

Prioritering en aanbevelingen in de mondzorg voor ouderen

De mondgezondheid van ouderen, vooral kwetsbare zorgafhankelijke ouderen is suboptimaal. In een Priority Setting Partnershiponderzoek hebben ouderen en andere belanghebbenden geparticipeerd om ervaren belemmeringen in de mondzorg te inventariseren en hieruit agendapunten voor onderzoek te destilleren. Hiertoe zijn in 5 focusgroepen discussies gehouden met respectievelijk een groep ouderen, verzorgers, externe partijen en behandelaars. In een vijfde zogenoemde consensusgroep werd de definitieve lijst van prioriterende agendapunten geformuleerd. De belangrijkste prioriteiten betreffen beleid en organisatie, bewustwording, samenwerking tussen verschillende zorgverleners, financiering en organisatie van mondzorg voor thuiswonende ouderen, en onderwijs over mondzorg aan alle zorgverleners. Bewustwording over het belang van de mondgezondheid van ouderen bij zorgverleners is de eerste stap naar betere mondgezondheid van ouderen in Nederland.

Jerković-Ćosić K, Everaars B, Putten GJ van der. Prioritering en aanbevelingen in de mondzorg voor ouderen

Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: 503-509

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2017.10.17121>

Inleiding

Zowel het aantal als het aandeel ouderen zal de komende decennia in Nederland verder stijgen (Ritsema van Eck et al, 2013). Ouderen willen zo lang mogelijk in hun eigen woonomgeving blijven wonen en door de gevolgen van politieke keuzes, zoals het sluiten van verzorgingshuizen, zijn zij ook genooddaakt dat te doen. Ook als zij kwetsbaar en zorgafhankelijk worden. Thuiswonende, kwetsbare en zorgafhankelijke ouderen zijn vaak zelf niet in staat een adequate mondhygiëne te handhaven en/of te bereiken (De Visschere et al, 2006; Kalsbeek et al, 2006; Rademakers en Gorter, 2008; Hoeksema et al, 2014). Hiervoor zijn zij afhankelijk van mantel- en thuiszorg. Door deze groeiende zorgafhankelijkheid, verminderde zelfredzaamheid en de daarmee verbandhoudende verminderde mobiliteit is de mondzorgpraktijk minder toegankelijk voor deze groep ouderen. Hierdoor bezoeken zij een mondzorgverlener minder frequent of zelfs helemaal niet meer met als gevolg dat mondaandoeningen onopgemerkt en onbehandeld kunnen blijven (Rademakers en Gorter, 2008). In 2016 ging minder dan 70% van de ouderen tussen de 65 en 75 jaar naar een mondzorgverlener, voor de 75 plussers was dit zelfs minder dan 55% (CBS, 2017). Dit alles kan resulteren in een verslechterende mondgezondheid van thuiswonende, kwetsbare, zorgafhankelijke ouderen. Recent onderzoek toonde aan dat bij 80% van de individuen die in het verpleeghuis werden opgenomen de mondgezondheid onvoldoende was (Hoeksema, 2014). De slechte mondhygiëne

Wat weten we?

De mondgezondheid van veel kwetsbare zorgafhankelijke ouderen is onder de maat. Ook omdat deze groep ouderen steeds langer in hun eigen woonomgeving blijft wonen, hebben zij een verhoogde kans op het krijgen van een slechte mondgezondheid. Er bestaan inmiddels verschillende initiatieven om deze groep eerder te bereiken en voldoende preventieve maatregelen te treffen om hun mondgezondheid stabiel te krijgen en te behouden.

Wat is nieuw?

In een onderzoek zijn de meningen, wensen en behoeften van verschillende relevante partijen, waaronder ouderen zelf, geïnventariseerd met als doel gemeenschappelijk prioriteiten op te stellen om de mondgezondheid van ouderen te verbeteren. Het onderzoek geeft inzicht in de huidige belemmeringen, maar ook in de kansen die er zijn om de mondzorg voor ouderen beter te organiseren.

Praktijktoepassing

Uit het onderzoek volgen prioriteiten en aanbevelingen die kunnen worden toegepast in de mondzorg voor alle ouderen, de zorgafhankelijke ouderen in de zorginstellingen maar ook zorgafhankelijke ouderen in de thuissituatie.

en mondgezondheid bleef onveranderd gedurende de verdere opname. Ongeveer 72% van de patiënten had slechte mondhygiëne en 70% van de patiënten had cariës (Hoeksema, 2016).

Naast het ontstaan van verschillende aandoeningen en ongemakken in de mond, kan een slechte mondgezondheid ook negatieve gevolgen hebben voor de algemene gezondheid en het welbevinden. Volgens de World Dental Federation (FDI) zijn er associaties gevonden tussen slechte mondgezondheid en zelfs meer dan 100 verschillende aandoeningen (Glick et al, 2012).

De mondzorgbehoefte van ouderen is aan het veranderen. De laatste cijfers van het CBS laten een stijging zien in het percentage ouderen boven de 65 jaar met een eigen dentitie. Dit is gestegen van 41% in 2000 naar 59% in 2009 en de verwachting is dat dit aandeel verder zal stijgen (CBS, 2010). Daarnaast hebben steeds meer mensen complexe tandheelkundige voorzieningen, zoals orale implantaten, kronen en bruggen, die een hoge mate van zelfzorg vereisen (Van der Putten et al, 2014). Echter, een adequate mondverzorging door verzorgenden schiet vaak tekort omdat zij niet weten hoe ze de mond moeten reinigen, het vies vinden of bang zijn om iemand pijn te doen (De Visschere et al, 2015).

Recentelijk worden steeds meer initiatieven gestart om mondzorg voor ouderen te verbeteren door hen tijdig en op andere manieren te bereiken en voldoende preventieve zorg te bieden. Tot op heden worden de meeste acties in de vroege opsporing en -interventie door de zorgverleners geïnitieerd zonder de inhoudelijke inbreng van de ouderen. Hierdoor wordt mogelijk voorbijgegaan aan de wensen en behoeften van de oudere zelf. Er zijn in Nederland al meerdere voorbeelden van vroegopsporing en interventies die ouderen zinloos vinden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2015). Vooral vroegopsporing van lichamelijke klachten door middel van vragenlijsten en andere screeningsinstrumenten vinden ouderen zinloos, ze gaan tenslotte naar hun huisarts als ze klachten hebben. Daarentegen zouden ouderen meer vroegopsporing en ondersteuning willen hebben op het gebied van leefomgeving, wonen en participatie. Er bestaat derhalve een kloof tussen de zorgbehoefte vanuit het perspectief van mondzorgverleners (normatieve behoefte) en vanuit het perspectief van de oudere patiënt (waargenomen behoefte) (Holm-Pedersen et al, 2005). Over wat optimale mondzorg voor (kwetsbare) ouderen is, bestaat door het ontbreken van richtlijnen en protocollen (nog) geen consensus (Gezondheidsraad, 2012). Om de mondgezondheid van de steeds groter wordende groep ouderen te verbeteren, bijvoorbeeld door de ontwikkeling van nieuwe evidencebased richtlijnen, protocollen en beleid, is meer onderzoek noodzakelijk.

Recent is vanuit verschillende mondzorgkoepels, patiëntenorganisaties, het ministerie van VWS en Zorgverzekeraars Nederland het 'Programma Mondzorg voor kwetsbare ouderen' geïntroduceerd met 4 interventies voor de toekomst (Capgemini Consulting, 2016). De eerste interventie is gefocust op het in kaart brengen en weg nemen van belemmeringen voor een goede mondzorg vanuit het perspectief van ouderen en hun omgeving. Het onderhavige onderzoek sluit aan op deze eerste interventie.

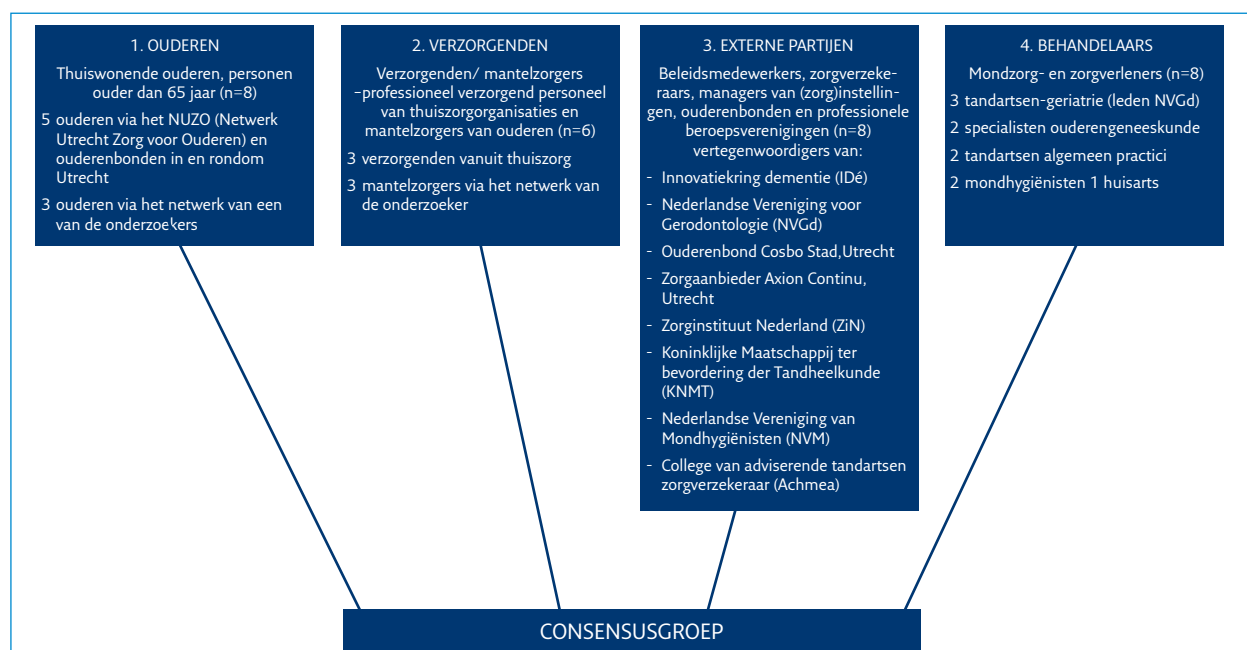
Het doel van dit onderzoek was door middel van focus-groepgesprekken met relevante partijen, inclusief de ouderen, belangrijke onderzoeksagendapunten voor verbetering van de mondzorg voor kwetsbare ouderen in de zorginstellingen en de kwetsbare zorgafhankelijke thuiswonende ouderen te formuleren en te prioriteren. Tevens werd getracht meer inzicht te verwerven in de belemmeringen die ouderen in de mondzorg ervaren en op welke wijze deze zouden kunnen worden verminderd of opgelost.

Materiaal en methode

Er werd gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksopzet, waarbij gebruikgemaakt werd van de zogenoemde Priority Setting Partnership (PSP) methodologie (Deane et al, 2014; Knight et al, 2016). Het doel van een PSP is het met verschillende partijen/betrokkenen verzamelen van onzekerheden of onbeantwoorde vragen die het meest belangrijk zijn voor alle betrokken partijen. Deze methode is gebaseerd op de consensus, waarbij het perspectief van de eindgebruiker(s) wordt geïncorporeerd (Viergever et al, 2010; National Institute for Health Research, 2016). Dit om te voorkomen dat de prioritering voor de kennisagenda, onderzoek of subsidiëring voor onderzoek met name gedaan wordt door betrokkenen vanuit het beleid, het onderzoek of de zorgverleners zonder het perspectief van de zorggebruiker daarin mee te nemen.

Deelnemers

De deelnemers werden geworven in het netwerk van 2 onderzoekers op basis van betrokkenheid bij een organisatie, een beroep of een rol in de mondzorg voor ouderen. De verschillende relevante partijen werden ingedeeld in 4 groepen (afb. 1). Alle deelnemers werden vooraf geïnformeerd over het doel van het onderzoek en ondertekenden een informed consent.



Afb. 1. Overzicht deelnemers van groepen betrokkenen.

Thema	Onderwerp
1. Beleid en organisatie	Financiën en betaalbaarheid Toegankelijkheid van tandheelkundige zorg, fysiek en financieel Samenwerking zorgverleners (1e en 2e lijn)/ mondzorg als onderdeel van multidisciplinaire ketenzorg Organisatie van mondzorg voor ouderen (ervaring gebruiken vanuit internationale inzichten) Bewustwording - mondzorg op de kaart zetten Innovatie en technologie Adequate dagelijkse mondverzorging voor alle zorgafhankelijke ouderen
2. Rol van de zorgverlener	Voorlichting/bijtscholing/bewustwording voor/onder zorgverleners Eigenwaarde behouden bij ouder worden en verlies van gebitselementen Kennis en handelen naar relatie mondgezondheid/algemene gezondheid/kwaliteit van leven Identificatie van risicofactoren voor verminderde mondgezondheid - wanneer gaat het fout?
3. Rol van de zorg-gebruiker (ouderen)	Kennis/bewustwording belang mondzorg onder ouderen

Tabel 1. Hoofdthema's met bijbehorende onderwerpen.

Per groep belanghebbenden werd een gestructureerde focusgroepbijeenkomst georganiseerd van ongeveer 2 uur, waarbij de deelnemers werden verdeeld in 2 subgroepen van minimaal 4 deelnemers (Horton, 1980). Per subgroep werd een gesprek gehouden onder leiding van een voor deze methode getrainde discussieleider. Bij de groep verzorgenden lukte het niet om 2 subgroepen te maken vanwege het te kleine aantal deelnemers ($n = 6$). Alle focusgroepgesprekken vonden plaats in de periode tussen maart en mei 2014.

Per groep werden dezelfde onderstaande vragen gesteld en samen met de discussieleider geëxploreerd:

1. Welke aspecten van mondgezondheid zijn belangrijk voor u op dit moment?
2. Welke aspecten van mondgezondheid zouden belangrijk worden als u zorgafhankelijk wordt?
3. Hoe zouden we bij ouderen het beste mondziekten kunnen voorkomen?
4. Hoe ziet goede mondzorg voor ouderen volgens u eruit?
5. Waar bent u bang voor met betrekking tot uw mondgezondheid? Welke negatieve uitkomsten wilt u vermijden als u uw zelfstandigheid verliest?
6. Wat zijn volgens u belangrijke vragen die u door middel van wetenschappelijk onderzoek beantwoord wilt zien?

Voorafgaand aan de bijeenkomsten zijn deze vragen aan de participanten toegezonden ter voorbereiding. Tijdens de bijeenkomsten werden de vragen een voor een gesteld, maar uitwijking naar een van de andere vragen of een ander onderwerp was mogelijk. Alle genoemde antwoorden, ideeën en suggesties werden zoveel mogelijk per vraag gecategoriseerd genoteerd op 6 grote vellen papier die door de ruimte verspreid waren om zo het complete overzicht te houden. Aan het einde van elke bijeenkomst werd aan de deelnemers gevraagd om de lijst van de genoemde punten door middel van het verdelen van fiches terug te brengen tot 5 meest relevante agendapunten. In de laatste 15 minuten kwamen de subgroepen bij elkaar om hun top 5 van agendapunten met elkaar te delen.

Een gezamenlijke vijfde consensusgroep bijeenkomst werd daarna georganiseerd met 2 of 3 leden van de verschillende deelnemende groepen. Deze bijeenkomst werd geleid door een deelnemer uit de groep ouderen (bijgestaan door de onderzoeker-discussieleider) zodat de discussie zoveel mogelijk vanuit perspectief van ouderen werd gehouden. Tijdens de consensusgroepbijeenkomst werden de 5 opgestelde agendapunten door de deelnemers van de verschillende groepen aan elkaar toegelicht, waarna de verschillen en de overeenkomsten tussen de verschillende groepen werden bediscussieerd. De consensusgroep werd gevraagd aan de hand van de uitkomsten een prioriteitenlijst op te stellen.

Alle discussies in de verschillende groepen werden digitaal opgenomen met een audiorecorder en werden getranscribeerd. De transcripten werden genummerd om anonimiteit te waarborgen.

Data-analyse werd uitgevoerd aan de hand van de transcripten en de lijst van prioriteiten. Het softwareprogramma voor kwalitatieve data-analyse MAXQDA werd gebruikt voor codering en analyse. Eenzelfde onderzoeker codeerde alle transcripten, waarna 2 transcripten werden gecontroleerd door een andere onderzoeker. Codes werden geclusterd tot onderwerpen die werden ondergebracht in overkoepelende thema's. De eerste en tweede auteur van dit artikel hadden deze thema's besproken en de onderwerpen ondergebracht tot consensus was bereikt. Getracht werd de formulering van de onderwerpen hetzelfde te houden als de formulering van de onderwerpen die op de vellen papier waren genoteerd tijdens de bijeenkomsten.

Resultaten

Uit de transcripten van de gesprekken in de initiële 4 focusgroepen konden de hiernavolgende 3 hoofdthema's met bijbehorende onderwerpen worden gedefinieerd (tab. 1):

1. beleid en organisatie;
2. rol van de zorgverleners;
3. en rol van ouderen als zorggebruikers.

Beleid en organisatie

Verreweg de meeste onderwerpen bevonden zich in dit thema. Financiering en betaalbaarheid van de mondzorg werden voornamelijk door de groep ouderen en de groep verzorgenden als belemmering gezien om gebruik te maken van professionele mondzorg. Aangegeven werd dat een tandheelkundige behandeling erg duur is en de kosten hiervan vooral een drempel kunnen zijn voor kwetsbare zorgafhankelijke ouderen die niet aanvullend voor tandheelkundige zorg zijn verzekerd:

"...als je dus wat duurdere mondzorg nodig hebt, dan zit het niet meer in het basispakket en heel veel ouderen gaan niet die extra aanvulling van de tandarts...nee, dat gooien ze er lekker uit..." (groep ouderen).

Door de groep behandelaars werd de financiële drempel bij mondzorg voor ouderen ook genoemd, maar dan vanuit het eigen perspectief. Mondzorg voor ouderen kost meer tijd en het is niet altijd mogelijk om die zorg in de mondzorgpraktijk aan te bieden. Mondzorgverleners waren ervan overtuigd dat meer collega's bereid zouden zijn om specifieke mondzorg voor ouderen (aan huis) te bieden als er een betere, meer gepaste vergoeding tegenover zou staan.

Alle betrokkenen vonden dat multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende behandelaars moet worden verbeterd om bij te dragen aan een betere algehele zorg:

"... mensen met diabetes die tegenwoordig heel vaak bij de praktijkondersteuner komen. Wat zou er nou gebeuren als de praktijkondersteuner nou vraagt van: 'Goh, en wanneer bent u nou voor het laatst bij de mondhygiënist geweest?' Dan hoeft ze niks te doen of hij, maar de vraagstelling alleen is al voldoende..." (groep externe partijen).

De noodzaak van een gerichte actie om de mondzorg voor ouderen beter te organiseren werd door alle betrokkenen onderschreven, waarbij de groep externe partijen tevens een aanbeveling deed om hierbij gebruik te maken van internationale inzichten en ervaringen.

De groep ouderen benadrukte de noodzaak van het organiseren van adequate dagelijkse mondverzorging voor (zorgafhankelijke) ouderen. Als oplossingen werden gesuggereerd: het aanbieden van specifieke zorgverzekeringspakketten voor ouderen, een grotere rol van de huisarts in de screening en verwijzing, een grotere rol van thuiszorgmedewerkers in de dagelijkse mondverzorging en een grotere inzet van mondhygiënist in thuiszorg.

Bewustwording over het belang van mondzorg in de breedste zin werd genoemd door zowel ouderen, als verzorgenden en als externe partijen. Zij waren ervan overtuigd dat mondzorg een 'ondergeschoven kindje' is binnen de zorg en dat het belang van goede mondgezondheid veel meer en beter moet worden gepromoot:

"...dit is zo'n ondergeschoven kindje. Die hele mondzorg, ..." (groep externe partijen)

"...mijn mond als onderdeel van mijn algemene gezondheid en het belang daarvan???" (groep ouderen)

Ouderen en externe partijen bepleitten ook het ontwikkelen van nieuwe technologie om mondzorg voor ouderen te verbeteren. Voorgesteld werden een poetsmachine en

hulpmiddelen die de zelfzorg van ouderen kunnen bevorderen. Mond-/en andere zorgverleners gaven aan grote behoefte te hebben aan indicatoren om de mondgezondheid van kwetsbare ouderen adequaat te kunnen screenen.

Rol van de zorgverleners

Alle betrokkenen gaven aan de bewustwording over het belang van mondzorg bij mond- en andere zorgverleners essentieel te vinden en zij vonden dat de bij- en nascholing van alle zorgverleners moet worden verbeterd. Meer kennis van de relatie mondgezondheid en algemene gezondheid onder behandelaars en verzorgenden kan bijdragen aan een betere bewustwording over het belang van een goede mondgezondheid. Verder vonden alle betrokkenen dat alle zorgverleners verantwoordelijk moeten zijn voor de mondzorg voor ouderen: de niet-mondzorgverleners in een signalerende rol en de mondzorgverleners als verwijzers en zorgdragers.

"...Want dan is er dus wel een diabetesverpleegkundige die noteert dat, maar heeft niet euh... zoiets van: hé, er gaat een rooie bel of rooie vlag wapperen. Hier ga ik eventjes op letten of daar ga ik wat mee doen..." (groep ouderen).

"Maar ze weten het vaak niet, dus ik ben klaar gedoucht klaar aangekleed, en dan wordt het vergeten. En dat vind ik wel heel jammer, ik vind het moet erbij horen. Net zo goed als die rug wassen moet je die tanden even boenen..." (groep ouderen).

Het is gewenst dat de mondzorgverlener door betere kennis en kunde over de oudere patiënt beter kan anticiperen op de wensen en behoeften van de oudere patiënt. Ondanks verlies van gebits-elementen en toenemende zorgafhankelijkheid willen zij hun waardigheid behouden. Wat betreft hun mondgezondheid is het perspectief echter angstig voor hen:

"...Wat gaat er dan gebeuren met mijn mond? En dan mogen we er wel vanuit gaan dat het wel gepoetst wordt twee keer per dag, maar stel je voor dat dat niet gebeurt?..." (groep ouderen)

Rol van de ouderen als zorggebruikers

Ouderen, verzorgenden en behandelaars deelden de mening dat ook kennis en bewustwording bij ouderen zelf nodig is om het belang van mondgezondheid in te zien:

"...het bewust zijn van, snappen eigenlijk de gemiddelde ouderen hoe belangrijk goede mondzorg is? Want we kunnen wel vanuit de professional denken, maar stel je voor dat de gemiddelde Nederlander het maar flauwekul vindt, dan kunnen wij van alles bedenken, maar er gebeurt niks..." (groep behandelaars).

De discussie in de consensusgroep leverde uiteindelijk een lijst met 9 prioriterende agendapunten op (afb. 2). Er kwamen geen onderwerpen of inzichten naar voren die niet eerder in de andere groepen waren genoemd. De hoogste prioriteit gaven alle deelnemers aan 'Voorlichting, bij-scholing en bewustwording'. De achterliggende gedachte daarbij was dat eventuele interventies pas zin hebben als iedereen het belang van goede mondgezondheid inziet. Daarnaast werd de huidige financiering van de mondzorg

- 1 Voorlichting, bijscholing, bewustwording bij ouderen, mantelzorgers en zorgverleners binnen en buiten mondzorg
- 2 Adequate dagelijkse mondverzorging voor zorgafhankelijke ouderen
- 3 Betaalbare zorg – financiering van de preventieve mondzorg voor (kwetsbare) ouderen (vanuit patiënt en behandelaar)
- 4 Samenwerking, communicatie tussen verschillende zorgverleners
- 5 Organisatie van periodieke screening bij ouderen
- 6 Relatie mondgezondheid, algemene gezondheid en kwaliteit van leven
- 7 Ontwikkelen systemen voor risico inschatting voor progressie van de mondziekten of slechte mondgezondheid
- 8 Mondzorg als onderdeel van multidisciplinaire ketenzorg
- 9 Innovatie en technologie

Afb. 2. Overzicht van de prioriteiten door de consensusgroep.

en mondverzorging voor kwetsbare zorgafhankelijke ouderen als belangrijke belemmering gezien. Verdere ontwikkeling en uniformering van screeningsmethoden, en een verbetering van de risicoschatting bij de mondzorg van ouderen waren eveneens prioriterende agendapunten. Ten slotte werd meer onderzoek gewenst naar de relatie tussen mondgezondheid en algemene gezondheid en de levenskwaliteit van kwetsbare zorgafhankelijke ouderen (tab. 1).

Discussie

Dit onderzoek onderschrijft de behoefte om mondzorg voor ouderen beter te organiseren. Alle deelnemers van de focusgroepen zijn het eens over de noodzaak voor een structurele, betaalbare mondzorg voor ouderen waarbij mond- en andere zorgverleners samenwerken. Opvallend veel problemen werden gedistilleerd op het gebied van beleid en organisatie. Alle groepen gaven aan belemmeringen te ervaren in de organisatie en financiering van de mondzorg. Deze lopen uiteen van inzet van juiste zorgverleners om de dagelijkse mondverzorging uit te voeren tot het gebrek aan samenwerking tussen zorgverleners.

Voor zover kan worden nagegaan is dit het eerste onderzoek in Nederland dat relevante problemen in de mondzorg bij ouderen heeft onderzocht, met de substantiele inbreng van de groep ouderen zelf. De uitkomsten van het onderzoek hebben geleid tot prioriterende agendapunten die mede een leidraad kunnen zijn voor toekomstige beleidsontwikkeling. Voor onderzoekers biedt deze agenda voldoende vraagstukken om door middel van onderzoek antwoorden te zoeken. Echter, de meeste prioriteiten betreffen beleidsmatige vragen die daarom het liefst samen met het ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland, de Zorgverzekeraars Nederland, beroepsorganisaties, wetenschappelijke verenigingen en de onderzoekers opgepakt dienen te worden. Hiervoor is de steun en het belang van dit onderwerp vanuit het ministerie van VWS en het Zorginstituut een eerste noodzakelijke stap.

Bewustwording en voorlichting

Over de levering van dagelijkse mondverzorging aan alle zorgafhankelijke ouderen bestaat algehele consensus. Het is echter wel noodzakelijk dat de huidige kennis van de mogelijke gevolgen van een slechte mondgezondheid bij hun verzorgers én bij de ouderen zelf wordt verhoogd. Ini-

tiatieven zoals nationale voorlichtingsprogramma's kunnen hieraan bijdragen.

Uit het voorliggende onderzoek blijkt dat ouderen het vanzelfsprekend vinden dat hun mond wordt verzorgd als zij zorgafhankelijk worden, maar dat zij zelf maar beperkt bereid zijn om als mantelzorger mondverzorging bij anderen te leveren. Ook verzorgenden vinden mondverzorging een intieme en soms ook een vieze handeling. In de onderzoeksliteratuur worden deze aspecten vaak als belemmering genoemd voor het uitvoeren van een adequate mondverzorging voor ouderen (De Visschere et al, 2015). In de interventies, gericht op de bewustwording en voorlichting, moet daarom ruime aandacht worden besteed aan de gevoelens en opvattingen bij de uitvoering van mondverzorging bij anderen.

Mondzorg in de opleidingen

Huisartsen, verpleegkundigen en praktijkondersteuners zijn vaak niet op de hoogte van de mogelijke negatieve gevolgen van een slechte mondgezondheid op de algemene gezondheid. Ook heeft de geriatrische kennis en de multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende behandelaars verbetering. Aanbevolen kan worden alle relevante (mond)gezondheidsverleners structureel bij en na te scholen over de relatie mondgezondheid en algemene gezondheid. Zowel in de geneeskunde als in de opleidingen tandheelkunde en mondzorgkunde moet specifieke aandacht zijn voor de medische tandheelkundige interacties die op verschillende leeftijden kunnen optreden. Interprofessioneel onderwijs voor de geneeskunde-, tandheelkunde- en mondzorgkundestudenten in de ouderenzorg verdient aanbeveling om te komen tot een betere samenwerking en een stap voorwaarts in de kwaliteit van de zorgverlening voor ouderen.

Financiering van de mondzorg

Onderzoek toont aan dat met het stijgen van de leeftijd het aantal mensen dat voor tandheelkundige zorg is verzekerd afneemt, terwijl zij een hoger risico hebben op het krijgen van een slechte mondgezondheid dan jongere leeftijdsgroepen, dat geldt helemaal voor diegenen die voor de dagelijkse mondverzorging afhankelijk zijn van anderen (Bailey et al, 2004; Petersen en Yamamoto, 2005; Kiyak en Reichmuth, 2005). Het TNO-onderzoek uit 2013 laat



ook een enorme daling zien in het aantal mensen dat aanvullend verzekerd is voor tandheelkundige behandelingen. In 6 jaar tijd is deze daling 27% geweest, van 90% verzekerden in 2007 tot 67% in 2013. Hetzelfde onderzoek laat echter een relatief laag percentage ouderen zien dat de mondzorgverlener niet bezoekt. Ongeveer 18% van de mobiele, zelfredzame ouderen tussen 65 en 74 jaar met een lage sociaaleconomische status heeft geen mondzorgverlener bezocht (Schuller et al. 2014). Uit de cijfers van CBS blijkt dat minder dan 60% van de ouderen tussen de 70 en 80 in 2014 een mondzorgverlener heeft bezocht en bij de 80-plussers was dit zelfs minder dan 40%. Het CBS heeft ook een duidelijk verband gevonden tussen het inkomen en het bezoek aan tandarts of mondhygiënist. Van de volwassenen uit de laagste inkomensklasse heeft maar 70% een mondzorgverlener bezocht tot 90% in de hoogste inkomensklasse (CBS, 2016). Veel ouderen zijn dus niet aanvullend verzekerd voor tandheelkundige behandelingen, stellen het bezoek aan een mondzorgpraktijk zo lang mogelijk uit en gaan alleen als er klachten zijn. Het is dan ook hard nodig dat de financiering van de mondzorg voor kwetsbare zorgafhankelijke ouderen wordt herzien. Specifieke aandacht is gewenst voor kwetsbare, zorgafhankelijke ouderen en ouderen in de lagere sociaaleconomische klasse (Listl, 2011; Burr en Lee, 2013). Vanuit algemeen gezondheidsbelang moeten overheid en/of zorgverzekeraar wat betreft mondgezondheid deze groepen beter (financieel) ondersteunen dan nu het geval is, zodat ook deze ouderen laagdrempelig gebruik kunnen maken van deze voorziening.

Kennisontwikkeling

Het gebrek aan richtlijnen blijkt volgens de deelnemers in dit onderzoek een grote drempel te zijn voor de mondzorgverleners voor een adequate behandeling van ouderen. Mondzorgverleners verschillen in de aanpak bijvoorbeeld over de toepasbaarheid van implantanten bij ouderen. Ethische dilemma's, zoals wat 'goed/slecht' is voor de oudere patiënt, worden bevestigd in onderzoek (Murray, 2015). Ook wordt door de deelnemers van dit onderzoek aangegeven dat er een grote behoefte bestaat aan

gevalideerde toepasbare screeningsindicatoren voor niet mondzorgverleners en indicatoren om de risico's voor het ontwikkelen van een slechte mondgezondheid adequaat in te schatten voor mondzorgverleners.

Conclusie

In dit onderzoek zijn meerdere suggesties gegeven hoe de mondzorg voor kwetsbare zorgafhankelijke ouderen volgens verschillende relevante partijen zou kunnen worden verbeterd. Er is nog geen consensus over wat optimale mondgezondheid bij thuiswonende ouderen is en goede richtlijnen en protocollen ontbreken. Duidelijk is dat mondzorg voor kwetsbare, zorgafhankelijke ouderen in de zorginstellingen en de ouderen in de thuissituatie beter moet worden georganiseerd en gefinancierd. Om de meest kosteneffectieve aanpak te vinden, is onderzoek hiernaar nodig. Bestaande lokale initiatieven en de in dit onderzoek opgehaalde onderzoeksagendapunten sluiten aan bij het programma Mondzorg voor Kwetsbare Ouderen (Capgemini Consulting, 2016). Er zijn al enkele belangrijke stappen gezet, zoals de implementatie van de Praktijkwijzer, maar er is vooral meer samenwerking en afstemming nodig tussen verschillende organisaties, opleidingen en overheid om de opgestelde interventies breed te ontwikkelen en te implementeren. Van belang is dat ook die implementatieprogramma's op (kosten-)effectiviteit wetenschappelijk worden geëvalueerd.

Literatuur

- * Bailey RL, Ledikwe JH, Smiciklas-Wright H, Mitchell DC, Jensen GL. Persistent oral health problems associated with comorbidity and impaired diet quality in older adults. *J Am Diet Assoc* 2004; 104: 1273-1276.
- * Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3: 77-101.
- * Burr JA, Lee, HJ. Social relationships and dental care service utilization among older adults. *J Aging Health* 2013; 25: 191-220.
- * Capgemini Consulting. Programma Mondzorg voor kwetsbare ouderen. Plan van aanpak. Capgemini Consulting: Utrecht, 2016.
- * Centraal Bureau voor Statistiek (CBS). Permanent onderzoek leefstijl POLS, 2010. https://www.scp.nl/Onderzoek/Bronnen/Beknopte_onderzoeksbeschrijvingen/Permanent_onderzoek_naar_de_leefstijl_POLS. Geraadpleegd mei 2016.
- * Centraal Bureau voor Statistiek (CBS). StatLine, Gezondheid en Zorggebruik, 2017 <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81593NED&D1=a&D2=0&D3=0-1,3,8,13,18,23,28,33,38,43,l&HD=130605-0940&HDR=G1,G2&STB=T>, geraadpleegd juli 2017.
- * Centraal Bureau voor Statistiek (CBS). Met hoger inkomen meer naar tandarts en mondhygiënist. CBS Nieuwsbericht, 2016. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/11/met-hoger-inkomen-meer-naar-tandarts-en-mondhygienist>. Geraadpleegd juli 2017.
- * De Visschere L, Baat C de, De Meyer, et al. The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. *Gerodontology* 2015; 32: 115-122.
- * De Visschere LM, Grooten L, Theuniers G, Vanobbergen JN. Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions--a cross-sectional study. *Gerodontology* 2006; 23: 195-204.

- * Deane KH, Flaherty H, Daley DJ, et al. Priority setting partnership to identify the top 10 research priorities for the management of Parkinson's disease. *BMJ Open* 2014; 4: e006434.
- * Gezondheidsraad. De mondzorg van morgen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012; publicatienr. 2012/04.
- * Glick M, Monteiro da Silva O, Seeberger GK, et al. FDI vision 2020: Shaping the future of oral health. *Int Dent J* 2012; 62: 278-291.
- * Hoeskema AR. Oral health in frail elderly. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. 2016. Academisch proefschrift.
- * Hoeksema, AR, Vissink A, Raghoobar GM, et al. Mondgezondheid van kwetsbare ouderen: Een inventarisatie in een verpleeghuis in Noord-Nederland. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2014; 121: 627-633.
- * Holm-Pedersen P, Vigild M, Nitschke I, Berkey DB. Dental care for aging populations in Denmark, Sweden, Norway, United kingdom, and Germany. *J Dent Educ* 2005; 69: 987-997.
- * Horton JN. Nominal group technique. A method of decision-making by committee. *Anaesthesia* 1980; 35: 811-814.
- * Kalsbeek H, Schuller AA, Kivit MM, Baat, C de. Mondzorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 90-95.
- * Kiyak HA, Reichmuth M. Barriers to and enablers of older adults' use of dental services. *J Dent Educ* 2005; 69: 975-986.
- * Knight SR, Metcalfe L, O'Donoghue K, et al. Defining priorities for future research: results of the UK kidney transplant priority setting partnership. *PloS One* 2016; 11: e0162136.
- * Listl S. Income-related inequalities in dental service utilization by Europeans aged 50+. *J Dent Res* 2011; 90: 717-723.
- * Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen; op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2015.
- * Murray CG. Advanced restorative dentistry - a problem for the elderly? An ethical dilemma. *Aust Dent J* 2015; 60 Suppl 1: 106-113.
- * National Institute for Health Research. James Lind Alliance. <http://www.jla.nihr.ac.uk/> Geraadpleegd juli 2017.
- * Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 81-92.
- * Putten GJ van der, Baat C de, De Visschere L, Schols J. Poor oral health, a potential new geriatric syndrome. *Gerodontology* 2014; 31 Suppl 1: 17-24.
- * Rademakers L, Gorter RC. Vergrijzing en mondzorg in Nederland. Een verkenning. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2008; 115: 527-532.
- * Ritsema van Eck J, Dam F van, Groot C de, Jong A de. Demografische ontwikkelingen 2010-2040. Ruimtelijke effecten en regionale diversiteit, Den Haag: Planbureau voor de Leefomgeving, 2013.
- * Schuller A, Kempen I van, Vermaire E, et al. Gebit Fit? Preventief gedrag van volwassenen in Nederland in 2013. Den Haag: TNO, 2014.
- * Viergever RF, Olifson S, Ghaffar A, Terry RF. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Res Policy Syst* 2010; 8: 36.

Summary

Priorities and recommendations in oral health care for older people

The oral health of older people in the Netherlands, especially those who are vulnerable and dependent on care, is insufficient. Older people and other stakeholders participated in a so-called Priority Setting Partnership study to identify hindrances that have been experienced in oral health care and to distil from their experience items for the agenda for further research. For this reason, discussions were held in 5 focus groups with respectively 1 group of older people, caregivers, external parties and health care professionals. In a fifth focus group, a so-called 'consensus group', the definitive list of prioritised items on the agenda was formulated. The most important priorities concern policy and organisation of oral health care, awareness, cooperation among various health care professionals, the financing and organisation of oral health care for older people living at home and education concerning oral health care for all health care professionals. Awareness about the importance of good oral health for older people among health care professionals is the first step towards better oral health care for older people in the Netherlands.

Bron

K. Jerković-Ćosić¹, B. Everaars^{1,2}, G.J. van der Putten³

Uit ¹de Hogeschool Utrecht, ²het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam en ³de Amaris Zorggroep

Datum van acceptatie: 26 maart 2017

Adres: mw. K. Jerković-Ćosić, Hogeschool Utrecht, Heidelberglaan 7, 3584 CS Utrecht

katarina.jerkovic@hu.nl

Dankwoord

Met dank aan de University of Manchester en prof.dr. P.R. Brocklehurst voor het initiatief voor dit onderzoek en de samenwerking tijdens het opzet, uitvoering en de analyse van de bevindingen.