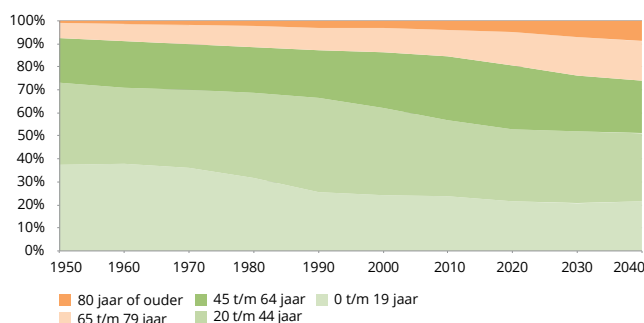


# A De positie van ouderen in de samenleving

## DEMOGRAFISCHE EN MAATSCHAPPELIJKE ONTWIKKELING

Sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw is de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking sterk veranderd. Figuur 1 laat zien dat de levensverwachting steeg en dat ook het percentage ouderen toenam. De groep van 65-plussers, in 1950 nog zo'n 8% van de bevolking, beslaat in 2020 bijna 20%. De prognose is dat dit in 2040 is toegenomen tot 26%. De bevolking groeit in die periode naar verwachting van 17,3 miljoen naar 17,9 miljoen.<sup>1</sup>

Met de gestegen levensverwachting neemt ook het aandeel toe van mensen van 80 jaar en ouder. In 2020 is dit bijna 5% van de totale bevolking, in 2040 zal dit naar schatting bijna 9% zijn.<sup>2</sup> Deze ontwikkeling wordt wel aangeduid met de term 'dubbele vergrijzing'.



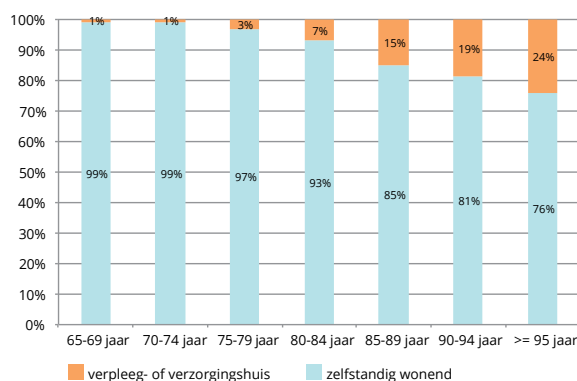
**FIGUUR 1:** De (verwachte) ontwikkeling van de bevolking naar leeftijdsgroep, tussen 1950 en 2040<sup>1-2</sup>

Waar in het verleden na de pensionering de verhuizing naar een bejaardenhuis in zicht kwam, is het ouderenbeleid van de overheid in de laatste decennia steeds meer gericht op het zo lang mogelijk thuis blijven wonen en maatschappelijk kunnen participeren. Dit wordt wel 'aging in place' genoemd.<sup>3</sup> In de afgelopen jaren zijn de meeste verzorgingshuizen gesloten of omgevormd tot verpleeghuizen.<sup>4</sup> Figuur 2 laat zien dat de overgrote meerderheid van de ouderen, zelfs van degenen op hoge leeftijd, nog thuiswonend is. Dit geldt ook voor 70% van de mensen met dementie.<sup>5</sup>

De laatste jaren komen overigens steeds meer kleinschalige woonvormen op, die 'zorg als thuis' aanbieden. De persoonlijke verzorging wordt geleverd vanuit het thuiszorgprincipe en gefinancierd uit de Wlz. Zo nodig wordt de huisarts of de 'huistandarts' ingeschakeld.

Wettelijk gezien, valt de ouderenzorg onder drie kaders: de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).<sup>6</sup> Voor mensen met vergaande kwetsbaarheid, zoals dementie, zijn daar per 2020 de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) bij gekomen. Zie voor meer informatie hierover *Bijlage 1: Wettelijke kaders van de ouderenzorg*.

Alle thuiswonende ouderen zijn voor hun mondzorg aangewezen op de algemene mondzorgpraktijk.



**FIGUUR 2:** Woonvorm naar leeftijdscategorie vanaf 65 jaar, in 2015/2016<sup>4</sup>

## GEZONDHEID VAN OUDEREN

Veel ouderen blijven tot op hoge leeftijd redelijk gezond en vitaal, anderen krijgen al vroeg gebreken en hebben veel zorg en ondersteuning nodig.<sup>3</sup> In zijn algemeenheid kan wel worden gezegd dat met het ouder worden de herstelcapaciteit afneemt. De problemen die dit met zich meebrengt, komen voor op het lichamelijke, het cognitieve, het psychische en het sociale levensterrein.

### • HET LICHAAMELIJKE TERREIN

Veel voorkomend zijn problemen met het bewegingsapparaat, denk aan moeilijker lopen en krachtverlies in handen en armen. Aandoeningen als artrose en osteoporose spelen hierbij een rol. Maar ook stoornissen aan het gehoor nemen toe, door onder andere ouderdomslethorendheid (prebyacosis), evenals stoornissen aan het gezicht, denk aan staar, maculadegeneratie en glaucoom.<sup>7</sup>

Verder zijn bekend de hart- en vaatziekten, longaan- doeningen, systemische aandoeningen (zoals diabetes mellitus en schildklierafwijkingen) en incontinentie.<sup>7</sup> Ouderen hebben ook meer kans op neurodegeneratieve ziekten, zoals Alzheimer en Parkinson.<sup>8-9</sup> Zie hiervoor *Bijlage 2: Top-tien van aandoeningen bij mensen van 65 jaar of ouder op basis van vóórkomen in 2015*.

### • HET COGNITIEVE TERREIN

Veroudering gaat gepaard met een geleidelijke achteruitgang van de cognitie: het vermogen om kennis op te nemen en te verwerken. Het geheugen wordt minder, de snelheid van denken neemt af en het wordt lastiger om meer dingen tegelijk te doen.<sup>10</sup>

### • HET PSYCHISCHE TERREIN

Mede als gevolg van de lichamelijke en cognitieve achteruitgang kunnen psychische klachten ontstaan, als angst en depressieve gevoelens. Dit geldt temeer als ook het sociale netwerk geleidelijk kleiner wordt. Gevoelens van sociaal isolement en eenzaamheid komen veel voor, van de mensen van 75 jaar of ouder voelt de helft of meer zich eenzaam.<sup>11-12</sup>

### • HET SOCIALE TERREIN

Met het wegvallen van bijvoorbeeld de partner, maar ook van familieleden en vrienden, hebben ouderen minder sociale steun. Vooral in combinatie met lichamelijke, cognitieve en psychische aandoeningen maakt dit het lastiger om deel te blijven nemen aan het sociale leven en om 'de regie over het eigen leven' te behouden.<sup>12</sup>

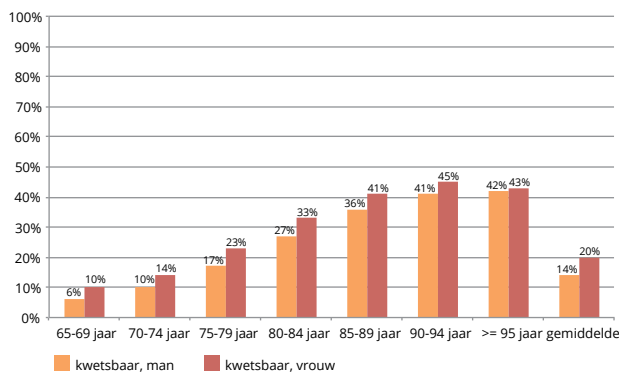
De problemen op deze terreinen hangen niet automatisch, maar wel vaak samen. De verwevenheid van somatische, psychische en sociale problemen wordt wel de 'geriatrische trias' genoemd.<sup>12-13</sup> Ouderen met combinaties van problemen verkeren vaak nog wel enige tijd in een fragiel evenwicht. Maar als er

iets gebeurt dat dit evenwicht verstoort, volgt een cascade van problemen. De casus van mevrouw Geurtsen is er een voorbeeld van.

### GERIATRISCHE TRIAS: EEN VOORBEELD

Mevrouw Geurtsen, 76 jaar, is alleenstaand en heeft een wat broze gezondheid. Ze heeft gelukkig veel contact met haar nog vitale, ook alleenstaande buurvrouw. Ze doen altijd samen hun boodschappen, de buurvrouw rijdt nog auto. Dan komt de buurvrouw ongelukkig ten val en breekt haar heup. Ze belandt in het ziekenhuis en moet daarna revalideren in een verpleeghuis. Mevrouw Geurtsen mist haar buurvrouw. Niet alleen voor de gezellige aanspraak, maar ook omdat ze nu geen hulp meer krijgt bij het doen van haar boodschappen. Ze gaat zelf nog wel naar een kleine supermarkt om de hoek, maar koopt vooral koekjes, puddingjes en andere lichte producten. Die kan ze in haar rollator gemakkelijk vervoeren. Bovendien heeft ze minder energie om voor zichzelf te koken. Zo ontwikkelt zij echter geleidelijk voedingsdeficiënties en droogt ze uit. Mede hierdoor krijgt ze een urineweginfectie. Dit leidt uiteindelijk tot een delier, een toestand van verwardheid.

Ouderen met problemen op tenminste één van de genoemde terreinen worden aangeduid als 'frail' ofwel 'kwetsbaar'.<sup>11</sup> Figuur 3 laat zien dat de kans op kwetsbaarheid bij thuiswonende ouderen met de leeftijd toeneemt en dat vrouwen procentueel gezien vaker kwetsbaar zijn dan mannen.



FIGUUR 3: Percentage kwetsbare thuiswonende ouderen vanaf 65 jaar, naar leeftijd en sekse<sup>14</sup>

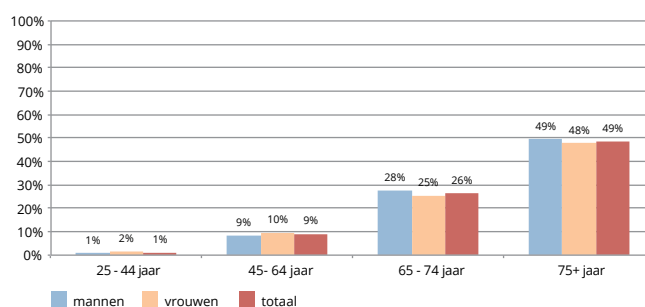
Zie voor een overzicht van de bepalende kenmerken van kwetsbaarheid *Bijlage 3: Kenmerken van fysieke, cognitieve, psychische en sociale kwetsbaarheid bij ouderen*. Kwetsbaarheid heeft een grotere zorgvraag tot gevolg.<sup>6,15</sup>

In de vorige paragraaf is al geschetst dat combinaties van problemen op het lichamelijke en het psychische terrein bij ouderen veel voorkomen. Als een patiënt twee of meer chronische aandoeningen heeft, wordt gesproken van multimorbiditeit.<sup>(1)</sup> Ook dit is naar verhouding vaak aan de orde bij ouderen, zoals figuur 4 laat zien. Het treft ruim acht van de tien mensen van 75 jaar of ouder.



**FIGUUR 4:** Proportie bij de huisarts bekende personen met multimorbiditeit, naar leeftijd en sekse, januari 2018<sup>16</sup>

Ouderen gebruiken naar verhouding veel geneesmiddelen en bij een aanzienlijk deel van hen gaat het om vijf of meer verschillende medicijnen. Dit wordt aangeduid met de term 'polyfarmacie'. Figuur 5 laat zien dat polyfarmacie in de leeftijdsgroepen van 65 jaar en ouder veel voorkomt.



**FIGUUR 5:** Percentage volwassen polyfarmaciepatiënten, naar leeftijdsgroep en naar sekse in 2018<sup>17</sup>

De door ouderen vanaf 65 jaar meest gebruikte geneesmiddelen zijn maagzuurremmers, antitrombotica, cholesterolverlagers en beta-blokkers.<sup>18</sup> Het gebruik van (meerdere) medicamenten kan ongewenste gevolgen hebben voor de orale mucosa.<sup>19</sup> Zie voor een overzicht van veelgebruikte medicatiegroepen en nadere informatie *Bijlage 4: Meeste door mensen boven de 65 jaar gebruikte medicamentgroepen en indicatie, orale bijwerkingen en therapie*.

<sup>1</sup> Gedefinieerd als het voorkomen van twee of meer van 29 chronische ziekten (een selectie op basis van hoge prevalentie, chronisch karakter en ernst van de aandoening) bij een patiënt in het elektronisch medisch dossier van de huisarts. Daarbij kan het gaan om enkel somatische ziekten, maar ook om een combinatie van somatische en psychische ziekten.

## MONDGEZONDHEID VAN OUDEREN

Thuiswonende kwetsbare ouderen zijn veelal afhankelijk van thuiszorg en/of mantelzorg. Dit kan leiden tot een slechtere mondgezondheid. Niet alleen doordat de dagelijkse mondverzorging in de knel komt, maar ook doordat het regelmatig bezoeken van de mondzorgpraktijk lastiger wordt.<sup>20</sup> Beide zijn echter wel van groot belang.

### ORALE SITUATIE

Van de leeftijdsgroep van 65 tot en met 74 jaar is naar schatting zo'n 85% nog geheel of gedeeltelijk dentaat. In de leeftijdsgroep van 75 jaar en ouder is dit zo'n 60%.<sup>21</sup> In 2040 zou bijna 80% van de mensen van 65 jaar of ouder geheel of gedeeltelijk dentaat zijn.<sup>22</sup> De toenemende aandacht voor preventie en ontwikkelingen in de curatieve zorg hebben bijgedragen aan de sterke verbetering van de mondgezondheid van de bevolking in de afgelopen decennia. Hetzelfde geldt voor het gegroeide bewustzijn van het belang van goede dagelijkse zelfzorg en regelmatig tandartsbezoek. Vandaag de dag wordt ook meer waarde gehecht aan de esthetiek van het gebit.<sup>23</sup>

Uit onderzoek blijkt dat ouderen met eigen dentitie een betere kwaliteit van leven ervaren dan edentate ouderen.<sup>24-25</sup> Die (rest)dentitie is echter vaak wel broos, met al of niet herstelde schade van cariës en mondziekten.<sup>26</sup> De parodontale conditie van de eigen gebitselementen is vaak zwak en aangevuld met prothetische constructies. Bij steeds meer ouderen zijn dit implantaatgedragen voorzieningen en enkeltandsvervangingen.<sup>27-29</sup> Restauratieve behandelingen in het verleden en de aanwezige prothetische voorzieningen beperken vaak verdere behandelmogelijkheden.<sup>30</sup>

Ook laat de mondgezondheid veelal te wensen over.<sup>31-34</sup> Wortelcariës en orale candidiasis komen frequent voor<sup>35-36</sup> dat laatste ook bij prothesedragers.<sup>37-38</sup> Veel edentate ouderen met volledige gebitsprothesen laten deze bovendien niet meer of alleen bij klachten controleren.<sup>39</sup> Een slechte pasvorm, met drukplekken en pijn en een verminderd kauwvermogen kunnen het gevolg zijn. In sociaal opzicht leiden een onverzorgd gebit en een onaangename mondgeur vaak tot schaamte en problemen in de persoonlijk relaties.<sup>40</sup>

## MONDGEZONDHEID EN DE ALGEMENE GEZONDHEID

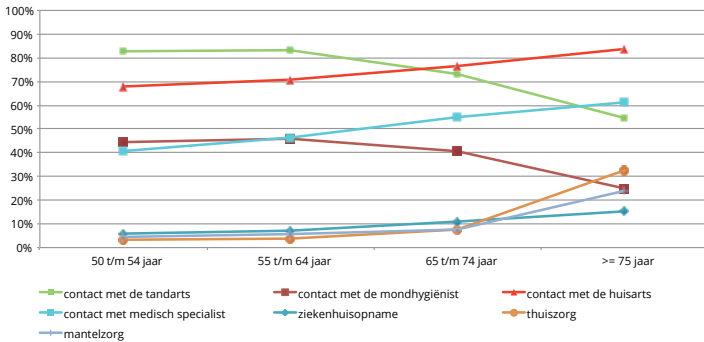
Steeds meer is bekend over de relatie tussen mondgezondheid en algemene gezondheid. Een slechte mondgezondheid, met name parodontitis, wordt onder andere in verband gebracht met een moeilijk te reguleren diabetes mellitus, met name type 2, en verder met nierinsufficiëntie, cardiovasculair accident, een verhoogde kans op aspiratiepneumonie, reumatoïde artritis, hersenaandoeningen en ondervoeding.<sup>41-51</sup> Een slechte mondgezondheid wordt dan ook wel omschreven als een nieuw geriatrisch syndroom.<sup>52</sup>

Omgekeerd beïnvloeden (systemische) aandoeningen en het ouder worden het mondgebied.<sup>53-55</sup> Complicerend daarbij is het al genoemde medicijngebruik door ouderen. Dit heeft gevolgen voor de orale mondflora en de slijmvliezen, maar polyfarmacie is ook geassocieerd met hyposalie en xerostomie.<sup>28,50,56</sup>

### OUDEREN EN MONDZORG

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.<sup>20,26</sup> 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.<sup>57</sup> De verslechtering of verwaarlozing daarvan begint dus al in de thuissituatie.<sup>34</sup>

Illustratief in dit verband is het zorggebruik, zoals figuur 6 laat zien. Met het ouder worden, groeit het percentage mensen dat in een CBS-enquête aangeeft bij de huisarts en/of bij een medisch specialist te zijn geweest en/of in het ziekenhuis te hebben gelegen. Bij de tandarts en de mondhygiënist ligt dit anders. Het bezoek aan deze zorgverleners neemt geleidelijk af. Van de personen van 75 jaar en ouder heeft nog maar 59% de tandarts en 25% de mondhygiënist bezocht. Over het bezoek aan de tandprotheticus zijn geen CBS-gegevens beschikbaar.



**FIGUUR 6:** Zorggebruik van personen vanaf 20 jaar, in 2019<sup>58</sup>

Ouderen vinden het over het algemeen belangrijk om zelfredzaam te blijven. Dit geldt ook voor het vasthouden aan de vertrouwde mondverzorgings-routines.<sup>20,39,55</sup> Zo kunnen ze zich ‘de oude’ blijven voelen, wat hen een gevoel van eigenwaarde en waardigheid geeft. Maar bij geleidelijk verergerende gezondheidsklachten lijkt er een kantelpunt te komen, waarop zij als eerste het tandartsbezoek opgeven en uiteindelijk ook hun mondverzorging. Het belang van hun mondgezondheid weegt dan niet langer op tegen de inspanningen die de mondverzorging en een bezoek aan de mondzorgpraktijk vergen, tenzij ze denken dat de tandarts bepaalde specifieke mondproblemen kan verhelpen. Verschillende factoren bemoeilijken de mondverzorging en het bezoek aan de mondzorgpraktijk.<sup>20,59,60</sup> Figuur 7 laat zien dat het gaat om beperkingen in mobiliteit en in motorische (handmatige) vaardigheden. Daarnaast kunnen angst, chronische pijn, een vermindering van energie en levenslust en het wegvallen van sociale contacten en ondersteuning de motivatie voor mondverzorging en bezoek aan een mondzorgverlener verminderen. Ook de kosten ervan zijn voor dit laatste vaak een barrière.<sup>60-61</sup> Ouderen raken hierdoor ‘uit beeld’ bij de mondzorgpraktijk.

### MONDZORGVERLENING AAN OUDEREN

Het is al aan de orde geweest: een goede mondgezondheid is van groot belang voor het lichamelijk, psychisch en sociaal-maatschappelijk functioneren van ouderen en daarmee voor hun kwaliteit van leven.



**FIGUUR 7:** Patiëntgerelateerde factoren die de mondzorg kunnen belemmeren<sup>60</sup>

In de literatuur wordt er dan ook voor gepleit dat mondzorgverleners proberen een op de individuele patiënt toegesneden ‘levensloopbestendige mondgezondheid’ te bereiken en de handhaven.<sup>13,28-30</sup> Hieronder wordt het volgende verstaan.

- 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 is hierbij is de blik op de toekomst, als de omstandigheden van de patiënt slechter kunnen worden.

Voor een levensloopbestendige mondzorg is het belangrijk dat de patiënt wordt betrokken in de doelstelling en de zorgplanning en dat mondzorgverleners bij de zorgverlening en de keuzen die daarbij worden gemaakt zoveel mogelijk rekening houden met diens wensen en behoeften. De laatste jaren is in de geneeskunde veel aandacht voor gezamenlijke besluitvorming (shared decision making) en toekomstige zorgplanning (advanced care planning).<sup>62</sup> In de mondzorg lijkt dit echter nog niet voldoende aandacht te krijgen.<sup>52</sup> Hierbij speelt mee dat er geen consensus is over wat een optimale mondgezondheid is bij thuiswonende ouderen.<sup>63</sup> De wensen en behoeften van patiënten zijn uiteraard individueel verschillend. Wel kunnen in de algemene mondzorgpraktijk globaal drie groepen oudere patiënten ('drie tinten grijs') worden onderscheiden.<sup>64-65</sup>

• **VITALE OUDEREN, AL OF NIET MET LICHT BEPERKENDE GEZONDHEIDSPROBLEMEN**

Deze ouderen kunnen regelmatig naar de mondzorgpraktijk komen en zijn in staat tot adequate dagelijkse mondverzorging. Wat betreft de mogelijkheden van mondzorg zijn er voor deze patiënten weinig beperkingen. De preventieve en curatieve zorg is gericht op duurzaamheid van de dentitie, die ook in stand kan blijven bij een eventueel verminderende dagelijkse mondverzorging.

• **THUISWONENDE OUDEREN, IN MEER OF MINDER MATE KWETSBAAR**

Deze ouderen hebben chronische aandoeningen, mogelijk ook psychosociale en geheugenproblemen, maar kunnen zich zelf (met hulp) nog wel redden. De verwachting is dat deze categorie patiënten in de algemene mondzorgpraktijk gaat toenemen, zowel in aantal als wat betreft de ernst van de algemene lichamelijke en cognitieve problematiek. Zij kunnen beperkt zijn in de mogelijkheden van dagelijkse mondverzorging en/of een bezoek aan de mondzorgpraktijk. Misschien hebben zij hiervoor mantelzorg en/of professionele thuiszorg nodig. Extra aandacht is ook gewenst om 'buiten beeld raken' te voorkomen. Dit geldt eveneens voor de edentate patiënten. Denk voor

hen aan een verwijzing naar de tandprotheticus, die een belangrijke rol kan spelen met een actief oproep- en controlebeleid. De praktijkwijzer heeft met name betrekking op deze ouderen.

• **THUISWONENDE OUDEREN MET EEN COMPLEXE GEZONDHEIDSSITUATIE RESULTEREND IN ZORGAFHANKELIJKHEID**

Specifieke aandacht is van belang voor (hoog) bejaarde patiënten met een complex van lichamelijke, somatische en psychische aandoeningen. Deze ouderen zijn in veel gevallen opgenomen in een zorginstelling, maar kunnen ook nog thuiswonend zijn met ondersteuning van thuiszorg, wijkverpleegkundigen en mantelzorg. Zij blijven in dat geval onder de verantwoordelijkheid van de algemene mondzorgpraktijk vallen. Een groot deel van deze groep zal echter om verschillende redenen niet (meer) een mondzorgpraktijk kunnen bezoeken. Het is van belang dat deze mensen niet tussen de wal en het schip raken wat betreft mondzorg. Met name voor deze ouderen is een proactief beleid gewenst, waarbij zo nodig met een bezoek aan huis toch zorg kan worden gegeven. De klinische praktijkrichtlijn 'Mondzorg voor aan huis gebonden ouderen' geeft hiervoor adviezen.<sup>66</sup>

**SIGNALEREN EN SAMENWERKING IN DE EERSTE LIJN**

Tandartsen en mondhygiënistenvullen een signaleringsfunctie als (systemische) aandoeningen zich manifesteren in het mondgebied. 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 patiënt zo nodig verwijzen naar de kaakchirurg of naar de huisarts.<sup>67</sup>

Rond de kwetsbare oudere is een netwerk van zorgverleners actief, zoals figuur 8 laat zien. Mondzorgverleners en andere eerstelijns zorgverleners weten elkaar echter nog onvoldoende te vinden.<sup>68</sup> Waar in de opleidingen tandheelkunde en mondzorgkunde al lang aandacht wordt besteed aan medisch-tandheelkundige interactie, is deze kennis bij huisartsen over het algemeen nog onvoldoende aanwezig.<sup>69-70</sup>



**FIGUUR 8:** De collectieve (mond)zorg voor ouderen<sup>68</sup>

De huisarts of de praktijkondersteuner (POH), maar in ieder geval degenen die zich bezighouden met ouderenzorg en met diabeteszorg, zou bij gezondheidsklachten van een oudere patiënt ook aandacht moeten hebben voor de gebitssituatie. De mondsituatie zou onderdeel moeten zijn van de reguliere controles.<sup>71</sup> Inmiddels wordt gepleit voor interprofessionele samenwerking om te komen tot een betere mondzorg voor (kwetsbare) ouderen.<sup>63,68,72-73</sup> Het project De Mond Niet Vergeten! (DMNV) is hiervan een uiting. Het brengt zorgprofessionals vanuit verschillende disciplines met elkaar in gesprek om lokale en regionale multidisciplinaire netwerken te bevorderen. Dit kan bijdragen aan een verbetering van de mondzorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen.<sup>74</sup> Zo is de swipeguide 'De droge mond' gelanceerd en een app die zorgverleners kan ondersteunen bij de mondzorg voor kwetsbare ouderen.<sup>75</sup>

## TOERUSTING VAN MONDZORGPRAKTIJKEN

In dit onderdeel A is in grote lijnen een beeld geschetst van de omstandigheden van de ouderen in onze samenleving. Deze vormen ook de aanleiding voor de praktijkwijzer. Als mondzorgverlener ziet u een groeiende groep kwetsbare thuiswonende ouderen met diverse problematiek. Ook de mondgezondheid laat door allerlei oorzaken vaak te wensen over. Mondverzorging en bezoek aan mondzorgverleners kunnen in de knel komen. Het belang van een goede mondgezondheid is onomstreden. Het is essentieel dat kwetsbare ouderen zoveel mogelijk met regelmaat de mondzorgpraktijk kunnen blijven bezoeken. Het is aan te bevelen dat uw praktijk hierop, voor zover haalbaar, is toegerust. Dit geldt niet alleen wat betreft de fysieke toegankelijkheid en inrichting ervan, maar ook wat betreft de uiteenlopende aspecten van de organisatie van de zorg, de zorgverlening zelf en de aandacht en expertise van u en uw mondzorgteam.

In onderdeel B worden hiervoor adviezen gegeven. Hierbij worden de stappen in het zorgproces gevolgd die de patiënt zet bij het bezoek aan uw praktijk.