het een meer vanzelfsprekend onderwerp wordt.

Mondzorg op afstand (tele-dentistry) zou een geschikte manier kunnen zijn om thuiswonende ouderen onder de aandacht van mondzorgverleners te brengen of te houden op het moment dat ze uit beeld zijn van de praktijk of zelf moeilijk naar de praktijk toe kunnen komen. Een wijkverpleegkundige of huisarts kan bijvoorbeeld een foto van de mond maken, die vervolgens door een tandarts wordt beoordeeld. Dit is voor de oudere minder belastend dan zelf op zoek te moeten naar mondzorg.

Capaciteit uitbreiden

Voorlichting aan ouderen en hun mantelzorgers en ondersteuning bij zelfzorg vraagt tijd. Tijd voor preventie in het kader van mondzorg zou geregeld moeten worden, met name binnen de wijkverpleging zodat zij de noodzakelijke preventie kunnen uitvoeren maar ook bij mondzorgprofessionals. Dit vraagt om herstructurering van tijd en taken en andere financiering (Bron: enquête en interviews).

Betere voorlichting aan ouderen en ondersteuning zelfzorg

Informatie over goede mondzorg en het belang daarvan voor de gezondheid moet breed verspreid worden zodat er een bewustzijn ontstaat bij ouderen zelf en hun mantelzorgers. Dit kan bijvoorbeeld door voorlichtingsmateriaal in wachtkamers aan te bieden en/of door informatie beschikbaar te stellen via de zorgverleners waar de oudere al contact mee heeft. Ook zou regelmatig mondhygiëne instructie moeten plaats vinden. Dit kan tijdens de reguliere controles met de mondzorgverlener in de praktijk, tijdens een huisbezoek door een mondzorgverlener of tijdens de zorg die de oudere al ontvangt van de wijkverpleging (Bron: enquête en interviews). Afspraken over goede mondhygiëne zouden ook vastgelegd moeten worden in een voor de oudere begrijpelijk mondzorgplan en op papier meegegeven worden (KIMO, 2021).

Het betrekken van familie en/of mantelzorger bij de voorlichting aan de oudere en het uitvoeren van de noodzakelijke zelfzorg wordt sterk aanbevolen evenals het wijzen op de juiste middelen voor preventieve zelfzorg die gangbaar en makkelijker verkrijgbaar zijn voor de ouderen. Het belang van informatie in eenvoudige begrijpelijke taal wordt benadrukt omdat veel ouderen kampen met

beperkte gezondheidsvaardigheden die nog versterkt kunnen worden door de aanwezigheid van cognitieve problemen.

Algehele preventie

Gezien het verband tussen mondgezondheid en algemene gezondheid is het belangrijk om te sturen op een goede mondverzorging en een gezonde levensstijl. De literatuurverkenning laat zien dat mondgezondheid kan verbeteren door te adviseren op stoppen met roken, beter dieet (minder calorieën, verzadigde vetten en zout), minder alcohol en fysieke activiteit (o.a. Lamster, 2002; Paris, 2020; Siegel, 2017). Bij de huisarts zou de mond onderdeel uit moeten gaan maken van het standaard lichamelijk onderzoek zodat problemen eerder gesignaleerd worden en tijdige verwijzing kan plaats vinden. Aandacht voor goede mondverzorging kan ook via de wijkverpleegkundige. Als een oudere onder behandeling van een mondhygiënist is of is geweest zouden de eerdere adviezen bij hen opgevraagd kunnen worden (Bron: enquête). Wat betreft mondzorg wordt aanbevolen om al vroegtijdig een levensbestendig mondzorgplan te maken, bij voorkeur op 70-75 jarige leeftijd alvorens de grote problemen ontstaan. Voorgesteld wordt ook om periodieke tandscreening weer in het basispakket op te nemen zodat ouderen in beeld blijven en minimaal eens in de twee jaar bij de tandarts komen.

Er worden in de literatuur en enquête veel suggesties gedaan om de zelfzorg van ouderen te bevorderen bijvoorbeeld door goede voorlichting, het actief betrekken van mantelzorgers en/of wijkverpleging voor poetsinstructie en hulp bij het poetsen; door aangepaste tandenborstels en andere verzorgingsmateriaal bij handproblemen en gebruik van fluoride.

“Ik denk dat we de patiënt wel nog wat kunnen voeden met informatie. Net als het preventieakkoord. Ik denk dat er nog wel wat informatie ontbreekt over de kansen dat het mis kan gaan met de mond op oudere leeftijd. Ten gevolge van polyfarmacie, ten gevolge van bepaalde ziektes, diabetesontregeling, de cardiovasculaire problematiek, Parkinson.”
(tandarts-geriatrie)

5 Toegankelijkheid en bekostiging van zorg

In dit hoofdstuk presenteren wij de belangrijkste bevindingen met betrekking tot bekostiging van en financiële toegankelijkheid tot mondzorg; logistieke toegankelijkheid werd reeds in hoofdstuk 4 besproken. De hier gepresenteerde resultaten betreffen vier deelonderwerpen: huidige financiering, gesignaleerde knelpunten, voorgestelde oplossingsrichtingen, en voorbeelden uit het buitenland. De gebruikte bronnen zijn ook voor dit hoofdstuk de Nederlandse literatuur, internationale literatuur, interviews met stakeholders en de enquête onder zorgprofessionals. De bevindingen uit deze bronnen worden wederom geïntegreerd besproken tenzij anders aangegeven.

5.1 Huidige financiering

Mondzorg voor volwassenen wordt in principe niet vergoed vanuit de basisverzekering. Voor de mondzorg is de thuiswonende oudere aangewezen op een aanvullende tandartsverzekering. Uitzonderingen zijn de kaakchirurg en een kunstgebit. Deze zitten wel in de basisverzekering maar hiervoor geldt wel het eigen risico. Voor een kunstgebit moet de verzekerde ook een eigen bijdrage betalen, in aanvulling op het eigen risico. Ook tandheelkundige behandeling van verzekerden met objectief vastgestelde extreme angst voor de tandarts valt onder de basisverzekering. Echter ook hier is een eigen bijdrage van toepassing. Dit betekent dus dat er pakketbeperkingen en eigen betalingen aan de orde zijn (Bron: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/tandarts-en-mondzorg-zvw>). Volgens CPB-berekeningen zou het toevoegen van mondzorg aan het basispakket voor verzekerden van 18 jaar en ouder tot 1,9 miljard euro hogere bruto Zvw-uitgaven leiden (cijfers 2018). Met een aantal aannames wordt vervolgens berekend dat voor 75-plussers de toename van de netto Zvw-uitgaven 168 miljoen euro zal zijn (Pomp, 2017).

Een verzekerde heeft, volgens de bepaling 'bijzondere tandheelkundige zorg', recht op vergoeding van tandheelkundige zorg als er sprake is van een ernstige aandoening waardoor de betreffende zorg noodzakelijk is om de tanden en kiezen voldoende te kunnen gebruiken. De hoogte van deze vergoeding is afhankelijk van de situatie van de mond die bestond of te verwachten zou zijn zonder dat de aandoening zich voordeed (maatmanbeginsel). Het aanvragen ervan vergt een administratieve inspanning in de vorm van een speciale machtigingsaanvraag. Het College van adviserend tandartsen (CAT) heeft enige tijd geleden een notitie geschreven ten behoeve van mondzorg voor kwetsbare ouderen. Deze notitie met stroomschema dient ter ondersteuning van de aanvragen machtiging voor gedeeltelijke of volledige vergoeding van de tandheelkundige zorg vanuit de basisverzekering voor kwetsbare ouderen. De notitie van CAT is echter vrijblijvend, zorgverzekeraars hoeven deze niet toe te passen. In de praktijk worden veel aanvragen afgewezen (Bron: enquête. Ook het Zorginstituut Nederland is van mening dat de bijzondere tandheelkunde niet zo'n goede basis is voor de aanspraak op mondzorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen omdat deze aanspraak heel beperkt is. De bijzondere tandheelkunde is immers bedoeld voor een kleine groep mensen met een ernstige handicap. Wanneer bijvoorbeeld een Zvw verzekerde een indicatie tot bijzondere tandheelkunde bezit wegens een geestelijke aandoening, dan strekt de aanspraak zich uit tot de extra inspanning die noodzakelijk is om tandheelkundige hulp mogelijk te maken. De feitelijke hulp komt voor eigen rekening, voor zover het verrichtingen betreft die een verzekerde zonder de geestelijke aandoening ook zelf zou moeten betalen (maatmanbeginsel). Daarnaast moet de omvang van de aanspraak altijd individueel getoetst worden door de zorgverzekeraar. Het hebben van bijv. een indicatie Wlz indicatie (gebruikt in het stroomschema van CAT) geeft in zijn algemeenheid geen recht op de

bijzondere tandheelkunde. De indicatie tot Wlz zorg kan alleen uitsluitel geven over de aanwezigheid van een aandoening, beperking of handicap, maar dat de aanwezigheid van die aandoening en/of de zwaarte van het door het CIZ toegekende zorgprofiel niets zeggen over de vraag of de individuele verzekerde in verband daarmee is aangewezen op bijzondere tandheelkunde (Bron: communicatie ZIN). Als structurele oplossing voor de aanspraak tandheelkundige zorg (de noodzakelijke zorg) voor kwetsbare ouderen is de aanspraak bijzondere tandheelkunde dan ook geen optie.

Als mondverzorging onderdeel uitmaakt van het zorgplan van de thuiszorg of wijkverpleging dan valt die verzorging onder de Zvw-zorg.

5.2 Gesignaleerde knelpunten

Tabel 5.1 geeft een overzicht van de knelpunten in de financiering en bekostiging van mondzorg zoals die in de literatuur, enquête en interviews naar voren kwamen.

Tabel 5.1 Gesignaleerde knelpunten in de financiële toegankelijkheid en bekostiging van mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen met mondproblemen op basis van literatuuronderzoek, interviews (n=9) en de enquête (n=174)

	Literatuur	Interviews (n=9)	Enquete (n=174)
Financiële barrières bij ouderen	X	X	X
Onoverzichtelijkheid vergoedingen	X	X	X
Verkeerde financiële prikkels voor tandartsen	X	X	X
Verkeerde financiële prikkels voor ouderen	X	X	X
Onvoldoende honorering van benodigde zorg aan doelgroep		X	X
Onvoldoende medewerking zorgverzekeraars		X	X
Gebrek aan controle op verrichtingen mondzorgverleners		X	X

Financiële barrières en zorgmijding bij ouderen

Ouderen ervaren vaker dan andere leeftijdsgroepen financiële barrières tot het zoeken en ondergaan van mondzorg (Pomp, 2017; Visser, Bakker 2019). Een gebrek aan financiële middelen kan ertoe leiden dat ouderen mondzorg vermijden of uitstellen, temeer daar zij vaak andere (gezondheids-)problemen hebben die voor hen een hogere prioriteit hebben. Dat leidt tot hogere kosten door een uiteindelijk dure behandeling, verminderde mondfunctie en slechtere kwaliteit van leven (Al-Nasser 2020; Manski 2017; Legge 2021). Omdat sommige ouderen zich wel mondzorg kunnen veroorloven, wordt sociale ongelijkheid door het huidige verzekeringssysteem versterkt is de mening van een deel van de zorgverleners.

“In principe kost de tandarts natuurlijk veel geld voor mensen, dus dat zal zeker een reden zijn waarom mensen niet standaard elk half jaar gaan, dus...” (wijkverpleegkundige)

Onoverzichtelijkheid vergoedingen

De bekostigingssystematiek van mondzorg voor de kwetsbare oudere wordt als niet overzichtelijk ervaren (Bron: enquêtes en interviews). Er heerst onduidelijkheid over de vergoedingen waarvoor ouderen in aanmerking komen, zowel bij ouderen en hun mantelzorgers, als bij professionele zorgverleners. Bij ouderen en hun mantelzorgers is vaak niet duidelijk waar men zich precies voor kan verzekeren en wanneer dit zinvol is.

“Ik denk dat zeker een belangrijke reden financiën is. Kijk, en het zit hem soms ook in een combinatie hè. Als ik, ja als ik eigenlijk al niet zo gek veel zin had en ik zie dat het eind van de maand, of dat het geld op is maar het eind van de maand nog niet, dan zal ik ook eerder besluiten om toch maar even niet die afspraak te maken voor een controlebezoek, en de volgende maand weer, dus het zit hem in combi's wellicht van. Maar het zit hem ook in onbekendheid met.” (vertegenwoordiger oudere)

Bij zorgverleners bestaat in de praktijk veel onduidelijkheid over wat wel en niet onder de ‘bijzondere tandheelkundige zorg’ valt, zo blijkt uit de enquêtes en interviews. De aanvraag machtiging in het kader van bijzondere tandheelkunde is voor lang niet alle zorgverleners bekend of duidelijk. Bovendien wordt de aanvraag voor machtiging als omslachtig beschreven. In de enquête en interviews werd regelmatig opgemerkt dat veel aanvragen worden afgewezen. Met name de aanvraag “extra tijd” is een onduidelijke categorie. Aanvragen kosten veel tijd en als ze dan alsnog afgewezen worden, geeft een aantal zorgverleners aan dat zij weinig gemotiveerd zijn om het nog eens te proberen. Ook volgens de Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGd) wordt bij de aanvraag van een machtiging veel informatie gevraagd wat als erg tijdrovend wordt ervaren. Er kan een aanvraag worden gedaan vanwege benodigde “extra tijd” voor behandeling. In de praktijk blijkt het aanvragen van extra tijd een lastig te motiveren begrip. Overleg met familie, mantelzorgers, thuiszorg, artsen etc. mag niet verrekend worden, terwijl juist hier veel tijd in gaat zitten. Ook reiskosten en eventueel tijd om apparatuur op te bouwen valt niet Er onder de regeling (Bron: website NVGd en interviews).

Verkeerde financiële prikkels voor tandartsen

De manier waarop tandartsen betaald worden lijkt van invloed op de kosten van mondzorg in het algemeen: een Australische studie vond dat tandartsen in loondienst kosteneffectiever werkten dan tandartsen die betaald werden per verrichting, doordat laatstgenoemde groep meer verrichtingen deed zonder dat dat een duidelijk effect had op de mondgezondheid (Allin 2020). Ook tandartsen, tandartsen-geriatrie en huisartsen in de enquête gaven veelvuldig aan dat tandartsen soms geleid worden door winstbejag en daardoor reparaties aan de mond uitvoeren die vanuit het perspectief van de oudere of levensloopbestendige mondzorg niet altijd noodzakelijk zijn. Vanuit het perspectief van de patiënt kunnen financiële middelen effectiever worden gebruikt voor ondersteuning bij preventieve behandelingen, dan voor tandheelkundige restauratieve behandelingen, tenzij deze worden aangewend te verlichting van pijn of behoud van functie. In dat licht moet ook de inzet van tandartsen op locatie kritisch worden bekeken (Niessen, 2015).

“Maar goed, tandartsen richten zich natuurlijk op een snelle markt hè, of snelle omzet. Je moet als je dit vak doet de sociale tandarts weten te vinden.” (tandarts-geriatrie)

“Ja, tandartsen graaien altijd hè. kijk, we hebben een tijdje een systeem gehad, bij de ziekenfondspatiënten had je dan tandsteen gering, tandsteen gemiddeld en tandsteen uitgebreid. Gering had een tarief van 5 euro, gemiddeld was 10 euro en uitgebreid was

50 euro. En wat gebeurt er, iedereen heeft opeens tandsteen uitgebreid. Dat is een perverse prikkel, en die zit toch wel heel sterk bij de tandartsen. En die moet je eruit halen.” (tandarts-geriatrie)

Verkeerde financiële prikkels voor ouderen

Meerdere keren werd de bestaande vergoeding van gebitsprothesen genoemd als verkeerde prikkel: dat zou stimuleren dat mensen hun tanden laten verwijderen, wat op de lange termijn tot problemen kan leiden.

“Dus wat betreft is er eigenlijk een perverse prikkel. Dus op het moment van haal die tanden er maar uit, dan krijg je een gebitsprothese, dat wordt betaald door de zorgverzekeraar.”
(specialist ouderengeneeskunde)

Uit de literatuur blijkt dat de kwaliteit van leven van ouderen groter is wanneer eigen tanden en kiezen worden behouden (Van der Putten, 2019)

Onvoldoende honorering van specifieke zorg voor doelgroep

Tandartsen gaven aan dat bij zorg voor kwetsbare ouderen mondzorg aan huis niet voldoende gehonoreerd wordt, terwijl ook facilitering van vervoer naar de tandartspraktijk ontbreekt. Ook met het feit dat consulten met kwetsbare ouderen meer tijd kosten, wordt volgens tandartsen onvoldoende rekening gehouden bij de financiering. Een mondhygiënist gaf aan dat het mogelijk is om mondzorg aan huis gedeeltelijk vergoed te krijgen als je de juiste wegen kent, maar dat dat wel steeds moeilijker wordt doordat zorgverzekeraars steeds meer bewijslast aangeleverd willen hebben. Ook tandartsen-geriatrie gaven aan dat het vergoedingensysteem van mondzorg niet heel duidelijk is. Preventieve zorg wordt vaak helemaal niet vergoed, ook al is de cliënt daardoor op de lange termijn beter af.

“Huidige financiering is gebaseerd op een gestroomlijnde reguliere praktijk waar tandarts in controle is van de agenda. Werken met kwetsbare doelgroep vraagt om geduld, overleg en aandacht. Per definitie duren consulten veel langer dan in een reguliere praktijk. Tel daar bij op de logistiek en je begrijpt dat met de huidige tarieven de zorg niet op een kwalitatieve manier geleverd kan worden.” (tandarts geriatrie)

“Kijk als jij goeie zorg wil leveren en goeie diagnostiek wil leveren dan moet je daar tijd voor uittrekken. Je moet met de, hoe heet het, je moet met de huisarts praten, met de verpleegarts moet je praten, met de verpleegkundige. Maar je moet ook met de familie praten. Dat wordt allemaal niet betaald. Dat willen ze allemaal niet betalen.” (tandarts)

Onvoldoende medewerking zorgverzekeraars

Verscheidene respondenten in zowel de interviews als enquête gaven aan dat zorgverzekeraars mondzorg voor bepaalde kwetsbare ouderen niet willen vergoeden, terwijl de middelen daarvoor wel aanwezig zijn.

“Ze hebben aanspraak in het kader van Artikel 2.7, lid 1B. Gewone tandheelkundige hulp onder bijzondere omstandigheden. Maar die verrekte zorgverzekeraars willen dat gewoon niet betalen.” (tandarts)

Gebrek aan controle leidt tot duurdere zorg

Regelmatig werd tijdens de interviews het gebrek aan controle op verrichtingen van tandartsen genoemd. Doordat tandartsen geen contracten hoeven af te sluiten met zorgverzekeraars zijn zij niet genooddaakt tot transparantie, waardoor zij geneigd zouden kunnen zijn om voor een duurdere optie te kiezen dan nodig is. Ook het ontbreken van kwaliteitsindicatoren werd in dit kader genoemd.

“Er moet meer controle komen. En als ik naar een tandarts toega: zo Pietje, wat ben jij aan het doen? Geef mij eens even tien statussen van je. Waarom heb je dat gedaan, waarom heb je dat gedaan? Tien van de honderd, statuscontrole doen.” (tandarts)

“Dus er zijn geen kwaliteitsindicatoren in de mondzorg. Die zijn er niet. En als het gaat over in de ouderenzorg al helemaal niet. Die zijn er gewoon niet. Want wie bepaalt dat dan? En als je goede kwaliteitsindicatoren hebt, is dan een kwaliteitsindicator of een vulling goed is gelegd of niet? Of je wel of niet terecht een brug hebt geplaatst in plaats van een kroon?” (tandarts-geriatrie)

Minder geld beschikbaar als gevolg van COVID-19

Doordat de overheid tijdens de COVID-19 pandemie veel geld heeft uitgegeven is er mogelijk weinig financiële ruimte om aanpassingen in de basisverzekering te doen. Als er nieuwe zorg wordt toegevoegd moet er waarschijnlijk andere zorg uitgehaald worden. Dat verkleint mogelijk de kans op vergoeding van integrale eerstelijns mondzorg in de basisverzekering.

“Nu in de coronatijd is er met miljarden gesmeten en dat moet ook worden terugbetaald. De komende jaren zal het wel zo zijn, alles wat nu in het basispakket zit, alles wat er nieuw in komt moet ook weer iets voor uit.” (financieel deskundige)

5.3 Voorgestelde oplossingsrichtingen

Oplossingsrichtingen kunnen betrekking hebben op enerzijds financiële vergoeding voor ouderen of anderzijds bekostiging van zorg. Deze twee categorieën worden apart besproken.

Tabel 5.2 *Genoemde oplossingsrichtingen in de financiële toegankelijkheid en bekostiging van mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen met mondproblemen op basis van literatuuronderzoek, interviews (n=9) en de enquête (n=174)*

	Literatuur	Interviews (n=9)	Enquete (n=174)
Oplossingsrichtingen financiële toegankelijkheid			
Mondzorg in basisverzekering	X	X	X
Lagere financiële drempels voor specifieke groepen	X	X	X
Vergoeding van basis- en preventieve zorg het belangrijkste	X	X	X
Oplossingsrichtingen bekostiging zorg			
Facilitering van mondzorg aan huis		X	X
Vergoeding voor (multidisciplinaire) ouderenzorg		X	X
Vergoeding voor niet-behandelen			

Financiële toegankelijkheid

Mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen in basisverzekering

Een grote meerderheid van de respondenten in de enquête (85%) vindt dat mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen door een mondhygiënist, tandarts(-geriater) of gerontoloog verzekerd zou moeten zijn binnen de basisverzekering om toegankelijkheid voor de oudere te vergroten; ook uit de literatuur kwam naar voren dat verzekerde tandheelkundige zorg positieve effecten kan hebben op de mondgezondheid bijvoorbeeld omdat het de kans op gebruik van die zorg vergroot (Manski 2017) en dus een middel kan zijn om ouderen die uit beeld zijn weer bij de zorg te betrekken. Tegelijkertijd werd ook wel gezegd dat dit waarschijnlijk financieel nooit haalbaar zou zijn en dat bij verzekerde zorg ook het risico op misbruik bestaat uit commercieel oogpunt, wat dan weer voorkomen zou moeten worden voorkomen door goede regelgeving en controle. Mondzorg in de basisverzekering is ook niet **de** oplossing zijn om ouderen weer meer naar de mondzorgpraktijk te laten komen, aangezien er vaak ook andere belemmerende factoren zijn voor hun gebruik van mondzorg zoals bijvoorbeeld alleenstaand zijn, slechte algemene gezondheid, aanwezigheid van chronische ziekten, lage ervaren behoefte aan zorg, lage opleiding, beperkte gezondheidsvaardigheden, taalbarrière en angst voor de tandarts (Manski 2017; Allen 2020). Tijdens de enquête gaven wijkverpleegkundigen aan dat mondverzorging deel kan uitmaken van een groter zorgplan of – pakket in het kader van algemene thuiszorg, die wordt vergoed vanuit de basisverzekering zonder eigen bijdrage en eigen risico.

Lagere financiële drempels voor specifieke groepen.

Deelnemers aan de enquête en interviews waren vrij unaniem in hun mening dat financiële drempels niet voor alle ouderen gelden en dat het vooral van belang is om kwetsbare groepen op te sporen die gebaat zijn bij een verlaging van de financiële drempels. Daar bestaat nu onvoldoende zicht op. Er werden tijdens de enquête en interviews wel wat suggesties gedaan voor afbakening van groepen. Zo noemde een huisarts de bevolking in achterstandswijken. Een tandarts-geriatrie noemde de groep 75-plussers omdat 75 jaar in de praktijk een kantelpunt lijkt te zijn in zowel het ontstaan van mondproblemen als het blijven bezoeken van de tandarts (Bron: enquête). Maar algehele consensus op dit punt ontbreekt. Afbakening is ook lastig omdat financiële barrières maar een van de redenen zijn waarom kwetsbare ouderen niet meer naar de mondzorgpraktijk komen waardoor het alleen verlagen van financiële drempels dus maar een beperkt effect zal hebben.

Andere zorgverleners pleitten niet zozeer voor een focus op kwetsbare groepen maar op een mondzorg die voor iedereen laagdrempelig toegankelijk is en die ook in financieel opzicht geen belemmering vormt. Er werd daarbij gewezen naar de huisartsenzorg als voorbeeld. Tandartsenzorg zou net als huisartsenzorg meer “community care” moeten worden is de mening van een deel van de zorgverleners in de interviews en enquête.

“ En toch ook proberen de mondzorg tot een gezamenlijk collectief te maken en niet alleen maar particulier en privaat. En als daar dan een goed programma voor is waarin mensen kunnen instromen, dan zou ik toch zeggen: zorg dat je die financiële drempel zo laag mogelijk maakt, net als bij de huisarts. En ik noem maar even wat hoor, dat iemand van 65+ ofzo of 70+ dat die elke twee jaar gewoon naar de tandarts kunnen. En dan voor een laag tarief, nu betaal je toch al snel zo'n 40 euro. Dat is voor mensen met een modaal inkomen over het algemeen geen drempel, maar met name voor die groep die eronder zit kan het wel een drempel zijn “ (huisarts)

Vergoeding van basis- en preventieve zorg het belangrijkste

Preventie en eenvoudige behandelingen gericht op mondfunctie (extracties, vullingen) werden het meest genoemd als zorg die vergoed zou moeten worden uit de basisverzekering. Daarnaast zouden veel deelnemers het zinvol vinden als ouderen een of twee keer per jaar een preventief mondonderzoek vergoed krijgen; op die manier blijven ze bovendien in beeld bij de tandarts en/of mondhygiënist. Ook vergoeding van vervoer naar de mondpraktijk werd genoemd.

“ ... als je die financiële drempel wilt verlagen ... ja, om wat voor zorg gaat het dan? Wat mij betreft gaat het om preventieve zorg, om inderdaad extracties en vullingen, en niet meer dan dat. Maar dan denk ik dat je voor toch een aanzienlijke groep een drempel wegneemt, en het mooiste zou zijn als je er dan toch ook nog iets aan kunt verbinden van die saneringskaart van vroeger, hè, dat als je ten minste twee keer per jaar komt, dat dan die vergoeding geldt, want dan raak je mensen niet uit beeld, wat nu wel gebeurt. ” (tandarts-geriatrie)

Bekostiging van zorg

Facilitering van mondzorg aan huis

Huisbezoeken door tandartsen en andere mondzorgverleners werden zeer vaak genoemd als belangrijke drempelverlagende activiteit bij kwetsbare ouderen die zo veel mogelijk gefaciliteerd zou moeten worden. Een vergoeding per aantal geïnvesteerde minuten (inclusief reistijd) zou daarbij kunnen helpen. Overigens werd opgemerkt dat elke tandarts een eed of gelofte afgelegd heeft waarin staat dat mondzorg aan huis moet worden geleverd. Ook gestructureerde planning van deze zorg zou hierbij kunnen helpen, bijvoorbeeld aan het einde van de dag. De Klinische praktijkrichtlijn “Mondzorg aan huis geboden kwetsbare ouderen” (KIMO, 2021) voor ouderen die niet of moeilijk naar de praktijk kunnen komen geeft handvatten hoe deze zorg vormgegeven zou moeten worden.

Vergoeding voor ouderenzorg

Naar het voorbeeld van de huisartsgeneeskunde zou ook in de mondzorg een speciale vergoeding kunnen worden ingevoerd voor ouderenzorg, was de suggestie van enkele deelnemers aan het interview. Voor kwetsbare ouderen zou dan een hoger tarief kunnen worden gerekend dan voor andere patiënten. Dit zou kunnen gelden voor ouderen die kwetsbaar zijn in het algemeen, dus niet alleen met betrekking tot de mond. Bovendien zouden tandartsen of mondhygiënist die zich op ouderenzorg toeleggen daarvoor beloond kunnen worden, bijvoorbeeld door een apart declaratiesysteem in te voeren voor degenen die een opleiding geriatrie hebben gedaan. Ook zou er een financiële stimulans kunnen komen voor multidisciplinaire samenwerking, zoals deelname aan een multidisciplinair overleg (MDO), compensatie van gemiste patiëntconsulten door die MDO-deelname, het volgen van een opleiding geriatrie, of het uitwisselen van gegevens. Verder gaven meerdere tandartsen en mondhygiënist aan liever betaald te willen worden op basis van de tijd die ze besteden aan een patiënt dan op basis van verrichtingen die ze doen.

Vergoeding voor niet behandelen

Bij kwetsbare ouderen kan het beter zijn om een mogelijke behandeling achterwege te laten. Daarom zou een tandarts beloond kunnen op het moment dat een oudere patiënt de tanden behoudt en een goed functionerende mond heeft zonder implantaten en extracties te hebben hoeven ondergaan. Als mogelijk faciliterend systeem werd een abonnementsstructuur genoemd, waarbij de patiënt een vast bedrag per jaar betaalt dat normaal gesproken genoeg is om de

mondfunctie te behouden; eventuele kosten die dat bedrag overschrijden worden vervolgens betaald door de tandarts, die op die manier gemotiveerd zou kunnen worden om meer te doen aan preventie in samenwerking met mondhygiënist wiens primaire taak immers de preventie is, en minder aan behandeling (Bron: enquête).

5.4 Voorbeelden uit het buitenland

Uit de interviews en de enquête kwamen geen duidelijke voorbeelden uit het buitenland naar voren waarin bepaalde financieringssystemen tot aantoonbaar beter mondzorg leiden voor thuiswonende kwetsbare ouderen.

Uit de verkenning van de literatuur komt een studie van Allin (2020) naar voren die de verzekeringssystemen in een aantal landen beschrijft aan de hand van de breedte, omvang en diepte van de dekking, waarbij de doelgroep die gedekt wordt verwijst naar “de breedte”, de zorg die gedekt wordt naar “de omvang” en de kosten die gedekt worden naar “de diepte”. Allin onderscheidt vier soorten dekkingsmodellen:

1. Diepe publieke dekking van basale mondzorg voor een strikt gedefinieerde subgroep van ouderen (Alberta, New South Wales en Italië)
2. Universele, ondiepe dekking van basale zorg voor alle ouderen (Engeland, Frankrijk, Zweden).
3. Universele, diepe dekking van basale zorg voor alle ouderen (Duitsland)
4. Ondiepe dekking van basale zorg voor sommige subgroepen (VS)

In vijf van de acht onderzochte verzekeringssystemen (VS, Zweden, Italië, Alberta, New South Wales) is hogere leeftijd een criterium voor de bepaling van de dekking. Preventieve mondzorg wordt gestimuleerd in Duitsland en Zweden: in Duitsland krijgen patiënten diepere dekking als zij regelmatig preventieve controles laten doen en in Zweden wordt preventieve mondzorg tot een bepaald bedrag vergoed; overschrijdingen van dat bedrag worden door de patiënt zelf betaald. In een andere internationale studie (Al-Nasser 2020) werd gevonden dat in Japan ouderen minder hoeven te betalen voor mondzorg dan andere leeftijdsgroepen en in het Verenigd Koninkrijk is mondzorg goedkoper of gratis voor mensen die inkomensondersteuning ontvangen. Volgens Allin is er enig bewijs in de literatuur dat kostenbarrières die ouderen ervaren voor mondzorg lager zijn bij universele, ondiepe dekking dan bij gerichte, diepe dekking (Allin 2020).

6 Samenvatting en conclusies

In dit rapport werd verkend hoe het momenteel staat met de mondgezondheid van thuiswonende kwetsbare ouderen en de mondzorg aan deze groep. Daarbij was een belangrijke vraag in hoeverre mondzorg beschouwd kan en moet worden als onderdeel van integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis en welke stappen noodzakelijk zijn om mondgezondheid ook daadwerkelijk een plek te kunnen geven in integrale zorgprogramma's voor thuiswonende kwetsbare ouderen binnen de eerstelijns zorg. Om deze vragen te beantwoorden is op basis van een literatuurverkenning, interviews met experts en een bredere enquête onder zorgverleners betrokken bij de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen gekeken wat belangrijke randvoorwaarden zijn voor kwalitatief goede zorg aan deze groep, welke knelpunten men tegen komt in de praktijk en welke oplossingsrichtingen denkbaar zijn.

Mondzorg als onderdeel van integrale zorg aan kwetsbare ouderen

Dit onderzoek maakt duidelijk dat aandacht voor mondzorg integraal onderdeel zou moeten zijn voor de zorg van kwetsbare ouderen thuis. Met name de relatie tussen mondgezondheid enerzijds en algemene gezondheid en kwetsbaarheid anderzijds rechtvaardigt dit. Voor goede mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen worden in de literatuur en door zorgverleners in de enquête en interviews in grote lijnen dezelfde zes stappen onderscheiden als in de Handreiking Kwetsbare ouderen Thuis, om te komen om te komen tot persoonsgerichte, proactieve, samenhangende zorg en ondersteuning voor deze doelgroep. De Handreiking Kwetsbare ouderen Thuis is in 2020 herzien en begin dit jaar verscheen de herziene versie op BeterOud.nl. In deze herziene versie wordt er al wat meer aandacht besteed aan mondzorg en wordt verwezen naar de recent verschenen praktijkwijzer (KNMT,2020).

De resultaten met betrekking tot randvoorwaarden voor kwalitatief goede zorg, huidige knelpunten en oplossingsrichtingen, worden samengevat in onderstaande tabellen. Iedere tabel heeft betrekking op één of meerdere stappen uit de Handreiking Kwetsbare ouderen thuis. In het kort laten de tabellen het volgende zien:

Randvoorwaarden

Binnen kwalitatief goede mondzorg wordt het belang van vroegtijdige signalering van (het risico op) mondproblemen onderkend; een multidomein analyse om de kwetsbaarheid van de oudere vast te stellen; een mondzorgplan dat aansluit bij en rekening houdt met die kwetsbaarheid; en multidisciplinaire samenwerking en continuïteit in de behandeling indien problematiek daar om vraagt. Daarnaast worden belangrijke randvoorwaarden genoemd voor kwalitatief goede mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen waaronder bewustzijn onder zorgprofessionals van het belang van een goede mondgezondheid; het gevoel van een gezamenlijke verantwoordelijkheid om problemen aan te pakken; goede voorlichting aan de oudere (en hun naasten); een toegankelijke mondzorg, zowel logistiek als financieel; scholing en voorlichting aan zorgprofessionals op het gebied van kwetsbaarheid en mondzorg; en het formuleren van kwaliteitsindicatoren om inspanningen op deze terreinen te kunnen volgen.

Knelpunten

In de praktijk blijkt het geven van kwalitatief goede mondzorg als omschreven nog niet zo eenvoudig en loopt men tegen de nodige knelpunten aan. De belangrijkste daarbij zijn een gebrek aan

bewustzijn over het belang van mondgezondheid en daarmee samenhangend dat de noodzaak niet altijd wordt gezien bij ouderen zelf en bij niet-mondzorg verleners om aandacht te hebben voor een gezonde mond; de motivatie bij sommige mondzorgverleners ontbreekt om kwetsbare ouderen te behandelen vanwege de complexiteit en te weinig financiële prikkels; voor de kwetsbare oudere de zorg slecht toegankelijk is, zowel in logistiek als financieel opzicht; de algehele financieringsstructuur en bekostiging niet past op multidisciplinaire en integrale zorg voor ouderen waar ook mondzorg deel van zou moeten uitmaken; er te weinig kennis en vaardigheden zijn bij mondzorgverleners om kwetsbaarheid te herkennen en hier mee om te gaan; andersom bij niet-zorgverleners te weinig kennis en vaardigheden zijn om mondproblemen te herkennen en hier preventief aandacht aan te besteden; de capaciteit te beperkt is onder alle betrokken zorgverleners; er weinig samengewerkt wordt en mondzorgverleners in de praktijk daar ook niet automatisch toe bereid zijn; en de patiënt vaak uit beeld is of niet gemotiveerd is om aandacht te besteden aan de mond.

Oplossingsrichtingen

In dit rapport worden tal van oplossingsrichtingen geboden om met deze knelpunten om te gaan. Oplossingen liggen op het gebied van tijdige signalering, preventie, samenwerking, voorlichting, het creëren van bewustzijn, persoonsgerichte zorg, ondersteuning van zelfzorg en financiering en bekostiging. Ook bevat dit rapport voorbeelden van best-practices (zie hoofdstuk 7).

Methodologische kanttekeningen

Het onderzoek waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan was een verkennende studie die binnen een kort tijdsbestek is uitgevoerd. Hierdoor hebben we waarschijnlijk niet alle relevante literatuur in binnen en buitenland kunnen meenemen. We zijn echter van mening dat we op basis van de bestudeerde literatuur wel een goed beeld hebben gekregen van de actuele situatie rond de mondzorg en mondgezondheid van kwetsbare ouderen. Dit beeld werd bevestigd in de interviews en in de enquête waarin men vrij unaniem was over de belangrijkste knelpunten en gewenste oplossingsrichtingen met betrekking tot de mondzorg aan kwetsbare thuiswonende ouderen. Aan dit onderzoek hebben vooral veel tandartsen, tandartsen-geriatrie en mondhygiënisten meegewerkt. Ook de groep (vertegenwoordigers van-) ouderen was redelijk groot. De groep eerstelijnszorgverleners was beperkter in omvang. Hoewel dit ook als een signaal gezien kan worden over hoe mondzorg leeft bij eerstelijns zorgverleners, is het belangrijk om ook met deze zorgverleners het gesprek over mondzorg te blijven voeren. Dit onderzoek liet zien dat voor een kwalitatief goede mondzorg aan kwetsbare thuiswonende ouderen multidisciplinaire samenwerking onmisbaar is.

Stap 1 signalering en doorverwijzing

Randvoorwaarden	Knelpunten	Oplossingsrichtingen
Oudere in beeld mondzorg	<ul style="list-style-type: none"> - Oudere en naaste mist motivatie of ziet noodzaak niet tot mondzorg; - Kwetsbaarheid oudere en kwetsbaarheid mond barrière voor bezoek mondzorgverlener; - Angst voor tandarts; - Gebrek aan regelmatige screening/ follow-up vanuit mondzorgverlener; - Financieringsstructuur (verkeerde prikkels waardoor meer edentate ouderen); 	<ul style="list-style-type: none"> - Gerichte case-finding; - Voorlichting over belang mondzorg en relatie met welbevinden; - Ouderen meer zelf verantwoordelijk maken (eigen regie ondersteunen); - Mantelzorgers en informele zorgverleners betrekken zoals vrijwillige ouderenadviseurs en cliëntondersteuners van seniorenorganisaties;

	<ul style="list-style-type: none"> - Ontbreken mondzorgplan 	<ul style="list-style-type: none"> - Eerstelijnszorgverleners betrekken voor signalering; - Gezamenlijk mondzorgplan
<p>Signalering op (mogelijke) mondproblemen vanuit eerste lijn</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Onvoldoende kennis en vaardigheden om signalen te herkennen bij zorgverleners eerste lijn; - Verantwoordelijkheid/noodzaak om te signaleren wordt onvoldoende gevoeld; - Geen standaard onderdeel eerstelijns zorg; - Geen financiering; 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewustzijn vergroten; - Verantwoordelijkheidsgevoel vergroten; - Scholing / opleiding; - Gebruik screeningsinstrumenten; - Kwaliteitscriteria zorg opstellen en monitoren; - Andere bekostiging
<p>Signalering op (mogelijke) mondproblemen vanuit sociale omgeving</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Onvoldoende kennis bij mantelzorgers 	<ul style="list-style-type: none"> - Mantelzorgers en informele zorgverleners betrekken zoals vrijwillige ouderenadviseurs en cliëntondersteuners van seniorenorganisaties via voorlichting
<p>Signalering op kwetsbaarheid door mondzorgverleners</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alertheid op kwetsbaarheid vindt niet systematisch plaats; - Gebrek aan kennis om kwetsbaarheid te herkennen en hier mee om te gaan; - Kwetsbare patiënten worden soms uit de weg gegaan/ financieel minder aantrekkelijk om te behandelen 	<ul style="list-style-type: none"> - Scholing zorgverleners; - Mondzorgverleners met kennis over en affiniteit met ouderen; - Financieringsstructuur
<p>Adequate verwijzing</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Verwijsmogelijkheden ontbreken of zijn niet bekend; - Geen financiering 	<ul style="list-style-type: none"> - Eenvoudigere verwijzing bijvoorbeeld via Zorgdomein; - Verwijsmogelijkheden in de regio's; - Samenwerking beroepsgroepen; - Teledentistry; - Ander bekostigingssysteem;
<p>Multidisciplinaire samenwerking</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Samenwerking ontbreekt; - Beeldvorming over en weer hindert samenwerking; - Taakopvatting; - Geen financiering; 	<ul style="list-style-type: none"> - Samenwerkingsplatform creëren en regelmatige contactmomenten inplannen; - Mondzorg gezamenlijke verantwoordelijkheid maken; - Multidisciplinair zorgplan; - Regisseur aanwijzen; - Gebruik maken van best practices
<p>Laagdrempelige zorg voor oudere</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Te duur; - Moeilijk bereikbaar 	<ul style="list-style-type: none"> - Laagdrempelige zorg aan huis; - Telefonische spreekuren; - Financiële drempels wegnemen

Stap 2 & 3 Gesprek met de oudere & multi-domein analyse

Randvoorwaarden	Knelpunten	Oplossingsrichtingen
Levensloopbestendige mondzorg	<ul style="list-style-type: none"> - Mondzorg vindt vooral reactief en niet preventief plaats - Mondzorgplan beweegt onvoldoende mee met de ontwikkelingen in kwetsbaarheid oudere - Wensen en mogelijkheden ouderen staan onvoldoende centraal 	<ul style="list-style-type: none"> - Betere signalering/ gebruik signaleringsinstrumenten - Aandacht voor preventie en goede mondverzorging - Beroep doen op eigen regie oudere - Start vroeg met een behandelplan als problemen nog niet zo groot zijn - Regelmatige follow up
Wensen en mogelijkheden van de oudere zijn leidend	<ul style="list-style-type: none"> - Wensen worden onvoldoende verkend; - Onbekendheid met kwetsbaarheden en hoe daar mee om te gaan barrière bij mondzorgverlener - Keuzes behandeling vaak gedreven door financiële prikkels waardoor niet noodzakelijke behandelingen - Onvoldoende afstemming met zorgverleners die de oudere kennen 	<ul style="list-style-type: none"> - Goede voorlichting aan oudere - Transparant zijn over behandelopties en argumenten - Aansluiten bij attitude van oudere ten aanzien van mondzorg - Barrières voor oudere verkennen en hiermee rekening houden - Wensen en behoeften als uitgangspunt nemen voor behandelplan en samenwerking (zorg op maat) - Sociaal netwerk oudere betrekken
Multi-domein analyse kwetsbaarheid	<ul style="list-style-type: none"> - Onvoldoende afstemming met eerste lijn - Link naar algehele gezondheid en welbevinden wordt te weinig gelegd - Gebrek aan kennis bij mondzorgverleners over domeinen van kwetsbaarheid 	<ul style="list-style-type: none"> - Samenwerking met zorgverleners die bekend zijn met oudere - Anamnese door tandarts-geriatrie of specialist ouderengeneeskunde - Scholing aan mondzorgverleners op gebied kwetsbaarheid
Shared-decision making	<ul style="list-style-type: none"> - Beperkte voorlichting aan oudere - Onvoldoende transparantie ten aanzien van behandelopties en voor en nadelen daarvan - Te weinig tijd voor oudere om mee te beslissen - Informatie vaak te ingewikkeld en niet op maat - Onvoldoende gesprekstechnieken bij mondzorgverlener - Cognitieve en andere beperkingen bij de oudere 	<ul style="list-style-type: none"> - Meer tijd plannen voor voorlichting, anamnese en gezamenlijke besluitvorming - Zorg voor begrijpelijke informatie en communicatie en houd rekening met aanwezige beperkingen (op maat) - Zorg voor voldoende tijd - Check of oudere het begrepen heeft - Stuur het mondzorgplan voor akkoord naar de oudere en mantelzorger

Stap 4 & 5 Mondzorgplan & Multidisciplinaire samenwerking

Randvoorwaarden	Knelpunten	Oplossingsrichtingen
Afstemming mondzorg en eerste lijn	<ul style="list-style-type: none"> - Samenwerking niet vanzelfsprekend; noodzaak wordt niet gevoeld en vaardigheden ontbreken - Onderlinge beeldvorming - Taakopvattingen - Financiering is er niet op ingericht - Capaciteit ontbreekt 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewustzijn vergroten - Verantwoordelijkheidsgevoel vergroten - Heldere taakverdeling - Scholing / opleiding - Kwaliteitscriteria zorg opstellen en monitoren - Passende bekostigingsstructuur - Logistieke drempels voor samenwerking wegnemen
Gezamenlijk mondzorgplan	<ul style="list-style-type: none"> - Motivatie mondzorg oudere - Te weinig kennis en vaardigheden onder betrokken zorgverleners om taken te kunnen uitvoeren - Verantwoordelijkheid wordt onvoldoende gevoeld 	<ul style="list-style-type: none"> - Aansluiten bij attitude oudere ten aanzien van mondzorg - (Bij-) scholing van betrokken zorgverleners en mantelzorgers - Betrek zorgverleners die de oudere al kennen of maak gebruik van informele zorgverleners - Sturen op gezamenlijke verantwoordelijkheid: acties en evaluatiemomenten plannen - Zorg zo inrichten dat zorgplan makkelijk gedeeld kan worden (gezamenlijk zorgdossier, regelmatig multidisciplinair overleg)
Integrale zorg, passend bij algemeen zorgplan oudere	<ul style="list-style-type: none"> - Link mondzorg algemene gezondheid is niet altijd duidelijk - Kwetsbaarheid mond en kwetsbaarheid ouderen stelt grenzen aan mondzorg mogelijkheden 	<ul style="list-style-type: none"> - Alleen noodzakelijke mondzorg uitvoeren - Gericht op preventie en/of behoud van kwaliteit van leven
Bepalen rollen en verantwoordelijkheden	<ul style="list-style-type: none"> - Gebrek aan tijd en vaardigheden bij mondzorgverleners om voortouw in samenwerking te nemen - Weerstand tegen samenwerken 	<ul style="list-style-type: none"> - Coördinator bepalen. Hangt samen met de type kwetsbaarheid van de oudere en het aandeel mondzorg daarin.

Stap 6 Uitvoer mondzorgplan en opvolging

Randvoorwaarden	Knelpunten	Oplossingsrichtingen
Opvolgen afspraken in mondzorgplan	Oudere raakt uit beeld	<ul style="list-style-type: none"> - Proactieve zorgplanning - Regelmatige controle van toestand mond en bijstellen zorgplan - Laagdrempelige zorg - Casefinding en actieve verwijzing
Continuïteit in samenwerking	<ul style="list-style-type: none"> - Beperkte capaciteit - Gebrek aan financiële prikkels 	<ul style="list-style-type: none"> - Digitale toepassingen en teledentistry - Maak gebruik van informele zorgverleners - Vaste overleggen inplannen - Taakverdeling en wijze van evalueren vastleggen - Gezamenlijk zorgplan en zorgdossier als basis
Sturen op zelfzorg oudere en preventie	<ul style="list-style-type: none"> - Gebrek aan kennis en vaardigheden bij oudere voor zelfzorg - Gebrek aan kennis en vaardigheden bij mantelzorgers en thuiszorg om zelfzorg te ondersteunen - Kwetsbaarheid oudere - Noodzaak wordt niet gezien door oudere zelf, de mantelzorger of betrokken zorgverleners 	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmatige scholing en instructie aan betrokken partijen - Drempels voor zelfzorg verlagen bijvoorbeeld door te voorzien in juiste materialen/ telefonisch spreekuur bij vragen - Zelfzorg laten aansluiten bij wensen en mogelijkheden - Ouderen waardoor hij meer gemotiveerd is - Mondverzorging vanzelfsprekender maken in reguliere contacten zorg - Mondzorg aan huis

7 Best Practices

In dit hoofdstuk worden enkele Best Practices beschreven die tijdens het project naar voren kwamen. Ze werden genoemd in de literatuurverkenning, de interviews, de enquête of tijdens de bijeenkomsten met de begeleidingscommissie. We pretenderen hiermee geenszins om volledig te zijn. Er is immers niet systematisch gezocht naar Best Practices. Wel laten de voorbeelden zien dat het onderwerp mondzorg aan kwetsbare ouderen leeft en dat er veel initiatieven op dit terrein plaats vinden om de zorg te verbeteren.

Algemeen

Stichting De Mond Niet Vergeten (DMNV)

Een belangrijke organisatie die zich richt op mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen is de stichting De Mond Niet Vergeten! (DMNV). Veel van de Best Practices die genoemd werden tijdens dit onderzoek zijn ook terug te vinden op de website van deze stichting. DMNV zet zich in voor goede mondzorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie en is een vervolg op het programma De Mond Niet Vergeten! dat een initiatief was van SBT, IDé, KNMT, ACTA en VU. Stichting DMNV is een gezamenlijk initiatief van de KNMT, NVM en ONT. De stichting ontvangt subsidie van het Ministerie van VWS om de volgende resultaten te bereiken:

- Ouderen en hun naasten kennen het belang van een goede mondgezondheid en weten hoe ze daarvoor kunnen zorgen.
- Als zelfzorg te kort schiet, wordt dit tijdig gesignaleerd en wordt er de nodige hulp geboden door thuiszorg en/of naasten.
- Als het bezoek aan de tandarts wordt overgeslagen, wordt dit tijdig gesignaleerd en wordt de oudere verwezen en gemotiveerd tot een bezoek aan een mondzorgpraktijk.

Om deze resultaten te bereiken wordt op dit moment gewerkt aan vier activiteiten:

- Een landelijke bewustwordingscampagne.
- Een landelijke implementatie van de praktijkwijzer 'Zorg aan ouderen in de algemene mondzorgpraktijk'.
- Verankeren van de mondzorg binnen opleidingen in de zorg, richtlijnen en protocollen.
- Landelijke implementatie van de materialen van 'De Mond Niet Vergeten!' onder de noemer '100.000 monden gezonder'.

De website bevat heel veel informatie, tools en hulpmiddelen voor mondzorgprofessionals, thuiszorgmedewerkers, huisartsen en andere zorgverleners voor goede mondzorg aan kwetsbare ouderen thuis.

Relevante websites

- <https://info.demondnietvergeten.nl/>
Uitgebreide site met praktische informatie voor ouderen, hun mantelzorgers en professionals
Doelgroep: iedereen betrokken of geïnteresseerd in de mondzorg voor ouderen
- <https://mondzorgbijouderen.info>
Op deze website is alle informatie te vinden (voor de ouderen/cliënt en hun naasten) over het behoud van een gezonde mond bij het ouder worden. Mondzorgbijouderen.info is gericht op het geven van informatie aan de thuiswonende kwetsbare ouderen en voor het verlenen van

mondzorg door hun naasten en hulpverleners. In deze rubriek is er volop aandacht voor de vraag hoe de hulp voor beide partijen zo aangenaam mogelijk kan verlopen.

Doelgroep: ouderen, mantelzorgers, professionals in de thuiszorg

- <https://www.zorgvoorbeter.nl>

Deze website is voor zorgverleners in de ouderenzorg met informatie over onder meer dementie en mondverzorging.

Doelgroep: niet-mondzorgprofessionals in thuiszorg en verzorgingstehuizen

- <https://www.gerodontologie.nl>

De NVGd zet zich in het bijzonder in voor de bevordering van de kwaliteit van de mondzorg en mondgezondheid van kwetsbare en zorgafhankelijke ouderen. De website is een bemiddelingssite voor professionals. Zorginstellingen en thuiszorg kunnen hier mondzorgverleners vinden die zich richten op mondzorg voor (kwetsbare) ouderen.

Tandartsen, mondhygiënist en tandprotheticus kunnen zien welke instellingen op zoek zijn naar een mondzorgverlener.

Doelgroep: professionals

- <https://allesoverhetgebit.nl>

Infosite over mondgezondheid, de tandartspraktijk en kosten en vergoedingen

Doelgroep: professionals en patiënten

- <https://www.speekselcentrum.nl>

Bij een ernstig droge mond, waar de tandarts, mondhygiënist of huisarts geen raad mee weten, kunnen ouderen terecht bij het Nederlands Speekselcentrum.

Doelgroep: ouderen

Best Practices op het gebied van bewustwording

Informatiecampagne

Als vervolg op de eerdere activiteiten is de stichting De Mond Niet Vergeten! een informatiecampagne gestart om het belang van de aandacht voor mondverzorging bij thuiswonende (kwetsbare) ouderen te vergroten. Met de campagne richten ze zich primair op (kwetsbare) ouderen en hun mantelzorgers. De campagne heeft een positieve insteek. De kernboodschap is: 'aandacht voor de mond houdt ook ouderen gezond!' Hierbij wil DMNV! duidelijk maken wat de belangrijke signalen zijn om een eventueel probleem in de mond te herkennen: adem; pijn; kauwen.

Als er op één van deze drie onderwerpen iets niet goed gaat, dan hoort dat niet automatisch bij ouder worden, maar kan dat duiden op een probleem in de mond. Denk bijvoorbeeld aan een ontsteking, een slecht zittende prothese, een droge mond door medicatiegebruik etc. In heel veel gevallen is daar iets aan te doen en daar wil DMNV! de thuiswonende (kwetsbare) ouderen en hun mantelzorgers op wijzen. De campagne wordt gefinancierd door het ministerie van VWS. Ook krijgt de campagne steeds meer aandacht via vakbladen, artikelen (Van H0, 2021) en landelijke dagbladen als de Telegraaf en Trouw.

Best practices op het gebied van scholing en voorlichting

Praktijkwijzer "Zorg aan kwetsbare ouderen in de mondzorgpraktijk" (KNMG, 2020)

Deze praktijkwijzer is bedoeld voor tandartsen, mondhygiënist, tandprotheticus en hun ondersteunend team. Want praktijken krijgen door de vergrijzing steeds vaker te maken met oudere

patiënten, die door toenemende immobiliteit en gezondheidsklachten specifieke aandacht en zorg vragen. Maar die zorg stelt eisen aan de inrichting en organisatie van de mondzorgpraktijk, aan de samenwerking tussen de zorgverleners en aan hun kennis. De praktijkwijzer helpt daarbij. Het document is ontwikkeld door de KNMT en wordt onderschreven door de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM) en de Organisatie van Nederlandse Tandprotheticen (ONT). Samen vormen zij de partijen binnen de stichting De Mond Niet Vergeten!, die zich inzet voor goede mondzorg van kwetsbare ouderen in de thuissituatie. (www.knmt.nl/pwouderen).

De Praktijkwijzer is door de stichting De Mond Niet Vergeten! ook aangeboden aan de initiatiefnemers van de Handreiking Kwetsbare Ouderen waarmee zij hopen dat deze een plek krijgt in de herziene versie van de Handreiking.

Doelgroep: professionals werkzaam in de mondzorg

Module Mondzorg voor studenten en docenten van MBO en HBO verpleeg-/en verzorgingsopleidingen

Met subsidie van ZonMW is door Hogeschool Utrecht, ROC Midden Nederland en het NUZO (Netwerk Utrecht Zorg voor Ouderen) deze module ontwikkeld om de verpleegkundigen en de verzorgenden bewust te maken van het belang van de goede mondgezondheid bij ouderen. Het gaat ook in op mondzorg bij specifieke groepen zoals ouderen met dementie of de ziekte van Parkinson. Het materiaal is te vinden op de website Zorg Voor Beter. Voor huidige zorgprofessionals zijn workshops en trainingen beschikbaar.

Doelgroep: verplegenden en verzorgenden

Website Waardigheid & Trots

Website voor verplegenden en verzorgenden met scholingsmateriaal over mondzorg bij kwetsbare ouderen <https://www.waardigheidentrots.nl/tools/overzicht-mondzorg-scholingmaterialen/>

Doelgroep: verplegenden en verzorgenden

Het Poetsboek

Alles wat men moet weten voor het behoud van een goede mondgezondheid bij het ouder worden staat in Het Poetsboek. Het bevat aanwijzingen voor de dagelijkse mondverzorging, bedoeld voor ouderen en voor de mensen die hen hierbij ondersteunen, zoals naasten en thuiszorgmedewerkers. Het Poetsboek gaat niet alleen over de techniek van het poetsen. Het gaat ook over emoties als er hulp nodig is bij het poetsen en over hoe je de hulp voor allebei plezierig kunt laten verlopen.

Doelgroep: Ouderen en hun verzorgers

De Swipeguide “de droge mond”

Een app die professionals ondersteunt bij de mondzorg voor kwetsbare ouderen en specifiek de ouderen met een droge mond. Via de mobiele telefoon of computer kan men als professional deze taakondersteuning raadplegen. De Swipeguide ‘de droge mond’ is opgebouwd uit drie instructies: het signaleren van de noodzaak, het beoordelen van de factoren en een ondersteunende aanpak. In totaal zijn er nu zes instructies beschikbaar.

Doelgroep: professionals werkzaam in de mondzorg

Het Doorleefplan Dementie

Ter ondersteuning van de vroegdiagnostiek binnen de mondzorg heeft geriater Paul Dautzenberg een praktisch handboek gemaakt voor mensen met dementie, hun mantelzorgers en casemanagers dementie, het Doorleefplan Dementie. Hierin staat een

hoofdstuk mondzorg/verzorging met veel praktische tips van de hand van Peter de Goede, tandarts-geriatrie. <https://www.jeroenboschziekenhuis.nl/sites/default/files/documents/2019-01/geriatrie-doorleefplan-dementie.pdf>

Congressen Buurtzorg.nl

Op deze congressen is er veel aandacht voor thuiswonende kwetsbare ouderen en ook voor mondzorg. <https://www.buurtzorgnederland.com/>

Doelgroep: verplegenden en verzorgenden, vrijwilligers

KBO-Brabant

Wekelijks houdt Peter de Goede, tandarts-geriatrie een gratis telefonisch spreekuur voor ouderen en hun naasten voor al hun vragen over mondgezondheid en mondzorg.

Doelgroep: leden KBO, maar ook niet leden – bijvoorbeeld mantelzorgers en thuiszorgmedewerkers

KBO-Brabant

Tandarts-geriatrie Peter de Goede is aanwezig op de Vitaliteitsdagen en informatiebijeenkomsten van KBO-Brabant om tips en informatie te geven voor een gezond gebit.

Doelgroep: professionals werkzaam in de mondzorg

Claar van der Maarel - Wierink – aandacht samenwerking in opleiding

“Ik ben voorzitter van de opleiding Tandarts-geriatrie en sinds een jaar werk ik nu voor ACTA om ook onderwijs voor de kwetsbare ouderen te ontwikkelen en te implementeren in het curriculum, omdat het gewoon ontbrak. Dus daar is nu een aardig begin mee gemaakt, maar dat wil ik graag verder ontwikkelen en interprofessionele samenwerking maakt daar wat mij betreft een belangrijk onderdeel van uit; dus daarom ben ik dit jaar ook gestart met een pilot van stages, waarin een geneeskundestudent en een tandheekundestudent samen een kwetsbare oudere interviewen. Daar moeten ze samen een verslag over schrijven en dan vooral ook natuurlijk de medisch tandheekkundige interactie beschrijven en daarbij aangeven waar eventueel verbetering in de zorg mogelijk zou zijn. Het betrof nu een klein groepje van tien koppels, maar het werd wel echt gewaardeerd en ze hebben het ook heel goed gedaan, dus dat is iets wat ik wel heel graag wil uitbreiden en vast onderdeel voor het hele jaar zou willen maken eigenlijk.” (Bron: interview)

Best practices op het gebied van signalering

Screeningsformulier en verwijsformulier DMNV!

Formulier voor professionals om samen met de cliënt en diens naaste te beoordelen of de oudere zelf nog de mond kan verzorgen en/of er aandacht besteed moet worden aan mondzorg. Het screeningsinstrument ondersteunt bij het uitvoeren van een onderzoek in de mond om zo na te gaan over er zich problemen in de mond voor doen en of de cliënt wel of niet doorverwezen kan worden naar een mondzorgverlener. In dit formulier staan vragen over de gebitssituatie, het bezoek aan de mondzorgpraktijk en de mondverzorging. <https://info.demondnietvergeten.nl/wp-content/uploads/2020/06/Screeningsformulier-Interactief.pdf>.

Een belangrijk onderdeel van het instrument is de observatie of een oudere zelf de mond kan verzorgen. Lukt dat niet, dan kan tijdig ondersteuning geboden worden door dit op te nemen in het algemene zorgplan. Als de oudere hulp van een mondzorgverlener nodig en hiermee ook akkoord gaat, wordt samen met de oudere het verwijsinstrument ingevuld. Het volledig ingevulde screenings-

en verwijsformulier worden a een mondzorgverlener gestuurd.

<https://info.demondnietvergeten.nl/wp-content/uploads/2020/06/Verwijsformulier-Interactief.pdf>

Doelgroep: professionals werkzaam in de mondzorg

Buitenlandse screeningsmaterialen

Screeningsmaterialen:

Er zijn vragenlijsten/instrumenten beschikbaar voor signalering van kwetsbaarheid voor professionals die in de mondzorg werkzaam zijn. Bijvoorbeeld de Clinical Frailty Scale (http://geriatricresearch.medicine.dal.ca/clinical_frailty_scale.htm) and Care Dependency Scale (<https://meetinstrumentenzorg.nl/instrumenten/care-dependency-scale-zorgafhankelijkheidsschaal/>) kan gebruikt worden om de impact van frailty, zorgafhankelijkheid en handicaps op mondgezondheid te bepalen, zodat zorgplannen daarop kunnen worden afgestemd. De Oral Health Impact Profile (<https://www.ntvt.nl/tijdschrift/editie/artikel/t/oral-health-impact-profile>) en de Geriatric Oral Health Assessment Index

(<https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-016-0227-0>) zijn subjectieve meetinstrumenten die kunnen worden gebruikt om het type geriatrisch syndroom en het risico op frailty te bepalen bij een patiënt. De geriatrische 5 M's (mind, mobility, medications, multicomplicity, and matters most) zijn essentieel voor de planning van (mond)zorg bij geriatrische patiënten.

Hulpmiddelen bij doorverwijzing:

Als screening, triage of beslissen om al dan niet naar een tandheelkundige te verwijzen het doel is kunnen de OHAT (voorheen BOHSE; <https://siphidaho.org/comhealth/ship/KM05-Oral-Health-Assessment-Tool-for-Primary-Care.pdf>) en de ROAG (DOI:10.1111/ger.12014) worden gebruikt.

Best practices op het gebied van logistieke toegankelijkheid van zorg

Praktijkwijzer 'Zorg aan kwetsbare ouderen in de mondzorgpraktijk' (KNMT, 2020)

Praktijkrichtlijn Mondzorg aan huis: Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) (2021). Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen: klinische praktijkrichtlijn. Utrecht: KIMO.

Mondzorg aan huis (onder andere <https://www.mondzorgplus.nl>; <https://stichtingmondzorg.nl>)

Best practices op het gebied van proactieve zorgplanning en mondzorgplan

Mondverzorgingsplan door mondhygiënist

Door een mondhygiënist werd het bijhouden van een mondverzorgingsplan van ouderen in de praktijk vanaf 70 jaar aanbevolen. Een mondhygiënist houdt bij wat iemand voor hulpmiddelen gebruikt (bijvoorbeeld elektrische borstel, poetst 2 x per dag, mag wat meer letten op het tandvleesrandje, rode ragertjes van 3mm etc). Administratief zou dit weinig tijd in beslag nemen (kwestie van een paar zinnen noteren in lekentaal). Als dit bij iedere patiënt vanaf 70 jaar wordt bijgehouden, dan is het mondverzorgingsplan op te vragen door bijvoorbeeld mantelzorgers, familie, thuiszorg of huisarts (daarbij wel rekeninghouden met AVG & opvragen) en is het duidelijk wat er nodig is voor een goede mondhygiëne bij de desbetreffende oudere (daarbij dus persoonsgericht). Wellicht zouden mondhygiënist met dit idee iets voor de doelgroep maar ook voor der overige disciplines kunnen betekenen. Voor info: Mondzorg Jonker (<https://www.mondzorgjonker.nl/>)

Best practices op het gebied van multidisciplinaire samenwerking

Project De Mond Niet Vergeten!

In 14 regio's in Nederland werken thuiszorg, huisartsen en mondzorgverleners samen om de mondgezondheid van kwetsbare ouderen te verbeteren. Aan het initiatief ging een pilot vooraf. Het project is een initiatief van Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT), Innovatiekring Dementie (IDé), Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering ter Tandheelkunde (KNMT), Vrije Universiteit (VU) en het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA). Het fonds SAG (van Zilveren Kruis) subsidieert een deel van het project. Zie ook Van Ho ea. (2021) en

<https://info.demondnietvergeten.nl/wp-content/uploads/2019/07/artikel-NT-DMNV-2017-.pdf>.

Voorlopers op het gebied van multidisciplinaire samenwerking in Nederland die ook genoemd worden op de website van de Stichting DMNV! zijn Peter de Goede en Arie Hoeksema. Beiden zijn werkzaam als tandarts-geriatrie. Van beide voorvechters zijn video's beschikbaar met uitleg over hun werkwijzen op de site van DMNV.

Initiatief Peter de Goede

In Brabant en Limburg zijn de tandartsen-geriatrie Peter de Goede en Nicole Teeuwisse er in geslaagd een groot multidisciplinair netwerk op te bouwen rondom kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Binnen dit netwerk worden alle reguliere tandartsen gestimuleerd een oproep te sturen aan alle 70-plussers die langer dan twee jaar niet bij de tandarts zijn geweest. De 70-plussers die niet meer in staat zijn om naar de praktijk te komen, kunnen thuis bezocht worden door een tandarts-geriatrie via een 'consult aan huis'. De consulten beperken zich tot diagnostiek, waarbij gekeken wordt naar de relatie tussen mondgezondheid en algemene gezondheid. Daarnaast wordt beoordeeld of behandeling nog wenselijk dan wel mogelijk is. Om de lijnen kort te houden, wordt het verslag van het consult digitaal verstuurd naar de tandarts en de huisarts. Als behandeling wenselijk is, wordt ook contact opgenomen met mantelzorgers en eventueel geriater, trombosedienst of behandelend specialist. Na dit overleg wordt een voorlopig levensloopbestendig behandelplan opgesteld. De patiënt kan een afspraak maken bij de eigen tandarts. Waar nodig kan in samenwerking met de tandarts-geriatrie het behandelplan uitgevoerd worden. Groot voordeel van deze werkwijze is het feit dat huisbezoeken en het maken van een behandelplan kunnen helpen om het aantal tandartsbezoeken te beperken. De tandarts-geriatrie wordt hier door de huisarts uitgenodigd om deel te nemen aan het multidisciplinair overleg (MDO) in de huisartsenpraktijk. Bij het MDO zijn - op indicatie - ook de thuiszorg, de specialisten ouderengeneeskunde en casemanagers dementie aanwezig. De samenwerking is vooral gericht op vroegdiagnostiek. Het project is opgestart met subsidie van ZonMw.

Voor meer info: <https://www.gerodontologie.nl/uploads/PdeG.pdf>;

<https://tandarts.education/cursussen/multidisciplinaire-diagnostiek-bij-ouderen-in-de-thuissituatie/>

Deltaplan Dementie

Juist voor ouderen met dementie is een goede mondgezondheid van belang, omdat goed en pijnvrij kunnen kauwen de cognitieve achteruitgang mogelijk vertraagt. Het project 'De Mond Niet Vergeten!' is ontwikkeld om de mondgezondheid van thuiswonende ouderen met dementie te verbeteren. Het vindt plaats in tien regio's met een interventie- en controlegroep met daarin een huisartsenpraktijk, mondzorgpraktijk en thuiszorgorganisatie. Voor zorgverleners bestaat de interventie uit scholing en het opnemen van de dagelijkse mondverzorging en mondgezondheid in hun screening. Indien van toepassing nemen zij de dagelijkse mondverzorging op in het zorgleefplan

van de cliënt en/of verwijzen zij naar de mondzorgpraktijk. Op deze manier wordt mondzorg een vast onderdeel in het lokale zorgaanbod voor ouderen met dementie. Voor ouderen en mantelzorgers is voorlichtingsmateriaal ontwikkeld om de bewustwording van het belang van een goede mondgezondheid te ondersteunen. Het effect van het implementatieproject wordt gemeten aan de hand van tandplakmetingen en vragenlijsten bij de ouderen thuis.

Projectleider: Dr. C.D. van der Maarel-Wierink, Stichting voor Bijzondere Tandheelkunde

Contact: c.wierink@sbt.acta.nl

Samenwerkende partijen: Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), Stichting voor Bijzondere Tandheelkunde, Vrije Universiteit Amsterdam, IDé Innovatiekring Dementie, Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, Stichting Humanitas, Laurens, Cordaan, Eveen, Buurtzorg, Agathos Thuiszorg en Saxenburgh Groep

Rol van de POH

Artikel over de rol van de POH bij goede mondzorg aan ouderen.

M. Veenvliet. Goede mondzorg aan kwetsbare ouderen. Hoe je als POH het verschil kan maken

(<https://info.demondnietvergeten.nl/wp-content/uploads/2019/09/Goede-mondzorg-voor-kwetsbare-ouderen-.pdf>)

Clair Wierink – van der Maarel: Samenwerking tandarts en eerstelijns

“Ik heb nu ook een interprofessioneel samenwerkingsverband met zorgverleners in Uithoorn, Aalsmeer, Kudelstaart, Zuid-Oost, dus ik heb allerlei kleine De Mond Niet Vergeten!-netwerkjes, waarmee we dus zo eens in de twee maanden een online overleg hebben. Vaak zet ik dan ook een onderwerp op de agenda, zodat we ook iets van kennisuitwisseling hebben, en daarnaast is dat het moment om ervaringen met elkaar te wisselen. Er zijn best al wel verwijzingen uit voortgekomen dat ik dacht van jeetje, dit is nu daar waar we het voor doen. Dit zijn de kwetsbare ouderen met problemen waar eigenlijk niks uitkomt, omdat die persoon niet weet hoe hij verder moet, en dan door dat interprofessioneel overleg wel het contact met de collega heeft die daar iets mee kan.”

Best practices op het gebied van financiële toegankelijkheid van zorg

Diagnostiek aan huis door tandarts-geriatrie

Peter de Goede (tandarts geriatrie) voert consulten op aanvraag uit bij kwetsbare thuiswonende ouderen. Tijdens dit consult verricht hij een uitgebreid onderzoek ten behoeve van het opstellen en vastleggen behandelplan. Deze consulten worden vergoed door de zorgverzekeraar (prestatie C28). De consulten vinden plaats op verzoek van geriater, tandarts, huisarts, diëtist. Ze worden volledig vergoed, dus zonder eigen bijdrage van de patiënt. Tot nu toe zonder uitzondering. Praktisch werkt het als volgt: De Goede motiveert zijn aanvraag middels het omschrijven van de casus en noemen van de verwijzer en geeft aan dat hij 30-45 minuten nodig heeft voor het maken van een voorlopig behandelplan. Dat plan legt hij voor aan de behandelend tandarts van de patiënt. De kosten zijn bekend en beperkt, veelal eenmalig en de adviezen zijn onafhankelijk; De Goede behandelt immers niet zelf. Tandartsen verwijzen naar De Goede voor het opstellen van een plan, waar nodig doet hij dat aan huis. Omgekeerd verwijst De Goede naar deze tandartsen met affiniteit met ouderen en geeft daarbij het plan door en plant de tijd voor de eerste behandeling zodat het aantal behandelingen beperkt blijft.

Voor meer info: <https://www.gerodontologie.nl/uploads/PdeG.pdf>

Best practices buitenland

- De Mondzorglijn in België
Een gezonde mond is voor kwetsbare ouderen heel belangrijk om gezond te blijven. Het toepassen van een goede mondhygiëne is bij hen vaak moeilijker en daarom ook beduidend slechter dan die van de algemene bevolking. De Mondzorglijn helpt bij een goede mondhygiëne door middel van een implementatieprocedure bestaande uit 7 stappen. Er worden handvaten, materialen en concrete tips aangeboden om mondzorg blijvend te integreren in de dagelijkse zorg. Een implementatieplan is beschikbaar als houvast.
Voor meer info: <https://demondzorglijn.be/>
- Programma in Zweden “OSCAR” leidt de zorgprofessional door vijf kerngebieden in mondzorgplanning (Oral, Systemic, Capability, Autonomy, Reality).
Voor meer info: <https://doi.org/10.1111/j.1754-4505.2000.tb00012.x>
- Seattle Care Pathway (SCP): helpt zorgprofessionals bij de evaluatie van functionele status van patiënten en de risico's daarvan voor hun mondgezondheid; op basis van de functionele status en mate van afhankelijkheid biedt de SCP aanbevelingen voor het type preventie en behandeling per stadium; daarbij geeft ze handvatten voor samenwerking met andere zorgprofessionals. De Seattle care pathway is een praktische gids voor preventieve mondzorg op maat bij ouderen, gericht op het individuele risico en de mate van zelfstandigheid.
Voor meer info: DOI:[10.1111/ger.12098](https://doi.org/10.1111/ger.12098)
- Het Administration for Community Living project helpt groepen om mondzorgprogramma's voor ouderen te starten of verbeteren. De Community Guide to Adult Oral Health Program Implementation is een toolkit om kosteneffectieve, duurzame programma's te ontwikkelen; deze bevat onder andere tips, casuïstiek en interactieve hulpmiddelen.
Voor meer info: <https://oralhealth.acl.gov>

Referenties

- Ahli S. 'Geriatrische mondzorg heeft een Hugo Borst nodig. Verpleging en Verzorging 2021
- Al-Nasser L, Lamster IB. Prevention and management of periodontal diseases and dental caries in the older adults. *Periodontol 2000*. 2020;84(1):69-83.
- Astvaldsdottir A, Bostrom AM, Davidson T, Gabre P, Gahnberg L, Sandborgh Englund G, et al. Oral health and dental care of older persons-A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology*. 2018;35(4):290-304.
- Aquilanti L, Santarelli A, Mascitti M, Procaccini M, Rappelli G. Dental Care Access and the Elderly: What Is the Role of Teledentistry? A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23).
- Allen PF, Da Mata C, Hayes M. Minimal intervention dentistry for partially dentate older adults. *Gerodontology*. 2019;36(2):92-8.
- Allin S, Farmer J, Quinonez C, Peckham A, Marchildon G, Panteli D, et al. Do health systems cover the mouth? Comparing dental care coverage for older adults in eight jurisdictions. *Health Policy*. 2020;124(9):998-1007.
- Bakker MH, Vissink A, De Baat C, Visser A. Serie: Medicamenten en mondzorg. Orale bijwerkingen van door ouderen veelgebruikte medicamenten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2017; 124: 645-652.
- Besimo CE, Zitzmann NU, Joda T. Digital Oral Medicine for the Elderly. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7).
- Bhagat V, Hoang H, Crocombe LA, Goldberg LR. Incorporating oral health care education in undergraduate nursing curricula - a systematic review. *BMC Nurs*. 2020;19:66.
- Chavez EM, Wong LM, Subar P, Young DA, Wong A. Dental Care for Geriatric and Special Needs Populations. *Dent Clin North Am*. 2018;62(2):245-67.
- De Mond Niet Vergeten! (z.d.) Draaiboek implementatie en regionale samenwerking. Geraadpleegd op 5-1-2021 via: <https://demondnietvergeten.nl/mondzorg-en-mondzorgprofessionals/implementatie/>
- Ettinger R, Marchini L, Hartshorn J. Consideration in Planning Dental Treatment of Older Adults. *Dent Clin North Am*. 2021;65(2):361-76.
- Everaars B, Weening-Verbree LF, Jerkovic-Cosic K, Schoonmade L, Bleijenberg N, de Wit NJ, et al. Measurement properties of oral health assessments for non-dental healthcare professionals in older people: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):4.
- Ghezzi EM, Niessen LC, Jones JA. Innovations in Geriatric Oral Health Care. *Dent Clin North Am*. 2021;65(2):393-407.
- Gomez-Rossi J, Hertrampf K, Abraham J, Gassmann G, Meyer G, Schlattmann P, et al. Interventions to improve oral health of older people: A scoping review. *J Dent*. 2020;101:103451.
- Gobbens RJJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MTh, Schols JMGA. In search of an integral conceptual definition of frailty. Opinion of experts. *J Am Med Dir Assoc* 2010

- Gostemeyer G, Baker SR, Schwendicke F. Barriers and facilitators for provision of oral health care in dependent older people: a systematic review. *Clin Oral Investig.* 2019;23(3):979-93.
- Gomez-Rossi J, Hertrampf K, Abraham J, Gassmann G, Meyer G, Schlattmann P, et al. Interventions to improve oral health of older people: A scoping review. *J Dent.* 2020;101:103451.
- Halpern LR. The Geriatric Syndrome and Oral Health: Navigating Oral Disease Treatment Strategies in the Elderly. *Dent Clin North Am.* 2020;64(1):209-28.
- Hoeksema A. Oral health in frail elderly. Dissertatie. Groningen, UMCG, 2016.
- Hoeksema AR, Peters LL, Raghoobar GM et al.. Health and quality of life differ between community living older people with and without remaining teeth who recently received formal home care: a cross sectional study. *Clin Oral Investig.* 2018 Feb 15. 2018
- Hoeksema A, Vissink A, Peters L, Meijer H, Raghoobar G, Visser A. Peri-implantaire gezondheid bij 75-plussers met een overkappingsprothese op implantaten in de onderkaak. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2015; 122: 383-390.
- Ho B van, Maarel-Wierink CD van, Rollman A, Weijnenberg RAF, Lobbezoo F. "Don't forget the mouth!": a process evaluation of a public oral health project in community-dwelling frail older people. *Oral Health* 2021; 21:536.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Kwaliteit mondzorg in verpleeghuizen onvoldoende, een inventariserend onderzoek in 29 verpleeghuizen. Den Haag: Ministerie VWS, 2014.
- Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) (2021). Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen: klinische praktijkrichtlijn. Utrecht: KIMO.
- Klüter W, De Baat C. Inventarisatie (mond)gezondheidsproblemen van ouderen. Den Bosch, Marathon Uitgeverij, 2017.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheekunde (KNMT) (2020). Praktijkwijzer Zorg aan ouderen in de mondzorgpraktijk. Nieuwegein: KNMT.
- Klerk, M.M.Y. de (2004). Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen: rapportage ouderen 2004. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).
- KNMT Staat van de mondzorg. Eigen tanden en kiezen. <https://www.staatvandemondzorg.nl/mondgezondheid/eigen-tanden-en-kiezen/>, geraadpleegd mei 2021.
- Lamster IB. Geriatric periodontology: how the need to care for the aging population can influence the future of the dental profession. *Periodontol* 2000. 2016;72(1):7-12.
- Manchery N, Subbiah GK, Nagappan N, Premnath P. Are oral health education for carers effective in the oral hygiene management of elderly with dementia? A systematic review. *Dent Res J (Isfahan).* 2020;17(1):1-9.
- Marchini L, Ettinger R, Hartshorn J. Personalized Dental Caries Management for Frail Older Adults and Persons with Special Needs. *Dent Clin North Am.* 2019;63(4):631-51.

- Manski R, Moeller J. Barriers to oral health across selected European countries and the USA. *Int Dent J.* 2017;67(3):133-8.
- Lewis A, Wallace J, Deutsch A, King P. Improving the oral health of frail and functionally dependent elderly. *Aust Dent J.* 2015; 60: 95-105.
- Lopez R, Smith PC, Göstemeijer G, Schwendicke F. Ageing, dental caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol* 2017; 44 (suppl 18): S145-S152.
- Maarel-Wierink C van der, Vanobbergen JN, Bronkhort EM, Schols JM, Baat C de. Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature overview. *Gerodontology* 2013; 30:3-9.
- Maarel-Wierink C van der, Van der Putten GJ. Kwetsbare ouderen (1). De noodzaak van een individueel mondzorgplan. *TP* 2015; jan/feb: 4-6.
- Mukherjee A, Livinski AA, Millum J, Chamut S, Boroumand S, Iafolla TJ, et al. Informed consent in dental care and research for the older adult population: A systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2017;148(4):211-20.
- Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGd) (2018). Voorstel voor goede mondzorg aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Bunnik: NVGd.
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) (z.d.) Kerncijfers mondzorg. Geraadpleegd op 6-1-2021 via: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/mondzorg/kerncijfers-mondzorg>
- Nielsen D. Oral health care and oral-related quality of life of frail and care-independent older people. Dissertatie. Nijmegen, Radboud UMC, 2017.
- Nielsen D, Van der Sanden WJM, Gerritsen AE. De invloed van kwetsbaarheid op mondzorggedrag en tandartsbezoek van ouderen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2015; 122: 210-216.
- Paris S, Banerjee A, Bottenberg P, Breschi L, Campus G, Domejean S, et al. How to Intervene in the Caries Process in Older Adults: A Joint ORCA and EFCD Expert Delphi Consensus Statement. *Caries Res.* 2020;54(5-6):1-7.
- Persson GR. Dental geriatrics and periodontitis. *Periodontol* 2000. 2017;74(1):102-15.
- Pomp, M. (2017). Oorzaken en gevolgen van het mijden van mondzorg door kwetsbare ouderen: een voorstel voor een beleidsexperiment. Breda: Marc Pomp.
- Putten GJ van der . De relatie mondgezondheid en algemene gezondheid bij ouderen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2019; 126: 653-656.
- RIVM. Factsheet Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen; op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen (2016).
- RIVM. Factsheet Netwerken integrale ouderenzorg: wat is de stand van zaken in Nederland? (2021).
- Rooijers W, Rademacher WMH, Raber-Durlacher JE, Aziz Y, Hielema AP, Rozema FR. Serie: Medicamenten en mondzorg. Bijwerkingen van medicatie op de orale mucosa. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2020; 127: 434-440.
- Rozas NS, Sadowsky JM, Jeter CB. Strategies to improve dental health in elderly patients with cognitive impairment: A systematic review. *J Am Dent Assoc.* 2017;148(4):236-45 e3.

- Schaub R. Mondgezondheid van ouderen: de tand des tijds. <https://www.mondzorgplus.nl/nieuws/mondzorg-voor-ouderen-levensloopbestendige-mondgezondheid/>, geraadpleegd oktober 2021.
- SCP. Van Campen C. Kwetsbare ouderen. SCP 2011.
http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2011/Kwetsbare_ouderen
- Seo K, Kim HN. Effects of oral health programmes on xerostomia in community-dwelling elderly: A systematic review and meta-analysis. *Int J Dent Hyg.* 2020;18(1):52-61.
- Siegel E, Cations M, Wright C, Naganathan V, Deutsch A, Aerts L, et al. Interventions to Improve the Oral Health of People with Dementia or Cognitive Impairment: A Review of the Literature. *J Nutr Health Aging.* 2017;21(8):874-86.
- Tonetti MS, Bottenberg P, Conrads G, Eickholz P, Haesman P et al. Dental caries and periodontal diseases in the ageing population: call to action to protect and enhance oral health and well-being as an essential component of healthy ageing - Consensus report of group 4 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. *J Clin Periodontol* 2017; 44 (suppl 18): S135-S144.
- Vanobbergen, J., Hollaar, V., Sederel, R., Vyt, A. (2019). Interprofessionele samenwerking: de sleutel tot betere mondzorg voor (kwetsbare) ouderen. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 126, 679-686
- Verenso, KNMT, NVG (2007). Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen. Utrecht: Verenso. Geraadpleegd via:
https://www.verenso.nl/asset/public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/database/Richtlijnmondzorg.pdf
- Verlinden, D.A., Schuller, A.A., Verrips, G.H.W. (2014). Mondgezonder, een leven lang: een onderzoek naar de potentiële effectiviteit van interventies ter bevordering van de mondgezondheid van ouderen in Nederland. Den Haag: TNO.
- Vektis. Factsheet kwetsbare ouderen. 457 duizend thuiswonende 65-plussers zijn kwetsbaar.
<https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-kwetsbare-ouderen>, juni 2020.
- Verlee E, Van der Sande R, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholts GWL, Rijnbeek CM, Van Bruchem-Steen Redeker H, Wilbrink N, Wisselink H, De Bont M, Vriezen JA. Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak Zorg voor kwetsbare ouderen. *Huisarts Wet* 2017;60(6)S1-S12.
- Visser, A., Maarel-Wierink, C.D. van der, Janssens, B., Nietsen, D., Jerkovic-Cosic, K., Duyck, J., Gerritsen, A., Hollaar, V., Krausch-Hofmann, S., Putten, G.J. van der, Weijenberg, R.A.F., Listl, S., Lobbezoo, F., Schols, J.M.G.A., Bruers, J.J.M., BENECOMO. (2019). Wetenschapsagenda 'Mondzorg voor ouderen' in Nederland en Vlaanderen. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 126, 637-645
- Wind A, Te Velde B, 2019. Kwetsbare ouderen thuis. Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk. (www.betreoud.nl)
- World Health Organisation (WHO). World report on Ageing and Health. 2015.
- Zorginstituut Nederland (2018). Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Startnotitie. 21 juni 2018.

Bijlage A Opzet literatuuronderzoek

Zoekstrategie Nederlandse literatuur

Via Nederlandstalige websites (o.a. van beroepsverenigingen, branche- en belangenorganisaties, De Mond Niet Vergeten) is gezocht naar overzichtsstudies over mondzorg bij thuiswonende thuiswonende ouderen. Inclusiecriteria daarbij waren:

- Publicatie beschrijft kenmerken van kwetsbare ouderen thuis met problematiek in mondgezondheid; of
- Publicatie beschrijft kenmerken van goede mondzorg voor kwetsbare ouderen thuis; of
- Publicatie beschrijft knelpunten en/of oplossingsrichtingen voor de toegankelijkheid en bekostiging van mondzorg; of
- Publicatie beschrijft afgerond of lopend onderzoek of veelbelovende initiatieven voor mondzorg bij kwetsbare ouderen thuis; en
- Publicatie is Nederlandstalig; en
- Is gepubliceerd in 2015 of later.

Ook keken we naar de referentielijsten van gevonden publicaties om andere potentieel relevante publicaties te identificeren. De zoekstrategie resulteerde in een overzicht van 34 publicaties, welke we hebben voorgelegd aan de begeleidingscommissie. Leden van deze commissie vroegen we om de belangrijkste publicaties te selecteren en indien nodig missende publicaties aan te vullen. Op basis van de reacties van de begeleidingscommissie hebben we in totaal 14 kerndocumenten geïnccludeerd.

Geselecteerde Nederlandse documenten na advies begeleidingscommissie

Kwetsbare ouderen

Zorginstituut Nederland (ZIN) (2018). Startnotitie: Naar reguliere integrale zorg voor kwetsbare ouderen thuis. Diemen: Zorginstituut Nederland. Geraadpleegd op 5-1-2021 via:

<https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2018/06/21/startnotitie-naar-reguliere-integrale-zorg-voor-kwetsbare-ouderen-thuis>

Mondproblemen/mondgezondheid bij ouderen

Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) (2020). Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen: klinische praktijkrichtlijn (concept t.b.v. de comentaarronde). Utrecht: KIMO.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheekunde (KNMT) (2020).

Praktijkwijzer Zorg aan ouderen in de mondzorgpraktijk. Nieuwegein: KNMT. Geraadpleegd op 5-1-2021 via: <https://www.knmt.nl/praktijkzaken/bijzondere-doelgroepen/ouderen/praktijkwijzer-mondzorg-voor-ouderen>

Niessen, D., Sanden, W.J.M. van der, Gerritsen, A. (2015). De invloed van kwetsbaarheid op mondzorggedrag en tandartsbezoek van ouderen. Nederlands Tijdschrift voor Tandheekunde, 122, 210-216

Putten, G.J., van der (2019). De relatie mondgezondheid en algemene gezondheid bij ouderen. Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde, 126, 653-656

Verenso, KNMT, NVG (2007). Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen. Utrecht: Verenso. Geraadpleegd via:
https://www.verenso.nl/_asset/public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/database/Richtlijnmondzorg.pdf

Verlinden, D.A., Schuller, A.A., Verrips, G.H.W. (2014). Mondgezond, een leven lang: een onderzoek naar de potentiële effectiviteit van interventies ter bevordering van de mondgezondheid van ouderen in Nederland. Den Haag: TNO. Geraadpleegd op 5-1-2021 via:
http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/literatuur/TNO_%20Mondgezond%20een%20leven%20lang.pdf

Visser, A., Bakker, M.H., Niesten, D., Janssens, L., Palmers, E., Duyck, J., Bots-van t Spijker, PC, Bruers, J.J.M., Maarel-Wierink, C. van der, Vissink, A. (2019). Visie op de collectieve mondzorg voor kwetsbare ouderen: eendracht maakt macht. Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde, 126, 673-678

Visser, A., Maarel-Wierink, C.D. van der, Janssens, B., Nietsen, D., Jerkovic-Cosic, K., Duyck, J., Gerritsen, A., Hollaar, V., Krausch-Hofmann, S., Putten, G.J. van der, Weijenberg, R.A.F., Listl, S., Lobbezoo, F., Schols, J.M.G.A., Bruers, J.J.M., BENECOMO. (2019). Wetenschapsagenda 'Mondzorg voor ouderen' in Nederland en Vlaanderen. Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde, 126, 637-645

Organisatie van mondzorg bij ouderen

De Mond Niet Vergeten (z.d.) Draaiboek implementatie en regionale samenwerking. Geraadpleegd op 5-1-2021 via: <https://demondnietvergeten.nl/mondzorg-en-mondzorgprofessionals/implementatie/>

Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGd) (2018). Voorstel voor goede mondzorg aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie. Bunnink: NVGd. Geraadpleegd op 6-1-2021 via:
https://www.gerodontologie.nl/uploads/pdf_bestanden/Beleidsplan%20NVGd%20mondzorg%20kwetsbare%20ouderen%20thuis.pdf

Pomp, M. (2017). Oorzaken en gevolgen van het mijden van mondzorg door kwetsbare ouderen: een voorstel voor een beleidsexperiment. Breda: Marc Pomp. Geraadpleegd op 5-1-2021 via:
https://www.ont.nl/upload/docs/Eindrapport_mondzorg_kwetsbare_ouderen.pdf

Vanobbergen, J., Hollaar, V., Sederel, R., Vyt, A. (2019). Interprofessionele samenwerking: de sleutel tot betere mondzorg voor (kwetsbare) ouderen. Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde, 126, 679-686

Financiële aspecten bij mondzorg

Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) (z.d.) Kerncijfers mondzorg. Geraadpleegd op 6-1-2021 via:
<https://www.nza.nl/zorgsectoren/mondzorg/kerncijfers-mondzorg>

Zoekstrategie buitenlandse literatuur mondzorg

Voor buitenlandse overzichtsstudies is binnen PubMed gezocht op reviews, systematische reviews en meta-analyses met betrekking tot ouderen en mondzorg in de laatste 5 jaar (zie box 1).

Box 1

Oudere

```
("postmenopause"[MeSH Terms] OR "aged"[MeSH Terms] OR "geriatric dentistry"[MeSH Terms] OR "geriatrics"[MeSH Terms] OR senior*[Title/Abstract] OR geriatric*[Title/Abstract] OR elder*[Title/Abstract] OR older adult*[Title/Abstract] OR older patient*[Title/Abstract] OR care home*[Title/Abstract] OR "post menopausal"[Title/Abstract] OR "late life"[Title/Abstract] OR pension*[Title/Abstract] OR retire*[Title/Abstract] OR older population[Title/Abstract] OR older resident*[Title/Abstract] OR older citizen*[Title/Abstract] OR postmenopausal[Title/Abstract] OR oldest old[Title/Abstract] OR older people[Title/Abstract] OR older women[Title/Abstract] OR older men[Title/Abstract] OR older person*[Title/Abstract])
```

Mondzorg

```
("dental health services"[MeSH Terms] OR "oral health"[MeSH Terms] OR "oral hygiene"[MeSH Terms] OR "Dentistry"[Mesh] OR (hygiene[Title/Abstract] OR healthcare[Title/Abstract] OR "health care"[Title/Abstract] OR care[Title/Abstract]) AND (dental[Title/Abstract] OR oral[Title/Abstract] OR mouth[Title/Abstract]))
```

Filter

Systematic review or meta analysis

Abstract available

English/Dutch language

Published last 5 years*

Resultaat 484 (25/3/2021)

In totaal leverde dit 484 publicaties op. Deze publicaties zijn beoordeeld op titel en abstract voor relevantie voor dit project. Geïnccludeerd werden studies die voldeden aan de volgende criteria:

- Gepubliceerd in de laatste 5 jaar;
- Review, systematische review of andere overzichtsstudie;
- Betrekking op kwetsbare thuiswonende ouderen;
- Betrekking op een van de drie onderzoeksvragen (kwetsbaarheid in relatie tot mondzorg, organisatie van mondzorg, toegankelijkheid);
- Geschreven in het Nederlands of Engels
- Abstract aanwezig.

In totaal werden 42 artikelen selecteert waarvan de full-teksten zijn doorgenomen. Uiteindelijk bleven er 27 studies over die geïnccludeerd zijn in ons literatuuroverzicht (zie bijlage A). Zoals eerder aangegeven werd na het overzicht van de Nederlandse literatuur en in overleg met het Zorginstituut besloten om de internationale literatuur vooral te gebruiken voor het beantwoorden van de vragen met betrekking tot goede mondzorg en toegankelijkheid van zorg. De belangrijkste redenen om alsnog af te vallen waren dat het geen thuiswonende ouderen betrof maar ouderen in zorginstellingen, kwetsbaarheid niet beschreven werd in relatie tot mondzorg, mondzorg

onvoldoende centraal stond en/of de studie niet ging over de organisatie van mondzorg maar meer over tandheelkundig handelen.

Van de 27 studies hadden er 21 betrekking op de organisatie van mondzorg en knelpunten en oplossingsrichtingen daarin, 5 hadden betrekking op de financiële toegankelijkheid en één had betrekking op zowel de doelgroep, mondzorg als toegankelijkheid.

Geselecteerde Buitenlandse literatuur

Geselecteerde buitenlandse studies

1. Al-Nasser L, Lamster IB. Prevention and management of periodontal diseases and dental caries in the older adults. *Periodontol 2000*. 2020;84(1):69-83.
2. Astvaldsdottir A, Bostrom AM, Davidson T, Gabre P, Gahnberg L, Sandborgh Englund G, et al. Oral health and dental care of older persons-A systematic map of systematic reviews. *Gerodontology*. 2018;35(4):290-304.
3. Aquilanti L, Santarelli A, Mascitti M, Procaccini M, Rappelli G. Dental Care Access and the Elderly: What Is the Role of Teledentistry? A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23).
4. Allin S, Farmer J, Quinonez C, Peckham A, Marchildon G, Panteli D, et al. Do health systems cover the mouth? Comparing dental care coverage for older adults in eight jurisdictions. *Health Policy*. 2020;124(9):998-1007.
5. Gostemeyer G, Baker SR, Schwendicke F. Barriers and facilitators for provision of oral health care in dependent older people: a systematic review. *Clin Oral Investig*. 2019;23(3):979-93.
6. Manski R, Moeller J. Barriers to oral health across selected European countries and the USA. *Int Dent J*. 2017;67(3):133-8.
7. Allen PF, Da Mata C, Hayes M. Minimal intervention dentistry for partially dentate older adults. *Gerodontology*. 2019;36(2):92-8.
8. Besimo CE, Zitzmann NU, Joda T. Digital Oral Medicine for the Elderly. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7).
9. Bhagat V, Hoang H, Crocombe LA, Goldberg LR. Incorporating oral health care education in undergraduate nursing curricula - a systematic review. *BMC Nurs*. 2020;19:66.
10. Chavez EM, Wong LM, Subar P, Young DA, Wong A. Dental Care for Geriatric and Special Needs Populations. *Dent Clin North Am*. 2018;62(2):245-67.
11. Ettinger R, Marchini L, Hartshorn J. Consideration in Planning Dental Treatment of Older Adults. *Dent Clin North Am*. 2021;65(2):361-76.
12. Everaars B, Weening-Verbree LF, Jerkovic-Cosic K, Schoonmade L, Bleijenberg N, de Wit NJ, et al. Measurement properties of oral health assessments for non-dental healthcare professionals in older people: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):4.
13. Ghezzi EM, Niessen LC, Jones JA. Innovations in Geriatric Oral Health Care. *Dent Clin North Am*. 2021;65(2):393-407.
14. Gomez-Rossi J, Hertrampf K, Abraham J, Gassmann G, Meyer G, Schlattmann P, et al. Interventions to improve oral health of older people: A scoping review. *J Dent*. 2020;101:103451.
15. Halpern LR. The Geriatric Syndrome and Oral Health: Navigating Oral Disease Treatment Strategies in the Elderly. *Dent Clin North Am*. 2020;64(1):209-28.
16. Lamster IB. Geriatric periodontology: how the need to care for the aging population can influence the future of the dental profession. *Periodontol 2000*. 2016;72(1):7-12.

17. Manchery N, Subbiah GK, Nagappan N, Premnath P. Are oral health education for carers effective in the oral hygiene management of elderly with dementia? A systematic review. *Dent Res J (Isfahan)*. 2020;17(1):1-9.
18. Marchini L, Ettinger R, Hartshorn J. Personalized Dental Caries Management for Frail Older Adults and Persons with Special Needs. *Dent Clin North Am*. 2019;63(4):631-51.
19. Mukherjee A, Livinski AA, Millum J, Chamut S, Boroumand S, Iafolla TJ, et al. Informed consent in dental care and research for the older adult population: A systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2017;148(4):211-20.
20. Paris S, Banerjee A, Bottenberg P, Breschi L, Campus G, Domejean S, et al. How to Intervene in the Caries Process in Older Adults: A Joint ORCA and EFCD Expert Delphi Consensus Statement. *Caries Res*. 2020;54(5-6):1-7.
21. Persson GR. Dental geriatrics and periodontitis. *Periodontol 2000*. 2017;74(1):102-15.
22. Rozas NS, Sadowsky JM, Jeter CB. Strategies to improve dental health in elderly patients with cognitive impairment: A systematic review. *J Am Dent Assoc*. 2017;148(4):236-45 e3.
23. Seo K, Kim HN. Effects of oral health programmes on xerostomia in community-dwelling elderly: A systematic review and meta-analysis. *Int J Dent Hyg*. 2020;18(1):52-61.
24. Siegel E, Cations M, Wright C, Naganathan V, Deutsch A, Aerts L, et al. Interventions to Improve the Oral Health of People with Dementia or Cognitive Impairment: A Review of the Literature. *J Nutr Health Aging*. 2017;21(8):874-86.

Bijlage B Interview

Geraadpleegde stakeholders

Jako Burgers, huisarts
Claar van der Maarel-Wierink, tandarts-geriatrie
Dolf Hehenkamp, tandarts en oud voorzitter College Adviserend Tandartsen
Wim Klüter, tandarts-geriatrie
Olga van der Poel, wijkverpleegkundige
Gert-Jan van der Putten, specialist ouderengeneeskunde
Jan Benedictus, Patiëntenfederatie Nederland
Alrik Meesen, KNMT
Frederik Vogelzang, ONT

Vragen met betrekking tot de doelgroep

1. Welke patiënten zou u vanuit de praktijk definiëren als kwetsbare ouderen met mondproblemen?
2. Moet mondgezondheid volgens u worden meegenomen in de inventarisatie van kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen?
3. Is de aandacht voor mondzorg bij kwetsbare ouderen anders dan bij andere patiëntengroepen? Waarom wel of niet?
4. Zou mondgezondheid extra aandacht moeten krijgen bij alle kwetsbare ouderen thuis? Of bij bepaalde subgroepen?
5. Voorafgaand aan dit interview ontving u een 6-stappenplan uit de Handreiking kwetsbare ouderen thuis.
6. Heeft u ervaring met dit 6-stappenplan?
7. Kent u de handreiking? Zo ja, betreft de handreiking dezelfde groep als de doelgroep voor mondzorg?
8. Zou mondzorg een plek moeten hebben in de handreiking en/of het 6-stappenplan?
9. Wij hebben geen eenduidige Nederlandse cijfers kunnen vinden over de omvang van de doelgroep 'kwetsbare ouderen thuis met mondproblemen'. Waardoor kan dat komen? Heeft u een idee over de omvang van de groep?

Vragen met betrekking tot mondzorg

1. Hoe belangrijk is mondzorg aan kwetsbare oudere thuis voor uw beroepsgroep (o.a. in relatie tot andere problemen bij ouderen)?
2. Wat moet volgens u het belangrijkste doel zijn van mondzorg bij kwetsbare ouderen?
3. Inventariseert u zelf behoeften en wensen van ouderen met betrekking tot mondzorg? Zo ja, op welke manier en op welk moment?
4. In hoeverre worden algemene gezondheid en mondgezondheid in de praktijk als één geheel benaderd (o.a. multimorbiditeit en polyfarmacie)?
5. Wat is de beste volgorde tussen kwetsbaarheid en mondzorg: bij kwetsbare ouderen in de mond kijken of bij mondproblemen kwetsbaarheid nagaan?

6. Hoe ziet u de rol van uw beroepsgroep in mondzorg aan kwetsbare oudere thuis? (aandacht voor preventie/screening?)
7. Hoe is de samenwerking met andere disciplines met betrekking tot mondzorg en kwetsbare ouderen? Wordt er samengewerkt en zo ja met wie?
8. Wie is volgens u primair verantwoordelijk voor mondzorg bij kwetsbare ouderen thuis en waarom?
9. Hoe zou mondzorg voor kwetsbare ouderen thuis volgens u idealiter georganiseerd moeten worden? Welke rollen ziet u voor mondzorgverleners en eerstelijnszorgverleners?
10. Moet preventieve mondzorg plaatsvinden bij alle ouderen of bij specifieke groepen?
11. Moeten mondzorgverleners altijd de huisarts en/of andere eerstelijnsprofessionals informeren als een kwetsbare oudere mondproblemen heeft? En andersom?
12. Heeft u suggesties voor verbeterpunten binnen uw beroepsgroep m.b.t. het leveren van goede mondzorg aan kwetsbare ouderen thuis?

Vragen met betrekking tot toegankelijkheid en bekostiging

1. Heeft u ervaring met ouderen die niet naar de tandarts gaan? Welke redenen hebben zij daarvoor?
2. Heeft u ervaring met financiële belemmeringen bij ouderen?
3. Welke oplossingsrichtingen zijn denkbaar als het gaat om een betere toegang tot goede en noodzakelijke mondzorg van kwetsbare thuiswonende ouderen (bijv. 'ouderenvriendelijke' mondzorgpraktijken, mondzorg aan huis, tele-mondzorg)?
4. Welke mondzorg zou volgens u vergoed moeten worden? Voor wie precies? Welk deel van de kosten?
5. Zijn er aanpassingen in de huidige zorgverzekering nodig om de toegankelijkheid van goede mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen te verbeteren?

Algemene slotvraag

Wat zijn voor u het belangrijkste knelpunt en de belangrijkste oplossingsrichting met betrekking tot mondzorg bij kwetsbare ouderen thuis? (vanuit holistisch perspectief)

Bijlage C Enquête

Deze korte vragenlijst gaat over problemen, uitdagingen en oplossingsrichtingen met de mondzorg voor kwetsbare thuiswonende ouderen.

Onder **Mondzorg** verstaan we de preventie, de diagnostiek, de behandeling en de nazorg van ziekten en problemen in de mond.

Mondverzorging omvat de door de oudere zelf en/of door professionals te verrichten verzorgende en preventieve maatregelen die nodig zijn om de mond gezond te maken of gezond te houden.

Kwetsbare thuiswonende ouderen zijn ouderen die nog zelfstandig thuis wonen, al dan niet met hulp van bijvoorbeeld de wijkverpleging, maar bij wie sprake is van (dreigend)regieverlies op lichamelijk, psychisch en/of sociaal vlak.

Huisarts: bedoeld wordt de huisartsenpraktijk, dus huisarts en/of de praktijkondersteuner (POH) voor Ouderen

Onderstaande uitspraken hebben betrekking op thuiswonende kwetsbare ouderen. Wilt u aangeven in hoeverre u het met deze uitspraken eens bent?

	Geheel oneens	Oneens	Geen mening	Eens	Geheel eens
Mijn beroepsgroep of de groep mensen die ik vertegenwoordig is zich bewust van de noodzaak van een goede mondgezondheid bij thuiswonende kwetsbare ouderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn beroepsgroep of de groep mensen die ik vertegenwoordig heeft onvoldoende kennis en vaardigheden om mondproblemen bij thuiswonende kwetsbare ouderen te kunnen signaleren en beoordelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aandacht voor mondgezondheid bij thuiswonende kwetsbare ouderen moet onderdeel zijn van integrale ouderenzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mondgezondheid voor ouderen valt niet onder het aandachtsgebied van de huisarts of wijkverpleging.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij signalering van mondproblemen bij thuiswonende kwetsbare ouderen door de huisarts of wijkverpleging zijn er voldoende mogelijkheden bekend bij deze beroepsgroepen voor doorverwijzing naar passende zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thuiswonende kwetsbare ouderen en hun naasten zijn zelf verantwoordelijk om te zorgen voor goede mondgezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen kan niet goed geleverd worden omdat het geen verzekerde zorg is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen verzekerd zou zijn, zouden huisartsen en wijkverpleegkundigen betere zorg kunnen leveren, bijv. door juiste doorverwijzing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ruimte voor toelichting op één van bovenstaande stellingen

Hieronder volgen enkele paar open vragen. Zou u deze vanuit uw persoonlijke visie en/of ervaring willen beantwoorden?

Wat vindt u het meest belangrijk voor kwalitatief goede mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen? *(denk daarbij bijvoorbeeld aan wat belangrijk is voor goede preventie, signalering, professionele zorg, zelfzorg, nazorg)*

Wat zijn volgens u de grootste problemen of uitdagingen bij mondgezondheid en mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen?

Welke oplossingsrichtingen ziet u om bovengenoemde problemen of uitdagingen aan te pakken?

Denkt u dat mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen door een mondhygienist, tandarts(-geriater) of gerodontoloog verzekerd zou moeten zijn binnen de basisverzekering? Zo ja/nee, waarom?

Tenslotte...over u zelf

Wat is uw leeftijd?

----- jaar

Tot welke (beroeps)groep behoort u?

- Tandarts
- Tandarts-geriatrie
- Specialist Ouderengeneeskunde
- Huisarts
- Praktijkondersteuner huisarts
- Mondhygiënist
- Wijkverpleegkundige
- Medewerker thuiszorg
- Vertegenwoordiger van de oudere
- Anders, namelijk

Heeft u bij de uitvoering van uw werk te maken met thuiswonende kwetsbare ouderen met mondproblemen?

- Heel erg vaak
- Vaak
- Regelmatig
- Soms
- Zelden of nooit Niet van toepassing, ik werk niet in de zorg

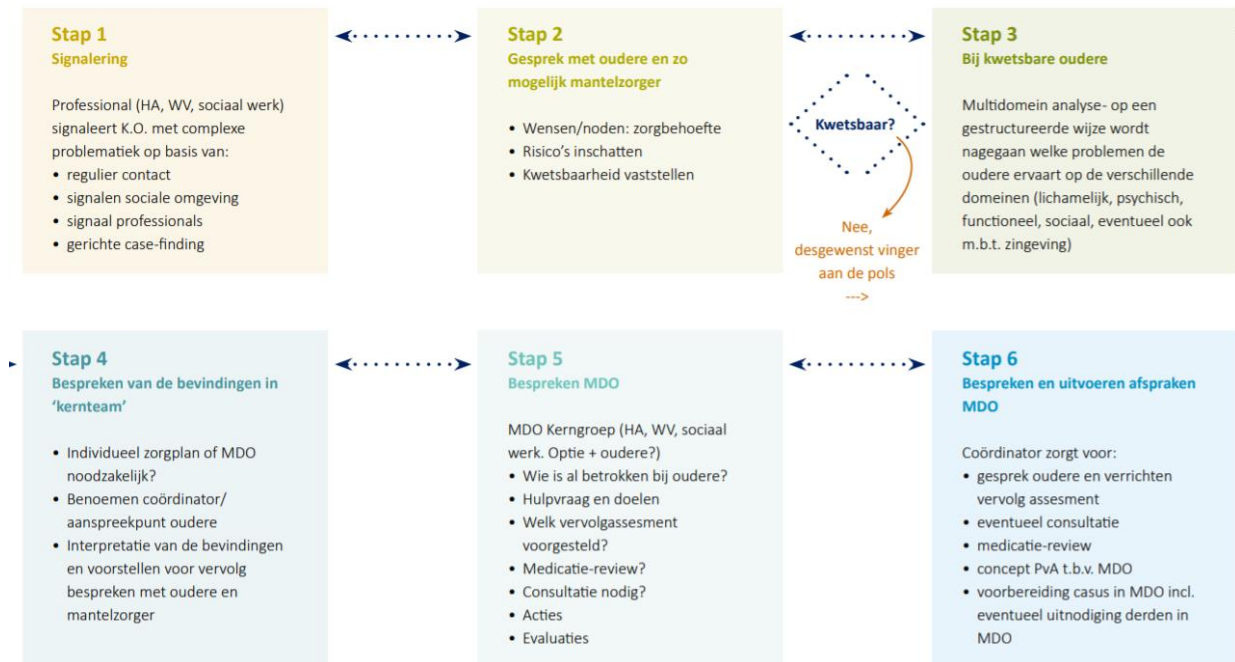
Hartelijk dank voor uw medewerking

Wilt u op de hoogte gehouden worden van de resultaten van het onderzoek?

Vul dan hier uw email adres in :

Bijlage D Ordeningskader literatuur

Zes stappen naar persoonsgerichte, proactieve en samenhangende zorg en ondersteuning aan thuiswonende kwetsbare ouderen uit de Handreiking Kwetsbare Ouderen Thuis



Bron: Wind & Te Velde, 2019. Kwetsbare ouderen thuis. Handreiking voor integrale zorg en ondersteuning in de wijk.

Bijlage E Resultaten enquête

Percentage mensen dat het eens of geheel eens is met onderstaande uitspraken voor de totale groep en naar beroepsgroep*

	Totale groep (n=174)	TA (n=61)	TA-GE (n=19)	HA/POH (n=10)	MH (n=48)	WV (n=10)	O (n=21)
Mijn beroepsgroep of de groep mensen die ik vertegenwoordig is zich bewust van de noodzaak van een goede mondgezondheid bij thuiswonende kwetsbare ouderen	79%	90%	79%	40%	83%	40%	74%
Mijn beroepsgroep of de groep mensen die ik vertegenwoordig heeft onvoldoende kennis en vaardigheden om mond-problemen bij thuiswonende kwetsbare ouderen te kunnen signaleren en beoordelen	40%	32%	42%	70%	31%	67%	63%
Aandacht voor mondgezondheid bij thuiswonende kwetsbare ouderen moet onderdeel zijn van integrale ouderenzorg	87%	97%	89%	100%	60%	100%	100%
Mondgezondheid voor ouderen valt niet onder het aandachtsgebied van de huisarts of wijkverpleging.	39%	48%	39%	30%	32%	22%	50%
Bij signalering van mondproblemen bij thuiswonende kwetsbare ouderen door de huisarts of wijkverpleging zijn er voldoende mogelijkheden bekend bij deze beroepsgroepen voor doorverwijzing naar passende zorg	24%	15%	37%	20%	33%	20%	37%
Thuiswonende kwetsbare ouderen en hun naasten zijn zelf verantwoordelijk om te zorgen voor goede mondgezondheid	34%	39%	45%	50%	24%	20%	32%
Mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen kan niet goed geleverd worden omdat het geen verzekerde zorg is	52%	53%	53%	60%	57%	30%	53%
Als mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen verzekerd zou zijn, zouden huisartsen en wijkverpleegkundigen betere zorg kunnen leveren, bijv. door juiste doorverwijzing	53%	47%	58%	70%	80%	70%	79%

*TA=tandarts, TA-GE= tandarts geriatrie, HA/POH= Huisarts/ Praktijkondersteuner huisarts, MH= Mondhygiënist, WV= wijkverpleegkundige/verzorgende, O= (vertegenwoordiger) oudere.

*Factoren die als meest belangrijk genoemd worden voor kwalitatief goede mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen naar frequentie, binnen de totale groep en naar beroepsgroep**

	Totale groep (n=169)	TA (n=61)	TA-GE (n=19)	HA/POH (n=10)	MH (n=48)	WV (n=10)	O (n=21)
Preventie en voorlichting	67 (25%)	27	8	2	14	6	10
Signalering en regelmatige controle	43 (22%)	16	4	3	10	4	6
Toegankelijkheid zorg (financieel en logistiek)	37 (14%)	8	5	3	13	4	4
Beter opvolging/ proactieve zorgplanning	32 (12%)	8	4		12		8
Multidisciplinaire samenwerking en integrale zorg	31 (12%)	7	5	4	8	3	4
Persoonsgerichte zorg aansluitend op de behoeften van de kwetsbare oudere	29 (11%)	9	7	-	11	-	2
Scholing en opleiding	22 (8%)	9	4	-	7	-	2
Prestatie indicatoren/ kwaliteitstoetsing	3 (1%)		2	1			
Totaal aantal factoren	264	84	39	13	75	17	36

*TA=tandarts, TA-GE= tandarts geriatrie, HA/POH= Huisarts/ Praktijkondersteuner huisarts, MH= Mondhygiënist, WV= wijkverpleegkundige/verzorgende, O= (vertegenwoordiger) oudere.

*Belangrijkst knelpunten in de mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen, binnen de totale groep (naar frequentie en percentage) en naar beroepsgroep (frequentie)**

	Totale groep (n=169)	TA (n=61)	TA-GE (n=19)	HA/POH (n=10)	MH (n=48)	WV (n=10)	O (n=21)
Noodzaak wordt niet gezien/ gebrek aan motivatie	50 (16%)	15	9	3	10	6	7
Financiële toegankelijkheid	45 (14%)	13	8	4	14	1	5
Fysieke toegankelijkheid	38 (12%)	16	3	4	10	3	2
Te weinig kennis binnen beroepsgroepen	27 (9%)	9	5	1	5	3	4
Gezondheidstoestand/ kwetsbaarheid oudere	28 (9%)	7	2	-	15	1	3
Beperkte capaciteit	27 (9%)	10	6	-	9	-	2
Weinig preventie/ slechte mondverzorging	21 (7%)	7	4	-	7	-	3
Oudere uit zicht van de mondzorg	17 (5%)	12	1	-	3	1	-
Onduidelijkheid over verantwoordelijkheden	13 (4%)	2	-	7	3	1	-
Onvoldoende signalering en/of controle	13 (4%)	4	3	-	5	-	1
Gezondheidstoestand mond	10 (3%)	3	-	1	5	-	1
Gebrek aan samenwerking zorgverleners	2 (7%)	7	4	1	6	3	-
Zorg te weinig persoonsgericht	6 (2%)	2	2	-	2	-	-
Totaal aantal factoren	316	107	47	21	94	19	28

*TA=tandarts, TA-GE= tandarts geriatrie, Ha/POH= Huisarts/ Praktijkondersteuner huisarts, MH= Mondhygiënist, WV= wijkverpleegkundige/verzorgende, O= (vertegenwoordiger) oudere.

*Belangrijkst oplossingsrichtingen in de mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen binnen de totale groep (naar frequentie en percentage) en naar beroepsgroep (frequentie)**

	Totale groep (n=169)	TA (n=61)	TA-GE (n=19)	HA/ POH (n=10)	MH (n=48)	WV (n=10)	O (n=21)
Financiering	53 (23%)	16	14	5	13		5
Multidisciplinaire samenwerking/ integrale zorg/ behandelplan	44 (19%)	14	4	2	13	1	10
Opleiding/ scholing zorgverleners	42 (18%)	9	7	2	13	6	5
Andere organisatie mondzorg/ verdeling van taken	25 (11%)	-	3	4	8	3	7
Logistieke barrières voor toegang tot mondzorg wegnemen	15 (7%)	7	2	-	6	-	-
Capaciteit uitbreiden	12 (5%)	7	3	-	2	-	-
Beter voorlichting aan patiënt/ ondersteuning zelfzorg	12 (5%)	6	1	1	3	-	1
Betrekken van familie en mantelzorger	10 (4%)	6	2	-	2	-	-
Algehele preventie	9 (4%)	5	-	-	3	-	1
Proactieve zorgplanning	8 (3%)	3	-	-	2	1	2
Totaal aantal factoren	230	73	36	14	65	11	31

*TA=tandarts, TA-GE= tandarts geriatrie, HA/POH= Huisarts/ Praktijkondersteuner huisarts, MH= Mondhygiënist, WV= wijkverpleegkundige/verzorgende, O= (vertegenwoordiger) oudere.

Percentage dat van mening is dat mondzorg aan thuiswonende kwetsbare ouderen door een mondhygiënist, tandarts(-geriater) of gerontoloog verzekerd zou moeten zijn binnen de basisverzekering

	Totale groep (n=174)	TA (n=61)	TA-GE (n=19)	HA/ POH (n=10)	MH (n=48)	WV (n=10)	O (n=21)
Ja	85%	86%	81%	89%	85%	100%	92%
Nee	15 %	14%	19%	11%	14%	-	8%
Geen mening	-	-	-	-	1%	-	-

*TA=tandarts, TA-GE= tandarts geriatrie, HA/POH= Huisarts/ Praktijkondersteuner huisarts, MH= Mondhygiënist, WV= wijkverpleegkundige/verzorgende, O= (vertegenwoordiger) oudere.