

'mondzorg, hoe wordt het mogelijk?'

'een onderzoek om tot een implementatiestrategie te komen
voor mondzorg door verzorgend personeel aan cliënten in verpleeghuizen'

Student:	L.F. Weening-Verbree, Universiteit van Utrecht
Studentnummer:	3082083
Begeleider:	L. Schoonhoven, IQ Healthcare, UMC St Radboud Nijmegen
Instelling:	Verpleeghuis 'Het Zonnehuis' te Zuidhorn, onderdeel van Zonnehuisgroep Noord
Blokgroepdocent:	H. van Os-Medendorp
Blok:	Blok 6, Uitvoering afstudeerproject
Datum en plaats:	03-07-2009, Groningen
Aantal woorden:	4772 (3000-5000)
Aantal woorden samenvatting:	296
Aantal woorden summary:	287
Tijdschrift:	Verpleegkunde, refereerstijl Vancouver
Status:	Definitief onderzoeksartikel

Samenvatting – ‘Mondzorg, hoe wordt het mogelijk?’

Inleiding. Mondzorg in verpleeghuizen is onvoldoende. Er zijn richtlijnen voor mondzorg opgesteld, maar tot nu toe is onduidelijk hoe implementatie zou moeten plaatsvinden.

Het doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een implementatiestrategie om mondzorg in te voeren in verpleeghuizen. De vraagstelling is: waar moet een implementatiestrategie voor het invoeren van een richtlijn voor mondzorg bij cliënten in verpleeghuizen zich op richten en uit welke elementen moet de implementatiestrategie bestaan?

Methode. Cliënten en verzorgend personeel uit 1 Nederlands verpleeghuis werden geïncludeerd in het onderzoek. De mondgezondheid van cliënten werd gescreend, onder andere middels de MucosalPlaqueScore. Er werd door verzorgend personeel een ‘Checklist Mondzorg’ en een ‘Kennistest’ ingevuld om mondzorg en kennis in kaart te brengen. Om belemmerende en bevorderende factoren voor mondzorg uitvoeriger te onderzoeken, werden 2 focusgroepinterviews gehouden met verzorgenden.

Resultaten. De mondgezondheid van verpleeghuiscliënten bleek voor cliënten met een eigen gebit onacceptabel. Voor mondzorg bleek 60% van de cliënten zorgafhankelijk te zijn. Mondverzorging vindt te weinig plaats, hoewel basismiddelen beschikbaar zijn. Kennis van verzorgend personeel was redelijk op peil. Belemmeringen zijn gerelateerd aan verzorgend personeel (kennis/ vaardigheden, attitude, persoonlijkheid, gewoonten), maar vooral aan cliënten (gedrag, gewoonten) en de organisatie (gebrek aan middelen, taakverdeling en ontbreken van advies over mondzorg).

Conclusie. Een implementatiestrategie om mondzorg in te voeren zou zich moet richten op cliënten met een eigen gebit. Het continu aanmoedigen van mondzorg is nodig, door reminders, feedback van collega’s, gebruik van een toolbox en een verantwoordelijke op de afdeling. Nieuwe manieren van scholing zouden de kennis kunnen verbeteren, door posters, e-learning of gebruik van intranet. Advies van tandheelkundige professionals zou verzorgend personeel kunnen helpen bij de mondverzorging en signalering.

Aanbevelingen. De gevonden implementatiestrategieën zouden op effectiviteit getest kunnen worden. Er zouden specifieke interventies kunnen worden geformuleerd om in de praktijk toe te passen.

Trefwoorden: mondgezondheid, mondzorg, verpleeghuiscliënten, implementatiestrategie, belemmeringen.

Abstract – ‘Oral health care, how will it become possible?’

Introduction. Oral health care in nursing homes is insufficient. Guidelines have been made, but it seems unclear how oral health care should be implemented. The aim of this study is to develop an implementation strategy to implement oral health care in nursing homes. The research question is: what should be the focus of an implementation strategy and which elements should this strategy include?

Methods. Clients and nursing home staff of one Dutch nursing home were included. The mouth of clients was examined, for instance with the MucosalPlaqueScore. Nursing staff completed a ‘Checklist Oral Health Care’ and a ‘Knowledge Test’, to describe the oral health care and the knowledge of nursing staff. Two focus group interviews were held to investigate what barriers and stimulations staff experience, giving oral health care.

Results. The oral health of clients with their own teeth was unacceptable. Sixty percent of the clients seemed to be care dependent of oral health care. Oral health care was not applied enough, however basic utensils were available. Knowledge of nursing home personnel was relatively good. Barriers are related to nursing staff (knowledge/ skills, attitude, personality, habits), but mostly to clients (behaviour, habits) and the organisation (lack of utensils, task distribution and lack of advice).

Conclusions. An implementation strategy to implement oral health care should focus on clients with their own teeth. Continuous stimulation of oral health care is needed, through reminders, feedback of colleagues, usage of a toolbox and a focal point. New ways of schooling could improve knowledge through posters, e-learning or the use of intranet. Dental professionals should advise staff about oral health care and observation.

Recommendations. The implementation strategies that have been found should be tested in practise and specific interventions could be developed.

Keywords: oral health, oral health care, nursing home clients, implementation strategy, barriers.

1 Inleiding

Achtergrond

Kalsbeek et al constateerden in 2002 dat de mondzorg in verpleeghuizen in Nederland onvoldoende is (1). Bij 40% van de cliënten met een eigen gebit en bij 10% van de cliënten met een prothese was de mond sterk verontreinigd door voedselresten, plaque of tandsteen (1). Bij kwetsbare verpleeghuiscliënten kunnen de gevolgen van een slechte mondgezondheid ernstig zijn, zoals het ontstaan van ondervoeding, vochttekort, pneumonie, gewrichtsinfecties en hart- en vaatziekten (2). Mondzorg is nodig voor een goede mondgezondheid (2, 3). Zorgafhankelijke cliënten zijn een bijzonder kwetsbare groep wat de mondgezondheid betreft, omdat zij ook voor mondzorg afhankelijk zijn van verzorgend personeel.

Het is te verwachten dat de vraag naar mondzorg in de toekomst zal stijgen, omdat het aantal prothesedragers in de leeftijdscategorie 45- tot 64-jarigen afneemt (1, 4). In verpleeghuizen is dit percentage momenteel ongeveer 70% (1). Daarnaast zal de mondzorg die per cliënt nodig is, toenemen (1, 5).

Om mondzorg in instellingen te bevorderen zijn richtlijnen en protocollen ontwikkeld voor verzorgend personeel (2, 3, 6-9). Het is echter niet zo dat de aanwezigheid van richtlijnen en protocollen een goede mondgezondheid van cliënten garandeert (1, 2, 10). De nieuwste Nederlandse richtlijn is de 'Richtlijn voor mondzorg bij zorgafhankelijke cliënten', uit 2007 (3). De richtlijn beschrijft verschillende cliëntgroepen in verpleeghuizen, de mondzorg en de middelen die daarbij passen en mondzorg als onderdeel van de zorgstructuur (3). Deze richtlijn zal worden ingevoerd in Nederlandse verpleeghuizen. Hoe de implementatie in de praktijk het best uitgevoerd kan worden is onduidelijk.

Uit literatuur over implementatie van mondzorg in instellingen blijkt dat implementatiestrategieën die tot nu toe zijn toegepast, voornamelijk bestonden uit scholing en instructie en niet eenduidig effectief zijn (11-24). Daarnaast blijkt dat verzorgend personeel belemmeringen ervaren, waarmee weinig rekening wordt gehouden in de keuze van een implementatiestrategie. Voorbeelden van belemmerende factoren die vooral voorkomen zijn: negatieve attitude van verzorgend personeel (12, 21, 25-28), gebrek aan kennis van verzorgend personeel (10, 24-26, 29-31), niet meewerken van cliënten (21, 22, 25-27, 29-33) en een hoge werkdruk (24, 27, 30-33). Volgens Grol en Wensing zou bij implementeren van een innovatie, in dit geval mondzorg, rekening moeten worden gehouden met de belemmeringen van verzorgenden en met de verpleeghuissetting (34). In het implementatiemodel van Grol en Wensing worden ter voorbereiding op de implementatie allereerst de omvang van het probleem en

de afwijkingen van de nieuwe werkwijze in kaart gebracht. Daarna volgt een goede diagnostische analyse van de knelpunten in de doelgroep en setting (34).

Probleemstelling

In instellingen is de mondzorg vaak onvoldoende, hoewel er richtlijnen voor mondzorg zijn. Dat komt omdat implementatie van mondzorg vaak niet echt effectief is. Er wordt bij implementatie te weinig rekening gehouden met knelpunten in de doelgroep en de setting. In een nieuwe Nederlandse richtlijn voor mondzorg is een grote rol weggelegd voor de verzorgend personeel, terwijl uit de literatuur blijkt dat verzorgend personeel belemmeringen ervaart bij het uitvoeren van mondzorg. Daarom is het voor een effectieve implementatie van de richtlijn voor mondzorg belangrijk om een implementatiestrategie te ontwikkelen die gebaseerd is op een diagnostische analyse van de doelgroep en setting. Deze analyse moet gericht zijn op het in kaart brengen van de situatie van de mond van verpleeghuiscliënten en mondzorg die door verzorgend personeel wordt geleverd en belemmeringen die zij ervaren bij het uitvoeren van mondzorg.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het ontwikkelen van een effectieve implementatiestrategie om mondzorg in te voeren in verpleeghuizen, wat kan bijdragen aan het verbeteren van de mondgezondheid van verpleeghuiscliënten.

Vraagstelling

Waar moet een implementatiestrategie voor het invoeren van een richtlijn voor mondzorg bij cliënten in verpleeghuizen zich op richten en uit welke elementen moet de implementatiestrategie bestaan?

De volgende deelvragen worden beantwoord om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden:

1. Welke problemen zijn er in de mondgezondheid van verpleeghuiscliënten en de mondzorg door verzorgend personeel?
2. Wat zijn knelpunten of belemmerende factoren voor verzorgend personeel, die de mondzorg verlenen?

2 Methode

Onderzoeksdesign

De mondgezondheid van cliënten en mondzorg door verzorgend personeel en hun kennis over mondzorg/ mondgezondheid worden kwantitatief beschreven. Dit is een passend onderzoeksdesign omdat het onderzoek niet experimenteel of verklarend is (35). Een

aantal belemmerende factoren om mondzorg uit te voeren zijn al bekend uit de literatuur over implementatie van mondzorg, daarom is kwalitatieve exploratie van deze belemmeringen niet nodig. De belemmeringen in de doelgroep en setting worden benoemd, geteld en geordend op kwantitatieve wijze.

Steekproef

De onderzoeksvraag heeft betrekking op verpleeghuizen in Nederland, waar verzorgend personeel de mondzorg uitvoert en verantwoordelijk is voor de mondgezondheid van cliënten. De onderzoekspopulatie bestaat uit verpleeghuiscliënten en verzorgend personeel. Een poweranalyse om de grootte van de steekproef te bepalen is niet van toepassing, omdat er niet gezocht wordt naar een effect (35). Daarom zijn zoveel mogelijk cliënten en verzorgend personeel geïncludeerd uit één verpleeghuis (35). Er is een gelegenheidssteekproef genomen op instellingsniveau, omdat de instelling waar het onderzoek heeft plaatsgevonden op grond van beschikbaarheid en haalbaarheid is gekozen. Binnen deze steekproef is een quotasteekproef genomen; van elke afdeling zijn cliënten geïncludeerd omdat de afdelingen gezien worden als strata in de steekproef. Op deze manier zijn cliënten van alle afdelingen vertegenwoordigd in de steekproef. De mondgezondheid van alle cliënten die toestemming hebben gegeven of waarvoor toestemming is gegeven door de wettelijke vertegenwoordigers, is in kaart gebracht. Daarnaast is het aanwezige verzorgend personeel die op het moment van het onderzoek op de afdeling aanwezig was, geïncludeerd. Aan twee focusgroepen om belemmeringen uit te diepen namen 6 verzorgenden van verschillende afdelingen deel. Zij hadden zich op vrijwillige basis aangemeld.

Er is conform de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) deelnemersinformatie verstrekt aan de cliënt zelf, of aan hun wettelijke vertegenwoordiger wanneer de cliënt zelf niet in staat was om toestemming voor het onderzoek te verlenen. Verzorgend personeel is per afdeling gevraagd om te participeren via de afdelingshoofden of een ander contactpersoon van de afdeling. Alle gegevens zijn anoniem verwerkt en de privacy van deelnemers is gewaarborgd in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Het onderzoek is voorgelegd aan de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC), die het onderzoek niet WMO-plichtig (Wet Medisch Onderzoek met mensen) achtte.

Inclusiecriteria

Om zoveel mogelijk cliënten te includeren en om een representatief beeld te geven van het verpleeghuis zijn van alle afdelingen van het verpleeghuis cliënten geïncludeerd in het onderzoek. Verzorgend personeel is geïncludeerd wanneer ze dagelijks verzorging uitvoerden bij cliënten.

Mondgezondheid van cliënten

De mondgezondheid van cliënten werd in kaart gebracht met behulp van een screeningslijst 'Screeningslijst Cliënten', een voor dit onderzoek samengestelde lijst, gebaseerd op de NVVA-richtlijn (3). Omdat de 'Screeningslijst Cliënten' niet gevalideerd is, heeft een bespreking van de lijst plaatsgevonden in een projectgroep voor mondzorg, waarna de lijst is aangepast. De projectgroepleden zijn: enkele verzorgenden, een kwaliteitsmedewerker, een verpleeghuisarts en de onderzoeker. De 'Screeningslijst Cliënten' vraagt naar leeftijd, geslacht, aandoeningen, (vroegere) rookgewoonten, medicatiegebruik en dieet, om een beeld te schetsen van de onderzoekspopulatie en hun gezondheid. Medicatie is nagezocht op orale bijwerkingen volgens het Geneesmiddelenbulletin Orale bijwerkingen (36). Verder werden cliënten onderzocht op de aanwezigheid van plaque, de conditie van de mucosa (slijmvliezen en tandvlees), cariës (tandbederf), candidiasis (schimmelinfectie), monddroogte en functies van de mond (3). Er werd aangegeven of cliënten hun eigen gebit hadden of een prothese en of ze voor mondzorg afhankelijk waren van verzorgend personeel.

Om plaque en mucosa te scoren werd in de 'Screeningslijst Cliënten' het instrument de mucosal-plaque score (MPS) opgenomen (37). De MPS is een gevalideerd meetinstrument dat toepasbaar is voor cliënten met en zonder eigen gebit en/ of een prothese. Het instrument is eenvoudig en snel en daarom geschikt voor verpleeghuiscliënten. Het instrument is betrouwbaar gebleken voor verschillende zorgverleners; de Cohen's kappa varieerde van 0,47 tot 0,80 en de meeste waarden bereikten 0,60 (37).

De MPS bestaat uit 2 onderdelen, namelijk de mucosal score (MS) en de plaque score (PS). Beide onderdelen worden gescoord op een schaal van vier punten, waarbij 1 is gezond tandvlees / geen zichtbare plaque en 4 gevorderde tandvleesontsteking/ veel plaque. De opgetelde scores vormen MPS score. MPS is goed of acceptabel als MPS = 2-4, onacceptabel als MPS = 5-6 en slecht als MPS = 7-8. In een onderzoek naar validiteit werd, wanneer men twijfelde of de MS of PS 1 of 2 gegeven moest worden, naar beneden gescoord. Bij twijfel over score 3 of 4 werd naar boven gescoord. Dit voorkwam clustering van data (37). In dit onderzoek is dezelfde werkwijze toegepast, wanneer de onderzoeker twijfelde tussen de scores 1 of 2, of 3 of 4.

De 'Screeningslijst Cliënten' is door de onderzoeker, die mondhygiënist is en ervaring heeft met screenen zonder tandartsapparatuur, afgenomen. Er werd kort in de mond van cliënten gekeken met een penlite lampje en wanneer het lastig was om de mond te inspecteren, werd een handschoen aangedaan of een houten spatel gebruikt. De screening nam enkele minuten per cliënt in beslag. Cliënten die weigerden of tegenstribbelden werden niet gedwongen om mee te werken en dit werd genoteerd.

Mondzorg door verzorgend personeel en kennis over mondzorg/ mondgezondheid

Om de mondzorg te beschrijven werd een checklist 'Checklist Mondzorg' opgesteld voor verzorgend personeel. De inhoud van de NVVA-richtlijn was uitgangspunt voor de 'Checklist Mondzorg' (3). De 'Checklist Mondzorg' is niet getest op betrouwbaarheid en validiteit. Om de betrouwbaarheid te vergroten is de 'Checklist Mondzorg' besproken in de eerder genoemde projectgroep. De NVVA-richtlijn geeft invulling aan items als: frequentie van mondverzorging, inzet van middelen voor mondzorg, mondzorg voor cliënten met specifieke problemen en de rol van mondzorg in de zorgstructuur (3). Deze items zijn opgenomen in de 'Checklist Mondzorg'.

Naast de mondzorg werd de kennis van verzorgend personeel in kaart gebracht, omdat gebrek aan kennis van verzorgend personeel in de literatuur een veel voorkomende belemmerende factor bleek (10, 24-26, 29-31). In de literatuur worden Engelstalige kennistoetsen voor mondzorg gebruikt bij verzorgend personeel, maar deze zijn niet gevalideerd en op betrouwbaarheid getest (12, 21, 22). Op basis van kennis die in de richtlijn naar voren komt en op basis van de testen in de literatuur, is een Nederlandse 'Kennistest' samengesteld. De 'Kennistest' die in dit onderzoek werd gebruikt is zodoende niet op validiteit en betrouwbaarheid getest. Voorafgaand aan het onderzoek zijn proefafnames gedaan van de 'Kennistest' en vervolgens is na bespreking een stelling toegevoegd over sondevoeding. Er is gekozen voor 26 meerkeuzevragen, die met 'juist', 'onjuist' of 'weet niet' dienden te worden beantwoord.

De 'Checklist Mondzorg' en de 'Kennistest' zijn via de afdelingshoofden en andere contactpersonen op de afdeling verspreid onder verzorgend personeel.

Belemmerende en bevorderende factoren om mondzorg te verlenen

Om belemmeringen om mondzorg te verlenen in kaart te brengen die verzorgend personeel ervaren werd gekozen om een semi-gestructureerd focusgroepinterview van ongeveer een uur te houden met twee groepen van 6 verzorgenden of verpleegkundigen (34). Focusgroepen bestaan veelal uit groepen van 4 of meer personen (35). Hier werd gekozen voor 2 groepen van 6 personen, om verzorgend personeel van alle afdelingen te kunnen includeren. Aan de hand van uit de literatuur bekende belemmeringen zijn richtinggevende vragen gesteld. In de interviews werd gevraagd welke factoren de meeste invloed hebben en welke factoren bevorderend kunnen zijn, volgens verzorgend personeel. Van tevoren werd een interviewhandleiding opgesteld. De interviews werden opgenomen op een memorecorder.

Data-analyse

Er zijn 3 clusters gemaakt van de verschillende afdelingen, omdat op verschillende afdelingen vergelijkbare cliëntgroepen zijn opgenomen: psychogeriatric (PG), somatiek

(Som) en niet aangeboren hersenletsel/ beademing (NAH). Geslacht, leeftijd, medicijngebruik, dieet en (vroegere) rookgewoontes, aandoeningen, cariës, candidiasis, monddroogte, de aan- of afwezigheid van een prothese en functies van de mond zijn door beschrijvende statistiek weergegeven. De gemiddelde MPS score, uitgesplitst in MS en PS, is per cluster en voor cliënten met een eigen gebit uitgerekend.

De frequenties van de checklisten zijn berekend en daaruit blijkt welke middelen op de afdeling aanwezig zijn volgens verzorgenden en hoe zij mondzorg in de zorgstructuur zien. Of mondzorg onderdeel is van het zorgplan van cliënten was onderdeel van de 'Screeningslijst Cliënten' en deze uitkomsten werden vergeleken met wat verzorgend personeel invulden over dit onderwerp op de 'Checklist Mondzorg'.

De 'Kennistest' is nagekeken en per cluster is berekend hoeveel goede antwoorden zijn gegeven. Daarnaast is een score op een schaal van 1 tot 10 uitgerekend per verzorgende, waarbij score 1 zwaar onvoldoende is, score 6 voldoende en score 10 foutloos. Er werd een 0,25 punt afgetrokken van de score, wanneer 'weet niet' werd ingevuld.

De interviews werden na elkaar afgeluisterd en daarbij zijn belemmerende factoren beschreven en geteld hoe vaak deze genoemd werden. Ook is aangegeven welke invloed deze factoren voor de verzorgenden had, op basis van wat verzorgend personeel zei. Wanneer verzorgend personeel een factor erg belangrijk vond, werd een +++ gegeven en +/- was neutraal. Na het benoemen en tellen werden gevonden factoren ingedeeld: factoren gerelateerd aan individuele hulpverleners, sociale context, organisatorische context, en economische en juridische context (34). De begeleider was peer reviewer bij het analyseren van de interviews.

3 Resultaten

Mondgezondheid van cliënten

Van de 213 cliënten is er door 120 cliënten of hun wettelijk vertegenwoordigers toestemming gegeven voor deelname. Redenen om niet deel te willen nemen zijn niet bekend. Bij alle 120 cliënten is de 'Screeningslijst Cliënten' afgenomen. In tabel 1 zijn de algemene kenmerken en medische kenmerken van cliënten beschreven en in tabel 2 is te zien hoe de mondgezondheid van cliënten was. [Tabel 1 en 2.](#)

De helft van de cliënten van de NAH/ beademing afdeling gebruikt medicatie die een slechte adem of smaakverandering kan veroorzaken. Ruim 90% van alle cliënten gebruikt medicatie die een droge mond of stomatitis (ontsteking van het mondslijmvlies) kunnen veroorzaken. Het betrof met name 'maagbeschermers', 'bloeddruk- en cholesterolverlagers' en 'antidepressiva'. Van de onderzochte cliënten heeft 30% een droge mond en ervaren ongeveer 20% van de cliënten klachten of pijn en een derde ruikt niet fris uit de mond. De meest voorkomende klacht was een loszittende onderprothese. Bijna alle cliënten hebben aangegeven dat ze goed konden kauwen en

bijten, lachen, praten en spoelen. Candidiasis werd bij 3% van de cliënten gezien. Tussen de 6 en de 29% van de cliënten rookt nu en zij roken gemiddeld 12 sigaretten per dag. Er werd 1 cliënt gevonden die medicinale cannabis rookte. Van de psychogeriatric- cliënten rookte 60% nooit en 19% niet op dit moment. Ruim 60% van de cliënten heeft geen dieet. De meest voorkomende diëten bleken 'diabetes', 'energieverrijkt' en 'sondevoeding'. Die laatste werd bij 15% van de cliënten van de afdeling NAH/beademing gevonden. De gemiddelde MPS van alle cliënten is net onder de score 4 en deze score wordt met name bepaald door de PS, die hoger is dan de MS. De MPS van cliënten met een eigen gebit was hoger dan die van cliënten met een prothese: PG-clieënten scoorden 5,1, NAH-clieënten 4,7 en somatische cliënten 5,2. Bij meer dan 40% van deze cliënten was onbehandelde cariës aanwezig. Geen van de deelnemende cliënten bleek een overkappingsprothese of implantaten te dragen. Het percentage prothesedragers was 65%. Zestig procent van alle cliënten bleek voor mondzorg afhankelijk van verzorgend personeel.

Mondzorg door verzorgend personeel en hun kennis over mondzorg/ mondgezondheid

De 'Checklist Mondzorg' had een respons van 41%: 82 van de 200 checklisten werden ingevuld en ingeleverd. In tabel 3 zijn de uitkomsten van de 'Checklist Mondzorg' weergegeven en ter vergelijking is het item van de 'Screeningslijst Cliënten' over mondzorg in het zorgplan, ook opgenomen. [Tabel 3](#). Meer dan 90% van het verzorgend personeel zegt dat er tandenborstels, tandpasta, prothesebakjes en handschoenen op de afdeling aanwezig zijn en 40% zegt dat er ook protheseborstels aanwezig zijn. Minder dan 10% van het verzorgend personeel zegt dat middelen als azijn, fluoridespoelmiddel, floss/stokers/ragers, tongschrapers, aanwezig zijn. Een reinigingstablet voor prothesen werd bij 'andere middelen', ingevuld; ongeveer 10%. Ook noemde verzorgend personeel een merknaam van chloorhexidine. Enkelen schreven als opmerking dat cliënten zelf voor middelen als tandenborstels moeten zorgen. Mondverzorging wordt volgens meer dan 90% van het verzorgend personeel 's avonds gedaan. Ongeveer de helft van het verzorgend personeel zegt dat dit ook wel/ of voor of na het ontbijt plaatsvindt en een kwart zegt dat mondverzorging plaatsvindt als dat uitkomt of dat het moment wisselend is. De frequentie is lager dan 2 keer per dag. Ruim de helft van het verzorgend personeel zegt dat er speciale mondzorg is voor cliënten met een eigen gebit, een prothese, of wanneer cliënten terminaal zijn. Een enkeling zegt dat er ook specifieke mondverzorging is voor cliënten met slikproblemen. Verzorgend personeel geeft verdeeld antwoord op de vraag over 'wie verantwoordelijk is voor mondzorg en wie veranderingen in de mond van cliënten moet signaleren'; deze percentages lopen erg uiteen. Ruim 40% vult bij verantwoordelijkheid voor mondzorg cliënten en/ of de tandarts in. Op de somatische afdelingen vindt 15% van het verzorgend personeel dat mondzorg de

verantwoordelijkheid is van familie. Er werd door driekwart van het verzorgend personeel ingevuld dat mondzorg in het zorgplan van een cliënt is opgenomen, uit de 'Screeningslijst Cliënten' bleek dit percentage iets meer dan 25%.

Van de 'Kennistest' werden 83 van de 200 testen ingevuld en ingeleverd, een respons van 42%. Stellingen die vooral goed werden ingevuld waren de stellingen over 'medicijngebruik en invloed op de mond', 'tandvleesaandoening onder de prothese', 'prothesen en mondinfecties', 'prothesereiniging met een tablet', 'mondzorg en kwaliteit van leven', en 'sondevoeding en mondzorg'. Deze laatste werd door alle respondenten goed ingevuld. Stellingen die door ongeveer 40% of meer verzorgenden of verpleegkundigen niet goed werden beantwoord gingen over 'het 's nachts inhouden van een prothese', 'tandartsbezoek door prothesedragers', 'diabetes en mondzorg', 'bacteriën en prothese dragen', 'invloed van mondgezondheid op het lichaam', 'etiologie van mondaandoeningen als gaatjes, tandvleesaandoeningen en vieze mondgeur'. De gemiddelde score op de kennistest die is afgenomen bij verzorgenden is 7,6 (SD 1,3); een 'ruim voldoende'. Ruim 10% van het verzorgend personeel scoort een onvoldoende (lager dan 6). Tussen de clusters was weinig verschil in kennisniveau. Geen van de respondenten scoorde foutloos.

Belemmerende en bevorderende factoren om mondzorg te verlenen

Aan de 2 focusgroepinterviews hebben 5 en 7 verzorgenden deelgenomen en zij werkten op verschillende afdelingen. In de tabellen 4 en 5 zijn belemmerende en bevorderende factoren opgenomen die zij noemden tijdens de focusgroepinterviews. [Tabel 4 en 5](#). In de tabellen is aangegeven welke mate van invloed de factoren hadden volgens de verzorgenden en waar de factoren aan gerelateerd zijn. De grootste belemmeringen voor verzorgenden zijn factoren die gerelateerd zijn aan de sociale context (cliënten) en de organisatie. Cliënten willen bijvoorbeeld geen mondverzorging, omdat ze dat niet gewend zijn of de noodzaak niet begrijpen door hun ziektebeeld (gedrag en gewoonten). In de organisatie bleken vooral een tekort aan middelen voor mondzorg en het ontbreken van een verantwoordelijk persoon belemmerend te zijn. Andere belangrijke belemmeringen waren gerelateerd aan verzorgend personeel, zoals persoonlijkheid en normen van een verzorgende (attitude), een gebrek aan kennis/ vaardigheden en gewoontes.

Voorbeelden zijn 'signaleren van mondproblemen is moeilijk' en 'mondzorg is niet ingebed in de ADL/ geen routine'. Mondzorg zou blijvend aangemoedigd moeten worden volgens verzorgenden. Bevorderingen die verzorgenden noemden zijn vooral gerelateerd aan de sociale- of organisatorische context, zoals het aanmoedigen van mondzorg, besprekingen houden met het team, mondzorg in het zorgplan en een structurele adviesfunctie van een tandheelkundige professional. Twee andere belangrijke

bevorderende factoren waren 'meer kennis over signaleren van mondproblemen' en specifieke aandacht geven op de afdeling, aan mondzorg'.

4 Discussie

De onderzoeksvragen voor dit onderzoek hadden betrekking op de richting van een implementatiestrategie en de elementen waaruit een implementatiestrategie zou moeten bestaan, om mondzorg in verpleeghuizen in te voeren. Daarom werd de mondgezondheid van cliënten en de mondzorg door verzorgend personeel in kaart gebracht en de bevorderende en belemmerende factoren, om mondzorg te verlenen.

Uit de screening van cliënten bleek dat de mondzorg tekort schiet. De Plaquescore was vrij hoog, met een score van 2,10. In een Vlaams onderzoek in verpleeghuizen werd een Plaquescore van iets meer dan 2 gevonden, op een schaal van 0-3 voor eigen gebit en de plaquescore voor prothesedragers was ook iets meer dan 2, op een schaal van 0-4 (38). In dit onderzoek werd plaque gekleurd (waardoor meer plaque gezien wordt dan op het oog). Een derde van de cliënten had een droge mond en bijna een vijfde van de cliënten gaf klachten of pijn aan. De meest voorkomende klacht was een loszittende prothese. In een onderzoek van Kalsbeek et al. geeft 30% van de cliënten aan dat ze last hebben van een loszittende onderprothese en meer dan 50% van de cliënten zegt een droge mond te hebben (1). In het onderzoek van DeVisschere et al. had 30% van de cliënten nog eigen tanden of kiezen (38), wat enigszins vergelijkbaar is met de cijfers van dit onderzoek. De MPS score van de cliënten met een eigen gebit is onacceptabel en meer dan 40% had cariës. In andere onderzoeken wordt ook een slechtere mondgezondheid waargenomen bij cliënten met een eigen gebit, vergeleken met de prothesedragers (1, 38). Daarnaast bleek uit de screening dat een groot deel van de cliënten voor mondzorg afhankelijk is van verzorgend personeel.

Uit de 'Checklist Mondzorg' bleek dat mondverzorging te weinig plaatsvindt: minder dan 2 keer per dag. De meest essentiële middelen voor mondverzorging bleken aanwezig, zoals tandenborstels. Andere middelen zijn er vrijwel niet. DeVisschere et al. vinden vergelijkbare resultaten: protheseborstels waren voor 20% van de cliënten aanwezig en stokers, floss, ragers en spoelmiddelen waren vrijwel niet beschikbaar (38).

Spoelmiddelen en andere middelen kunnen helpen bij cliënten waarvan de mond moeilijk verzorgd kan worden (3), zodat men 'creatief' kan zijn om toch een goede mondgezondheid te bewerkstelligen.

Uit de focusgroepinterviews bleek dat signaleren van mondproblemen moeilijk is en dat cliënten niet mee willen of kunnen werken wanneer de mond verzorgd wordt. In de literatuur wordt deze laatste belemmering ook vaak genoemd (21, 22, 25-27, 29-33). Wanneer een mondhygiënist of tandarts (als consultants) vaardigheidstraining, hands-on training en advies zou geven aan verzorgend personeel, zouden praktische adviezen kunnen worden gegeven voor de mondverzorging van de individuele cliënt (34).

Kennis van verzorgend personeel was redelijk op peil, hoewel 10% een onvoldoende scoort en niemand was foutloos. Het kennisniveau van verzorgend personeel in het onderzoek van Reed et al. was lager dan in dit onderzoek; er werd een 6,7 gescoord op een kennistest van 20 vragen (21). Er werden vooral fouten gemaakt over droge mond/ cariës, hygiëne en gezondheid/ voeding en mondgezondheid (21). De vragen over etiologie werden ook door verzorgend personeel uit dit onderzoek vaker fout beantwoord. Verzorgend personeel in de test van Reed et al. wist meer over prothese-zorg en over systemische aandoeningen en mondgezondheid (21), dan in dit onderzoek. In het onderzoek van Frenkel et al. was prothese-zorg, net als in dit onderzoek, een onderwerp waarop niet goed werd gescoord (12). Een vorm van scholing is dus nodig, wat ook uit ander onderzoek blijkt (10, 24-26, 29-31). Het verspreiden van korte boodschappen, bijvoorbeeld via posters of gebruik van intranet, kan verzorgend personeel op de hoogte brengen van een verandering in mondzorg (34). Actieve zelfstudie, zoals e-learning, zou mogelijk professioneel handelen kunnen veranderen (34). Deze vormen van scholing zouden effectief kunnen zijn, maar in de literatuur over implementatie van mondzorg zijn ze nog niet toegepast. Omdat verzorgenden aangegeven hebben dat mondzorg continu onder de aandacht gebracht moet worden zouden reminders, feedback van collega's en een toolbox moeten worden ingezet (34). Het aanstellen van een verantwoordelijke voor mondzorg (als sleutelfiguur) op de afdeling zou een oplossing kunnen zijn om mondzorg meer in de zorgstructuur in te bedden (34), omdat nu onduidelijk is wie verantwoordelijk is voor mondzorg en wie veranderingen moet signaleren. Ook zal een implementatiestrategie organisatorische elementen moeten bevatten, om het ontbreken van een standaardformulier in het zorgplan en een gebrek aan middelen op te lossen. De belemmerende factor 'hoge werkdruk', die in ander onderzoek veel werd gevonden (24, 27, 30-33), bleek in dit onderzoek niet echt een probleem. Verzorgenden gaven aan dat mondzorg alleen onder tijdsdruk komt te staan bij onderbezetting of ziekte.

Er zijn enkele beperkingen te noemen in het onderzoek. Een daarvan is de Gelegenheidssteekproef, die niet representatief is voor de doelpopulatie. Om een uitspraak te kunnen doen die geldend is voor alle verpleeghuizen in Nederland, zouden meerdere verpleeghuizen uit Nederland moeten worden geïnccludeerd. In verband met de haalbaarheid van het onderzoek is 1 verpleeghuis gekozen, wat ervoor zorgt dat de uitkomsten van dit onderzoek niet direct generaliseerbaar zijn voor andere verpleeghuizen.

De respons is niet hoog, iets meer dan 40% van verzorgend personeel en 56% van de cliënten heeft geparticipeerd. Dit wordt mogelijk veroorzaakt doordat geen reminders zijn verstuurd en doordat deelnemers zijn geworven tijdens de kerstperiode. Het is mogelijk dat in de onderzochte cliëntengroep met name gemotiveerde cliënten zijn opgenomen en

cliënten van wie de wettelijk vertegenwoordigers zich ook verantwoordelijk voelen voor mondzorg. Het is daarnaast mogelijk dat cliënten met een slechtere mondgezondheid, die zich schamen voor hun gebit of die te ziek waren, niet hebben meegedaan aan het onderzoek. De mondgezondheid van cliënten is in werkelijkheid mogelijk slechter. Dit vermoedden ook Kalsbeek et al. (1). Uit de 'Screeningslijst Cliënten' bleek dat 35% van de cliënten een eigen gebit had. Dit percentage is iets hoger dan in ander onderzoek (1, 5, 38). Vermoedelijk wordt dit veroorzaakt doordat ook cliënten die beademd worden zijn geïnccludeerd; zij zijn jonger en hebben vaak nog een eigen gebit. Een andere reden zou kunnen zijn dat de instelling in een gemeente staat met een relatief hoge sociaal economische status (4).

Van de gebruikte meetinstrumenten is alleen de MPS een gevalideerd en betrouwbaar meetinstrument. Omdat slechts kort in de mond werd gekeken met een penlite lampje, is het niet ondenkbaar dat bijvoorbeeld nog meer cliënten met een eigen gebit cariës hebben. De andere meetinstrumenten, de 'Checklist' en de 'Kennistest' en overige items van de 'Screeningslijst Cliënten', zijn niet middels onderzoek gevalideerd. Door bespreking, aanpassing en proefafnames die zijn gedaan, is de betrouwbaarheid vergroot. Bovendien zijn de instrumenten gebaseerd op de NVVA-richtlijn (3) en andere literatuur. Door voorafgaand aan de focusgroepinterviews een interviewhandleiding op te stellen, de interviews op te nemen en doordat de analyses zijn gedaan met een peer reviewer, werd de betrouwbaarheid van deze resultaten vergroot.

5 Conclusie

De mondgezondheid van de onderzochte verpleeghuiscliënten bleek met name voor cliënten met een eigen gebit onacceptabel en een groot deel van de cliënten blijkt voor mondzorg afhankelijk van verzorgend personeel. Mondverzorging wordt te weinig gedaan en verzorgend personeel weet niet goed waarop gelet moet worden bij mondverzorging. Signalering blijkt moeilijk. Belemmeringen zijn ten dele gerelateerd aan verzorgend personeel, zoals hun kennis/ vaardigheden, attitude, persoonlijkheid en gewoonten, maar vooral aan gedrag en gewoonten van cliënten en aan de organisatie (gebrek aan middelen, taakverdeling en ontbreken van advies over mondzorg). Een effectieve implementatiestrategie om mondzorg in te voeren in verpleeghuizen, zou zich moeten richten op deze problemen in de doelgroep en setting. De resultaten zijn niet direct generaliseerbaar naar andere verpleeghuizen in Nederland. Er is 1 verpleeghuis geïnccludeerd en gebruikte meetinstrumenten zijn niet gevalideerd. Toch is met dit onderzoek meer inzicht verkregen om mondzorg in te voeren in verpleeghuizen, in een vergelijkbare situatie. Er is verbetering van de mondgezondheid van cliënten mogelijk door vooral aandacht te besteden aan cliënten met een eigen gebit en aan mondverzorging in het algemeen. De frequentie van mondverzorging zal omhoog

gebracht moeten worden. Door middelen aan te bieden kan mondverzorging voor cliënten 'creatief' opgepakt worden.

Omdat veel cliënten voor mondzorg afhankelijk zijn van verzorgend personeel en omdat zij het moeilijk vinden om met gedrag en gewoonten van cliënten om te gaan, moet een implementatiestrategie zich op verzorgend personeel richten. De adviesfunctie van tandheekkundige professionals zou vaker moeten worden aangewend, om verzorgend personeel te ondersteunen in de mondzorg en om hen te helpen mondproblemen te signaleren. Mondzorg zou continu onder de aandacht gebracht moeten worden door reminders, feedback van collega's en een toolbox op de afdeling. Zo kan mondzorg meer een gewoonte worden van verzorgend personeel, zodat mondzorg écht bij de dagelijkse zorg voor cliënten gaat horen. Organisatorische elementen van een implementatiestrategie zouden een standaardformulier in het zorgplan en een standaard voorraad van middelen voor mondzorg kunnen zijn. Scholing gericht op verzorgend personeel zou via posters, e-learning of gebruik van intranet kunnen plaatsvinden. Om mondzorg meer in de zorgstructuur in te bedden zou een verantwoordelijke voor mondzorg kunnen worden ingezet.

6 Aanbevelingen

In een vervolgonderzoek zou de effectiviteit van de gevonden implementatiestrategieën door een voor- en nameting onderzocht kunnen worden, in meerdere verpleeghuizen. Dan kan een uitspraak gedaan worden voor de gehele Nederlandse verpleeghuissetting. Daarbij zou gekeken moeten worden naar het effect op de mondgezondheid van cliënten en de kwaliteit van de mondverzorging door verzorgend personeel. Ook zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op het formuleren en uitproberen van specifieke interventies gericht op verzorgend personeel, als onderdeel van implementatie van mondzorg in verpleeghuizen. In de praktijk zou verzorgend personeel zich meer kunnen gaan richten op de mondverzorging van cliënten met een eigen gebit, omdat zij een slechtere mondgezondheid hebben. Ook kunnen de nu gevonden strategieën worden toegepast om de mondzorg nu alvast meer aandacht te geven in het verpleeghuis.

Referenties

- (1) Kalsbeek H, Schuller AA, Kivit MM, de BC. [Oral health care in nursing and old people's homes and institutions for the mentally handicapped]. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006 Mar;113(3):90-5.
- (2) Coleman P. Improving oral health care for the frail elderly: a review of widespread problems and best practices. *Geriatr Nurs* 2002 Jul;23(4):189-99.
- (3) Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen. Richtlijn mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen 2007; *website van de NVVA*, Opgehaald 1-09-2008, van <http://nvva.artsennet.nl>.
- (4) Centraal Bureau voor de Statistiek. 2008; *website van het centraal bureau voor de statistiek*. Opgehaald 7-10-2008, van www.cbs.nl.
- (5) Abbink E, Dekker den J. Rapport Signalement Mondzorg. Diemen: College voor Zorgverzekeringen; 2005.
- (6) Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam. Handboek integrale mondzorg voor verpleeg- en verzorgingshuizen regio Amsterdam. 2006.
- (7) Roberts J. Developing an oral assessment and intervention tool for older people: 1. *Br J Nurs* 2000 Oct 12;9(18):1124-7.
- (8) Roberts J. Developing an oral assessment and intervention tool for older people: 2. *Br J Nurs* 2000 Oct 12;9(18):2033-8, 2040.
- (9) Roberts J. Developing an oral assessment and intervention tool for older people: 3. *Br J Nurs* 2000 Oct 12;9(18):2073-8.
- (10) Vanobbergen JN, De Visschere LM. Factors contributing to the variation in oral hygiene practices and facilities in long-term care institutions for the elderly. *Community Dent Health* 2005 Dec;22(4):260-5.
- (11) Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Improving oral health in institutionalised elderly people by educating caregivers: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001 Aug;29(4):289-97.
- (12) Frenkel H, Harvey I, Needs K. Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002 Apr;30(2):91-100.

- (13) Isaksson R, Paulsson G, Fridlund B, Nederfors T. Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. Part II: Clinical aspects. *Spec Care Dentist* 2000 May;20(3):109-13.
- (14) MacEntee MI, Wyatt CC, Beattie BL, Paterson B, Levy-Milne R, McCandless L, et al. Provision of mouth-care in long-term care facilities: an educational trial. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007 Feb;35(1):25-34.
- (15) Mojon P, Rentsch A, Budtz-Jorgensen E, Baehni PC. Effects of an oral health program on selected clinical parameters and salivary bacteria in a long-term care facility. *Eur J Oral Sci* 1998 Aug;106(4):827-34.
- (16) Nicol R, Petrina SM, McHugh S, Bagg J. Effectiveness of health care worker training on the oral health of elderly residents of nursing homes. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005 Apr;33(2):115-24.
- (17) Paulsson G, Fridlund B, Holmen A, Nederfors T. Evaluation of an oral health education program for nursing personnel in special housing facilities for the elderly. *Spec Care Dentist* 1998 Nov;18(6):234-42.
- (18) Paulsson G, Soderfeldt B, Nederfors T, Fridlund B. The effect of an oral health education program after three years. *Spec Care Dentist* 2003;23(2):63-9.
- (19) Pyle MA, Massie M, Nelson S. A pilot study on improving oral care in long-term care settings. Part I: Oral health assessment. *J Gerontol Nurs* 1998 Oct;24(10):31-4.
- (20) Pyle MA, Massie M, Nelson S. A pilot study on improving oral care in long-term care settings. Part II: Procedures and outcomes. *J Gerontol Nurs* 1998 Oct;24(10):35-8.
- (21) Reed R, Broder HL, Jenkins G, Spivack E, Janal MN. Oral health promotion among older persons and their care providers in a nursing home facility. *Gerodontology* 2006 Jun;23(2):73-8.
- (22) Simons D, Baker P, Jones B, Kidd EA, Beighton D. An evaluation of an oral health training programme for carers of the elderly in residential homes. *Br Dent J* 2000 Feb 26;188(4):206-10.
- (23) Wardh I, Berggren U, Andersson L, Sorensen S. Assessments of oral health care in dependent older persons in nursing facilities. *Acta Odontol Scand* 2002 Dec;60(6):330-6.

- (24) Wardh I, Berggren U, Hallberg LR, Andersson L, Sorensen S. Dental auscultation for nursing personnel as a model of oral health care education: development, baseline, and 6-month follow-up assessments. *Acta Odontol Scand* 2002 Jan;60(1):13-9.
- (25) Frenkel HF. Behind the screens: care staff observations on delivery of oral health care in nursing homes. *Gerodontology* 1999 Dec;16(2):75-80.
- (26) Johnson TE, Lange BM. Preferences for an influences on oral health prevention: perceptions of directors of nursing. *Spec Care Dentist* 1999 Jul;19(4):173-80.
- (27) Pyle MA, Nelson S, Sawyer DR. Nursing assistants' opinions of oral health care provision. *Spec Care Dentist* 1999 May;19(3):112-7.
- (28) Wardh I, Andersson L, Sorensen S. Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. *Gerodontology* 1997 Jul;14(1):28-32.
- (29) Chalmers JM, Robinson J, Nankivell N. The practical oral care video--evaluation of a dental awareness month initiative. *Aust Dent J* 2005 Jun;50(2):75-80.
- (30) Wardh I, Hallberg LR, Berggren U, Andersson L, Sorensen S. Oral health care--a low priority in nursing. In-depth interviews with nursing staff. *Scand J Caring Sci* 2000;14(2):137-42.
- (31) Wardh I, Hallberg LR, Berggren U, Andersson L, Sorensen S. Oral health education for nursing personnel; experiences among specially trained oral care aides: one-year follow-up interviews with oral care aides at a nursing facility. *Scand J Caring Sci* 2003 Sep;17(3):250-6.
- (32) Coleman P, Watson NM. Oral care provided by certified nursing assistants in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2006 Jan;54(1):138-43.
- (33) MacEntee MI, Thorne S, Kazanjian A. Conflicting priorities: oral health in long-term care. *Spec Care Dentist* 1999 Jul;19(4):164-72.
- (34) Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. 3 ed. Maarssen: 2006.
- (35) Polit DF, Beck CT. *Nursing Research, Principles and methods*. 7 ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia: 2004.

- (36) Swart EL, Waal van der I, Wilhelm AJ. Orale bijwerkingen van Geneesmiddelen. *Gebu* 2001 (dec); 35: 133-137.
- (37) Henriksen BM, Ambjornsen E, Axell TE. Evaluation of a mucosal-plaque index (MPS) designed to assess oral care in groups of elderly. *Spec Care Dentist* 1999 Jul;19(4):154-7.
- (38) DeVisschere LM, Grooten L, Theuniers G, Vanobbergen J. Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions – a cross-sectional study. *Gerodontology* 2006 Jun;23:195-204.

Tabel 1 algemene en medische kenmerken van gescreende verpleeghuiscliënten

Variabele	PG	Som	NAH	Totaal
Populatie (totaal)*	92 (43%)	74 (35%)	47 (22%)	213 (100%)
Respondenten*	47 (22%)	39 (18%)	34 (16%)	120 (56%)
Geslacht – vrouw	37 (79%)	23 (59%)	15 (44%)	75 (65%)
Leeftijd in jaren gemiddeld, SD	81 (10,6)	71 (14,5)	60 (17,1)	72 (16,3)
Aandoeningen**				
- CVA, NAH, etc	14 (30%)	20 (51%)	14 (41%)	48 (40%)
- Dementie, etc	36 (77%)	1 (3%)	0 (0%)	37 (31%)
- Depressie, etc	5 (11%)	1 (3%)	0 (0%)	6 (5%)
- Cognitie/ Korsakov	4 (9%)	3 (8%)	3 (9%)	10 (8%)
- Epilepsie	3 (6%)	2 (5%)	0 (0%)	5 (4%)
- Hartfalen, etc	9 (19%)	8 (21%)	1 (3%)	18 (15%)
- Diabetes	5 (11%)	9 (23%)	0 (0%)	14 (12%)
- COPD, etc	3 (6%)	7 (18%)	2 (6%)	12 (10%)
- Botbreuken, etc.	5 (11%)	0 (0%)	4 (12%)	9 (8%)
- Parkinson	1 (2%)	2 (5%)	0 (0%)	3 (3%)
- Atrose/ reuma	6 (13%)	5 (13%)	3 (9%)	14 (12%)
- Hypertensie/ cholester.	5 (11%)	8 (21%)	1 (3%)	14 (12%)
- Spina Bifida, etc	0 (0%)	8 (21%)	2 (6%)	10 (8%)
- Spierafwijkingen	0 (0%)	0 (0%)	8 (24%)	8 (7%)
- Darmaandoeningen	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1%)
Medicatie**				
- droge mond	41 (87%)	38 (97%)	32 (94%)	111 (93%)
- mucosa afwijkingen	28 (60%)	31 (79%)	19 (56%)	78 (65%)
- lichenoïde reacties	28 (60%)	31 (79%)	22 (65%)	81 (68%)
- stomatitis	41 (87%)	39 (100%)	29 (85%)	109 (91%)
- smaakverandering	27 (57%)	31 (79%)	19 (56%)	77 (64%)
- speekselklierafwijking	6 (13%)	5 (13%)	2 (6%)	13 (11%)
- speekselvloed	3 (6%)	5 (13%)	2 (6%)	10 (8%)
- slechte adem	24 (51%)	13 (33%)	17 (50%)	54 (45%)
- tandvleeshyperplasie	6 (13%)	3 (8%)	3 (9%)	12 (10%)
- candida	7 (15%)	9 (23%)	12 (35%)	28 (23%)
Aantal medicijnen gemiddeld, SD	7,3 (3,9)	8,8 (3,4)	8,5 (3,7)	8,1 (3,7)
Roken - vroeger	3 (6%)	16 (41%)	12 (35%)	31 (26%)
- nu	3 (6%)	6 (15%)	10 (29%)	19 (16%)
- nooit	28 (60%)	16 (41%)	10 (29%)	54 (45%)
- weet niet	4 (9%)	0 (0%)	2 (6%)	6 (5%)
- nu niet	9 (19%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (8%)
Roken aantal nu, gemiddeld per dag	14	15	9	11,6
Dieet**- geen	34 (72%)	23 (59%)	21 (62%)	78 (65%)
- gemalen	1 (2%)	3 (8%)	2 (6%)	6 (5%)
- diabetes	4 (9%)	5 (13%)	1 (3%)	10 (8%)
- energieverrijkt	4 (9%)	3 (8%)	2 (6%)	9 (8%)
- sondevoeding	0 (0%)	2 (5%)	5 (15%)	7 (6%)

* verdeling populatie/ respondenten per afdeling

** meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 2 Mondsituatie van cliënten

Variabele	PG	Som	NAH	Totaal
MPS, gemiddeld, SD	3,67 (1,7)	4,18 (1,6)	3,64 (1,5)	3,83 (1,6)
MS, gemiddeld, SD	1,77 (0,9)	1,87 (0,8)	1,67 (0,7)	1,77 (0,8)
PS, gemiddeld, SD	2,00 (1,1)	2,33 (1,0)	1,97 (1,0)	2,10 (1,0)
Eigen gebit onder	17 (36%)	18 (46%)	15 (44%)	50 (42%)
Eigen gebit boven	13 (28%)	15 (39%)	13 (38%)	41 (34%)
Boven- of onderprothese	33 (70%)	24 (62%)	21 (62%)	78 (65%)
Partiële prothese b/o	4 (9%)	3 (8%)	3 (8%)	10 (8%)
Geen prothese/ eigen	1 (2%)	0 (0%)	1 (3%)	2 (2%)
Cariës*	7 (41%)	8 (44%)	4 (27%)	19 (40%)
Monddroogheid	14 (30%)	17 (44%)	12 (35%)	43 (36%)
Candidiasis	1 (2%)	1 (3%)	1 (3%)	3 (3%)
Normale mondgeur	30 (64%)	26 (67%)	22 (65%)	78 (65%)
Klachten	5 (11%)	4 (10%)	8 (24%)	17 (14%)
Pijn	2 (4%)	3 (8%)	0 (0%)	5 (4%)
Kauwen goed	46 (98%)	36 (92%)	27 (79%)	109 (91%)
Lachen goed	47 (100%)	39 (100%)	31 (91%)	117 (98%)
Praten goed	47 (100%)	33 (85%)	30 (88%)	110 (92%)
Bijten goed	46 (98%)	35 (90%)	28 (82%)	109 (91%)
Spoelen goed	47 (100%)	36 (92%)	31 (91%)	114 (95%)
Weet niet klachten/pijn	14 (30%)	1 (3%)	1 (3%)	16 (13%)
Zorgafhankelijk	32 (68%)	24 (62%)	16 (47%)	72 (60%)
Deels zorgafhankelijk	5 (11%)	1 (3%)	3 (9%)	9 (8%)
Niet gescreend**	4 (9%)	0 (0%)	1 (3%)	5 (4%)

* van de cliënten met een eigen gebit

** cliënt was ziek, stribbelde tegen of wilde niet meedoen aan de screening van de mond

Tabel 3 Middelen voor mondverzorging, mondzorg in de zorgstructuur.

Variabele	PG	Som	NAH	Totaal
Respons	37 (45%)	26 (32%)	19 (23%)	82 (100%)
Mond in zorgplan	13 (28%)*	9 (23%)*	11 (32%)*	33 (28%)*
Tandenborstels	36 (97%)	26 (100%)	17 (90%)	79 (96%)
Protheseborstels	15 (41%)	11 (42%)	7 (37%)	33 (40%)
Elektrische borstels	23 (62%)	25 (96%)	13 (68%)	61 (74%)
Prothesebakjes	37 (100%)	25 (96%)	18 (95%)	80 (98%)
Vloeibare zeep	15 (41%)	7 (27%)	5 (26%)	27 (33%)
Azijn	1 (3%)	0 (0%)	2 (11%)	3 (4%)
Tandpasta	36 (97%)	26 (100%)	18 (95%)	80 (98%)
Kindertandpasta	22 (60%)	13 (50%)	4 (21%)	39 (48%)
Fluoridespoelmiddel	13 (35%)	12 (46%)	8 (42%)	33 (40%)
Fluoridespoelmiddel	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Fysiologisch zout	3 (8%)	4 (15%)	5 (26%)	12 (15%)
Floss/stokers/ragers	3 (8%)	0 (0%)	2 (11%)	5 (6%)
Tongschrapers	0 (0%)	0 (0%)	4 (21%)	4 (5%)
Gaasjes/ dentaswab	27 (73%)	15 (56%)	14 (74%)	56 (68%)
Kunstspeeksel	3 (8%)	3 (12%)	2 (11%)	8 (10%)
Handschoenen	37 (100%)	24 (92%)	18 (95%)	79 (96%)
Vaseline	30 (81%)	20 (77%)	16 (85%)	66 (81%)
Bekers	31 (84%)	22 (85%)	16 (85%)	69 (84%)
Bekentje spoelen	30 (81%)	21 (81%)	17 (90%)	68 (83%)
Anders/ Steradent	6 (16%)	0 (0%)	1 (5%)	7 (9%)
Moment mondzorg **				
- na het ontbijt	7 (19%)	5 (19%)	12 (63%)	24 (29%)
- voor het ontbijt	17 (46%)	15 (58%)	10 (53%)	42 (51%)
- voor het slapen	35 (95%)	25 (96%)	16 (84%)	76 (93%)
- na eten	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
- wanneer dat uitkomt	8 (22%)	2 (8%)	1 (5%)	11 (13%)
- anders, als de cliënt dat wil	3 (8%)	0 (0%)	4 (21%)	7 (9%)
- wisselend	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	2 (2%)
Frequentie mondzorg **				
- 1x per dag	22 (60%)	19 (73%)	4 (21%)	45 (55%)
- 2x per dag	15 (41%)	9 (35%)	9 (47%)	33 (40%)
- andere frequentie, nl wisselend	2 (5%)	3 (12%)	7 (37%)	12 (15%)
Speciale mondzorg **				
- eigen gebit	22 (60%)	17 (65%)	6 (32%)	45 (55%)
- prothese	20 (54%)	17 (65%)	7 (37%)	44 (54%)
- vegetatieve cliënten	6 (16%)	3 (12%)	9 (47%)	18 (22%)
- terminale cliënten	24 (65%)	15 (58%)	7 (37%)	46 (56%)
- die mondzorg weigeren	4 (11%)	6 (23%)	2 (11%)	12 (15%)
Signalering mond **				
- verzorgenden	35 (95%)	25 (96%)	18 (95%)	78 (95%)
- tandarts	23 (62%)	18 (69%)	10 (53%)	51 (62%)
- verpleeghuisarts	8 (22%)	8 (31%)	7 (37%)	23 (28%)
- praktijkverpl.kundige	9 (24%)	5 (19%)	2 (11%)	16 (20%)
- iemand anders/ familie	10 (27%)	3 (12%)	5 (26%)	18 (22%)
- iemand anders/ cliënt	1 (3%)	3 (12%)	2 (11%)	6 (7%)
Mondzorg **				
- in MDO	6 (16%)	8 (31%)	3 (16%)	17 (21%)
- in zorgplan	27 (73%)	19 (73%)	11 (58%)	57 (70%)
- in richtlijn	14 (38%)	9 (35%)	3 (16%)	26 (32%)
Verantwoordelijkheid **				
- van personeel	25 (68%)	22 (85%)	14 (74%)	61 (74%)
- van tandarts	7 (19%)	15 (58%)	6 (32%)	28 (35%)
- van iedereen	28 (76%)	11 (42%)	10 (53%)	49 (60%)
- van cliënten	7 (19%)	13 (50%)	15 (79%)	35 (43%)
- iemand anders, familie	1 (3%)	4 (15%)	0 (0%)	5 (6%)

* uit 'Screeningslijst Cliënten', n=120 totaal, PG n= 47, Som n=39, NAH n=34

** meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 4 Belemmerende factoren, uit de focusgroepinterviews.

BELEMMERENDE FACTOR	PRIORITEIT
<i>Gerelateerd aan individuele hulpverleners (vaardigheden/ kennis/ attitude/ normen/ persoonlijkheid/ waarden)</i>	
Verzorgend personeel kan moeilijk signaleren of in de mond van cliënten zien wat ze uitvoeren	++
Kennisgebrek en scholingsgebrek van verzorgend personeel over signaleren mondproblemen, vooral voor zorgafhankelijke cliënten	+++
Verzorgend personeel wil niet dwingen/ wig gebruiken (belevingsgericht), is onmachtig	++
Mondzorg kost teveel tijd of men denkt dat het teveel tijd kost	+
Verzorgend personeel ervaren een tekort aan individuele, toepasbare adviezen van tandheelkundige professionals	+++
Hoe/ of mondzorg gedaan wordt is iets persoonlijks/ normen en waarden van de verzorgende/ eigen manier van handelen	+++
<i>Gerelateerd aan sociale context (gedrag/ persoonlijkheid/ normen cliënten)</i>	
Selecte groep cliënten wil/ kan niet meewerken door ziektebeeld	+++
Eigen verantwoordelijkheid voor mondverzorging bij cognitief goed functioneren cliënten/ eigen norm voor mondverzorging	+++
Cliënten doen mondverzorging soms zelf, terwijl ze dit niet goed meer kunnen/ willen niet geholpen worden	++
Mondgeur cliënten is niet fris	+
Cliënt slikt tandpasta door/ lastig te verzorgen/ heeft pijn/ wil niet verzorgd worden/ mondverzorging wil niet lukken	+
Cliënten vinden mondverzorging onprettig	++
<i>Gerelateerd aan organisatorische context (cultuur, wijze van organisatie, aanwezigheid personeel, middelen, beleid)</i>	
Mondzorg heeft geen prioriteit/ wordt wel eens vergeten, is hetzelfde als scheren, nagels knippen en haren doen	++
Mondzorg is geen onderdeel van het zorgplan/ wensplan	+
Mondzorg is niet op alle afdelingen verweven in de ADL/ niet ingebed in het handelen	++
Ziekte of onderbezetting maken dat mondverzorging wordt vergeten/ minder uitgebreid wordt gedaan	++
Drempel om advies te vragen aan tandheelkundige professionals is nog hoog	++
Gebrek aan middelen (bij cliënten) en geen standaard voorraad	+++
<i>Gerelateerd aan economische context (financiën)</i>	
Kosten voor professionele tandartszorg zijn niet geregeld voor cliënten van de revalidatieafdeling	+

+++ heel belangrijk, ++ belangrijk, + beetje belangrijk, +/- neutraal

Tabel 5 Bevorderende factoren, uit de focusgroepinterviews.

BEVORDERENDE FACTOR	PRIORITEIT
<i>Gerelateerd aan individuele hulpverleners (vaardigheden/ kennis) en aan sociale context (cultuur, houding en mening van collega's, gedrag cliënten, mening sleutelfiguren)</i>	
Meer kennis over middelen en over goed signaleren van mondproblemen	+++
Specifieke aandacht op de afdeling geven aan mondzorg	++
Bespreken in het team/ elkaar wijzen op mondverzorging	++
Steeds aanmoedigen van mondzorg, het is geen routine of er is juist sprake van een andere routine dan de gewenste	+++
Verzorgenden kunnen cognitief goede cliënten wijzen op mondverzorging (sturend werken) en belevingsgericht	++
Verzorgenden kunnen vaker proberen mondverzorging aan te bieden wanneer een cliënt in eerste instantie weigert	++
Mondhygiënist/ tandarts meekijken om aan te geven waar opgelet kan worden: structurele adviesfunctie voor individuele cliënten	+++
<i>Gerelateerd aan organisatorische context (beleid, taakverdeling, middelen, wijze van organisatie)</i>	
Middelen in voorraad	++
Protocollen en richtlijnen maken voor mondzorg, onder andere voor terminale mondzorg	+++
Gebitten van PG-clieënten graveren	+
Klinische les	+/-
Posters, richtlijnen op de afdeling en dat bespreken	++
Mondzorg in het wensplan/ zorgplan	++
Intranet gebruiken om informatie over mondverzorging er op te zetten, gebruik van toetsing	+

+++ heel belangrijk, ++ belangrijk, + beetje belangrijk, +/- neutraal

