

Oorzaken en gevolgen van het mijden van
mondzorg door kwetsbare ouderen
& een voorstel voor een beleidsexperiment

maart 2017

Voorwoord

Tandartsen, mondhygiënisten, tandprotheticen en andere zorgverleners die in aanraking komen met kwetsbare thuiswonende ouderen, maken zich zorgen over de orale gezondheid van deze snel groeiende groep. Zij zien steeds vaker dat er te weinig aandacht is voor het gezond houden van het (kunst)gebit en het tandvlees. De kwaliteit van leven en de algemene gezondheid lijden hieronder. Zoals uiteengezet in dit rapport is dit vaak niet nodig. Veel klachten zijn namelijk te voorkomen of goed te behandelen tegen lage kosten.

Op verschillende manieren proberen beroepsbeoefenaren dit probleem aan te pakken. Bewustzijnsbevordering bij ouderen zelf en hun omgeving is daarbij een belangrijk speerpunt. Daarnaast is het nodig om de financiële drempel uit de weg te ruimen die voor veel kwetsbare ouderen een belemmering vormt.

Het rapport is geschreven door gezondheidseconoom dr. Marc Pomp. Hij is bijgestaan door een begeleidingscommissie bestaande uit ondergetekende en:

E.N. (Nicky) Huisman BHs, mondhygiënist, bestuurslid NVM-mondhygiënist

Dr. W.J. (Wim) Klüter, tandarts-geriatrie, bestuurslid NVGd

W.F. (Wilfred) Kniese, vice-voorzitter ANT

Drs. J.C.H. (Jeannette) Smienk, senior beleidsmedewerker KNMT

Drs. J.P.M. (Han) Verhoeven, voorzitter NVIJ

Dr. A. (Anita) Visser, tandarts MFP en geriatrie, MKA chirurgie UMC Groningen

Dr. C.D. (Claar) van der Maarel-Wierink, tandarts-geriatrie, voorzitter opleidingscommissie TGe

Dit onderzoek geeft inzicht in de aard en omvang van de problemen en doet een aantal aanbevelingen om deze een halt toe te roepen.

Drs. M.H.C. (Marnix) de Romph, directeur ONT

27 maart 2017



Inhoud

Voorwoord.....	2
Inhoud	3
Samenvatting en conclusies.....	5
1. Inleiding.....	7
2. Illustratieve voorbeelden.....	9
2.1. Vooraf.....	9
2.2. Casus 1: Meneer Jaspers	9
2.3. Casus 2: Mevrouw Soeteboer	9
2.4. Casus 3: Mevrouw Gielen.....	10
2.5. Casus 4: Meneer Ykema.....	11
2.6. Casus 5: Mevrouw Remmers	11
2.7. Casus 6: Meneer Bauer	12
2.8. Casus 7: Mevrouw Van den Bogaart	13
2.9. Casus 8: Mevrouw Boulahrouz.....	14
2.10. Casus 9: Meneer Janssen van Raaij	14
2.11. Foto's.....	15
3. Hoe groot is het probleem?	16
3.1. Bronnen combineren	16
3.2. Orale status, mondhygiëne en behandel noodzaak nieuwe verpleeghuispatiënten	16
3.3. Pilot Amsterdam Noord en Rotterdam Vreewijk, Hardenberg.....	16
3.4. Orale (on-)gezondheid van thuiswonende ouderen in Groningen.....	17
3.5. Orale (on-)gezondheid van 75-plussers: steekproef in Drenthe.....	18
3.6. Tandartsbezoek.....	21
3.7. Omvang van het probleem: conclusies.....	21
4. Maatschappelijke kosten van mijden van mondzorg door kwetsbare ouderen	23
4.1. Drie typen kosten.....	23
4.2. Het directe effect van mondgezondheid op de kwaliteit van leven.....	23
4.3. Mondgezondheid en QALYs	26
4.4. Betalingsbereidheid.....	26
4.5. Indirecte effecten op de gezondheid	27
4.6. Extra zorgkosten als gevolg van niet-gebruik mondzorg.....	29
4.7. Conclusies.....	29



5.	Waarom maken kwetsbare ouderen weinig gebruik van mondzorg?	31
5.1.	Vooraf.....	31
5.2.	Objectieve en subjectieve behandel noodzaak	31
5.3.	Bereikbaarheid en toegankelijkheid: drempels voor het gebruik van mondzorg	33
5.4.	Financiële drempels	33
5.5.	Conclusies.....	35
6.	Mondzorg voor kwetsbare ouderen in het basispakket?	36
6.1.	Vooraf.....	36
6.2.	Budgettaire effecten op de netto Zvw-uitgaven: de CPB-doorrekening.....	36
6.3.	Budgettaire effecten op de netto Zvw-uitgaven: thuiswonende 75-plussers	37
6.4.	Risicoverevening.....	40
6.5.	Efficiency-argumenten	40
7.	Een beleidsexperiment.....	41
7.1.	Waarom een beleidsexperiment.....	41
7.2.	Kosten	41
7.3.	Uitkomsten evalueren.....	42
	Bijlage: Schattingen van het aantal thuiswonende kwetsbare ouderen	43
	Kwetsbare ouderen volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).....	43
	Thuiswonende kwetsbare ouderen in 2016: een schatting	45



Samenvatting en conclusies

Omvang van het probleem

Met het ouder worden neemt de kwetsbaarheid toe en neemt de aandacht voor mondverzorging af. Vooral bij de snel groeiende groep thuiswonende kwetsbare ouderen is dit een probleem. Bij ruwweg 300 duizend thuiswonende kwetsbare ouderen is de mondgezondheid matig tot slecht. Zij kampen met klachten zoals een droge mond, pijn, problemen met kauwen, gaatjes, afgebroken tanden of kiezen, tandvleesproblemen of een slecht zittend kunstgebit. Ondanks deze klachten zien veel kwetsbare ouderen af van tandartsbezoek.

Een slechte mondgezondheid heeft ongunstige effecten op de kwaliteit van leven (pijn, niet kunnen kauwen, schaamte, sociaal isolement). Daarnaast is er reden om aan te nemen dat een slechte mondgezondheid de kans vergroot op andere aandoeningen (o.a. beroerte, longontsteking, hart- en vaatziekten) en negatieve gevolgen heeft voor de algemene gezondheid, onder meer via een ongezond voedingspatroon.

Oorzaken

Het mijden van mondzorg door kwetsbare ouderen heeft meerdere oorzaken. Omdat veel van deze ouderen mobiliteitsproblemen hebben, vormen problemen rond bereikbaarheid en toegankelijkheid een hindernis. Ook angst kan een rol spelen. Uit onderzoek blijkt bovendien dat er een discrepantie bestaat tussen objectieve en subjectieve behandel noodzaak: kwetsbare ouderen zien zelf vaak het nut niet van tandartsbezoek, zelfs niet als zij kampen met goed behandelbare klachten. Ook een financiële drempel speelt een rol, aangezien mondzorg voor thuiswonende ouderen geen deel uitmaakt van het basispakket van de Zorgverzekeringswet en aanvullende verzekeringen deze zorg slechts gedeeltelijk dekken. Voor ouderen met een indicatie voor intramuraal verblijf valt mondzorg onder de Wet Langdurige Zorg (WLZ).

Opname in het basispakket: budgettaire effecten

Opname van mondzorg voor kwetsbare ouderen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet zou de financiële drempel wegnemen. Het budgettaire effect hiervan op de Zvw-uitgaven is berekend op ongeveer 170 miljoen euro per jaar. Deze berekening is gebaseerd op de aanname dat



basisonderzorg voor thuiswonende ouderen van 75 jaar en ouder deel gaat uitmaken van het basispakket. Daarnaast is aangenomen dat de gemiddelde tandartskosten van deze ouderen identiek zijn aan de gemiddelde tandartskosten van alle 18-plussers. Omdat bij ouderen vaak gekozen zal worden voor lichte vormen van mondzorg (meer *care* dan *cure*), kunnen de kosten ook lager uitvallen. Langdurige verwaarlozing van de mondgezondheid kan een eenmalige dure sanering noodzakelijk maken, maar voor een deel is dit het naar voren halen van latere collectieve zorgkosten. Bij latere opname in een verpleeghuis zou deze sanering namelijk onder de Wet Langdurige Zorg (WLZ) vallen.

Een beleidsexperiment

Om verder te komen met beleid gericht op betere mondgezondheid van kwetsbare ouderen verdient een beleidsexperiment aanbeveling. Een dergelijk beleidsexperiment zou twee componenten moeten bevatten:

1. Bevordering van het bewustzijn bij kwetsbare ouderen zelf en bij mantelzorgers en zorgaanbieders dat goede mondzorg belangrijk is.
2. Wegnemen van de financiële drempel door opname van mondzorg in het basispakket.

Op het terrein van bewustzijnsbevordering zijn door de sector al verschillende projecten in gang gezet. Op de website www.demondniehvergeten.nl staan deze projecten beschreven. Om de financiële drempel weg te nemen, zou mondzorg voor een nader te bepalen groep ouderen gedurende een periode van bijvoorbeeld drie jaar deel kunnen gaan uitmaken van het basispakket. Om budgettaire risico's te beperken, kan worden overwogen de mondzorg voor deze groep geheel of gedeeltelijk te financieren op basis van een abonnementstarief.

Door dit experiment goed te monitoren kan gedurende de looptijd worden nagegaan:

- Of het gebruik van mondzorg door de doelgroep is toegenomen.
- Of de mondgezondheid van kwetsbare ouderen is verbeterd.
- Wat het effect is op de collectieve zorguitgaven.

Afhankelijk van de uitkomsten van de monitor kan worden besloten het experiment al dan niet om te zetten in een definitieve beleidskeuze voor opname van mondzorg voor kwetsbare ouderen in het basispakket.



I. Inleiding

Met het ouder worden neemt de kwetsbaarheid toe en neemt de aandacht voor mondverzorging af. Al meer dan 35 jaar vinden onderzoekers een discrepantie tussen objectieve (door de tandarts vastgestelde) en subjectieve (door de patiënt ervaren) behandel noodzaak. Van de 100 ouderen bij wie een klinische behandel noodzaak is vastgesteld, ervaart minder dan de helft de noodzaak voor behandeling, en slechts ruwweg een kwart neemt daadwerkelijk initiatief om een tandarts te bezoeken.¹ Naast pijn, kauw- en slikproblemen en infecties in de mond, kan een slechte mondzorg ernstige gevolgen hebben voor de algehele gezondheid en het welzijn. Ondervoeding bijvoorbeeld. Een slecht verzorgd gebit kan bovendien problemen geven in het sociale contact.²

Voor het mijden van mondzorg door kwetsbare ouderen bestaan verschillende verklaringen. Gebrek aan inzicht in het belang van adequate mondverzorging is een belangrijke reden, net als afnemende mobiliteit met alle praktische beperkingen van dien. Ook angst kan een rol spelen. Financiële drempels zijn een oorzaak van het mijden van mondzorg, omdat deze zorg niet onder de basisverzekering valt of omdat een eigen bijdrage voor (implantaatgedragen) protheses verplicht is. Alleen ouderen met een indicatie voor intramuraal verblijf krachtens de Wet Langdurige Zorg (WLZ) hebben recht op 'gratis' mondzorg.

Dit rapport zet de belangrijkste feiten rondom mondgezondheid van kwetsbare ouderen op een rij en gaat in op mogelijke oplossingen. Om de lezer een beeld te geven van ernst en diversiteit van het probleem presenteert het volgende hoofdstuk een aantal fictieve maar realistische beschrijvingen van individuele patiënten. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de omvang van het probleem. De gevolgen van een slechte mondgezondheid voor individu en samenleving komen aan bod in hoofdstuk 4. Hoofdstuk 5 gaat in op verklaringen voor het mijden van mondzorg door kwetsbare ouderen. Hoofdstuk 6 bevat berekeningen van de kosten van opname van mondzorg voor ouderen in

¹ Niesten D, Sanden WJM van der, Gerritsen AE. De invloed van kwetsbaarheid op mondzorggedrag en tandartsbezoek van ouderen Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122, p. 210.

² Het mijden van mondzorg door kwetsbare ouderen is geen typisch Nederlands fenomeen: ook in andere landen is dit een bekend probleem. Asuman Kiyak and Marisa Reichmuth, Barriers to and Enablers of Older Adults' Use of Dental Services, J Dent Educ 2005 69:975-986; What is Known About the Oral Health of Older People in England and Wales: A review of oral health surveys of older people, Public Health England 2015.



het basispakket. Hoofdstuk 7 sluit af met een voorstel voor een beleidsexperiment gericht op het verbeteren van de mondgezondheid van kwetsbare ouderen.



2. Illustratieve voorbeelden

2.1. Vooraf

Om de lezer een beeld te geven van de ernst en diversiteit van het probleem, presenteert dit hoofdstuk een aantal geanonimiseerde beschrijvingen van slechte mondgezondheid bij thuiswonende ouderen.³ Ook zijn een paar foto's opgenomen die de gevolgen van verwaarlozing van de mondgezondheid treffend duidelijk maken.

2.2. Casus I: Meneer Jaspers

De familie Jaspers trekt aan de bel omdat zij merkte dat de mondzorg van hun vader achteruit is gegaan. Meneer Jaspers (79 jaar) woont met ondersteuning in een aanleunwoning. Voor meneer is het lastiger geworden om zelf het gebit schoon te houden. Op verzoek van de familie zet de mondhygiënist de 3 maandelijkse afspraken door voor gebitsreiniging, zoals al gebeurde voordat meneer niet meer naar de praktijk kon komen. Daarnaast houdt de mondhygiënist ook in de gaten of er gaatjes ontstaan of dat er andere klachten optreden. Na verloop van tijd beginnen er toch gaatjes te ontstaan, omdat meneer Jaspers zelf niet meer goed kan poetsen. In het dossier van meneer Jaspers wordt door de mondhygiënist een aantekening gemaakt dat zelf poetsen onvoldoende lukt, met daarbij het verzoek om in de zorgbesprekingen de mondzorg nog een keer te evalueren. Door de mondhygiënist is geprobeerd contact te zoeken met de coördinerende arts van de zorginstelling. De samenwerking verliep echter erg stroef. Het ondersteunende verzorgende team vond het erg moeilijk om met de terugkoppeling en instructies van de mondhygiënist aan de slag te gaan, omdat meneer Jaspers zelf de ernst van de situatie niet inzag en hij het lastig vond om ondersteuning bij deze zorg toe te staan.

2.3. Casus 2: Mevrouw Soeteboer

Mevrouw Soeteboer (67 jaar) kan niet meer naar de praktijk komen omdat zij slecht ter been begint te worden. De reis op de fiets lukt niet, en voor wandelen is het te ver. De mondhygiëne-praktijk waar zij altijd onder behandeling geweest is, besluit de zorg thuis voort te zetten. Zij heeft haar eigen tanden en kiezen nog, weliswaar met een paar kronen en bruggen, maar is hier nog erg 'groos' op. De verzorging van haar gebit vindt zij dan ook erg belangrijk. Na een aantal maanden begon de geur

³ Dit hoofdstuk is gebaseerd op praktijkervaringen van zorgverleners uit de begeleidingscommissie en hun netwerk.



uit haar mond steeds slechter te worden. Een teken dat er toch gaatjes zijn ontstaan of dat het tandvles meer is gaan ontsteken. Dit was ook wel verwacht door de mondhygiënist, omdat er veel geschoven is met de medicatie de laatste tijd en verschillende medicijnen kunnen zorgen voor een droge mond, wat het gebit doet verslechteren. Door de mondhygiënist is aangegeven dat een tandarts geraadpleegd moest worden voor verdere behandeling. Helaas is mevrouw opgenomen in het ziekenhuis en heeft er 11 maanden geen (professionele) mondzorg plaatsgevonden. Nadat mevrouw weer thuis kwam bleken er inderdaad verschillende gaatjes aanwezig. De mondhygiënist heeft de familie gevraagd om nu echt contact op te nemen met een tandarts. Dit bleek echter heel lastig omdat er weinig tandartsen op locatie konden komen. Mevrouw Soeteboer is pas aan de gaatjes behandeld nadat zij opgenomen werd in een verpleeghuis. Helaas konden niet alle kiezen behouden worden.

2.4. Casus 3: Mevrouw Gielen

Mevrouw Gielen (83 jaar) heeft Parkinson en kan daardoor niet naar de tandarts. Jarenlang liet zij daarom niet naar haar gebit kijken. Toen er in februari een tandarts bij haar aan huis kwam, moesten er gelijk tanden en kiezen worden getrokken. Zij had te lang gewacht. Zij is daarin helaas geen uitzondering.

Het is het gemiddelde beeld dat je ziet bij thuiswonende ouderen die niet meer naar de tandarts gaan: grote cariës, afgebroken kiezen, scherpe randen, tandsteen. Het zijn bronnen van ontstekingen en infecties. En tandproblemen hebben invloed op de algemene gezondheid. Het gaat vaak fout op het moment dat mensen niet meer mobiel zijn, maar ook nog niet in een verpleeghuis komen, waar zij standaard mondzorg krijgen. Net zoals dat gebeurde met mevrouw Gielen. Trappen en stoeprandjes kunnen onoverkomelijke obstakels worden voor mensen die slecht ter been zijn. En als je met een busje naar de tandarts moet worden gebracht terwijl je bijvoorbeeld ALS of MS hebt, dan is de rit vaak uitputtend. Zo uitputtend dat de keuze om niet naar de tandarts te gaan voor mensen met een ogenschijnlijk gezond gebit vaak makkelijk is gemaakt.

Maar juist voor die groep zijn de risico's op tandproblemen groter. Ouderen hebben vaak een gebit dat behoorlijk gevuld is door de tandarts. Met constructies die de mondverzorging moeilijker maken. Daarnaast is medicijngebruik vaak een probleem. Als mensen meer dan vier of vijf medicijnen gebruiken, dan heeft dat altijd effect op het speeksel. De beschermende werking daarvan gaat achteruit door de medicijnen. Normaal beschermt speeksel tegen zuuraanvallen van eten. Gebeurt dat niet of minder, dan ontstaan er heel snel gaatjes en worden tanden broos.



2.5. Casus 4: Meneer Ykema

Meneer Ykema (76 jaar) heeft zorg nodig, maar heeft geen indicatie voor verblijf en woont dus zelfstandig in een verzorgingshuis. Hij is dement en gaat ineens sterk achteruit. Hij eet en drinkt bijna niet meer, wordt onrustiger en gilt steeds. De familie merkt dat vader steeds naar zijn wang grijpt en dat die rood is. Uiteindelijk geeft de heer Ykema aan dat hij pijn aan zijn mond heeft. Twee weken daarvoor had een verzorgende al tijdens het tandenpoetsen gemerkt dat het tandvlees ontstoken was, maar daar verder niets mee gedaan. Eindelijk komt er een huisarts bij. Die zegt dat de heer Ykema naar een tandarts moet en schrijft tot die tijd 4 maal per dag paracetamol voor.

Er wordt een paracetamoltablet uit de privé-voorraad van de familie gehaald, maar vader spuugt die uit. Had de huisarts maar een zetpil voorgeschreven; de heer Ykema barst inmiddels al een week van de kiespijn. De familie moet ook zelf een tandarts zien te vinden. De eigen tandarts ziet er geen heil in en verwijst naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde. Het lukt om meteen de volgende dag een afspraak te maken bij een gespecialiseerde tandarts in een verpleeghuis in de buurt.

De gang naar de gespecialiseerde tandarts blijkt vergeefs: de heer Ykema heeft een abces aan zijn kies en de kans op sepsis is groot. De familie besluit om geen antibiotica te geven en er alleen voor te zorgen dat hij geen pijn meer heeft. De familie neemt afscheid en waakt bij vader die inmiddels gesedeerd is. De familie is na zijn overlijden het meest boos over het feit dat een diep dement iemand blijkbaar in Nederland niet meer kan rekenen op zorg die voor gezonde mensen normaal is, zoals snel van kiespijn afgeholpen worden.

2.6. Casus 5: Mevrouw Remmers

Al jaren is mevrouw Remmers (79 jaar) langzaam maar zeker mentaal achteruit aan het gaan. Er is sprake van een dementieel syndroom. Zolang zij mobiel was, kon zij met hulp van anderen nog wel naar de tandarts. Totdat zij twee jaar geleden haar heup brak en bedlegerig werd. Zij werd geheel zorgafhankelijk voor alle dagelijkse handelingen.

Mevrouw Remmers ligt in de woonkamer, haar man zorgt voor haar met hulp van uitgebreide thuishulp. Zo hebben meneer en mevrouw Remmers het een tijdje samen kunnen redden. Maar door voortdurende pijn in haar mond is kauwen onmogelijk geworden en wordt het eten steeds minder. Toen er gaatjes in voortanden zichtbaar werden, is haar man op zoek gegaan naar een tandarts. Uiteindelijk kwam hij terecht bij een tandarts die aan huis behandelt.



Bij het eerste onderzoek bleek de mondgezondheid al heel slecht: afgebroken kiezen, veel plaque en gaatjes. De kleine gaatjes konden gelukkig aan huis hersteld worden. De echtgenoot en verzorgenden van de thuiszorg hebben afgesproken om voortaan de dagelijkse mondhygiëne beter op te pakken. De gemalen en vloeibare voeding blijft helaas nodig.

2.7. Casus 6: Meneer Bauer

Omdat de kosten hem afschrikten ging meneer Bauer (62 jaar) vele jaren niet naar de tandarts. Onlangs ging hij weer eens met - in zijn eigen ogen - de eenvoudige vraag om de scherpe randjes aan zijn gebit even glad te maken. Hoewel de foto het onvoorstelbaar doet lijken, had hij geen andere hulpvraag. De problemen die hij dagelijks ervaart met eten en de constante pijn, horen naar eigen zeggen bij het ouder worden.



2.8. Casus 7: Mevrouw Van den Bogaart

Mevrouw Van den Bogaart (80 jaar) werd door een tandarts-geriatrie gezien in het kader van de intake in een verpleeghuis op de afdeling somatiek. Zij had een hekel aan tandartsen en functioneerde naar eigen zeggen prima. Ook nu weer een voorbeeld dat kwetsbare ouderen vaak geen besef hebben van hun slechte mondgezondheid. Hoewel een prothese noodzakelijk is om een min of meer normaal voedingspatroon mogelijk te maken, is duidelijk te zien hoe moeilijk het is om in de mond van mevrouw Van den Bogaart door haar grote tong een gebitsprothese te moeten maken. Feitelijk is dat al bij voorbaat gedoemd te mislukken. Deze zorg komt voor mevrouw dus te laat.



2.9. Casus 8: Mevrouw Boulahrouz

Mevrouw Boulahrouz (84 jaar) is licht dementerend en woont in een aanleunwoning. Na een aantal bezoeken van haar zoon wordt de tandprotheticus gebeld. Hij vermoedt dat zij last heeft van haar kunstgebit omdat het eten heel lastig gaat en omdat zij klaagt over mondpijn. Hij denkt dat zij een volledige prothese heeft, dus vraagt hij aan de tandprotheticus om bij haar langs te komen en te kijken of er wat aan gedaan kan worden. Na mondonderzoek bleek dat mevrouw Boulahrouz nog enkele tanden en kiezen heeft waarvan er een paar zijn afgebroken. De rest van de ontbrekende tanden en kiezen was afgebroken. Dit veroorzaakte de pijn. De prothese was niet meer in goede staat, maar met een kleine correctie kon die worden aangepast. De eigen tanden en kiezen waren het probleem. In overleg met een tandarts werd het plan gemaakt om mevrouw Boulahrouz te vervoeren naar een mondzorgcentrum om gelijk alle elementen te verwijderen en de tanden en kiezen aan de prothese te plaatsen zodat mevrouw geen pijn meer heeft.

2.10. Casus 9: Meneer Janssen van Raaij

Meneer Janssen van Raaij (72 jaar) woont boven de kledingzaak van zijn zoon die hem dagelijks verzorgt. Hij belde een tandprotheticus omdat het niet goed ging met zijn vader. Het eten ging slecht en praten ging niet goed meer. Tijdens een huisbezoek werd geconstateerd dat de prothese van meneer Janssen van Raaij verre van goed zat. Toen deze was uitgenomen, bleken er 2 implantaten te zitten die al jaren niet waren schoongemaakt of nagekeken. In de praktijk heeft de tandprotheticus de prothese klaargemaakt voor rebasing en is deze vervolgens samen met de mondhygiëniste terug naar de patiënt gegaan.⁴ Eerst heeft de mondhygiëniste de implantaten gereinigd en zijn zoon laten zien hoe hij dat ook kon doen. Ook is uitgelegd dat het beter is om 's nachts het kunstgebit uit te doen. Nadat de afdruk voor rebasing gemaakt is, kon het gebit vervolgens weer helemaal in orde gemaakt worden. Meneer Janssen van Raaij is pijnvrij, kan weer zonder problemen praten en eten en zijn zoon weet hoe hij het kunstgebit moet onderhouden.

⁴ Rebasen is het herstellen van het kunstgebit zodat die weer goed in de mond past. Na verloop van tijd kan het kunstgebit losser gaan zitten, of bepaalde drukplekken vertonen. Dat heeft te maken met het feit dat kaken van vorm veranderen of slinken nadat tanden en kiezen zijn getrokken. Dit is een natuurlijk proces dat niet valt tegen te gaan. Door te rebasen zal de pasvorm van een kunstgebit weer aansluiten bij de vorm van de kaak. Resultaat is dat drukplekken worden voorkomen en dat er minder makkelijk vuil onder het gebit kan ophopen. Omdat het kunstgebit weer goed in de kaak zit kan de patiënt weer beter praten, kauwen en eten.



2.1.1. Foto's



Ouderen die niet meer naar de tandarts gaan hebben vaak cariës, afgebroken tanden, scherpe randen en tandsteen: bronnen van ontstekingen en pijn.



Veel ouderen slagen er niet meer in hun tanden goed te poetsen (foto voor). Eén behandeling van een mondhygiënist doet vaak wonderen (foto na).



3. Hoe groot is het probleem?

3.1. Bronnen combineren

Over het aantal ouderen dat met een slechte mondgezondheid kampt zijn geen exacte cijfers beschikbaar. Maar door een aantal bronnen te combineren ontstaat een goed beeld van de omvang van het probleem. Dit hoofdstuk vat eerst een aantal kleinschalige Nederlandse studies samen naar de mondgezondheid van kwetsbare ouderen. Vervolgens worden de uitkomsten van deze studies geëxtrapoleerd naar de hele groep kwetsbare ouderen.

3.2. Orale status, mondhygiëne en behandel noodzaak nieuwe verpleeghuispatiënten

Hoeksema et al. (2014) doen verslag van onderzoek onder patiënten die tussen 2002 en 2012 nieuw werden opgenomen in een groot verpleeghuis in Noord-Nederland (Winschoten, 235 bedden).⁵ De toestand van het gebit, in het bijzonder het niveau van de mondhygiëne, is bij binnenkomst in het verpleeghuis veelal slecht. Van de patiënten die bij binnenkomst in het verpleeghuis nog eigen tanden heeft, had 20,5% een algehele extractie nodig, gevolgd door een volledige gebitsprothese. Nog eens 31% had uitgebreide tandheelkundige behandeling nodig. Ook de kwaliteit van de gebitsprothesen was veelal matig tot slecht bij binnenkomst.

3.3. Pilot Amsterdam Noord en Rotterdam Vreewijk, Hardenberg⁶

In de pilot van het project *De Mond Niet Vergeten!* werd in 2015 in drie regio's (Amsterdam Noord, Rotterdam Vreewijk, Hardenberg) bij 192 kwetsbare thuiswonende ouderen de mondgezondheid gescreend. Hierbij werd gekeken of zij problemen in de mond hebben en of zij problemen ondervinden met de eigen gebits- en mondverzorging en het bezoek aan de mondzorgpraktijk. Bij bijna een van de vijf ouderen (18%) in deze pilot werden problemen met de mondzelfzorg gezien. Zij hadden hulp nodig bij de dagelijkse mondverzorging. Ruim twee van de vijf (41%) hadden klachten waar een mondzorgprofessional bij nodig is; niet goed kunnen kauwen, het niet dragen of loszitten van het kunstgebit en een droge mond waren de belangrijkste klachten. Tandartsbezoek was niet vanzelfsprekend; bijna zeven van de tien (68%) hadden het tandartsbezoek te lang over geslagen.

⁵ Hoeksema, A. R., Vissink, A., Raghoobar, G. M., Meijer, H. J. A., Peters, L. L., Arends, S., & Visser, A. (2014). Mondgezondheid van kwetsbare ouderen: een inventarisatie in een verpleeghuis in Noord-Nederland. *Ned Tijdschr Tandheelkd*, 121, 627-633.

⁶ Deze paragraaf is grotendeels overgenomen uit een interview met Claar Wierink, tandarts-geriatrie <https://www.knmt.nl/nieuws/nieuwe-aanpak-om-mondgezondheid-ouderen-te-verbeteren>.



3.4. Orale (on-)gezondheid van thuiswonende ouderen in Groningen⁷

Tussen januari 2015 en januari 2016 is een onderzoek uitgevoerd naar de mondgezondheid van thuiswonende ouderen (65-plus) die recent voor het eerst thuiszorg hadden ontvangen.

Tabel 1 Mondgezondheid thuiswonende ouderen: onderzoek onder thuiswonende ouderen in Groningen

Ouderen met eigen tanden (n=39)		
Caries	Aantal	Percentage
<i>Geen</i>	18	46
<i>1-2</i>	8	21
<i>meer dan 2</i>	13	33
Gebroken elementen		
<i>Geen</i>	22	56
<i>1-2</i>	12	31
<i>meer dan 2</i>	5	13
Pockets 5 mm of meer*		
<i>Geen</i>	14	36
<i>1-2</i>	3	8
<i>meer dan 2</i>	22	56
Ouderen met prothese of implantaat (n=64)		
Bovenkaak prothese of implantaat		
<i>Geen</i>	2	3
<i>Goed</i>	8	13
<i>Matig</i>	22	34
<i>Slecht</i>	32	50
Onderkaak prothese of implantaat		
<i>Geen</i>	5	8
<i>Goed</i>	10	16
<i>Matig</i>	30	47
<i>Slecht</i>	19	30

* Onder 'pocket' wordt verstaan: ruimte tussen tand en tandvlees.

Bron: Arie Hoeksema, Oral health in frail elderly (2016), tabel 2 p. 48.

⁷ Deze paragraaf is gebaseerd op het proefschrift van tandarts-geriatrie Arie Hoeksema, Oral health in frail elderly, proefschrift Arie Hoeksema, 2016, hoofdstuk 3.



Van de 275 benaderde ouderen deden uiteindelijk 103 mee aan het onderzoek. Hun mediane leeftijd was 79 jaar. Bij hen werd onder meer een oraal onderzoek uitgevoerd. Een deel van de uitkomsten staat in tabel 1. Zowel bij ouderen met, als ouderen zonder eigen tanden was de mondgezondheid vaak slecht. Gaatjes, afgebroken tanden of kiezen, tandvleesproblemen en slecht zittende kunstgebitten kwamen bij een meerderheid van de onderzochte ouderen voor.

3.5. Orale (on-)gezondheid van 75-plussers: steekproef in Drenthe⁸

Figuur 1 bevat informatie over de orale gezondheid van een steekproef van zelfstandig wonende ouderen. De gegevens zijn gebaseerd op een enquête in de periode juni-november 2015 onder patiënten van 75 jaar en ouder van huisartsen in Emmen. Er werden 1325 ouderen benaderd waarvan uiteindelijk 1026 de vragenlijst volledig invulden. Op basis van hun antwoorden op verschillende meetinstrumenten (waaronder de Groningen Frailty Indicator, GFI) werden de respondenten ingedeeld in drie groepen: kwetsbaar; kwetsbaar met een complexe zorgbehoefte; en vitaal.⁹ De mediane leeftijd, gemeten over alle 1026 respondenten, was 80 jaar. De mediane leeftijd van de groep kwetsbare ouderen lag in dit onderzoek iets hoger, op 82 jaar. Kwetsbare ouderen maken ongeveer de helft uit van de totale groep respondenten.

Op basis van figuur 1 zijn de volgende observaties mogelijk:

- Van de totale groep respondenten kampt 20 procent met een droge mond 's nachts. Eveneens 20 procent heeft pijnklachten. Bijna de helft is de afgelopen 2 jaar niet naar de tandarts geweest.
- De twee kwetsbare groepen scoren op alle indicatoren voor orale gezondheid – droge mond, pijnklachten, klachten over kauwen en tandartsbezoek – lager tot veel lager dan de vitale groep. Binnen de groep kwetsbare ouderen scoort de groep met een complexe zorgbehoefte nog een stuk lager dan de groep zonder complexe zorgbehoefte.
- Tegelijkertijd blijkt dat ook de vitale groep op een aantal indicatoren – pijnklachten en regelmatig tandartsbezoek – laag scoort. Eén op de vijf ouderen in deze groep kampt met orale pijnklachten en de helft is de afgelopen 2 jaar niet naar de tandarts geweest.

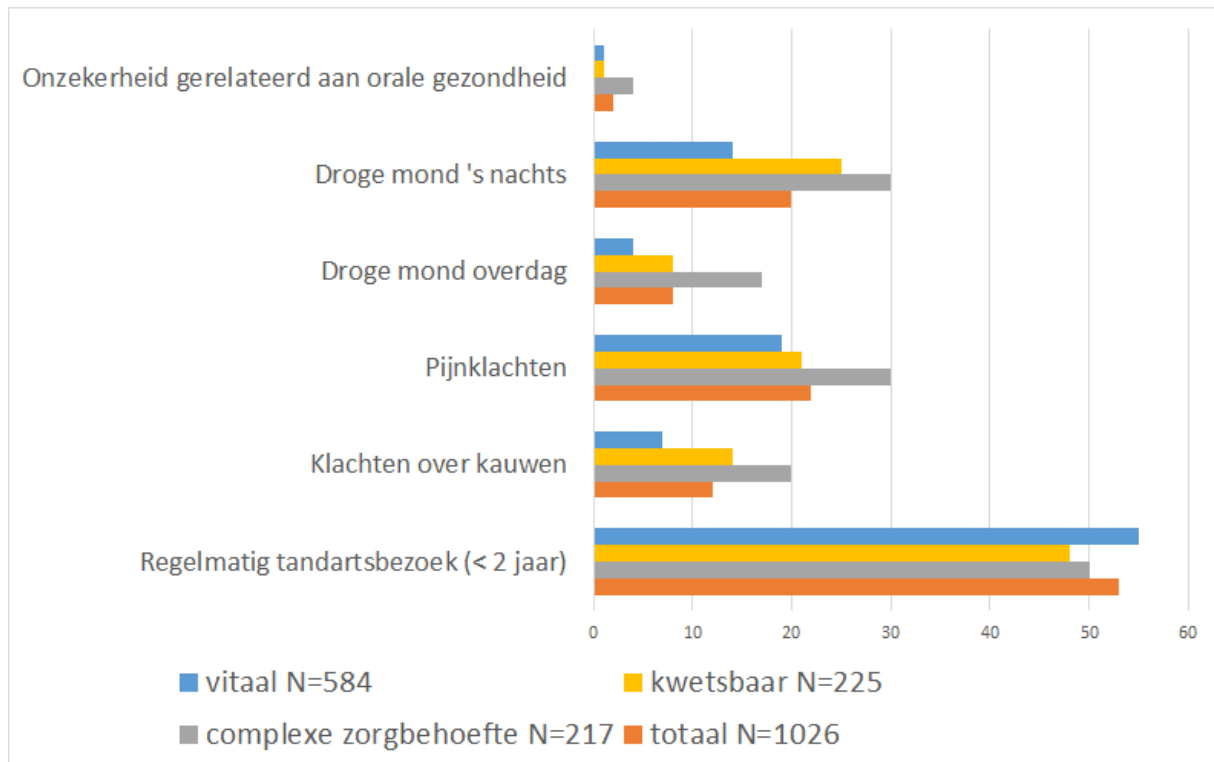
⁸ Deze paragraaf is gebaseerd op het proefschrift van tandarts-geriatrie Arie Hoeksema, Oral health in frail elderly, proefschrift Arie Hoeksema, 2016, tabel 3 p. 68.

⁹ De eerste twee groepen hebben een score van 5 of hoger op de GFI.





Figuur 1. Orale gezondheid van zelfstandig wonende ouderen (75-plus)



Bron: Gegevens uit *Oral health in frail elderly*, proefschrift Arie Hoeksema, 2016, tabel 3 p. 68.

Droge mond: ernstiger dan je zou verwachten

Een droge mond klinkt niet als een groot gezondheidsprobleem. Dat is het soms echter wel. Veel ouderen hebben last van een droge mond. Te weinig speeksel (hyposialie) hoeft echter niet altijd te betekenen dat iemand het gevoel krijgt een droge mond te hebben (xerostomie). Vooral als de speekselproductie langzaam afneemt, kan er gewenning optreden. Het omgekeerde komt overigens ook voor: iemand kan last hebben van een droge mond zonder dat de speekselproductie objectief verminderd is.

Hyposialie veroorzaakt een aantal klachten en symptomen, zoals verminderde smaak, moeilijkheden met slikken, problemen met spreken, pijn aan de mondslijmvliezen, snel voortschrijdende (wortel)cariës en verminderde houvast van een gebitsprothese. De aandoening resulteert vaak in verlies van tanden en kiezen en verhoogde gevoeligheid voor het ontstaan van ontstekingen in de mond.

Mogelijke oorzaken van hyposialie zijn stress, het syndroom van Sjögren (een auto-immuunziekte) en radiotherapie in het hoofd-halsgebied. Daarnaast hebben veel medicijnen een negatieve invloed op de speekselproductie. Kwetsbare ouderen gebruiken vaak meer medicijnen tegelijk en dat vergroot het risico op hyposialie. Voorbeelden van medicamenten met een negatief effect op de speekselproductie zijn antidepressiva en geneesmiddelen tegen de ziekte van Parkinson.

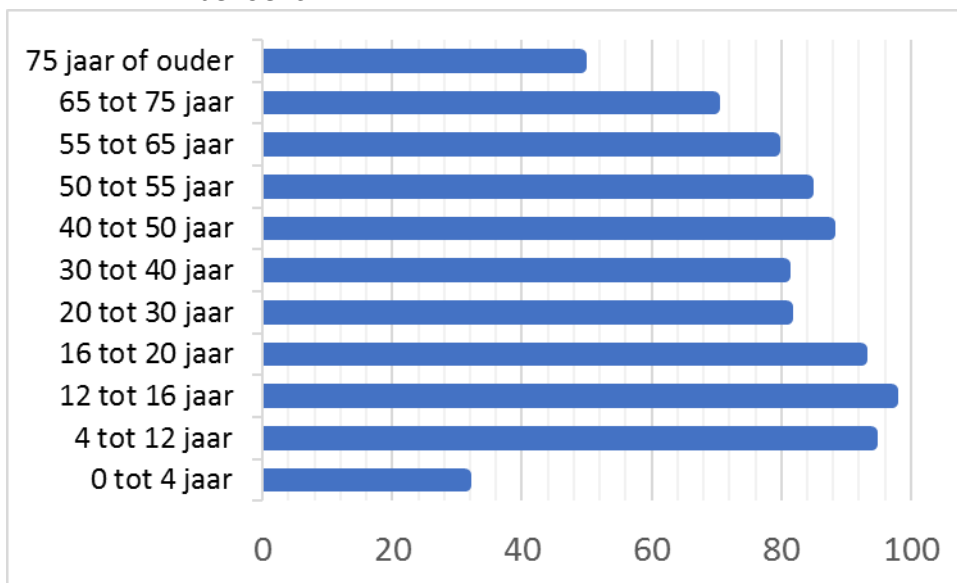
Bron: Van der Maarel-Wierink, C., Lobbezoo, F., Delwel, S., & van der Putten, G. J. (2014). Het belang van een gezonde mond. *Denkbeeld*, 27(1), 26-29.



3.6. Tandartsbezoek

Het algemene beeld dat ouderen veel minder gebruik maken van mondzorg dan jongeren, wordt bevestigd door cijfers over tandartsbezoek. Onderstaande figuur laat zien dat in 2015 slechts de helft van alle 75-plussers minstens 1 keer naar de tandarts is geweest, terwijl dat bij jongere leeftijdsgroepen rond de 80 à 90 procent ligt.

Figuur 2. Percentage personen dat in 2015 tenminste 1 maal de tandarts heeft bezocht



Bron: CBS Statline

3.7. Omvang van het probleem: conclusies

Bij veel thuiswonende kwetsbare ouderen met gezondheidsproblemen is de mondgezondheid matig tot slecht. Dit blijkt uit verschillende onderzoeken. Een aanzienlijk deel – ruwweg de helft – van deze ouderen kampt met klachten als een droge mond, pijnklachten, problemen met kauwen, gaatjes, afgebroken tanden of kiezen, tandvleesproblemen of slecht zittende kunstgebitten. Ondanks deze klachten zien veel kwetsbare ouderen af van tandartsbezoek. De oorzaken van het mijden van mondzorg komen later in dit rapport aan bod.

Deze conclusies zijn gebaseerd op een aantal kleinschalige studies. Een goed beeld van de omvang van dit probleem op landelijk niveau is niet beschikbaar. Wel beschikbaar op landelijk niveau zijn schattingen van het aantal kwetsbare ouderen. In de bijlage bij dit rapport zijn deze schattingen



samengevat. Afhankelijk van de leeftijdsgrens zijn er op dit moment ruim 400 000 (75-plus) tot ruim 600 000 (65-plus) thuiswonende kwetsbare ouderen. Als we de resultaten van de kleinschalige studies hierop toepassen, kampt ruwweg de helft hiervan met een slechte mondgezondheid. Dan gaat het om ruim 200 000 (75-plus) tot ruim 300 000 (65-plus) ouderen.



4. Maatschappelijke kosten van mijden van mondzorg door kwetsbare ouderen

4.1. Drie typen kosten

Een slechte mondgezondheid resulteert in de volgende drie globale maatschappelijke kostenposten:

1. Het directe effect op de kwaliteit van leven (pijn, niet kunnen kauwen, schaamte, sociaal isolement).
2. Indirecte effecten op de kwaliteit van leven (en mogelijk levensverwachting) via een verhoogd risico op andere aandoeningen (o.a. beroerte, longontsteking, hart- en vaatziekten).
3. Extra zorgkosten voor behandeling van aandoeningen veroorzaakt door slechte mondgezondheid.

Dit hoofdstuk gaat na wat bekend is over elk van deze soorten kosten.

4.2. Het directe effect van mondgezondheid op de kwaliteit van leven

Figuur 1 in het vorige hoofdstuk gaf al een aantal indicatoren van de orale kwaliteit van leven van ouderen en kwetsbare ouderen. Ter aanvulling daarop laat kwalitatief onderzoek zien dat het hebben van natuurlijke gebitselementen de levenskwaliteit van kwetsbare ouderen op verschillende manieren verhoogt. Zie onderstaand tekstkader, ontleend aan Niesten (2016).



Het hebben van natuurlijke gebitselementen en levenskwaliteit van kwetsbare ouderen.

- *Trots en prestatie.* Het hebben en het behouden van natuurlijke gebitselementen geeft kwetsbare ouderen een gevoel dat ze iets gepresteerd hebben waar ze trots op zijn.
- *Intactheid.* Mensen ervaren dat het hebben van natuurlijke gebitselementen bijdraagt aan een gevoel van waardigheid.
- *Controle.* Door het gebit te kunnen blijven verzorgen, hebben kwetsbare ouderen een gevoel van controle, autonomie en onafhankelijkheid.
- *Functionerende mond.* De algemene overtuiging is dat eigen tanden, omdat ze vaak beter vastzitten en beter passen dan kunsttanden, tot een betere functionaliteit leiden. Ook menselijke waardigheid speelt hierbij een rol. Deze wordt aangetast wanneer je je gebitsprothese naast je bord moet leggen omdat je anders niet kunt eten, of omdat het 'kleppert' als je spreekt.
- *Uiterlijk.* Ook op hoge leeftijd vinden mensen, en met name vrouwen, het belangrijk om er netjes en goed verzorgd uit te zien.
- *Comfort.* Natuurlijke gebitselementen dragen bij aan comfort, doordat ze geen of minder zorgen opleveren over het (kunnen) eten, spreken, over slecht passende prothesen, over een gebit dat niet bij het gezicht past. Ook de smaakbeleving is beter met natuurlijke gebitselementen.

Bron: Niesten, D. (2016). Mondzorg voor kwetsbare ouderen: de situatie vanuit het perspectief van ouderen. In *Het tandheelkundig jaar 2016* (pp. 1-14). Bohn Stafleu van Loghum.

De literatuur bevat een groot aantal studies naar het effect van mondgezondheid op kwaliteit van leven. Deze studies meten de kwaliteit van leven vaak met een vragenlijst die speciaal is ontworpen met het oog op de *oral health-related quality of life* (OHRQoL).¹⁰ Specifiek voor ouderen is de GOHAI-vragenlijst ontworpen (Geriatric Oral Health Assessment Index). Deze vragenlijst bevat vragen zoals: Hoe vaak hebt u de keuze van wat u eet, of de hoeveelheid die u eet, beperkt vanwege problemen met uw tanden of kunstgebit? Hoe vaak hebt u last gehad bij het bijten of kauwen van eten, zoals taai vlees of appels? Hoe vaak hebt u met gemak uw eten kunnen doorslikken?¹¹

¹⁰ Zoektermen in Google Scholar: verschillende combinaties van cost-effectiveness, QALYs, Quality of life, oral health elderly. Een recent overzicht is Vernazza, C., Heasman, P., Gaunt, F., & Pennington, M. (2012). How to measure the cost-effectiveness of periodontal treatments. *Periodontology* 2000, 60(1), 138-146.

¹¹ Niesten, D., Witter, D., Bronkhorst, E., & Creugers, N. (2016). Validation of a Dutch version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-NL) in care-dependent and care-independent older people. *BMC geriatrics*, 16(1), 53.



Deze vragenlijsten meten in hoeverre de subjectieve kwaliteit van leven wordt aangetast door mondgezondheidsproblemen. Objectieve (klinische) mondgezondheidsproblemen worden met deze vragenlijsten niet gemeten (daar zijn ze ook niet voor bedoeld). Er is natuurlijk wel een relatie: uit veel onderzoek blijkt dat een slechte klinische mondgezondheid leidt tot een slechtere score op dit soort vragenlijsten.¹²

Tegelijkertijd is gebleken dat slechte mondgezondheid met dit soort subjectieve vragenlijsten niet altijd goed wordt gemeten. Vooral bij kwetsbare ouderen is dit laatste een probleem. In de woorden van Niesten (2016), "De ervaren of subjectieve behandelbehoefte neemt bij voortschrijdende leeftijd af, terwijl de objectieve behandel noodzaak (door een tandarts vastgesteld) juist toeneemt."¹³ Zij verwijst naar onderzoek waaruit blijkt dat van de 100 kwetsbare ouderen bij wie een objectieve behandel noodzaak werd vastgesteld, minder dan de helft de behoefte aan behandeling ervoer. Ruwweg slechts een kwart nam daadwerkelijk het initiatief om een tandarts te bezoeken. Gerritsen et al. (2011) kwamen, op basis van onderzoek in drie verpleeghuizen, tot dezelfde conclusie: "While none of the residents themselves and no members of the nursing or medical staff complained about the residents' oral health, oral treatment needs were found for 72% of the subjects, even though dental treatment in these NHs is offered free of cost for residents and all dentists were easy to approach for treatment."¹⁴

Deze discrepantie tussen objectieve en subjectieve behandel noodzaak verklaart voor een deel het niet-gebruik van mondzorg door kwetsbare ouderen. Dit is een belangrijk aanknopingspunt voor beleid om hier verbetering in aan te brengen (zie hierna, hoofdstuk 5).

¹² Visscher, C. M., Lobbezoo, F., & Schuller, A. A. (2014). Dental status and oral health-related quality of life. A population-based study. *Journal of oral rehabilitation*, 41(6), 416-422. Verrips, G. H. W., and A. A. Schuller. "De invloed van mondgezondheid op de levenskwaliteit van volwassen Nederlanders." *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde* 162.118 (2011).

¹³ Niesten, D. "Mondzorg voor kwetsbare ouderen: de situatie vanuit het perspectief van ouderen." *Het tandheelkundig jaar 2016*. Bohn Stafleu van Loghum, 2015, p. 7.

¹⁴ Gerritsen PF, Cune MS, van der Bilt A, de Putter C: Dental treatment needs in Dutch nursing homes offering integrated dental care. *Spec Care Dentist*. 2011, 31 (3): 95-101.



4.3. Mondgezondheid en QALYs

De antwoorden op vragenlijsten zoals de GOHAI en OHIP zijn niet om te rekenen naar *Quality Adjusted Life Years (QALYs)*.¹⁵ Als dat wel het geval was geweest, hadden we de waarde van betere mondgezondheid kunnen uitdrukken in euro's. Om QALYs te meten is het noodzakelijk om gebruik te maken van generieke meetinstrumenten. Meestal is dat de EQ5D, soms de SF36.¹⁶ Deze meetinstrumenten vragen echter niet expliciet naar oral health.¹⁷ Dat doen de GOHAI en de OHIP wel. Het is dan ook begrijpelijk dat de EQ5D niet gebruikt wordt.¹⁸ In de Werkwijzer voor kosten-batenanalyse in het Sociaal Domein is uiteengezet dat een QALY in een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) gewaardeerd moet worden op 50 000 en 100 000 euro.¹⁹ Omdat geen van de beschikbare studies QALYs gebruiken als meeteenheid van orale gezondheid, is deze aanpak niet mogelijk. Een waardering van (een verbetering in) mondgezondheid in monetaire eenheden (in gewoon Nederlands: geld) op basis van QALYs is daarom (nog) niet mogelijk.

4.4. Betalingsbereidheid

Een alternatief voor het waarderen van QALYs, is burgers direct te vragen naar hun betalingsbereidheid voor verschillende vormen van mondzorg, of voor opname van mondzorg in de basisverzekering. Als we zouden weten wat burgers *maximaal* over hebben voor opname van

¹⁵ In een Australisch onderzoek uit 2006 is nagegaan of via een regressiemodel antwoorden op de OHIP-vragenlijst kunnen worden omgezet in een EQ-5D score, zodat toch QALYs gebruikt kunnen worden. Aan deze aanpak zitten echter zoveel haken en ogen dat we er hier verder niet op ingaan. Brennan, David S., and A. John Spencer. "Mapping oral health related quality of life to generic health state values." *BMC health services research* 6.1 (2006): 96.

¹⁶ Voor nadere details, zie Carl Koopmans, Arjan Heyma, Bert Hof, Mark Imandt, Lucy Kok, Marc Pomp, *Werkwijzer voor kosten-batenanalyse in het sociale domein*, juni 2016, p. 54-55. Kort samengevat: door QALY-scores te relateren aan de antwoorden op de vragen in de EQ5D is voor elke antwoord een gewicht vastgesteld. Met deze gewichten kan voor iedereen die de EQ5D invult de QALY-score worden berekend. De EQ-5D heeft als voordeel zijn beknoptheid. Maar hier staat het nadeel tegenover dat lang niet alle aspecten van gezondheid te vangen zijn in vijf vragen.

¹⁷ David S Brennan and A John Spencer, *Dimensions of oral health related quality of life measured by EQ-5D+ and OHIP-14*, Health and Quality of Life Outcomes 2004.

¹⁸ In wat een oudere Nederlandse studie is gekeken naar de qalyscore (aangeduid als disability weight) van een groot aantal aandoeningen waaronder parodontitis. Hierbij werd de EQ5D-vragenlijst gebruikt. Omdat parodontitis op de EQ5D vragenlijst bijna altijd de hoogste gezondheidstoestand oplevert (in code: 11111), is het disability gewicht 1 (perfecte gezondheid). Dit illustreert nog eens het eerder gemaakte punt dat generieke meetinstrumenten zoals de EQ5D niet geschikt zijn om aandoeningen op het terrein van mondzorg goed te meten. Stouthard, M. E., Essink-Bot, M. L., Bonsel, G. J., Barendregt, J. J. M., Kramers, P. G. N., Water, H., ... & Maas, P. D. (1997). Disability weights for diseases in the Netherlands.

¹⁹ *Werkwijzer voor kosten-batenanalyse in het sociale domein*, Carl Koopmans, Arjan Heyma, Bert Hof, Mark Imandt, Lucy Kok, Marc Pomp, SEO 2016.



mondzorg in het basispakket, dan zouden we een schatting hebben van de waarde van mondzorg. Dit is de zogeheten WTP (*willingness to pay*) benadering. Sommige experts op het terrein van de mondzorg hebben deze aanpak bepleit als een beter alternatief dan het meten van QALYS. Het eerder genoemde artikel van Vernazza et al. (2012) bevat een overzicht van WTP-studies. Geen van deze studies gaat over de waarde van mondgezondheid van ouderen.

4.5. Indirecte effecten op de gezondheid

Een slechte mondgezondheid, in het bijzonder parodontitis (ontstoken tandvlees), gaat gepaard met een grotere kans op een groot aantal andere aandoeningen. Dit blijkt uit een groot aantal studies. De volgende effecten van slechte mondgezondheid op andere aandoeningen worden genoemd:

- Diabetes
- Hart- en vaatziekten (inclusief beroerte)
- Reuma
- Kanker
- Longontsteking

Een recent artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde gaat in op de vraag wat we weten over de relatie tussen parodontitis en zogeheten systemische ziekten, waartoe de eerste vier ziekten in de bovenstaande lijst behoren.²⁰ De auteurs komen tot de volgende conclusies:

Diabetes

- Diabetes mellitus type 2 en parodontitis zijn sterk met elkaar geassocieerd en recente onderzoeken lijken te wijzen op een wederzijdse causale relatie.
- Parodontitis kan worden aangemerkt als complicatie van diabetes mellitus type 2. Een goede diabeteszorg ter voorkoming van complicaties (geprotocolleerde diabetescontrole en optimale metabole regulatie) is dan ook aan te raden. Ook zijn frequente preventieve instructies en handelingen ter voorkoming van parodontitis van belang.
- Parodontitis als chronisch ontstekingsproces kan bijdragen aan een slechte metabole regulatie, maar andere factoren, zoals overgewicht en roken, spelen eveneens een belangrijke rol.

²⁰ Thomas RZ, Loos BG, Teeuw W, Kunnen A, Winkelhoff AJ van, Abbas F. Parodontitis en systemische ziekten – van wetenschap naar praktijk Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 542-548.



- Parodontale behandeling draagt bij aan een betere metabole controle, vooral bij patiënten met een normale body mass index.

Bij deze laatste bewering past een kanttekening: Amerikaans onderzoek uit 2013 komt tot de conclusie dat dit effect er niet is: "Nonsurgical periodontal therapy did not improve glycemic control in patients with type 2 diabetes and moderate to advanced chronic periodontitis."²¹

Hart en vaatziekten

- Parodontitis is geassocieerd met hart- en vaatziekten, maar het is nog niet bekend of er een causaal verband bestaat, dat wil zeggen dat parodontitis echt een onafhankelijke risicofactor is voor hart- en vaatziekten.
- De behandeling van parodontitis lijkt op bescheiden wijze bij te dragen aan verbetering van de conditie van het vaatstelsel: minder arteriële stijfheid en een verbetering van de vaatwandelasticiteit.
- Het blijkt dat juist die mensen die reeds bekend zijn met hart- en vaatziekten of diabetes een significante verlaging van het C-reactieve proteïne laten zien na parodontale behandeling. Of dit uiteindelijk leidt tot preventie van een mogelijk (tweede) hart- en vaatziektenincident of diabetescomplicaties vertraagt, is niet onderzocht.

Reumatoïde artritis

- Er is een zwak associatief verband tussen het voorkomen van parodontitis en reumatoïde artritis.
- Er zijn aanwijzingen, maar er is onvoldoende bewijs dat parodontale behandeling ziekteactiviteit van reumatoïde artritis vermindert of voorkomt.

Longontsteking

Voor de relatie tussen mondgezondheid en longontsteking komt een recent literatuuroverzicht tot de volgende voorzichtige conclusie: "According to the results of the current systematic literature review oral health care, consisting of tooth brushing after each meal, cleaning dentures once a day, and

²¹ Engebretson, S. P., Hyman, L. G., Michalowicz, B. S., Schoenfeld, E. R., Gelato, M. C., Hou, W., ... & Tripathy, D. (2013). The effect of nonsurgical periodontal therapy on hemoglobin A1c levels in persons with type 2 diabetes and chronic periodontitis: a randomized clinical trial. *Jama*, 310(23), 2523-2532.



professional oral health care once a week, seems the best intervention to reduce the incidence of aspiration pneumonia."²²

Andere gezondheidseffecten

Naast het hierboven genoemde onderzoek naar de relatie tussen mondgezondheid en specifieke aandoeningen, zijn er studies naar de relatie met de algemene gezondheid. Uit deze studies blijkt de toestand van het gebit bij ouderen gepaard te gaan met een beter voedingspatroon en een gezonder gewicht.²³ Hoewel een causaal verband plausibel is, is dit in onderzoek nog niet aangetoond. Ook gaat een minder goede toestand van het gebit gepaard met een verminderde capaciteit tot het verrichten van dagelijkse activiteiten.²⁴ Ook hier geldt dat een causaal verband niet is aangetoond.

4.6. Extra zorgkosten als gevolg van niet-gebruik mondzorg

Niet-gebruik van mondzorg kan leiden tot onnodige achteruitgang van het gebit, met als gevolg pijn, ontstekingen, kauwproblemen en esthetische problemen. Los van het verlies aan kwaliteit van leven resulteert dit in extra zorgkosten wanneer deze klachten behandeling noodzakelijk maken. Indien door een slechte mondgezondheid de kans op andere aandoeningen toeneemt, zijn er ook via dit kanaal extra zorgkosten. Hoewel dit soort effecten op dit moment niet zijn te kwantificeren, onder meer omdat geen harde uitspraken mogelijk zijn over causaliteit, gaat het potentieel om grote effecten.

4.7. Conclusies

Een slechte mondgezondheid vermindert de kwaliteit van leven (pijn, niet kunnen kauwen, schaamte, sociaal isolement). Daarnaast is er reden om aan te nemen dat een slechte mondgezondheid de kans vergroot op andere aandoeningen (longontsteking, hart- en vaatziekten) en een negatief effect heeft op de algemene gezondheid, onder meer via een ongezond

²² Van der Maarel-Wierink, C. D., et al. "Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review." *Gerodontology* 30.1 (2013): 3-9.

²³ W. Marcenes, J.G. Steele, A. Sheiham, A.W. Walls, The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people, *Cad Saude Publica*, 19 (2003), pp. 809–816; 'Having 21 or more teeth increased the likelihood of having an acceptable body mass index (BMI). Thus, maintaining a natural and functional dentition defined as having more than twenty teeth into old age plays an important role in having a healthy diet rich in fruits and vegetables, a satisfactory nutritional status, and an acceptable BMI.'

²⁴ Genkai, Sae, et al. "Loss of occlusal support affects the decline in activities of daily living in elderly people receiving home care." *Journal of prosthodontic research* 59.4 (2015): 243-248.



voedingspatroon. Een slechte mondgezondheid veroorzaakt extra zorgkosten als uiteindelijk toch moet worden overgegaan tot behandeling.



5. Waarom maken kwetsbare ouderen weinig gebruik van mondzorg?

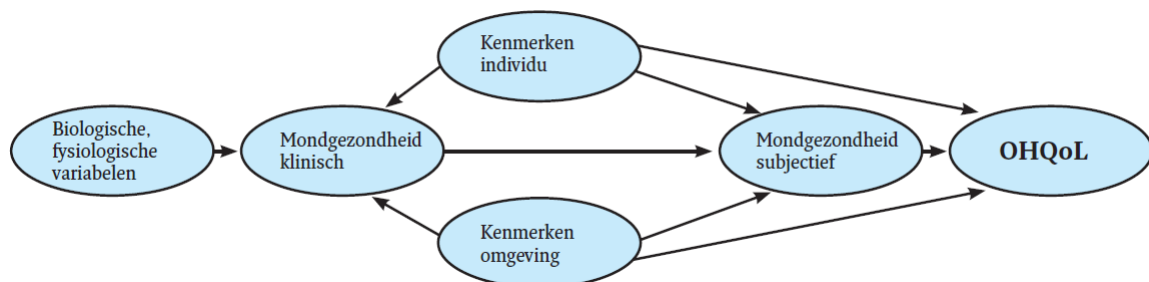
5.1. Vooraf

Voor het mijden van mondzorg bestaan verschillende mogelijke verklaringen. Dit hoofdstuk vat de stand van kennis hierover kort samen. Achtereenvolgens komen aan bod: de eerder genoemde discrepantie tussen objectieve en subjectieve behandel noodzaak, bereikbaarheid en toegankelijkheid, en de financiële drempel.

5.2. Objectieve en subjectieve behandel noodzaak

Zoals al is opgemerkt in het vorige hoofdstuk bestaat er, vooral bij kwetsbare ouderen, een discrepantie tussen objectieve en subjectieve mondgezondheid. Uiteraard beïnvloedt de objectieve (klinische) mondgezondheid de subjectieve mondgezondheid, zoals gemeten met vragenlijsten als de OHIP of de GOHAI. Maar daarnaast beïnvloeden ook kenmerken van het individu, zoals inkomen, opleiding en kwetsbaarheid, en kenmerken van de omgeving, zoals houding en communicatie van naasten en mantelzorgers en kennis van mondziekten, de subjectieve mondgezondheid. Figuur 3 brengt deze relaties in beeld.

Figuur 3. Objectieve en subjectieve mondgezondheid



Bron: Verrips, G. H. W. (2011). Een beter leven door een gezonde mond?. Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde, 123(118).



Uit studies in binnen- en buitenland onder verpleeghuisbewoners komt deze discrepantie duidelijk naar voren.²⁵ Voor thuiswonende kwetsbare ouderen zijn dergelijke studies niet beschikbaar, maar het eerder aangehaalde onderzoek van Hoeksema onder nieuwe verpleeghuisbewoners maakt duidelijk dat ook voor deze groep een fors verschil bestaat tussen objectieve en subjectieve behandel noodzaak.

De kleinschalige pilot “casefinding” van de KNMT bevestigt dit beeld.²⁶ In deze pilot selecteerde een viertal praktijken in hun administratie alle thuiswonende ouderen en haalde diegenen eruit die al langer dan 2 jaar niet meer op controle waren geweest. Aan deze patiënten werd gevraagd waarom ze niet meer kwamen en zij werden uitgenodigd voor een afspraak. De ouderen benoemden verschillende redenen om niet te komen. “Het heeft geen prioriteit” of “ik kom pas bij klachten” zijn het meest gehoord, evenals het idee dat controle niet nodig is bij een prothese. Ouderen zijn vaak niet “dental-minded”, zien het belang van goede mondzorg niet altijd in of vinden het ondergeschikt aan andere vormen van zorg. Een aantal respondenten heeft mobiliteitsproblemen of ervaart de kosten als drempel.

Op basis van interviews onder 51 kwetsbare ouderen concluderen Niesten et al. (2015) dat de belangrijkste oorzaken voor het mijden van mondzorg is dat kwetsbare ouderen de voordelen ervan niet zien: “De meeste zeer kwetsbare mensen wilden niet naar de tandarts omdat de verwachte voordelen van een tandartsbezoek in hun beleving niet opwogen tegen de verwachte inspanningen, zelfs als die inspanningen zouden worden geminimaliseerd door een tandartsbezoek aan huis. [...] Zelfs toen de interviewers meldden dat het wellicht mogelijk zou zijn om op locatie door een tandarts te worden bezocht, zeiden de meeste mensen die geen tandarts meer bezochten, dat ze niet wisten of ze van een dergelijke service wel gebruik zouden maken. Dit was des te opmerkelijker omdat de meesten toegaven dat ze wel eens last hadden van hun tanden, kiezen, gebitsprothesen of gingiva [tandvlees].”²⁷

²⁵ Zie bijvoorbeeld Niesten, D. (2015). Mondzorg voor kwetsbare ouderen: de situatie vanuit het perspectief van ouderen. In Het tandheelkundig jaar 2016 (pp. 1-14). Bohn Stafleu van Loghum.

²⁶ Bron: CapGemini, Programma Mondzorg voor Kwetsbare Ouderen 2016 Plan van Aanpak, 1 juni 2016

²⁷ Niesten, D., van der Sanden, W. J. M., & Gerritsen, A. E. (2015). De invloed van kwetsbaarheid op mondzorggedrag en tandartsbezoek van ouderen. Ned Tijdschr Tandheelkd, 122, p.7.



5.3. Bereikbaarheid en toegankelijkheid: drempels voor het gebruik van mondzorg

Ook als kwetsbare ouderen wél een subjectieve behandel noodzaak ervaren, hoeft dit nog niet te resulteren in het daadwerkelijk bezoeken van een tandarts of een andere zorgverlener. Een mogelijke reden is dat fysieke beperkingen, zoals beperkte mobiliteit, de bereikbaarheid en toegankelijkheid van een tandartspraktijk verminderen. Er is weinig onderzoek gedaan naar deze mogelijke verklaring, maar alle mondzorgverleners in de klankbordgroep van dit onderzoek noemen dit als een belangrijke drempel. Ook in de voorbeelden in hoofdstuk 2 spelen mobiliteit en bereikbaarheid vaak een rol.

5.4. De financiële drempel

Het basispakket van de Zorgverzekeringswet dekt de mondzorg voor ouderen slechts in zeer beperkte mate. De huidige aanspraak voor verzekerden van 18 jaar en ouder is beperkt tot zorg voor kaak- en mondziekten. Periodieke preventieve controles en overige tandheelkundige behandelingen, zoals trekken van tanden en kiezen en vullingen, zenuw- en wortelkanaalbehandelingen en parodontologie behoren niet tot het verzekerde pakket.²⁸ Ook de aanvullende tandartsverzekering dekt lang niet alle kosten. Tandartspolisissen kennen uitsluitingen, maxima en eigen bijdragen die als drempel kunnen werken voor tijdig tandartsbezoek.

Een financiële drempel speelt mogelijk dus een rol bij het mijden van mondzorg door kwetsbare ouderen. De beschikbare empirie is hierover niet eenduidig. In kwalitatieve studies wordt de financiële drempel vaak genoemd als één van de oorzaken.²⁹ Volgens een Nederlandse expert (Niessen) is de groep bij wie kosten een barrière vormen voor tandartsbezoek vrij klein.³⁰

²⁸ Zie Besluit zorgverzekering, geldend vanaf 01-01-2017: Lid 5 Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c [a tot en met c gaan over mondzorg bij aangeboren afwijkingen]:

a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;

b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak.

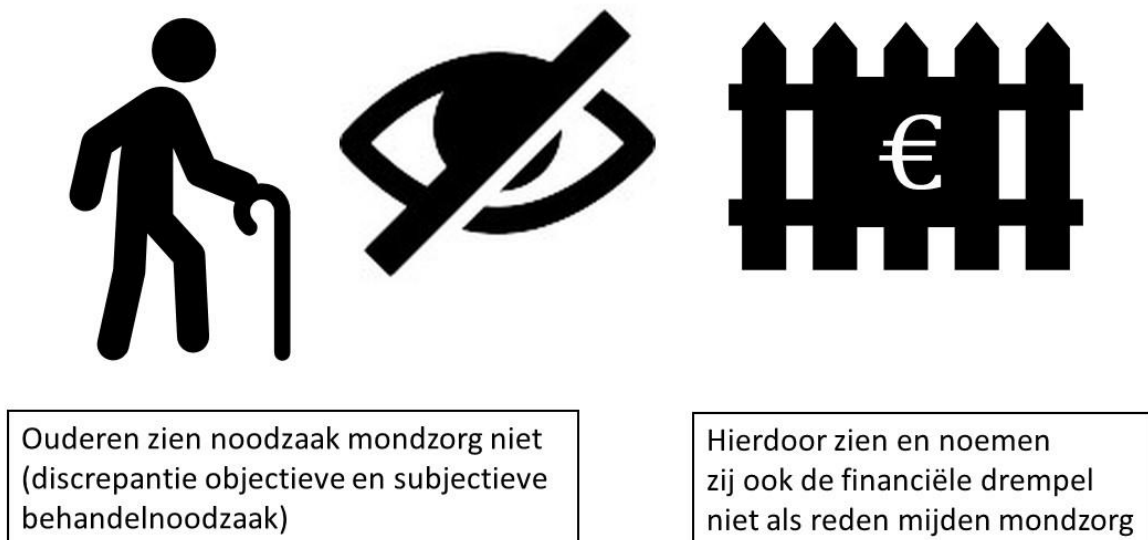
²⁹ Zie bijvoorbeeld Slack-Smith, L., Lange, A., Paley, G., O'Grady, M., French, D., & Short, L. (2010). Oral health and access to dental care: a qualitative investigation among older people in the community. *Gerodontology* 27(2), 104-113; Fox C. Evidence summary: why is access to dental care for frail elderly people worse than for other groups? *Br Dent J* 2010; 208: 119-122.

³⁰ Schriftelijke communicatie. Internationaal vergelijkend onderzoek lijkt dit te bevestigen. Op basis van Europese data voor 2004-2005 concluderen Listl et al. (2014) dat bij 50-plussers (gemiddelde leeftijd 67,3 jaar), financiële drempels nauwelijks een rol spelen: "The findings of the present study suggest that a relatively small proportion of dental non-attendance in older adulthood is cost-related". In Nederland zou volgens dit



Dit laatste is niet verbazingwekkend gegeven de discrepantie tussen objectieve en subjectieve mondgezondheid. Immers, als kwetsbare ouderen zelf de noodzaak van mondzorg niet zien, zullen zij per definitie ook geen financiële drempel ervaren. Eenvoudig gesteld: je hebt geen last van een lege portemonnee als je toch niet wilt kopen. Zodra die wens wel ontstaat – door betere voorlichting en actiever beleid van de huisarts, thuiszorg en mantelzorger – komt die financiële drempel in beeld. Om resultaat te boeken bij het verbeteren van de mondgezondheid van kwetsbare ouderen is het daarom toch nodig om ook de financiële drempel zoveel mogelijk weg te nemen. Onderstaande figuur brengt deze gedachtegang in beeld.

Figuur 4. Waarom de financiële drempel een belemmering is, ook als dit niet uit enquêtes naar voren komt



onderzoek slechts 0,7% van de respondenten om financiële redenen hebben afgezien van mondzorg. Dit hoeft echter niet te gelden voor de groep *kwetsbare* ouderen, die niet apart konden worden onderzocht in dit onderzoek.. De onderzoekers concluderen dan ook dat financiële drempels slechts een kleine rol spelen: “The findings of the present study suggest that a relatively small proportion of dental non-attendance in older adulthood is cost-related”. Listl, S. (2014). Cost-related dental non-attendance in older adulthood: evidence from eleven European countries and Israel. *Gerodontology*. In de VS lijken financiële drempels wel een belangrijke verklaring te zijn voor niet-gebruik van mondzorg. In dit onderzoek geeft een kleine 10% van de ouderen (in dit geval 65-plus) aan om financiële redenen afgezien te hebben van mondzorg. Wall T, Nasseh K, Vujicic M. Most important barriers to dental care are financial, not supply related. Health Policy Institute Research Brief. American Dental Association, October 2014.



5.5. Conclusies

Het niet-gebruikmaken van mondzorg heeft verschillende oorzaken. Zowel de discrepantie tussen objectieve en subjectieve behandel noodzaak, problemen met bereikbaarheid en toegankelijkheid, als de financiële drempel spelen een rol.



6. Mondzorg voor kwetsbare ouderen in het basispakket?

6.1. Vooraf

Zoals uiteengezet in het vorige hoofdstuk kan de financiële drempel het gebruik van mondzorg door kwetsbare ouderen belemmeren. Opname van mondzorg voor kwetsbare ouderen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet zou deze financiële drempel wegnemen. Een nadeel is echter dat dit leidt tot hogere collectieve zorguitgaven. Om te beoordelen hoe groot dit nadeel is, presenteert dit hoofdstuk de budgettaire gevolgen voor de zorguitgaven als mondzorg voor bepaalde groepen ouderen zou worden opgenomen in het basispakket.³¹ Daarnaast wordt kort ingegaan op de consequenties voor de zogeheten risicoverevening. Dit zijn de compensatiebedragen die een zorgverzekeraar met veel relatief dure verzekerden ontvangt uit het vereveningsfonds.

6.2. Budgettaire effecten op de netto Zvw-uitgaven: de CPB-doorrekening

Het Centraal Planbureau (CPB) heeft recent berekend wat het budgettaire effect op de netto Zvw-uitgaven is, als mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder wordt toegevoegd aan het basispakket.³² De netto-Zvw uitgaven maken deel uit van de collectieve lasten. De bruto Zvw-uitgaven zijn gelijk aan de netto Zvw-uitgaven plus de betalingen onder het eigen risico.

Het uitgangspunt bij de CPB-berekeningen is dat er een identieke aanspraak op mondzorg komt voor 18-plussers als de bestaande aanspraak voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Volgens de CPB-berekeningen leidt het toevoegen aan het basispakket van mondzorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder tot 1,9 miljard euro hogere bruto Zvw-uitgaven. Deze uitgaven zijn berekend voor 2018. De private uitgaven buiten het basispakket worden 1,7 miljard euro lager en het zorggebruik wordt 0,2 miljard euro hoger, omdat het remgeldeffect gedeeltelijk wegvalt. Doordat de eigen betalingen onder het wettelijk verplicht eigen risico in de Zvw 0,7 miljard euro hoger worden, stijgen de netto collectieve Zvw-uitgaven met 1,2 miljard euro ($1,7 + 0,2 - 0,7$).

³¹ Voorstanders van een Nationaal zorgfonds willen mondzorg voor alle volwassenen weer in het basispakket opnemen (naast fysiotherapie en GGZ).

³² Doorrekening mondzorg, CPB-notitie, 20 juni 2016.



Tabel 2. Budgettaire effecten op de netto Zvw-uitgaven bij opname van mondzorg in de basisverzekering voor alle 18-plussers

	miljard euro
<i>Voormalige private uitgaven mondzorg</i>	1,7
<i>Extra uitgaven door wegvallen remgeldeffect</i>	0,2
<i>Toename bruto Zvw-uitgaven</i>	1,9
<i>Af: Uitgaven mondzorg onder het eigen risico</i>	0,7
<i>Toename netto Zvw-uitgaven</i>	1,2

Bron: Doorrekening mondzorg, CPB-notitie, 20 juni 2016.

6.3. Budgettaire effecten op de netto Zvw-uitgaven: thuiswonende 75-plussers

Bij opname in het basispakket van mondzorg voor kwetsbare ouderen kan kwetsbaarheid zelf niet als criterium worden gebruikt. De reden is dat hierover geen objectieve, landelijk dekkende gegevens beschikbaar zijn. Bovendien zou dit strategisch gedrag kunnen uitlokken: als er een bonus staat op het label 'kwetsbaar', dan kan dit ook niet-kwetsbare ouderen ertoe aanzetten zich als zodanig te laten registreren. Leeftijdsgegevens zijn wél beschikbaar in de huidige databestanden van de zorgverzekeraars. Een eenvoudige leeftijdsgrens van 75 jaar zou betekenen dat 1,2 miljoen thuiswonende ouderen in aanmerking komen voor vergoeding van mondzorg uit de basisverzekering.

We kunnen de CPB-berekening gebruiken om na te gaan wat het budgettaire effect op de netto Zvw-uitgaven zou zijn, als mondzorg voor thuiswonende verzekerden van 75 jaar en ouder zou worden toegevoegd aan het basispakket. Hiertoe moeten we een paar aannames maken: over het verschil in de tandartskosten van de gemiddelde 75-plusser en de gemiddelde 18-plusser, over de mate waarin 75-plussers hun eigen risico al volmaken zonder tandartskosten en over de toename van het zorggebruik door het wegvallen van het remeffect.

De volgende aannames liggen aan de berekening ten grondslag:

- Thuiswonende 75-plussers maken op dit moment (dus zonder opname in het basispakket) gemiddeld net zoveel kosten voor mondzorg als de gemiddelde 18-plusser.



- Thuiswonende 75-plussers maken het eigen risico helemaal vol, ook zonder opname van tandartskosten in het basispakket.
- De toename van het zorggebruik door het wegvallen van het remgeldeffect is bij de gemiddelde thuiswonende 75-plusser gelijk aan die bij de gemiddelde 18-plusser.

De eerste aanname is nodig omdat geen goede data beschikbaar zijn over de uitgaven aan mondzorg door ouderen. De aanname is aan de voorzichtige kant, omdat het onwaarschijnlijk is dat de kosten voor mondzorg voor ouderen hoger zijn dan van de gemiddelde 18-plusser. Behandelaars zullen bij ouderen vaker kiezen voor preventie (gebitsreiniging) en eenvoudige ingrepen zoals tandsteenverwijdering, eenvoudige restauraties, het trekken van een tand of kies en soms een wortelkanaalbehandeling. In een aantal gevallen zal een eenvoudige prothese nodig zijn. Dure kronen en bruggen en implantaten vallen niet onder de basisverzekering. Ook de eerder genoemde CBS-cijfers over tandartsbezoek van 75-plussers wijzen in de richting van minder gebruik van mondzorg door ouderen.

De tweede aanname komt vrij goed overeen met de feiten. Uit cijfers van Vektis blijkt dat ongeveer 80% van de 75-plussers het eigen risico helemaal volmaakte in 2015.³³ De hier gemaakte aanname - dat alle 75-plussers het eigen risico volledig gebruiken - is dan opnieuw een voorzichtige aanname.

De derde aanname is nodig omdat we niet weten hoe groot het remgeldeffect is bij ouderen. In het algemeen is volgens het CPB het remgeldeffect waarschijnlijk kleiner bij ouderen. Het wegvallen van het remgeldeffect zou dan een kleiner kostenverhogend effect hebben bij ouderen dan bij jongeren. Anderzijds maken ouderen op dit moment (dus vóór opname van mondzorg in het basispakket) het eigen risico al veel vaker vol dan jongeren. Hierdoor leidt het wegvallen van het remgeldeffect tot een groter gedragseffect bij ouderen dan jongeren. De aanname dat het gedragseffect bij ouderen gemiddeld net zo groot is als bij de gemiddelde 18-plusser, komt er dus op neer dat we aannemen dat beide effecten globaal tegen elkaar wegvallen.

Het budgettaire effect op de netto Zvw-uitgaven is onder de gemaakte aannames gelijk aan het aandeel van de 75-plussers in de bevolking van 19 jaar en ouder, vermenigvuldigd met de extra *bruto*

³³ Zie de Vektis-website zorgprismaopenbaar.nl, hoe ziet het volmaken van het verplicht eigen risico eruit in 2015?



Zvw-uitgaven aan mondzorg als gevolg van opname van mondzorg voor *alle* 18-plussers in het basispakket. Dit laatste bedrag is 1,9 miljard euro (zie de CPB-berekeningen in de vorige paragraaf). Omdat aangenomen is dat deze ouderen het eigen risico al helemaal volmaken, moeten we hierop (anders dan in de CPB-berekening) niet nog een bedrag voor eigen risico in mindering brengen. In formule:

$$\text{Budgettaire effect} = 1,9 \text{ miljard euro} \times (\text{aandeel 75-plussers in bevolking 18-plus})$$

Zoals berekend in de bijlage bij dit rapport (zie tabel B1) is het aantal thuiswonende 75-plussers in 2016 1,2 miljoen. In 2016 waren er 13,5 miljoen 18-plussers (CBS-statline). Het aandeel 75-plussers in de 18-plussers is dus bijna 9%. Het budgettaire effect op de Zvw-uitgaven is dan een kleine 170 miljoen euro. Tabel 3 zet de stappen in de berekening op een rij.

Tabel 3. Budgettaire effecten op de netto Zvw-uitgaven bij opname van mondzorg in de basisverzekering voor 75-plussers

	miljoen euro
<i>Voormalige private uitgaven mondzorg</i>	150
<i>Extra uitgaven door wegvallen remgeldeffect</i>	18
<i>Toename bruto Zvw-uitgaven</i>	168
<i>Af: Uitgaven mondzorg onder het eigen risico</i>	0
<i>Toename netto Zvw-uitgaven</i>	168

Bron: Eigen berekeningen, zie tekst.

Overigens: als een patiënt een volledig kunstgebit nodig heeft, dan is dat op dit moment al gedekt door de basisverzekering. Langdurige verwaarlozing van de mondgezondheid kan een eenmalige dure sanering noodzakelijk maken, maar voor een deel is dit het naar voren halen van latere collectieve zorgkosten. Bij latere opname in een verpleeghuis zou deze sanering namelijk onder de Wet Langdurige Zorg (WLZ) vallen.



6.4. Risicoverevening

Als tandartszorg voor bepaalde groepen ouderen weer wordt opgenomen in de basisverzekering, dan moet de risicoverevening hierop worden aangepast. Als dit achterwege zou blijven, dan zou deze groep verliesgevend zijn voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben er dan financieel belang bij om deze groep buiten de deur te houden of af te stoten (via selectieve marketing of 'slechte' zorginkoop).

Voor Nederland is nog niet onderzocht hoe deze aanpassing van de risicoverevening eruit zou kunnen zien. Ook in het buitenland is hier nog weinig onderzoek naar gedaan.³⁴ De meest eenvoudige aanpassing is via een normbedrag voor elke oudere die in aanmerking komt voor verzekering van mondzorg via de basisverzekering. Wellicht gedifferentieerd naar leeftijd en geslacht en andere eventuele voorspellers van kosten van mondzorg.

6.5. Efficiency-argumenten

Een wat subtieler effect van overheveling van mondzorg voor kwetsbare ouderen naar de basisverzekering is dat minder ouderen een aanvullende tandartsverzekering zullen afsluiten. Door verschillende gezondheidseconomen is erop gewezen dat de markt voor aanvullende polissen slecht werkt.³⁵ Hierdoor is de premie die een verzekerde betaalt onnodig hoog (evenals de marge voor de zorgverzekeraar). Overheveling naar de basisverzekering kan daarom ook vanuit marktwerkingsoogpunt gunstige effecten hebben.

³⁴ Gilbert, Gregg H., Laurence G. Branch, and E. John Orav. "Predictors of older adults' longitudinal dental care use: Ten-year results." *Medical care* (1990): 1165-1180.

³⁵ Duijmelinck, Daniëlle MID, en Wynand PMM van de Ven. "Choice of insurer for basic health insurance restricted by supplementary insurance." *The European Journal of Health Economics* 15.7 (2014): 737-746. Bron: Roos, A.F. en F.T. Schut, Spillover effects of supplementary on basic health insurance: evidence from the Netherlands, *Eur J Health Econ.* 2012 Feb;13(1):51-62



7. Een beleidsexperiment

7.1. Waarom een beleidsexperiment

Aan de slechte mondgezondheid van veel kwetsbare ouderen liggen verschillende oorzaken ten grondslag. Een belangrijk deel van het probleem is dat kwetsbare ouderen zelf en hun omgeving zich onvoldoende bewust zijn van de noodzaak van mondzorg. Ook problemen rond mobiliteit en bereikbaarheid vormen een barrière voor goede en tijdige mondzorg. Een derde oorzaak is de financiële drempel. Zoals uiteengezet in hoofdstuk 5 heeft deze drempel te maken met het feit dat de basisverzekering en de aanvullende verzekering de mondzorg voor volwassenen slechts beperkt dekken.

Om verder te komen met beleid gericht op betere mondgezondheid van kwetsbare ouderen verdient een beleidsexperiment aanbeveling. Een dergelijk beleidsexperiment zou twee componenten moeten bevatten:

1. Bevordering van het bewustzijn bij kwetsbare ouderen zelf en bij mantelzorgers en zorgaanbieders dat goede mondzorg belangrijk is.
2. Wegnemen van de financiële drempel door opname van mondzorg in het basispakket.

Op het terrein van bewustzijnsbevordering zijn al verschillende projecten in gang gezet. Op de website www.demondnietvergeten.nl staan deze projecten beschreven. Om de financiële drempel weg te nemen, zou mondzorg voor een nader te bepalen groep ouderen gedurende een periode van bijvoorbeeld drie jaar deel kunnen gaan uitmaken van het basispakket.

7.2. Kosten

De berekeningen in het vorige hoofdstuk laten zien dat een dergelijk beleidsexperiment de Zvw-uitgaven zou verhogen met ongeveer 170 miljoen euro per jaar. Voor een deel is dit het naar voren halen van latere collectieve zorgkosten. Bij latere opname in een verpleeghuis zouden kosten voor mondzorg namelijk onder de Wet Langdurige Zorg (WLZ) vallen. Tegenover de hogere collectieve uitgaven staan lagere particuliere uitgaven, deels in de vorm van lagere uitgaven aan aanvullende verzekeringen, deels in de vorm van lagere eigen betalingen.



7.3. Uitkomsten evalueren

Door dit experiment goed te monitoren kan gedurende de looptijd worden nagegaan:

- Of het gebruik van mondzorg door de doelgroep is toegenomen.
- Of de mondgezondheid van kwetsbare ouderen is verbeterd.
- Wat het effect is op de collectieve zorguitgaven.

Afhankelijk van de uitkomsten van de monitor kan worden besloten het experiment al dan niet om te zetten in een definitieve beleidskeuze voor opname van mondzorg voor kwetsbare ouderen in het basispakket.

Vraag 1 en 3 zijn te beantwoorden aan de hand van declaratiegegevens van zorgverzekeraars en/of administraties van individuele tandartsen. Beantwoording van vraag 2 vergt een intensiever onderzoek, waarbij ook de verandering in de mondgezondheid bij een steekproef van kwetsbare ouderen wordt gemeten. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van de ervaringen met de effectmeting van het project 'De Mond Niet Vergeten!', gericht op het verbeteren van de mondgezondheid van thuiswonende kwetsbare ouderen. Deze meting wordt dit jaar (2017) uitgevoerd door onderzoekers van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA). Eenzelfde onderzoeksopzet zou gehanteerd kunnen worden om het effect van het hier voorgestelde beleidsexperiment te meten.



Bijlage: Schattingen van het aantal thuiswonende kwetsbare ouderen

Kwetsbare ouderen volgens het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)

Het SCP heeft in 2011 het aantal zelfstandig wonende kwetsbare ouderen geschat op ruim een half miljoen.³⁶ Het SCP hanteert de volgende definitie van kwetsbaarheid: “We definiëren kwetsbaarheid bij ouderen als een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren. Deze opeenstapeling vergroot de kans op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, of zelfs overlijden).” Ouderen waren hierbij gedefinieerd als 65-plussers. Meer recente schattingen zijn niet beschikbaar. Het SCP concludeerde onder meer:

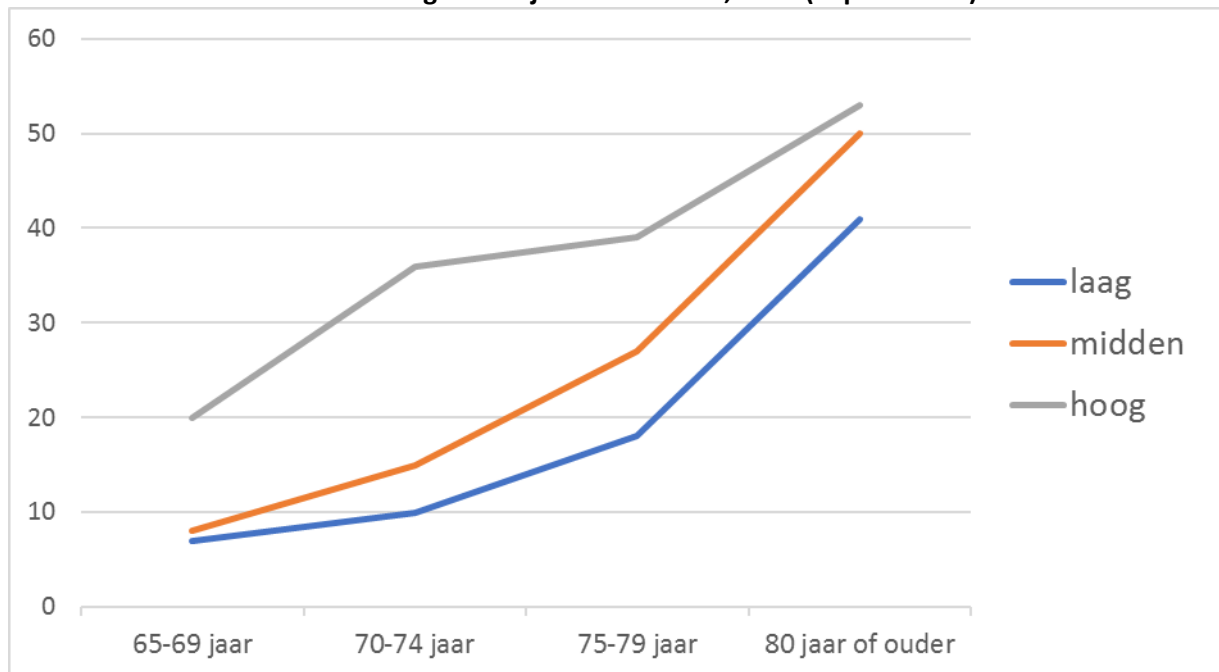
“Van de zelfstandig wonende ouderen is ongeveer een kwart kwetsbaar. In instellingen is dit percentage veel hoger. In verzorgingshuizen is ongeveer driekwart van de bewoners kwetsbaar en in verpleeghuizen praktisch alle bewoners.”

Kwetsbaarheid neemt sterk toe met leeftijd. Zie figuur B1, ontleend aan het SCP-rapport. Onder 75-79-jarigen is 20-40% kwetsbaar, afhankelijk van het opleidingsniveau. Onder 80-plussers neemt dit aandeel toe tot de helft.

³⁶ SCP, kwetsbare ouderen (2011). Kwetsbaarheid is gemeten met behulp van een benadering van de Tilburg Frailty Indicator (TFI). De TFI bevat 15 vragen over lichamelijke, psychische en sociale problemen. Scoort men bij 5 of meer vragen een probleem, dan behoort men tot de groep kwetsbaren. Deze definitie is een andere dan de definitie die ten grondslag ligt aan tabel 1, die gebaseerd was op de GFI. Volgens Daniels et al. (2012) worden door de GFI iets meer ouderen als kwetsbaar aangemerkt dan door de TFI (46% versus 40%, het betrof hier een steekproef van 70-plussers). Daniels, R., van Rossum, E., Beurskens, A., van den Heuvel, W., & de Witte, L. (2012). The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. *BMC Public Health*, 12(1). Deze onderzoekers constateren ook dat kwetsbaarheid slechts in beperkte mate een voorspeller is van beperkingen: “Despite high prevalences of frailty (between 40 and 60%), the positive predicted values of the tools are low. The adjusted odds ratios show that those identified as frail have more than twice the risk (GFI, 2.62; TFI, 2.00; SPQ, 2.49) for developing disabilities within 1 year compared to the nonfrail group; those identified as frail by the TFI and SPQ have more than twice the risk of being admitted to a hospital.”



Figuur B1. Aandeel kwetsbare ouderen naar opleidingsniveau en leeftijdsgroep, zelfstandig wonende bevolking van 65 jaar en ouderen, 2007 (in procenten)



Bron: Sociaal en Cultureel Planbureau, SCP, kwetsbare ouderen (2011)

Door demografische ontwikkelingen – er komen meer ouderen en de levensverwachting neemt toe – en beleidswijzigingen zullen er in de toekomst veel meer kwetsbare ouderen zijn. Ramingen van het SCP uit 2011 kwamen uit op ruim 1 miljoen kwetsbare ouderen in 2030.

Uit de SCP-analyses blijkt ook dat kwetsbaarheid sterk samenhangt met alleenwonend zijn. Een citaat uit het SCP-rapport uit 2011:

“In 2010 was ongeveer een kwart (27%) van de 65-plussers kwetsbaar. De percentages kwetsbare ouderen verschilden echter sterk per leefvorm. Zo was naar schatting 40-50% van de alleenwonende 65-plussers kwetsbaar. Van de samenwonenden was daarentegen slechts 15% kwetsbaar. Welke gevolgen heeft dit voor de toekomst? In het rapport *Kwetsbare ouderen* raamden we dat het aantal kwetsbare 65-plussers zal stijgen van bijna 700.000 in 2010 tot meer dan 1 miljoen in 2030. Nu we specifiek naar de leefvorm van de kwetsbare



ouderen kijken, zien we dat deze toename van 300.000 kwetsbare ouderen voor twee derde bestaat uit kwetsbare alleenwonenden.”³⁷

Thuiswonende kwetsbare ouderen in 2016: een schatting

Om een indruk te krijgen van het totaal aantal thuiswonende kwetsbare ouderen, zijn in de eerste kolom van tabel B1 cijfers bijeengebracht over de bevolking van 65 jaar en ouder. Als we de afbakening 75-plus aanhouden dan komen we op 1,2 miljoen personen.

Als we de percentages in figuur B1 combineren met de cijfers in tabel B1, dan komen we op ruim 400 000 kwetsbare ouderen van 75 jaar en ouder. Als we ook de kwetsbare ouderen in de leeftijdsgroep 65-75 jaar meenemen, dan komen we zelfs op ruim 600 000 kwetsbare ouderen.

Tabel B1. Zelfstandig wonende ouderen, 2016

	<i>Totaal excl. wonend in een instelling (vooral verpleeg- en verzorgingshuis)</i>	<i>Percentage kwetsbaar (zie figuur B1)</i>	<i>Aantal kwetsbare ouderen</i>
65 tot 70 jaar	1036135	10	103600
70 tot 75 jaar	720068	15	108000
75 tot 80 jaar	545833	25	137000
80 tot 85 jaar	370076	40	148000
85 tot 90 jaar	200057	45	90000
90 tot 95 jaar	70187	50	35100
95 jaar of ouder	12781	50	6400
Totaal 65-plus	2955137		628 100
Total 75-plus	1198934		416 500

Bron: CBS Statline, figuur B1, eigen berekeningen.

³⁷ SCP, kwetsbare ouderen (2011).

