

# Bevraging van de mondgezondheidstoestand, mondzorgnoden, barrières en huidige toepassing van mondzorg bij directie en zorgverleners in organisaties voor personen met een beperking in Vlaanderen

Behoeftanalyse – personen met een beperking

## Samenvatting

Achtergrond: Personen met een beperking hebben vaak een slechtere mondhygiëne en mondgezondheid in vergelijking met de algemene bevolking. In het kader van het ontwikkelen van strategieën en interventies om de mondgezondheid van personen met een beperking in Vlaanderen te verbeteren, was onderzoek naar de barrières en mondzorgnoden in deze doelgroep nodig. Het doel van deze behoeftanalyse was het bevragen van de mondgezondheidstoestand, mondzorgnoden, barrières en huidige toepassing van mondzorg bij directie en zorgverleners in organisaties voor personen met een beperking.

Methode: Twee gevalideerde vragenlijsten (één voor directie en één voor zorgverleners) werden ontwikkeld en verspreid in 570 organisaties voor personen met een beperking. De bevraging werd uitgestuurd in februari 2018.

Resultaten: Vijfenzestig directieleden vulden de vragenlijst in. Wanneer er een samenwerking met een tandarts werd beschreven, schatten de directieleden de mondgezondheid van de cliënten beter in en werden er minder noden waargenomen. De mondgezondheid van de cliënten werd ook beter ingeschat door de directieleden wanneer er een mondzorgbeleid in de organisatie aanwezig was.

De antwoorden van 91 zorgverleners die de vragenlijst invulden werden geïncludeerd voor analyse. In organisaties met een mondgezondheidsproject, gaven meer zorgverleners aan dat ze binnen de organisatie met hun vragen over mondgezondheid terecht konden. Bovendien zorgde samenwerking met een tandarts ervoor dat zorgverleners terecht konden met hun vragen over mondgezondheid in de organisatie, dat er vaker een duidelijk aanspreekpunt rond mondgezondheid binnen de organisatie was, dat de zorgverleners meer op de hoogte waren van de mondgezondheid van hun cliënten en dat zij meer interesse hadden in het krijgen van opleiding rond mondzorg.

In verband met opleiding hadden zowel directieleden als zorgverleners de meeste interesse in praktische opleidingen met demonstraties en oefeningen en geïndividualiseerde opleidingen op maat van de cliënten. Zorgverleners waren vooral geïnteresseerd in training in verband met 'patiënten die zorg weigeren', 'het poetsen van natuurlijke tanden', 'slecht ruikende adem' en 'reinigen tussen de tanden'. Minder dan één derde van de zorgverleners vermeldde dat er richtlijnen voor het poetsen van natuurlijke tanden en/of gebitsprotheses werden gebruikt binnen de organisatie.

Conclusie: Op basis van de bekomen resultaten worden volgende aanbevelingen voor mondgezondheidsbevordering bij personen met een beperking in Vlaanderen voorgesteld: (1) initiatieven moeten gericht zijn op zowel de directie als de zorgverleners; (2) organisaties moeten aangemoedigd worden om een mondzorgbeleid te implementeren; (3) opleidingen en trainingen moeten voornamelijk van praktische aard zijn en aangepast zijn aan de noden van de cliënten en de zorgverleners.

## Krachtlijnen

- Er is nood aan richtlijnen rond mondzorg in organisaties voor personen met een beperking in Vlaanderen.
- Samenwerking met een tandarts zorgt ervoor dat binnen een organisatie zorgverleners beter met hun vragen in verband met mondgezondheid terecht kunnen en dat er vaker een duidelijk aanspreekpunt met betrekking tot mondgezondheid aanwezig is. Bovendien wekt dit de interesse in opleiding rond mondzorg en zorgt dit ervoor dat zorgverleners meer op de hoogte zijn over de mondgezondheid van hun cliënten.
- Mondgezondheidspromotie moet gericht zijn op zowel de directie als zorgverleners en een algemene bewustmaking rond het belang van mondgezondheid moet nagestreefd worden.

## Achtergrond

Ongeveer 15 procent van de wereldbevolking heeft een beperking (1). In België had in 2012, 15,8% van de bevolking tussen de 15 en 64 jaar een beperking (2). Eind 2017 waren er in het Vlaams Gewest 341 668 personen erkend als persoon met een handicap door de Directie-Generaal Personen met een Handicap (3).

Personen met beperkingen ervaren moeilijkheden in het bekomen en behouden van een goede mondgezondheid en hebben vaker een slechtere mondhygiëne en mondgezondheid dan de algemene bevolking (4). Mondgezondheidsproblemen kunnen infectie, pijn en tandverlies veroorzaken met moeilijkheden bij het eten en spreken tot gevolg. Bovendien is de impact van mondaandoeningen niet alleen beperkt tot de mondholte (5). De link tussen mondgezondheid en de algemene gezondheid is gekend en de psychosociale impact van mondaandoeningen kan een vermindering in levenskwaliteit teweeg brengen (5, 6). Daarom is mondgezondheid essentieel voor het welzijn en moet mondgezondheid als een integraal deel van de algemene gezondheid beschouwd worden (5-7).

Een hogere prevalentie en ernst van parodontale aandoeningen, meer onbehandelde cariëslesies, minder tandrestauraties en meer tandextracties werden aangetoond bij personen met beperkingen (4, 8-11). Dit terwijl parodontale aandoeningen en cariës nochtans te voorkomen zijn door het verwijderen van tandplaque (12). Daarom is er een aanzienlijke nood aan preventieve strategieën om de mondhygiëne bij personen met een beperking te verbeteren (13).

Personen met beperkingen, die in zorgorganisaties verblijven, zijn voor hun mondzorg vaak afhankelijk van hun zorgverleners (4, 14). Deze zorgverleners rapporteren echter barrières wanneer zij mondzorg toepassen, zoals bijvoorbeeld medewerking weigeren (15-17). Chadwick, Chapman en Davies (2017) beschreven eveneens dat zorgverleners zich onzeker of oncomfortabel kunnen voelen wanneer zij mondzorg toepassen bij hun cliënten (bijvoorbeeld wanneer het tandvlees bloedt tijdens het poetsen) (16). Daarom worden protocollen en trainingssessies gesuggereerd om ervoor te zorgen dat zorgverleners zich comfortabeler voelen bij het uitvoeren van mondzorg en zo de mondhygiëne en mondgezondheid van personen met een beperking te verbeteren (14, 18-24).

Om strategieën en interventies voor het verbeteren van de mondgezondheid van personen met beperkingen in Vlaanderen, te ontwikkelen, is het nodig om de huidige barrières en ervaren noden te onderzoeken. Bovendien is een inzicht in de huidige werking rond mondzorg van organisaties interessant om interventies te ontwerpen die nauw aansluiten bij de huidige werking en problemen.

Daarom werd de inschatting van de mondgezondheidstoestand en mondzorgnoden, barrières en huidige toepassing van mondzorg bevraagd bij zowel directie als zorgverleners in organisaties voor personen met een beperking.

## Methode

### Vragenlijst

Een eerste versie van de vragenlijst was gebaseerd op de vragenlijst van het pilootproject 'Mondzorg voor Bijzondere Noden' (25), aangevuld met recentere bevindingen uit de literatuur (17, 26). Daarna werd deze vragenlijst naar de stuurgroep van het Vlaams Instituut Mondgezondheid (expertenpanel) gestuurd voor individuele feedback. Hierna werd besloten om een aparte vragenlijst te hanteren voor enerzijds de directie van de organisaties en anderzijds de zorgverleners van de organisaties (V1 voor directie en V2 voor zorgverleners). Voor de inhoudelijke validatie werd de vragenlijst voor zorgverleners naar zes organisaties voor personen met een beperking verzonden (een random selectie van drie zorgorganisaties gekend en drie zorgorganisaties niet gekend door het Vlaams Instituut Mondgezondheid). Daarvan vulden 23 zorgverleners (alleen vanuit gekende organisaties) de vragenlijst in en gaven ze ook bij elke vraag aan of deze duidelijk en/of volledig was. Op basis van deze feedback werden de vragenlijsten aangepast en opnieuw naar de stuurgroep verstuurd voor een laatste feedbackronde.

De vragenlijsten werden voorafgegaan door een begeleidende brief waarin het opzet van de studie, de vertrouwelijkheid, anonimiteit en vrijwillige deelname werden toegelicht. Bovendien was de eerste vraag van de vragenlijst of de deelnemer de begeleidende brief en de opzet van de vragenlijst begreep. De tweede vraag was of de deelnemer de vragenlijst volledig vrijwillig had ingevuld. Alleen wanneer op deze eerste twee vragen een positief antwoord werd gegeven, werden de antwoorden van de vragenlijst gebruikt voor analyse. Dit project werd goedgekeurd door het ethisch comité van het UZ Gent met registratienummer B670201733146.

### Verspreiding van de vragenlijsten

Er werden 570 organisaties voor personen met een beperking (residentiële zorg, thuiszorg en vrijetijdsorganisaties) gecontacteerd. De directies van deze organisaties ontvingen een e-mail met daarin een beschrijving van het doel van de vragenlijsten en twee links naar de Google Forms van V1 en V2. Ze werden gevraagd om V1 in te vullen en V2 door te sturen naar een tiental zorgverleners in hun organisatie. Er werd ook een mogelijkheid gegeven om een papieren versie van de vragenlijsten te ontvangen, indien medewerkers niet over een computer beschikten. De vragenlijsten werden uitgestuurd in februari 2018. Na twee weken werd een herinnering verstuurd om een maximaal aantal ontvangen vragenlijsten te bekomen.

### Analyse

De antwoorden, verkregen via de Google Forms, werden geëxporteerd naar Excel (Office 2016; Microsoft; Redmond, WA) en vervolgens geïmporteerd in SPSS Statistics for Windows (Version 25,0; IBM Corp; Armonk, NY). Enerzijds werden de antwoorden uit V1 en V2 geanonimiseerd (door de variabele 'postcode' te hercoderen naar 'provincie' en de namen van de organisaties te verwijderen) en apart geanalyseerd. Anderzijds werd, waar mogelijk, de informatie van V1 en V2 aan elkaar gelinkt door de postcode en naam van de organisatie te vergelijken. Om de anonimiteit van de deelnemers te garanderen, werd deze informatie (postcode en naam organisatie) enkel gebruikt voor het linken van de vragenlijsten. Eerst werd door middel van beschrijvende statistiek een overzicht gegenereerd. Vervolgens werden proporties getest met door middel van de Chi Square Test of indien de voorwaarden niet voldaan werden door middel van de Fisher's Exact Test. Ordinale variabelen werden getest met de Mann Whitney U Test. Voor de statistische testen werd een tweezijdig significantieniveau van  $P < 0,05$  vastgelegd.

## Resultaten

### Directie

De vragenlijst voor directie werd door 65 directieleden ingevuld. Hiervan konden 63 personen gelinkt worden aan 57 unieke organisaties (10% van de gecontacteerde organisaties). Twee directieleden vermeldden geen naam van de organisatie. Alle directieleden rapporteerden dat ze de begeleidende brief begrepen en de vragenlijst vrijwillig invulden. In tabel 1 worden de beschrijvende karakteristieken van de organisaties beschreven.

Tabel 1: Karakteristieken van de organisaties beschreven door de directie (n = 65)

Beschrijvende statistieken	Frequentie
<b>Type van voorziening</b>	
Zorgvoorziening voor personen met een beperking	57 (87,7%)
Organisatie actief in de thuiszorg met focus op personen met een beperking	3 (4,6%)
Vrijtijdsorganisatie	2 (3,1%)
Vereniging voor personen met een beperking en/of hun ouders	1 (1,5%)
Ziekenhuis	1 (1,5%)
Mutualiteit	1 (1,5%)
<b>Provincie</b>	
Vlaams-Brabant	15 (23,1%)
West-Vlaanderen	14 (21,5%)
Antwerpen	11 (16,9%)
Limburg	11 (16,9%)
Oost-Vlaanderen	9 (13,8%)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	4 (6,2%)
Brussel en Vlaams-Brabant	1 (1,5%)
<b>Locatie</b>	
Landelijk	41 (63,1%)
Stedelijk	24 (36,9%)
<b>Grootte</b>	
Minder dan 50 bewoners/cliënten	17 (26,2%)
50 – 150 bewoners/cliënten	21 (32,3%)
Meer dan 150 bewoners/cliënten	27 (41,5%)

Tabel 2 beschrijft de bekomen informatie in verband met de toepassing van mondzorg en de mondgezondheidsnoden door de ogen van de directie. Ongeveer driekwart van de directieleden beschreef de aanwezigheid van een mondgezondheidsproject in hun organisatie (74%; 48/65) en ook ongeveer driekwart beschreef de samenwerking met een tandarts (71%; 46/65). Een kleine helft van de directieleden (48%; 31/65) vernoemde de aanwezigheid van een mondzorgbeleid in de voorziening. De grootte van de voorziening had geen invloed op deze aspecten. De locatie van de voorziening had wel invloed op samenwerking met een tandarts. In 85% (35/41) van de landelijk gelegen organisaties werd een samenwerking met een tandarts vermeld. Dit was significant meer dan in stedelijk gelegen organisaties (46%; 11/24;  $P = 0,001$ ). Wanneer er een samenwerking met een tandarts werd beschreven, schatten de directieleden de mondgezondheid van de cliënten ook beter in ( $P = 0,019$ ) en werden er minder noden waargenomen ( $P = 0,049$ ). De mondgezondheid van de cliënten werd ook beter ingeschat door de directieleden wanneer er een mondzorgbeleid aanwezig was ( $P = 0,048$ ).

Tabel 2: Uitoefening van de mondzorg en mondgezondheidsnoden: informatie beschreven door directie (n = 65)

<b>Informatie mondgezondheid</b>	<b>Frequentie</b>
<b>Werd er eerder al meegewerkt aan een project rond mondgezondheid?</b>	
Ja	48 (73,8%)
Nee	17 (26,2%)
<b>Werkt uw organisatie samen met een tandarts?</b>	
Ja	46 (70,8%)
Nee	19 (29,2%)
<b>Is er een mondzorgbeleid aanwezig binnen de organisatie?</b>	
Ja	31 (47,7%)
Nee	34 (52,3%)
<b>Het is binnen de organisatie/voorziening duidelijk wat er verwacht wordt van de medewerkers met betrekking tot het verlenen van mondverzorging.</b>	Niet ingevuld = 1
Ja	53 (82,8%)
Nee/ik weet het niet	11 (17,2%)
<b>Medewerkers kunnen binnen de organisatie/voorziening terecht met vragen rond mondgezondheid.</b>	Niet ingevuld = 1
Ja	55 (85,9%)
Nee/ik weet het niet	9 (14,1%)
<b>Er is een duidelijk aanspreekpunt binnen de organisatie/voorziening waar medewerkers terecht kunnen met betrekking tot mondgezondheid.</b>	Niet ingevuld = 1
Ja	45 (70,3%)
Nee/ik weet het niet	19 (29,7%)
<b>Hoe goed schat u in het algemeen de mondgezondheid in van de personen in uw organisatie/voorziening?</b>	
Zeer slecht	1 (1,5%)
Slecht	3 (4,6%)
Matig	25 (38,5%)
Goed	30 (46,2%)
Zeer goed	4 (6,2%)
Ik weet het niet	2 (3,1%)
<b>In welke mate ervaart u niet ingevulde noden/tekorten met betrekking tot de mondgezondheid van de personen in uw organisatie/voorziening?</b>	
Er zijn geen noden/tekorten	6 (9,2%)
Er zijn weinig noden/tekorten	11 (16,9%)
Er zijn enkele noden/tekorten	40 (61,5%)
Er zijn veel noden/tekorten	4 (6,2%)
Ik weet het niet	4 (6,2%)
<b>In welke mate bent u vragende partij voor het aanbieden van opleiding over mondgezondheid binnen uw organisatie?</b>	
1 – Ik ben absoluut niet geïnteresseerd	3 (4,6%)
2	7 (10,8%)
3	19 (29,2%)
4	26 (40,0%)
5 – Zeker, ik heb een grote vraag naar een extra opleiding over mondgezondheid	10 (15,4%)
<b>Onder welke vorm zou u deze opleiding graag zien? (meerdere antwoordopties mogelijk)</b>	
Opleiding waarbij praktische aspecten worden getoond	37 (56,9%)
Opleiding waarbij praktische aspecten worden ingeoeffend	31 (47,7%)
Opleiding die aangeeft hoe om te gaan met individuele cliënten/personen/patiënten op maat	30 (46,2%)
Opleiding met nadruk op theoretische aspecten	12 (18,5%)
Ik wens geen opleiding/niet relevante vraag	7 (10,8%)
Andere	1 (1,5%)
<b>In welke mate zou u of uw organisatie bereid zijn mee te werken aan projecten van het Vlaams Kenniscentrum Mondgezondheid met als doel de mondgezondheid van cliënten te verbeteren? (meerdere antwoordopties mogelijk)</b>	
Onze organisatie is bereid om in de toekomst medewerking te verlenen door middel van interviews en focusgroeps gesprekken met betrekking tot mondgezondheid.	14 (21,5%)
Onze organisatie is geïnteresseerd om in de toekomst mee te zetelen in een projectgroep die advies geeft over de ontwikkeling van nieuwe methodieken in de sector (2 of 3 adviesmomenten per jaar).	6 (9,2%)
Onze organisatie is geïnteresseerd om mee te werken aan de implementatie van toekomstige pilootprojecten rond mondgezondheid.	21 (32,3%)
Onze organisatie is geïnteresseerd in de resultaten van het onderzoek, en wil graag op de hoogte blijven van de acties na de validering van het project.	54 (83,1%)
Geen antwoord	5 (7,7%)

Iets meer dan de helft van de directieleden (55%; 36/65) waren vragende partij voor het organiseren van opleiding rond mondgezondheid in hun organisatie. Ze toonden de meeste interesse in het demonstreren van praktische aspecten (57%; 37/65), het inoefenen van praktische aspecten (48%; 31/65) en opleiding geïndividualiseerd aan de noden van de cliënten (46%; 30/65).

Tot slot waren ongeveer 40% (26/65) van de directieleden bereid om in de toekomst mee te werken aan interviews, focusgroepen, projectgroepen en/of de implementatie van pilootprojecten in hun organisatie. Iets meer dan de helft van de directieleden (52%; 34/65) waren enkel geïnteresseerd in de resultaten van het onderzoek en wilden op de hoogte gehouden worden van de acties na de validatie van pilootprojecten.

## Zorgverleners

### Algemeen

De vragenlijst voor zorgverleners werd ingevuld door 92 personen. Één persoon vermeldde dat hij/zij de begeleidende brief niet begreep en bijgevolg werd de informatie van deze persoon niet gebruikt voor de analyse. Vier zorgverleners konden niet gelinkt worden aan een organisatie. De overige 87 zorgverleners werden gelinkt aan 39 unieke organisaties (7% van de gecontacteerde organisaties). In tabel 3 worden de karakteristieken van de zorgverleners beschreven.

Tabel 3: Karakteristieken van de zorgverleners (n = 91)

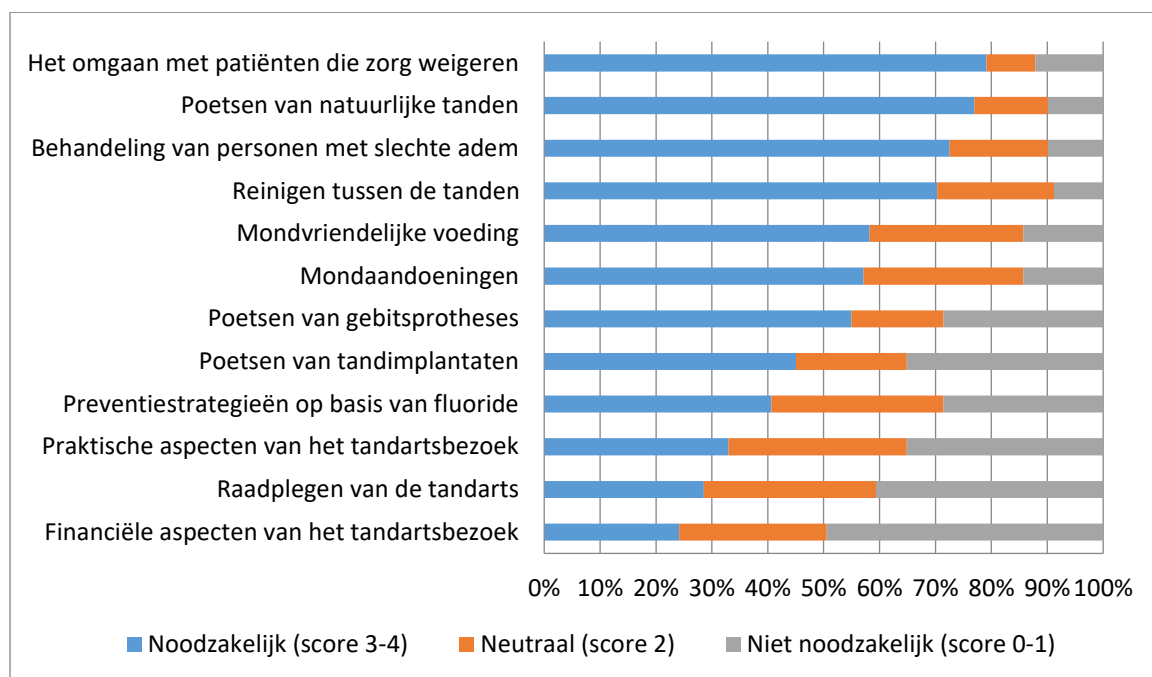
Beschrijvende statistieken	Frequentie
<b>Provincie</b>	
Vlaams-Brabant	31 (34,1%)
Oost-Vlaanderen	22 (24,2%)
Antwerpen	17 (18,7%)
West-Vlaanderen	16 (17,6%)
Limburg	4 (4,4%)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	1 (1,1%)
<b>Type van tewerkstelling</b>	
Zorgvoorziening voor personen met een beperking	87 (95,6%)
Organisatie actief in de thuiszorg met focus op personen met een beperking	4 (4,4%)
<b>Functie</b>	
Opvoeder	44 (48,4%)
Verpleegkundige	16 (17,6%)
Logopedist	9 (9,9%)
Combinatie van functies	8 (8,8%)
Activiteiten dagelijks leven (ADL) assistent	4 (4,4%)
Sociaal werker	4 (4,4%)
Coördinator – teamcoach	2 (2,2%)
Zorgkundige	2 (2,2%)
Kinderarts	1 (1,1%)
Mantelzorger	1 (1,1%)
<b>Geslacht</b>	
Vrouw	74 (81,3%)
Man	16 (17,6%)
X	1 (1,1%)
<b>Hoeveel jaren bent u actief in uw huidige of vergelijkbare functie?</b>	
Minder dan 1 jaar	3 (3,3%)
1 – 5 jaar	21 (23,1%)
6 – 15 jaar	39 (42,9%)
16 – 25 jaar	14 (15,4%)
Meer dan 25 jaar	14 (15,4%)
<b>Wat is uw hoogst behaalde diploma?</b>	
Secundair onderwijs	10 (11,0%)
Hoger onderwijs	76 (83,5%)
Universitair onderwijs	5 (5,5%)
<b>Leeftijd</b>	
Gemiddeld 39,62 (SD 11,95); minimum 21; maximum 84	

Tabel 4: Toepassing van mondzorg en mondgezondheidsnoden: informatie beschreven door de zorgverleners (n = 91)

<b>Informatie mondgezondheid</b>	<b>Frequentie</b>
<b>Het is mij duidelijk wat van mij verwacht wordt met betrekking tot het verlenen van mondzorg.</b>	
Ja	81 (89,0%)
Nee/Ik weet het niet	10 (11,0%)
<b>Ik kan ergens terecht met mijn vragen met betrekking tot mondgezondheid.</b>	
Ja	86 (94,5%)
Nee/Ik weet het niet	5 (5,5%)
<b>Ik kan terecht binnen mijn organisatie/voorziening met vragen rond mondgezondheid.</b>	
Ja	74 (81,3%)
Nee/Ik weet het niet	17 (18,7%)
<b>Ik kan terecht buiten de organisatie/voorziening met vragen rond mondgezondheid.</b>	
Ja	57 (64,8%)
Nee/Ik weet het niet	34 (37,4%)
<b>Er is een duidelijk aanspreekpunt binnen de organisatie/voorziening waarbij ik terecht kan met mijn vragen met betrekking tot mondgezondheid.</b>	
Ja	59 (64,8%)
Nee/Ik weet het niet	32 (35,1%)
<b>Hoe goed schat u in het algemeen de mondgezondheid in van de personen waar u zorg voor draagt?</b>	
Zeer slecht	2 (2,2%)
Slecht	15 (16,5%)
Matig	45 (49,5%)
Goed	25 (27,5%)
Zeer goed	4 (4,4%)
Ik weet het niet	0 (0,0%)
<b>In welke mate ervaart u als medewerker/zorgverlener niet ingevulde noden/tekorten met betrekking tot de mondgezondheid van de personen waar u zorg voor draagt?</b>	
Er zijn geen noden/tekorten	5 (5,5%)
Er zijn weinig noden/tekorten	20 (22,0%)
Er zijn enkele noden/tekorten	55 (60,4%)
Er zijn veel noden/tekorten	6 (6,6%)
Ik weet het niet	5 (5,5%)
<b>In welke mate bezit u theoretische kennis over mondgezondheid?</b>	
Geen	0 (0,0%)
Nauwelijks	7 (7,7%)
Een beetje	20 (22,0%)
Voldoende	51 (56,0%)
Uitgebreid	13 (14,3%)
Ik weet het niet	0 (0,0%)
<b>In welke mate bezit u praktische vaardigheden over mondgezondheid?</b>	
Geen	0 (0,0%)
Nauwelijks	4 (4,4%)
Een beetje	19 (20,9%)
Voldoende	55 (60,4%)
Uitgebreid	13 (14,3%)
Ik weet het niet	0 (0,0%)
<b>In welke mate bent u vragende partij voor het krijgen van een opleiding over mondgezondheid?</b>	
1 – Ik ben absoluut niet geïnteresseerd	5 (5,5%)
2	14 (15,4%)
3	30 (33,0%)
4	33 (36,3%)
5 – Zeker, ik heb een grote vraag naar een extra opleiding over mondgezondheid	9 (9,9%)
<b>Onder welke vorm zou u deze opleiding graag zien?</b>	
Opleiding die aangeeft hoe om te gaan met individuele cliënten op maat	52 (57,1%)
Opleiding waarbij praktische aspecten worden getoond	48 (52,7%)
Opleiding waarbij praktische aspecten worden ingeoeffend	30 (33,0%)
Opleiding met nadruk op theoretische aspecten	15 (16,5%)
Ik wens geen opleiding te volgen	9 (9,9%)
Andere	3 (3,3%)

Tabel 4 beschrijft de toepassing van mondzorg en de mondgezondheidsnoden door de ogen van de zorgverleners. Zeventig procent (64/91) van de zorgverleners beschreef voldoende/uitgebreide theoretische kennis en driekwart (68/91) beschreef voldoende/uitgebreide praktische vaardigheden te bezitten. Een kleine helft (46%) van de zorgverleners was geïnteresseerd in het krijgen van opleiding rond mondgezondheid. Zij toonden het meest interesse in opleiding geïndividualiseerd aan de noden van de cliënten (57%; 52/91), opleiding waarin praktische aspecten getoond worden (53%; 48/91) en opleiding waarin praktische aspecten geoefend worden (33%; 30/91).

Figuur 1 illustreert de onderwerpen die volgens zorgverleners aan bod zouden moeten komen in opleidingen rond mondzorg. Zorgverleners waren vooral geïnteresseerd in training in verband met 'patiënten die zorg weigeren' (79%; 72/91), 'het poetsen van natuurlijke tanden' (77%; 70/91), 'slecht ruikende adem' (73%; 66/91) en 'reinigen tussen de tanden' (70%; 64/91). Voor de aspecten in verband met het tandartsbezoek ('raadplegen van de tandarts', praktische aspecten tandartsbezoek' en 'financiële aspecten tandartsbezoek') werd het minst interesse getoond.

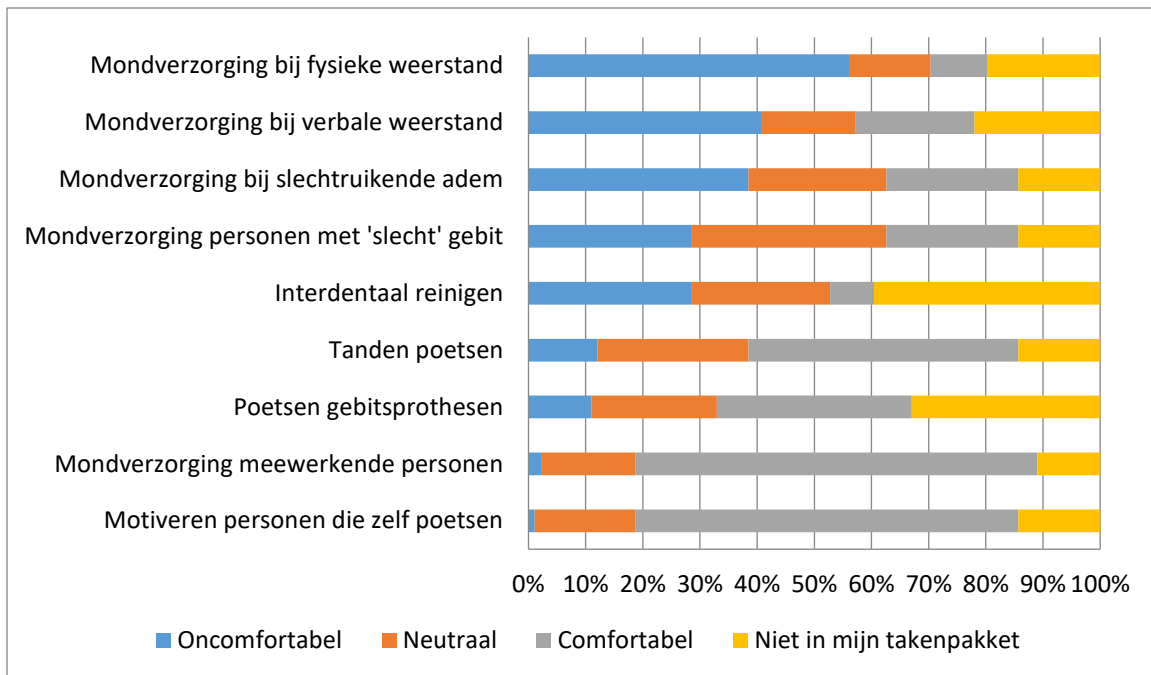


Figuur 1: Zorgverleners (n = 91) – Antwoord op de vraag “In welke mate zouden volgende onderwerpen voor u aan bod moeten komen binnen een mogelijke opleiding” (0 is helemaal niet noodzakelijk – 4 is absoluut noodzakelijk)

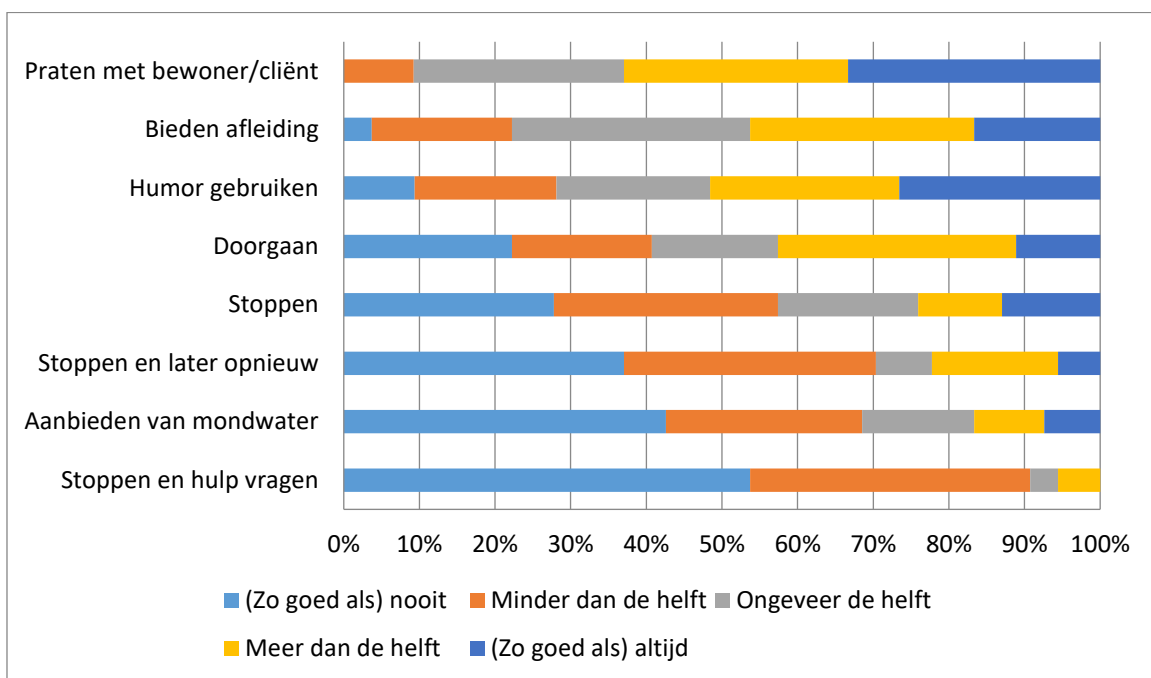
Dit werd ook bevestigd door hoe comfortabel zorgverleners zich voelden bij het uitvoeren van mondzorg (Figuur 2). Voor 40% (36/91) van de zorgverleners was interdentaal reinigen geen onderdeel van hun taakomschrijving, terwijl dit voor tanden poetsen 14% (13/91) was. Wanneer cliënten fysieke weerstand vertoonden, voelde 70% (51/73) van de zorgverleners zich oncomfortabel, terwijl dit voor verbale weerstand 52% (37/71) was.

Meer dan de helft van de zorgverleners (59%; 54/91) werd geconfronteerd met fysieke weerstand, waarvan 20% (18/91) onvrijwillige weerstand ('niet kunnen meewerken'), 15% (14/91) vrijwillige weerstand ('niet willen meewerken') en 24% (22/91) een combinatie van beide was. Zorgverleners toonden verschillende manieren om om te gaan met deze fysieke weerstand (Figuur 3). De meest voorkomende reacties waren 'praten' (63%; 34/54), 'afleiden' (46%; 25/54), 'humor gebruiken' (43%; 23/54) en 'verdergaan met de zorg' (43%; 23/54) in meer dan de helft van de gevallen. Verder gebruikte 17% (9/54) in meer dan de helft van de gevallen een mondspoelmiddel en vroeg 54% (29/54) nooit hulp wanneer zij geconfronteerd werden met fysieke weerstand.



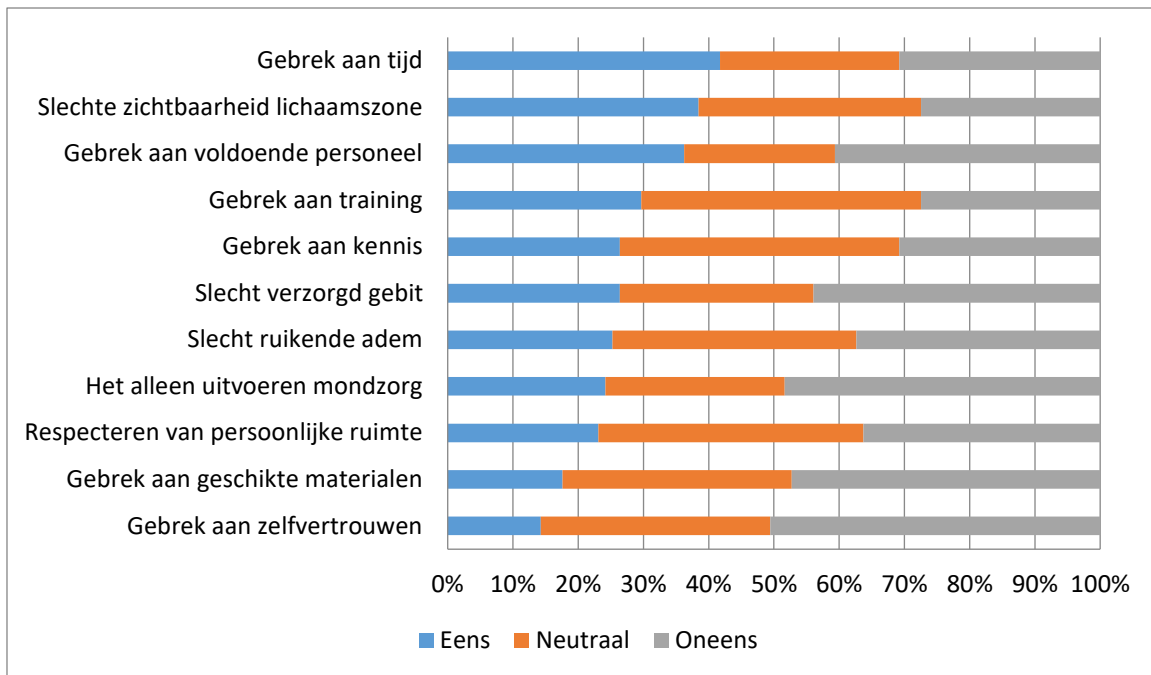


Figuur 2: Barrières voor uitvoeren van mondzorg: comfort ervaren door zorgverleners (n = 91)



Figuur 3: Reacties van zorgverleners bij fysieke weerstand (n = 54) – Antwoord op de vraag "Hoe vaak onderneem je volgende zaken wanneer een persoon fysieke weerstand biedt tijdens de mondzorging?"

Naast weerstand, werden ook andere barrières voor mondzorg door de zorgverleners vermeld (Figuur 4). Een gebrek aan tijd werd door 42% (38/91) van de zorgverleners vermeld, gevolgd door een slechte zichtbaarheid van de lichaamszone (38%; 35/91) en een gebrek aan voldoende personeel (36%; 33/91). Ongeveer de helft van de zorgverleners had geen gebrek aan zelfvertrouwen (51%; 46/91) om mondzorg uit te voeren. En bijna de helft van de zorgverleners zag het 'alleen uitvoeren van de mondzorg' (48%; 44/91) en 'een gebrek aan geschikte materialen' (47%; 43/91) niet als een barrière.



Figuur 4: Barrières bij het uitvoeren van mondverzorging ervaren door zorgverleners (n = 91)

Wanneer richtlijnen bevestigd werden, gaf 23% (21/91) van de zorgverleners aan dat er richtlijnen in verband met het poetsen van natuurlijke tanden gebruikt werden in de organisatie. Vijftien procent (14/91) gaf aan dat er richtlijnen beschikbaar waren, maar niet gebruikt werden en eveneens 15% (14/91) wist niet of er richtlijnen aanwezig waren. De overige 46% (42/91) gaf aan dat er geen richtlijnen in de organisatie aanwezig waren. Wanneer de richtlijnen in verband met het poetsen van tandprothesen werden bevestigd, gaven vijftien zorgverleners aan dat er geen cliënten met een gebitsprothese in hun voorziening verbleven. Van de overige zorgverleners, gaf 30% (23/76) aan dat er richtlijnen gebruikt werden in de organisatie, gaf 9% (7/76) aan dat er richtlijnen aanwezig waren, maar niet gebruikt werden, wist 25% (19/76) niet of er richtlijnen aanwezig waren en gaf 36% (27/76) aan dat er geen richtlijnen aanwezig waren.

#### *Informatie gelinkt aan de informatie aangeleverd door de directie (V1 gelinkt aan V2)*

Het was mogelijk om de vragenlijsten (V2) van 72 zorgverleners uit 26 organisaties te linken aan de respectievelijke vragenlijsten (V1) van de directies. Indien er verschillende directieleden deze vragenlijst invulden, werd een item uit de directievragenlijst enkel geïncludeerd indien dit item door alle directieleden gelijk werd beantwoord. Wanneer dit niet het geval was, werd dit antwoord geëxcludeerd (dit wordt verder vermeld als missend).

In organisaties waar de directie de aanwezigheid van een mondgezondheidsproject vermeldde, kon 97% (30/31) van de zorgverleners terecht met hun vragen over mondgezondheid. Dit was minder in de organisaties waarin geen mondgezondheidsproject vermeld werd (81%; 30/37; P = 0,045; 4 missend); in dat geval konden deze zorgverleners meer terecht bij personen buiten de organisatie (70% (26/37) in vergelijking met 45% (14/31) in organisatie met mondgezondheidsproject (P = 0,036; 4 missend).

Ook de samenwerking met een tandarts zorgde ervoor dat zorgverleners meer met hun vragen over mondgezondheid terecht konden binnen de organisatie zelf (96% (45/47) kon binnen de organisatie met hun vragen terecht, in vergelijking met 72% (18/25) wanneer geen samenwerking met een tandarts werd gerapporteerd; P = 0,004) en dat er een duidelijk aanspreekpunt in verband met mondgezondheid aanwezig was binnen de organisatie (81% (38/47) in vergelijking met 48% (12/25);

P = 0,004). Bovendien zorgde samenwerking met een tandarts voor een hogere interesse voor het krijgen van opleiding rond mondzorg (P = 0,023) en waren de zorgverleners meer op de hoogte van de mondgezondheid van hun cliënten (P = 0,015). Er werden daarentegen bij de zorgverleners geen verschillen gezien in het inschatten van de mondgezondheid van de cliënten (P = 0,060) en in de noden die werden waargenomen (P = 0,538) wanneer er samenwerking met een tandarts was.

#### Directie en zorgverleners (V1 en V2)

Vragenlijsten V1 en V2 bevatten eveneens enkele identieke vragen. Deze vragen werden vergeleken bij 72 zorgverleners en 30 directieleden uit 26 unieke organisaties. Bij geen enkele van deze vragen werden statistisch significante verschillen in antwoorden gevonden.

#### Discussie

Met deze vragenlijst werd beoogd de mondgezondheidstoestand, mondzorgnoden, barrières en huidige uitoefening van mondzorg bij directie en zorgverleners in organisaties voor personen met een beperking in Vlaanderen in kaart te brengen.

Directieleden en zorgverleners deelden over het algemeen dezelfde mening over de mondgezondheidstoestand, mondzorgnoden en de organisatie van de mondzorg binnen de organisatie. Directieleden vermeldden minder waargenomen noden wanneer de organisatie een samenwerking had met een tandarts. Gezien zorgverleners in die situatie geen mindere nood waarnamen, kan dit een illustratie zijn van een vals gevoel van veiligheid bij de directieleden wanneer er samenwerking was met een tandarts. Anderzijds had samenwerking met een tandarts wel een positieve invloed op de opinie van de zorgverleners. Ze konden meer in de organisatie terecht bij vragen over mondgezondheid en wisten beter een contactpersoon te vinden bij deze vragen. Bovendien toonden ze ook meer interesse in het krijgen van opleiding rond mondzorg en waren ze beter op de hoogte over de mondgezondheid van hun cliënten.

Veertig procent van de zorgverleners zag interdentaal poetsen niet als een deel van hun job, terwijl slechts veertien procent dit vermeldde voor tandenpoetsen. Toch toonde ongeveer twee derde van de zorgverleners interesse in het krijgen van training in verband met interdentale hulpmiddelen. Vermoedelijk heerst nog veel onwetendheid over interdentale reiniging bij zorgverleners. Ook in de studie van Fickert en Ross (2012) vermeldden de deelnemers dat tanden flossen bij een ander individu een moeilijke vaardigheid was (23).

Uit de literatuur is weinig geweten over de barrières om mondzorg toe te passen bij personen met een beperking. In een Nederlandse studie uit 2008 rapporteerde 68% van de zorgverleners van geïnstitutionaliseerde kinderen met een ernstig verstandelijke beperking een weigering van medewerking tijdens de mondzorg (15). In onze bevraging werd 59% van de zorgverleners geconfronteerd met fysieke weerstand tijdens de mondzorg. Toch zag ongeveer de helft van de zorgverleners het alleen uitoefenen van mondzorg niet als een barrière en bijgevolg vroegen zij ook geen hulp van derden bij fysieke weerstand. Dit is in strijd met het feit dat zij zich wel oncomfortabel voelden bij fysieke weerstand. Enkelen schakelden zelfs over op het gebruik van mondwater bij fysieke weerstand.

Eenzijds kunnen barrières aangepakt worden door richtlijnen te voorzien. Binnen deze bevraging vernoemde minder dan één derde van de zorgverleners dat er richtlijnen voor het poetsen van natuurlijke tanden en/of gebitsprothesen aanwezig waren in de organisatie. Dit kwam ook overeen met het feit dat slechts de helft van de organisaties een mondzorgbeleid had. Ook Chadwick, Chapman en Davies (2017) beschreven in hun studie een tekort aan mondzorgrouines in organisaties voor volwassenen met een verstandelijke beperking (16).

Anderzijds kunnen barrières aangepakt worden door educatie te voorzien. Toch werd in de studie van de Jongh et al. (2008) door slechts 39% van de zorgverleners een nood aan mondgezondheidseducatie geuit, terwijl 92% van de tandartsen dit wel als nodig beschouwden (15). En ook in de huidige bevraging had slechts de helft van de directieleden en zorgverleners interesse in opleiding rond mondgezondheid. Ook minder dan de helft van de directieleden had interesse in het meewerken aan toekomstige projecten. Dit zou verklaard kunnen worden doordat een meerderheid van de zorgverleners vond dat hij/zij over voldoende of uitgebreide theoretische kennis en praktische vaardigheden beschikte. Bovendien beoordeelden de meeste directieleden en zorgverleners de mondgezondheid van hun cliënten als matig tot goed. Deze behoefteanalyse beschrijft dan ook alleen de mening van de directieleden en zorgverleners, maar geeft geen informatie over de huidige kennis en vaardigheden van de zorgverleners. Een slechtere mondhygiëne bij personen met een beperking werd echter wel aangetoond in de literatuur (zie literatuurstudie 'Epidemiologie en determinanten').

De grootste beperking van deze bevraging was de lage responsgraad. Slechts tien procent van de gecontacteerde organisaties reageerde op deze bevraging. Bovendien was er een slechte doorstroming vanuit de directie naar de zorgverleners waardoor slechts 92 zorgverleners de vragenlijst invulden. Dit kan een invloed gehad hebben op de resultaten. Waarschijnlijk vulden de meer gemotiveerde en geïnteresseerde organisaties deze vragenlijst in waardoor de werkelijke situatie slechter kan zijn dan hier beschreven. Bovendien kan de lage responsgraad een illustratie zijn van het ontbreken van waargenomen noden en/of een algemeen lage motivatie in verband met mondgezondheid. Om de redenen voor de lage responsgraad verder te onderzoeken, zou kwalitatief onderzoek door middel van bijvoorbeeld face-to-face interviews een meerwaarde kunnen bieden.

Op basis van de resultaten van deze behoefteanalyse, worden volgende aanbevelingen voor mondgezondheidspromotie bij personen met beperkingen in Vlaanderen voorgesteld:

- Initiatieven en interventies moeten gericht zijn op zowel de directie als de zorgverleners van een organisatie
- Organisaties moeten aangemoedigd worden tot de implementatie van een mondzorgbeleid met volgende aspecten:
  - o Samenwerking met een tandarts.
  - o Praktische richtlijnen in verband met mondzorg voor personen met een beperking.
- Opleidingen en training moeten voornamelijk van praktische aard zijn en aangepast zijn aan de individuele noden van de cliënten en zorgverleners.

Het creëren van een algemene bewustmaking over het belang van mondgezondheid zou moeten nagestreefd worden. Tot op de dag van vandaag ontbreekt bij een groot deel van de gezondheidswerkers het inzicht in de invloed van mondgezondheid op de algemene gezondheid en het welzijn. Daarom zou de samenwerking tussen tandartsen en andere gezondheidswerkers verbeterd moeten worden om op deze manier enerzijds mondgezondheidsproblemen sneller te signaleren en anderzijds de motivatie rond mondgezondheidszorg te verbeteren, zowel in de context van personen met een beperking als in het algemeen.

## Referenties

1. World Health Organization. WHO global disability action plan 2014-2021: Better health for all people with disability. 2015.
2. Eurostat. Statistical Office of the European Communities. Eurostat: Regional Statistics 2015 [Available from: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/disability/data/database>].

3. Blomme L. FOD Social Security; Number of recognised persons with a disability in 2017 in Flanders. Personal communication with Phlypo I. Brussels (June 19, 2018). 2018.
4. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Special Care in Dentistry*. 2010;30(3):110-7.
5. Clarkson J, Watt RG, Rugg-Gunn AJ, Pitiphat W, Ettinger RL, Horowitz AM, et al. Proceedings: 9th World Congress on Preventive Dentistry (WCPD): "Community Participation and Global Alliances for Lifelong Oral Health for All," Phuket, Thailand, September 7-10, 2009. *Advances in dental research*. 2010;22(1):2-30.
6. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2003;31 Suppl 1:3-23.
7. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005;83(9):711-8.
8. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, Finkelman MD, Yantsides KE, Park A, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of the American Dental Association*. 2012;143(8):838-46.
9. Leroy R, Declerck D, Marks L. The oral health status of special olympics athletes in Belgium. *Community dental health*. 2012;29(1):68-73.
10. Fernandez C, Descamps I, Fabjanska K, Kaschke I, Marks L. Treatment needs and predictive capacity of explanatory variables of oral disease in young athletes with an intellectual disability in Europe and Eurasia. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2016;17(1):9-16.
11. Pregliasco F, Ottolina P, Mensi C, Carmagnola D, Giussani F, Abati S, et al. Oral health profile in an institutionalized population of Italian adults with mental retardation. *Special Care in Dentistry*. 2001;21(6):227-31.
12. Løe H. Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease. *International Dental Journal*. 2000;50(3):129-39.
13. Glassman P, Anderson M, Jacobsen P, Schonfeld S, Weintraub J, White A, et al. Practical protocols for the prevention of dental disease in community settings for people with special needs: the protocols. *Special Care in Dentistry*. 2003;23(5):160-4.
14. Mac Giolla Phadraig C, Guerin S, Nunn J. Train the trainer? A randomized controlled trial of a multi-tiered oral health education programme in community-based residential services for adults with intellectual disability. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2013;41(2):182-92.
15. de Jongh A, van Houtem C, van der Schoof M, Resida G, Broers D. Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. *Special Care in Dentistry*. 2008;28(3):111-5.
16. Chadwick D, Chapman M, Davies G. Factors affecting access to daily oral and dental care among adults with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 2017.

17. Risma KM, Weber-Gasparoni K, Swenson SE, Ettinger RL, Qian F. Group home caregivers' comfort levels regarding physical resistance during oral hygiene care. *Special Care in Dentistry*. 2015;35(3):123-31.
18. Avenali L, Guerra F, Cipriano L, Corridore D, Ottolenghi L. Disabled patients and oral health in Rome, Italy: long-term evaluation of educational initiatives. *Annali di Stomatologia*. 2011;2(3-4):25-30.
19. Binkley CJ, Johnson KW, Abadi M, Thompson K, Shamblen SR, Young L, et al. Improving the oral health of residents with intellectual and developmental disabilities: An oral health strategy and pilot study. *Evaluation and Program Planning*. 2014;47:54-63.
20. Mey L, Çömlekçi C, Reuver F, Waard I, Gool R, Scheerman JF, et al. Oral Hygiene in Patients With Severe Mental Illness: A Pilot Study on the Collaboration Between Oral Hygienists and Mental Health Nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2015.
21. Gonzalez E, Nathe C, Logothetis D, Pizanis V, Sanchez-Dils E. Training caregivers: Disabilities and dental hygiene. *International Journal of Dental Hygiene*. 2013;11(4):293-7.
22. Faulks D, Hennequin M. Evaluation of a long-term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities. *Special Care in Dentistry*. 2000;20(5):199-208.
23. Fickert NA, Ross D. Effectiveness of a caregiver education program on providing oral care to individuals with intellectual and developmental disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 2012;50(3):219-32.
24. Pradhan A, Keuskamp D, Brennan D. Pre-and post-training evaluation of dental efficacy and activation measures in carers of adults with disabilities in South Australia—a pilot study. *Health & Social Care in the Community*. 2015.
25. RIZIV. Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN) Brussels: Rijksinstituut voor Ziekte-en Invaliditeitsverzekering; 2011 [Available from: [http://www.specialdent.be/library/documents/201\\_pilootproject-mondzorg-voor-personen-met-bijzondere-noden-pbn-.pdf](http://www.specialdent.be/library/documents/201_pilootproject-mondzorg-voor-personen-met-bijzondere-noden-pbn-.pdf)].
26. Jobman KJ, Weber-Gasparoni K, Ettinger RL, Qian F. Caregivers' perceived comfort regarding oral care delivery in group homes: a pilot study. *Special Care in Dentistry*. 2012;32(3):90-8.