



Praktijkwijzer

Zorg aan ouderen in
de algemene mondzorgpraktijk

Inhoud

VOORWOORD

1	ALGEMENE INLEIDING	7
1.1	Demografie	7
1.2	Ouderen langer zelfstandig	7
1.3	Kwetsbaarheid	8
1.4	Aandoeningen	8
1.5	Mondgezondheid	10
2	KWETSBAARHEID EN MONDGEZONDHEID	11
2.1	Mondgezondheid oudere bevolking	11
2.2	Kwetsbare mondgezondheid en algehele gezondheid	11
2.3	Doelstellingen mondzorg	12
2.4	Patiëntengroepen en behoeften	12
2.5	Mondzorgverleners	13
3	DOELSTELLINGEN PRAKTIJKWIJZER	15
3.1	Doelgroep en gebruikers	15
3.2	Inhoud	15
3.3	Opbouw: stappen in het zorgproces	15
4	AFSPRAAK MAKEN OF OPROEPEN	17
4.1	Planning tijdstip	17
4.2	Herinnering	17
4.3	No show	17
4.4	Planning tijdsduur	18
4.5	Fysieke en cognitieve beperkingen	18
4.6	Omgang en bejegening	18
5	TOEGANKELIJKHEID PRAKTIJK	21
5.1	Bouw en inrichting	21
5.2	Binnenkomst	21
5.3	Balie en wachtruimte	21
5.4	Interne doorgangen	22
5.5	Behandelruimte	22
5.6	Bedrijfshulpverlening	22

6	ONTVANGST	23
6.1	Aan de balie	23
6.2	In de behandelruimte	23
7	BEHANDELING	25
7.1	Levensloopbestendige mondgezondheid	25
7.2	Opstellen zorgplan	25
7.3	Bespreken zorgplan	25
7.4	Afstemming	26
7.5	Verwijzing naar collega-tandarts of MKA-chirurg	27
7.6	Verwijzing naar mondhygiënist	27
7.7	Samenwerking eerste lijn	28
8	KENNIS EN VAARDIGHEDEN BEHANDELAAR	29
8.1	Kennis	29
8.2	Communicatie	29
9	PATIËNTENDOSSIER	31
9.1	Aanvullende algemene informatie	31
9.2	Overdracht	31
10	AFRONDING BEHANDELING	33
10.1	Afspraken	33
10.2	Communicatie	33
10.3	Administratie	33
11	VERTREK	35
	LITERATUUR	37
BIJLAGE 1	Ranglijst van de meest voorkomende aandoeningen bij ouderen boven de 65 jaar	41
BIJLAGE 2	Kenmerken van fysieke, cognitieve, psychische en sociale kwetsbaarheid bij ouderen	43
BIJLAGE 3	Communicatie met kwetsbare ouderen, concrete adviezen	45
BIJLAGE 4	Informatieplicht, toestemmingsvereisten, wilsbekwaamheid en uitwisseling patiëntgegevens	47



Voorwoord

Zorgverleners in algemene mondzorgpraktijken krijgen te maken met een groeiende groep van (dentate) ouderen. Bij deze patiëntengroep komen relatief vaak specifieke mondproblemen en somatische en/of psychische aandoeningen voor, al of niet in combinatie met elkaar. Ook kenmerken ouderen zich over het algemeen door medicijngebruik (polyfarmacie), verminderde zelfredzaamheid, verminderde dagelijkse mondverzorging en onvoldoende bezoek aan mondzorgverleners. De zorg voor deze patiëntengroep stelt dan ook eisen aan de inrichting en organisatie van de praktijk en de vaardigheden van de mondzorgverleners en het team.

Een praktijkwijzer ondersteunt mondzorgverleners in de (algemene) mondzorgpraktijk bij het zo adequaat mogelijk organiseren van de zorgverlening. Deze praktijkwijzer doet aanbevelingen en geeft adviezen voor een zo goed mogelijke inrichting van alle niet-klinische aspecten van de zorg aan ouderen in de algemene praktijk.

De praktijkwijzer is bedoeld voor tandartsen, mondhygiënisten, tandprotheticen en voor het ondersteunende team.

1 Algemene inleiding

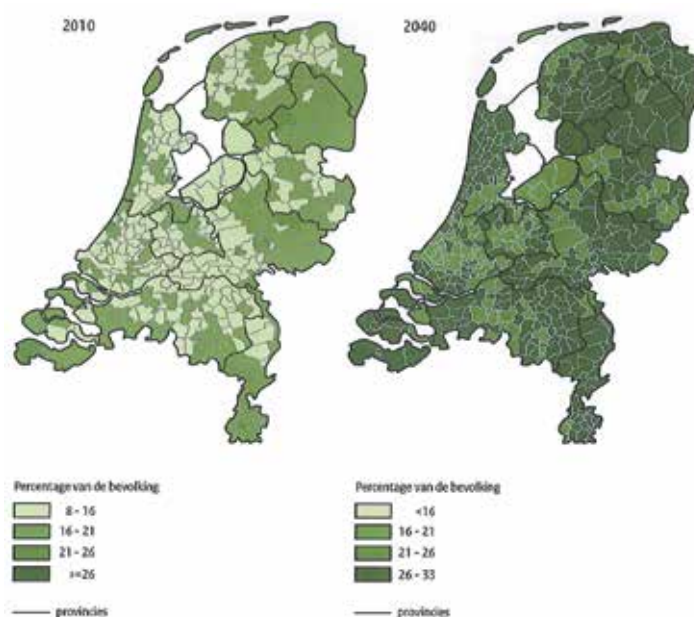
Deze inleiding geeft een korte schets van de ontwikkelingen rond ouderen in de samenleving en hun specifieke problematiek.

1.1 DEMOGRAFIE

In de afgelopen zestig jaar is de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking sterk veranderd. Dankzij de groeiende welvaart steeg de levensverwachting en daarmee het absolute aantal en percentage ouderen. Een andere belangrijke factor is het grote aantal geboorten in de jaren na de Tweede Wereldoorlog. Deze 'babyboomgeneratie' bereikt sinds 2010 geleidelijk de pensioenleeftijd. Ook dit zorgt voor een procentuele toename van het aandeel ouderen. Begin 2014 telde Nederland ruim 2,9 miljoen 65-plussers, zijnde 17% van de bevolking. In 2030 zullen het er, bij een relatief gelijkblijvende populatie, 4,2 miljoen zijn; 24% van de bevolking. Door de gestegen levensverwachting neemt binnen de groep ouderen ook het aandeel mensen van 80 jaar en ouder toe. In 2014 was dit 4%, in 2030 zal dit 7% zijn (CBS, 2014). Dit wordt wel aangeduid met de term 'dubbele vergrijzing'. Figuur 1 laat deze ontwikkeling zien naar regio, tussen 2010 en 2040.

1.2 OUDEREN LANGER ZELFSTANDIG

Het beleid van de overheid is erop gericht dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen, met waar nodig professionele thuiszorg en vrijwillige mantelzorg (VROM/VWS, 2007, VWS, 2013). De gedachte is dat het bijdraagt aan de gezondheid van ouderen als zij zo lang mogelijk maatschappelijk kunnen participeren. Daarnaast speelt de noodzaak om de kosten van de gezondheidszorg te verminderen. Door de (komende) sluiting van zo'n 800 van de 2.000 verpleeg- en verzorgingshuizen is opname veelal ook niet meer mogelijk. In 2011 woonden zes van de zeven 80-plussers nog zelfstandig, al dan niet met ondersteuning (CBS, 2011). Figuur 2 toont het percentage geïnstitutionaliseerde ouderen naar sekse en leeftijd in 2000 en in 2010.



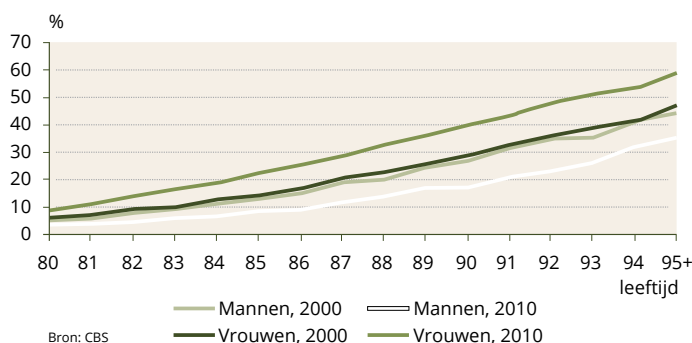
FIGUUR 1: Regionale prognose van het percentage ouderen per gemeente in 2010 en in 2040

(CBS Statline; www.zorgatlas.nl)

Op 1 januari 2015 is de transitie in gang gezet van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz is van toepassing op mensen die zware langdurige zorg nodig hebben. Voor degenen die wel langdurige en intensieve zorg nodig hebben, maar niet onder de indicatie voor opname in een verpleeghuis vallen, is de Zorgverzekeringswet verruimd. Deze intensievere zorg wordt aan huis geleverd. De wijkverpleegkundige keert terug. Deze gaat de gewenste en benodigde thuiszorg indiceren, in nauwe samenwerking met de huisarts.

Lichte vormen van ondersteuning gaan over naar de

gemeenten, die een belangrijke rol krijgen voor wat betreft de toekenning van zorggelden. Hiervoor is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning aangepast (WMO 2015). Dit alles betekent dat meer ouderen tot op hoge leeftijd thuiswonend zullen zijn. Daarmee zijn ze voor hun mondzorg aangewezen op de algemene mondzorgpraktijk.



FIGUUR 2: Percentage ouderen in zorg- of verpleeginstellingen, naar sekse en leeftijd in 2000 en in 2010

(CBS Statline)

1.3 KWETSBAARHEID

Gedurende het leven loopt het menselijk lichaam voortdurend schade op. Met het ouder worden neemt de herstelcapaciteit geleidelijk af. Hierdoor stijgt de kans op aandoeningen die het algemeen functioneren en het gevoel van welzijn kunnen verminderen. Denk aan moeilijker lopen, krachtverlies in handen en armen en verminderd zicht en gehoor. Voor dit verouderingsproces is eind jaren zeventig van de vorige eeuw de term 'frailty' ofwel 'kwetsbaarheid' geïntroduceerd. Later werd deze term geleidelijk breder opgevat dan alleen de lichamelijke conditie. Een afnemende fysieke gezondheid heeft namelijk vaak ook een achteruitgang van het psychische en sociale functioneren tot gevolg, en andersom. Daarbij komt een verhoogde kans op

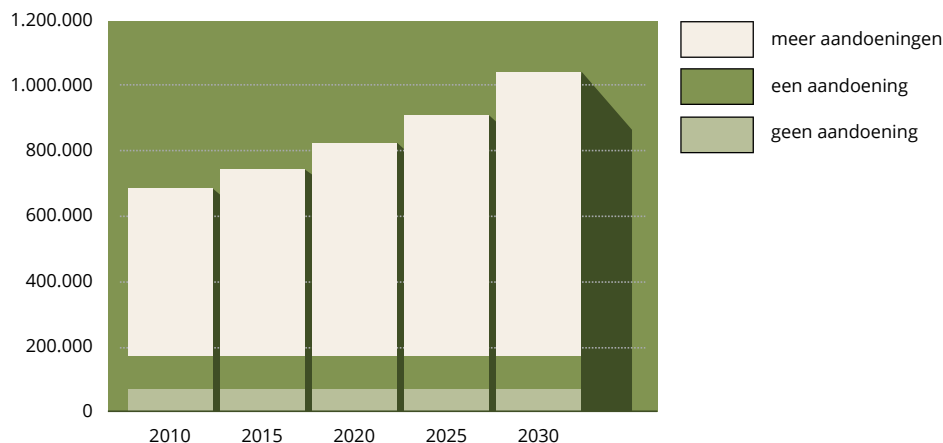
(bijkomende) psychiatrische problematiek, als dementie en depressiviteit. En op ingrijpende levensgebeurtenissen als het verlies van een partner, wat weer eenzaamheid tot gevolg kan hebben. Lichamelijke en psychische aandoeningen en sociale factoren zijn vaak met elkaar verweven (Bots-van 't Spijker, Wierink en Baat, 2006; Wierink en Baat, 2009). Kwetsbaarheid hangt overigens niet alleen samen met de leeftijd, maar is gebaseerd op een aantal gezondheidsuitkomsten en op de ervaren kwaliteit van leven. De mate van kwetsbaarheid heeft effect op de (omvang van de) zorgvraag (Schuurmans et al., 2004; Peter et al., 2012).

Het begrip kwetsbaarheid bij ouderen kan worden gedefinieerd als een proces van opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren, dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten als functiebeperkingen, opname in een zorginstelling en overlijden (Gobbens et al., 2007; Campen et al., 2011). Schattingen van het aantal kwetsbare ouderen zijn onder meer afhankelijk van de gehanteerde definitie. Globaal genomen betreft het tussen de 600.000 en 700.000 personen van 65 jaar en ouder. In 2030 zullen dit er naar verwachting ongeveer één miljoen zijn (SCP, 2011; VWS, 2013).

1.4 AANDOENINGEN

Bij ouderen komt naar verhouding (een complex van) lichamelijke en cognitieve aandoeningen vaak voor. Van de 65- tot 75-jarigen lijdt 70% aan een chronische ziekte (Oostrom et al., 2011). Daarbij neemt met het stijgen van de leeftijd het ontstaan van multimorbiditeit toe¹. Dit treft ongeveer twee derde van de 65- tot 75-jarigen. Van degenen van 85 jaar en ouder zijn het er ruim acht van de tien (Gezondheidsraad, 2008). De prognose is ook dat hun aandeel binnen de categorie kwetsbare ouderen toeneemt. Figuur 3 laat dit zien.

¹ Gedefinieerd als het voorkomen van twee of meer van 29 chronische ziekten (een selectie op basis van hoge prevalentie, chronisch karakter en ernst van de aandoening) bij een patiënt in het elektronisch medisch dossier van de huisarts.



FIGUUR 3: Aantal aandoeningen in de kwetsbare bevolking van 65 jaar en ouder, vanaf 2010 tot 2030 (SCP-bevolkingsmodel)

De problematiek doet zich globaal genomen voor op drie terreinen:

• LICHAMELIJK

Veel voorkomend zijn aandoeningen aan het bewegingsapparaat (bijvoorbeeld artrose en osteoporose), hart- en vaatziekten, longaandoeningen, systemische aandoeningen (zoals diabetes mellitus en schildklierafwijkingen), stoornissen van gehoor en gezicht, en incontinentie (RIVM, 2012). Zie ook bijlage 1: Ranglijst van de meest voorkomende aandoeningen bij ouderen boven de 65 jaar. Met het ouder worden neemt ook de kans op het krijgen van neurodegeneratieve ziekten, als de ziekte van Alzheimer en de ziekte van Parkinson, toe.

• PSYCHISCH

Veroudering gaat ook vaak gepaard met een toename van psychische klachten en cognitieve beperkingen. In dit verband wordt gesproken van de drie (geriatrische) D's, of geriatrische reuzen: dementie, delier en depressie. Veel ouderen hebben depressieve (angst)symptomen die het dagelijks functioneren belemmeren (Beekman et al. 1997). Ook eenzaamheid (Tilburg et al. 2004) en het gevoel de regie over het leven te verliezen (Jonker et al. 2009) zijn bekende verschijnselen. Daarnaast speelt

de achteruitgang van het cognitieve vermogen. Het geheugen wordt minder, de snelheid van denken neemt af en het wordt lastiger om meerdere dingen tegelijk te doen.

• SOCIAAL

Daarnaast is bij ouderen een grote kans op sociale problematiek. De omvang van hun sociale netwerk neemt af doordat de partner, familieleden en vrienden wegvallen. In combinatie met lichamelijke en psychische aandoeningen maakt dit het voor ouderen lastiger deel te blijven nemen aan het sociale leven. Dit kan leiden tot sociaal isolement (Machielse, 2006).

Lichamelijke aandoeningen, psychische aandoeningen en sociale problemen zijn bij ouderen vaak met elkaar verweven. In dat geval spreekt men van een geriatrische trias. Uit de definitie blijkt dat ook dit staat voor een bepaalde mate van kwetsbaarheid. Zoals al opgemerkt, hebben veel chronisch zieke ouderen meer dan één chronische aandoening, die elkaar onderling kunnen beïnvloeden. Men spreekt dan van multimorbiditeit. Het voorkomen hiervan neemt met de leeftijd toe. Overigens hoeft dit niet uit te lopen op een essentiële vermindering van de zelfredzaamheid, maar het risico daarop is wel aanwezig.

GERIATRISCHE TRIAS: EEN VOORBEELD

Een kwetsbare oudere dame heeft veel contact met haar nog kwieke buurvrouw. Ze doen ook altijd samen hun boodschappen. Deze buurvrouw komt ongelukkig ten val en breekt haar heup. Ze belandt in het ziekenhuis en daarna voor revalidatie in een verpleeghuis. De kwetsbare oudere dame heeft nu geen aanspraak meer en geen hulp meer bij de boodschappen (sociale factor). Ze doet nog wel boodschappen, maar koopt vooral koekjes, puddinkjes en andere lichte producten, die zij gemakkelijk kan vervoeren. Zo ontwikkelt zij voedingsdeficiënties en droogt uit. Mede hierdoor krijgt ze een urineweginfectie (somatische factor). Dit leidt uiteindelijk tot een delier, een toestand van verwardheid (psychische factor).

Naar: Eulderink et al., 2004.

Zie voor een overzicht van de kenmerken die bepalen of ouderen als 'kwetsbaar' kunnen worden aangemerkt Bijlage 2: Kenmerken van fysieke, cognitieve, psychische en sociale kwetsbaarheid bij ouderen.

GENEESMIDDELENGEBRUIK

Ouderen gebruiken veel geneesmiddelen. Bij een aanzienlijk deel gaat het om polyfarmacie; het gebruik van vijf of meer verschillende medicijnen (RIVM, 2012). De meest voorkomende geneesmiddelen bij ouderen zijn: psychofarmaca tegen psychische klachten (zoals depressie), middelen die verband houden met hart- en vaatziekten; en medicijnen voor diabetes mellitus en astma/COPD. Andere vaak voorgeschreven medicijnen zijn maagzuurremmers, anticoagulantia en pijnstillers (Gosselink, 2012)

Kwetsbaarheid kan leiden tot verminderde zelfredzaamheid en daarmee tot toenemende afhankelijkheid van thuiszorg en/of mantelzorg. Dit kan gevolgen hebben voor de mondgezondheid, doordat de dagelijkse mondverzorging (adequate mondhygiëne) en het regelmatig bezoek aan de mondzorgpraktijk in de knel komen.

1.5 MONDGEZONDHEID

De mondgezondheid van de 'ouderen van nu' is sterk beïnvloed door de cariësepidemie in de vorige eeuw. In geval van cariës en parodontitis werden tanden en kiezen veelal getrokken. De ouderen en de generatie die nu geleidelijk de pensioenleeftijd bereikt, dragen daarvan nog de sporen. Van de ouderen heeft een relatief groot deel een al of niet volledige gebitsprothese.

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de problematiek van kwetsbaarheid in relatie tot de mondgezondheid en de mondzorg.

2 Kwetsbaarheid en mondgezondheid

2.1 MONDGEZONDHEID OUDERE BEVOLKING

In de afgelopen decennia is de mondgezondheid van de bevolking verbeterd, dankzij goede preventieve en curatieve zorg. Technische ontwikkelingen in het vakgebied maken het mogelijk om gebitselementen langer te behouden. Ook de houding van patiënten ten opzichte van mondgezondheid en dagelijkse mondverzorging werd veel positiever. Er wordt meer waarde gehecht aan esthetiek. Voor het behoud van de natuurlijke dentitie kiezen tandartsen vaker voor geavanceerde technische mogelijkheden van vaste en uitneembare prothetische voorzieningen. Een groeiend aantal ouderen behoudt daarmee tot op hoge leeftijd geheel of gedeeltelijk de eigen (rest)dentitie. Dat gold in 2009 voor 68% van de 65- tot 75-jarigen en voor 47% van degenen van 75 jaar of ouder (CBS, 2014).

Maar de restdentitie is vaak wel broos en aangevuld met prothetische constructies. Bij steeds meer ouderen zijn dit implantaat-gedragen voorzieningen en enkeltandsvervangingen. Ook de mondgezondheid laat veelal te wensen over (Avlund et al., 2004; Mack et al., 2004; Vilstrup et al., 2007; Griffin et al., 2012). Gebitselementen kunnen gemutileerd zijn, met al of niet herstelde schade van tand- en mondziekten. Verder kan de parodontale conditie van de nog aanwezige natuurlijke gebitselementen en eventuele implantaten zwak zijn. Wortelcariës en orale candidiasis komen frequent voor (Zaremba et al., 2006). Door (herhaalde) restauratieve behandelingen in het verleden en prothetische voorzieningen zijn de verdere behandelmogelijkheden van elementen vaak beperkt (Schuil en Baat, 1999, Kalsbeek et al., 2000, Wierink en Baat, 2009). Veel edentate ouderen met volledige gebitsprothesen laten deze niet meer, of alleen bij klachten controleren. Een slechte pasvorm en daardoor drukplekken en pijn kunnen het gevolg zijn. Net als functionele beperkingen, zoals een verminderd kauwvermogen. Ook de veroudering zelf heeft een negatieve invloed op het orofaciale gebied. Deze uit zich bijvoorbeeld in een verminderd kauwvermogen, afname van de

speekselsecretie, vertraging van de slikreflex, vrij liggende tandhalzen, verkleuring van gebitselementen en smaakverandering.

2.2 KWETSBARE MONDGEZONDHEID EN ALGEHELE GEZONDHEID

Meer en meer is bekend dat er een nauwe relatie is tussen mondgezondheid en algemene gezondheid. Ziekten in de mond kunnen samenhangen met en/of risicofactoren zijn voor (chronische) aandoeningen elders in het lichaam, bijvoorbeeld diabetes mellitus en hart- en vaatziekten (Oostwoud Wijdenes et al., 2009). Ook (aspiratoire) longontsteking wordt genoemd als een gevolg van een slechte mondhygiëne (Terpenning, 2005; Awano et al., 2008; Maarel-Wierink, 2013; Müller, 2014). Omgekeerd kunnen (systemische) aandoeningen zich manifesteren in het mondgebied (Nesse et al. 2006; Guiglia et al., 2010). Extra complicerend is het medicijngebruik door ouderen, dat ook een potentieel negatieve invloed heeft op de mondgezondheid (Bots-van 't Spijker, Wierink en Baat, 2006). Veel medicijnen hebben namelijk een verandering van de orale mondflora, van de speekselvloed en speekselsamenstelling en van de slijmvliezen tot gevolg. Enkele andere veel voorkomende problemen die in relatie staan met de mondgezondheid zijn:

- een veranderend voedingspatroon, onder meer als gevolg van verminderde smaak;
- een grotere voorkeur voor zoet en zout;
- moeite met kauwen als gevolg van verlies van elementen of slecht passende gebitsprothesen;
- orale candidiasis;
- hyposialie;
- xerostomie;
- onvoldoende dagelijkse mondverzorging.

Dit alles leidt tot een verdere afname van de mondgezondheid. In sociaal opzicht kan een slechte mondgezondheid leiden tot problemen in relaties, vanwege een onaangename mondgeur of een onverzorgd gebit (Baat, Broek en Feenstra, 2009). Daarnaast kunnen functionele beperkingen als een

verminderd kauwvermogen of hyposalie een negatieve invloed hebben op voedselkeuze en eetgedrag. Daarmee komt de algemene gezondheid in gevaar, door het ontstaan van voedingsdeficiënties. Ziekten bij ouderen kunnen mede worden veroorzaakt door ondervoeding (RIVM, 2012), en ondervoeding kan weer gerelateerd zijn aan pijn in de mond als gevolg van een slechtere wondgenezing.

Mondzorg-gerelateerde kwetsbaarheid bij ouderen kan dan ook worden omschreven als het proces van opeenstapeling van psychische en/of sociale en/of ziekte- of aandoening-gerelateerde factoren, die de kans vergroten op het verkrijgen van een slechte mondgezondheid, met als gevolg nog meer negatieve gezondheidsuitkomsten, zoals het ontstaan of de verergering van ziekten/aandoeningen, een vermindering van het sociaal functioneren, een afnemende levenskwaliteit en overlijden.

2.3 DOELSTELLING MONDZORG

Een goede mondgezondheid is van essentieel belang voor het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van ouderen, en daarmee voor hun kwaliteit van leven. Het is dan ook raadzaam dat mondzorgverleners streven naar het zoveel mogelijk bereiken en handhaven van een 'levensloopbestendige mondgezondheid'. Hieronder wordt het volgende verstaan:

- Een mond die voor de oudere patiënt en diens omgeving gegeven de gebitsomstandigheden acceptabel functioneert. Daarbij is in elk geval de ondergrens het vrij zijn van pijn en ongemak en van potentiële (gevolgen van) ontstekingsrisico's;
- Een zodanige klinische conditie van de aanwezige weefsels (met herstel van schade en de beheersing van de pathologische processen) dat acceptabel functioneren mogelijk wordt gemaakt. Daarbij dient de mondzorgverlener

ook oog te hebben voor de toekomst, als de omstandigheden van de patiënt slechter kunnen worden (Bots- van 't Spijker, Wierink en Baat, 2006).

Dit alles uiteraard rekening houdend met de wensen van de patiënt. Verder is van belang dat tandartsen en mondhygiënist een signaleringsfunctie vervullen wanneer (systemische) aandoeningen zich manifesteren in het mondgebied. De mondhygiënist signaleert ('dit is iets wat onderzocht moet worden') en diagnosticeert binnen het eigen competentiegebied. Van de tandarts mag daarnaast worden verwacht dat deze bepaalde afwijkingen ook nader medisch kan duiden.²

Een knelpunt hierbij is dat mondzorgverleners over het algemeen onvoldoende worden betrokken in de contacten tussen eerstelijnszorgverleners. Waar in de studie tandheelkunde aandacht wordt besteed aan tandheelkundig-medische interactie, is deze kennis bij huisartsen over het algemeen nog onvoldoende aanwezig (Doeleman, 2013).

2.4 PATIËTENGROEPEN EN BEHOEFTE

In de algemene mondzorgpraktijk kunnen globaal drie groepen oudere patiënten worden onderscheiden (Kandelman et al., 2008):

• ZELFSTANDIGE OUDEREN ZONDER OF MET LICHT BEPERKENDE GEZONDHEIDSPROBLEMEN

Deze vitale ouderen kunnen regelmatig naar de mondzorgpraktijk komen en zijn in staat tot adequate dagelijkse mondverzorging. Wat betreft de mogelijkheden van mondzorg zijn er voor deze patiënten weinig beperkingen. Wel is het raadzaam dat u oog heeft voor en anticipeert op toekomstige kwetsbaarheid. Bijvoorbeeld door eventuele eerste signalen al met de patiënt te bespreken. En ook wat dit kan betekenen voor de mondgezondheid, de dagelijkse mondverzorging, het bezoek aan de praktijk en dergelijke.

² De uitbreiding van de studie tandheelkunde tot zes jaar is onder meer bedoeld om tandartsen in staat te stellen mondzorg te kunnen verlenen in die bredere medische context (Slootweg en Baat, 2012).

Ook in de opleiding tot mondhygiënist wordt geleidelijk meer aandacht besteed aan ouderenzorg, in de curricula wordt theorie getoetst over orale pathologie, de volledige prothese en geriatrie (Rennes, 2013). Verder maakt de tandheelkundig-medische interactie onderdeel uit van het curriculum.

Voor de curatieve en preventieve zorg is aan te raden dat u streeft naar duurzaamheid van de dentitie, die ook in stand kan blijven bij verminderende dagelijkse mondverzorging. Dit vraagt om zorgvuldige afwegingen en een goede communicatie met de patiënt.

Verder is voor de mondgezondheid van belang dat de preventie en de (motivatie tot) dagelijkse mondverzorging op peil blijven. Hiervoor is een regelmatig bezoek aan de mondzorgpraktijk gewenst. Daarnaast is het raadzaam dat u alert bent op eventuele eerste signalen van somatische en/of psychische gezondheidsproblemen, permanent medicijngebruik en of een verminderende mobiliteit.

• ZELFSTANDIGE OUDEREN MET EEN ZEKERE MATE VAN KWETSBAARHEID

De verwachting is dat deze categorie patiënten in de algemene mondzorgpraktijk gaat toenemen, zowel in aantal als wat betreft de ernst van de algemene lichamelijke en cognitieve problematiek. Deze praktijkwijzer heeft met name betrekking op deze groep van ouderen. Zij kunnen beperkt zijn in de mogelijkheden van dagelijkse mondverzorging en/of een bezoek aan de mondzorgpraktijk. Misschien hebben zij hiervoor mantelzorg en/of professionele thuiszorg nodig. Extra aandacht is ook gewenst om 'buiten beeld raken' te voorkomen. Dit geldt eveneens voor de edentate patiënten.

Specifieke aandacht is er voor (hoog)bejaarde patiënten met meerdere somatische en psychische aandoeningen en polyfarmacie. Met name voor hen gelden de adviezen voor een levensloopbestendige mondgezondheid. Deze zorg zal in het algemeen nog wel door de tandarts-algemeen practicus, mondhygiënist en tandprotheticus kunnen worden geboden, waar nodig in samenwerking met een tandarts-geriatrie.

• OUDEREN MET EEN (VER)GEVORDERDE KWETSBAARHEID RESULTEREND IN ZORGAFHANKELIJKHEID

Kenmerken van deze geriatrische patiënten zijn: een hoge leeftijd, meestal boven de 80 jaar, de aanwezigheid van multi-morbiditeit, van polyfarmacie en van geriatrische reuzen (veel voorkomende chroni-

sche aandoeningen). Deze ouderen zijn in veel gevallen opgenomen in een zorginstelling en bezoeken dus de algemene mondzorgpraktijk niet meer. Wel geldt dat in deze situatie de aandacht voor de mondgezondheid vaak tekort schiet. Een steeds groter deel van deze zeer kwetsbare ouderen blijft echter zelfstandig wonen, met ondersteuning van professionele (thuis)zorg, wijkverpleegkundigen en mantelzorg. Ook in die situaties is vaak weinig aandacht voor de mondverzorging en is het lastig een goede mondhygiëne te bereiken of te behouden. Bovendien zal een groot deel van deze groep, om verschillende redenen, niet (meer) een mondzorgpraktijk kunnen bezoeken. Het is van belang dat deze mensen niet tussen de wal en het schip raken wat betreft mondzorg. En ook voor hen gelden de adviezen voor een levensloopbestendige mondgezondheid.

2.5 MONDZORGVERLENERS

Als tandarts, mondhygiënist of tandprotheticus in de algemene mondzorgpraktijk krijgt u dus te maken met een groeiende groep van (dentate) oudere patiënten. Een patiëntengroep waarin vaker dan in andere leeftijdsgroepen specifieke problemen, al of niet in combinatie met elkaar, voorkomen:

- somatische en/of psychische aandoeningen;
- medicijngebruik (polyfarmacie);
- verminderde zelfredzaamheid en afhankelijkheid van mantelzorg en hulpverleners;
- een meer of minder uitgebreid gerestaureerde en broze (rest)dentitie;
- verminderde dagelijkse mondverzorging;
- onvoldoende bezoek aan mondzorgverleners.

Zelfstandig wonende ouderen die verminderd redzaam zijn, kunnen gemakkelijk 'uit beeld raken'. Zeker wanneer mondzorgpraktijken geen zicht hebben op oudere (edentate) patiënten die zich niet meer melden voor reguliere controle of vervolghandelingen. Bij deze ouderen kan ook de dagelijkse mondverzorging tekort schieten, waardoor de mondgezondheid snel achteruit kan gaan. Lang voordat de zelfredzaamheid dusdanig is afgenomen dat opname in een verpleeg- of verzorgingshuis noodzakelijk wordt, is daardoor vaak al sprake van verwaarlozing van de mondgezondheid (Radema-

kers en Gorter, 2008). Herr et al. (2013) stelden op basis van een onderzoek naar ervaren gebrek aan medische zorg bij ouderen zelfs vast dat mondzorg de hoogste urgentie heeft.

Het is dan ook van belang dat kwetsbare ouderen regelmatig de mondzorgpraktijk kunnen blijven bezoeken en worden ondersteund bij hun dagelijkse mondverzorging. En dat de praktijken daarop, voor zover haalbaar, zijn toegerust. Niet alleen wat betreft de fysieke toegankelijkheid en inrichting van de praktijk, maar ook wat betreft de organisatie van de zorg en de expertise en de attitude van de mondzorgverleners.

Deze praktijkwijzer is bedoeld om mondzorgverleners in de (algemene) mondzorgpraktijk daarbij te ondersteunen. Hoofdstuk 3 gaat hier nader op in.

3 Doelstelling praktijkwijzer

3.1 DOELGROEP EN GEBRUIKERS

Deze praktijkwijzer richt zich met name op de zorg aan patiënten met een zekere mate van of een vergevorderde kwetsbaarheid. In het vervolg worden zij aangeduid als 'kwetsbare oudere', 'oudere' of 'de patiënt'. De praktijkwijzer is bedoeld voor tandartsen, mondhygiënist en tandprotheticus in de algemene mondzorgpraktijk. Samengevat: 'mondzorgverleners'.

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

3.2 INHOUD

In de praktijkwijzer staan aanbevelingen en adviezen over alle niet-klinische aspecten van de (continuïteit van de) zorg aan kwetsbare ouderen. Dit betreft ook de gewenste vaardigheden van mondzorgverleners en anderen in de praktijk die in het zorgproces met deze patiënten te maken hebben. Denk aan (preventie)assistenten en balie-assistenten. Laatstgenoemden werken onder verantwoordelijkheid van de mondzorgverlener.

3.3 OPBOUW: STAPPEN IN HET ZORGPROCES

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

- Afspraak maken of oproepen (voor controle of behandeling) (hoofdstuk 4)
- Toegankelijkheid praktijk (binnenkomen en rondgaan) (hoofdstuk 5)
- Ontvangst (bij balie en behandelaar) (hoofdstuk 6)
- Behandeling (hoofdstuk 7)
- Kennis en vaardigheden van de zorgverleners (hoofdstuk 8)
- Patiëntendossier (hoofdstuk 9)
- Afronding behandeling (hoofdstuk 10)
- Vertrek (hoofdstuk 11).

4 Afspraak maken of oproepen

De komst naar de mondzorgpraktijk kan voor de kwetsbare oudere lastig zijn. Het (levens)tempo ligt over het algemeen lager, door verminderde fysieke en/of cognitieve redzaamheid en vergeetachtigheid. Daarbij zijn deze ouderen vaak afhankelijk van mantelzorgers of een taxi voor vervoer naar de praktijk. De aandachtspunten en adviezen in dit hoofdstuk hebben betrekking op de planning en organisatie van het bezoek aan de mondzorgpraktijk en de omgang en bejegening aan de balie.

4.1 PLANNING TIJDSTIP

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

- Fysieke beperkingen of andere structurele/vaste afspraken, waardoor de patiënt bijvoorbeeld niet vroeg in de ochtend aanwezig kan zijn. Of medicatiegebruik en/of aandoeningen, waardoor deze zich alleen op bepaalde momenten van de dag goed genoeg voelt voor een behandeling (NVGd, 2011).
- Afhankelijkheid van vervoer door taxi of mantelzorger en beschikbaarheid van de mantelzorger.
- Eventuele geheugenproblemen, ook bij de aanwezige partner of mantelzorger.
- De omstandigheid dat voor veel ouderen één afspraak per dag al belastend genoeg is. Zo mogelijk kunnen in overleg met de patiënt wellicht wel twee afspraken achter elkaar worden gepland.

Verder is het raadzaam om zo flexibel mogelijk te zijn bij het inplannen van een afspraak voor een al of niet acute klacht, als de patiënt of mantelzorger hiervoor zelf belt.

4.2 HERINNERING

Een herinnering aan (het maken van een afspraak voor) een periodiek mondonderzoek benadrukt het belang ervan. De patiënt kan zo nodig tijdig een nieuwe afspraak maken.

Het advies is dan ook om de kwetsbare oudere en eventuele mantelzorger te herinneren aan een gemaakte afspraak. Dat kan telefonisch, eventueel per sms, of via een kaartje, misschien met een groter, goed leesbaar lettertype. Dit geldt met name als een eerdere afspraak niet werd nagekomen.

4.3 NO SHOW

Kwetsbare ouderen kunnen door omstandigheden 'buiten beeld raken' doordat zij de mondzorgpraktijk niet meer kunnen bezoeken. Om dit zoveel mogelijk te voorkomen, wordt het volgende geadviseerd:

- Ga bij niet verschijnen op een gemaakte afspraak altijd na wat hiervan de oorzaak is (Bots-van 't Spijker, Wierink en Baat, 2006).
- Overweeg of het van belang is om een aantekening te maken van een niet nagekomen afspraak. En of u, direct of na zes maanden, een nieuwe oproep stuurt.
- Zoek samen met de patiënt en/of diens mantelzorger naar een oplossing om het vergeten van afspraken te voorkomen, bijvoorbeeld door een kaartje en/of een telefonische herinnering.
- Zorg dat ook de edentate patiënten met enige regelmaat een oproep krijgen voor een bezoek aan de mondzorgpraktijk.
- Wees attent op het helemaal niet meer verschijnen van ouderen. Ongemerkt kunnen er omstandigheden zijn waardoor de patiënt niet meer naar de mondzorgpraktijk kan komen. U kunt ook in zo'n geval contact opnemen om na te gaan wat er aan de hand is.
- Wanneer de patiënt (tijdelijk) niet naar de mondzorgpraktijk kan komen, kunt u wellicht in overleg met hem/haar proberen de dagelijkse mondverzorging op peil te houden. Daarbij kunt u een bezoek aan huis overwegen.

4.4 PLANNING TIJDSDUUR

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

- De extra tijd die nodig is voor binnenkomst in de behandelruimte en plaats nemen in de stoel.
- Het feit dat positieveranderingen, bijvoorbeeld van de behandelstoel, voor ouderen beangstigend kunnen zijn en u hiervoor wat meer tijd moet nemen.
- De extra tijd die nodig is voor de communicatie: (het herhalen van) uitleg en het overleg over behandelingen (Bots-van 't Spijker, Wierink en Baat, 2006).
- Mogelijk te laat verschijnen van de patiënt, vanwege afhankelijkheid van vervoer met een taxi of mantelzorger. In zulke gevallen verdient het aanbeveling de patiënt toch te behandelen, zodat deze niet voor niets is gekomen.

4.5 FYSIEKE EN COGNITIEVE BEPERKINGEN

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

- U kunt in de agenda en eventueel in het patiëntendossier kort en duidelijk vastleggen hoe de patiënt naar de mondzorgpraktijk komt en of deze gebruik maakt van hulpmiddelen. Bijvoorbeeld: 'taxi + rollator', of 'eigen vervoer + stok'.
- U kunt daarbij ook kort en duidelijk noteren of er sprake is van andere belemmerende factoren, zoals slechtziendheid, slechthorendheid en/of beginnende dementie, taalstoornissen (afasie, dysartrie, begripstoornissen).
- In het geval van cognitieve beperkingen kunt u de gegevens van de wettelijk vertegenwoordiger of de contactpersoon van de wilsonbekwame patiënt vastleggen. Zie hiervoor Bijlage 1 van de KNMT-richtlijn Patiëntendossier (KNMT, 2014).

4.6 OMGANG EN BEJEGENING

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

- De assistent neemt voldoende tijd voor een (telefonisch) gesprek. Daarbij is ook van belang dat de assistent duidelijk spreekt, goed articuleert en rekening houdt met de beleefdheidsvormen.
- De assistent is bekend met de communicatieve, lichamelijke, psychische en cognitieve beperkingen van kwetsbare ouderen.
- De assistent kan 'actief luisteren'; vragen zo nodig herhalen of nader in gaan op een bepaald onderdeel om alle benodigde informatie te krijgen. En kan zelf ook informatie, zo nodig gedoseerd, overbrengen.
- De assistent kan de ernst van een (acute) klacht inschatten en deze zo nodig doorschakelen naar de mondzorgverlener.

Zie verder ook Bijlage 3: Concrete adviezen met betrekking tot de communicatie met kwetsbare ouderen.

ACTIEF HANDELEN VOOR DE CONTINUÏTEIT VAN DE ZORG: EEN CASUS

Mevrouw P. belt naar aanleiding van een oproepkaartje voor de halfjaarlijkse controle. Haar man (76 jaar en dentaat) heeft enkele maanden in het ziekenhuis gelegen en is nu rolstoelafhankelijk. Het trapje voor de ingang van de praktijk is daarmee een probleem geworden. Mevrouw gaat een mondzorgpraktijk zoeken die beter toegankelijk is. Zij bedankt voor de jarenlange goede zorg.

Tijdens het telefoongesprek benadrukt de assistent dat zij graag de naam en het adres van de nieuwe mondzorgpraktijk ontvangt, zodat zij de gegevens van meneer P. kan doorsturen. Mevrouw P. belooft deze te zullen doorgeven. De assistent noteert dit in het dossier van meneer P. en maakt een aparte herinneringsnotitie voor zichzelf.

Twee maanden later heeft mevrouw P. nog geen nieuwe praktijk doorgegeven en is haar man nu waarschijnlijk al 8 maanden niet voor controle of behandeling geweest. De tandarts neemt hierop zelf telefonisch contact op. Mevrouw P. legt uit dat zij helaas geen mondzorgpraktijk heeft kunnen vinden die beter toegankelijk is. De tandarts besluit tot een huisbezoek.

Hij reinigt de mond en vervaardigt een eenvoudige restauratie (na excaveren van een cervicale laesie met een handexcavator). Hij spreekt af dat hij binnen zijn eigen netwerk een praktijk zoekt die wel goed toegankelijk is. Mocht dit niet op korte termijn lukken, dan zal verwijzing naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde plaatsvinden.

Naar: Bots-van 't Spijker, Wierink en Baat, 2006

5 Toegankelijkheid praktijk

Kwetsbare ouderen maken vaak gebruik van hulpmiddelen, zoals handstokken, rollators, rolstoelen en scootmobiels. Ze hebben meer tijd nodig om binnen te komen in de praktijk en zich te verplaatsen door de ruimten. Verder kunnen ze gedesoriënteerd raken, zeker in geval van geheugenproblemen, verminderd gezichtsvermogen en/of slechthorendheid. Daarmee is ook het risico op valaccidenten aanwezig. Deze aspecten zijn van belang voor de inrichting van de mondzorgpraktijk. En voor de bedrijfshulpverlening. De adviezen en aanbevelingen in dit hoofdstuk hebben hierop betrekking.

5.1 BOUW EN INRICHTING

In het algemeen geldt dat als uw praktijkgebouw 'rolstoeltoegankelijk' is, dit ook voldoende is afgestemd op de beperkingen van kwetsbare ouderen.

- Het rolstoeltoegankelijk maken van uw praktijkgebouw kan bouwkundige aanpassingen vergen die niet altijd zijn te realiseren. U kunt zelf bepalen of en in hoeverre deze wenselijk en haalbaar zijn.
- Hebt u plannen voor ver- of nieuwbouw van een praktijk en wilt u daarbij rekening houden met een groeiende groep (kwetsbare) ouderen, dan is het raadzaam dat u uw bouwplannen (breedte van deuren, drempelloze overgangen, draairuimte etc.) én de aankleding van uw praktijk (materialen, structuren, kleurgebruik op vloer en muren, gebruik van beugels, vloerbekleding, etc.) afstemt op de eisen van rolstoeltoegankelijkheid c.q. de beperkingen van ouderen.
- Informatie over de ergonomische aspecten van het (ontwerpen, bouwen en) beheren van toegankelijke gebouwen kunt u vinden in het Handboek voor toegankelijkheid (Wijk, 2012), in Bereikbaar, Toegankelijk, Bruikbaar & Veilig bouwen (BAT, 2012), te downloaden via <http://www.batutrecht.nl/>, en de KNMT-brochure '(Ver)bouwen van een praktijk'.

5.2 BINNENKOMST

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

- Een automatische toegangsdeur (van voldoende breedte), of een toegangsdeur die automatisch opent via een bel- of intercom-installatie, bedienbaar vanuit een rolstoel of scootmobiel.
- Een balie waarvan de hoogte ook geschikt is voor rolstoelgebruikers. Zo nodig komt de (balie-) assistent en eventueel de mondzorgverlener naar de patiënt toe.
- Als een kwetsbare oudere niet in het gebouw kan komen, kan een huisbezoek worden overwogen.

5.3 BALIE EN WACHTRUIMTE

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

- Balie, wachtruimte (en behandelruimte(n)) zijn indien mogelijk op de begane grond gesitueerd, of bereikbaar via een toegankelijke en eenvoudig te bedienen lift met voldoende ruimte voor de patiënt met eventuele hulpmiddelen (rollator, rolstoel, scootmobiel).
- In de wachtruimte staan stoelen van verschillende hoogtes (en zitbreedte) met leuning. Verder is er voldoende plaats voor patiënten in een rolstoel of scootmobiel.
- De vloerbekleding is bij voorkeur (niet te) glad en goed te reinigen, zonder losliggende matten. Dit ter voorkoming van valincidenten.
- In de wachtruimte zijn een goed leesbare klok en een kalender op de juiste datum aanwezig.
- Verwijsbordjes naar receptie, toilet, e.d. hangen niet te hoog en zijn goed leesbaar.

5.4 INTERNE DOORGANGEN

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

- Alle interne doorgangen zijn zo mogelijk drempelloos en voldoende breed voor het gebruik van deze hulpmiddelen.
- De verschillende ruimten zijn zoveel mogelijk geschikt voor verplaatsing met een rollator of rolstoel.
- De loopafstanden zijn zo kort mogelijk gehouden.
- U kunt de aanleg van een invalidentoilet overwegen, dat ook voor algemeen gebruik geschikt is. Of aanpassingen in een bestaand toilet, zoals een handgreep of beugels, een afvalbak voor incontinentiemateriaal.
- Ook hier geldt dat vloerbekleding bij voorkeur (niet te) glad is en goed te reinigen, zonder losliggende matten.
- Voor vloeren, deuren en wanden kunnen verschillende contrasterende kleuren worden gebruikt. De deuren zijn waar nodig voorzien van goed leesbare informatiebordjes en/of pictogrammen over de functie van de achterliggende ruimte.
- Geluiden en geuren (sensorische prikkels) kunnen invloed hebben op kwetsbare ouderen. Voorkom waar mogelijk te harde of te zachte radiogeluiden, afwasgeluiden en uitgesproken geuren van reinigings- of ontsmettingsmiddelen.

5.5 BEHANDELRUIMTE

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

- In de behandelruimte is voldoende manoeuvreerruimte voor de patiënt om vanuit een rolstoel of scootmobiel gemakkelijk in de behandelstoel over te stappen.

- Ook hier geldt dat vloerbekleding bij voorkeur (niet te) glad is en goed te reinigen, zonder losliggende matten.
- Voorkom zoveel mogelijk storende prikkels, zoals een radio en luid sprekende en rondlopende assistenten (Bots-van 't Spijker, Wierink en Baat, 2006).
- Er is zo nodig een stoel beschikbaar voor een begeleider/mantelzorger.
- Eventueel is behandeling in de rolstoel of scootmobiel mogelijk.
- Patiënten die niet achterover kunnen liggen, worden zo mogelijk (half) zittend behandeld. Een steunkussen kan zorgen voor meer comfort op de behandelstoel.

5.6 BEDRIJFSHULPVERLENING

Bij kwetsbare ouderen kunnen zich specifieke crisissituaties voordoen als gevolg van verminderde mobiliteit en ouderdom-gerelateerde aandoeningen. Hiervoor gelden de volgende adviezen:

- U kunt overwegen om (enkele) medewerkers van) het mondzorgteam te laten trainen om hiermee adequaat om te gaan (Bruins et al., 2002).
- U kunt in overleg met de patiënt de contactgegevens van de huisarts en andere relevante zorgverleners vastleggen (Bruins et al., 2002). Zie hiervoor ook bijlage 1 van de KNMT-richtlijn Patiëntendossier (KNMT, 2014). Let ook op een actuele medische anamnese, als verplicht onderdeel van het patiëntendossier.
- Tot slot wordt u in overweging gegeven om van iedere kwetsbare oudere na te gaan of er een reanimatiewens is voor het geval dat dit nodig mocht zijn. Wanneer dit (nog) niet bekend is, kunt de patiënt adviseren om dit met de huisarts te bespreken en de uitkomst daarvan door te geven. Deze wens, inclusief de datum wanneer deze is besproken, kunt u vastleggen in het patiëntendossier.

6 Ontvangst

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

6.1 AAN DE BALIE

Bij de ontvangst van de patiënt en het informeren over de gang van zaken wordt voor de (balie-) assistent het volgende geadviseerd:

- De assistent is alert op de komst van de kwetsbare oudere en de hulp die eventueel nodig is bij het binnenkomen en het rondgaan in de praktijk.
- De assistent is alert op het eventueel te laat verschijnen van de patiënt vanwege vervoersafhankelijkheid. En geeft dit zo nodig door aan de mondzorgverlener.
- De assistent neemt voldoende tijd om duidelijk uit te leggen waar en bij wie de oudere patiënt wordt verwacht. En houdt daarbij rekening met eventuele beperkingen als slechthorendheid of slechtfziendheid.
- De assistent geeft de (lopende) kwetsbare oudere de tijd om bij de balie te komen voordat een gesprek wordt begonnen. Praten terwijl deze loopt, kan de balans negatief beïnvloeden en daarmee het valrisico verhogen.
- De assistent betreft bij de uitleg zo nodig ook de mantelzorger van de patiënt (Bots-van 't Spijker, Wierink en Baat, 2006). En er zich van bewust is dat de mantelzorger ook een kwetsbare oudere kan zijn.
- Tot slot is het van belang dat de assistent weet wat de relatie is tussen de patiënt en de mantelzorger. Dit kan bijvoorbeeld ook een vrijwilliger zijn. In dat geval is gewenst dat de assistent rekening houdt met de privacy van de patiënt als in het gesprek medische informatie aan de orde komt.

Zie verder ook Bijlage 3: Communicatie met kwetsbare ouderen, concrete adviezen.

6.2 IN DE BEHANDELRUIMTE

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

- Wees als mondzorgverlener en assistent voorbereid op fysieke beperkingen, slechthorendheid, slechtfziendheid, geheugenproblemen en/of beginnende dementie.
- Overweeg om hiervan in het patiëntendossier zo nodig een aantekening te maken.
- Geef de patiënt de tijd om in de behandelstoel plaats te nemen. Misschien is zo nodig behandeling in de rolstoel of scootmobiel mogelijk.
- Neem de tijd voor een gesprekje alvorens te beginnen met de anamnese, het mondonderzoek of de behandeling.
- Geef aan wanneer de behandelstoel in de ligstand wordt gezet en overleg daarover zo nodig met de patiënt. En bekijk, als de patiënt niet achterover kan liggen, of een (half) zittende behandeling mogelijk is.
- Neem voldoende (extra) tijd voor het mondonderzoek of de behandeling van een kwetsbare oudere. Laat zo nodig deze extra tijd van tevoren (standaard) inplannen. En probeer de eventuele wachttijd tot een minimum te beperken.

Zie verder ook Bijlage 3: Communicatie met kwetsbare ouderen, concrete adviezen.

7 Behandeling

De klinische aspecten van de mondzorg aan kwetsbare ouderen zijn in deze praktijkwijzer niet aan de orde. Wel gaat dit hoofdstuk in op een enkele meer algemene aspecten van de concrete zorg aan de kwetsbare oudere. Denk aan het streven naar een levensloopbestendige mondgezondheid en hoe u de patiënt daarbij kunt betrekken. Maar ook de afstemming met en verwijzing naar andere (mond)zorgverleners. Hierover gaan de adviezen en aanbevelingen in dit hoofdstuk.

7.1 LEVENSLLOOPBESTENDIGE MONDGEZONDHEID

De dentitie van ouderen is vaak fragiel en de verdere behandelmogelijkheden zijn doorgaans beperkt. Het is van belang dat u zich daarvan steeds bewust bent. Net als van het feit dat de oudere patiënt zelf misschien liever afziet van behandelmogelijkheden die er wellicht nog wel zijn. Bijvoorbeeld vanwege de fysieke belasting of de kosten ervan. Hiervoor wordt het volgende geadviseerd.

- U kunt bij elk periodiek mondonderzoek met de patiënt en de eventuele mantelzorger de mondgezondheid bespreken. En aangeven hoe deze kan worden behouden of verbeterd.
- U kunt daarbij ook ter sprake brengen welke gebitssituatie haalbaar is en hoe u daar samen met de patiënt aan kunt werken. Bijvoorbeeld via extra periodiek mondonderzoek en gebitsreiniging en goede dagelijkse mondverzorging.
- Overleg zo nodig ook welke (ingrijpende) behandelingen al of niet zullen worden uitgevoerd. Of het (te verwachten) resultaat van een behandeling voldoende opweegt tegen de mogelijke risico's ervan. En wat de cognitieve, fysieke en eventueel financiële draagkracht van de patiënt is voor een behandeling.
- Vergewis u van de mate van wilsbekwaamheid, met name bij de uitvoering van irreversibele handelingen. Vraag bij twijfel nadrukkelijk toestemming van de wettelijke vertegenwoordiger(s) van de patiënt (Allard, 2008; Brands, Ven en Brands-Bottema, 2013).

Hierbij geldt ook de informatieplicht van de mondzorgverlener. Zie voor de juridische kaders Bijlage 4: Informatieplicht, toestemmingsvereisten, wilsbekwaamheid en uitwisseling patiëntgegevens.

7.2 OPSTELLEN ZORGPLAN

In aansluiting op het bovenstaande kunt u overwegen om een zorgplan op te stellen. Deze mogelijkheid staat ook in Bijlage 1 en Bijlage 2 van de KNMT-richtlijn Patiëntendossier (2014). Dit zorgplan kan bijvoorbeeld de volgende onderdelen bevatten:

- Het zorgdoel en de zorgrichting: de omschrijving van de mondgezondheidssituatie die u voor de patiënt voor een bepaalde periode nastreeft. Daarbij houdt u rekening met de wensen en mogelijkheden van de patiënt.
- Een inschatting van het beloop (prognose) van aanwezige aandoeningen en/of beperkingen.
- Eventuele curatieve behandelingen die (op termijn) nodig zijn, met daarbij de wensen van de patiënt.
- Een inschatting van de aard en frequentie van de preventieve zorg die nodig is. Daarbij kunt u ook vastleggen welke mondzorgverlener deze uitvoert en welke uitleg nodig is over de gewenste dagelijkse mondverzorging (Mouradian en Corbin, 2003; Bots-van 't Spijker, Wierink en Baat, 2006; Schaub en Baat, 2006).
- Wat patiënt en omgeving (mantelzorger, thuiszorg) aan dagelijkse mondverzorging kunnen realiseren. Hierbij is ook aandacht voor het anticiperen op een goede begeleiding van de overgang naar (verder) verminderende zelfredzaamheid.
- Mogelijke medisch tandheelkundige interactie(s), invloeden van medicijnen op het orofaciale gebied.

7.3 BESPREKEN ZORGPLAN

Als u een zorgplan hebt opgesteld, is van belang dat dit actueel is en wordt afgestemd met de kwetsbare oudere. Dit geldt ook voor alle eventuele afspraken die u los van een eventueel zorgplan met de patiënt

BESPREKEN GENEESMIDDELEN- GEBRUIK: EEN CASUS

Mevrouw V., 79 jaar, komt al jaren in uw praktijk. Een verzorgde dame, die ook haar mondhygiëne altijd prima in orde houdt. U hebt het gevoel dat u haar al enige tijd niet hebt gezien. Dat blijkt ook als u de agenda nakijkt; ze is 2,5 jaar geleden voor het laatst geweest. Dat is opvallend, omdat ze voorheen altijd twee maal per jaar kwam voor gebitsreiniging. Als ze binnenkomt, ziet u dat ze sterk is vermagerd en er opeens echt uit ziet als bijna 80 jaar.

U neemt de tijd om het informeren hoe het met haar gaat. Ze vertelt dat ze een zware tijd achter de rug heeft: ze kreeg last van spraakstoornissen en kon opeens ook haar rechterhand niet meer gebruiken. De huisarts had haar verwezen naar de neuroloog en de cardioloog en nu zit ze naar haar zeggen 'zwaar aan de pillen'. Ze haalt een boekje uit haar tas, overhandigt u een waslijst van medicijnen en zucht daarbij dat het 'bijna een dagtaak' is om die allemaal in te nemen.

U neemt de medicatielijst door. Gelukkig heeft mevrouw geen last van orale bijwerkingen als een droge mond. Ze kan nog alles eten en heeft een gezonde voedingsstijl. Ze is nogal afgevallen, maar komt geleidelijk weer op gewicht. De Ascal die ze slikt, hoeft ze voor de mondhygiënische ingrepen niet te onderbreken en ze is nog onder controle bij de neuroloog. U actualiseert de medische gegevens en blijft alert op eventuele orale gevolgen in de toekomst.

Naar: Diermen, 2013.

maakt. Hiervoor gelden de volgende adviezen en overwegingen:

- Het is aan te bevelen om de zorgrichting en de benodigde (zelf)zorg van tijd tot tijd, bijvoorbeeld jaarlijks, te bespreken met de patiënt en eventueel diens wettelijk vertegenwoordiger of mantelzorger. Zo nodig kunt u deze dan op onderdelen bijstellen (Schaub en Baat, 2006).
- Probeer de patiënt en de eventuele mantelzorger door voorlichting en ondersteuning te overtuigen van het belang van goede dagelijkse mondverzorging en het beperken van suikerhoudende voeding.
- U kunt de mondgezondheid en de dagelijkse mondverzorging bij elk bezoek van de patiënt aan de praktijk bespreken, eventueel met diens mantelzorger. Zo nodig en mogelijk zou u daarbij in overleg met de patiënt ook contact kunnen opnemen met de thuiszorg (wijkverpleegkundige) (Bont et al., 2012).

7.4 AFSTEMMING

Het is van belang dat afspraken rondom de zorg aan de kwetsbare ouderen bekend zijn bij alle zorgverleners in de mondzorgpraktijk. En dat deze zo nodig ook met hen zijn afgestemd. Hiervoor gelden de volgende adviezen en overwegingen:

- Een eventueel zorgplan of andere behandelafspraken zijn beschikbaar voor alle mondzorgverleners in de praktijk die betrokken zijn bij de zorg aan de patiënt. De gegevens worden bij iedere afspraak 'ter hand genomen' en zo nodig aangevuld of gewijzigd.
- Probeer, voor zover u de noodzakelijke mondzorg niet (meer) kunt bieden, de patiënt te verwijzen naar een gedifferentieerde praktijk.
- In bredere zin kunt u als tandarts wellicht proberen om een goede samenwerking te bereiken met de huisartsen in uw omgeving of wijk. Misschien kunt u aansluiten bij een gezamenlijke overlegstructuur of hiervoor zelf initiatieven te nemen.

7.5 VERWIJZING NAAR COLLEGA-TANDARTS OF MKA-CHIRURG

Zo nodig kunt u de patiënt in overleg verwijzen naar een (gedifferentieerde) tandarts of naar een MKA-chirurg. Daarbij geldt dat u als verwijzende tandarts verantwoordelijk blijft voor het zorgproces. In de NMT-praktijkrichtlijn Horizontale verwijzing (2002) staan alle aspecten die van belang zijn voor een zorgvuldige, professioneel verantwoorde en patiëntvriendelijke verwijzing. Voor verwijzing naar een MKA-chirurg geldt als leidraad de NMT-praktijkrichtlijn Verticale verwijzing (2002).

- Voor de kwetsbare oudere patiënt is wellicht extra aandacht wenselijk voor overleg en informatie over de reden van uw verwijzing, naar wie u verwijst en waarvoor.
- Verder geldt dat als uw praktijk om uiteenlopende redenen niet voldoende toegerust kan worden op de zorg aan (bepaalde) kwetsbare ouderen, u in overleg met de patiënt kunt zoeken naar een (gedifferentieerde) praktijk waar deze beter geholpen kan worden.

7.6 VERWIJZING NAAR MONDHYGIËNIST

Voor een 'levensloopbestendige mondgezondheid' zijn preventie en monitoring nodig. De mondhygiënist is hiervoor de aangewezen mondzorgverlener. Voor verwijzing naar een mondhygiënist binnen of buiten de praktijk wordt het volgende geadviseerd:

- Zorg dat de verwijzing plaatsvindt in goed onderling overleg en in overleg met de patiënt.
- Vergewis u van de vaardigheden van de mondhygiënist naar wie u verwijst.
- Als u een zorgplan in het patiëntendossier hebt opgenomen, is het van belang om de mondhygiënist hiervan op de hoogte te stellen.
- Verder kunt u (afspraken over) extra voorlichting en instructie/oefenen van dagelijkse mondzorg in het mondzorgplan opnemen.

Overigens kan het omgekeerd ook voorkomen dat een mondhygiënist naar u verwijst. In dat geval gelden bovenstaande adviezen voor de verwijzende mondhygiënist.

ACTIEF HANDELEN TEN BEHOEVE VAN GOEDE DAGELIJKSE MONDVERZORGING: EEN CASUS

Mevrouw J., een alleenstaande oudere dame, komt voor het periodiek mondonderzoek. De vorige keer vond u haar al enigszins verward overkomen. Nu ziet de altijd netjes geklede mevrouw J. er ook minder verzorgd uit. Op haar kleding zitten vlekken en haar altijd keurig gekapte haar zit wat rommelig.

U verwelkomt mevrouw. Voorheen was ze altijd geïnteresseerd in u en uw gezin, nu lijkt ze een beetje afwezig. Op uw vraag hoe het met haar gaat, antwoordt ze: "Goed", zonder verdere toelichting. U vraagt verder naar haar dagelijkse mondhygiëne. Die zou onveranderd zijn. Maar bij het mondonderzoek ziet u tekenen dat deze duidelijk minder is geworden. En bitewings laten bij enkele elementen beginnende wortelcariës zien.

U constateert dat er mogelijk sprake is van een beginfase van dementie. En dat mevrouw J. intensieve en frequente begeleiding nodig heeft bij haar mondhygiëne. In haar dossier staat haar jongere zus opgenomen als contactpersoon. Samen met de mondhygiënist bepaalt u het te volgen beleid en legt dat vast. U legt aan mevrouw J. uit dat u haar graag wat vaker wilt zien voor een gebitsreiniging en dat u het prettig zou vinden als haar zus dan meekomt.

Met toestemming van mevrouw J. neemt u contact op met haar zus. U bespreekt met haar uw zorg over de mondgezondheid van mevrouw J. en vertelt dat ze hulp nodig heeft bij haar dagelijkse mondverzorging. U geeft aan dat het ook van belang is dat mevrouw wat vaker naar de praktijk komt en vraagt of het mogelijk is dat de zus meekomt. Als dat lastig is, bespreekt u de mogelijkheid van een huisbezoek.

7.7 SAMENWERKING EERSTE LIJN

Bij de zorgverlening aan kwetsbare ouderen is uitwisseling van (medische) informatie en afstemming van belang. In de eerstelijnszorg wordt de deskundigheid van tandartsen en mondhygiënisten over het algemeen onvoldoende benut. U hebt een belangrijke functie in het signaleren van (systemische) aandoeningen die zich manifesteren in het mondgebied. U zou zo nodig en mogelijk ook het initiatief kunnen nemen om het contact met andere eerstelijnszorgverleners op gang te brengen. Hiervoor worden de volgende suggesties gedaan.

HUISARTS

Bij de zorgverlening aan kwetsbare ouderen is de **huisarts** van de patiënt over het algemeen de aangewezen zorgverlener voor (structurele) informatie-uitwisseling. U kunt daartoe een (eerste) stap zetten door, in overleg met de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger, zelf contact op te nemen als dit gewenst is in het kader van de zorgverlening. Huisartsen kunnen hiervoor een praktijkondersteuner (POH) ouderenzorg in dienst hebben. U kunt bijvoorbeeld overleg hebben over de volgende zaken:

- (Mond)gezondheidsproblemen die ook voor de algemene gezondheid van belang zijn.
- Interacties van medicatie wanneer u medicijnen voorschrijft (LESA, 2010).

De juridische kaders van uitwisseling van medische gegevens liggen onder meer vast in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WBG) (CBP, 2013) en in de Wet bescherming persoonsgegevens (<http://wetten.overheid.nl>). Zie hiervoor ook Bijlage 4: Informatieplicht, toestemmingsvereisten, wilsbekwaamheid en uitwisseling patiëntgegevens.

APOTHEEK

Ook met de **apothek** kan bij het voorschrijven van medicatie overleg van belang zijn, in verband met mogelijke interacties, contra-indicaties, aanwezigheid van nier- of leverfunctiestoornissen (cytochroom p450) en/of eventueel aanwezige allergieën. Verder is het advies om zo nodig te overleggen over (mond)gezondheidsproblemen die ook voor de algemene gezondheid relevant zijn.

ANDERE ZORGVERLENERS

In het kader van de mondzorg aan kwetsbare ouderen kan overleg met **andere zorgverleners in de eerste lijn** (fysiotherapeut, ergotherapeut, (GZ-) psycholoog, diëtist, logopedist, maatschappelijk werker) gewenst zijn.

- Doe dit altijd in overleg met de patiënt en eventueel diens huisarts (voor verwijzing).
- Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om aanpassingen aan een tandenborstel, adviezen bij het uitvoeren van de mondverzorging door een ergotherapeut, voedingsadviezen door een diëtist, advies bij kauw-, spreek-, gehoor- en (ver)slikproblemen door een logopedist, of omgangsadviezen van een psycholoog bij onbegrepen en/of ongepast gedrag bij dementie van de patiënt.

THUIS- BUURT- OF WIJKZORG

Verder kan contact met **thuis- buurt- of wijkzorg** van belang zijn. Deze zorgverleners komen bij de patiënt thuis en zijn over het algemeen goed op de hoogte van diens lichamelijke en psychische situatie. Zij kunnen daarmee een belangrijke toegevoegde waarde hebben bij preventie en goede dagelijkse mondverzorging (Bont et al., 2012). Per 2015 heeft de **wijkverpleegkundige**, in nauwe samenwerking met de huisarts, een belangrijke rol bij het indiceren van de gewenste en benodigde thuiszorg. Wijkverpleegkundigen werken ook in multidisciplinaire sociale wijkteams, die door veel gemeenten worden opgezet. Daar kunnen ze de verbinding leggen tussen medische en sociale zorgverleners.

- Contact kan bijvoorbeeld gewenst zijn als een patiënt niet meer in de mondzorgpraktijk verschijnt of als de dagelijkse mondverzorging tekort schiet.
- Zorgverleners van de thuis-, buurt- of wijkzorg zijn vaak onvoldoende bekend met de interactie tussen mondgezondheid en algemene gezondheid. Ook is het voor hen moeilijk een adequate mondverzorging uit te voeren, vooral als de patiënt dit niet wenst. U kunt bezien of ondersteuning en advies door een mondhygiënist kan worden geboden.

8 Kennis en vaardigheden behandelaar

Het vorige hoofdstuk ging in op enkele aspecten van de behandeling. De kennis en vaardigheden van de mondzorgverleners die nodig of gewenst zijn voor een adequate behandeling van en omgang met kwetsbare ouderen zijn daarbij nog niet aan de orde geweest. Hierover gaan de adviezen en aanbevelingen in dit hoofdstuk.

8.1 KENNIS

Vanwege de specifieke problematiek van kwetsbare ouderen wordt geadviseerd dat u als mondzorgverlener (enige) kennis hebt van en zo mogelijk ervaring hebt met het volgende:

- Het afnemen van een medische en een mondzorg-gerelateerde anamnese.
- Het afnemen van een psychosociale anamnese en zo nodig een heteroanamnese (het betrekken van een derde, bijvoorbeeld een familielid bij de anamnese) (Schaub en Baat, 2006).
- Oorzaken (etiologie), aard, beloop, gevolgen, mogelijke behandeling(en) en onderlinge samenhang van de meest voorkomende specifieke somatische en psychische aandoeningen bij kwetsbare ouderen (Brand, Diermen en Makkes, 2012).
- De orale manifestaties van de meest voorkomende aandoeningen bij (kwetsbare) ouderen en de daaruit voortvloeiende functiebeperkingen.
- Specifieke medisch tandheelkundige interacties van de meest voorkomende aandoeningen bij kwetsbare ouderen.
- De door ouderen meest gebruikte geneesmiddelen en de mogelijke bijwerkingen/interacties.
- En (globaal) van de algemene problematiek van (kwetsbare) ouderen.

U kunt overwegen om zich voor al het bovenstaande met enige regelmaat te laten bijscholen op het gebied van de gerodontologie/geriatrie. Met zo mogelijk specifieke aandacht voor multi- en interdisciplinaire (transmurale) samenwerking in de eerste lijn.

8.2 COMMUNICATIE

Om alle aspecten van de (zelf)zorg en de mogelijkheden en wensen van de kwetsbare oudere adequaat te kunnen bespreken, is een goede behandelrelatie van belang (Schaub en Baat, 2006). Dit vergt naast kennis ook begrip, geduld en empathie. Wat betreft de communicatie met de kwetsbare oudere wordt aan u en uw assistent in zijn algemeenheid het volgende geadviseerd:

- Wees alert op slechthorendheid of slechtziendheid en op geheugen-, begrips-, taal- en spraakproblemen bij de ontvangst van de patiënt.
- Probeer goed om te gaan met eventuele communicatieve en cognitieve beperkingen van de patiënt en met diens culturele achtergrond.
- Probeer 'actief' te luisteren naar de patiënt. Dat wil zeggen dat u zo nodig uw vragen herhaalt of verduidelijkt, dingen samenvat of nader ingaat op een bepaald onderdeel. Vergewis u er daarbij ook van dat de patiënt uw vragen juist interpreteert en dat u alle benodigde informatie heeft.

Tijdens het gesprek en de behandeling zijn ook de volgende punten van belang:

- Zorg ervoor dat de patiënt bij een gesprek zoveel mogelijk rechtop zit/kan zitten.
- Spreek en articuleer duidelijk en verstaanbaar en kijk daarbij de patiënt zoveel mogelijk aan.
- Communiceer mét de patiënt en niet over de patiënt in het bijzijn van anderen.
- Ga steeds na of de patiënt de informatie begrijpt en bijvoorbeeld de geïnstrueerde dagelijkse mondverzorging kan toepassen.

- Leg bij elke handeling steeds vooraf en tussentijds uit wat u gaat doen.
- Betrek zo nodig de mantelzorger bij de uitleg, het overleg of de instructie.

Zie voor dit alles ook Bijlage 3: Communicatie met kwetsbare ouderen, concrete adviezen.

Aan bovenstaande adviezen en aanbevelingen kan tot slot nog het volgende worden toegevoegd.

- Als aanvulling op de informatie die de patiënt tijdens het bezoek krijgt, kunt u in voorkomende gevallen een telefonische follow-up overwegen om na te gaan of de dagelijkse mondverzorging zonder problemen lukt (Rozier et al., 2011).
- Herhaling van de uitleg en de instructie kan van tijd tot tijd nodig zijn. Zo mogelijk kunt u een vervolgbezoek aan huis overwegen.
- U kunt overwegen om zich met enige regelmaat te laten bijscholen op het gebied van attituden en communicatievaardigheden die helpen bij de behandeling van (kwetsbare) ouderen.

9 Patiëntendossier

Bij de behandeling hoort ook het patiëntendossier. In de KNMT-richtlijn Patiëntendossier (KNMT, 2014) staat welke gegevens u als zorgverlener in elk geval dient vast te leggen. Voor de zorg aan kwetsbare ouderen staan in dit hoofdstuk nog enkele aanvullende suggesties en adviezen, in aansluiting op hoofdstuk 7.

9.1 AANVULLENDE ALGEMENE INFORMATIE

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

- De contactgegevens van ten minste één extra contactpersoon. Wanneer er sprake is van (gedeeltelijke) wilsonbekwaamheid is dit de wettelijk vertegenwoordiger. In andere gevallen kunt u afspreeken dat een familielid, of (andere) mantelzorger de eerste contactpersoon is met wie u zo nodig overleg kunt voeren.
- De contactgegevens van de huisarts, de apotheek en de thuiszorg. Ga in dat geval ook bij ieder bezoek na of deze nog juist zijn.
- In overleg met de patiënt kunt u zo nodig eventuele aanvullende medische informatie opvragen bij artsen en/of de apotheek. Schriftelijke toestemming van de patiënt is daarbij meestal wel een vereiste.
- Verder kunt u voor uzelf zo nodig een aantekening maken van de psychosociale omstandigheden van de patiënt. En van andere aandachtspunten en afspraken met betrekking tot de contacten met de patiënt. Bijvoorbeeld het niet verschijnen op een afspraak.
- Hebt u voor de patiënt een zorgplan opgesteld (paragraaf 7.2), dan kunt u dit ook in het dossier opnemen. Zie hiervoor ook Bijlage 1 en Bijlage 2 van de KNMT-richtlijn Patiëntendossier (2014).

Van belang bij het bovenstaande is de informatieplicht van de mondzorgverlener. Zie voor de juridische aspecten hiervan Bijlage 4: Informatieplicht, toestemmingsvereisten, wilsbekwaamheid en uitwisseling patiëntgegevens.

9.2 OVERDRACHT

Als een kwetsbare oudere verhuist naar een verpleeghuis, en voor de mondzorg overgaat naar de aan de instelling verbonden tandarts(-geriatrie) geldt artikel 3.3.3 van de KNMT-richtlijn Patiëntendossier (2014). Namelijk dat u op verzoek van de patiënt een kopie van het dossier aan de nieuwe tandarts beschikbaar stelt. Zo nodig kunt u daarbij een (telefonische) toelichting geven. Bijvoorbeeld als er afspraken zijn gemaakt (in een zorgplan) met betrekking tot de aard en de frequentie van de benodigde (zelf)zorg.



10 Afronding behandeling

Het bezoek van de patiënt wordt afgerond met het maken van (vervolg)afspraken. Hiervoor gelden de aanbevelingen en adviezen in dit hoofdstuk.

10.1 AFSPRAKEN

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

- Houd zoveel mogelijk rekening met de wensen van de patiënt wat betreft dag en tijdstip. Zie de adviezen in paragraaf 4.1. En vergewis u ervan dat alles duidelijk is voor de patiënt en de eventuele mantelzorger.
- Leg de eventuele afspraken vast, bijvoorbeeld met betrekking tot de dagelijkse mondverzorging. En actualiseer zo nodig alle zaken die eventueel in een zorgplan staan opgenomen.
- U kunt zo nodig ook vastleggen welke mondzorgverlener op welke momenten desgewenst (tussentijds) contact heeft met de patiënt en/of andere zorgverleners in de eerste lijn, mantelzorger, thuiszorger etc.

10.2 COMMUNICATIE

Het is van belang dat de informatie die u hebt gegeven voor de patiënt duidelijk is. En dat deze bij het vertrek geen nawerkingen heeft van de behandeling. Hiervoor wordt het volgende geadviseerd:

- Geef zo nodig informatie over de dagelijkse mondverzorging en over behandelingen schriftelijk mee.
- Zorg ervoor dat het gesprek met de patiënt zoveel mogelijk plaatsvindt als deze nog in de stoel zit en dus niet al bezig is met opstaan of weglopen. Dit kost energie waardoor de aandacht voor wat u zegt minder is.
- Wees alert op eventuele reacties van de patiënt op anesthesie of een behandeling, zoals verwardheid of onsamenhangend spreken en laat de patiënt in zo'n geval niet alleen vertrekken.

- Informeer de patiënt en de eventuele mantelzorger over deze mogelijke gevolgen. Neem zo nodig een dag na de behandeling even contact op om te horen hoe het gaat.

10.3 ADMINISTRATIE

De mondzorg voor kwetsbare ouderen die de algemene mondzorgpraktijk bezoeken, valt in principe niet onder de WLz. De patiënt is zelf verantwoordelijk voor de administratieve afhandeling van de nota. Om dit zo goed mogelijk te laten verlopen, is (in overleg met de patiënt) het volgende aan te bevelen:

- Bekijk samen met de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger wat de beste manier is voor de declaratieafhandeling.
- Veel gemeenten sluiten voor mensen met een uitkering of met een zeer laag inkomen contracten af voor speciale aanvullende tandheelkundige verzekeringen. Voor mensen die wel mondverzorging maar geen andere zorg nodig hebben, kan dit onder de WMO 2015 vallen. U zou kunnen informeren hoe uw gemeente hiermee omgaat, zodat u patiënten zo nodig kunt verwijzen (bijvoorbeeld naar het loket, met telefoonnummer, van de gemeente).

In dit verband is het goed om het Nationaal Meldpunt Ouderenzorg (NMO) te noemen, een initiatief van Omroep MAX, de Christelijke ouderenorganisatie PCOB en de Unie KBO. Dit meldpunt is bedoeld om van ouderen, mantelzorgers en zorgverleners te horen hoe de hervormingen per 2015 in de praktijk uitpakken. Het NMO is geen advieslijn, maar u kunt wel uw ervaringen melden.

(<http://www.nationaalmeldpuntouderenzorg.nl/>)

11 Vertrek

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

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



Literatuur

- Allard RHB. Toestemmingsvereisten bij volwassen wilsonbekwame patiënten. Ned Tijdschr Tandheelkd 2008; 115: 239-243.
- Avlund K, Holm-Pederson P, Morse ED, Viitanen M, Winblad B. Tooth loss and caries prevalence in very old Swedish people: the relationship to cognitive function and functional ability. Gerodontology 2004; 21 (1): 17-26.
- Awano S, Ansai T, Takata Y, et al. Oral health and mortality risk from pneumonia in the elderly. J Dent Res 2008; 87 (4): 334-339.
- Baat C de, Broek AMWT van den, Feenstra L. Halitose bij ouderen. In: Feilzer AJ. Praktijkboek tandheelkunde. ISBN: 978-90-313-7317-8, 2009.
- Bauw Advies Toegankelijkheid (BAT). Bereikbaar, Toegankelijk Bruikbaar & Veilig bouwen. BAT, Utrecht, 2012.
- Beekman ATF, Deeg DJH, Tilburg DG van, et al. Depressie bij ouderen in de Nederlandse bevolking: een onderzoek naar de prevalentie en risicofactoren. Psychiatrie 1997; 39: 294-298.
- Bont M de, Haaren E van, Rosendal H, Wigboldus M. Expertisegebied wijkverpleegkundige. V&VN, november 2012.
- Bots-van 't Spijker PC, Wierink CD, Baat C de. Proactieve mondzorg voor onzelfredzame ouderen. Een toenemende verantwoordelijkheid. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 197-201.
- Brand HS, Diermen DE van, Makkes PC (red). Algemene ziekteleer voor tandartsen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012.
- Brands WG, Ven JM van der, Brands-Bottema GW. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 4. De behandeling van minderjarigen en meerderjarige wilsonbekwamen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2013; 120: 394-398.
- Bruins HH, Haalboom JRE, Koole R (red). Medisch tandheelkundig memo, 2003. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2002.
- Campen C van (red.). Kwetsbare ouderen. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 2011.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Webmagazine, juli 2011.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Statline 2014.
- College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Informatieblad Geheimhouding van medische gegevens. www.cbppweb.nl.
- Diermen D van. Multifarmacie bij ouderen en de gevolgen voor de mondgezondheid. Ned Tijdschr Mondhyg 2013; 19 (6): 28-30.
- Doeleman A. VMTI-voorzitter Joris Muris: "Geneeskunde moet niet achter de huig beginnen". Nederlands Tandartsenblad 2013; 12: 24-27.
- Eulerink F, Heeren TJ, Knook DL, Ligthart GJ (red). Inleiding gerontologie en geriatrie. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2004.
- Gezondheidsraad. Ouderdom komt met gebreken. Geneeskunde en zorg bij ouderen met multimorbiditeit. Den Haag, Gezondheidsraad, 2008.
- Gobbens, R. (2012). De Tilburg Frailty Indicator. Een gebruiksvriendelijk meetinstrument om kwetsbare ouderen op te sporen. Tijdschr Gezondheidszorg en Ethiek 2012; 22 (3): 91.
- Gobbens, RJ, Luijckx KJ, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Fragiele ouderen. De identificatie van een risicovolle populatie. Tijdschr voor Gerontologie en Geriatrie 2007; 38 (2): 56-76.
- Gobbens R, Luijckx K, Wijnen-Sponselee R, Schols S. Fragiele thuiswonende ouderen. Tijdschr Verpleegkd 2009; 3: 44-46.
- Gosselink K. Kennis over geneesmiddelen kan beter. NT 2012; 18:15-17.

- Griffin SO, Joes JA, Brunson D, Griffin PM, Bailey WD. Burden of Oral Disease Among Older Adults and Implications for Public Health Priorities. *Am J Publ Health* 2012; 102 (3): 411-418.
- Guiglia R, Musciotto A, Complato D, Procaccini M, Russo L, Ciavarella D, Muzio L, Cannone V, Pepe I, D'Angelo M, Campisi G. Aging and oral health: effects in hard and soft tissues. *Cur Pharm Design* 2010; 16 (6): 619-630.
- Herr M, Arvieu J, Aegerter P, Robine J, Ankri J. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *Eur J Publ Health* 2013; doi: 10.1093/eurpub/ckt179.
- Jonker AA, Comijs HC, Knipscheer KC, Deeg DG. The role of coping resources on change in well-being during persistent health decline. *J Aging Health* 2009; 21 (8): 1063-1082.
- Juridisch kader medicatieoverdracht publiek en zorgverleners (2010), behorende bij de Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, versie 1.0 d.d. 25 april 2008.
- Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2008; 28 (6): 224-236.
- Kalsbeek H, Baat C de, Kivit MM, Kleijn-de Vrankrijker MW de. Mondgezondheid van thuiswonende ouderen 1. Gebitstoestand, verleende professionele tandheelkundige zorg en mondhygiënisch gedrag. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107: 499-504.
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). KNMT-richtlijn Patiëntendossier (herziening 2014). Nieuwegein, KNMT, 2014.
- Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn. NHG, KNMP, FNT, Verenso, Activite, augustus 2010.
- Maarel-Wierink CD van der. Dysphagia and poor oral health. Significant risk factors of aspiration pneumonia in frail older people (diss.) Nijmegen, Radboud Universiteit, 2013.
- Machielse A. Sociaal isolement bij ouderen. *Geron, Tijdschrift over ouder worden en maatschappij*, 2006; 2.
- Mack F, Mojon P, Budtz-Jørgensen E, Kocher T, Splieth C, Schwahn C, Bernhardt O, Gesch D, Kordaß B, John U, Biffar R. Caries and periodontal disease of the elderly in Pomerania, Germany: results of the Study of Health in Pomerania. *Gerodontology* 2004; 21 (1): 27-36.
- Mouradian WE, Corbin SB. Addressing health disparities through dental-medical collaborations, part II. Cross-cutting themes in the care of special populations. *J Dent Educ* 2003; 67: 1320-1326.
- Müller F. Oral Hygiene Reduces the Mortality from Aspiration Pneumonia in Frail Elders. *J Dent Res* 2014, 10/2014; DOI: 10.1177/0022034514552494.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid 2011. <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ranglijsten-van-ziekten-en-aandoeningen/>.
- Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT). NMT-Praktijkrichtlijn Horizontale verwijzing. Nieuwegein, NMT, 2002.
- Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT). NMT-Praktijkrichtlijn Verticale verwijzing. Nieuwegein, NMT, 2002.
- Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie (NVGd). Roodboek. Mondzorg voor ouderen is een noodzaak. Uitgave bij Jubileumcongres, NVGd, december 2011.
- Nesse W, Spijkervet FKL, Abbas F, Vissink A. Relatie tussen parodontale gezondheid en algemene gezondheid 1. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 186-190.
- Oostrom SH van, Susan H, Picavet J, Van Gelder BM van, Lemmens LC, Hoeymans H, Verheij RA, Schellevis FC, Baan CA. Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking - gegevens van huisartsenpraktijken. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011; 155: A3139.
- Oostwoud Wijdenes L, Poorterman JHG, Diermen DE van, Hoogstraten J. MEDITAND-project. Relatie tussen medische aandoeningen en tandheelkundige aandoeningen. ACTA/TNO Kwaliteit van Leven, 2009.
- Peters LL, Boter H, Buskens E, Slaets JJP. Measurement Properties of the Groningen Frailty Indicator in Home-Dwelling and Institutionalized Elderly People. *JAMDA* 2012; 13: 546-551.

- Rademakers L, Gorter RC. Vergrijzing en mondzorg in Nederland. Een verkenning. Ned Tijdschr Tandheelkd 2008; 115: 527-532.
- Rennes J van. Mondzorg en ouderen. Ned Tijdschr Mondhyg 2013; (6): 5.
- Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten, versie 1.0 d.d. 25 april 2008.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Voedsel in relatie tot aandoeningen en medicijngebruik bij ouderen. Den Haag, RIVM, 2012.
- Rozier RG, Horowitz AM, Podschun G. Dentist-patient communication techniques used in the United States: the results of a national survey. J Am Dent Assoc 2011; 142 (5): 518-530.
- Schaub RMH, Baat C de. Beroepsdifferentiatie in de tandheelkunde 4. De differentiatieopleiding tot tandarts-geriatrie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2006; 113: 496-501.
- Schuil GRE, Baat C de. Epidemiologie mondgezondheid. In: Baat C de, Kalk W (red.). Geriatrische tandheelkunde. Problematiek van ouder worden en mondgezondheid. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 1999.
- Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg S, Frieswijk N, Slaters JPJ. Old or frail: What tells us more? J Geront Medical Sciences 2004; 96A (9): 962-965.
- Sociaal Cultureel Planbureau (SCP). Kwetsbare ouderen in de praktijk. Den Haag, SCP, 2011.
- Slootweg PJ, Baat C de. Bespiegelingen over verantwoordelijkheid in de mondzorg. Ned Tijdschr Tandheelkd 2012; 119: 233-235.
- Terpenning M. Geriatric Oral Health and Pneumonia Risk. Clin Infect Dis 2005; 40: 1807-1810.
- Tilburg TG van, Havens B, Jong Gierveld J de. Loneliness among older adults in the Netherlands, Italy and Canada: A multifaceted comparison. Canadian Journal on Aging 2004; 23: 169-180.
- Velink C, Die M de. Informatie-uitwisseling in zorgketens. Wat mag, kan en moet? Achtergrondstudie ten behoeve van de SGZ 2011. Amsterdam, Velink & De Die advocaten, 2011.
- Vilstrup L, Holm-Pederson P, Mortensen EL, Avlund K. Dental status and dental caries in 85-year-old Danes. Gerodontology 2007; 24 (1): 3-13.
- VROM/VWS. Beter (t)huis in de buurt. Actieplan Samenwerken aan wonen, welzijn en zorg 2007-2011. Den Haag, VROM/VWS, 2007.
- VWS. Preventie in de zorg. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven, RIVM, 2013.
- Wierink CD, Baat C de. Dementie en mondgezondheid. Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 82-86.
- Wijk. M. Handboek voor toegankelijkheid. Den Haag, SDU Uitgevers, 2012.
- WMO 2015. <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervorming-langdurige-zorg/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo-2015>.
- Zaremba ML, Danilik T, Roskiewicz D, Cylwik-Rokicka D, Kierklo A, Tokajuk G, Dabrowska E, Pawinski M, Klimiuk A, Stokowska W, Abdelrazek S. Incidence rate of Candida species in the oral cavity of middle-aged and elderly subjects. Adv Med Sciences 2006; 51 Suppl 1 233-236.

Bijlage 1

Ranglijst van de meest voorkomende aandoeningen bij ouderen boven de 65 jaar

	ZIEKTE / AANDOENING	PUNTPREVALENTIE #
1	perifere artrose van de ledematen	766.700
2	gehoorstoornissen	491.300
3	diabetes mellitus	466.600
4	coronaire hartziekten	409.100
5	gezichtsstoornissen (maculadegeneratie, glaucoom, staar, retinopathie)	223.000
6	COPD	209.500
7	osteoporose	180.000
8	nek- en rugklachten	167.700
9	hartritmestoornissen (boezemfibrilleren)	147.000
10	hartfalen	122.400
# het aantal personen met deze ziekte op een bepaald moment gemeten in de Nederlandse bevolking (januari 2011) Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2011.		

Bijlage 2

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

Het begrip 'kwetsbaarheid' ('frailty') wordt veelvuldig gebruikt binnen de ouderenzorg, als aanduiding van een combinatie van problemen in het functioneren. Uit onderzoek komt naar voren dat kwetsbaarheid ook van belang is bij de bepaling van de aard en hoeveelheid zorg die een patiënt nodig heeft en bij het inschatten van risico's. Over de precieze definitie van kwetsbaarheid is echter geen overeenstemming. Dat geldt ook voor de wijze waarop de mate van kwetsbaarheid kan worden bepaald. In veel definities ligt de nadruk op lichamelijke problemen rondom het dagelijks functioneren. Andere definities zijn breder en omvatten nadrukkelijk ook het psychosociale domein (Gobbens et al., 2007; Gobbens et al., 2009).

Inmiddels wordt wel erkend dat zowel lichamelijke, psychische, als sociale factoren van belang zijn bij de bepaling van kwetsbaarheid (Gobbens et al., 2009; SCP, 2011) en dat kwetsbaarheid het verlies aan mogelijkheden op elk van deze domeinen omvat. Aspecten waarmee ook mondzorgverleners bij de oudere patiënten te maken krijgen.

Zoals gezegd, bestaat er nog geen overeenstemming over hoe kwetsbaarheid precies gedefinieerd en gemeten moet worden. Voor dat laatste zijn wel verschillende instrumenten ontwikkeld. In Nederland worden onder meer de Groninger Frailty Indicator (GFI) (Peters et al., 2012) en de Tilburg Frailty Indicator (TFI) (Gobbens, 2012) gebruikt. In beide wordt gekeken naar het lichamelijke domein, de cognitie, het psychische domein en het sociale domein.

Voor wat betreft het lichamelijke domein gaat het dan om het al of niet zelfstandig kunnen uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), zoals lopen, aan- en uitkleden, naar het toilet gaan, lichamelijke fitheid, gezichtsvermogen, gehoor, gewicht(verlies) en medicijngebruik (comorbiditeit). Bij de cognitie gaat het om het al of niet hebben van geheugenstoornissen. In het sociale domein wordt gevraagd naar al of niet hebben van een sociaal netwerk, aandacht en hulp van anderen. En in het psychische domein gaat het om het al of geen last hebben van gevoelens van somberheid en nervositeit.

Bijlage 3

Communicatie met kwetsbare ouderen, concrete adviezen

MANIER VAN SPREKEN

- Neem voldoende tijd, spreek rustig en articuleer duidelijk.
- Spreek niet te hard.
- Vermijd lange bijzinnen en omwegen.
- Vermijd verkleinwoorden.
- Spreek 'op gelijke hoogte' en op basis van gelijkwaardigheid en respect.
- Vermijd woorden als 'nog', bijvoorbeeld 'Kunt u nog kauwen?'.
Een betere vraag is: 'Hoe gaat het met kauwen?'

ATTITUDE

- Houd er rekening mee dat de patiënt tijd nodig heeft om informatie te verwerken en daardoor vertraagd kan reageren.
- Geef aan als u de patiënt niet goed heeft verstaan.
Net doen of u het wel begrepen heeft, leidt mogelijk tot misverstanden.
- Informeer en adviseer de patiënt op invoelende wijze en met respect voor diens situatie.
- Verifieer of de patiënt de uitleg begrijpt.
- Neem de tijd om bij een behandeling steeds uit te leggen wat u doet of gaat doen.
- Word niet boos, verlegen of ongeduldig als de patiënt u niet meteen begrijpt.
Herhaal eventueel wat u heeft gezegd, zo nodig in andere bewoordingen.
- Vermijd fluisteren of zacht praten met anderen in de omgeving.
Zeker bij (beginnend) dementerenden kan dit extra achterdocht opwekken.
- Praat met de patiënt zelf en niet over hem/haar heen.
- Probeer de patiënt te motiveren.

HOUDING, STANDPLAATS, OMGEVING

- Zorg voor voldoende licht in de behandelruimte. Let erop dat u niet met uw rug naar het licht staat.
- Zorg dat uw mond goed zichtbaar is (spreek niet met een mondkapje voor).
- Houd oogcontact; dit vergemakkelijkt ook het verstaan ('spraakafzien').
- Zorg dat de fysieke afstand tot de patiënt niet te groot is.
- Zorg voor een rustige omgeving met zo min mogelijk achtergrondgeluiden.
Zet bijvoorbeeld achtergrondmuziek, een radio of een televisie uit.

Bijlage 4

Informatieplicht, toestemmingsvereisten, wilsbekwaamheid en uitwisseling patiëntgegevens

1 INFORMATIEPLICHT

Volgens de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo, onderdeel van het Burgerlijk Wetboek) heeft de mondzorgverlener de plicht om de patiënt in begrijpelijke woorden te informeren over het voorgenomen onderzoek, de behandeling en diens mondgezondheidssituatie. Daarbij moet de mondzorgverlener zich laten leiden door de behoefte van de patiënt. Welke informatie heeft de patiënt redelijkerwijs nodig om voor een bepaalde behandeling te kiezen of om opties tegen elkaar af te wegen?

1A TOESTEMMINGSVEREISTE

Nadat de patiënt is geïnformeerd, moet de mondzorgverlener toestemming verkrijgen van de patiënt voor de behandeling(en) die hij op basis van de behandelingsovereenkomst wil uitvoeren. Op deze hoofdregel bestaan twee uitzonderingen. Toestemming voor 'niet ingrijpende verrichtingen' wordt verondersteld. In spoedeisende gevallen mag u zonder toestemming van de patiënt overgaan tot behandeling als dit nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

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

1B WILSBEKWAAMHEID

Voor de toestemmingsvereiste gaat de wet er in het algemeen van uit dat meerderjarige patiënten wilsbekwaam zijn en in staat tot een redelijke waardering van hun belangen. Bij kwetsbare ouderen kan echter sprake zijn van een verminderd bevattingvermogen. Dit kan het voor de mondzorgverlener lastig maken om te voldoen aan de informatieplicht en aan het verkrijgen van toestemming voor een behandeling. De mondzorgverlener doet er daarom verstandig aan vast te stellen of de patiënt wilsbekwaam is of niet. Dit kan door persoonlijke waarneming maar ook door hierover overleg te plegen met de partner of kinderen van de patiënt. Het is aan te bevelen om dit goed in het dossier te noteren.

Komt vast te staan dat de patiënt inderdaad wilsbekwaam is, dan wijst de wet enkele vertegenwoordigers aan om de belangen van de patiënt te behartigen. Daarbij geldt een rangorde. In eerste instantie wordt gekeken of de patiënt iemand (schriftelijk) heeft gemachtigd. Is dat niet het geval, dan is de echtgenoot of een geregistreerd partner of levensgezel de wettelijke vertegenwoordiger. Als ook deze personen niet beschikbaar zijn, wordt gekeken naar bloedverwanten: kind, broer of zus. Wanneer de mondzorgverlener twijfelt of de oudere patiënt in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen, is het verstandig om te informeren of een van bovengenoemde personen bereid is de patiënt te vertegenwoordigen (Brands, Van der Ven en Brands-Bottema, 2013). De vertegenwoordiger is dan degene die geïnformeerd moet worden en die toestemming moet geven voor behandeling.

UITWISSELING PATIËNTGEGEVENS

Waar het gaat om uitwisseling van (medische) persoonsgegevens door de mondzorgverlener met andere zorgverleners, zijn naast bepalingen uit de Wgbo bepalingen van toepassing uit de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) (Velink en Die, 2011). Voor de uitwisseling van medische persoonsgegevens gelden op basis van de Wbp strengere eisen dan voor de uitwisseling van persoonsgegevens die niet als bijzonder zijn aangemerkt.

De hoofdregel op grond van de Wgbo is dat de mondzorgverlener over patiëntgegevens waarover hij beschikt geen mededelingen mag doen aan derden (geheimhoudingsplicht). Echter: onder bepaalde omstandigheden kan de mondzorgverlener de geheimhoudingsplicht doorbreken of moet hij dat zelfs doen. Dit is aan de orde wanneer het belang van doorbreken zwaarder weegt dan de geheimhoudingsplicht.

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

- Door zorgverleners of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening voor zover noodzakelijk met het oog op een goede behandeling of verzorging. Daarbij

geldt dat de verwerking van de gegevens gebeurt door personen op wie een geheimhoudingsplicht rust.

- Met uitdrukkelijke toestemming van de betrokken patiënt. Deze bepaling geldt niet wanneer er sprake is van een situatie waarin ernstig nadeel voor de patiënt kan worden voorkomen. Zonder toestemming van de patiënt mag overigens ook informatie worden verstrekt aan personen die op grond van de wet toestemming moeten geven voor de uitvoering van een behandelovereenkomst, dus aan de wettelijk vertegenwoordigers van de patiënt.

Hoewel uit de tuchtrechtelijke jurisprudentie en de toepasselijke richtlijnen kan worden afgeleid dat groot belang wordt gehecht aan juiste en tijdige informatie-uitwisseling door zorgverleners, mag daarbij niet worden afgeweken van de bepalingen omtrent geheimhoudingsplicht en de Wbp. Voor mondzorgverleners is voor gelegitimeerde gegevens-uitwisseling de toepassing van de tweede hoofdregel het eenvoudigste en in de regel ook voldoende: vraag toestemming aan de patiënt. Is deze hiertoe niet in staat, vraag dan toestemming aan de vertegenwoordiger.

ZIE VOOR MEER INFORMATIE:

- *Richtlijn Overdracht van medicatiegegevens in de keten (2008):*
<http://www.medicatieoverdracht.nl/artikelen/raadplegen.asp?display=2&atoom=9008&atoomsrt=2&actie=2>
- *Juridisch kader medicatieoverdracht publiek en zorgverleners (2010), behorende bij deze richtlijn:*
<http://www.medicatieoverdracht.nl/artikelen/raadplegen.asp?display=2&atoom=10738&atoomsrt=2&actie=2>

knmt



knmt.nl

LS@knmt.nl



030 60 76 380