

# Leidraad mondzorg bij zorgafhankelijke kwetsbare ouderen in een Wlz-instelling; een consensus statement

**Samenvatting** Voor veel tandartsen die werkzaam zijn in de mondzorg voor zeer kwetsbare ouderen in Wlz-zorginstellingen is het niet altijd duidelijk hoe zorg zo optimaal mogelijk geleverd kan worden en wat van een tandarts al dan niet verwacht wordt te doen of juist te laten. Mondzorg voor deze groep verschilt van de reguliere mondzorg in een reguliere mondzorgpraktijk waar zorgverlener en patiënt doorgaans een 1-op-1-relatie hebben. In zorginstellingen zijn meerdere partijen betrokken bij de zorg voor 1 patiënt. Bovendien zijn er diverse factoren die meespelen en waarmee rekening gehouden moet worden bij de zorgverlening. Zo moet er naast de zorg voor de patiënt zelf ook rekening worden gehouden met wettelijk vertegenwoordigers, specialisten ouderengeneeskunde, zorgmedewerkers en wet- en regelgeving zoals bijvoorbeeld de Wet zorg en dwang. De mondzorg voor ouderen in zorginstelling is daarom in de basis altijd multidisciplinaire zorg. Deze leidraad is geschreven door een groep experts en beoogt niet alleen hulp te bieden aan mondzorgverleners in Wlz-instellingen maar ook om eenheid te creëren in de manier waarop mondzorg gegeven zou moeten worden.

Visser A, van Ouwerkerk WPhL, Rozema FR, Lobbezoo F, et al. Leidraad mondzorg bij zorgafhankelijke kwetsbare ouderen in een Wlz-instelling; een consensus statement. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2026; 133: 38-44.

## Inleiding

Naarmate mensen ouder worden, neemt de kans op gezondheidsproblemen toe. De daarmee gepaard gaande fysieke, cognitieve, sociale en/of psychische problemen kunnen op hun beurt weer zorgen voor een verhoogde kans op mondgezondheidsproblemen (Chen et al., 2019; Wong et al., 2019; Tuuliainen et al., 2020). Hoe meer gezondheidsproblemen, des te groter de kans dat ook de mondgezondheid in gevaar komt. Dit kan toegeschreven worden aan het feit dat een afnemende gezondheid veelal gepaard gaat met een toename van zorgafhankelijkheid, medicatiegebruik (waardoor vaak een droge mond ontstaat) en een afname in (orale) zelfzorg en bezoeken aan een professionele mondzorgverlener (Lauritano et al., 2019; Spinler et al., 2019; Pina et al., 2020; Meyerhoefer et al., 2021; Thomson et al., 2021; Ghanbari-Jahromi et al., 2023). Voor de dagelijkse zelfzorg is de oudere dan afhankelijk van derden. Omdat zorgverleners zoals verpleegkundigen en artsen niet of nauwelijks zijn geschoold in mondgezondheid en mondverzorging, zullen zij mondgezondheidsproblemen mogelijk niet altijd tijdig onderkennen en ook niet goed weten hoe deze problemen te voorkomen zijn. Zorgafhankelijke kwetsbare ouderen die in zorginstellingen wonen of volledig thuis verzorgd worden, hebben veelal een slechte mondgezondheid en daardoor een verhoogd risico op gezondheidsproblemen (Hoeksema et al., 2018; Saarela et al., 2022).

Goede mondzorg en mondverzorging is daarom essentieel. Vergoeding van professionele mondzorg valt buiten de

basiszorg en zal uit eigen middelen bekostigd moeten worden, behalve als er sprake is van een bepaalde Wet langdurige zorg (Wlz-)indicatie, te weten verpleging en verzorging (VV) 5 of hoger (zie hieronder). De Wlz is vooral bedoeld voor kwetsbare mensen die 24 uur per dag zorg nodig hebben, thuis of in een zorginstelling (ook mensen met een beperking vallen onder deze regelgeving). Voordat de aanspraak op zorg vanuit de Wlz geregeld kan worden, moet er eerst een indicatie worden aangevraagd. Dit kan bij het Centrum Indicatiestelling Zorg ook wel bekend als het CIZ.

Mensen die een indicatie hebben voor de Wlz krijgen aan de hand van hun zorgzwaarte een zorgprofiel toebedeeld. De Wlz maakt onderscheid tussen de volgende zorgzwaarteprofielen (ZZP), waarbij de 'VV' staat voor 'verpleging en verzorging':

- VV 4: beschermd wonen met intensieve begeleiding en uitgebreide verzorging;
- VV 5: beschermd wonen met intensieve dementiezorg;
- VV 6: beschermd wonen met intensieve verzorging en verpleging;
- VV 7: beschermd wonen met zeer intensieve zorg, nadruk op begeleiding;
- VV 8: beschermd wonen met zeer intensieve zorg, nadruk op verzorging en verpleging;
- VV 9: herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging.

Door een gebrek aan verpleeghuisbedden en de wens om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen zullen zorgafhankelijke

kwetsbare ouderen met VV 4 tegenwoordig niet altijd meer in een Wlz-zorginstelling worden opgenomen, maar kunnen er nog wel verblijven als ze daar al woonden voordat deze regel inging. Zij zullen voor mondzorg echter geen aanspraak kunnen maken op vergoeding uit de Wlz. Mondzorg wordt vanuit de basisverzekering alleen vergoed voor mensen die verblijven in een instelling met verblijf en behandeling.

Hoewel er geen financiële drempels voor in ieder geval mensen met VV 5 of hoger zijn om mondzorg te kunnen ontvangen, blijkt er voor veel van hen geen of slechts beperkte toegang tot adequate mondzorg te zijn. En dat is zorgelijk, zeker in de laatste levensfase. Enerzijds is dit toe te schrijven aan een gebrek aan kennis en motivatie bij ouderen zelf, anderzijds aan tekorten in de zorg en het feit dat veel professionele zorgverleners het belang van een goede mondgezondheid niet goed weten in te schatten. Een vochtige schone mond zonder foetor en pijn is immers juist zo belangrijk voor de algemene gezondheid en het welbevinden (Lobbezoo et al., 2022a; Lobbezoo et al., 2022b; Lobbezoo et al., 2023a; Lobbezoo et al., 2023b; Pallialine, 2023).

Gelukkig zijn er binnen de mondzorg de afgelopen jaren initiatieven geweest die de aandacht hebben weten te vestigen op deze ogenschijnlijk vergeten doelgroep. Steeds meer professionele mondzorgverleners ontfermen zich inmiddels over de kwetsbare oudere. Zij komen er in veel gevallen gaandeweg achter dat zowel de mondverzorging als de professionele mondzorg voor deze groep complex is. Deze zorg is meestal extra lastig door ernstige fysieke problemen, waardoor een normale positionering in de behandelstoel of zelfs al de komst naar de praktijk onmogelijk is. Ook zijn meerdere patiënten rolstoelafhankelijk of bedlegerig, wat voor professionele mondzorgverleners ergonomisch gezien een behoorlijke uitdaging kan opleveren. Ook gedragsproblemen, vergeetachtigheid, medische aandoeningen, polyfarmacie, psychische problemen, ondervoeding en zorgafhankelijkheid komen veel voor. De complexe wet- en regelgeving (bijvoorbeeld de Wet zorg en dwang), de noodzaak om multidisciplinair te werken en de ethische dilemma's zorgen voor extra complexiteit bij het verlenen van mondzorg aan deze kwetsbare groep. Hoewel er veel onderzoek wordt gedaan op het gebied van mondzorg voor kwetsbare zorgafhankelijke ouderen, is er op dit moment nog weinig bewijslast voor *good clinical practice*. Dit maakt dat veel professionele mondzorgverleners het idee hebben dat ze het wiel zelf moeten uitvinden.

Met het toenemend aantal kwetsbare ouderen die in een zorgafhankelijke situatie terecht komen, hebben de auteurs, in goede samenspraak met experts op dit terrein, gemeend dat er naast de reeds bestaande richtlijnen van het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO), de Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde (Verenso) en de Stichting Kwaliteitsimpuls Langzुरige Zorg (SKILZ) uitgangspunten geformuleerd zouden moeten worden waarmee de professionele mondzorgverlener aan de slag kan binnen een Wlz-zorginstelling. Dit zijn items

die niet in de bestaande richtlijnen zijn opgenomen. De KIMO-richtlijnen zijn vooral zorginhoudelijk gericht, bijvoorbeeld voor het behandelen van wortelcariës, en staan los van organisatie van mondzorg in Wlz-instellingen. De richtlijnen van SKILZ en Verenso zijn vooral gericht op mondzorg verleend door verzorgenden en geven geen handvatten voor professionele mondzorgverleners werkzaam in de Wlz-instellingen. De uitgangspunten zoals in dit artikel beschreven vormen een leidraad voor deze laatste groep. Deze leidraad is geschreven door experts op het gebied van de geriatrie en geriatrische mondzorg (zie pag. 44 en online artikel). Door de hoge mate van consensus binnen deze groep experts kan daadwerkelijk worden gesproken van een leidraad.

## Uitgangspunten van de leidraad

In de leidraad worden 18 uitgangspunten benoemd voor het leveren van mondzorg door professionele mondzorgverleners aan zorgafhankelijke kwetsbare ouderen in een Wlz-instelling. De leidraad is tot stand gekomen door experts uitgangspunten te laten aandragen. Binnen de leidraad zijn deze uitgangspunten vervolgens onderverdeeld in 6 categorieën: educatie, organisatie, preventie, kleine chirurgische ingrepen, functieherstel en follow-up.

### Educatie

**1. Zorg voor adequate scholing op het gebied van de gerodontologie en geriatrie.** De gerodontologie (mondzorg voor kwetsbare ouderen en geriatrische patiënten) is breed en behelst meer dan alleen zorg voor de mond. Zo is het noodzakelijk dat een mondzorgverlener zich niet alleen verdiept in veelvoorkomende mondgezondheidsproblemen bij ouderen zoals xerostomie, wortelcariës en parodontitis en de behandeling daarvan, maar ook in ziektebeelden en aandoeningen die vooral bij ouderen gezien worden. Kennis van de ziekte van Parkinson, verschillende vormen van dementie, diabetes, COPD, hart en vaatziekten, orgaanfalen, pneumonie, cognitieve problematiek (inclusief het soms daarbij voorkomende afwerende gedrag), kwetsbaarheid, dysfagie (slikproblemen), sarcopenie (spierzwakte), psychische problematiek, stollingsproblematiek enzovoort, zijn essentieel om deze groep ouderen goed te kunnen behandelen. Daarnaast is kennis nodig over aanverwante zaken zoals farmacologie, polyfarmacie, ethiek, multidisciplinaire samenwerking in zorginstellingen en de werkprocessen in deze instellingen. Zonder deze kennis zal de complexiteit van de behandeling snel onderschat worden, waardoor de kans op (onverwachte) complicaties groter is en/of het behandelresultaat niet aan de verwachtingen voldoet. Ook kunnen bij gebrek aan kennis communicatieproblemen ontstaan met andere zorgverleners en ligt over- of onderbehandeling op de loer. Het doorgeven van kennis over de mondzorg aan andere zorgverleners is daarbij een belangrijk onderdeel omdat zij vrijwel niet geschoold zijn op dat vlak.

**2. Wees goed op de hoogte van het wettelijke en financierings- (zorgverzekerings-) kader van de te leveren/geleverde mondzorg.** Zorgverleners in Wlz-instellingen moeten daarnaast kennis hebben van een aantal belangrijke, voor het vakgebied, relevante richtlijnen van KIMO, Stichting Palliatieve Zorg Nederland (PZNL), Verenso en SKILZ (onder andere de richtlijnen over mondzorg in zorginstellingen, polyfarmacie, mondzorg aan huis en wortelcariës). Ook moeten zij op de hoogte zijn van de KNMT-praktijkwijzer Mondzorg aan kwetsbare ouderen en van wet- en regelgeving die interfereert met mondzorg, te weten de Wet zorg en dwang (Wzd), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). Kennis over wettelijke kaders is van belang voor het kennen van de juridische voorwaarden waaraan de zorgverlening dient te voldoen.

### Organisatie

**3. Organiseer de mondzorg zodanig dat iedere zorgafhankelijke kwetsbare oudere patiënt in een instelling een vaste regiebehandelaar (tandarts) heeft voor mondzorg.** Een regiebehandelaar is ook (eind)verantwoordelijk voor het opstellen van het mondzorgplan, de uitvoering ervan en de follow-up.

Een Specialist ouderengeneeskunde (SO) heeft de regie over het hele medische behandelbeleid waar mondzorg ook onder valt. Daarom is goed overleg tussen tandarts en SO over behandelbeleid essentieel. Een tandarts is de specialist op het gebied van mondgezondheid en heeft een eigen professionele verantwoordelijkheid voor de adviezen op het gebied van mondzorg en hoe deze mondzorg zou moeten worden uitgevoerd.

Een tandarts met regiefunctie dient adequaat geschoold te zijn op het gebied van de gerodontologie (zie ook punt 1) en is in deze hoedanigheid binnen het team de aangewezen professionele mondzorgverlener om de complexiteit van de mondgezondheidsproblemen bij zorgafhankelijke kwetsbare ouderen te overzien en een daarbij passend mondzorgplan te maken. De intake van een nieuwe patiënt, het opstellen van en de regie over een mondzorg/behandelplan en de uitvoering daarvan is de verantwoordelijkheid van een regietandarts. Delegeren van verantwoordelijkheden kan niet, delegeren van taken wel, mits er wordt voldaan aan de wet BIG. De wet BIG schrijft voor dat bepaalde voorbehouden handelingen alleen onder bepaalde voorwaarden gedelegeerd mogen worden aan niet-BIG-geregistreerde professionele zorgverleners.

Een behandeling door een niet-BIG-geregistreerde gedelegeerde kan alleen in opdracht van een regietandarts plaatsvinden waarbij een duidelijk omschreven opdracht wordt gegeven. Dit dient ook in het zorgdossier vastgelegd te worden. Een gedelegeerde zorgverlener dient bekwaam te zijn en een tandarts dient per direct beschikbaar te zijn (dus in de directe

nabijheid) tijdens een (be)handeling door een gedelegeerde (KNMT, 2025). Wanneer aan een tandarts voorbehouden handelingen aan een mondhygiënist worden gedelegeerd, dient een regietandarts een opdracht te verstrekken en dit in het zorgdossier vast te leggen. Een mondhygiënist is functioneel zelfstandig; directe nabijheid van een tandarts is dan niet verplicht (NVM, 2025). Een tandarts blijft echter de regie en eindverantwoordelijk houden.

**4. Werk in het kader van de mondzorg bij zorgafhankelijke kwetsbare ouderen nauw samen met andere, bij de zorg van deze mensen betrokken, professionele zorgverleners.**

Denk daarbij aan huisarts, medisch specialist, de specialist ouderengeneeskunde (SO), praktijkondersteuner huisarts), logopedist, diëtist, ergotherapeut, wijkverpleegkundige, verpleegkundig specialist, psycholoog en apotheker. Bedenk dat voor mensen in een Wlz-instelling met een Wlz-indicatie voor behandeling inclusief verblijf geldt dat een SO de regiebehandelaar is (zie ook punt 8). Het advies over het mondzorgbeleid aan een SO wordt uitsluitend bepaald door een tandarts. Een tandarts (tandheelkundig regiebehandelaar) stelt voor een SO een mondzorgadvies op in de vorm van een mondzorgplan en bewaakt (in afstemming met een SO) de uitvoering ervan. Nauwe samenwerking en wederzijds vertrouwen en respect tussen tandarts en SO, en ook inzage in medicatielijsten en medische dossiers zijn noodzakelijk. Bij de samenwerking met andere zorgverleners (anders dan een SO) gaat het niet alleen om problemen op het raakvlak van de geneeskunde en de mondzorg, maar ook om problemen op het psychologische en sociale vlak. Dit geldt niet alleen voor reeds bestaande problemen, maar ook voor het voorkomen van complicaties (bijvoorbeeld vallen, delier, adaptatieproblemen, psychische problemen, nabloeding, ongewenste bijwerkingen van medicatie).

**5. Zorg voor een goede werkomgeving met adequate verlichting en goede apparatuur, waar ergonomisch gewerkt kan worden.**

De kwaliteit van mondzorg valt of staat daarmee. Het is dus niet alleen in het belang van de behandelende mondzorgverlener maar ook in het belang van de patiënt. Daarom is het belangrijk om in zorginstellingen een mondzorgkamer in te richten of een kamer te reserveren (met tenminste koud en warm stromend water, goede verlichting en geaarde elektriciteit) waar met mobiele apparatuur en een behandelstoel een goede werkplek gecreëerd kan worden voor professionele mondzorgverleners. Voor patiënten in de thuissituatie of in een Wlz-zorginstelling geldt dat alleen dan overgegaan kan worden tot mondzorg in de eigen kamer als de komst naar een praktijk of een als mondzorgkamer ingerichte werkruimte onmogelijk is of het vervoer naar een mondzorgkamer lastiger en tijdrovender dan een kleine handeling. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een prothesecontrole, vrijlijpen van een drukplek, controle van een slijmvliesafwijking enzovoort. Ook zijn er uiteraard gevallen waarbij mensen echt niet naar een tandartskamer kunnen komen. Dit kan het geval

zijn bij ernstige mobiliteitsproblemen of ernstig probleemgedrag. In het zorgdossier dient dan vermeld te worden waarom behandeling in de eigen kamer heeft plaats gevonden.

**6. Organiseer bij lastige ethische problematiek een moreel (ethisch) beraad met alle bij de behandeling betrokken professionele zorgverleners, de wettelijk vertegenwoordiger van een patiënt en indien mogelijk de patiënt zelf.** In de mondzorg voor zorgafhankelijke kwetsbare patiënten komen regelmatig ethische problemen voor (Schaub et al., 2019). Denk hierbij aan zorg verlenen tegen de wil van een patiënt in of het maken van een nieuwe prothese op nadrukkelijk verzoek van de familie. Het opzetten van een moreel beraad kan uitkomst bieden bij een dergelijk ethisch probleem. Wanneer er geen overeenstemming bestaat tussen een cliënt en diens vertegenwoordiger kan een cliënt zich laten bijstaan of laten vertegenwoordigen door een zogenoemde cliëntvertrouwenspersoon. Zowel in de Wlz als de WGBO is 'samen beslissen' een voorwaarde (*shared decision making*).

**7. Zorg voor goede spoedopvang bij klachten en complicaties op het gebied van mondgezondheid zodat altijd adequate (na)zorg beschikbaar is met een maximale aanrijdtijd van 1 uur indien acute fysieke mondzorg gewenst is.** Dit dient uiteraard in goed overleg met de medische dienst van een zorginstelling geregeld te worden. De medische dienst verzorgt veelal de triage en is de schakel tussen de verzorging/verpleging en een tandarts. Het beschikbaar hebben van een actuele lijst met contactgegevens van SO's, afdelingen en interne eindverantwoordelijken voor de mondzorg is daarbij van belang zodat in geval van problemen snel overleg kan plaatsvinden.

**8. Regel met een zorginstelling dat een tandarts inzage heeft in de relevante medische gegevens, waaronder een actueel medicatieoverzicht en allergieën, contactgegevens van de eerste contactpersoon en de zorgindicatie.** Maak ook afspraken over het verkrijgen van mutatiegegevens (patiënten die nieuw zijn of juist overleden) en hoe de communicatie verloopt tussen verpleegafdelingen en het mondzorgteam. Als een zorginstelling de toegang tot deze cruciale gegevens niet wil verlenen, ga dan in overleg hierover. Lukt het niet om inzage te krijgen omdat de instelling dit niet wil toestaan en zo de toegang tot cruciale informatie geblokkeerd wordt, stop dan met mondzorg te verlenen. Adequate informatie is cruciaal om veilig te kunnen werken. Cruciale informatie verstrekken valt onder de zorgplicht en het principe van 'goed hulpverlenerschap' zoals vastgelegd in de WGBO. Wel is het belangrijk dit goed te documenteren en betrokkenen te informeren.

**9. Zorg ervoor dat voor iedere patiënt een individueel mondzorgplan (inclusief mondverzorgingsplan) gemaakt wordt en laat dat deel uitmaken van het algemeen zorg(leef)plan.** Evalueer dit plan bij ieder controle bezoek. Hierin staat:

a. hoe de dagelijkse mondverzorging door de patiënt zelf

of de verzorgende gedaan moet worden. De dagelijkse mondverzorging hoort bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en is geen onderdeel van professionele zorg, maar de professionele mondzorgverlener is wel degene die aangeeft hoe die dagelijkse mondverzorging gedaan dient te worden. Hiervoor zijn ook kant-en-klare opties beschikbaar, zoals de poetsinstructiekaarten van TNO die in samenwerking met KNMT opnieuw zijn uitgegeven (TNO, 2008). Daarnaast staan er goede adviezen in de SKILZ-richtlijn (SKILZ, 2025). Ook is extra informatie te vinden op de website van de stichting De Mond Niet Vergeten (2025).

b. wat het mondzorgplan is; welke tandheelkundige handelingen worden geadviseerd of zijn noodzakelijk om een goede mondgezondheid te waarborgen. Streef hierbij niet naar perfectie, maar naar het redelijkerwijs haalbare binnen de complexiteit van de casuïstiek. Dit wordt passende zorg of *patient centered care* genoemd. Leer omgaan met de professionele (maatschappelijke) verantwoordelijkheid om gerodontologische zorg toegankelijk en (ook financieel) bereikbaar te houden. Zie ook de nog deels bestaande website van het College van Adviserend Tandartsen (CAT) voor meer verdiepende informatie op dit gebied. Het vervaardigen van uitgebreide restauratieve voorzieningen wordt bij complexe patiënten in principe niet gezien als doelmatig aangezien het cariësrisico hoog is en de nazorg moeizaam.

c. wat de zorgrichting is op het gebied van mondzorg en mondgezondheid. Hieronder wordt verstaan waar de komende tijd naartoe wordt gewerkt. Een zorgrichting die omschreven wordt als "*een gezonde mond*" is een open deur en wordt hier niet bedoeld. Met zorgrichting wordt bijvoorbeeld bedoeld "*behoud van de huidige gebitssituatie met eenvoudige middelen*", "*langzaam afbouwen van het gebit met hulp van uitneembare prothetische voorzieningen*", "*versneld afbouwen zonder prothetische voorzieningen*".

d. welke controletermijnen gehanteerd dienen te worden. Evalueer regelmatig het mondzorgplan en actualiseer waar nodig (zie ook punt 11).

**10. Evalueer regelmatig (minimaal 2 keer per jaar) met een leidinggevende van de medische dienst en/of een SO of de samenwerking op het gebied van de mondzorgverlening van beide kanten nog goed op elkaar afgestemd is.** Zijn er wederzijdse knelpunten? Wensen? Bespreek deze tijdens een evaluatie. Let wel: acute problemen dienen uiteraard onmiddellijk besproken te worden.

**Preventieve zorg**

**11. Werk proactief aan het voorkomen van mondgezondheidsproblemen.** Dit betreft vooral problemen die kunnen leiden tot pijn of daarmee gepaard gaan, maar ook esthetische problemen, functieproblemen (kauwen, slikken), mondgeur en slijmvliesproblemen. Deze proactieve houding is van groot

belang omdat zorgafhankelijke kwetsbare ouderen een lager zelfzorgniveau hebben en niet snel aan de bel trekken bij mondproblemen. Dit laat stehangt onder andere vaak samen met een verstoorde pijnbeleving, niet goed kunnen communiceren, een maskergelaat (Parkinson) en/of het chronisch gebruik van (sterke) pijnstillers. Het goed observeren van pijngedrag is noodzakelijk (pijn-specifieke gezichtsuitdrukkingen al dan niet na provocatie, lichaamshouding en vocalisaties) (Kunz et al., 2019; Strand et al., 2019; Helmer et al., 2020). Het tijdig signaleren van mondgezondheidsproblemen en ook het voorkomen van deze problemen door reguliere mondinspecties of preventieve maatregelen zoals het inzetten van aanvullende fluoride (bijvoorbeeld tandpasta met 5000 ppm fluoride) en/of chloorhexidine kan cariës en infectie afremmen dan wel voorkomen. De controlefrequentie van een preventief mondonderzoek voor dentate patiënten bedraagt normaliter 3-4 keer per jaar, voor edentate patiënten 1 keer per jaar en voor patiënten met een overkappingsprothese op implantaten 2 keer per jaar.

**12. Bekijk bij een preventief mondonderzoek of de dagelijkse mondverzorging daadwerkelijk wordt uitgevoerd door navraag te doen en in het patiëntendossier te kijken.**

De dagelijkse mondverzorging (ook die van de prothesen) valt onder de algemene dagelijkse levensverrichtingen en is geen taak voor professionele mondzorgverleners. Wanneer een oudere de eigen mondverzorging zelf niet meer kan uitvoeren, zal dit overgenomen moeten worden door betrokken verzorgenden. Het monitoren van de mondgezondheid en het geven van mondzorgadviezen (maximaal 1 keer per kwartaal) valt wel onder het takenpakket van de professionele mondzorgverlener. Eventueel kan een goedwillende mantelzorger ook betrokken worden (neem dan de naam en contactgegevens van deze persoon op in het dossier).

**Kleine chirurgische ingrepen**

**13. Verwijder (ontstoken) wortelresten, diep carieuze gebitselementen en parodontaal ernstig verzwakte gebitselementen, tenzij er duidelijke contra-indicaties zijn voor extraheren.** Deze gebitselementen zijn een bron van infectie met verhoogde kans op pijn en een ontsteking/abces. Zeker als er sprake is van slechte communicatieve vaardigheden en of een verstoorde pijnbeleving is verwijdering van potentiële pijn- en infectiebronnen zeer sterk aanbevolen. De toenemende kennis over de onderlinge relaties en associaties tussen orale en algemene gezondheid in de brede zin van het woord (medisch, psychisch en sociaal) onderstreept eveneens het belang van dit uitgangspunt (Hung M et al., 2019; De Smit MJ et al., 2023).

**14. Hecht in principe altijd na extractie en sluit eventueel een steriele gelatinespons of ander resorbeerbaar materiaal gaas met een hemostatische werking in.** Stolling kan, behalve door (zelfzorg)medicatie, ook ontregeld worden door factoren als overmatig alcoholgebruik en ondervoeding. Een tandarts dient zich hier altijd van te vergewissen en de behandeling

hierop aan te passen (KIMO, 2025). Zijn meerdere extracties nodig, dan wordt faseren sterk aanbevolen om de adaptatie aan de nieuwe situatie zo geleidelijk mogelijk te laten verlopen. Tevens is de ingreep daarmee minder invasief en de kans op complicaties minder groot. Het standaard hechten zal de kans op nabloedingen verkleinen bij deze toch al complexe doelgroep. Vraag verder aan verzorgenden om er op toe te zien bij mensen met dementie dat zij niet met hun vingers aan de extractiewond of hechtingen komen omdat dit de kans op nabloedingen verhoogt.

**Functieherstel**

**15. Houd behandeling en behandelopties zo eenvoudig mogelijk en ontwerp of modificeer restauratieve en prothetische voorzieningen dusdanig dat ze goed reinigbaar zijn.** Maak bijvoorbeeld geen complexe prothetische constructies en zorg dat wat er gemaakt wordt dusdanig is ontworpen dat het verder gemodificeerd kan worden zodra 1 of meerdere pijlers wegvallen. Daarmee wordt bedoeld dat kan worden voortgeborduurd op de initiële voorziening met eenvoudige aanpassingen. Denk aan het bijplaatsen van een gebitselement aan een partiële plaat- of frameprothese. Bij implantaten betekent dit dat de implantaatvoorzieningen zoveel mogelijk verschroefbaar of uitneembaar moeten zijn. Goede reinigbaarheid door derden is van groot belang.

**16. Vervang niet zomaar restauratieve of prothetische voorzieningen als deze verouderd zijn.** Hoe ouder de mens is en/of hoe meer cognitieve problemen er zijn, hoe moeilijker mensen kunnen wennen aan nieuwe prothetische en/of restauratieve voorzieningen (adaptatieproblemen). Daarnaast is er vaak sprake van afnemende coöperatie waardoor uitgebreide behandelingen onvoorspelbaar kunnen verlopen en zo een even onvoorspelbaar resultaat krijgen. Ook het irreversibel veranderen van oude uitneembare voorzieningen kan ernstige adaptatieproblemen veroorzaken. Als een aanpassing toch noodzakelijk is, maak dan eerst een duplicaat van de oude voorziening en probeer die te modificeren. Kan de patiënt niet wennen aan de aanpassingen, dan kan worden teruggevallen op de oude voorziening.

**Follow-up**

**17. Houd zorgafhankelijke kwetsbare ouderen onder controle bij mondzorg en zorg ervoor dat ze niet buiten beeld raken door proactief contact te houden.** Wees vooral alert op uitval wanneer er sprake is van toenemende kwetsbaarheid, afnemende mobiliteit en cognitieve problemen. Zorg tevens dat het netwerk van de zorgafhankelijke kwetsbare oudere patiënt (kinderen, mantelzorgers) in beeld is zodat daaruit mensen als contactpersoon kunnen fungeren indien rechtstreekse communicatie met een patiënt niet (meer) goed verloopt.

**18. Houd kosten en baten in evenwicht, zorg voor efficiënte en doelmatige zorg.** Voorkom onnodige zorg. Zorgafhankelijke kwetsbare oudere patiënten hebben daar baat bij: ze zijn in

de laatste fase van hun leven en die fase is doorgaans relatief kort. De zorgafhankelijke kwetsbare oudere kan bovendien de langere behandeltime vaak niet meer opbrengen, waardoor de coöperatie en vervolgens het behandelresultaat slecht is. Ook de eerdergenoemde adaptatieproblemen maken het behandelresultaat onvoorspelbaar. Voorkom dat onnodig veel tijd, geld en energie wordt gestoken in zorg waar de oudere niet bij gebaat is en die onnodige stress en belasting geeft. Kortom: zorg voor zinnige zorg en onderbouw de gekozen strategie met argumenten, vastgelegd in het zorgplan en het behandeljournalaal.

In het kort:

- Streef naar gezond en pijnvrij met zo eenvoudig mogelijke middelen in zo kort mogelijke tijd;
- Geef geen mondverzorgingsinstructies en eventueel bijbehorende voedingsadviezen aan ouderen met cognitieve problemen omdat dit niet beklijft. Leg belangrijke informatie vast in een zorgdossier en bespreek die met de zorgmedewerkers;
- Maak geen complexe restauratieve en/of prothetische voorzieningen;
- Wees terughoudend met het maken van restauraties als er een slechte mondhygiëne en/of een slecht voedingspatroon is wat niet verbeterd kan worden;
- Vervaardig geen nieuwe prothetische voorzieningen als er sprake is van adaptatieproblemen;
- Lever geen herhaalde uitgebreide drie maandelijks parodontale zorg (driemaandelijks diepe scaling, rootplaning of parodontale chirurgie) als er sprake is van een slechte mondhygiëne, tenzij er sprake is van pus of zwelling bij implantaten en/of gebitselementen die niet verwijderd kunnen worden;
- Vermijd het hoogfrequent professioneel appliceren van fluoride;
- Vermijd het veelvuldig monitoren van goed functionerende uitneembare voorzieningen.

### Tot slot

Het moge duidelijk zijn dat professionele mondzorgverleners altijd met de beste bedoelingen zorg leveren. De auteurs willen de lezers nadrukkelijk uitnodigen om met elkaar en de auteurs van deze leidraad in gesprek te gaan. Uiteindelijk is de zorgafhankelijke kwetsbare oudere daarmee het beste gediend.

### Begrippenlijst

**ADL** – Algemene dagelijkse Levensverrichtingen

**Andere zorgverleners** – Alle zorgverleners die geen tandheelkundige achtergrond hebben (thuiszorgmedewerker, verpleegkundige, verzorgende, ergotherapeut)

**KIMO** – Kennisinstituut Mondzorg (samenwerkingsverband tussen KNMT en wetenschappelijke verenigingen)

**Moreel beraad** – Een gesprek waarin de deelnemers gezamenlijk een ethische kwestie uit hun werk bespreken. Zij doen dit gestructureerd, aan de hand van een gespreksmethodiek en

met behulp van een gespreksleider.

**Professionele mondzorgverlener** – Tandarts (met of zonder differentiatie of specialisatie), mondhygiënist (met of zonder differentiatie), tandprotheticus, preventie-assistent (alleen onder de verlengde arm van een tandarts)

**PZNL** – Stichting Palliatieve Zorg Nederland

**SKILZ** – Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg

**SO** – Specialist Ouderengeneeskunde

**TNO** – Nederlandse organisatie voor Toegepast-Natuurwetenschappelijk Onderzoek

**Verenso** – Vereniging van specialisten ouderengeneeskunde

**VP** – Verpleegkundig Specialist. Alleen registratie in het Verpleegkundig Specialisten Register maakt iemand tot verpleegkundig specialist. Wie hierin staat geregistreerd, is bevoegd om de wettelijk beschermde beroepstitel verpleegkundig specialist te voeren en de voorbehouden handelingen te verrichten die de wetgever aan het specialisme heeft verbonden.

**WGBO** – Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst

**Wlz** – Wet landelijke zorg, voorheen de AWBZ

**Wlz-instelling** – Instelling waar mensen met een zorgzwaarteprofiel van 5 of hoger worden opgenomen (ook wel verpleeghuis genoemd)

**Wzd** – Wet zorg en dwang

**ZZP** – Zorgzwaarteprofiel (voorheen Zorgzwaartepakket)

### Summary

#### **Guidelines for oral care for vulnerable care-dependent elderly in a Wlz institution (long-term care act-institution); a consensus statement**

For many dentists working in oral care for highly vulnerable elderly in Wlz care institutions, it is not always clear how to provide optimal care and what is or isn't expected of them in terms of actions or decisions. Oral care for this group differs from regular oral care in a standard dental practice, where the relationship between the caregiver and the patient is typically one-on-one. In care institutions, multiple parties are involved in the care of a single patient, and various factors must be considered when providing treatment. In addition to caring for the patient, dentists must also take into account legal representatives, geriatric specialists, care staff, and laws and regulations, such as the Care and Coercion Act (Wet zorg en dwang). Therefore, oral care for elderly in care institutions is fundamentally always a form of multidisciplinary care. This guideline has been written by a group of experts and aims not only to support oral care providers in Wlz institutions but also to create uniformity in how oral care should be provided.

- Chen X, D'Souza V, Yu L. The oral health status of residents with different cognitive and dental-related functions in three North Carolina assisted living facilities. *Gerodontology* 2019; 36: 142-148. <https://doi.org/10.1111/ger.12391>.
- College Adviserend Tandartsen; <https://college-at.nl/wetten-en-regels/> (geraadpleegd 16-09-2025)
- De Mond Niet Vergeten. Mondgezondheid voor ouderen. <https://demondnietvergeten.nl> (geraadpleegd 19-09-2025)
- Ghanbari-Jahromi M, Bastani P, Jalali FS, Delavari S. Factors affecting oral and dental services` utilization among elderly: a scoping review. *BMC Oral Health* 2023; 23: 597. <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03285-4>.
- Helmer LML, Weijenberg RAF, de Vries R, et al. Crying out in pain—a systematic review into the validity of vocalization as an indicator for pain. *Eur J Pain* 2020; 24: 1703-1715. <https://doi.org/10.1002/ejp.1623>
- Hoeksema AR, Peters LL, Raghoobar GM, Meijer HJA, Vissink A, Visser A. Health and quality of life differ between community living older people with and without remaining teeth who recently received formal home care: a cross sectional study. *Clin Oral Investig* 2018; 22: 2615-2622. <https://doi.org/10.1007/s00784-018-2360-y>.
- Hung M, Moffat R, Gill G, et al. Oral health as a gateway to overall health and well-being: Surveillance of the geriatric population in the United States. *Spec Care Dentist* 2019; 39: 354-361. <https://doi.org/10.1111/scd.12385>.
- KIMO. Richtlijn antitrombotica 2023. <https://www.hetkimo.nl/richtlijnen/antitrombotica/introductie/> (geraadpleegd 22-09-2025)
- KIMO. Richtlijn mondzorg aan huis 2021; <https://www.hetkimo.nl/richtlijnen/2024-mondzorg-voor-aan-huis-gebonden-kwetsbare-ouderen/introductie/>
- KIMO. Richtlijn wortelcaries 2019; <https://www.hetkimo.nl/richtlijnen/wortelcaries-bij-ouderen/introductie/> (geraadpleegd 25-01-2025)
- KIMO. Richtlijn Xerostomie en polyfarmacie 2021; <https://www.hetkimo.nl/richtlijnen/2024-xerostomie-en-hyposialie-gerelateerd-aan-medicatie-en-polyfarmacie-2021/introductie/> (geraadpleegd 18-01-2025)
- KNMT. Voorbehouden handelingen en taakdelegatie. <https://knmt.nl/voor-patienten/het-beroep-tandartsassistent/voorbehouden-handelingen-en-taakdelegatie> (geraadpleegd 15-09-2025)

Voor de volledige literatuurlijst zie het online artikel.

Uit 'de afdeling gerodontology van het universitair Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde en UMC in Groningen, <sup>2</sup>de afdeling Gerodontology van de faculteit Tandheelkunde van de Radboud universiteit in Nijmegen, <sup>3</sup>de afdeling Bijzondere tandheelkunde, sectie gerodontology van CBT de Vogellanden in Zwolle, <sup>4</sup>de sectie Orale Geneeskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie van het Amsterdam UMC en <sup>5</sup>de sectie Orofaciale Pijn en Disfunctie van het ACTA in Amsterdam

P.C. Bots-van 't Spijker  
J. ten Bruggencate  
A. Feilzer  
E. Grutterink-van Dam  
R. Goldsweer  
G. van der Heijden  
B. Janssen  
R. Koop  
C.D. van der Maarel-Wierink  
B.C. van Munster  
G.J. van der Putten  
J.W. Prakken  
K. Parisius  
S.M. Pruntel  
C.M. Riechelmann  
A. Scholte  
M.J. de Smit  
N. Teeuwisse  
A. Valentijn  
L. Weening-Verbree  
N. Ying-Verberkt  
T.G.M. Zuidgeest

Voor expertise en affiliatie van coauteurs zie het online artikel.

**Datum van acceptatie:**

12 november 2025

**Adres:**

mw. prof. dr. A. Visser, UMCG,  
Hanzeplein 1, 9713 GZ Groningen  
[a.visser@umcg.nl](mailto:a.visser@umcg.nl)

## Auteursinformatie



**A. Visser<sup>1,2</sup>**



**W.Ph.L. van Ouwkerk<sup>3</sup>**



**F.R. Rozema<sup>4</sup>**



**F. Lobbezoo<sup>5</sup>**