



## Praktijkwijzer

Zorg aan kwetsbare ouderen  
in de mondzorgpraktijk

# Colofon

De praktijkwijzer **Zorg aan kwetsbare ouderen in de mondzorgpraktijk (2020)** is tot stand gekomen dankzij de inzet van de Commissie Praktijkwijzer:

- **mw. drs. Nelleke Bots-Van 't Spijker**  
(tandarts, differentiatie geriatrie)
- **drs. Ronald Goldsweer**  
(tandarts, differentiatie geriatrie)
- **dr. Arie Hoeksema** (tandarts, differentiatie geriatrie)
- **mw. dr. Claar van der Maarel-Wierink**  
(tandarts, differentiatie geriatrie)
- **dr. Gert-Jan van der Putten**  
(specialist ouderengeneeskunde)
- **mw. Ellen van Schaik** (mondhygiënist)
- **dhr. Frederik Vogelzang** (beleidsadviseur ONT)

De commissie is vanuit het KNMT-bureau ondersteund door mw. dr. Brigitte van Dam (beleidsadviseur Onderzoek), tevens redactie, met medewerking van dhr. Marc ten Hoor (beleidsadviseur Bijzondere Zorggroepen).

**Fotografie:** Ronald Zijlstra

Met dank aan de praktijk en patiënten van Arie Hoeksema

**Vormgeving:** JCP Communicatie, Newsroom KNMT

Ontwikkeld door:

**knmt**

Onderschreven door:

**nvm**   
mondhygiënisten

 **Organisatie van  
Nederlandse  
Tandprothetici**

Deze organisaties vormen tevens de partijen binnen De Mond Niet Vergeten! (DMNVI)

Meer informatie?  
[KNMT.nl/ouderen](https://www.knmt.nl/ouderen)

# Inhoud

## VOORWOORD

<b>A</b>	<b>DE POSITIE VAN OUDEREN IN DE SAMENLEVING</b>	<b>5</b>
	Demografische en maatschappelijke ontwikkeling	5
	Gezondheid van ouderen	5
	Mondgezondheid van ouderen	8
	Mondzorgverlening aan ouderen	9
<b>B</b>	<b>DE STAPPEN IN HET ZORGPROCES</b>	<b>13</b>
1	Een afspraak maken of oproepen voor controle of behandeling	15
2	De toegankelijkheid van de praktijk bij binnenkomen en rondgaan	21
3	De ontvangst bij balie en zorgverlener	25
4	De behandeling	27
5	Samenwerking en verwijzing bij de behandeling	31
6	Het patiëntendossier	35
7	Uw kennis en professionele houding	37
8	De afronding van de behandeling en het vertrek	39
<b>BIJLAGE 1</b>	<b>Wettelijke kaders van de ouderenzorg</b>	<b>41</b>
<b>BIJLAGE 2</b>	<b>Top tien van aandoeningen bij mensen van 65 jaar of ouder, op basis van vóórkomen (jaarprevalentie) in 2015</b>	<b>43</b>
<b>BIJLAGE 3</b>	<b>Kenmerken van fysieke, cognitieve, sociale en psychische kwetsbaarheid bij ouderen</b>	<b>45</b>
<b>BIJLAGE 4</b>	<b>Meeste door mensen boven de 65 jaar gebruikte medicamentgroepen en indicatie, orale bijwerkingen en therapie</b>	<b>47</b>
<b>BIJLAGE 5</b>	<b>Communicatie met kwetsbare ouderen: concrete adviezen</b>	<b>49</b>
<b>BIJLAGE 6</b>	<b>Informatieplicht, toestemmingsvereisten, wilsbekwaamheid en uitwisseling patiëntgegevens</b>	<b>51</b>
	<b>GERAADPLEEGDE LITERATUUR</b>	<b>55</b>



# Voorwoord

## Voor wie is deze praktijkwijzer bedoeld?

De praktijkwijzer is bedoeld voor tandartsen, mondhygiënisten, tandprotheticen en hun ondersteunend team in de mondzorgpraktijk.

## Waarom deze praktijkwijzer?

Als mondzorgverlener heeft u te maken met meer of minder kwetsbare oudere patiënten. Een patiëntengroep die met de vergrijzing verder in omvang toeneemt. Kwetsbare ouderen kenmerken zich door somatische en/of psychische aandoeningen, die zich uiten in afnemende zelfredzaamheid en mobiliteit. Verder ziet u bij hen specifieke mondproblemen, mede als gevolg van verminderde dagelijkse mondverzorging en het minder vaak bezoeken van uw praktijk.

De zorg aan ouderen stelt eisen aan de inrichting en organisatie van uw praktijk, aan uw aandacht en kennis en aan de samenwerking binnen het mondzorgteam. Deze praktijkwijzer biedt u hiervoor adviezen. Deze betreffen alle niet-klinische aspecten van de zorg aan ouderen.

## Wat is de opzet van de praktijkwijzer?

Deze praktijkwijzer bestaat uit vier afzonderlijke onderdelen.

- A Een actuele schets van de positie van ouderen in onze samenleving. Daarbij wordt ingegaan op demografische en maatschappelijke ontwikkelingen en komen enkele aspecten van hun gezondheid en mondgezondheid aan de orde.
- B Adviezen met betrekking tot de inrichting en organisatie van de zorg aan ouderen in de mondzorgpraktijk. Hierbij worden de stappen gevolgd die de patiënt doorloopt bij een bezoek aan de praktijk.
- C Enkele bijlagen met nadere toelichtingen, waarnaar in de onderdelen A en B wordt verwezen.
- D Een overzicht van de geraadpleegde literatuur, waarnaar in de onderdelen A, B en C wordt verwezen.

## Hoe is de praktijkwijzer tot stand gekomen?

De praktijkwijzer is een geactualiseerde versie van het gelijknamige document uit 2015. Ten behoeve van deze nieuwe versie is de beschikbare literatuur doorgenomen op de actuele ontwikkelingen en op nieuwe kennis en inzichten. Hierbij waren de leden van de Commissie Praktijkwijzer steeds inhoudelijk betrokken.

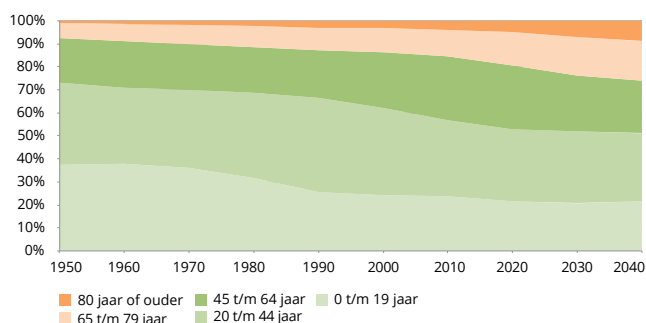


# A De positie van ouderen in de samenleving

## 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'.



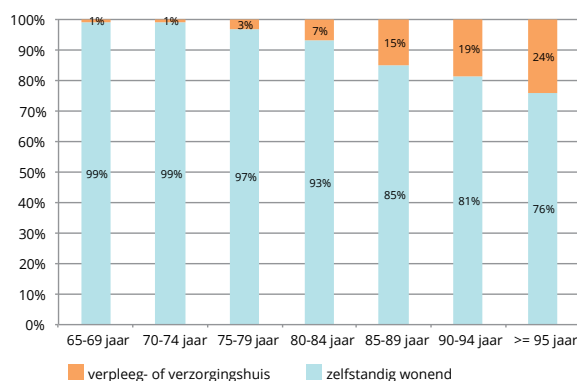
**FIGUUR 1:** De (verwachte) ontwikkeling van de bevolking naar leeftijdsgroep, tussen 1950 en 2040<sup>1-2</sup>

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 (prebyacusis), 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>

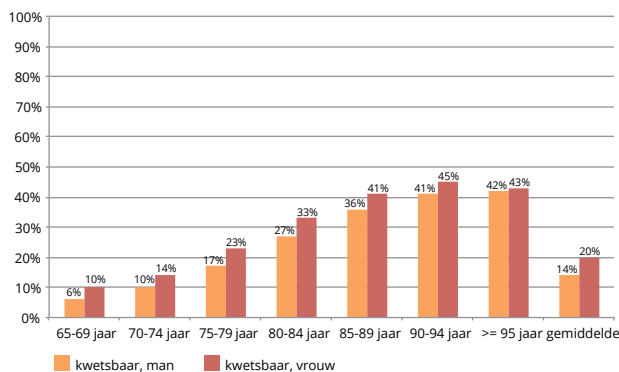
De problemen op deze terreinen hangen niet automatisch, maar wel vaak samen. De verwevenheid van somatische, psychische en sociale problemen wordt wel de 'geriatrische trias' genoemd.<sup>12-13</sup> Ouderen met combinaties van problemen verkeren vaak nog wel enige tijd in een fragiel evenwicht. Maar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



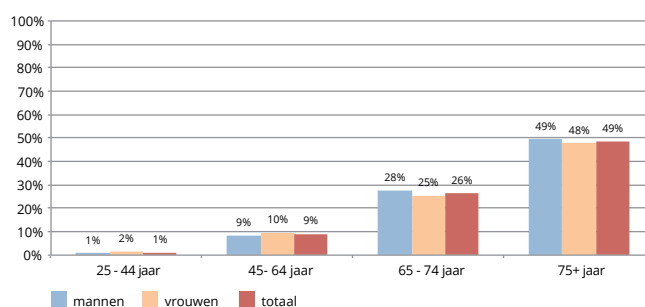
Zie voor een overzicht van de bepalende kenmerken van kwetsbaarheid *Bijlage 3: Kenmerken van fysieke, cognitieve, psychische en sociale kwetsbaarheid bij ouderen*. Kwetsbaarheid heeft een grotere zorgvraag tot gevolg.<sup>6,15</sup>

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 polyfarmacie-patiënten, 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

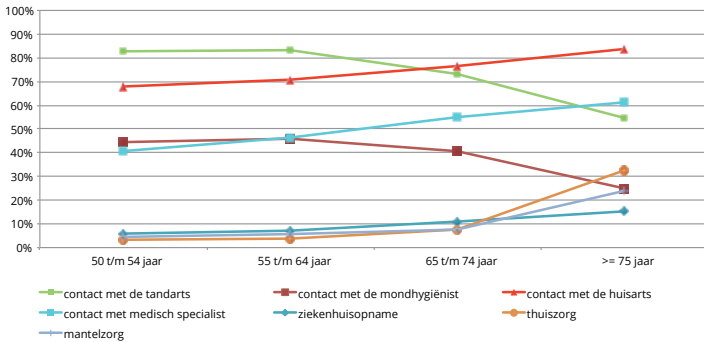
Steeds meer is bekend over de relatie tussen mondgezondheid en algemene gezondheid. Een slechte mondgezondheid, met name parodontitis, wordt onder andere in verband gebracht met een moeilijk te reguleren diabetes mellitus, met name type 2, en verder met nierinsufficiëntie, cardiovasculair accident, een 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 MONDZORG PRAKTIJKEN

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.



## B De stappen in het zorgproces

Het is belangrijk dat kwetsbare ouderen zoveel mogelijk met regelmaat uw mondzorgpraktijk kunnen blijven bezoeken. Dat bij de zorgverlening rekening wordt gehouden met hun wensen en behoeften en dat wordt gestreefd naar een levensloopbestendige mondgezondheid. Daarbij is een goede ondersteuning bij hun dagelijkse mondverzorging belangrijk.

Het is aan te bevelen dat uw mondzorgpraktijk hierop, voor zover haalbaar, is toegerust. Dit geldt niet alleen wat betreft de fysieke toegankelijkheid en inrichting van uw praktijk, maar ook wat betreft de organisatie van de zorg en de expertise en de (proactieve) houding van u en uw mondzorgteam.

In het zorgproces is een aantal stappen te onderscheiden. Elk daarvan heeft aspecten die extra aandacht vragen als het gaat om kwetsbare ouderen. De praktijkwijzer volgt deze stappen zoveel mogelijk chronologisch. Hiermee is de opbouw als volgt:

- 1 Een afspraak maken of oproepen voor controle of behandeling
- 2 De toegankelijkheid van de praktijk bij binnenkomen en rondgaan
- 3 De ontvangst bij balie en zorgverlener
- 4 De behandeling
- 5 Samenwerking en verwijzing bij de behandeling
- 6 Het patiëntendossier
- 7 Uw kennis en professionele houding
- 8 De afronding van de behandeling en het vertrek

De adviezen met betrekking tot deze stappen zijn voor zover mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke literatuur. Deze is op dit terrein echter zeer beperkt beschikbaar. Van de literatuur die wel kon worden gevonden, is het wetenschappelijke bewijs veelal van een laag niveau. De adviezen zijn dan ook voor een belangrijk deel gebaseerd op ervaringsdeskundigheid.



### ACTIEF HANDELEN VOOR DE CONTINUÏTEIT VAN DE ZORG DOOR DE TANDARTS: EEN CASUS

Mevrouw Peters belt naar aanleiding van een oproepkaartje voor de halfjaarlijkse controle. Haar man, 76 jaar en dentaat, lag enkele maanden in het ziekenhuis en is nu rolstoelafhankelijk. Het trapje voor de ingang van de praktijk is nu een probleem geworden. Mevrouw gaat een mondzorgpraktijk zoeken die beter toegankelijk is. Ze bedankt voor de jarenlange goede zorg.

In het telefoongesprek benadrukt de assistent dat zij graag de naam en het adres van de nieuwe praktijk ontvangt, zodat ze de patiëntgegevens kan doorsturen. Mevrouw Peters belooft dit en de assistent noteert dit in het dossier van meneer Peters en maakt een herinneringsnotitie voor zichzelf.

Twee maanden later heeft mevrouw Peters nog geen nieuwe praktijk doorgegeven en is haar man nu waarschijnlijk al acht maanden niet voor controle of behandeling geweest. De tandarts neemt hierop zelf telefonisch contact op. Mevrouw Peters legt uit dat zij helaas geen mondzorgpraktijk heeft kunnen vinden die beter toegankelijk is. De tandarts brengt een huisbezoek. Hij reinigt de mond en vervaardigt een eenvoudige restauratie (na excaveren van een cervicale laesie met een handexcavator). Hij spreekt af dat hij binnen zijn eigen netwerk een praktijk zoekt die wel goed toegankelijk is. Mocht dit niet op korte termijn lukken, dan zal hij verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.



# 1 Een afspraak maken of oproepen voor controle of behandeling

De komst naar uw praktijk kan voor een kwetsbare oudere lastig zijn. Het (levens)tempo ligt lager, de zelfredzaamheid is minder. Ook de motivatie voor een bezoek kan zijn afgenomen.<sup>59-60</sup> Hierbij komt vaak de afhankelijkheid van mantelzorgers of een taxi voor vervoer naar de praktijk. Hieronder staan de aandachtspunten en adviezen met betrekking tot de planning en organisatie van het bezoek aan uw praktijk.

## PLANNING VAN EEN GESCHIKT TIJDSTIP

Voor de planning van het behandelstip is het advies om in overleg met de patiënt en diens eventuele mantelzorgers rekening te houden met onderstaande punten.

- Fysieke beperkingen of andere structurele/vaste afspraken, waardoor de patiënt bijvoorbeeld niet vroeg in de ochtend aanwezig kan zijn.
- Medicatiegebruik en/of aandoeningen, waardoor de patiënt zich alleen op bepaalde momenten van de dag goed genoeg voelt voor een behandeling.<sup>76</sup>
- Afhankelijkheid van vervoer door taxi of mantelzorgers en mogelijk ook van beschikbaarheid van een mantelzorger.
- De omstandigheid dat voor veel ouderen één afspraak per dag al belastend genoeg is. Zo mogelijk kunt u wel in overleg met de patiënt twee afspraken binnen de praktijk direct aansluitend plannen, bijvoorbeeld met de tandarts en met de mondhygiënist.

Wanneer een oudere patiënt of diens mantelzorger zonder afspraak belt voor een probleem, is het advies om zo flexibel mogelijk te zijn bij het inplannen van een afspraak. Uiteraard geldt dit zeker wanneer het gaat om een acute klacht.

## EEN HERINNERING STUREN

Een herinnering aan een afspraak of het maken daarvan voor een periodiek mondonderzoek benadrukt het belang ervan. De patiënt kan dan zo nodig een nieuwe afspraak maken.

- Het advies is dan ook om de patiënt, en in overleg misschien ook de mantelzorger, tijdig zo'n herinnering te sturen. Dat kan via een kaartje, misschien met een groter, goed leesbaar lettertype, maar ook telefonisch. En uiteraard via e-mail, als de patiënt daarvan gebruik maakt. Of via een sms'je of whatsappje. Dit geldt met name als een eerdere afspraak niet werd nagekomen.

## VOORKOMEN VAN 'BUITEN BEELD RAKEN'

Kwetsbare ouderen raken gemakkelijk 'buiten beeld' als zij uw praktijk niet meer kunnen bezoeken. Als mondzorgverlener kunt u ter voorkoming een proactieve rol vervullen met een actief oproep- en controlebeleid.<sup>3,38,59-61,77-78</sup> Dit geldt zeker wanneer de patiënt jarenlang trouw de praktijk heeft bezocht, maar door verdergaande kwetsbaarheid dreigt af te haken. De casus van mevrouw Peters is hiervan een voorbeeld. Bij edentate patiënten geldt dit ook voor de tandprotheticus, zoals de casus van meneer en mevrouw Siemons op pagina 17 laat zien. Om zo'n actief beleid zo goed mogelijk te realiseren, wordt het volgende geadviseerd.

- U zoekt samen met de patiënt en/of diens mantelzorger naar een oplossing om het vergeten van afspraken te voorkomen, bijvoorbeeld door een kaartje en/of een telefonische herinnering.
- Bij niet verschijnen op een gemaakte afspraak gaat u altijd na wat hiervan de oorzaak is. Bijvoorbeeld via een telefoontje.<sup>38</sup>



- U zorgt ervoor dat ook de edentate patiënten jaarlijks of minimaal tweejaarlijks een oproep krijgen voor een bezoek aan uw praktijk. Dit is zeker van belang voor degenen met implantaatgedragen prothesen. Voor edentate ouderen met niet-implantaatgedragen prothesen is een regelmatig bezoek aan de tandprotheticus van belang.
- Als de patiënt een afspraak heeft gemist, maakt u daarvan een aantekening in het dossier, zodat hiervoor aandacht is bij een volgende afspraak. U kunt dan meer attent zijn op het helemaal niet meer verschijnen van ouderen. Bijvoorbeeld door omstandigheden waardoor iemand niet meer in staat is om naar de mondzorgpraktijk te komen. U bent ook alert op een achteruitgang van de mondverzorging. Dit kan een eerste signaal zijn van verminderde zelfredzaamheid en het mogelijk wegblijven in de toekomst.<sup>3</sup>
- In het geval de oudere of diens mantelzorger niet bereikbaar is, neemt u zo mogelijk contact op met de huisarts om na te gaan wat de reden kan zijn van het niet meer verschijnen. Hiervoor is het van belang dat u in een eerder stadium in overleg met de patiënt én met diens toestemming (informed consent) de contactgegevens van de huisarts en eventueel andere zorgverleners vastlegt.
- Belangrijk is ook de schriftelijke toestemming van de patiënt om in bepaalde gevallen contact op te nemen. Toestemming hiervoor mag u niet zonder meer veronderstellen en huisartsen zullen niet zomaar informatie verstrekken als u daarvoor belt. Zie hiervoor paragraaf 3.2 van de herziene KNMT-richtlijn Patiëntendossier.<sup>80</sup>
- Als de patiënt (tijdelijk) niet naar de mondzorgpraktijk kan komen, overlegt u, zo nodig ook met de mantelzorger, hoe de dagelijkse mondverzorging op peil kan blijven. U kunt daarbij een bezoek aan huis overwegen.<sup>38</sup> Zie hiervoor ook de klinische praktijkrichtlijn Mondzorg voor aan huis gebonden ouderen.<sup>66</sup>
- Goede contacten met de wijkverpleegkundige of de praktijkondersteuner van de huisartsenpraktijk (POH) kunnen hierbij helpen. Zij hebben een signalerende functie en hebben bovendien het vertrouwen van de patiënt. Samen kunt u wellicht tot een oplossing komen om passende mondzorg te kunnen verlenen. Bij complexe problematiek kunt u overleg of samenwerking met een tandarts-geriatrie zoeken.

## ACTIEF HANDELEN VOOR DE CONTINUÏTEIT VAN DE ZORG DOOR DE TANDPROTHETICUS, EEN CASUS

Het echtpaar Siemons bezoekt trouw elke twee jaar de tandprotheticus voor de controle van hun gebitsprotheses. Meneer Siemons (80) komt voor de eigen tanden en kiezen in de onderkaak ook regelmatig nog bij de tandarts/mondhygiënist. Mevrouw Siemons (76) heeft een conventionele volledige prothese en gaat niet meer naar de tandarts, "...want dat is met een kunstgebit toch niet nodig". Dankzij de goede verwijsrelatie van de tandprotheticus met de tandarts is dat geen probleem, bij verdachte omstandigheden zal hij mevrouw direct verwijzen.

Bij een controle vertelt mevrouw dat haar man vergeetachtig wordt. Dat vinden ze beiden erg vervelend, meneer Siemons rijdt auto maar weet niet of zijn rijbewijs nog verlengd zal worden. De protheses vertonen kenmerken van slijtage en zijn wellicht toe aan vervanging. Het echtpaar beslist om dit nog zeker een jaar uit te stellen, er zijn allerlei afspraken bij de huisarts en het ziekenhuis. Vanwege de cognitieve problemen van meneer stelt de tandprotheticus voor om de controletermijn in te korten naar één jaar, om eventuele mondproblemen tijdig te kunnen signaleren. Mevrouw zal zelf contact opnemen en anders automatisch na een jaar weer een oproep krijgen.

Ze belt in de tussentijd niet, maar reageert ook niet op de oproep na een jaar. Na drie weken neemt de assistent telefonisch contact op; een procedure die in de praktijk is ingevoerd voor alle

ouderen boven de 75 jaar. Mevrouw vertelt dat haar man inmiddels is opgenomen in een verpleeghuis. De thuiszorg heeft dit aan de tandarts doorgegeven, meneer wordt door de verpleeghuistandarts gezien. Mevrouw had de oproep van de tandprotheticus wel gelezen, maar was nog niet toegekomen aan een afspraak. Ze zegt dat haar prothese nog prima zit en dat ze nergens last van heeft. Ze belooft wel met haar zoon te overleggen om haar een keer naar de praktijk te brengen.

Na negen maanden krijgt de assistent een telefoontje van de zoon. Zijn moeder eet al maanden slecht en is flink afgevallen. De bovenprothese valt steeds naar beneden, de zoon vond in de telefoonklapper van zijn moeder het nummer van de tandprotheticus en brengt haar nog dezelfde week.

Een rebase door de tandprotheticus zal het eten en spreken van mevrouw verbeteren. De zoon vertelt dat sinds zijn vader in het verpleeghuis zit de zelfredzaamheid van zijn moeder behoorlijk is afgenomen. Hij wordt de eerste contactpersoon. Na een evaluatieperiode van drie maanden wordt alsnog besloten om de ruim elf jaar oude prothese te vervangen om het functioneren verder te verbeteren. Mevrouw is nog fit genoeg om te kunnen wennen aan een nieuwe prothese en komt voortaan jaarlijks samen met haar zoon voor controle.

## PLANNING VAN DE TIJDSDUUR

Voor de planning van de benodigde behandeltime is het advies om in overleg met de patiënt en eventuele mantelzorger met het volgende rekening te houden.

- Het mogelijk te laat verschijnen van de patiënt, vanwege afhankelijkheid van vervoer met een taxi of mantelzorger. In zulke gevallen verdient het aanbeveling dat u de patiënt toch behandelt, zodat deze niet voor niets is gekomen.
- De extra tijd die nodig is voor binnenkomst in de behandelruimte en plaatsnemen in de stoel.
- Het feit dat positieveranderingen, bijvoorbeeld van de behandelstoel, duizeligheid kunnen veroorzaken als gevolg van bloeddrukdaling. Dit kan beangstigend zijn en het helpt dan als u de patiënt geruststelt en wat meer tijd neemt.
- De extra tijd die nodig is voor de communicatie: het verwerken van uitleg en andere informatie door de patiënt en het overleg over behandelingen, waarbij u zo nodig zaken herhaalt of langzamer spreekt.<sup>79</sup>

## ALERT ZIJN OP BEPERKINGEN

Het is aan te bevelen dat u en de (balie-)assistent alert zijn op fysieke en cognitieve beperkingen van de kwetsbare oudere die onder meer de mobiliteit kunnen beïnvloeden. Concreet wordt verder het volgende geadviseerd.

- U legt in de agenda en eventueel in het patiëntendossier kort en duidelijk vast hoe de patiënt naar de mondzorgpraktijk komt en of deze gebruik maakt van hulpmiddelen. Bijvoorbeeld: 'taxi + rollator', of 'eigen vervoer + stok'.
- U noteert daarbij kort en duidelijk of er sprake is van andere belemmerende factoren, zoals slechthoortheid, slechthoortheid, beginnende dementie, apraxie en/of taalstoornissen (afasie, dysartrie, begripstoornissen). Ook dysfagie (problemen met slikken) kan van belang zijn.
- U noteert in het geval van cognitieve beperkingen zo mogelijk de gegevens van een contactpersoon. In geval van een wilsonbekwame patiënt zijn de contactgegevens van de wettelijk vertegenwoordiger belangrijk. Zie hiervoor paragraaf 3.2 van de herziene KNMT-richtlijn Patiëntendossier.<sup>81</sup>

## OMGANG EN BEJEGENING

Het persoonlijke contact en de omgang met kwetsbare ouderen aan de balie kan wat extra tijd en aandacht vragen. Voor de (balie-)assistent wordt het volgende geadviseerd.

- De assistent is bekend met de communicatieve, lichamelijke, psychische en cognitieve beperkingen van kwetsbare ouderen.
- De assistent neemt voldoende tijd voor een (telefonisch) gesprek. Daarbij is ook van belang dat de assistent duidelijk spreekt, goed articuleert en rekening houdt met de beleefdheidsvormen. Met het onnodig gebruiken van verkleinwoorden en de je-vorm kunnen ouderen zich als een kind behandeld voelen.<sup>79</sup> De assistent spreekt verder zoveel mogelijk mét de patiënt en niet over de patiënt (heen).
- De assistent let erop niet te snel te spreken en niet meer dan één vraag tegelijk te stellen.
- De assistent kan 'actief luisteren': vragen zo nodig herhalen of nader in gaan op een bepaald onderdeel om alle benodigde informatie te krijgen. Daarbij kan de assistent zelf ook informatie, zo nodig gedoseerd, overbrengen.
- De assistent kan de ernst van een (acute) klacht inschatten en deze zo nodig doorschakelen naar de mondzorgverlener.

Voor een overzicht van nadere adviezen met betrekking tot omgang en bejegening zie *Bijlage 5: Communicatie met kwetsbare ouderen: concrete adviezen*.

Voor meer informatie over de relevante wettelijke bepalingen wanneer het gaat om contact opnemen met de huisarts *Bijlage 6: Informatieplicht, toestemmingsvereisten, wilsbekwaamheid en uitwisseling patiëntgegevens*.





## 2 De toegankelijkheid van de praktijk bij binnenkomen en rondgaan

Kwetsbare ouderen hebben vaak fysieke, visuele of auditieve beperkingen. Ze gebruiken hulpmiddelen als wandelstokken, rollators, rolstoelen en scootmobielen. Dit vergt meer tijd om binnen te komen in de praktijk en zich te verplaatsen door de ruimten. Verder kunnen ze in tijd, plaats en/of persoon gedesoriënteerd raken, zeker in geval van geheugenproblemen en visuele of auditieve beperkingen. Hiermee is ook het risico op valaccidenten aanwezig. Dit is een groot gevaar voor ouderen, niet in de laatste plaats vanwege consequenties als een botfractuur en dientengevolge een operatieve ingreep.<sup>81</sup> Hoe minder hindernissen er in uw praktijk zijn, des te 'ouderenvriendelijk' deze dus is. Hieronder staan aandachtspunten en adviezen voor de inrichting van uw mondzorgpraktijk en voor de bedrijfshulpverlening.

### DE BOUW EN INRICHTING

In het algemeen geldt dat als uw praktijkgebouw 'rolstoeltoegankelijk' is, dit voldoende is voor de mogelijke beperkingen van kwetsbare ouderen. Informatie over de ergonomische aspecten van het ontwerpen, bouwen en beheren van toegankelijke gebouwen staat in het Bouw Advies Toegankelijkheid.<sup>82</sup> Verder kan het volgende worden gezegd.

- Het rolstoeltoegankelijk maken van uw praktijkgebouw kan bouwkundige aanpassingen vergen die voor u niet realiseerbaar zijn. U kunt zelf bepalen of en in hoeverre deze aanpassingen wenselijk en haalbaar zijn.
- Hebt u plannen voor ver- of nieuwbouw van uw praktijk en wilt u daarbij rekening houden met een groeiende groep kwetsbare ouderen, dan is het raadzaam dat u uw bouwplannen afstemt op de eisen van rolstoeltoegankelijkheid c.q. de beperkingen van ouderen. Denk daarbij aan de breedte van deuren, drempelloze overgangen, voldoende draairuimte, de aanleg van een invalidentoilet (ook voor algemeen gebruik) etc. Hetzelfde geldt voor de aankleding van uw praktijk. Denk daarbij aan de toe te passen materialen en structuren, het kleurgebruik op vloer en muren, het aanbrengen van voldoende licht in de sanitaire ruimtes, het aanbrengen van handgrepen en beugels, de vloerbekleding, een afvallemmer voor incontinentiemateriaal in het toilet etc.

### DE TOEGANG VAN DE PRAKTIJK

Ook als uw praktijkgebouw niet geheel 'rolstoeltoegankelijk' is, is het wenselijk dat de kwetsbare oudere zo min mogelijk hindernissen ondervindt bij het binnengaan (en verlaten) ervan. Naast een zoveel mogelijk drempelloze toegang gelden de volgende adviezen.

- Het laten plaatsen van een automatische toegangsdeur (van voldoende breedte), of een toegangsdeur die automatisch opent via een bel- of intercominstallatie, bedienbaar vanuit een rolstoel of scootmobiel. Zo nodig kan ook de balie-assistent de deur openen.
- Het laten plaatsen van een balie waarvan de hoogte ook geschikt is voor rolstoelgebruikers. Zo nodig kan ook de (balie-)assistent naar de patiënt toekomen.
- Als uw praktijkgebouw voor de patiënt niet meer goed toegankelijk is, kunt u een huisbezoek overwegen. Maar u kunt de patiënt misschien ook verwijzen naar een collega van wie de praktijk beter toegankelijk is. De casus van mevrouw Peters in stap 1, waarin het onder meer gaat over het maken van een afspraak, is hiervan een voorbeeld.



### DE BALIE EN DE WACHTRUIMTE

Om voor kwetsbare ouderen het bezoek aan de praktijk verder zo gemakkelijk mogelijk te maken, kunt u wat betreft de balie en de wachtruimte denken aan het volgende.

- Balie, wachtruimte en behandelruimten zijn indien mogelijk op de begane grond gesitueerd, of bereikbaar via een toegankelijke en eenvoudig te bedienen lift met voldoende ruimte voor de patiënt met eventuele hulpmiddelen (rollator, rolstoel, scootmobiel) en de eventuele begeleider.
- In de wachtruimte staan stoelen van verschillende hoogtes en zitbreedtes met arm- en rugleuningen. Verder is er voldoende plaats voor patiënten in een rolstoel of scootmobiel.
- De vloerbekleding is bij voorkeur niet glad en goed te reinigen, zonder losliggende matten. Dit helpt valaccidenten te voorkomen.
- In de wachtruimte zijn een goed leesbare analoge klok en een kalender op de juiste datum aanwezig.

- Verwijsbordjes naar receptie, toilet etc hangen niet te hoog en zijn goed leesbaar. U kunt ook gebruikmaken van pictogrammen, dat is gemakkelijker voor patiënten met dementie en voor hen die een CVA hebben gehad.

### DE INTERNE DOORGANGEN

Het is aan te bevelen ervoor te zorgen dat de kwetsbare oudere ook bij de verplaatsing door de praktijk zo min mogelijk hindernissen tegenkomt en goed de weg kan vinden. U kunt hierbij denken aan het volgende.

- Alle interne doorgangen zijn drempelloos en voldoende breed voor het gebruik van hulpmiddelen.
- De verschillende ruimten zijn (zoveel mogelijk) geschikt voor verplaatsing met een rollator of rolstoel.
- De loopafstanden zijn zo kort mogelijk gehouden.
- Ook hier geldt dat vloerbekleding bij voorkeur niet (te) glad is en goed te reinigen, zonder losliggende matten.



- Voor vloeren, deuren en wanden kunnen verschillende contrasterende kleuren worden gebruikt. De deuren zijn waar nodig voorzien van goed leesbare informatiebordjes en (liefst) pictogrammen over de functie van de achterliggende ruimte.
- Geluiden en geuren (sensorische prikkels) kunnen lastig zijn voor kwetsbare ouderen. Voorkom waar mogelijk te harde of te zachte radiogeluiden, geluiden van een vaatwasser en uitgesproken geuren van reinigings- of ontsmettingsmiddelen.

### DE BEHANDELRUIMTE

Geadviseerd wordt om ook bij de inrichting van de behandelruimte te zorgen voor zo min mogelijk hindernissen bij het binnenkomen en het plaatsnemen in de behandelstoel. U kunt hierbij denken aan het volgende.

- In de behandelruimte is voldoende manoeuvreerruimte voor de patiënt om vanuit een rolstoel of scootmobiel gemakkelijk in de behandelstoel over te stappen.
- Ook hier geldt dat vloerbekleding bij voorkeur niet te glad is en goed te reinigen, zonder losliggende matten.
- Storende prikkels, zoals een radio en luid sprekende en rondlopende assistenten, worden zoveel mogelijk voorkomen.
- Er is zo nodig een stoel beschikbaar voor een begeleider/mantelzorger.
- Eventueel is behandeling in de rolstoel of scootmobiel mogelijk.
- Patiënten die niet achterover kunnen liggen, worden zo mogelijk (half) zittend behandeld. Een steunkussen kan zorgen voor meer comfort op de behandelstoel.

### BEDRIJFSHULPVERLENING

Bij kwetsbare ouderen kunnen zich specifieke crisissituaties voordoen als gevolg van verminderde mobiliteit en ouderdomsgerelateerde aandoeningen. Denk aan een hypoglycemie bij diabetes of een incident ten gevolge van hart- en vaataandoeningen. Hiervoor gelden de volgende adviezen.

- U kunt een of meer mensen van het mondzorgteam laten trainen om hiermee adequaat om te gaan. De KNMT biedt een BHV-basiscursus aan voor tandartsen en medewerkers in de praktijk.<sup>83</sup> Naast deze verplichte BHV-scholing kunt u uw medewerkers verder laten scholen in medisch acute situaties in de mondzorgpraktijk. Voor tandprothetici geldt overigens dat een BHV-training en -scholing van de medewerkers in de praktijk een van de onderdelen is van het HKZ-certificeringstraject.
- U legt in overleg met de patiënt de contactgegevens van de huisarts en andere relevante zorgverleners vast. Zie hiervoor ook de herziene KNMT-richtlijn Patiëntendossier, paragraaf 3.1 (te overwegen onderdelen van het dossier).<sup>80</sup> Let u ook op een actuele medische anamnese, dit is een verplicht onderdeel van het patiëntendossier (paragraaf 3.2, verplichte onderdelen van het dossier).





# 3 De ontvangst bij de balie en de zorgverlener

De extra tijd die kwetsbare ouderen nodig kunnen hebben om binnen te komen, zich te oriënteren en informatie te verwerken, vraagt van de (balie-)assistent en u als mondzorgverlener aandacht bij de ontvangst. Daarover gaan onderstaande adviezen.

## AAN DE BALIE

De (balie-)assistent ontvangt de patiënt en legt zo nodig de gang van zaken uit. Hierbij wordt het volgende geadviseerd.

- De assistent is alert op de komst van de kwetsbare oudere en de hulp die eventueel nodig is bij het binnenkomen en rondgaan in de praktijk.
- De assistent is alert op het eventueel te laat komen van de patiënt vanwege vervoersafhanke-lijkheid en geeft dit zo nodig door aan de mondzorgverlener.
- De assistent neemt voldoende tijd om duidelijk uit te leggen waar en bij wie de oudere patiënt wordt verwacht en houdt daarbij rekening met eventuele beperkingen als een verminderend geheugen, slechthorendheid of slechtziendheid.
- De assistent geeft de (lopende) kwetsbare oudere de tijd om bij de balie te komen voordat een gesprek wordt begonnen. Praten terwijl de oudere loopt, kan deze uit balans brengen.<sup>81</sup>
- De assistent betreft bij de uitleg zo nodig ook de mantelzorger van de patiënt. De assistent is zich er ook van bewust dat de mantelzorger eveneens een kwetsbare oudere kan zijn.
- Tot slot is van belang dat de assistent weet wat de relatie is tussen de patiënt en de begeleider. Dit kan een mantelzorger zijn, maar ook een vrijwilliger. In dat geval is gewenst dat de assistent rekening houdt met de privacy van de patiënt als in het gesprek medische informatie aan de orde komt.
- Verder gelden hier de adviezen met betrekking tot omgang en bejegening die al zijn genoemd in stap 1, waarin het ook gaat over de balie-assistent.

## IN DE BEHANDELRUIMTE

Het bezoek aan u, de mondzorgverlener, begint met het oproepen van de patiënt, de binnenkomst in de behandelruimte en het plaatsnemen in de behandelstoel. Dit vraagt bij kwetsbare ouderen van u over het algemeen extra aandacht, inspanning en tijd. Hierbij gelden de volgende adviezen.

- U bent voorbereid op en houdt rekening met fysieke beperkingen, slechthorendheid (aan één kant), slechtziendheid, geheugenproblemen en/of (beginnende) dementie. Dit geldt ook voor de assistent.
- U probeert om goed om te gaan met communicatieve en cognitieve beperkingen van de patiënt en met diens culturele achtergrond. Het is raadzaam om hiervan in het patiëntendossier zo nodig een aantekening te maken.
- U geeft de patiënt de tijd om in de behandelstoel plaats te nemen.
- U let erop dat patiënten met een wandelstok of rollator daarmee naar de behandelstoel lopen en deze niet bij de deur laten staan en instabiel gaan lopen. Desgewenst kunt u de patiënt ook begeleiden.<sup>81</sup>
- Misschien is zo nodig behandeling in de rolstoel of scootmobiel mogelijk.
- U neemt de tijd voor een gesprekje, stelt de patiënt op zijn gemak en zo nodig gerust voordat u begint met de anamnese, het mondonderzoek of de behandeling.
- Als u een handeling gaat uitvoeren, kondigt u deze steeds aan, zodat de patiënt zich niet overrompeld voelt en/of afwerend gedrag gaat vertonen. U neemt steeds korte pauzes, houdt oogcontact en let op non-verbale signalen.



- U geeft aan wanneer u de behandelstoel in de ligstand zet en overlegt daarover zo nodig met de patiënt. Misschien is een (half) zittende behandeling mogelijk als de patiënt niet achterover kan liggen. U zorgt in elk geval dat de patiënt zo comfortabel mogelijk zit/licht, eventueel door het aanbieden van extra kussentjes.
- U neemt voldoende (extra) tijd voor het mondonderzoek of de behandeling en laat zo nodig deze extra tijd van tevoren (standaard) inplannen. U probeert de eventuele wachttijd tot een minimum te beperken.

- U neemt tijdens het spreken voldoende tijd.
- U spreekt niet te hard en laat uw stem dalen. Een oudere die slecht hoort, verstaat lage tonen beter dan hoge tonen.

Voor een overzicht van nadere adviezen met betrekking tot omgang en bejegening zie *Bijlage 5: Communicatie met kwetsbare ouderen: concrete adviezen.*

## 4 De behandeling

De klinische aspecten van de mondzorg die u aan kwetsbare ouderen verleent, zijn in deze praktijkwijzer niet aan de orde. Wel de meer algemene aspecten van de concrete zorg. In de literatuur wordt geadviseerd om te streven naar een 'levensloopbestendige mondgezondheid'. Dit was al aan de orde in onderdeel A. Bij de mondzorg aan ouderen is een aantal overwegingen van belang. Verder moet u de patiënt betrekken bij uw besluitvorming ten aanzien van behandelingen en moet u doel en richting vastleggen. Onderstaande adviezen hebben betrekking op deze niet-klinische aspecten van de behandeling.

### OVERWEGINGEN BIJ DE MONDGEZONDHEID

De dentitie van kwetsbare ouderen is vaak fragiel en de behandelmogelijkheden zijn doorgaans beperkt. Ook komt het voor dat de oudere patiënt zelf liever afziet van behandelmogelijkheden, ook als herstel misschien tandheelkundig gezien voor de hand ligt. Het is van belang dat u dit steeds voor ogen houdt. Een behandeling kan van de patiënt te veel vergen. Dit geldt niet alleen voor de behandeling zelf, maar ook voor het overzien van het eventuele resultaat, het moeten wennen aan een nieuwe situatie en de kosten. De patiënt kan om deze redenen afzien van een door u voorgesteld behandelplan. In zijn algemeenheid wordt het volgende geadviseerd.

- U bespreekt bij elk periodiek mondonderzoek met de patiënt en de eventuele mantelzorger hoe het ervoor staat. Vraag daarbij ook naar eventuele klachten en wensen.
- U kunt daarbij ook uitleggen welke gebitssituatie haalbaar is en hoe u daaraan samen met de patiënt kunt werken. Laat de patiënt bijvoorbeeld wat vaker komen voor een gebitsreiniging.
- U overlegt zo nodig ook welke behandelingen u al of niet zult uitvoeren. Hierbij is een goede afweging nodig van enerzijds het te verwachten resultaat en anderzijds de inspanningen die de behandeling vergt van de patiënt en de mogelijke risico's ervan.
- Ook het motiveren en ondersteunen van de dagelijkse mondverzorging is belangrijk. Ouderen willen vaak zelf ook graag hun vertrouwde mondverzorgingsroutines zo lang mogelijk voortzetten. Een familielid of mantelzorger kan hieraan bijdragen. De casus van mevrouw Jacobs (pag. 28) is hiervan een voorbeeld.

- Zo nodig en mogelijk kunt u hiervoor ook, in overleg met de patiënt, contact opnemen met de thuiszorg (wijkverpleegkundige).<sup>84</sup> Voor een adequate ondersteuning van de zelfzorg zijn instructiefilms, het Poetsboek en poetskaarten van De Mond Niet Vergeten! te bekijken en te downloaden.<sup>85-86</sup> Verder is een Swipeguide 'de droge mond' beschikbaar, die in de vorm van een app thuiszorgprofessionals ondersteunt bij het signaleren en beoordelen van mondproblemen van kwetsbare ouderen.<sup>75</sup> In stap 5, waarin het gaat over samenwerking en verwijzing, komt dit nog nader aan de orde.



## ACTIEF HANDELEN TEN BEHOEVE VAN GOEDE DAGELIJKSE MONDVERZORGING: EEN CASUS

Mevrouw Jacobs, 76 jaar en alleenstaand, komt voor het periodiek mondonderzoek. Ze oogt minder verzorgd dan voorheen. Op haar kleding zitten vlekken en haar kapsel zit rommelig. Ze had altijd een goede mondhygiëne en kwam trouw naar de praktijk. Vrij recent had ze de tandarts nog verteld dat een gezonde mond heel belangrijk voor haar is, ook als ze zorgafhankelijk mocht worden.

De tandarts verwelkomt haar. Waar ze altijd belangstellend was, lijkt ze nu wat afwezig. Op de vraag hoe het met haar gaat, antwoordt ze: "Goed", zonder verdere toelichting. De tandarts vraagt verder naar haar dagelijkse mondhygiëne. Die zou onveranderd zijn. Maar uit het mondonderzoek blijkt dat deze duidelijk minder is geworden en de bitewings tonen bij enkele elementen beginnende wortelcariës.

De tandarts vermoedt dat er sprake is van geheugenproblematiek of van een depressieve stoornis. En dat mevrouw Jacobs intensieve en frequente begeleiding nodig heeft bij haar mondhygiëne. In haar dossier staat haar jongere zus als contactpersoon. De tandarts vertelt mevrouw Jacobs dat hij zich wat zorgen maakt over haar mondgezondheid. Ze reageert er niet op, maar vindt het wel goed dat de tandarts haar zus belt. Deze vertelt dat mevrouw Jacobs door de huisarts naar een geheugenpoli is verwezen voor verder onderzoek, maar dat er nog geen thuiszorg is. De tandarts bespreekt de zorg over de mondgezondheid van mevrouw Jacobs, dat ze hulp nodig heeft bij haar dagelijkse mondverzorging en dat het goed zou zijn als mevrouw Jacobs wat vaker naar de praktijk komt. De zus van mevrouw begrijpt de situatie en zegt toe dat ze meegaat bij het bezoek aan de praktijk. De tandarts vertelt dat als praktijkbezoek in de toekomst niet meer lukt, een huisbezoek ook tot de mogelijkheden behoort. Hij legt aan mevrouw Jacobs zelf uit dat hij haar graag wat vaker wil zien voor een gebitsreiniging en dat het prettig zou zijn als haar zus dan meekomt. Samen met de mondhygiënist bepaalt hij het te volgen mondzorgbeleid en legt dat vast.

## INFORMATIEPLICHT

Als u voornemens bent om een behandeling te doen, dient u volgens de WGBO de patiënt vooraf te informeren over wat u gaat doen en welke eventuele alternatieven er zijn. Per 1 januari 2020 is deze informatieplicht nog aangescherpt.<sup>87</sup> De nadruk is komen te liggen op het 'samen beslissen', of wel 'shared decisionmaking'. Er is de verplichting bijgekomen om tijdig overleg te voeren met de patiënt, waarbij u deze ook uitnodigt tot het stellen van vragen. Daarnaast moet u de patiënt informeren over:

- de mogelijkheid om af te zien van behandeling
- de eventuele mogelijkheid van andere onderzoeken en behandelingen door andere zorgverleners
- de uitvoeringstermijn van de behandeling
- de verwachte tijdsduur van de behandeling.

Dit dient u zodanig te doen dat de patiënt (in overleg met familie) zelf kan kiezen of en zo ja, welke behandeling moet worden uitgevoerd ('informed choice'). Voor de gezamenlijke besluitvorming met de patiënt bestaan gespreksmodellen.<sup>88</sup> Deze zijn bedoeld voor de huisartsenpraktijk, maar wellicht ook voor u informatief. Overigens is op de website van de KNMT ook een checklist 'Samen beslissen' beschikbaar.<sup>89</sup>

## ZORGDGOEL EN ZORGPLAN

Verder zijn in de WGBO een zorgdoel, zorgplan en behandelplan verplicht onderdeel geworden van het patiëntendossier.

- Het zorgdoel is de omschrijving van de mondgezondheidssituatie die voor de patiënt voor een omschreven langere periode wordt nagestreefd. Het vormt een ijkpunt, een 'stip op de horizon' waaraan de ontwikkeling van de mondgezondheid op elk controlemoment kan worden afgemeten. Bij het vaststellen van het zorgdoel wordt rekening gehouden met de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Zo nodig kan voorlopig worden volstaan met een 'zorgrichting'.<sup>90</sup>

- Een zorgplan is het overzicht van de ondersteunende, preventieve en curatieve handelingen en de achtergronden. Het leidt tot een diagnose, de prognose en tot de therapie die nodig is om het gestelde zorgdoel te bereiken en te handhaven. Hierbij worden ook de wenselijke evaluatiemomenten, de tijdsperioden en de betrokken zorgverleners vermeld. Een zorgplan is proactief, het richt zich op de lange termijn waarin levensloopbestendige zorg wordt verleend en is eigenlijk de weerslag van wat met de patiënt is besproken.<sup>90</sup>
- Een behandelplan geeft een beschrijving van de behandeling van een of meer problemen, de indicatiestelling, achtergronden en de technische uitvoering. Het is vooral curatief en reactief van aard met de focus op het behandelen van schade of afwijkingen en heeft een duidelijk begin (indicatie) en afronding (evaluatie). Behandelplannen komen en gaan.<sup>90</sup>

Meer hierover vindt u in Bijlage 1 van de herziene KNMT-richtlijn Patiëntendossier.<sup>80</sup> Het is raadzaam om het zorgplan van tijd tot tijd, bijvoorbeeld jaarlijks, te bespreken met de patiënt en eventueel diens wettelijk vertegenwoordiger of mantelzorg. Zo nodig kunt u het dan op onderdelen bijstellen. Voor het zorgplan kan nog het volgende relevant zijn om vast te leggen.

- Wat de patiënt en diens omringende zorgverleners (mantelzorg, thuiszorg) aan dagelijkse mondverzorging kunnen realiseren. Hierbij is ook aandacht voor het anticiperen op een goede begeleiding van de overgang naar (verder) verminderende zelfredzaamheid.
- Mogelijke medisch tandheelkundige interactie(s), invloeden van medicijnen op het orofaciale gebied en uw zorgbeleid dienaangaande. De casus van mevrouw Veerbeek is hiervan een voorbeeld.<sup>91</sup>

## BESPREKEN GENEESMIDDELENGEBRUIK: EEN CASUS

Mevrouw Veerbeek, 79 jaar, is een verzorgde dame met een goede mondhygiëne die al jaren in de praktijk komt. Nu heeft de tandarts echter het gevoel dat ze al een tijd niet is geweest en dat blijkt ook uit het dossier: de laatste afspraak was 2,5 jaar geleden. Dat is gezien haar trouwe bezoek voorheen opvallend. Als ze binnenkomt, blijkt ze sterk vermagerd.

De tandarts neemt de tijd om te informeren hoe het met haar gaat. Ze heeft een zware tijd gehad: ze kreeg last van spraakstoornissen en kon opeens haar rechterhand niet meer gebruiken. De huisarts had haar verwezen naar de neuroloog en de cardioloog en nu zit ze 'zwaar aan de pillen'. Ze haalt een boekje uit haar tas met een lange lijst medicijnen en zucht dat het 'bijna een dagtaak' is om die allemaal in te nemen.

De tandarts neemt de medicatielijst door. Gelukkig heeft mevrouw geen last van orale bijwerkingen als een droge mond. Ze kan nog alles eten en heeft een gezonde voedingsstijl. Ze is nogal afgevallen, maar komt geleidelijk weer op gewicht. De Ascal die ze slikt, hoeft ze voor invasieve tandheelkundige ingrepen niet te onderbreken en ze is nog onder controle bij de neuroloog. De tandarts actualiseert de medische gegevens en informeert mevrouw Veerbeek. Gelukkig zijn er geen orale bijwerkingen van de medicatie, maar omdat er sprake is van polyfarmacie heeft ze wel een verhoogd cariërisico. Het is daarom raadzaam dat ze wat vaker komt voor een periodieke controle. De tandarts stelt voor de volgende over vier maanden te plannen. Als de mondgezondheid stabiel blijft, kan deze termijn weer verlengd worden naar bijvoorbeeld zes maanden. De tandarts geeft een poetsadvies en legt een en ander vast in het dossier.

## WILSBEKWAAMHEID

Voor alle behandelingen, met name de irreversibele behandelingen, geldt dat u zich bij de besluitvorming ervan moet vergewissen dat de patiënt wilsbekwaam is.<sup>92</sup> Hierbij wordt het volgende geadviseerd.

- Als u twijfelt over de wilsbekwaamheid van de patiënt, overleg dan met de mantelzorger, familieleden of met andere betrokken zorgverleners. Vraag als de patiënt wilsbekwaam is nadrukkelijk toestemming van de wettelijke vertegenwoordiger.
- Als er sprake is van wilsbekwaamheid (ter zake) en de patiënt geen toestemming geeft voor het uitvoeren van behandelingen en/of zich afwerend of oncoöperatief gedraagt, moet u uw behandelplan zodanig aanpassen dat wel toestemming wordt verkregen zonder dat de patiënt ernstig nadeel ondervindt. Dit geldt zelfs wanneer de wettelijke vertegenwoordiger wel toestemming heeft gegeven: u moet verzet en/of oncoöperatief gedrag van de patiënt altijd respecteren.
- Zijn er in het bovenstaande geval geen alternatieve behandelingen zonder nadeel voor de patiënt en acht u het toch nodig om het mondzorgplan uit te voeren, dan is er sprake van onvrijwillige mondzorg. Sinds 1 januari 2020 gelden de Wzd en de Wvggz, die onvrijwillige zorg onder strikte voorwaarden mogelijk maken.

In stap 6, waarin het gaat over het patiëntendossier, wordt ingegaan op het vastleggen van algemene aanvullende informatie in het patiëntendossier.

## OUDERENMISHANDELING

Het is een gevoelig onderwerp en de signalen worden vaak niet herkend. Eén op de twintig thuiswonende 65-plussers is of was slachtoffer van enige vorm van ouderenmishandeling.<sup>93</sup> Hieronder wordt in de Nederlandse definitie verstaan 'al het handelen, of het nalaten daarvan, van degenen die in een terugkerende persoonlijke of professionele relatie met de oudere staan, waardoor deze lichamelijke, psychische en/of materiële schade lijdt en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid'.<sup>93</sup>

De vijf hoofdvormen zijn lichamelijke mishandeling, psychische mishandeling, financieel misbruik, verwaarlozing en seksueel misbruik. Plegers van ouderenmishandeling kunnen partners, kinderen, kleinkinderen of andere familieleden zijn, maar ook professionele hulpverleners. Ouderenmishandeling wordt geassocieerd met negatieve gezondheidssuitkomsten als verhoogde mortaliteit en morbiditeit, meer gebruik van vooral spoedeisende hulp en psychologische stress. Een oplettende blik van zorgverleners is dan ook van belang. Ook als mondzorgverlener kunt u vermoedens krijgen dat uw oudere patiënt het slachtoffer is van enige vorm van mishandeling. Het interpreteren van mogelijke signalen is lastig. In hoofdstuk 4 van het 'Overzicht van signalen, beschermende factoren en risicofactoren' bij de KNMT-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld vindt u ook informatie over signalen, risicofactoren en beschermende factoren met betrekking tot ouderenmishandeling.<sup>94</sup> Verder zijn er de KNMG-Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld 2018 en de NVM-Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld 2019.<sup>95-96</sup>

Zie voor de nadere informatie over de wetgeving *Bijlage 1: Wettelijke kaders van de ouderenzorg* en *Bijlage 6: Informatieplicht, toestemmingsvereisten, wilsbekwaamheid en uitwisseling patiëntgegevens*. Zie ook *Bijlage 4: Meeste door mensen boven de 65 jaar gebruikte medicamentgroepen en indicatie, orale bijwerkingen en therapie*.



## 5 Samenwerking en verwijzing bij de behandeling

Mondzorg is een kwestie van samenwerken, zowel binnen als buiten de eigen praktijk. Het kan nodig zijn om een kwetsbare oudere patiënt, uiteraard in overleg, voor een behandeling te verwijzen naar een andere mondzorgverlener. Hierbij geldt dat u als verwijzende tandarts verantwoordelijk blijft voor het zorgproces. In de NMT-praktijkrichtlijn Horizontale verwijzing, de NMT-praktijkrichtlijn Verticale verwijzing en de NMT-praktijkrichtlijn Verwijsrelatie van tandarts naar tandprotheticus<sup>97-99</sup> staan alle aspecten die van belang zijn voor een zorgvuldige, professioneel verantwoorde en patiëntvriendelijke verwijzing. Ter aanvulling op de genoemde praktijkrichtlijnen staan hieronder de adviezen wanneer het gaat om kwetsbare ouderen.

### VERWIJZING NAAR EEN COLLEGA-TANDARTS

Een verwijzing naar een andere tandarts is voor een kwetsbare oudere belastend. Toch kan het in bepaalde gevallen nodig zijn. Bijvoorbeeld omdat u de noodzakelijke mondzorg niet meer kunt bieden of omdat uw praktijk om wat voor reden dan ook niet voldoende toegerust is op de zorg aan kwetsbare ouderen. Hierbij wordt het volgende geadviseerd.

- U probeert, wanneer u de noodzakelijke mondzorg niet kunt bieden, de patiënt te verwijzen naar een tandarts-geriatrie of naar een collega van wie bekend is dat deze affiniteit heeft met ouderenzorg. Ook een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) kan deze zorg bieden. Verwijzing naar andere differentiaties kunt u beter zoveel mogelijk vermijden.
- U neemt voldoende tijd om uit te leggen waarom en waarvoor u de patiënt verwijst en naar wie u verwijst. U geeft zo mogelijk deze informatie schriftelijk mee aan de patiënt.
- U zorgt ervoor dat een zorgplan of andere relevante behandelaafspraken beschikbaar zijn voor de tandarts naar wie u de patiënt verwijst.

### SAMENWERKING TANDARTS EN MONDHYGIËNIST

Voor een 'levensloopbestendige mondgezondheid' is preventie van belang. De mondhygiënist is hiervoor de aangewezen mondzorgverlener. Als de mondhygiënist in uw mondzorgpraktijk werkzaam is, is de samenwerking bij het verlenen van de zorg veelal goed georganiseerd en vastgelegd. U kunt het bijvoorbeeld zo geregeld hebben dat de mondhygië-

nist bepaalde patiënten met regelmaat ziet. Maar misschien vindt verwijzing in uw praktijk meer op incidentele basis plaats of verwijst u (ook) patiënten naar een zelfstandig gevestigde mondhygiënist. In zijn algemeenheid kan het volgende worden geadviseerd.

- U zorgt ervoor dat de verwijzing gebeurt in goed overleg met de patiënt en met de mondhygiënist. En wanneer de mondhygiënist verwijst naar de tandarts dat deze ook op de hoogte is.
- Als het patiëntendossier een zorgplan bevat, is het van belang dat de mondhygiënist hiervan op de hoogte is. Dit geldt wederzijds ook voor eventuele afspraken met de patiënt over de dagelijkse mondverzorging.

### SAMENWERKING TANDARTS, MONDHYGIËNIST EN TANDPROTHETICUS

De tandprotheticus ziet vaak mensen die al jaren niet meer bij de tandarts of mondhygiënist zijn geweest. De praktijk van de tandprotheticus is voor hen dan vaak wat laagdrempeliger dan die van de tandarts. Om goed te kunnen functioneren met een volledige prothese, is het belangrijk dat de patiënt de pasvorm, occlusie en articulatie regelmatig laat controleren. Bij (implantaatgedragen) prothesen is dat ook van belang om overbelasting, slijtage, ontstekingen of drukplekken tijdig te signaleren. Een goede verwijsrelatie tussen tandarts, mondhygiënist en tandprotheticus is dan ook sterk aan te bevelen.

Hiervoor gelden de volgende adviezen.

- Als tandarts en mondhygiënist vertelt u de oudere patiënt dat het verstandig is om (implantaatgedragen) prothesen met enige regelmaat te laten controleren door de tandprotheticus. U bent ook alert op signalen dat de patiënt problemen heeft met een prothese of beschadigingen daarvan.
- U werkt bij voorkeur met een vast verwijsprotocol,<sup>99</sup> waarin u beschrijft voor welke behandeling of klacht u verwijst. Uiteraard legt u dit ook goed uit aan de patiënt.
- Voor kwetsbare ouderen is vaak wat meer tijd nodig voor overleg, het is goed om dit in de verwijzing aan te geven.
- U houdt de andere mondzorgverleners op de hoogte van het mondzorgplan en de relevante aanvullende informatie en behandelaafspraken met de patiënt. Dit geldt ook wanneer daarin belangrijke veranderingen zijn gekomen.
- Als tandprotheticus bent u alert op signalen van plotselinge achteruitgang van de mondgezondheid en verwijst u de patiënt in zo'n geval naar de tandarts.
- Als u eraan twijfelt of de patiënt de verwijzing opvolgt, kunt u eventueel voorstellen om meteen telefonisch een afspraak in te plannen.

### CONTACTEN IN DE EERSTE LIJN

Bij de zorgverlening aan kwetsbare ouderen zijn contacten met andere zorgverleners in de eerste lijn van belang. Helaas wordt de deskundigheid van tandartsen en mondhygiënisten hierin nog onvoldoende gezien en benut. U kunt wel zelf contact zoeken om andere zorgverleners op de hoogte te brengen van zaken die van belang zijn bij een bepaalde patiënt. Hiervoor gelden onderstaande suggesties en aandachtspunten.

### DE HUISARTS

Deze is over het algemeen de eerst aangewezen zorgverlener voor informatie-uitwisseling. U dient dit wel te doen in overleg met de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger en met toestemming van de patiënt. Dit is van belang in de volgende gevallen.

- U signaleert mondgezondheidsproblemen die ook voor de algemene gezondheid van belang zijn.
- U wilt medicatie voorschrijven met mogelijke interacties of contra-indicaties.<sup>100</sup> Dit geldt zeker wanneer de patiënt lijdt aan nier- of leverfunctiestoornissen (cytochroom p450) of allergieën. Hiervoor kunt u ook de apotheek raadplegen.
- U acht een behandeling noodzakelijk, maar u twijfelt over de wilsbekwaamheid van de patiënt.
- U wilt een andere zorgverlener consulteren, zoals een specialist ouderengeneeskunde, een arts voor verstandelijke beperkingen, psycholoog of (ouderen-)psychiater in het kader van de Wzd of Wvvgz.

### ANDERE ZORGVERLENERS

In het kader van uw mondzorg aan kwetsbare ouderen kan het gewenst zijn om te overleggen met een fysiotherapeut, ergotherapeut, (GZ-)psycholoog, diëtist, logopedist of maatschappelijk werker. Maar ook met een specialist ouderengeneeskunde (SO), deze wordt sinds 2019 vanuit de Zvw bekostigd. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om:

- aanpassingen aan een tandenborstel
- adviezen bij het uitvoeren van de mondverzorging door een ergotherapeut
- voedingsadviezen door een diëtist
- advies bij kauw-, spreek-, en (ver)slikproblemen door een logopedist
- omgangadviezen van een psycholoog bij onbegrepen en/of ongepast gedrag bij dementie van de patiënt.

U kunt dit doen in overleg met de huisarts.

#### WIJKVERPLEGING, THUISZORG, SOCIAAL WIJKTEAM

In stap 4, waarin het gaat over de behandeling, is contact met de zorgverleners van deze organisaties al genoemd. Zij komen bij de patiënt aan huis en zijn over het algemeen goed op de hoogte van diens lichamelijke en psychische situatie en sociale netwerk. Zij hebben hiermee een toegevoegde waarde bij bijvoorbeeld de ondersteuning van de dagelijkse mondverzorging.<sup>84</sup> Denk ook aan de casemanager dementie, die evenals de wijkverpleegkundige in nauw contact met de huisarts een belangrijke rol heeft bij het indiceren van de gewenste en benodigde thuiszorg. Zij werken in of samen met multidisciplinaire sociale wijkteams, die door veel gemeenten worden opgezet. Voor u als mondzorgverlener kan contact wenselijk zijn:

- als een oudere patiënt niet meer in uw mondzorgpraktijk verschijnt of als de dagelijkse mondverzorging tekort schiet
- om zorgverleners van de thuis-, buurt- of wijkzorg te adviseren, die vaak onvoldoende bekend zijn met de interactie tussen mondgezondheid en algemene gezondheid of moeite hebben om een adequate mondverzorging uit te voeren. Zie hiervoor de adviezen van DMNV.<sup>85-86</sup>

In bredere zin kunt u wellicht proberen om een goede samenwerking te bereiken met de huisartsen en thuiszorgorganisaties in uw omgeving of wijk. Misschien kunt u aansluiten bij een gezamenlijke overlegstructuur (ouderenzorgnetwerk) of hiervoor zelf initiatieven te nemen. U kunt hiervoor het 'Draaiboek implementatie regionale samenwerking' (DMNV) raadplegen.<sup>101</sup> Steeds meer professionals en organisaties werken samen bij het aanbod van zorg en ondersteuning voor thuiswonende ouderen, hierover is een factsheet uitgebracht.<sup>102</sup> Het Programma Langer Thuis (VWS) brengt de netwerken in kaart.<sup>103</sup>

De juridische kaders van de uitwisseling van medische gegevens staan beschreven in *Bijlage 6: Informatieplicht, toestemmingsvereisten, wilsbekwaamheid en uitwisseling patiëntgegevens*.





## 6 Het patiëntendossier

Bij de behandeling hoort onlosmakelijk het vastleggen van de zorg die u hebt verleend en de afspraken die zijn gemaakt. In de herziene KNMT-richtlijn Patiëntendossier<sup>80</sup> staat welke gegevens u als zorgverlener in elk geval dient vast te leggen. Dat zijn onder meer ook het zorgdoel, het zorgplan en het behandelplan. Voor de zorg aan kwetsbare ouderen volgen hieronder enkele aanvullende suggesties en adviezen, in aansluiting op stap 4, waarin het gaat over de behandeling.

### AANVULLENDE ALGEMENE INFORMATIE

U kunt in overleg met de patiënt desgewenst het volgende vastleggen.

- De contactgegevens van ten minste één extra contactpersoon. Wanneer er sprake is van (gedeeltelijke) wilsonbekwaamheid is dit de wettelijk vertegenwoordiger. In andere gevallen kunt u afspreken dat een familielid of (andere) mantelzorger (die de afspraken maakt en meedenkt) de eerste contactpersoon is met wie u zo nodig overleg kunt voeren. Dat kan ook iemand zijn die de oudere zelf al in een eerder stadium heeft genoemd.
- De contactgegevens van de huisarts, de apotheek en de thuiszorg. Ga in dat geval ook bij ieder bezoek na of deze nog juist zijn.
- Zo nodig eventuele aanvullende medische informatie, op te vragen bij artsen en/of de apotheek. Schriftelijke toestemming van de patiënt is daarbij wel een vereiste.
- Verder kunt u voor uzelf zo nodig een aantekening maken van de psychosociale omstandigheden van de patiënt en van andere aandachtspunten en afspraken met betrekking tot de contacten met de patiënt. Bijvoorbeeld het niet verschijnen op een afspraak.
- Het zal niet vaak voorkomen, maar wanneer de patiënt een cognitieve stoornis heeft, zoals dementie én daarbij een zorgindicatie heeft, kunt u de gegevens noteren van de zorgverantwoordelijke en betrokken Wzd-functionaris<sup>2)</sup> in het kader van de Wzd.

### OVERDRACHT

Als uw kwetsbare oudere patiënt verhuist naar een wooncentrum en voor de mondzorg overgaat naar de hieraan verbonden tandarts(-geriatrie) en eventueel de mondhygiënist, geldt artikel 4.3.3 van de herziene KNMT-richtlijn Patiëntendossier.<sup>80</sup> Namelijk dat u op verzoek van de patiënt een kopie van het dossier aan de nieuwe mondzorgverlener beschikbaar stelt. Een schriftelijke of mondelinge toelichting kan daarbij gewenst zijn als het gaat om het zorgdoel, het zorgplan en het behandelplan en als u met de patiënt afspraken hebt gemaakt over de zelfzorg.

Zie voor de nadere informatie over de wetgeving *Bijlage 1: Wettelijke kaders van de ouderenzorg* en *Bijlage 6: Informatieplicht, toestemmingsvereisten, wilsbekwaamheid en uitwisseling patiëntgegevens*.



<sup>2)</sup> De Wzd-functionaris is de vervanger van de Bopz-arts onder de wet Bopz. Overweegt u om onvrijwillige (mond)zorg te verlenen, dan dient u te overleggen met de zorgverantwoordelijke van de patiënt. Dit is niet dezelfde persoon als de wettelijke vertegenwoordiger of de contactpersoon.



# 7 Uw kennis en professionele houding

Het is een zijstap in dit stappenplan, maar wel belangrijk om op te nemen. De adequate behandeling van en omgang met kwetsbare ouderen vergen van u als mondzorgverlener kennis en een professionele houding. Hierover gaan onderstaande adviezen.

## UW KENNIS

Kwetsbare ouderen hebben specifieke problematiek. Het advies is dat u kennis hebt van het volgende.

- Het afnemen van een uitgebreide medische anamnese, psychisch, sociaal en tandheelkundig.
- Het zo nodig afnemen van een heteroanamnese (het betrekken van een derde, bijvoorbeeld een familielid, bij de anamnese).<sup>29</sup>
- Oorzaken (etiologie), aard, beloop, gevolgen, mogelijke behandeling(en) en onderlinge samenhang van de meest voorkomende specifieke somatische en psychische aandoeningen bij kwetsbare ouderen.<sup>104</sup>
- De orale manifestaties van de meest voorkomende aandoeningen bij (kwetsbare) ouderen en de daaruit voortvloeiende functiebeperkingen.
- Specifieke medisch-tandheelkundige interacties van de meest voorkomende aandoeningen bij kwetsbare ouderen.
- De door ouderen meest gebruikte geneesmiddelen en de mogelijke bijwerkingen/interacties.

Verder wordt aanbevolen dat u op de hoogte bent van het volgende.

- De algemene problematiek van kwetsbare ouderen.
- Het opmerken van signalen van ouderenmis-handeling.
- De palliatieve zorg en het belang van gesprekken over toekomstige (mond)zorg planning.
- De wetgeving, denkt u naast de WGBO en de AVG aan de Wet zorg en dwang (Wzd), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz).
- Omgaan met oncoöperatief of probleemgedrag bij mensen met dementie.
- De relevante richtlijnen met betrekking tot de mondzorg aan ouderen.
- De sociale kaart specifiek voor ouderen in uw gemeente/regio.

Het is verder wenselijk dat u zich met enige regelmaat laat bijscholen op het gebied van de gerodontology/geriatrie. Daarbij is ook kennis van de multi- en interdisciplinaire (transmurale) samenwerking in de eerste lijn van belang.

## UW PROFESSIONELE HOUDING

Bij de behandeling van kwetsbare ouderen is een goede behandelrelatie van belang. Dit vergt van u naast kennis ook begrip, geduld en empathie. De communicatie met de patiënt is aan de orde in stap 1 en in stap 3, waarin het onder andere gaat over de ontvangst. In *Bijlage 5: Communicatie met kwetsbare ouderen: concrete adviezen* staat wat belangrijk is bij de omgang met kwetsbare ouderen. In aanvulling hierop wordt wat betreft uw houding het volgende geadviseerd.<sup>78</sup>

- Als de patiënt u niet lijkt te begrijpen of niet wil meewerken bij de behandeling, probeert u altijd te bepalen of er sprake van niet willen of niet kunnen. Is er een directe aanleiding? Kan een ervaring in het verleden meespelen? Is er een somatische oorzaak (pijn, delier) of psychische of psychiatrische oorzaak (angst, psychose)? Heeft de patiënt niet-aangeboren hersenafwijkingen zoals een trauma, tumor, beroerte, of dementie of is er sprake van andere (progressief) neurologische aandoeningen?
- U bent creatief, overlegt zo nodig met een mantelzorger of andere zorgverleners en past de omgeving, uw houding of de behandeling waar mogelijk aan. U noteert de relevante informatie in het dossier.
- U kunt overwegen om zich met enige regelmaat te laten bijscholen op het gebied van opstelling en communicatievaardigheden die helpen bij de behandeling van kwetsbare ouderen.

Zie voor de nadere informatie over de wetgeving *Bijlage 1: Wettelijke kaders van de ouderenzorg*.





## 8 De afronding van de behandeling en het vertrek

Het bezoek van de patiënt wordt afgerond met het maken van (vervolg)afspraken en met de nazorg. Daarna volgt het vertrek van de patiënt uit de praktijk. Hierover gaan onderstaande adviezen.

### HET MAKEN VAN AFSPRAKEN

U bepaalt de termijn voor het volgende mondonderzoek of de (vervolg)behandeling. Hiervoor wordt het volgende geadviseerd.

- U houdt zoveel mogelijk rekening met de wensen van de patiënt wat betreft dag en tijdstip. Zie ook de adviezen hiervoor in stap 1, waarin het onder meer gaat over het plannen van een afspraak. En u vergewist zich ervan dat alles duidelijk is voor de patiënt en de eventuele mantelzorg.
- U legt de eventuele afspraken vast, bijvoorbeeld met betrekking tot de dagelijkse mondverzorging. En actualiseert zo nodig alle zaken die in het zorgplan staan opgenomen. Zie hiervoor de adviezen in stap 4, waarin het gaat over de behandeling.
- U kunt zo nodig ook vastleggen welke mondzorgverlener op welke momenten desgewenst (tussentijds) contact heeft met de patiënt en/of andere zorgverleners in de eerste lijn, mantelzorg, thuiszorg etc.



### HET INFORMEREN VAN DE PATIËNT

Het is van belang dat de informatie die u hebt gegeven voor de patiënt duidelijk is en dat de patiënt zich goed voelt om veilig naar huis te gaan. En dat deze bij het vertrek geen nawerkingen heeft van de behandeling die een veilig vertrek naar huis kunnen belemmeren. Hiervoor wordt het volgende geadviseerd.

- Na afloop van de behandeling informeert u de kwetsbare oudere en diens mantelzorg over wat u hebt gedaan en wat de patiënt van de behandeling mag verwachten. U geeft daarbij zo mogelijk de informatie op schrift mee.
- U geeft zo nodig ook informatie over de dagelijkse mondverzorging schriftelijk mee.
- U zorgt ervoor dat het gesprek met de patiënt zoveel mogelijk plaatsvindt als deze nog in de stoel zit en dus niet al bezig is met opstaan of weglopen. Dit kost energie, waardoor de aandacht voor wat u zegt minder is en levert bovendien valgevaar op.<sup>81</sup>
- U bent alert op eventuele reacties van de patiënt op anesthesie of een behandeling, zoals duizeligheid, verwardheid of onsamenhangend spreken. In zo'n geval is het beter als de patiënt niet alleen vertrekt of nog even in de wachtruimte plaatsneemt.
- U informeert de patiënt en de eventuele mantelzorg over napijn en andere mogelijke gevolgen die later nog merkbaar kunnen worden. Als dit aan de orde is, neemt u een dag na de behandeling nog even contact op om te horen hoe het gaat.

## DE NAZORG

De patiënt kan thuis nog nawerkingen voelen van een behandeling. Of toch nog vragen hebben. Hiervoor wordt het volgende geadviseerd.

- Uiteraard informeert u de patiënt als er een risico is op een nabloeding of een delier. In dat geval is het wenselijk dat u de dag na de behandeling telefonisch contact opneemt om te informeren hoe het met de patiënt gaat. Kondig dit dan ook aan.
- Als aanvulling op de informatie die u de patiënt meegeeft, kunt u in voorkomende gevallen ook denken aan een telefonische follow-up om te horen of uw adviezen voor de mondverzorging geen problemen opleveren. Herhaling van de uitleg en de instructie kan van tijd tot tijd nodig zijn. U kunt hiervoor een vervolfbezoek aan huis overwegen.
- Een heel ander aspect van nazorg is aan de orde wanneer u bericht krijgt dat een oudere patiënt is overleden. Als u denkt dat dit op prijs wordt gesteld, is een telefonische of schriftelijke condoleance aan de nabestaanden te overwegen.

## HET VERTREK VAN DE PATIËNT

Bij het vertrek van de kwetsbare oudere uit de praktijk geldt, min of meer in omgekeerde volgorde, hetzelfde als bij de binnenkomst. Hier gaat het om de volgende aandachtspunten en adviezen.

- Ook de (balie-)assistent is alert op eventuele reacties van de patiënt op anesthesie of een behandeling. In dat geval laat de assistent de patiënt niet alleen vertrekken.
- De (balie-)assistent kan de oudere patiënt zo nodig helpen bij het verlaten van het praktijkgebouw.
- Als de patiënt nog even op een taxi moet wachten, kan de (balie-)assistent, na een seintje van u, de taxi misschien al tijdens de (afronding van) de behandeling bestellen. Dan is de wachttijd zo kort mogelijk.
- In de wachtruimte is plaats voor patiënten in een rolstoel of scootmobiel die moeten wachten op vervoer.



# Bijlage 1

## Wettelijke kaders van de ouderenzorg

Wettelijk gezien, valt de ouderenzorg onder vijf 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. Als mondzorgverlener kunt u hiermee te maken krijgen.

### 1 ZORGVERZEKERINGSWET (ZVW)

Met de invoering van de Zvw in 2006 heeft iedereen recht op dezelfde, betaalbare zorg uit het basispakket en betaalt daaraan verplicht mee via premies en belastingen.<sup>105</sup>

De kosten voor de tandarts en andere mondzorg vallen voor volwassenen vanaf 18 jaar niet onder de basisverzekering. Wel is in sommige gevallen een vergoeding mogelijk. Het gaat dan om een behandeling door de MKA-chirurg of het maken van een kunstgebit. Afhankelijk van de soort zorg moet de verzekerde hiervoor wel een eigen bijdrage betalen. Ook geldt het verplichte eigen risico.

### 2 WET LANGDURIGE ZORG (WLZ)

De Wlz regelt de zorg voor kwetsbare mensen die 24 uur per dag zorg nodig hebben.<sup>106</sup> Dit geldt wanneer er bij iemand sprake is van een somatische, psychogeriatrische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking. Per 1 januari 2021 komt hier nog de grondslag 'psychiatrische problematiek' bij. De grondslag wordt vastgesteld door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Patiënten die langdurige en intensieve zorg nodig hebben, maar geen indicatie hebben voor opname in een verpleeghuis, krijgen thuiszorg die wordt vergoed vanuit de Wlz, via een zogeheten volledig pakket thuis (vpt). Hieronder valt echter niet de mondzorg, die een patiënt in een Wlz-instelling wel krijgt. Wanneer zorg van een mondzorgverlener nodig is, is in sommige gevallen een vergoeding vanuit de basisverzekering mogelijk.

### 3 WET ZORG EN DWANG (WZD)

Voor patiënten met een verstandelijke beperking of met een psychogeriatrische aandoening als dementie geldt per 1 januari 2020 de Wzd.<sup>107</sup> Deze wet regelt onvrijwillige zorg en opnames en vervangt de Wet Bopz (Bijzondere opnames psychiatrische ziekenhuizen). De Wzd beschrijft onder meer wanneer er sprake is van onvrijwillige zorg en hoe een besluit tot onvrijwillige zorg genomen dient te worden. Hiermee wordt beoogd dat mensen die hun wil niet meer kunnen uiten beter beschermd zijn.

De Wzd richt zich op patiënten met:

- een Wlz-indicatie, met grondslag verstandelijke beperking en/of psychogeriatrische aandoening, die vanwege hun verstandelijke beperking en/of psychogeriatrische aandoening zijn aangewezen op zorg
- een schriftelijke verklaring van een ter zake kundige arts, waaruit blijkt dat er sprake is van een vergelijkbaar regieverlies en zorgbehoefte. Dit kan zorg zijn vanuit de Wmo, de Jeugdwet of de Zvw.

### 3A WANNEER KRIJGT U TE MAKEN MET DE WZD?

De Wzd geldt vooral voor gedifferentieerde tandartsen-gehandicaptenzorg en -geriatrie, die in een instelling werkzaam zijn of in hun eigen praktijk patiënten hebben met een Wlz-indicatie. Maar ook als algemeen practicus kunt u met de Wzd te maken krijgen. Namelijk als u thuiswonende patiënten behandelt die vergevorderd kwetsbaar en daardoor

zorgafhankelijk zijn. Dat wil zeggen patiënten die een Wlz-indicatie hebben, maar zorg krijgen via een volledig pakket thuis (vpt).

U krijgt hiervoor te maken met de Wzd-functionaris, de opvolger van de Bopz-arts. De Wzd-functionaris is een ter zake kundige arts, gezondheidszorgpsycholoog of orthopedagoog-generalist die door de zorgaanbieder is aangewezen. De Wzd-functionaris beoordeelt het zorgplan en:

- ziet toe op de inzet van de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige zorg,
- stimuleert de mogelijke afbouw ervan en
- is verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken rond het verlenen van deze zorg.<sup>107</sup>

### 3B HET STAPPENPLAN VAN DE WZD

Het uitgangspunt van de Wzd is: 'Nee, tenzij ...'.

Onvrijwillige zorg mag alleen worden verleend als het niet anders kan. Alvorens te besluiten tot het verlenen van onvrijwillige zorg moet u eerst het stappenplan Wzd doorlopen. Dit moet duidelijkheid geven over wat tijdens de behandeling wel of niet is geoorloofd. Het stappenplan is beschikbaar via de website van de KNMT.<sup>108</sup>

### 3C OVERGANGSJAAR VAN DE WZD

Het eerste jaar van de Wzd geldt als een overgangsperiode, onder meer bedoeld om zorgaanbieders en zorgverleners ervaring te laten opdoen en vertrouwd te maken met de bepalingen in de wet. Het eerste jaar wordt ook gebruikt om samen met het veld oplossingen te vinden voor vraagstukken die vanuit de nieuwe wet nog open liggen.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) handhaaft in 2020 alleen als de kwaliteit en veiligheid van de zorg in gevaar komen. Informatie hierover kunt u vinden op de website van de KNMT.<sup>108</sup>

## 4 WET VERPLICHTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (WVGGZ)

Voor de volledigheid wordt hier nog de Wvggz genoemd. In de algemene praktijk is de kans heel gering dat u te maken krijgt met patiënten die vallen onder deze wet.<sup>109</sup> De Wvggz regelt de rechten van mensen die vanwege een psychische aandoening wellicht verplichte zorg nodig hebben. Hierbij gaat het om mensen bij wie deze aandoening leidt tot gedrag dat ernstig nadeel of gevaar veroorzaakt voor henzelf of voor anderen. Als dit nadeel of gevaar niet kan worden weggenomen via vrijwillige zorg, kan de rechter verplichte zorg opleggen. De Wvggz geldt niet voor mensen met een verstandelijke beperking of dementie, voor hen geldt de Wzd.



## Bijlage 2

### Top tien van aandoeningen bij mensen van 65 jaar of ouder, op basis van vóórkomen (jaarprevalentie) in 2015<sup>110</sup>

	ZIEKTE/AANDOENING	JAARPREVALENTIE
1	artrose	<b>803.800</b>
2	diabetes mellitus	<b>657.700</b>
3	nek- en rugklachten	<b>601.200</b>
4	gezichtsstoornissen (maculadegeneratie, glaucoom, staar, retinopathie)	<b>540.400</b>
5	coronaire hartziekten	<b>512.800</b>
6	gehoorstoornissen	<b>390.800</b>
7	COPD	<b>354.100</b>
8	osteoporose	<b>319.800</b>
9	beroerte	<b>309.400</b>
10	hartritmestoornissen (boezemfibrilleren)	<b>285.400</b>



# Bijlage 3

## Kenmerken van fysieke, cognitieve, sociale en psychische kwetsbaarheid bij ouderen

Het begrip 'kwetsbaarheid' of 'frailty' wordt met name in Nederland veelvuldig gebruikt binnen de ouderenzorg als aanduiding van een combinatie van problemen in het functioneren. Uit onderzoek komt naar voren dat kwetsbaarheid ook van belang is bij de bepaling van de aard en hoeveelheid zorg die een patiënt nodig heeft en bij het inschatten van risico's.

### DEFINITIE

Kwetsbaarheid wordt wel gedefinieerd als een proces van opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten als functiebeperkingen, opname in een zorginstelling en overlijden.<sup>111</sup> Maar over de precieze definitie is geen overeenstemming. Dit geldt ook voor de wijze waarop de mate van kwetsbaarheid kan worden bepaald. In veel definities ligt de nadruk op lichamelijke problemen rondom het dagelijks functioneren. Andere definities zijn breder en omvatten nadrukkelijk ook het psychosociale domein.<sup>112</sup>

Inmiddels wordt wel erkend dat zowel lichamelijke, somatische, psychische als sociale factoren van belang zijn bij de bepaling van kwetsbaarheid en dat kwetsbaarheid het verlies aan mogelijkheden op elk van deze domeinen omvat. Ook als mondzorgverlener krijgt u hiermee te maken bij uw zorg aan oudere patiënten.

### KENMERKEN

Zoals gezegd, bestaat er nog geen overeenstemming over hoe kwetsbaarheid precies gedefinieerd en gemeten moet worden. Voor dat laatste zijn wel verschillende instrumenten ontwikkeld. In Nederland worden onder meer de Groninger Frailty Indicator (GFI) en de Tilburg Frailty Indicator (TFI) gebruikt.<sup>113-114</sup> In beide wordt gekeken naar vier domeinen.

- Het lichamelijke domein: hier gaat het om het al of niet zelfstandig kunnen uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), zoals lopen, aan- en uitkleden, naar het toilet gaan. Maar ook om lichamelijke fitheid, gezichtsvermogen, gehoor, gewicht en medicijngebruik (comorbiditeit).
- Het cognitieve domein: hier gaat het om het al of niet hebben van geheugenstoornissen, door allerlei oorzaken.
- Het psychische domein: dit betreft het al of geen last hebben van gevoelens van somberheid en nervositeit.
- Het sociale domein: om dit te meten, wordt de patiënt gevraagd naar het al of niet hebben van een sociaal netwerk, aandacht en hulp van anderen.

### EEN BREDER BEGRIIP VAN GEZONDHEID

In de literatuur wordt overigens nog een vijfde domein onderscheiden. Gezondheid wordt daarin opgevat als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren.<sup>115-116</sup> Dit kan van invloed zijn op de keuzen die ouderen maken wat betreft de zorg en eventuele behandelmogelijkheden. Iemand die nog zo lang mogelijk alles uit het leven wil halen, kan daar anders in staan dan iemand die zich heeft neergelegd bij geleidelijke achteruitgang en geen eisen meer stelt. In dit verband wordt wel gesproken van

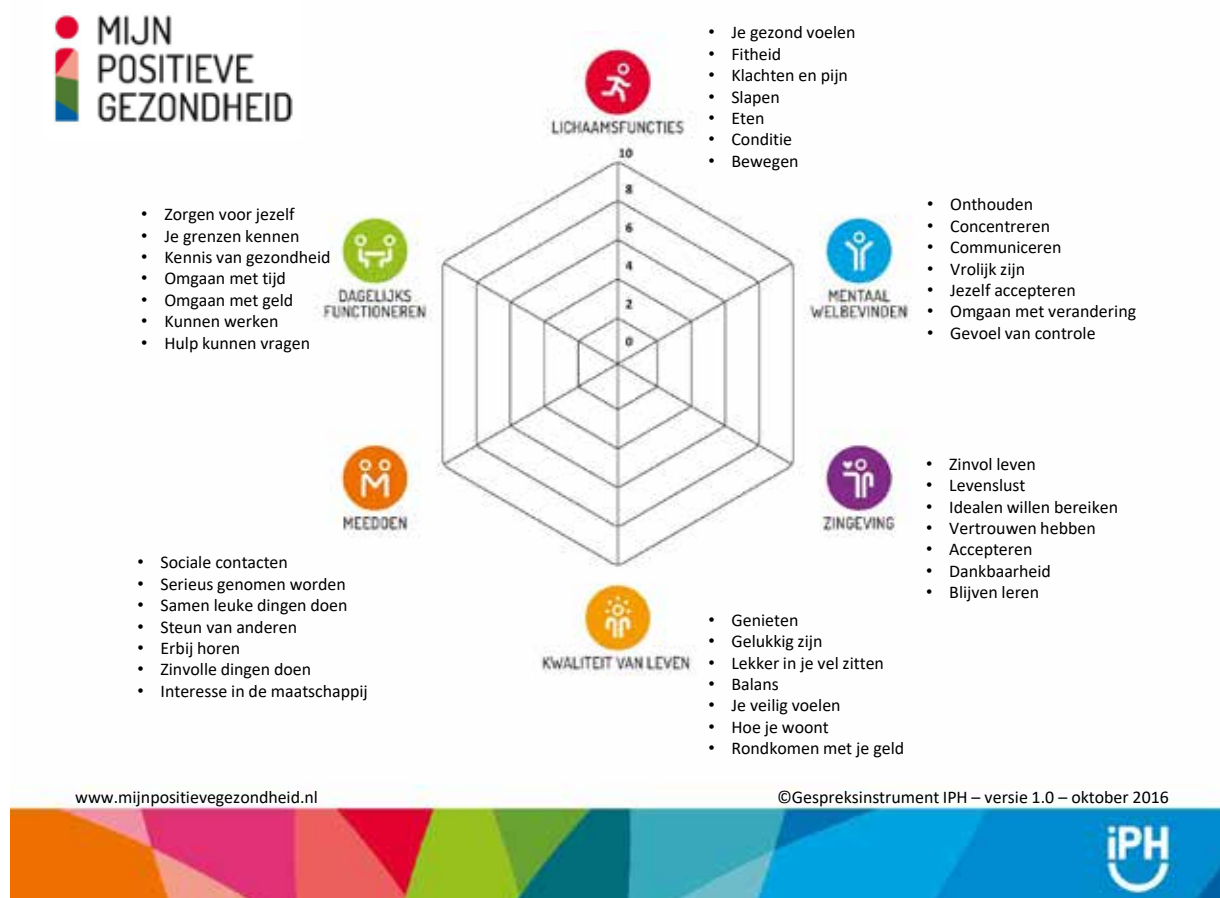
'positieve gezondheid', een concept van Machteld Huber.<sup>116</sup>

Zij onderscheidt hiervoor zes dimensies voor het meten van 'gezondheidswelzijn'. Deze komen overigens deels overeen met de al genoemde domeinen van de Frailty Indicators.

- Lichaamsfuncties: medische feiten, medische waarnemingen, fysiek functioneren, klachten en pijn, energie
- Mentale functies en beleving: cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde/zelfrespect, gevoel controle te hebben, zelfmanagement en eigen regie, veerkracht
- Spirituele/existentiële dimensie: zingeving/meaningfulness, doelen/idealen nastreven, toekomstperspectief, acceptatie

- Kwaliteit van leven: welbevinden, geluk beleven, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust, balans
- Sociaal maatschappelijke participatie: sociale en communicatieve vaardigheden, betekenisvolle relaties, sociale contacten, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk
- Dagelijks functioneren: basis Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), instrumentele ADL, werkvermogen, health literacy.

Figuur 9 laat dit zien.



FIGUUR 9: Gezondheidsmodel van Machteld Huber<sup>116</sup>



## Bijlage 4

# Meeste door mensen boven de 65 jaar gebruikte medicamentgroepen en indicatie, orale bijwerkingen en therapie<sup>18</sup>

	MEDICAMENTGROEP	MEDICAMENTEN	INDICATIE
1	Protonpompremmers	Omeprazol, Pantoprazol	maagzuurremmers/ middelen tegen ulcus pepticum en gastro-oesofageale reflux
2	Antitrombotica (vitamine K-antagonisten, trombocytenaggrega- tierremmers)	Fenprocoumon (Marcoumar®) Acenocou- marol Trombose, infarct 228 NOAC (Pradaxa®) Carbasalaatcalcium (Ascal®) Dipyridamol (Persantin®) Clopidogrel (Plavix®, Grepid®)	trombose, infarct
3	Antilipaemica enkel- voudig (statinen)	Simvastatine (Zocor®) Atorvastatine (Lipitor®) Rosuvastatine (Crestor®)	te hoog cholesterolgehal- te in bloed
4	β-blokkers	Atenolol Bisoprolol (Emcor®) Metoprolol (Selokeen®)	hartfalen, hypertensie
5	ACE-remmers	Captopril Enalapril (Renitec®) Perindopril	hartfalen, hypertensie
6	Selectieve calciuman- tagonisten	Amlodipine (Norvasc) Nifedipine® Felodipine	hypertensie, angina pectoris
7	Glycemieverlagende middelen	Biguaniden (Metformine) Sulfonylureum- derivaten (Gliclazide, Tolbutamide)	diabetes mellitus
8	Angiotensine II- antagonisten	Losartan Valsartan	hartfalen, hypertensie osteoporose, vitamine- gebrek
9	Vitamine A en D	Vitamine A (Retinol), Vitamine D (colecalfiferol Divisun®)	
10	Diuretica	Furosemide (Lasix®) Bumetanide	oedemen, hypertensie

Zie ook de nog te verschijnen richtlijn van KIMO over polyfarmacie bij ouderen.<sup>117</sup>

OORZAKELIJKE FACTOR	ORALE BIJWERKINGEN	THERAPIE
ACE-remmers	droge mond angio-oedeem lichenoïde reactie smaakstoornis	speekselsubstituten adrenaline toedienen en spoedarts regelen applicatie corticosteroid zalf of verwijzing MKA-chirurg' geen therapie mogelijk behoudens medicament staken
angiotensine II-antagonisten	angio-oedeem	adrenaline toedienen en spoedarts regelen
anti-angiogene en antiresorptieve medicatie	MRONJ ( medicament gerelateerde osteonecrose van de kaak (jaw)	verwijzen naar MKA-chirurg' t.b.v. HBOT (Hyperbare zuurstoftherapie) en wegknabbeln necrotisch bot en herbedekken met slijmvlies indien mogelijk
antibiotica	candidiasis lichenoïde reactie smaakstoornis	applicatie fungicide creme en spoelen chloorhexidine applicatie corticosteroid zalf of verwijzing MKA-chirurg' geen therapie mogelijk behoudens medicament staken
β-blokkers	lichenoïde reactie	applicatie corticosteroid zalf of verwijzing MKA-chirurg'
calciumantagonisten	gingivahyperplasie	gingivectomie indien wenselijk
diuretica	droge mond	speekselsubstituten
inhalatie-corticosteroiden	candidiasis verhoogd cariës risico t.g.v. droge mond	applicatie fungicide creme en spoelen chloorhexidine voorlichting en cariës preventie
NSAID	angio-oedeem lichenoïde reactie	adrenaline toedienen en spoedarts regelen applicatie corticosteroid zalf of verwijzing MKA-chirurg'
orale glycemie-verlagende middelen	lichenoïde reactie	applicatie corticosteroid zalf of verwijzing MKA-chirurg'
protonpompremmer	droge mond angio-oedeem	speekselsubstituten adrenaline toedienen en spoedarts regelen
zwavel- of jodiumbevattende medicamenten	smaakstoornis	geen therapie mogelijk, behoudens medicament staken
polyfarmacie	droge mond	speekselsubstituten
gevolg droge mond	halitose smaakstoornis	spoelen met Halita, tong, dentitie en mond reinigen, speekselsubstituten geen therapie mogelijk, behoudens medicament staken

# Bijlage 5

## Communicatie met kwetsbare ouderen: concrete adviezen

De communicatie met kwetsbare ouderen is in enkele stappen in het zorgproces in onderdeel B aan de orde geweest. Daarbij zijn ook al enkele adviezen gegeven. Hieronder staan de belangrijkste adviezen nog een keer op een rij.

### MANIER VAN SPREKEN

- Neem voldoende tijd, spreek rustig en duidelijk en kijk daarbij de patiënt zoveel mogelijk aan.
- Spreek niet te hard en laat uw stem dalen. Een slechthorende oudere verstaat lage tonen beter dan hoge tonen.
- Vermijd lange bijzinnen en omwegen.
- Vermijd verkleinwoorden.
- Spreek 'op gelijke hoogte' en op basis van gelijkwaardigheid en respect.
- Vermijd woorden als 'nog', bijvoorbeeld 'Kunt u nog kauwen?'. Een betere vraag is: 'Hoe gaat het met kauwen?'

### ATTITUDE

- Spreek de patiënt bij naam aan.
- Stel uzelf voor, met uw functie en zeg wat u gaat doen.
- Houd er rekening mee dat de patiënt tijd nodig heeft om informatie te verwerken en daardoor vertraagd kan reageren. Betrek zo nodig de mantelzorg bij de uitleg, het overleg of de instructie.
- Geef het aan als u de patiënt niet goed heeft verstaan. Net doen of u het wel begrepen heeft, leidt mogelijk tot misverstanden.
- Let daarbij ook op de non-verbale communicatie. Is deze in overeenstemming met de verbale communicatie?
- Informeer en adviseer de patiënt op invoelende wijze en met respect voor diens situatie.
- Ga steeds na of de patiënt de uitleg begrijpt.
- Neem de tijd om bij een behandeling steeds uit te leggen wat u doet of gaat doen. Neem een pauze tussen uw uitleg en de daadwerkelijke handeling.
- Word niet boos, verlegen of ongeduldig als de patiënt u niet meteen begrijpt. Herhaal eventueel wat u heeft gezegd, zo nodig in andere bewoordingen.
- Vermijd fluisteren of zacht praten met anderen in de omgeving. Zeker bij (beginnend) dementerenden kan dit extra achterdocht opwekken.
- Praat met de patiënt zelf en niet over hem/haar heen.
- Probeer de patiënt te motiveren.

### HOUDING, STANDPLAATS, OMGEVING

- Praat niet alvast tegen de patiënt terwijl deze nog loopt, zeker als het verplaatsen wat moeizaam gaat.
- Zorg voor voldoende licht in de behandelruimte. Let erop dat u niet met uw rug naar het licht staat.
- Houd oogcontact; dit vergemakkelijkt ook het verstaan ('spraakafzien').
- Zorg dat de fysieke afstand tot de patiënt niet te groot is.
- Zorg voor een rustige omgeving met zo min mogelijk achtergrondgeluiden en storende bewegingen. Zet bijvoorbeeld achtergrondmuziek, een radio of een beeldscherm uit.



# Bijlage 6

## Informatieplicht, toestemmingsvereisten, wilsbekwaamheid en uitwisseling patiëntgegevens

### 1 INFORMATIEPLICHT

Volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) heeft de mondzorgverlener per 2020 de plicht om de patiënt in begrijpelijke woorden te informeren over het voorgenomen onderzoek, over een behandeling en over diens mondgezondheidssituatie.<sup>118</sup> Hierbij moet u zich laten leiden door de vraag welke informatie de patiënt redelijkerwijs nodig heeft om voor een bepaalde behandeling te kiezen of om opties tegen elkaar af te wegen. Denk aan:

- de aard en het doel van de voorgestelde behandeling of de uit te voeren verrichtingen;
- de te verwachten gevolgen en risico's voor de gezondheid van de patiënt bij de voorgestelde behandeling, bij de uit te voeren verrichtingen en bij geen behandeling
- andere mogelijke methoden van onderzoek en behandelingen al dan niet uitgevoerd door andere hulpverleners
- de staat en de vooruitzichten van de gezondheid van de patiënt waar het gaat om de mogelijke methoden van onderzoek of behandeling
- de termijn waarop de mogelijke methoden van onderzoek of behandelingen kunnen worden uitgevoerd en de verwachte tijdsduur ervan.

#### 1A TOESTEMMINGSVEREISTE

Nadat de patiënt is geïnformeerd, moet u diens toestemming verkrijgen voor de behandeling(en) die u op basis van de behandelingsovereenkomst wilt uitvoeren. Op deze hoofdregel bestaan twee uitzonderingen:

- toestemming voor 'niet ingrijpende verrichtingen' wordt verondersteld<sup>118</sup> en
- in spoedeisende gevallen mag u zonder toestemming van de patiënt overgaan tot behandeling als dit nodig is om ernstig nadeel voor hem of haar te voorkomen.

Of een verrichting ingrijpend van aard is, hangt vooral af van de omstandigheden. Bij de afweging kijkt u niet alleen naar de technische handeling op zichzelf, maar ook naar het doel en de eventuele gevolgen. Expliciete toestemming hoeft overigens niet per se mondeling of schriftelijk te worden gegeven, maar kan ook blijken uit de medewerking van de patiënt nadat u hebt uitgelegd wat er gaat gebeuren. In elk geval is dossiervorming hierbij van groot belang!

#### 1B WILSBEKWAAMHEID

Voor alle (medische) behandelingen moet de patiënt toestemming geven. Voor het toestemmingsvereiste gaat de wet er in het algemeen vanuit dat meerderjarige patiënten wilsbekwaam zijn en dus in staat tot een redelijke waardering van hun belangen. Wilsbekwaamheid is geen juridische term, maar wordt specifiek gebruikt in de gezondheidszorg.<sup>92</sup> Wilsbekwaamheid heeft te maken met beslissingen over gezondheid en behandelingen. In de wet- en regelgeving gebruikt men de aanduiding 'het vermogen tot wilsbepaling'.

Bij kwetsbare ouderen kan echter sprake zijn van een verminderd bevattingvermogen. Dit kan het voor u lastig maken om te voldoen aan de informatieplicht en aan het verkrijgen van toestemming voor een behandeling. U doet er daarom verstandig aan vast te stellen of de patiënt wilsbekwaam ter zake is. Dat is niet het geval wanneer de patiënt:

- informatie niet kan begrijpen en beoordelen,
- niet begrijpt wat de gevolgen zijn van een beslissing en/of
- geen besluit kan nemen.

Dit kunt u vaststellen door persoonlijke waarneming, maar ook door hierover zo nodig te overleggen met de partner of met kinderen van de patiënt. Het is aan te bevelen om dit goed in het dossier vast te leggen. Als wordt vastgesteld (in de regel door een arts) dat de patiënt wilsonbekwaam is, dan wijst de wet enkele vertegenwoordigers aan om diens belangen te behartigen. Als eerste zijn dat een curator of een mentor. Wanneer de patiënt niet onder curatele of mentorschap staat, worden de verplichtingen die uit de WGBO volgen nagekomen jegens een andere vertegenwoordiger. Deze moet door de patiënt schriftelijk zijn gemachtigd. Hierbij is de volgorde als volgt:

- als eerste wordt nagegaan of de patiënt iemand schriftelijk heeft gemachtigd,
- is dat niet het geval, dan is de echtgenoot of een geregistreerd partner of levensgezel de wettelijke vertegenwoordiger en
- als ook deze personen niet beschikbaar zijn, komen bloedverwanten in aanmerking, dat wil zeggen een kind, een broer of zus etc.

Als u twijfelt of een oudere patiënt in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen, is het verstandig om te informeren of een van bovengenoemde personen bereid is de patiënt te vertegenwoordigen.<sup>92</sup> De vertegenwoordiger is dan degene die geïnformeerd moet worden en die toestemming moet geven voor een behandeling. Geeft de vertegenwoordiger toestemming maar geeft de patiënt er blijk van niet behandeld te willen worden, dan kunt u alleen behandelen als dat nodig is om ernstig nadeel bij de patiënt te voorkomen.

## 2 UITWISSELING VAN PATIËNTGEGEVENS

Wanneer u (medische) persoonsgegevens uitwisselt met andere zorgverleners zijn naast bepalingen uit de WGBO ook bepalingen van toepassing uit de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).<sup>119</sup> Voor de uitwisseling van medische per-

soonsgegevens gelden op basis van de AVG strengere eisen dan voor de uitwisseling van persoonsgegevens die niet als bijzonder zijn aangemerkt. Deze eisen staan in de WGBO. In principe mag u op grond van uw beroepsgeheim medische persoonsgegevens van een patiënt niet aan derden doorgeven. Dit mag alleen met toestemming van de patiënt.<sup>120</sup> Verder is via de website van de KNMT de richtlijn 'Overdracht van Medicatiegegevens in de keten' beschikbaar.<sup>121</sup> Een zorgverlener die bij de behandeling is betrokken, valt overigens niet onder de 'derden', met hem/haar mag u wel zonder toestemming medische gegevens uitwisselen.

### 2A GEHEIMHOUDINGSPLICHT

De hoofdregel op grond van de WGBO is dat u over patiëntgegevens waarover u beschikt geen mededelingen mag doen aan derden (geheimhoudingsplicht).<sup>122</sup> Maar onder bepaalde omstandigheden kunt u of moet u de geheimhoudingsplicht doorbreken. Dit is aan de orde wanneer de omstandigheden zwaarder wegen dan de geheimhoudingsplicht.<sup>122</sup>

Uitwisseling van gegevens die betrekking hebben op de gezondheidstoestand van de patiënt is dan slechts toegestaan in twee gevallen.

- Door zorgverleners of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening voor zover noodzakelijk met het oog op een goede behandeling of verzorging. Daarbij geldt dat de verwerking van de gegevens gebeurt door personen op wie een geheimhoudingsplicht rust.
- Met uitdrukkelijke toestemming van de betrokken patiënt. Deze bepaling geldt niet wanneer er sprake is van een situatie waarin ernstig nadeel voor de patiënt kan worden voorkomen. Zonder toestemming van de patiënt mag overigens ook informatie worden verstrekt aan personen die op grond van de wet toestemming moeten geven voor de uitvoering van een behandelovereenkomst, dus aan de wettelijk vertegenwoordigers van de patiënt.

Hoewel uit de tuchtrechtelijke jurisprudentie en de toepasselijke richtlijnen kan worden afgeleid dat

groot belang wordt gehecht aan juiste en tijdige informatie-uitwisseling door zorgverleners, mag u daarbij niet afwijken van de bepalingen omtrent geheimhoudingsplicht en de AVG. Voor u als mondzorgverlener is voor een gelegitimeerde gegevensuitwisseling de toepassing van de tweede hoofdregel het eenvoudigst en in de regel ook voldoende. Dus: vraag toestemming aan de patiënt indien deze wilsbekwaam is. Is dat niet het geval, vraag dan toestemming aan de vertegenwoordiger. Overigens zijn er nog enkele uitzonderingen op de geheimhoudingsplicht.<sup>120</sup>

- Wanneer het gaat om het informeren van andere zorgverleners die rechtstreeks zijn betrokken bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst.

Dit kan zijn een waarnemer, een collega in de spoedgevallendienst of een tandarts naar wie de patiënt wordt verwezen. In dat laatste geval wordt de toestemming van de patiënt verondersteld.

- De uitzondering geldt ook wanneer het nodig is om de (wettelijk) vertegenwoordiger van de patiënt te informeren.
- Verder geldt deze als er sprake is een conflict van plichten. Zo'n conflict ontstaat wanneer de geheimhoudingsplicht ernstig nadeel oplevert voor de patiënt, maar het gaat dan wel echt om noodsituaties.
- Tot slot kan (andere) wet- of regelgeving de zorgverlener ertoe verplichten om de geheimhoudingsplicht te doorbreken.







# Geraadpleegde literatuur

- 1 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Statline. Bevolking, huishoudens en bevolkingsontwikkeling; vanaf 1899, <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/37556/table>, maart 2020.
- 2 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Statline. Bevolkingsprognose 2017-2060. <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2017/52/bevolkingsprognose-2017-2060>, december 2017.
- 3 Schols JMGA, Petrovic M, Janssens B, De Witte N. Op weg naar een proactieve en persoonsgerichte ouderenzorg. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2019; 126: 647-652.
- 4 Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/16. Den Haag, SCP, 2017.
- 5 Vektis. Ruim 280.000 mensen met dementie in beeld. <https://www.vektis.nl/actueel/ruim-280000-mensen-met-dementie-in-beeld>, oktober 2019.
- 6 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Monitor Zorg voor ouderen 2018. Utrecht, NZa, 2018.
- 7 Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso). Veel voorkomende ziektebeelden bij kwetsbare patiënten. <https://www.verenso.nl/de-specialist-ouderengeneeskunde/veel-voorkomende-ziektebeelden>, geraadpleegd september 2020.
- 8 Volksgezondheidszorg.info. Prevalentie ziekte van Parkinson in huisartsenpraktijk. Jaarprevalentie 2019. <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/ziekte-van-parkinson/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-ziekte-van-parkinson-huisartsenpraktijk>, geraadpleegd december 2020.
- 9 Volksgezondheidszorg.info. Prevalentie dementie in huisartsenpraktijk. Jaarprevalentie 2019. <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/dementie/cijfers-context/huidige-situatie#node-prevalentie-dementie-huisartsenpraktijk-naar-leeftijd-en-geslacht>, geraadpleegd december 2020.
- 10 Comijs H. Somatische en psychische problematiek bij ouderen; samenhang en zorggebruik. Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), 2012.
- 11 Gobbens R. De lichamelijke en psychische dimensie van kwaliteit van leven van fragiele ouderen. *Tijdschr Geront Geriat* 2017; 48 (4): 160-168.
- 12 Machielse A. Eenzame ouderen: mogelijkheden en grenzen aan de hulp. *De Praktijk* 2016; 9 (1): 13-15.
- 13 Van der Maarel-Wierink C, Van der Putten GJ. De geriatrie trias en mondzorgverlening. *Qual Pract Mondh* 2015; 7: editie 2: Mondzorg voor ouderen.
- 14 Vektis. Factsheet kwetsbare ouderen. 457 duizend thuiswonende 65-plussers zijn kwetsbaar. <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-kwetsbare-ouderen>, juni 2020.
- 15 Ministerie van VWS. Preventie in de zorg. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven, RIVM, 2013.
- 16 Nivel Zorgregistraties eerste lijn 2018. <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/chronische-aandoeningen-en-multimorbiditeit/cijfers-context/huidige-situatie#node-aantal-mensen-met-chronische-aandoening-bekend-bij-de-huisarts>, geraadpleegd december 2020.
- 17 GIP/Zorginstituut Nederland. Polyfarmacie: aantal patiënten. <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/polyfarmacie-aantal-pati%C3%ABnten>, november 2019.
- 18 Bakker MH, Vissink A, De Baat C, Visser A. Serie: Medicamenten en mondzorg. Orale bijwerkingen van door ouderen veelgebruikte medicamenten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2017; 124: 645-652.
- 19 Rooijers W, Rademacher WMH, Raber-Durlacher JE, Aziz Y, Hielema AP, Rozema FR. Serie: Medicamenten en mondzorg. Bijwerkingen van medicatie op de orale mucosa. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2020; 127: 434-440.
- 20 Niesten D, Van der Sanden WJM, Gerritsen AE. De invloed van kwetsbaarheid op mondzorggedrag en tandartsbezoek van ouderen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2015; 122: 210-216.
- 21 KNMT Staat van de mondzorg. Eigen tanden en kiezen. <https://www.staatvandemondzorg.nl/mondgezondheid/eigen-tanden-en-kiezen/>, geraadpleegd oktober 2020.

- 22 Pereboom LM. The dentate situation among elderly. The prevalence and the prediction for 2040. Masterthesis, ACTA, 2018.
- 23 Witter DJ, Brands WG, Kole JJ, Creugers NHJ. Wensgeneeskunde en wenstandheelkunde, wat wordt ermee bedoeld? Ned Tijdschr Tandheelkd 2018; 125: 579-584.
- 24 Hoeksema AR, Spoorenberg S, Peters LL, Meijer H, Raghoobar GM, Vissink A, Wynia K, Visser A. Elderly with remaining teeth report less frailty and better quality of life than edentulous elderly: a cross-sectional study. Oral Dis 2017; 23 (4): 526-536.
- 25 Hoeksema AR, Peters LL, Raghoobar GM, Meijer HJA, Vissink A, Visser A. Health and quality of life differ between community living older people with and without remaining teeth who recently received formal home care: a cross sectional study. Clin Oral Invest 2018; 22: 2615-2622.
- 26 Klüter W, De Baat C. Inventarisatie (mond)gezondheidsproblemen van ouderen. Den Bosch, Marathon Uitgeverij, 2017.
- 27 Hoeksema A, Vissink A, Peters L, Meijer H, Raghoobar G, Visser A. Peri-implantaire gezondheid bij 75-plussers met een overkappingsprothes op implantaten in de onderkaak. Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 383-390.
- 28 Van der Maarel-Wierink C, Van der Putten GJ. Kwetsbare ouderen (1). De noodzaak van een individueel mondzorgplan. TP 2015; jan/feb: 4-6.
- 29 Van der Maarel-Wierink C, Van der Putten GJ. Kwetsbare ouderen (2). De noodzaak van een individueel mondzorgplan. TP 2015; mrt: 24-31.
- 30 Schaub R. Mondgezondheid van ouderen: de tand des tijds. <https://www.mondzorgplus.nl/nieuws/mondzorg-voor-ouderen-levensloopbestendige-mondgezondheid/>, geraadpleegd oktober 2020.
- 31 Griffin SO, Joes JA, Brunson D, Griffin PM, Bailey WD. Burden of Oral Disease Among Older Adults and Implications for Public Health Priorities. Am J Publ Health 2012; 102 (3): 411-418.
- 32 Gil-Montoya JA, Ferreeira de Mello AL, Barrios R, Gonzalez-Moles MA, Bravo M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. Clin Interv Aging 2015; 10: 461-467.
- 33 Lewis A, Wallace J, Deutsch A, King P. Improving the oral health of frail and functionally dependent elderly. Aust Dent J 2015; 60: (1 suppl): 95-105.
- 34 Niesten D. Oral health care and oral-related quality of life of frail and care-independent older people. Dissertatie. Nijmegen, Radboud UMC, 2017.
- 35 Lopez R, Smith PC, Göstemeijer G, Schwendicke F. Ageing, dental caries and periodontal diseases. J Clin Periodont 2017; 44 (suppl 18): S145-S152.
- 36 Tonetti MS, Bottenberg P, Conrads G, Eickholz P, Haesman P et al. Dental caries and periodontal diseases in the ageing population: call to action to protect and enhance oral health and well-being as an essential component of healthy ageing - Consensus report of group 4 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. J Clin Periodont 2017; 44 (suppl 18): S135-S144.
- 37 Loster JE, Wieczorek A, Loster BW. Correlation between age and gender in Candida species infections of complete denture wearers: a retrospective analysis. Clin Int Aging 2016; 11: 1707-17 14.
- 38 Hoeksema A. Oral health in frail elderly. Dissertatie. Groningen, UMCG, 2016.
- 39 Van der Putten GJ. De relatie mondgezondheid en algemene gezondheid bij ouderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2019; 126: 653-656.
- 40 De Baat C, Van den Broek AMWT, Feenstra L. Halitose bij ouderen. In: Feilzer AJ. Praktijkboek tandheelkunde. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 2009.
- 41 Danser M, Thomas M. Parodontitis en de algemene gezondheid. Tandartspraktijk 2016; 37 (7): 24-27.
- 42 Müller F. Oral Hygiene Reduces the Mortality from Aspiration Pneumonia in Frail Elders. J Dent Res 2015; 94, 145-165.
- 43 Teeuw WJ, Gerdes VE, Loos BG. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care 2010; 33: 421-427.

- 44 De Smit M, Westra J, Vissink A, Doornbos-Van der meer B, Brouwer E, Van Winkelhoff AJ. Periodontitis in established rheumatoid arthritis patients: a cross-sectional clinical, microbiological and serological study. *Arthritis Res Ther* 2012; 14: R222.
- 45 Van der Maarel-Wierink CD. Dysphagia and poor oral health. Significant risk factors of aspiration pneumonia in frail older people. Dissertatie. Nijmegen, Radboud Universiteit, 2013.
- 46 Saarela RK, Soini H, Muurinen S, Suominen MH, Pitkälä KH. Oral hygiene and associated factors among frail older assisted living residents. *Spec Care Dentist* 2013; 33: 56-61.
- 47 Kamer AR, Pirraglia E, Tsui W. Periodontal disease associates with higher brain amyloid load in normal elderly. *Neurobiol Aging* 2015; 36: 627-633.
- 48 Iwasaki M, Taylor GW, Nesse W, Vissink A, Yoshihara A, Miyazaki H. Periodontal disease and decreased kidney function in Japanese elderly. *J Am Kidney Dis* 2012; 59: 202-209.
- 49 Graziani F, Music L, Bozic D, Tsakos G. Is periodontitis and its treatment capable of changing the quality of life of a patient? *Br Dent J* 2019; 227 (7): 621-615.
- 50 Asai K, Yamori M, Yamazaki T et al. Tooth loss and atherosclerosis: the Nagahama study. *J Dent Res* 2015; 94: 52-58.
- 51 Tada A, Miura H. Prevention of aspiration pneumonia (AP) with oral care. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55: 16-21.
- 52 Van der Putten GJ, De Baat C, De Visschere L, Schols J. Poor oral health, a potential new geriatric syndrome. *Gerodontology* 2014; 31 (suppl 1): 17-24.
- 53 Lamster IB, Asadourian L, Del Carmen T, Friedman PK. The aging mouth: differentiating normal aging from disease. *Periodontol 2000* 2016; 72 (1): 96-107.
- 54 Guiglia R, Musciotto A, Complato D, Procaccini M, Russo L, Ciavarella D, Muzio L, Cannone V, Pepe I, D'Angelo M, Campisi G. Aging and oral health: effects in hard and soft tissues. *Cur Pharm Design* 2010; 16 (6): 619-630.
- 55 Yoon Y, Kim Y, Lee S, Lee J. 3-dimensional analysis about the effects of aging and risk factors on changes in oral environment. *J Adv Prosthodont* 2019; 11: 75-80.
- 56 Van der Putten GJ, Van der Maarel-Wierink CD. (Professionele) mondzorg bij de oudere patiënt. *Bijblijven* 2015; 31: 47-56.
- 57 Hoeksema AR, Vissink A, Raghoobar GM, Meijer HJA, Peters LL, Arends S, Visser A. Mondgezondheid van kwetsbare ouderen: een inventarisatie in een verpleeghuis in Noord-Nederland. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2014; 121: 627-633.
- 58 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Statline. Gezondheid en zorggebruik, periode 2018. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83005NED/table?fromstatweb>, maart 2020.
- 59 Niesten D. Mondzorg voor kwetsbare ouderen: de situatie vanuit het perspectief van ouderen. *Het Tandheelkundig jaar* 2016; hoofdstuk 1, 1-14.
- 60 Niesten D, Leve V, Lubisch D, Pilgrim C, Creugers NHJ, Pentzek M, Gerritsen A. Mondzorg voor kwetsbare en zorgafhankelijke ouderen in Duitsland en Nederland. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2019; 126: 599-606.
- 61 Ebbens OEJ, Lawant MJ, Schuller AA. Tandartsbezoek van 65-plussers; onderzoek uit een algemene praktijk in Drenthe. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2018; 126: 151-155.
- 62 Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), Laego en Landelijke Huisartsenvereniging (LHV). Visie Huisartsenzorg voor ouderen. Samen werken aan persoonsgerichte zorg. Utrecht, NHG, 2017.
- 63 Vanobbergen J, Hollaar V, Sederel R, Vyt A. Interprofessionele samenwerking; de sleutel tot betere mondzorg voor (kwetsbare) ouderen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2019; 126: 679-686.
- 64 Ettinger RL. Treatment planning concepts for the aging patient. *Aust Dent J* 2015; 60 (1 suppl): 71-85.
- 65 Masman-Kappert. Mondzorg voor ouderen, wat kan de mondhygiënist doen? *Ned Tijdschr Mondhyg* 2013; 6: 15-17.
- 66 Kennisinstituut Mondzorg (KIMO). Mondzorg voor (kwetsbare en zorgafhankelijke) ouderen. Aan huis gebonden ouderen. Februari 2021 gereed.

- 67 VSNU. Raamplan Tandheelkunde 2008. Competenties van de tandarts (zesjarige opleiding). Den Haag, VSNU, 2009.
- 68 Visser A, Bakker MH, Niesten D, Janssens L, Palmers E, Duyck J, Bots-Van 't Spijker PC, Bruers JJM, Van der Maarel-Wierink C, Vissink A. Visie op de collectieve mondzorg voor kwetsbare ouderen: eendracht maakt macht. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2019; 126: 673-678.
- 69 Doeleman A. VMTI-voorzitter Joris Muris: "Geneeskunde moet niet achter de huig beginnen". *Nederlands Tandartsenblad* 2013; 12: 24-27.
- 70 De Visscher JGAM. Mondafwijking: naar de huisarts? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2015; 122: 367.
- 71 Veenvliet M. Goede mondzorg voor kwetsbare ouderen. *POH*, 2019. <https://demondnietvergeten.nl/2019/09/25/hoe-je-als-poh-het-verschil-kan-maken/>, geraadpleegd oktober 2020.
- 72 Jerković-Ćosić K, Everaars B, Van der Putten BJ. Prioritering en aanbevelingen in de mondzorg voor ouderen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2017; 124: 503-509.
- 73 Kossioni AE, Hajt0-Bryk J, Janssens B, Maggi S, Marchini L, et al. Practical Guidelines for Physicians in promoting oral health in frail older adults. *J Am Med Dir Assoc* 2018a; 19 (12): 1039-1046.
- 74 De Mond Niet Vergeten! (DMNV). <https://demondnietvergeten.nl/2019/12/03/de-1e-ronde-tafel-in-noord-nederland/>, geraadpleegd oktober 2020.
- 75 De Mond Niet Vergeten! (DMNV). <https://demondnietvergeten.nl/2019/04/03/nieuwe-swipeguide-de-droge-mond/>, geraadpleegd juni 2020.
- 76 Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGd). Roodboek. Mondzorg voor ouderen is een noodzaak. Uitgave bij Jubileumcongres, NVGd, december 2011.
- 77 Jansen L. De mond niet vergeten! Samenwerken voor kwetsbare ouderen werpt vruchten af. *NT* 2017; 72 (20): 22-25.
- 78 Smith AJE, Vermeir P. Communicatie in de tandartspraktijk. Communiceren met de oudere patiënt. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2019; 126: 665-671.
- 79 Bots-Van 't Spijker PC, Wierink CD, De Baat C. Proactieve mondzorg voor onzelfredzame ouderen. Een toenemende verantwoordelijkheid. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 197-201.
- 80 Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). KNMT-richtlijn Patiëntendossier (herziening 2020). Utrecht, KNMT, 2020. <https://www.knmt.nl/sites/default/files/20001a-herziene-richtlijn-patientendossier-2020.pdf>.
- 81 Smits SHBJM, De Baat P, Schols JMGA, De Baat C. Vermijden van valincidenten van ouderen in mondzorg-praktijken. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2010; 117: 396-402.
- 82 Bouw Advies Toegankelijkheid (BAT). Bereikbaar, Toegankelijk Bruikbaar & Veilig bouwen. BAT, Utrecht, 2019. <http://www.batutrecht.nl/download/Toegankelijk%20bouwen.pdf>.
- 83 Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). BHV-basiscursus. Utrecht, KNMT, 2018. <https://www.knmt.nl/evenementen/bhv-basiscursus-6>.
- 84 De Bont M, Van Haaren E, Rosendal H, Wigboldus M. Expertisegebied wijkverpleegkundige. *V&VN*, november 2012.
- 85 De Mond Niet Vergeten! (DMNV). <https://demondnietvergeten.nl/mondzorg-en-thuiszorgmedewerkers/hetbelangvanmondgezondheid/helpen-bij-poetsen/>, geraadpleegd oktober 2020.
- 86 De Mond Niet Vergeten! (DMNV). <https://demondnietvergeten.nl/mondzorg-en-mondzorgprofessionals/materialen/> geraadpleegd oktober 2020.
- 87 Wiegman H, Van der Weijden F. Moet ik mij zorgen maken? Verplichte vermelding zorgdoel, zorgplan en behandelingsplan. *Dentista* 2020; 1; 18-22.
- 88 Ineen et al. Gezamenlijke besluitvorming over doelen en afspraken. Handreiking. <https://zelfzorgondersteund-instrumentenkiezer.nl/wp-content/uploads/2016/02/151028-Handreiking-Gezamenlijke-besluitvorming-def1.pdf>, geraadpleegd oktober 2020.
- Zuyd Hogeschool. 4-bollen model: Hulpmiddel om het verhaal van de cliënt te exploreren.

<https://www.zuyd.nl/onderzoek/lectoraten/projecten-autonomie-en-participatie/producten-en-diensten/4-bollen-model>, geraadpleegd oktober 2020.

- 89 Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). Zes stappen die je helpen om samen mét de patiënt te beslissen. <https://www.knmt.nl/nieuws/zes-stappen-die-je-helpen-om-samen-met-de-patient-te-beslissen>.
- 90 Mettes TG, Barendrecht DS, Oosterkamp BCM, Bruers JJM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 1. Maatschappelijk, professioneel en zorginhoudelijk perspectief. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2014; 121: 597-605.
- 91 Van Diermen D. Multifarmacie bij ouderen en de gevolgen voor de mondgezondheid. *Ned Tijdschr Mondhyg* 2013; 19 (6): 28-30.
- 92 Brands WG, Van der Ven JM, Brands-Bottema GW. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 4. De behandeling van minderjarigen en meerderjarige wilsonbekwamen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2013; 120: 394-398.
- 93 Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC). Aard en omvang ouderenmishandeling. Eindrapport. Amsterdam, WODC, 2018.
- 94 KNMT-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld <https://www.knmt.nl/praktijkzaken/praktijk-voeren/handelen-bij-problemen/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld>.
- 95 KNMG-Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld 2018. <https://www.knmt.nl/praktijkzaken/praktijk-voeren/handelen-bij-problemen/meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld>.
- 96 Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM). NVM-Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld 2019. <https://www.nvmmondhygienisten.nl/bibliotheek/nvm-meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-2019/>, geraadpleegd oktober 2020.
- 97 Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT). NMT-Praktijkrichtlijn Horizontale verwijzing. Nieuwegein, NMT, 2002. [https://www.knmt.nl/sites/default/files/praktijkrichtlijn\\_horizontale\\_verwijzing\\_2002.pdf](https://www.knmt.nl/sites/default/files/praktijkrichtlijn_horizontale_verwijzing_2002.pdf).
- 98 Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT). NMT-Praktijkrichtlijn Verticale verwijzing. Nieuwegein, NMT, 2002. [https://www.knmt.nl/sites/default/files/praktijkrichtlijn\\_verticale\\_verwijzing\\_2002.pdf](https://www.knmt.nl/sites/default/files/praktijkrichtlijn_verticale_verwijzing_2002.pdf).
- 99 Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT). NMT-praktijkrichtlijn Verwijsrelatie van tandarts naar tandprotheticus. Nieuwegein, NMT, 2007. [https://www.knmt.nl/sites/default/files/richtlijn\\_tandarts-prothetiscus.pdf](https://www.knmt.nl/sites/default/files/richtlijn_tandarts-prothetiscus.pdf).
- 100 Nictiz. Informatieuitwisseling voor Actueel Medicatie Overzicht; Een praktische handleiding. Nictiz, 2012.
- 101 De Mond Niet Vergeten! (DMNV). Draaiboek implementatie regionale samenwerking <https://demondnietvergeten.nl/mondzorg-en-mondzorgprofessionals/implementatie/>, geraadpleegd oktober 2020.
- 102 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Netwerken integrale ouderenzorg: wat is de stand van zaken in Nederland. RIVM, mei 2020. [https://www.rivm.nl/sites/default/files/2020-05/011730\\_Brochure%20Netwerken%20Intergrale%20ouderenzorg\\_V4\\_TG\\_DEF.pdf](https://www.rivm.nl/sites/default/files/2020-05/011730_Brochure%20Netwerken%20Intergrale%20ouderenzorg_V4_TG_DEF.pdf).
- 103 Programma Langer Thuis (VWS). Landelijke kaart van netwerken [https://www.rivm.nl/zorg/organisatie-van-zorg/in-kaart-brengen-netwerken-integrale-ouderenzorg?utm\\_source=Spike&utm\\_medium=618339355&utm\\_campaign=Nieuwsbrief+Volksgezondheid+en+Zorg](https://www.rivm.nl/zorg/organisatie-van-zorg/in-kaart-brengen-netwerken-integrale-ouderenzorg?utm_source=Spike&utm_medium=618339355&utm_campaign=Nieuwsbrief+Volksgezondheid+en+Zorg), geraadpleegd oktober 2020.
- 104 Brand HS, Van Diermen DE, Makkes PC (red). Algemene ziekteleer voor tandartsen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012.
- 105 Zorginstituut Nederland. Hoe werkt de zorgverzekeringswet. <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet>, geraadpleegd september 2020.
- 106 Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). Wet langdurige zorg. <https://www.knmt.nl/praktijkzaken/bekostiging/wet-langdurige-zorg>.
- 107 Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De Wzd-functionaris. <https://www.ciz.nl/zorgprofessional/veelgestelde-vragen-zorgprofessional/wet-zorg-en-dwang/wzd-functionaris>, geraadpleegd oktober 2020.

- 108 Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). Stappenplan Wet zorg en dwang. <https://www.knmt.nl/praktijkzaken/bijzondere-doelgroepen/de-wet-zorg-en-dwang-wzd>.
- 109 Ministerie van VWS. Dwang in de zorg, Wet verplichte ggz (Wvvggz). <https://www.dwangindezorg.nl/wvvggz>, geraadpleegd oktober 2020.
- 110 Volksgezondheidszorg.info. Ranglijst aandoeningen op basis van vóórkomen. <https://www.volksgezondheidszorg.info/ranglijst/ranglijst-aandoeningen-op-basis-van-v%C3%B3%C3%B3rkomen/leef-tijd#node-top-tien-v%C3%B3%C3%B3rkomen-aandoeningen-65-plussers>, geraadpleegd oktober 2020.
- 111 Van Campen C (red.). Kwetsbare ouderen. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 2011.
- 112 Gobbens RJ, Luijkx KG, Assen MA van. Explaining quality of life of older people in the Netherlands using a multidimensional assessment of frailty. *Qual Life Res* 2013; 22(8): 2051–2061.
- 113 Peters LL, Boter H, Buskens E, Slaets JPJ. Measurement Properties of the Groningen Frailty Indicator in Home-Dwelling and Institutionalized Elderly People. *JAMDA* 2012; 13: 546-551.
- 114 Gobbens, R. De Tilburg Frailty Indicator. Een gebruiksvriendelijk meetinstrument om kwetsbare ouderen op te sporen. *Tijdschr Gezondheidszorg en Ethiek* 2012; 22 (3): 91.
- 115 Gobbens R. Gezondheid en welzijn van kwetsbare ouderen. Lectorale rede, mei 2017.
- 116 Huber M. Naar een nieuw begrip van gezondheid: Pijlers Positieve Gezondheid. *Tijdschr Gezondheidswetensch* 2013; 91: 133-134.
- 117 Kennisinstituut Mondzorg (KIMO). Mondzorg voor (kwetsbare en zorgafhankelijke) ouderen. Polyfarmacie. April 2021 gereed.
- 118 Ministerie van VWS. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). <https://www.privacy-web.nl/cms/files/2018-07/wgbo.pdf>, geraadpleegd oktober 2020.
- 119 Autoriteit Persoonsgegevens. Algemene Verordening Gegevensbescherming. <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/over-privacy/wetten/algemene-verordening-gegevensbescherming-avg>, geraadpleegd oktober 2020.
- 120 Autoriteit persoonsgegevens. Algemene Verordening Gegevensbescherming. <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/nl/onderwerpen/gezondheid/zorgverleners-en-de-avg>, geraadpleegd oktober 2020.
- 121 Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). Aanpak overdracht van medicatiegegevens. <https://www.knmt.nl/praktijkzaken/praktijk-voeren/externe-samenwerking/aanpak-overdracht-van-medicatiegegevens>.
- 122 College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Informatieblad Geheimhouding van medische gegevens. <https://www.avghelpdeskzorg.nl/onderwerpen/medische-gegevens/medische-gegevens-delen-of-doorsturen>, geraadpleegd oktober 2020.



Ontwikkeld door:

**knmt**

Onderschreven door:

**nvm**   
mondhygiënist

 **nt**  
Organisatie van  
Nederlandse  
Tandprothetici

Meer informatie? [KNMT.nl/ouderen](https://www.knmt.nl/ouderen)