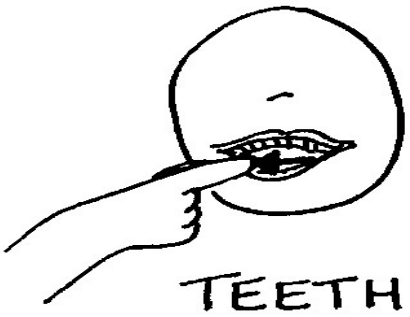
PROEFFIMPLEMENTATIE MONDZORG

Verslag van ervaringen met onderdelen concept-richtlijn

mondzorg bij ouderen in 10 verpleeghuizen



Regioplan Beleidsonderzoek, cluster Zorg
Dr. C.C. Koning

NVVA, afdeling kwaliteit
Drs. I. van der Linden

Maart 2006

INHOUDSOPGAVE

		Bladzijde
1.	Inleiding	3
2.	Opzet begeleidingstraject	4
3.	Beschrijving resultaten	8
4.	Conclusies en terugblik	11

Bijlagen:

Bijlage 1: Overzicht deelnemende verpleeghuizen	13
Bijlage 2: Overzicht gebruikte instrumenten	14

1 INLEIDING

Belang

Steeds meer ouderen beschikken tot op hoogte leeftijd over hun eigen gebit of delen ervan, maar zijn onvoldoende in staat het gebit goed te reinigen. Dat leidt tot allerlei klachten zoals pijn, slechte voedselinname, moeilijke communicatie. Reden voor het College voor Zorgverzekeringen om de NVVA te vragen in nauwe samenwerking met andere relevante beroepsgroepen, een multidisciplinaire richtlijn mondzorg op te stellen. De richtlijn geeft aan wat op het niveau van de patiënt geregeld dient te worden om goede mondzorg te realiseren en wat er in de instelling daarvoor moet plaatsvinden.

Fasering

Het project mondzorg ouderen is in 2004 gestart met voorbereidingen en tot en met eind 2005 heeft de ontwerpfase van de conceptrichtlijn plaatsgevonden. Vanaf september 2005 is op basis van delen van de conceptrichtlijn in tien geselecteerde verpleeghuizen[1] een proefimplementatietraject van 5 maanden van start gegaan. De aanbevelingen uit deze fase worden verwerkt in de concept richtlijn die zal worden gebruikt in de commentaarfase. Commentaar op het concept wordt gevraagd aan a-select gekozen verpleeghuisartsen, deskundigen op het terrein van mondzorg en participerende verenigingen. Na verwerking van dit commentaar treedt de autorisatiefase in. Het streven is de richtlijn mondzorg ouderen in december 2006 te publiceren.

Doel

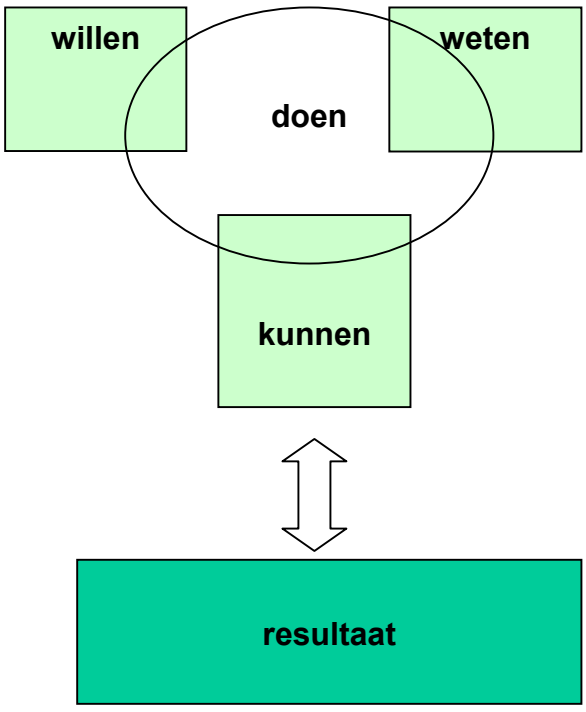
Het doel van de proefimplementatie is zicht te krijgen op de bruikbaarheid van de richtlijn in de praktijk zodat toepassing van de richtlijn in de verpleeghuizen gerealiseerd kan worden / wordt. Vanuit de geselecteerde verpleeghuizen namen steeds twee medewerkers deel aan de begeleide proefimplementatie. De medewerkers waren afkomstig uit verschillende beroepsgroepen: er namen twee tandartsen, vijf verpleeghuisartsen, 1 logopediste, 3 mondhygiënisten en 6 verpleegkundigen/managers deel. Deze rapportage beschrijft de gevolgde werkwijze en ervaringen in het begeleidingstraject en de aanbevelingen voor de schrijfgroep die voortvloeien uit de fase van proefimplementatie in de geselecteerde verpleeghuizen.

[1] Voor een overzicht van de deelnemende huizen zie bijlage 1

2 OPZET BEGELEIDINGSTRAJECT

Systematiek

Het begeleidingstraject bestond uit drie gezamenlijke bijeenkomsten waar de implementatiebegeleider uit het verpleeghuis en/of zijn ‘ implementatiemaatje’ aan deelnamen. De begeleiding van de bijeenkomsten en de trajecten in de huizen was in handen van de projectleider mondzorg van de NVVA en Regioplan. Er is bij de opzet van het begeleidingstraject gekozen voor een systematische aanpak analoog aan de fasen die van belang zijn voor het implementeren van een vernieuwing of verandering: Willen, Weten, Kunnen en Doen. Deze aspecten kwamen globaal genomen in alle bijeenkomsten aan de orde. Per bijeenkomst kreeg één van deze aspecten meer nadruk en aandacht. We zullen de aspecten en fasering achtereenvolgens beschrijven en kort aangeven hoe we per bijeenkomst aan het betreffende thema hebben gewerkt. Bovendien geven we aan welke resultaten of instrumenten er door de verpleeghuizen zijn ontwikkeld om deze fase in hun verpleeghuis te faciliteren dan wel te ondersteunen. In die zin komen er in deze paragraaf dus ook al een aantal ervaringen aan de orde.



Willen

Een belangrijk voorwaarde om een verandering überhaupt aan te willen pakken, is het aandacht besteden aan de motivatie en bewustwording. Deze aspecten stonden dan ook centraal in de eerste bijeenkomst. In deze bijeenkomst is duidelijk geworden dat de pilothuizen deelnamen aan het traject

om verschillende redenen: of omdat mondzorg een ondergeschoven kindje was in hun huis of omdat de aanwezige mondzorg optimaler in een structuur moest worden ingebed. Ook zijn er in de eerste bijeenkomst op basis van de ervaringen en gevoelde knelpunten in de verpleeghuizen door de tien verpleeghuizen specifieke verbeterpunten voor hun huis genoemd.

Deze knelpunten zijn vervolgens in relatie gebracht met één of meerdere van de aanbevelingen die de schrijfgroep mondzorg in de concept-richtlijn heeft opgesteld. Ieder huis heeft op basis van zijn knelpunt een aanbeveling gekozen die een concrete aanpak bood om met het knelpunt aan de slag te gaan. De aanbevelingen betroffen (zie ook bijlage 1) :
1. het in kaart brengen van de zelfzorg;
2. de dagelijkse verzorging van het gebit ((e)dentaat);
3. het bepalen van de gebitstoestand vlak na opname;
4. het in kaart brengen van de mondstatus;
5. het scholen van medewerkers op het terrein van mondzorg;
6. het samenwerken en afstemmen van de relevante bij de mondzorg betrokken disciplines.

Op basis van bovenstaande informatie werd door elk huis afzonderlijk gewerkt aan een concreet plan van aanpak voor het individuele verbetertraject (zie bijlage 2 voor een voorbeeld). In het plan van aanpak was gekozen voor een systematische aanpak zodat men zich bewust werd van de doelen die gesteld moesten worden, de personen die geïnformeerd moesten worden en de activiteiten die ondernomen moesten worden binnen een bepaalde tijdsperiode.

Weten

Mondzorg doe je niet alleen. Het is een zaak van multidisciplinaire samenwerking. Daarom moet veel aandacht besteed worden aan de inbedding van mondzorg in de totale organisatie. De betrokkenen moeten zich bewust worden van het belang van mondzorg als onderdeel van de basiszorg in verpleeghuizen. Er moet daarom binnen een instelling breed en op verschillende manieren gecommuniceerd worden. Daartoe zijn verschillende werkwijzen besproken in de eerste bijeenkomst en in de periode tussen de eerste en tweede plenaire bijeenkomst. Voorbeelden van communicatie zijn:
- brief sturen aan cliëntenraad (zie voorbeeld bijlage 3)
- presentatie houden in (team)overleg
- brief sturen aan je collegamanagers (zie voorbeeld bijlage 4)
- bericht schrijven voor personeelsblad of organisatieblad (zie voorbeeld bijlage 5)
- door middel van een enquête de ervaren knelpunten inventariseren (zie voorbeeld bijlage 6)
- door middel van een tweede meting met dezelfde enquête de vorderingen en veranderingen in kaart brengen

- een nulmeting doen bij cliënten: hoe verzorgd is hun gebit? Gevolgd door een tweede meting om te kijken of er een verandering is opgetreden na een periode van aandacht geven aan de basismondzorg.
- bewustwording door bespreking van onderwerp mondzorg in teamoverleg of door te vragen naar hoe verzorgenden mondzorg zelf gewend zijn om te doen, of door bij opname te vragen hoe cliënten thuis gewend waren mondzorg uit te voeren. De ervaring van de pilothuizen is dat men liever praat over een blote kont dan over een open mond.

Kunnen

Willen en motovatie en bewustwording zijn belangrijke voorwaarden om iets te doen, maar kennis en vaardigheden om dat te kunnen zijn minstens zo belangrijk. In de tweede bijeenkomst stonden ervaringen met het invoeren van verbeteringen op het gebied van de mondzorg centraal. Aan de hand van gedocumenteerde successen en ervaren problemen is het proces en het effect van de invoering van de verbetering geanalyseerd. Bovendien is er een begin gemaakt met de formulering van aanbevelingen voor de schrijfgroep mondzorg.

De volgende hindernissen werden door de deelnemers genoemd:

1. Er is te weinig tijd bij zowel verzorgenden als implementeerder.
2. Weinig mogelijkheid tot feedback geven aan verzorgenden.
3. Verloop van personeel maakt dat je frequent en op veel plaatsen op het terrein van mondzorg moet investeren in personeel.
4. De rol van de verpleeghuisarts op het gebied van mondzorg is onvoldoende ingevuld.
5. De afwezigheid van een tandarts of mondhygiënist in een verpleeghuis maakt werken op gebied van mondzorg moeilijk.
6. De moeilijke samenwerking met een tandarts, die geen affiniteit met de doelgroep heeft, staat goede mondzorg in een verpleeghuis in de weg.
7. Gebrek aan overzicht goede producten/hulpmiddelen voor specifieke doelgroepen patiënten.
8. Hoe motiveer je mensen blijvend?
9. Hoe maak je mondzorg prioriteit nummer 1 bij alle bij de bewoner betrokken professionals?

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

- toetsen conceptformulieren op het terrein van mondzorg bij gebruikers (veelal verzorgenden). Snappen ze wat er staat en kunnen ze het formulier invullen?
- instructie van verzorgenden m.b.t. het gebruik van formulieren en observatielijsten;
- het geven van een klinische les/ presentatie enquête resultaten inventarisatie knelpunten mondzorg (zie fase ‘ weten’);
- kennis opdoen door bezoek aan ander verpleeghuis dat mondzorg goed op poten heeft staan;

- verzorgenden deel laten nemen aan cursus mondzorgcoördinator NIGZ;
- randvoorwaarden regelen bij management / directie (vrij maken tijd en geld voor project);
- promotiemateriaal regelen bij fabrikant van mondverzorgingsmateriaal.

Doen

In de derde en laatste bijeenkomst is de evaluatie van de invoering van veranderingen op het gebied van mondzorg door elk huis gepresenteerd en is geïnventariseerd wat de leerervaringen zijn geweest en welke instrumenten zijn aangepast tot in de praktijk bruikbare versies.
De resultaten in de huizen die deelgenomen hebben aan deze proefimplementatie worden beschreven in de derde paragraaf. Bij het daadwerkelijk uitvoeren van een verbeteractie blijkt het volgens de pilothuizen van essentieel belang om:

- te streven naar zichtbaarheid van het project bijvoorbeeld door het gebruik van posters en aanplakbiljetten (zie bijlage 7);
- te streven naar zichtbaarheid van de trekker van het project door veel zelf op de afdelingen rond te lopen, individuele verzorgenden aan te spreken op hoe ze mondzorg leveren en na te vragen hoe ze ondersteund willen en kunnen worden;
- zichtbaarheid werkt tevens als stok achter de deur voor anderen, net zoals de plenaire bijeenkomsten een stok achter de deur waren voor de implementeerders en hun implementatiemaatjes.
- een tijdstip af te spreken waarop de verbeteractie start. Hou het overzichtelijk voor jezelf qua aantal momenten en aantal cliënten. Bijvoorbeeld kijk naar de gebitstoestand bij alle opnames of afdeling Bloem in de periode januari-februari in plaats van te inventariseren bij alle bewoners. Door het klein te houden is de kans groter dat de actie daadwerkelijk wordt uitgevoerd.
- het herhalen van het belang van goede mondzorg en de invulling ervan in het project, blijkt noodzakelijk om het te willen, te weten, te kunnen en het doen te ondersteunen.

3 BESCHRIJVING RESULTATEN

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

Successen

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

a. Laagdrempelig werken

Het ziektebeeld van de patiënt heeft consequenties voor de omgang tussen hulpverlener en patiënt. Wanneer een tandarts affiniteit heeft met de doelgroep en goed communiceert is hij in het algemeen goed toegankelijk en laagdrempelig. Dat stimuleert patiënt en verzorgenden om naar de tandarts te gaan. Ook is terugrapportage van hetgeen de tandarts bevindt en doet van belang voor patiënt en verzorgende.

b. Niet alleen, maar met een team

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

c. (Herhaalde) Communicatie

Het wordt belangrijker geacht affiniteit te hebben met de doelgroep en te weten wat de doelgroep nodig heeft dan een bepaalde professie. Als je de taal spreekt van de hulpverleners rondom de patiënt kun je ze letterlijk aanspreken op de juiste zorg, zowel in positieve als in negatieve zin. Je moet ook zichtbaar zijn, zodat je ook door de ander gemakkelijk aangesproken kunt worden.
De coördinator mondzorg zit op het snijvlak van de cirkels. Hij heeft zowel toegang tot (para)medici als de verzorgenden. Een verzorgende, die een specialisatie heeft op het gebied van slikken en mondzorg ontleent daar ook status en respect aan. Daarom wordt ook een brede inzet van verzorgenden met aandacht voor mondzorg bepleit en niet alleen een opplussen van consulenten met een of meer aandachtsvelden. Neem mondzorg ook mee bij casuïstiek in bijvoorbeeld het teamoverleg. Tandenpoetsen lukte vanmorgen niet. Waarom niet? Spreek het door en bespreek handelingsalternatieven.

d. Goede instructie is belangrijk

Een klinische les over slikken of mondzorg maakt mensen bewust van de problematiek en geeft houvast voor adequaat handelen. Zorg, dat adviezen een plaats krijgen in het dossier van de patiënt. Integreren van de mondzorg in de totale zorg is belangrijk. Geef de bewoner een tandenborstel en kijk wat hij ermee doet. Mondzorg wordt nu aan ADL gelinkt. Er zijn handelings-alternatieven, zoals voor de tv en onder de douche. Probeer buiten de geijkte kaders te denken, wees creatief.

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

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

f. Borging van mondzorg

Borging van instrumenten en werkwijzen op het terrein van mondzorg is van essentieel belang en kan op verschillende wijzen plaatsvinden. Te weten bij of in:

- Opname in anamnese
- Plek geven in het zorgplan en in het zorgdossier (zie voorbeeld 13 en 14)
- Mondzorg als onderdeel meenemen in de bewonersbespreking tussen de eerstverantwoordelijke verzorgenden en verpleeghuisartsen, alsook in MDO in breder vlak.
- Mondzorg bespreken in dagevaluatie
- Intervisiegroep verpleeghuisartsen
- Mondhygiënisten platform intercollegiale toetsing
- Meer als casus in teamoverleg ter sprake brengen
- Opname opleidingsplan, kan gaan om eenmalige mondzorg coördinatie nascholing of bij- en nascholing klinische les
- Houden van enquête, om te zien of er vorderingen zijn en om mensen scherp te houden
- Een team van deskundigen formeren. Op verschillende vlakken een functionaris die mondzorg als deskundigheid heeft (decubitus- deskundige, mondzorgdeskundige en mondhygiëniste) samen inzetten.
- Locatieoverleg, waarbij management en zorgcoördinator aanwezig zijn.

Aanpassingen

Aanbeveling 1, 2, 3 en 4 hangen in de praktijk nauw met elkaar samen. De pilothuizen hebben bij het implementeren van de aanbevelingen een aantal instrumenten toegepast. Naar aanleiding van hun ervaringen en toetsing van de instrumenten bij verzorgenden zijn er aanpassingen aangebracht. De producten die aangepast zijn naar aanleiding van de proefimplementatie zijn opgenomen in bijlage 8, 9, 10 en 13 en 14. De afwegingen over de juiste aanpak en bepaling van taken en verantwoordelijkheden spitste zich toe op de aanbevelingen 3 en 4. Daarom worden die hier expliciet genoemd.

Aanbeveling 3

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

Dit moet hoger in de organisatie aangepakt worden. Maak het onderdeel van de anamnese. Woorden als gedeeltelijke prothese en kaakwal zijn voor de meeste verzorgenden te moeilijk.

Bij een pg-patiënt werkt het niet adequaat als bij het eerste contact met een penlite in de mond moet worden gekeken.

Belangrijk goed te bepalen wie wat doet en wanneer.

Veel nieuwe patiënten komen met een achterstand van de mondzorg binnen. Er is ook sprake van verwaarloosde mensen. Die hebben behoefte aan tot rust komen. Verpleeghuis Zevenaar heeft observatielijst ontwikkeld waarin de lijst begrijpelijk is gemaakt voor verzorgenden en waarbij een integratie heeft plaatsgevonden van aanbeveling 4 en 3 tot één lijst (zie bijlage 8).

Aanbeveling 4

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

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

De discussie spitst zich toe op het geschikte moment voor het stellen van de vragen. Bij opname wordt al zo veel gevraagd, dat dit moment minder geschikt wordt geacht.

M.b.t. het knelpunt verloop van personeel wordt opgemerkt, dat de consequentie is, dat geen borging plaatsvindt.

Tip is te zorgen voor breed draagvlak. Mobiliseer management en anderen. Kom met een voorstel en bespreek dat met bovengenoemden.

Bij veel wisselingen in een team is sprake van onrust. Zorg voor rust in de tent, een belangrijk voorwaarde voor innovatie, en stop dan opnieuw energie in het team. Zie voor voorbeelden van uitgeteste formulieren bijlage 8 en 9.

Aanbeveling 5

De basis-mondzorg voor cliënten is onderscheiden naar:

- *cliënten met eigen tanden;*
- *cliënten met een gehele prothese (kunstgebit)*
- *cliënten met een gedeeltelijke prothese en eigen tanden;*
- *cliënten met een overkappingsprothese.*

Tijdens de bijeenkomsten is deze aanbeveling impliciet aan de orde gekomen. In de bijlagen 10 en 11 zijn voorbeelden opgenomen van de wijze waarop een verpleeghuis in de proefimplementatieperiode ermee gewerkt heeft.

Aanbeveling 6

Voor verzorgenden wordt scholing aanbevolen met betrekking tot vaardigheden, attitude en kennis

In bijna alle pilothuizen is gewerkt met het geven van klinische lessen in het kader van de proefimplementatie. Het belang van het herhalen van klinische lessen over dit onderwerp middels een vaste cyclus in het jaar is benadrukt. Ook is er aandacht geweest voor de cursus mondzorgcoördinator van het NIGZ. Medewerkers die deze cursus hebben gevolgd kunnen intern klinische lessen geven over het onderwerp mondzorg.
In bijlage 15 is een voorbeeld van een klinische les opgenomen.

Aanbeveling 7

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

In twee pilothuizen is deze aanbeveling geïmplementeerd en dit heeft geresulteerd in een formulier waarop de tandarts aangeeft wat de status is van het gebit en welke afspraken er met andere disciplines zijn gemaakt. Het formulier heeft een plek in het digitale zorgdossier (zie voorbeeld in bijlage 9). Na toetsing onder verzorgenden is een afbeelding toegevoegd van een gebit zodat gevisualiseerd wordt welke tanden er wel en niet aanwezig zijn. Door deze huizen is bovendien benadrukt dat disciplines als een ergotherapeut en fysiotherapeut een belangrijke bijdrage kunnen leveren in het kader van de mondzorg door aanpassing van bijvoorbeeld een tandenborstel en het oefenen met transfers.

4 CONCLUSIE EN TERUGBLIK

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

Conclusies

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

Begeleiding

Dit project had het karakter van een begeleide implementatie. Wij zijn van mening dat de begeleiding op zich en de opzet van de begeleiding nut heeft gehad. Dit oordeel hebben de deelnemers ook in de eindevaluatie naar voren gebracht. De systematische aanpak, de opbouw van willen, weten, kunnen en doen heeft resultaat gehad. Door de regelmatige samenkomsten en tussentijdse begeleiding hadden de deelnemers niet alleen een klankbord maar ook een stok achter de deur.Het werkte stimulerend. Dat heeft gewerkt en werkt!

BIJLAGE 1

Geselecteerde verpleeghuizen

- Nieuw Berkendael te Den Haag
- Bornia Herne te Leeuwarden
- Stichting Ouderenzorg Velsen te Driehuis
- Verpleeghuis Zevenaar te Zevenaar
- Verpleeghuis Ter Reede, Stichting Werk voor Ouderen te Vlissingen
- Verpleeghuis Gaasperdam te Amsterdam
- De Bieslandhof te Delft
- Verpleeghuis Neerwolde te Groningen
- Zorgcentrum De Buitenhof te Amsterdam
- Verpleeghuis de Lozerhof, Stichting Safier te Den Haag

BIJLAGE 2

Gebruikte instrumenten

Ondersteunend materiaal

1. Overzicht aanbevelingen
2. Plan van aanpak format
3. Brief cliëntenraad
4. Brief collegamanagers
5. Nieuwsitem in organisatieblad
6. Enquête om knelpunten mondzorg te inventariseren
7. Posters en aanplakbiljetten op het terrein van mondzorg

Aangepaste instrumenten

8. Observatieformulier Zevenaar en inbedding in verpleeghuis
9. Tandartsenformulier Gaasperdam (multidisciplinair)
10. Overzicht dagelijkse mondverzorging Neerwolde
11. Rapportage dagelijkse mondverzorging Vlissingen
12. Klinische les Neerwolde
13. Overzicht zorgplan
14. Onderdeel medisch dossier: opname
15. Lijst met materialen Gaasperdam

Plan van aanpak project mondzorg NVVA

Verpleeghuis:
Projectleider (PL):
Implementatiemaatje (IM):
Doelstelling proefimplementatie:
"*Zicht krijgen op de bruikbaarheid van de richtlijn in de praktijk en de knelpunten die zich bij het proces van de proefimplementatie voordoen".*

Nr	Onderdeel	Wie?	dd	Knelpunt & oplossing
1.	Verbeterdoel (SMART)			
2.	Informatieverstrekking project			
	a. Directie/MT b. Cliëntenraad c. Betrokken patiënten/familie d. Verzorgenden e. Verpleeghuisarts f. Landelijk projectleider			
3.	Onderzoekspopulatie en –lokatie			
4.	Welke gegevens nodig? Indicatoren/normen			
5.	Meetmomenten/ hoe info verzamelen?			
6.	Uitvoering			
7.	Analyse en rapportage			
8.	Informeren over resultaten			
	g. Directie/MT h. Cliëntenraad i. Betrokken patiënten/familie j. Verzorgenden k. Verpleeghuisarts l. Landelijke projectleider			
9.	Evaluatie & borging			

Overzicht van de dagelijkse mondverzorging Neerwolde

Naam:……
Geboortedatum:……
Groep/ Unit/afdeling:……
Algemene gezondheid:
……
……
Medicatie:
……
……
Algemene indruk van de mondgezondheid:
……
……
0 Eig**en tanden** 0 **Gebitsprothese** 0 **Partiële prothese**
0 **Implantaat / Overkappingsprothese** 0 **Anders**
Week:……

Dagelijkse mondverzorging:	**ma**	**di**	**woe**	**do**	**vrij**	**zat**	**zon**
Tijdstip tandenpoetsen en/ of gebitsprothese schoonmaken: **- 's Morgens** **- 's Avonds**							
Zelf tandenpoetsen:- ja **- nee**							
Hulp bij het poetsen: - ja **- nee**							
Poetsen: - hand **- elektrisch**							

Aanvullende maatregelen:	**ma**	**di**	**woe**	**Do**	**vrij**	**zat**	**zon**
Poetsen en / of schoonmaken van: - **tong** - **mondholte** **- kaakwallen**							
CHLOORHEXIDINE: - TANDPASTA **- spray** **- spoeling**							
Nacl 0,9%							

Bijzonderheden:							