

Implementatieplan

Inhoudsopgave

Inleiding.....	2
Aanleiding en doel van de richtlijn.....	2
Gebruikers en andere betrokkenen.....	2
Setting	3
Werkwijze en veranderingen.....	3
Bevorderende en belemmerende factoren.....	4
Monitoring en evaluatie.....	5
Hulpmiddelen.....	7
Format implementatieplan	7
Referenties	10

Inleiding

Dit implementatieplan heeft als doel ervoor te zorgen dat de richtlijn wordt gebruikt om mondverzorging in de langdurige zorg te bevorderen. Hierin staat beschreven welke belangrijke aandachtspunten er zijn bij de werkwijze beschreven in deze richtlijn. Ook wordt beschreven met welke aspecten rekening moet worden gehouden bij de implementatie. Daarnaast gaat deze module in op hulpmiddelen die de implementatie kunnen ondersteunen en op manieren om het gebruik van de richtlijn te evalueren. Deze informatie en hulpmiddelen kunnen gebruikt worden door zorgorganisaties en/of zorgverleners bij de implementatie. Deze implementatiemodule is opgesteld op basis van de knelpunteninventarisatie die is uitgevoerd voorafgaand aan de ontwikkeling van deze richtlijn en op basis van het advies van de werkgroep.

Aanleiding en doel van de richtlijn

De implementatie van de Verenso-richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen uit 2007 heeft geleid tot nieuwe inzichten. Daarnaast zijn er nieuwe wetenschappelijke publicaties verschenen en is de wet- en regelgeving en de wijze van financiering voor mondzorg gewijzigd. Hierdoor is de behoefte aan een nieuwe richtlijn ontstaan. Het doel van deze richtlijn Mondverzorging is om zorgverleners vanuit multidisciplinair perspectief handvatten te bieden voor de dagelijkse mondverzorging aan cliënten die langdurige zorg ontvangen. Uiteindelijk wordt hiermee beoogd om de (mond)gezondheid en daarmee de levenskwaliteit van hen te verbeteren.

Gebruikers en andere betrokkenen

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

Daarnaast kan de richtlijn ook gebruikt worden door:

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

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

Setting

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

Werkwijze en veranderingen

De werkwijze beschreven in deze richtlijn heeft volgens de werkgroep een aantal belangrijke aandachtspunten.

- De richtlijn richt zich op cliënten die langdurige zorg ontvangen. Hierdoor is de doelpopulatie breed. Cliënten kunnen bijvoorbeeld thuis wonen of in een zorginstelling.
- De richtlijn stuurt aan op eigen verantwoordelijkheid van zorgverleners en op een grote alertheid op de risicofactoren. Dit geeft ook eerder aanleiding tot interprofessioneel samenwerken op het gebied van mondverzorging.
- Voor het in kaart brengen van de mondgezondheid beveelt de werkgroep de Nederlandse versie van de Oral Health Assessment Tool (OHAT) aan. De OHAT-NL geeft verpleegkundigen, verzorgenden en begeleiders inzicht of er op korte termijn een consult bij een tandarts moet plaatsvinden of niet. De OHAT is in 2015 vertaald. De OHAT-NL is te vinden in de bijlagen van de richtlijn.
- De doelpopulatie van deze richtlijn heeft regelmatig een afwijkende sensomotorische waarneming in het mondgebied. Dat betekent dat prikkels, op het gebied van voelen, proeven, ruiken en horen, tijdens de dagelijkse mondverzorging afwijkend ervaren kunnen worden. Hierdoor kan tijdens de dagelijkse mondverzorging afweer- of probleemgedrag ontstaan. Daar moet volgens de werkgroep ernstig rekening mee worden gehouden. Daarom beveelt de werkgroep voor het uitvoeren van de dagelijkse mondverzorging een andere poetsvolgorde aan. De poetsvolgorde is aangepast zodat er vanuit de minst prikkelgevoelige regio naar de meer prikkelgevoelige regio gepoetst kan worden. Dit betekent dat de nieuwe poetsvolgorde wordt: buitenkant boven, buitenkant onder, kauwvlak boven, kauwvlak onder, binnenkant boven en binnenkant onder, tong, verhemelte. De poetsvolgorde is te vinden in de bijlagen van de richtlijn.
- De richtlijn geeft veel praktische handvatten voor het omgaan met afwerend en probleemgedrag van cliënten. Afweer bij de mondverzorging wordt in deze richtlijn gezien als probleemgedrag dat multidisciplinair moet worden aangepakt.

- De richtlijn adviseert om bij voorkeur vóór de eerste bespreking van het zorgleefplan de mondgezondheid van een cliënt te laten beoordelen door een zelfstandige mondzorgprofessional. Ook wanneer dit op een andere manier moet worden gefinancierd dan uit de Wet langdurige zorg. De betreffende zelfstandige mondzorgprofessional moet diagnoses kunnen stellen en behandelingen uit kunnen voeren. Voor de eerste bespreking van het zorgleefplan is een wettelijke termijn gesteld; binnen zes weken na opname of bij de start van de zorg. Omdat vaak sprake is van goedkeuring door familie/naasten voor het maken van een afspraak bij een zelfstandige mondzorgprofessional, kan dit extra tijd kosten en zorgen voor vertraging.
- Tot slot heeft de richtlijn een praktische insteek en makkelijk taalgebruik met als doel om de richtlijn voor veel zorgverleners toegankelijk en bruikbaar te laten zijn.

Bevorderende en belemmerende factoren

Naar aanleiding van de implementatie van de Verenso richtlijn 'Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen' uit 2007 is in Vlaanderen (België) in dertien verpleeghuizen onderzocht wat de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van deze richtlijn waren.¹ De bevorderende en belemmerende factoren zijn hierbij onderverdeeld in vier categorieën: organisatie, verpleegkundigen, cliënten en mondverzorging. De factoren met een '(-)' zijn belemmerende factoren en de factoren met een '(+)' zijn bevorderende factoren.

Factoren gerelateerd aan de organisatie:

- een hoge werkdruk (-)
- moeizame communicatie door veel parttimers (-)
- moeite met feedback geven (-)
- betrokkenheid bij de implementatie en onderzoek van het nieuwe mondverzorgingsprotocol (+)

Factoren gerelateerd aan verpleegkundigen:

- een gebrek aan interesse in of denken aan mondverzorging (-)
- een gebrek aan kennis en vaardigheden (-)
- het belang inzien van mondverzorging (+)

Factoren gerelateerd aan cliënten:

- een hoge zorgafhankelijkheid (-)
- cliënten die niet bereid zijn mee te werken (-)
- behoud zelfrespect en waardigheid van cliënten, ten koste van mondverzorging (-)
- een negatieve houding van cliënten ten opzichte van mondverzorging (-)
- betrokken cliënten en/of familie bij de mondverzorging (+)

Factoren gerelateerd aan de mondverzorging:

- het makkelijker vinden van het poetsen van een gebitsprothese dan het tanden poetsen (-)
- cliënten die een slechte mondgezondheidsstatus hebben en/of behandelingen van zelfstandige mondzorgprofessionals weigeren (-)
- moeite hebben met het observeren van de mondgezondheid (-)

Al deze genoemde factoren spelen mee bij de implementatie van de richtlijn. Het is belangrijk om als zorgverlener voor de start van een implementatietraject te onderzoeken of deze factoren een rol (kunnen) spelen in de zorgorganisatie. Mocht dit zo zijn, dan adviseert de werkgroep om daar gericht actie op te ondernemen.

Monitoring en evaluatie

Op basis van indicatoren is het mogelijk om na enige tijd vast te stellen of de aanbevelingen van de richtlijn binnen de organisatie zijn geïmplementeerd. Indicatoren geven namelijk een beeld van de uitgevoerde zorg. Onderstaande indicatoren kunnen volgens de werkgroep voor deze richtlijn gebruikt worden:

Structuurindicatoren

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

- De multidisciplinaire richtlijn Mondverzorging in de langdurige zorg is beschikbaar voor alle medewerkers.
- Mondzorgbeleid is geborgd in het kwaliteitssysteem van de zorgorganisatie.
- Jaarlijks worden verzorgenden en verpleegkundigen geschoold op het gebied van mondverzorging.
- De zorgorganisatie dient verbonden te zijn met een tandarts OF met een mondhygiënist of tandprotheticus die samenwerken (of in maatschap werken) met een tandarts. De tandarts, mondhygiënist en tandprotheticus hebben bij voorkeur aantoonbare affiniteit met cliënten die langdurige zorg ontvangen.
- De zorgorganisatie beschikt over een protocol/instructie over wat te doen bij cliënten met afweer- of probleemgedrag bij de dagelijkse mondverzorging.
- De zorgorganisatie heeft een keuze gemaakt voor een signaleringsinstrument voor het signaleren van problemen bij de mondgezondheid. Dit instrument wordt ook gebruikt tijdens scholing van verzorgenden en verpleegkundigen.
- In de halfjaarlijkse cliëntbespreking met de regiebehandelaar (multidisciplinair overleg of zorgleefplanoverleg) komt de mondverzorging en de mondgezondheid aan de orde. Dit is terug te vinden in de voorbereidende verslagen, het gespreksverslag of in de nieuwe versie van het zorgleefplan.
- De zorgorganisatie houdt één keer per jaar een interne audit omtrent mondverzorging.

Procesindicatoren

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

Met betrekking tot het individueel mondverzorgingsplan en zorgleefplan

- Voor iedere cliënt is een individueel mondverzorgingsplan opgenomen in het zorgleefplan.
- In het individueel mondverzorgingsplan worden de wensen, doelen, de uitvoering van én individuele aandachtspunten voor de dagelijkse mondverzorging van een cliënt beschreven.
- Het gekozen signaleringsinstrument voor het signaleren van problemen bij de mondgezondheid is ingevuld terug te vinden in het cliëntdossier van iedere cliënt en wordt minstens bij het opname- of kennismakingsgesprek en daarna één keer per jaar ingevuld.
- Acties ten aanzien van de dagelijkse mondverzorging, zoals beschreven in het individueel mondverzorgingsplan zijn of worden uitgevoerd.
- De gesignaleerde risicofactoren voor een slechte mondgezondheid en de daaruit voortvloeiende interventies zijn terug te vinden in het zorgleefplan van de cliënt.
- Afweer- en/of probleemgedrag tijdens de mondverzorging wordt gesignaleerd en in multidisciplinair verband besproken waarbij het stappenplan van de Wet zorg en dwang wordt gevolgd.

Met betrekking tot het mondzorgplan van zelfstandige mondzorgprofessionals

- De zorginstelling die zorg levert aan cliënten met een indicatie 'behandeling' heeft een contract met één of meerdere zelfstandige mondzorgprofessionals.
- Bij voorkeur binnen zes weken na opname, of zo veel eerder als nodig, stelt de tandarts een mondzorgplan op als onderdeel van het zorgleefplan.
- Professionele mondzorginterventies worden geregistreerd in het cliëntdossier van de cliënt.

Effectindicatoren

Effectindicatoren geven informatie over het effect van de (mond)zorg.

- De mondzorgdoelen, zoals beschreven in het individueel mondzorgplan en individueel mondverzorgingsplan, zijn bereikt.
- De zelfstandige mondzorgprofessional wordt binnen 24 uur in consult geroepen bij een pijnklacht.
- De cliënt is tevreden over de geboden mondverzorging. Dit is terug te lezen in het zorgdossier.

Hulpmiddelen

Om het gebruik van deze richtlijn te bevorderen zijn de volgende hulpmiddelen door SKILZ ontwikkeld:

Samenvattingskaart voor zorgverleners

Zorgverleners gaan met de aanbevelingen uit de richtlijn aan de slag in hun dagelijks werk. Er is een samenvattingskaart gemaakt om snel en op een overzichtelijke manier kennis te maken met de belangrijkste informatie uit de richtlijn. Voor meer informatie kunnen zij de volledige richtlijn en/of specifieke modules raadplegen.

Informatiekaart voor cliënten/familie/naasten

Deze informatiekaart biedt cliënten, familie en naasten op hoofdlijnen de informatie uit de richtlijn en wat voor hen belangrijk is. De informatiekaart is vanuit hun perspectief opgesteld en bevat in begrijpelijke en toegankelijke taal de informatie die voor hen relevant is.

Praktijkaart

Er is een praktijkkaart gemaakt om één of meerdere veel voorkomende knelpunten extra onder de aandacht te brengen. Een praktijkkaart geeft meer handen en voeten aan wat er in de richtlijn over het betreffende knelpunt staat, zodat (nog) duidelijker wordt hoe hier in de praktijk mee om kan worden gegaan. Een vraagstuk uit de praktijk wordt omschreven en stapsgewijs wordt aangegeven hoe er gehandeld kan worden conform deze richtlijn.

Figuur risicofactoren

Er is een figuur ontwikkeld om de risicofactoren voor een slechte mondgezondheid in beeld te brengen. Dit figuur dient als extra hulpmiddel voor zorgverleners om snel alle risicofactoren te inventariseren en te monitoren bij het in kaart brengen van de mondgezondheid of bij het verlenen van de dagelijkse mondverzorging.

Format implementatieplan

De publicatie en disseminatie van deze richtlijn zijn pas de eerste stappen richting implementatie in de praktijk. Het implementatieproces is niet vanzelfsprekend, kan complex zijn en moet systematisch worden aangepakt. Hiervoor zijn dan ook specifieke implementatiestrategieën nodig. In elke praktijksituatie en voor elke context kan een andere manier van implementeren nodig zijn. Dit betekent dat de ene strategie niet beter is dan de andere.

Onderstaand worden een aantal implementatiestrategieën benoemd die zorgverleners kunnen gebruiken wanneer zij of hun organisatie met de implementatie van deze richtlijn aan de slag gaan.

Het [Stappenplan Implementeren voor verpleegkundigen](#) is ontwikkeld door Zorgevaluatie & Gepast Gebruik (ZE&GG) en de beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Het bevat acht stappen die verpleegkundigen en verzorgenden kunnen doorlopen, zodat ze verandering teweeg kunnen brengen en kunnen behouden. Hieronder volgen kort deze stappen:

1. **Idee en doel.** Wat is het idee, waar loop je tegenaan en wat wil je bereiken?
2. **Doelgroep bepalen.** Wie wil je bereiken?
3. **Team samenstellen.** Wie ga je bereiken?
4. **Uitdagingen in kaart brengen.** Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren?
5. **Strategie bepalen.** Welke strategie is er nodig?
6. **Planning en uitvoering.** Maak een planning en ga aan de slag.
7. **Evaluatie.** Hoe ging het?
8. **Borgen.** Hoe zorg je dat het in de toekomst goed blijft gaan?

Het [Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties \(MIDI\)](#) is een instrument dat gebruikt kan worden om in kaart te brengen welke van de 29 genoemde determinanten een potentiële implementatie kan beïnvloeden. Met deze inzichten kan er gericht gewerkt worden aan de implementatie.

De twaalf domeinen van Flottorp en collega's kunnen gebruikt worden om in kaart te brengen welke factoren van invloed zijn op het implementatieproces.² Voorbeelden zijn richtlijnfactoren, cliëntfactoren of de capaciteit voor organisatie verandering. Tot slot kan onderstaand format door organisaties gebruikt worden om hun implementatieplan verder op te stellen, met behulp van de informatie uit de richtlijn, aangevuld met informatie over de context in de organisatie

Implementatieactiviteit	Hoe / hulpmiddelen (voorbeelden)	Wie	Wanneer
Licht gebruikers en andere betrokkenen in over de richtlijn, de nieuwe werkwijze en over het implementatieproces	<ul style="list-style-type: none"> • Interne nieuwsbrief • Samenvattingskaart • Praktijkkartaat • Cliëntenversie van deze richtlijn • Interne bijeenkomsten/scholing/documentatie: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nieuwe (en oude) werkwijze ○ Mogelijke problemen/belemmeringen* • Hulpmiddelen*: bijv.: voor elke setting/doelgroep eigen informatie 		

Ondersteun gebruikers en andere betrokkenen bij de nieuwe werkwijze	<ul style="list-style-type: none"> • Organiseer randvoorwaarden: organisatiebeleid, registratiebeleid, materialen, tijd • Hulpmiddelen: bijv.: voor elke setting/doelgroep eigen informatie* • Zorg voor een aanspreekpunt waar men met vragen terecht kan 		
Monitor het proces	<ul style="list-style-type: none"> • Houd contact met de gebruikers en andere betrokkenen • Gebruik indicatoren (mits die in de richtlijn genoemd worden) 		

* zie het overzicht van bevorderende en belemmerende factoren hierboven

Referenties

1. De Visschere L, De Baat C, De Meyer L, et al. The integration of oral health care into day-to-day care in nursing homes: a qualitative study. *Gerodontology*. 2015;32(2):115-122. doi:10.1111/GER.12062
2. Flottorp SA, Oxman AD, Krause J, et al. A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implement Sci*. 2013;8(1). doi:10.1186/1748-5908-8-35