



Stichting
Kwaliteitsimpuls
Langdurige
Zorg

Richtlijn

Mondverzorging

Publicatiedatum 29-02-2024

Bekijk de meest actuele versie op

<https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/richtlijnen/mondverzorging>

Richtlijnen

Langdurige Zorg

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Overzicht aanbevelingen	4
1.1 Risicofactoren voor een slechte mondgezondheid	4
1.2 Signalering van problemen bij mondgezondheid	4
1.3 Uitvoeren van mondverzorging	5
1.4 Benaderingswijzen rond mondverzorging	6
2. Algemene inleiding	9
2.1 Aanleiding en doel	9
2.1.1 Waarom een nieuwe richtlijn?	10
2.1.2 Doel van de richtlijn	10
2.2 Doelpopulatie	10
2.3 Doelgroep	11
2.4 Wat voegt deze richtlijn toe?	11
2.5 Begrippen en afkortingen	12
2.5.1 Begrippen	12
2.5.2 Afkortingen	14
3. Risicofactoren voor een slechte mondgezondheid	16
3.1 Wat zijn de risicofactoren?	16
3.1.1 Uitgangsvraag	16
3.1.2 Aanbevelingen	16
3.1.3 Onderbouwing	17
3.1.4 Overwegingen	20
4. Signalering van problemen bij mondgezondheid	22
4.1 Hoe breng je de mondgezondheid in kaart?	22
4.1.1 Uitgangsvraag	22
4.1.2 Aanbevelingen	22
4.1.3 Onderbouwing	23
4.1.4 Overwegingen	26
5. Uitvoeren van mondverzorging	31
5.1 Hoe voer je dagelijkse mondverzorging uit?	31
5.1.1 Uitgangsvraag	31
5.1.2 Aanbevelingen	31
5.1.3 Onderbouwing	32
5.1.4 Mondverzorgingsprotocol	32
5.1.5 Overwegingen	38
6. Benaderingswijzen rond mondverzorging	42

6.1 Hoe motiveer je cliënten en hoe ga je om met afwerend of probleemgedrag?	42
6.1.1 Uitgangsvragen	42
6.1.2 Aanbevelingen	42
6.1.3 Onderbouwing	44
6.1.4 Overwegingen	47
7. Organisatie van zorg	57
7.1 Organisatie van zorg	57
7.1.1 Samenwerking en verantwoordelijkheden	57
7.1.2 Communicatie	59
7.1.3 Scholing en deskundigheid	59
7.1.4 Financiering	60
8. Verantwoording	62
8.1 Algemene achtergrondgegevens	62
8.2 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep	62
8.3 Belangenverklaringen	64
8.4 Autoriserende partijen	64
8.5 Juridische betekenis	65
8.6 Publicatiedatum en herziening	65
8.7 Financiële gevolgen	65
8.8 Procesinformatie ontwikkeling richtlijn	66
8.8.1 Inbreng van het cliëntenperspectief	66
8.8.2 Klankbordgroep	66
8.8.3 AGREE-beoordeling andere richtlijnen	67
8.8.4 Werkwijze: van knelpunten naar aanbevelingen	67
8.8.5 Werkwijze: van conceptrichtlijn tot publicatie	71
9. Referentielijst	74
10. Disclaimer	81

1. Overzicht aanbevelingen

Autorisatiedatum 30-11-2023 Beoordelingsdatum 30-11-2023

1.1 Risicofactoren voor een slechte mondgezondheid

Wat zijn risicofactoren voor een slechte mondgezondheid bij cliënten in de langdurige zorg en hoe moet je hier als zorgverlener mee omgaan?

Risicofactoren voor een slechte mondgezondheid zijn te verdelen in vier domeinen: fysiek, psychisch/cognitief, sociaal en orofaciaal. Risicofactoren worden daarnaast beïnvloed door omgevingsfactoren. In de figuur en tabel bij de [onderbouwing](#) staan de risicofactoren vermeld.

Controleer bij het opname- of kennismakingsgesprek en daarna om de drie tot zes maanden of de cliënt risico loopt op een slechte mondgezondheid. Plaats dit onderwerp daarnaast op de agenda van een multidisciplinair overleg (MDO) of zorgleefplanbespreking.

Noteer gesignaleerde risicofactoren in het zorgdossier en bespreek deze met de cliënt, naasten en betrokken zorgverleners om vroegtijdig interventies in te zetten. Het aantal, de aard en de ernst van de gesignaleerde risicofactoren bepalen de termijn waarop deze opnieuw in kaart moeten worden gebracht en welke interventies ingezet moeten worden.

1.2 Signalering van problemen bij mondgezondheid

Hoe moeten zorgverleners de mondgezondheid en de wijze van de dagelijkse mondverzorging van cliënten in de langdurige zorg in kaart brengen?

Vraag tijdens het opname- of kennismakingsgesprek naar de mondverzorgingsgewoontes uit het verleden en naar eerdere bezoeken aan zelfstandige mondzorgprofessionals door de cliënt.

Gebruik een signaleringsinstrument op twee momenten om de mondgezondheid en dagelijkse mondverzorging van cliënten in de langdurige zorg in kaart te brengen; bij opname/start van zorg en op indicatie van een zelfstandige mondzorgprofessional. Hiervoor kunnen de signaleringsinstrumenten [OHAT-NL](#) of die van [De Mond Niet Vergeten](#) gebruikt worden.

Kijk tijdens de dagelijkse mondverzorging in de mond van de cliënt. Noteer veranderingen of opvallende zaken zoals pijn of afweergedrag in het zorgleefplan, bespreek het in het intercollegiaal overleg en neem het mee naar het overleg met de regiebehandelaar.

Plaats het onderwerp mondzorg/mondverzorging ook op de agenda van een multidisciplinair overleg (MDO) of zorgleefplanbespreking.

1.3 Uitvoeren van mondverzorging

Hoe moet de dagelijkse mondverzorging uitgevoerd worden bij cliënten in de langdurige zorg?

Gebruik het [mondverzorgingsprotocol](#) om voor elke cliënt een individueel mondverzorgingsplan te maken. In dit individueel mondverzorgingsplan staan de aandachtspunten voor deze cliënt beschreven.

Voer de mondverzorging minimaal twee keer per dag gedurende twee minuten uit volgens het individueel mondverzorgingsplan en naar de gewoontes van de cliënt.

Zie de dagelijkse mondverzorging als interprofessionele zorg en stem waar nodig af met de regiebehandelaar en andere zorgprofessionals zoals een arts, orthopedagoog, psycholoog, zelfstandige mondzorgprofessional, diëtist, logopedist of ergotherapeut.

Neem bij een vermoeden van pijn of andere afwijkingen in de mond contact op met de tandarts of mondhygiënist.

1.4 Benaderingswijzen rond mondverzorging

Welke benaderingswijzen worden aanbevolen voor zorgverleners en naasten om cliënten in de langdurige zorg te motiveren tot het uitvoeren van de dagelijkse mondverzorging?

Geef voorlichting aan de cliënt over de voordelen van goede mondverzorging, zoals een frisse mond, een gezond gebit, minder pijn en makkelijker eten. Bespreek ook de risico's van minder goede mondverzorging op korte en/of lange termijn.

Heb bij het motiveren aandacht voor culturele verschillen en levensbeschouwing, omdat dat van invloed kan zijn op overtuigingen, gedrag en pijnuitingen.

Stem het motiveren van cliënten af op de individuele cliënt, naasten en betrokken zorgverleners. Breng hierbij ook de wensen en zorgbehoeften van de cliënt in kaart.

Motiveren is maatwerk, maar er zijn wel algemene handvatten te geven. Gebruik daarom de [handvatten](#) uit de richtlijn. Deze handvatten zijn onder andere gericht op hoe je communiceert (met respect, op gelijke hoogte, consequent, geen verkleinwoorden, etc.).

Overweeg om bij het motiveren gebruik te maken van motiverende gespreksvoering, socra-

motiveren, de oplossingsgerichte benadering en/of de Gentle teaching methode.

Verdiep je in de cliënt en ga na wat de reden is voor ongemotiveerd gedrag. Als na diverse pogingen blijkt dat een cliënt niet te motiveren is, zou het motiveren gestaakt kunnen worden. Noteer dit goed in het zorgdossier.

Welke benaderingswijzen worden aanbevolen voor zorgverleners en naasten bij cliënten die afwerend reageren op de uitvoering van de dagelijkse mondverzorging?

Ga na wat de oorzaak is voor het afwerende of probleemgedrag. Sta bijvoorbeeld stil bij hoe de begeleidingsstijl was vóór, tijdens en na het afwerende of probleemgedrag. Ook moet worden nagegaan of er veranderingen zijn in de context. Betrek in dit proces nadrukkelijk de naasten van de cliënt.

Doorloop vaste processtappen (probleem vaststellen, gegevens verzamelen, nader onderzoeken, plan van aanpak, evaluatie) om het afwerend of probleemgedrag bij de dagelijkse mondverzorging aan te pakken. Doe dit in samenwerking met de betrokken professionals. Leg dit proces zorgvuldig vast zodat het zo nodig gekoppeld kan worden aan de wet-zorg-en-dwang-cyclus.

Bespreek afwerend of probleemgedrag laagdrempelig in multidisciplinair verband. Ga ook na of er factoren zijn op organisatorisch, team- of individueel niveau die het afwerende gedrag beïnvloeden.

Gebruik de [handvatten](#) uit de richtlijn bij cliënten die afwerend reageren op de dagelijkse mondverzorging. Deze handvatten zijn gericht op de benadering, de omgeving, respectvolle communicatie, het stimuleren van zelfzorg en het bieden van afleiding. De handvatten zijn ook samengevat in een [Praktijkaart](#).

Indien het afwerend of probleemgedrag structureel is en de cliënt wilsonbekwaam ter zake is, kan de Wet zorg en dwang kaders bieden om de dagelijkse mondverzorging uit te voeren. Dit als het nalaten van de mondverzorging ernstig nadeel met zich meebrengt. Realiseer je dat ook het fixeren van een cliënt - bijvoorbeeld met kracht vasthouden van de handen - tegen zijn wil, een wet-zorg-en-dwang-maatregel is. Dit is het allerlaatste redmiddel!

2. Algemene inleiding

Autorisatiedatum 30-11-2023 Beoordelingsdatum 30-11-2023

2.1 Aanleiding en doel

Een gezonde mond is belangrijk. Bij een goede mondgezondheid zijn noodzakelijke functies zoals pijnvrij bijten, kauwen, lachen en praten mogelijk. Een gezonde mond draagt ook bij aan een gezond lichaam. Cliënten kunnen beter eten en drinken en de levenskwaliteit gaat omhoog bij verbetering van de mondgezondheid. Er zijn in de wetenschappelijke literatuur aanwijzingen dat een goede mondgezondheid bijdraagt aan een langer leven zonder beperkingen. Immers, een ongezonde mond is geassocieerd met aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten, longontstekingen, ontregelde diabetes en achteruitgang van het geheugen ^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13}. Een slechte mondgezondheid heeft dus een negatieve invloed op de algemene gezondheid, maar ook op de sociale omgang met anderen. Andersom hebben een slechte algemene gezondheid, sommige aandoeningen (zoals diabetes en de ziekte van Sjögren) en behandeling met bepaalde medicijnen een negatieve invloed op de mondgezondheid ¹⁴.

Helaas is een goede mondgezondheid niet voor iedereen vanzelfsprekend. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat de mondgezondheid van zorgafhankelijke cliënten beter kan en beter moet. Het is daarom belangrijk dat het signaleren van problemen in de mond en een goede uitvoering van de dagelijkse mondverzorging adequaat wordt ingebed in de dagelijkse zorg van zorgafhankelijke mensen. Daarnaast is het belangrijk om oorzaken van een slechte mondgezondheid en achteruitgang van de mondgezondheid zoveel mogelijk te voorkomen. Met name zorgafhankelijke ouderen en mensen met een verstandelijke beperking hebben een verhoogd risico op het krijgen van een slechte mondgezondheid. Dit kan zich uiten in (klachten van) monddroogte, pijn in de mond, cariës (gaatjes), ontstoken tandvlees en slijmvliezen, kaakbotontsteking en drukplekken in de mond als gevolg van een slecht passende gebitsprothese. Problemen die zich daardoor kunnen voordoen zijn een nare mondgeur, verlies van tanden en kiezen, smaakverlies, pijn in de keel en/of mond, problemen met afbijten, kauwen en slikken met als gevolg ongewenst gewichtsverlies en een tekort aan bepaalde voedingsstoffen (voedingsdeficiënties) of problemen met praten en intimiteit. Een slechte mondgezondheid kan ook de oorzaak zijn van afwerend of probleemgedrag of van verhoogde of sterk variërende bloedglucosewaarden bij mensen met diabetes.

Om deze problemen te voorkomen, is dagelijkse mondverzorging (waaronder het poetsen van tanden, protheses en implantaten) cruciaal. Echter, de dagelijkse mondverzorging bij zorgafhankelijke cliënten kan heel lastig zijn. Daar kunnen meerdere redenen voor zijn:

- Dagelijkse mondverzorging is een complexe handeling.
- Complexe tandheelkundige constructies zoals implantaten en plaatjes (partiële protheses) kunnen de mondverzorging extra ingewikkeld maken. In vergelijking met enkele decennia geleden, behouden mensen tegenwoordig steeds vaker tot op hogere leeftijd hun tanden en kiezen.
- Mensen kunnen medicatie slikken, behandelingen ondergaan en/of meerdere aandoeningen

hebben die van negatieve invloed zijn op de mondgezondheid.

- Voor een deel van de zorgafhankelijke cliënten geldt dat de begeleiding erop gericht is om de zelfredzaamheid met betrekking tot zelfzorg te vergroten en/of te behouden. In dat kader kan het soms lastig zijn om te bepalen op welke manier en met welke ondersteuning de dagelijkse mondverzorging het beste kan plaatsvinden. Bij een ander deel van de cliënten wordt de dagelijkse mondverzorging juist overgenomen maar kan de mate van overname sterk verschillen.
- Mensen met een verstandelijke beperking en mensen met dementie kunnen afwerend reageren op de dagelijkse mondverzorging omdat zij dit niet (meer) begrijpen of als angstig of onprettig ervaren. Een andere verwerking van prikkels (onder andere in het mondgebied) kan een oorzaak zijn van afwerend gedrag.

Alle bovenstaande punten maken dat er extra aandacht nodig is voor de uitvoering van de mondverzorging.

Aandacht voor mondverzorging is tot slot gerechtvaardigd omdat mensen in hun leven soms veel aandacht hebben besteed en geld hebben uitgegeven aan tandheelkundige behandelingen en behandelingen bij de mondhygiënist. Als iemand hierdoor altijd zelf goed voor zijn gebit heeft gezorgd (en dat belangrijk heeft gevonden), dan is dat een moreel appèl voor zorgverleners en naasten om in de fase dat iemand zorgafhankelijker is geworden dat van die persoon over te nemen.

2.1.1 Waarom een nieuwe richtlijn?

In 2007 is de Verenso-richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen verschenen ¹⁵. Ervaringen opgedaan bij de implementatie van deze richtlijn, hebben geleid tot nieuwe inzichten. Daarnaast zijn er nieuwe wetenschappelijke publicaties verschenen met bewijs over de relatie tussen de mondgezondheid en de algemene gezondheid en is de wet- en regelgeving en de wijze van financiering gewijzigd. Zo wordt in de Verenso-richtlijn nog gesproken over Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Sinds 2015 is deze wet vervallen en is daar de Wet langdurige zorg (Wlz) voor in de plaats gekomen.

2.1.2 Doel van de richtlijn

Het doel van de SKILZ-richtlijn Mondverzorging is zorgverleners vanuit multidisciplinair perspectief handvatten te bieden voor de dagelijkse mondverzorging bij cliënten die langdurige zorg ontvangen. Hiermee wordt beoogd de (mond)gezondheid en daarmee de levenskwaliteit van deze cliënten te verbeteren. De nieuwe richtlijn is ontwikkeld door een multidisciplinaire werkgroep van experts op het gebied van mondzorg en mondverzorging. Voor de richtlijn werd gezocht naar antwoorden die gebaseerd zijn op de best beschikbare informatie over doelmatigheid en doeltreffendheid (evidence-based practice) met oog voor de relatie tussen zorgverlener en cliënt (context-based practice). Dit geeft zorgverleners de ruimte om ook de context, zoals leefomstandigheden, voorkeuren en waarden van cliënten mee te nemen in de zorgverlening ¹⁶.

2.2 Doelpopulatie

De aanbevelingen in deze richtlijn zijn van toepassing op cliënten die langdurige zorg ontvangen. Deze

cliënten kunnen zowel (begeleid) thuis als in een instelling woonachtig zijn. Het gaat dan om bijvoorbeeld ouderen met een (chronische) aandoening, ziekte of beperking of mensen met een verstandelijke beperking. De richtlijn zou indirect ook relevant kunnen zijn voor andere cliënten, bijvoorbeeld traumapatiënten, mensen met hersenletsel (bijv. in de ziekenhuiszorg), etc. Deze richtlijn is niet primair gericht op cliënten met een psychische aandoening en cliënten in de palliatieve fase. Voor deze cliënten worden richtlijnen ontwikkeld door de Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (Akwa GGZ) en het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). Echter, sommige aanbevelingen zouden ook op deze cliënten van toepassing kunnen zijn.

NB: Waar hij of hem staat in deze richtlijn kan ook zij, haar, die of hen gelezen worden.

2.3 Doelgroep

De richtlijn is geschreven voor alle zorgverleners die betrokken zijn bij de mondverzorging bij zorgafhankelijke cliënten. Dit zijn primair verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en begeleiders.

Daarnaast kan de richtlijn ook gebruikt worden door:

- naasten, zoals een ouder, een partner, andere familieleden en/of mantelzorgers;
- specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicaptenzorg, physician assistants, verpleegkundig specialisten, praktijkondersteuners huisartsenzorg;
- fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten;
- orthopedagogen en psychologen;
- tandartsen, mondhygiënist, (preventie)assistenten en tandprothetic;
- overige zorgverleners.

De richtlijn beschrijft onder andere de verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar. Afhankelijk van de situatie van de cliënt kan dit de specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, huisarts, orthopedagoog, verpleegkundig specialist, physician assistant, GZ-psycholoog of klinisch neuropsycholoog zijn.

2.4 Wat voegt deze richtlijn toe?

Er zijn meerdere organisaties die zich bezighouden met het ontwikkelen van richtlijnen op het gebied van mondzorg en mondverzorging.

- Het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) ontwikkelt sinds 2016 richtlijnen specifiek voor zelfstandige mondzorgprofessionals. Eén van deze KIMO-richtlijnen is de [Richtlijn Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen](#) uit 2021. Deze richtlijn richt zich net als de SKILZ-richtlijn op ouderen die langdurige zorg ontvangen. De SKILZ-richtlijn Mondverzorging sluit aan bij de KIMO-richtlijn, de gebruiker is echter een andere.
- Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) heeft in 2010 de [Richtlijn Mondklachten in de palliatieve fase](#) ontwikkeld. Bij deze richtlijn is de doelpopulatie anders dan bij de SKILZ-richtlijn. De IKNL-richtlijn is specifiek voor cliënten in de palliatieve fase. Tijdens de ontwikkeling van de SKILZ-richtlijn is het IKNL haar richtlijn aan het herzien. In verband met deze herziening heeft de werkgroep besloten in de SKILZ-richtlijn geen uitspraken te doen over de dagelijkse

mondverzorging bij cliënten in de palliatieve fase, maar hiervoor te verwijzen naar de IKNL-richtlijn.

- De Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) heeft in 2007 de Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen ontwikkeld. Deze richtlijn is als uitgangspunt gebruikt voor de ontwikkeling van de SKILZ-richtlijn Mondverzorging. De SKILZ-richtlijn richt zich echter niet alleen op cliënten die verblijven in verpleeghuizen of vergelijkbare zorginstellingen, maar richt zich op alle cliënten die langdurig zorg ontvangen, ook in de thuissituatie. Met het publiceren van deze SKILZ-richtlijn, komt de Verenso-richtlijn te vervallen.

Naast deze richtlijnen zijn er andere aanverwante richtlijnen die een sterke relatie hebben met de mondgezondheid:

- [Richtlijn Diabetes mellitus](#)
- [Richtlijn Xerostomie en hyposalie gerelateerd aan medicatie en polyfarmacie](#)
- [Richtlijn Ondervoeding bij de geriatrische patiënt](#)
- [Richtlijn Orofaryngeale dysfagie](#)
- [Richtlijn Hoofd-halstumoren](#)
- [Richtlijn Wortelcariës bij ouderen](#)
- [Richtlijn Slikproblemen](#)

Deze SKILZ-richtlijn richt zich op cliënten die langdurige zorg ontvangen. De doelpopulatie is zodoende breed. Cliënten in de langdurige zorg hebben regelmatig een afwijkende sensomotorische waarneming in het mondgebied. Dat betekent dat prikkels, op het gebied van voelen, proeven, ruiken en horen, tijdens de dagelijkse mondverzorging afwijkend ervaren kunnen worden. Hierdoor kan tijdens de dagelijkse mondverzorging afweer- of probleemgedrag ontstaan. Deze richtlijn bevat een aparte module over benaderingswijzen om dit knelpunt aan te pakken.

Tot slot is deze SKILZ-richtlijn multidisciplinair. Dat betekent dat een multidisciplinaire werkgroep de richtlijn heeft ontwikkeld en dat de doelgroep van de richtlijn ook multidisciplinair is.

2.5 Begrippen en afkortingen

2.5.1 Begrippen

Afwerend of probleemgedrag: Angstig, geagiteerd of niet-coöperatief gedrag naar zichzelf of naar anderen. Dit gedrag wordt door de persoon zelf en/of de omgeving in een specifieke context als sociaal-cultureel ongewenst gezien. Daarbij is het van zodanige intensiteit, frequentie of duur, dat het voor de persoon zelf en/of de naaste omgeving nadelig, stressvol of schadelijk is. Hieronder kan verstaan worden: draait hoofd weg, houdt mond dicht, houdt handen voor mond, duwt tandenborstel weg, vertoont agressief gedrag (grijpt/slaat/bijt/trapt/spuugt naar zichzelf of de zorgverlener), weigert verbaal (roepen, gillen, schreeuwen), loopt weg, weigert non-verbaal (gezichtsuitdrukkingen, freezing, blijft stilstaan, apathie), uit angst, geeft pijn aan (au!/wijzen/gezichtsuitdrukking/grijpt naar de wang), is rusteloos, is prikkelbaar. Ook automutilleren tijdens en direct na de dagelijkse mondverzorging valt onder afwerend of probleemgedrag ^{17 18}.

Kwetsbaarheid: 'Een toestand waarin een individu verkeert dat tekorten heeft in één of meerdere

domeinen van het menselijk functioneren (lichamelijk, psychisch, sociaal). Deze toestand wordt onder invloed van een diversiteit aan variabelen veroorzaakt en vergroot de kans op het optreden van ongewenste uitkomsten' ¹⁹.

Langdurige zorg: Onder langdurige zorg wordt verstaan alle zorg en ondersteuning die intensief, dagelijks en blijvend is. Deze zorg en ondersteuning richt zich meer op bevordering of behoud van de kwaliteit van leven en minder op genezing van een aandoening, ziekte of beperking. De zorg en ondersteuning kan zowel door zorgverleners als naasten worden geleverd, waarbij rekening moet worden gehouden dat deze niet altijd door naasten gegeven kan worden. Langdurige zorg zoals in deze richtlijn bedoeld, is niet alleen de zorg die valt onder de Wet Langdurige Zorg (Wlz), het gaat dan bijvoorbeeld ook om zorg die valt onder de zorgverzekeringswet.

Mensen met een verstandelijke beperking: Mensen met een verstandelijke beperking zijn in deze richtlijn gedefinieerd volgens de internationale definitie, opgesteld door de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). 'Een verstandelijke beperking wordt gekenmerkt door aanzienlijke beperkingen in zowel intellectueel als adaptief functioneren, wat ervoor zorgt dat er beperkingen zijn in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden. Een verstandelijke beperking ontstaat voor de leeftijd van 22 jaar, tijdens de ontwikkeling' ²⁰. Beperkingen in intellectueel functioneren hebben te maken met het IQ van een persoon. Internationaal wordt voor iemand met een verstandelijke beperking een IQ rond de 70, of zo hoog als 75 gehanteerd. Beperkingen in adaptief functioneren zijn belemmeringen in dagelijkse vaardigheden, bijvoorbeeld tijdsplanning, sociale contacten of beheer van financiën. Wanneer in deze richtlijn mensen met een verstandelijke beperking worden genoemd, kunnen daar ook mensen met (zeer) ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen onder worden verstaan.

Mondgezondheid: De definitie van de World Dental Federation van mondgezondheid is: 'de mogelijkheid om te spreken, lachen, ruiken, proeven, aan te raken, kauwen en emoties uit te drukken via de gezichtsuitdrukking met zelfvertrouwen en zonder pijn, ongemak en craniofaciale ziektes' ²¹. De werkgroep heeft haar definitie van (goede) mondgezondheid hiervan afgeleid en omschreven als: 'een zodanige toestand van de mond, dat de noodzakelijke functies zoals bijten, kauwen, praten en lachen in principe mogelijk zijn.'

Mondverzorging: De dagelijkse, door de cliënt zelf of zijn verzorgers (helpende, verzorgende, verpleegkundige of begeleider) te verrichten verzorgende en preventiegerichte actieve maatregelen die nodig zijn om het orofaciale systeem gezond te maken of gezond te houden. Dat wil zeggen: het spoelen van de mond, het poetsen van de tanden en kiezen, de implantaten en alles wat op de implantaten geplaatst kan worden (suprastructuren), het interdentaal reinigen zoals ragen en stoken, het reinigen van gebitsprothesen, de tong en de mondslijmvlies en het verzorgen van de lippen. De werkgroep gaat er in principe vanuit dat de cliënt zelf de dagelijkse mondverzorging kan uitvoeren, al dan niet nadat het is aangeleerd. Echter, wanneer cliënten de mondverzorging zelf niet kunnen uitvoeren en/of de mondgezondheid eronder lijdt, is het nodig om hierbij ondersteuning te bieden of de mondverzorging over te nemen.

Mondverzorgingsplan: Een plan voor de dagelijkse mondverzorging bij een individuele cliënt, waarin staat hoe en wanneer de dagelijkse mondverzorging uitgevoerd moet worden door de cliënt, de

zorgverleners en/of naasten. Het mondverzorgingsplan is een vast onderdeel van het zorgleefplan en dient up-to-date en representatief te zijn en te blijven voor de dagelijkse zorg.

Mondverzorgingsprotocol: Een algemene stap-voor-stapbeschrijving van de uitvoering van de dagelijkse mondverzorging bij cliënten in de langdurige zorg. Het mondverzorgingsprotocol moet vervolgens aangepast worden aan de individuele situatie van de cliënt. Deze vertaling wordt het (individueel) mondverzorgingsplan genoemd.

Mondzorg: De preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg van ziekten en problemen in het orofaciale systeem, uitgevoerd door zelfstandige mondzorgprofessionals, te weten de tandarts (gehandicaptenzorg/geriatrie), de mondhygiënist en de tandprotheticus. Een preventie-assistent is geen zelfstandige mondzorgprofessional en kan alleen onder verantwoordelijkheid en in aanwezigheid van de zelfstandige mondzorgprofessionals ondersteunende taken uitvoeren.

Mondzorgbeleid: Het beleid dat een zorgorganisatie heeft geschreven over de uitvoering van mondzorg binnen de organisatie.

Mondzorgplan: Het (lange termijn) behandelplan, gebaseerd op de mondsituatie en rekening houdend met de somatische, cognitieve en psychosociale facetten van een individuele cliënt. Het mondzorgplan wordt gemaakt door een zelfstandige mondzorgprofessional. De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het proces. In het mondzorgplan wordt uiteengezet welke strategie het mondzorgteam toe gaat passen. Dit moet opgenomen worden of deel uitmaken van het zorgleef-/behandelplan.

Naasten: Mensen die betrokken zijn bij de zorg voor de cliënt, zoals een ouder, een kind, een partner of andere bekenden/familieleden. Zij kunnen daarnaast een rol vervullen als contactpersoon, mantelzorger en/of vertegenwoordiger.

Orofaciaal systeem: Het hele systeem dat betrekking heeft op de mond en het gelaat/gezicht, waaronder de mond, de kaken, de tong, lippen en de wangen, waarmee je onder andere kunt spreken, huilen, lachen, eten ²².

Zorgverleners: Alle niet-mondzorgprofessionals die betrokken zijn bij de mondverzorging van de cliënt, zoals verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden, begeleiders, specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten, physician assistants, verpleegkundig specialisten, praktijkondersteuner huisartsenzorg, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, logopedisten, diëtisten, orthopedagogen, psychologen, psychomotorisch therapeuten, muziektherapeuten en hypnotherapeuten.

2.5.2 Afkortingen

Onderstaand zijn de afkortingen weergegeven zoals die in deze richtlijn gehanteerd worden:

ADL: Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen

AIDD: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

CCE: Centrum voor Consultatie en Expertise

EPD: Elektronisch patiëntendossier

GRADE: Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

MDO: Multidisciplinair overleg

OHAT: Oral Health Assessment Tool

RCT: Randomized controlled trial

SI: Sensorische informatieverwerking

SR: Systematische review

Wgbo: Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst

Wlz: Wet langdurige zorg

Wzd: Wet zorg en dwang

3. Risicofactoren voor een slechte mondgezondheid

Autorisatiedatum 30-11-2023 Beoordelingsdatum 30-11-2023

3.1 Wat zijn de risicofactoren?

Het doel van dit hoofdstuk is om te beschrijven welke risicofactoren voor een slechte mondgezondheid er zijn bij cliënten in de langdurige zorg. Uit de knelpunteninventarisatie bleek dat het voor zorgverleners, cliënten en naasten niet bekend is hoe zij de mondverzorging moeten monitoren (hoe goed de mondverzorging wordt uitgevoerd), wat de invloed van medicatie is op de mond en tanden en wat de invloed is van voeding op de mond. De werkgroep heeft deze knelpunten vertaald naar een risicofactoren hoofdstuk. In dit hoofdstuk wordt duidelijk welke risicofactoren er zijn en hoe je hier als zorgverlener alert op kunt zijn en mee om kunt gaan.

3.1.1 Uitgangsvraag

Wat zijn risicofactoren voor een slechte mondgezondheid bij cliënten in de langdurige zorg en hoe moet je hier als zorgverlener mee omgaan?

3.1.2 Aanbevelingen

Risicofactoren voor een slechte mondgezondheid zijn te verdelen in vier domeinen: fysiek, psychisch/cognitief, sociaal en orofaciaal. Risicofactoren worden daarnaast beïnvloed door omgevingsfactoren. In de figuur en tabel bij de [onderbouwing](#) staan de risicofactoren vermeld.

Controleer bij het opname- of kennismakingsgesprek en daarna om de drie tot zes maanden of de cliënt risico loopt op een slechte mondgezondheid. Plaats dit onderwerp daarnaast op de agenda van een multidisciplinair overleg (MDO) of zorgleefplanbespreking.

Noteer gesignaleerde risicofactoren in het zorgdossier en bespreek deze met de cliënt, naasten en betrokken zorgverleners om vroegtijdig interventies in te zetten. Het aantal, de aard en de ernst van de gesignaleerde risicofactoren bepalen de termijn waarop deze opnieuw in kaart moeten worden gebracht en welke interventies ingezet moeten worden.

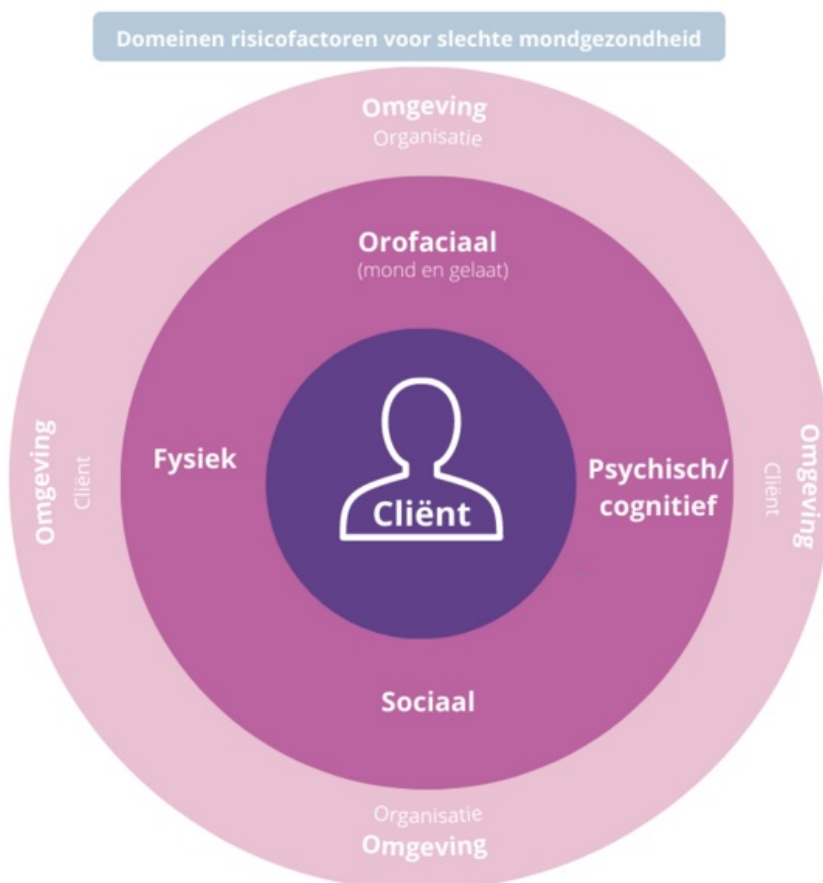
3.1.3 Onderbouwing

De risicofactoren voor een slechte mondgezondheid bij cliënten in de langdurige zorg, zijn in kaart gebracht aan de hand van de expertise van de werkgroep. Daarnaast heeft de werkgroep ook gebruik gemaakt van de volgende literatuur: ^{23 24 25 26 27 28}.

Er zijn veel factoren die direct of indirect kunnen zorgen voor achteruitgang van de mondgezondheid. De belangrijkste risicofactoren voor cliënten in de langdurige zorg zijn geïnventariseerd. In dit hoofdstuk is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd.

Risicofactoren

De risicofactoren kunnen liggen op het fysiek, psychisch, sociaal én orofaciaal domein en in omgevingsfactoren (zie Figuur 3.1).



Figuur 3.1. Domeinen die de mondgezondheid bedreigen

Centraal staat de mondgezondheid van de cliënt. In onderstaande Tabel 3.1 staan de risicofactoren uitgewerkt. Risicofactoren met een * komen met name voor bij mensen met een verstandelijke beperking.

Tabel 3.1. Risicofactoren die de mondgezondheid bedreigen

Fysiek (aandoeningen en (in)directe gevolgen)

- Specifieke aandoeningen (bijv. slecht ingestelde diabetes type 1 of 2, beroerte, neurologische aandoeningen, oncologische aandoeningen, reumatische aandoeningen, ziekte van luchtwegen, sarcopenie, syndroom van Down, Rett syndroom*, Fragiele X-syndroom*, Prader-Willi syndroom*, Angelman syndroom*, syndroom van Turner*, Pica-syndroom*)
- Stoornissen aan de zintuigen
- Stoornissen in het afweersysteem waaronder auto-immuunziekten
- Omhoog komen van maaginhoud (rumineren*, reflux), hernia diafragmatica
- Motorische beperking(en) waaronder verminderde arm/handfunctie
- Hoge mate van zorgafhankelijkheid
- Niet of moeilijk in staat zelfstandige mondzorgprofessional te bezoeken (verminderde mobiliteit of bedlegerigheid)

Psychisch en Cognitief

- Cognitieve stoornissen waaronder apraxie
- Psychische en psychiatrische aandoeningen, waaronder (ernstige) depressie of schizofrenie
- Executieve stoornissen (waaronder decorumverlies, initiatiefverlies, interesseverlies)
- Autismespectrumstoornis (ASS)
- Niet begrijpen of herkennen van mondverzorging
- Weinig bewust van het belang van een goede mondgezondheid en dagelijkse mondverzorging
- Ongezonde voedingskeuzes
- Ongeremd eten
- Roken, overmatig alcohol of drugsgebruik
- Vermijden van bezoek aan zelfstandige mondzorgprofessional
- Overmatige angst voor dagelijkse mondverzorging of tandartsbehandeling
- Afwerend gedrag of geen hulp accepteren
- Afwijkend- of probleemgedrag, waaronder apathie, agressie, tics*

Sociaal

- Meer eten dan maximum van 7 eet- en drinkmomenten (in 24 uur)
- Gebrek aan gezondheidsvaardigheden (o.a. door laaggeletterdheid)
- Weinig bewust van belang van een goede mondgezondheid en dagelijkse mondverzorging door lagere sociaaleconomische status
- Weinig of geen financiële middelen
- Alleenstaand en geen naasten
- Andere benadering van mondgezondheid door culturele achtergrond

Orofaciaal (mond en gelaat)

- Trauma in het gezicht waaronder tandbeschadiging door vallen bij epilepsie
- Complexiteit mondstatus (o.a. wel/geen (gedeeltelijke) gebitsprotheses, implantaten, kroon- en brugwerk)
- Mondaandoeningen of aandoeningen met orale manifestaties zoals ziekte van Crohn, ziekte van Behcet, sclerodermie, lichen planus, oncologische aandoeningen
- Verminderde aanmaak van speeksel (hyposialie) door aandoeningen als Sjögren, als gevolg van radiotherapie in het hoofdhalshoofgebied, als gevolg van medicatie (bijv. antipsychotica) of polyfarmacie (≥5 medicamenten) of als gevolg van chemotherapie
- Verhoogde aanmaak van speeksel (hypersialie), door bijvoorbeeld bijwerkingen van medicatie
- Verminderde slikfunctie of mondmotoriek
- Verstoorde slikfunctie door tracheostoma of neus- maagsonde
- Veranderde smaak, waardoor vaak een voorkeur voor suikers
- Anatomische afwijkingen (waaronder vergrote tong, scheefstand of afwijkende vorm van tanden of kiezen, niet aangelegde tanden of kiezen, ontwikkelingsstoornis glazuur)*
- Mondademhaling
- Kwijlen (meestal veroorzaakt door afname van de slikfrequentie)
- Bijzondere mondgewoonten (waaronder tics, tandenknarsen, voorwerpen in de mond stoppen)*
- Specifieke orale bijwerkingen van medicatie zoals van bisfosfonaten, antibiotica, inhalatie corticosteroïden (pufjes), anti-epileptica, antipsychotica, sommige anti-hypertensiva

Omgevingsfactoren, organisatie

- Chronisch tekort aan personeel en hoge werkdruk, waardoor geen prioriteit voor mondzorg
- Te weinig kennis/vaardigheden over mondgezondheid en/of mondverzorging bij personeel
- Weinig affiniteit met mondverzorging bij personeel (bijv. houding ten aanzien van mondverzorging)
- Mondzorg/mondverzorging niet opgenomen in het kwaliteitssysteem
- Protocollen worden niet nageleefd
- (Juiste) materialen zijn niet beschikbaar
- Management is niet gemotiveerd om mondzorg goed te organiseren/faciliteren
- Zelfstandige mondzorgprofessional niet beschikbaar voor/niet verbonden aan zorginstelling
- Zelfstandige mondzorgprofessional heeft onvoldoende kennis en vaardigheden van de doelpopulatie

Omgevingsfactoren, cliënt

- Mondverzorging niet op de wensen/mogelijkheden van de cliënt afgestemd
- Afname zelfzorg wordt niet signaleerd, dus ondersteuning blijft uit
- Geen/onregelmatig bezoek aan zelfstandige mondzorgprofessional
- Aanbieden van meer dan 7 eet- en drinkmomenten (koolhydraten)

3.1.4 Overwegingen

Er zijn veel risicofactoren die een goede mondgezondheid in de weg kunnen staan. De werkgroep vindt het belangrijk dat zorgverleners inzicht krijgen in de verschillende risicofactoren. De werkgroep heeft de risicofactoren ingedeeld mede op basis van de domeinen van kwetsbaarheid waarin de cliënt centraal staat ²⁹. De risicofactoren zijn even belangrijk bij ouderen en mensen met een verstandelijke beperking. De werkgroep ziet de mondgezondheid, net als het model van kwetsbaarheid, als een dynamisch proces ¹⁹. De mondgezondheid kan verslechteren, maar kan ook verbeteren. Door de risicofactoren regelmatig bij een cliënt te inventariseren is er meer alertheid en kan er proactief gehandeld worden. Naast risicofactoren op de domeinen van kwetsbaarheid, kunnen externe risicofactoren ook van invloed zijn. Dit zijn organisatie-gerelateerde of cliënt-gerelateerde risicofactoren. Deze factoren zijn niet gemakkelijk te beïnvloeden, maar spelen wel degelijk mee als het gaat om de mondgezondheid van de cliënt. Een voorbeeld hiervan is de affiniteit van personeel met mondverzorging. Wanneer een zorgverlener bijvoorbeeld vanuit een bepaalde houding ten aanzien van mondzorg de eigen mondverzorging verwaarloost, kan dit ook zijn uitwerking hebben op de mondverzorging van een cliënt ^{30 31 32 33}.

De werkgroep heeft bediscussieerd of de risicofactoren opgesplitst zou moeten worden naar risicofactoren voor ouderen en risicofactoren voor cliënten met een verstandelijke beperking. Een verstandelijke beperking is op zichzelf al een risicofactor voor slechte mondgezondheid. Er zijn maar weinig zorgafhankelijke cliënten met een verstandelijke beperking die de dagelijkse mondverzorging zelfstandig en adequaat kunnen uitvoeren. Dit kan komen door motorische problemen en/of omdat instructies niet beklijven. Risicofactoren die vaker bij cliënten met een verstandelijke beperking gezien worden, zijn rumineren of reflux. Hierbij komt het voedsel terug via de slokdarm en is zuur. Dit zuur tast het glazuur van tanden en kiezen aan waardoor deze minder goed beschermd zijn tegen gaatjes en/of gevoelig worden. Daarnaast komen bij cliënten met een verstandelijke beperking ook bijzondere mondgewoonten voor zoals orale behoeftebevrediging, door het in de mond stoppen van allerlei voorwerpen en materialen (afhankelijk van de ontwikkelingsleeftijd van de cliënt), en tics en tandenknarsen. Dit kan leiden tot het slijten van (een gedeelte van) het gebit, maar biedt de cliënt tegelijkertijd veiligheid. Er zijn ook risicofactoren die voor beide doelpopulaties gelden, zoals een ongezond voedingspatroon met veel koolhydraten of suikers. Frisdrank (bevat meestal suiker en heeft een hoge zuurgraad), limonade, vruchtensap en koffie of thee met suiker worden als belangrijke risicofactoren gezien. Bij cliënten met autisme kan er tegelijk sprake zijn van een eenzijdig, vaak koolhydraatrijk, voedingspatroon. De werkgroep geeft bij deze risicofactoren aan dat achterliggende oorzaken van de risicofactoren relevant zijn, zoals gewoonten van de cliënt, naasten en/of zorgverleners of het niet goed bewaken van grenzen in een woonomgeving, bijvoorbeeld een woongroep. Als iemands naasten weinig tot niets doen aan hun eigen mondgezondheid, dan heeft dit vermoedelijk invloed op de mondgezondheid van de cliënt. Dit is zeker bij jonge kinderen met een verstandelijke beperking een groot gezondheidsrisico. Bij ouderen en cliënten met een verstandelijke beperking is er daarnaast een grote gunfactor met betrekking tot het aanbieden van (ongezond) eten en drinken. Omdat de meeste risicofactoren voor beide doelpopulaties gelden, heeft de werkgroep besloten de risicofactoren niet nader te differentiëren.

De werkgroep vindt het van groot belang dat zorgverleners en naasten alert zijn op de risicofactoren en

dat deze regelmatig geïnterviewd worden, bijvoorbeeld eenmaal bij het opname- of kennismakingsgesprek en daarna eens per drie tot zes maanden. De precieze frequentie wordt vastgesteld in overleg met de zelfstandige mondzorgprofessional. Als een cliënt het risico loopt op een slechte mondgezondheid, dan is de werkgroep van mening dat dit opgenomen dient te worden in het zorgdossier of zorgleefplan. Daarbij moet samen met andere (mond)zorgverleners worden beoordeeld of er een interventie voorgesteld kan worden om het risico te laten afnemen.

De werkgroep heeft in dit hoofdstuk ook gebruik gemaakt van de volgende literatuur: ^{23 24 25 26 27 28}.

4. Signalering van problemen bij mondgezondheid

Autorisatiedatum 30-11-2023 Beoordelingsdatum 30-11-2023

4.1 Hoe breng je de mondgezondheid in kaart?

Het doel van dit hoofdstuk is om te beschrijven hoe zorgverleners de mondgezondheid en de wijze van de dagelijkse mondverzorging van cliënten in de langdurige zorg in kaart kunnen brengen. Uit de knelpunteninventarisatie bleek dat het voor zorgverleners, cliënten en naasten niet bekend is waar zij tijdens de anamnese, inspectie van de mond of de uitvoering van mondverzorging op moeten letten. Zij dienen bijvoorbeeld alert te zijn op wat zij kunnen zien in de mond op het gebied van mondklachten, gebitsafwijkingen, implantaten, bruggen en kronen en op gerelateerde klachten (bijv. gewichtsverlies). In dit hoofdstuk worden handvatten gegeven over hoe de mondgezondheid en dagelijkse mondverzorging in kaart kunnen worden gebracht en welk signaleringsinstrument hierbij het best kan worden gebruikt.

4.1.1 Uitgangsvraag

Hoe moeten zorgverleners de mondgezondheid en de wijze van de dagelijkse mondverzorging van cliënten in de langdurige zorg in kaart brengen?

4.1.2 Aanbevelingen

Vraag tijdens het opname- of kennismakingsgesprek naar de mondverzorgingsgewoontes uit het verleden en naar eerdere bezoeken aan zelfstandige mondzorgprofessionals door de cliënt.

Gebruik een signaleringsinstrument op twee momenten om de mondgezondheid en dagelijkse mondverzorging van cliënten in de langdurige zorg in kaart te brengen; bij opname/start van zorg en op indicatie van een zelfstandige mondzorgprofessional. Hiervoor kunnen de signaleringsinstrumenten [OHAT-NL](#) of die van [De Mond Niet Vergeten](#) gebruikt worden.

Kijk tijdens de dagelijkse mondverzorging in de mond van de cliënt. Noteer veranderingen of opvallende zaken zoals pijn of afweergedrag in het zorgleefplan, bespreek het in het intercollegiaal overleg en neem het mee naar het overleg met de regiebehandelaar.

Plaats het onderwerp mondzorg/mondverzorging ook op de agenda van een multidisciplinair overleg (MDO) of zorgleefplanbespreking.

4.1.3 Onderbouwing

In onderstaande paragraaf staat een samenvatting van het wetenschappelijk literatuuronderzoek dat is uitgevoerd om de volgende uitgangsvraag te beantwoorden:

- Hoe moeten zorgverleners de mondgezondheid en de wijze van de dagelijkse mondverzorging van cliënten in de langdurige zorg in kaart brengen?

In deze paragraaf wordt beschreven welke artikelen gevonden zijn, welke resultaten hieruit zijn gekomen en de kwaliteit van de onderzoeken.

De eerste literatuurzoekactie leverde twee systematische reviews op over de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van signaleringsinstrumenten om de mondgezondheid te bepalen bij ouderen^{34 35}. De aanvullende literatuurzoekactie leverde één observationeel onderzoek op dat gepubliceerd is na de inclusiedatum van de systematische reviews³⁶.

De literatuurzoekactie naar observationeel onderzoek uitgevoerd bij mensen met een verstandelijke beperking leverde één onderzoek op³⁷.

Onderzoekskarakteristieken

Beide systematische reviews zijn adequaat uitgevoerd. In het onderzoek van Everaars et al. is de validiteit en betrouwbaarheid van acht verschillende signaleringsinstrumenten (ROAG, MDS, OHAT, THROAT, DHR, MPS, BOHSE, OAS) onderzocht, die gebruikt kunnen worden door niet-mondzorgprofessionals bij ouderen³⁴. Thapa et al. onderzochten de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van tien verschillende signaleringsinstrumenten (ADOH, BOHSE, DHR, GOHAI, MPS, OAS, OHAT, OHSTNT, RAI-MDS, ROAG-J) die gebruikt kunnen worden door niet-mondzorgprofessionals bij verpleeghuisbewoners³⁵. Ook het aanvullende observationele onderzoek van Krausch-Hofmann et al. is adequaat uitgevoerd³⁶. Dit betreft een studie waarin de ohr-interRAI ontwikkeld en geëvalueerd is onder 260 bewoners van verpleeg-/verzorgingshuizen in België. In een observationeel onderzoek van Allison et al. werd de validiteit en betrouwbaarheid van een door ouders in te vullen vragenlijst over mondgezondheid bij mensen met het syndroom van Down onderzocht³⁷.

Er zijn geen studies gevonden die de wijze van de dagelijkse mondverzorging onderzochten. In de [bijlage Uitwerking Literatuuronderzoek Signalering van problemen bij mondgezondheid](#) zijn tabellen met gedetailleerde informatie over de geïnccludeerde studies opgenomen, inclusief informatie over de in de reviews geïnccludeerde studies.

Kwaliteit en bewijs van resultaten

In Tabel 4.1 is een samenvatting van de resultaten opgenomen over signaleringsinstrumenten die gebruikt worden door niet-mondzorgprofessionals bij het beoordelen van de mondgezondheid van ouderen. Een uitgebreidere verantwoording van de kwaliteit van bewijs is weergegeven in de [bijlage Uitwerking Literatuuronderzoek Signalering van problemen bij mondgezondheid](#). De interpretatie van de Kappa's is als volgt: < 0 = no agreement, 0–0.20 = slight, 0.21–0.40 = fair, 0.41–0.60 = moderate, 0.61–0.80 = substantial, 0.81–1 = almost perfect agreement.

Tabel 4.1. Samenvatting resultaten - ouderen

Uitkomsten	Impact	Aantal deelnemers (studies)	Vertrouwen in het bewijs (GRADE)
Validiteit (content validity, construct validity, face validity, criterion validity)	De auteurs van de beide systematische reviews en de observationele studie concluderen dat er gebrek aan bewijs is. Het meest veelbelovend lijken OHAT, ROAG, BOHSE en DHR. Gebruikers moeten zich echter de beperkingen en onzekerheden binnen deze instrumenten realiseren. ^a	(17 observationele studies)	⊕○○○ Zeër laag ^{b,c}
Betrouwbaarheid (inter-rater reliability, intra-rater reliability, internal consistency, test-retest reliability)	De auteurs van de beide systematische reviews en de observationele studie concluderen dat er gebrek aan bewijs is. Het meest veelbelovend lijken OHAT, ROAG, BOHSE en DHR. Gebruikers moeten zich echter de beperkingen en onzekerheden binnen deze instrumenten realiseren. ^a	(20 observationele studies)	⊕○○○ Zeër laag ^{b,c}
Bruikbaarheid (training nodig, makkelijk uit te voeren, benodigde tijd)	De auteurs van beide systematische reviews concluderen dat er gebrek aan bewijs is. Het meest veelbelovend lijken OHAT, ROAG, BOHSE en DHR. Gebruikers moeten zich echter de beperkingen en onzekerheden binnen deze instrumenten realiseren. ^a	(10 observationele studies)	⊕⊕○○ Laag

a. Dit is een beschrijving van de conclusies van de auteurs van de systematische reviews. Details van de resultaten zijn opgenomen in de tabellen met studiekenmerken. b. De beschrijving van de studies is beperkt. Het is niet bekend of het in alle studies gaat om ouderen die langdurige zorg krijgen. De geïncludeerde studies zijn bovendien uitgevoerd buiten de Nederlandse setting. Het is niet zeker dat de resultaten daarvan direct toepasbaar zijn op de populatie van deze richtlijn. c. Er is nauwelijks kwantitatieve beschrijving van data, bij veel van de geïncludeerde studies is vermeld dat er geen gegevens bekend zijn. Daarom is besloten af te waarden voor onnauwkeurigheid

De auteurs van de systematische reviews concluderen dat OHAT, ROAG, BOHSE en DHR het meest veelbelovend lijken^{34 35}. Voor de OHAT werd een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Kappa's) gerapporteerd variërend van 73% tot 97% met Kappa's van 0,48-0,60 voor de items lippen, slijmvliezen, schone mond en verwijzing naar de tandarts en 0,61-0,80 voor de overige items. Bij test-retest onderzoek werden Kappa's van 0,14-0,91 gevonden. Voor de ROAG werd een sensitiviteit van 0,17-1,0 en een specificiteit van 0,69-0,98 voor de verschillende items gevonden (=validiteit). De Kappa's varieerden van 0,38 tot 0,88. De validiteit van de BOHSE werd beoordeeld op basis van correlatie, die varieerde van 0,35 tot 0,58. De Kappa's varieerden van 0,02 tot 0,82. De test-retest betrouwbaarheid varieerde van 0,79 en 0,88. Voor de DHR werd een validiteitscorrelatie van 0,78 gerapporteerd. De Kappa was 0,4. Krausch-Hofmann et al. vonden een validiteit van de ohr-interRAI variërend van 0,13 tot 0,60. De Kappa's varieerden van 0,27 tot 0,63 en de test-retest betrouwbaarheid van 0,59 tot 0,93³⁶.

In Tabel 4.2 is een samenvatting van de resultaten opgenomen over signaleringsinstrumenten gebruikt door niet-mondzorgprofessionals voor de mondgezondheid bij mensen met een verstandelijke beperking. Een uitgebreidere verantwoording van de kwaliteit van bewijs is weergegeven in de [bijlage](#)

[Uitwerking Literatuuronderzoek Signalering van problemen bij mondgezondheid.](#)

Tabel 4.2. Samenvatting resultaten - mensen met een verstandelijke beperking

Uitkomsten	Impact	Aantal deelnemers (studies)	Vertrouwen in het bewijs (GRADE)
Validiteit (inter-item correlation, criterion validity, construct validity)	Inter-item correlatie: 0,12-0,64, inter-item correlatie binnen elk domein: 0,23-0,64; Criterion validiteit (vergelijking met klinische evaluatie): Kappa 0,1-0,8 (slechte tot goede overeenkomst), correlatie tussen vragenlijstdomeinen en dmft/gingival index en plaque index: 0,08-0,44; Construct validity: duidelijke verschillen tussen mensen met Down syndroom en hun broer/zus en ook relatie tussen score op vragenlijst en bezoek aan medisch specialist voor verschillende indicaties (bijv. spraak, maar ook hartproblemen)	(1 observatie studie)	⊕○○○ Zeer laag ^{a,b,c,d}
Betrouwbaarheid (test-retest reliability)	Cronbach's alfa per domein: 0,52-0,79 (matig tot goede betrouwbaarheid), intraclass correlatiecoëfficiënt: 0,64-0,84 (goede tot excellente betrouwbaarheid)	(1 observatie studie)	⊕○○○ Zeer laag ^{a,b,c,d}
Bruikbaarheid	-	(0 studies)	-

a. Geen opeenvolgende patiënten, referentietest niet duidelijk, weinig gegevens over beoordeling test en referentietest; b. Niet te beoordelen, omdat maar één studie beschikbaar is; c. De studie gaat over ouders van mensen met Downsyndroom in Canada. Dit is mogelijk wat te beperkt qua scope voor de richtlijn. Toch is niet afgewaardeerd voor indirectheid, omdat de scope redelijk vergelijkbaar lijkt; d. De precieze aantallen patiënten staan niet duidelijk verwoord, maar voor de vergelijking met de klinische beoordeling is het aantal patiënten zeer beperkt

De auteurs van de studie concluderen dat hun vragenlijst voor ouders van mensen met het syndroom van Down valide is om de mondgezondheid bij mensen met het downsyndroom in kaart te brengen. Zij rapporteren een matige interne validiteit en een heel goede externe validiteit. De criteriumvaliditeit is echter slecht en de resultaten van de vragenlijsten komen daardoor maar zeer beperkt overeen met de vergelijkende klinische data van een mondzorgprofessional³⁷.

Conclusies

De volgende conclusies kunnen getrokken worden vanuit het literatuuronderzoek:

Zekerheid van bewijs	Conclusies
Zeer laag	Het bewijs voor de validiteit en betrouwbaarheid van verschillende signaleringsinstrumenten om de mondgezondheid van ouderen in de langdurige zorg in kaart te brengen is zeer onzeker. <i>Everaars (2020), Thapa (2021), Krausch-Hofmann (2021)</i>

Laag	Er is enig bewijs over de bruikbaarheid van verschillende signaleringsinstrumenten om de mondgezondheid van ouderen in de langdurige zorg in kaart te brengen. <i>Everaars (2020), Thapa (2021), Krausch-Hofmann (2021)</i>
Zeer laag	Het bewijs is zeer onzeker over de validiteit en betrouwbaarheid van verschillende signaleringsinstrumenten om de mondgezondheid van mensen met een verstandelijke beperking in de langdurige zorg in kaart te brengen. <i>Allison (2005)</i>
	Er is geen bewijs over de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van signaleringsinstrumenten om de dagelijkse mondverzorging van ouderen en/of mensen met een verstandelijke beperking in kaart te brengen. Eveneens is er geen bewijs over de bruikbaarheid van signaleringsinstrumenten om de mondgezondheid van mensen met een verstandelijke beperking in kaart te brengen.

4.1.4 Overwegingen

De kwaliteit van bewijs vanuit het literatuuronderzoek is laag tot zeer laag. Dat betekent dat het niet te bewijzen is dat de gevonden signaleringsinstrumenten betrouwbaar, valide en bruikbaar zijn. Echter, dit is ook niet te weerleggen; het is gewoonweg onbekend. Vanuit de literatuur lijken de signaleringsinstrumenten OHAT, ROAG, BOHSE en DHR het meest geschikt. De auteurs van de reviews waarschuwen echter dat gebruikers van deze signaleringsinstrumenten met de beperkingen van en onzekerheden binnen deze signaleringsinstrumenten rekening moeten houden.

Signaleringsinstrument

De werkgroep had verwacht dat de Oral Health Assessment Tool (OHAT) beter onderzocht zou zijn op betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid, maar het gebrek aan bewijs verbaast de werkgroep niet. De aandacht voor mondverzorging is momenteel gering en daarmee ook de aandacht voor het signaleren van problemen in de mondgezondheid. De OHAT wordt door de werkgroep gezien als een signaleringsinstrument dat geschikt is voor professionele en informele zorgverleners. Het ondersteunt bij het objectiveren van wat de zorgverlener in de mond ziet. Hiermee kan de zorgverlener signaleren of er (op korte termijn) extra ondersteuning op het gebied van mondverzorging of professionele mondzorg nodig is. Het afnemen van de OHAT kan ondersteunen bij het onderbouwen van een pluis/niet-pluis gevoel. Op het moment dat een zorgverlener een niet-pluis gevoel heeft over de mondverzorging of mondgezondheid, dan zal de zorgverlener hulp moeten inschakelen.

De OHAT is vertaald in het Nederlands, de [OHAT-NL](#). De bruikbaarheid van deze versie is ook onderzocht bij mantelzorgers³⁸. Mantelzorgers geven aan dat zij door de OHAT-NL bewuster zijn geworden van de verschillende aspecten van mondverzorging en mondgezondheid. Mantelzorgers kunnen ermee beargumenteren of de cliënt voor wie zij zorgen snel een zelfstandig

mondzorgprofessional zou moeten bezoeken of niet ³⁸. Daarnaast is de OHAT-NL recent getest onder wijkverpleegkundigen ³⁹. Uit dit onderzoek bleek dat wijkverpleegkundigen het instrument betrouwbaar genoeg invullen en dat de Nederlandse versie van de OHAT daarmee nu goed beschikbaar is en gebruikt kan worden in de dagelijkse praktijk na het volgen van een training.

Werkgroepleden geven aan dat er naast de OHAT-NL ook andere signaleringsinstrumenten zijn die gebruikt kunnen worden. Deze zijn echter niet altijd wetenschappelijk geëvalueerd op bijvoorbeeld bruikbaarheid in de praktijk. Zo wordt een pijn-dagboekje of pijnobservatie soms gebruikt om inzicht te krijgen in wanneer iemand pijn heeft bij de dagelijkse mondverzorging of op andere momenten gedurende de dag. Bijvoorbeeld de [Rotterdam Elderly Pain Observation Scale](#) (REPOS) zou pijn in het mondgebied betrouwbaar kunnen vaststellen (zie hiervoor de [Richtlijn Signaleren van pijn bij mensen met een verstandelijke beperking](#)). Zorgverleners moeten wel getraind worden in de pijnobservatie. Daarnaast worden er zelfgemaakte screeningslijsten gebruikt. Dat kan bijvoorbeeld een simpele en beperkte lijst zijn waarin snel aangegeven kan worden wat er in de mond aanwezig is, hoe er gereinigd moet worden, met welk materiaal, door wie en hoeveel keren per dag. Een ander Nederlandstalig signaleringsinstrument is het instrument van [De Mond Niet Vergeten](#) ⁴⁰. Dit signaleringsinstrument ondersteunt zorgverleners en/of naasten onder meer bij de observatie van de zelfstandige mondverzorging: welke mogelijkheden heeft iemand om de mond zelf te verzorgen. Dit signaleringsinstrument is wel in wetenschappelijk onderzoek toegepast, maar (nog) niet geëvalueerd op de bruikbaarheid in de praktijk.

De zelfstandig mondzorgprofessionals uit de werkgroep hebben zich afgevraagd of de doelgroep van deze richtlijn, te weten verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden en begeleiders van ouderen en mensen met een verstandelijke beperking alle aspecten uit de OHAT-NL zouden kunnen herkennen in de praktijk. Dit gaat met name om specialistische onderwerpen als tandsteen en speeksel. Dit kan erg lastig te herkennen zijn als je niet deskundig bent op dit gebied. Echter, ook het beoordelen van de juiste poetstechniek uit het signaleringsinstrument van De Mond Niet Vergeten kan lastig zijn. De werkgroep concludeert dat de genoemde signaleringsinstrumenten wel degelijk handvatten bieden om de signaleringstaak uit te voeren. Het is echter belangrijk dat hier passende scholing bij gegeven wordt.

Gebruik van signaleringsinstrument

De doelgroep van deze richtlijn heeft een belangrijke rol in het signaleren van problemen in de mond, omdat zij het dichtst bij de cliënt staan. Zij kunnen met behulp van een signaleringsinstrument en hun niet-pluis gevoel actie ondernemen. De werkgroep benadrukt dat het van belang is dat de zorgverlener zich bewust is van deze rol en hij serieus wordt genomen als er iets afwijkend is en hij dit meldt. Het signaleringsinstrument zou in ieder geval ingezet moeten worden bij opname in een instelling of tijdens het starten van zorg in het geval van thuiszorg. Daarnaast zou het signaleringsinstrument gebruikt moeten worden op indicatie: als er iets aan de hand is. Als de zelfstandig mondzorgprofessional in het individuele mondverzorgingsplan heeft opgenomen dat het signaleringsinstrument vaker gebruikt moet worden, dan moet dit advies gevolgd worden. Tot slot vindt de werkgroep dat tijdens ieder multidisciplinair overleg (MDO) mondzorg/mondverzorging aandacht moet krijgen. Dit staat echter los van het gebruik van een signaleringsinstrument.

Verschil in doelpopulaties

De meeste onderzochte signaleringsinstrumenten richten zich op ouderen. De werkgroep is echter van

mening dat de signaleringsinstrumenten ook geschikt zijn om in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking te gebruiken. Afwijkingen in de mond zien er bij mensen met een verstandelijke beperking vaak niet anders uit dan bij ouderen. Een belangrijk verschil waar zorgverleners zich echter bewust van moeten zijn, is dat mensen met een verstandelijke beperking vaak al van jongs af aan worden geholpen en begeleid bij de dagelijkse mondverzorging. Ouderen waren gewend om jarenlang hun mond zelfstandig te verzorgen en krijgen pas op latere leeftijd hulp en ondersteuning bij de mondverzorging, wanneer de zelfzorg tekort schiet. Voor ouderen veranderen daardoor de doelstellingen van de mondverzorging. Voor mensen met een verstandelijke beperking gaat het vaak om continue zorg die gedurende het hele leven plaatsvindt. De werkgroep is van mening dat de aanbevelingen gelden voor alle cliënten, ongeacht waar iemand woont. De beperking van een cliënt staat centraal en de zorg zou voor alle cliënten hetzelfde moeten zijn.

Belang van goede signalering

Als een signaleringsinstrument gebruikt wordt om de dagelijkse mondverzorging of mondgezondheid van een cliënt in kaart te brengen, geeft dit volgens de werkgroep meer inzicht in mondgezondheid en wordt de bewustwording rond mondgezondheid vergroot. Daarnaast kunnen problemen in de mond eerder worden opgemerkt, net als pijn en afwerend gedrag. Verder valt onder het signaleren van problemen ook het signaleren (en vastleggen) van afname van zelfzorg bij een cliënt, dus de afname van de frequentie van de dagelijkse mondverzorging of de kwaliteit ervan. Dat kan het moment zijn dat de mondgezondheid eronder lijdt. Dan is het belangrijk de zelfzorg ter sprake te brengen en ondersteuning te bieden, of de mondverzorging over te nemen. Als mondverzorging niet in kaart wordt gebracht, is er geen overzicht en geen controle op wie wat doet en wanneer. Hierdoor is er kans dat er minder goede dagelijkse mondverzorging wordt verleend. Het tijdig bijsturen hiervan kan mondziekten, pijn en ongemak in de mond voorkomen of de ernst ervan beperken. Dit heeft direct effect op de levenskwaliteit van de cliënt. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat gezondheidswinst bereikt kan worden door bijvoorbeeld minder ziekenhuisopnames in verband met pneumonie, minder COPD-exacerbaties en misschien zelfs een lager risico op hart- en vaatziekten. Dit zijn echter alleen associaties en geen oorzakelijke verbanden ^{1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 41}.

Dagelijks in de mond kijken

Naast het gebruik van een signaleringsinstrument is de werkgroep van mening dat het van belang is dat zorgverleners tijdens de dagelijkse mondverzorging ook in de mond kijken. Hierdoor kan een zorgverlener dagelijks signaleren of er veranderingen en opvallende zaken zijn, zoals een pijnlijke plek op de slijmvliezen of een afgebroken tand of kies. Daarnaast kunnen problemen in de mond een mogelijke (mede)oorzaak zijn van afwerend of probleemgedrag en/of ongewenst gewichtsverlies. Zijn er veranderingen, dan is het van belang dit te rapporteren in het zorgleefplan en daarnaast te bespreken met collega's. Zo kan gezamenlijk worden besloten of er melding gemaakt moet worden bij de arts.

De werkgroep adviseert om bij 'het kijken in de mond' te zorgen voor voldoende zicht op het gebied. Maak indien nodig gebruik van een lichtbron en houdt structuren zoals lippen en wangen aan de kant. Werk hierbij hygiënisch en gebruik handschoenen. Wanneer een signaleringsinstrument wordt gebruikt, wordt aanbevolen de uitkomsten en eventuele gevolgen of adviezen die hieruit voortvloeien met de cliënt en/of diens vertegenwoordiger te bespreken. De adviezen moeten daarbij worden afgestemd op de doelen voor de mondgezondheid en wensen van de cliënt zoals die zijn vastgelegd in het zorgleefplan.

Cliëntgericht

Het gebruiken van een signaleringsinstrument om de mondgezondheid te controleren kan belastend zijn voor cliënten, zowel voor ouderen als mensen met een verstandelijke beperking. Niet iedereen wil dat er in de mond gekeken wordt of dat de mond verzorgd wordt. Het wordt als onnodig ervaren, cliënten denken het zelf te kunnen of willen geen hulp. Bij mensen met een verstandelijke beperking is er een groep die liever niet (in het gezicht) aangeraakt wordt. Dit zijn veelal cliënten met autisme. De mondgezondheid bij deze groep cliënten is hierdoor lastig te beoordelen. Ook is er een groep cliënten die vanwege een verminderde werking van het geheugen de gevolgen van niet tandenpoetsen niet kan overzien en daardoor niet wil meewerken. De ervaring van de werkgroep leert dat als de zorgverlener uitlegt wat de meerwaarde is van de beoordeling en welk doel dit heeft, de cliënt het vaak wel accepteert. Wanneer de cliënt op een bepaald moment niet wil meewerken, is het advies om het op een ander tijdstip opnieuw te proberen. De negatieve gevolgen die zouden kunnen ontstaan wanneer het signaleringsinstrument niet gebruikt wordt, wegen veel zwaarder dan de korte (en lichte) belasting van een mondgezondheid beoordeling. Blijft een cliënt bij herhaling en na gesprekken weigeren, dan moet dit gerespecteerd en in het zorgleefplan vastgelegd worden. Bij cliënten met een verstandelijke beperking is mondelinge uitleg vaak te hoog gegrepen en kan door hen niet worden overzien wat het belang is van het in de mond kijken. De manier waarop de begeleider communiceert met een cliënt kan een belangrijke rol spelen in wat er dan bereikt kan worden.

Het inventariseren van de mondgezondheid is altijd nodig. Een cliënt *zonder* tanden en kiezen hoeft minder vaak beoordeeld te worden dan een cliënt *met* tanden en kiezen. De werkgroep vindt dat er geen redenen zijn om de mondgezondheid niet te beoordelen, hooguit om het beoordelen uit te stellen als er bijvoorbeeld sprake is van stress of agressie.

Wetten en regelgeving

Het kan zijn dat een cliënt wenst dat er niet in de mond wordt gekeken, dit verbaal of fysiek duidelijk maakt en daardoor afwerend reageert. Wanneer het een cliënt betreft die wilsbekwaam ter zake is, moet altijd de wens worden gerespecteerd en uitleg gegeven worden waarom het beoordelen van de mondgezondheid belangrijk is. Wanneer het een cliënt betreft die wilsonbekwaam ter zake is en die onder de Wet zorg en dwang valt, is het belangrijk om na te gaan wat de mogelijke oorzaak van het afwerend of probleemgedrag is en te bepalen welke benaderingswijzen passend zijn om te hanteren. Zie hiervoor het [Hoofdstuk Benaderingswijzen rond mondverzorging](#). Het beoordelen van de mondgezondheid met een signaleringsinstrument mag niet achterwege gelaten worden. Daarnaast vindt de werkgroep het van belang de administratieve druk in de zorg te beperken. De werkgroep adviseert om de mondgezondheid van cliënten te beoordelen met een signaleringsinstrument, maar adviseert de frequentie niet te hoog te maken, en te vertrouwen op de deskundigheid en het 'pluis/niet pluisgevoel' van de medewerker. De werkgroep wil insteken op groei van deskundigheid en educatie en ernaar streven dat zorgverleners altijd alert zijn op de mondgezondheid.

Conclusie

Ondanks de lage tot zeer lage kwaliteit van bewijs vanuit het literatuuronderzoek over de signaleringsinstrumenten, concludeert de werkgroep dat de [OHAT-NL](#) of het signaleringsinstrument van [De Mond Niet Vergeten](#) het meest geschikt zijn om de mondgezondheid in kaart te brengen. Het geeft zorgverleners de gelegenheid systematisch in de mond te kijken en een redelijke beoordeling te geven van de mate van mondgezondheid van een cliënt. De meeste zorgverleners zijn geen deskundige op het

gebied van de mond. Door het gebruik van deze signaleringsinstrumenten zijn zorgverleners wel in staat om te beoordelen of een cliënt op korte termijn (bij voorkeur binnen twee weken) door een zelfstandig mondzorgprofessional gezien moet worden om de mondgezondheid verder te beoordelen of dat er gewacht kan worden tot een 'regulier' tandartsbezoek. Wanneer zorgverleners dagelijks in de mond van de cliënt kijken, dan zal het signaleren van afwijkingen of veranderingen in de mond, afwerend of probleemgedrag ook beter worden.

Naast de dagelijkse zorgverlening heeft een zelfstandige mondzorgprofessional zijn eigen verantwoordelijkheid en rol in de zorg. De zelfstandige mondzorgprofessional geeft per cliënt, afgestemd op diens wensen en doelen voor mondgezondheid, persoonlijk advies over de dagelijkse mondverzorging en het gebruik van een signaleringsinstrument. Dit staat samengevat in een individueel mondverzorgingsplan dat deel uit maakt van het totale zorgleefplan.

Een belangrijk aandachtspunt is om te vragen naar het verleden en de gewoontes op het gebied van de mondverzorging. Dit omvat ook het eet- en drinkgedrag en de geschiedenis bij een zelfstandige mondzorgprofessional.

5. Uitvoeren van mondverzorging

Autorisatiedatum 30-11-2023 Beoordelingsdatum 30-11-2023

5.1 Hoe voer je dagelijkse mondverzorging uit?

Het doel van dit hoofdstuk is om te beschrijven wat de dagelijkse mondverzorging inhoudt. Uit de knelpunteninventarisatie bleek dat het voor zorgverleners, cliënten en naasten niet bekend is wat het belang is en de consequenties zijn voor de (algemene) gezondheid wanneer mondverzorging niet goed wordt uitgevoerd en hoe de mondverzorging uitgevoerd moet worden bij een gebitsprothese (wat het juiste middel is om een gebitsprothese mee te reinigen en hoe slijmvliezen en tong te reinigen). In dit hoofdstuk is een beschrijving (mondverzorgingsprotocol) ontwikkeld waarin praktische handvatten staan wat de dagelijkse mondverzorging inhoudt en hoe dit zou moeten worden uitgevoerd.

5.1.1 Uitgangsvraag

Hoe moet de dagelijkse mondverzorging uitgevoerd worden bij cliënten in de langdurige zorg?

5.1.2 Aanbevelingen

Gebruik het [mondverzorgingsprotocol](#) om voor elke cliënt een individueel mondverzorgingsplan te maken. In dit individueel mondverzorgingsplan staan de aandachtspunten voor deze cliënt beschreven.

Voer de mondverzorging minimaal twee keer per dag gedurende twee minuten uit volgens het individueel mondverzorgingsplan en naar de gewoontes van de cliënt.

Zie de dagelijkse mondverzorging als interprofessionele zorg en stem waar nodig af met de regiebehandelaar en andere zorgprofessionals zoals een arts, orthopedagoog, psycholoog, zelfstandige mondzorgprofessional, diëtist, logopedist of ergotherapeut.

Neem bij een vermoeden van pijn of andere afwijkingen in de mond contact op met de tandarts of mondhygiënist.

5.1.3 Onderbouwing

In dit hoofdstuk is op basis van de expertise van de werkgroep een beschrijving (mondverzorgingsprotocol) ontwikkeld. Er is geen systematische literatuuranalyse uitgevoerd omdat de aard van de vraag zich niet leent voor een beantwoording door middel van een systematische review van wetenschappelijk onderzoek.

5.1.4 Mondverzorgingsprotocol

Inleiding

De dagelijkse mondverzorging is een belangrijk onderdeel van de basiszorg. Het uitvoeren van de dagelijkse mondverzorging is van belang voor het behoud van een goede algemene gezondheid^{42 43 44 45 46 47 48 49 50 51}. Het doel van de dagelijkse mondverzorging is het op een juiste manier reinigen van het gebit en/of de gebitsprothese(s) en het mondslijmvlies van de cliënt om een goede mondgezondheid te bevorderen. Bij een goede mondgezondheid zijn de noodzakelijke functies zoals bijvoorbeeld bijten, kauwen, slikken, praten, lachen en intimiteit pijnvrij mogelijk.

Op basis van de expertise van de werkgroep is een algemene beschrijving (mondverzorgingsprotocol) ontwikkeld. Hierin staat de mogelijke uitvoering van de dagelijkse mondverzorging bij cliënten in de langdurige zorg. Ook staan er bijbehorende aandachtspunten genoemd. Het mondverzorgingsprotocol moet voor elke cliënt aangepast worden tot een individueel mondverzorgingsplan. Dit mondverzorgingsplan maakt integraal deel uit van het zorgleefplan. Daar tandenpoetsen een moeilijke handeling is, adviseert de werkgroep om twee keer per dag twee minuten tanden te poetsen om de mond goed schoon te krijgen en om twee keer per dag fluoride in de mond te krijgen ter preventie van cariës. Dit wordt ook geadviseerd door het Ivoren Kruis en De Mond niet Vergeten!^{52 53 54}. Mocht mondverzorging twee keer per dag niet lukken om welke reden dan ook, dan adviseert de werkgroep om te overleggen met een mondzorgprofessional wat voor deze cliënt het beste advies is om de mondzorg op peil te houden.

Belangrijk! De werkgroep gaat in principe uit van zelfregie. Dat betekent dat de cliënt zelf de dagelijkse mondverzorging kan uitvoeren, al dan niet nadat het is aangeleerd. Echter, wanneer cliënten het niet zelf kunnen en/of de mondgezondheid eronder lijdt, is het nodig om hierbij ondersteuning te bieden en/of de mondverzorging over te nemen. Een goede observatie helpt om te kijken wat de cliënt nog wel zelf kan. Daarnaast moet er in de mond worden gekeken om de mondgezondheid te kunnen beoordelen en dient er overleg plaats te vinden met een zelfstandige mondzorgprofessional. Deze kan dan, indien nodig, poetsinstructie geven.

Vorbereiding

1. Kijk of er een individueel mondverzorgingsplan aanwezig is. Zo ja, kijk dan naar de instructies,

opmerkingen en afgesproken routines bij het uitvoeren van de dagelijkse mondverzorging van de cliënt. Zo niet, hanteer dan onderstaand algemeen protocol.

2. Zorg voor de benodigde materialen en controleer of deze passend zijn voor gebruik. In Tabel 5.1 staan de benodigde materialen. Vervang regelmatig de benodigde materialen, bijvoorbeeld een keer per drie maanden een nieuwe tandenborstel, of wanneer de haartjes van de tandenborstel uit elkaar staan.

Tabel 5.1. Benodigde materialen mondverzorging

Bij tanden en kiezen	Bij (gedeeltelijke) gebitsprothese	Bij tandeloze mond
Tandenborstel met zachte borstelharen, bij voorkeur elektrisch	Tandenborstel met zachte borstelharen	Tandenborstel met zachte borstelharen
	Gebitsprotheseborstel	
Tandpasta met voldoende fluoride (reguliere fluoridehoudende tandpasta bevat 1400ppm; de tandarts/mondhygiënist adviseert hierover in afwijkende situaties)	Vloeibare zeep	
Glas/beker water	Glas/beker water	Glas/beker water
Handdoek	Handdoek	Handdoek
Handschoenen	Handschoenen	Handschoenen
Bekkentje	Bekkentje	Bekkentje

Indien opgenomen in individueel mondverzorgingsplan stokers, ragers, gazen, een product om de lippen in te vetten	Indien opgenomen in individueel mondverzorgingsplan ragers (bijv. voor implantaten met eventuele opbouw), gazen, een product om de lippen in te vetten	Indien opgenomen in individueel mondverzorgingsplan ragers (bijv. voor implantaten met eventuele opbouw), gazen, een product om de lippen in te vetten
---	--	--

3. Draag altijd handschoenen en zorg voor voldoende licht.
4. Leg aan de cliënt uit wat je gaat doen.
5. Laat de cliënt de gebitsprothese, indien aanwezig, uit de mond nemen of doe dit als zorgverlener.
6. Verwijder eerst met behulp van gazen grote voedselresten of laat de cliënt (alleen als hij dat kan en hieraan gewend is) eerst de mond spoelen met een glas water.
7. Let tijdens de uitvoering van de mondverzorging op reacties van de cliënt (bijvoorbeeld pijn).

Uitvoering

Cliënten met tanden en kiezen

- Vet de lippen eventueel dun in. Vooral bij cliënten met een droge mond werkt dit verzachtend. Het invetten van de lippen met vaseline wordt afgeraden als cliënten zuurstof toegediend krijgen (een alternatief hiervoor is cacaoboter).
- Reinig dagelijks voor het tandenpoetsen eerst de ruimten tussen de tanden en kiezen (interdentale reiniging) door gebruik te maken van ragers en/of stokers.
- Reinig de tanden en kiezen en het tandvlees met een (elektrische) tandenborstel met fluoridehoudende tandpasta. Het is voor de cliënt het fijnst wanneer er een vaste volgorde wordt aangehouden met poetsen. Houd hierbij de lippen en wangen opzij om te zien wat je doet.
- Zet de tandenborstel in een hoek van 45 graden op het tandvlees, naar de tand gedraaid. Maak dan kleine heen en weer gaande/trillende bewegingen (zie Figuur 5.1).
- Als een elektrische tandenborstel wordt gebruikt, zet deze dan recht op de rand van tanden/kiezen en tandvlees en houd de borstel stil (of gedurende twee tellen iets meebewegend met de vorm van het gebitselement) zodat je iedere tand of kies afzonderlijk kunt poetsen.
- Cliënten hebben regelmatig een afwijkende sensomotorische waarneming in het mondgebied. Dat betekent dat prikkels, op het gebied van voelen, proeven, ruiken en horen tijdens de dagelijkse mondverzorging afwijkend ervaren kunnen worden. Werk daarom vanuit de minst gevoelige regio naar de meer gevoelige regio: buitenkant boven, buitenkant onder, kauwvlak boven, kauwvlak onder, binnenkant boven en binnenkant onder, tong, gehemelte. Zorg dat de overgang van de tanden en kiezen naar het tandvlees goed wordt gepoetst. Zie ook de [Bijlage Poetsvolgorde](#).
- De mond kent vier kwadranten: linksboven, rechtsboven, linksonder, rechtsonder. Las tijdens het poetsen na elke kwadrant een pauze in om de cliënt te laten slikken en adem te laten halen. Poets ongeveer 12 seconden vanuit het midden/mediaan (voor in de mond) naar achter per kwadrant en neem daarna de tandenborstel uit de mond en wacht 12 seconden om de cliënt te laten slikken en adem te laten halen.
- Wanneer een cliënt bijt op een tandenborstel of als een cliënt kortere tanden of kiezen heeft, overweeg dan een drievlakstandenborstel te gebruiken. Overleg dit met de zelfstandige

mondzorgprofessional.

- Laat de cliënt als hij dat kan en hieraan gewend is eventueel spoelen met water.
- Reinig de tong met een tongschraper of poets de tong met een tandenborstel wanneer er sprake is van tongbeslag of een vieze mondgeur (zie Figuur 5.2).
- Wanneer het poetsen van gebit en mondslijmvliezen met een tandenborstel niet lukt, vraag advies aan de tandarts of mondhygiënist. Een optie is om 5x5cm gazen gedrenkt in water of fysiologisch zout en/of dentalswabs te gebruiken. Wikkel de gazen om je wijsvinger en poets de tanden met je wijsvinger. Of smeer deze in met tandpasta om fluoride aan te brengen.
- Na het eten: laat de cliënt bij voorkeur na iedere maaltijd de mond spoelen of een slokje water drinken (alleen als de cliënt dat kan en hieraan gewend is).

Cliënten met een (gedeeltelijk) kunstgebit (gebitsprothese)

[Zie ook de Poetskaart van De Mond niet vergeten](#)

Volg bij cliënten met een gedeeltelijke gebitsprothese de bovenstaande stappen voor de dagelijkse mondverzorging van de tanden en kiezen. Neem eerst de gebitsprothese uit.

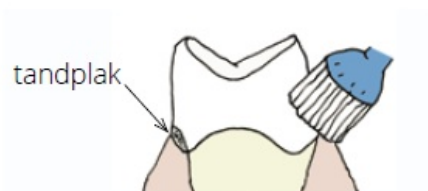
Voor de prothese:

- Leg bij het reinigen een handdoek of een laagje water in de wastafel om stukvallen van de gebitsprothese te voorkomen.
- Reinig de gebitsprothese zo mogelijk twee keer per dag met een gebitsprotheseborstel met water en vloeibare zeep. Reinig alle kanten van de gebitsprothese: het is erg belangrijk dat ook de kant die op het slijmvlies rust goed wordt gereinigd.
- Spoel de gebitsprothese na de reiniging goed af.
- Voor de nacht: aanbevolen wordt om zonder gebitsprothese te slapen. Leg in dat geval de schoongemaakte gebitsprothese droog weg in een schoon, open gebitsprothesebakje.
- Zet indien nodig (bijvoorbeeld bij tandsteen of aanslag) de gebitsprothese één keer per week een nacht in een bakje met voor de helft water en voor de helft natuurazijn (geen schoonmaakazijn). Schrob de gebitsprothese daarna goed schoon en spoel deze voor terugplaatsing in de mond af.

Voor de tandeloze mond:

- Vet de lippen eventueel dun in. Vooral bij cliënten met een droge mond werkt dit verzachtend. Het invetten van de lippen met vaseline wordt afgeraden als cliënten zuurstof toegediend krijgen (eventueel cacaoboter overwegen).
- Poets de mondslijmvliezen, gehemelte en kaken met een tandenborstel met zachte borstelharen met water (eventueel met tandpasta, maar spreek dit individueel per cliënt af). Het is voor de cliënt het fijnst wanneer er een vaste volgorde wordt aangehouden met poetsen. Houd hierbij de lippen en wangen opzij om te zien wat je doet.
- Werk van de minst gevoelige regio naar de meer gevoelige regio: buitenkant boven, buitenkant onder, kaakwal boven, kaakwal onder, binnenkant boven en binnenkant onder, tong, gehemelte.
- Las tijdens het poetsen na elk kwadrant (linksboven, rechtsboven, linksonder, rechtsonder) een pauze in. Poets ongeveer 12 seconden van voor naar achter per kwadrant en neem daarna de tandenborstel uit de mond en wacht 12 seconden om de cliënt te laten slikken en adem te halen.

- De kaakwallen kunnen ook gereinigd worden met een (vochtig) gaasje. Hiermee moet worden opgepast met cliënten die kunnen bijten.
- Laat de cliënt eventueel met water spoelen (alleen als de cliënt dat kan en hieraan gewend is).
- Na het eten: laat de cliënt bij voorkeur na iedere maaltijd de mond spoelen (alleen als de cliënt dat kan).



Figuur 5.1: Plaatsen van tandenborstel



Figuur 5.2: Tongschrapper

Bij gebitsimplantaten

[Zie ook de Poetskaart van De Mond Niet Vergeten](#)

Steeds vaker dragen cliënten een implantaat-gedragen gebitsprothese (vaker in de onderkaak dan in de bovenkaak). De implantaten met een daarop gemonteerde opbouw of drukknoppen houden de gebitsprothese op zijn plaats. De opbouw of drukknoppen (of tanden of kiezen) verdienen bijzondere aandacht bij de dagelijkse mondverzorging. Ook de binnenkant van de bijbehorende gebitsprothese verdient extra aandacht.

- Reinig de implantaten (en opbouw) in de mond met een tandenborstel met zachte borstelharen en rager zo mogelijk twee keer per dag. Reinig ook klemmetjes of knopjes aan de binnenkant van de gebitsprothese twee keer per dag met een protheseborstel en water en handzeep.
- Indien er onder de gebitsprothese nog tanden of kiezen zitten, dan verdient het de voorkeur deze tanden en kiezen te reinigen zoals staat omschreven bij cliënten met 'tanden en kiezen'.

Aandachtspunten bij specifieke doelpopulaties

Algemeen voor cliënten in de langdurige zorg

Maak de dagelijkse mondverzorging zo veel mogelijk voorspelbaar. Dit kan door in een individueel mondverzorgingsplan een vaste routine af te spreken voor het uitvoeren van de dagelijkse mondverzorging of door bijvoorbeeld af te spreken dat de tandenborstel 12 seconden in de mond blijft en vervolgens af te tellen. Indien de mondverzorging geheel of gedeeltelijk overgenomen moet worden, dan kan het helpen om eerst de zorgverlener de tanden te laten poetsen, waarna de cliënt napoetst. Maar dit gaat altijd in overleg met de cliënt. Schakel verder bij bijtproblematiek en sensorische informatieverwerkingsproblematiek een ergotherapeut in voor bijvoorbeeld hulpmiddelen.

Cliënten met (een risico op) slikproblemen

Bij cliënten met slikproblemen, sondevoeding of een tracheostoma kan het gebruik van tandpasta en het

spoelen van de mond met water een risico op verslikking (aspiratie) geven. Toch zijn er ook bij deze cliënten vaak mogelijkheden om de mond goed te reinigen. In samenwerking met een logopedist kan onderzocht worden welke individuele adviezen er nodig zijn. Deze adviezen zijn opgenomen in een individueel mondverzorgingsplan. In ieder geval zijn de volgende aandachtspunten van toepassing:

- Bij cliënten met tanden en kiezen is tandenpoetsen gewenst om tandsteenvorming en tandvleesontsteking (en ook gaatjes als er wel af en toe iets via de mond wordt aangeboden) tegen te gaan. Maak de tandenborstel met een beetje tandpasta niet nat, dat voorkomt extra schuimvorming.
- Gebruik een tandpasta die zo min mogelijk schuimt.
- Als een cliënt zelf niet goed de tandpasta uit kan spugen, laat de cliënt dan in een zijligging liggen met een bakje (papieren nierbekken) of handdoek onder het gezicht, zodat vocht uit de mond kan lopen en niet richting de keel.
- Neem na het tandenpoetsen vocht uit de mond met gazen.
- Reinig bij cliënten met een tandeloze mond de mond en slijmvliesen met in water en/of fysiologisch zout gedrenkte gazen van 5x5cm (niet te nat) en dentaswabs.
- Reinig de tong met een tongschraper of poets de tong met een tandenborstel, wanneer er sprake is van tongbeslag of een vieze mondgeur.
- Eventueel kan een uitzuigapparaat gebruikt worden om vocht uit de mond te halen.
- Indien medicatie in de avond met behulp van voeding wordt ingenomen, dan is het belangrijk na het innemen van de medicatie de mondverzorging uit te voeren.

Meer informatie over hoe om te gaan met cliënten met Slikproblemen is te vinden in de [SKILZ-richtlijn Slikproblemen](#).

Poetshouding

De poetshouding is erg belangrijk. Onderstaande adviezen zijn overgenomen uit het [Poetsboek voor mondverzorging bij kwetsbare ouderen van De Mond Niet Vergeten!](#)⁵⁴.

Poetsen kan vanuit verschillende houdingen. Kies de houding die het best past bij de zorgverlener en de cliënt. Aandachtspunten: comfort, contact, goed zicht en het goed kunnen bereiken van de hele mond. De zorgverlener moet op de houding van zijn rug te letten en altijd handschoenen dragen.

In de [Bijlage Poetshoudingen](#) zijn ter illustratie foto's opgenomen van alle poetshoudingen.

De zorgverlener staat, de cliënt zit

- De zorgverlener staat schuin naast/achter de cliënt (rechts van de cliënt als de zorgverlener rechtshandig is; links als de zorgverlener linkshandig is). De zorgverlener steunt het hoofd van de cliënt tussen zijn linkerflank enerzijds en anderzijds met de vrije linkerarm en -hand (indien rechtshandig, voor linkshandigen de andere zijde). Op die manier is er goed zicht in de mond en kan de zorgverlener met de linkerhand (wanneer de zorgverlener rechtshandig is) de lippen en wang aan de kant houden terwijl de zorgverlener poetst. Deze 'omarming' van het hoofd helpt het hoofd stil te houden en de mondspieren te ontspannen en kokhalzen te voorkomen.

De zorgverlener staat, de cliënt ligt op bed

- Zorg dat het bed op heuphoogte van de zorgverlener staat en het hoofdeinde in een hoek van 45 graden.
- Vraag de cliënt om het hoofd iets naar je toe te draaien als dat kan.
- Wanneer het niet mogelijk is het hoofdeinde omhoog te zetten, leg de cliënt dan in zijligging. Plaats een kartonnen nierbekken (of een zachte, vochtabsorberende onderlegger, servet of handdoek) onder de wang, zodat vocht uit de mond van de cliënt kan lopen en de cliënt zich niet kan verslikken.
- Kan het bed niet omhoog, doe bovenstaande dan zittend. Ga dan op een stoel naast het bed zitten.

De zorgverlener en de cliënt zitten

- Ga als zorgverlener recht voor de cliënt zitten, met de benen in spreidstand. Dat zorgt voor een stabiele houding.
- Zorg ervoor dat ook de cliënt goed zit en dat diens hoofd wordt ondersteund (bijvoorbeeld met een kussentje in de nek of het hoofd tegen een muur). Dan zijn ook de mondspieren het meest ontspannen.
- Wanneer de cliënt voorovergebogen zit, kan de zorgverlener op een stoel naast de cliënt gaan zitten of op de knieën voor de cliënt (de rug van de zorgverlener moet recht blijven).

Algemene tips

- De zorgverlener houdt met de vrije hand de wang en lippen opzij zodat hij goed ziet waar hij poetst.
- De zorgverlener veegt na het tandenpoetsen de mond niet af, maar dept deze vanaf de wang naar de mond met bijvoorbeeld een handdoek. Aan het eind kan twee tellen een stevige druk gegeven worden op de mond/lippen waarmee de lippen zelf worden gereinigd. De lipsluiting wordt dan gestimuleerd en de slikreflex kan hiermee worden uitgelokt.
- Als iemand op de tandenborstel bijt of als een cliënt kortere tanden of kiezen heeft, kan op advies van een tandarts of mondhygiënist een driekopstandenborstel worden geprobeerd. Op advies en met goede uitleg van de tandarts of mondhygiënist en als de cliënt ermee instemt, kan ook een bijthoutje of vingerbeschermer/mondhulpstuk worden geprobeerd.

5.1.5 Overwegingen

Het mondverzorgingsprotocol geeft een algemene onderbouwing van de nodige handelingen bij de dagelijkse mondverzorging. De werkgroep adviseert per cliënt een individueel mondverzorgingsplan op te stellen waarin de wensen, doelen, individuele aandachtspunten en de uitvoering van de dagelijkse mondverzorging worden beschreven. Hierin kan bijvoorbeeld staan dat een cliënt een verhoogd risico heeft op gaatjes en er daarom tandpasta met 5.000 ppm fluoride gebruikt moet worden.

De mondverzorging is een belangrijk onderdeel van de dagelijkse zorg. Dit is zowel van belang voor een goede mondgezondheid en de algehele gezondheid, als voor de levenskwaliteit van cliënten. De werkgroep erkent dat de dagelijkse mondverzorging één van de moeilijkste taken binnen de zorg kan zijn. Mondverzorging vergt een tijdsinvestering in het aanleren, de uitvoering en de afstemming met het volledige team rondom de cliënt en de cliënt zelf.

Bij cliënten die voor de dagelijkse mondverzorging afhankelijk zijn van anderen, is het van belang dat dit consequent wordt uitgevoerd. Hierdoor wordt het voor de cliënt een routinematige en voorspelbare handeling en maakt het voor de zorgverleners deel uit van hun dagelijkse werkzaamheden. Als iedereen getraind is en dezelfde (individueel vastgestelde) benadering en technieken hanteert, wordt de uitvoering van de dagelijkse mondverzorging makkelijker geaccepteerd door de cliënt en neemt (het risico op) afwerend gedrag af (zie ook het hoofdstuk [Benaderingswijzen rond mondverzorging](#)). Investeren in het voortraject leidt tot een effectievere aanpak en stimuleert de preventieve werking en het behoud van een goede mondgezondheid. Daarnaast zijn niet alle cliënten in de langdurige zorg in staat aan te geven dat zij klachten in de mond ervaren. Het kan dan lang duren voordat veranderingen in het gedrag of problemen met het eten worden gerelateerd aan klachten in de mond. Een juiste uitvoering van de dagelijkse mondverzorging kan voorkomen dat deze klachten ontstaan, en bijdragen aan een tijdige signalering van problemen in de mond ²⁶.

De uitvoering van de dagelijkse mondverzorging zal voornamelijk worden gedaan door helpenden, verzorgenden, verpleegkundigen en begeleiders in de langdurige zorg of door naasten (waaronder mantelzorgers) van deze cliënten. De ervaring leert dat, mede door de hoge werkdruk, de dagelijkse mondverzorging vaak een handeling in de zorg is die overhaast wordt uitgevoerd of soms zelfs wordt overgeslagen. Het creëren van een rustig moment is echter van groot belang, zowel om een rustige omgeving te creëren voor de cliënt, als om de dagelijkse mondverzorging correct en volledig uit te voeren. Wanneer dit tijdens de piekbelasting in de uitvoering van de basiszorg niet lukt, dan adviseert de werkgroep om een ander rustig moment op de dag uit te kiezen, mits dit qua tijdstip voor de cliënt zo veel mogelijk voorspelbaar kan worden aangeboden. Dit moet goed in het zorgleefplan van de cliënt worden gerapporteerd (opnemen in individueel mondverzorgingsplan), zodat iedere zorgverlener op de hoogte is en dit bij benadering op hetzelfde tijdstip uitvoert.

In de praktijk blijkt het een valkuil te zijn voor zorgverleners als gemeend wordt dat een cliënt voor de mondverzorging onafhankelijk is en (dus) in staat is de dagelijkse mondverzorging goed uit te voeren. Dit is lang niet altijd ook daadwerkelijk het geval. Geadviseerd wordt regelmatig toe te zien of de mondverzorging adequaat wordt uitgevoerd. Daar waar nodig geeft de zorgverlener aanvullende instructies of neemt (deels) de mondverzorging over.

Vanuit de sensorische informatieverwerkingsgedachte (SI) heeft de werkgroep besloten de poetsvolgorde voor cliënten in de langdurige zorg aan te passen. [Deze volgorde](#) is in eerste instantie opgesteld voor cliënten die een afwijkende prikkelverwerking hebben ^{26 55 56 57 58}. De dagelijkse mondverzorging is een handeling die voor deze cliënten als onprettig kan worden ervaren. De werkgroep adviseert om te werken vanuit de minst prikkelgevoelige regio naar de meer prikkelgevoelige regio. Daarnaast adviseert de werkgroep om pauzemomenten in te lassen. Tandpoetsen gebeurt meestal met (schuimende) tandpasta bij een open mond. Normaal moet iemand na ongeveer 12 seconden weer een keer slikken en ook ademen. Dat lukt echter niet als iemand anders bij je poetst en aan één stuk doorgaat. Er kan dan paniek en afwerend gedrag ontstaan (verslik-stik-gedachte). Dit geldt zeker voor cliënten met een verstandelijke beperking, maar ook voor cliënten met een slikstoornis na bijvoorbeeld een beroerte. Sommige cliënten vinden het fijn als ze in de spiegel kunnen volgen wat er gebeurt, andere cliënten worden juist onrustig als ze deels kunnen zien wat er gebeurt in de spiegel. Het is daarom belangrijk te weten wat voor de cliënt het prettigst is en om hulp te vragen aan een SI-therapeut

als dit niet bekend is. Ook is het van belang dat zorgverleners niet gestoord of weggeroepen worden tijdens de uitvoering van de dagelijkse mondverzorging. En dat de cliënt zich niet bedreigd hoeft te voelen door (plotselinge) toenadering van eventuele huisgenoten, collega's, telefoons, piepers of andere indringende geluiden.

Verder is interprofessionele samenwerking via de regiebehandelaar van essentieel belang. Zo kan het nodig zijn om andere zorgverleners te betrekken bij de uitvoering van de dagelijkse mondverzorging. Denk hierbij aan samenwerking met een arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundig specialist, tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus bij gesignaleerde problemen in de mond. Of een logopedist wanneer er sprake is van bijzondere mondgewoonten zoals bijvoorbeeld een bijtreflex of (risico op) slikproblemen. Daarnaast kan er behoefte aan ondersteuning zijn door een gedragskundige (psycholoog, orthopedagoog) of SI-therapeut bij afwerend gedrag (zie ook het hoofdstuk [Benaderingswijzen rond mondverzorging](#)). De logopedist of gedragskundige kunnen ook benaderd worden voor advies over ondersteuning van communicatie over mondverzorging op het niveau van de cliënt met ondersteunende communicatie, zoals pictogrammen. Een ergotherapeut kan ook worden betrokken bij de ondersteuning van de dagelijkse mondverzorging, zoals het (opnieuw) aanleren van poetsvaardigheden na een beroerte en/of door aanpassingen te doen aan bijvoorbeeld een tandenborstel of advies over de inzet van andere of aanvullende hulpmiddelen. Een diëtist kan betrokken worden in verband met adviezen over bepaalde voeding en suikerinname. Op de interprofessionele samenwerking zal verder worden ingegaan in het hoofdstuk [Organisatie van zorg](#).

De werkgroep adviseert de dagelijkse mondverzorging twee keer per dag uit te voeren, bij voorkeur na de maaltijd. Bij sommige cliënten kan het nodig zijn om de mond vaker te reinigen en/of te bevochtigen, zoals bij cliënten met hyposialie (=onvoldoende speekselsecretie). Ook bij cliënten met een oncologische aandoening en bij cliënten in de palliatieve of terminale fase kan de mondverzorging meer dan twee keer per dag noodzakelijk zijn. De richtlijn over mondzorg bij cliënten in de palliatieve fase van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) gaat hier verder op in ⁵⁹. Het bevochtigen van de mond kan worden uitgevoerd met een tandenborstel met zachte borstelharen of vochtige gazen gewikkeld om de vinger of dentaswabs. Eventueel kunnen aanvullende middelen door een zelfstandige mondzorgprofessional of een arts worden voorgeschreven.

Naast het genoemde mondverzorgingsprotocol zijn er verschillende poetsinstructies beschikbaar die visueel weergeven hoe de mondverzorging kan worden uitgevoerd. Deze poetsinstructies hebben mogelijk wel een andere poetsvolgorde dan in deze richtlijn beschreven. De werkgroep adviseert de poetsvolgorde voor cliënten met een afwijkende prikkelverwerking aan te houden, maar de volgorde kan aangepast worden voor individuele cliënten. Het doel is voor cliënten steeds eenzelfde poetsvolgorde te kiezen en hieraan vast te houden. De andere poetsinstructiematerialen zijn te vinden bij de [De Mond Niet Vergeten](#), [Zorg Voor Beter](#), [Het Ivoren Kruis](#) en [TNO](#).

Tot slot vindt de werkgroep het belangrijk om te benoemen dat er verschillende factoren zijn die bijdragen aan verschillen in mondgezondheid tussen mensen zonder en mensen met een migratie-achtergrond. Het blijkt dat de communicatie met mensen met een migratie-achtergrond niet altijd goed verloopt. Niet alleen de taalbarrière kan een rol spelen, maar ook onvoldoende kennis bij zorgverleners over culturele en religieuze achtergronden. Daarnaast dient er rekening mee te worden gehouden dat mensen met een migratie-achtergrond mogelijk anders denken over het belang van goede

mondverzorging. Ook kunnen andere voedingsgewoonten een rol spelen waar rekening mee gehouden moet worden. Bij de dagelijkse mondverzorging moet rekening gehouden worden met bepaalde gewoontes, bijvoorbeeld het tandenpoetsen tijdens de ramadan.

Bij het ontwikkelen van informatiemateriaal is het belangrijk rekening te houden met publicaties in andere talen dan de Nederlandse. Voor laaggeletterden is het van belang dat de informatie goed door hen te lezen en te begrijpen is en moet rekening gehouden worden met het taalniveau van de informatie²⁴. Eenvoudig voorlichtingsmateriaal is onder meer te vinden op de website van [Pharos](#).

6. Benaderingswijzen rond mondverzorging

Autorisatiedatum 30-11-2023 Beoordelingsdatum 30-11-2023

6.1 Hoe motiveer je cliënten en hoe ga je om met afwerend of probleemgedrag?

Het doel van dit hoofdstuk is om te beschrijven hoe cliënten het best kunnen worden gemotiveerd voor de dagelijkse mondverzorging en hoe het best kan worden omgegaan met afwerend of probleemgedrag bij de dagelijkse mondverzorging. Uit de knelpunteninventarisatie bleek dat het voor zorgverleners en naasten soms lastig is om cliënten te motiveren mondverzorging uit te voeren of gedragsverandering ten aanzien van poetsgedrag te bewerkstelligen. Ook bleek dat het voor zorgverleners en naasten onbekend is wat zij moeten doen als een cliënt de mondverzorging weigert of weerstand biedt tijdens de mondverzorging. Bovendien is het voor zorgverleners en naasten onbekend wat de Wet zorg en dwang zegt over het onder dwang uitvoeren van mondverzorging en is het voor zorgverleners onduidelijk hoe zij om moeten gaan met naasten van een cliënt als er een meningsverschil is over de mondverzorging. In dit hoofdstuk worden handvatten gegeven hoe hier het best mee om te gaan.

6.1.1 Uitgangsvragen

- Welke benaderingswijzen worden aanbevolen voor zorgverleners en naasten om cliënten in de langdurige zorg te motiveren tot het uitvoeren van de dagelijkse mondverzorging?
- Welke benaderingswijzen worden aanbevolen voor zorgverleners en naasten bij cliënten die afwerend reageren op de uitvoering van de dagelijkse mondverzorging?

6.1.2 Aanbevelingen

Motiveren

Geef voorlichting aan de cliënt over de voordelen van goede mondverzorging, zoals een frisse mond, een gezond gebit, minder pijn en makkelijker eten. Bespreek ook de risico's van minder goede mondverzorging op korte en/of lange termijn.

Heb bij het motiveren aandacht voor culturele verschillen en levensbeschouwing, omdat dat van invloed kan zijn op overtuigingen, gedrag en pijnuitingen.

Stem het motiveren van cliënten af op de individuele cliënt, naasten en betrokken zorgverleners. Breng hierbij ook de wensen en zorgbehoeften van de cliënt in kaart.

Motiveren is maatwerk, maar er zijn wel algemene handvatten te geven. Gebruik daarom de [handvatten](#) uit de richtlijn. Deze handvatten zijn onder andere gericht op hoe je communiceert (met respect, op gelijke hoogte, consequent, geen verkleinwoorden, etc.).

Overweeg om bij het motiveren gebruik te maken van motiverende gespreksvoering, socraïsch motiveren, de oplossingsgerichte benadering en/of de Gentle teaching methode.

Verdiep je in de cliënt en ga na wat de reden is voor ongemotiveerd gedrag. Als na diverse pogingen blijkt dat een cliënt niet te motiveren is, zou het motiveren gestaakt kunnen worden. Noteer dit goed in het zorgdossier.

Afwerend of probleemgedrag

Ga na wat de oorzaak is voor het afwerende of probleemgedrag. Sta bijvoorbeeld stil bij hoe de begeleidingsstijl was vóór, tijdens en na het afwerende of probleemgedrag. Ook moet worden nagegaan of er veranderingen zijn in de context. Betrek in dit proces nadrukkelijk de naasten van de cliënt.

Doorloop vaste processtappen (probleem vaststellen, gegevens verzamelen, nader onderzoeken, plan van aanpak, evaluatie) om het afwerend of probleemgedrag bij de dagelijkse mondverzorging aan te pakken. Doe dit in samenwerking met de betrokken professionals. Leg dit proces zorgvuldig vast zodat het zo nodig gekoppeld kan worden aan de wet-zorg-en-dwang-cyclus.

Bespreek afwerend of probleemgedrag laagdrempelig in multidisciplinair verband. Ga ook na of er factoren zijn op organisatorisch, team- of individueel niveau die het afwerende gedrag beïnvloeden.

Gebruik de [handvatten](#) uit de richtlijn bij cliënten die afwerend reageren op de dagelijkse mondverzorging. Deze handvatten zijn gericht op de benadering, de omgeving, respectvolle communicatie, het stimuleren van zelfzorg en het bieden van afleiding. De handvatten zijn ook samengevat in een [Praktijkaart](#).

Indien het afwerend of probleemgedrag structureel is en de cliënt wilsonbekwaam ter zake is, kan de Wet zorg en dwang kaders bieden om de dagelijkse mondverzorging uit te voeren. Dit als het nalaten van de mondverzorging ernstig nadeel met zich meebrengt. Realiseer je dat ook het fixeren van een cliënt - bijvoorbeeld met kracht vasthouden van de handen - tegen zijn wil, een wet-zorg-en-dwang-maatregel is. Dit is het allerlaatste redmiddel!

6.1.3 Onderbouwing

In onderstaande paragraaf staat een samenvatting van het wetenschappelijk literatuuronderzoek dat is uitgevoerd om de volgende uitgangsvragen te beantwoorden:

- Welke benaderingswijzen worden aanbevolen voor zorgverleners en naasten om cliënten in de langdurige zorg te motiveren tot het uitvoeren van de dagelijkse mondverzorging?
- Welke benaderingswijzen worden aanbevolen voor zorgverleners en naasten bij cliënten die afwerend reageren op de uitvoering van de dagelijkse mondverzorging?

In deze paragraaf wordt beschreven welke artikelen gevonden zijn, welke resultaten hieruit zijn gekomen en wat de kwaliteit van de onderzoeken is.

De uitgangsvragen zijn samengevoegd tot één literatuurzoekvraag. De eerste literatuurzoekactie (search) leverde twee systematische reviews bij ouderen en één scoping review bij mensen met een verstandelijke beperking op ^{60 61 62}. De aanvullende zoekactie voor ouderen leverde één aanvullende RCT op ⁶³, die toch ook opgenomen bleek in de systematische review van Backhouse et al. ⁶⁰. De

eigenschappen van deze RCT zijn in onderstaande resultaten opgenomen, maar leveren derhalve geen extra bewijs op. De aanvullende zoekactie voor mensen met een verstandelijke beperking leverde geen aanvullende literatuur op.

Onderzoekskarakteristieken

Beide systematische reviews zijn van redelijke kwaliteit. In het onderzoek van Backhouse et al. is gekeken naar strategieën om om te gaan met weigeren van zorg bij mensen met dementie⁶⁰. In deze review zijn twee relevante studies opgenomen die gaan over mondverzorging. Hoben et al. onderzochten strategieën om weerstand van verpleeghuisbewoners tegen mondverzorging te verminderen en hen te motiveren tot mondverzorging⁶¹. In deze review zijn vier studies opgenomen waarin verschillende benaderingswijzen zijn beschreven. In de scoping review van Wilson et al. is gekeken naar interventies om de mondgezondheid bij mensen met een intellectuele of ontwikkelingsachterstand te verbeteren⁶². Hierin zijn geen relevante studies gevonden over benaderingswijzen van cliënten. In de RCT van Jablonski et al. werd bij 100 bewoners van een verpleeghuis met dementie gekeken naar het effect van de MOUTH-interventie (Managing Oral Hygiene Using Threat reduction), een combinatie van een evidence-based mondzorgprotocol, herkenning van weerstand en strategieën voor angstbeperking gedurende de mondverzorging⁶³. In de [bijlage Uitwerking Literatuuronderzoek Benaderingswijzen rond mondverzorging](#) zijn tabellen met gedetailleerde informatie over de geïnccludeerde studies opgenomen.

Kwaliteit en bewijs van resultaten

In Tabel 6.1 is een samenvatting van de resultaten opgenomen over benaderingswijzen door niet-mondzorgprofessionals en naasten om afwerend of probleemgedrag te verminderen en de mondgezondheid te verbeteren. In de systematische reviews en de RCT gericht op ouderen zijn verschillende studies opgenomen waarin steeds combinaties van maatregelen zijn bestudeerd. Daarbij gaat het om benaderingswijzen (zoals het op ooghoogte benaderen, zacht spreken), vormen van communicatie (zoals stap-voor-stap instructie, opbouwen goede verstandhouding, niet betuttelen), specifieke technieken (zoals afleiden, wang aanraken of masseren, samen poetsen, spiegelen) en andere interventies (zoals op een ander moment opnieuw proberen of een andere zorgverlener betrekken). Deze interventies lieten geen effect zien op het verminderen van weerstand tegen de zorg, maar droegen wel bij aan een verbeterde mondgezondheid. Daarbij is niet vast te stellen welke van de factoren daarin meer en minder succesvol zijn^{60 61 63}.

In de scoping review gericht op mensen met een intellectuele of ontwikkelingsachterstand werden geen studies gevonden over benaderingswijzen om de weerstand tegen mondverzorging te verminderen en de motivatie tot mondverzorging te verhogen. De scoping review kent een brede zoekstrategie, zodat met redelijke zekerheid kan worden vastgesteld dat er geen goed bewijs uit de wetenschappelijke literatuur op dit gebied bestaat⁶².

Tabel 6.1. Samenvatting resultaten

Uitkomsten	Impact	Aantal deelnemers (studies)	Vertrouwen in het bewijs (GRADE)
Vermindering afwerend gedrag	De benaderingswijze die gehanteerd is door Jablonski et al. (benaderen op ooghoogte binnen gezichtsveld, zorg in rustige omgeving met weinig mensen, goede verstandhouding opbouwen, zachte aanraking, glimlachen, 'baby talk' vermijden, beleefde stap-voor-stap instructies, gebaren gebruiken, bewoners hetzelfde instrument laten vasthouden als verzorgende, afleiding, objecten gebruiken in de omgeving om de mondverzorging te starten of te beëindigen, zorgverleners start taak en bewoner rondt het af, handen van bewoners sturen, gebruik spiegel, zorgverlener vervangen als escalatie dreigt) lijkt geen effect te hebben op het verminderen van weerstand tegen zorg	(2 observatiestudies)	⊕○○○ Zeer laag ^{a,b}
Verbetering mondgezondheid	Alle beschreven interventies (aanpassen fysieke omstandigheden, type instructies, rustige omgeving, goede verstandhouding, benadering van voren in gezichtsveld, zachte aanraking, voordoen, spiegelen, afleiden, sturen, zorgverlener vervangen, uitleggen, focussen op cliënt, geduld, positieve feedback, creëren routine, benoemen redenen mondverzorging, faseren, zingen, small talk, later opnieuw proberen, geruststellen, praten, ontspannen, onderhandelen) lijken in combinaties bij te dragen aan een verbeterde mondgezondheid. Het is niet duidelijk wat de bijdrage van welke interventie is	(5 observatiestudies)	⊕○○○ Zeer laag ^{a,b}

CI: Confidence interval; a. Afgewaardeerd met één level vanwege de grote kans op confounding, selectiebias, informatiebias en reportingbias. b. Afgewaardeerd met twee levels vanwege het beperkte aantal patiënten en zorgverleners in de analyses

Conclusies

De volgende conclusies kunnen getrokken worden vanuit het literatuuronderzoek:

Zekerheid van bewijs	Conclusies
Zeer laag	Het bewijs voor effectieve benaderingswijzen van cliënten in de ouderenzorg om de uitvoering van de dagelijkse mondverzorging te verbeteren, weerstand tegen mondverzorging te verminderen en de mondgezondheid te verbeteren, is zeer onzeker. <i>Backhouse (2020), Hoben (2017), Jablonski (2018)</i>

Er is geen bewijs voor effectieve benaderingswijzen van mensen met een verstandelijke beperking in de langdurige zorg om de uitvoering van de dagelijkse mondverzorging te verbeteren, weerstand tegen mondverzorging te verminderen en de mondgezondheid te verbeteren.

Wilson (2019)

6.1.4 Overwegingen

Dit hoofdstuk geeft antwoord op twee uitgangsvragen. Zowel bij het literatuuronderzoek als bij de uitwerking van de uitgangsvragen bleek namelijk dat het motiveren en omgaan met afwerend of probleemgedrag niet los van elkaar gezien kunnen worden. De werkgroep ziet het als een glijdende schaal. Cliënten waarbij het motiveren een belangrijke rol speelt, zijn veelal cliënten die de dagelijkse mondverzorging nog wel zelf willen uitvoeren maar dit niet meer (goed genoeg) doen. Dit betreft veelal thuiswonende ouderen die afhankelijk zijn van thuiszorg of van mantelzorgers. Er is bij deze cliënten vaak vóór opname in een zorginstelling een snelle achteruitgang te zien in de mondgezondheid⁴⁹. Cliënten die thuis wonen hebben als onderdeel van het motiveren informatie over en inzicht in deze achteruitgang nodig. Afweer- of probleemgedrag bij thuiswonende cliënten wordt, als het voorkomt, vaak geaccepteerd.

Bij cliënten die in een zorginstelling wonen, ligt het motiveren en omgaan met afwerend of probleemgedrag volgens de werkgroep soms dicht bij elkaar. Waar nodig moeten deze cliënten worden gemotiveerd. Ook hebben deze cliënten vaker gedeeltelijke of volledige hulp nodig bij de dagelijkse mondverzorging en hierbij kan afwerend of probleemgedrag voorkomen. Als er zorg wordt verleend bij afwerend gedrag kunnen cliënten een machtsongelijkheid ervaren. Die ongelijkheid ontstaat wanneer de afhankelijkheid die een cliënt heeft ervoor zorgt dat hij mogelijke angst of een onprettig/ongewenst gevoel niet durft aan te geven. Zorgverleners moeten zich hiervan bewust zijn en hierop reflecteren, eventueel met behulp van intervisie.

Of het nu gaat om niet gemotiveerd zijn of afwerend of probleemgedrag, de werkgroep adviseert altijd eerst goed na te gaan wat de reden is voor het gebrek aan motivatie of het afwerende of probleemgedrag. Verdiep je in de (geschiedenis van de) cliënt, overleg met collega's en probeer te achterhalen of er beïnvloedende factoren zijn die de weerstand tegen mondverzorging kunnen verklaren.

Motiveren

Uit de literatuur blijkt dat er weinig specifieke literatuur is gericht op het motiveren van cliënten bij de dagelijkse mondverzorging. Het niveau van bewijs van de vier gevonden artikelen is zeer laag. Dat betekent dat op basis van de literatuur niet onomstotelijk te bewijzen is dat de gevonden benaderingswijzen effectief zijn in het verminderen van het afwerend of probleemgedrag bij de dagelijkse mondverzorging. Daarnaast betekent het ook dat op basis van de literatuur niet onomstotelijk te bewijzen is dat de gevonden benaderingswijzen effectief zijn in het verbeteren van de mondgezondheid van cliënten. Echter, beide punten zijn ook niet te weerleggen.

Bij het motiveren van cliënten zou de nadruk volgens de werkgroep moeten liggen op voorlichting over de voordelen van goede mondverzorging zoals een frisse mond, een gezond gebit, minder pijn en

makkelijker eten. Ook moeten de risico's van minder goede mondverzorging worden besproken. Bij jongere cliënten met een verstandelijke beperking moet worden geïnvesteerd in motivatie voor goede mondverzorging om de risico's op lange termijn te verminderen. Aandacht voor culturele verschillen en levensbeschouwing is nodig, omdat het van invloed kan zijn op overtuigingen, gedrag en pijnuitingen. Informatie over cultuursensitief werken is te vinden via de [Infographic Cultuursensitief werken](#). Bij ouderen is de levensverwachting doorgaans korter en worden de risico's op de kortere termijn in kaart gebracht. Deze risico's bespreken kan helpen bij het motiveren tot het behoud van goede mondverzorging tot de laatste fase van het leven. Het kan lastig zijn om mensen te motiveren die de consequenties van hun eigen korte- en lange termijn-keuzes niet kunnen overzien, of die voorlichting over mondverzorging niet begrijpen. De werkgroep vindt dat het motiveren van cliënten vooral individueel afgestemd moet zijn, wat bij de één goed werkt, kan bij de ander averechts werken. Motiveren is maatwerk, maar er zijn wel algemene handvatten te geven.

Praktische handvatten van de werkgroep zijn:

- Benader een cliënt rustig en met respect en gelijkwaardigheid (liefdevol, met volle aandacht en vertrouwen);
- Communiceer op gelijke (oog)hoogte;
- Verdiep je in de cliënt om deze beter te begrijpen (hoe belangrijk een cliënt mondverzorging vindt/vond);
- Gebruik geen verkleinwoorden (zoals: 'Zullen we uw tandjes poetsen?');
- Geef uitleg en gebruik woorden die bij het niveau van de cliënt passen;
- Stel een cliënt gerust;
- Begin klein, dus eenvoudig. Een succesvolle ervaring is makkelijk uit te bouwen;
- Laat een cliënt ervaren dat dagelijkse mondverzorging geen nare ervaring hoeft te zijn;
- Wees consequent (zorg dat iedere zorgverlener hetzelfde verhaal vertelt);
- Wees als zorgverlener niet te gehaast, neem de tijd;
- Sluit aan bij de cliënt (wensen en behoeften);
- Betrek, indien mogelijk, naasten van de cliënt in het proces;
- Bespreek het probleem met de cliënt (maak eventueel foto's van een mond met tandplak en foto's van een schone mond om het probleem visueel te maken);
- Licht de consequenties van slechte mondverzorging toe (bijvoorbeeld een niet frisse adem);
- Kies een geschikt moment: doe de dagelijkse mondverzorging eventueel op een ander moment dan het vaste ADL-moment;
- Probeer het op een ander moment opnieuw als de cliënt niet wil;
- Gebruik filmpjes, getekend voorlichtingsmateriaal of pictogrammen;
- Houd rekening met culturele of levensbeschouwelijke verschillen die van invloed kunnen zijn op overtuigingen, gedrag en pijnuitingen;
- Besteed aandacht aan eventuele gevoelens van schaamte;
- Maak contact en zorg voor vertrouwen. Neem de tijd en wees creatief (bijvoorbeeld door het zingen van een lied of een ander ritueel);
- Raadpleeg collega's als het motiveren niet goed lukt, bespreek het onderwerp multidisciplinair.

Methodes

Er zijn verschillende methodieken bekend die kunnen helpen om demotivatie voor gezond gedrag op te heffen. Enkele methodieken worden reeds toegepast in de mondzorg/mondverzorging. De overige methodieken zijn niet specifiek onderzocht bij mondzorg/mondverzorging, maar kunnen hierbij wellicht wel effectief zijn. Afhankelijk van de oorzaak van het gebrek aan motivatie, kunnen verschillende methodieken worden overwogen.

- Motiverende gespreksvoering (motivational interviewing): Dit wordt voor verschillende doelen ingezet en het wordt effectief gebruikt door tandartsen, orthodontisten en mondhygiënist. De werkgroep adviseert deze methode ook te gebruiken bij een gebrek aan motivatie voor de dagelijkse mondverzorging.
- Het socratisch motiveren: Met deze methode worden de motieven van de cliënt verduidelijkt zonder er een waardeoordeel aan te verbinden. Er wordt duidelijkheid gegeven, er wordt onderzocht hoe het gedrag veranderd kan worden en de consequenties worden in kaart gebracht.
- Oplossingsgerichte benadering: Als het eigen oplossend vermogen tekort schiet, biedt deze methode mogelijkheden om dit te herstellen. Het richt zich op het expliciet maken van doelen en de bijbehorende acties.
- Gentle Teaching: Hierbij ligt het accent op het eerst aangaan van een (vertrouwens)relatie. Vanuit deze relatie kan op een veilige manier gewerkt worden aan het aanleren van een goede mondverzorging.

Belastbaarheid van cliënten

De werkgroep vindt dat het motiveren niet belastend hoeft te zijn, maar dat herhaalde gesprekken over motivatie wel belastend kunnen zijn. Bijvoorbeeld bij ouderen die niet willen horen dat de dagelijkse mondverzorging niet goed gaat of die al jarenlang een bepaald mondverzorgingsgedrag hebben. De werkgroep benadrukt dat als de relatie met de cliënt in orde is, het motiveren onderdeel kan zijn van de zorgrelatie. De zorgverlener kan dan goed inschatten op welke wijze hij moet communiceren en tot hoever hij kan gaan. Het benoemen dat de cliënt, naasten en zorgverlener er samen voor staan en hetzelfde belang nastreven, is daarbij van belang. De werkgroep benoemt echter wel omstandigheden waarin cliënten niet of nauwelijks te motiveren zullen zijn, zoals cliënten die boos of agressief zijn, bij ernstige cognitieve beperkingen of angst- of gedragsproblemen. In dergelijke gevallen adviseert de werkgroep om een tijdelijke time-out in te lassen of te proberen de cliënt op een andere manier te motiveren. Soms kan een moreel beraad nodig zijn om er samen uit te komen. Als een cliënt palliatieve zorg ontvangt, is er mogelijk een ander aanbod nodig als het gaat om het motiveren voor de dagelijkse mondverzorging. Voor informatie, ondersteuning en instructie hierbij verwijst de werkgroep naar de richtlijn van het IKNL ⁶⁴.

Haalbaarheid en kosteneffectiviteit

De werkgroep weet uit ervaring dat het niet haalbaar is om alle cliënten te motiveren voor dagelijkse mondverzorging. Het blijven proberen cliënten te motiveren is wel belangrijk. Als echter na diverse pogingen blijkt dat een cliënt niet te motiveren is, zou het motiveren gestaakt kunnen worden volgens de werkgroep. Dan moet een zorgverlener respect hebben voor de keuze van een cliënt. Dit wordt ook wel het zelfbeschikkingsrecht genoemd (het recht om zelf te bepalen hoe men zijn leven wil leiden). Als het motiveren wordt gestaakt, moet dat wel goed in het zorgdossier genoteerd worden. Het motiveren van

cliënten kan kosteneffectief zijn volgens de werkgroep. Dit is lastig te onderzoeken, omdat het alleen kosteneffectief lijkt als het motiveren uiteindelijk leidt tot gedragsverandering.

Afwerend of probleemgedrag

Uit de literatuur blijkt dat er weinig specifieke literatuur is gericht op het omgaan met afwerend of probleemgedrag van cliënten bij de dagelijkse mondverzorging. Het maakt het voor de werkgroep echter niet minder noodzakelijk om hierover te schrijven. In de vier gevonden artikelen is het vertrouwen in het bewijs zeer laag. Dat betekent dat op basis van de literatuur niet onomstotelijk te bewijzen is dat de gevonden benaderingswijzen effectief zijn in het verminderen van het afwerend of probleemgedrag bij de dagelijkse mondverzorging. Daarnaast betekent het ook dat op basis van de literatuur niet onomstotelijk te bewijzen is dat de gevonden benaderingswijzen effectief zijn in het verbeteren van de mondgezondheid van cliënten. Echter, beide punten zijn ook niet te weerleggen. We weten het gewoonweg niet. De werkgroep ervaart in de praktijk dat dit knelpunt regelmatig aan de orde is. In Nederlandse verpleeghuizen bleek in 2022 dat 22.3% van de cliënten afwerend of probleemgedrag vertoonde bij inspectie van de mond ⁶⁵. De werkgroep vindt het dus van belang om op basis van consensus benaderingswijzen te benoemen.

Onder afwerend of probleemgedrag verstaat de werkgroep angstig, geagiteerd of niet-coöperatief gedrag naar zichzelf of naar anderen. Dit wordt door de persoon zelf en/of de omgeving in een specifieke context als sociaal-cultureel ongewenst gezien. Daarbij is het van zodanige intensiteit, frequentie of duur dat het voor de persoon zelf en/of de naaste omgeving nadelig, stressvol of schadelijk is. Hieronder kan verstaan worden: draait hoofd, houdt mond dicht, houdt handen voor mond, duwt tandenborstel weg, vertoont agressief gedrag (grijpt/slaat/bijt/trapt/spuugt naar zichzelf of zorgverlener), weigert verbaal (roepen, gillen, schreeuwen), loopt weg, weigert non-verbaal (gezichtsuitdrukkingen, freezing, blijft stilstaan, apathie), uit angst, geeft pijn aan (au!)/wijzen/gezichtsuitdrukking/grijpt naar wang), is rusteloos, is prikkelbaar. Ook automutilleren tijdens en direct na de dagelijkse mondverzorging valt onder afwerend of probleemgedrag ^{18 66}.

Afwerend of probleemgedrag kan plots ontstaan, het kan zich af en toe voor doen of chronisch zijn. Afwerend of probleemgedrag kan veroorzaakt worden door (een verandering in) de begeleidingsstijl van de zorgverleners. Het is daarom goed om stil te staan bij hoe de begeleidingsstijl was vóór, tijdens en na het afwerende of probleemgedrag. Ook moet worden nagegaan of er veranderingen zijn in de context. Een ander ritueel, een andere tandenborstel of een ander merk tandpasta kan al problemen geven. Mogelijk geeft deze analyse handvatten om het afwerende of probleemgedrag te verminderen.

Het is altijd van belang om na te gaan wat de oorzaak is voor het afwerende of probleemgedrag. Allereerst moet worden nagegaan hoe de zorgverlener en het team zelf tegenover mondverzorging staan. Intrinsieke motivatie en kennis van het belang van mondverzorging is hierbij essentieel. Om te kunnen achterhalen wat de reden is dat iemand afwerend reageert bij de dagelijkse mondverzorging, moet een zorgverlener een goede vertrouwensrelatie hebben met de cliënt en zijn levensgeschiedenis goed kennen. Dit vergt tijd en energie. Bovendien dienen naasten in dit proces nadrukkelijk betrokken en gehoord te worden over de dagelijkse mondverzorging. Zij zijn vaak op de hoogte van gewoontes uit het verleden en kunnen met die kennis veel ondersteuning bieden aan zorgverleners. Communiceer op gelijkwaardig niveau met naasten en bespreek met hen open en eerlijk het afwerend of probleemgedrag. Vertel aan naasten ook over het belang van goede mondverzorging. Gebruik indien nodig motiverende

gesprekstechnieken om naasten te overtuigen. Benoem ieder punt van vooruitgang met grote waardering voor de inzet van naasten. Mocht het vermoeden zijn dat de oorzaak angst is, dan moet er worden nagegaan waardoor de angst kan worden veroorzaakt. Soms kan de angst met kleine aanpassingen worden verminderd, soms is daar een intensief traject voor nodig. Het inschakelen van een gedragsdeskundige, psycholoog of orthopedagoog voor diagnostiek, behandeling en benaderingsadviezen, is dan gewenst. Denk bijvoorbeeld aan het inzetten van een wenstraject maar ook aan behandeling van een onderliggend psychisch trauma.

Er is steeds meer aandacht voor stoornissen in de sensorische informatieverwerking. Door het niet goed functioneren van de sensorische informatieverwerking is het vermogen om informatie en prikkels juist te interpreteren verstoord. Het lukt dan vaak niet goed om informatie te selecteren en stukjes informatie met elkaar te verbinden en passend te reageren. De werking van de zintuigen, de mate van alertheid en de emotieregulatie spelen hierbij een rol. De inzet van een therapeut of consulent die gespecialiseerd is in sensorische informatieverwerking wordt aanbevolen wanneer een stoornis in de sensorische informatieverwerking wordt vermoed^{26 55 56 57 58}. Het Perceive (= waarnemen), Recall (= herinneren), Plan (= plannen), Perform (=uitvoeren) (**PRPP**) systeem is een ergotherapeutisch instrument om problemen in de informatieverwerking te beschrijven, te verklaren en te behandelen. Het afweer- of probleemgedrag kan tot in detail worden bekeken en kan worden omgezet in korte haalbare doelen zodat de handeling (opnieuw) kan worden aangeleerd door het aanleren van cognitieve strategieën.

Een belangrijk uitgangspunt voor de werkgroep is dat het afwerend of probleemgedrag niet per se hoeft te verdwijnen. Het moet voor zowel de cliënt als de zorgverlener hanteerbaar zijn en de mond moet dagelijks verzorgd kunnen worden⁶³. Omgaan met afwerend of probleemgedrag bij de dagelijkse mondverzorging moet gestructureerd worden aangepakt. Hierbij kunnen de vaste processtappen 'probleem vaststellen', 'gegevens verzamelen', 'nader onderzoeken', 'plan van aanpak' en 'evaluatie' doorlopen worden. Deze stappen zijn opgesteld in het vijfstappenplan '[Afweergedrag bij de mondverzorging van cliënten met een dementie](#)'⁶⁶. Hoewel dit stappenplan is toegespitst op mensen met dementie, vindt de werkgroep de vijf processtappen in de basis goed te volgen voor alle cliënten in de langdurige zorg. De specifieke aanpak is altijd gericht op de cliënt en daarmee maatwerk. Daarnaast adviseert de werkgroep ook te handelen in lijn met de handreiking Multidisciplinair werken aan Probleemgedrag, de richtlijn Probleemgedrag bij mensen met dementie en/of de richtlijn Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking^{18 67 17}. De werkgroep vindt het belangrijk dat door zorgverleners afweergedrag bij de dagelijkse mondverzorging op dezelfde manier beschouwd wordt als ander probleemgedrag.

Voor cliënten in de langdurige zorg is het van belang dat alle zorgverleners de cliënt op dezelfde wijze benaderen, zodat de situatie steeds voorspelbaar is voor de cliënt. Dat vraagt afstemming en daarom adviseert de werkgroep bij structurele vormen van afwerend of probleemgedrag dit laagdrempelig multidisciplinair te bespreken. Dit kan bijvoorbeeld met de specialist ouderengeneeskunde, huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, verpleegkundig specialist, ergotherapeut, logopedist en/of psycholoog of orthopedagoog. Vanzelfsprekend kan hiervoor ook de zelfstandige mondzorgprofessional benaderd worden.

De werkgroep heeft handvatten opgesteld voor zorgverleners voor het omgaan met afwerend of probleemgedrag of het minder bedreigend maken van de dagelijkse mondverzorging. Deze zijn in te

delen in zes categorieën: ‘algemeen’, ‘benadering’, ‘omgeving’, ‘communicatie’, ‘zelfzorg’ en ‘afleiding’. Deze handvatten zijn door de Landelijke Werkgroep Logopedie en Dementie overgenomen vanuit het artikel van Jablonski, 2011⁶⁸ en bewerkt⁶⁶. De werkgroep van deze richtlijn onderschrijft de handvatten en heeft ze in Tabel 6.2 opgesomd en verder aangevuld. Wat betreft de werkgroep kunnen deze benaderingswijzen toegepast worden op alle cliënten in de langdurige zorg, mits ze individueel afgestemd worden.

Tabel 6.2. Praktische benaderingswijzen om de dagelijkse mondverzorging minder bedreigend te maken en/of om te gaan met afwerend of probleemgedrag (bewerkt vanuit⁶⁶).

Thema	Benaderingswijzen
Algemeen	• Afwerend gedrag moet worden herkend en erkend. • Probeer te achterhalen wat de reden is van het afwerend gedrag (begrijpt iemand het niet, wil iemand het echt niet, voelt iemand zich niet lekker, zijn er trauma's uit het verleden, is er pijn of angst, zijn er andere gewoontes op het gebied van de dagelijkse mondverzorging?). • Houd rekening met het ontwikkelingsniveau en begripsniveau van de betreffende cliënt. • Reflecteer als zorgverlener op je eigen rol bij afwerend gedrag (handel je bijvoorbeeld te snel of ben je nog geen vertrouwd persoon voor de cliënt?). Wees je ook bewust van je eigen gemoedstoestand. • Overleg met naasten wat werkt en betrek hen bij het hele proces. Werkt een methode niet, probeer dan een ander alternatief. • Geef niet op als het niet lukt, neem afstand van de situatie en probeer het op een ander moment nogmaals of laat, waar mogelijk, een andere zorgverlener de taak overnemen als de goede verstandhouding en het vertrouwen niet gevonden kunnen worden.
Benadering	• Verplaats je in de belevingswereld van de cliënt. • Houd rekening met een langere reactietijd bij mensen met een verstandelijke beperking of cognitieve problemen. • Benader de cliënt op ooghoogte, binnen zijn gezichtsveld. • Kijk vriendelijk. • Gebruik bevestigende en eenvoudige woorden (bijv. complimenteren met kleding). • Houd lichaamscontact door bijv. de hand van de cliënt vast te houden, of elleboog, schouders of bovenrug aan te raken. • Houd een gesloten cirkel. Dat betekent in een hand de tandenborstel vasthouden en met de andere hand contact maken met de cliënt.

Omgeving	• Achterhaal of er (andere) externe factoren een rol spelen (bepaalde omgeving of personen, te veel prikkels zoals muziek of aanwezige personen). • Laat zo min mogelijk personen aanwezig zijn bij de dagelijkse mondverzorging. • Voer de dagelijkse mondverzorging uit in een herkenbare ruimte, zoals de eigen badkamer of bij de wastafel. • Houd contact met de cliënt in het gezichtsveld of bijvoorbeeld via een spiegel. • Kijk indien nodig mee bij een collega waarbij een cliënt geen afwerend gedrag vertoont.
Respectvolle communicatie	• Vertel wat je gaat doen. Maak geen onverwachte bewegingen. • Gebruik vriendelijke stap-voor-stap aanwijzingen. • Gebruik gebaren en doe handelingen voor. • Gebruik geen kindertaal.
Stimuleer zelfzorg	• Laat de cliënt zoveel mogelijk zelf doen, zoek naar alternatieven. • Gebruik voorwerpen uit de eigen omgeving, laat de cliënt zelf de tandenborstel vasthouden. • Laat de cliënt deelstappen uitvoeren. • Zet de cliënt voor een spiegel zodat hij zelf kan zien wat hij doet. • Hand-over-hand: plaats je hand over die van de cliënt en voer de beweging samen uit, bijvoorbeeld bij het uitdoen van de gebitsprothese. • Bied de cliënt indien nodig tips om meer controle over de mond te krijgen.
Afleiding	• Leid de cliënt af door middel van bijvoorbeeld zingen, praten, een knuffeldier. Let op: het verschilt per cliënt welke afleidingsstrategie goed werkt. • Laat de cliënt eenzelfde voorwerp vasthouden als de zorgverlener op dat moment gebruikt: bijvoorbeeld allebei een tandenborstel of beker. • Ondersteuning door een naaste kan geruststellend werken.

Daarnaast zijn er nog enkele andere benaderingsmethoden die ingezet kunnen worden bij afwerend of probleemgedrag. Denk daarbij aan:

- De Tell, Show, Feel, Do methode, die wordt ingezet in tandartsenpraktijken. Bij deze methode worden de handelingen eerst uitgelegd, daarna worden ze voorgedaan en tot slot wordt de handeling uitgevoerd.
- De LEAP-methode: Luisteren, Empathie tonen, Accepteren, Partner zijn. Deze communicatiemethodiek is erop gericht te kunnen samenwerken met mensen die weerstand tegen de zorg bieden.
- Indien spasmen de oorzaak voor het afwerende of probleemgedrag zijn, kan er naar houdingen worden gezocht waarbij spasmen minder optreden. Er kan ook worden overlegd met de medisch behandelaar of er medicamenteuze behandeling mogelijk is.

De werkgroep noemt tenslotte twee websites. Op [De Mond Niet Vergeten](#) staat een praktische

instructiefilm. Deze film laat zien waar een thuiszorgteam tegenaan kan lopen en hoe het omgaat met afwerend of probleemgedrag. Op [Zorg voor Beter](#) staan praktische tips voor het omgaan met afwerend of probleemgedrag.

Onvrijwillige zorg

Bij het omgaan met afwerend of probleemgedrag van cliënten bij de dagelijkse mondverzorging is het belangrijk om onderscheid te maken in cliënten die wilsbekwaam ter zake zijn en cliënten die wilsonbekwaam ter zake zijn. Bij wilsbekwame cliënten moet afwerend of probleemgedrag in principe worden geaccepteerd. Cliënten van 16 jaar en ouder zijn in principe wilsbekwaam. Zij nemen zelfstandig beslissingen over de zorg en oefenen hun rechten zelfstandig uit, tenzij een deskundige hun wilsonbekwaamheid ter zake heeft vastgesteld. Voor cliënten die al wel 12 maar nog geen 16 jaar oud zijn, geldt dat zij, als zij wilsbekwaam ter zake zijn, samen met hun gezaghebbende ouder(s) (of hun voogd) beslissen. Voor cliënten tot 12 jaar geldt dat hun gezaghebbende ouder(s) namens hen beslissingen neemt/nemen over de zorg. Voor cliënten met een verstandelijke beperking is het nodig de wilsbekwaamheid ter zake mondzorg/mondverzorging in kaart te brengen. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen wilsonbekwaam zijn ongeacht hun leeftijd.

Bij afweer- of probleemgedrag adviseert de werkgroep om dit met cliënt en/of naasten te bespreken om te achterhalen wat de oorzaak is van het gedrag. Opvattingen en behoeften tussen zorgverlener en cliënt kunnen botsen. Het is dan de vraag 'wat is goede mondverzorging?'. Onvrijwillige zorg kan ook goede zorg zijn, maar dan is extra zorgvuldig handelen noodzakelijk. Voor cliënten die wilsonbekwaam ter zake zijn is in 2019 een specifiek stappenplan gepubliceerd hoe met verzet bij de mondzorg om te gaan⁶⁹. Dit stappenplan is geschreven voor zelfstandige mondzorgprofessionals, maar volgens de werkgroep ook toepasbaar voor de doelpopulatie van deze richtlijn. In Tabel 6.3 staan de stappen uit het stappenplan, welke zijn aangepast of aangevuld door de werkgroep voor cliënten in de langdurige zorg.

Tabel 6.3. Stappenplan uit het artikel van Verheul-van der Voorden et al. 2019⁶⁹ aangepast en aangevuld door de werkgroep.

Stappenplan
Dwang kan worden voorkomen door het motiveren van cliënten en intensief contact met de cliënt en zijn naasten. Het is raadzaam te onderzoeken of er eerder afwerend gedrag is voorgekomen en wat daar toen over gerapporteerd is.
Indien er sprake is van 'echt verzet' bij de dagelijkse mondverzorging, wordt dit multidisciplinair besproken en vastgelegd in het individueel mondverzorgingsplan.

- Of de cliënt wilsonbekwaam ter zake is van de dagelijkse mondverzorging wordt multidisciplinair bepaald. De vertegenwoordiger van de cliënt wordt hierbij betrokken, en actief geïnformeerd over wet- en regelgeving. Gebruik hier eventueel de [SKILZ-handreiking Beslisvaardigheid en wilsbekwaamheid](#).
- De zelfstandige mondzorgprofessional neemt in overleg met de regiebehandelaar, het zorgteam, de cliënt en/of de wettelijk vertegenwoordiger de beslissing welke handeling van de dagelijkse mondverzorging wel of niet wordt uitgevoerd en legt dit vast in het individueel mondverzorgingsplan. Het is belangrijk om te handelen conform dit plan en zoveel mogelijk rekening te houden met de (vroegere) voorkeuren van de cliënt.
- De volgende zaken worden vastgelegd: de noodzaak, de proportionaliteit (staat de maatregel in verhouding tot de risico's), de subsidiariteit (is de maatregel de minst ingrijpende manier om het probleem op te lossen) van (delen van) de zorgverlening en de doelmatigheid (draagt de maatregel bij aan het oplossen van het probleem).
- De zorgverlening wordt uitgevoerd volgens het individueel mondverzorgingsplan.
- Na het uitproberen van een alternatief op de dagelijkse mondverzorging vindt er reflectie en evaluatie plaats en wordt dit vastgelegd in het cliëntendossier.

De werkgroep legt de nadruk op het bespreken en toepassen van aanvullende of alternatieve interventies bij de dagelijkse mondverzorging. Bij ernstig en structureel afwerend of probleemgedrag, verzet of protest dat gevaar oplevert voor een cliënt of zorgverlener is acuut multidisciplinair overleg nodig. Het inschakelen van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) kan dan worden overwogen. Indien het afwerend of probleemgedrag structureel is en de cliënt is wilsonbekwaam ter zake, overweeg dan als laatste redmiddel de Wet zorg en dwang (Wzd). Deze wet biedt kaders voor de te nemen maatregelen om de dagelijkse mondverzorging uit te voeren. Voorwaarde is uiteraard dat de betreffende cliënt onder de reikwijdte van de Wzd valt. De Wzd stelt dat er geen zorg, dus ook geen dagelijkse mondverzorging mag plaatsvinden onder drang of dwang, tenzij er ernstig nadeel is voor een cliënt⁷⁰. Ook de inzet van medicatie die het mogelijk moet maken om mondzorg door een zelfstandige mondzorgprofessional mogelijk te maken, is meestal onvrijwillige zorg. Bij cliënten die kampen met extreme angst of afwerend of probleemgedrag is het eventueel in overleg mogelijk om incidenteel premedicatie te gebruiken voor een bezoek aan de zelfstandig mondzorgprofessional. Wanneer de cliënt niet instemt met premedicatie moet dit dus via het stappenplan van de Wzd besloten worden en vastgelegd worden na afweging van alle alternatieven. Er moet ook sprake zijn van ernstig nadeel. Overleg bij premedicatie dus altijd multidisciplinair met onder andere een arts en een mondzorgprofessional. Volgens de Wzd is er een aantal situaties waarin sprake is van ernstig nadeel: levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van de

cliënt of een ander; bedreiging van de veiligheid van de cliënt al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt; de situatie dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept; de situatie dat de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is. Zorgverleners moeten zelf inschatten of er een ernstig nadeel is bij nalaten van de dagelijkse mondverzorging bij iemand. Dit moet zeer zorgvuldig en multidisciplinair besproken worden. Naast de noodzakelijkheid, moet een Wzd-maatregel worden getoetst op: doelmatigheid (draagt de maatregel bij aan het oplossen van het probleem), proportionaliteit (staat de maatregel in verhouding tot de risico's) en subsidiariteit (is de maatregel de minst ingrijpende manier om het probleem op te lossen). Voor een uitgebreidere toelichting op onvrijwillige zorg en verzet bij mondverzorging in het kader van de Wzd verwijst de werkgroep naar de [richtlijn Mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen](#) ⁷¹.

Gevolgen voor zorgverleners

De werkgroep benadrukt dat het lastig kan zijn om bij afwerend of probleemgedrag goede dagelijkse mondverzorging te verlenen. Cliënten kunnen bijvoorbeeld boos worden, slaan of bijten. Dit heeft veel impact op zorgverleners, zowel fysiek als mentaal, maar mag toch nooit de reden zijn om de dagelijkse mondverzorging achterwege te laten. De dagelijkse mondverzorging moet een onderdeel van de basiszorg blijven. De werkgroep adviseert indien er sprake is van afwerend of probleemgedrag te blijven zoeken naar alternatieven om de dagelijkse mondverzorging uit te kunnen voeren. Praat hierover met collega's. Daarbij moet niet uit het oog verloren worden dat de dagelijkse mondverzorging in sommige culturen minder (of juist meer) van belang is.

7. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 30-11-2023 Beoordelingsdatum 30-11-2023

7.1 Organisatie van zorg

In dit hoofdstuk beschrijft de werkgroep de consequenties van deze richtlijn op de organisatie van zorg. Specifiek beschrijft de werkgroep de consequenties en adviezen voor vier thema's: samenwerking en verantwoordelijkheden, communicatie, scholing en financiering. Hierbij worden adviezen uitgesplitst in adviezen voor zelfstandige mondzorgprofessionals en adviezen voor niet-mondzorgprofessionals.

7.1.1 Samenwerking en verantwoordelijkheden

Mondverzorging valt onder essentiële zorg. Dit houdt in dat iedere zorgverlener op de hoogte moet zijn en zich verantwoordelijk moet voelen voor een goede verzorging van de mond. Een aandachtsvelder mondverzorging kan bijdragen aan de coördinatie en informatieverstrekking over mondverzorging.

Laat een tandarts of mondhygiënist, bij voorkeur vóór de eerste bespreking van het zorgleefplan, de mondgezondheid beoordelen, ook als dit niet uit de Wet langdurige zorg gefinancierd wordt.

Elke zorgorganisatie dient verbonden te zijn met een tandarts, OF met een mondhygiënist en/of tandprotheticus die samenwerken (of in maatschap werken) met een tandarts. De tandarts, mondhygiënist en tandprotheticus hebben bij voorkeur aantoonbare affiniteit met cliënten die langdurige zorg ontvangen.

Goede dagelijkse mondverzorging verlenen, kun je als zorgverlener niet alleen. Het uitvoeren, monitoren en signaleren van veranderingen en problemen in de dagelijkse mondverzorging vergt inzet van verschillende zorgverleners binnen een zorgorganisatie. Het is van belang dat er onderling wordt samengewerkt en dat ieder zijn taken en verantwoordelijkheden kent. Dit vraagt om goede afstemming en coördinatie van het proces. In deze richtlijn staan de taken per onderdeel van het proces omschreven. De regiebehandelaar bewaakt de continuïteit en samenhang van de (mond)zorgverlening

en zorgt dat waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet. Hij zorgt voor voldoende overleg en afstemming tussen betrokken (mond)zorgverleners en ziet er op toe dat er één vast aanspreekpunt is voor de cliënt.

De regiebehandelaar is niet noodzakelijkerwijs een arts, al zal dat vaak wel het geval zijn. Afhankelijk van de omstandigheden en de zorgsector kan ook een zorgverlener van een andere beroepsgroep, bijvoorbeeld een physician-assistant, een verpleegkundig specialist dan wel orthopedagoog of GZ-psycholoog de rol van regiebehandelaar vervullen.

Mondverzorging valt onder de essentiële zorg, vindt de werkgroep. De verantwoordelijkheid voor het verkrijgen en behoud van een goede mondgezondheid ligt primair bij de cliënt zelf, tenzij deze wilsonbekwaam ter zake is. De werkgroep is van mening dat iedere zorgverlener op de hoogte moet zijn en zich verantwoordelijk moet voelen voor een goede mondverzorging van de cliënten die onder zijn of haar verantwoordelijkheid vallen. Een aandachtsvelder mondverzorging kan functioneel zijn bij de implementatie van de richtlijn en als kartrekker fungeren om het thema onder de aandacht te houden. Als een aandachtsvelder ook buiten het implementatietraject wordt aangesteld, is een goede en duidelijke taakomschrijving noodzakelijk. Zo kan het een keuze van een organisatie zijn om een aandachtsvelder in te zetten voor coördinatie en informatieverstrekking over mondverzorging (bijvoorbeeld het plannen van bezoeken aan zelfstandige mondzorgprofessionals van cliënten).

De zorgverlener draagt verantwoordelijkheid voor de beoordeling van de mondgezondheid bij het opname- of kennismakingsgesprek en bij de dagelijkse globale controle. Daarnaast heeft de zelfstandig mondzorgprofessional zijn eigen verantwoordelijkheid en werkwijze in de signalering van veranderingen en problemen. Wanneer zorgafhankelijke cliënten in zorg worden genomen en er problemen in de mond gesignaleerd worden, moet een cliënt indien mogelijk binnen twee weken worden gezien door een tandarts, tandarts-geriatrie of tandarts-gehandicaptenzorg ten behoeve van diagnostiek of door een mondhygiënist of tandprotheticus ten behoeve van behandeling. In de andere gevallen adviseert de werkgroep dat cliënten bij voorkeur vóór de eerste bespreking van het zorgleefplan worden gezien door een tandarts, tandarts-geriatrie of tandarts-gehandicaptenzorg ten behoeve van diagnostiek of door een mondhygiënist of tandprotheticus ten behoeve van behandeling. Dit geldt ook wanneer dit anders moet worden gefinancierd dan uit de Wet langdurige zorg (zie ook de paragraaf over [Financiering](#)). Voor de eerste bespreking van het zorgleefplan is een wettelijke termijn gesteld; binnen zes weken na opname of bij de start van de zorg⁷². Vaak is goedkeuring door naasten nodig voor het maken van een afspraak bij een zelfstandig mondzorgprofessional. Dit kan extra tijd kosten en zorgen voor vertraging.

De werkgroep pleit ervoor behandelingen van cliënten die in een zorginstelling wonen door zelfstandig mondzorgprofessionals ter plekke in een daarvoor ingerichte tandartsruimte te laten plaatsvinden (dan wel in een regionaal centrum). Indien dit niet mogelijk is, dan dient een zorginstelling kennis te hebben van mogelijkheden voor adequate behandeling binnen de regio door cliënten passend te verwijzen in overleg met de cliënt, naasten en regiebehandelaar.

Elke zorgorganisatie dient verder verbonden te zijn met een tandarts OF met een mondhygiënist en/of tandprotheticus die samenwerken (of in maatschap werken) met een tandarts. De tandarts, mondhygiënist en tandprotheticus hebben bij voorkeur aantoonbare affiniteit met cliënten die langdurige zorg ontvangen. Zij hebben aantoonbare scholing of een differentiatieopleiding gevolgd. Voorbeelden

van deze differentiaties zijn: [tandarts-geriatrie](#), [mondhygiënist-geriatrie](#) of [tandarts-gehandicaptenzorg](#). De professionele mondzorg moet door de juiste zelfstandige mondzorgprofessional uitgevoerd worden. Dat wil zeggen: zelfstandige mondzorgprofessionals die volgens hun beroepscode ook de handelingen mogen uitvoeren waarvoor zij geschoold zijn.

7.1.2 Communicatie

Communicatie voor niet-mondzorgprofessionals

Het is belangrijk dat mondverzorging onderdeel uitmaakt van het zorgleefplan. Een zorgverlener werkt volgens de afspraken in dit zorgleefplan. Goede overdracht, samenwerking, afstemming en monitoring zijn van cruciaal belang voor het behoud van een goede mondgezondheid voor de cliënt. Daarnaast moeten zorgverleners en zelfstandig mondzorgprofessionals afspraken hebben over de manier waarop met elkaar wordt gecommuniceerd, ook tijdens avonden en weekenden. Om over de mondverzorging te rapporteren kan bijvoorbeeld de SOEP-methode gebruikt worden. Bij deze methode gebruikt de zorgverlener de termen Subjectief, Objectief, Analyse/Evaluatie en Plan als structuur voor de rapportage. Idealiter zou ook een gekozen signaleringsinstrument standaard digitaal in het programma zorgleefplan opgenomen moeten zijn.

Communicatie voor zelfstandige mondzorgprofessionals

Zelfstandige mondzorgprofessionals moeten inzicht hebben in het zorgdossier om goede zorg aan de cliënt te kunnen verlenen. Zij moeten toegang hebben tot relevante medische gegevens en een overzicht van de actuele voorgeschreven medicatie. Naast deze toegang zijn ook de rechten in het dossier- of rapporteersysteem belangrijk. Het moet voor alle zelfstandige mondzorgprofessionals mogelijk zijn om ook in het dossier te kunnen schrijven, om de verleende zorg en eventuele bijzonderheden te kunnen vastleggen.

Voor uitwisseling van relevante medische gegevens zoals medische voorgeschiedenis tussen arts en zelfstandig mondzorgprofessional, is separate toestemming van de cliënt nodig. Een arts mag deze toegang dus niet 'zomaar' aan een zelfstandig mondzorgprofessional geven. Toegang tot het elektronisch patiënten dossier (EPD) is sterk aan te raden, maar in de praktijk niet altijd haalbaar. Wanneer een zelfstandig mondzorgprofessional geen toestemming heeft om de recente, relevante medische gegevens in te zien, raadt de werkgroep de zelfstandig mondzorgprofessional af de mondzorg te verlenen totdat toestemming is verkregen.

Een cliënt heeft in principe keuzevrijheid om zelf een overeenkomst aan te gaan met een zelfstandig mondzorgprofessional. Je hebt dan een eigen behandelovereenkomst volgens de [Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst](#) (WGBO). Een cliënt mag deze overeenkomst opzeggen, ook zonder opgave van reden. Een zelfstandig mondzorgprofessional kan conform de WGBO niet eenzijdig de behandelovereenkomst beëindigen tenzij hier gewichtige redenen voor zijn. Voor meer informatie over wat deze gewichtige redenen zijn, zie de [Richtlijn Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst](#). Een bestuurder van een zorginstelling kan de behandelovereenkomst tussen een zelfstandig mondzorgprofessional en een cliënt ook niet eenzijdig opzeggen zonder toestemming van de cliënt/wettelijk vertegenwoordiger.

7.1.3 Scholing en deskundigheid

Zorg voor minimaal één keer per jaar scholing en het leren van vaardigheden op het gebied van mondverzorging. Nieuwe medewerkers die de dagelijkse verzorging van cliënten uitvoeren, moeten deze kennis en vaardigheden in hun inwerkperiode aangereikt krijgen.

Neem het thema mondverzorging op in het kwaliteitssysteem. Dit zorgt voor blijvende aandacht voor mondverzorging. Ook blijft men op deze manier scholing volgen over dit onderwerp.

Alle medewerkers die betrokken zijn bij het verlenen van mondverzorging, moeten beschikken over de vereiste kennis en de benodigde competenties en vaardigheden. Welke kennis, competenties en vaardigheden dat zijn, staat genoemd in de betreffende opleidingsplannen, bijvoorbeeld die van [tandarts-geriatrie](#). Hierin staan ook competenties genoemd van (mantel)zorgverleners. Goede kennis op het gebied van mondverzorging is essentieel om goede mondverzorging te kunnen verlenen. Regelmatige scholing heeft een gunstig effect op de mondgezondheid van cliënten. Er moet minimaal één keer per jaar aandacht worden besteed aan scholing (fysiek of via e-learning) op het gebied van mondverzorging en mondgezondheid. Ook moeten medewerkers getraind worden in het gebruik van het door de instelling gekozen signaleringsinstrument. Nieuwe medewerkers die de dagelijkse mondverzorging van cliënten uitvoeren, moeten deze kennis en vaardigheden in hun inwerkperiode aangereikt krijgen. Daarnaast moeten mondzorg en mondverzorging een nadrukkelijke plek krijgen in het opleidingsprofiel van alle betrokken zorgverleners.

Het thema mondverzorging heeft raakvlakken met de thema's voeding en slikproblemen. Scholing over mondverzorging zou gecombineerd kunnen worden met scholingsprogramma's over voeding en slikproblemen. Belangrijk hierbij is vooral dat er breder wordt gekeken naar de thema's en dat de scholing gegeven wordt door een deskundig zorgverlener.

Het train-de-trainer-principe zou gebruikt kunnen worden om de aandachtsvelder mondverzorging te trainen en kennis te verspreiden in zorgorganisaties. Ook training-on-the-job is belangrijk om elkaar te coachen en zo van elkaar te kunnen (blijven) leren tijdens het verlenen van dagelijkse mondverzorging⁷³. Naast van elkaar leren, kunnen ook knelpunten die ervaren worden aan de orde komen en tijdens een teamoverleg besproken worden. Als er knelpunten zijn in het verlenen van mondverzorging kunnen ook andere disciplines worden ingeschakeld om mee te kijken, zoals een gedragsdeskundige of ergotherapeut. Zij kunnen meedenken, adviseren en/of instrueren op welke wijze de zorg kan worden verleend. Het advies is om het thema mondverzorging op te nemen in het kwaliteitssysteem en de kwaliteitscyclus van een zorgorganisatie. Dit zorgt voor blijvende aandacht voor mondverzorging en hierdoor blijft scholing aangeboden en gevolgd worden. Het is aan de zorgorganisatie zelf om het kwaliteitssysteem nader in te richten, zolang er in het systeem staat hoe mondverzorging is geregeld en wordt geborgd.

7.1.4 Financiering

De financiering van zorg door zelfstandig mondzorgprofessionals is complex, kan sterk verschillen per organisatie en verandert snel. Dit mag echter geen reden zijn om de aangewezen zorg niet in gang te zetten. Wanneer financiering goede zorg in de weg staat, is het noodzakelijk dat de zorgverlener hulp zoekt om deze barrière te slechten. Zorg dat u als zorgverlener goed op de hoogte bent hoe de mondzorg en mondverzorging voor uw cliënt gefinancierd is. De werkgroep heeft een [bijlage](#) voor meer informatie over de financiering van (tandheelkundige) zorg geschreven. Voor deze bijlage heeft de werkgroep gebruik gemaakt van de volgende bronnen: ^{74 75 76 77 72}. Deze bijlage is onder voorbehoud van wetswijzigingen en veranderingen in regelgeving. De bijlage is geldig zolang deze is opgenomen op het platform www.richtlijnenlangdurigezorg.nl.

8. Verantwoording

Autorisatiedatum 30-11-2023 Beoordelingsdatum 30-11-2023

8.1 Algemene achtergrondgegevens

De richtlijn is ontwikkeld door Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg (SKILZ). De richtlijn werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De financier heeft geen invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

8.2 Samenstelling werkgroep en klankbordgroep

Voor de ontwikkeling van de richtlijn Mondverzorging zijn in 2021 een multidisciplinaire werkgroep en klankbordgroep samengesteld. Hieronder staat de samenstelling van beide beschreven.

Samenstelling werkgroep

De multidisciplinaire werkgroep bestond uit de volgende personen:

- **Drs. I.H. (Irma) de Hoop (voorzitter):** verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg en algemene gezondheidszorg, Careyn, Hellevoetsluis, namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Verpleegkundig Specialisten (V&VN)
- **Dr. G.J. (Gert-Jan) van der Putten (vicevoorzitter):** specialist Ouderengeneeskunde en kaderarts palliatieve zorg, Dagelijks Leven, Apeldoorn, namens Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso)
- **Drs. E.F. (Elske) Bulte:** specialist ouderengeneeskunde en docent basiscurriculum geneeskunde en vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde (VOSON), Radboudumc, Nijmegen, namens Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso)
- **N.L. (Natascha) Darlang:** logopedist/afasietherapeut, Afasiecentrum Alkmaar, Alkmaar, namens de Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)
- **C. (Caroline) de Graaf (tot 01-02-2023):** verzorgende niveau 3 en HBO-verpleegkundige in opleiding, Lelie Zorggroep, Rotterdam, namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- **S. (Seka) Habibovic:** coördinerend Praktijkverpleegkundige, Hoofddocent Voorbehouden en risicovolle handelingen en Medicatie, Gemiva, Gouda, namens Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- **Drs. S. (Sonja) Kuipers:** docent HBO-Verpleegkunde en promovenda mondzorg bij mensen met een psychose, NHL Stenden Hogeschool, Leeuwarden, namens NHL Stenden
- **Dr. W.J. (Wim) Klüter † (tot 22-08-2023):** tandarts-geriatrie, Tandartspraktijk Overasselt, Overasselt, namens de Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGd)
- **B.H.M. (Ineke) Lefferts-Fransen:** mondhygiënist, Tandheelkundig Centrum Lutterstraat, Zorgfederatie Oldenzaal, Zorggroep Sint Maarten en De Twentse Zorgcentra, namens de Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënist (NVM)
- **Dr. C. (Claar) van der Maarel-Wierink:** tandarts-geriatrie, MondVitaal, Amstelveen, en docent

Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), Amsterdam, namens Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (KNMT)

- **E. (Erwin) Pijper:** mantelzorger, namens KansPlus
- **P. (Pim) Soeters (vanaf 01-11-2022):** tandprotheticus, Tandprothetische praktijk Pim Soeters, Emmen, namens de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)
- **T. (Tanja) van Woerkom (tot 01-10-2022):** tandprotheticus, Tandprothetische Praktijk Van Woerkom, Hilvarenbeek, namens de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)
- **Drs. T.G.M. (Ted) Zuidgeest:** tandarts gehandicaptenzorg, Koninklijke Visio, Vries, namens de Vereniging Mondzorg voor Bijzondere Zorggroepen (VMBZ)

Samenstelling klankbordgroep

De multidisciplinaire klankbordgroep bestond uit de volgende personen:

- **H. (Henk) Algra:** gepensioneerd orthopedagoog, op persoonlijke titel
- **E. (Esther) van Baarda - Schreurs:** orthopedagoog-generalist en WZD-functionaris, Stichting voor Bijzondere Tandheelkunde, Amsterdam, namens de Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)
- **J. (Jan) Benedictus:** programmamanager, Patiëntenfederatie Nederland, Utrecht, namens Patiëntenfederatie Nederland
- **J.H. (Johan) Elhorst:** gepensioneerd tandarts gehandicaptenzorg, op persoonlijke titel
- **A. (Anne) Harderwijk:** wijkverpleegkundige en docent-onderzoeker HBO-Verpleegkunde, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Nijmegen, namens Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland Wijkverpleegkundigen (V&VN)
- **Prof. dr. A. (Ad) de Jongh:** bijzonder hoogleraar angst- en gedragsstoornissen in de tandheelkundige praktijk, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), Amsterdam, namens het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- **J. (Jeannet) Michels-Jansen:** tandprotheticus, Tandprothetische praktijk Michels Jansen, Amsterdam-Zuidoost, namens de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)
- **H. (Hilda) Mulder:** adviseur Kwaliteit en beleid, De Zijlen, Appingedam, namens Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- **Dr. T. (Tim) Pelle:** postdoc onderzoeker en epidemioloog, Academische Werkplaats 'Sterker op eigen benen', afdeling Eerstelijns geneeskunde Radboudumc, Nijmegen, namens Radboudumc
- **K. (Karlijn) Smits-Houtman:** ergotherapeut, Dichterbij, Gennep, namens Ergotherapie Nederland
- **Drs. N. (Nicole) Teeuwisse:** tandarts-geriatrie, Centrum Bijzondere Tandheelkunde Limburg, Sittard, namens Cobijt
- **J. (Jolien) Verschagen:** kinderdiëtist, opleidings- en nascholingscoördinator, Huisartsenzorg Zaanstreek Waterland, Wormer, namens de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- **em. Prof. dr. L. (Luc) De Visschere:** tandarts en emeritus hoofddocent Maatschappelijke tandheelkunde, Universiteit van Gent, Gent, namens Gezonde Mond/Vlaams Instituut Mondgezondheid
- **S. (Sander) Weijtboer:** kwaliteitsadviseur verpleging & verzorging, Zilveren Kruis, Leiden, namens Zorgverzekeraars Nederland
- **T. (Tanja) van Woerkom (vanaf 1-10-2022):** tandprotheticus, Tandprothetische Praktijk Van Woerkom, Hilvarenbeek, namens de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)

Ondersteuning

Deze richtlijn is tot stand gekomen met ondersteuning van:

Ondersteuning vanuit SKILZ:

- **Dr. B.C.F.M. (Bernadette) van Glansbeek - Schutijser**, procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ, Utrecht
- **A. (Annemieke) Brink**, redigent en secretaresse, SKILZ, Utrecht
- **Dr. P. Jepma (tot 01-09-2022)**: procesbegeleider richtlijnontwikkeling, SKILZ, Utrecht
- **A. (Abigaël) van Koerten - Blootens, MSc**, communicatieadviseur, SKILZ, Utrecht
- **M. (Mariska) Tekelenburg**, redigent, 12Ask, Eck en Wiel

Ondersteuning bij het literatuuronderzoek:

- **I. (Ingeborg) van Dusseldorp**: literatuurspecialist, Maatschap Van Dusseldorp, Delvaux & Ket, Rutten
- **Dr. T. (Tim) Pelle**: postdoc onderzoeker en epidemioloog, Academische Werkplaats 'Sterker op eigen benen', afdeling Eerstelijns geneeskunde Radboudumc, Nijmegen, namens Radboudumc
- **Drs. M.K. Tuut**: epidemioloog en richtlijnmethodoloog, PROVA, Varsseveld

8.3 Belangenverklaringen

Alle werkgroepleden hebben bij aanvang en bij afronding van de richtlijn de belangenverklaring behorend bij de 'KNAW-Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling' ondertekend (zie [bijgevoegd document](#)). Hiermee geven zij aan onafhankelijk gehandeld te hebben bij het opstellen van de richtlijn. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of ze in de laatste drie jaar directe financiële belangen of indirecte belangen hebben gehad. Uit de belangenverklaringen bleken geen belemmeringen voor deelname in de richtlijnwerkgroep. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen via bureau@skilz.nu.

8.4 Autoriserende partijen

De volgende partijen hebben de richtlijn Mondverzorging geautoriseerd:

- Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)
- Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (Cobijt)
- Ergotherapie Nederland
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (KNMT)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGd)
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLf)
- Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM-Mondhygiënist(en))
- Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)

- Vereniging Mondzorg voor Bijzondere Zorggroepen (VMBZ)
- Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

De volgende partijen hebben een verklaring geen bezwaar afgegeven voor de richtlijn Mondverzorging:

- Patiëntenfederatie Nederland
- Alzheimer Nederland

8.5 Juridische betekenis

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Na autorisatie van de richtlijn door een beroepsvereniging, wordt de richtlijn gezien als deel van de 'professionele standaard'. Aanbevelingen in een richtlijn zijn hoofdzakelijk gebaseerd op de 'gemiddelde' cliënt, en zijn dus mogelijk niet op elke individuele cliënt van toepassing. Er kunnen zich feiten of omstandigheden voordoen waardoor de zorgverlener beslist dat het wenselijk is om in het belang van de cliënt van de richtlijn af te wijken. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit beargumenteerd en gedocumenteerd worden.

8.6 Publicatiedatum en herziening

De publicatiedatum van deze richtlijn is 30 november 2023. Uiterlijk in 2026 bepaalt het bestuur van SKILZ of deze richtlijn nog actueel is. De aan de werkgroep verbonden organisaties delen de verantwoordelijkheid voor het actualiseren van de richtlijn. Zo nodig wordt een nieuwe werkgroep geïnstalleerd om de richtlijn te herzien. De geldigheid van de richtlijn komt eerder te vervallen als nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

8.7 Financiële gevolgen

Bij de richtlijn is conform de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) een kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen. Bij het uitvoeren van deze beoordeling zijn de hoofdstukken in de richtlijn op verschillende domeinen getoetst.

Uit de kwalitatieve raming blijkt dat er waarschijnlijk geen substantiële financiële gevolgen zijn, zie onderstaande Tabel 8.1.

Tabel 8.1 Kwalitatieve raming richtlijn Mondverzorging

Hoofdstuk	Uitkomst raming	Toelichting

Risicofactoren voor een slechte mondgezondheid	Geen financiële gevolgen	Het overgrote deel voldoet naar verwachting aan de norm.
Signalering van problemen bij mondgezondheid	Geen financiële gevolgen	Het overgrote deel voldoet naar verwachting aan de norm.
Uitvoeren van mondverzorging	Geen financiële gevolgen	Het overgrote deel voldoet naar verwachting aan de norm.
Benaderingswijzen rond mondverzorging	Geen financiële gevolgen	Het overgrote deel voldoet naar verwachting aan de norm.

8.8 Procesinformatie ontwikkeling richtlijn

Deze richtlijn is opgesteld conform de richtlijnmethode van SKILZ. Dit document beschrijft een stappenplan dat gebaseerd is op de kwaliteitscriteria uit de volgende documenten: de AQUA-Leidraad (2021) ⁷⁸, de HARING-tools (2013) ⁷⁹ en AGREE-II (2010) ⁸⁰.

8.8.1 Inbreng van het cliëntenperspectief

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is het cliëntenperspectief in alle fases meegenomen. Zij hebben deelgenomen aan de knelpunteninventarisatie; één van de twee focusgroepen was speciaal georganiseerd voor cliënten en hun naasten. Tijdens de ontwikkeling van de richtlijn is het cliëntenperspectief in de werkgroep vertegenwoordigd door KansPlus en in de klankbordgroep door de Patiëntenfederatie Nederland. Zij bewaakten tijdens de ontwikkeling van de richtlijn dat ook de wensen van de cliënt en naasten werden meegenomen in de inhoud van deze richtlijn.

Actieve betrokkenheid van cliënten/cliëntvertegenwoordigers is belangrijk voor het bewaken van de wensen van cliënt en naasten bij het opstellen van de inhoud van een richtlijn. Hoe om te gaan met afwerend gedrag werd door cliënten/cliëntvertegenwoordigers bijvoorbeeld als één van de belangrijkste knelpunten gezien. Dit heeft er mede toe geleid dat er een apart hoofdstuk over is geschreven.

8.8.2 Klankbordgroep

De klankbordgroep werd op twee momenten gedurende het richtlijnproces betrokken, waarbij de deelnemers feedback gaven op de (concept)documenten:

1. Vóór de start van het literatuuronderzoek op de (concept)uitgangsvragen;
2. Vóór de commentaarfase op de conceptversie van de richtlijn.

De ontvangen feedback werd bekeken en besproken met de werkgroep en meegenomen in het schrijven van de definitieve teksten.

8.8.3 AGREE-beoordeling andere richtlijnen

Voor het ontwikkelen van deze richtlijn waren er geen andere richtlijnen die dusdanig op deze SKILZ-richtlijn lijken waarvoor een AGREE-beoordeling nodig was. De werkgroep heeft zodoende geen andere richtlijnen beoordeeld.

8.8.4 Werkwijze: van knelpunten naar aanbevelingen

Knelpunteninventarisatie

Voorafgaand aan de knelpunteninventarisatie zijn bestaande relevante (onderdelen van) kwaliteitsinstrumenten, lopende initiatieven en onderzoeken rondom het thema geïnventariseerd. Vervolgens werd de knelpunteninventarisatie uitgevoerd door middel van twee focusgroepen. Voor de eerste focusgroep werden met name verzorgenden en verpleegkundigen uitgenodigd. Voor de tweede focusgroep werden met name cliënten en/of naasten uitgenodigd. Nadat alle knelpunten waren verzameld is door de voorzitter, vicevoorzitter en de procesbegeleiders van SKILZ een voorselectie gemaakt van knelpunten, omdat sommige knelpunten niet in een richtlijn opgelost konden worden. Dit heeft geleid tot een lijst met 18 knelpunten die uiteindelijk vertaald konden worden naar uitgangsvragen. De werkgroep heeft deze knelpunten per thema besproken en geprioriteerd in voorbereiding op het formuleren van de uitgangsvragen. Alle knelpunten hadden volgens de werkgroep prioriteit om te worden opgenomen in de richtlijn, de ene wat meer dan de ander. De knelpunten die buiten de voorselectie zijn gevallen zijn onder andere gerelateerd aan ideeën over mondverzorging, emoties bij mondverzorging, verantwoordelijkheden, financiering en organisatie van zorg. Een verslag van de knelpunteninventarisatie is terug te vinden in de bijlage [Knelpunteninventarisatie en -analyse Richtlijn Mondverzorging](#).

Opstellen uitgangsvragen en uitkomstmaten

Op basis van de uitkomsten van de knelpunteninventarisatie zijn door de werkgroep uitgangsvragen opgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep per uitgangsvraag welke uitkomstmaten voor de cliënt relevant zijn. Hierbij werd zowel naar gewenste als ongewenste effecten gekeken. De concept-uitgangsvragen zijn in een schriftelijke ronde voorgelegd aan de werkgroep en vervolgens aan de klankbordgroep via een online vragenlijst. Zij hebben hun inbreng geleverd wat betreft de inhoud, formulering en methode voor de beantwoording van de uitgangsvragen. In april 2022 werden de uitgangsvragen vervolgens vastgesteld.

Methode literatuur

In deze richtlijn werden drie uitgangsvragen beantwoord met behulp van systematisch literatuuronderzoek:

- Hoe moeten zorgverleners de mondgezondheid en de wijze van de dagelijkse mondverzorging van cliënten in de langdurige zorg in kaart brengen?
- Welke benaderingswijzen worden aanbevolen voor zorgverleners en naasten om cliënten in de langdurige zorg te motiveren tot het uitvoeren van de dagelijkse mondverzorging?

- Welke benaderingswijzen worden aanbevolen voor zorgverleners en naasten bij cliënten die afwerend reageren op de uitvoering van de dagelijkse mondverzorging?

De werkgroep heeft, samen met een literatuuronderzoeker, een literatuurprotocol opgesteld met daarin weergegeven de zoekvragen, PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome), zoekstrategie en selectiecriteria. Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor het zoeken en selecteren van de literatuur is te vinden in de volgende bijlagen:

[Zoekverantwoording Literatuuronderzoek Signalering van problemen bij mondgezondheid](#)

[Uitwerking Literatuuronderzoek Signalering van problemen bij mondgezondheid](#)

[Zoekverantwoording Literatuuronderzoek Benaderingswijzen rond mondverzorging](#)

[Uitwerking Literatuuronderzoek Benaderingswijzen rond mondverzorging.](#)

De paragraaf Onderbouwing per hoofdstuk in de richtlijn beschrijft een korte samenvatting van de methode en resultaten uit het literatuuronderzoek.

Selecteren en includeren van studies

Literatuurselectie gaat via twee selectiestappen, gebruikmakend van de vooraf opgestelde inclusie- en exclusiecriteria:

1. Selectie waarbij op basis van titel en abstract wordt bepaald of een artikel mogelijk relevante informatie bevat voor de uitgangsvraag.
2. Vervolgens bij de overgebleven artikelen een selectie waarbij op basis van het lezen van het volledige artikel beoordeeld wordt of het relevante informatie bevat voor de uitgangsvraag en de uitkomstmaat.

Het selecteren en includeren werd door één literatuuronderzoeker uitgevoerd, waarbij 10% van de artikelen ook werd beoordeeld door een tweede literatuuronderzoeker. Onduidelijkheden werden met de procesbegeleiding van SKILZ bediscussieerd om overeenstemming te bereiken over de selectie.

Kwaliteitsbeoordeling van studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (bias) te kunnen inschatten. De kwaliteitsbeoordeling is door één onderzoeker uitgevoerd. Onduidelijkheden werden met de procesbegeleiding van SKILZ bediscussieerd om overeenstemming te bereiken over de kwaliteitsbeoordeling.

Deze beoordelingen kunt u vinden in de risk-of-bias-tabellen, zie [bijlage Uitwerking literatuuronderzoek Signalering van problemen bij mondgezondheid](#) en [bijlage Uitwerking literatuuronderzoek Benaderingswijzen rond mondverzorging](#).

Voor de richtlijn Mondverzorging zijn de volgende beoordelingsinstrumenten gebruikt om de kwaliteit van de afzonderlijke studies te beoordelen:

- Systematische reviews zijn beoordeeld met de AMSTAR-2 checklist (Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews, Canada) ⁸¹.
- Systematische reviews naar diagnostische accuratesse zijn beoordeeld met de ROBIS-checklist ⁸².
- Gerandomiseerde klinische studies zijn beoordeeld met de Cochrane risk-of-bias-tool for

randomized trials (RoB 2) ⁸³.

- Studies naar diagnostische accuratesse zijn beoordeeld met de QUADAS-2-checklist ⁸⁴.

Samenvatten van de literatuur

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen zijn weergegeven in evidence-tabellen. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur, zie [bijlage Uitwerking literatuuronderzoek Signalering van problemen bij mondgezondheid](#) en [bijlage Uitwerking literatuuronderzoek Benaderingswijzen rond mondverzorging](#).

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijk bewijs

De zekerheid van het bewijs ('certainty of evidence') werd beoordeeld met behulp van GRADE ⁸⁵. GRADE is een methode die per uitkomstmaat van een interventie, of voor een risico- of prognostische factor, een gradering aan de zekerheid van het bewijs toekent op basis van de mate van vertrouwen in de schatting van de effectgrootte.

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de zekerheid van het wetenschappelijk bewijs: hoog, redelijk, laag en zeer laag (zie Tabel 8.2). Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie, in het bijzonder de mate van zekerheid dat de literatuurconclusie de aanbeveling adequaat ondersteunt ^{86 87}.

Tabel 8.2: GRADE gradaties voor beoordeling van de zekerheid van het bewijs

GRADE	Definitie
Hoog	- er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse wordt toegevoegd.
Redelijk	- er is redelijke zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - het is mogelijk dat de conclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse wordt toegevoegd.
Laag	- er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - er is een reële kans dat de conclusie klinisch relevant verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.

Zeer laag	- er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt; - de literatuurconclusie is onzeker.
------------------	--

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Voor het formuleren van een aanbeveling zijn naast de resultaten en de zekerheid van het bewijs van het wetenschappelijk onderzoek, vaak ook nog andere factoren van belang⁸⁸. De werkgroep bediscussieerde de kennis uit de literatuur en plaatste daarbij zijn overwegingen. Dit werd in twee stappen uitgevoerd: 1) de werkgroepleden werden via een online vragenlijst uitgenodigd om hun overwegingen te plaatsen bij het literatuuronderzoek en hun expertise bij een uitgangsvraag te delen, 2) de resultaten uit deze vragenlijst werden bediscussieerd tijdens een werkgroepbijeenkomst, waarna overwegingen en aanbevelingen werden opgesteld.

In deze richtlijn werden twee uitgangsvragen niet beantwoord met systematisch literatuuronderzoek:

- Wat zijn risicofactoren voor een slechte mondgezondheid bij cliënten in de langdurige zorg en hoe dien je hier als zorgverlener mee om te gaan?
- Hoe moet de dagelijkse mondverzorging uitgevoerd worden bij cliënten in de langdurige zorg?

Deze vragen werden expert-based beantwoord, op basis van de expertise van de werkgroep en best-practice.

In de overwegingen kunnen de volgende aspecten meegenomen zijn:

- gezondheidswinst,
- waarden, voorkeuren en ervaringen van cliënten en zorgverleners met betrekking tot interventies en uitkomsten van zorg,
- balans van gewenste en ongewenste effecten van interventies ten opzichte van geen of andere interventies,
- aanvaardbaarheid van interventies,
- ethische overwegingen,
- kosten (implicaties),
- veiligheid,
- duurzaamheid,
- haalbaarheid van een aanbeveling.

Deze aspecten worden per hoofdstuk (indien van toepassing) besproken onder het kopje 'Overwegingen'.

Formuleren van de aanbevelingen

De aanbevelingen geven een antwoord op de uitgangsvragen en zijn gebaseerd op het beste, beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling.

De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid dat de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van cliënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor cliënten, behandelaars en beleidsmakers (zie Tabel 8.3).

Tabel 8.3: Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers

	Sterke aanbeveling	Zwakke (conditionele) aanbeveling
Voor cliënten	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel cliënten ook niet.
Voor behandelaars	De meeste cliënten zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De cliënt moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het best aansluit bij zijn of haar waarden en voorkeuren.
Voor beleidsmakers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

Randvoorwaarden (organisatie van zorg)

In de knelpunteninventarisatie en bij de ontwikkeling van de richtlijn is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die randvoorwaardelijk zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn worden beschreven in het [hoofdstuk Organisatie van zorg](#) van deze richtlijn.

8.8.5 Werkwijze: van conceptrichtlijn tot publicatie

Opstellen van het implementatieplan

De werkgroep heeft een implementatieplan opgesteld waarin een advies voor beroepsverenigingen en instellingen wordt gegeven voor de implementatie. Deze staat beschreven in het [Implementatieplan](#).

Formuleren van kennislacunes

Tijdens de ontwikkeling van deze richtlijn is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvragen. Bij elke uitgangsvraag is door de werkgroep nagegaan of er (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is. Een overzicht van aanbevelingen voor nader/vervolgonderzoek staat in de [Kennislacunes](#).

Klankbordgroep leest de conceptrichtlijn

De klankbordgroep heeft in januari 2023 commentaar kunnen geven op de conceptrichtlijn. Hierbij zijn rond de 280 opmerkingen ontvangen. Opmerkingen gingen over de begrippen en afbakening (bijvoorbeeld wie er onder zelfstandige mondzorgprofessionals vallen en wie niet), over de praktische uitvoering van de mondverzorging (bijvoorbeeld de term zachte tandenborstel is vervangen door een tandenborstel met zachte borstelharen) en er zijn diverse aanvullende risicofactoren voor een slechte mondgezondheid genoemd. De werkgroep heeft de opmerkingen in subgroepjes behandeld en de belangrijkste punten voor de commentaarfase gezamenlijk besproken.

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen en andere relevante partijen voorgelegd voor commentaar. In de periode van 6 april 2023 t/m 30 mei 2023 konden de partijen de richtlijn becommentariëren via het platform Richtlijnen Langdurige Zorg. Hierbij zijn wederom rond de 280 opmerkingen ontvangen. De commentaren werden besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn is aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd.

De volgende partijen hebben commentaar geleverd op de richtlijn Mondverzorging:

Partijen		
Alzheimer Nederland	Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW)	Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (Cobijt)
Ergotherapie Nederland	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT)	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)	Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)	Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)
Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGd)	Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)	NHL Stenden Hogeschool

NVM-Mondhygiënist	Vereniging Mondzorg voor Bijzondere Zorggroepen (VMBZ)	Vereniging Specialisten Ouderengeneeskunde (Verenso)
Zorgverzekeraars Nederland		

Publicatie

Nadat de richtlijn is geautoriseerd door de betrokken verenigingen, is de richtlijn gepubliceerd op het platform Richtlijnen Langdurige Zorg www.richtlijnenlangdurigezorg.nl.

9. Referentielijst

1. Gianos, E., Jackson, E.A., Tejpal, A., Aspary, K., O'Keefe, J., Aggarwal, M., Jain, A., Itchhaporia, D., Williams, K., Batts, T., Allen, K.E., Yarber, C., Ostfeld, R.J., Miller, M., Reddy, K., Freeman, A.M., & Fleisher, K.E. (2021). Oral health and atherosclerotic cardiovascular disease: A review. *American Journal of Preventive Cardiology*, 7, 100179. doi: 10.1016/J.AJPC.2021.100179
2. Håheim, L.L., Nafstad, P., Schwarze, P.E., Olsen, I., Rønningen, K.S., & Thelle, D.S. (2020). Oral health and cardiovascular disease risk factors and mortality of cerebral haemorrhage, cerebral infarction and unspecified stroke in elderly men: A prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(7), 762–769. doi: 10.1177/1403494819879351
3. Holmlund, A., Lampa, E., & Lind, L. (2017). Oral health and cardiovascular disease risk in a cohort of periodontitis patients. *Atherosclerosis*, 262, 101–106. doi: 10.1016/J.ATHEROSCLEROSIS.2017.05.009
4. Joshy, G., Arora, M., Korda, R. J., Chalmers, J., & Banks, E. (2016). Is poor oral health a risk marker for incident cardiovascular disease hospitalisation and all-cause mortality? Findings from 172 630 participants from the prospective 45 and Up Study. *BMJ Open*, 6(8). doi: 10.1136/BMJOPEN-2016-012386
5. Kotronia, E., Brown, H., Papacosta, A.O., Lennon, L.T., Weyant, R.J., Whincup, P.H., Wannamethee, S.G., & Ramsay, S.E. (2021). Oral health and all-cause, cardiovascular disease, and respiratory mortality in older people in the UK and USA. *Scientific Reports*, 11(1). doi: 10.1038/S41598-021-95865-Z
6. Kucukcoskun, M., Baser, U., Oztekin, G., Kiyani, E., & Yalcin, F. (2013). Initial periodontal treatment for prevention of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *Journal of Periodontology*, 84(7), 863–870. doi: 10.1902/JOP.2012.120399
7. Lam, O.L.T., Zhang, W., Samaranayake, L.P., Li, L.S.W., & McGrath, C. (2011). A systematic review of the effectiveness of oral health promotion activities among patients with cardiovascular disease. *International Journal of Cardiology*, 151(3), 261–267. doi: 10.1016/J.IJCARD.2010.11.014
8. Liu, Z., Zhang, W., Zhang, J., Zhou, X., Zhang, L., Song, Y., & Wang, Z. (2012). Oral hygiene, periodontal health and chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *Journal of Clinical Periodontology*, 39(1), 45–52. doi: 10.1111/J.1600-051X.2011.01808.X
9. Najafipour, H., Malek Mohammadi, T., Rahim, F., Haghdost, A.A., Shadkam, M., & Afshari, M. (2013). Association of oral health and cardiovascular disease risk factors “results from a community based study on 5900 adult subjects.” *ISRN Cardiology*, 2013, 1–6. doi: 10.1155/2013/782126
10. Park, S.Y., Kim, S.H., Kang, S.H., Yoon, C.H., Lee, H.J., Yun, P.Y., Youn, T.J., & Chae, I.H. (2019). Improved oral hygiene care attenuates the cardiovascular risk of oral health disease: a population-based study from Korea. *European Heart Journal*, 40(14), 1138–1145. doi: 10.1093/EURHEARTJ/EHY836
11. Shen, T.C., Chang, P.Y., Lin, C.L., Chen, C.H., Tu, C.Y., Hsia, T.C., Shih, C.M., Hsu, W.H., Sung, F.C., & Kao, C.H. (2015). Risk of periodontal diseases in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A nationwide population-based cohort study. *Medicine*, 94(46), e2047. doi: 10.1097/MD.0000000000002047
12. Takahashi, T., Muro, S., Tanabe, N., Terada, K., Kiyokawa, H., Sato, S., Hoshino, Y., Ogawa, E.,

- Uno, K., Naruishi, K., Takashiba, S., & Mishima, M. (2012). Relationship between periodontitis-related antibody and frequent exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *PloS One*, 7(7). doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0040570
13. Touger-Decker, R. (2010). Diet, cardiovascular disease and oral health: promoting health and reducing risk. *Journal of the American Dental Association* (1939), 141(2), 167–170. doi: 10.14219/JADA.ARCHIVE.2010.0135
 14. van der Putten, G.J. (2019). [The relationship between oral health and general health in the elderly]. *Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde*, 126(12), 653–656. doi: 10.5177/NTVT.2019.12.19091
 15. Verenso. (2007). Richtlijn mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen. Utrecht. Beschikbaar op:
https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/database/Richtlijnmondzorg.pdf
 16. Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2017). Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. Beschikbaar op:
<https://www.raadvsv.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs>
 17. Verenso. (2018). Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie. Utrecht. Beschikbaar op:
<https://www.verenso.nl/kwaliteit/richtlijnen-en-praktijkvoering/richtlijnen/database/probleemgedrag-bij-mensen-met-dementie>
 18. Embregts P., Kroezen M., Mulder E.J., van Bussel C., van der Nagel J., Budding M., Busser G., de Kuijper G., Duinkerken-van Gelderen P., Haasnoot M., Helder A., Lenderink B., Maes-Festen D.A.M., Olivier-Pijpers V., Oud M., Oude Luttikhuis I., Schilt C.J., Smit T., van den Heuvel J., (. . .), & Wieland J. (2019). Multidisciplinaire richtlijn probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking. Utrecht. Beschikbaar op: https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2022/06/Richtlijn-Probleemgedrag_definitief-update-2022.pdf
 19. Gobbens, R.J., Luijckx, K.G., Wijnen-Sponselee, M.T., & Schols, J.M. (2010). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58(2), 76–86. doi: 10.1016/J.OUTLOOK.2009.09.005
 20. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (n.d.). Definition of intellectual disability. Beschikbaar op: <https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition#.WbvNUrJJauI>
 21. FDI World Dental Federation. (n.d.). FDI's definition of oral health. Beschikbaar op:
<https://www.fdiworlddental.org/fdis-definition-oral-health>
 22. Jochems, A.A.F., & Joosten, F.W.M.G. (2004). *Coêlho zakwoordenboek der geneeskunde*. Bohn Stafleu van Loghum.
 23. Janssens, B., Janssens, L., de Witte, N., & Visser, A. (2019). [Oral health in older adults, a challenge? Determinants of oral health in older adults]. *Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde*, 126(12), 657–664. doi: 10.5177/NTVT.2019.12.19060
 24. Martens, L., & Declerck, D. (2009). *De mond, spiegel van gezondheid. Bijzondere aandachtsgroepen*. Acco.
 25. Witteman, L., & Former-Boom, M. (2014). *Voeding en mondgezondheid. Praktische handleiding voor (para)medici. Voedingspiramide*.
 26. Broers, D. (2011). *Mondzorg bij mensen met een beperking*. Prelum Uitgevers.
 27. Niesten, D., Gerritsen, A.E., & Leve, V. (2021a). Barriers and facilitators to integrate oral health care for older adults in general (basic) care in East Netherlands. Part 1: Normative integration. *Gerodontology*, 38(2), 154–165. doi: 10.1111/GER.12507

28. Niesten, D., Gerritsen, A.E., & Leve, V. (2021b). Barriers and facilitators to integrate oral health care for older adults in general (basic) care in East Netherlands. Part 2 Functional integration. *Gerodontology*, 38(3), 289–299. doi: 10.1111/GER.12525
29. van Oostrom S., van der A, D., Picavet S., Rietman L., de Bruin S., & Spijkerman A. (2015). Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid? Beschikbaar op: <https://www.rivm.nl/sites/default/files/2018-11/Factsheet%20Ouderen%20van%20nu%20en%20straks.pdf>
30. Eijssink, A.M., Schipper, G., & Vermaire, J.H. (2018). A Q-methodology study among caregivers of people with moderate intellectual disabilities on their clients' health care: An example in oral health. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities: JARID*, 31(5), 915–926. doi: 10.1111/JAR.12451
31. De Lugt-Lustig, K.H.M.E., Vanobbergen, J.N.O., Van der Putten, G.J., De Visschere, L.M.J., Schols, J.M.G.A., & De Baat, C. (2014). Effect of oral healthcare education on knowledge, attitude and skills of care home nurses: a systematic literature review. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 42(1), 88–96. doi: 10.1111/CDOE.12063
32. Garry, B., & Boran, S. (2017). Promotion of oral health by community nurses. *British Journal of Community Nursing*, 22(10), 496–502. doi: 10.12968/BJCN.2017.22.10.496
33. Jämsä, H., Laitala, M.L., Vähäniikkilä, H., & Syrjälä, A.M. (2022). Implementation of oral hygiene practices in nursing homes - the view of supervisor nurses. *Acta Odontologica Scandinavica*, 80(4), 308–314. doi: 10.1080/00016357.2021.2009026
34. Everaars, B., Weening-Verbree, L.F., Jerković-Ćosić, K., Schoonmade, L., Bleijenberg, N., de Wit, N.J., & van der Heijden, G.J.M.G. (2020). Measurement properties of oral health assessments for non-dental healthcare professionals in older people: a systematic review. *BMC Geriatrics* 20(1):4.
35. Thapa, R., Chimoriya, R., & Arora, A. (2021). The development and psychometric properties of oral health assessment instruments used by non-dental professionals for nursing home residents: A systematic review. *BMC Geriatrics* 21(1):35.
36. Krausch-Hofmann, S., Tran, T.D., Janssens, B., Declercq, D., Lesaffre, E., de Almeida Mello, J., Declercq, A., de Lepeleire, J., & Duyck, J. (2021). Assessment of oral health in older adults by non-dental professional caregivers-development and validation of a photograph-supported oral health-related section for the InterRAI suite of instruments. *Clinical Oral Investigations* 25(6):3475–86.
37. Allison, P.J., & Lawrence, H.P. (2005). Validity of an instrument assessing oral health problems in people with Down syndrome. *Community Dental Health* 22(4):224–30.
38. van Ho, B., van de Rijt, L.J.M., Weijenberg R.A.F., van der Maarel-Wierink, C.D., & Lobbezoo, F. (2022). Oral Health Assessment Tool (OHAT) deputized to informal caregivers: go or no go? *Clinical and Experimental Dental Research* 8(1):76–83. doi: 10.1002/CRE2.481.
39. van Noort, H.H.J., Harderwijk, A., Everaars, B., Akkermans, R., van der Putten, G.J., & Huisman-de Waal, G. (2023). The Dutch version of the Oral Health Assessment Tool (OHAT): Translation and inter-rater reliability among community nurses. *International journal of dental hygiene*. doi: 10.1111/idh.12678
40. De Mond Niet Vergeten. (2018). Screeningsformulier De Mond Niet Vergeten. Beschikbaar op: <https://demondienietvergeten.nl/wp-content/uploads/2022/07/Screeningsformulier-Interactief-1.pdf>
41. Zeng, X.T., Tu, M.L., Liu, D.Y., Zheng, D., Zhang, J., & Leng, W.D. (2012). Periodontal disease and risk of chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis of observational studies. *PloS One*,

- 7(10). doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0046508
42. De Oliveira, C., Watt, R., & Hamer, M. (2010). Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 340(7761), 1400. doi: 10.1136/BMJ.C2451
 43. Evren, B.A., Uludamar, A., Işeri, U., & Ozkan, Y.K. (2011). The association between socioeconomic status, oral hygiene practice, denture stomatitis and oral status in elderly people living different residential homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(3), 252–257. doi: 10.1016/J.ARCHGER.2010.12.016
 44. Fukuda, H., Shinsho, F., Nakajima, K., Takahashi, S., & Tatara, K. (1997). Oral health habits and the number of teeth present in Japanese aged 50-80 years. *Community dental health*, 14(4), 248–252.
 45. Furuta, M., Takeuchi, K., Takeshita, T., Tanaka, A., Suma, S., Shinagawa, T., Shimazaki, Y., & Yamashita, Y. (2020). Longitudinal associations of toothbrushing with obesity and hyperglycemia. *Journal of Epidemiology*, 30(12), 556–565. doi: 10.2188/JEA.JE20190165
 46. Koistinen, S., Ståhltnacke, K., Olai, L., Ehrenberg, A., & Carlsson, E. (2021). Older people's experiences of oral health and assisted daily oral care in short-term facilities. *BMC Geriatrics*, 21(1). doi: 10.1186/S12877-021-02281-Z
 47. Murtomaa, H., & Meurman, J.H. (1992). Mechanical aids in the prevention of dental diseases in the elderly. *International Dental Journal*, 42(5): 365-72.
 48. Nakahodo, N., Nomura, Y., Oshiro, T., Otsuka, R., Kakuta, E., Okada, A., Inai, Y., Takei, N., & Hanada, N. (2020). Effect of mucosal brushing on the serum levels of C-reactive protein for patients hospitalized with acute symptoms. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 56(10), 1–10. doi: 10.3390/MEDICINA56100549
 49. Niesten, D., Witter, D.J., Bronkhorst, E.M., & Creugers, N.H.J. (2017). Oral health care behavior and frailty-related factors in a care-dependent older population. *Journal of Dentistry*, 61, 39–47. doi: 10.1016/J.JDENT.2017.04.002
 50. Takano, N., Ando, Y., Yoshihara, A., & Miyazaki, H. (2003). Factors associated with root caries incidence in an elderly population. *Community dental health*, 20(4), 217–222.
 51. Zou, L., Zhang, M., Fu, W., Liu, Y., Wen, J., & Lu, Z. (2022). Meta-analysis on the association between the frequency of tooth brushing and hypertension risk. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.)*, 24(6), 689–697. doi: 10.1111/JCH.14498
 52. Ivoren Kruis. (2013). Mondzorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Beschikbaar op: <https://ivorenkruis.org/wp-content/uploads/2021/06/Mondzorg-voor-mensen-met-een-verstandelijke-beperking.pdf>
 53. Ivoren Kruis. (2019). Tandenpoetsen. Beschikbaar op: <https://ivorenkruis.org/wp-content/uploads/2021/06/Folder-Tandenpoetsen.pdf>
 54. De Mond Niet Vergeten. (n.d.). Poetsboek: mondverzorging bij kwetsbare ouderen. Beschikbaar op: <https://demondnietvergeten.nl/wp-content/uploads/2022/07/DMNV-Poetsboek.pdf>
 55. Guardado, K.E., & Sergeant, S.R. (2023). Sensory Integration. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
 56. Lane, S.J., Leão, M.A., & Spielmann, V. (2022). Sleep, sensory integration/processing, and autism: A scoping review. *Frontiers in Psychology*, 13. doi: 10.3389/FPSYG.2022.877527
 57. Raditha, C., Handryastuti, S., Pusponegoro, H.D., & Mangunatmadja, I. (2022). Positive behavioral effect of sensory integration intervention in young children with autism spectrum disorder. *Pediatric Research*. doi: 10.1038/S41390-022-02277-4

58. Warutkar, V.B., & Krishna Kovala, R. (2022). Review of Sensory Integration therapy for children with cerebral palsy. *Cureus*, 14(10). doi: 10.7759/CUREUS.30714
59. IKNL. (n.d.) Richtlijn Mondzorg in de palliatieve zorg. In Ontwikkeling.
60. Backhouse, T., Dudzinski, E., Killelt, A., & Mioshi, E. (2020). Strategies and interventions to reduce or manage refusals in personal care in dementia: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 109. doi: 10.1016/J.IJNURSTU.2020.103640
61. Hoben, M., Kent, A., Kobagi, N., Huynh, K.T., Clarke, A., & Yoon, M.N. (2017). Effective strategies to motivate nursing home residents in oral care and to prevent or reduce responsive behaviors to oral care: A systematic review. *PloS One* 12(6). doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0178913
62. Wilson, N.J., Lin, Z., Villarosa, A., Lewis, P., Philip, P., Sumar, B., & George, A. (2019). Countering the poor oral health of people with intellectual and developmental disability: A scoping literature review. *BMC Public Health* 19(1). doi: 10.1186/S12889-019-7863-1
63. Jablonski, R.A., Kolanowski, A.M., Azuero, A., Winstead, V., Jones-Townsend, C., & Geisinger, M.L. (2018). Randomised clinical trial: efficacy of strategies to provide oral hygiene activities to nursing home residents with dementia who resist mouth care. *Gerodontology* 35(4):365–75. doi: 10.1111/GER.12357
64. IKNL. (2010). Richtlijn mondklachten in de palliatieve fase. Utrecht. Beschikbaar op: <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/mondklachten>
65. Willems, M.S., Hollaar, V.R.Y., van der Maarel-Wierink, C.D., van der Putten, G.J., & Satink, T. (2022). Care-resistant behaviour during oral examination in Dutch nursing home residents with dementia. *Gerodontology*. doi: 10.1111/GER.12654
66. Boekhoudt J., Hoedemaekers, M., Klinkert, E., Koopman, R., Lebbink, E., & Scheepens, L. (2015). Het vijfstappenplan 'Afweergedrag bij de mondverzorging van cliënten met een dementie.' Beschikbaar op: <https://www.zorgvoorbeter.nl/kennis-delen/tools/stappenplan-afweergedrag>
67. Verenso. (2008). Handreiking multidisciplinair werken aan probleemgedrag. Utrecht. Beschikbaar op: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Richtlijnen_kwaliteit/richtlijnen/database/Handreiking-MDC-Probleemgedrag-def.pdf
68. Jablonski, R.A., Therrien, B. & Kolanowski, A. (2011). No more fighting and biting during mouth care: applying the theoretical constructs of threat perception to clinical practice. *Research and Theory for Nursing Practice* 25(3):163–75. doi: 10.1891/1541-6577.25.3.163
69. Verheul-van der Voorden, K., Willems, H.C., Klüter, W.J., & van der Maarel-Wierink, C.D. (2019). [Autonomy in the individual oral care programme of the care-dependent cognitively impaired older patient]. *Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde* 126(4):207–12. doi: 10.5177/NTVT.2019.04.18246
70. Wettenbank Overheid.nl. (2021). Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. Beschikbaar op: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040632/2021-11-06>
71. KIMO. (2021). Klinische praktijkrichtlijn mondzorg voor aan huis gebonden kwetsbare ouderen. Utrecht. Beschikbaar op: <https://www.hetkimo.nl/richtlijnen/mondzorg-voor-kwetsbare-aan-huis-gebonden-ouderen/introductie/>
72. Wettenbank Overheid.nl. (2022). Wet langdurige zorg. Beschikbaar op: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2022-07-01>
73. De Lugt-Lustig, K.H.M.E., Niesten, D., & van der Maarel-Wierink, C.D. (2021). [Training and interprofessional collaboration to improve oral care for older people]. *Nederlands Tijdschrift Voor*

- Tandheelkunde, 128(10), 512–518. doi: 10.5177/NTVT.2021.10.21047
74. College van Adviserend Tandartsen (CAT), & Zorgverzekeraars Nederland (ZN). (2022). Vademecum Basispakket. Mondzorg en Wlz 2022. Beschikbaar op: <https://college-at.nl/wetten-en-regels/>
 75. Nederlandse Zorgautoriteit. (2016). Wlz zorgaanbieders met tandartspraktijk - BR/REG-17129. Beschikbaar op: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_21586_22/1/
 76. Nederlandse Zorgautoriteit. (2022). Beleidsregel tandheelkundige zorg - BR/REG-22111a. Beschikbaar op: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_641078_22/2/
 77. Zorginstituut Nederland. (2019). Handreiking behandeling in de Wlz per 1 januari 2021. Beschikbaar op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2019/12/09/handreiking-behandeling-in-de-wlz-per-1-januari-2021>
 78. AQUA-Leidraad. (2021). Zorginstituut Nederland. Beschikbaar op: <https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/aqua-leidraad>
 79. Hilbink, M., Ouwers, M., & Kool, T. (2013). De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. ZonMw. Beschikbaar op: <https://www.iqhealthcare.nl/media/56707/eindrapport.pdf>
 80. AGREE Next Steps Consortium. (2009). AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen. Beschikbaar op: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/ontwikkeltools-ontwikkelen/AGREE+instrument.pdf>
 81. Shea, B.J., Reeves, B.C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D.A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 358. doi: 10.1136/BMJ.J4008
 82. Whiting, P., Savović, J., Higgins, J.P.T., Caldwell, D.M., Reeves, B.C., Shea, B., Davies, P., Kleijnen, J., & Churchill, R. (2016). ROBIS: a new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *Journal of Clinical Epidemiology* 69:225–34. doi: 10.1016/J.JCLINEPI.2015.06.005
 83. Higgins, J.P.T., Altman, D.G., Gøtzsche, P.C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A.D., Savović, J., Schulz, K.F., Weeks, L., & Sterne, J.A.C. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343(7829). doi: 10.1136/BMJ.D5928
 84. Whiting, P.F., Rutjes, A.W.S., Westwood, M.E., Mallett, S., Deeks, J.J., Reitsma, J.B., Leeflang, M.M.G., Sterne, J.A.C., & Bossuyt, P.M.M. (2011). QUADAS-2: a revised tool for the quality assessment of diagnostic accuracy studies. *Annals of Internal Medicine*, 155(8), 529–36. doi: 10.7326/0003-4819-155-8-201110180-00009
 85. Guyatt, G.H., Oxman, A.D., Vist, G.E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P. & Schünemann, H.J. (2008); GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*;336: 924-6. doi: 10.1136/bmj.39489.470347.AD
 86. Schünemann H., Brożek J., Guyatt G., & Oxman, A. (2013). GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. The GRADE Working Group. Beschikbaar op: http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html
 87. Hultcrantz, M., Rind, D., Akl, E.A., Treweek, S., Mustafa, R.A., Iorio, A., Alper, B.S., Meerpohl, J.J., Murad, M.H., Ansari, M.T., Katikireddi, S.V., Östlund, P., Tranæus, S., Christensen, R., Gartlehner, G., Brozek, J., Izcovich, A., Schünemann, H., & Guyatt, G. (2017). The GRADE Working Group clarifies the construct of certainty of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 87:4-13. doi: 10.1016/j.jclinepi.2017.05.006

88. Alonso-Coello, P., Oxman, A.D., Moberg, J., Brignardello-Petersen, R., Akl, E.A., Davoli, M., Treweek, S., Mustafa, R.A., Vandvik, P.O., Meerpohl, J., Guyatt, G.H., & Schünemann, H.J. (2016). GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines. BMJ, 353, i2089. doi: 10.1136/bmj.i2016

10. Disclaimer

Op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl publiceert SKILZ richtlijnen voor de langdurige zorg. Ondanks de zorg en aandacht die wordt besteed aan de informatie op www.richtlijnenlangdurigezorg.nl is het mogelijk dat inhoud niet volledig en/of onjuist is.

Aansprakelijkheid

SKILZ sluit alle aansprakelijkheid voor de opmaak en de inhoud van de richtlijnen uit, evenals gevolgen die de toepassing van de richtlijnen in de langdurige zorg mocht hebben uit. Richtlijnen Langdurige Zorg staat open voor het attenderen op (vermoedelijke) fouten c.q. onjuistheden in de inhoud of opmaak van de richtlijnen. Hiervoor kan contact worden opgenomen met vraag@richtlijnenlangdurigezorg.nl.

Intellectueel eigendom

Het intellectueel eigendom van de richtlijnen en de afgeleide producten, ligt bij de beheerder van de richtlijn. Voor eigen gebruik mag informatie worden gedownload en/of afgedrukt worden. Zonder voorafgaande toestemming van SKILZ mogen gepubliceerde bestanden (of delen daarvan) niet worden overgenomen, gepubliceerd of op een andere manier openbaar gemaakt of verveelvoudigd worden. U kunt een verzoek voor toestemming sturen aan SKILZ via bureau@skilz.nu SKILZ zal uw verzoek behandelen.

Het is toegestaan een directe link naar www.richtlijnenlangdurigezorg.nl te plaatsen op een andere website of direct te linken naar de richtlijnen op dit platform.