



Voorstel voor goede mondzorg aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie

Voorwoord

Tandartsen, mondhygiënisten en andere zorgverleners die in aanraking komen met kwetsbare thuiswonende ouderen maken zich zorgen over de orale gezondheid van kwetsbare ouderen. Zij zien steeds vaker dat het gezond houden van de mond bij veel ouderen weinig prioriteit en aandacht krijgt. De levenskwaliteit en de algemene gezondheid kunnen hier sterk onder lijden.

Anno 2018 worden Nederlanders ouder en leven ze langer met ziekten dan enkele decennia geleden, toen men relatief jong stierf en vaker een kunstgebit had. Door de sterk verbeterde mondzorg en de bewustwording van het belang van een gezond gebit, behouden steeds meer ouderen tot op hoge leeftijd hun natuurlijke tanden en kiezen. Vaak worden de verloren gegane tanden aangevuld met ingewikkelde voorzieningen zoals kronen, bruggen en/of frames met precisieverankering. Daarnaast hebben steeds meer ouderen orale implantaten om een gebitsprothese houvast te geven. Een dergelijke complexe mondsituatie vraagt om goed onderhoud. Het gezond houden van de mond wordt vooral lastig wanneer er zich fysieke of psychosociale problemen voordoen. Manuele vaardigheden en mobiliteit nemen af en het belang van een gezonde mond krijgt een lagere prioriteit dan onmiddellijk bemerkbare (medische) problemen. Bij cognitieve problemen wordt goed gebitsonderhoud vrijwel onmogelijk. Passende mondzorgverlening voor kwetsbare ouderen wordt een steeds groter en complexer probleem.

De Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGd) wil proactief reageren op deze zorgwekkende ontwikkeling, die zich de komende jaren steeds dwingender zal aandienen. De grootste uitdaging ligt in het vergroten van de bewustwording bij ouderen en zorgverleners. Een gezonde mond is belangrijk! De barrières die thuiswonende ouderen ervaren om toegang tot mondzorg te krijgen, moeten worden weggenomen. De zorgverlening moet doelmatig en levensloopbestendig zijn. De nadruk ligt op het voorkomen van problemen in een latere levensfase, waarin adequate mondzorg steeds moeilijker, of zelfs onmogelijk te leveren zal zijn. Het accent in het beoogde zorgmodel ligt daarom met name op preventie.

We bedanken iedereen die helpt bij het oplossen van de beschreven problematiek.

Bestuur NVGd

Dit document is geschreven door dr. W.J. (Wim) Klüter, voorzitter van de NVGd met ondersteuning van dr. ir. D.J.M. (Dominique) Niesten (onderzoeker Radboudumc Nijmegen) en de tandartsen-geriatrie H.M. (Hanneke) Sillekens-Wijdeveld, N.M.A.H. (Nicole) Teeuwisse-Pieters, dr. A. (Anita) Visser en dr. A.R. (Arie) Hoeksema.

1. Inleiding

Dit adviesstuk heeft tot doel bij beleidsmakers bewustwording te creëren ten aanzien van de problemen bij mondzorg voor kwetsbare ouderen in de thuissituatie en tot een plan te komen om de huidige problemen niet groter te laten worden. Op termijn wordt gestreefd naar een bij de doelgroep passend zorgproces en daarmee doelmatige zorgverlening. Aanleiding om dit advies op te stellen is het verschijnen van het advies 'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten' van Zorginstituut Nederland aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit advies gaat uitsluitend over de zorg aan intramuraal verblijvende ouderen. In de ogen van de NVGd is de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen echter veel betekenisvoller. Het is belangrijk dat juist voor deze doelgroep gespecialiseerde, integrale en interdisciplinaire eerstelijns mondzorg beschikbaar is en blijft. Aan de hand van een knelpuntenanalyse worden voorstellen gedaan om tot verbetering van de zorg te komen. De organisatorische systeemfactoren dienen primair door de diverse beroepsverenigingen in de mondzorg te worden georganiseerd. Het is onvermijdelijk dat daarbij aspecten rondom financiering en wet- en regelgeving aan de orde komen.

Kwetsbaarheid is een veelgebruikte term om ouderen te karakteriseren, maar dit begrip is niet eenduidig gedefinieerd. Kwetsbaarheid zegt iets over de ernst en de snelheid van het verouderingsproces en is gerelateerd aan chronische ziekte, functioneel verlies en cognitieve en/of psychosociale problemen. In de context van dit stuk wordt de zelfstandig wonende kwetsbare oudere gedefinieerd als iemand met een door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) erkend zorgprofiel (zorgzwaarte-indicatie), die zich onderscheidt van enerzijds de vitale oudere en anderzijds de zorgafhankelijke oudere in een zorginstelling.

2. Knelpuntenanalyse

Mondzorgverleners ervaren op dit moment diverse knelpunten bij het leveren van mondzorg aan kwetsbare ouderen in de thuissituatie.

2.1 Gevolgen van de snelle transitie van AWBZ naar Wlz/Zvw/Wmo

Door de tijdsdruk die op het invoeringsproces van de Wet langdurige zorg (Wlz) lag, is de bestaande regelgeving over behandeling en aanvullende zorgvormen, zoals deze in de AWBZ beschreven was, onveranderd overgenomen in de Wlz. Echter, omdat de diverse zorgaanspraken niet in één wettelijk domein werden ondergebracht, ontstonden afstemmings- en aansturingproblemen. Beleidsmakers en politici hebben destijds meteen aangegeven in de toekomst aanpassingen te moeten doorvoeren, omdat de regelgeving en uitvoeringspraktijk niet meer goed op elkaar aansloten. In veel gevallen blijkt het zo te zijn dat niet zorginhoudelijke redenen, maar historische financieringsstromen bepalen welk pakket een cliënt krijgt. Ook zijn er verschillen tussen de Wlz-leveringsvormen. Alle Wlz-clianten zouden vanuit een objectieve noodzaak dezelfde aanspraak op zorg moeten hebben. De (aanspraak op) zorg die iemand krijgt hangt momenteel echter af van waar iemand verblijft, in plaats van iemands ziektebeeld en beperkingen. Met het door Zorginstituut Nederland uitgebracht pakketadvies 'Goede zorg voor de meest kwetsbare cliënten' wordt dit probleem vanaf 2020 opgelost voor de institutionele zorg. Iedereen die intramuraal verblijft krijgt dan alle zorg (dus ook mondzorg) die hij of zij vanuit de Wlz nodig heeft. Echter, voor thuiswonende kwetsbare ouderen verandert er niets. Thuiswonende ouderen, die minstens even zorgbehoevend zijn als intramuraal verblijvende cliënten, kunnen geen aanspraak maken op de zorg die intramurale cliënten wel ontvangen. Dit leidt tot ontoereikende mondzorg in een fase waarin mondzorg in de ogen van professionals belangrijker en doelmatiger is dan in de veelal terminale intramurale fase (Pomp 2017), terwijl destijds het doel van de invoering van de Wlz juist was: "mensen in staat te stellen zo lang als het verantwoord is thuis, in hun eigen omgeving, te blijven wonen, met behoud van kwaliteit van leven". Verder werd gesteld: "[...] een belangrijke schakel in de zorg thuis is de beschikbaarheid van integrale geneeskundige zorg in de eigen omgeving [...]". Mondzorg hoort hier absoluut bij.

2.2 Voor thuiswonenden is er een andere systematiek voor levering en bekostiging van de zorg

In de Wlz bestaat geen inhoudelijk onderscheid tussen de aanspraken bij zorg thuis en zorg in een instelling. De uitvoeringsvorm is echter anders. Bij verblijf in een instelling met behandeling valt alle zorg (dus ook mondzorg) onder het Wlz-pakket. Daar wordt aan Wlz-cliënten in principe de integrale zorg geboden die zij nodig hebben. Er is een wezenlijk verschil met kwetsbare ouderen die thuiswonend¹ zijn of in een instelling zonder behandeling verblijven. Deze cliënten hebben geen aanspraak op de aanvullende zorgvormen. Eigen regie, flexibiliteit en keuzevrijheid staan bij thuis wonen weliswaar centraal, maar voor de mondzorg is de thuiswonende aangewezen op een aanvullende tandartsverzekering. Dit betekent dat er pakketbeperkingen en eigen betalingen aan de orde zijn. Deze bekostigingssystematiek is voor de kwetsbare oudere niet overzichtelijk, zeker wanneer er sprake is van cognitieve beperkingen. In de niet-Wlz-situatie is er geen vergoeding voor mondzorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), met uitzondering van de 'Bijzondere tandheelkunde' en van het kunstgebit. Er heerst onduidelijkheid over voor welke vergoeding ouderen in aanmerking komen, zowel bij ouderen en hun mantelzorgers, als bij professionele zorgverleners.

2.3 Steeds complexere zorgvragen

De laatste jaren zijn de criteria om toegang te verkrijgen tot de Wlz aanzienlijk verzwaaard. Bovendien is het huidige beleid erop gericht mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Dit betekent dat thuiswonende ouderen een veel complexere medische status en zorgvraag hebben, dan pakweg 15 jaar geleden. De vraag is of zij op een verantwoorde manier de noodzakelijke zorg krijgen. Is deze zorg kwalitatief goed? Is de zorg gericht op het behoud van levenskwaliteit?

Zoals reeds onder 2.1 geschetst, is de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen nijpender en doelmatiger dan de intramurale zorg. Veel ouderen verblijven nog slechts kort in een zorginstelling (Nationale Zorggids 2018). Door hun gecompliceerde medische status, is de mondzorgverlening merendeels palliatief van aard (Hoeksema et al 2017).

2.4 Toenemende kwetsbaarheid vraagt om extra aandacht

Met het ouder worden neemt de kwetsbaarheid veelal toe, terwijl de aandacht voor mondverzorging afneemt. Vooral bij de snelgroeijende groep thuiswonende kwetsbare ouderen is dit een probleem (Hoeksema et al 2018). Bij ruwweg 300.000 thuiswonende kwetsbare ouderen is de mondgezondheid matig tot slecht (Pomp 2017). Zij kampen met klachten zoals een droge mond, pijn, problemen met kauwen, gaatjes, afgebroken tanden of kiezen, tandvleesproblemen en/of een slecht zittend kunstgebit. Ondanks deze klachten zien veel kwetsbare ouderen af van tandartsbezoek. Mogelijke oorzaken zijn (Niesten et al 2016; 2017):

- *mobiliteitsproblemen*: bij fysieke problemen en afnemende mobiliteit vormen de bereikbaarheid en toegankelijkheid van mondzorgpraktijken vaak een hindernis;
- *gebrek aan bewustzijn in de doelgroep*: er bestaat een discrepantie tussen objectieve en subjectieve behandel noodzaak. Ouderen en hun mantelzorgers zijn zich in de ogen van mondzorgverleners onvoldoende bewust van het belang van een goede mondgezondheid, terwijl er vaak sprake is van goed behandelbare klachten. In veel gevallen gaat het om een bewuste keuze om weinig aan mondzorg te doen, zelfs bij mensen die een vrij realistisch beeld hebben van de risico's, maar volgens wie de inspanning en in mindere mate ook de kosten niet opwegen tegen de verwachte voordelen. Prioritering ten aanzien van algemene gezondheidsproblemen lijkt hierin de voornaamste factor;
- *beginnende cognitieve problemen*: het ontstaan van cognitieve problemen kan leiden tot het vergroten van allerlei angsten, waaronder tandartsangst. Beginnende cognitieve problematiek maakt ook dat de onoverzichtelijke bekostigingssystematiek een drempel vormt en dat het

¹ Thuiswonend betekent dat de cliënt beschikt over een volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb).

lastig wordt om mondzorg te organiseren, bijvoorbeeld het maken van een afspraak en het opvolgen van instructies;

- *financiën*: het lijkt erop dat ouderen het risico op kosten mijden of het niet meer de moeite waard vinden om voor mondzorg te betalen;
- *onvoldoende kennis en attitude t.o.v. mondgezondheid bij (informele) zorgverleners*: er is weinig bewustzijn en kennis van het belang van de mondgezondheid bij mantelzorgers en (para)medici in het zorgnetwerk rondom de oudere. Pas als er grote (zichtbare) problemen zijn, trekt men aan de bel;
- *menskrachtprobleem in de zorg*: de oudere heeft vaak hulp nodig bij het tandenpoetsen, omdat cognitie en fysieke problemen adequate mondverzorging in de weg staan. De thuiszorgmedewerker kan hierbij helpen. Echter, uit onderzoek komt naar voren dat flexwerkers, wisselingen van personeel, de kwaliteit van zorgpersoneel en personeelstekorten grote risicofactoren vormen voor een goede uitvoering van mondzorgverzorging door thuis-/wijkzorg. Vanwege personeelstekorten wordt steeds vaker uit nood met minder opgeleide en in mondverzorging minder bekwame mensen gewerkt. Ook het te vaak vervangen van managementleden of veranderen van beleidsspeerpunten, en het niet of onvoldoende communiceren over beleid en visie met betrekking tot mondzorg zijn hieraan debet;
- *menskrachtprobleem in de mondzorg*: dit betreft in algemene zin de agenda van de beroepsverenigingen voor mondzorgprofessionals. De NVGd pleit in het bijzonder voor goed opgeleide mondzorgprofessionals in de ouderenzorg. Mondzorg voor ouderen vergt specifieke training en vaardigheden.

3. Mogelijke oplossingen voor adequate mondzorg

De knelpunten bij het leveren van mondzorg voor thuiswonende ouderen zijn divers van aard en zowel aanbod- als vraaggerelateerd. Er is een aantal mogelijke oplossingen, dat kan voorkomen dat mondzorg voor thuiswonende ouderen nog verder in verval raakt en dat op middellange termijn zelfs tot verbetering kan leiden. Deze oplossingen zijn:

3.1 Opstellen van nieuwe en betere prestatieomschrijvingen/bekostigingstitels door de Nederlandse Zorgautoriteit voor mondzorg bij thuiswonende kwetsbare ouderen

Momenteel valt de extramurale mondzorg onder de Zorgverzekeringswet. Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de tijdsintensieve ouderenzorg en de reguliere zorg. Er is weliswaar de mogelijkheid om extra tijd voor ouderen met een cognitieve stoornis of een ernstige fysieke beperking aan te vragen in het kader van 'Bijzondere tandheelkunde', maar er is geen eenduidigheid over welke beperkingen van ouderen toegang geven tot bijzondere tandheelkundige zorg. De regels met betrekking tot de aanspraak van de geriatrische patiënt in de 'Bijzondere tandheelkunde' zijn namelijk niet eenduidig vastgesteld. Daarnaast is de administratieve procedure tijdrovend en frustrerend.

Hulp aan kwetsbare ouderen is complex en intensief. Hiervoor dienen nieuwe bekostigingstitels of zorgclustermodellen te worden opgesteld, bijvoorbeeld een reiskostenregeling om de toegankelijkheid van mondzorg te vergroten. Mondzorg kan het best en het veiligst in de mondzorgpraktijk worden uitgevoerd. Indien een oudere geen vervoer heeft naar de praktijk, kan een reiskostenregeling uitkomst bieden. Verder kan gedacht worden aan een beperkt verrichtingenpakket in de basiszorg voor ouderen met fysieke en of cognitieve beperkingen, zoals in het rapport Pomp wordt voorgesteld. Dit ligt echter op het terrein van de beroepsverenigingen van mondzorgverleners en de politiek. Centrale financiering is een goede oplossing!

3.2 Oplossen menskrachtprobleem in de mondzorg door geriatrisch onderwijs aan mondzorgprofessionals.

De zorgvraag neemt toe en het leveren van mondzorg aan zorgafhankelijke en kwetsbare ouderen is complex. Vaak is er bij deze ouderen sprake van somatische, cognitieve en/of psychische problematiek. Dit vraagt om gedifferentieerde behandelaren met specifieke kennis, vaardigheden en natuurlijk affiniteit. Meer aandacht voor geriatrie in de diverse basisopleidingen zal het kennis- en bewustzijnsniveau van de mondzorgprofessional vergroten en interesse en affiniteit stimuleren. De huidige en toekomstige mondzorgverleners moeten worden gemotiveerd voor de doelgroep ouderen, door zowel in het primaire onderwijs als in nascholing meer aandacht te besteden aan de geriatrische problematiek. Zo zouden naast de opleiding tot tandarts-geriatrie in Amsterdam ook in Nijmegen en Groningen tandartsen-geriatrie kunnen worden opgeleid.

3.3 Vakgebied ouderenzorg aantrekkelijk maken door lagere administratieve last

In algemene zin kan het werkveld aantrekkelijker worden gemaakt door minder regelgeving en minder administratie. Nieuwe zorgmodellen en innovaties zijn realiseerbaar. Deze vereisen meer vertrouwen in de mondzorgverlener, minder regel-/registratielast en beter op elkaar aansluitende informatiesystemen, met veilige toegang tot relevante medische informatie van andere betrokken (para)medici.

3.4 Mondzorgnetwerk opzetten voor kwetsbare thuiswonende ouderen

Per geografisch gebied dient voor de thuiswonende kwetsbare patiënt een mondzorgnetwerk te worden opgesteld, dat waar mogelijk wordt geïntegreerd in een bestaande entiteit gericht op de geïnstitutionaliseerde cliënt. Zo kan de zorgverlening worden gecoördineerd over de resterende levensfase (inclusief de intramurale).

Een mondzorgnetwerk bestaat idealiter uit een regiebehandelaar, een aantal mondzorgprofessionals (tandartsen, mondhygiënist, tandprotheticus), mondzorgassistenten (verpleegkundigen met een bijzondere opleiding) en tandartsassistenten. De regiebehandelaar overlegt namens het mondzorgnetwerk met de specialist ouderengeneeskunde, de huisarts of praktijkondersteuners. De regiebehandelaar is ook eerste aanspreekpunt voor het management van de diverse zorginstellingen of zorgorganisaties.

De focus moet liggen op het opnemen van mondzorg als vaste component in bestaande zorgnetwerken (al dan niet als mondzorgnetwerk). Zo dient mondzorg een vast agendapunt van multidisciplinair medisch overleg en onderdeel van gezondheidsscreeningsinstrumenten te zijn. Nu is het vaak een onderdeel dat niet wordt besproken of ingevuld. De regiebehandelaar draagt zorg voor inbedding in beleid, procedures, protocollen en processen van de zorgorganisatie en de opleiding van degenen die de dagelijkse mondverzorging uitvoeren.

3.5 Vergroten bewustzijn belang mondgezondheid

Het is de specifieke verantwoordelijkheid van de mondzorg (waaronder ook de NVGd) om ouderen, mantelzorgers en betrokken (para)medische zorgverleners van de juiste informatie te voorzien, om ze een zo goed mogelijke afweging te kunnen laten maken in zorgkeuzes en prioriteiten.

3.6 Meer tandheelkundige kennis in het geneeskunde curriculum en verpleegopleidingen

Als artsen en verpleegkundigen in hun basisopleiding meer tandheelkundige kennis opdoen (deze is nu beperkt), wordt de communicatie beter en de afstand tussen de zorgprofessionals kleiner. Kwetsbare ouderen krijgen zo eerder en beter mondzorg.

4. Randvoorwaarden

Voor de implementatie van deze concrete voorstellen moet financiering worden gevonden. De basis van de financiële structuur is die van een effectief en duurzaam zorgmodel. De voorgestelde oplossingen zullen eerst moeten worden getest en geëvalueerd in een kleinschalig experiment.

Fragmentatie van de voorstellen omwille van economische motieven mag geen afbreuk doen aan de zorgvisie. Buitenlandse ervaringen leren dat een gefragmenteerde aanpak op korte termijn werkt, maar op de lange termijn tot verloren energie en financiën leidt.

5. Bronnen

Hoeksema AR, Peters LL, Raghoobar GM, Meijer HJA, Vissink A, Visser A. Oral health status and need for oral care of care-dependent indwelling elderly: from admission to death. *Clin Oral Investig.* 2017;21(7):2189-2196.

Hoeksema AR, Peters LL, Raghoobar GM, Meijer HJA, Vissink A, Visser A. 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. doi: 10.1007/s00784-018-2360-y. [Epub ahead of print]

Nationale Zorggids feb 2018 n.a.v. ZorgCijfers Monitor van Zorginstituut Nederland.

Niesten D, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NHJ. Oral health care behavior and frailty-related factors in a care-dependent older population. *J Dent.* 2017;61:39-47.

Niesten D, Witter D, Bronkhorst E, Creugers N. Oral health-related quality of life and associated factors in a care-dependent and a care-independent older population. *J Dent.* 2016;55:33-39.

Pomp M. Oorzaken en gevolgen van het midden van mondzorg door kwetsbare ouderen en een voorstel voor een beleidsexperiment. 2017.