

Richtlijn Mondzorg

voor zorgafhankelijke cliënten
in verpleeghuizen



Richtlijn Mondzorg

voor zorgafhankelijke cliënten
in verpleeghuizen



Inhoud

Voorwoord	3		
Inleiding	5		
1 Oorzaak en gevolgen van slechte mondgezondheid		5 Verantwoording	
1.1 Mondproblemen en kwaliteit van leven	8	5.1 Proces richtlijnontwikkeling en gehanteerde zoektermen	37
1.2 Frequent voorkomende mondaandoeningen in relatie tot slechte mondgezondheid	8	5.2 Respondenten commentaarfase	39
1.3 Frequent voorkomende risicofactoren voor het ontstaan van mondaandoeningen	8	5.3 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep	40
1.4 De gevolgen van een slechte mondgezondheid	9	6 Indicatoren voor mondzorg	41
1.5 Conclusies en aanbevelingen	10	7 Alle aanbevelingen	42
1.6 Onderbouwing	12	8 Literatuurlijst	44
2 Mondzorg op cliëntniveau		9 Samenvatting richtlijn	48
2.1 Preventie	17	Bijlagen	
2.2 Frequent voorkomende aandoeningen en hun interventies	20	1 Begrippenlijst	50
2.3 Bij weigering van mondzorg	20	2 Voorbeelden bij hoofdstuk 3 mondzorg in de zorgstructuur	52
2.4 Cliënten in vegetatieve toestand	21	2A Inventarisatie mondgezondheid cliënt door de verzorgende	52
2.5 Cliënten in de terminale fase	21	2B Bepaling vereiste mondzorg door coördinerend zorgverlener mondzorg	54
2.6 Conclusies en aanbevelingen	22	2C Indruk van een elementaire tandartsenunit	55
2.7 Onderbouwing	24	3 Voorbeeldformulieren uit de praktijk	56
3 Mondzorg binnen de zorgstructuur		3A Poetsprotocol	56
3.1 Het perspectief van de zorgaanbieder	28	3B Aanvraag tandartsconsult	58
3.2 Het perspectief van de zorgverlener	28	3C Aanvraag tandheelkundige zorg/ mondzorgondersteuning	59
3.3 De taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners	29	3D Uittreksel onderzoek en behandelplan tandarts voor het zorgdossier	60
3.4 Het bewaken van samenhang en kwaliteit	30	3E Journaal tandarts voor zorgdossier	61
3.5 Inventarisatie van de mondgezondheid: geadviseerde aanpak	30	3F Terugrapportage na tandartsbezoek voor zorgdossier	62
3.6 Conclusies en aanbevelingen	32	3G Mondverzorgingsschema	64
3.7 Onderbouwing	33	4 Samenvatting proefimplementatie	65
4 Scholing van zorgverleners			
4.1 Conclusies en aanbevelingen	35		
4.2 Onderbouwing	35		

Voorwoord

Op dit moment is de mondgezondheid van veel cliënten die in AWBZ-instellingen verblijven verre van goed. Gelukkig wordt het belang van adequate mondzorg voor deze cliënten steeds meer onderkend.

De kwetsbaarheid en zorgafhankelijkheid van cliënten in instellingen is veelal groot, waardoor de gezondheidstoestand van gebitselementen, parodontium en mondslijmvliezen snel in het gedrang komt. Daarbij is de aandacht voor de mondgezondheid extra belangrijk omdat de meeste cliënten niet in staat zijn hun mond zelf te verzorgen, waardoor ze voor hun mondverzorging afhankelijk zijn van de verzorgers in de instellingen.

Bovendien noodzaakt ook het vaak veelvuldige gebruik van medicijnen, waarvan sommigen een remmende werking hebben op de speekselproductie, tot extra controle van de mondgezondheid.

Alertheid op problemen van de mondgezondheid is dus geboden, evenals de waarborging van continue goede mondzorg, als essentieel onderdeel van de basiszorg.

Toch is de mondzorg op dit moment in veel instellingen nog onvoldoende ingebed in de dagelijkse praktijk van de zorg. De voorliggende multidisciplinaire richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen, die conform de heden-daagse eisen aan richtlijnontwikkeling tot stand is gekomen, biedt de instellingen en de daar werkzame zorgverleners derhalve evidence based aanbevelingen om te komen tot een logistiek en inhoudelijk verantwoorde mondzorg voor elke cliënt.

Alle partijen die betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van deze richtlijn hopen vurig dat de implementatie ervan zal leiden tot een generale verbetering van de mondzorg in de instellingen en daardoor automatisch ook tot een verbetering van de mondgezondheid van de cliënten die aan de zorg van deze instellingen zijn toevertrouwd.

*prof. dr. J.M.G.A. Schols
Voorzitter Klankbordgroep Mondzorg*

Inleiding

Doelstelling

De multidisciplinaire richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen beschrijft hoe de mondgezondheid van de genoemde groep kan worden bevorderd door het verlenen van goede mondzorg.

De doelgroep van zorgafhankelijke cliënten

De richtlijn is ontwikkeld voor de setting van verpleeghuizen. Daardoor is de richtlijn in het bijzonder gericht op de goede mondgezondheid van cliënten die in verpleeghuizen verblijven. Echter, de gegeven adviezen kunnen vertaald worden naar mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in andere omstandigheden.

De werkgroep gaat ervan uit dat de richtlijn een bruikbaar instrument is voor alle zorgverleners en managers die zijn betrokken bij de zorg aan zorgafhankelijke cliënten, mits zij de benodigde aanpassingen doorvoeren voor de desbetreffende specifieke doelgroep.

Middelen

Om een goede mondgezondheid van zorgafhankelijke cliënten te garanderen, is het van belang dat de werkzaamheden van de betrokken zorgverleners op elkaar afgestemd zijn. Bovendien dienen deze zorgverleners te beschikken over de vereiste kennis en vaardigheden.

Een essentieel aspect in het verlenen van goede mondzorg wordt gevormd door de wensen van de cliënt en diens naasten. Hun perceptie, beleving en perspectief zijn bepalende factoren bij de ontwikkeling en uitvoering van het mondzorgplan.

Daarnaast zijn er organisatorische randvoorwaarden, zoals de regelmatige scholing van de zorgverleners en de beschikbaarheid van benodigde voorzieningen. In de richtlijn worden deze thema's behandeld, worden conclusies getrokken en worden aanbevelingen gedaan voor de organisatie van een goede mondzorg. De laatste paragraaf van ieder hoofdstuk bestaat uit de wetenschappelijke onderbouwing van de conclusies en aanbevelingen. Tenslotte worden in de richtlijn de indicatoren benoemd waaraan de kwaliteit van de mondzorg in de instelling (of andere setting) getoetst kan worden. Wanneer die kwaliteit goed is, zullen de met een ontoereikende mondzorg samenhangende morbiditeit en co-morbiditeit afnemen. Dit kan echter alleen aangetoond worden wanneer de implementatie van de richtlijn begonnen is met een nulmeting van de mondgezondheid van de cliënten.

Richtlijngebruikers

De richtlijn is bedoeld voor:

- zorgaanbieders: de randvoorwaarden voor goede mondzorg;
- verpleegkundigen en verzorgenden: de vereiste kennis en vaardigheden om goede mondverzorging te bieden;
- coördinerend zorgverleners mondzorg;
- mondhygiënist: de ondersteuning van verpleegkundigen en verzorgenden bij het bieden van goede mondzorg;
- tandartsen: de vereiste kennis en vaardigheden voor mondzorg aan zorgafhankelijke cliënten;
- tandprothetici: de context waarbinnen zij hun werkzaamheden voor zorgafhankelijke cliënten verrichten;
- paramedici als ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten: de optimale inzet van hun deskundigheid bij het bieden van goede mondzorg;
- verpleeghuisartsen en sociaal geriaters: de interactie tussen mondaandoeningen en de algemene gezondheid van zorgafhankelijke cliënten;
- zorgverleners algemeen: de goede onderlinge aansluiting van hun werkzaamheden bij het bieden van goede mondzorg.

Definities van de gehanteerde begrippen

OROFACIALE SYSTEEM

Het orofaciale systeem is een functionele eenheid met als hoofdfuncties de voedselopneming, de vocale functies (spreken, zingen, enzovoorts) en de expressief-sociale functies (huilen, lachen, kussen, enzovoorts). Deze functies kunnen worden uitgeoefend door gecoördineerde arbeid van de kaken, met de daarin bevestigde gebitselementen, de kaakgewrichten, de kauw- en mimische spieren, de tong, de lippen en wangen, het mondslijmvlies en de speekselklieren. De functionele eenheid wordt gecompleteerd door de innervatie en vascularisatie van de betrokken weefsels. (Willigen, 1983).

MONDZORG

Mondzorg omvat de preventie, de diagnostiek, de behandeling en de nazorg van ziekten en problemen in het orofaciale systeem in de ruimste zin van de gehanteerde begrippen.

MONDVERZORGING

Mondverzorging omvat de dagelijkse, door de cliënt zelf of zijn verzorgers te verrichten verzorgende en preventiegerichte actieve maatregelen die nodig zijn om het orofaciale systeem gezond te maken of gezond te houden.

PROFESSIONELE MONDZORG

Professionele mondzorg omvat de preventie, de diagnostiek, de behandeling en de nazorg van ziekten en problemen in het orofaciale systeem, uitgevoerd door professio-

nals op het gebied van de mondzorg, te weten de tandarts, de mondhygiënist en de tandprotheticus.

GOEDE MONDGEZONDHEID

Een zodanige toestand van het orofaciale systeem dat de noodzakelijke orofaciale functies zoals kauwen, bijten, praten en lachen gezien in het licht van de individuele omstandigheden van de cliënt optimaal kunnen worden uitgevoerd.

ZORGAFHANKELIJKE CLIËNTEN

Cliënten die geïndiceerd zijn voor de functies behandeling, verblijf, verpleging en/of verzorging.

Achtergrond van de richtlijn

De Ziekenfondsraad stelde in 1999 de Projectgroep AWBZ-tandheelkunde (PATH) in om te inventariseren welke problemen bestaan bij de tandheelkundige hulp in AWBZ-instellingen.

In 2002 wees het onderzoek van Kalsbeek uit, dat de mondgezondheid van mensen in AWBZ-instellingen slecht is. Veel cliënten hebben mondproblemen door functieverlies, pijn en ander ongemak. Vaak zijn ze niet in staat hun eigen mond goed te reinigen. Dit geldt met name voor bewoners van verpleeghuizen.

In de laatste decennia is de mondzorg sterk verbeterd. De verwachting is dat daardoor het aantal dentate cliënten in zorginstellingen toeneemt.

Een ogenschijnlijk paradoxaal gevolg is dat daarmee de kans op een slechte mondgezondheid toeneemt, want de mondverzorging van cliënten met een volledige gebitsprothese vergt minder kennis en vaardigheden van de cliënten en de zorgverleners dan de mondverzorging van cliënten met een dentate mond.

De mondverzorging is nu nog onvoldoende ingebed in het dagelijkse zorgproces om hier adequaat op te reageren.

Een belangrijk knelpunt daarbij wordt gevormd door de financiën. In Signalement Mondzorg 2004 constateerde Abbink (CVZ) dat de middelen voor mondzorg in AWBZ-instellingen niet toereikend zijn.

November 2003 verzocht het College van Zorgverzekeringen (CVZ) de NVVA, de beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters, een multidisciplinaire richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen te schrijven in reactie op bovenstaande ontwikkelingen.

De juridische betekenis van richtlijnen

De NVVA definieert een multidisciplinaire richtlijn als volgt: een samenstelling van algemeen aanvaarde aanbevelingen voor het handelen van professionals op een bepaald onderdeel van hun vakgebied.

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar zoveel mogelijk op evidence gebaseerde inzichten en aanbevelingen die (verpleeghuisarts)artsen, verpleegkundigen en andere zorgverleners een houvast bieden om goede zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen gebaseerd zijn op een algemeen beeld van de cliënten voor wie de richtlijn bedoeld is, kunnen zorgverleners in individuele gevallen afwijken van de aanbevelingen. In sommige gevallen is het afwijken van de richtlijn zelfs noodzakelijk. Maar alleen wanneer deze afwijkende handelwijze beargumenteerd en gedocumenteerd is, valt ze in het domein van de verantwoorde zorg. Alleen dan kan de betrokken professional verantwoording afleggen over haar handelen.

Herziening

In de loop van de jaren neemt de zeggingskracht van deze richtlijn af. Iedere vijf jaar vindt een herziening plaats, tenzij ontwikkelingen op het gebied van de mondzorg een eerdere herziening noodzakelijk maken. Gezien de te verwachten ontwikkelingen evalueert de NVVA de richtlijn over twee jaar. Het bureau van de NVVA bewaakt dit proces.

Leeswijzer

NOTEN

De laatste paragraaf van ieder hoofdstuk geeft de wetenschappelijke onderbouwing van het eerdere betoog. Dat gebeurt in de vorm van noten, die in de voorafgaande paragrafen als volgt zijn vermeld: noot a.

Per noot wordt beschreven: de naam van de hoofdonderzoeker, het jaartal van onderzoek en een weergave van de essentie van het onderzoek.

Wanneer verwezen wordt naar teksten uit leerboeken, volgt de precieze vindplaats van de tekst in het boek, plus een citaat uit die tekst.

LITERATUURLIJST

Hoofdstuk 8 van de richtlijn is de literatuurlijst. De publicaties zijn op alfabetische volgorde en vervolgens naar chronologie geordend. Aan de hand van de naam plus het jaartal in de onderbouwingen of bij de conclusies, kan in de literatuurlijst de exacte informatie over de desbetreffende publicatie gevonden worden.

VROUWELIJKE VORM ALS ALGEMENE VORM

In de richtlijn is de vrouwelijke vorm als algemene vorm gebruikt. Waar 'zij' staat, kan 'zij/hij' gelezen worden. Dit geldt ook voor de afleidingen van deze termen.

METHODOLOGIE: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De bevindingen in de hoofdstukken 1, 2, 3 en 4 zijn vertaald in conclusies en aanbevelingen, die de essentie van het betoog weergeven. Het wetenschappelijk bewijs is samengevat in een conclusie, waarbij de mate van bewijs wordt vermeld.

Elke aanbeveling is het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen, zoals de belastbaarheid van de cliënt, de doelmatigheid van de interventie en de praktische en organisatorische haalbaarheid. Het geheel van beschikbaar bewijs en overige overwegingen is beschreven in het betoog dat voorafgaat aan de conclusies en aanbevelingen.

Oorzaak en gevolgen van slechte mondgezondheid

1.1 Mondproblemen en kwaliteit van leven

Het is aannemelijk dat een relatie bestaat tussen mondgezondheid en kwaliteit van leven. In een Nederlands onderzoek gaf 19% van de ouderen aan het eten van bepaalde soorten voedsel onplezierig te vinden door de toestand van de mond, 18% vermeed om die reden het eten van bepaalde voedingsmiddelen.^a

1.2 Frequent voorkomende mondaandoeningen in relatie tot slechte mondgezondheid

CARIËS, TANDSTEEN EN PULPITIS

In de mond wordt voortdurend een biofilm gevormd die bacteriën bevat en zich hecht aan de gebitselementen, het parodontium en de slijmvliezen, de tandplaque. Deze bacteriën kunnen zuur vormen uit voedingszucikers als de tandplaque niet regelmatig wordt verwijderd. Dit zuur demineraliseert eerst het glazuur en later ook het dentine van de gebitselementen, waardoor deze harde weefsels ernstig verzwakken: cariës. Vervolgens wordt ook het pulpaweefsel (zenuwen en bloedvaten) in het binnenste deel van de gebitselementen aangetast en ontstaat pulpitis. Bij ontoereikende verwijdering van de tandplaque van de gebitselementen en het parodontium kan de plaque verkalken en tandsteen worden. Tandsteen heeft een ruw oppervlak waaraan bacteriën zich gemakkelijk kunnen hechten.

GINGIVITIS EN PARODONTITIS

Bovendien kan plaque leiden tot gingivitis (ontstoken tandvlees). Gingivitis gaat gepaard met roodheid, zwelling en bloeding en kan tevens pijnlijk zijn. Gingivitis kan overgaan in parodontitis: een chronische ontsteking van het parodontium, het ophangmechanisme van de tanden en kiezen. De gebitselementen kunnen los gaan zitten, hetgeen kan leiden tot verlies van gebitselementen. Parodontitis gaat soms ook gepaard met pijn.

CANDIDOSIS

Candidosis (of candidiasis) is een opportunistische infectie van de slijmvliezen door *Candida albicans*. In de mond kunnen witte afschraapbare plekken aanwezig zijn, of juist rood gekleurde slijmvliezen. De oorzaak is onvoldoende mondreiniging. Verminderde speekselsecretie en het dragen van een gebitsprothese zijn predisponerende factoren. Daarnaast kunnen immunosuppressieve geneesmiddelen en enkele systemische ziekten bijdragen aan het ontstaan van candidosis.^{b,c} Een bijzondere vorm van candidosis is cheilitis angularis (ontstoken mondhoeken).

HYPOSIALIE

Speeksel speelt een rol bij de bescherming van de gebitselementen, het parodontium en de orale slijmvliezen. Onvoldoende speekselsecretie oftewel hyposialie (< 0.16 ml/min ongestimuleerd speeksel) kan door een verandering in de samenstelling van de orale microflora leiden tot een toename van cariës, gingivitis, parodontitis en candidosis.

HYPERPLASIE VAN DE GINGIVA (TANDVLEES)

Chronische gingivitis kan gepaard gaan met hyperplasie (weefselvermeerdering) van sommige van de gingiva. Ook geneesmiddelen kunnen gingivahyperplasie veroorzaken of versterken.^d

1.3 Frequent voorkomende risicofactoren voor het ontstaan van mondaandoeningen

VERMINDERDE ZELFREDZAAMHEID EN KRACHTSVERLIES IN HANDEN EN ARMEN

Ouderen kunnen kwetsbaar zijn wanneer er een opeenstapeling is van chronische aandoeningen van onder meer het zenuwstelsel, het hartvaatstelsel, de longen en het bewegingsapparaat en/of als hun voedingstoestand onvoldoende is. Deze kwetsbaarheid gaat doorgaans gepaard met een toenemende onzelfredzaamheid in zelfzorg, denken en communiceren. De chronische aandoeningen kunnen direct of indirect invloed hebben op de mondgezondheid en behandelbaarheid.

Het kan zijn dat ouderen de behoefte aan hulp niet altijd kenbaar maken. Deels omdat zij het niet kunnen uiten, deels omdat andere problemen groter zijn en deels omdat zij een door anderen gesignaleerd probleem niet als probleem ervaren.

Algemene onzelfredzaamheid kan gepaard gaan met een verminderde mondhygiëne met alle gevolgen van dien. Voor zover onderzoek is gedaan naar de relatie tussen verminderde kracht in de handen en het ontstaan van parodontitis, is dat verband niet aangetoond.^e

GEBITSPROTHESEN EN MONDGEZONDHEIDSPROBLEMEN

In Nederland draagt ongeveer driekwart van de ouderen boven de 65 jaar een volledige gebitsprothese. Kalsbeek vermeldt een prevalentie van 70% edentaten in het verpleeghuis en 89% in het verzorgingshuis. Bij de helft van de dentaten is het natuurlijke gebit aangevuld met een partiële gebitsprothese.^f

Een deel van de gebitsprothesedragers ontrekt zich aan professionele mondzorg. Maar door de voortgaande resorptie van het kaakbot verandert het draagvlak van de gebitsprothese. Wordt de gebitsprothese niet tijdig aangepast, dan kunnen door irritatie hyperplasieën ontstaan.^g Gebitsprothesedragers hebben een lagere Body Mass Index dan mensen met een eigen gebit.^h

Bij gebitsprothesedragers is het dus van belang extra aandacht te besteden aan risico op ondervoeding als gevolg van mogelijke kauwbeperking.

Ziekten

DIABETES MELLITUS

Er zijn aanwijzingen dat diabetes mellitus de kans op ernstige parodontitis verhoogt, maar dit is nog niet overtuigend aangetoond. Over het risico op parodontale aandoeningen geeft de literatuur tegenstrijdige berichten.ⁱ

PARKINSON

In de literatuur is de verhoogde prevalentie aangetoond bij Parkinsonpatiënten, naar de relatie tussen mondgezondheid en andere neurologische aandoeningen is geen onderzoek gedaan.^j

MONDDROOGTE (XEROSTOMIE EN HYPOSIALIE)

Xerostomie is de subjectieve beleving van een droge mond. Wanneer er objectief gezien onvoldoende speeksel in de mond is spreekt men van hyposialie. Xerostomie gaat niet altijd gepaard met hyposialie. Hyposialie (zie §1.2) en xerostomie kunnen aanleiding geven tot onwelbevinden ten gevolge van een aantal orale klachten zoals een branderig gevoel, moeite met spreken, kauwen, slikken en proeven.

Belangrijke oorzaken van hyposialie bij ouderen zijn medicatiegebruik (bijvoorbeeld antidepressiva en antihypertensiva en diuretica) en systemische aandoeningen die de water- en elektrolytenhuishouding verstoren, zoals diabetes mellitus.^d

COGNITIEVE PROBLEMEN

Er bestaat een relatie tussen cognitief functioneren en het ontstaan van mondproblemen, waaronder cariës.^k Daarom moet de mondgezondheid bij cognitief slecht functionerende ouderen regelmatig gecontroleerd worden.

POLYFARMACIE

Veel geneesmiddelen beïnvloeden de mondgezondheid. De meest voorkomende bijwerkingen zijn een droge mond, smaakveranderingen en tandvleeszwelling. Kwetsbare ouderen hebben een hoog medicijngebruik en de kans is groot dat dit een negatief effect heeft op hun mondgezondheid.^d

1.4 De gevolgen van een slechte mondgezondheid

ONDERVOEDING, PNEUMONIEËN EN INFECTIES OP AFSTAND

Alle mondaandoeningen kunnen leiden tot een verminderde voedselinname en gewichtsverlies. Er zijn aanwijzingen dat slechte mondgezondheid kan samenhangen met ondervoeding.^l De prevalentie van pneumonieën is lager bij kwetsbare ouderen die goede mondzorg krijgen.^m Het zou kunnen dat cariës en gingivitis de kans op angina pectoris verhogen, maar dit is niet ondubbelzinnig aangetoond.ⁿ

PIJN

Slechte mondgezondheid kan pijn tot gevolg hebben. De pijn kan worden veroorzaakt door cariës, pulpitis, gingivitis, parodontitis, candidosis, al dan niet door een gebitsprothese of scherpe gebitselementen geïnduceerde slijmvliesafwijkingen, het temporomandibulaire gewricht, zenuwaandoeningen en atypische aangezichtspijnen.^{o p}

Clënten zijn niet altijd in staat helder te communiceren over de pijn. Daarom is het belangrijk om ook op non-verbale signalen te letten die mogelijk een signaal zijn van pijnklachten, zoals: met de vingers in de mond zitten, handen aan het hoofd, automutilatief gedrag, agressiviteit bij mondverzorging, veranderd gedrag bij eten en drinken en het niet meer indoen van de gebitsprothese.

SLECHTE ADEM

Een slechte adem wordt ook halitose of foetor ex ore genoemd. Letterlijk betekent foetor ex ore: onwelriekende geur uit de mond. De frequentie neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Een kwart van alle 70-plussers heeft een slechte adem.^q Juist in de laatste fase van het leven, en bij verlies van cognitieve vaardigheden, heeft de belemmering van intiem contact door een vieze mondgeur ingrijpende gevolgen.

Foetor ex ore wordt veroorzaakt door bacteriën in de mond, in het bijzonder van anaërobe, gram-negatieve bacteriën. De bacteriën bevinden zich in de plaque, op de tong en op de tonsillen. Slechte mondhygiëne, een droge mond, voortschrijdende cariës, gingivitis, parodontitis, en ulceratieve

stomatitis (een zwerende ontsteking in de mond) worden in verband gebracht met foetor ex ore.

SMAAKSTOORNISSEN

Het is moeilijk te achterhalen ten gevolge van welke factoren smaakstoornissen ontstaan. Oorzaken kunnen zijn:

- lokale chemische beschadiging van het orale en nasale slijmvlies;
- beschadiging van de smaakreceptoren;
- systemische ziekten als neurologische aandoeningen, nierziekten, leverziekten en endocriene ziekten;
- hyposalie;
- geneesmiddelengebruik.

TONG- EN MONDBRANDEN

‘Burning mouth syndrome’ of mondbranden is chronische, idiopatische, brandende pijn van het mondslimvlies die niet gepaard gaat met klinische waarneembare afwijkingen of een systemische ziekte. Mondbranden komt vaker voor bij vrouwen, vaak in combinatie met serostomie en smaakstoornissen. Het is niet duidelijk welke oorzaken mondbranden heeft. ^{r,s,t}

1.5 Conclusies en aanbevelingen

CONCLUSIE 1.A

Slechte mondgezondheid kan de kwaliteit van leven verminderen.

- Kalsbeek 1999 (C), Kalsbeek 2002 (C) Mening werkgroep (D)
Bewijsniveau 3

AANBEVELING 1.A

Besteed systematisch aandacht aan mondzorg bij oudere zorgafhankelijke cliënten om de kwaliteit van leven te verbeteren.

CONCLUSIE 1.B

Slechte mondgezondheid kan problemen bij eten en drinken veroorzaken.

- Soine 2003 (C), Norderham 2001 (C), Emsthal 1988 (C), Kamblhu 1988 (C).
Bewijsniveau 3

AANBEVELING 1.B

Wanneer een patiënt slecht eet en drinkt, ga dan na hoe de mondgezondheid is en behandel, indien mogelijk en gewenst, de geconstateerde aandoeningen.

CONCLUSIE 1.C

Het dragen van een gebitsprothese kan leiden tot mondproblemen en gewichtsverlies.

- Van der Wal 1994 (C), Soini 2003 (C)
Bewijsniveau 3

AANBEVELING 1.C

Personen met een gebitsprothese krijgen minstens eenmaal per jaar een controle door de tandarts. Wanneer zij gewicht verliezen, ga dan naast de beoordeling van mogelijke oorzaken hiervoor ook na of de gebitsprothese nog goed past en hoe de mondgezondheid verder is.

CONCLUSIE 1.D

Slechte mondgezondheid kan leiden tot infecties op afstand zoals pneumonieën. Mogelijk verlaagt intensieve mondzorg de incidentie van pneumonieën. Er lijkt een relatie te bestaan tussen pathogenen in tandplaque en hartziekten.

– Takeyoshi 1995 (B), Adachi (Hämäläinen 2004 (C), Senpuku 2003 (C)
Bewijsniveau 2

AANBEVELING 1.D

Om de kans op infecties op afstand als pneumonie te minimaliseren, de mond ten minste eenmaal daags goed reinigen.

CONCLUSIE 1.E

Pijn in de mond is een belangrijke aanwijzing voor een slechte mondgezondheid. Bij dentaten kan de pijn wijzen op ontstekingen als cariës, gingivitis, parodontitis, stomatitis en mucositis. Daarnaast kan bij gebitsprothesedragers druk van de gebitsprothese pijn veroorzaken.

– De Visscher 2005 (C)
Bewijsniveau 3

AANBEVELING 1.E

Inspecteer bij pijn in de mond de mondholte. Let bij cliënten die zich niet goed verbaal kunnen uitdrukken, ook op non-verbale signalen, zoals veranderd gedrag, vermindering van eetlust en gewichtsverlies.

CONCLUSIE 1.F

Een slechte adem kan samenhangen met een slechte mondgezondheid. Er zijn ook andere oorzaken mogelijk. Met het stijgen van de leeftijd neemt de prevalentie van slechte adem toe. Slechte adem kan leiden tot een sociaal isolement.

– Van Nieuw Amerongen 1994 en 1999 (C), Mening werkgroep (D)
Bewijsniveau 3

AANBEVELING 1.F

Traceer bij slechte adem de oorzaken ervan en verhelp deze zo mogelijk.

CONCLUSIE 1.G

Geneesmiddelen kunnen door hun bijwerkingen bijdragen aan het ontstaan van allerlei aandoeningen in de mondholte. Door de polyfarmacie bij ouderen hebben ouderen een verhoogd risico op orale bijwerkingen.

– Scully 2005 (C), GEBU 2001-2 (C), Kalsbeek 2002 (C), Putten van de 2001 (C).
Bewijsniveau 3

AANBEVELING 1.G

Let bij het voorschrijven van geneesmiddelen op (bij)werkingen op de mondgezondheid.

Kijk bij aandoeningen in de mond naar de voorgeschreven geneesmiddelen.

1.6 Onderbouwing

a – Mondproblemen en kwaliteit van leven

Kalsbeek (1999) verrichtte mondgezondheidsonderzoek bij thuiswonende ouderen. Van deze groep vindt 19% het eten van bepaald voedsel onprettig vanwege de mondgezondheid. 18% vermeed daarom het eten van sommige voeding. Kalsbeek (2002) verrichtte ook mondgezondheidsonderzoek in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

Uit beide onderzoeken samen bleek:

- meest gestoorde functionele aspecten: kauw- en afbijtfunctie;
- bijna 80% van de onderzochte ouderen hadden last van achterblijvende voedselresten.

Overlast werd onder meer ervaren bij:

- het laten reinigen van de mond door iemand anders;
- het moeten onderbreken van de maaltijd door klachten in de mond, bijvoorbeeld wanneer er eten onder de gebitsprothese is gekomen.

b – Candidosis

Senpuku (2003) vergeleek de orale biofilm van 329 ouderen met een gemiddelde leeftijd van 83,9 (\pm 7,5) jaar in vijf verpleeghuizen, met 464 zelfstandig thuiswonende ouderen van gemiddeld 72,0 (\pm 0,3) jaar. De kenmerken van deze verpleeghuisbewoners kwamen overeen met die van Nederlandse verpleeghuizen. In de tandplaque monsters van de verpleeghuisbewoners bevond zich significant meer *Candida Albicans*, *Enterobacter Cloacae* en *Pseudomonas Aeruginosa*.

c – Tandplaque en infecties op afstand

Senpuku (2003) onderzocht de relatie tussen micro-organismen in plaque en infecties op afstand en incidentie van hartziekten. Verpleeghuisbewoners met hartziekten hebben een verhoogde prevalentie van *Candida Albicans* en *Pseudomonas Aeruginosa* in de orale biofilm (22,6% vs 13,4% $p < 0,05$). Bij andere comorbiditeit (hypertensie, leverziekten, nierziekten, M. Parkinson, Rheuma en maligniteiten) werd deze relatie niet gevonden.

d – Mondaandoeningen door medicatie

Gebu, 2001-2. Het geneesmiddelenbulletin Orale bijwerkingen van geneesmiddelen uit 2001 geeft een overzicht van de bekende relaties tussen mondaandoeningen en medicatie. Een groot deel hiervan is in deze richtlijn overgenomen.

Kalsbeek (2002). In een verpleeghuis worden gemiddeld vier medicijnen per patiënt voorgeschreven.

Van der Putten (2001). In een Amsterdams verpleeghuis worden gemiddeld vier medicijnen per patiënt voorgeschreven. In een verzorgingshuis ligt dit aantal hoger.

GEBU 2001; 35:134, geneesmiddelen die een droge mond kunnen veroorzaken:

- ACE-remmers, met name captopril
- alfuzosine
- alizapride
- antidepressiva zoals amitriptyline, imipramine, trazodon
- antihistaminica, zoals alimemazine, clemastine, cyproheptadine, promethazine, cetirizine
- antihypertensiva, met name clonidine, methyldopa
- antiparkinsonmiddelen, zoals biperideen, carbidopa, levodopa, orfenadrine
- antipsychotica, met name fenothiazinen en zuclopentixol
- anxiolytica, zoals alprazolam
- carbamazepine
- cytostatica
- dexfenfluramine
- dexmedetomidine
- diuretica, met name lisdiuretica
- itraconazol
- levocabastine
- litiumzouten
- mazindol
- narcotische analgetica, zoals morfine, methadon
- NSAID's
- ondasetron
- parasympatholytica, zoals oxybutynine, cyclospenolol, tropicamide, atropine, scopolamine, glycopyrronol
- spierrelaxantia, zoals baclofen, tizanidine
- sympathicomimetica, zoals xylometazoline

Medicatie en bijwerkingen in de mond

GEBU (2001-2)

Medicatiegroepen	Bijwerking
thyreostatica, antihypertensiva, chloorhexidine, jodium, phenothiazionem cytostatica, sulphonamiden	speekselklierzwellen en pijn
parasympatholytica, anticholineesterase (clozapine)	speekselvloed
ACTH (adenocorticotroophormoon), anti-epileptica, busulfan, chloorhexidine, chloroquine, fenothiazinen, mepacrine (=quinacrine), minocycline, orale anti-conceptiva	verkleuring of pigmentatie van mondslijmvlies
anti-aritmica, antibiotica, zoals cefalosporinen, chinolonen, antihypertensiva, Antimycotica, antiprotozoica, anti-reumatica, NSAID's, hypnotica	smaakstoornissen
oncolytica, orale bloedsuikerverlagende middelen, protonpompremmers, β -blokkers, NSAID's, proteasere-mmers	mucosa-afwijkingen
antibiotica, antidepressiva, anti-epileptica, antihypertensiva, zoals ACE-remmers, lis-diuretica, β -blokkers, calcium-antagonisten, antimycotica, antireumatica, NSAID's, protonremmers	stomatitis
cytostatica, (methotrexaat) immunosuppressiva	mucositis
ACE-remmers, NSAID's, penicillamine, sulfonamiden	op pemphigoid lijkende reactie
fenytoïne, cyclosporine, calcium antagonisten (amlodipine, diltiazem, felodipine en nifedipine)	tandvleeshyperplasie
antibiotica, antihypertensiva, zoals ACE-remmers, β -blokkers, lis-diuretica, antipsychotica, antireumatica, NSAID's, orale bloedglucoseverlagende middelen, cholesterolverlagende middelen	lichenoïde reacties
antidepressiva, antimycotica, antiretrovirale middelen, nitraten, jodium bevattende geneesmiddelen, vitamine B-preparaten	slechte adem (foetor ex ore / halitosis)
tetracyclinen, langdurig gebruik van chloorhexidine-mondspoeling en orale antibiotica, vooral amoxicilline in vloeibare vorm	verkleuring van de gebitselementen

e – De relatie tussen de kracht in de handen en de mondgezondheid

Hämäläinen (2004). Onderzoek bij 193 tachtig plussers naar de relatie tussen kracht in de handen en het ontstaan van parodontitis over een periode van vijf jaar. Er werd geen verband tussen het aantal gebitselementen en de afname in kracht van de handen aangetoond.

f – Prevalentie gebitsprothesen

Vrenken (2005). Vergeleken met de begin jaren tachtig komt in 2004 het dragen van een kunstgebit in alle leeftijdsgroepen minder voor. De daling is vooral manifest bij de 50- tot 70-jarigen. Onder de veertig jaar is het kunstgebit nagenoeg uitgebannen. Van de ouderen boven de tachtig jaar heeft nog drie op de vier een dergelijk gebit. Begin jaren tachtig waren vier op de tien dragers van een kunstgebit ouder dan 65 jaar. In 2004 is dat gestegen tot ruim zes op de tien.

De gemiddelde leeftijd van de populatie kunstgebitten-dragers is toegenomen van 58 jaar in 1981 tot 68 jaar in 2004. Kalsbeek (2002) vond in zijn onderzoek in verpleeg- en verzorgingshuizen dat 72% een volledige gebitsprothese had.

g – Irritatiehyperplasieën bij gebitsprothesen

Van de Wal (1994). Irritatiehyperplasieën bij gebitsprothesedragers, in Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTVG): 'Door de voortdurende resorptie van het kaakbot, door druk die door de gebitsprothese wordt uitgeoefend op de onderliggende weefsels, verandert het draagvlak van de gebitsprothese. Wanneer de gebitsprothese dan niet regelmatig wordt aangepast aan de vormveranderingen van de kaakwal op basis van de resorptie, dan zal door de discrepantie tussen de pasvorm van de gebitsprothese en de vorm van de kaakwal een drukulcus ontstaan. Wordt de irriterende factor, de relatief te lange gebitsprotheserand, niet tijdig geëlimineerd, dan ontstaat buccaal en/of linguaal van het drukulcus een opgeworpen rand, de zogenaamde irritatiehyperplasie.'

h – Gebitsprothesen en Body Mass Index

Soini (2003) verrichtte onderzoek naar de relatie tussen de gebitsgezondheid en de BMI bij 51 thuiswonende ouderen van 75 en ouder. De deelnemers leden onder meer aan een cardiovasculaire ziekte, diabetes mellitus II, gewrichtsproblemen, astma, kanker of een combinatie van verschillende ziekten. Allen waren afhankelijk van professionele hulp. Ouderen met een psychiatrische diagnose waren uitgesloten van deelname.

- groep 1: personen met natuurlijke gebitselementen, zonder gebitsprothesen;
- groep 2: edentaat met volledige gebitsprothese;
- groep 3: edentaten met gedeeltelijke gebitsprothese en dentaten zonder goede kauwfunctie.

Per individu werd geregistreerd:

- de mondgezondheid;
- de hoeveelheid rust- en gestimuleerd speeksel;

- een mini nutritional assessment en de body mass index;
- een gestructureerde vragenlijst over eetproblemen. Resultaat: de BMI van groep 2 en 3 was lager dan die van groep 1. Daaruit voortkomende hypothese: dentaten hebben geen kauwbeperking en kunnen uit alle soorten voedsel kiezen, in tegenstelling tot edentaten. Hierdoor eten dentaten meer en beter dan edentaten.

i – Diabetes mellitus

Persson (2005) review. Diabetes mellitus verhoogt de kans op destructieve parodontitis. Echter, de meeste geïnventariseerde onderzoeken betreffen diabetes mellitus type 1. Ouderen lijden vooral aan diabetes mellitus type 2. Bovendien zijn de artikelen die wel een relatie aantonen tussen parodontale ziekten en diabetes mellitus type 2, van onvoldoende kwaliteit. Er wordt daarin geen rekening gehouden met factoren als roken en een slechte mondgezondheid.

j – Parkinson

Nakayama (2004). 109 Parkinson-patiënten werden vergeleken met een controlegroep van 191 personen, allen ouder dan zestig jaar. Beoordeling mondgezondheid door vragenlijst en tandheelkundig onderzoek. Resultaten: Parkinson-patiënten hebben:

- meer kauwproblemen;
- minder natuurlijke gebitselementen;
- minder vaak eigen tanden poetsen;
- mondspoelen bij poetsen problematisch;
- gebitsprothese zit slechter;
- meer slikproblemen.

In het onderzoek kwam naar voren dat de Parkinson-patiënten meer aandacht van de zorgverleners nodig hebben.

Overige neurologische aandoeningen. Er is geen literatuur gevonden over de relatie tussen de mondgezondheid en andere neurologische aandoeningen, zoals CVA, ALS, ziekte van Huntington en MS.

k – Cognitief functioneren

Avlund (2004). Onderzoek naar de relatie tussen cognitief functioneren en cariës bij 159 thuiswonende Finse tachtig plussers, allen deels afhankelijk van thuiszorg. Resultaat: bij een MMSE score ≤ 23 grotere kans op cariës en meer tandartsbezoek.

l – Slechte mondgezondheid en ondervoeding

Nordenram (2001) onderzocht bij 192 verpleeghuisbewoners van gemiddeld 84 jaar de relatie tussen ADL, kauwvermogen en mate van ondervoeding. Hij hanteerde de volgende uitgangspunten:

- onvoldoende kauwvermogen: minder dan vier occluderende elementen;
- ADL-score gemeten m.b.v. het Resident Assessment Instrument (RAI).

Conclusie: kauwvermogen en ADL-score zijn beide risicofactoren voor ondervoeding.

Mojon (1999) vergeleek de Body Mass Index (BMI) en mondgezondheid bij 324 verpleeghuisbewoners, gemiddeld 85 jaar oud. Bij minder dan zes paar elementen in occlusie trad voedseldeficiëntie op.

Soini (2003) concludeerde dat hyposalivatie een slechtere voedingstoestand kan veroorzaken.

Emstahl (1988) kon echter geen relatie aantonen tussen veranderde voedingsgewoonten en tandheelkundige behandeling in een follow up-studie van zes maanden. Nordenram (2001) suggereert dat bij demente mensen zonder kauwgeheugen de restauratieve tandheelkundige behandeling niet leidt tot verbetering van de kauwfunctie. Kamblhu (1998): Bij mensen zonder kauwgeheugen is een intensieve mondbehandeling nodig om de effecten van tandheelkundige behandelingen te behouden.

m – Orale infecties en verminderde hoestreflex in relatie tot pneumonie

Kikawada (2005). Een slechte mondgezondheid is niet de enige risicofactor voor het overlijden aan een aspiratiepneumonie. Andere factoren die hierin een rol spelen:

- dysfagie ten gevolge van neurologische aandoeningen;
- verminderde speekselsecretie;
- verminderde hoestreflex;
- verminderde immuunrespons;
- de zithouding bij eten en drinken.

Veelal wordt hiermee geen rekening gehouden bij het opzetten van een onderzoek.

Takeyoshi (1996). Goede mondhygiëne reduceert het aantal pneumoniën.

Uitgangspunten:

- 366 bewoners van tien Japanse verpleeghuizen willekeurig gesplitst in onderzoeks- en controlegroep;
- twee jaar lang intensieve mondzorg: vijf minuten poetsen na iedere maaltijd, of mondspoelen met 1% povidine-jodium;
- diagnose pneumonie op basis van klinische verschijnselen en X-thorax.

	Interventiegroep	Controlegroep
Koorts	15%	15%
Doorgemaakte pneumonie	11%	19%
Overleden	7% (14 mensen)	16% (30 mensen)

Adachi (2002). Professionele mondzorg vermindert de prevalentie van koorts en overlijden aan pneumonie. Onderzoek bij 141 bewoners van twee verpleeghuizen, waarvan een interventie- en een controlegroep.

n – Andere infecties op afstand

Ylöstalo (2006). Er zijn aanwijzingen dat de kans op angina pectoris toeneemt door gingivitis, cariës en verlies van gebitselementen. In dit onderzoek is deze relatie echter niet ondubbelzinnig aangetoond en het is mogelijk dat de betreffende aandoeningen andere oorzaken hebben.

o – Pijn

Kalsbeek (1999). Interviews met 378 thuiswonende ouderen. Van deze groep had 33% pijn in de mond. Kalsbeek (2002). Interviews met 372 bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en van instellingen voor verstandelijke gehandicapten. Van deze groep had 39% pijn in de mond.

p – Pijnklachten in relatie tot mondaandoeningen

De Visscher (2005). Mondziekten en kaakchirurgie voor de medische praktijk: Cariës kan al in een vroeg stadium, wanneer er nog geen duidelijk zichtbaar effect is, pijnklachten veroorzaken. Deze klachten berusten op irritatie van het pulpaweefsel door toxinen van de bij het cariësproces betrokken micro-organismen die via dentinekanaaltjes het pulpaweefsel bereiken. Het cariësproces kan zich echter ook zonder pijnklachten voltrekken, zelfs in een vergevorderd stadium. Uiteindelijk zal vrijwel altijd ontsteking en tenslotte necrose van de pulpa ontstaan.

Necrotisch pulpaweefsel leidt tot een soms acute, maar meestal chronische ontstekingsreactie in het alveolaire bot rond de wortelpunt. In sommige gevallen ontstaat vanuit een periapicale ontsteking een radicaire cyste. Daarnaast kan een periapicale ontsteking aanleiding geven tot abscessvorming en zich door het corticale bot heen uitbreiden tot onder het periost (subperiostaal abces), hetgeen met veel pijn gepaard gaat.

Afgebroken elementen kunnen traumatische beschadigingen van de tong en/of mucosa veroorzaken, hetgeen gepaard gaat met pijn. Ook andere aandoeningen van mond en lippen kunnen aanleiding zijn voor pijn in de mond. Zoals bijvoorbeeld een ulcus. Stomatitis, een infectie van het gehele mondslijmvlies en vaak ook van de lippen, kan onder diverse omstandigheden optreden. Stomatitis is dan ook een algemene term. Stomatitis gaat veelal gepaard met pijn. Het slijmvlies heeft daarbij een rood, soms erosief of ten dele beslagen aspect. De bekendste vormen van stomatitis zijn stomatitis aphthosa, candidose stomatitis en herpetiforme stomatitis.

Een enkele maal is een ontsteking van het mondslijmvlies beperkt tot het door de (partiële) gebitsprothese bedekte slijmvlies, hetgeen 'stomatitis prothetica' wordt genoemd. Vermoedelijk speelt de microflora van de gebitsprothese (*C. albicans*) een rol bij de pathogenese. Zeldzaam is de allergische stomatitis en stomatitis medicamentosa.'

q – Slechte adem

Van Nieuw Amerongen (1994) p. 254 – 261. 'Speeksel van gezonde personen ruikt nauwelijks. Wanneer speeksel echter in een afgesloten vat geïncubeerd wordt bij 37 graden Celcius kan binnen een uur een rottingsgeur worden

waargenomen. Wanneer slechte adem wordt veroorzaakt door bacteriën, wordt dit meestal veroorzaakt door bacteriële afbraak van eiwitten en aminozuren. Proteolytische activiteit in de mond wordt vooral geassocieerd met anaërobe bacteriën, zoals Porphyromona, Prevotella, Peptostreptococcus, Fusobacterium en Treponema species. De hoofdbestanddelen zijn gewoonlijk zwavelverbindingen.'

r – Droge mond en brandende tong

In de literatuur wordt mondbranden in relatie gebracht met xerostomie als gevolg van diabetes en medicatie, met name psychofarmaca:

Nagler RM, Hershkovich O. Age-related changes in unstimulated salivary function and composition and its relations to medications and oral sensorial complaints. *Aging Clin Exp Res.* 2005; 17(5):358-66.

Nagler RM, Hershkovich O. Relationships between age, drugs, oral sensorial complaints and salivary profile. *Arch Oral Biol.* 2005;50(1):7-16.

Hershkovich O, Nagler RM. Biochemical analysis of saliva and taste acuity evaluation in patients with burning mouth syndrome, xerostomia and/or gustatory disturbances. *Arch Oral Biol.* 2004; 49(7):515-22.

Niedermeier W, Huber M, Fischer D, Beier K, Muller N, Schuler R, Brinninger A, Fartasch M, Diepgen T, Matthaeus C, Meyer C, Hector MP. Significance of saliva for the denture-wearing population. *Gerodontology.* 2000; 17(2):104-18.

Pajukoski H, Meurman JH, Halonen P, Sulkava R. Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outpatients in relation to saliva, medication, and systemic diseases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2001; 92(6):641-9.

Bergdahl J, Bergdahl M. Environmental illness: evaluation of salivary flow, symptoms, diseases, medications, and psychological factors. *Acta Odontol Scand.* 2001; 59(2):104-10.

Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med.* 1999; 28(8):350-4.

Bergdahl BJ, Anneroth G, Anneroth I. Clinical study of patients with burning mouth. *Scand J Dent Res.* 1994; 102(5):299-305.

Hakeberg M, Berggren U, Hagglin C, Ahlqvist M. Reported burning mouth symptoms among middle-aged and elderly women. *Eur J Oral Sci.* 1997;105(6):539-43.

Locker D. Subjective reports of oral dryness in an older adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993; 21(3):165-8.

s – Tong- en mondbranden in relatie tot candida

Brown RS, Farquharson AA, Sam FE, Reid E. A retrospective evaluation of 56 patients with oral burning and limited clinical findings. *Gen Dent.* 2006 ;54(4):267-71; quiz 272, 289-90.

Kadir T, Pisiriciler R, Akyuz S, Yarat A, Emekli N, Ipbuker A. Mycological and cytological examination of oral candidal carriage in diabetic patients and non-diabetic control subjects: thorough analysis of local aetiologic and systemic factors. *J Oral Rehabil.* 2002;29(5):452-7.

Fantasia JE. Diagnosis and treatment of common oral lesions found in the elderly. *Dent Clin North Am.* 1997;41(4):877-90. Review.

Tammiala-Salonen T, Hiidenkari T, Parvinen T. Burning mouth in a Finnish adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993;21(2):67-71.

t – Tong- en mondbranden in relatie tot herpes zoster

De Baat *Geriatrische tandheelkunde* (1999) vermeldt dat enkelzijdig branden van het tong- of mondslijmvlies een prodromaal symptoom kan zijn van herpes zoster.

Mondzorg op cliëntniveau

Steeds meer ouderen behouden hun natuurlijke gebit tot op hoge leeftijd.

Dit gebit kan op allerlei manieren zijn gerestaureerd of aangevuld met implantaten en gebitsprothesen. In sommige situaties kan de mondverzorging door deze restauraties, implantaten en gebitsprothesen gecompliceerd zijn.

Door veranderingen in leef- en eetgewoonten en door lichamelijke en geestelijke achteruitgang bestaat op hoge leeftijd een groter risico op de ontwikkeling van cariës, pulpitis, gingivitis, parodontitis, candidosis en al dan niet door een gebitsprothese of scherpe gebitselementen geïnduceerde slijmvliesafwijkingen. Bovendien komen er door het terugtrekken van de gingiva op hogere leeftijd tandvlakken met cariërisico bij.^a Cariës in het worteldeel van gebitselementen kan sneller leiden tot verlies van deze gebitselementen. De genoemde mondaandoeningen vormen een gezondheidsprobleem dat om structurele preventie en behandeling vraagt. Deze aandoeningen worden veroorzaakt door tandplaque, die dus dagelijks moet worden verwijderd. Verwijdering van plaque dient dagelijks te geschieden, omdat direct na reiniging van de mond wordt weer nieuwe plaque wordt gevormd.^b

2.1 Preventie

FREQUENTE MONDVERZORGING

Voedselresten bevorderen de vorming van plaque. Door na iedere maaltijd zo mogelijk een glas water te drinken, wordt een deel van voedselresten verwijderd, zodat de kans op plaquevorming kleiner is. Specifiek ter preventie van cariës moet het gebit minimaal een keer per 24 uur gepoetst worden met een fluoridehoudende tandpasta.^{c,d} De effectiviteit neemt toe wanneer twee- of driemaal daags gepoetst wordt. Bij zeer zorgvuldige gebitsreiniging volstaat een poetsfrequentie van eenmaal per 24 uur. Een tandenborstel kan niet adequaat de plaque tussen de gebitselementen verwijderen. Daarom moet bij voorkeur dagelijks maar tenminste eens per week de tandplaque interdentaal verwijderd worden. Dit kan met ragers, tandenstokers of flossdraad.

Interdentale reiniging vereist echter een motorische vaardigheid die lang niet alle cliënten (meer) hebben. Wanneer verzorgenden hierin training hebben gehad, kunnen zij deze taak uitvoeren. Voor reiniging van de tong kan een speciale tongschraper gebruikt worden.

Wanneer het niet (meer) mogelijk is de mond adequaat te reinigen, kan de tandarts of mondhygiënist het spoelen met chloorhexidine adviseren. Chloorhexidine mag echter nooit dienen ter vervanging van de 'normale' mondverzorging. Als ook spoelen niet (meer) mogelijk is, dient chloorhexidine regelmatig op een alternatieve wijze te worden

geapliceerd, bijvoorbeeld gedrenkt in gaasjes of met andere hulpmiddelen.

Spoelen met natriumfluoride verhardt het glazuur en dentine van de gebitselementen. Dat maakt het een geschikt middel voor mensen met een hoog cariërisico.^{c,d} Volledige en partiële gebitsprothesen kunnen buiten de mond met een speciale protheseborstel en vloeibare zeep worden gereinigd. Niet vergeten mag worden de (edentate) orale slijmvliesen met een zachte tandenborstel te reinigen.

SYSTEMATISCHE MONDVERZORGING

Er zijn aanwijzingen dat een systematisch georganiseerde mondverzorging leidt tot een significante verbetering van de mondgezondheid.^{e,f}

Schema systematische mondverzorging

Algemeen	
Voedselresten Na de maaltijd zo mogelijk een glas water drinken, opdat voedselresten weggespoeld worden.	
Dentate cliënten	Edentate cliënten
Reiniging gebitselementen, gingiva en orale slijmvliezen Gebitselementen en gingiva tweemaal daags poetsen met fluoridehoudende tandpasta. Indien tweemaal daags niet haalbaar is, dan eenmaal daags zeer grondig. De borstel zo plaatsen dat de overgang van tand naar tandvlees goed wordt gepoetst. Eenmaal daags (interdentale) reiniging van de ruimtes tussen gebitselementen en gingiva met behulp van ragers of tandenstokers of flossdraad. Ook de overige orale slijmvliezen (palatum) schoonborstelen.	Onderhoud gebitsprothese Gebitsprothese tweemaal daags schoonmaken met tandenborstel, water en vloeibare zeep. 's Nachts de gebitsprothese droog in schoon, open en gelabeld gebitsprothesebakje bewaren. N.B. markeer de gebitsprothese, zodat duidelijk is van wie die is. Gebitsprothese 's ochtends afspoelen en vochtig in de mond (laten) plaatsen.
Onderhoud implantaten De implantaten en de peri-implantaire weefsels poetsen met een tandenborstel. Op voorschrift van tandarts of mondhygiënist chloorhexidinegel rondom de implantaten aanbrengen of sprayen met een chloorhexidine-oplossing.	Onderhoud implantaten De implantaten tweemaal daags rondom poetsen met een tandenborstel met tandpasta. Op voorschrift van tandarts of mondhygiënist: eenmaal daags chloorhexidinegel rondom het implantaat aanbrengen en gebitsprothese eroverheen doen. Alternatief: sprayen met een chloorhexidine-oplossing.
Tong reinigen Op voorschrift van de tandarts of mondhygiënist de tong van zover mogelijk achteraan naar voren toe reinigen met een speciale tongschraper.	Tong reinigen Op voorschrift van de tandarts of mondhygiënist de tong van zover mogelijk achteraan naar voren toe reinigen met een speciale tongschraper.
Wanneer goed tandenpoetsen niet (meer) mogelijk is. Wanneer goed tandenpoetsen niet (meer) mogelijk is, cliënt op voorschrift van de tandarts of mondhygiënist laten spoelen met 0,12% chloorhexidine. Als ook dat niet (meer) lukt, chloorhexidinegel of chloorhexidine gedrenkt in bijvoorbeeld gaasjes appliceren. Cliënten met een hoog cariërisico in overleg met de tandarts of mondhygiënist wekelijks laten spoelen met 0.1% fluorideoplossing of dagelijks met 0,025% fluoride-oplossing.	Reiniging mondholte Met zachte tandenborstel, vochtige gazen of ander hulpmiddel alle orale slijmvliezen reinigen, met speciale aandacht voor het palatum.
Ondersteunende maatregelen bij hyposalie Tweemaal daags tandvlees, gehemelte, mondbodem, slijmvliezen en zo mogelijk tong reinigen en bevochtigen. Dit kan gebeuren met zachte tandenborstel, of vochtige gazen gewikkeld om vinger, of dentaswabs.	

Inzet middelen

ELEKTRISCHE TANDENBORSTEL VERSUS DE HAND-TANDENBORSTEL

Uitgebreid onderzoek is verricht naar de effectiviteit van de elektrische tandenborstel.⁸ Daaruit blijkt dat de elektrische tandenborstel met oscillerende roterende beweging beter plaque verwijdert dan de handtandenborstel. De elektrische borstel werkt prima maar is niet altijd geschikt voor de doelgroep van deze richtlijn omdat bijvoorbeeld de trilling en het geluid beangstigend kunnen werken.

FLUORIDE

Het fluoride-basisadvies beveelt aan dat volwassenen met veel nieuwe cariës een keer per week spoelen met een 0,1% fluorideoplossing of dagelijks met een oplossing van 0,025-0,01%.

Een alternatief voor het spoelen is de wekelijkse applicatie van een fluoridegel 0,4%. De gel wordt 's avonds voor het slapen met een tandenborstel aangebracht.

Bij cliënten met slikproblemen, een neussonde of minder coöperatief gedrag, kan dit een uitkomst bieden.^c

CHLOORHEXIDINE

Chloorhexidine heeft een anti-bacteriële werking en werkt preventief bij bacteriële aandoeningen als gingivitis.

Cliënten bij wie het niet mogelijk is om de tanden te poetsen, kunnen eenmaal daags spoelen met chloorhexidine 0,12%.^h

Alternatieven: chloorhexidinespray 0,2% of chloorhexidinegel 1% of 0,5%.

Chloorhexidine kan echter vervelende bijverschijnselen hebben, zoals een donkere aanslag op de gebitselementen, laesies van het mondslijmvlies, een vieze smaak en verlies van smaaksensatie. Het gebruik van chloorhexidine vraagt specifieke bekwaamheden en dus bijzondere scholing voor verzorgenden.

Bij cliënten met een hoog cariërisico kan een wekelijkse spoeling met chloorhexidine 0,12% een aanvulling zijn op andere maatregelen, zoals het gebruik van natriumfluoride.^{d,i}

Wanneer dit niet lukt, bijvoorbeeld vanwege slikproblemen, zijn er twee alternatieven: in chloorhexidine gedrenkte gazen, of gel.

LAK MET NATRIUMFLUORIDE EN/OF CHLOORHEXIDINE

Actieve cariës wordt bij voorkeur behandeld door de verwijdering van het carieuze weefsel en het aanbrengen van een restauratie. Wanneer dit niet mogelijk is, kan de tandarts of mondhygiënist een lak aanbrengen op reeds bestaande laesie. Deze lak bevat fluoride en/of chloorhexidine en remt de voortgang van de cariës.ⁱ

2.2 Frequent voorkomende aandoeningen en hun interventies

CARIËS, TANDSTEEN, GINGIVITIS, PARODONTITIS EN CANDIDOSIS

Frequente en vooral adequate mondverzorging verkleint het risico op mondaandoeningen als cariës, tandsteen, gingivitis, parodontitis en candidosis. Wanneer deze aandoeningen zich toch bij een cliënt manifesteren, is professionele mondzorg nodig om dergelijke aandoeningen te bestrijden.^{f,j,k,l} Dit kan door aanpassing van het individuele mondzorgplan van de cliënt.

HYPOSIALIE EN XEROSTOMIE

Onvoldoende speekselsecretie leidt tot een verandering in de samenstelling van de orale microflora, hetgeen bij dentate individuen primair tot cariës of parodontale aandoeningen kan leiden. Dit wordt bestreden door goede mondverzorging en frequente fluoride-applicatie. Bij edentaten kan het leiden tot candidosis en verminderde houvast van de gebitsprothese.^m

Bij klachten over een droge mond (xerostomie) en bij een objectief waarneembaar tekort aan speeksel is altijd professionele mondzorg door een tandarts nodig. De tandarts kan in overleg met de verantwoordelijke verpleeghuisarts onderzoek doen naar de oorzaak en, indien mogelijk, een interventie aanbevelen.

ZWELLING EN HYPERPLASIE VAN DE GINGIVA

Goede mondverzorging vermindert zwelling en hyperplasie van de gingiva, ook wanneer die wordt veroorzaakt door medicijngebruik. Echter, de hyperplasie verdwijnt pas volledig wanneer de medicatie gestopt is. Bij permanente medicatie is het soms noodzakelijk om het hyperplastische gingivaweefsel chirurgisch te verwijderen. Dit komt in de praktijk echter weinig voor.

2.3 Bij weigering van mondzorg

WEIGERING DOOR EEN WILSBEKWAME CLIËNTⁿ

Indien een wilsbekwame cliënt de mondzorg weigert kan door een gesprek in vertrouwde omgeving achterhaald worden waar de weerstand tegen de behandeling ligt. Zaak is om de cliënt de ruimte te bieden om zich uit te drukken, ook als dit veel moeite en tijd kost. Wanneer een vertrouwensband bestaat tussen behandelaar en cliënt, en de behandelaar vervolgens een goede uitleg over de behandeling geeft, is de cliënt in staat een weloverwogen keuze te maken.

In samenspraak met de verpleeghuisarts kan ondersteunende sederende of anxiolytische medicatie ingezet worden. Blijft de cliënt toch mondzorg weigeren dan dient dit te worden gerespecteerd. De beslissing en de onderliggende overwegingen worden vastgelegd in het zorgdossier. Dit kan altijd in een later stadium nogmaals met de cliënt besproken worden.

WEIGERING DOOR EEN WILSONBEKWAME CLIËNTⁿ

Indien een wilsonbekwame cliënt de mondzorg weigert dient allereerst contact gelegd worden. Daarbij kan de aanwezigheid van een voor de cliënt vertrouwd persoon helpen. Bovendien is de toestemming van de cliënt-vertegenwoordiger voor behandeling vereist.

Wijzen de cliënt en diens vertegenwoordiger de behandeling af, dan wordt dit gerespecteerd. Alvorens hiertoe besloten wordt, moeten de verschillende overwegingen duidelijk en uitvoerig besproken worden in een gesprek tussen enerzijds behandelaar, anderzijds de cliënt en diens vertegenwoordiger. De beslissing en de onderliggende overwegingen worden vastgelegd in het zorgdossier. Verder bestaat de mogelijkheid dat de vertegenwoordiger toestemming tot behandeling geeft, terwijl de cliënt het daar niet mee eens is. Doorgaans gebeurt dit wanneer de gevolgen van niet-behandelen ernstig zijn, maar de cliënt niet in staat is zich een voorstelling van deze gevolgen te maken. In dat geval is het besluit van de cliëntvertegenwoordiger bepalend voor de verdere handelwijze.

2.4 Cliënten in vegetatieve toestand °

Doordat weinig mondactiviteiten plaatsvinden bij cliënten in vegetatieve toestand verminderen de natuurlijke reinigingsprocessen in de mondholte, zoals de speekselsecretie. Dit verhoogt de kans op monddroogheid, tandsteenvorming, halitose en aspiratiepneumonie. Goede mondverzorging kan dit tegengaan. Daarom is het belangrijk om de mond te verzorgen, ook al is dit een gecompliceerd proces.

Schema mondverzorging bij cliënt in vegetatieve toestand

Houding cliënt bij mondverzorging

Zorg dat het hoofd van de cliënt zijwaarts ligt. Als de mond moeilijk open blijft, kunnen tussen de kaakwallen of gebits-elementen enkele spatels geplaatst worden.

Gebitsprothesen

De vegetatieve cliënt mag geen gebitsprothese dragen.

Reiniging

Gebits-elementen poetsen met fluoridehoudende tandpasta. Interdentale reiniging met ragers, tandenstokers of flossdraad. Ook de overige orale slijmvliezen (palatum) voorzichtig schoonborstelen. Als deze reiniging niet mogelijk is de mond reinigen met water en/of in NaCl 0,9% gedrenkte gazen of andere hulpmiddelen. Na de reiniging de mond met een zuiginstallatie leegzuigen om overtollig vocht te verwijderen. Daarna de lippen insmeren met vaseline.

Tandenknarsen en -persen

Cliënten in vegetatieve toestand hebben een verhoogde kans op beschadiging van de gebits-elementen door tandenknarsen en -persen. Op indicatie van de tandarts kan een spalk toegepast worden.

Spasmen

Wanneer de cliënt mondspasmen heeft, bij de mondreiniging gebruik maken van een hulpmiddel om de mond open te houden zodat alle plaatsen in de mond bereikt kunnen worden. Op advies van de tandarts of mondhygiënist kunnen hulpmiddelen gebruikt worden.

2.5 Cliënten in de terminale fase P

ALGEMEEN

In de terminale fase is de zorgverlening erop gericht dat de cliënt zijn leven in alle waardigheid en eigenheid binnen de kring van zijn dierbaren kan voltooien.

Ook de mondzorg in de terminale fase is gebaseerd op de algemene doelstellingen van de palliatieve zorgverlening. Centraal staan de verlichting van symptomen en het bestrijden van complicerende factoren. Dit vereist een probleemgerichte aanpak en goede voorlichting aan de cliënt en diens naasten. Daarbij zijn drie thema's essentieel: bestrijding van pijn, bestrijding van ongemak en het voorkomen van een slechte laatste herinnering bij familieleden (als gevolg van een pijnlijke en/of vieze mond).

PIJNBESTRIJDING

In de palliatieve benadering past het toepassen van tijdelijke restauraties, eenvoudige extracties en ontlasting van de door de gebitsprothese veroorzaakte slijmvliesafwijkingen. Pijnbestrijding met analgetica dient in overleg met de verpleeghuisarts plaats te vinden. Langdurig verblijf van medicijnen in de mond kan pijnlijke slijmvliesafwijkingen veroorzaken. Dit dient te worden gecontroleerd en voorkomen.

BESTRIJDING VAN ONGEMAK

Voor de bestrijding van de droge mond kan gebruik gemaakt worden van mondverfrissende middelen zoals ijslollies, spoelvloeistoffen of vochtige wattenstaven. Daarnaast is het van belang de mondholte regelmatig te reinigen, zoals beschreven is in het schema 'Mondverzorging bij cliënten in vegetatieve toestand'. Wanneer dat niet (meer) mogelijk is, kan gereinigd worden met in 0,12 % chloorhexidine gedrenkte hulpmiddelen. Daarna de lippen insmeren met vaseline.

HET VOORKOMEN VAN EEN SLECHTE LAATSTE HERINNERING

In de terminale fase dient aandacht besteed te worden aan het bestrijden van slechte adem. Tevens kan het dragen van een gebitsprothese in deze fase belastend zijn. Deze wordt dan ook vaak uitgenomen. Het is mogelijk dat de nabestaanden het op prijs stellen dat de gebitsprothese na overlijden teruggeplaatst wordt. Dit is een punt van overleg met de naasten van de cliënt, zodat aan hun beleving recht wordt gedaan.

2.6 Conclusies en aanbevelingen

CONCLUSIE 2.A.1

Wekelijks spoelen met een 0,1% fluorideoplossing of dagelijks met 0,025-0,01% werkt preventief bij volwassenen met veel nieuwe cariës.

– Fluoride Basis Advies 1998 (A)

Bewijsniveau 2

CONCLUSIE 2.A.2

Spoelen met 0,2% natriumfluoridevloeistof geeft betere cariëspreventie dan spoelen met 0,12% chloorhexidine.

– Wyatt 2004 (B)

Bewijsniveau 3

AANBEVELING 2.A

Laat cliënten met een plotselinge cariëstoename dagelijks spoelen met een fluorideoplossing van 0,025-0,01%, of wekelijks met een fluorideoplossing van 0,1%.

CONCLUSIE 2.B

Om bacteriële activiteit in de mond effectief te bestrijden is een 0,12% concentratie van chloorhexidine vereist. Lagere doseringen (0,05% en 0,025%) geven niet het gewenste resultaat.

– Clark 1994 (B)

Een eenmaal daagse spoeling met chloorhexidine 0,12% reduceert de plaquevorming even effectief als tweemaal daags.

– Persson 1991 (B)

Een eenmaal daagse applicatie van 0,2% chloorhexidinespray reduceert de plaquevorming even effectief als tweemaal daags.

– Clavero 2003 (A2)

Bewijsniveau 3

AANBEVELING 2.B

Bij cliënten bij wie goed tandenpoetsen niet (meer) mogelijk is, uitsluitend op voorschrift van de tandarts of mondhygiënist eenmaal daags spoelen met chloorhexidine 0,12% of eenmaal daags sprayen met 0,2% chloorhexidinespray

Als ook dat niet (meer) lukt: chloorhexidinegel of chloorhexidine gedrenkt in bijvoorbeeld gaasjes appliceren.

CONCLUSIE 2.C

De applicatie van 0,5% chloorhexidinegel reduceert interdentale gingivabloedingen.

– Pannuti 2003 (A2)

Bewijsniveau 3

AANBEVELING 2.C

Wanneer uitvoering van reguliere mondzorg onmogelijk is door fysieke en/of gedragsproblemen van de cliënt, kan uitsluitend op voorschrift van de tandarts of mondhygiënist de eenmaal daagse applicatie van 1% chloorhexidinegel of de tweemaal daagse applicatie van 0,5% chloorhexidinegel een aanvulling zijn in de preventie van gingivitis.

CONCLUSIE 2.D

Een combinatie van fluoride-applicatie met chloorhexidinelak brengt bestaande wortelcariës tot stilstand.

– Brailsford 2002 (D)

Bewijsniveau 4

AANBEVELING 2.D

Bij beginnende wortelcariës kan een tandheelkundig professional een lak van natriumfluoride en/of chloorhexidine aanbrenge. Waar mogelijk, dient uitsluitend op voorschrift van de tandarts of mondhygiënist de gebruikelijke behandeling van cariës voor een bepaalde tijd voortgezet te worden.

CONCLUSIE 2.E

De elektrische tandenborstel is een goed instrument tegen plaquevorming. Het verwijdert meer plaque dan een handtandenborstel.

– Carr 1997 (B), Day 1998 (B), Robinson 2005 (A1)

Bewijsniveau 2

AANBEVELING 2.E

Mits de cliënt een elektrische tandenborstel accepteert, kan het gebruik ervan substantieel bijdragen aan een goede mondgezondheid.

CONCLUSIE 2.F

**Er zijn aanwijzingen dat een systematisch mond-
zorgprogramma de mondgezondheid verbetert.**

– Sumi 2002 (B)

Bewijsniveau 3

AANBEVELING 2.F

**Verbeter de mondgezondheid door invoering van
systematische mondverzorging.**

**(zie schema paragraaf 2.1 systematische mond-
verzorging).**

CONCLUSIE 2.G

**Een preventief mondzorgprogramma vermindert de
kolonisatie van orale mucosa en gebitsprothesen door
candida.**

– Budtz-Jørgensen 2000 (B)

Bewijsniveau 3

AANBEVELING 2.G

**Reduceer de kolonisatie van candida op de orale
mucosa en gebitsprothesen door toepassing van
systematische mondverzorging.**

**(zie schema paragraaf 2.1 systematische mond-
verzorging).**

CONCLUSIE 2.H

**Door de gebitsprothese 's nachts droog te bewaren
neemt de kans op candida kolonisatie af.**

– Stafford et al. 1986 (C)

Bewijsniveau 3

AANBEVELING 2.H

Bewaar gebitsprothesen 's nachts droog.

CONCLUSIE 2.I

**Bij hyposalie wordt eerst getracht de oorzaken te
behandelen. Wanneer dit geen effect heeft, wordt
ter verbetering van het welbevinden van de cliënt de
speekselsecretie gestimuleerd of kunstspeeksel toe-
gediend. Ter bescherming van bestaande gebitse-
lementen moet frequent fluoride aangebracht worden.**

– Van Loveren 2000 (D)

Bewijsniveau 4

AANBEVELING 2.I

Handelwijze bij hyposalie:

- a. neem de oorzaken weg;**
- b. wanneer dit niet lukt: stimuleer speekselsecretie
bij intacte speekselklieren;**
- c. wanneer speekselklieren niet functioneren:
kunstspeeksel toedienen.**

2.7 Onderbouwning

a – Ouderdom als risicofactor voor mondaandoeningen

Van Loveren 1999. In: Baat de C., Kalk W. (1999). *Geriatrische tandheelkunde, problematiek van ouder worden en mondgezondheid*, Bohn Stafleu van Loghum, p. 165.

b – Relatie tandplaque en mondaandoeningen

Van Loveren 2000, p. 18, relatie tandplaque en mondaandoeningen: 'Omdat tandplaque de twee meest voorkomende ziekten in de mond, nl. cariës en parodontale ontstekingen, kan veroorzaken, zou volledige verwijdering van tandplaque essentieel zijn om beide aandoeningen te voorkomen.'

P. 4: 'Het zijn immers de ziekten die verreweg het meest frequent in de mond optreden- eigenlijk heeft iedereen wel ergens een lichte gingivitis en vrijwel iedereen heeft tandcariës of heeft het gehad- en die, wat betreft tandcariës en de meeste parodontale aandoeningen, een gemeenschappelijke oorzaak hebben. Deze oorzaak is de tandplaque: het witte beslag op de gebitselementen.'

c – Fluoride als preventie tegen cariës

Het fluoridebasisadvies en toelichting zijn in 1998 overeengekomen door de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde, Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist, Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg, Nationale Kruisverenigingen, Vereniging Directeuren Basisgezondheidsdiensten en het Ivoren Kruis. Bron: Van Loveren (2000). *Preventieve tandheelkunde*, p. 239.

Van Loveren 2000, h.16, p. 272: 'Dagelijks gebruik van 0,05% NaF-mondspoelmiddel gaf 16% minder wortelcariës en bevorderde de remineralisatie. Significant meer actieve laesies veranderden in inactieve laesies in een groep waarvan de deelnemers met NAF spoelden (1,5 laesie per persoon) dan in een controlegroep (1,1 laesie per persoon) of in een groep (1,0 laesie per persoon) die elk halfjaar een sterk geconcentreerde 1,23% APF-gelapplicatie kreeg (Wallace 1993).

Geen additioneel effect kon daarentegen worden aangetoond van dagelijks gebruik van een 0,05 NaF-spoelmiddel, als reeds gepoetst werd met een fluoridehoudende tandpasta en het water was gefluorideerd.'

Aanbeveling h.16, p. 276: 'Bij progressie van >3 nieuwe wortelcariëslaesies en als mondhygiëne-uitvoering onvoldoende is dagelijks spoelen met 0,05% NaF; om de drie maanden fluorideapplicatie op blootliggende worteloppervlakken'.

Wyatt (2004). Dubbelblind gerandomiseerde studie: lange-termijnvergelijking spoelen met natriumfluoride, chloorhexidine en placebo. 369 ouderen in een zorginstelling werden verdeeld in drie groepen. Gedurende twee jaar dagelijks spoelen met:

- groep A: 0,2% natriumfluoride;
- groep B: 0,12% chloorhexidine;
- groep C: placebo.

Zij werden bij start, na 1 jaar en na 2 jaar door de tandarts onderzocht op cariës. Bij de start van het onderzoek waren er geen significante verschillen tussen de drie groepen. Na twee jaar waren er nog 116 mensen over, gelijkmatig verdeeld over de drie groepen. Er werd 24% minder cariës bij de natriumfluoridegroep gevonden terwijl de chloorhexidinegroep en placebogroep een toename van 6% lieten zien.

Fure (1998). Dubbelblind gerandomiseerde studie: onderlinge vergelijking fluorideprogramma's bij geïnstitutionaliseerde ouderen met verhoogd cariërisico.

176 Personen werden verdeeld in vier groepen. Gedurende twee jaar:

- groep 1: tweemaal daags spoelen met 0,05% natriumfluoride;
- groep 2: tweemaal daags kauwtablet met natriumfluoride (0,75);
- groep 3: poetste driemaal daags met fluoride tandpasta, spuugde rest uit, maar spoelde niet na met water;
- groep 4: controlegroep, tandenpoetsen met fluoride tandpasta als gebruikelijk.

Twee weken na de start van het onderzoek werden de deelnemers geïnstrueerd in mondhygiëne. Dit werd gedurende twee jaar elke zes maanden herhaald. Gemeten werd bij start, na 1 en na 2 jaar.

Resultaat: het spoelen met natriumfluoride geeft een significante vermindering van nieuwe cariësontwikkeling.

- groep 1: 67% reductie;
- groep 2: 43 % reductie;
- groep 3: 25% reductie;
- groep 4: 16% reductie.

Significantie < 0,01. Ook het kauwen op een natriumfluoridetablaet vermindert de cariës, echter niet significant ten opzichte van de controlegroep.

d – Spoelen met chloorhexidine

Clark (1994). Dubbelblind gerandomiseerde studie: welke concentratie chloorhexidine geeft vermindering bacteriële activiteit. Dertig dentate personen ouder dan 75 jaar werden verdeeld in drie groepen. Gedurende 14 dagen:

- groep 1: phenoxyethanol 0,5% en 0,05% chloorhexidine;
- groep 2: 0,12% chloorhexidine;
- groep 3: phenoxyethanol 0,5% en 0,025% chloorhexidine.

Nulmeting: aanwezige streptococci en lactobacillen.

De reductie in streptococentelling in groep B was significant groter dan de reductie in groep A en C: spoelen met chloorhexidine 0,12% gaf een tienmaal beter resultaat dan spoelen met phenoxyethanol.

Bij de lactobacillen werden geen significante verschillen gevonden.

Conclusie onderzoek: spoelen met 0,12% chloorhexidine zonder phenoxyethanol geeft het beste resultaat.

e – Systematisch mondzorgprogramma

Sumi (2002). Ontwikkeling en test systematisch mondzorgprogramma bij 20 zorgafhankelijke ouderen. Dagelijks:

- 30 seconden tongreiniging met spatel;
- 2,5 minuut poetsen met elektrische tandenborstel en 0,4% fluoride tandpasta;
- 1 minuut spoelen met 0,25% povidon-jood oplossing.

Voor aanvang programma en na acht weken werden plaque en gingivitis gemeten:

- plaque: volgens Turesky modification of Quigley and Hein;
- gingivitis: de Loë-Silness index.

Voor beide werd een significante verbetering van de gezondheid aangetoond. Uitgangswaarden: 2,26 +/- 0,23. Na drie weken: 1,83 +/- 0,37 - P < 0,05.

Het gebruik van 0,25% povidon-jood oplossing is in Nederland niet meer in gebruik. Het is de vraag in hoeverre het systematisch mondzorgprogramma een succes was door de povidon-jood oplossing dan wel door het systematisch aanbieden van zorg.

f – Preventie gingivitis door tandenpoetsen

Lindhe (1993) h. 3, p. 68: 'Een goede mondhygiëne wordt sinds jaar en dag als een preventieve maatregel tegen tandheelkundige aandoeningen aanbevolen. Het uiteindelijke bewijs voor deze bewering werd geleverd door klinische onderzoekingen van Loë en anderen, waarbij gingivitis experimenteel werd opgewekt door het staken van alle vormen van mondhygiëne. Na hervatting van de mondhygiëne verdween de ontsteking van de gingiva binnen een week.'

Van Loveren 2000, h. 11, p. 162: 'Het nu klassieke experimentele gingivitismodel van Loë en medewerkers in 1965 heeft het oorzakelijke verband tussen tandplaque en gingivitis onomstotelijk aangetoond.'

g – Effectiviteit elektrische tandenborstel versus handtandenborstel

Robinson (2005). Systematische review. Kenmerk geselecteerde onderzoeken: na randomisatie vergelijking tussen elektrische en handtandenborstel bij dagelijks gebruik. 44 Studies met in totaal 3855 deelnemers. Bij de methodologische kwaliteit van de onderzoeken werd gelet op blindering. Twee onafhankelijke reviewers verzamelden gegevens uit de geselecteerde artikelen.

Deelnemers: alle leeftijden, geen handicaps.

Uitkomstmaten: tandplaque en gingivitis na vier weken dagelijks poetsen.

Resultaat: voor het verwijderen van plaque waren elektrische tandenborstels met oscillerende roterende beweging effectiever dan handtandenborstels, op korte maar niet op lange termijn (3 studies).

Voor het verminderen van gingivitis waren elektrische tandenborstels met oscillerende roterende beweging effectiever dan handtandenborstels, zowel op de korte als op de lange termijn (4 studies). Elektrische tandenborstels zonder oscillerende roterende beweging waren niet consistent beter dan de manuele tandenborstels.

Day (1998). 40 cliënten tussen de 40 en 90 jaar met een chronische zorgbehoefte en minimaal zestien eigen elementen. Cliënten met profylactische antibiotica voor tandheelkundige behandeling werden geëxcludeerd. Twee groepen, willekeurig verdeeld: elektrische tandenborstel of handtandenborstel.

De verzorgers kregen scholing in basale orale hygiëne, een schriftelijke poetsinstructie en een demonstratie. De gebitselementen werden tweemaal daags twee minuten gepoetst. De plaquescores werden bepaald bij het begin en na 2, 4 en 6 weken door de Silness and Loe Index. Uit het onderzoek bleek dat de elektrische tandenborstel effectiever was in het verwijderen van de plaque dan de handtandenborstel.

Carr (1997). Longitudinaal onderzoek 56 verstandelijk gehandicapten tussen de 25 en 64 jaar. Twee groepen, willekeurig verdeeld: elektrische tandenborstel of handtandenborstel. Verdere onderverdeling in groep die zelfstandig poetst en groep bij wie de mondverzorging door een derde wordt uitgevoerd.

Voor elke onderzochte persoon werd door een mondhygiënist een individuele poetsinstructie gegeven. Metingen werden verricht op de baseline, na 3, 6, 9 en 12 maanden door de Silness and Loe Index. Elke deelnemer aan het onderzoek werd na het poetsen beoordeeld door een mondhygiënist, die niet wist in welke groep de deelnemer participeerde.

Resultaten: zelfstandig poetsen geeft de meeste reductie van tandplaque. De elektrische tandenborstel verwijdert meer plaque dan de handtandenborstel.

h – Chloorhexidinespray en chloorhexidine 0,12%

Clavero (2003). Chloorhexidinespray eenmaal of tweemaal daags? Zestien verpleeghuisbewoners ouder dan 65 jaar met minimaal 6 elementen, geen ernstige ziekte, geen antibiotica 4 weken voorafgaand aan het onderzoek. Verdeling in 3 groepen. Gedurende 30 dagen:

- groep 1: eenmaal dagse applicatie 0,2% chloorhexidinespray;
- groep 2: tweemaal dagse applicatie 0,2% chloorhexidinespray.

Na een rustperiode van 42 dagen werden de groepen gewisseld. De plaque-index en de gingival index werden aan het begin en eind van elke periode gemeten. Het gebruik van chloorhexidinespray eenmaal daags was even effectief als tweemaal daags.

Persson (1991). Chloorhexidine 0,12% wekelijks of dagelijks? Onderzoeksgroep: 42 personen tussen 61 en 98 jaar (gem. 84 jaar), met minimaal zes elementen. Willekeurige verdeling in twee groepen. Gedurende 12 weken:

- groep 1: dagelijkse spoeling chloorhexidine 0,12%;
- groep 2: wekelijkse spoeling chloorhexidine 0,12%.

Meetmomenten: base-line, na zes weken en zes weken na het stoppen met spoelen. In het speeksel werd de concentratie van S. Mutans, Lactobacillus en C. Albicans gemeten. Na 6 weken spoelen werd in beide groepen een

significante vermindering van de *S. Mutans* gezien. De concentratie van de *Lactobacillus* en *C. Albicans* was eveneens minder, maar niet significant. Er werd geen verschil gevonden tussen eenmaal daagse of wekelijkse spoeling met chloorhexidine.

i – Fluorideapplicatie en chloorhexidinelak

Brailsford (2002). Dubbelblind gerandomiseerde studie: vergelijking fluoride-applicatie en chloorhexidinelak met placebo. 102 Geinstitutionaliseerde ouderen verdeeld in twee groepen. Gedurende twaalf maanden:

- groep 1: fluoride-applicatie en chloorhexidinelak op wortelcariës, vijf maal aangebracht door mondhygiëniste;
- groep 2: placebo.

Resultaat: aanbrengen fluoride-applicatie met een chloorhexidinelak bracht de voortgang van wortelcariës tot staan. Placebolak had geen effect.

Wisse (2003) In J. van Everdingen. Medisch Handboek, p. 608 t/m 611.

j – Preventie gingivitis door spoelen met chloorhexidine

Lindhe (1993) h. 15, p. 330: 'Een kortdurend experiment van Loë en Schiöt liet zien dat een applicatie met chloorhexidine digluconaat geschikt was voor een succesvolle plaquebeheersing.'

Van Loveren (2000) h. 14, p. 243: 'Chloorhexidine is het meest effectieve antimicrobiële middel dat kan worden toegepast als aanvulling op mechanische plaqueverwijdering. (...) In veel onderzoeken is reductie van de hoeveelheid tandplaque, gingivitis of stomatitis na een chloorhexidinebehandeling aangetoond.'

Panutti (2003). Dubbelblind onderzoek bij 43 geïnstitutionaliseerde verstandelijk gehandicapten. De mechanische verwijdering van plaque verloopt moeizaam bij deze groep. Is het gebruik van antimicrobiële stoffen ter voorkoming van gingivitis een alternatief?

Gedurende acht weken werd tweemaal daags chloorhexidinegel 0,5% of placebogel aangebracht. Voorafgaand aan de behandeling werd bij alle cliënten de plaque en tandsteen verwijderd. Na acht weken werd de bloedingsindex van pocket kleiner dan 6 mm gemeten. Er werd een afname van 22,4% plaque gemeten bij de behandelde groep en een toename van 6,1% bloedingsindex bij de controlegroep.

k – Mondzorgprogramma ter preventie van candidosis

Budtz-Jørgensen (2000). Onderzoek naar effectiviteit preventief mondzorgprogramma op de prevalentie orale candidosis. Willekeurige verdeling van 237 verzwakte of afhankelijke ouderen in een zorginstelling. Ouderen met cognitieve beperkingen zijn uitgesloten. Beide groepen krijgen een tandenborstel en fluoridehoudende tandpasta:

- groep 1: preventief programma met instructie en professionele reiniging;
- groep 2: controlegroep.

Beschrijving preventief programma:

- behandeladvies bij aanvang studie;

- halfjaarlijkse verwijdering tandsteen en plaque door mondhygiënist;
- jaarlijkse reiniging volledige gebitsprothese door mondhygiënist;
- voorlichting aan verzorgenden: interactieve lezing met diapresentatie gevolgd door een instructie van het tandenpoetsen bij zorgafhankelijke cliënten. De verzorgenden kregen informatie over de etiologie van cariës, parodontale ziektes, laesies ontstaan door gebitsprothese, en de basisprincipes van prothesegewoontes.

Zowel aan het begin als na 18 maanden werd een kweek afgenomen van tong, lippen, wang en palatum, waarbij gekeken werd naar *Candida albicans*, *Candida glabrata*, *Candida krusei* en *Candida tropicalis*. Na 18 maanden bleek de groep met het preventieve mondzorgprogramma minder candidakolonisatie te hebben dan de controlegroep: (8,3 versus 1%, $p = 0,007$).

l – Het droog bewaren van de gebitsprothese

Stafford (1986). Vergelijkende studie van de volgende onderzoeken:

- Cahn: *Candida albicans* is wellicht verantwoordelijk voor prothese-stomatitis;
- Lyon, Chick, Cawson, Davenport, Turell, Budtz Jørgensen: bij onderzoek blijkt dat het gehemelte en de gebitsprothese van patiënten met een stomatitis meer *Candida* hebben dan de controlegroep;
- Fisher: onvoldoende gebitsprothesereiniging heeft stomatitis tot gevolg;
- Budtz-Jørgensen: *Candida* komt veel voor in de plak op de gebitsprothese.

Op basis van de bovenstaande resultaten ging Stafford na of *Candida* afneemt bij het droog bewaren van de gebitsprothese bij 19 edentaten. De linkerzijde van de gebitsprothese werd gedurende 8 uur droog bewaard op kamertemperatuur. De rechterzijde werd als gebruikelijk behandeld. Na afloop bleek dat er veel minder *Candida* werd aangetroffen op de linkerhelften van de gebitsprothesen.

m – Fluoride bij hyposialie

Van Loveren (2000). H. 7 Speeksel, p. 84: Bij extreme hyposialie worden speekselstimulantia geadviseerd, twee dagelijkse fluoride-applicaties, antibacteriële spoelmiddelen en frequente professionele reiniging en verzorging. Voor de fluoride-applicatie kan het beste neutral fluoridegel (NaFl) of vloeistof gebruikt worden.

n – Weigering mondzorg door cliënt en/of cliënt-vertegenwoordiger

Communicatie over de redenen voor de behandeling: Zie de NVVA richtlijn Probleemgedrag, p. 3 - 6. Paragraaf 1.3 definitie probleemgedrag; h. 2 Richtlijnen diagnostiek, 2.1. probleembeschrijving en -verheldering, 2.2 aanvullend onderzoek en 2.3 oorzaken van het probleemgedrag.

Weigering door een wilsbekwame cliënt: WGBO, artikel 7:450 lid 1 BW: 'Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is telkens de toestemming van de patiënt vereist.'

Weigering door een vertegenwoordiger van een wils- onbekwame cliënt: 'De hulpverlener volgt de beslissing van de vertegenwoordiger, tenzij dat strijdig zou zijn met de 'zorg van een goed hulpverlener'. (WGBO: artikel 7:465 lid 4 BW).

Het gaat hier niet alleen om de bevoegdheid van het oordeel van de vertegenwoordiger af te wijken; in sommige gevallen zal dat zelfs vallen onder de professionele verantwoordelijkheid. Kortom: als er strijdigheid is met de zorg van een goed hulpverlener, kan de hulpverlener de weigering van de vertegenwoordiger naast zich neerleggen. Dit is bijvoorbeeld het geval als de weigering duidelijk ernstige schade voor de cliënt tot gevolg zal hebben.

Ook als de vertegenwoordiger behandelingen vraagt van de hulpverlener die medisch zinloos zijn of strijdig met de professionele standaard, mag de hulpverlener dit verzoek naast zich neerleggen.

Bron: Implementatieprogramma WGBO, Van wet naar praktijk, Implementatie van de WGBO, Deel 2 Informatie en toestemming, Utrecht, KNMG 2004, p. 104, ook te raadplegen via www.knmg.nl/wgbo onder Modelrichtlijn wils- onbekwamen.

o – Cliënten in vegetatieve toestand

De Lugt-Lustig, Volmondige zorg (1998). h. 4 Mondzorg voor zieken – punt 10, de comateuze zorgvrager, p. 115 – 116.

p – Terminale cliënten

De Baat, Geriatrische tandheelkunde (1999). Hoofdstuk Terminale mondzorg, Zorgverlening aan hulpbehoevenden, paragraaf 20.5, Tandheelkundige zorgverlening aan terminale patiënten, p. 279 t/m 281.

Mondzorg binnen de zorgstructuur

3.1 Het perspectief van de zorgaanbieder

Op basis van hun AWBZ-indicatie hebben cliënten van zorginstellingen recht op goede zorg. Dit geldt ook voor mondzorg. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder dat deze zorg beschikbaar is voor de cliënten. Hieronder verstaat de Kwaliteitswet Zorginstellingen zorg die doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en afgestemd is op de reële behoeften van de cliënt. Een goed mondzorgbeleid is erop gericht dat alle cliënten van de instelling (professionele) mondzorg op maat krijgen. Conform de Normen voor Verantwoorde Zorg a dient de instelling dit beleid te expliciteren en schriftelijk vast te leggen.

Relevant is dat de instelling een behandelovereenkomst met een tandarts sluit. In de overeenkomst is vastgelegd dat de tandarts binnen zes weken na opname, of zoveel eerder als nodig is, het orofaciale systeem van cliënten inventariseert en een mondzorgplan (als onderdeel van het integrale zorgplan) opstelt.

Cliënten zijn niet verplicht de desbetreffende tandarts als behandelaar te accepteren. Indien cliënten ervoor kiezen zich door een andere tandarts te laten behandelen, is het van belang dat de verleende professionele mondzorg wordt geregistreerd in het zorgdossier.

DE WERKRUIMTE VOOR PROFESSIONELE MONDZORG BINNEN DE INSTELLING

Van belang is dat binnen de instelling een ruime en toegankelijke werkruimte beschikbaar is voor professionele mondzorg, voorzien van de benodigde apparatuur en het benodigde instrumentarium.^b

Een voorbeeld van een elementaire werkruimte voor tandartsen is de mobiele unit van de Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam (SIGRA) (zie ook bijlage 2c van deze richtlijn) welke voldoet aan deze eisen.

3.2 Het perspectief van de zorgverlener

Pijn en afwijkingen in de mond hebben direct effect op het welbevinden van de cliënt, bijvoorbeeld doordat deze de eetlust en voedselinname negatief beïnvloeden. Daarom is de mondgezondheid een permanent punt van aandacht voor het zorgteam. Om dit te bereiken, wordt de mondzorg ingebed in de reeds bestaande zorgstructuur.

MONDZORG ALS ONDERDEEL VAN HET ZORGPLAN

Mondzorg is onderdeel van het zorgplan. Bij het opstellen van het zorgplan is het dus van belang ook een beleid voor de mondzorg te formuleren. In een cyclisch proces worden de resultaten van het beleid steeds geëvalueerd, waarop bijstelling van het beleid volgt.

MONDZORG IN HET MULTIDISCIPLINAIR OVERLEG

De mondgezondheid van de cliënt komt als vast thema in het multidisciplinair overleg (MDO) aan de orde. Aan dit overleg nemen, naast de overige participanten, ook de professionele mondzorgverleners deel. Wie dat zijn, verschilt per organisatie, maar daarbij kan gedacht worden aan: de tandarts en/of de mondhygiënist.

Essentieel is dat het onderwerp mondzorg binnen alle geledingen van het zorgteam regelmatig besproken wordt. Het MDO is hiervoor het middel bij uitstek.

MONDZORG IN HET ZORGDOSSEIER

Raadzaam is om in het zorgdossier bevindingen en adviezen over de mondzorg op een vaste plaats te registreren. Dit onderdeel bevat beschrijvingen van de mondgezondheid van de cliënt, de mondzorginterventies en hun resultaten. Het startpunt is de inventarisatie van de mondgezondheid bij opname van de cliënt. De professionele mondzorginterventies worden eveneens in het zorgdossier geregistreerd.

Om te garanderen dat dit onderdeel de actuele stand van zaken steeds goed weergeeft, dient het dossier eenvoudig van opzet te zijn. Dan kunnen alle leden van het zorgteam direct de informatie vinden die vanuit het oogpunt van hun specifieke deskundigheid van belang is. Bovendien is helder voor hen hoe en waar zij zelf efficiënt verslag kunnen doen in het dossier.

Veruit de meest doelmatige manier om dit te bewerkstelligen, is het gebruik van een elektronisch dossier, dat bovendien vanuit verschillende locaties direct toegankelijk is. Daar waar een elektronisch dossier niet realiseerbaar is, is voor de mondzorg een efficiënt en doelgericht papieren onderdeel vereist. Dit bevat een communicatieblad waarmee de betrokken leden van het zorgteam hun interventies op elkaar af kunnen stemmen.

3.3 De taken en verantwoordelijkheden van de betrokken zorgverleners

Verzorgende en/of verpleegkundige

DAGELIJKSE MONDVERZORGING

De verzorgende en/of verpleegkundige draagt zorg voor een adequate uitvoering van de mondverzorging bij de cliënt, aan de hand van het mondzorgplan zoals vastgelegd in het zorgdossier.

SIGNALEREN EN RAPPORTEREN WIJZIGINGEN MONDGEZONDHEID

Mondaandoeningen die de mondgezondheid (die is beschreven in het zorgdossier) bedreigen worden binnen 24 uur gesignaleerd. De verzorgende en/of verpleegkundige heeft het meest frequent contact met de cliënt en merkt veranderingen vaak als eerste op. Zij maakt een globale inschatting van de problemen of klachten. De verzorgende en/of verpleegkundige signaleert en rapporteert problemen of klachten aan de coördinerend zorgverlener mondzorg. Samen bekijken zij of algemene preventieve maatregelen volstaan, of dat andere interventies vereist zijn.

Coördinerend zorgverlener mondzorg

De coördinerend zorgverlener mondzorg is het eerste aanspreekpunt voor verzorgenden en verpleegkundigen die het meest frequent contact met de cliënten hebben. Bij gerapporteerde problemen of klachten over de mondgezondheid beoordeelt de coördinerend zorgverlener mondzorg of de in het mondzorgplan beschreven mondzorg volstaat of dat de hulp van een professionele mondzorgverlener moet worden ingeroepen.

De coördinerend zorgverlener mondzorg geeft aan de verzorgenden en verpleegkundigen gevraagd en ongevraagd adviezen en instructies over de mondverzorging in het algemeen of over de mondverzorging van individuele cliënten.

De coördinerend zorgverlener mondzorg heeft de volgende taken:

COÖRDINATIE UITVOERING MONDZORGPLAN

Wanneer interventies vereist zijn die afwijken van de reguliere mondverzorging, coördineert de coördinerend zorgverlener mondzorg de samenwerking tussen de betrokken leden van het zorgteam. Ze kan zelfstandig de mondhygiënist of tandarts consulteren.

Coachen en begeleiden verzorgenden en verpleegkundigen. De coördinerend zorgverlener mondzorg begeleidt de verzorgenden en verpleegkundigen in de mondverzorging en ziet erop toe dat de verzorgenden en verpleegkundigen

regelmatig geschoold worden, bijvoorbeeld door klinische lessen en vaardigheidstrainingen. Dit gebeurt bij voorkeur jaarlijks, maar ten minste eens per anderhalf jaar (zie ook hoofdstuk 4: Scholing van zorgverleners). Haar initiatieven stimuleren de verzorgenden en verpleegkundigen om zich optimaal in te zetten voor goede mondzorg.

CONSENSUS, MANDAAT EN MIDDELEN

Om de hierboven beschreven taken goed uit te voeren, dient aan de volgende voorwaarden te zijn voldaan:

- er is consensus binnen de organisatie over de wijze waarop de coördinatie van de mondzorg gebeurt;
- de coördinerend zorgverlener mondzorg krijgt mandaat en middelen om haar taken uit te voeren.

Een mogelijkheid om de kwaliteit en samenhang te bewaken, is het aanstellen van verzorgenden of verpleegkundigen die de mondzorg als aandachtsveld hebben. Uit de proefimplementatie bleek dat deze aanpak effectief kan zijn (zie ook bijlage 4: Samenvatting van proefimplementatie).

Verpleeghuisarts

MEDISCHE INVENTARISATIE CLIËNT

Mede op basis van het medisch lichamelijk en geestelijk onderzoek formuleert de verpleeghuisarts een medisch zorgplan voor de cliënt. In dit onderzoek maakt de verpleeghuisarts ook een inschatting van de mondgezondheid.

Bij de geringste twijfel of onduidelijkheid over klachten of mogelijke acute problemen schakelt zij een professionele mondzorgverlener in, de mondhygiënist of de tandarts. Bij de uitvoering van deze taak neemt de verpleeghuisarts in overweging of ze hierbij gebruik maakt van de inventarisatie van de mondgezondheid door de coördinerend zorgverlener mondzorg (zie ook bijlage 2b: Bepaling vereiste mondzorg door coördinerend zorgverlener mondzorg).

De keuze wordt bepaald door de volgende factoren:

- de beperking van de belasting voor de cliënt, door niet meer mondonderzoek uit te voeren dan noodzakelijk is;
- de aard van de mondaandoeningen in relatie tot de algehele conditie, overige diagnoses en ziekteprognose van de cliënt.

SAMENHANG MONDAANDOENINGEN EN ANDERE ZIEKTEN

Bij het opstellen van het medisch zorgplan maakt de verpleeghuisarts een inschatting van de wederzijdse beïnvloeding van enerzijds de medische aandoeningen en anderzijds de door haar gesignaleerde mondaandoeningen.

Wanneer sprake lijkt van enige samenhang, wordt dit besproken met de professionele mondzorgverleners en daarna vastgelegd in het zorgdossier. Daarnaast komt dit thema binnen het MDO aan bod.

WEGING PROFESSIONELE MONDZORG

Er zijn cliënten, bijvoorbeeld mensen in de laatste levensfase, voor wie alleen palliatieve mondzorg zinvol is. In een overleg tussen de tandarts en de verpleeghuisarts wordt bepaald welk type mondzorg voor de cliënt het meest doelmatig is. Ook komt dit thema binnen het MDO aan bod.

De mondhygiënist

ADVIES MONDVERZORGING EN PROFESSIONELE MONDZORG

De mondhygiënist onderzoekt de mond, geeft advies over mondverzorging en voert, in overeenstemming met het mondzorgplan van iedere individuele cliënt, professionele mondzorg uit.

Daarnaast geeft de mondhygiënist gevraagd en ongevraagd advies over de mondverzorging van een cliënt aan de coördinerend zorgverlener mondzorg.

PERIODIEKE CONTROLES

De mondhygiënist voert in overeenstemming met het mondzorgplan van iedere individuele cliënt periodieke controles uit.^c

BEVOEGDE BEHANDELINGEN

De behandelingen waarvoor de mondhygiënist bevoegd is, voert ze zelfstandig uit. Voor alle overige tandheelkundige behandelingen verwijst ze de cliënt naar de tandarts.

De tandarts

MONDZORGPLAN

Binnen zes weken na opname van een cliënt, of eerder als dit nodig is, stelt de tandarts een individueel mondzorgplan op.

Bij het opstellen van het mondzorgplan houdt de tandarts rekening met de volgende factoren:

- de relatie tussen de mondgezondheid van de cliënt en diens algehele gezondheidstoestand, zoals beschreven door de verpleeghuisarts en vastgelegd in het zorgplan.
- alle individuele omstandigheden van de cliënt. Enerzijds overlegt de tandarts hierover met de verpleeghuisarts en eventueel met de mondhygiënist. Anderzijds is dit een permanent punt van aandacht in de zorgrelatie tussen tandarts en cliënt. Voor de mondverzorging en alle professionele mondzorginterventies is de toestemming van de cliënt of diens vertegenwoordiger vereist.

In het mondzorgplan is duidelijk aangegeven welke zorgverlener welke onderdelen van de mondverzorging en de eventuele professionele mondzorg krijgt toebedeeld.

REGULIERE PERIODIEKE CONTROLE

Reguliere periodieke controles zijn onderdeel van het mondzorgplan. Het tijdstip, de frequentie hiervan en de professionele mondzorgverlener die dit uitvoert, staan in het mondzorgplan beschreven.

De tandprotheticus

De tandprotheticus kan voor een cliënt zelfstandig een gebitsprothese vervaardigen als dit door de tandarts in het mondzorgplan is aangegeven. Verder adviseert de tandprotheticus over de gebitsprothese en het gebruik ervan aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en de betrokken zorgverleners. Benodigde afwijkingen van het mondzorgplan worden altijd overlegd met de tandarts.

3.4 Het bewaken van samenhang en kwaliteit

Mondzorg vergt de inzet van verschillende leden van het zorgteam. Pas wanneer deze hun deskundigheid tijdig en onderling gecoördineerd inzetten, kan mondzorg van goede kwaliteit worden geleverd. Dit is een complex proces. De bewaking van samenhang en kwaliteit bij de uitvoering van het mondzorgbeleid is een cruciale voorwaarde voor het goede verloop ervan. Veel van de dagelijkse taken van de bewaking van de samenhang en kwaliteit van het mondzorgbeleid kunnen worden toebedeeld aan ten minste één lid van het zorgteam per afdeling of in de gehele instelling. In de richtlijn wordt deze zorgverlener benoemd als de coördinerend zorgverlener mondzorg. Welke zorgverlener deze taken uitvoert, hangt af van de structuur binnen de organisatie. Dit is bij voorkeur een professionele mondzorgverlener, zoals de mondhygiënist. Het is ook mogelijk dat deze activiteiten zijn toebedeeld aan een logopedist, dan wel een daartoe speciaal geschoolde verzorgende of verpleegkundige.

3.5 Inventarisatie van de mondgezondheid: geadviseerde aanpak

Doorgaans zijn de verzorgenden de professionals die als eerste met mondproblemen van de cliënt geconfronteerd worden. Zij dienen over een instrument te beschikken waarmee ze de mondgezondheid snel en doelgericht inventariseren. Daarnaast is het belangrijk, dat de coördinerend zorgverlener mondzorg, de verpleeghuisarts, de mondhygiënist en de tandarts efficiënt informatie verzamelen op basis waarvan zij behandelbesluiten nemen. Vanzelfsprekend komen deze besluiten steeds tot stand in samenspraak met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger. Bij het ontwikkelen van deze richtlijn bleek dat er geen instrument voor de inventarisatie van de mondgezondheid beschikbaar is dat aan de criteria van de werkgroep Mondzorg voldoet. De werkgroep adviseert om de navolgende aanpak te hanteren.

Overzichtsschema inventarisatie mondgezondheid

Binnen 24 uur na opname	<p>De verzorgende inventariseert de mondgezondheid en de zelfzorg van de cliënt en legt die vast in een observatieformulier dat aan het zorgdossier wordt toegevoegd.</p> <p><i>In bijlage 2a zijn voorbeeld observatieformulieren voor verzorgenden opgenomen.</i></p>
Binnen twee weken na opname, of zoveel eerder als nodig is	<p>De coördinerend zorgverlener mondzorg bepaalt de mondzorgbehoefte van de cliënt. Dit gebeurt op basis van het observatieformulier van de verzorgenden en de eigen bevindingen, die ze vastlegt in een observatieformulier dat aan het zorgdossier wordt toegevoegd.</p> <p><i>In bijlage 2b is een voorbeeld observatieformulier voor de coördinerend zorgverlener mondzorg opgenomen.</i></p>
Bij het opstellen van het mondzorgplan	<p>De verpleeghuisarts of coördinerend zorgverlener mondzorg beoordeelt de relatie tussen de mondgezondheid van de cliënt en de aandoeningen waarvoor de verpleeghuisarts de medische zorg biedt. Indien deze relatie bestaat, wordt dit vastgelegd in het mondzorgplan en besproken met de tandarts. Verder overlegt de verpleeghuisarts met de tandarts over de geschiktheid van de tandheelkundige interventies in relatie tot de wensen van de cliënt en de prognose van zijn aandoeningen.</p> <p><i>In bijlage 2b is een voorbeeld formulier voor overdracht van verpleeghuisarts naar tandarts opgenomen.</i></p>
Binnen zes weken na opname, of zoveel eerder als nodig is	<p>De tandarts inventariseert de mondgezondheid en stelt een mondzorgplan op. Belangrijke aspecten bij de opstelling van het mondzorgplan zijn: de wensen van de cliënt, de prognose van zijn aandoeningen, de relatie tussen de mondgezondheid en de aandoeningen waarvoor de verpleeghuisarts de medische zorg levert.</p>
Algemeen: zie ook hoofdstuk 9 samenvatting richtlijn: Processchema Mondzorg vanaf intake cliënt	

3.6 Conclusies en aanbevelingen

CONCLUSIE 3.A

Mondverzorging en professionele mondzorg behoeven integraal onderdeel te zijn van het zorgplan en het zorgdossier van de cliënt.

– Mening werkgroep (D)
Bewijsniveau 4

AANBEVELING 3.A

Laat mondverzorging en professionele mondzorg een integraal onderdeel vormen van het zorgplan en het zorgdossier van de cliënt. Als zodanig vormt het een vast onderdeel in het multidisciplinair overleg. De kwaliteit van de mondzorg wordt steeds geëvalueerd in een cyclisch proces.

CONCLUSIE 3.B

Bij het ontwikkelen van deze richtlijn bleek dat geen instrument voor de inventarisatie van de mondgezondheid beschikbaar is dat aan de criteria van de werkgroep Mondzorg voldoet. Hiervoor moet een instrument ontwikkeld worden.

Het is van belang dat de zelfredzaamheid van de cliënt met betrekking tot mondverzorging in kaart wordt gebracht. Hiervoor is geen instrument beschikbaar. Dit moet ontwikkeld worden.

– Fiske 2000 (D), Johnson 2002 (D), NTVG 2004 (D)
Bewijsniveau 4

AANBEVELING 3.B

De werkgroep adviseert om binnen de instelling de volgende aanpak te hanteren:

BINNEN 24 UUR NA OPNAME

De verzorgende inventariseert de mondgezondheid en de zelfzorg van de cliënt en legt dit vast in een observatieformulier dat aan het zorgdossier wordt toegevoegd.

BINNEN TWEE WEKEN NA OPNAME, OF ZOVEEL EERDER ALS NODIG IS

De coördinerend zorgverlener mondzorg bepaalt de mondzorgbehoefte van de cliënt. Dit gebeurt op basis van het observatieformulier van de verzorgenden en de eigen bevindingen, die ze vastlegt in een observatie-formulier dat aan het zorgdossier wordt toegevoegd.

BIJ HET OPSTELLEN VAN HET ZORGPLAN

De verpleeghuisarts of coördinerend zorgverlener mondzorg beoordeelt de relatie tussen de mondgezondheid van de cliënt en de aandoeningen waarvoor de verpleeghuisarts de medische zorg biedt. Indien deze relatie er is, wordt dit vastgelegd in het mondzorgplan en besproken met de tandarts. Verder overlegt de verpleeghuisarts met de tandarts over de geschiktheid van de tandheelkundige interventies in relatie tot de wensen van de cliënt en de prognose van zijn aandoeningen.

BINNEN ZES WEKEN NA OPNAME, OF ZOVEEL EERDER ALS NODIG IS

De tandarts inventariseert de mondgezondheid en stelt een mondzorgplan op. Belangrijke aspecten bij de opstelling van het mondzorgplan zijn: de wensen van de cliënt, de prognose van zijn aandoeningen, de relatie tussen de mondgezondheid en de aandoeningen waarvoor de verpleeghuisarts de medische zorg levert.

3.7 Onderbouwing

a – Vastleggen mondzorg beleid

Op weg naar normen voor verantwoorde zorg (2005). Een ontwikkelingsmodel voor verpleeg- en verzorgingshuizen opgesteld door organisaties van cliënten, aanbieders, beroepsgroepen: ActiZ, LOC, NVVA, Sting, V&VN, en in afstemming met IGZ, VWS en ZN. ActiZ, juni 2005: 'Verantwoorde zorg ondersteunt de kwaliteit van leven door het bevorderen van lichamelijk welbevinden. Dit is zorg die doeltreffend, doelmatig, veilig en cliëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de cliënt.'

b – Elementaire werkruimte voor verlening van professionele mondzorg

Nota Bouwmaatstaven voorzieningen voor verstandelijk gehandicapten, College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2002) 'Een tandartsenkamer vereist een nuttige ruimte van 23,5 m².' Bij de harmonisatie van de bouwmaatstaven AWBZ zijn de richtgetallen verdwenen. Voor een uitgebreide beschrijving van een mobiele tandartsenunit: Handboek Mondzorg voor V&V Instellingen Regio Amsterdam. Uitgever: Stuurgroep Integrale Mondzorg V&V regio Amsterdam, onderdeel SIGRA sectie V&V (2006).

c – Zelfstandige verwijzing mondhygiënist

Staatscourant nr. 147 (2006) wijziging van het Besluit mondhygiënist Artikel 17: Tot het gebied van deskundigheid van de mondhygiënist wordt gerekend:

- a. het onderzoeken en beoordelen van de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaque-gerelateerde aandoeningen, en het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan;
- b. het screenen op tandheelkundige afwijkingen of andere afwijkingen betreffende mondgezondheid en het zo nodig verwijzen naar tandarts of arts.

Scholing van zorgverleners

SCHOLING ALGEMEEN

Van alle medewerkers die betrokken zijn bij de mondzorg mag verwacht worden dat ze geschoold zijn in de vereiste kennis, vaardigheden en attitude.^a

SCHOLING VERZORGENDEN EN VERPLEEGKUNDIGEN

Regelmatige scholing van de verzorgenden en verpleegkundigen heeft een gunstig effect op de mondgezondheid van de cliënten.^b

In de opleiding tot verzorgende komt mondzorging echter slechts fragmentarisch aan bod. Ook gedurende de opleiding tot verpleegkundige is weinig aandacht voor training in mondzorging.

Evenmin worden verzorgenden en verpleegkundigen hierin regelmatig bijgeschoold. Verder bestaat weerstand bij sommige verzorgenden tegen de uitvoering van mondzorging. Uit onderzoek blijkt dat die weerstand soms groot is en dat dit een negatief effect heeft op de geboden mondzorging. Er zijn echter ook aanwijzingen dat een scholing die de vereiste vaardigheden aanreikt en het cruciale belang van mondzorging inzichtelijk maakt, de weerstand doet verminderen.^c

Derhalve is het raadzaam om binnen de instelling een structurele en regelmatige scholing over mondzorging te laten plaatsvinden, bij voorkeur jaarlijks, maar minimaal eens per anderhalf jaar. Dit leidt tot een significante verbetering van de kwaliteit van de mondzorging.^b

SCHOLING VERPLEEGHUISARTSEN

In de opleiding tot verpleeghuisarts wordt een onderdeel mondzorg aangeboden, waarin ook aandacht besteed wordt aan mondzorging.

De werkgroep adviseert om het thema mondzorg in de nieuwe opleidingsstructuur op te nemen. Deze richtlijn kan daar een goede ondersteuning bij bieden.

SCHOLING PROFESSIONELE MONDZORGVERLENERS

Tussen de verschillende opleidingen tot tandarts en mondhygiënist bestaan grote verschillen in de eindtermen Mondzorg voor Specifieke Doelgroepen. In het algemeen geldt dat op de opleidingen hieraan meer aandacht dient te worden besteed. Bovendien moet benadrukt worden dat affiniteit met deze doelgroepen een voorwaarde is om goede mondzorg aan hen te kunnen verlenen. Van belang is dat de opleidingen voor professionele mondzorgverleners gezamenlijk formuleren aan welke eindtermen Mondzorg voor Specifieke Doelgroepen heeft te voldoen. Vervolgens stemmen zij hun cursusaanbod daarop af.

Tandartsen hebben bij voorkeur de differentiatieopleiding tandarts-geriatrie gevolgd of zijn bereid die te gaan volgen. Voor mondhygiënisten verdient het aanbeveling dat er een differentiatieopleiding tot mondhygiënist in mondzorg voor kwetsbare ouderen komt.

4.1 Conclusies en aanbevelingen

CONCLUSIE 4.A1

Wanneer de verzorgenden en verpleegkundigen praktische en theoretische training in mondverzorging krijgen, verbetert de mondgezondheid van cliënten. Achttien maanden na de laatst gegeven training neemt de mondgezondheid van cliënten weer af.

– Frenkel et al. 2001 (B), Nicol et al. 2005 (B), Kaiser et al. 2000 (B)

Bewijsniveau 2

CONCLUSIE 4.A2

Scholing vermindert de weerstand van verzorgenden en verpleegkundigen tegen het verlenen van mondverzorging aan cliënten. Dit verbetert de attitude voor het bieden van goede mondverzorging.

– Frenkel et al. 2002 (B), Nordenram et al. 2002 (C), Warth et al. 1997 (C)

Bewijsniveau 3

AANBEVELING 4.A

School verzorgenden en verpleegkundigen in een zorginstelling regelmatig in mondverzorging. Bij voorkeur eenmaal per jaar, maar ten minste eenmaal per anderhalf jaar. De organisatie en coördinatie van de scholing wordt toebedeeld aan een professionele mondzorgverlener, werkzaam in de instelling.

CONCLUSIE 4.B

Een voorwaarde voor goede mondverzorging is deskundig personeel.

– Mening werkgroep (D)

Bewijsniveau 4

AANBEVELING 4.A

Zorg ten behoeve van goede mondverzorging voor deskundig personeel. De zorgaanbieder ziet erop toe dat de werkzame zorgverleners over de vereiste kennis, vaardigheden en attitude beschikken.

4.2 Onderbouwing

a – Professionele attitude bij het verlenen van mondzorg

Kalsbeek (2002). Onderzoek naar de tandheelkundige zorg in 15 verpleeghuizen, 15 verzorgingshuizen en 15 instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

Onderzoeksthema's:

- beschikbaarheid voorzieningen;
- prevalentie mondklachten, behoefte aan mondzorg, feitelijke mondgezondheid.

Interviews bij iedere instelling met:

- een stafid;
- een afdelingsmedewerker;
- indien aanwezig, een tandarts.

Daarnaast werd in 12 verpleeghuizen en 12 verzorgingshuizen de mondgezondheid van relatief gezonde bewoners geïnventariseerd. Interviews met 372 bewoners over hun mondgezondheid, de mondhygiëne en de geboden mondzorg. Inspectie mond bij 365 bewoners (111 dentaten en 254 edentaten).

Resultaat: veel bewoners hadden mondproblemen door functieverlies, pijn en ander ongemak. De mondgezondheid bij dentate bewoners varieerde sterk, van niet ongunstig tot zeer slecht. Het kauwvermogen van bewoners was in veel gevallen onvoldoende. Bij 43 % van de dentaten en 12 % van de edentaten veel plaque op gebit en gebitsprothese.

De beschikbare faciliteiten in verpleeghuizen en verzorgingshuizen waren meestal niet geschikt voor de behandeling van bewoners met een natuurlijk gebit. De mondhygiënische zorg voor bewoners met een natuurlijk gebit die niet zelf konden tandenpoetsen was problematisch. Redenen: gebrek aan tijd, tegenwerking van de bewoners, gebrek aan kennis, vaardigheden en motivatie bij het verzorgend personeel.

b – Scholing verzorgend personeel

Frenkel (2001). Dubbelblind gerandomiseerd onderzoek; verbetert de mondgezondheid van verpleeghuisbewoners door scholing van verzorgenden, 607 bewoners van 22 verschillende verpleeghuizen met natuurlijke gebits-elementen en/of een gebitsprothese. Goede algemene lichamelijke gezondheid en geen afwijkingen in geestelijke gezondheid. Na uitsluitingscriteria en verlenen toestemming deden 412 bewoners mee aan het onderzoek:

- interventiegroep: 201 bewoners;
- controlegroep: 211 bewoners.

Meetmomenten mondgezondheid: nulmeting, 1 maand en 6 maanden na interventie. De mondgezondheid wordt bepaald door:

- demografische gegevens;
- hoeveelheid plaque;
- mate van stomatitis en gingivitis;
- mate van tandsteen en wortelcariës.

Verder werd de motorische vaardigheid van de cliënt ingeschat.

Interventie: de zorgverleners die mondverzorging bij de interventiegroep doen, krijgen een mondverzorgings-training van een uur door een ervaren tandheelkundige professional met docenten-bevoegdheid.

Resultaat: significante verbetering mondgezondheid interventiegroep. Veel minder plaque, na zes maanden een significante afname van gingivitis en stomatitis. Geen verschil met controlegroep wat betreft tandsteen, wortelcariës en motorische vaardigheid.

Nicol (2005). Verbeterd de mondgezondheid van verpleeghuisbewoners door scholing van verzorgend personeel, 78 bewoners van drie verpleeghuizen en twee verpleeghuisafdelingen in ziekenhuizen:

- groep 1: 39 bewoners die verblijven in twee van de verpleeghuizen en op één van de afdelingen in een ziekenhuis;
- groep 2: 39 bewoners die verblijven in een verpleeghuis en op 2 afdelingen in een ziekenhuis.

Meetmomenten mondgezondheid: nulmeting, 3 maanden, 9 maanden en 18 maanden na de interventie. De mondgezondheid wordt bepaald door:

- het aantal dentaten;
- de hoeveelheid achtergebleven voedselresten;
- het aantal carieuze elementen;
- de gebitsprothesehygiëne;
- monddroogte;
- bloedingen in de slijmvliezen;
- glossitis, candidosis, stomatitis en ulceraties.

Interventie: een mondverzorgingstraining die onmiddellijk na de eerste meting wordt gegeven aan de verzorgenden van groep 2. De training wordt gegeven door een tandarts en mondhygiënist met ervaring in het verpleeghuis.

De training wordt audiovisueel ondersteund en duurt 90 minuten. Naast theorie worden praktische vaardigheden getraind. De verzorgenden van groep 1 krijgen hun eerste training pas na 9 maanden.

Resultaat: in groep 1 zijn er geen veranderingen in de mondgezondheid tussen de nulmeting en na 3 maanden. In groep 2 is de mondgezondheid na drie maanden op alle punten verbeterd, maar na 18 maanden zijn de meeste verworvenheden verloren en is men terug bij de uitgangssituatie.

Kaiser (2000). Onderzoek naar effecten trainingsprogramma mondverzorging bij toezichthouders (zorgverleners met een regiefunctie):

- interventiegroep: 20 toezichthouders, waarvan 80 % geregistreerd verpleegkundige;
- controlegroep: 31 toezichthouders waarvan 61 % geregistreerd verpleegkundige.

Interventiegroep kreeg een interactieve training van drie uur, met praktijk en theorie. Leermiddelen: casuïstiek, videobanden, debat.

Meetmomenten:

- vóór de training: multiple-choice vragenlijst mondgezondheid voor beide groepen;
- één maand na de training: dezelfde vragenlijst voor beide groepen.

Resultaat: de interventiegroep vertoonde een significante verbetering van de kennis en attitude bij het verlenen van mondverzorging aan verpleeghuisbewoners. Het effect op lange termijn is niet onderzocht.

c – De weerstand tegen het uitvoeren van mondverzorging

Frenkel (2002). Verbeterd kennis en attitude verzorgenden over mondverzorging na training? Vragenlijst en training. Deelnemers: 322 verzorgenden in 22 verpleeghuizen. De verpleeghuizen werden verdeeld in twee groepen:

- interventiegroep: 11 verpleeghuizen, 166 verzorgenden;
- controlegroep: 11 verpleeghuizen, 156 verzorgenden.

Open vragenlijst die voor de training werd ingevuld, 1 maand na de training en 6 maanden na de training. Respons was respectievelijk: 80.5 %, 81.1 % en na 6 maanden 77.2 %. Indeling vragenlijst:

- 26 beweringen, goed of fout;
- 25 beweringen over mondgezondheid: eens, niet mee eens, over schaal van 5;
- open vragen: persoonlijke gegevens, werkervaring en eigen gewoonten bij mondverzorging.

Training: theoretische en praktische scholing over mondverzorging. Daarnaast gesprek over gevoelens bij de uitvoering van mondverzorging.

Resultaat: de interventiegroep scoorde significant beter na zowel 1 maand als na 6 maanden op zowel kennis als attitude. Bij de open vragen kwam een duidelijke verbetering van de acceptatie van de rol van de verzorgende bij mondverzorging naar voren. Daarnaast kritiek op de voorzieningen in de betreffende tehuizen.

Wardh (1997). Onderzoek naar de attitude van verpleegkundigen, verzorgenden en verpleeghulpen, betrokken bij de mondverzorging van afhankelijke ouderen en ernstig lichamelijk gehandicapte patiënten.

Vragenlijst voor 398 verpleegkundigen, verzorgenden en verpleeghulpen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. 364 ingevulde vragenlijsten: 70 verpleegkundigen, 148 verzorgenden en 146 verpleeghulpen. Thema's vragenlijst:

- persoonlijke gegevens en werk;
- eigen gewoonten bij mondverzorging;
- attitude;
- de bereidheid tot het helpen van de cliënten.

Daarnaast kon de deelnemster vrijuit haar mening geven over mondverzorging.

Resultaat: afgestudeerde verpleegkundigen staan positiever tegenover mondverzorging dan verzorgenden en verpleeghulpen.

Kanttekening: de geïnterviewde verpleegkundigen waren minder vaak belast met de praktische uitvoering van mondverzorging dan de deelnemende verzorgenden en verpleeghulpen.

Verder gaven alle drie de groepen aan dat betere scholing en training in de dagelijkse mondverzorging hun attitude tegenover mondverzorging zou verbeteren.

Verantwoording

5.1 Proces richtlijnontwikkeling en gehanteerde zoektermen

Het College van Zorgverzekeringen heeft de NVVA, de beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters, verzocht een multidisciplinaire richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen te schrijven.

De NVVA zette een projectstructuur op waarin de volgende organisaties participeerden:

- ActiZ, organisatie van zorgondernemers
- LOC, Landelijke Organisatie Cliëntenraden
- NIGZ, Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
- NMT, Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
- NPCF, Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
- NVAVG, Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten
- NVGd, Nederlandse Vereniging voor Gerodontology
- NVM, Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
- VBTGG, Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten
- V&VN, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Ter onderbouwing van de richtlijn verrichtte het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO literatuuronderzoek en gaf methodologische ondersteuning.

INVENTARISATIE REEDS BESTAANDE RICHTLIJNEN

MONDZORG

Voorafgaand aan het schrijven van de richtlijn is geïnventariseerd wat er al aan richtlijnen voor mondzorg beschikbaar was. Vervolgens zijn deze beoordeeld met het AGREE-instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) aan de hand van zes kwaliteitsdomeinen:

- doelstelling en klinische vragen;
- betrokkenheid van belanghebbenden;
- methodologie;
- helderheid van de aanbevelingen;
- toepasbaarheid;
- onafhankelijkheid van de opstellers.

Geen van de verzamelde richtlijnen scoorde voldoende op het geheel van de domeinen om als richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen overgenomen te worden.

PROEFIMPLEMENTATIE

Parallel aan de ontwikkeling van de richtlijn vond een proefimplementatie plaats, waarbij de onderdelen van de richtlijn werden geïmplementeerd en getoetst in tien verpleeghuizen. De ervaringen die werden opgedaan in de proefimplementatie zijn van invloed op de uiteindelijke vorm en inhoud van de richtlijn. Dat geldt met name voor de hoofdstukken 2, 3 en 4, waarin achtereenvolgens de mondzorg binnen de zorgstructuur, de mondzorg op cliëntniveau en de scholing van de zorgverleners worden beschreven. Een samenvatting van deze proefimplementatie is terug te vinden in bijlage 4.

CLIËNTENPERSPECTIEF

In het kader van voldoende aandacht besteden aan het cliëntenperspectief heeft onder meer de programma-coördinator zorginnovatie en kwaliteit van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) geparticipeerd als lezer en commentator van de conceptrichtlijnen. Daarnaast nam een vertegenwoordiger van de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC) deel aan de klankbordgroep.

Ook werden bij de proefimplementatie de cliëntenraden van de deelnemende verpleeghuizen geïnformeerd en betrokken bij het proces.

ONAFHANKELIJKHEID OPSTELLERS

Voorafgaand aan het schrijven van de richtlijn heeft de NVVA de leden van de werkgroep verzocht om vormen van belangenverstrengeling te melden. Er zijn geen meldingen gedaan.

METHODOLOGIE

Waar mogelijk is de richtlijn gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Daarvoor is systematisch gezocht naar relevante artikelen in de volgende elektronische databanken: Medline, Embase en de Cochrane Library. Daarnaast werden artikelen geëxtraheerd uit referentielijsten van opgevraagde literatuur.

Voor zover het oorspronkelijk onderzoek betreft is gezocht naar (gerandomiseerde) gecontroleerde trials en observationele studies. Voorts is gezocht naar systematische reviews of meta-analysen en (evidence-based) richtlijnen. Bij het zoeken naar literatuur in de genoemde databanken zijn de volgende restricties gehanteerd:

- taal: Nederlands, Frans, Engels en Duits;
- publicatiejaren: 1980 – 2005.

De gebruikte trefwoorden voor de patiëntengroep / setting / onderwerp zijn:

- voor Embase: “nursing-home”, “residential-home”, “rehabilitation-center” in combinatie met “mouth-

disease”, “dental-health”, “dental-care”, “tooth-disease”, “mouth-hygiene”;

- voor Medline: “Residential-Facilities” of “Dental-Care-for-Aged” in combinatie met “Oral-Health”, “Oral-Hygiene”, “Diagnosis-Oral”, “Dental-Care”, “Dental-Care-for-Aged”, “Dental-Care-for-Chronically-Ill”, “Gingivitis”, “Candida”, “Candidiasis”, “Dental-Caries”, “Dental-Plaque”, “Toothbrushing”, “Attitude-to-Health”, “Dental-Equipment”, “Mouth-diseases”, “Tooth-diseases” “Organization-and-Administration”, “Dental-Facilities”, “Dental-Equipment”, “Education”, “Mouth-diseases”, “Tooth-diseases”;
- voor Cochrane Library : “Nursing homes” of “Residential Facilities” in combinatie met “oral health” “diagnosis oral”, “mouth diseases”, “tooth diseases”, “dental care”.

Van de relevant geachte studies is de volledige tekst opgevraagd. De geselecteerde artikelen zijn beoordeeld op methodologische kwaliteit, kwaliteit van uitvoering, relevantie voor en toepasbaarheid in de Nederlandse gezondheidszorg. Er is voor de beoordeling gebruik gemaakt van literatuurbewertingsformulieren (zie: www.cbo.nl, programma richtlijnontwikkeling, EBRO-handleiding bijlage G).

Studies die onvoldoende valide en toepasbaar waren, zijn buiten beschouwing gelaten. De geïncludeerde studies zijn gegradeerd naar de mate van bewijskracht. Hiervoor is de volgende indeling gebruikt.

Voor artikelen betreffende therapie of preventie:

- A1 systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn.
- A2 gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie.
- B gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controle-onderzoek).
- C niet-vergelijkend onderzoek.
- D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroep-leden.

Voor artikelen betreffende diagnostiek:

- A1 onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgd goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of beslistkundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests.
- A2 onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onder-

zoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruik gemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de ‘gouden standaard’ moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multipele, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie.

- B vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd.
- C niet-vergelijkend onderzoek.
- D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroep-leden.

Niveau van de conclusies:

1. één systematische review (A1) of tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2.
2. tenminste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B.
3. één onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C.
4. mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroep-leden.

De hierboven gepresenteerde indeling van individuele studies naar de mate van bewijskracht geldt voor diagnostisch accuratesseonderzoek en studies betreffende een interventie. Voor zover er studies met een etiologische of prognostische vraagstelling zijn beoordeeld, is de voor interventies geldende indeling als leidraad gebruikt.

Methodologie: conclusies en aanbevelingen

De bevindingen in de hoofdstukken 1, 2, 3 en 4 zijn vertaald in conclusies en aanbevelingen, die de essentie van het betoog weergeven. Het wetenschappelijk bewijs is samengevat in een conclusie, waarbij de mate van bewijs wordt vermeld.

Elke aanbeveling is het resultaat van het beschikbare bewijs en de overige overwegingen die de inhoud van een aanbeveling kunnen beïnvloeden.

Het betreft de volgende overwegingen:

- klinische relevantie (bijv. sterkte van het effect);
- veiligheid (bijv. bijwerkingen of complicaties);
- patiëntenperspectief (bijv. behoeften van de cliënt);
- professioneel perspectief (bijv. tijdsbesparing of -verlies bij invoeren van een interventie);
- beschikbaarheid van voorzieningen (bijv. in apparatuur, ervaring en deskundigheid);
- kosten(effectiviteit);
- zorgorganisatie (bijv. veranderingen in het zorgproces);
- eventuele juridische consequenties;
- ethische overwegingen.

Deze overwegingen zijn niet expliciet weergegeven in de richtlijntekst. Het geheel van beschikbaar bewijs en overige overwegingen is beschreven in het betoog dat vooraf gaat aan de conclusie en aanbevelingen.

De werkgroep heeft ervoor gekozen om bij het opstellen van aanbevelingen geen formele methoden voor consensusvorming te hanteren, zoals bijvoorbeeld een al dan niet gemodificeerde Delphi-methodiek. Aan individuele werkgroepleden is gevraagd een of meer conceptaanbevelingen op te stellen. Door middel van groepsdiscussie heeft consensusvorming over de aanbeveling plaats gevonden.

5.2 Respondenten commentaarfase

De conceptrichtlijn is becommentarieerd door:

- 20 verpleeghuisartsen, gerandomiseerd uit het NVVA-ledenbestand
- 2 verpleeghuisgeneeskundige toetsingsgroepen, gerandomiseerd uit het NVVA-ledenbestand
- prof. dr. C. de Baat, bijzonder hoogleraar geriatrische tandheelkunde Radboud Universiteit Nijmegen
- mr. R. Helle, verpleeghuisarts, juridisch advies
- prof. dr. J.M.G.A. Schols, hoogleraar chronische zorg, departement Tranzo, Universiteit van Tilburg

- ActiZ, organisatie van zorgondernemers
- ANT, Associatie Nederlandse Tandartsen
- CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg
- CSO, Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties
- GGZ Nederland
- LOC, Landelijke Organisatie Cliëntenraden
- LEVV, Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging
- NHG, Nederlandse Huisartsen Genootschap.
- NMT, Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde
- NPI, Nederlands Paramedisch Instituut
- NVAVG, Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten
- NVD, Nederlandse Vereniging van Diëtisten
- NVGd, Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie
- NVLF, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie
- NVM, Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
- SIGRA, Stuurgroep Integrale Mondzorg Verpleeghuizen Amsterdam
- Sting, landelijke beroepsvereniging verzorgenden & zorgprojecten
- TNO, Kwaliteit van Leven
- Vakgroep Tandheelkunde Universiteit Gent
- VBTGG, Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten
- Vilans, Zorg voor Beter
- V&VN, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
- WRO, Werkgroep Richtlijn Ontwikkeling NVVA

De werkgroep heeft het commentaar van de respondenten verwerkt in de richtlijn.

5.3 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep

WERKGROEP MONDZORG VOOR ZORGAFHANKELIJKE CLIËNTEN

De heer drs. M.T. Brevé (vanaf 1 december 2005), tandarts

RTGZorggroep Apeldoorn, lokatie Verpleeghuis Casa Bonita, vertegenwoordiger Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie

Mevrouw W. Deerenberg-Kessler, verpleeghuisarts manager
Vivium Zorggroep Naarderheem, voorzitter werkgroep

Mevrouw J. Hazen, nurse practitioner,
Zorgcentrum WZH De Sonneruyter

De heer E.C. Koel, tandarts, *Eigen tandartsenpraktijk, Verpleeghuis Geestgronden Bennebroek en verpleeghuis Weeligenberg Hillegom, vertegenwoordiger Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde*

Mevrouw K. de Lugt-Lustig, mondhygiënist
Vrije vestiging 'Volmondige zorg' Amsterdam, Vivium zorggroep Naarderheem Mondzorgcoach, docent opleiding mondzorgkunde Nijmegen

De heer J.A.H.G. Moerenburg, tandarts RTG (van maart tot en met mei 2005)
vertegenwoordiger Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie

Mevrouw T.C.M. Nieuwlands, verpleeghuisarts
Zorgcentrum Oranjehaave Breda

Mevrouw W.F.M. Pelkmans-Tijs, mondhygiënist
onderwijscoördinator opleiding mondhygiëne Nijmegen

De heer G.J. van der Putten, verpleeghuisarts
Stichtse Warande, lokatie Bovenwegen

Mevrouw dr. E.M. Vreeburg, verpleeghuisarts (vanaf 8 november 2005)
Cordaan, Verpleeghuis Slotervaart Amsterdam

ONDERSTEUNING WERKGROEP

Namens het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg traden op:

Met betrekking tot de uitvoering literatuursearch:

Mevrouw drs. H.W.J. Deurenberg-Vos, *clinical librarian, senior adviseur*

Mevrouw drs. C.J.G.M. Rosenbrand, *Arts, senior adviseur*

Met betrekking tot beoordeling methodologische kwaliteit artikelen:

De heer dr. ir. J.J.A. de Beer, *methodoloog, senior adviseur*

Namens het bureau van de NVVA traden op:

Mevrouw drs. W.J.F.M. van der Linden-Bollen, *projectleider mond-zorg/kwaliteitsmedewerker*

De heer drs. L.J.P. Pluijmen, *projectmedewerker*

Mevrouw drs. I. van der Stelt, *kwaliteitsmedewerker*

Mevrouw M.S.T. Jong, *secretaresse*

Mevrouw B.N. Liedmeier, *redactie, communicatiemedewerker*

Klankbordgroep Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten

De heer prof. dr. J.M.G.A. Schols, *verpleeghuisarts*

Hoogleraar Chronische zorg, departement Tranzo, Universiteit van Tilburg en Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde Universiteit Maastricht, voorzitter klankbordgroep

De heer drs. E.J.A.A. Abbink, *beleidsmedewerker Tandheelkundige zorg, College voor Zorgverzekeringen*

De heer prof. dr. C. de Baat, *bijzonder hoogleraar geriatrische tandheelkunde Radboud Universiteit Nijmegen*

De heer drs. A. Eliëns, *V&VN, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland*

De heer A. Idzinga
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)

Mevrouw drs. C. Jessen, *beleidsmedewerker ActiZ*

Mevrouw A. L. M. Keijzer, *Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (NMT)*

Mevrouw D. Masman, *mondhygiënist Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM)*

De heer dr. M. Smalbrugge, *verpleeghuisarts Verpleeghuis Bovenwegen Zeist*

De heer H. Snel, *Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC)*

De heer T. Turk, *Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten (VBTGG)*

Indicatoren

voor mondzorg

Donabedian (1982) heeft drie belangrijke dimensies van kwaliteit van zorg gedefinieerd: structuur, proces en resultaat van zorg. Overeenkomstig die indeling hanteert hij drie soorten indicatoren.

Structuurindicatoren

Structuurindicatoren geven aan of het betreffende thema in de organisatiestructuur is ingebed.

- 1 De multidisciplinaire richtlijn Mondzorg is beschikbaar voor alle medewerkers.
- 2 Mondzorgbeleid is geborgd in het kwaliteitssysteem van de zorginstelling.
- 3 De mondzorg is een vast onderwerp in het zorgplan.
- 4 Per anderhalf jaar worden verzorgenden en verpleegkundigen geschoold in mondverzorging.
- 5 Er is een tandarts beschikbaar voor de cliënten in de instelling.

Effectindicatoren

Effectindicatoren geven informatie over het effect van de zorg.

- 14 De mondzorgdoelen, zoals beschreven in het zorgdossier, zijn bereikt.
- 15 De cliënt en zijn naasten zijn tevreden over de geboden mondzorg.
- 16 De betrokken zorgverleners voelen zich gesteund door de instelling bij de uitvoering van de mondzorg.

Procesindicatoren

Met procesindicatoren worden de handelingen in het zorgproces op cliëntniveau getoetst.

- 6 Binnen 24 uur na opname brengt de verzorgende de mondgezondheid en de zelfredzaamheid van de cliënt in kaart.
- 7 De wensen van de cliënt met betrekking tot mondzorg zijn in het zorgdossier vastgelegd.
- 8 Binnen zes weken na opname, of zoveel eerder als nodig is, stelt de tandarts een mondzorgplan op als onderdeel van het integrale zorgplan.
- 9 Professionele mondzorginterventies worden geregistreerd in het zorgdossier.
- 10 Zorgverleners die voor een bepaalde cliënt zorgen, kennen het mondzorgplan en de behandeldoelen van deze cliënt.
- 11 Acties ten aanzien van mondzorg, zoals beschreven in het zorgdossier, zijn of worden uitgevoerd.
- 12 In het multidisciplinair overleg komen de mondverzorging en de mondgezondheid van de cliënt regelmatig aan de orde.
- 13 Er vindt een reguliere periodieke controle plaats van de mondgezondheid van de cliënten, conform het mondzorgplan.

Alle aanbevelingen

1 - Oorzaak en gevolgen van slechte mondgezondheid

AANBEVELING 1.A

Besteed systematisch aandacht aan mondzorg bij oudere zorgafhankelijke cliënten om de kwaliteit van leven te verbeteren.

AANBEVELING 1.B

Wanneer een cliënt slecht eet en drinkt, ga dan na hoe de mondgezondheid is en behandel, indien mogelijk en gewenst, de geconstateerde aandoeningen.

AANBEVELING 1.C

Personen met een gebitsprothese krijgen minstens eenmaal per jaar een controle door de tandarts. Wanneer zij gewicht verliezen, ga dan naast de beoordeling van mogelijke oorzaken hiervoor ook na of de gebitsprothese nog goed past en hoe de mondgezondheid verder is.

AANBEVELING 1.D

Om de kans op infecties op afstand als pneumonie te minimaliseren, de mond ten minste eenmaal daags goed reinigen.

AANBEVELING 1.E

Inspecteer bij pijn in de mond de mondholte. Let bij cliënten die zich niet goed verbaal kunnen uitdrukken, ook op non-verbale signalen, zoals veranderd gedrag, vermindering van eetlust en gewichtsverlies.

AANBEVELING 1.F

Traceer bij slechte adem de oorzaken ervan en verhelp deze zo mogelijk.

AANBEVELING 1.G

Let bij het voorschrijven van geneesmiddelen op (bij)werkingen op de mondgezondheid.

Kijk bij aandoeningen in de mond naar de voorgeschreven geneesmiddelen.

2 - Mondzorg op cliëntniveau

AANBEVELING 2.A

Laat cliënten met een plotselinge cariëstoename dagelijks spoelen met een fluorideoplossing van 0,025-0,01%, of wekelijks met een fluorideoplossing van 0,1%.

AANBEVELING 2.B

Bij cliënten bij wie goed tandenpoetsen niet (meer) mogelijk is, uitsluitend op voorschrift van de tandarts of mondhygiënist eenmaal daags spoelen met chloorhexidine 0,12% of eenmaal daags sprayen met 0,2% chloorhexidine-spray.

Als ook dat niet (meer) lukt: chloorhexidinegel of chloorhexidine gedrenkt in bijvoorbeeld gaasjes appliceren.

AANBEVELING 2.C

Wanneer uitvoering van reguliere mondzorg onmogelijk is door fysieke en/of gedragsproblemen van de cliënt, kan uitsluitend op voorschrift van de tandarts of mondhygiënist de eenmaal daagse applicatie van 1% chloorhexidinegel of de tweemaal daagse applicatie van 0,5% chloorhexidinegel een aanvulling zijn in de preventie van gingivitis.

AANBEVELING 2.D

Bij beginnende wortelcariës kan een tandheelkundig professional een lak van natriumfluoride en/of chloorhexidine aanbrenge. Waar mogelijk, dient uitsluitend op voorschrift van de tandarts of mondhygiënist de gebruikelijke behandeling van cariës voor een bepaalde tijd voortgezet te worden.

AANBEVELING 2.E

Mits de cliënt een elektrische tandenborstel accepteert, kan het gebruik ervan substantieel bijdragen aan een goede mondgezondheid.

AANBEVELING 2.F

Verbeter de mondgezondheid door invoering van systematische mondverzorging (zie schema paragraaf 2.1 systematische mondverzorging).

AANBEVELING 2.G

Reduceer de kolonisatie van candida op de orale mucosa en gebitsprothesen door toepassing van systematische mondverzorging. (zie schema paragraaf 2.1 systematische mondverzorging).

AANBEVELING 2.H

Bewaar gebitsprothesen 's nachts droog.

AANBEVELING 2.I

Handelwijze bij hyposialie:

- a. neem de oorzaken weg;
- b. wanneer dit niet lukt: stimuleer speekselsecretie bij intacte speekselklieren;
- c. wanneer speekselklieren niet functioneren: kunstspeeksel toedienen.

3 - Mondzorg binnen de zorgstructuur

AANBEVELING 3.A

Laat mondverzorging en professionele mondzorg een integraal onderdeel vormen van het zorgplan en het zorgdossier van de cliënt. Als zodanig vormt het een vast onderdeel in het multidisciplinair overleg. De kwaliteit van de mondzorg wordt steeds geëvalueerd in een cyclisch proces.

AANBEVELING 3.B

De werkgroep adviseert om binnen de instelling de volgende aanpak te hanteren:

Binnen 24 uur na opname

De verzorgende inventariseert de mondgezondheid en de zelfzorg van de cliënt en legt dit vast in een observatieformulier dat aan het zorgdossier wordt toegevoegd.

Binnen twee weken na opname, of zoveel eerder als nodig is

De coördinerend zorgverlener mondzorg bepaalt de mondverzorgingsbehoefte van de cliënt. Dit gebeurt op basis van het observatieformulier van de verzorgenden en de eigen bevindingen, die ze vastlegt in een observatieformulier dat aan het zorgdossier wordt toegevoegd.

Bij het opstellen van het zorgplan

De verpleeghuisarts of coördinerend zorgverlener mondzorg beoordeelt de relatie tussen de mondgezondheid van de cliënt en de aandoeningen waarvoor de verpleeghuisarts de medische zorg biedt. Indien deze relatie er is, wordt dit vastgelegd in het mondzorgplan en besproken met de tandarts. Verder overlegt de verpleeghuisarts met de tandarts over de geschiktheid van de tandheelkundige interventies in relatie tot de wensen van de cliënt en de prognose van zijn aandoeningen.

Binnen zes weken na opname, of zoveel eerder als nodig is

De tandarts inventariseert de mondgezondheid en stelt een mondzorgplan op. Belangrijke aspecten bij de opstelling van het mondzorgplan zijn: de wensen van de cliënt, de prognose van zijn aandoeningen, de relatie tussen de mondgezondheid en de aandoeningen waarvoor de verpleeghuisarts de medische zorg levert.

4 - Scholing van zorgverleners

AANBEVELING 4.A

School verzorgenden en verpleegkundigen in een zorginstelling regelmatig in mondverzorging. Bij voorkeur eenmaal per jaar, maar ten minste eenmaal per anderhalf jaar. De organisatie en coördinatie van de scholing wordt toebedeeld aan een professionele mondzorgverlener, werkzaam in de instelling.

AANBEVELING 4.B

Zorg ten behoeve van goede mondverzorging voor deskundig personeel. De zorgaanbieder ziet erop toe dat de werkzame zorgverleners over de vereiste kennis, vaardigheden en attitude beschikken.

Literatuurlijst

- A** *Abbink EJAA, Den Dekker J den.* Signalement Mondzorg 2004. Diemen; CVZ, 2005.
- Adachi M, Ishihara K, Abe S, Okuda K, Ishikawa T.* Effect of professional oral health care on the elderly living in nursing homes. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002 Aug;94(2):191-5.
- AGREE Collaboration.* Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. London: St. George's Hospital Medical School, 2001.
- Aizen E, Feldman PA, Madeb R, Steinberg J, Merlin S, Sabo E, Perlov V, Strugo I.* Candida albicans colonization of dental plaque in elderly dysphagic patients. *Israel Medical Association Journal* 2004;6:342-345.
- Avcu N, Ozbek M, Kurtoglu D, Kurtoglu E, Kansu O, Kansu H.* Oral findings and health status among hospitalized patients with physical disabilities, aged 60 or above. *Arch Gerontol Geriatr.* 2005 Jul-Aug;41(1):69-79.
- Avlund K, Holm-Pedersen P, Schroll M.* Functional ability and oral health among older people: a longitudinal study from age 75 to 80. *J Am Geriatr Soc.* 2001 49(7): 954-62.
- B** *Baat C de, Kalk W,* Geriatrische tandheelkunde, problematiek van ouder worden en mondgezondheid, Bohn Stafleu van Loghum, 1999.
- Bestuur van de Nederlandse Vereniging van Gerodontology, Mondzorg in het verpleeghuis, 2004.
- Bergdahl BJ, Anneroth G, Anneroth I.* Clinical study of patients with burning mouth. *Scand J Dent Res.* 1994; 102(5):299-305.
- Bergdahl M, Bergdahl J.* Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med.* 1999; 28(8):350-4.
- Bergdahl J, Bergdahl M.* Environmental illness: evaluation of salivary flow, symptoms, diseases, medications, and psychological factors. *Acta Odontol Scand.* 2001; 59(2):104-10.
- Blok 5: speciale aandachtsgebieden en chronische aandoeningen Tandheelkunde, Verpleeghuisarts-opleiding/VU, 2005.
- Brailsford SR, Fiske J, Gilbert S, Clark D, Beighton D.* The effects of the combination of chlorhexidine/thymol- and fluoride-containing varnishes on the severity of root caries lesions in frail institutionalised elderly people. *Journal of Dentistry* 2002;30:319-24.
- Brown RS, Farquharson AA, Sam FE, Reid E.* A retrospective evaluation of 56 patients with oral burning and limited clinical findings. *Gen Dent.* 2006 ;54(4):267-71; quiz 272, 289-90.
- Budtz-Jørgensen E, Løe H,* Chlorhexidine as a denture disinfectant in the treatment of denture stomatitis, *Scand J Dent Res*, 1972, 80: 457-64.
- Budtz-Jørgensen E, Knudsen AM,* Chlorhexidine gel and Steradent employed in cleaning dentures, *Acta Odontol Scand*, 1978, 36: 83-7.
- Budtz-Jørgensen E, Mojon E, Rentsch A, Deslauriers N.* Effects of an oral health program on the occurrence of oral candidosis in a long-term care facility. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2000;28:141-9.
- C** *Carr MP, Sterling ES, Bauchmoyer SM,* Comparison of the Interplak® and manual toothbrushes in a population with mental retardation/developmental disabilities (MR/DD), *Special Care in Dentistry* 1997, 17: 133-6.
- Clark DC, Guest JL,* The effectiveness of three different strengths of chlorhexidine mouthrinse, *Journal of Canadian Dental Association* 1994, 60: 711-4.
- Clavero J, Baca P, Junco P, Gonzalez P.* Effects of 0,2% chlorhexidine spray applied once or twice daily on plaque accumulation and gingival inflammation in a geriatric population. *J Clin Periodontol.* 2003;30:773-777.
- Cohen-Mandsfield J, Lipson S.,* The underdetection of pain of dental etiology in persons with dementia. *Am J Alzheimer Disease and other Dementia*, 2002, vol 17, nr 4, 249-353.
- D** *Data-set RAI, MDS2.1/NL01/1200* copyrinter RAI Corporation.
- Day J, Martin MD, Chin M,* Efficacy of a sonic toothbrush for plaque removal by caregivers in a special needs population, *Special Care in Dentistry* 1998, 18: 202-6.
- Donabedian A.* Explorations in quality assesment and monitoring (vol 2): The criteria and standards of quality. Ann Arbor MI: Health Administration Press, 1982.
- E** *Emsthal S.* Intake of energy and nutrients before and after dental treatment in geriatric longstay patients. *Gerodontology* 1988(4) 6-12.
- F** *Fantasia JE.* Diagnosis and treatment of common oral lesions found in the elderly. *Dent Clin North Am.* 1997;41(4):877-90. Review.

Felder RS, Nardone D, Palac R. Prevalence of predisposing factors for endocarditis among an elderly institutionalized population. *Oral Surgery Oral Medicine and Oral Pathology*. 1992; 73:30-34.

Fiske J, Griffiths J, Jamieson R, Manger D. Guidelines for the Development of Local Standards of Oral Health Care for Longstay Patients and Residents, British Society for Disability and Oral Health, 2000.

Het fluoride-basisadvies is in 1998 opgesteld op initiatief van het Ivoren Kruis en wordt onderschreven door de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist, Z-Org, GGD Nederland, het Ivoren Kruis en het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ).

Folder Cursus Mondzorgcoördinator, NIGZ Woerden.

Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001;29:289-97.

Frenkel H, Harvey I, Needs K. Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002;30:91-100.

Fure S, Gahnberg L, Birkhed D. A comparison of four home-care fluoride programs on the caries incidence in the elderly. *Gerodontology* 1998, 15:51-9.

G GEBU, 2001-2, Het geneesmiddelenbulletin orale Bijwerkingen van geneesmiddelen.

Gerritsen PFM, Putter de C, Schrijvers AJP, Schuil GRE, Twillert van J. 'Een tandje erbij' Tandheelkundige verzorging van verpleeghuisbewoners, maart 2002.

Griep MI, Mets TF, Collys K, Ponjaert-Kristoffersen I, Massart DL. Risk of malnutrition in retirement homes elderly persons measured by the 'Mini-Nutritional Assessment'. *Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences* 2000;55:M57-M63.

H Hakeberg M, Berggren U, Hagglin C, Ahlqvist M. Reported burning mouth symptoms among middle-aged and elderly women. *Eur J Oral Sci*. 1997;105(6):539-43.

Hämäläinen P, Suominen H, Keskinen M, Meurman JH. Oral health and reduction in respiratory capacity in a cohort of community-dwelling elderly people: a population-based 5-year follow-up study. *Gerodontology* 2004;21:209-215.

Hershkovich O, Nagler RM. Biochemical analysis of saliva and taste acuity evaluation in patients with burning mouth syndrome, xerostomia and/or gustatory disturbances. *Arch Oral Biol*. 2004; 49(7):515-22.

Huxley EJ, Viroslov J, Gray WR, Pierce AK. Pharyngeal aspiration in normal adults and patients with depressed consciousness. *Am J Med*. 1978 Apr;64(4):564-8.

I Internet site CBS.nl: Frans Frenken, Web-magazine 27 december 2005. Zoeken op trefwoord 'gebitsprothese'.

J Johanson WG, Pierce AK, Sanford JP. Changing pharyngeal bacterial flora of hospitalized patients. Emergence of gram-negative bacilli. *N Engl J Med*. 1969 Nov 20;281(21):1137-40.

Johnson V, Chalmers J. Oral hygiene care for functionally dependent and cognitively impaired older adults, The University of Iowa Gerontology Nursing Interventions Research Center, 2002.

K Kadir T, Pisirciler R, Akyuz S, Yarat A, Emekli N, Ipbuker A. Mycological and cytological examination of oral candidal carriage in diabetic patients and non-diabetic control subjects: thorough analysis of local aetiologic and systemic factors. *J Oral Rehabil*. 2002;29(5):452-7.

Kaiser CM, Williams KB, Mayberry W, Braun J, Pozek KD. Effect of an oral health training program on knowledge and behaviour of state agency long-term-care surveyors. *SCD Special care in Dentistry* 2000 Mar-Apr;20(2):66-71.

Kalsbeek H, Verrips G.H., Kleijn de - de Vrankrijker M.W., Mondgezondheid ouderen. TNO-rapport 1999.

Kalsbeek H, Kivit M. Schuller A., Mondzorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. TNO rapport 2002.

Kamblhu PP, Warren JJ. Dental treatment outcomes among dentate nursing facility residents an initial study. *Spec. Car. Dent*. 1998(18) 128-132.

Kaplan I, Moskona D. A clinical survey of oral soft tissue lesions in institutionalized geriatric patients in Israel. *Gerodontology*. 1990 Summer;9 (2):59-62.

Karikoski A, Ilanne-Parikka P, Murtomaa H. Oral self-care and periodontal health indicators among adults with diabetes in Finland. *Acta Odontol Scand*. 2001 Dec;59(6):390-5.

Kendall KA, Leonard RJ. Pharyngeal constriction in elderly dysphagic patients compared with young and elderly non-dysphagic controls. *Dysphagia*. 2001 Fall;16(4):272-8.

Kendall KA, Leonard RJ. Hyoid movement during swallowing in older patients with dysphagia. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2001 Oct;127(10):1224-9.

Kendall KA, Leonard RJ. Bolus transit and airway protection coordination in older dysphagic patients. Laryngoscope. 2001 Nov;111(11 Pt 1):2017-21.

Kernpunten van het Projectplan Integrale Mondzorg Verpleeghuizen Amsterdam, Stuurgroep Mondzorg Cliënten, mei 2003.

Kikawada M, Iwamoto T, Takasaki M. Aspiration and infection in the elderly: epidemiology, diagnosis and management. Drugs Aging. 2005;22(2):115-30.

Krijgen ouderen het/hun voor hun kiezen?! Eindrapport project mondgezondheid van ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen in West-Brabant, NIGZ 2003.

Klüter WJ, De tandheelkundige verzorging van verpleeghuisbewoners, 1997.

L Lindhe J, Parodontologie, Nederlandse Vereniging voor Parodontologie, Bohn Stafleu Van Loghum, 1993.

Locker D. Subjective reports of oral dryness in an older adult population. Community Dent Oral Epidemiol. 1993; 21(3):165-8.

Loveren C van, Preventie in: Baat de C, Kalk W, Geriatrische tandheelkunde, problematiek van ouder worden en mondgezondheid, Bohn Stafleu van Loghum, 1999, Hoofdstuk 13, 14 en 23.

Loveren C van, Weijden GA. van der, Mondhygiëne in: Preventieve Tandheelkunde, Op weg naar een doelmatige aanpak, Bohn Stafleu Van Loghum, 2000, 162-3.

Loveren C van, Weijden GA. van der, Preventieve Tandheelkunde, Op weg naar een doelmatige aanpak, Bohn Stafleu Van Loghum, 2000, Hoofdstuk 7: 83-7.

Lugt – Lustig de KHME, Volmondige Zorg, Lemma, 1998, H4: 115-6.

M Mercado F, Marshall RI, Klestov AC, Bartold PM. Is there a relationship between rheumatoid arthritis and periodontal disease? J Clin Periodontol. 2000 Apr;27(4):267-72.

Moerenburg JAHG, Baat de C, Zorgverlening aan hulpbehoevende, Hoofdstuk 20.5 : 278-81 uit: Baat de C, Kalk W, Geriatrische tandheelkunde, problematiek van ouder worden en mondgezondheid, Bohn Stafleu van Loghum, 1999.

Mojon P, Budtz-Jørgensen E, Rapin CH, Relationship between oral health and nutrition in very old people, Age and Ageing, 1999, 28: 463-8.

N Nagler RM, Hershkovich O. Age-related changes in unstimulated salivary function and composition and its relations to medications and oral sensorial complaints. Aging Clin Exp Res. 2005; 17(5):358-66.

Nagler RM, Hershkovich O. Relationships between age, drugs, oral sensorial complaints and salivary profile. Arch Oral Biol. 2005;50(1):7-16.

Nakayama Y, Washio M. Oral health conditions in patients with Parkinson's disease. J. Epidemiol. 2004 Sep;14(5):143-50.

Nicol R, Sweeney MP, McHugh S, Bagg J. Effectiveness of health care worker training on the oral health of elderly residents of nursing homes. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33:115-24.

Niedermeier W, Huber M, Fischer D, Beier K, Muller N, Schuler R, Brinninger A, Fartasch M, Diepgen T, Matthaeus C, Meyer C, Hector MP. Significance of saliva for the denture-wearing population. Gerodontology. 2000; 17(2):104-18.

Nieuw Amerongen van A, Speeksel en mondgezondheid. VU uitgeverij 1994.

Nordenram G, Ljunggren G, Cederholm T. Nutritional status en chewing capacity in nursing home residents. Aging Clin Exp Res. 2001 (13) 370-377.

Nordenram G, Ljunggren G., Oral status, cognitive and functional capacity versus oral treatment need in nursing home residents: a comparison between assessments by dental and ward staff., Oral Diseases (2002)8, 296-302

NVVA, richtlijn Probleemgedrag 2002.

O Olsen I, Denture stomatitis, Effects of chlorhexidine and amphotericin B on the mycotic flora, Acta Odontol Scand, 1975, 33: 41-6.

P Pajukoski H, Meurman JH, Halonen P, Sulkava R. Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outpatients in relation to saliva, medication, and systemic diseases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2001; 92(6):641-9.

Pannuti CM, Saraiva MC, Ferraro A, Falsi D, Cai S, Lotufo RFM. Efficacy of a 0,5% chlorhexidine gel on the control of gingivitis in Brazilian mentally handicapped patients. J Clin Periodontol. 2003;30:573-576.

Persson RE, Truelove EL, LeResche L, Robinovitch MR, Therapeutic effects of daily or weekly chlorhexidine rinsing on oral health of a geriatric population, Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991, 72: 184-92.

Persson RE, Persson GR, The Elderly at Risk for Periodontitis and Systemic Diseases. *Dent Clin N Am* 2005 (49) 279-292.

Pontoppidan H, Beecher HK. Progressive loss of protective reflexes in the airway with the advance of age. *JAMA*. 1960 Dec 31;174:2209-13.

Prete G., Clark L, Cowart B.J., Feldman R.S., Lowry L.D., Weber E., Young I.M. Non-oral etiologies of oral malodour and altered chemosensation. *J. Periodontal*. 63 (1992) 790-796.

Putten van der GJ, Bots C, Brands H, Nieuw Amerongen van A. Prevalentie van xerostomie en hyposalivatie in het verpleeghuis en de relatie met het aantal voorgeschreven geneesmiddelen. TGG, 2001.

R Robinson PG, Deacon SA, Deery C, Heanue M, Walmsley AD, Worthington HV. Manual versus powered toothbrushing for oral health (review). *The Cochrane Library*. 2005, issue 4.

S Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2004 Jul 1;15(4):221-39.

Senpuku H., Sogame A, Inoshita E. Tshuha Y, Miyazaki H, Hanada N., Systemic Diseases in Association with Microbial Species in Oral Biofilm from Elderly Requiring Care. *Gerontology* 2003 (49) 301-309.

Sheiham A, Steele JG, Marcenés W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, Prentice A, Walls AWG. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *Journal of Dental Research*. 2001;80:408-413.

Soini et al, Oral and nutritional status in frail elderly, *Spec Care Dentis* 2003, 23, 209-215.

Stafford GD, Arendorf GD, Huggett R, The effect of overnight drying and water immersion on candidal colonization and properties of complete dentures, *J Dent*, 1986, 14: 52-6.

Stenderup A, Oral mycology, *Acta Odontol Scand*, 1990, 48: 3-10.

Sumi Y, Nakamura Y, Michiwaki Y, Development of a systematic oral care program for frail elderly persons, *Spec Care Dentist* 2002, 22: 151-5.

Swart EL, Waal van der I, Wilhelm AJ, Orale bijwerkingen van geneesmiddelen. *Geneesmiddelen Bulletin* 2001.

T Tammiala-Salonen T, Hiidenkari T, Parvinen T. Burning mouth in a Finnish adult population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993;21(2):67-71.

U US Department of Health and Human Services, 2000:17).

V Verpleegkundige richtlijn Palliatieve Zorg, Stroomdiagram mondanamnese, 2005.

Visscher de JGAM, Waal van der I, Mondziekten en kaakchirurgie voor de medische praktijk. Bohn Stafleu van Loghum, 2005.

Vissink A, Spijkervet FKL, Stegenga B, Geneesmiddelen bij aandoeningen van mond, gebit en kaak. *Geneesmiddelen Bulletin* 2001.

W Wal KGH van der, Kuijl van der B. Irritatiehyperplasieën bij gebitsprothesedragers. *NTvG*, 1994 138 (23) 1161-1163.

Waldman HB, Fenton SJ, Perlman SP. Frustration: educating dental professionals to provide care to people with special needs. *Dentistry Today*. July 2004;23:62-63.

Warth, I., Andersson, L., Sörensen, S., Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses nursing assistants and home care aides. *Gerodontology*. 1997 Jul: 14 (1) : 28-32.

Willigen JD van (red.). Morfologie en functie van het orofaciale systeem. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

Wisse JWL, Gebit en tandvlees in: *Everdingen JJE van*, Het medisch handboek, Orde van medisch specialisten, Kosmos-Z&K Uitgevers, Utrecht/Antwerpen, 2003, 608-11.

Wyatt CCL, MacEntree MI, Caries management for institutionalized elders using fluoride and chlorhexidine mouthrinses, *Community Dent Oral Epidemiol* 2004, 32: 322-8.

Y Ylöstalo PV., Järvelin MR., Laitinen J., Knuuttila ML., *Gingivitis*, dental caries and tooth loss: risk factors for cardiovascular diseases or indicators of elevated health risk. *J Clin Periodontal* 2006 (33) 92-101.

Yoneyama T, Hashimoto K, Fukuda H, Ishida M, Arai H, Sekizawa K, Yamaya M, Sasaki H. Oral hygiene reduces respiratory infections in elderly bed-bound nursing home patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 1996;22:11-19.

Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, Mukaiyama H, Okamoto H, Hoshiba K, Ihara S, Yanagisawa S, Sriumi S, Morita T, Mizuno Y, Ohsawa T, Akagawa Y, Hashimoto K, Sasaki H and Members of the Oral Care Working Group. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:430-433.

Samenvatting

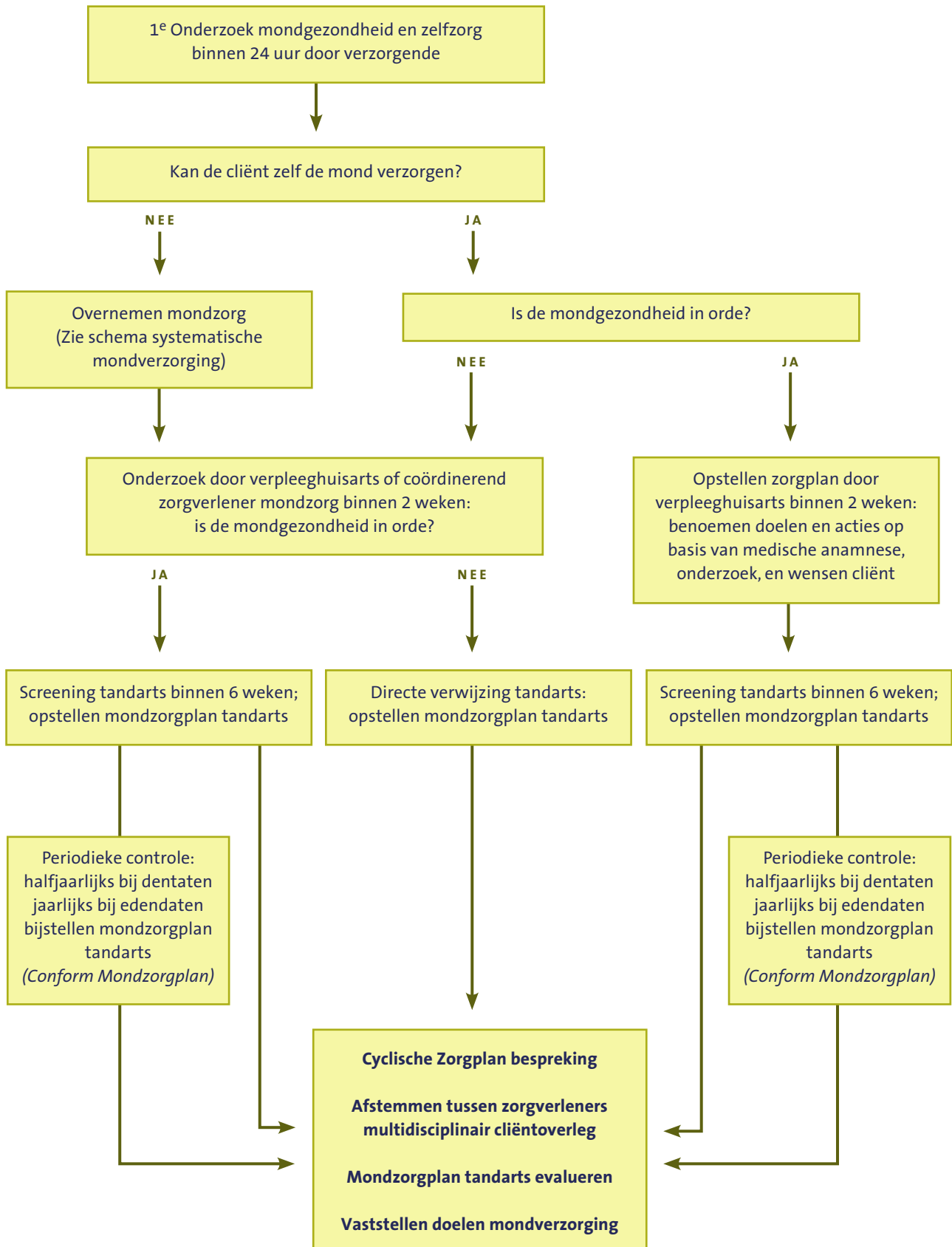
Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten

De multidisciplinaire richtlijn Mondzorg 2007 voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen beschrijft hoe de mondgezondheid van de genoemde groep optimaal bevorderd kan worden door het verlenen van goede mondzorg.

Schema systematische mondverzorging

Algemeen Voedselresten Na de maaltijd zo mogelijk een glas water drinken, opdat voedselresten weggespoeld worden.	
Dentate cliënten Reiniging gebitselementen, gingiva en orale slijmvliezen Gebitselementen en gingiva tweemaal daags poetsen met fluoridehoudende tandpasta. Indien tweemaal daags niet haalbaar is, dan eenmaal daags zeer grondig. De borstel zo plaatsen dat de overgang van tand naar tandvlees goed wordt gepoetst. Eenmaal daags (interdentale) reiniging van de ruimtes tussen gebitselementen en gingiva met behulp van ragers of tandenstokers of flossdraad. Ook de overige orale slijmvliezen (palatum) schoonborstelen.	Edentate cliënten Onderhoud gebitsprothese Gebitsprothese tweemaal daags schoonmaken met tandenborstel, water en vloeibare zeep. 's Nachts de gebitsprothese droog in schoon, open en gelabeld gebitsprothesebakje bewaren. N.B. markeer de gebitsprothese, zodat duidelijk is van wie die is. Gebitsprothese 's ochtends afspoelen en vochtig in de mond (laten) plaatsen.
Onderhoud implantaten De implantaten en de peri-implantaire weefsels poetsen met een tandenborstel. Op voorschrift van tandarts of mondhygiënist chloorhexidinegel rondom de implantaten aanbrengen of sprayen met een chloorhexidine-oplossing.	Onderhoud implantaten De implantaten tweemaal daags rondom poetsen met een tandenborstel met tandpasta. Op voorschrift van tandarts of mondhygiënist: eenmaal daags chloorhexidinegel rondom het implantaat aanbrengen en gebitsprothese eroverheen doen. Alternatief: sprayen met een chloorhexidine-oplossing.
Tong reinigen Op voorschrift van de tandarts of mondhygiënist de tong van zover mogelijk achteraan naar voren toe reinigen met een speciale tongschraper.	Tong reinigen Op voorschrift van de tandarts of mondhygiënist de tong van zover mogelijk achteraan naar voren toe reinigen met een speciale tongschraper.
Wanneer goed tandenpoetsen niet (meer) mogelijk is. Wanneer goed tandenpoetsen niet (meer) mogelijk is, cliënt op voorschrift van de tandarts of mondhygiënist laten spoelen met 0,12% chloorhexidine. Als ook dat niet (meer) lukt, chloorhexidinegel of chloorhexidine gedrenkt in bijvoorbeeld gaasjes appliceren. Cliënten met een hoog cariërisico in overleg met de tandarts of mondhygiënist wekelijks laten spoelen met 0.1% fluorideoplossing of dagelijks met 0,025% fluorideoplossing.	Reiniging mondholte Met zachte tandenborstel, vochtige gazen of ander hulpmiddel alle orale slijmvliezen reinigen, met speciale aandacht voor het palatum.
Ondersteunende maatregelen bij hyposalie Tweemaal daags tandvlees, gehemelte, mondbodem, slijmvliezen en zo mogelijk tong reinigen en bevochtigen. Dit kan gebeuren met zachte tandenborstel, of vochtige gazen gewikkeld om vinger, of dentaswabs.	

Processchema mondzorg



Bijlagen

ADL

Algemene dagelijkse levensverrichtingen.

AGREE

Appraisal of Guidelines Research & Evaluation.

Cariës

Het aanvreten van tand of kies.

Dentaat, edentaat

Dentaat: met eigen tanden en/of kiezen.

Edentaat: zonder eigen tanden en kiezen.

Dysfagie

Slikstoornissen.

Edentaat: zie [dentaat].

Endocarditis

Ontsteking van de binnenwand van het hart.

Foeter ex ore

Vieze geur uit de mond.

Gingivitis/gingiva

Ontsteking van tandvlees.

Goede mondgezondheid

Een toestand waarbij de cliënt vrij is van oro-faciale pijn, orale en pharyngeale tumoren, beschadigingen aan de orale weke delen, geboortedefecten zoals gespleten lip en gehemelte en andere ziekten en aandoeningen, die het orale, dentale en cranofaciale weefsel aantasten. Kortom: een zodanige toestand van de mond, dat de noodzakelijke functies zoals kauwen, bijten en praten mogelijk zijn.

Goede mondzorg

De preventie en behandeling van ziekten en functieproblematiek in het orofaciale gebied. Dit bestaat uit de volgende facetten:

- het geheel van zelfzorg, zelfzorgbegeleiding en zelfzorgondersteuning;
- de overname van (aspecten van) de zelfzorg door zorgverleners;
- professioneel onderzoek en diagnostiek in multidisciplinair verband.

De context van deze handelingen wordt gevormd door de ziekteprognose van de cliënt en de zorgdoelstelling van de organisatie.

Kortom: inspectie, verzorging, reiniging en behandeling van alle delen in de mond, inclusief lippen en gebitsprothesen.

Het begrip mondzorg omvat alle onderwerpen die in deze richtlijn besproken worden.

Hyposialie

Onvoldoende speekselproductie.

Implantaat

Kunstmatig steunpunt in de kaak, waarop een prothese bevestigd kan worden.

Interdentaal

Tussen de tanden of kiezen.

Kaakwal

Tandeloos gedeelte van de kaak zoals het weefsel onder een kunstgebit.

MDO

Multidisciplinair overleg. Overleg in de zorginstelling tussen de verschillende disciplines die deel uitmaken van het zorgteam.

Mondhygiëne

De dagelijkse verzorging van de mond en het gebit om deze gezond te houden en cariës en tandvleesontstekingen te voorkomen, en zo ook de kans op bacteriële infecties te minimaliseren.

Overkappingsprothese

Prothese die rust op implantaten of wortelresten.

Parodontitis

Chronische ontsteking van de weefsels rond de gebits-elementen, waarbij kaakbot wordt afgebroken.

Plaque

Voedselresten, door bacteriële activiteit omgezet in een schadelijke laag op het tandglazuur.

Plaque-Index Silness en Löe

Een methode om de hoeveelheid plaque op de tanden te beoordelen.

Score	Betekenis
Score 0	Tandvlak heeft geen plaque
Score 1	Tandvlak ziet er schoon uit, maar er kan nog plaque verwijderd worden bij het gingivale deel
Score 2	Tandvlak heeft zichtbare plaque
Score 3	Tandvlak is volledig bedekt met plaque

Pneumonie

Longontsteking.

Prothese

Kunstgebit.

Pulpa

Zenuwen en bloedvaten in de tand of kies.

Pulpitis

Ontsteking van het weefsel binnen in een tand of kies, vaak gekenmerkt door heftige pijn spontaan of bij koude of juist warme vocht en voeding.

Tandheeskundige zorg

De preventie en behandeling van ziekten en functieproblematiek in het orofaciale gebied, uitgevoerd door tandheeskundig professionals: de tandarts en de mondhygiënist.

Tandprotheticus

Tandheeskundig professional die prothesen aanmeet. Hiertoe verricht de tandprotheticus mondonderzoek, maakt passende prothesen en meet deze aan. Verder verschaft de tandprotheticus advies over de tandprothese en het gebruik ervan aan de cliënt en/of diens vertegenwoordiger en de betrokken zorgverleners.

Vertegenwoordiger

WGBO. Art.7:465 lid 3 BW 3. Indien een meerderjarige cliënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, niet onder curatele staat of ten behoeve van hem het mentorschap is ingesteld, worden de verplichtingen die voor de hulpverlener uit deze afdeling jegens de cliënt voortvloeien, door de hulpverlener nagekomen jegens de persoon die daartoe door de cliënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats op te treden.

Ontbreekt zodanige persoon, of treedt deze niet op, dan worden de verplichtingen nagekomen jegens een echtgenoot of andere levensgezel van de cliënt, tenzij deze persoon dat niet wenst, dan wel, indien ook zodanige persoon ontbreekt, jegens een ouder, kind, broer of zus van de cliënt, tenzij deze persoon dat niet wenst.

Wilsbekwaam

Cliënt die in staat mag worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van een beslissing of situatie die aan de orde is.

Wilsonbekwaam

Cliënt die niet in staat mag worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake van een beslissing of situatie die aan de orde is.

Zorgafhankelijke cliënten

Cliënten die geïndiceerd zijn voor de functies behandeling, verblijf, verpleging en verzorging.

Voorbeelden bij hoofdstuk 3

Mondzorg in de zorgstructuur

2a Inventarisatie mondgezondheid cliënt door de verzorgende

Binnen 24 uur na opname inventariseert de verzorgende de mondgezondheid en de mondverzorging van de cliënt, bijvoorbeeld door middel van de twee onderstaande formulieren, die aan het zorgdossier worden toegevoegd.

OBSERVATIEFORMULIER VERZORGENDE:

INVENTARISATIE MONDGEZONDHEID

Vereisten: penlite, handschoenen en mondgaasje.
Zorg dat voorafgaand aan het onderzoek mond en prothesen afgespoeld zijn. Bij voorkeur zit de cliënt gedurende de inventarisatie.

		Ja	Nee
1	Heeft de cliënt zijn eigen tanden en kiezen?		
2	Heeft de cliënt een kunstgebit (volledige prothese)?		
3	Heeft de cliënt een volledige bovenprothese?		
4	Heeft de cliënt een gedeeltelijke bovenprothese?		
5	Heeft de cliënt een volledige onderprothese?		
6	Heeft de cliënt een gedeeltelijke onderprothese?		
7	Heeft de cliënt nog eigen tanden onder de prothese?		
8	Heeft de cliënt implantaten?		
9	Heeft de cliënt klachten?		
10	Kan hij goed kauwen?		
11	Kan hij goed slikken?		
12	Kan hij goed spreken?		
13	Draagt hij de prothese?		
14	Heeft de cliënt een vieze mondgeur?		
15	Heeft de cliënt behoeften, vragen of wensen?		

**OBSERVATIEFORMULIER VERZORGENDE:
INVENTARISATIE ZELFZORG**

		Ja	Nee
1	Neemt de cliënt initiatief tot mondverzorging?		
2	Indien nee: vraag de cliënt zijn tanden of prothese te poetsen. Doet hij dat?		
3	Kan de cliënt de tandenborstel goed hanteren?		
4	Maakt de cliënt effectieve poetsbewegingen?		
5	Bereikt de cliënt alle elementen/delen in de mond?		
6	Houdt hij het poetsen ten minste een minuut vol?		
7	Kan de cliënt mondspoelen?		

Indien alle vragen met ja worden beantwoord is de cliënt in staat zijn mond te verzorgen. Wanneer een vraag met nee wordt beantwoord, is ondersteuning van de mondverzorging nodig, of dient de tandenborstel te worden aangepast.

2b Bepaling vereiste mondzorg door coördinerend zorgverlener mondzorg

Binnen twee weken na opname, of zoveel eerder als nodig is, bepaalt de coördinerend zorgverlener mondzorg wat er aan mondzorg vereist is. Dit gebeurt op basis van de bevindingen van de verzorgenden en de eigen waarnemingen, die zijn vastgelegd in bijvoorbeeld het onderstaande formulier, dat aan het zorgdossier wordt toegevoegd:

OBSERVATIEFORMULIER COÖRDINEREND ZORGVERLENER MONDZORG: INVENTARISATIE MONDGEZONDHEID

Geef per aandachtspunt aan wat de toestand is:

Aandachtspunt	Gezond	Afwijkend
Lippen	Glad, roze,vochtig	Droog, gebarsten of gescheurde mondhoeken
Speeksel	Weefsels glad en speeksel vloeit vrij en waterig	Weefsels droog en taai
Tong	Roze en vochtig	Beslag of zweertjes
Weefsel binnenkant wang, mondbodem en gehemelte	Roze en vochtig	Droog, wit of rood gevlekt, bloedend
Tandvlees	Roze en stevig	Rood, gezwollen, bloedend
Kaakwal (dit is onder de prothese)	Roze	Rood / zweertjes
Conditie van de eigen tanden	Geen afgebroken tanden of afwijking	Afgebroken tanden of afwijking
Conditie van de prothese	Gave elementen, compleet	Niet compleet
Mondhygiëne	Schoon	Niet schoon

Wanneer ten minste één aandachtspunt afwijkend is, worden de tandheekkundig professional en de verpleeghuisarts hierop geattendeerd.

2c Indruk van een elementaire tandartsenunit

VOORZIENINGEN OP LOCATIE BIJ INZETTEN VAN MOBIELE UNIT

- In de ruimte dient een stopcontact en een aanrechtvoorziening aanwezig te zijn.

DE MOBIELE UNIT BESTAAT UIT:

- behandelstoel
- behandelunit
- lamp
- mobiele röntgen
- afzuigingapparaat
- ladekastjes met instrumentarium
- desinfectie/sterilisatieapparatuur

VERDER ZIJN NODIG:

- disposables als:
 - 1 drinkbekers
 - 2 spuugbekkens
 - 3 schorten
 - 4 houten spatels
 - 5 swaps
 - 6 bakjes
 - 7 maatbekertjes
 - 8 tissues
 - 9 vloeibare zeep
 - 10 spuiten
 - 11 handschoenen
- medicamenten als:
 - 1 chloorhexidine mondspoeling
 - 2 perioaid in bulk met pomp
 - 3 fysiologische zoutoplossing
 - 4 waterstofperoxide-oplossing
 - 5 gedestilleerd water
 - 6 desinfectie-alcohol
 - 7 vaseline
- mondhygiënische artikelen als:
 - 1 tandenborstels
 - 2 protheseborstels
 - 3 tongschrapers
 - 4 assortiment interdentaal ragers
 - 5 prothesebakjes
 - 6 tandpasta
- tandheelkundige verbruiksmaterialen
- opbergkast voor cliëntenkaarten en materialen

Voorbeeldformulieren

3a Poetsprotocol

DOEL POETSPROTOCOL

Het op een juiste manier reinigen van gebit, kunstgebit en mondslijmvlies van de cliënt, die dit niet meer (geheel) zelfstandig kan, om pijn en ongemak te voorkomen, zoals tandsteen, tandbederf, ontsteking van tandvlees en mondslijmvlies, slechte adem, droge slijmvliezen. Daarnaast zullen luchtweginfecties vanuit de mondholte kunnen worden voorkomen. Een goede werking van alle functies van de mondholte geeft een grote verbetering van de kwaliteit van leven.

Aandachtspunten

ALGEMEEN

- Bij iedere klant dient minimaal 2x daags mondverzorging plaats te vinden.
- De positie van de klant tijdens de mondverzorging is bij voorkeur zittend.
- Indien zitten niet mogelijk is, is zijligging geïndiceerd in verband met gevaar voor verslikken. (eventueel halfzittend).
- Je legt aan de cliënt uit wat je gaat doen.
- Vooraf worden eventuele gebitsprotheses uit de mond genomen.
- Bij bijtreflex tijdens de mondverzorging wordt de mondzorgassistent(e) en zondig de logopedist(e) ingeschakeld voor nader advies.
- Tijdens de mondverzorging wordt gelet op wondjes, of pijnreacties. Zo nodig wordt de arts of tandarts ingeschakeld voor advies.
- Op advies van (verpleeghuis)arts, tandarts, mondzorgassistent(e) of logopedist(e) kunnen andere maatregelen voor mondverzorging nodig zijn. (o.a. gebruik van fysiologisch zout (NaCl 0,9%) of chloorhexidine 0,12%).
- Bij slikproblemen mag in verband met gevaar voor verslikken geen tandpasta, water of andere spoelmiddelen gebruikt worden.
- Grote voedselresten eerst verwijderen m.b.v. gazen.
- (Bij voorkeur voor het poetsen) inspectie verhemelte, tong, wangen, mondbodem (wat onder de tong zit) i.v.m. het ontdekken van pijnlijke plekjes.
- De tandenborstel moet in een hoek van 45 graden op het tandvlees gezet worden, en vervolgens naar de tand gedraaid worden, d.w.z. één kant op poetsen, “van rood naar wit”. Het makkelijkste is om een vaste volgorde aan te houden met poetsen: kauwvlakken, binnenkant, buitenkant onder; kauwvlakken, binnenkant, buitenkant boven; verhemelte, tong.
- Bij prothesedragers dienen de kaakwallen en verhemelte met een zachte borstel, zonder tandpasta te worden gepoetst (vermijd ‘kokhalzen’).
- Wanneer poetsen met een borstel (van gebit en mondslijmvliezen) niet lukt, kunnen gazen gewikkeld om de wijsvinger (of dentaswabs), gedrenkt in water of fysiologisch zout en goed uitgeknepen, gebruikt worden.

- Bij terminale cliënten is soms vaker dan 2x daags mondverzorging noodzakelijk.
- Bij cliënten met xerostomie (=droge mond) is soms vaker dan 2x daags mondverzorging noodzakelijk. In elk geval is dan meermaals bevochtiging noodzakelijk, al of niet met door mondzorgassistent(e) of tandarts aanbevolen speciale middelen.

BIJ GEBITSPROTHESE (VOLLEDIGE OF GEDEELTELIJKE)

- Na het uitnemen van de prothese adviseert de tandarts deze met uitsluitend (vloeibare) zeep te reinigen. Tandpasta mag bij voorkeur niet worden gebruikt, dit schuurt teveel. Reinigingstabletjes (Steradent e.d.) van allerlei soort zijn meestal vrij agressief en kunnen het kunststof beschadigen. “Speciale” vloeistoffen voor reiniging kunnen aanleiding geven tot overgevoelheidsreacties van het slijmvlies.
- **Tip:** leg bij het reinigen een doekje of een laag water in de wastafel om stukvallen van de prothese te voorkomen!
- Voor het reinigen van de gebitsprothese kan gebruik worden gemaakt van een speciale gebitsborstel: deze vergemakkelijkt het reinigen van de binnenkant van de prothese (het is zeer belangrijk dat ook die kant die op het slijmvlies rust goed wordt gereinigd!). Na reiniging zeer goed afspoelen!
- Bij cliënten met een gebitsprothese is het belangrijk om voor het slapen gaan de prothese uit de mond te nemen en zowel de mond als de prothese te reinigen. In het algemeen wordt aanbevolen om zonder prothese te slapen. Raadpleeg voor een advies voor de individuele klant de mondzorgassistent(e) of de tandarts. Wanneer deze aanbeveelt om wel met prothese te slapen, moet beslist goede reiniging van prothese en mondholte plaatsvinden voor de nacht.
- Wanneer zonder prothese wordt geslapen, wordt deze na reiniging bewaard in een afgesloten bakje, en voorzien van de naam van de cliënt.

BIJ GEBITSPROTHESE OP IMPLANTATEN BOVENDIEN HET VOLGENDE:

- Steeds vaker dragen mensen met houvastproblemen van met name de volledige onderprothese een zogenaamde implantaat-gedragen prothese. De implantaten en een daarop gemonteerde steg (een soort ‘rail’) of drukknoppen houden de prothese op zijn plaats. Deze steg of drukknoppen (of natuurlijke elementen) verdienen bijzondere aandacht bij de mondhygiëne! Ook de binnenkant van de bijbehorende prothese verdient extra aandacht.
- Steg reinigen met zachte tandenborstel, ragers en tandpasta.
 - Metalen klemmetjes in de binnenzijde van de prothese goed schoonborstelen en afspoelen.
 - Bij een overkappingsprothese over natuurlijke elementen (wortels) dient net zo gepoetst te worden als bij “gewone” tanden.
- Extra voorziening: drukknopjes en staafje.

Noodzakelijke materialen bij gewoon poetsen

Bij eigen gebit	Bij gebitsprothese
glas/beker water	glas/beker water
zachte tandenborstel (op naam)	protheseborstel (op naam)
tandpasta met fluoride	zachte tandenborstel (op naam)
handdoek	vloeibare zeep
vaseline	handdoek
handschoenen	vaseline
bekkentje	handschoenen
eventueel stokers, ragers, floss	bekkentje
gazen	eventueel stokers, ragers, floss (bijv. voor steg) gazen

UITVOERING GEWOON POETSEN

Desgewenst handschoenen aan tijdens de uitvoering.

BIJ EIGEN GEBIT

- 2x daags
 - tanden en tandvlees poetsen met zachte borstel met tandpasta
 - mond spoelen met water
 - eventueel lippen dun insmeren met vaseline
- 1x daags
 - op advies van mondzorgassistente of tandarts interdentaal reinigen met stokers, ragers of floss
- Bij voorkeur na iedere maaltijd de mond spoelen met water en/of controleren op etensresten!

BIJ GEBITSPROTHESE

- 1x daags
 - prothese reinigen met protheseborstel en vloeibare zeep, goed afspoelen
 - mondslijmvliezen en kaken poetsen met zachte borstel met water
 - mond spoelen met water
 - eventueel lippen dun insmeren met vaseline
 - prothesebakje (op naam) met water verschoneren
- 1x per week
 - indien nodig (tandsteen, aanslag) prothese één nacht in water met azijn, en daarna goed afspoelen
- Bij voorkeur na iedere maaltijd de prothese en de mond spoelen met water en/of controleren op etensresten!

AANWIJZINGEN GEBITSREINIGING BIJ SONDEVOEDING EN SLIKPROBLEMEN

De materialen zijn zoveel mogelijk dezelfde als bij orale voeding. Toegevoegd dienen te worden:

- gazen 5x5 cm en dentaswabs;
- tongschraper (een speciaal instrument met o.a. borstelrand) (op naam)

UITVOERING BIJ SONDEVOEDING EN SLIKPROBLEMEN

De procedure en de regelmaat is dezelfde als bij orale voeding. De afwijking zit in de volgende punten:

- Bij het tandenpoetsen (zonder tandpasta!) dient de mond nagereinigd te worden met gaasjes en mag niet gespoeld worden met water! Zo min mogelijk water gebruiken i.v.m. verslikingsgevaar!
- De tong dient met de tongschraper van achter naar voren gereinigd te worden, en nagereinigd met dentaswabs of in water/fysiologisch zout gedrenkte gazen (niet te nat).
- Met sondevoeding en slikproblemen dient extra aandacht aan het reinigen van de eventuele gebitsprothesen te worden gegeven.

3b Aanvraag tandartsconsult

Naam cliënt	
Afdeling	
Reden consult	
Datum	
Datum bezoek	Tijdstip
Mondhygiëne: <input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> slecht	
Behandeling	
Gebruik antistolling stopdatum: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee,	Paraaf arts
Uitleg aan begeleiding gegeven <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee,	
Overleg arts en/of familie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee,	Toelichting
Advies	
Datum volgende afspraak	Tijdstip
Reden van afspraak	
Toestemming voor extractie door familie	
Datum	Handtekening

3c Aanvraag tandheelkundige zorg/mondzorgondersteuning

Naam cliënt	Geboortedatum		
Afdeling			
Datum			
Indicatie	<input type="checkbox"/> langdurig verblijf	<input type="checkbox"/> tijdelijk	<input type="checkbox"/> wacht op overplaatsing naar andere instelling
Geestelijke toestand	<input type="checkbox"/> onrustig	<input type="checkbox"/> angstig	<input type="checkbox"/> anders nl:
Mobiliteit:	<input type="checkbox"/> geheel bedlegerig <input type="checkbox"/> loopt niet / rolstoel	<input type="checkbox"/> loopt met hulp <input type="checkbox"/> loopt zelfstandig	<input type="checkbox"/> mag wel belasten <input type="checkbox"/> mag niet belasten
Kan in tandartsstoel	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> met tillift: actief passief	<input type="checkbox"/> nee want:
Medicijnen antistolling	<input type="checkbox"/> Dipyridamol (Persantin) <input type="checkbox"/> Ac. salicylzuur (Ascal/ Aspirine) <input type="checkbox"/> Acenocoumarol (Sintrom mitis) <input type="checkbox"/> Fraxiparine		
Is noodzaak voor Endocarditis profylaxe aanwezig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee (zie diagnoselijst)	
Gevraagde therapie			
Opmerkingen / bijzonderheden			
Verzoek	<input type="checkbox"/> consult tandarts	<input type="checkbox"/> overleg/begeleiding mondzorg (-assistente)	
Ingevuld door			

Via e-mail versturen of inleveren bij de receptie in postvak lab t.a.v. Mondzorg

3d Uittreksel onderzoek en behandelplan tandarts voor het zorgdossier

Naam cliënt		Geboortedatum			
Datum onderzoek					
Laatste tandheelkundig onderzoek/behandeling		Datum	<input type="checkbox"/> Onbekend		
Status Preasens					
Bovenkaak	<input type="checkbox"/> eigen dentitie	<input type="checkbox"/> edentaat	<input type="checkbox"/> gedeeltelijk kunstgebit:.....	<input type="checkbox"/> V/-	<input type="checkbox"/> impl.
Onderkaak	<input type="checkbox"/> eigen dentitie	<input type="checkbox"/> edentaat	<input type="checkbox"/> gedeeltelijk kunstgebit:.....	<input type="checkbox"/> -/V	<input type="checkbox"/> impl.
Beoordeling gebitsprothese					
Esthetisch	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> acceptabel	<input type="checkbox"/> storend		
Functioneel	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> acceptabel	<input type="checkbox"/> storend		
Gemerkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> merken plannen		

NATUURLIJKE GEBITSELEMENTEN / TOESTAND

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beoordeling dentitie															
Esthetisch		<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> acceptabel		<input type="checkbox"/> storend										
Functioneel		<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> acceptabel		<input type="checkbox"/> storend										
Bijzonderheden mondslijmvlies:															
Eventuele klachtenomschrijving:															
Behandelbehoefte / mondzorgplan:															
Acceptatie klant behandelplan												<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nee	
Afdeling / afdelingsarts moet nog in overleg met contactpersoon												<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nee	
Mondzorgassistent overlegt met contactpersoon												<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nee	
Bijzonderheden/voortgang:															

3e Journaal tandarts voor zorgdossier

Naam cliënt	Geboortedatum
Afdeling	
Datum bezoek	
Onderhoud gebit	
Behandeling	
Advies	
Datum volgende afspraak	
Datum bezoek	
Onderhoud gebit	
Behandeling	
Advies	
Datum volgende afspraak	
Datum bezoek	
Onderhoud gebit	
Behandeling	
Advies	
Datum volgende afspraak	
Datum bezoek	
Onderhoud gebit	
Behandeling	
Advies	
Datum volgende afspraak	

3f Terugrapportage na tandartsbezoek voor zorgdossier

Naam cliënt	Geboortedatum		
Afdeling			
Reden consult	<input type="checkbox"/> op aanvraag	<input type="checkbox"/> screening	<input type="checkbox"/> controle
Omschrijving klacht:			
Bevindingen tandarts			
<input type="checkbox"/> Eigen tanden/kiezen boven/onderkaak	<input type="checkbox"/> Overkappingsprothese boven/onderkaak		
<input type="checkbox"/> Gedeeltelijke prothese boven/onderkaak	<input type="checkbox"/> implantaat prothese boven/onderkaak		
<input type="checkbox"/> Volledige prothese boven/onderkaak	<input type="checkbox"/> Drukplek verwijderd		
<input type="checkbox"/> Anders, nl			
Advies / verrichtingen tandarts:			
<input type="checkbox"/> Zo laten	<input type="checkbox"/> Verwijzing naar kaakchirurg, mail volgt		
<input type="checkbox"/> (half)Jaarlijkse controle	<input type="checkbox"/> Gebitsreiniging		
<input type="checkbox"/> Er is tandsteen verwijderd en daardoor kan het tandvles wat bloeden. Dit gaat snel over: alleen als er zeer goed gepoetst wordt krijgt het tandvles de kans te herstellen. Schoon, gezond tandvles bloedt niet.			
<input type="checkbox"/> Er is een tand/kies getrokken (zie mondschema)			
<input type="checkbox"/> Er is een vulling gemaakt, deze kan wat napijn geven (zie mondschema)			
<input type="checkbox"/> Er is verdoving gegeven en deze zal in het algemeen pas twee tot vier uur na de behandeling zijn uitgewerkt. Let op wangbijten!			
<input type="checkbox"/> Er is een vulling gemaakt (zie mondschema). Deze is direct hard, dus de cliënt mag eten.			
<input type="checkbox"/> Er is een vulling gemaakt (zie mondschema). Deze moet nog hard worden, dus de cliënt mag pas na uur eten. Drinken mag wel.			
<input type="checkbox"/> Vervaardiging (nieuwe) gedeeltelijke prothese boven/onderkaak			
<input type="checkbox"/> Afgeleverd			
<input type="checkbox"/> Vervaardiging (nieuwe) volledige prothese boven/onderkaak	<input type="checkbox"/> afgeleverd		
<input type="checkbox"/> Uitbreiding met een of meer tanden/kiezen van gedeeltelijke kunstgebit	<input type="checkbox"/> afgeleverd		
<i>Op de plek van uitbreiding kan een z.g.n. drukplekje ontstaan. Bij pijn het gebit wel dragen en mondzorgassistentie op de hoogte stellen. De tandarts komt voor nacontrole bij de klant langs.</i>			
<input type="checkbox"/> Het kunstgebit is voorzien van een nieuwe 'voering'. Net als met een nieuwe prothese kunnen er pijnlijke plekken ontstaan.			
<input type="checkbox"/> Anders, nl			
Advies betreffende de dagelijkse mondverzorging			
<input type="checkbox"/> Minimaal twee maal daags grondig tandenpoetsen	<input type="checkbox"/> begeleiding v.d. afd.med. bij dagelijkse mondreiniging		
<input type="checkbox"/> Gebruik tongreiniger	<input type="checkbox"/> na de maaltijd prothese(n) uit de mond en reinigen		
<input type="checkbox"/> Na de maaltijd de mond spoelen			
<input type="checkbox"/> Anders, nl			
Overige mededelingen van de tandarts:			

Met vriendelijke groet,

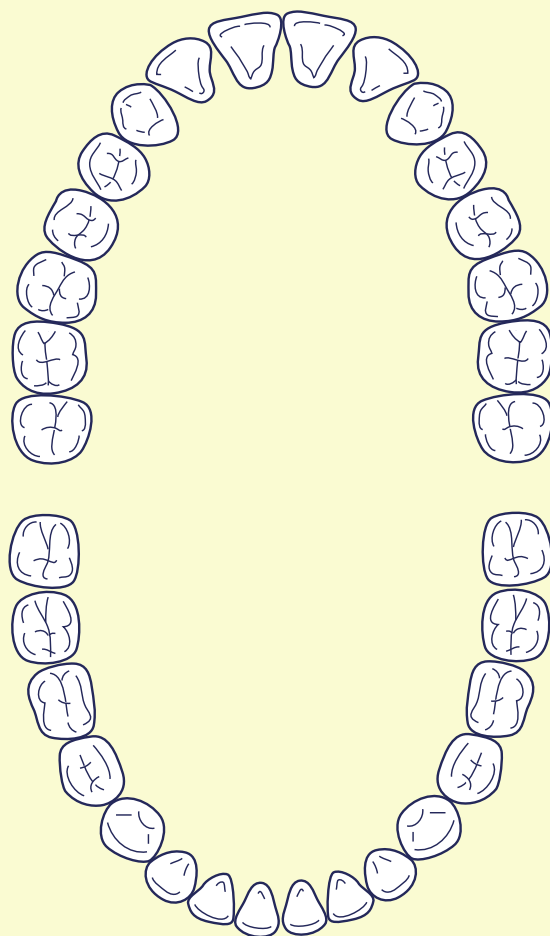
Naam, functie

De tandarts is er zonder tegenbericht op

Voor vragen: mondzorgassistentie, sein of via de mail of via de verstrekte consultaanvragen.

Mondschema

Weergave van het gebit met verstandskiezen.



3g Mondverzorgingsschema

Naam cliënt	Geboortedatum
Datum	
Hulp bij gebitsverzorging:	
<input type="checkbox"/> heeft volledige hulp nodig <input type="checkbox"/> heeft enige hulp nodig <input type="checkbox"/> moet op gezette tijden gestimuleerd worden <input type="checkbox"/> kan zelf een adequate mondhygiëne handhaven <input type="checkbox"/> weigert mondverzorging uit te voeren of te laten uitvoeren	
Specifieke wensen van bewoner:	
Situatie in de mond:	
<input type="checkbox"/> volledig kunstgebit, boven / onder ¹ wordt boven / onder ¹ niet gedragen! <input type="checkbox"/> overkappingsprothese (let op de pijlers in de kaak) boven / onder ¹ wordt boven / onder ¹ niet gedragen! <input type="checkbox"/> gedeeltelijk kunstgebit (zgn. plaatje of frame) boven / onder ¹ wordt boven / onder ¹ niet gedragen! <input type="checkbox"/> eigen tanden en kiezen <input type="checkbox"/> geen tanden en kiezen en ook geen gebitsprothese	
Mondverzorging:	
Verzorging kunstgebit:	
Verzorging kaakwallen:	
Verzorging gedeeltelijk kunstgebit:	
Verzorging eigen tanden en kiezen en/of pijlers, implantaten e.d.²	
tandenborstel	
tandpasta	
tussen tanden en kiezen	
spoelmiddelen	
Bijzonderheden:	
Behandelend arts ³	
Behandelend tandarts ³	
Behandelend mondhygiënist ³	
Behandelend tandprotheticus ³	

1 = doorstrepen wat niet van toepassing is

2 = zo mogelijk merk, soort hardheid, maat e.d. noteren

3 = naam en telefoonnummer noteren en indien mogelijk frequentie van controles Mondverzorgingsschema V en V.

Bron : NIGZ Woerden

4 Samenvatting proefimplementatie Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen

Inleiding

Het doel van de proefimplementatie was zicht te krijgen op de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de conceptrichtlijn in de praktijk. We wilden in beeld krijgen welke knelpunten zich bij de implementatie konden voordoen en hoe deze het beste kunnen worden opgelost. Tien verpleeghuizen hebben een verbeterpunt uit de conceptrichtlijn uitgetest in de praktijk. Zij moesten een projectorganisatie in hun verpleeghuis inrichten. In een plan van aanpak gaven zij aan op welk punt zij verbeteringen nastreefden en hoe zij die wilden realiseren. De procesgang en de resultaten zijn geregistreerd. De tien verpleeghuizen en de projectleider mondzorg hebben een netwerk opgezet. Dit netwerk diende om informatie uit te wisselen, elkaar te enthousiasmeren en van feedback en scholing te voorzien.

Selectie van de tien verpleeghuizen

Ruim twintig verpleeghuizen hebben positief gereageerd op het verzoek mee te doen met de proefimplementatie van het project mondzorg. We hebben een keuze moeten maken, omdat een groep van tien verpleeghuizen het maximaal haalbare was bij de gekozen ondersteuning. Van de verpleeghuizen werd gevraagd, dat zij

- gemotiveerd waren;
- instemming hadden verkregen van hun management;
- kennis en inzicht hadden in de problematiek van mondzorg in het verpleeghuis;
- bereid waren de cliëntenraad bij het project te betrekken.

Bij de selectie van de verpleeghuizen is rekening gehouden met het soort verpleeghuis, de spreiding over Nederland, de samenstelling van de duo's (per huis is gevraagd om twee personen aan te wijzen om de draagkracht voor de proefimplementatie te vergroten), de ervaringen op het gebied van mondzorg, en de vragen die de verpleeghuizen beantwoord wilden zien.

De volgende verpleeghuizen deden mee aan de proefimplementatie:

Verpleeghuis Nieuw Berkendael	Den Haag
Verpleeghuis Bornia Herne	Leeuwarden
Verpleeghuis Velsersduin	Driehuis
Heymanscentrum Neerwolde	Groningen
Verpleeghuis Gaasperdam	Amsterdam
Verpleeghuis Zevenaer	Zevenaar
Verpleeghuis ter Reele	Vlissingen

Verpleeghuis Bieslandhof
Stichting Saffier
Zorgcentrum de Buitenhof

Nootdorp
Den Haag
Amsterdam

De medewerkers waren afkomstig uit verschillende beroepsgroepen: zoals twee tandartsen, vijf verpleeghuisartsen, één logopedist, 3 mondhygiënisten en 6 verpleegkundigen/managers.

De proefimplementatie

In juni 2005 vond een introductiebijeenkomst plaats voor de geselecteerde verpleeghuizen, waarin uitleg werd gegeven over deelname aan de proefimplementatie. De bedoeling was, dat de huizen zich zouden beraden over hun potentieel verbeterpunt en de periode tot september zouden benutten om een vruchtbaar klimaat te scheppen voor de daadwerkelijke start van de proefimplementatie. Voor de keuze van verbeterpunten werd gerefereerd aan de inhoudsopgave van de conceptrichtlijn en de knelpuntenanalyse. De implementatieperiode liep van september 2005 tot en met maart 2006.

De ondersteuning omvatte een drietal plenaire activiteiten en een aantal individuele activiteiten voor de tien verpleeghuizen. In verband met de expertise op het gebied van implementatietrajecten voor vernieuwing en verandering in de V&V sector, sloot de NVVA een samenwerkingsovereenkomst met Regioplan.

Regioplan nam samen met de NVVA de voorbereiding en uitvoering van de drie plenaire bijeenkomsten op zich. Hierin werd aandacht besteed aan:

- de vaststelling van de verbeterpunten (gelet werd op een goede spreiding van punten uit de conceptrichtlijn mondzorg);
- plan van aanpak, zowel theoretisch als praktisch;
- intervisie;
- de uitvoering van het plan van aanpak;
- de registratie van gegevens;
- de oplossing van knelpunten;
- het gebruik van speciaal voor het project mondzorg ontwikkelde formats;
- de verslaglegging, zowel over de haalbaarheid van de richtlijn, als over knelpunten en mogelijke oplossingen.

Daarnaast konden de contactpersonen uit de verpleeghuizen een beroep doen op de helpdesk voor vragen over de veranderingsprocessen of vragen over inhoudelijke

onderwerpen. De vragen werden door de projectleider verdeeld over de deskundigen, die meewerkten aan de helpdesk. Bovendien werd per verpleeghuis 2 uur per maand individuele begeleiding gedurende 6 maanden gegeven.

Resultaten van de proefimplementatie

NAAR PROCES

Mondzorg doe je niet alleen. Het is een zaak van multidisciplinaire samenwerking. Daarom moet veel aandacht besteed worden aan de inbedding van mondzorg in de totale organisatie. De betrokkenen moeten zich bewust worden van het belang van mondzorg als onderdeel van de basiszorg in verpleeghuizen. Er moet daarom binnen een instelling breed en op verschillende manieren gecommuniceerd worden. Daartoe zijn verschillende werkwijzen besproken in de eerste bijeenkomst en in de periode tussen de eerste en tweede plenaire bijeenkomst. Voorbeelden van communicatie zijn:

- een brief aan de cliëntenraad;
- een presentatie in een (team)overleg;
- een brief aan collegamangers;
- een bericht voor personeelsblad of organisatieblad;
- een enquête om de ervaren knelpunten te inventariseren;
- een tweede enquête om de vorderingen en veranderingen in kaart te brengen;
- een nulmeting bij cliënten om de mondgezondheid vast te stellen;
- een tweede meting: bracht een periode van aandacht voor de basismondzorgveranderingen teweeg;
- bewustwording door bespreking van het onderwerp mondzorg in teamoverleg, of door te vragen hoe verzorgenden zelf gewend zijn mondverzorging uit te voeren, of door bij opname te vragen hoe cliënten thuis gewend waren hun mond te verzorgen.

Motivatie en bewustwording zijn belangrijke voorwaarden voor verandering, maar kennis en vaardigheden zijn dat evenzeer. In de tweede bijeenkomst stonden ervaringen met het invoeren van verbeteringen in de mondzorg centraal. Aan de hand van gedocumenteerde successen en ervaren problemen is het proces en het effect van de invoering geanalyseerd. Bovendien is er een begin gemaakt met de formulering van aanbevelingen voor de werkgroep mondzorg.

De volgende hindernissen werden door de deelnemers genoemd:

- 1 Er is te weinig tijd bij zowel verzorgenden als implementeerder.
- 2 Weinig mogelijkheid tot feedback geven aan verzorgenden.
- 3 Verloop van personeel maakt dat je frequent en op veel plaatsen op het terrein van mondzorg moet investeren in personeel.
- 4 De rol van de verpleeghuisarts op het gebied van mondzorg is onvoldoende ingevuld.

- 5 De afwezigheid van een tandarts of mondhygiënist in een verpleeghuis maakt verbetering van mondzorg moeilijk.
- 6 Samenwerking met een tandarts die geen affiniteit met de doelgroep heeft, staat goede mondzorg in een verpleeghuis in de weg.
- 7 Er is een gebrek aan overzicht betreffende goede producten/hulpmiddelen voor specifieke doelgroepen.
- 8 Hoe motiveer je mensen blijvend?
- 9 Hoe maak je mondzorg een belangrijke prioriteit bij alle bij de cliënt betrokken professionals?

In de verpleeghuizen is tijdens de proefimplementatie veel tijd en energie gestoken in het 'kunnen'. Dit heeft op verschillende wijzen plaatsgevonden:

- toetsen conceptformulieren op het terrein van mondzorg bij gebruikers (veelal verzorgenden) - snappen ze wat er staat en kunnen ze het formulier invullen;
- instructie van verzorgenden m.b.t. het gebruik van formulieren en observatielijsten;
- het geven van een klinische les / presentatie van de resultaten van de inventarisatie knelpunten mondzorg;
- kennis opdoen door bezoek aan een ander verpleeghuis dat mondzorg goed op poten heeft staan;
- verzorgenden laten deelnemen aan een cursus mondzorgcoördinator NIGZ;
- randvoorwaarden regelen bij management / directie (vrijmaken tijd en geld voor project);
- promotiemateriaal regelen bij fabrikant van mondverzorgingsmateriaal.

In de derde en laatste bijeenkomst presenteerde elk verpleeghuis een evaluatie. Voorts werd geïnventariseerd wat de leerervaringen waren en welke instrumenten waren aangepast tot in de praktijk bruikbare versies.

Bij het daadwerkelijk uitvoeren van een verbeteractie blijkt het volgens de pilothuizen van essentieel belang om:

- te streven naar zichtbaarheid van het project, bijvoorbeeld door het gebruik van posters en aanplakbiljetten;
- te streven naar zichtbaarheid van de trekker van het project door veel zelf op de afdelingen rond te lopen, individuele verzorgenden aan te spreken op hoe ze mondverzorging uitvoeren en na te vragen hoe ze ondersteund willen en kunnen worden;
- zichtbaarheid in te zetten als stok achter de deur voor anderen, net zoals de plenaire bijeenkomsten een stok achter de deur waren voor de implementeerders;
- een tijdstip af te spreken waarop de verbeteractie start, en de actie overzichtelijk te houden. Kijk bijvoorbeeld naar de mondgezondheid bij opnames of op een bepaalde afdeling in een afgebakende periode januari-februari, in plaats van te inventariseren bij alle bewoners. Door het klein te houden is de kans groter dat de actie daadwerkelijk wordt uitgevoerd;
- het belang van goede mondzorg en de invulling ervan in het project te herhalen.

NAAR PRODUCT

In deze paragraaf beschrijven we de resultaten van de proefimplementatiefase. We maken daarbij een onderscheid tussen de tips die de deelnemers hebben voor andere verpleeghuizen en de wijzigingen die zij tijdens de proefimplementatie hebben aangebracht in de aanbevelingen van de werkgroep.

Op basis van hun persoonlijke leerervaringen komen de deelnemers aan de proefimplementatie tot de volgende tips die bij kunnen dragen aan een succesvolle invoering van verandering op het terrein van mondzorg in de verpleeghuisorganisatie:

a – Laagdrempelig werken

Het ziektebeeld van de cliënt heeft consequenties voor de omgang tussen hulpverlener en cliënt. Wanneer een tandarts affiniteit heeft met de doelgroep en goed communiceert, stimuleert dit cliënt en verzorgenden om naar de tandarts te gaan. Ook is terugrapportage van hetgeen de tandarts bevindt en doet van belang voor cliënt en verzorgende.

b – Niet alleen, maar met een team

De tandarts moet op de een of andere manier deel uitmaken van het team dat de cliënt verzorgt. Dan kan de competentie van de tandarts beter benut worden en is de tandheelkundige zorg beter geïntegreerd in de totale zorg. Ook een mondhygiënist, een logopedist en mondzorgcoördinatoren blijken van essentieel belang te zijn om het onderwerp mondzorg organisatiebreed en op verschillende niveaus aan te kunnen pakken en niet afhankelijk te laten zijn van één persoon of medewerker.

c – Communicatie

Het is belangrijk affiniteit te hebben met de doelgroep. Als je de taal spreekt van de hulpverleners rondom de cliënt, kun je ze letterlijk aanspreken op de juiste zorg, zowel in positieve als in negatieve zin. Je moet ook zichtbaar zijn, zodat je ook door de ander gemakkelijk aangesproken kunt worden.

De coördinator mondzorg zit op het snijvlak van de cirkels. Zij heeft zowel toegang tot (para)medici als tot de verzorgenden. Een verzorgende die een specialisatie heeft op het gebied van slikken en mondzorg ontleent daar ook status en respect aan. Daarom wordt ook een brede inzet van verzorgenden met aandacht voor mondzorg bepleit en niet alleen een opplussen van consultants met een of meer aandachtsvelden. Neem mondzorg ook mee bij casuïstiek in bijvoorbeeld het teamoverleg.

‘Tandenpoetsen lukte vanmorgen niet.’ Waarom niet? Spreek het door en bespreek handelingsalternatieven.

d – Goede instructie is belangrijk

Een klinische les over slikken of mondzorg maakt mensen bewust van de problematiek en geeft houvast voor adequaat handelen. Zorg, dat adviezen een plaats krijgen in het dossier van de cliënt. Integreren van de mondzorg in

de totale zorg is belangrijk. Geef de bewoner een tandenborstel en kijk wat hij ermee doet. Mondzorg wordt nu aan ADL gelinkt. Er zijn handelingsalternatieven, zoals tandenpoetsen voor de tv of onder de douche. Probeer buiten de geijkte kaders te denken, wees creatief.

e – Maak mondzorg standaard onderdeel van het zorg- en behandelplan

Een zorgplan vereist de inzet van veel zorgverleners. Kijk in de mond, is het motto. Zorg ervoor dat een verpleeghuisarts ook in de mond gekeken heeft en in ieder geval over de basisinformatie van het gebit beschikt. Bekijk als verzorgende wat de bewoner zelf kan doen aan mondverzorging en waarbij de verzorging moet ondersteunen. Zorg ervoor dat uitgevoerde behandelingen bij de tandarts ook bij de verzorging bekend zijn, zodat bij eventuele klachten adequaat kan worden gehandeld. Evalueer je samenwerking regelmatig en benoem de leermomenten. Tijdens multidisciplinair overleg kan mondzorg ter sprake komen. Geef mondzorg een vaste plek op de ADL-lijst. Probeer op de hoogte te blijven van actuele productinformatie. Door middel van voorlichtingsbijeenkomsten kunnen artsen en anderen bij mondzorg betrokken worden. Vraag de tandarts nieuwe producten op het gebied van mondzorg te tonen en uit te leggen.

f – Borging van mondzorg

Borging van instrumenten en werkwijzen op het terrein van mondzorg is van essentieel belang en kan op verschillende wijzen plaatsvinden:

- opname mondzorg in anamnese;
- mondzorg een plek geven in het zorgplan en in het zorgdossier;
- mondzorg onderdeel van de bewonersbespreking tussen de eerstverantwoordelijke verzorgenden en verpleeghuisartsen, alsook in MDO op breder vlak;
- mondzorg bespreken in dagevaluatie;
- mondzorg bespreken in intervisiegroep verpleeghuisartsen;
- mondzorg bespreken in platform intercollegiale toetsing mondhygiënisten;
- mondzorg meer als casus in teamoverleg ter sprake brengen;
- opname van mondzorg in opleidingsplan, kan gaan om eenmalige nascholing in mondzorgcoördinatie of bij- en nascholing klinische les;
- een enquête over mondzorg, om vast te stellen of er vorderingen zijn en om mensen scherp te houden;
- een team van deskundigen formeren, en op verschillende vlakken functionarissen die mondzorg als deskundigheid hebben (decubitus-deskundige, mondzorgdeskundige en mondhygiëniste) samen inzetten;
- locatieoverleg, waarbij management en zorgcoördinator aanwezig zijn.

Voor de integrale tekst van de ervaringen met de proefrapportage wordt verwezen naar het Verslag van ervaringen met onderdelen conceptrichtlijn mondzorg bij ouderen in

10 verpleeghuizen, maart 2006. De afwegingen over de juiste aanpak en de bepaling van taken en verantwoordelijkheden spitsten zich toe op de aanbevelingen 3 en 4. Daarom worden die hier expliciet genoemd.

AANBEVELING 3

De verzorgende bepaalt binnen 48 uur na opname op basis van onderstaande observatielijst de bepaling van de mondgezondheid.

Het vaststellen van de mondgezondheid moet hoger in de organisatie aangepakt worden. Maak het onderdeel van de anamnese. Woorden als gedeeltelijke prothese en kaakwal zijn voor de meeste verzorgenden te moeilijk. Bij een pg-cliënt werkt het niet adequaat als bij het eerste contact met een penlite in de mond moet worden gekeken. Belangrijk is om goed te bepalen wie wat doet en wanneer. Veel nieuwe cliënten komen met een achterstand in de mondzorg binnen. Er is ook sprake van verwaarloosde mensen. Die hebben er behoefte aan eerst tot rust te komen. Verpleeghuis Zevenaar heeft een observatielijst ontwikkeld waarin de lijst begrijpelijk is gemaakt voor verzorgenden en waarbij een integratie heeft plaatsgevonden van aanbeveling 3 en 4 tot één lijst.

AANBEVELING 4

De verzorgende gebruikt voor de beoordeling van de toestand van de mond en het gebit de onderstaande observatielijst.

Deze aanbeveling blijkt niet overeen te komen met de competentie van de verzorgende, dit is veeleer de competentie van de tandarts. De vragen bij aanbeveling 4 kunnen door de verzorgende beantwoord worden.

De discussie spitst zich toe op het geschikte moment voor het stellen van de vragen. Bij opname wordt al zo veel gevraagd, dat dit moment minder geschikt wordt geacht. M.b.t. het knelpunt verloop van personeel wordt opgemerkt, dat de consequentie is, dat geen borging plaatsvindt.

Een tip is te zorgen voor een breed draagvlak. Mobiliseer het management en anderen, kom met een voorstel en bespreek dat binnen het team.

Bij veel wisselingen in een team is sprake van onrust. Zorg voor rust, een belangrijke voorwaarde voor innovatie, en stop dan opnieuw energie in het team.

Samenwerking en afstemming tussen de verschillende bij mondzorg betrokken disciplines (tandarts, verpleeghuisarts, mondhygiënist, mondzorgcoördinator, verplegende, verzorgende, fysiotherapeut en ergotherapeut en mondzorgassistente) dient gestructureerd te worden.

In twee pilothuizen is deze aanbeveling geïmplementeerd en dit heeft geresulteerd in een formulier waarop de tandarts aangeeft wat de status is van het gebit en welke afspraken er met andere disciplines zijn gemaakt. Het formulier heeft een plek in het digitale zorgdossier. Na toetsing onder verzorgenden is een afbeelding toe-

gevoegd van een gebit zodat gevisualiseerd wordt welke tanden er wel en niet aanwezig zijn. Door deze huizen is bovendien benadrukt dat disciplines als een ergotherapeut en fysiotherapeut een belangrijke bijdrage kunnen leveren in het kader van de mondzorg door aanpassing van bijvoorbeeld een tandenborstel en het oefenen met transfers.

Conclusie en terugblik

In voorgaande paragrafen is een aantal conclusies en aanbevelingen aan de werkgroep aan de orde geweest. In deze afsluitende paragraaf vatten we deze conclusies kort samen. Een aantal van deze conclusies kan worden opgevat als (voorlopers van) indicatoren voor de implementatie van de richtlijn Mondzorg in verpleeghuizen. Bovendien kijken we terug op deze vorm van begeleide implementatie.

- Voor bewustwording is een inventariserende enquête een bruikbaar middel;
- Voor bewustwording en instructie moet men de mondzorgdeskundige zichtbaar laten zijn en werken met visuele middelen (posters, foto's etc.);
- Overdracht en het systematisch onderhouden van kennis is van essentieel belang. Herhaling lijkt het toverwoord. Dit kan middels klinische lessen, casuïstiek en inzet van een mondzorgcoördinator;
- Bepaling van de mondgezondheid vindt 48 uur na opname plaats door een verpleeghuisarts, bij pg-cliënten wordt zonodig gewacht tot het moment dat de cliënt meer tot rust is gekomen;
- Aanpassing van een aantal instrumenten uit de aanbevelingen drie en vier heeft plaatsgevonden, en heeft werkbare en bruikbare formulieren opgeleverd;
- Werk bij mondzorg niet solo maar met een team van deskundigen op het terrein van mondzorg. Het vermindert de kwetsbaarheid, vergroot de bekendheid en de mogelijkheden tot aanspreken;
- Mondzorg kan verbreed worden door ook andere disciplines erbij te betrekken, zoals ergo- en fysiotherapeuten en logopedisten;
- Verdeling van verantwoordelijkheden is mogelijk. Zie het voorbeeldformulier van Verpleeghuis Gaasperdam;
- Borging van mondzorg kan en moet op verschillende wijzen plaatsvinden. Heel belangrijk is om mondzorg een onderdeel te maken van medische anamnese en het zorg- en behandelplan.

Dit project had het karakter van een begeleide implementatie. Wij zijn van mening dat de begeleiding op zich en de opzet van de begeleiding nut heeft gehad.

Dit oordeel hebben de deelnemers ook in de eindevaluatie naar voren gebracht. De systematische aanpak, de opbouw van willen, weten, kunnen en doen heeft resultaat gehad. Door de regelmatige samenkomsten en tussentijdse begeleiding hadden de deelnemers niet alleen een klankbord maar ook een stok achter de deur. Dat heeft gewerkt en werkt nog steeds!

