

TNO-rapport
PG/JGD/2002.062

Mondzorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten

TNO Preventie en Gezondheid

Jeugd

Gortergebouw: Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

Telefoon 071 518 18 18
Fax 071 518 19 20

Datum

20 juni 2002

Auteurs

H. Kalsbeek
M.M. Kivit
A.A. Schuller

Het kwaliteitssysteem van
TNO Preventie en Gezondheid
voldoet aan ISO 9001.

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden
vermenigvuldigd en/of openbaar
gemaakt door middel van druk, foto-
kopie, microfilm of op welke andere
wijze dan ook, zonder voorafgaande
toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd
uitgebracht, wordt voor de rechten en
verplichtingen van opdrachtgever en
opdrachtnemer verwezen naar de
Algemene Voorwaarden voor onder-
zoeksopdrachten aan TNO, dan wel
de betreffende terzake tussen de
partijen gesloten overeenkomst.
Het ter inzage geven van het
TNO-rapport aan direct belang-
hebbenden is toegestaan.

Auteurs

H. Kalsbeek
M.M. Kivit
A.A. Schuller

Projectnummer

011.60111

ISBN-nummer

90-6743-897-9

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van € 28 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/JGD/2002.062

Samenvatting

In opdracht van het College voor zorgverzekeringen werd onderzoek uitgevoerd naar de beschikbaarheid van voorzieningen voor mondzorg in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. In verpleeg- en verzorgingshuizen werd tevens onderzoek gedaan bij bewoners naar het voorkomen van klachten over de mond, naar de (subjectieve) behoefte aan mondzorg en naar de feitelijke toestand van de mond.

Op het verzoek aan het onderzoek naar voorzieningen mee te doen reageerde 83% van de instellingen positief. Uiteindelijk waren bij dit deel van het onderzoek 15 verpleeghuizen, 15 verzorgingshuizen en 15 instellingen voor verstandelijk gehandicapten betrokken. In elke instelling werden een staflid, een afdelingsmedewerker en, indien in de instelling één of meer tandartsen werkzaam waren, een tandarts geïnterviewd. Nadat geïnformeerd was naar de aard en de omvang van de instelling en de achtergrond van de respondent werden vragen gesteld over de beschikbare faciliteiten voor professionele mondzorg, de vraag van de bewoners naar deze zorg, de mondhygiënische zorg bij bewoners die het (kunst)gebit niet meer zelf konden reinigen en de wensen ter verbetering van de mondzorg.

De omvang van de instellingen die bij het onderzoek waren betrokken, uitgedrukt in het aantal bewoners, varieerde van minder dan 50 tot meer dan 500, een verschil van een factor 10. Vergeleken met het aantal bewoners in de verpleeg- en verzorgingshuizen was het aantal bewoners in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten relatief hoog. Verondersteld wordt dat het in kleine instellingen moeilijker is adequate mondzorg te verlenen dan in grote. Aangezien het de bedoeling is verstandelijk gehandicapten in kleinere wooneenheden te gaan huisvesten, zal het verstrekken van professionele mondzorg in die instellingen moeilijker worden.

In 10 van de 15 verpleeghuizen, 1 van de 15 verzorgingshuizen en in 11 van de 15 instellingen voor verstandelijk gehandicapten waren intern voorzieningen aanwezig voor professionele mondzorg. De beschikbare faciliteiten in de verpleeghuizen en het verzorgingshuis waren meestal niet geschikt voor de behandeling van bewoners met een natuurlijk gebit (dentaten). Omdat het aantal dentate bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen in de toekomst sterk zal toenemen, zal dit manco steeds meer problemen opleveren. De instellingen voor verstandelijk gehandicapten waren meestal goed geëquipeerd voor het verlenen van professionele mondzorg. Vooral de tandartsen die in een verpleeg- of verzorgingshuis werkten, vonden de inrichting van de behandelruimte vaak inadequaet en de voor behandeling beschikbare tijd in veel gevallen onvoldoende.

Mede doordat de meeste bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen tandeloos waren, was daar de vraag naar professionele mondzorg zeer beperkt. In de ogen van de tandartsen die in deze instellingen werkten, was de hulp die zij gaven veelal van matige kwaliteit. Sommige tandartsen betwijfelden zelfs of hun werk enig positief effect had. In instellingen voor verstandelijk gehandicapten was de situatie gunstiger. De tandartsen in deze instellingen ervoeren vooral de matige behandelbaarheid van de bewoners als een belemmerende factor. Als positief punt kan worden genoemd dat bewoners van alle typen instellingen bij acute klachten meestal binnen één of twee dagen konden worden geholpen.

De mondhygiënische zorg voor bewoners met een natuurlijk gebit (dentaten) die niet zelf

konden tandenpoetsen, was problematisch. De stafleden en afdelingsmedewerkers noemden niet alleen een tekort aan tijd en tegenwerking van de bewoners als oorzaak, maar ook een gebrek aan kennis, vaardigheden en motivatie bij het verzorgend personeel. Het is daarom opvallend dat aan bijscholing van dit personeel weinig aandacht werd besteed.

De stafleden, de afdelingsmedewerkers en de tandartsen droegen allen waardevolle ideeën aan voor een verbetering van de mondzorg. Bij het formuleren van aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek is met hun wensen rekening gehouden.

In 12 verpleeghuizen en 12 verzorgingshuizen werd onderzoek uitgevoerd bij bewoners. De instellingen verzamelden informatie over de globale toestand van de mond bij in totaal 1254 bewoners. Door middel van interviews bij 372 bewoners werden gegevens verkregen over de problemen die zij hadden als gevolg van de toestand van de mond, de mondhygiëne en de verkregen professionele mondzorg. Bij 365 bewoners (111 dentaten en 254 edentaten) werd de mond geïnspecteerd. Vooral relatief gezonde bewoners werden voor het onderzoek gevraagd. Aangenomen wordt daarom dat de gebitstoestand bij de bewoners die aan het onderzoek deelnamen in vergelijking tot die bij degenen die niet participeerden relatief gunstig was.

Uit de door de instellingen verstrekte gegevens bleek dat in de verpleeghuizen 70% van de bewoners edentaat was en in de verzorgingshuizen 89%. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de verpleeghuisbewoners gemiddeld wat jonger waren en een hoger opleidings- en beroepsniveau hadden dan de bewoners van de verzorgingshuizen. Dit verschil zou de oorzaak kunnen zijn van het verschil in het percentage edentaten.

Vrij veel bewoners bleken problemen te hebben met de mond door functieverlies, pijn en ander ongemak. De bewoners van de verpleeg- en verzorgingshuizen verschilden hierin maar weinig van thuiswonende ouderen die bij eerder uitgevoerd onderzoek waren betrokken (Kalsbeek *et al.*, 1999). Bij dentaten lijkt de beschikbaarheid van professionele tandheelkundige hulp niet of nauwelijks van invloed te zijn op de frequentie van tandartsbezoek. Edentaten daarentegen kwamen vaker bij een tandarts als die in de instelling kon worden geconsulteerd. Bewoners van verpleeghuizen gaven vaker dan bewoners van verzorgingshuizen aan het (kunst)gebit niet zelf te kunnen reinigen. Onduidelijk is in hoeverre dit mede een gevolg is van een verschil in de geneigdheid bij het verzorgend personeel de verantwoording voor het tandenpoetsen over te nemen.

De mondgezondheid bij de dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen varieerde sterk. Bij een aantal van hen was de toestand van het gebit zeker niet ongunstig, bij anderen echter zeer slecht. Het kauwvermogen van de bewoners was, gezien het beperkte aantal functionele contacten tussen de gebitselementen van de boven- en onderkaak en de retentie van de prothesen, in veel gevallen waarschijnlijk onvoldoende. Bij ouderen met een edentate onderkaak was die kaak vaak sterk of zeer sterk gereduceerd. Dit betekent dat aanpassing of vernieuwing van de bestaande prothese niet altijd zal leiden tot verbetering van de kauwfunctie.

Bij 43% van de dentaten en 12% van de edentaten werd veel plaque aangetroffen op het (kunst)gebit. De slechte mondhygiëne bij dentaten is waarschijnlijk niet alleen toe te schrijven aan de ontoereikende mondhygiënische zorg maar ook aan een verminderde speekselsecretie en de zachte voeding.

Men kan zich afvragen in hoeverre er een verband bestaat tussen de onbevredigende mondgezondheid bij sommige dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en het gebrek aan voorzieningen voor professionele mondzorg in deze instellingen. Uit elders uitgevoerd onderzoek kwam naar voren dat de mondgezondheid ook bij thuiswonende ouderen niet ideaal is en dat bij ouderen op het moment van opname in een verpleeghuis een aanzienlijke achterstand in de behandeling bestaat. Bij de beoordeling van de mondgezondheid van de huidige generatie ouderen moet in aanmerking worden genomen dat zij opgroeiden in een periode waarin aan mondzorg weinig aandacht werd besteed. Naast allerlei factoren die met het ouder worden samenhangen is de verzorging tijdens de jeugd sterk bepalend voor de latere mondgezondheid.

De vraag welke professionele mondzorg noodzakelijk is in de diverse instellingen, kan niet worden beantwoord zonder een uitspraak te doen over de doelstellingen van deze zorg. Van mondzorg bij ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen mag vooral worden verwacht dat deze bijdraagt aan de algemene gezondheid en de kwaliteit van leven. Een behandeling die uit zuiver tandheelkundig oogpunt is gewenst, is daarom niet altijd geïndiceerd. Bij bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicapten gelden deze doelen eveneens. Daarnaast zal echter ook de duurzaamheid van het behandelresultaat in het oog moeten worden gehouden.

In het laatste hoofdstuk van dit rapport worden aanbevelingen gedaan ter verbetering van de mondzorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Deze aanbevelingen zijn gericht op organisaties die verantwoordelijk zijn voor het beleid en de financiering van de zorg, op instellingen voor tandheelkundig onderwijs en onderzoek, op directies en medewerkers van de instellingen en op tandartsen en mondhygiënist die in deze instellingen werkzaam zijn. De aanbevelingen betreffen onder meer de opleiding van tandartsen en mondhygiënist, de financiering van de zorg, de te stellen eisen aan de accommodatie voor professionele mondzorg, de (bij)scholing van het verzorgend personeel van de instellingen, de protocollering van de mondhygiënische zorg en de communicatie tussen tandheelkundige zorgverleners, de directie en het verzorgend personeel van de instellingen.

Inhoud

Samenvatting	3
Inhoud	7
1 Inleiding	11
1.1 Aanleiding	11
1.2 Vraagstelling	12
1.3 Adviseurs	13
2 Materiaal en methode	15
2.1 Tandheelkundige voorzieningen	15
2.1.1 Selectie en participatie van instellingen	15
2.1.2 Uitvoering van het onderzoek	16
2.2 Mondgezondheid van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen	19
2.2.1 Onderzoek naar het percentage dentaten en edentaten	19
2.2.2 Interview	19
2.2.3 Onderzoek naar de fysieke toestand van de mond	20
2.3 Statistische analyse	21
3 Resultaten onderzoek tandheelkundige voorzieningen	23
3.1 Algemene gegevens over de participerende instellingen en personen	23
3.1.1 Aantal en percentage deelnemende instellingen	23
3.1.2 Type en omvang van de instelling of afdeling	24
3.1.3 Functie en werkervaring respondenten	25
3.2 Faciliteiten voor tandheelkundige zorg	25
3.2.1 Beschikbaarheid en tijdsbesteding tandheelkundige hulpverleners	25
3.2.2 Lokalisatie tandheelkundige hulp, intern, extern	29
3.2.3 Faciliteiten voor tandheelkundige hulp binnen de instelling	31
3.2.4 Assistentie bij tandheelkundige behandeling en administratie	33
3.2.5 Vervoer naar praktijkruimte van tandarts buiten gebouw	34
3.2.6 Hulp bij contacten met de 'eigen' tandarts	35
3.3 Tandheelkundige zorg	36
3.3.1 Vraag naar tandheelkundige hulp	36
3.3.2 Mondonderzoek bij opname bewoners	39
3.3.3 Aard, omvang en kwaliteit van de tandheelkundige hulp	42
3.3.4 Melding van en besluitvorming n.a.v. tandheelkundige problemen	45
3.3.5 Tijdsverloop tussen signalering en behandeling probleem	48
3.3.6 Informatie-uitwisseling tussen tandarts en personeel instelling	49
3.3.7 Registratie tandheelkundige verrichtingen in patiëntendossier	50
3.3.8 Samenwerking tandarts met andere instanties	51

3.3.9	Presentatie tandarts in de instelling, verwacht effect.....	52
3.4	Mondhygiënische zorg.....	53
3.4.1	Hygiënische toestand (kunst)gebit bewoners	53
3.4.2	Reiniging (kunst)gebit door bewoners en verzorgend personeel.....	53
3.4.3	Individueel merkteken in gebitsprothesen	59
3.4.4	Bijscholing verzorgend personeel t.a.v. mondzorg.....	60
3.4.5	Mondzorg als onderdeel zorgplan, protocol mondzorg	61
3.5	Wensen voor de toekomst.....	63
3.5.1	Wensen van stafleden verpleeg- en verzorgingshuizen.....	63
3.5.2	Wensen van afdelingsmedewerkers verpleeg- en verzorgingshuizen.....	64
3.5.3	Wensen van tandartsen verpleeg- en verzorgingshuizen	65
3.5.4	Wensen van stafleden instellingen voor verstandelijk gehandicapten.....	66
3.5.5	Wensen van afdelingsmedewerkers instellingen voor verstandelijk gehandicapten	67
3.5.6	Wensen van tandartsen instellingen voor verstandelijk gehandicapten.....	68
4	Resultaten onderzoek mondgezondheid bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen.....	71
4.1	Percentage dentaten en edentaten	71
4.2	Interview	73
4.2.1	Algemene gegevens over de participanten	73
4.2.2	Status van het gebit, tijdsduur tandeloosheid, ouderdom prothese.....	75
4.2.3	Functionele aspecten van mondgezondheid	78
4.2.4	Pijn en ongemak vanwege de mond	81
4.2.5	Professionele tandheelkundige verzorging	82
4.2.6	Mondhygiëne	87
4.3	Fysieke toestand van de mond	89
4.3.1	Aanwezigheid en toestand van gebitselementen en diastemen.....	89
4.3.2	Functionele contacten tussen laterale gebitselementen in onder- en bovenkaak	97
4.3.3	Prothetische voorzieningen in onder- en bovenkaak	97
4.3.4	Hygiënische en esthetische conditie van natuurlijke dentitie en gebitsprothese	99
4.3.5	Retentie volledige prothesen en reductie boven- en onderkaak.....	101
4.3.6	Afwijkingen van het mondslijmvlies.....	103
5	Discussie en conclusies	105
5.1	Tandheelkundige voorzieningen.....	105
5.1.1	Methode van onderzoek.....	105
5.1.2	Uitkomsten.....	106
5.2	Mondgezondheid van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen	112
5.2.1	Methode van onderzoek.....	112
5.2.2	Uitkomsten.....	113

5.3	Relatie tussen mondzorg en mondgezondheid bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen	117
5.4	Doelstellingen van professionele mondzorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten	118
6	Aanbevelingen	121
	Literatuur	125
Bijlage A	Overzicht deelnemende instellingen	127
Bijlage B	Kenmerken van instellingen en respondenten.....	131
Bijlage C	Vragenlijsten onderzoek tandheelkundige voorzieningen	141
Bijlage D	Informatiebrieven en toestemmingsformulieren onderzoek mondgezondheid van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen.....	191
Bijlage E	Vragenlijst en formulier mondonderzoek bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen	197

1 Inleiding

In de periode 2000-2001 werd onderzoek uitgevoerd naar de tandheelkundige zorg ('mondzorg') in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. In deze inleiding wordt achtereenvolgens ingegaan op de aanleiding voor en de vraagstelling van dit onderzoek. Verder wordt een kwantitatief beeld geschetst van de omvang van de populatie bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor (verstandelijk) gehandicapten.

1.1 Aanleiding

In vergelijking met de huidige toestand was de gebitstoestand van de Nederlandse bevolking 30-40 jaar geleden bedroevend slecht. Vrijwel alle kinderen en volwassenen ondervonden de nadelige gevolgen van wat wel de 'cariësepidemie' werd genoemd. In 1970 had ongeveer 50% van de bevolking op de leeftijd van 50 jaar al een volledig kunstgebit (Berg, 1986). De slechte mondgezondheid hing niet alleen samen met het feit dat er toen minder aandacht was voor mondhygiëne maar ook met de omstandigheid dat tandpasta's vóór 1975 meestal geen fluoride bevatten, waardoor het cariëspreventieve effect van tandenpoetsen te verwaarlozen was. Bovendien lag het percentage volwassenen die voor een periodiek 'preventief' onderzoek de tandarts bezochten ver onder het huidige niveau (Swinkels en Maessen, 1997). Een negatieve factor was ook het tandartstekort tijdens de jaren zestig waardoor de kwaliteit van de tandheelkundige zorg veel te wensen overliet.

De falende mondzorg in het verleden komt in de huidige tijd tot uiting in het hoge percentage tandelozen ('edentaten') bij ouderen. Van de bevolking van 70 jaar en ouder droeg in 1998-1999 65% in de boven- en onderkaak een volledige prothese (CBS, 2001). Vooral bij ouderen met een laag opleidingsniveau is het percentage edentaten hoog. Uit onderzoek bij thuiswonende ouderen blijkt dat problemen die met tandeloosheid gepaard gaan, afbreuk kunnen doen aan de 'kwaliteit van leven' (Kalsbeek *et al.*, 2001).

Als men rekening houdt met de sterke toename van het percentage dentate volwassenen in jongere leeftijdscategorieën, kan men voorzien dat het percentage ouderen met een natuurlijk gebit in de komende jaren zal stijgen. Ook het absolute aantal ouderen in de bevolking zal, net als in andere Europese landen, toenemen (Clingendael, 1999). De behoefte aan tandheelkundige zorg bij ouderen in het algemeen en dus ook bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen zal daardoor toenemen. In een aantal van deze instellingen zijn voorzieningen aanwezig waardoor kan worden ingespeeld op een toename van de zorgbehoefte. Er zijn echter aanwijzingen dat dit niet overal zo is (Begeleidingscommissie Tandheelkundige Voorzieningen Verzorgings- & Verpleeghuizen, 1999).

Niet alleen ouderen die in een verpleeg- of verzorgingshuis wonen, maar ook bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicapten zijn voor hun mondhygiëne en voor het verkrijgen van professionele mondzorg veelal afhankelijk van het initiatief van verzorgers. Als de zelfzorg tekortschiet kan het verzorgend of verplegend personeel de zorg voor de mondhygiëne overnemen en, indien daar aanleiding voor is, professionele hulp invoeren. Of dit daadwerkelijk gebeurt, zal niet alleen afhangen van de beschikbare tijd maar ook van de kennis, de vaardigheden

en de motivatie van de verzorgers. Deze factoren zullen op hun beurt samenhangen met de opleiding en training van de verzorgers en met de wijze waarop zij ter plaatse worden geïnstrueerd.

1.2 Vraagstelling

Om zicht te krijgen op de omvang van de geschetste problematiek gaf het College voor zorgverzekeringen (CVZ) opdracht aan TNO Preventie en Gezondheid in verpleeg- en verzorgingshuizen en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten onderzoek uit te voeren met de volgende vraagstelling:

1. Wat is de omvang van de populatie 'geïnstitutionaliseerde' ouderen?
2. Welke infrastructurele voorzieningen zijn in verpleeg- en verzorgingshuizen en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten beschikbaar om tegemoet te komen aan de behoefte aan tandheelkundige zorg?
3. Welke (subjectieve) behoefte aan tandheelkundige zorg bestaat er bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen?
4. Wat is de orale conditie van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen?

Bij de beantwoording van de vragen 3 en 4 zou speciaal aandacht gegeven moeten worden aan personen met natuurlijke gebitselementen ('dentaten'). Verder werd afgesproken dat dit deel van het onderzoek alleen personen van 60 jaar en ouder zou betreffen.

De eerste onderzoeksvraag, die naar de omvang van de populatie geïnstitutionaliseerde ouderen, werd reeds in 1999 beantwoord bij het indienen van het projectvoorstel. Geactualiseerde gegevens zijn weergegeven in tabel 1.1. Het onderzoek dat betrekking heeft op de vragen 2, 3 en 4, is in 2000 en 2001 uitgevoerd.

Parallel aan het onderzoek dat in dit rapport wordt beschreven, liep een andere studie naar de mondgezondheid bij nieuwe bewoners van een drietal verpleeghuizen. Dit onderzoek, eveneens gefinancierd door CVZ, werd uitgevoerd door de afdeling Mondziekten, Kaakchirurgie en Bijzondere Tandheelkunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). In hoofdstuk 5 (Discussie) zullen de belangrijkste uitkomsten van dat onderzoek worden vermeld en worden vergeleken met die van de voorliggende studie.

Tabel 1.1 Het aantal AWBZ-instellingen met en zonder aanspraak op tandheelkundige hulp, het aantal personen die in deze instellingen waren opgenomen en het aantal personen die voor opname in deze instellingen in aanmerking kwamen.

	Aantal instellingen	Aantal personen totaal	≥ 65 jaar
1. AWBZ-instellingen met aanspraak op tandheelkundige hulp			
1.1 verpleeghuizen	334 ^a	55.584 ^a	51.500 ^b
1.2 instellingen voor gehandicapten (incl. verstandelijk gehandicapten)			
1.2.1 instellingen voor verstandelijk gehandicapten	151 ^a	34.568 ^a	1.659 ^c
1.2.1 instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	12 ^a	873 ^a	onbekend
2. AWBZ-instellingen zonder aanspraak op tandheelkundige hulp (gezinsvervangende tehuizen, beschermde woongroepen)	1.082 ^d	37.686 ^d	onbekend
3. Personen op wachtlijst voor opname in verpleeghuis	n.v.t.		11.400 ^e
4. Verzorgingsinstellingen met AWBZ-subsidie (verzorgingshuizen)	1.380 ^f	107.806 ^f	107.330 ^f
5. Personen op wachtlijst voor opname in verzorgingshuis	n.v.t.		36.000 ^e

Bronnen:

^a CBS, 2001. (Deze cijfers hebben betrekking op 1999)

^b Klerk en Timmermans, 1998

^c Schatting op basis van gegevens NZi. Brancherapport gehandicaptenzorg 2, 1998

^d Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 1998 (Dit cijfer heeft betrekking op 1996)

^e Wils en Scholten, 2000 (Dit cijfer heeft betrekking op 1998)

^f CBS en Ministerie van VWS, 2000. (Deze cijfers hebben betrekking op 1999)

1.3 Adviseurs

Bij de voorbereiding en de uitvoering van het onderzoek of bij de rapportage gaven de volgende personen advies:

- Prof. dr. C. de Baat, hoofd afdeling mondziekten, kaakchirurgie en bijzondere tandheelkunde van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam en bijzonder hoogleraar gerodontologie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen;
- Prof. dr. H.J.M. Cools, hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit Leiden en tevens directeur van het verpleeghuis De Bieslandhof te Delft;
- Drs. J.D. van Foreest, inspecteur voor de tandheelkundige zorg bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg;
- Drs. E.C. Koel, tandarts algemeen practicus en tandarts in ziekenhuis Vogelenzang;
- Prof. dr. D.L. Knook, hoogleraar gerontologie aan de Rijksuniversiteit Leiden en hoofd TNO Verouderingsonderzoek;
- Drs. J.A.H.G. Moerenburg, tandarts algemeen practicus en tandarts in verpleeghuis Van Wijckerslooth te Oegstgeest;
- Mw. drs. P.G.M. Staats, sociaal gerontoloog, destijds onderzoeker bij TNO Preventie en Gezondheid te Leiden;
- Prof. dr. M.A.J. van Waas, hoogleraar orale functieleer, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.

2 Materiaal en methode

Binnen het onderzoek zijn twee delen te onderscheiden: (1) een inventarisatie van tandheelkundige voorzieningen in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten en (2) een onderzoek naar de mondgezondheid en naar het voorkomen van klachten daarover bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. Het eerste deel heeft betrekking op onderzoeksvraag 2 en het tweede op de vragen 3 en 4 (zie bladzij 12). De werkwijze bij de twee delen van het onderzoek wordt besproken in de paragrafen 2.1 en 2.2.

Het onderzoek is uitgevoerd door een mondhygiënist en twee tandartsen. Per instelling werden alle delen van het onderzoek door dezelfde onderzoeker uitgevoerd. De gegevensverzameling in de drie typen instellingen was over de drie onderzoekers verdeeld.

2.1 Tandheelkundige voorzieningen

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens ingegaan op de wijze waarop de te benaderen instellingen werden geselecteerd, op de participatie van deze instellingen en op de wijze waarop het onderzoek bij deze instellingen is uitgevoerd.

2.1.1 Selectie en participatie van instellingen

Voor de selectie van instellingen werd gebruik gemaakt van Het Adresboek VVZS waarin alle in Nederland aanwezige verpleeg- en verzorgingshuizen worden genoemd met onder meer informatie over de opnamecapaciteit, uitgedrukt het aantal beschikbare bedden¹. De selectie van te benaderen instellingen was erop gericht te garanderen dat bij het tweede deel van het onderzoek, dat naar de mondgezondheid van bewoners, bewoners van grote verpleeg- of verzorgingshuizen evenveel kans hadden bij het onderzoek te worden betrokken als bewoners van kleine huizen. Vóór de steekproeftrekking werden de huizen daarom naar de opnamecapaciteit ingedeeld in vier categorieën (zie kolom 2, tabel 2.1). Per categorie werd het gemiddeld aantal bedden berekend. Vervolgens werd het product bepaald van het aantal huizen in een categorie en het gemiddeld aantal beschikbare bedden per huis in de categorie. Uit de verschillende categorieën werden tenslotte zoveel huizen geselecteerd dat de verdeling van de huizen over de vier categorieën evenredig was met de waarde van de gevonden producten en het totale aantal geselecteerde huizen uitkwam op het gewenste aantal (15). Een toevalsprocedure bepaalde de keuze van de huizen binnen een categorie. Als de directie van een geselecteerd huis niet bereid was aan het onderzoek mee te werken, werd aselect een ander huis uit dezelfde categorie gekozen. Ten aanzien van instellingen voor verstandelijk gehandicapten, waarvoor een lijst werd gebruikt uit een publicatie van Prismant (Bartels, 2000), werd een vergelijkbare procedure gevolgd.

¹ Uitgeverij VOF Redactie Adresboek, Rotterdam

Tabel 2.1 Berekening van de gewenste verdeling van de 15 te benaderen verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten over de vier naar het beddenaantal onderscheiden categorieën.

	Aantal bedden	Categorie	Aantal huizen (A)	Gemiddeld aantal bedden (B)	Product A*B totaal	%	Aantal huizen in de steekproef
<i>Verpleeghuizen</i>							
	1-100	1	131	55,5	7138	11,6	2
	101-200	2	185	153,7	28433	46,0	7
	201-300	3	84	240,6	20213	32,7	5
	> 300	4	16	375,1	6002	9,7	1
		Totaal	416		61786	100,0	15
<i>Verzorgingshuizen</i>							
	1-50	1	355	31,1	11051	10,0	1
	51-100	2	669	73,6	49259	44,6	7
	101-150	3	247	122,9	30346	27,5	4
	> 150	4	100	198,5	19853	18,0	3
		Totaal	1371		110509	100,0	15
<i>Instellingen voor verstandelijk gehandicapten</i>							
	1-100	1	46	62,5	2877	8,1	1
	101-300	2	60	183,4	11006	30,9	5
	301-500	3	31	394,9	12241	34,4	5
	> 500	4	14	677,1	9479	26,6	4
		Totaal	151	235,8	35603	100,0	15

2.1.2 Uitvoering van het onderzoek

Om informatie te verkrijgen over de tandheelkundige voorzieningen voor de bewoners van de instelling werd een vraaggesprek gehouden met een stafid, een medewerker van één van de afdelingen en, indien in de instelling één of meer tandartsen werkzaam waren, een tandarts. Voor elke categorie medewerkers werd een afzonderlijke vragenlijst opgesteld. De vragenlijsten voor de verpleeghuizen en verzorgingshuizen waren identiek, de lijsten die in instellingen voor verstandelijk gehandicapten zijn gebruikt, weken daar voor enkele onderdelen enigszins van af. Voor het onderzoek begon, zijn de vragenlijsten bestemd voor verpleeg- en verzorgingshuizen besproken met een deskundige op het terrein van de gerodentologie en op bruikbaarheid getoetst in een verpleeghuis dat niet tot de steekproef behoorde. De vragenlijsten die in instellingen voor

verstandelijk gehandicapten werden gebruikt, zijn vooraf besproken met de een tandarts die in een dergelijke instelling werkzaam is. Het verkregen commentaar op inhoud en vorm van de vragenlijsten is in de definitieve versie verwerkt.

In kolom 1 van tabel 2.2 zijn de onderwerpen vermeld die tijdens de interviews in de verpleeg- en verzorgingshuizen aan de orde kwamen. In de kolommen 2, 3 en 4 kan men zien bij welke respondenten bepaalde onderwerpen werden besproken. De nummers in deze kolommen verwijzen naar de rangnummers van de vragen die op het onderwerp betrekking hebben. Deze zijn terug te vinden in de vragenlijsten voor de verschillende respondenten, weergegeven in bijlage C. De vragenlijsten die gebruikt werden bij interviews in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten omvatten vrijwel dezelfde onderwerpen.

Bij de interpretatie van de uitkomsten van de interviews moet men zich realiseren dat deze betrekking hebben op 'percepties van de werkelijkheid'. Deze zullen niet altijd overeenstemmen met de werkelijke situatie. Aangezien stafleden, afdelingsmedewerkers en tandartsen vanuit hun specifieke positie verschillende percepties kunnen hebben van een bepaalde situatie, zijn over sommige onderwerpen aan twee of drie van hen identieke vragen gesteld.

Voor het interview met de stafleden en de afdelingsmedewerkers werden dezen in de instelling bezocht. Het interview met de tandartsen werd meestal telefonisch afgenomen. Hoewel de vragen en de mogelijke antwoorden op de formulieren waren voorgedrukt, werd er naar gestreefd het gesprek zó te voeren dat ook andere informatie naar voren kon worden gebracht dan die waar de vragen primair op waren gericht.

Tabel 2.2 Onderwerpen die bij de interviews in verpleeg- en verzorgingshuizen aan de orde werden gesteld en de daarbij behorende vraagnummers, per type respondent. Voor de formulering van de vragen zie bijlage C.

	Staflid	Afdelings- medewerker	Tandarts
Betrokken respondenten, instellingen en afdelingen			
Functie en werkervaring respondenten	1	1-3	1-6
Type en omvang van de instelling of afdeling	2-5	4-6	
Faciliteiten voor tandheelkundige zorg			
Beschikbaarheid en tijdsbesteding tandheelkundige hulpverleners	6-9, 56-60	9, 11, 38	9-12, 14-16, 19
Lokalisatie tandheelkundige hulp, intern, extern	12	7, 10	34, 45-47
Faciliteiten voor tandheelkundige hulp binnen de instelling	13-17, 25-28		35-44
Assistentie bij tandheelkundige behandeling en administratie	18-24		20-25
Vervoer naar praktijkruimte van tandarts buiten gebouw	29-33		
Hulp bij contacten met de 'eigen' tandarts	40-42		
Tandheelkundige zorg			
Vraag naar tandheelkundige hulp	10-11	8, 12-13	7-8, 13, 55
Mondonderzoek bij opname bewoners	43-47		56-59
Aard, omvang en kwaliteit van de tandheelkundige hulp	34-35		26-30, 48-50, 71
Melding van en besluitvorming n.a.v. tandheelkundige problemen	36-37	14-16	51-52
Tijdsverloop tussen signalering en behandeling probleem	38-39	17-18	53-54
Informatie-uitwisseling tussen tandarts en personeel instelling	50-54	19-22	66-68
Registratie tandheelkundige verrichtingen in patiëntendossier	55		69
Samenwerking tandarts met andere instanties			62, 63
Presentatie tandarts in de instelling, verwacht effect			64, 65
Mondhygiënische zorg			
Hygiënische toestand (kunst)gebit bewoners	61	23	70
Reiniging (kunst)gebit door bewoners en verzorgend personeel	62-68	24-34	
Individueel merktaken in gebitsprothesen	48-49		60-61
Bijscholing verzorgend personeel t.a.v. mondzorg	69-73	35-37	31-33
Mondzorg als onderdeel zorgplan, protocol mondzorg	74-78	39-40	
Toekomstige ontwikkeling	79	41-42	72

2.2 Mondgezondheid van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen

Het onderzoek naar de mondgezondheid van ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen bestond uit (1) een bepaling van het percentage dentaten en edentaten in deze populatie, (2) een interview waarbij aan de orde kwamen de subjectieve beleving van de mondgezondheid, de verkregen tandheelkundige zorg en de mondhygiëne en (3) een onderzoek naar de fysieke toestand van het gebit en de mond.

2.2.1 Onderzoek naar het percentage dentaten en edentaten

Aan de door de leiding aangewezen contactpersoon in het verpleeg- of verzorgingshuis werd gevraagd voor ongeveer 50 willekeurig gekozen bewoners de globale gebitsstatus op te geven. Men kon dit doen door afzonderlijk voor de boven- en onderkaak te registreren welke van de volgende situaties van toepassing was:

- alleen natuurlijke gebitselementen;
- natuurlijke gebitselementen en een gebitsprothese;
- alleen een gebitsprothese;
- geen natuurlijke gebitselementen, geen gebitsprothese.

De gegevens werden zonder naam en leeftijd van de bewoner aan de onderzoekers verstrekt.

2.2.2 Interview

Mogelijke participanten aan dit deel van het onderzoek werden benaderd door medewerkers van de participerende verpleeg- en verzorgingshuizen met de vraag of zij aan een mondonderzoek mee wilden doen. Daarbij werd gebruik gemaakt van een informatiebrief die was opgesteld in overleg met de Medisch-Ethische ToetsingsCommissie (METC) van TNO. Als de bewoner niet in staat werd geacht zelf een keuze te maken tussen wel of niet meedoen, werd zijn of haar wettelijke vertegenwoordiger benaderd. Instemming met het onderzoek moest worden aangegeven door het invullen van een aan de brief gehecht toestemmingsformulier. De gebruikte brieven, die in bijlage D zijn weergegeven, werden in het algemeen verspreid namens een staflid van de instelling. In sommige huizen is een variant van de brief gebruikt die door de onderzoeker was ondertekend en op TNO-papier was afgedrukt.

Het verzoek aan de instellingen was te streven naar een aantal van 20 participanten, waarvan de helft de categorie 'dentaten' zou moeten behoren. Indien er geen tien dentaten in het huis aanwezig waren, moest uiteraard met een kleiner aantal genoegen worden genomen. De keuze welke ouderen zouden worden benaderd, is aan het huis overgelaten. Ouderen voor wie het onderzoek van de mond te belastend werd geacht, werd niet om deelname gevraagd. Een aantal instellingen heeft ouderen die waren opgenomen in de afdeling psychogeriatric van het onderzoek uitgesloten.

Indien een demente bewoner voor het onderzoek was aangemeld, bleef het onderzoek meestal beperkt tot de inspectie van de mond. In een aantal gevallen werd een verzorger of een familielid

geïnterviewd. Dit betekende meestal dat op een aantal vragen geen antwoord kon worden verkregen. Dit laatste gold overigens ook als de vragen wel aan de bewoner zelf werden gesteld.

Bij het opstellen van de vragenlijst voor het interview is uitgegaan van de lijst die gebruikt werd bij het onderzoek van thuiswonende ouderen in Haarlem (Kalsbeek *et al.*, 1999). Naast een aantal algemene vragen zijn vragen overgenomen die betrekking hebben op het functioneren van het gebit en over pijn en andere ongemakken die het gevolg kunnen zijn van een slechte mondgezondheid. Tabel 2.3 geeft een overzicht van de onderwerpen die bij de interviews aan de orde kwamen en de nummers van de daarbij behorende vragen. De vragenlijst is weergegeven in bijlage E.

Tabel 2.3 Onderwerpen die bij het interview van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen aan de orde werden gesteld en de daarbij behorende vraagnummers. Voor de formulering van de vragen zie bijlage E.

Onderwerp	Nummers van de vragen
Globale status van het gebit en (indien van toepassing) tijdsduur tandoosheid, ouderdom prothese	1-5
Functionele aspecten van mondgezondheid	6-18
Pijn en ongemak vanwege de mond	19-31
Professionele tandheelkundige verzorging	32-36
Mondhygiëne	37-46
Sociaal-economische achtergrond (verzekering tegen ziektekosten, opleiding, beroep, land van herkomst)	47-57

2.2.3 Onderzoek naar de fysieke toestand van de mond

Na het interview werd de aan bewoner gevraagd of de mond mocht worden onderzocht. Vrijwel allen gaven daarvoor toestemming. Bij het onderzoek werd gebruik gemaakt van een mondspiegel en een zaklantaarn. Het omvatte de volgende onderdelen:

- de aan- of afwezigheid van gebitselementen en de globale toestand van de aanwezige gebitselementen;
- de mobiliteit van de gebitselementen en de opvulling van diastemen ontstaan door het verlies van gebitselementen;
- het aantal functionele contacten tussen de laterale gebitselementen in de onder- en bovenkaak;
- de aanwezigheid van gebitsprothesen in de onder- en bovenkaak;
- de hygiënische en esthetische conditie van de natuurlijke dentitie en/of de prothese;
- de retentie van volledige prothesen;

- het aantal functionele wortels² en implantaten;
- de mate van reductie van de processus alveolaris van de boven- en onderkaak;
- het voorkomen van slijmvliesafwijkingen.

De mobiliteit van gebitselementen en de retentie van volledige prothesen werd door middel van vingerdruk vastgesteld.

Het formulier waarop de uitkomsten van het onderzoek van de mond werden genoteerd, is weer-gegeven na de vragenlijst in bijlage E. Voor elk onderdeel van het onderzoek zijn op dit formulier de omschrijvingen van de gehanteerde scores vermeld.

2.3 Statistische analyse

De uitkomsten worden in dit rapport in het algemeen gepresenteerd als verdelingen van instellingen of personen naar de waarden die de desbetreffende variabele kan aannemen. Bij de interviews gaat het daarbij meestal om kwalitatieve gegevens (antwoorden op een vraag), bij het mondonderzoek vaker om kwantitatieve gegevens (zoals het aantal aanwezige gebitselementen). In de kop van de tabellen waarin de uitkomsten zijn weergegeven, is steeds het aantal instellingen of personen (N) vermeld waar de uitkomsten betrekking op hebben. Dit aantal is soms lager dan het totale aantal instellingen/personen die bij het onderzoek betrokken waren. De reden kan zijn dat het item in een aantal gevallen niet relevant was of de vraag door of voor een aantal personen niet kon worden beantwoord. In een aantal tabellen zijn de uitkomsten uitgedrukt in een percentage personen. Doordat het afgeronde getallen betreft, komt de optelsom niet altijd uit op 100%.

In hoofdstuk 3, het hoofdstuk waarin de uitkomsten van het onderzoek naar tandheelkundige voorzieningen worden gepresenteerd, worden de uitkomsten verkregen in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten in de tabellen gemakshalve naast elkaar geplaatst. De verschillen tussen de drie instellingstypen werden niet statistisch getoetst, enerzijds omdat het geen doel van het onderzoek was verschillen daartussen aan te tonen, en anderzijds omdat door het beperkte aantal instellingen per categorie (15) relevante verschillen niet altijd als statistisch significant tot uiting zullen komen.

Bij het onderzoek naar de mondgezondheid van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen werden verschillen tussen subcategorieën wel op statistische significantie getoetst. Daarbij werd, als het een nominale variabele betrof, meestal de Chi-kwadraat-test van Pearson gebruikt. In een enkel geval waarbij een rangorde tussen de scores of antwoordcategorieën is aan te geven, werd de Chi-kwadraat-trend-test toegepast (Altman, 1991). Als de uitkomst voor de afhankelijke variabele numeriek is, werd in het algemeen gebruik gemaakt van een non-parametrische test: de Mann-Whitney-U-test indien er twee categorieën werden vergeleken, en de Kruskal-Wallis-test indien de vergelijking meer categorieën betrof. Als het aantal participanten in de subcategorieën hoger was dan 100 werd de t-test van Student gebruikt.

² Wortels van gebitselementen waarvan het kroongedeelte is verwijderd en die zodanig zijn geprepareerd dat ze kunnen dienen als steun voor een gebitsprothese

3 Resultaten onderzoek tandheelkundige voorzieningen

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van de resultaten. Eerst zal worden ingegaan op de participatie aan het onderzoek van daarvoor gevraagde instellingen. Vervolgens worden de uitkomsten van het onderzoek naar tandheelkundige voorzieningen gepresenteerd. Hierbij wordt de volgorde aangehouden van de onderwerpen zoals die in tabel 2.2 zijn vermeld.

3.1 Algemene gegevens over de participerende instellingen en personen

In deze paragraaf wordt informatie gegeven over de instellingen die aan het onderzoek deelnamen en over de personen die meewerkten aan de interviews.

3.1.1 Aantal en percentage deelnemende instellingen

In tabel 3.1 is het aantal verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten vermeld dat voor het onderzoek werd benaderd, het aantal dat bereid was mee te doen aan het onderzoek naar tandheelkundige voorzieningen en het aantal dat tevens meewerkte aan het onderzoek naar de mondgezondheid van bewoners. In bijlage A worden de deelnemende instellingen met name genoemd.

De respons op de vraag mee te doen aan het onderzoek naar tandheelkundige voorzieningen bedroeg bij de verpleeg- en verzorgingshuizen respectievelijk 79% en 75% en bij de instellingen voor verstandelijk gehandicapten 100%. De vraag mee te werken aan het onderzoek bij bewoners werd door 80% van de desbetreffende verpleeg- en verzorgingshuizen positief beantwoord. Uitgaande van alle benaderde verpleeg- en verzorgingshuizen - dus ook van de instellingen die niet aan het voorzieningenonderzoek meededen - bedroeg de participatie aan het bewonersonderzoek respectievelijk 63% en 60%.

In totaal werd aan 25 tandartsen die in een verpleeg- of verzorgingshuis of in een instelling voor verstandelijk gehandicapten werkzaam waren, gevraagd mee te werken aan een telefonisch interview; 24 van hen (96%) waren daartoe bereid.

Tabel 3.1 Het aantal benaderde instellingen, het aantal dat deelnam aan het onderzoek naar tandheelkundige voorzieningen en het aantal dat meewerkte aan het onderzoek bij bewoners, per type instelling.

	Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	Totaal
Benaderd	19 (100%)	20 (100%)	15 (100%)	54 (100%)
Deelname aan onderzoek tandheelkundige voorzieningen	15 (79%)	15 (75%)	15 (100%)	45 (83%)
Medewerking aan onderzoek bewoners	12 (63%)	12 (60%)	n.v.t.	

3.1.2 Type en omvang van de instelling of afdeling

Van de 15 verpleeghuizen die bij het onderzoek waren betrokken maakten er 14 deel uit van een grotere organisatie, van de 15 verzorgingshuizen gold dit voor 9 huizen en van de 15 instellingen voor verstandelijk gehandicapten voor 12 instellingen.

In bijlage B wordt in een aantal tabellen en grafieken gedetailleerde informatie verstrekt over de instellingen en de afdelingen daarvan die bij het onderzoek waren betrokken en over de functionarissen die aan een interview deelnamen. In tabel B.1 zijn de diverse afdelingen vermeld waarover de verpleeghuizen en verzorgingshuizen beschikten. In de verpleeghuizen waren specifieke afdelingen voor bewoners met een somatische en voor bewoners met een psychogeriatrische aandoening. In sommige verzorgingshuizen waren de afdelingen niet gedifferentieerd naar het type aandoening waar de bewoner aan leed. Voor de instellingen voor verstandelijk gehandicapten geven de figuren B.1 tot en met B.4 een beeld van de samenstelling van de populatie bewoners. Tussen deze instellingen blijken grote verschillen voor te komen, zowel met betrekking tot de leeftijd van de bewoners als voor de zwaarte van hun verstandelijke handicap en hun behoefte aan begeleiding en verzorging. De omvang van de instellingen, uitgedrukt in bedden capaciteit, is weergegeven in tabel B.2. De verzorgingshuizen hadden gemiddeld het kleinste en de instellingen voor verstandelijk gehandicapten het grootste aantal bewoners.

De omvang van de afdelingen waar de geïnterviewde afdelingsmedewerkers werkten, is in tabel B.3 vermeld. De afdelingen in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten waren relatief klein vergeleken met die in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Voor de verpleeg- en verzorgingshuizen is in tabel B.3 tevens de aard van de bij het onderzoek betrokken afdelingen weergegeven. In 9 van de 15 verpleeghuizen werd een medewerker van een psychogeriatrische afdeling geïnterviewd, in de overige 6 een medewerker van een somatische afdeling. Van de in de verzorgingshuizen geïnterviewde afdelingsmedewerkers werkte er één in psychogeriatrische en één in een somatische afdeling; de overige 13 waren in een ongedifferentieerde afdeling werkzaam. Voor de instellingen voor verstandelijk gehandicapten is informatie over de afdelingen van de geïnterviewde afdelingsmedewerkers in figuur B.5 t/m B.8 uitgebeeld. De eerder getoonde verschillen tussen de instellingen komt ook bij de bezochte afdelingen tot uiting.

3.1.3 Functie en werkervaring respondenten

De tabellen B.4 en B.5 geven per type instelling een overzicht van de functionarissen die als staflid of afdelingsmedewerker bij het interview waren betrokken. In de verpleeghuizen en de instellingen voor verstandelijk gehandicapten was het geïnterviewde staflid meestal hoofd van de medische dienst of instellingsarts, in de verzorgingshuizen vaak hoofd verzorging, zorgcoördinator of 'zorgmanager'. De geïnterviewde afdelingsmedewerker vervulde in de meeste gevallen de functie van afdelingshoofd of teamleider. In verzorgingshuizen werd soms met een verzorger gesproken en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten soms met een groepsbegeleider.

In tabel B.6 is de duur van het arbeidsverband van de geïnterviewde afdelingsmedewerkers vermeld. In de verpleeghuizen en de instellingen voor verstandelijk gehandicapten werkten de meeste afdelingsmedewerkers waarmee werd gesproken meer dan 30 uur per week, in de verzorgingshuizen had een meerderheid een iets korter dienstverband. De meeste afdelingsmedewerkers waren al meer dan 24 maanden op de desbetreffende afdeling werkzaam.

Van de 24 tandartsen die werden geïnterviewd werkten er 11 in een verpleeghuis, 1 in een verzorgingshuis en 12 in of voor een instelling voor verstandelijk gehandicapten. In tabel B.7 is het aantal jaren vermeld waarin de geïnterviewde tandartsen in de desbetreffende instelling of elders als instellingstandarts werkzaam waren. Op enkelen na werkten allen tevens in een algemene tandartspraktijk. Eén tandarts had drie jaar geleden vanwege zijn gevorderde leeftijd zijn werk als algemeen-practicus beëindigd. Eén tandarts werkte behalve in een verpleeghuis ook in een TBS-inrichting en één in een centrum voor implantologie. Van de tandartsen die werkzaam waren voor een instelling voor verstandelijk gehandicapten, werkten er vier in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, één had een huispraktijk die als centrum voor bijzondere tandheelkunde fungeerde, en één behandelde kinderen en gehandicapten op een universiteit.

3.2 Faciliteiten voor tandheelkundige zorg

In deze paragraaf worden gegevens gepresenteerd over de in de instellingen beschikbare menskracht ten behoeve van de tandheelkundige zorg, de ruimtelijke voorzieningen en de inrichting van de beschikbare ruimten.

3.2.1 Beschikbaarheid en tijdsbesteding tandheelkundige hulpverleners

Tabel 3.2 toont het aantal instellingen die over een vaste of wisselende tandarts beschikten en het aantal die gebruikmaakten van de diensten van een mondhygiënist. Van de 15 verpleeghuizen hadden er 14 een vaste tandarts, van de 15 verzorgingshuizen waren dit er 3 en van de 15 instellingen voor verstandelijk gehandicapten 13. Het verpleeghuis en de twee instellingen voor verstandelijk gehandicapten zonder vaste tandarts hadden een relatief klein aantal bewoners. Een 'vaste tandarts' hoeft in dit verband niet te betekenen dat de tandarts in de instelling komt. Het kan ook een tandarts betreffen die patiënten uit de instelling in de eigen praktijk behandelt. Aan bewoners van 2 verpleeghuizen en 8 instellingen voor verstandelijk gehandicapten werd mondhygiënische zorg verleend door een mondhygiënist.

Tabel 3.2 De beschikbaarheid van tandheelkundige zorgverleners (al dan niet werkend binnen de instelling) volgens de geïnterviewde stafleden, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Vaste tandarts	14	3	13
Wisselende tandartsen	-	3	2
Mondhygiënist	2	-	8
Stagiair mondhygiënist	1	-	-
Profylaxe assistente	-	-	1
Tandprotheticus	1	-	2
Tandtechnicus	1	-	-

Van de vaste tandartsen die wel in de instelling werkten, zijn de duur en de omvang van het werkverband, zoals aangegeven door het staflid, vermeld in tabel 3.3. De periode waarin de verpleeg- en verzorgingshuizen binnen de instelling over een vaste tandarts beschikten, varieerde sterk, maar was in het algemeen korter dan bij de instellingen voor verstandelijk gehandicapten die meestal al meer dan 15 jaar binnen de instelling een vaste tandarts ter beschikking hadden. Ook het aantal uren dat de tandarts werkzaam was binnen de instelling, was in de verpleeg- en verzorgingshuizen in het algemeen lager.

De tandartsen die in de instelling werkten, kwamen daar volgens de stafleden op één of meer vaste dagen en werkten er een vast aantal uren, zo blijkt uit tabel 3.4.

Ook aan de tandartsen werden vragen gesteld over de duur van hun werkverband en over hun aantal werkuren per week of per maand. De informatie die hierbij werd verkregen, staat in tabel 3.5. De hier vermelde gegevens zijn niet geheel vergelijkbaar met die in tabel 3.3 die, anders dan tabel 3.5, niet alleen op de persoon van de geïnterviewde tandarts betrekking hebben. Uit tabel 3.5 blijkt dat de lengte van de periode waarin de tandarts in de instelling werkte, niet duidelijk verschilde tussen verpleeg- en verzorgingshuizen enerzijds en instellingen voor verstandelijk gehandicapten anderzijds. Wel komt ook in deze tabel duidelijk naar voren dat de tandartsen in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten beduidend meer uren aanwezig waren dan in de verpleeg- of verzorgingshuizen.

De vraag of de tijd besteed aan administratie deel uitmaakte van de opgegeven werktijd werd door de tandartsen in het algemeen ontkennend beantwoord.

Tabel 3.3 Aantal jaren waarin de instelling over (een) vaste tandarts(en) beschikte die in de instelling kwam en het huidige aantal uren per maand of week waarin deze tandarts(en) volgens het staflid daar werkzaam was/waren, per type instelling

	Verpleeg- en verzorgingshuizen (N=12)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=12)
Aantal jaren waarin de instelling over (een) vaste tandarts(en) beschikte		
≤ 5 jaar	3	-
6-10 jaar	5	1
11-15 jaar	2	-
> 15 jaar	2	10
onbekend	-	1
Huidig aantal werkuren van de tandarts(en) (vlg. staflid)		
< 4 uur per maand	3	-
4-7 uur per maand	-	-
2-3 uur per week	4	-
4-7 uur per week	4	7
8-15 uur per week	1	1
≥ 16 uur per week	-	3
onbekend	-	1

Tabel 3.4 Verdeling werkuren van de in de instelling werkende vaste tandarts volgens het staflid, per type instelling

	Verpleeg- en verzorgingshuizen (N=12)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=12)
Vast aantal uren op vaste dagen	8	11
Variabel aantal uren op vaste dag	2	-
Vast aantal uren op afroep	2	-
Niet van toepassing	-	1 ¹

¹ Deze tandarts onderzocht de bewoners in de instelling maar behandelde hen in een centrum voor bijzondere tandheelkunde

Tabel 3.5 Het aantal jaren waarin de tandarts naar eigen zeggen voor de desbetreffende instelling werkzaam was en het huidige aantal werkuren per maand of per week voor de instelling, afzonderlijk voor tandartsen werkzaam in een verpleeg- of verzorgingshuis en tandartsen werkzaam in een instelling voor verstandelijk gehandicapten

	Tandartsen werkzaam voor een verpleeg- of verzorgingshuis (N=12)	Tandartsen werkzaam voor een instelling voor verstandelijk gehandicapten (N=12)
Aantal jaren werkzaam voor deze instelling		
≤ 5 jaar	5	4
6-10 jaar	2	3
11-15 jaar	2	2
> 15 jaar	3	3
Huidig aantal werkuren		
< 4 uur per maand	1	-
4-7 uur per maand	2	-
2-3 uur per week	3	3
4-7 uur per week	4	5
8-15 uur per week	1	2
> 15 uur per week	-	2
onbekend	1	-

Zowel aan de tandartsen als aan de afdelingsmedewerkers is gevraagd een oordeel te geven over de toereikendheid van het aantal werkuren van de tandarts. De gegevens die hierover in tabel 3.6 zijn vermeld, hebben betrekking op dezelfde instellingen zodat de antwoorden van de tandartsen en de afdelingsmedewerkers vergelijkbaar zijn. Uit de tabel blijkt dat de tandartsen de beschikbare werktijd lang niet altijd voldoende vonden, een standpunt dat in veel gevallen met de afdelingsmedewerkers werd gedeeld.

Tabel 3.6 Het oordeel van de tandarts en van het geïnterviewde afdelingshoofd over de toereikendheid van het aantal werkuren van de tandarts om voldoende aandacht te kunnen geven aan de mondproblemen van de bewoners

	Verpleeg- en verzorgingshuizen (N=12)		Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=12)	
	Respondent: tandarts	afdelingsmedewerker	Respondent: tandarts	afdelingsmedewerker
Aantal werkuren voldoende?				
ja	6	8	8	10
twijfel	1	-	-	-
nee	5	3	4	2
geen oordeel	-	1	-	-

3.2.2 Lokalisatie tandheelkundige hulp, intern, extern

De locaties waar volgens de stafleden professionele tandheelkundige hulp werd verstrekt, zijn voor de diverse instellingen weergegeven in tabel 3.7. In diverse huizen werd op meerdere locaties hulp geboden, waardoor een optelling van de cijfers in de kolommen hoger is dan 15. In 11 verpleeghuizen, 3 verzorgingshuizen en 11 instellingen voor verstandelijk gehandicapten werd professionele tandheelkundige hulp binnen de instelling geboden.

Tabel 3.7 Lokalisatie van de verleende tandheelkundige hulp volgens het staflid, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Intern			
Alleen in een speciale daarvoor bestemde ruimte	4	1	4
Alleen in de kamer van de bewoner	1	2	-
Zowel in een speciale ruimte als in de kamer van de bewoner	6	-	7
Extern			
In een ander huis, behorende bij dezelfde organisatie	1	-	1
In een ander huis, niet behoren- de bij dezelfde organisatie	1	-	4
In de eigen praktijk van de tandarts	9	15	9
In een centrum voor bijzondere tandheelkunde	4	-	7
In een ziekenhuis	8	1	11
In de praktijk van een kaakchirurg-implantoloog	-	-	1

Ook aan de tandartsen werd gevraagd op welke locaties tandheelkundige hulp werd verleend aan de bewoners van de instelling. Tabel 3.8 geeft een overzicht van de verkregen informatie. Bij de interpretatie van deze tabel moet er rekening mee worden gehouden dat het feit dat de tandarts binnen de instelling werkte een selectiecriteria was bij de keuze hem of haar te interviewen. Eén tandarts, werkzaam voor een instelling voor verstandelijk gehandicapten, verleende alle tandheelkundige hulp in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, met uitzondering van het periodiek tandheelkundig onderzoek, dat in een tijdelijk daarvoor ingerichte ruimte binnen de instelling werd uitgevoerd.

Tabel 3.8 Lokalisatie van de door de tandarts verleende tandheelkundige hulp, volgens opgave van tandartsen werkzaam in een verpleeg- of verzorgingshuis of in een instelling voor verstandelijk gehandicapten, per type instelling

	Verpleeg- of verzorgingshuizen (N=12)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=12)
Intern		
Alleen in een speciale daarvoor bestemde ruimte	3	5
Alleen in de kamer van de bewoner	1	-
Zowel in een speciale ruimte als in de kamer van de bewoner	8	6
Extern		
In een ander huis, behorende bij dezelfde organisatie	2	-
In een ander huis, niet behorende bij dezelfde organisatie	-	2
In de eigen praktijk van de geïnter- viewde tandarts	11	5
In de praktijk van een andere tandarts	1	1
In een centrum voor bijzondere tandheelkunde	2	9
In een ziekenhuis	5	11

Aan de tandartsen werd voor verschillende categorieën verrichtingen afzonderlijk gevraagd waar deze in het algemeen plaatsvonden. Zoals uit tabel 3.9 blijkt, werden prothetische verrichtingen en extracties in verpleeg- en verzorgingshuizen slechts in een enkel geval op de kamer van de bewoner uitgevoerd. In deze instellingen vonden restauratieve verrichtingen vaak buiten de instelling plaats.

Tabel 3.9 Lokalisatie van de door de tandarts verleende tandheelkundige hulp naar type verrichting, volgens opgave van tandartsen werkzaam in een verpleeg- of verzorgingshuis of in een instelling voor verstandelijk gehandicapten, naar type instelling

	Verpleeg- of verzorgingshuizen (N=12)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=12)
Prothetische verrichtingen		
in speciale ruimte	10	10
in kamer bewoner	1	-
elders	1	1
niet van toepassing	-	1
Extracties		
in speciale ruimte	5	11
in kamer bewoner	1	-
elders	6	1
Restauratieve verrichtingen		
in speciale ruimte	4	11
in kamer bewoner	-	-
elders	7	1
niet van toepassing	1	-

3.2.3 Faciliteiten voor tandheelkundige hulp binnen de instelling

Zowel aan de stafleden als aan de tandartsen werden vragen gesteld over de inrichting van de behandelruimte indien zo'n ruimte in de instelling beschikbaar was. De informatie hierover van de stafleden staat in tabel 3.10, die van de tandartsen in tabel 3.11.

In 11 van de 12 behandelruimten in verpleeg- of verzorgingshuizen was volgens de stafleden een beweegbare tandartsstoel beschikbaar. Ten minste 5 van deze ruimten waren volgens de stafleden wel en 4 niet toegankelijk voor bedlegerige patiënten, 3 stafleden konden geen antwoord geven op de desbetreffende vraag.

Van de 11 tandartsen die in een verpleeg- of verzorgingshuis werkten, hadden er 9 ter plaatse de beschikking over een beweegbare stoel. Uit de informatie van de tandartsen kan verder worden afgeleid dat in 6 van de 11 verpleeg- of verzorgingshuizen met een behandelruimte geen instrumenten beschikbaar waren om restauratieve verrichtingen uit te voeren en in 4 geen extrac-tie-instrumentarium.

In instellingen voor verstandelijk gehandicapten waar in het huis een behandelkamer voor de tandarts was ingericht, antwoordden 2 van de 11 stafleden desgevraagd dat de inrichting van deze kamer er moderner uitzag dan die van de praktijkruimte van hun eigen tandarts, 3 van hen zagen qua moderniteit geen verschil tussen de inrichting van de behandelkamer in het huis en die van de eigen tandarts en 6 vonden de inrichting van de kamer in het huis minder modern. Aan

stafleden van verpleeg- en verzorgingshuizen werd een dergelijke vraag niet gesteld.

Volgens de informatie die door de tandartsen werd verstrekt, waren in de behandelruimten in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten voor alle soorten verrichtingen instrumenten beschikbaar. Van de 11 tandartsen werkzaam in een instelling voor verstandelijk gehandicapten hadden er 5 de beschikking over sedatie-apparatuur. Van de 6 tandartsen voor wie dit niet gold, meldde er 1 daaraan wel behoefte te hebben.

Tabel 3.10 Tandheelkundige outillage en toegankelijkheid behandelruimte in verpleeg- en verzorgingshuizen en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten (volgens het staflid)

	Verpleeg- en verzorgings- huizen (N=30)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Aantal huizen met een behandelruimte	12 ¹	11
Type behandelstoel:		
beweegbaar	11	11
niet beweegbaar	1	-
Behandelruimte toegankelijk voor:		
patiënten in een rolstoel		
ja	12	11
nee	-	-
bedlegerige patiënten		
ja	5	8
nee	4	2
onbekend	3	-
Verplaatsbare apparatuur beschikbaar		
ja	2	-
nee	7	10
onbekend	3	1

¹ Inclusief één huis dat de beschikking had over een behandelruimte in een naastgelegen instelling

Tabel 3.11 Tandheelkundige outillage en functionaliteit behandelruimte in verpleeg- en verzorgingshuizen en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten (volgens opgave tandarts)

	Tandartsen werkzaam in een verpleeg- of verzorgingshuis (N=12)	Tandartsen werkzaam in een instelling voor verstandelijk gehandicapten (N=12)
Behandelruimte beschikbaar (in de instelling)	11	11
Installatie		
beweegbare stoel	9	11
niet beweegbare stoel	2	-
operatielamp	9	11
afzuiginstallatie	6	11
röntgenapparatuur	7	11
Behandelstoel geschikt voor:		
prothetische verrichtingen	11	11
extractie van gebitselementen	10	11
restauratieve verrichtingen	7	11
Instrumenten beschikbaar voor:		
prothetische verrichtingen	10	11
extractie van gebitselementen	7	11
restauratieve verrichtingen	5	11

Van de 11 tandartsen die de beschikking hadden over een behandelruimte in een verpleeg- of verzorgingshuis waren er 4 tevreden en 7 ontevreden over de behandelfaciliteiten in het huis. Hun klachten betroffen de ter beschikking gestelde behandelruimte die te beperkt van omvang was of niet toegankelijk was voor rolstoelgebruikers, en de inrichting van deze ruimte (het ontbreken van een volwaardige behandelstoel, adequate verlichting, afzuigapparatuur, instrumentarium, kastruimte en kapstok). Van de 11 tandartsen die de beschikking hadden over een behandelruimte in een instelling voor verstandelijk gehandicapten waren er 8 tevreden en 3 ontevreden over de behandelfaciliteiten. Wensen van ontevreden tandartsen waren betere apparatuur, meer werkruimte en een betere inrichting van de beschikbare ruimte.

3.2.4 Assistentie bij tandheelkundige behandeling en administratie

In 3 van de 12 verpleeg- en verzorgingshuizen die voorzieningen hadden voor professionele tandheelkundige hulp binnen de instelling, werd de tandarts volgens het staflid geassisteerd door een medewerker van het huis. De tandartsen rapporteerden dat dit in 2 huizen het geval was (zie tabel 3.12 en tabel 3.13). Sommige tandartsen namen een assistente uit de eigen praktijk mee naar het verpleeg- of verzorgingshuis, anderen werkten zonder assistente. In de instellingen voor verstandelijk gehandicapten werd de tandarts in alle gevallen door een medewerker van de instel-

ling geassisteerd. Uit een vergelijking van de beide tabellen kan worden afgeleid dat de stafleden en de tandartsen nogal verschillend rapporteerden over de door de instelling beschikbaar gestelde administratieve hulp.

Tabel 3.12 Assistentie tandarts bij behandeling en administratie (volgens staflid), per type instelling

	Verpleeg- en verzorgingshuizen (N=30)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Behandelruimte beschikbaar (in of in de nabijheid van de instelling)	12	11
Assistentie 'aan de stoel'		
ja, door een medewerker van het huis	3	11
ja, door de eigen assistente van de tandarts	4	-
nee	4	-
onbekend	1	-
Administratieve ondersteuning vanuit het huis?		
ja	7	11
nee	5	-

Tabel 3.13 Assistentie tandarts bij behandeling en administratie in verpleeg- en verzorgingshuizen en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten (volgens de tandarts)

	Tandartsen werkzaam in een verpleeg- of verzorgingshuis (N=12)	Tandartsen werkzaam in een instelling voor verstandelijk gehandicapten (N=11)
Assistentie 'aan de stoel'		
medewerker van het huis	2	11
eigen assistente	6	-
geen assistentie	4	-
Administratieve ondersteuning vanuit het huis?		
medewerker van het huis	3	9
geen assistentie	9	2

3.2.5 Vervoer naar praktijkruimte van tandarts buiten gebouw

Indien een bewoner buiten het gebouw van de instelling behandeld moest worden, werd het vervoer, als het een verpleeghuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten betrof, meestal door een medewerker van de instelling geregeld. In verzorgingshuizen was het vaak de bewoner zelf of een familielid die daarvoor zorgde (zie tabel 3.14).

Als bewoners begeleid moesten worden bij het vervoer naar de tandarts, wat meest frequent bij bewoners van de verzorgingshuizen het geval was, ging, zoals eveneens te zien is in tabel 3.14, in veel gevallen een familielid of een vrijwilliger mee. Verpleeghuisbewoners werden ook vaak door een verzorger begeleid. Bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicapten werden in de meeste gevallen begeleid door een medewerker van de instelling.

De kosten van het vervoer naar een extern werkende tandarts leverden in verzorgingshuizen volgens de geïnterviewde stafleden geen probleem op. Eén staflid van een verpleeghuis vond dat over de financiering van het vervoer onduidelijkheid bestond. Onder de 15 geïnterviewde stafleden van instellingen voor verstandelijk gehandicapten waren er twee die de vervoerskosten een probleem vonden. Daarbij werden ook de kosten in aanmerking genomen die verband hielden met het tijdsbeslag op het personeel.

Tabel 3.14 Vervoer en begeleiding bewoner naar tandarts buiten het gebouw, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
<i>Vervoer geregeld door:</i>			
bewoner zelf	-	6	-
familielid van bewoner	-	3	-
afd.hoofd/teamleider	5	3	2
verzorger/verpleger	5	1	4
andere medewerker	4	2	8
niet van toepassing	1	-	1
<i>Begeleiding bewoner naar tandarts buiten het gebouw</i>			
altijd	13	7	11
soms	1	8	2
nooit	-	-	-
onbekend	-	-	1
niet van toepassing	1	-	1
<i>Begeleiding door:</i>			
familie	13	14	4
vrijwilliger	7	12	-
verzorger/verpleger	14	8	13

3.2.6 Hulp bij contacten met de 'eigen' tandarts

Als bewoners geholpen wilden worden door de 'eigen' tandarts - dat wil zeggen door een andere tandarts dan die van de instelling of die waarmee de instelling meestal contact had - verleende het personeel van sommige instellingen hulp bij het maken van een afspraak. Uit tabel 3.15 blijkt dat dit vooral in verzorgingshuizen gebeurde, wat niet verwonderlijk is aangezien in deze instellingen meestal geen professionele tandheelkundige hulp vanuit de instelling werd verleend.

Tabel 3.15 Rol instellingen bij het leggen van contact met de 'eigen' tandarts van de bewoner, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
<i>Instelling regelt afspraak tussen bewoners en de 'eigen' tandarts</i>			
altijd	1	1	2
soms	3	13	4
nooit	4	1	2
onbekend	3	-	2
niet van toepassing	4	-	5

3.3 Tandheelkundige zorg

In deze paragraaf worden diverse aspecten beschreven van de professioneel verleende tandheelkundige zorg aan de bewoners van de instellingen en de communicatie tussen degenen die bij deze zorgverlening zijn betrokken.

3.3.1 Vraag naar tandheelkundige hulp

Om te weten te komen hoe vaak de afdelingsmedewerkers met klachten van bewoners over de mond of het (kunst)gebit worden geconfronteerd, is hun gevraagd aan te geven of dit dagelijks, wekelijks, maandelijks of nog minder frequent gebeurde. Tabel 3.16 geeft het resultaat. De getoonde cijfers wekken de indruk dat bewoners van verzorgingshuizen minder vaak klachten hadden over de mond dan die van verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat het hier percepties van verzorgers betreft en dat bewoners van een verzorgingshuis ook zelf contact op kunnen nemen met een tandarts zonder dat het personeel er vanaf weet.

Tabel 3.16 Frequentie waarin binnen de afdeling klachten optreden over mond of (kunst)gebit, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Dagelijks	-	-	1
Wekelijks	2	-	-
Maandelijks	2	4	2
< 1 x per maand	8	8	12
Nooit	-	2	-
Onbekend	3	1	-

Zowel aan de stafleden van de instellingen als aan de afdelingsmedewerkers is gevraagd hoeveel bewoners gedurende het laatste jaar hulp vroegen aan de ‘eigen’ tandarts. Tabel 3.17 toont de informatie van de stafleden. Hieruit blijkt dat dit aantal in de verpleeg- en verzorgingshuizen meestal kleiner was dan 10%. Daarbij moet worden aangetekend dat de stafleden van verzorgingshuizen de desbetreffende vraag meestal niet konden beantwoorden. Bij de instellingen voor verstandelijk gehandicapten was er veel variatie in het percentage bewoners die naar de ‘eigen’ tandarts gingen. Volgens de afdelingsmedewerkers die de vraag konden beantwoorden, was in alle drie soorten instellingen het percentage bewoners die de ‘eigen’ tandarts bezochten meestal minder dan 10% (zie tabel 3.18).

Tabel 3.17 Percentage bewoners van de instelling die volgens het staflid naar de ‘eigen’ tandarts gaan, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
< 5 %	9	3	1
5-9 %	3	3	2
10-19%	-	1	—
20-29%	3	-	3
30-49%	-	-	-
50-89%	-	-	-
≥ 90%	-	-	1
onbekend	-	8	2

Tabel 3.18 Percentage bewoners van de afdeling die volgens de afdelingsmedewerker gedurende het laatste jaar een beroep deden op de 'eigen' tandarts, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
< 5 %	11	7	10
5-9 %	2	1	-
10-19%	-	2	2
20-29%	-	-	-
30-49%	-	-	1
50-89%	-	1	1
≥ 90%	-	-	1
onbekend	2	4	-

Aan de tandartsen van instellingen is gevraagd het aantal bewoners te noemen dat van hun hulp afhankelijk was, het aantal dat daadwerkelijk een beroep op hen deed en het aantal dat per dag-deel werd behandeld. Uit tabel 3.19 blijkt dat de omvang van het patiëntenbestand van de tandartsen die in een verpleeg- of verzorgingshuis werkten in het algemeen kleiner was dan van de tandartsen uit de instellingen voor verstandelijk gehandicapten. De vermelde aantallen per dag-deel behandelde patiënten tonen eenzelfde trend.

De meeste tandartsen gaven aan alleen permanent in de instelling verblijvende bewoners te behandelen. Vier verpleeghuistandartsen behandelden daarnaast ook bewoners die kortdurend waren opgenomen of op de revalidatie-afdeling verbleven.

Tabel 3.19 Aantal bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten die op de tandarts van de instelling waren aangewezen, het aantal bewoners die gedurende één jaar gebruik maakten van de diensten van deze tandarts en het aantal bewoners die per dagdeel door de tandarts werden behandeld (informatie verstrekt door de tandarts)

	Verpleeg- en verzorgingshuizen (N=12)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=12)
<i>Aantal bewoners die aangewezen waren op de instellingstandarts(en)</i>		
1-50	-	-
51-100	2	-
101-150	3	1
151-200	3	2
201-300	2	1
301-500	-	6
> 500	-	2
onbekend	2	-
<i>Aantal bewoners die jaarlijks een beroep deden op de instellingstandarts(en)</i>		
1-50	3	-
51-100	5	-
101-150	—	1
151-200	1	2
201-300	1	1
301-500	-	6
> 500	-	2
onbekend	2	-
<i>Aantal bewoners die per dagdeel werden behandeld</i>		
1-5	4	1
6-10	5	7
11-15	2	1
16-20	1	2
onbekend	-	1

3.3.2 Mondonderzoek bij opname bewoners

In 13 van de 15 verpleeghuizen en in 7 van de 15 instellingen voor verstandelijk gehandicapten werd volgens het staflid bij de opname van nieuwe bewoners de mond geïnspecteerd (zie tabel 3.20). In geen van de verzorgingshuizen werd bij opname van bewoners mondonderzoek uitgevoerd. In de verpleeghuizen was het meestal de instellingsarts die de mond tijdens het intake-onderzoek inspecteerde, in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten soms de arts en soms de tandarts. Uit de gegevens vermeld in tabel 3.21 blijkt dat een aantal tandartsen, hoewel niet direct betrokken bij het intake-onderzoek, wel de mond van nieuwe bewoners onderzochten,

soms bij allen, in andere gevallen alleen bij bewoners die door de arts waren verwezen.

Tabel 3.20 Mondonderzoek bij de opname van nieuwe bewoners volgens het staflid, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
<i>Mondonderzoek bij intake</i>			
ja	13	-	7
nee	2	15	6
onbekend	-	-	2
<i>Mondonderzoek door:</i>			
instellingsarts	11	-	4
tandarts	2	-	3
niet van toepassing	2	15	8

Tabel 3.21 Onderzoek nieuwe bewoners door een tandarts volgens het staflid, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Alle nieuwe bewoners	5	-	6
Op indicatie instellingsarts	7	-	1
Nooit	3	15	8

In tabel 3.22 zijn de antwoorden vermeld op de vraag aan het staflid waar door de arts op werd gelet als hij/zij bij het intake-onderzoek de mond onderzocht. De aan- of afwezigheid van gebitsprothesen en natuurlijke gebitselementen waren de meest vermelde aspecten, de toestand van het tandvlees werd wat minder vaak genoemd.

Tabel 3.22 Aspecten waarop volgens het staflid door de artsen werd gelet bij het mondonderzoek, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Niet van toepassing	4	15	11
Aanwezigheid prothese(n)	11	-	4
Aanwezigheid natuurlijke gebitselementen	9	-	4
Toestand (pasvorm) prothese(n)	3	-	-
Toestand gebit (cariës)	2	-	1
Toestand mondslijmvlies	4	-	3
Toestand tandvlees	5	-	4
Toestand gehemelte	1	-	3
Toestand tong	1	-	1
Adem	1	-	-

Ook aan de tandartsen werd gevraagd naar de gang van zaken bij opname van nieuwe bewoners in de instellingen waar zij werkten. De informatie die dit opleverde, staat in tabel 3.23. Ook uit deze gegevens blijkt dat de tandarts slechts in een beperkt aantal gevallen bij het intake-onderzoek van nieuwe bewoners was betrokken.

Tabel 3.23 Mondonderzoek bij opname nieuwe bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten door instellingsarts of -tandarts (volgens de tandarts)

	Verpleeg- en verzorgingshuizen (N=12)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=12)
<i>Mondonderzoek bij intake</i>		
<i>nieuwe bewoners</i>		
ja, altijd	4	3
ja, soms	1	-
nee	3	6
onbekend	4	3
<i>Mondonderzoek bij intake</i>		
<i>uitgevoerd door:</i>		
arts	3	-
tandarts	2	3
<i>Verwijzing naar tandarts n.a.v.</i>		
<i>onderzoek arts</i>¹		
ja	9	5
nee	—	5
onbekend	3	-
niet van toepassing	-	1

¹ Naar aanleiding van onderzoek bij intake of van medisch onderzoek op een ander moment

3.3.3 Aard, omvang en kwaliteit van de tandheelkundige hulp

In 8 van de 15 verpleeg- en verzorgingshuizen met een vaste tandarts, gaf het staflid aan dat in principe alle bewoners voor tandheelkundige behandeling in aanmerking kwamen. In de overige 7 gevallen werden alleen bewoners behandeld met klachten over het gebit of de mond. In de instellingen voor verstandelijk gehandicapten kwamen volgens het staflid alle bewoners voor behandeling in aanmerking. Op de vraag welke behandelingen feitelijk werden uitgevoerd, wisten stafleden niet altijd antwoord te geven. De informatie van de tandartsen hierover staat in tabel 3.24.

Tabel 3.24 Aard van tandheelkundige behandelingen bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten volgens de tandarts

	Verpleeg- en verzorgingshuizen (N=12)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=12)
Opheffen (pijn)klachten	12	12
(Half)jaarlijks onderzoek	12	12
Restauratieve zorg	10	12
Prothetische zorg	12	12
Extracties	12	12
Röntgenonderzoek	10	12
Preventie ¹	6	11
Tandsteen verwijderen	11	12
Andere verrichtingen	3	10

¹ Fluoride-applicatie, plaque verwijderen, instructie mondhygiëne

Onder de 12 tandartsen die in een verpleeg- of verzorgingshuis werkten, waren er 2 die aangaven dat er met de leiding van de instelling gesproken was over de uit te voeren behandelingen. In één instelling was bepaald dat patiënten zo nodig ook in de eigen praktijk van de tandarts behandeld konden worden. In een andere instelling waren volgens de tandarts 'wensen en verwachtingen van de directie en van de tandarts' op elkaar afgestemd. Twee tandartsen hadden afspraken gemaakt met de zorgverzekeraar. In één geval betrof dit het aantal werkuren, in het andere de aanvraag van machtigingen voor het uitvoeren van bepaalde behandelingen. De 12 tandartsen die in een instelling voor verstandelijk gehandicapten werkten, hadden geen van allen met de leiding van de instelling afspraken gemaakt over de uit te voeren behandelingen bij bewoners. Eén van deze tandartsen meldde dat er met de zorgverzekeraar een afspraak was gemaakt over het uurtarief voor behandelingen onder narcose.

Het aantal behandelingen dat per maand werd uitgevoerd kon door de meeste tandartsen werkzaam in instellingen voor verstandelijk gehandicapten niet precies worden opgegeven. Voor de tandartsen werkzaam in een verpleeg- of verzorgingshuis, staat informatie hierover in tabel 3.25.

Tabel 3.25 Het gemiddelde aantal per maand door de tandarts uitgevoerde verrichtingen bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen (Voor instellingen voor verstandelijk gehandicapten ontbreken vergelijkbare gegevens)

	Aantal verrichtingen	Verpleeg- en verzorgingshuizen (N=12)
Periodieke onderzoeken	< 1	2
	1-5	4
	6-10	3
	11-20	2
	> 20	1
Extracties	< 1	1
	1-5	8
	6-10	3
Bijwerken prothesen	< 1	2
	1-5	3
	6-10	2
	11-20	3
	> 20	2
Aanbrengen nieuwe prothesen	< 1	1
	1-5	9
	6-10	2
Rebasen prothesen	< 1	3
	1-5	5
	6-10	4
Conserverende behandelingen incl. kroon- en brugwerk	< 1	6
	1-5	5
	6-10	1
Preventieve verrichtingen ¹	< 1	6
	1-5	2
	6-10	3
	11-20	1
Tandsteen verwijderen	< 1	2
	1-5	5
	6-10	5

¹ Fluoride-applicatie, plaque verwijderen, instructie mondhygiëne

Naar de mening van de tandartsen was de kwaliteit van de zorg die zij konden leveren in het algemeen matig tot goed (zie tabel 3.26). Behandelingen die veel moeite kosten, hetzij door technische problemen, hetzij door de beperkte behandelbaarheid van vooral psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten, waren: extracties, tijdrovende behandelingen zoals endodontische en uitgebreide restauratieve behandelingen, preventieve verrichtingen, het nemen van afdrukken en beetbepalen in het kader van een prothetische behandeling en, in het algemeen, het verbeteren van de retentie van loszittende onderprothesen. Als factoren die de behandeling

extra bemoeilijkten, werden genoemd: de moeizame communicatie met en onbegrip en agressie bij bewoners, het feit dat patiënten soms zittend in een rolstoel behandeld moeten worden, het verplaatsen van bewoners van de rolstoel naar de behandelstoel zonder tillift, het niet op de afgesproken tijd aanwezig zijn van bewoners, onvoldoende medewerking van het verzorgend of verplegend personeel en gebrek aan belangstelling vanuit de instelling voor de tandheelkundige problematiek in het algemeen.

Tabel 3.26 Kwaliteit van de aan bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten geboden tandheelkundige zorg volgens de tandarts

	Verpleeg- en verzorgingshuizen (N=12)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=12)
Kwaliteit van de geboden zorg		
goed	5	6
matig tot goed	–	3
matig	6	3
slecht	1	-

3.3.4 Melding van en besluitvorming n.a.v. tandheelkundige problemen

Verzorgenden en verpleegkundigen in een verpleeghuis die merkten dat een bewoner last had van de mond of het (kunst)gebit, rapporteerden dit volgens de afdelingsmedewerkers in de meeste gevallen aan de medische dienst. In verzorgingshuizen en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten werd vaker direct met de tandarts contact opgenomen (zie tabel 3.27).

Tabel 3.27 Meldingsprocedure (volgens afdelingsmedewerker) bij het signaleren van een probleem bij een bewoner met betrekking tot de mond of het (kunst)gebit, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Melding klacht:			
aan familie	2	1	1
aan afdelingshoofd	1	2	1
aan medische dienst	10	-	2
aan apotheek van het huis	1	-	-
rechtstreeks aan de tandarts	1	5	11
Geen vaste procedure	-	1	-
Onbekend	-	3	-
Niet van toepassing ¹	-	3	-

¹ De bewoner regelt dit zelf

De vraag welke persoon (of welke personen) de beslissing neemt (nemen) of hulp van een tandarts moet worden ingeroepen is aan de stafleden, de afdelingsmedewerkers en de tandartsen voorgelegd. In verpleeg- en verzorgingshuizen werd daarbij onderscheid gemaakt tussen bewoners met een somatische en bewoners met een psychogeriatrische aandoening en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten tussen bewoners functionerend op een relatief hoog en een relatief laag verstandelijk niveau. Tabel 3.28 toont per type bewoner hoe vaak een bepaalde persoon als beslisser werd genoemd door elke categorie functionarissen. Aangezien per geïnterviewde meer dan één persoon kon worden genoemd, is het totaal van de antwoorden veelal hoger dan het aantal geïnterviewden. Uit de tabel komt een divers beeld naar voren. Duidelijk is dat de mate waarin de bewoner zelf betrokken is bij de beslissing, afhangt van zijn of haar handicap. Afgaande op de antwoorden van de stafleden lijkt in de verpleeghuizen de arts naast de verzorger of verpleger vaak een rol te spelen bij de besluitvorming. In de instellingen voor verstandelijk gehandicapten was dit veel minder het geval. De rol van de arts in het verpleeghuis blijkt in de ogen van de afdelingsmedewerker echter minder belangrijk dan door het staflid (veelal zelf arts) werd aangegeven. Vooral in instellingen voor verstandelijk gehandicapten lijkt de verzorger of verpleger vaak de persoon te zijn die besluit of de bewoner naar de tandarts moet.

Tabel 3.28 Personen die volgens het staflid, de afdelingsmedewerker en de tandarts beslissen of hulp van een tandarts moet worden ingeroepen, per type bewoner en per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15) handicap bewoner somatisch psycho- 	
--	--	--

¹ Naar aanleiding van intake-onderzoek

3.3.5 Tijdsverloop tussen signalering en behandeling probleem

Aan alle categorieën respondenten werd gevraagd hoeveel tijd er lag tussen de melding van een (pijn)klacht aan de tandarts en het moment waarop deze tijd had daar aandacht aan te geven. Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen situaties met een acuut en met een niet-acuut karakter. Uit tabel 3.29, waarin de antwoorden worden getoond, blijkt dat bewoners met acute klachten meestal binnen een termijn van 0 tot 2 dagen bij de tandarts terecht konden, voor niet-acute klachten kon men vaak binnen een week bij de tandarts terecht; zelden hoefde langer dan twee weken te worden gewacht.

Tabel 3.29 Tijdsverloop tussen melding van (pijn)klacht en bezoek aan tandarts in acute en niet-acute situaties naar het oordeel van het staflid, de afdelingsmedewerker en de tandarts, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)		Verzorgingshuizen (N=15)		Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)	
	Acute situatie		Acute situatie		Acute situatie	
	ja	nee	ja	nee	ja	nee
Oordeel staflid						
0-2 dagen	10	1	3	-	12	3
3-7 dagen	2	6	-	1	1	7
8-14 dagen	-	3	-	1	-	1
> 14 dagen	-	1	-	-	-	-
onbekend	3	4	12	13	2	4
Oordeel afdelingsmedewerker						
0-2 dagen	8	-	10	2	11	3
3-7 dagen	5	13	1	8	1	8
8-14 dagen	-	1	-	1	1	1
> 14 dagen	-	-	-	1	-	1
onbekend	2	1	4	3	2	2
Oordeel tandarts						
0-2 dagen	8	1			11	3
3-7 dagen	2	7			1	7
8-14 dagen	-	-			-	2
> 14 dagen	-	1			-	-
wisselend	-	-			-	-
onbekend	1	2			-	-
niet van toepassing ¹	4	4			3	3

¹ Instelling zonder tandarts

3.3.6 Informatie-uitwisseling tussen tandarts en personeel instelling

Indien de tandarts overleg wilde over de medische toestand van een patiënt, nam hij meestal contact op met de arts die aan de instelling was verbonden. Dit blijkt uit de antwoorden op de desbetreffende vraag die zowel aan de stafleden als aan de tandartsen zelf werd voorgelegd (zie tabel 3.30). In een aantal gevallen was er over de algemene gezondheid van de bewoner ook contact met het afdelingshoofd of de directe verzorger of verpleger van de bewoner.

Aan de tandartsen die in een instelling voor verstandelijk gehandicapten werkten, werd gevraagd of er, vóór bepaalde behandelingen werden uitgevoerd, een 'informed consent' procedure werd gevolgd. Door 10 van de 12 tandartsen werd bevestigend geantwoord.

Tabel 3.30 De volgens het staflid en volgens de tandarts door de tandarts benaderde personen over de medische situatie van een bewoner in verband met de tandheelkundige behandeling, per type instelling

	Verpleeg- en verzorgingshuizen met tandarts (N=12)		Instellingen voor verstandelijk gehandicapten met tandarts (N=12)	
	Benaderde personen volgens staflid	tandarts	Benaderde personen volgens staflid	tandarts
Arts	9	8	11	8
Arts en/of afdelingshoofd	-	1	-	1
Arts en/of verzorger/verpleger	-	1	-	-
Doktersassistente	1	-	-	-
Afdelingshoofd	2	-	3	-
Afdelingshoofd en ouders	-	-	-	1
Verzorger/verpleger	4	1	3	1
Directie instelling	-	-	1	-
Familie/wettelijke vertegenw.	-	-	-	1
Onbekend	-	-	1	-
Niet van toepassing	1 ¹	1 ²	-	-

¹ Tandarts nam, voorzover bekend, nooit contact op over medische situatie van patiënten

² Tandarts nam naar eigen zeggen nooit contact op over medische situatie van patiënten

Indien er naar aanleiding van een tandheelkundige behandeling patiënt-specifieke informatie moest worden overgebracht, nam de tandarts, zoals uit tabel 3.31 blijkt, in de meeste gevallen contact op met de verzorger of verpleger van de bewoner. De antwoorden van de stafleden en de tandartsen wijken maar weinig van elkaar af.

Ten aanzien van de wijze waarop deze informatie-overdracht plaatsvond, verschilden de instellingen nogal. In sommige gebeurde dit alleen mondeling, in andere soms mondeling en

soms schriftelijk, enkele alleen schriftelijk of standaard zowel schriftelijk als mondeling (zie tabel 3.32).

Tabel 3.31 De volgens het staflid en volgens de tandarts door de tandarts benaderde personen voor overdracht van patiënt-specifieke informatie over een bewoner, per type instelling

	Verpleeg- en verzorgingshuizen met tandarts (N=12)		Instellingen voor verstandelijk gehandicapten met tandarts (N=12)	
	Respondent:		Respondent:	
	staflid	tandarts	staflid	tandarts
Bewoner zelf	4	6	1	1
Familie	2	4	-	4
Begeleidende vrijwilliger	-	1	-	-
Verzorger/verpleger	9	9	11	11
Afdelingshoofd	2	1	1	2
Medische staf	4	1	5	1

Tabel 3.32 Wijze waarop volgens het staflid en volgens de tandarts overdracht plaatsvond van patiënt-specifieke informatie of adviezen van de tandarts naar de afdeling, per type instelling

	Verpleeg- en verzorgingshuizen met tandarts (N=12)		Instellingen voor verstandelijk gehandicapten met tandarts (N=12)	
	Wijze van gegevensoverdracht		Wijze van gegevensoverdracht	
	Respondent:		Respondent:	
	staflid	tandarts	staflid	tandarts
Alleen mondeling	6	5	5	4
Alleen schriftelijk	2	1	-	-
Soms mondeling, soms schriftelijk	2	4	2	5
Altijd mondeling <i>en</i> schriftelijk	2	2	4	3
Onbekend	-	-	1	-

3.3.7 Registratie tandheelkundige verrichtingen in patiëntendossier

In verpleeg- en verzorgingshuizen werden tandheelkundige verrichtingen meestal en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten altijd geregistreerd (zie tabel 3.33). In veel gevallen gebeurde dit alleen in het kaartsysteem van de tandarts, soms ook in het medisch dossier of het zorgdossier van de bewoner en in enkele gevallen waarschijnlijk alleen in het medisch dossier of zorgdossier.

Tabel 3.33 Dossier waarin volgens het staflid en volgens de tandarts tandheelkundige verrichtingen worden geregistreerd, per type instelling

	Verpleeg- en verzorgingshuizen met tandarts (N=12)		Instellingen voor verstandelijk gehandicapten met tandarts (N=12)	
	Respondent: staflid	tandarts	Respondent: staflid	tandarts
In medisch dossier of zorgdossier en in kaartstelsysteem tandarts	2	2	2	1
Alleen in kaartstelsysteem van de tandarts	5	6	10	11
Alleen in medisch dossier of zorgdossier	4	1	-	-
Noch in medisch dossier of zorgdossier, noch in kaartstelsysteem van de tandarts	1	3	-	-

3.3.8 Samenwerking tandarts met andere instanties

Van de 12 tandartsen die in een verpleeg- of verzorgingshuis werkten, waren er 5 die aangaven patiënten regelmatig naar een specialist mondheelkunde en kaakchirurgie te verwijzen, 2 verwezen regelmatig naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT).

Van de 12 tandartsen die werkzaam waren in een instelling voor verstandelijk gehandicapten verwezen er 10 regelmatig patiënten naar een specialist mondheelkunde en kaakchirurgie, 4 werkten samen met een CBT en 2 verleenden tandheelkundige zorg vanuit een CBT. In 8 gevallen was er structureel en in 3 gevallen incidenteel sprake van samenwerking met een ziekenhuis voor de behandeling van patiënten onder algehele anesthesie. Het aantal patiënten dat zo'n behandeling in een ziekenhuis onderging, varieerde tussen de instellingen van 1 tot 30 per jaar.

3.3.9 Presentatie tandarts in de instelling, verwacht effect

De wijze waarop de tandartsen zich binnen de instellingen presenteerden, verschilde sterk. Sommige tandartsen gaven aan dat alle activiteiten zich in de behandelkamer afspeelden: patiënten werden telefonisch opgeroepen en door het verzorgend personeel gehaald en gebracht. Met het personeel was er buiten de behandelkamer geen contact. Andere tandartsen bezochten naar eigen zeggen de afdelingen periodiek voor overleg met verpleegkundigen en verzorgenden over de mondhygiënische zorg, met afdelingshoofden over de organisatie en met artsen over medische aspecten van de zorgverlening.

Op de vraag welke positieve effecten zij verwachten van hun aanwezigheid in het huis gaven tandartsen die in verpleeg- en verzorgingshuizen werkzaam waren de volgende antwoorden:

- problemen van bewoners met hun mond of gebit kunnen direct worden opgelost, bewoners zijn vrij van pijn;
- het aantal bewoners met een passende prothese is toegenomen;
- het ‘tandheelkundig welzijn’ van bewoners wordt bevorderd;
- waarschijnlijk is er meer aandacht voor tandheelkundige zorg;
- mogelijk ontstaat er meer aandacht voor mondhygiëne;
- het verzorgend personeel en artsen worden meer ‘mondbewust’;
- de vraag naar tandheelkundige hulp neemt toe (als je één patiënt terugbrengt naar de afdeling, vragen vier anderen om hulp).

Eén van de tandartsen meende dat zijn aanwezigheid geen enkel effect had.

De tandartsen die in een instelling voor verstandelijk gehandicapten werkten, gaven op de vraag naar het verwachte effect van hun aanwezigheid in de instelling de volgende antwoorden:

- Er wordt in belangrijke mate bijgedragen aan de mondgezondheid van de bewoners;
- De mondhygiëne van de bewoners wordt geleidelijk beter;
- Er ontstaan minder acute tandheelkundige problemen;
- Het personeel wordt zich meer bewust van het nut van tandheelkundige zorg.

Ook in deze groep was er één tandarts die twijfelde aan het effect, met name als het ging over de mondhygiëne van de bewoners.

3.4 Mondhygiënische zorg

In deze paragraaf staan gegevens vermeld over de mondhygiëne van de bewoners, de zorg daarvoor door de bewoner zelf en de ondersteuning van de 'zelfzorg' door het personeel van de instelling. Ook de nascholing van het personeel en de protocollering van de zorg komen aan de orde.

3.4.1 Hygiënische toestand (kunst)gebit bewoners

Aan de stafleden, de afdelingsmedewerkers en de tandartsen werd gevraagd een oordeel te geven over de hygiënische toestand van het gebit of de gebitsprothese van de bewoners. In tabel 3.34 zijn alleen de antwoorden vermeld verkregen in instellingen waarvan de tandarts werd geïnterviewd, zodat de antwoorden van de verschillende functionarissen op bewoners van dezelfde instellingen betrekking hebben. Het meest gegeven antwoord op de vraag naar de mondhygiëne luidde 'matig schoon'. Zowel in de verpleeg- en verzorgingshuizen als in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten oordeelden de afdelingsmedewerkers positiever over de mondhygiëne dan de tandartsen. De stafleden namen hierbij een middenpositie in.

Tabel 3.34 Oordeel geïnterviewde stafleden, afdelingsmedewerkers en tandartsen over de hygiënische toestand van het (kunst)gebit van bewoners, per type instelling (Selectie: instellingen waarvan de tandarts werd geïnterviewd)

Hygiënische toestand van het (kunst)gebit	Verpleeg- en verzorgingshuizen (N=12)			Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=12)		
	Respondent: staflid	afd. medew.	tandarts	Respondent: staflid	afd. medew.	tandarts
goed schoon	1	5	-	1	5	-
goed tot matig schoon	1	1	-	-	-	1
matig schoon	8	6	7	10	4	7
matig schoon tot vies	-	-	-	-	-	2
vies	2	-	5	1	3	2

3.4.2 Reiniging (kunst)gebit door bewoners en verzorgend personeel

In de meeste verpleeghuizen en in tweederde van de instellingen voor verstandelijk gehandicapten achtten zowel de stafleden als de afdelingsmedewerkers een ruime meerderheid van de bewoners niet in staat zelf tanden te poetsen of het kunstgebit te reinigen (zie tabel 3.35). In de verzorgingshuizen was de situatie volgens de respondenten gunstiger. Opvallend is dat in deze instellingen 5 van de 15 stafleden op de desbetreffende vraag geen antwoord konden geven.

Tabel 3.35 Het percentage bewoners die volgens het staflid en volgens de afdelingsmedewerker niet in staat waren het eigen gebit of het kunstgebit zelf te reinigen, per type instelling

Percentage bewoners die het (kunst)gebit zelf niet meer kunnen poetsen	Verpleeghuizen (N=15)		Verzorgingshuizen (N=15)		Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)	
	Respondent: staflid	afld. medew.	Respondent: staflid	afld. medew.	Respondent: staflid	afld. medew.
0-33 %	1	1	2	3	2	5
34-66 %	2	1	5	6	3	-
67-100%	11	13	3	4	9	10
onbekend	1	-	5	2	1	-

Op de vraag wie de bewoner helpt als hij of zij het (kunst)gebit zelf niet meer poetsen kan, antwoordden de afdelingsmedewerkers dat dit meestal de verzorger of verpleegkundige was (zie tabel 3.36). In verpleeg- en verzorgingshuizen werd ook wel door familieleden hulp geboden.

Tabel 3.36 Personen die volgens de afdelingsmedewerker de bewoner zo nodig helpen bij het poetsen van het (kunst)gebit, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Personen die helpen bij het poetsen van het (kunst)gebit			
familie	5	4	-
verzorger/verpleger	15	15	13
vrijwilliger	-	-	-
niet van toepassing	-	-	2

Aan de stafleden werd gevraagd of het verzorgend personeel hulp gaf als de bewoner niet in staat was zelf het (kunst)gebit te poetsen en, zo ja, of aan deze hulp voldoende aandacht werd besteed. In tabel 3.37 zijn de antwoorden afzonderlijk vermeld voor het poetsen van het natuurlijke gebit en het reinigen van gebitsprothesen. Op de vraag of de bewoners bij het poetsen werden geholpen, werd meestal een positief antwoord gegeven, ook als de vraag het poetsen bij bewoners met een eigen gebit betrof. De vraag of de verzorgers voldoende aandacht gaven aan de zorg voor de mondhygiëne, werd, als het ging om het poetsen bij bewoners met een eigen gebit, vaak negatief beantwoord. De drie instellingstypen verschilden hierin niet.

Tabel 3.37 Gebitsreiniging bij bewoners door het verzorgend personeel volgens het staflid, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)		Verzorgingshuizen (N=15)		Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)	
	Eigen gebit	Kunst- gebit	Eigen gebit	Kunst- gebit	Eigen gebit	Kunst- gebit
<i>Reinigen verzorgers het (kunst)gebit van bewoners?</i>						
ja	12	14	13	15	13	12
nee	1	-	-	-	2	-
onbekend	2	1	1	-	-	-
niet van toepassing	-	-	1 ¹	-	-	3 ²
<i>Schenken verzorgers voldoende aandacht aan het reinigen van het (kunst)gebit</i>						
ja	3	11	4	11	3	7
nee	8	2	8	4	9	3
wisselend	-	-	-	-	1	2
onbekend	4	2	2	-	-	-
niet van toepassing	-	-	1	-	2	3

¹ Er waren (vrijwel) geen bewoners met een natuurlijk gebit

² Er waren (vrijwel) geen bewoners met een kunstgebit

De afdelingsmedewerkers is gevraagd hoe de bewoners het in het algemeen ervaren bij het tandenpoetsen hulp te moeten aanvaarden van de verzorger of verpleger, en ook of de laatstgenoemden het bieden van mondhygiënische hulp zien als een probleem. Uit tabel 3.38 blijkt dat de reacties divers waren. Duidelijk is dat het (laten) poetsen van het natuurlijke gebit meer problemen oplevert dan het reinigen van de gebitsprothese.

Tabel 3.38 Oordeel (volgens de afdelingsmedewerker) van bewoners en verzorgers over het poetsen van het (kunst)gebit, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)		Verzorgingshuizen (N=15)		Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)	
	Eigen gebit	Kunst- gebit	Eigen gebit	Kunst- gebit	Eigen gebit	Kunst- gebit
Bewoners						
heel vervelend	1	-	1	-	3	-
tamelijk vervelend	5	2	3	-	6	1
een beetje vervelend	4	3	1	6	2	-
niet vervelend	2	10	2	8	1	5
onbekend of n.v.t.	3	-	8	1	3	9
Verzorgers						
probleem	7	2	4	4	8	2
geen probleem	7	13	5	11	5	4
onbekend of n.v.t.	1	-	6	-	2	9

Aan de stafleden en de afdelingsmedewerkers werd de vraag voorgelegd wat de belangrijkste belemmeringen zijn bij het verzorgend of verplegend personeel om de 'eigen' tanden van bewoners te poetsen of het kunstgebit te reinigen. In tabel 3.39 zijn de verschillende antwoorden vermeld. Bij het poetsen van het natuurlijk gebit spelen volgens de stafleden vooral tekorten aan motivatie, kennis en vaardigheden en tijdgebrek een rol. Daarnaast noemden zij negatieve reacties bij bewoners die er niet van gediend zijn dat anderen hun tanden poetsen, schroom bij de verzorgers en het feit dat de verzorgers er niet aan gewend zijn bij anderen mondhygiënische handelingen uit te voeren. De afdelingsmedewerkers meenden dat naast een gebrek aan kennis en vaardigheden vooral het gebrek aan medewerking van de bewoner bij het poetsen van het natuurlijke gebit een belangrijke belemmering was. Ook noemden zij het feit dat sommige verzorgers het vies vinden bij een bewoner te poetsen. Bij reinigen van gebitsprothesen werden volgens de stafleden en de afdelingsmedewerkers minder belemmeringen ervaren. In instellingen voor verstandelijk gehandicapten vormt volgens de stafleden een gebrek aan tijd daarbij vaak een belemmerende factor.

Tabel 3.39 Belemmeringen bij de reiniging van het (kunst)gebit van bewoners door het verzorgend personeel volgens het staflid en de afdelingsmedewerker, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15) Respondent: staflid afd. medew.		Verzorgingshuizen (N=15) Respondent: staflid afd. medew.		Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15) Respondent: staflid afd. medew.	
Belemmeringen bij poetsen natuurlijk gebit						
motivatie personeel	6	-	3	-	6	-
kennis en vaardigheden	7	8	5	4	6	9
beschikbare tijd	4	3	5	1	9	6
afkeer bij bewoners	2	5	2	2	3	10
gewenning ontbreekt	1	-	2	-	-	-
schroom bij verzorgers	1	-	1	-	-	-
vies om te doen	-	-	-	2	-	2
bang pijn te doen	-	1	-	-	-	1
bewoner kan niet spoelen	-	1	-	2	-	-
Belemmeringen bij poetsen kunstgebit						
motivatie personeel	1	-	1	-	2	-
kennis en vaardigheden	1	2	2	-	2	-
beschikbare tijd	2	1	2	-	5	2
afkeer bij bewoners	-	2	-	1	2	-
gewenning ontbreekt	1	-	1	-	-	-
schroom bij verzorgers	-	-	1	-	-	-
vies om te doen	-	2	-	3	-	2

Tabel 3.40 laat zien hoe vaak volgens het afdelingshoofd het (kunst)gebit door de verzorgers of verplegers werd gepoetst. In de verpleeg- en verzorgingshuizen werd in de meeste gevallen één keer per dag gepoetst, in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten twee keer per dag.

Tabel 3.40 Frequentie waarin verzorgers volgens de afdelingsmedewerker het (kunst)gebit van de bewoners poetsen

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Poetsfrequentie per dag			
≥ 2 keer	4	4	10
1 keer	9	10	3
kunstgebit 1 keer, natuurlijk gebit 2 keer	1	1	-
kunstgebit 2 keer, natuurlijk gebit 1 keer	1	-	-
niet van toepassing	-	-	2 ¹

¹ Er waren (vrijwel) geen bewoners die niet zelf konden tandenpoetsen

In tabel 3.41 is aangegeven of bij het poetsen een gewone of een elektrische tandenborstel werd gebruikt. In één instelling voor verstandelijk gehandicapten werd standaard een elektrische tandenborstel gebruikt, in 11 instellingen voor verstandelijk gehandicapten, 7 verpleeghuizen en 2 verzorgingshuizen werd soms met een gewone en soms met een elektrische tandenborstel gepoetst. In de overige instellingen werd, voorzover bekend, alleen met gewone tandenborstels gepoetst.

Volgens de geïnterviewde afdelingsmedewerkers gebruikte het verzorgend en verplegend personeel in verpleeg- en verzorgingshuizen geen andere hulpmiddelen dan tandenborstels. In de instellingen voor verstandelijk gehandicapten werden als andere hulpmiddelen bij de mondhygienische zorg tandenstokers, dental floss en gaasjes genoemd.

Tabel 3.41 Het type tandenborstel dat volgens de afdelingsmedewerker door verzorgers bij tandenpoetsen wordt gebruikt, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Type tandenborstel			
Alleen gewone borstel	6	6	1
Alleen elektrische borstel	-	-	1
Soms gewone borstel, soms elektrische borstel	7	2	11
Niet van toepassing	2	7	2

3.4.3 Individueel merkteken in gebitsprothesen

Op de vraag of in de gebitsprothese van de bewoners een individueel merkteken was aangebracht, antwoordden 9 van de 15 stafleden van verpleeghuizen dat dit altijd, en 5 dat dit soms het geval was (zie tabel 3.42). In ten minste 10 van de 15 verpleeghuizen werd de prothese van nieuwe bewoners van een merkteken voorzien. Volgens de stafleden van de verzorgingshuizen waren de prothesen meestal niet gemerkt en werd ook in de prothese van nieuwe bewoners geen merkteken aangebracht. Veel stafleden van instellingen voor verstandelijk gehandicapten wisten niet of de prothese van de bewoners was gemerkt.

Ook aan de tandartsen werd gevraagd of gebitsprothesen waren gemerkt of, als het prothesen van nieuwe bewoners betrof, werden voorzien van een individueel merkteken. In tabel 3.43 zijn hun antwoorden vermeld, samen met die van de stafleden van de instellingen waaraan zij verbonden waren. De gegevens van de tandartsen en de stafleden wijken nogal van elkaar af.

Tabel 3.42 Individueel merkteken in gebitsprothesen volgens stafleden, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
<i>Merkeken is aangebracht in prothese van:</i>			
alle bewoners	9	-	2
een aantal bewoners	5	3	1
geen enkele bewoner	-	11	-
onbekend	1	1	11
niet van toepassing	-	-	1
<i>Merkeken wordt aangebracht in prothese van nieuwe bewoners:</i>			
altijd	10	-	1
soms	1	-	-
nooit	3	14	2
onbekend	1	1	8
niet van toepassing	-	-	4

Tabel 3.43 Individueel merkteken in gebitsprothesen van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en in instellingen voor verstandelijk gehandicapten met een tandarts (volgens het staflid en de tandarts)

	Verpleeg- en verzorgingshuizen met tandarts (N=12) Respondent: staflid tandarts		Instellingen voor verstandelijk gehandicapten met tandarts (N=12) Respondent: staflid tandarts	
<i>Merkteken is aangebracht in prothese van:</i>				
alle bewoners	6	5	2	3
een aantal bewoners	5	6	1	5
geen enkele bewoner	-	1	-	4
onbekend	1	-	9	-
<i>Merkteken wordt aangebracht in prothese van nieuwe bewoners:</i>				
altijd	7	5	1	3
soms	1	5	-	2
nooit	3	2	1	6
onbekend	1	-	7	-
niet van toepassing	-	-	3	1

3.4.4 Bijscholing verzorgend personeel t.a.v. mondzorg

In alle verpleeg- en verzorgingshuizen en in vrijwel alle instellingen voor verstandelijk gehandicapten werden voor de verplegenden of verzorgenden bijscholingsactiviteiten georganiseerd. Het onderwerp mondhygiëne was volgens de stafleden in ten minste 4 verpleeghuizen, 2 verzorgingshuizen en 4 instellingen voor verstandelijk gehandicapten aan de orde geweest, volgens de afdelingsmedewerkers in 6 verpleeghuizen, 2 verzorgingshuizen en 3 instellingen voor verstandelijk gehandicapten (zie tabel 3.44). Soms was het een tandarts en soms een mondhygiënist die deze bijscholing verzorgde. In 7 verpleeghuizen, 7 verzorgingshuizen en 6 instellingen voor verstandelijk gehandicapten was de afdelingsmedewerker van mening dat er bij medewerkers behoefte bestond aan bijscholing over mondverzorging bij ouderen. Van de 12 tandartsen die in een verpleeg- of verzorgingshuis werkten, hadden er 3 wel eens bijscholing verzorgd voor het verzorgend personeel, van de 12 tandartsen werkzaam in een instelling voor verstandelijk gehandicapten gaven er 9 wel eens bijscholing. De tandartsen deden dit meestal op eigen initiatief, in een enkel geval mede op basis van een verzoek vanuit de instelling.

Tabel 3.44 Bijscholing van verzorgend of verplegend personeel op het gebied van mondverzorging volgens het staflid en volgens de afdelingsmedewerker, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15) Respondent: staflid afd.medew.		Verzorgingshuizen (N=15) Respondent: staflid afd.medew.		Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15) Respondent: staflid afd.medew.	
<i>Bijscholing over mondverzorging</i>						
ja	4	6	2	2	4	3
nee	10	8	13	12	10	10
onbekend	1	1	-	1	1	2
<i>Bijscholing door:</i>						
tandarts	3		-		1	
mondhygiënist	-		-		4	
medewerker GGD	1		-		-	
student mondhygiëne	1		1		-	
onbekend	-		1		-	
<i>Frequentie bijscholing mondverzorging</i>						
1x per jaar of vaker	1		-		4	
1x per 2 à 3 jaar	-		-		-	
1x per 4 à 5 jaar	1		-		-	
eenmalig	1		2		-	
onbekend	1		-		-	
<i>Behoefte aan bijscholing</i>						
ja		7		7		6
nee		3		5		7
onbekend		3		3		2

3.4.5 Mondzorg als onderdeel zorgplan, protocol mondzorg

De vraag of professionele tandheelkundige zorg standaard deel uitmaakte van het zorgplan of zorgdossier van de bewoner werd door 9 van de 15 stafleden van een verpleeghuis met 'ja' beantwoord (zie tabel 3.45). In de verzorgingshuizen gaf één staflid op die vraag een bevestigend antwoord en in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten 5 stafleden. De verzorging van de mond door medewerkers van de instelling was in 7 verpleeghuizen, 12 verzorgingshuizen en 4 instellingen voor verstandelijk gehandicapten volgens de stafleden in het zorgplan opgenomen.

Tabel 3.45 Vermelding professionele tandheelkundige zorg en mondverzorging (gebitsreiniging) in zorgplan volgens het staflid, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Professionele tandheelkundige zorg in zorgplan			
ja	9	1	5
niet standaard	2	1	3
nee	4	13	5
onbekend	-	-	2
Mondverzorging (gebitsreiniging) in zorgplan			
ja	7	12	4
niet standaard	2	-	1
nee	4	3	6
onbekend	2	-	4

In 6 verpleeghuizen, 2 verzorgingshuizen en 2 instellingen voor verstandelijk gehandicapten was er een protocol voor de tandheelkundige zorg beschikbaar (zie tabel 3.46). Indien dit niet het geval was, werd soms wel de behoefte aan zo'n protocol gevoeld. Als onderwerpen die in een protocol behandeld zouden moeten worden, werden genoemd:

- Het stimuleren van mondhygiënische zelfzorg van bewoners;
- De mondhygiënische zorg bij dentate en edentate bewoners die zelf niet meer kunnen poetsen (middelen en methoden);
- Hoe om te gaan met bewoners die zich niet willen laten helpen bij het tandenpoetsen;
- Concrete aanwijzingen voor de verzorging van prothesen, bijvoorbeeld voor het gebruik van Steradent;
- De mogelijkheden om de dagelijkse mondhygiënische zorg te evalueren;
- Het stimuleren van tandartsbezoek;
- De afwijkingen in de mond waarvoor een tandarts moet worden geraadpleegd;
- Een procedure voor periodiek tandheelkundig onderzoek;
- De handelwijze bij acute tandheelkundige problemen;
- De bijscholing van personeel.

Tabel 3.46 Beschikbaarheid van een protocol tandheelkundige verzorging en (indien niet beschikbaar) de behoefte daaraan volgens stafleden en afdelingsmedewerkers, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15) Respondent: staflid afd.medew.		Verzorgingshuizen (N=15) Respondent: staflid afd.medew.		Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15) Respondent: staflid afd.medew.	
Protocol beschikbaar						
ja	6	6	2	2	2	1
nee	9	6	13	12	13	12
onbekend	-	3	-	1	-	2
Behoefte aan protocol						
ja	4	3	8	6	3	3
nee	5	6	4	5	6	11
onbekend	-	-	1	2	4	-
niet van toepassing ¹	6	6	2	2	2	1

¹ Er is een protocol

3.5 Wensen voor de toekomst

Aan de stafleden, afdelingsmedewerkers en tandartsen is gevraagd aan te geven wat zou moeten veranderen of welke maatregelen genomen zouden moeten worden om de mondzorg bij de bewoners in de toekomst te kunnen verbeteren. In deze paragraaf worden alle aanbevelingen en wensen per type respondent en per instellingstype opgesomd.

3.5.1 Wensen van stafleden verpleeg- en verzorgingshuizen

Als antwoord op de vraag aan de stafleden van verpleeg- en verzorgingshuizen hoe de tandheelkundige zorg in de toekomst verbeterd zou kunnen worden, werden de volgende mogelijkheden genoemd:

- Vaste tandarts in de gemeente die als aanspreekpunt wil fungeren;
- Een goed bereikbare tandarts in de gemeente die bewoners wil behandelen;
- Mogelijkheid scheppen dat bewoners van het verzorgingshuis gebruik kunnen maken van tandheelkundige voorzieningen in een verpleeghuis;
- Samenwerkingsverband met andere instellingen opdat gemeenschappelijke tandheelkundige voorzieningen kunnen worden gecreëerd;
- Periodiek bezoek van een vaste tandarts aan de instelling;
- Aanstelling van een tandarts (gespecialiseerd in tandheelkundige zorg voor ouderen);
- Aanstelling van een andere tandarts;
- Aanstelling van een mondhygiënist;

- Waarborgen dat de huidige (professionele) tandheelkundige zorg wordt gecontinueerd;
- Inrichting van een speciale ruimte binnen de instelling voor een tandarts of mondhygiënist;
- Aan de tandarts uitgebreidere apparatuur ter beschikking stellen;
- Mogelijkheden creëren binnen de instelling voor restauratieve tandheelkundige zorg voor bewoners;
- Tandarts betrekken bij opname van nieuwe bewoners;
- Bewuster vragen naar de wensen van de bewoner ten aanzien van mondhygiënische en professionele tandheelkundige zorg;
- Uitbreiding tandheelkundige zorg voor ouderen opgenomen in de verpleegafdeling van het verzorgingshuis;
- Jaarlijks tandheelkundig onderzoek bij alle bewoners;
- Meer mogelijkheden voor vervoer en begeleiding van bewoners naar tandarts;
- Een (uitgebreider) protocol voor professionele tandheelkundige en mondhygiënische zorg;
- Meer aandacht van verzorgenden voor mondhygiënische zorg;
- Meer aandacht van tandarts voor het verzorgend personeel;
- Bijscholing van personeel, zowel aanleren van vaardigheden met betrekking tot mondhygiënische zorg als kennisvermeerdering over afwijkingen in de mond en de relatie tussen mondgezondheid en voeding;
- Meer aandacht van directie en bestuur van de instelling voor de tandheelkundige zorg.

3.5.2 Wensen van afdelingsmedewerkers verpleeg- en verzorgingshuizen

De geïnterviewde afdelingsmedewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen kwamen veelal met vergelijkbare aanbevelingen. Daarnaast noemden zij de volgende mogelijkheden:

- Frequenter bezoek van de tandarts aan de instelling;
- Modernisering van de outillage van de tandarts;
- Tandheelkundige behandelingen op tijden die voor de bewoners beter uitkomen;
- Een speciaal ‘tandartsblad’ in het zorgdossier om de overdracht van informatie van tandarts naar verzorgers te verbeteren;
- Periodiek bezoek aan de instelling van een tandtechnicus;
- Bij de tandheelkundige zorg meer rekening houden met de problematiek van psychogeriatrische patiënten;
- Kosteloze tandheelkundige zorg voor bewoners van een verzorgingshuis;
- Het maken van een afspraak met tandarts vergemakkelijken;
- Betere mogelijkheden van vervoer voor bewoners in een rolstoel of met een rollator;
- Meer tijd voor mondhygiënische zorg;
- Mogelijkheid om vaker dan één keer per dag te poetsen (afhankelijk van behoefte bewoner);

- Aanschaf elektrische tandenborstels;
- Samenwerking met een mondhygiënist;
- Informatie over mondhygiënische zorg bij terminale patiënten;
- Een plaqueverwijderend spoelmiddel dat doorgeslikt kan worden (voor psychogeriatrische patiënten);
- Er voor zorgen dat tandheelkundige zorg meer gaat leven.

3.5.3 Wensen van tandartsen verpleeg- en verzorgingshuizen

De tandartsen die in een verpleeg- of verzorgingshuis werkten, kwamen met de volgende verlangens ten aanzien van de toekomstige tandheelkundige zorg:

- Meer mogelijkheden om behandelingen goed te kunnen uitvoeren (verbetering accommodatie, installatie en instrumentarium);
- Vereenvoudigen van de wijze van declareren;
- Betere honorering;
- Betere tandheelkundige zorgverlening aan de patiënt voordat deze in de instelling wordt opgenomen;
- Verhogen ‘tandheelkundig bewustzijn’ van het verzorgend personeel;
- Meer motivatie voor en kennis over mondhygiënische zorg bij het verzorgend personeel;
- Grotere inzet van familie bij de tandheelkundige zorg voor bewoners;
- Beschikbaar stellen van een vrij door de tandarts te besteden budget voor de realisatie van voorzieningen, zoals een voor rolstoelpatiënten toegankelijke ingang bij de desbetreffende huispraktijk;
- Verbeteren van de communicatie met het verzorgend personeel;
- Aanstellen mondhygiënist voor de begeleiding van het verzorgend personeel en als eerste aanspreekpunt bij problemen met de mond;
- Opstellen van een protocol mondverzorging;
- Elektrische tandenborstels beschikbaar stellen, te betalen via AWBZ;
- Overleg en samenwerking met diëtist;
- Studiegroep met andere tandartsen die in verpleeghuizen werken;
- Gerodontologie in opleiding van tandartsen en mondhygiënisten;
- Bijscholing van tandartsen.

3.5.4 Wensen van stafleden instellingen voor verstandelijk gehandicapten

De geïnterviewde stafleden van instellingen voor verstandelijk gehandicapten gaven op de vraag hoe de tandheelkundige zorg in de toekomst zou kunnen worden verbeterd, de volgende antwoorden:

- Tandarts en mondhygiënist zouden meer uren binnen de instelling beschikbaar moeten zijn;
- Uitbreiding van het aantal werkuren van de mondhygiënist;
- Uitbreiding taken mondhygiënist, ter ontlasting van de tandarts;
- Betere afstemming van de werktijden van tandarts en assistente;
- Waarborgen continuïteit van de nu verleende tandheelkundige zorg;
- Inspelen op de te verwachten hogere vraag naar gespecialiseerde tandheelkundige zorg;
- Uitbreiding mogelijkheid patiënten te laten behandelen in een reguliere tandartspraktijk;
- Tandarts 'om de hoek' waar bewoners altijd een beroep op kunnen doen;
- Ontwikkelen, invoeren en evalueren van indicatiecriteria voor premedicatie van patiënten in onderling overleg met artsen en tandarts;
- Ruimer gebruik van de mogelijkheden van zorg binnen het centrum voor bijzondere tandheelkunde;
- Kortere wachttijden voor behandeling in een centrum voor bijzondere tandheelkunde;
- Faciliteit voor behandeling onder narcose binnen de regio waar de instellingstandarts patiënten kan behandelen;
- Eigen anesthesist;
- De accommodatie voor tandheelkundige zorg zou moeten worden uitgebreid en een regionale functie moeten gaan vervullen;
- Voor de tandarts zou permanent een kamer beschikbaar moeten zijn;
- Uitbreiding van het aantal behandelkamers voor de tandartsen;
- Inrichting van een 'uitslaapkamer' voor patiënten die onder narcose zijn behandeld;
- Betere hygiëne in de praktijkruimten voor de tandartsen;
- Verbetering sterilisatieruimte,
- Verbetering wachtkamer;
- Betere behandelapparatuur voor de tandarts;
- Deskundigheidsbevordering t.a.v. tandheelkundige zorg voor (verstandelijk) gehandicapten;
- Permanente bij- en nascholing van het personeel;
- Meer discipline bij de verzorgers wat betreft het nakomen van afspraken bij de tandarts;
- Groepsvoorlichting van het personeel door een mondhygiënist;
- Hervatting groepsgewijze instructie van het verzorgend personeel door een mondhygiënist (werd door bezuiniging stopgezet, met als gevolg afname van de motivatie bij verzorgers);

- Vereenvoudiging administratieve procedures waardoor behandeling van patiënten in de gewone tandartspraktijk op kosten van de AWBZ aantrekkelijker wordt;
- Financiering tandheelkundige zorg via de instelling laten verlopen zonder ‘bureaucratische rompslomp’;
- Kosten tandartsassistenten en andere personeelskosten die met de tandheelkundige zorg verband houden, zouden apart door AWBZ moeten worden vergoed.

3.5.5 Wensen van afdelingsmedewerkers instellingen voor verstandelijk gehandicapten

De afdelingsmedewerkers van instellingen voor verstandelijk gehandicapten uitten de volgende wensen:

- Aanstelling van een tandarts die is ingesteld op moeilijk behandelbare patiënten;
- De tandarts zou meer uren in de instelling aanwezig moeten zijn;
- Meer flexibiliteit bij de tandarts ten aanzien van zijn werktijden;
- Continuering huidige (hoge) niveau van professionele tandheelkundige zorg;
- Premedicatie bij bewoners die door de tandarts worden behandeld;
- Tandheelkundige controles bij bewoners, nu uitgevoerd op de afdeling, zou in de praktijkruimte van de tandarts moeten plaatsvinden, zodat de tandarts betere onderzoeksmogelijkheden heeft en de bewoners gewend raken aan ‘de normale situatie’;
- Bij het indiceren van tandheelkundige behandelingen zou meer aandacht besteed moeten worden aan de persoon van de verstandelijk gehandicapte patiënt. Het werkelijke nut van sommige behandelingen kan worden betwijfeld (gedacht wordt het extraheren van gebits-elementen en het aanbrengen van gebitsprothesen);
- Orthodontische behandeling alleen in gevallen waarin dit medisch en esthetisch noodzakelijk en pedagogisch verantwoord is;
- Kunstgebitten zouden moeten worden voorzien van de naam van de bewoner;
- Bij het periodiek tandheelkundig onderzoek zouden röntgenfoto’s moeten worden gemaakt, dit gebeurt nu nooit;
- Iemand zou moeten vertellen hoe je het gebit van de bewoner kan poetsen en moeten controleren of je dit goed doet;
- De mondhygiëne van de bewoners zou door extra ondersteuning verbeterd moeten worden;
- Het aantal keren tandenpoetsen - nu één keer per dag - zou hoger moeten;
- Er zou meer tijd moeten worden besteed aan de dagelijkse mondverzorging van de bewoners;
- Voorkomen moet worden dat pogingen tanden te poetsen bij een bewoner uitlopen op een gevecht, het belang van de bewoner als mens staat voorop;
- Voor alle bewoners zou een elektrische tandenborstel beschikbaar moeten zijn;

- Een oplossing voor het probleem hoe de mond kan worden verzorgd bij bewoners die gevoed worden via een sonde.

3.5.6 Wensen van tandartsen instellingen voor verstandelijk gehandicapten

De tandartsen werkzaam in een instelling voor verstandelijk gehandicapten noemden de volgende mogelijkheden ter verbetering van de tandheelkundige zorg:

- Meer tijd voor de zorg waardoor deze kan worden geïntensiveerd;
- Aanstelling van een (of een extra) mondhygiënist;
- Meer faciliteiten voor sedatie binnen de instelling;
- Betere mogelijkheid voor sedatie en narcose;
- Ruimere beschikbaarheid van anesthesist;
- Behandeling onder narcose zou moeten plaatsvinden binnen de regio;
- Meer tijd voor kerntaken en minder voor alles daaromheen, zodat de uitoefening van het vak leuker wordt;
- Betere anamnese, zowel medisch als sociaal;
- Meer tijd voor de zorgverlening;
- Meer aandacht voor preventie;
- Individueel gerichte voorschriften over de mondhygiënische zorg;
- Ruimere behandelkamer;
- Betere apparatuur;
- Meer samenwerking met de medische staf;
- Meer overleg en afstemming met anderen in de instelling zodat ‘eilandpositie’ wordt opgeheven;
- Een meer positieve houding van het personeel en de staf ten opzichte van het tandheelkundig team;
- Meer verantwoordelijkheidsgevoel bij begeleiders van patiënten;
- In het zorgplan zou iets moeten staan over ‘informed consent’ en over scholing van het verzorgend personeel;
- Meer aandacht voor de mondhygiëne bij de bewoners;
- Personeel moet beter worden geïnstrueerd;
- Betere opleiding van het verzorgend personeel ten aanzien van de mondhygiënische zorg;
- Tijdsafspraken voor behandelingen zouden beter moeten worden nageleefd;
- De tandheelkundige zorg voor verstandelijk gehandicapten die in een instelling verblijven, moet ook in de toekomst in de instelling worden verstrekt. De gebitstoestand bij verstandelijk gehandicapten die verblijven buiten een instelling wijst uit dat de vereiste tandheelkun-

dige zorg bij deze patiëntencategorie niet goed in een gewone tandartspraktijk kan worden uitgevoerd.

- Het management van de instelling kent de zorgbehoefte bij bewoners niet. Daarom is zorgverlening die wordt gestuurd door de vraag vanuit de instelling geen goed idee.
- De in de instelling beschikbare faciliteiten voor tandheelkundige zorg zouden ook beschikbaar moeten zijn voor extern verblijvende verstandelijk gehandicapten;
- Tandheelkundige zorg moet collectief worden gefinancierd; indien wordt overgegaan op een persoonsgebonden budget is het de vraag of het tandartsbezoek wordt gecontinueerd;
- Creëren van meer uniformiteit op landelijk niveau ten aanzien van faciliteiten voor tandheelkundige zorg binnen instellingen voor verstandelijk gehandicapten;
- Voorkomen moet worden dat zorgverzekeraars tandartsen tegen elkaar uitspelen;
- Vereenvoudiging aanvraagprocedure AWBZ, minder bureaucratie.

4 Resultaten onderzoek mondgezondheid bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen

Zoals eerder is vermeld, bestond het onderzoek naar de mondgezondheid van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen uit (1) een bepaling van het percentage dentaten en edentaten in deze populatie, (2) een interview waarbij aan de orde kwamen de subjectieve beleving van de mondgezondheid, de verkregen tandheelkundige zorg en de mondhygiëne en (3) een 'klinisch' onderzoek naar de fysieke toestand van het gebit en de mond. Het onderzoek werd uitgevoerd in 12 verpleeghuizen en 12 verzorgingshuizen. In bijlage A is aangegeven welke instellingen aan dit deel van het onderzoek hebben meegewerkt. Aan 11 van deze 24 instellingen was een tandarts verbonden. Dit betrof 10 verpleeghuizen en 1 verzorgingshuis.

De participatie van ouderen aan deze drie onderdelen van het onderzoek is weergegeven in tabel 4.1. Door de aard van de onderzoekspopulatie konden niet alle vragen door of voor alle bewoners worden beantwoord. Ook het klinisch onderzoek kon niet bij alle bewoners volledig worden uitgevoerd. De N-waarden die in de volgende tabellen zijn weergegeven, wijken daardoor soms aanzienlijk af van die in tabel 4.1.

Tabel 4.1 Het aantal bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen die bij de verschillende onderdelen van het onderzoek waren betrokken

	Bewoners van verpleeghuis	Bewoners van verzorgingshuis	Totaal
Onderzoek naar het percentage dentaten en edentaten	609	645	1254
Interview	203	169	372
Onderzoek naar de fysieke toestand van de mond	196	169	365

4.1 Percentage dentaten en edentaten

De gegevens in deze paragraaf betreffen de 1254 ouderen door of voor wie een gebitsstatus-formulier werd ingevuld. In tabel 4.2 is voor deze groep de relatie vermeld tussen de gebitsstatus in de boven- en de onderkaak. In de randtotalen van de tabel zijn de verdelingen te zien van de ouderen naar de aanwezigheid van natuurlijke gebitselementen en gebitsprothesen in de beide kaken.

Tabel 4.2 Procentuele verdeling van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen (N=1254) naar het voorkomen van natuurlijke gebitselementen of een gebitsprothese in de boven- en onderkaak (gegevens door de instelling verstrekt)

Bovenkaak	Onderkaak				Totaal bovenkaak
	Alleen eigen tanden/kiezen	Gedeeltelijk kunstgebit	Volledig kunstgebit	Geen (kunst)gebit	
Alleen eigen tanden/kiezen	9,7	0,5	0,2	0,2	10,6
Gedeeltelijk kunstgebit	1,9	2,0	0,5	0,1	4,5
Volledig kunstgebit	3,3	1,9	69,1	4,1	78,4
Geen (kunst)gebit	0,3	0,1	0,1	6,1	6,5
Totaal onderkaak	15,2	4,5	69,9	10,4	100,0

Op basis van deze uitkomsten kunnen globaal vier categorieën ouderen worden onderscheiden:

1. Personen die uitsluitend natuurlijke ('eigen') tanden en kiezen hadden (hierna aangeduid als dentaten zonder prothese).
2. Personen in het bezit van natuurlijke gebitselementen en tevens een partiële of volledige gebitsprothese (dentaten met prothese).
3. Personen zonder natuurlijke gebitselementen die een gebitsprothese droegen in de boven- en/of onderkaak (edentaten met prothese).
4. Personen zonder natuurlijke gebitselementen die geen gebitsprothese droegen (edentaten zonder prothese).

In tabel 4.3 wordt, afzonderlijk voor bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, de procentuele verdeling naar de aldus gedefinieerde gebitsstatus gepresenteerd. De verdelingen in de twee instellingstypen verschilden significant: in de verpleeghuizen waren meer bewoners dentaat dan in de verzorgingshuizen. Ook binnen elk van de twee typen instellingen bleken er ten aanzien van het percentage dentaten significante verschillen te bestaan. Bij de groep verpleeghuizen varieerde het percentage dentaten tussen 8% en 53% en in de groep verzorgingshuizen tussen 6% en 28%.

Tabel 4.3 Procentuele verdeling van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar globale gebitsstatus (gegevens door de instelling verstrekt)

	Bewoners van een verpleeghuis (N=609) %	Bewoners van een verzorgingshuis (N=645) %	Totaal (N=1254) %
Dentaat zonder prothese	15,3	5,4	10,2
Dentaat met prothese	15,1	6,0	10,4
Edentaat met prothese	61,2	84,7	73,3
Edentaat zonder prothese	8,4	3,9	6,1

4.2 Interview

In deze paragraaf wordt achtereenvolgens ingegaan op de achtergrond van de ouderen die aan dit deel van het onderzoek deelnamen, de globale status van hun gebit, het functioneren van het gebit of de gebitsprothese, het voorkomen van pijn en ongemak als gevolg van de toestand van de mond, de verkregen professionele tandheelkundige zorg en de zorg voor de mondhygiëne.

4.2.1 Algemene gegevens over de participanten

Bij het lezen van deze paragraaf moet er rekening mee worden gehouden dat er bij de selectie van deelnemers aan dit deel van het onderzoek geprobeerd werd zoveel mogelijk dentate bewoners van de instelling bij het onderzoek te betrekken. Als de categorieën dentaten en edentaten gezamenlijk worden beoordeeld zijn uitkomsten die met de gebitstoestand samenhangen daardoor niet representatief voor de totale populatie bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. In de meeste tabellen worden de uitkomsten om die reden afzonderlijk vermeld voor dentaten en edentaten.

In tabel 4.4 is voor de betrokken ouderen het type afdeling vermeld waar zij verbleven en tevens of zij zelf dan wel een andere persoon de enquêtevragen hebben beantwoord. Van de bewoners in de verpleeghuizen verbleef 44% in een psychogeriatrische afdeling. In 35% van de gevallen werd daar het interview afgenomen bij een lid van het verplegend personeel. In de verzorgingshuizen verbleef 95% van de betrokken bewoners in een niet naar psychisch functioneren gedifferentieerde afdeling. Hier werd in 98% van de gevallen de bewoner zelf geïnterviewd.

Tabel 4.4 Afdeling waar de bewoner van het verpleeg- of verzorgingshuis verbleef en de persoon die de enquêtevragen beantwoordde, per type instelling

	Bewoners van verpleeghuis (N=203) %	Bewoners van verzorgingshuis (N=169) %	Totaal (N=372) %
Aard van de afdeling			
somatisch	56	4	32
psychogeriatrisch	44	2	25
ongedifferentieerd	0	95	43
Geïnterviewde			
bewoner	64	98	79
verzorgster of verpleger	35	1	19
familielid	2	2	2

De verdeling van de ouderen naar geslacht en leeftijdscategorie en hun gemiddelde leeftijd zijn weergegeven in tabel 4.5. Zowel in de verpleeg- als in de verzorgingshuizen waren voornamelijk vrouwen bij het onderzoek betrokken. De gemiddelde leeftijd van de onderzochte bewoners in de verpleeg- en verzorgingshuizen was respectievelijk 80 en 84 jaar. Het verschil tussen de leeftijdsverdelingen in deze twee soorten instellingen is significant.

Tabel 4.5 Procentuele verdeling van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar geslacht en leeftijd en hun gemiddelde leeftijd, per type instelling.

	Bewoners van verpleeghuis (N=203) %	Bewoners van verzorgingshuis (N=169) %	Totaal (N=372) %
Geslacht			
man	29	23	26
vrouw	71	77	74
Leeftijd***			
60-69 jaar	11	4	7
70-79 jaar	35	19	28
80-89 jaar	39	54	46
90-99 jaar	14	23	18
≥ 100 jaar	1	0	1
Gemiddelde leeftijd (sd^a)	80,2 jr (8,6 jr)	84,3 jr (6,9 jr)	82,1 jr (8,1 jr)

^a Standaardafwijking

*** Significat verschil tussen bewoners verpleeg- en verzorgingshuizen (Chi-kwadraattest, $p < 0,001$)

In tabel 4.6 wordt informatie getoond over opleiding, beroep en (voormalige) ziektekostenverzekering van de ouderen en hun land van geboorte. Van alle ouderen die aan het onderzoek deelnamen, had 60% alleen lager onderwijs gevolgd, van 57-58% kan het beroepsniveau van de betrokkene of zijn/haar partner als 'laag' worden gekwalificeerd. Opleidings- en beroepsniveau waren bij de bewoners van de verpleeghuizen significant hoger dan bij de bewoners van de verzorgingshuizen. Van de verpleeghuisbewoners was 79% en van de bewoners van verzorgingshuizen was 84% bij een ziekenfonds verzekerd of, voor opname in het huis, verzekerd geweest. Vrijwel allen waren in Nederland geboren.

Tabel 4.6 Procentuele verdeling van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar opleiding, beroepsniveau, beroepsniveau partner, verzekeringsvorm en land van herkomst, per type instelling

	Bewoners van verpleeghuis		Bewoners van verzorgingshuis		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Opleiding**	120		147		267	
LO (incl. LO niet voltooid)		49		69		60
LBO		15		15		15
MULO of hoger		36		16		25
Beroepsniveau¹ **	136		139		275	
Laag		49		67		58
Midden		37		27		32
Hoog		14		6		10
Beroepsniveau partner¹	88		132		220	
Laag		52		61		57
Midden		31		31		31
Hoog		17		8		12
(Voormalige) Verzekeringsvorm	166		158		324	
Ziekenfonds		79		84		81
IZA/IZR/GPV		5		7		6
Particulier verzekering		16		9		13
Land van geboorte	189		161		350	
Nederland		95		97		96
Suriname of Nederlandse Antillen		1		0		1
Turkije of Marokko		0		0		0
Indonesië		2		1		1
Ander land		2		2		2

¹ Laag: ongeschoolde of geschoolde arbeider

Midden: lagere employé(e) of kleine zelfstandige

Hoog: middelbare employé(e) of hoger beroep

** Significant verschil tussen de categorieën (Chi-kwadraattest, $p < 0,01$)

4.2.2 Status van het gebit, tijdsduur tandeloosheid, ouderdom prothese

In tabel 4.7 wordt de gebitsstatus van de boven- en onderkaak weergegeven van de ouderen bij wie een interview kon worden afgenomen. Tabel 4.8 laat uitkomsten zien voor de mond als geheel zoals die uit de gegevens voor de boven- en onderkaak werden afgeleid.

Zoals te verwachten, nam het percentage dentaten af met het toenemen van de leeftijd. In de leeftijdscategorie ouderen van 60 tot en met 79 jaar bedroeg het aantal dentaten 46%, in de categorie 80 t/m 89 jaar 25% en in de categorie van 90 jaar en ouder 18%. Van de ouderen die alleen op de lagere school waren geweest of een opleiding op lbo-niveau hadden gevolgd was

respectievelijk 19% en 20% dentaat, van degenen die een mulo-diploma hadden behaald of een hogere opleiding hadden gevolgd viel 51% in de categorie dentaten. In de verpleeghuizen was van de geïnterviewde bewoners 41% dentaat, in de verzorgingshuizen 20%. De genoemde verschillen zijn alle statistische significant.

Tabel 4.7 Procentuele verdeling van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen (N=372) naar het voorkomen van natuurlijke gebitselementen of een gebitsprothese in de boven- en onderkaak

Bovenkaak	Onderkaak				Totaal bovenkaak
	Alleen eigen tanden/kiezen	Gedeeltelijk kunstgebit	Volledig kunstgebit	Geen (kunst)gebit	
Alleen eigen tanden/kiezen	14,2	0,5			14,8
Gedeeltelijk kunstgebit	2,7	2,7	0,3		5,6
Volledig kunstgebit	6,5	3,2	57,3	5,4	72,3
Geen (kunst)gebit	1,3		0,8	5,1	7,3
Totaal onderkaak	24,7	6,5	58,3	10,5	100,0

Tabel 4.8 Procentuele verdeling van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar gebitsstatus per leeftijdscategorie, geslacht en type instelling

	N (=100%)	Dentaat zonder prothese	met prothese	Edentaat met prothese	zonder prothese	Dentaat met of zonder prothese	Edentaat met of zonder prothese
Totale groep	372	16%	16%	63%	5%	32%	68%
Leeftijd***							
60 t/m 79 jaar	129	26%	20%	50%	5%	46%	54%
80 t/m 89 jaar	169	12%	13%	70%	4%	25%	75%
≥ 90 jaar	68	6%	12%	74%	9%	18%	82%
Geslacht							
Man	97	19%	16%	59%	6%	35%	65%
Vrouw	275	15%	16%	65%	5%	30%	70%
Opleidingsniveau***							
Alleen lager onderwijs	160	9%	10%	77%	4%	19%	81%
Lager beroepsonderwijs	40	10%	10%	80%	0%	20%	80%
Mulo of hoger	67	30%	21%	48%	1%	51%	49%
Type instelling***							
Verpleeghuis	203	22%	19%	54%	5%	41%	59%
Verzorgingshuis	169	8%	12%	75%	5%	20%	80%

*** Significant verschil tussen de categorieën (Chi-kwadraattest, $p < 0,001$)

Aan edentate bewoners werd gevraagd hoe oud zij waren toen de laatste gebitslementen van het natuurlijke gebit werden verwijderd. Voor mannen lag de mediane waarde voor de opgegeven leeftijd van gebitsverlies tussen 40 en 49 jaar, voor vrouwen tussen 30 en 39 jaar (zie tabel 4.9).

De antwoorden op de vraag hoe lang de huidige prothese werd gedragen zijn weergegeven in tabel 4.10. Hieruit blijkt dat de prothese in 62% van de gevallen meer dan 10 jaar en in 42% van de gevallen meer dan 20 jaar oud was.

Tabel 4.9 Procentuele verdeling van edentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar de leeftijd waarop men tandeloos werd, per sekse

Leeftijd bij verlies laatste gebitslementen	Edentate mannen (N=41) %	Edentate vrouwen (N=133) %	Totaal (N=174) %
< 20 jaar	2	4	3
20-29 jaar	10	15	14
30-39 jaar	27	35	33
40-49 jaar	29	22	24
50-59 jaar	24	11	14
60-69 jaar	5	11	10
≥ 70 jaar	2	3	3

Tabel 4.10 Procentuele verdeling van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen met een volledige prothese in de boven- of onderkaak naar de tijdsduur waarin de prothese werd gedragen

Draagtijd huidige prothese	Bovenprothesen (N=211) %	Onderprothesen (N=207) %
< 1 jaar	4	3
1-2 jaar	6	7
3-5 jaar	16	15
6-10 jaar	11	13
11-20 jaar	20	20
> 20 jaar	42	42

4.2.3 Functionele aspecten van mondgezondheid

Op de vraag of men als gevolg van de toestand van de mond of het (kunst)gebit wel eens moeite had met kauwen, antwoordde 36% van de dentaten en 34% van de edentaten bevestigend (zie tabel 4.11). Met afbijten had 43% van de dentaten en 56% van de edentaten wel eens moeite, de smaakfunctie werd bij respectievelijk 7% en 10% van deze twee categorieën wel eens belemmerd en de spraakfunctie bij respectievelijk 14% en 16%.

Tabel 4.11 Prevalentie van stoornissen met betrekking tot kauwen, afbijten, smaak en spraak bij dentate en edentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, per gebitsstatuscategorie en, afzonderlijk voor dentaten en edentaten, per type instelling

	Kauwfunctie		Afbijtfunctie		Smaakfunctie		Spraakfunctie	
	N	verstoord	N	verstoord	N	verstoord	N	verstoord
<i>Gebitsstatus</i>								
Dentaat	105	36%	101	43%	72	7%	77	14%
Edentaat	236	34%	227	56%*	196	10%	212	16%
<i>Dentaten</i>								
<i>Type instelling</i>								
Verpleeghuis	74	36%	70	44%	44	7%	46	11%
Verzorgingshuis	31	35%	31	39%	28	7%	31	19%
<i>Edentaten</i>								
<i>Type instelling</i>								
Verpleeghuis	104	38%	97	59%	67	6%	85	22%
Verzorgingshuis	132	32%	130	54%	129	12%	127	12%*

* Significant verschil tussen dentaten en edentaten of tussen bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen (Chi-kwadraattest, $p < 0,05$)

Om een totaalscore te verkrijgen voor de mate van functionele belemmering die de toestand van de mond of het (kunst)gebit met zich meebracht, werd per bewoner het aantal belemmerde functies ('disfuncties') geteld. In tabel 4.12 is voor verschillende categorieën de procentuele verdeling getoond naar dit aantal. Het percentage bewoners zonder disfuncties was bij de dentaten significant hoger dan bij de edentaten. Binnen de categorieën dentaten en edentaten bestonden tussen bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen geen significante verschillen. Ook was er, als rekening wordt gehouden met de gebitsstatus (dentaat of edentaat), geen verschil tussen bewoners van instellingen waaraan een tandarts was verbonden en bewoners van instellingen zonder vaste tandarts³.

Tabel 4.13 toont de gegevens van dentate en edentate bewoners van de verpleeg- en verzor-

³ Hierbij moet worden aangetekend dat aan 10 van de 12 verpleeghuizen en slechts aan 1 van de 12 verzorgingshuizen waar bewoners werden onderzocht, een tandarts was verbonden.

gingshuizen in de leeftijdscategorie 60 tot en met 79 jaar, samen met die van even oude thuiswonende ouderen. De laatstgenoemden waren in 1998 in Haarlem bij een onderzoek betrokken waarbij gelijklopende vragen werden gesteld over verstoringen van de gebitsfuncties. Als de uitkomsten na opsplitsing van beide groepen in dentaten en edentaten worden vergeleken, blijken er geen significante verschillen te bestaan tussen de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiswonende ouderen.

Tabel 4.12 Procentuele verdeling van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar het aantal verstoorde functies van het gebit of de mond (zie tabel 4.11), per gebitsstatuscategorie en, afzonderlijk voor dentaten en edentaten, per type instelling

	N (=100%)	Aantal disfuncties			
		0	1	2	3-4
		%	%	%	%
<i>Gebitsstatus*</i>					
dentaat	69	54	17	17	11
edentaat	184	34	35	22	9
<i>Dentaten</i>					
<i>Type instelling</i>					
Verpleeghuis	41	56	17	17	10
Verzorgingshuis	28	50	18	18	14
<i>Tandarts in huis</i>					
Ja	38	55	18	16	11
Nee	31	52	16	19	13
<i>Edentaten</i>					
<i>Type instelling</i>					
Verpleeghuis	59	36	36	19	10
Verzorgingshuis	125	34	35	23	8
<i>Tandarts in huis</i>					
Ja	54	37	37	17	9
Nee	130	33	35	24	8

* Significants verschil tussen dentaten en edentaten (Chi-kwadraattest, $p < 0,05$)

Tabel 4.13 Procentuele verdeling van 60-79-jarige bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en van even oude thuiswonende ouderen naar het aantal verstoorde functies van het gebit of de mond (Bron gegevens over thuiswonende ouderen: Kalsbeek et. al. 1999)

	N (=100%)	Aantal disfuncties			
		0 %	1 %	2 %	3-4 %
Dentaten					
Bewoners verpleeg- of verzorgingshuis	35	51	26	14	9
Thuiswonende ouderen	195	67	18	10	4
Edentaten					
Bewoners verpleeg- of verzorgingshuis	45	29	36	22	13
Thuiswonende ouderen	181	34	28	25	13

Voor een aantal met name genoemde voedingsmiddelen werd de bewoner gevraagd of het eten ervan een probleem vormde. In tabel 4.14 zijn deze genoemd en wordt, afzonderlijk voor dentaten en edentaten, het percentage personen vermeld dat aangaf het betreffende voedingsmiddel niet goed te kunnen eten. Het aantal respondenten verschilt per item doordat personen die een bepaald voedingsmiddel nooit eten buiten beschouwing zijn gelaten. De meeste problemen werden ervaren bij het eten van een al dan niet geschilde appel, pinda's en een stukje gebraden vlees. Bij het eten van een appel ondervonden de edentaten significant vaker problemen dan de dentaten.

Als de categorieën dentaten en edentaten verder worden verdeeld in bewoners van verpleeghuizen en bewoners van verzorgingshuizen, blijkt dat de laatstgenoemden bij het eten van diverse voedingsmiddelen significant minder problemen hadden (zie tabel 4.15). De meeste verschillen tussen bewoners van de twee instellingstypen kwamen voor in de categorie edentaten.

Tabel 4.14 Het percentage bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen die problemen hadden met het eten van met name genoemde voedingsmiddelen, per gebitsstatuscategorie

	Dentaten		Edentaten	
	N	eetprobleem	N	eetprobleem
Brood zonder korst	103	1%	237	5%
Brood met korst	101	21%	236	19%
Brokje kaas	100	15%	232	11%
Pinda's	81	40%	190	39%
Aardappelen, groenten	104	13%	235	13%
Gemalen vlees	103	16%	233	10%
Stukje gebraden vlees	104	36%	227	33%
Geschilde appel*	84	64%	214	76%
Ongeschilde appel*	82	67%	208	81%

* Significant verschil tussen dentaten en edentaten (Chi-kwadraattest, $p < 0,05$)

Tabel 4.15 Het percentage dentate en edentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen die problemen hadden met het eten van met name genoemde voedingsmiddelen, per type instelling

	Dentate bewoners van verpleeghuis		Dentate bewoners van verzorgingshuis		Edentate bewoners van verpleeghuis		Edentate bewoners van verzorgingshuis	
	N	eetprobleem	N	eetprobleem	N	eetprobleem	N	eetprobleem
Brood zonder korst	72	1%	31	0%	106	6%	131	4%
Brood met korst	70	23%	31	16%	105	24%	131	15%
Stukje kaas	69	17%	31	10%	103	17%	129	5%**
Pinda's	52	37%	29	45%	61	49%	129	35%
Aardappelen, groenten	73	18%	31	3%*	105	20%	130	7%**
Gemalen vlees	72	21%	31	3%*	104	17%	129	4%**
Stukje gebraden vlees	73	42%	31	19%*	100	46%	127	22%***
Geschilde appel	55	67%	29	59%	91	85%	123	69%**
Ongeschilde appel	53	70%	29	62%	91	88%	117	75%*

*, **, *** Significant verschil tussen bewoners verpleeg- en verzorgingshuizen
(Chi-kwadraattest, p resp. < 0,05, < 0,01 en < 0,001)

4.2.4 Pijn en ongemak vanwege de mond

In tabel 4.16 wordt afzonderlijk voor dentaten en edentaten het percentage ouderen vermeld die pijn en ander ongemak ondervonden als gevolg van de toestand van de mond of het gebit. Voor vier items bestond er een significant verschil tussen dentaten en edentaten. Een scherpe rand aan de gebitselementen of aan het kunstgebit, bloedend tandvlees of mondslijmvlies en een slechte adem werden bij dentaten vaker aangetroffen dan bij edentaten. Voor een droge mond gold het omgekeerde. Binnen de categorie dentaten weken bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen voor geen van de variabelen significant van elkaar af. Binnen de categorie edentaten bestond voor één variabele een significant verschil ($p < 0,001$): edentate bewoners in verzorgingshuizen hadden in 70% van de gevallen last van een droge mond, terwijl dit probleem in verpleeghuizen door 54% van de edentaten werd gemeld.

Tabel 4.16 Prevalentie van pijn en ander ongemak met betrekking tot het gebit of de mond bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, per gebitsstatuscategorie

	Dentaten		Edentaten	
	N	prevalentie	N	prevalentie
Pijnlijk gevoel in de mond	94	39%	236	39%
Tand of kiespijn	93	24%	n.v.t.	
Loszittende gebitselementen	80	19%	n.v.t.	
Koude- of warmtegevoelige gebitselementen	84	23%	n.v.t.	
Scherpe randen aan (kunst)gebit**	88	34%	205	18%
Pijnlijk tandvlees of mondslijmvlies	88	33%	225	41%
Bloedend tandvlees of mondslijmvlies***	98	29%	223	2%
Branderig gevoel in de mond	86	3%	220	7%
Droge mond*	92	51%	223	63%
Achterblijvende voedselresten	86	78%	209	72%
Slechte adem**	90	21%	221	9%
Bovenprothese wel eens los	36	28%	216	17%
Onderprothese wel eens los	6	17%	197	43%

*, **, *** Significant verschil tussen dentaten en edentaten
(Chi-kwadraattest, p resp. < 0,05, < 0,01 en < 0,001)

4.2.5 Professionele tandheelkundige verzorging

Bekend is dat de frequentie van tandartsbezoek sterk afhangt van de gebitsstatus, in die zin dat dentaten veel vaker bij een tandarts komen dan edentaten. Dit verschijnsel komt ook tot uiting bij de ouderen die in verpleeg- en verzorgingshuizen zijn onderzocht (zie de tabellen 4.17 en 4.18). Uit tabel 4.17 blijkt verder dat van de edentate verpleeghuisbewoners een hoger percentage recent de tandarts had bezocht dan van de edentate verzorgingshuisbewoners. Daarbij moet worden bedacht dat, zoals eerder vermeld, in vrijwel alle verpleeghuizen en slechts in één van de 12 verzorgingshuizen waar de mondgezondheid van bewoners werd onderzocht, een tandarts aan de instelling was verbonden. Edentate bewoners van instellingen waaraan een tandarts was verbonden, waren vaker bij een tandarts geweest dan edentate bewoners van instellingen zonder tandarts.

Tabel 4.17 Procentuele verdeling van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar het antwoord op de vraag hoe lang het geleden was dat men het laatst bij de tandarts was geweest, per gebitsstatuscategorie en, afzonderlijk voor dentaten en edentaten, per type instelling

	N (100%)	Laatste tandartsbezoek				
		< ½ jaar geleden %	½-1 jaar geleden %	1-2 jaar geleden %	3-5 jaar geleden %	> 5 jaar geleden %
<i>Gebitsstatus***</i>						
dentaat	84	44	21	15	7	12
edentaat	199	8	5	9	12	67
<i><u>Dentaten</u></i>						
<i>Type instelling</i>						
Verpleeghuis	53	45	23	17	8	8
Verzorgingshuis	31	42	19	13	6	19
<i>Tandarts in huis</i>						
Ja	40	43	22	18	7	10
Nee	44	45	20	14	7	14
<i><u>Edentaten</u></i>						
<i>Type instelling***</i>						
Verpleeghuis	72	22	11	11	13	43
Verzorgingshuis	127	0	2	7	11	80
<i>Tandarts in huis ***</i>						
Ja	68	21	12	10	12	46
Nee	131	2	2	8	11	78

*** Significant verschil tussen beide categorieën (Chi-kwadraattest, $p < 0,001$)

Tabel 4.18 Procentuele verdeling van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar het aantal keren dat een tandarts werd bezocht gedurende de laatste 5 jaar, per gebitsstatuscategorie en, afzonderlijk voor dentaten en edentaten, per type instelling (Selectie: personen die de laatste 5 jaar bij een tandarts waren geweest)

	N	Frequentie tandartsbezoek gedurende de laatste 5 jaar				
	(=100%)	1 of 2 keer	3-5 keer	6-10 keer	11-20 keer	> 20 keer
		%	%	%	%	%
<i>Gebitsstatus***</i>						
dentaat	64	11	28	41	17	3
edentaat	56	43	41	5	2	9
<i><u>Dentaten</u></i>						
<i>Type instelling</i>						
Verpleeghuis	40	5	35	42	15	2
Verzorgingshuis	24	21	17	38	21	4
<i>Tandarts in huis</i>						
Ja	30	3	40	30	23	3
Nee	34	18	18	50	12	3
<i><u>Edentaten</u></i>						
<i>Type instelling</i>						
Verpleeghuis	33	42	30	9	3	15
Verzorgingshuis	23	43	57	0	0	0
<i>Tandarts in huis*</i>						
Ja	31	45	26	10	3	16
Nee	25	40	60	0	0	0

*, *** Significant verschil tussen beide categorieën (Chi-kwadraattest, p resp. < 0,05 en < 0,001)

Van de dentaten ging 17% en van de edentaten 76% alleen naar de tandarts als men (pijn)-klachten had (zie tabel 4.19). Als gekeken wordt binnen de categorieën dentaten en edentaten wijken bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen wat deze percentages betreft, niet van elkaar af. Hetzelfde geldt voor bewoners van een instelling met of zonder tandarts. Wel waren er tussen de bewoners van de twee instellingstypen en tussen bewoners van instellingen met en zonder tandarts duidelijke verschillen in de antwoorden op de vraag naar welke tandarts men ging (zie tabel 4.20). De bewoners van de verzorgingshuizen en de bewoners van instellingen zonder tandarts bezochten, indien zij dat nodig vonden, vrijwel altijd de 'eigen' tandarts. De bewoners van de verpleeghuizen en de bewoners van instellingen met tandarts verkozen vaak de tandarts die aan de instelling was verbonden.

Tabel 4.19 Procentuele verdeling van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar de reden van tandartsbezoek gedurende de laatste 5 jaar, per gebitsstatuscategorie en, afzonderlijk voor dentaten en edentaten, per type instelling (Selectie: personen die de laatste 5 jaar bij een tandarts waren geweest)

	N	Reden tandartsbezoek		
	(=100%)	(Pijn)klacht	Periodiek onderzoek	Zowel (pijn)klacht als periodiek onderzoek
		%	%	%
<i>Gebitsstatus***</i>				
dentaat	70	17	44	39
edentaat	59	76	12	12
<i><u>Dentaten</u></i>				
<i>Type instelling</i>				
Verpleeghuis	45	18	36	47
Verzorgingshuis	25	16	60	24
<i>Tandarts in huis</i>				
Ja	35	20	34	46
Nee	35	14	54	31
<i><u>Edentaten</u></i>				
<i>Type instelling</i>				
Verpleeghuis	34	74	15	12
Verzorgingshuis	25	89	8	12
<i>Tandarts in huis</i>				
Ja	32	75	12	12
Nee	27	78	11	11

*** Significant verschil tussen beide categorieën (Chi-kwadraattest, $p < 0,001$)

Tabel 4.20 Procentuele verdeling van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar de tandarts die werd bezocht gedurende de laatste 5 jaar, per gebitsstatuscategorie en, afzonderlijk voor dentaten en edentaten, per type instelling (Selectie: personen die de laatste 5 jaar bij een tandarts waren geweest)

	N	Tandarts die laatste 5 jaar werd bezocht		
	(=100%)	Eigen tandarts	Tandarts van de instelling	Eigen tandarts en tandarts van de instelling
		%	%	%
<i>Gebitsstatus***</i>				
dentaat	73	63	19	18
edentaat	53	49	49	2
<i>Dentaten</i>				
<i>Type instelling***</i>				
Verpleeghuis	50	46	28	26
Verzorgingshuis	23	100	0	0
<i>Tandarts in huis*</i>				
Ja	37	51	19	30
Nee	36	75	19	7
<i>Edentaten</i>				
<i>Type instelling***</i>				
Verpleeghuis	33	21	76	3
Verzorgingshuis	20	95	5	0
<i>Tandarts in huis***</i>				
Ja	29	24	72	3
Nee	24	79	21	0

*, *** Significant verschil tussen beide categorieën (Chi-kwadraattest, p resp. < 0,05 en < 0,001)

Op de vraag aan degenen die de laatste 5 jaar niet bij een tandarts waren geweest waarom dit het geval was, antwoordde de helft van de desbetreffende groep dat men geen of geen ernstige klachten had ondervonden, waardoor men het niet nodig vond naar een tandarts te gaan. Andere redenen waren het feit dat men bij klachten liever een tandtechnicus bezocht (zes keer genoemd), lichamelijke problemen had of andere belemmeringen ondervond waardoor het moeilijk was een tandarts te bereiken (vijf keer genoemd), verwachtte - soms op basis van een uitspraak van een tandarts - dat er niets meer aan het gebit te doen was of dat de klachten toch niet te verhelpen waren (drie keer genoemd), dat men angst had voor de tandarts (twee keer genoemd), hoge kosten verwachtte (twee keer genoemd) en, tenslotte, dat de tandarts waar men heen wilde, geen nieuwe patiënten aannam (één keer genoemd).

4.2.6 Mondhygiëne

Van de dentaten poetste 67% en van de edentaten 66% het eigen gebit of de gebitsprothese zelf (zie de tabellen 4.21 en 4.22). Bij degenen die daartoe niet in staat waren, werd het reinigen van het (kunst)gebit vrijwel altijd door het personeel van de instelling overgenomen. Bij drie bewoners (twee van een verpleeghuis en één van een verzorgingshuis) gebeurde dit niet. Twee bewoners (beiden van een verpleeghuis) gaven aan dat de prothese wel, maar het eigen gebit niet door een verzorger werd gereinigd.

Tabel 4.21 Procentuele verdeling van dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar hun antwoord op vragen over mondhygiëne, per type instelling

	Dentate bewoners van verpleeghuis		Dentate bewoners van verzorgingshuis		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
<i>Kan het gebit zelf poetsen ***</i>	75		30		105	
ja		55		97		67
nee		45		3		33
<i>Frequentie poetsen gebit door bewoner zelf*</i>	39		30		69	
nooit		0		7		3
< 1 keer per dag		10		20		14
1 keer per dag		54		23		41
2 keer per dag		28		30		29
3 keer per dag		8		20		13
<i>Frequentie poetsen gebit door verzorger</i>	30		1		31	
< 1 keer per dag		10				13
1 keer per dag		77				74
2 keer per dag		13				13
<i>Oordeel over poetsen gebit door verzorger</i>	24		1		25	
heel vervelend		17				16
tamelijk vervelend		8				8
een beetje vervelend		21				20
niet vervelend		54				56

*, *** Significant verschil tussen bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen
(Chi-kwadraattest, p resp. < 0,05 en < 0,001)

Tabel 4.22 Procentuele verdeling van edentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar hun antwoord op vragen over mondhygiëne, per type instelling

	Edentate bewoners van verpleeghuis		Edentate bewoners van verzorgingshuis		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Kan het kunstgebit zelf poetsen***	101		121		222	
ja		36		91		66
nee		64		9		34
Frequentie poetsen kunstgebit door bewoner zelf	35		112		147	
nooit		0		5		4
< 1 keer per dag		3		5		5
1 keer per dag		60		50		52
2 keer per dag		26		13		16
3 keer per dag		11		26		22
Frequentie poetsen kunstgebit door verzorger	63		9		72	
< 1 keer per dag		0		0		0
1 keer per dag		97		78		6
2 keer per dag		3		22		94
Oordeel over poetsen kunstgebit door verzorger	60		8		68	
heel vervelend		0		0		0
tamelijk vervelend		3		0		3
een beetje vervelend		7		0		6
niet vervelend		90		100		91

*** Significant verschil tussen bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen (Chi-kwadraattest, $p < 0,001$)

Van de dentate bewoners die zelf het gebit poetsten, gebruikte 91% een gewone en 9% een elektrische tandenborstel. In tabel 4.23 wordt informatie gegeven over het gebruik van tandenstokers, tandzijde (dental floss) en tandenragers. Na de tandenborstel was de tandenstoker het meest gebruikte hulpmiddel bij het reinigen van het gebit. Van alle bewoners aan wie daarnaar werd gevraagd, gebruikte 21% ten minste één van de drie hulpmiddelen voor interdentale reiniging.

Tabel 4.23 Het gebruik van interdentale reinigingsmiddelen door dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen (N=51) die het gebit zelf poetsen

	Frequentie van gebruik		
	Elke dag %	Niet dagelijks %	(Bijna) nooit %
Tandzijde (dental floss)	0	2	98
Tandenstoker	6	12	82
Tandenrager	0	2	98

4.3 Fysieke toestand van de mond

In deze paragraaf worden de uitkomsten beschreven van het onderzoek van de mond bij dentate en edentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. Het gaat daarbij onder meer om de aanwezigheid en toestand van natuurlijke gebitselementen, de aanwezigheid van prothetische voorzieningen en de hygiënische toestand van het (kunst)gebit.

4.3.1 Aanwezigheid en toestand van gebitselementen en diastemen

Van de 365 personen bij wie de mond werd onderzocht, hadden er 111 één of meer natuurlijke gebitselementen. In tabel 4.24 worden de procentuele verdelingen van deze ‘dentaten’ getoond naar de aantallen aanwezige, gave en gevulde gebitselementen en naar het aantal gebitselementen met een kroon, het aantal gebitselementen met een caviteit en het aantal wortelresten. Uit de tabel kan onder meer worden afgeleid dat 40% van de dentate bewoners gebitselementen had met een kroon, 35% gebitselementen met een caviteit en dat bij 33% van de bewoners wortelresten voorkwamen.

Tabel 4.24 Procentuele verdeling van dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen (N=111) naar het aantal aanwezige, gave en gevulde gebitselementen, naar het aantal gebitselementen met een kroon, het aantal gebitselementen met een caviteit en het aantal wortelresten

	Aantal gebitselementen								Totaal
	0	1-2	3-5	6-10	11-15	16-20	21-25	≥ 26	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Aanwezige elementen	n.v.t.	3	7	28	16	22	14	11	100
Gave elementen	13	14	23	34	10	5	2	0	100
Gevulde elementen	25	18	22	23	12	0	0	0	100
Elementen met een kroon	60	8	13	15	3	0	1	0	100
Elementen met een caviteit	65	26	7	1	0	1	0	0	100
Wortelresten	67	21	8	3	1	1	0	0	100

In tabel 4.25 staan de gemiddelde waarden voor de genoemde variabelen bij alle dentaten gezamenlijk en afzonderlijk bij personen van 60 tot en met 79 jaar en personen van 80 jaar en ouder. In deze tabel is tevens het gemiddelde aantal gebitselementen vermeld die een meer dan normale mobiliteit vertoonden. Verder is aangegeven hoeveel gebitselementen door een brug of uitneembare prothese waren vervangen. Bij de leeftijdscategorie tot 80 jaar waren per persoon gemiddeld 15,9 gebitselementen aanwezig, bij de categorie van 80 jaar en ouder 13,0 gebitselementen. Behalve voor de aantallen aanwezige en ontbrekende gebitselementen bestonden er tussen deze leeftijdscategorieën significante verschillen voor het aantal gave gebitselementen, het aantal

wortelresten en het aantal mobiele gebitselementen. De situatie was steeds het ongunstigst in de oudste leeftijdscategorie.

Tabel 4.25 De toestand van aanwezige gebitselementen (inclusief verstandskiezen) en de prothetische verzorging van diastemen bij dentaten per leeftijdscategorie

	Dentaten 60 t/m 79 jaar (N=55)		Dentaten 80 jaar en ouder (N=53)		Totaal (N=111 ^a)	
	\bar{x} ^b	(sd) ^c	\bar{x} ^b	(sd) ^c	\bar{x} ^b	(sd) ^c
Aantal aanwezige elementen (inclusief wortelresten)	15,9	(7,8)	13,0*	(6,7)	14,6	(7,4)
Cariësstatus elementen						
gaaf	7,1	(5,2)	4,9*	(4,5)	6,1	(5,0)
gevuld	4,7	(4,4)	3,8	(3,7)	4,3	(4,1)
kroon	2,6	(4,7)	1,9	(3,0)	2,3	(4,0)
cariëus (excl. wortelresten)	0,9	(4,6)	0,9	(1,7)	0,9	(2,1)
wortelrest	0,7	(1,6)	1,5*	(3,1)	1,0	(2,4)
Mobiliteit elementen (exclusief wortelresten)						
< 1 mm	14,8	(8,5)	10,2*	(7,1)	12,7	(8,2)
1-2 mm	0,4	(1,0)	0,9*	(1,9)	0,6	(1,5)
2-3 mm	0,1	(0,6)	0,2	(0,7)	0,2	(0,6)
> 3 mm	0,0	(0,0)	0,1	(0,6)	0,1	(0,4)
Aantal ontbrekende elementen (inclusief wortelresten)	16,7	(8,0)	20,5*	(7,3)	18,4	(7,9)
Prothetische voorziening						
Brug	0,2	(0,8)	0,3	(0,6)	0,3	(0,7)
Uitneembare prothese	7,6	(9,6)	9,1	(9,6)	8,2	(9,5)
Geen voorziening	8,9	(6,8)	11,1	(8,9)	9,9	(7,9)

^a Inclusief drie dentaten van wie de leeftijd onbekend is

^b Gemiddelde

^c Standaardafwijking

* Significant verschil met uitkomst bij 60- t/m 79-jarigen (Mann-Whitney U-test, $p < 0,05$)

In tabel 4.26 zijn de gegevens over de cariësstatus samengevat tot DMFT-indices. De verstandskiezen zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. Gemiddeld waren er van de 28 gebitselementen waarover het gaat, 13,6 gebitselementen afwezig (MT), 1,9 gebitselementen cariëus (DT) en 6,4 gebitselementen gevuld (FT).

Tabel 4.26 Gemiddelde aantallen DMFT en DMFT-componenten (exclusief verstandskiezen) bij dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, per leeftijdscategorie

	Dentaten 60 t/m 79 jaar (N=55)		Dentaten 80 jaar en ouder (N=53)		Totaal (N=111 ¹)	
	\bar{x}	(sd)	\bar{x}	(sd)	\bar{x}	(sd)
DT (Decayed Teeth ²)	1,5	(3,0)	2,4	(3,9)	1,9	3,4
MT (Missing Teeth ³)	12,3	(7,7)	15,2*	(6,4)	13,6	7,2
FT (Filled Teeth ⁴)	7,1	(6,5)	5,5	(5,3)	6,4	6,0
DMFT	20,9	(5,1)	23,2*	(4,4)	21,9	4,9

¹ Inclusief drie dentaten van wie de leeftijd onbekend is

² Het totaal van het aantal gebitselementen met een caviteit en het aantal wortelresten

³ Inclusief gebitselementen die verloren gingen wegens een parodontale afwijking

⁴ Inclusief gebitselementen met een kroon

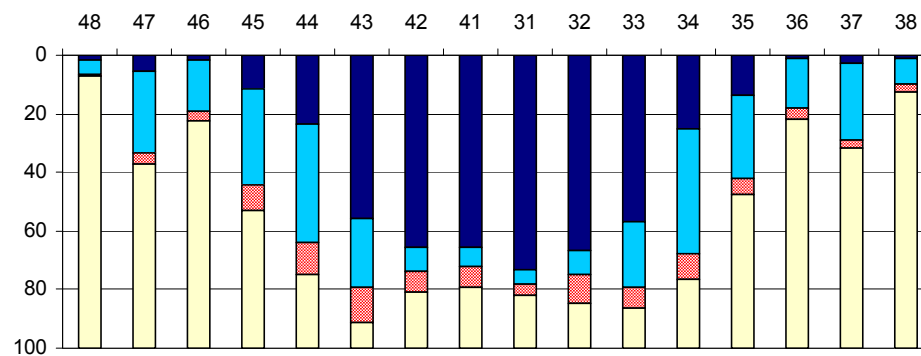
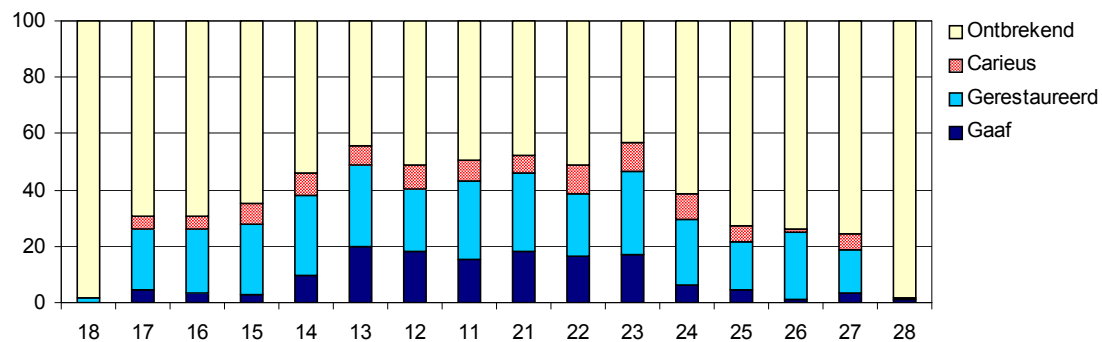
* Significant verschil met uitkomst bij 60- t/m 79-jarigen (Mann-Whitney U-test, $p < 0,05$)

De toestand van alle verschillende gebitselementen afzonderlijk is in figuur 4.1 uitgebeeld. De nog aanwezige molaren waren voor het merendeel gerestaureerd. Gave gebitselementen werden vooral in het onderfront aangetroffen.

Figuur 4.2 toont het percentage aanwezige gebitselementen samen met het percentage gebitselementen dat door een prothetische voorziening was vervangen. Uit deze figuur blijkt dat vooral in de bovenkaak uitneembare prothesen waren aangebracht.

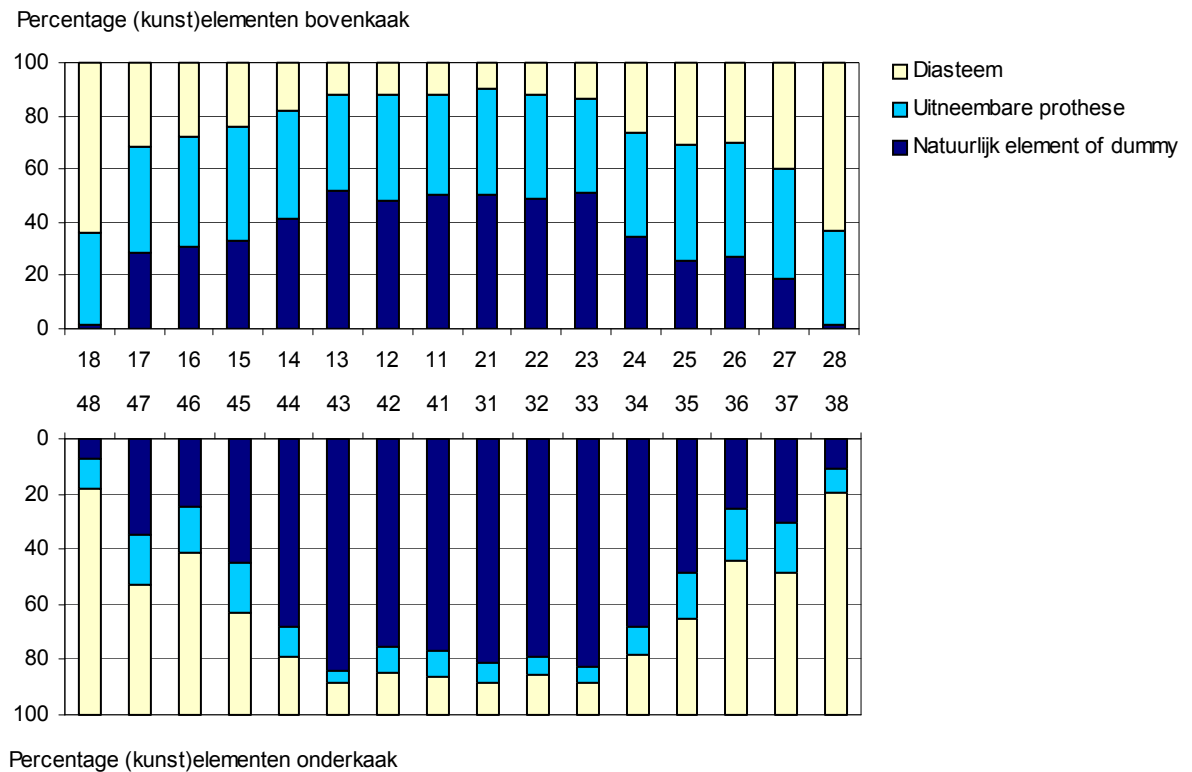
Figuur 4.1 Toestand van de gebitselementen bij dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen (N=111). (De cijfers bij de kolommen zijn standaardcodes voor de verschillende gebitselementen)

Percentage elementen in de bovenkaak



Percentage elementen in de onderkaak

Figuur 4.2 De aanwezigheid van natuurlijke of kunstelementen bij dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen (N=111).



In tabel 4.27 worden de uitkomsten verkregen bij dentate bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen naast elkaar geplaatst en in tabel 4.28 die van dentaten in instellingen met een vaste tandarts in huis en instellingen zonder zo'n vaste tandarts. Zoals eerder vermeld in paragraaf 4.2 komen de indelingen naar type instelling (verpleeghuis of verzorgingshuis) en naar de beschikbaarheid van een vaste tandarts in het huis bijna op hetzelfde neer. De verschillen tussen de vergeleken categorieën zijn dan ook gelijk: in de verpleeghuizen of instellingen met een tandarts ontbraken bij de dentate bewoners minder gebitselementen, waren meer gebitselementen voorzien van een kroon en vertoonden minder gebitselementen mobiliteit dan in verzorgingshuizen of instellingen zonder tandarts.

Tabel 4.27 De toestand van aanwezige gebitselementen en de prothetische verzorging van diastemen bij dentate bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen, per type instelling

	Dentate bewoners van verpleeghuis (N=78)		Dentate bewoners van verzorgingshuis (N=33)	
	\bar{x}	(sd)	\bar{x}	(sd)
Aantal aanwezige elementen				
(inclusief wortelresten)	15,5	(7,6)	12,6	(7,6)
Cariësstatus elementen				
gaaf	6,3	(5,1)	5,6	(4,8)
gevuld	4,5	(4,2)	3,7	(3,8)
kroon	2,9	(4,3)	1,0*	(2,4)
cariëus (excl. wortelresten)	0,9	(2,3)	0,8	(1,8)
wortelrest	0,9	(2,0)	1,5	(3,2)
Mobiliteit elementen				
(exclusief wortelresten)				
< 1 mm	13,9	(8,2)	9,8*	(7,5)
1-2 mm	0,4	(1,1)	1,1*	(2,1)
2-3 mm	0,2	(0,7)	0,1	(0,4)
> 3 mm	0,1	(0,4)	0,1	(0,4)
Aantal ontbrekende elementen				
(inclusief wortelresten)	17,4	(8,0)	20,8*	(7,1)
Prothetische voorziening				
Brug	0,3	(0,8)	0,1	(0,4)
Uitneembare prothese	7,3	(9,3)	10,4	(9,8)
Geen voorziening	9,8	(7,6)	10,3	(8,5)

* Significant verschil met uitkomst bij bewoners van een verpleeghuis (Mann-Whitney U-test, $p < 0,05$)

Tabel 4.28 De toestand van aanwezige gebits-elementen en de prothetische verzorging van diastemen bij dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, ingedeeld naar de beschikbaarheid van een vaste tandarts in de instelling

	Dentate bewoners van instelling met vaste tandarts (N=64)		Dentate bewoners van instelling zonder vaste tandarts (N=47)	
	\bar{x}	(sd)	\bar{x}	(sd)
Aantal aanwezige elementen				
(inclusief wortelresten)	15,7	(7,6)	13,1	(6,9)
Cariësstatus elementen				
gaaf	6,7	(5,2)	5,4	(4,6)
gevuld	4,4	(4,2)	4,0	(4,0)
kroon	2,9	(3,9)	1,5**	(4,0)
cariëus (excl. wortelresten)	1,0	(2,4)	0,7	(1,6)
wortelrest	0,7	(2,0)	1,5	(2,9)
Mobiliteit elementen				
(exclusief wortelresten)				
< 1 mm	14,3	(8,1)	10,6*	(7,9)
1-2 mm	0,5	(1,2)	0,8	(1,8)
2-3 mm	0,2	(0,7)	0,2	(0,6)
> 3 mm	0,1	(0,5)	0,1	(0,3)
Aantal ontbrekende elementen				
(inclusief wortelresten)	17,0	(7,9)	20,3*	(7,5)
Prothetische voorziening				
Brug	0,4	(0,9)	0,2	(0,5)
Uitneembare prothese	7,8	(9,6)	8,7	(9,4)
Geen voorziening	8,8	(6,8)	11,4	(8,9)

*,** Significant verschil met uitkomst bij bewoners van een instelling met een vaste tandarts (Mann-Whitney U-test, p resp. < 0,05 en < 0,01)

In tabel 4.29 zijn de uitkomsten verkregen bij dentaten in de leeftijdscategorie van 60 tot en met 79 jaar (eerder vermeld in tabel 4.25) geplaatst naast die van thuiswonende dentate ouderen in dezelfde leeftijdscategorie die in 1998 bij een onderzoek in Haarlem waren betrokken. Bij de ouderen in Haarlem waren significant meer gebitselementen aanwezig, kwamen meer gevulde gebitselementen voor en minder wortelresten. Voor de aantallen gave en carieuze gebitselementen (exclusief wortelresten) verschilden de groepen niet veel. Bij de thuiswonende ouderen in Haarlem waren meer ontbrekende gebitselementen door een dummy van een brug vervangen.

Tabel 4.29 De toestand van aanwezige gebitselementen en de prothetische verzorging van diastemen bij dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen (leeftijdscategorie 60 t/m 79 jaar) en bij thuiswonende dentaten (zelfde leeftijdscategorie) (Bron: Kalsbeek et al. 1999)

	Dentate bewoners van verpleeg- of verzorgingshuis (dit onderzoek) 60 t/m 79 jaar (N=55)		Thuiswonende dentaten (Haarlem, 1998) 60 t/m 79 jaar (N=195)	
	\bar{x}	(sd)	\bar{x}	(sd)
Aantal aanwezige elementen				
(inclusief wortelresten)	15,9	(7,8)	18,4*	(8,2)
Cariësstatus elementen				
gaaf	7,1	(5,2)	6,6	(4,6)
gevuld	4,7	(4,4)	7,2**	(5,3)
kroon	2,6	(4,7)	3,9	(4,2)
carieus (excl. wortelresten)	0,9	(4,6)	0,7	(1,6)
wortelrest	0,7	(1,6)	0,1***	(0,5)
Mobiliteit elementen				
(exclusief wortelresten)				
< 1 mm	14,8	(8,5)	17,9*	(8,5)
1-2 mm	0,4	(1,0)	0,4	(1,0)
2-3 mm	0,1	(0,6)	0,1	(0,4)
> 3 mm	0,0	(0,0)	0,0	(0,2)
Aantal ontbrekende elementen				
(inclusief wortelresten)	16,7	(8,0)	13,6***	(8,2)
Prothetische voorziening				
Brug	0,2	(0,8)	0,7*	(1,5)
Uitneembare prothese	7,6	(9,6)	7,5	(9,9)
Geen voorziening	8,9	(6,8)	5,4***	(3,6)

*, **, *** Significant verschil met uitkomst bij dentate bewoners van een verpleeg- of verzorgingshuis (Students t-test, p resp. < 0,05, < 0,01 en 0,001)

4.3.2 Functionele contacten tussen laterale gebitselementen in onder- en bovenkaak

Voor de kauwfunctie is naast de aanwezigheid van een voldoende aantal natuurlijke gebitselementen vooral de onderlinge relatie van de aanwezige gebitselementen van belang. Bepalend is hierbij het aantal 'functionele contacten', waaronder wordt verstaan het aantal contacten tussen de molaren en premolaren van de boven- en onderkaak als deze op elkaar worden gezet (zie figuur bij item 60-61 in bijlage E). Contacten tussen natuurlijke gebitselementen enerzijds en prothese-elementen anderzijds en tussen de kunstelementen van een boven- en onderprothese blijven hierbij buiten beschouwing, aangezien deze voor de kauwfunctie veel minder betekenis hebben. Het maximum aantal contacten (links en rechts opgeteld) is gesteld op 12.

In tabel 4.30 is de verdeling weergegeven van alle dentaten en van dentaten uitgesplitst naar leeftijd en type instelling naar het aantal functionele contacten. Tevens is voor deze categorieën het gemiddelde aantal functionele contacten per persoon vermeld. Van de dentaten had 57% geen enkel functioneel contact tussen de gebitselementen. Het gemiddelde aantal functionele contacten bedroeg 2,1. Zoals men kan verwachten op grond van het hogere aantal aanwezige gebitselementen, hadden bewoners in de leeftijdscategorie 60 tot en met 79 jaar significant meer functionele contacten dan bewoners van 80 jaar en ouder, en werden bij de bewoners van verpleeghuizen meer van dergelijke contacten geregistreerd dan bij de bewoners van verzorgingshuizen.

Tabel 4.30 Het aantal functionele contacten tussen de molaren en premolaren van de boven- en onderkaak en het gemiddelde aantal functionele contacten bij dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, per leeftijdscategorie en per type instelling

	N (=100%)	Aantal functionele contacten					\bar{x}	(sd)
		0	1-2	3-5	6-10	>10		
		%	%	%	%	%		
Alle dentaten	111	57	14	12	14	4	2,1	(3,3)
Leeftijdscategorie*								
60 t/m 79 jaar	55	45	22	13	15	5	2,6	(3,6)
80 jaar en ouder	53	72	8	9	9	2	1,4	(2,8)
Type instelling**								
Verpleeghuis	78	48	17	13	17	5	2,6	(3,6)
Verzorgingshuis	33	76	9	9	6	0	1,0	(2,2)

*, ** Significant verschil tussen de categorieën (Mann-Whitney U-test, p resp. < 0,05 en < 0,01)

4.3.3 Prothetische voorzieningen in onder- en bovenkaak

In de tabellen 4.31 en 4.32 wordt voor respectievelijk dentaten en edentaten een overzicht gegeven van de diverse prothetische voorzieningen en de verdeling van de bewoners van de verpleeg- en verzorgingshuizen naar het voorkomen van deze voorzieningen in de boven- en onderkaak. Het enige significante verschil tussen de bewoners van de twee soorten instellingen betreft het

percentage dentate personen met in de bovenkaak een volledige prothese. Dit was bij de dentate bewoners van de verzorgingshuizen bijna twee maal zo hoog als bij de dentate verpleeghuisbewoners.

Tabel 4.31 Procentuele verdeling van dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar het voorkomen van een prothetische voorziening in de boven- en onderkaak, per type instelling

	Dentate bewoners van verpleeghuis (N=78) %	Dentate bewoners van verzorgingshuis (N=33) %	Totaal (N=111) %
Bovenkaak			
Geen brug of uitneembare prothese	49	42	47
Eén of meer bruggen	10	0	7
Frameprothese	8	3	6
Partiële plaatprothese	9	9	9
Volledige prothese	24	46*	31
Onderkaak			
Geen brug of uitneembare prothese	69	70	69
Eén of meer bruggen	12	6	10
Frameprothese	5	12	7
Partiële plaatprothese	12	12	12
Volledige prothese	3	0	2

* Significant verschil met uitkomst bij bewoners van een verpleeghuis (Z-toets, $p < 0,05$)

Tabel 4.32 Procentuele verdeling van edentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen naar het voorkomen van een prothetische voorziening in de boven- en onderkaak, per type instelling

	Edentate bewoners van verpleeghuis (N=118) %	Edentate bewoners van verzorgingshuis (N=136) %	Totaal (N=254) %
Bovenkaak			
Geen prothese	10	7	9
Volledige prothese	90	93	91
Onderkaak			
Geen prothese	19	12	15
Volledige prothese	81	88	85

Bij zes personen werd een prothese door een implantaat of een wortel van een natuurlijk element ondersteund. Drie personen hadden elk in de onderkaak twee implantaten onder een volledige prothese, bij twee steunde een partiële plaatprothese en bij één persoon een volledige prothese op natuurlijke wortels.

4.3.4 Hygiënische en esthetische conditie van natuurlijke dentitie en gebitsprothese

Op grond van het voorkomen van voedselresten, plaque en kleuraanslag ('stains') noteerden de onderzoekers hun oordeel over de hygiënische toestand van het (kunst)gebit. In tabel 4.33 zijn, afzonderlijk voor dentaten en edentaten, de uitkomsten vermeld. Uit de getoonde cijfers komt naar voren dat de natuurlijke gebitselementen bij de dentaten vaker verontreinigd waren dan de prothesen bij de edentaten. Er lijkt een verschil te bestaan tussen de mondhygiëne bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. Hierbij moet worden vermeld dat dit deel van het onderzoek niet goed te standaardiseren was. Achteraf bleek dat de mondhygiënist strenger oordeelde over de hygiëne van het (kunst)gebit dan de twee tandartsen. Dit had geen invloed op het gevonden verschil tussen dentaten en edentaten, aangezien de verdeling naar gebitsstatuscategorie van de bewoners die door de mondhygiënist of door één van de tandartsen werden onderzocht, ongeveer gelijk was. De mondhygiënist zag echter in verhouding meer verpleeghuisbewoners dan de tandartsen. Als met dit laatste rekening wordt gehouden, vervalt het verschil tussen de bewoners van de twee soorten instellingen.

In vergelijking met de dentaten die aangaven zelf niet te kunnen tandenpoetsen hadden degenen die meenden dat wel te kunnen vaak een heel schoon of juist een sterk verontreinigd gebit. De tussencategorie (weinig voedselresten, plaque of stains) was bij de 'zelfpoetsers' ondervertegenwoordigd. Bij de edentaten verschilde de reinheid van de prothesen weinig tussen degenen die al dan niet zelf poetsen.

Tabel 4.33 De hygiënische conditie van het natuurlijk gebit of de gebitsprothese bij dentate en edentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, ingedeeld naar type instelling en naar het vermogen zelf de tanden te poetsen of het kunstgebit te reinigen

	N	Voedselresten, plaque of stains		
	(= 100%)	Afwezig	Weinig	Veel
		%	%	%
<u>Dentaten</u>				
Totale groep	110	30	27	43
Type instelling				
Verpleeghuis	78	24	31	45
Verzorgingshuis	32	44	19	37
<u>Kan (naar eigen zeggen)</u>				
<u>zelf tandenpoetsen</u>¹				
Ja	69	32	19	49
Nee	29	17	52	31
<u>Edentaten</u>				
Totale groep	227	51	37	12
Type instelling*				
Verpleeghuis	102	40	43	17
Verzorgingshuis	125	59	32	9
<u>Kan (naar eigen zeggen)</u>				
<u>zelf kunstgebit reinigen</u>				
Ja	144	57	32	11
Nee	68	40	44	16

¹ Het verschil tussen de beide categorieën is volgens de gewone Chi-kwadraattest wel ($p < 0,01$) en volgens de Chi-kwadraattrendtest niet significant

* Significant verschil tussen bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen (Chi-kwadraattoets, $p < 0,05$)

Voor het uiterlijk is het van belang dat de frontelementen en met name de incisieven intact zijn. Om na te gaan of het (kunst)gebit aan deze voorwaarde voldeed, is gekeken of er incisieven ontbraken of waren afgebroken. Tabel 4.34 toont het resultaat. Bij 13% van de dentaten ontbraken één of meer incisieven zonder dat er een prothetische voorziening was aangebracht, en 12% had afgebroken incisieven. Het aantal edentaten bij wie één of meer kunstelementen in het front ontbraken, bedroeg 2%. Bij 17% van de edentaten waren er kunsttanden afgebroken.

Tabel 4.34 De esthetische conditie van het natuurlijk gebit of de gebitsprothese bij dentate en edentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, per type instelling

	N (=100%)	Geen afgebroken of ontbrekende incisieven %	Afgebroken incisieven %	Ontbrekende incisieven %
<u>Dentaten</u>				
<i>Alle dentaten</i>	103	76	12	13
<i>Type instelling</i>				
Verpleeghuis	72	78	10	12
Verzorgingshuis	31	71	16	13
<u>Edentaten</u>				
<i>Alle edentaten</i>	217	81	17	2
<i>Type instelling</i>				
Verpleeghuis	99	80	18	2
Verzorgingshuis	118	82	15	3

4.3.5 Retentie volledige prothesen en reductie boven- en onderkaak

In tabel 4.35 worden gegevens vermeld over de retentie van volledige boven- en onderprothesen. De retentie van de bovenprothesen werd in 44% van de gevallen en van de onderprothesen in 71% van de gevallen als matig of slecht beoordeeld. Tussen de twee onderscheiden leeftijdscategorieën en tussen bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen werden geen significante verschillen gevonden.

Tabel 4.35 De retentie van de volledige boven- of onderprothese bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen met een volledige prothese, ingedeeld naar leeftijdscategorie en type instelling

	N	Retentie volledige prothese		
	(= 100%)	Goed	Matig	Slecht
		%	%	%
<u>Volledige bovenprothese</u>				
<i>Alle prothesedragers</i>	254	56	32	12
<i>Leeftijdscategorie</i>				
60 t/m 79 jaar	74	58	28	14
80 jaar en ouder	177	55	33	11
<i>Type instelling</i>				
Verpleeghuis	113	49	38	13
Verzorgingshuis	141	62	27	11
<u>Volledige onderprothese</u>				
<i>Alle prothesedragers</i>	208	29	31	40
<i>Leeftijdscategorie</i>				
60 t/m 79 jaar	56	41	27	32
80 jaar en ouder	149	25	32	43
<i>Type instelling</i>				
Verpleeghuis	89	21	33	46
Verzorgingshuis	119	35	29	35

Het oordeel van de onderzoekers over de mate van kaakreductie bij personen met een tandeloze boven- of onderkaak, is weergegeven in tabel 4.36. De bovenkaak vertoonde bij 55% en de onderkaak bij 85% van de desbetreffende bewoners een sterke of zeer sterke reductie. Ook voor deze variabele weken de twee onderscheiden leeftijdscategorieën en bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen niet significant van elkaar af.

Tabel 4.36 De reductie van de edentate boven- en onderkaak bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, ingedeeld naar leeftijdscategorie en type instelling (Selectie: personen die edentaat waren in de desbetreffende kaak)

	N (= 100%)	Kaakreductie		
		Gering %	Sterk %	Zeer sterk %
<u>Bovenkaak</u>				
<i>Alle personen met edentate kaak</i>	271	45	47	8
<i>Leeftijdscategorie</i>				
60 t/m 79 jaar	80	55	39	6
80 jaar en ouder	188	40	51	9
<i>Type instelling</i>				
Verpleeghuis	119	40	48	12
Verzorgingshuis	152	49	46	5
<u>Onderkaak</u>				
<i>Alle personen met edentate kaak</i>	235	16	40	45
<i>Leeftijdscategorie</i>				
60 t/m 79 jaar	67	22	33	45
80 jaar en ouder	165	13	42	45
<i>Type instelling</i>				
Verpleeghuis	100	20	36	44
Verzorgingshuis	135	13	42	45

4.3.6 Afwijkingen van het mondslijmvlies

Tabel 4.37 laat de prevalentie zien van een aantal slijmvliesafwijkingen in de mond en tabel 4.38 het percentage personen bij wie ten minste één van de genoemde afwijkingen voorkwam. Bij 19% van de dentaten en bij 51% van de edentaten werden afwijkingen geregistreerd. Binnen deze categorieën was er voor de prevalentie van slijmvliesafwijkingen geen significant verschil tussen de bewoners van 60 tot en met 79 jaar en bewoners van 80 jaar en ouder en ook niet tussen de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen.

Tabel 4.37 Prevalentie van slijmvliesafwijkingen in de mond bij dentate en edentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen

	Dentate bewoners van een verpleeg- of verzorgingshuis (N=94) %	Edentate bewoners van een verpleeg- of verzorgingshuis (N=229) %
Drukplaats, drukulcus	2	17
Irritatiefibroom	3	16
Flabby ridge	1	17
Hyperaemisch of papillomateus palatum	5	16
Hyperkeratose binnenkant wang	0	1
'White lesion'	0	0
Wortelrest achtergebleven na extractie	5	3
Rhagade bij mondhoeck, cheilitis angularis	1	2
Andere afwijking	3	1

Tabel 4.38 Het percentage personen met één of meer mondslijmvliesafwijkingen bij dentate en edentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen, ingedeeld naar leeftijdscategorie en type instelling

	N (=100%)	Bewoners van een verpleeg- of verzorgingshuis met één of meer slijmvliesafwijkingen %
<u>Dentaten</u>	94	19
<i>Alle dentaten</i>		
<i>Leeftijdscategorie</i>		
60 t/m 79 jaar	46	22
80 jaar en ouder	45	18
<i>Type instelling</i>		
Verpleeghuis	65	20
Verzorgingshuis	29	17
<u>Edentaten</u>		
<i>Alle edentaten</i>	229	51
<i>Leeftijdscategorie</i>		
60 t/m 79 jaar	66	44
80 jaar en ouder	161	53
<i>Type instelling</i>		
Verpleeghuis	98	47
Verzorgingshuis	131	53

5 Discussie en conclusies

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethoden en de verschillende uitkomsten van het onderzoek kritisch beoordeeld en worden conclusies getrokken. Het hoofdstuk eindigt met een algemene beschouwing over de doelstelling van mondzorg bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

5.1 Tandheelkundige voorzieningen

Voordat de diverse uitkomsten van dit deel van het onderzoek worden besproken wordt stilgestaan bij de methode van onderzoek.

5.1.1 Methode van onderzoek

Onderwerpen die in deze paragraaf aan de orde komen, zijn de representativiteit van de instellingen die aan het onderzoek deelnamen en de validiteit van de uitkomsten.

Representativiteit van de steekproef

Bij de opzet van het project is ervoor gekozen het onderzoek uit te voeren in 15 instellingen per instellingscategorie. Dit aantal maakte het mogelijk gegevens te verzamelen door middel van mondelinge interviews. Het voordeel daarvan was dat op die manier meer vragen konden worden gesteld en mogelijk meer betrouwbare informatie kon worden verkregen dan door middel van een schriftelijke enquête. Ook werd verwacht dat de bereidheid mee te werken aan een onderzoek bij bewoners groter zou zijn als er bij het onderzoek naar tandheelkundige voorzieningen persoonlijk contact kon worden gelegd met een staflid. De keuze het onderzoek per instellingstype tot 15 instellingen te beperken had ook een nadeel, namelijk dat een 'random' keuze van dit aantal niet hoeft te leiden tot een representatieve steekproef, aangezien het toeval bij zo'n beperkt aantal een veel grotere rol speelt dan bij een steekproef van bijvoorbeeld 100 instellingen. Door de steekproef gestratificeerd te trekken op basis van de omvang van de instelling (een factor die medebepalend werd geacht voor de beschikbaarheid van tandheelkundige voorzieningen) werd de kans op representativiteit⁴ vergroot.

Van de benaderde verpleeghuizen nam 79% aan het onderzoek deel, van de verzorgingshuizen 75% en van de instellingen voor verstandelijk gehandicapten 100%. De respons van de instellingen kan daarom als hoog worden aangemerkt. Op grond daarvan en ervan uitgaande dat het voor het beleid niet noodzakelijk is uitkomsten te hebben met een hoge mate van statistische precisie, wordt aangenomen dat de participerende instellingen een voldoende nauwkeurig beeld opleveren van de tandheelkundige voorzieningen die in de drie instellingstypen beschikbaar waren.

⁴ Het begrip 'representatief' heeft in dit verband betrekking op de populaties ouderen en verstandelijk gehandicapten voor wie de beoordeelde tandheelkundige voorzieningen waren bestemd.

Validiteit van de uitkomsten

Tegenover de voordelen van het interview - vragen kunnen worden toegelicht en zo nodig kan worden doorgevraagd om aanvullende informatie te verkrijgen - staat het nadeel dat de gegevensverzameling minder gestandaardiseerd is dan bij een schriftelijke enquête. Bij het noteren van de antwoorden kan het subjectieve oordeel van degene die het interview afneemt een rol spelen, wat ten koste kan gaan van de validiteit en betrouwbaarheid van de uitkomsten. Getracht is dit bezwaar zoveel mogelijk te ondervangen door uit te gaan van voorgedrukte vragen en antwoorden. Bij de interpretatie van de uitkomsten moet er echter wel rekening mee worden gehouden dat deze wellicht minder 'hard' zijn dan de cijfers suggereren.

5.1.2 Uitkomsten

Algemene gegevens over de participerende instellingen en personen

Uit de informatie over de participerende instellingen, weergegeven in paragraaf 3.1 en bijlage B, blijkt dat er zowel tussen als binnen de drie instellingstypen grote verschillen bestaan. De omvang van de instellingen, uitgedrukt in het aantal bewoners, varieerde van minder dan 50 tot meer dan 500, een verschil van een factor 10. Aangezien het aanstellen van een tandarts en het inrichten van een behandelkamer voor instellingen met een klein aantal bewoners (omgerekend per bewoner) hoge kosten met zich mee brengen, is het van belang bij de beantwoording van de vraag hoe de zorgverlening moet worden ingericht met dit verschil rekening te houden. Het aantal bewoners in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten is relatief hoog vergeleken met het aantal in verpleeg- en verzorgingshuizen. Er is echter een tendens gehandicapten in kleinere wooneenheden te huisvesten. Als die trend doorzet, zal het aanbieden van adequate tandheelkundige hulp in die instellingen moeilijker worden.

Uit de tabellen over de functie van de geïnterviewde stafleden, weergegeven in bijlage B, blijkt dat sommigen als arts aan de instelling waren verbonden terwijl anderen een coördinerende rol vervulden bij de verzorging van de bewoners of een beleidsfunctie hadden. Het verschil in perspectief van waaruit de functionarissen de aan de orde gestelde problematiek beoordelen, verklaart waarschijnlijk voor een deel de variatie in de verkregen antwoorden.

Wat de geïnterviewde afdelingsmedewerkers betreft kan worden gesteld dat de meesten van hen ruime ervaring hadden met de verzorging of verpleging van de bewoners. Deze medewerkers staan het dichtst bij de bewoners. Daarom mag worden verwacht dat zij de 'subjectieve' behoefte van de bewoners aan mondzorg goed aanvoelen. Hun oordeel over de noodzaak van deze zorg zal bij het maken van beleidskeuzen daarom zwaar moeten meewegen.

De geïnterviewde tandartsen hadden in het algemeen een ruime ervaring als instellingstand-arts. De indruk bestaat dat sommigen bewust hadden gekozen voor het werk in een instelling vanwege de affiniteit met het type zorg. Anderen gaven te kennen dat vooral sociale overwegingen bij de keuze een rol hadden gespeeld: 'Als ik dit werk niet doe, doet niemand het'.

Faciliteiten voor tandheelkundige zorg

In vrijwel alle verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten konden de bewoners een beroep doen op een vaste tandarts in of buiten de instelling. In de verzorgingshuizen was dat meestal niet het geval: slechts 3 van de 15 verzorgingshuizen hadden contact met een vaste tandarts. Van een deel van de bewoners van verzorgingshuizen mag worden verwacht dat men desgewenst de 'eigen' tandarts kan bezoeken, maar dit geldt lang niet voor allen. Sommige afdelingsmedewerkers gaven aan graag contact te hebben met een vaste tandarts. Zonder een tandarts die zich verantwoordelijk voelt voor de mondzorg in de instelling is het blijkbaar moeilijk om tegemoet te komen aan de behoefte van bewoners aan professionele hulp.

In 11 van de 15 verpleeghuizen, één van de 15 verzorgingshuizen en 8 van de 15 instellingen voor verstandelijk gehandicapten konden bewoners in de instelling door een tandarts worden behandeld en aan 2 verpleeghuizen, geen enkel verzorgingshuis en 8 instellingen voor verstandelijk gehandicapten was een mondhygiënist verbonden. Aangezien de functie mondhygiënist relatief onbekend is, zal het initiatief er een aan te trekken van een tandarts moeten uitgaan. In instellingen waar geen tandarts komt, zal de behoefte aan een mondhygiënist meestal niet worden gevoeld. Uit de interviews met tandartsen blijkt dat hun wens met een mondhygiënist samen te werken lang niet altijd wordt gehonoreerd. Wellicht spelen financiële argumenten daarbij een rol.

Het aantal uren die de instellingstandartsen konden besteden aan de tandheelkundige zorg was lang niet altijd voldoende. Dit vonden niet alleen de tandartsen zelf, ook afdelingsmedewerkers waren die mening toegedaan. Hieruit blijkt dat het feit dat een tandarts in de instelling komt nog geen garantie biedt voor een verantwoorde zorg.

Voor de meeste instellingstandartsen was een speciale behandelruimte beschikbaar. In de verpleeghuizen en het verzorgingshuis met een behandelkamer was deze vaak alleen geschikt voor prothetische verrichtingen zodat de bewoners voor extracties en restauratieve verrichtingen naar een praktijkruimte elders moesten worden vervoerd. Incidenteel werden behandelingen in de kamer van de bewoner uitgevoerd. Soms was dit noodzakelijk doordat de behandelruimte niet toegankelijk was voor bedlegerige patiënten.

In de helft van de gevallen was in de behandelruimte geen installatie beschikbaar voor het afzuigen van speeksel. Röntgenfoto's konden meestal niet worden gemaakt, een operatielamp was niet altijd aanwezig. Als belangrijke diagnostische hulpmiddelen ontbreken, kan worden betwijfeld of nog van een verantwoorde zorgverlening kan worden gesproken. Het zal dan ook geen verbazing wekken dat 7 van de 11 tandartsen die in een verpleeg- of verzorgingshuis werkten ontevreden waren over de behandelfaciliteiten. Als men in de toekomst meer tandartsen wil interesseren voor het werken in deze instellingen moet ervoor worden gezorgd dat dit aantrekkelijker wordt. Een adequaat ingerichte behandelkamer, contact met andere beroepsgroepen binnen de instelling en een passende honorering kunnen bijdragen aan het plezier dat men aan het werk beleeft.

In instellingen voor verstandelijk gehandicapten waren de behandelkamers voor vrijwel alle gangbare tandheelkundige behandelingen geëquipeerd. Van de 11 tandartsen die in deze instellingen werkten, waren er 8 tevreden en 3 ontevreden over de geboden behandelfaciliteiten.

Een verschil tussen de faciliteiten voor de tandartsen in verpleeg- en verzorgingshuizen enerzijds en instellingen voor verstandelijk gehandicapten anderzijds blijkt ook uit de beschikbaarheid van assisterend personeel. Terwijl in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten de

tandarts bij behandelingen altijd werd geassisteerd door een medewerker van het huis en meestal ook administratieve ondersteuning kreeg, werkten de tandartsen in de verpleeghuizen en het verzorgingshuis vaak met een assistente uit de eigen praktijk. Vier tandartsen werkten zonder assistente, een situatie die, als men meer wil dan het verlenen van eenvoudige prothetische zorg, zeker niet bevorderlijk is voor de kwaliteit van de verleende zorg.

Als bewoners door een tandarts buiten het gebouw behandeld moesten worden, regelde het personeel van de verpleeghuizen en de instellingen voor verstandelijk gehandicapten vrijwel altijd het vervoer. Ook hielp het personeel zonedig bij het maken van een afspraak met de 'eigen' tandarts. In de verzorgingshuizen deden de bewoners dat vaak zelf. Voor de begeleiding van bewoners van de verpleeg- en verzorgingshuizen naar een extern werkende tandarts werd vaak een familielid of een vrijwilliger ingeschakeld. In de instellingen voor verstandelijk gehandicapten werd de begeleiding naar de tandarts meestal beschouwd als een taak van het verzorgend personeel. Een aantal stafmedewerkers gaf aan moeite te hebben met de tijd die het personeel voor deze begeleiding kwijt was.

Samenvattend kan worden gesteld dat de meeste verpleeghuizen en slechts één verzorgingshuis over voorzieningen beschikten voor professionele mondzorg. Als de instelling faciliteiten voor professionele mondzorg beschikbaar had, waren deze veelal niet geschikt voor de behandeling van dentaten. De instellingen voor verstandelijk gehandicapten waren meestal goed geëquipeerd voor het verlenen van professionele mondzorg. Vooral de tandartsen die in een verpleeghuis mondzorg verleenden, achtten de inrichting van de behandelruimten vaak inadequaaf en de voor behandeling beschikbare tijd in de meeste gevallen onvoldoende.

Tandheelkundige zorg

De vraag naar tandheelkundige zorg hangt af van de frequentie waarin bij de bewoners klachten optreden met betrekking tot het gebit of de mond en van de keuze de tandarts al dan niet te bezoeken voor een periodiek preventief onderzoek. Er bestond een groot verschil tussen enerzijds de situatie in de verpleeg- en verzorgingshuizen waar de zorg voornamelijk beperkt was tot het verhelpen van klachten, en anderzijds de instellingen voor verstandelijk gehandicapten waar de mond van de meeste bewoners periodiek werd onderzocht, ook als er geen klachten waren.

Uit de informatie van de afdelingsmedewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen kan worden afgeleid dat er betrekkelijk weinig bewoners waren met klachten over het gebit of de mond. De tandartsen die in een verpleeg- of verzorgingshuis werkten, gaven aan dat maar weinig bewoners daadwerkelijk werden behandeld. Volgens de stafleden en de afdelingsmedewerkers was het aantal bewoners die de 'eigen' tandarts bezochten meestal lager dan 10%. Uit dit alles blijkt dat de spontane vraag naar tandheelkundige hulp bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen uiterst beperkt is. Wie niet op de hoogte is van de objectieve behoefte aan mondzorg, dat wil zeggen de behoefte volgens professionele maatstaven, zou hieruit kunnen afleiden dat er in deze instellingen geen ernstige tandheelkundige problemen bestaan.

In de meeste verpleeghuizen werd bij de opname van bewoners door een arts in de mond gekeken, in de verzorgingshuizen gebeurde dit niet. Indien er een tandarts werkzaam was in de instelling werd die slechts in enkele instellingen systematisch betrokken bij de intake van nieuwe bewoners. Meestal werden bewoners alleen voor een behandeling naar de tandarts verwezen als er duidelijke problemen waren met de mond. Dit betekent dat de instellingstandarts in die situatie

geen overzicht had van de mondgezondheid van de totale populatie bewoners.

De mondzorg die door de tandarts in de verpleeg- en verzorgingshuizen werd verleend bestond voor een groot deel uit prothetische hulp: het aanpassen van bestaande prothesen en het vervaardigen van nieuwe prothesen. Zoals eerder is vermeld, was de beschikbare apparatuur meestal ook niet geschikt voor andere verrichtingen. Van de 12 tandartsen die in een verpleeg- of verzorgingshuis werkten, gaven er 7 te kennen de kwaliteit van de door hen verleende zorg matig of slecht te vinden, 5 vonden de kwaliteit goed. De tandartsen in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten waren wat positiever gestemd: 3 van de 12 beoordeelden de kwaliteit van hun werk als matig, 3 matig tot goed en 6 goed. De tandartsen noemden als belangrijke oorzaak voor de matige kwaliteit de slechte behandelbaarheid van de patiënten.

Voor de melding van klachten en voor de beslissing of de hulp van een tandarts moest worden ingeroepen bestonden binnen de instellingen meestal geen vaste procedures. In de verpleeghuizen werden klachten veelal eerst aan de instellingsarts gemeld, in de verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten vaak direct aan de tandarts. De keuze of de hulp van een tandarts moest worden ingeroepen werd in de verpleeg- en verzorgingshuizen in veel gevallen aan de bewoner zelf overgelaten, tenzij het een psychogeriatrische patiënt betrof. In dat geval besliste in sommige gevallen de arts, en in andere de verzorger/verpleger, een familielid of het afdelingshoofd. In de instellingen voor verstandelijk gehandicapten bestond meer uniformiteit. Daar blijkt dat de verzorger/verpleger meestal besliste of de tandarts om hulp moest worden gevraagd.

In elk van de drie typen instellingen konden bewoners bij acute klachten binnen één of twee dagen door een tandarts worden geholpen. Als de klachten niet acuut waren, kon de behandeling meestal binnen zeven dagen worden uitgevoerd. Dit wijst erop dat op klachten over de mond en het gebit in het algemeen snel wordt gereageerd.

In vrijwel alle instellingen overlegde de tandarts wel eens met de arts, het afdelingshoofd of een van de verzorgers over de algemene medische toestand van patiënten. Slechts in één verpleeghuis was dit nooit gebeurd. Als de tandarts patiëntspecifieke informatie of een advies wilde doorgeven, werd in de meeste gevallen de directe verzorger/verpleger benaderd. Soms werd deze informatie (ook) aan de arts, het afdelingshoofd of een familielid doorgegeven. Opvallend is dat de tandarts zijn informatie in ongeveer de helft van de gevallen alleen mondeling overdroeg. Het valt te betwijfelen of dat voldoende is. Aangezien meerdere personen bij de verzorging van een bewoner betrokken zijn, loopt men de kans dat informatie niet bij alle verzorgers overkomt en adviezen niet consequent worden opgevolgd als die niet duidelijk op papier zijn gezet.

In de meeste instellingen werden tandheelkundige verrichtingen alleen in het kaartsysteem van de tandarts geregistreerd, in enkele gevallen (ook) in het medische dossier of het zorgdossier. In 4 verpleeg- en verzorgingshuizen hield de tandarts geen kaartsysteem bij en werden tandheelkundige verrichtingen evenmin in een medische dossier of het zorgdossier genoteerd, een situatie die moeilijk te verenigen is met een verantwoorde zorgverlening en die strijdig is met de WGBO (Eijkman en Goedhart, 1995).

De wijze waarop de tandartsen zich in de instellingen presenteerden, verschilde sterk. Terwijl sommigen de afdelingen bezochten voor overleg met het verplegend en verzorgend personeel en regelmatig spraken met de instellingsartsen, hadden anderen, buiten de behandelkamer, geen enkel contact met het personeel van de instelling. Als het laatste het geval is, draagt de tandarts

zelf bij aan een geïsoleerde positie en ontnemt hij/zij zich de mogelijkheid door overleg en advies het niveau van de mondzorg op een hoger plan te brengen.

Een eerste voorwaarde om te kunnen bijdragen aan het (tandheelkundig) welzijn van de patiënt is dat de tandarts zelf een positieve verwachting heeft van het effect van zijn of haar werk. Hoewel dat zeker niet voor allen gold, blijkt dat diverse tandartsen die in een verpleeg- of verzorgingshuis werkten, twijfelden aan een positief effect. Hoewel in sommige gevallen een te hoge verwachting van wat mogelijk is in een verpleeg- of verzorgingshuis ook een rol kan spelen, zullen zeker ook de gebrekkige voorzieningen hebben bijdragen aan de demotivatie van de tandarts. Aangezien het niet makkelijk moet zijn toe te geven dat je werk weinig of geen effect heeft, verdienen zij die deze mening hebben geuit, waardering voor hun openhartigheid. Zij geven daarmee duidelijk aan dat, vanuit tandheelkundig oogpunt bezien, de mondzorg in de verpleeg- en verzorgingshuizen sterk verbeterd zou moeten worden.

De belangrijkste bevindingen samenvattend kan men stellen dat de vraag van bewoners naar professionele tandheelkundige hulp in verpleeg- en verzorgingshuizen zeer beperkt is. Dit komt mede door het feit dat de meeste bewoners tandoos waren. In de ogen van de tandartsen was de hulp die zij verstrekten veelal van matige kwaliteit. Sommige tandartsen betwijfelden zelfs of hun werk enig positief effect had. In instellingen voor verstandelijk gehandicapten was de situatie gunstiger. De tandartsen in deze instellingen ervoeren vooral de matige behandelbaarheid van de bewoners als een belemmerende factor. Als positief punt kan worden genoemd dat bewoners van alle typen instellingen bij acute klachten meestal binnen één of twee dagen konden worden geholpen.

Mondhygiënische zorg

De hygiënische toestand van het (kunst)gebit van de bewoners blijkt door de verschillende categorieën geïnterviewden verschillend te worden beoordeeld. De tandartsen zijn daar het meest negatief over, de afdelingsmedewerkers het meest positief. Het is begrijpelijk dat de tandartsen op basis van hun kennis hoge eisen stellen aan de mondhygiëne. Van de afdelingsmedewerkers, die, als het bewoners betreft die zelf niet kunnen tandenpoetsen, verantwoordelijk zijn voor de dagelijkse mondreiniging, mag men misschien geen objectief oordeel verwachten. Zij gaven daarmee immers tevens een oordeel over het functioneren van zichzelf en de naaste collega's. In de verpleeg- en verzorgingshuizen werd tijdens het bewonersonderzoek bij 43% van de dentaten en bij 12% van de edentaten veel plaque op het gebit, respectievelijk kunstgebit aangetroffen. Wat de dentaten betreft, ondersteunt deze uitkomst de mening van de tandartsen.

Een ruime meerderheid van de stafleden vond dat het verzorgend personeel onvoldoende aandacht besteedde aan de gebitsreiniging bij dentaten. Als belangrijke oorzaken werden genoemd een gebrek aan kennis en vaardigheden, ongemotiveerdheid en tijdgebrek. De afdelingsmedewerkers noemden daarnaast ook het feit dat sommige bewoners tegenwerken bij het poetsen van hun tanden een belemmerende factor. Vooral het tandenpoetsen bij verstandelijk gehandicapten werd als problematisch ervaren. Het reinigen van het kunstgebit leverde in het algemeen minder problemen op.

In de verpleeg- en verzorgingshuizen reinigde het verzorgend personeel het (kunst)gebit van de bewoners meestal één keer per dag, in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten meestal twee keer per dag. Dit verschil komt wellicht voort uit de mate van betrokkenheid van

het verzorgend personeel met bewoners in deze instellingen. Er blijkt wel uit dat de aandacht voor mondzorg in instellingen voor verstandelijk gehandicapten groter is dan in verpleeg- en verzorgingshuizen.

In 3 van de 15 instellingen voor verstandelijk gehandicapten, 8 van de 15 verpleeghuizen en 13 van de 15 verzorgingshuizen gebruikte het personeel bij het reinigen van het natuurlijk gebit van bewoners uitsluitend gewone tandenborstels. Slechts in één instelling voor verstandelijk gehandicapten werd altijd met een elektrische tandenborstel gepoetst. Aangezien tandenpoetsen in de mond van een ander met een zo'n borstel gemakkelijker en daardoor in veel gevallen effectiever is dan met een gewone borstel, is elektrisch tandenpoetsen aan te bevelen (Day en Martin, 1998). De aanschafkosten van elektrische tandenborstels vallen waarschijnlijk in het niet in verhouding tot de totale kosten van zorg voor de mond.

Door een individueel merkteken aan te brengen in de gebitsprothesen kan worden voorkomen dat prothesen van bewoners worden verwisseld (de Baat *et al.*, 1991). De kans daartoe zal groter zijn in verpleeghuizen waar meerdere personen in één ruimte verblijven, dan in verzorgingshuizen waar de bewoners vaak een eigen kamer hebben. Uit het onderzoek blijkt dat de prothesen van verpleeghuisbewoners vaak wel, maar die van verzorgingshuisbewoners zelden van een merkteken zijn voorzien. Aangezien ook in verzorgingshuizen de kans op verwisseling niet is uit te sluiten, met name in psychogeriatrische afdelingen, lijkt het aanbrengen van merktekens ook in die instellingen geen overbodige maatregel.

Volgens de afdelingsmedewerkers werd bij de bijscholing van het verzorgend en verplegend personeel aan het onderwerp mondverzorging in het algemeen geen of hooguit incidenteel aandacht besteed. Dit is opvallend gezien het feit dat zowel de stafleden als de afdelingsmedewerkers bij de verzorgers tekorten aan kennis en vaardigheden signaleerden met betrekking tot het uitvoeren van mondhygiënische handelingen bij bewoners. Volgens de afdelingsmedewerkers was er in slechts 4 van de 12 instellingen waar tandartsen werkten bijscholing verzorgd. Tijdgebrek is mogelijk één van de oorzaken. Eén van de tandartsen waarmee gesproken werd, vertelde dat de tijd die hij aan bijscholing van personeel had besteed volgens de richtlijnen van de zorgverzekeraar niet als werktijd mocht worden gedeclareerd. Gezien de essentiële rol van het verzorgend personeel bij de mondzorg gaan dergelijke richtlijnen in tegen het belang van de verzekerden.

Slechts in een beperkt aantal instellingen bestond een protocol mondzorg. Diverse afdelingsmedewerkers gaven aan wel behoefte te hebben aan zo'n protocol. Het opstellen van een protocol in overleg met alle betrokkenen zou de aandacht voor mondzorg kunnen verhogen en daarmee de kwaliteit ervan kunnen verbeteren. Zo'n protocol zou onderdeel moeten uitmaken van een algemeen zorgplan.

De belangrijkste uitkomst van dit deel van het onderzoek was dat de mondhygiënische zorg voor dentate bewoners die zelf niet kunnen tandenpoetsen problematisch was. Dit komt niet alleen door het feit dat deze bewoners er vaak een hekel aan hebben dat anderen hun tanden poetsen, maar ook door het gebrek aan tijd, kennis, vaardigheden en motivatie bij het verzorgend personeel. Het is daarom opvallend dat aan bijscholing van dit personeel weinig aandacht werd besteed.

Gewenste toekomstige ontwikkeling

Uit de wensen en aanbevelingen van de stafleden, de afdelingsmedewerkers en de tandartsen, vermeld in paragraaf 3.5, blijkt dat al deze categorieën zinvolle ideeën hebben over de mondzorg. De voorgestelde maatregelen sluiten meestal goed aan op de eerder in dit rapport gesignaleerde problematiek en voor een belangrijk deel lopen de aanbevelingen van de diverse categorieën geïnterviewden parallel. Sommige maatregelen lijken zonder extra middelen gerealiseerd te kunnen worden, andere hebben financiële consequenties of betekenen dat extra tijd aan mondzorg moet worden besteed. Om te komen tot daadwerkelijke uitvoering is daarom overleg nodig tussen alle betrokkenen, niet alleen binnen de instellingen maar ook tussen de koepelorganisaties van verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten, beroepsorganisaties en financierende instellingen.

5.2 Mondgezondheid van bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen

In deze paragraaf worden de uitkomsten besproken van de interviews en het onderzoek naar de toestand van de mond bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. Ook hier zal eerst worden ingegaan op enkele methodologische aspecten van het onderzoek die bepalend zijn voor de interpretatie van de uitkomsten.

5.2.1 Methode van onderzoek

Zijn bewoners die aan het interview en het onderzoek van de mond deelnamen representatief voor alle bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en, zo nee, op welke categorie bewoners hebben de uitkomsten dan wel betrekking? In hoeverre zijn de uitkomsten vertekend door de wijze waarop gegevens werden verzameld? Op deze vragen wordt in deze subparagraaf getracht een antwoord te geven.

Representativiteit van de steekproef

Om een zuiver beeld te krijgen van de mondgezondheid van de totale populatie dentate en edentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen zou men in een aantal van deze instellingen een a-selecte steekproef moeten trekken uit beide categorieën bewoners. Van de geselecteerde bewoners zou vervolgens een hoog percentage aan het onderzoek mee moeten doen. Reeds bij de opzet van het project werd ingezien dat aan deze voorwaarden niet kon worden voldaan. Daarom werd gekozen voor een pragmatische oplossing. Verondersteld werd dat de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de bewoners deelname zou kunnen belemmeren. Aan de stafleden en afdelingsmedewerkers die bewoners benaderden met het verzoek aan het onderzoek mee te willen doen, is gevraagd rekening te houden met deze factoren. Het zal duidelijk zijn dat op deze manier een proefgroep is verkregen die vooral bestond uit bewoners met een relatief gunstige lichamelijke en geestelijke conditie. Verder is te verwachten dat een positieve motivatie voor gebitsverzorging een gunstige en een gebitstoestand waarvoor men zich geneert een ongunstige invloed had op de bereidheid aan het onderzoek mee te doen. Daarom moet worden aangenomen dat het onderzoek onder dentaten vooral betrekking heeft op relatief gezonde personen met een

relatief gunstige gebitsstoestand.

Voor het onderzoek naar het percentage dentaten en edentaten in de instellingen gelden deze beperkingen waarschijnlijk niet. De medewerkers van de instellingen werd immers gevraagd de gebitsstatus te noteren van 'toevallig' gekozen bewoners. Daardoor zal de informatie die daarmee werd verkregen waarschijnlijk wel een representatief beeld opleveren voor de totale populatie verpleeg- en verzorgingshuisbewoners.

Validiteit van de uitkomsten

Ook wat de wijze van gegevensverzameling betreft, moesten concessies worden gedaan om het onderzoek mogelijk te maken. Bij bewoners van psychogeriatrische afdelingen is het onderzoek soms beperkt tot de inspectie van de mond. In sommige gevallen kon zelfs het onderzoek van de mond niet volledig worden uitgevoerd. Soms werd wel een interview afgenomen maar werden de vragen door een verzorger of een familielid beantwoord. Als de communicatie moeilijk verliep, bijvoorbeeld doordat de bewoner doof was of door een andere oorzaak de vragen niet begreep, werd het interview tot de belangrijkste vragen beperkt.

Het onderzoek van de mond werd uitgevoerd met een mondspiegel en een zaklantaarn. Hiermee is geen nauwkeurig cariësonderzoek mogelijk. De gepresenteerde cariësgegevens betreffen daarom alleen duidelijk zichtbare cariëslaesies. In het algemeen kan worden gesteld dat het gerapporteerde aantal afwijkingen een onderschatting is van het werkelijke aantal.

5.2.2 Uitkomsten

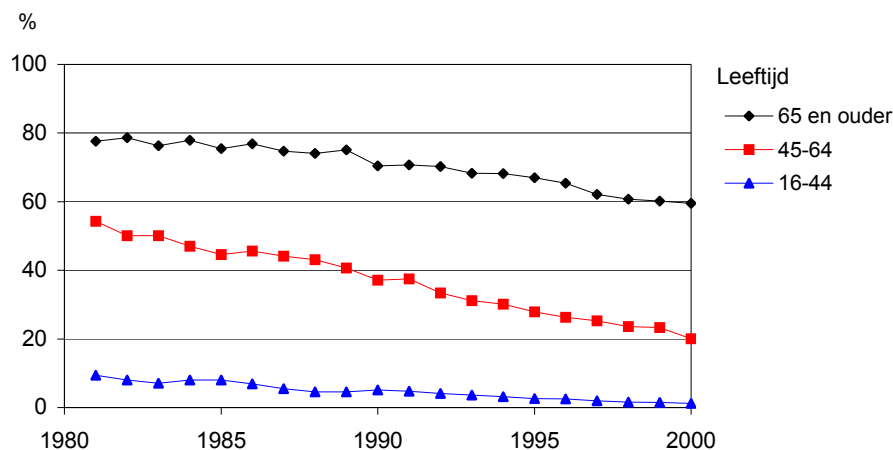
Percentage dentaten en edentaten

Van de meer dan 1254 bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen over wie gegevens over de globale gebitsstatus zijn verkregen, was 79% edentaat. Het CBS geeft voor de jaren 1998-1999 voor personen van 70 jaar en ouder een percentage edentaten van 65% (CBS, 2001). Het percentage dat in de verpleeg- en verzorgingshuizen werd gevonden lijkt dus vrij hoog, maar omdat de gemiddelde leeftijd van de groepen waarvoor deze percentages gelden onbekend is, valt hierover niets met zekerheid te zeggen.

In de verzorgingshuizen bleken meer bewoners edentaat te zijn dan in de verpleeghuizen. Uit de interviews in deze instellingen blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de bewoners in de verpleeghuizen lager en het opleidings- en beroepsniveau hoger was dan bij de bewoners van de verzorgingshuizen. Aangezien het al dan niet edentaat zijn gerelateerd is aan leeftijd en opleiding, zouden deze verschillen het verschil in gebitsstatus kunnen verklaren.

Het hoge percentage edentaten in verpleeg- en verzorgingshuizen heeft er waarschijnlijk mede toe geleid dat de meeste van deze instellingen geen voorzieningen hebben om ook dentaten adequaat tandheelkundig te kunnen verzorgen. Uit figuur 5.1 kan worden afgeleid dat het percentage ouderen met een volledig kunstgebit in de toekomst sterk zal afnemen. De instellingen zouden er daarom goed aan doen tijdig op deze ontwikkeling in te spelen door de faciliteiten voor tandheelkundige zorg te verbeteren.

Figuur 5.1 Het percentage personen met een volledige gebitsprothese (bron: CBS)⁵



Interview

Hiervoor werd reeds vermeld dat de bewoners van verpleeghuizen die aan het onderzoek deelnamen, gemiddeld jonger waren en een hoger opleidings- en beroepsniveau hadden dan de deelnemers in de verzorgingshuizen. Dit verschil zou kunnen samenhangen met het feit dat opname in een verpleeghuis uitsluitend afhankelijk is van de lichamelijke en psychische toestand van de persoon, terwijl opname in een verzorgingshuis mede door woonomstandigheden en verzorgingsfaciliteiten wordt bepaald. Om die reden zullen ouderen met een relatief lage sociaal-economische status (SES) in het verzorgingshuis oververtegenwoordigd zijn.

Als de globale gebitsstatus gerelateerd wordt aan geslacht, leeftijd en niveau van opleiding blijkt dat het percentage edentaten bij de vrouwen hoger dan bij mannen en hoger naarmate men ouder was en minder opleiding had genoten. Zulke verbanden werden ook gevonden bij thuiswonende ouderen (Schuil 1992; Kalsbeek *et al.*, 1999).

Ongeveer de helft van de edentaten was al voor het 40^e jaar tandeloos geworden. De prothese die men ten tijde van het onderzoek droeg, was vaak ouder dan 20 jaar. Ook hierin verschilden de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen niet van thuiswonende ouderen.

Uit de antwoorden op vragen naar mogelijke problemen met kauwen, afbijten, de smaak en de spraak bleek dat tussen dentaten en edentaten, tussen verpleeghuisbewoners en bewoners van verzorgingshuizen en tussen bewoners van instellingen met en zonder een tandarts maar enkele significante verschillen voorkwamen. Eén daarvan had betrekking op het afbijten van voedsel, een functie die bij 56% van de edentaten en 43% van de dentaten problemen opleverde. Een ander verschil betrof de spraak. Van de edentate bewoners van verpleeghuizen en verzorgingshuizen had respectievelijk 22% en 12% daar problemen mee. Dat de spraakfunctie bij bewoners

⁵ 1981 t/m 1993: Maandbericht Gezondheid 94/4; 1994 t/m 1999: Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland, jaargang 1993 t/m 2000; 2000: Statistisch Jaarboek 2002.

van verpleeghuizen vaker was verstoord, hoeft niet te komen door de toestand van de mond. Ook een neurologische afwijking als gevolg van een CVA (cerebrovasculair accident, beroerte) zou de oorzaak kunnen zijn. In het algemeen verschilde de prevalentie van functiestoornissen bij de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen niet significant van die bij thuiswonende ouderen.

Van de dentaten had 64% moeite met het eten van een geschilde appel, van de edentaten 76%. Ongeveer 40% van de bewoners (dentaat of edentaat) kon geen pinda's eten, ongeveer 35% had problemen met het eten van een stukje gebraden vlees. De bewoners van de verpleeghuizen gaven significant vaker dan de bewoners van de verzorgingshuizen aan bepaalde voedingsmiddelen niet te kunnen eten. Mogelijk hangt dit samen met het beleid van sommige verpleeghuizen om, als getwijfeld wordt aan het kauwvermogen, over te gaan op gemalen voedsel. Daardoor zal de bewoner worden versterkt in de mening bepaalde voedingsmiddelen niet meer te kunnen eten.

Zowel van de dentate als van de edentate bewoners van de verpleeg- en verzorgingshuizen had 39% wel eens een pijnlijk gevoel in de mond. Na de maaltijd achterblijvende voedselresten waren het meest voorkomende ongemak, ongeveer 78% van de dentaten en 72% van de edentaten had daar last van. In de verpleeghuizen leed 54% van de geïnterviewde bewoners aan het euvel van een droge mond, in de verzorgingshuizen 70%. Niet waarschijnlijk is dat een verschil in medicijngebruik de oorzaak is voor dit significante verschil. Mogelijk wordt er in de verpleeghuizen meer op gelet dat de bewoners voldoende vocht gebruiken.

Van de dentate bewoners van de verpleeg- en verzorgingshuizen had 65% gedurende het laatste jaar een tandarts bezocht, van de edentaten 13%. Voor de categorie dentaten was het percentage regelmatige tandartsbezoekers in de verpleeghuizen en de verzorgingshuizen ongeveer gelijk evenals in instellingen waaraan al dan niet een tandarts was verbonden. Van de edentate bewoners in de verpleeghuizen (meestal instellingen met een tandarts) kwam 33% gedurende het laatste jaar bij een tandarts, van de edentaten in de verzorgingshuizen (meestal instellingen zonder tandarts) 2%. Bij de edentaten stimuleerde het aanbod van professionele tandheelkundige hulp blijkbaar de vraag om hulp, bij de dentaten was dit niet of veel minder het geval. Uit de cijfers blijkt dat de dentaten in instellingen waar een tandarts beschikbaar was, niet alleen bij de instellingstandarts kwamen maar ook naar de 'eigen' tandarts gingen. Dit is waarschijnlijk een gevolg van het feit dat de beschikbaarheid van professionele zorg in de instelling meestal slechts betrekking had op prothetische hulp en het verhelpen van pijnklachten.

Van de dentate en edentate bewoners van de verpleeghuizen was naar eigen zeggen respectievelijk 45% en 64% niet in staat het eigen gebit of kunstgebit zelf te poetsen, in de verzorgingshuizen gold dit voor 3% van de dentaten en 9% van de edentaten. Het grote verschil tussen de percentages in de beide instellingstypen is opvallend. De mate van hulpbehoefendheid van de bewoners kan een verklaring vormen voor dit verschil. Ook een mogelijk verschil in het aanbod van het verzorgend personeel om bij het poetsen te helpen kan een oorzaak.

Bijna de helft van de dentaten die niet zelf konden poetsen, vond het vervelend dat iemand anders dit moest doen. Deze uitkomst bevestigt de mening van de afdelingsmedewerkers dat dentate bewoners er vaak een hekel aan hebben dat anderen hun tanden poetsen. De edentaten hadden er meestal geen moeite mee het reinigen van de prothese aan iemand anders over te moeten laten.

Slechts 6% van de dentaten gebruikte dagelijks een tandenstoker. Dental floss (tandzijde) en

tandenragers werden hooguit incidenteel gebruikt. Op grond van het feit dat 78% van de dentaten aangaf dat er na het eten wel eens voedselresten achterbleven, zou men een groter gebruik van tandenstokers mogen verwachten. Behalve het feit dat men niet aan het gebruik van interdentale reinigingsmiddelen gewend is, zou een gebrek aan handvaardigheid een belemmering kunnen vormen.

Samenvattend kan worden gesteld dat vrij veel bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen problemen hebben met de mond: functieverlies, pijn en ander ongemak. Zij verschillen hierin echter maar weinig van thuiswonende ouderen. Bij dentaten lijkt de beschikbaarheid van professionele tandheelkundige hulp niet of nauwelijks van invloed te zijn op de frequentie van tandartsbezoek. Edentaten daarentegen kwamen veel vaker bij een tandarts als die in de instelling kon worden geconsulteerd. Bewoners van verpleeghuizen gaven vaker dan bewoners van verzorgingshuizen aan het (kunst)gebit niet zelf te kunnen reinigen. Onduidelijk is in hoeverre dit mede een gevolg is van een verschil in de geneigdheid bij het verzorgend personeel de verantwoording voor het tandenpoetsen over te nemen.

Fysieke toestand van de mond

Bij 25% van de dentaten waren meer dan 20 en bij 10% minder dan zes gebitselementen aanwezig; 65% van de dentaten had geen duidelijk zichtbare caviteiten, 9% meer dan vijf carieuze gebitselementen, 67% had geen en 5% meer dan vijf wortelresten. Deze cijfers wijzen erop dat het onmogelijk is een generaliserende uitspraak te doen over de conditie van het gebit bij dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen. Wel kan men stellen dat de gebitstoestand bij een aantal dentaten bedroevend was. Deze uitkomst komt overeen met die uit het onderzoek van Gerritsen *et al.* (2002) bij de bewoners van drie verpleeghuizen.

Zoals te verwachten, was er een duidelijk verschil tussen dentate bewoners tot 80 jaar en vanaf 80 jaar. De laatsten hadden minder gave gebitselementen, meer wortelresten en meer mobiele gebitselementen.

In vergelijking met dentate thuiswonende ouderen van 60 tot en met 79 jaar hadden de dentate verpleeg- en verzorgingshuisbewoners uit dezelfde leeftijdscategorie minder gevulde gebitselementen en meer wortelresten. Bovendien waren bij de verpleeg- en verzorgingshuisbewoners minder ontbrekende gebitselementen vervangen door een prothetische voorziening.

Uit het onderzoek blijkt dat een meerderheid van de dentaten in de verpleeg- en verzorgingshuizen geen of slechts weinig functionele contacten had tussen de gebitselementen van de boven- en onderkaak. De kwaliteit van het kauwen werd daardoor, net als bij de edentaten, vooral bepaald door de prothetische voorziening. Aangezien de retentie van veel uitneembare prothesen matig of slecht was, mag van deze prothesen in functioneel opzicht weinig worden verwacht. Het eerder genoemde feit dat 35% van de bewoners moeite had met het kauwen, is daarom niet verwonderlijk. Aangezien een gebrekkig kauwvermogen kan leiden tot een verminderde voedselopname, loopt ook de algemene gezondheid daardoor gevaar. Bovendien is bekend dat problemen met kauwen en afbijten het plezier in het eten verminderen en daardoor afbreuk doen aan de kwaliteit van leven. Een verminderd kauwvermogen is daarom een ernstig probleem.

Bij 43% van de dentaten en 12% van de edentaten werd veel plaque aangetroffen op het (kunst)gebit. Bij de dentaten die meenden zelf de tanden te kunnen poetsen was de mondhygiëne in sommige gevallen goed maar in andere zeer slecht. Blijkbaar overschat een aantal van hen het

vermogen zelf te poetsen. Voor edentaten bestond er geen verschil tussen degenen die het kunstgebit zelf reinigden en degenen die dat door een verzorger lieten doen.

De onderzoekers beoordeelden de retentie van de onderprothesen in 31% van de gevallen als matig en in 40% van de gevallen als slecht. Gezien deze percentages is het opvallend dat ‘slechts’ 43% van de bewoners met een volledige onderprothese aangaf dat deze wel eens los ging. Bij de bewoners met een edentate onderkaak was de processus alveolaris van deze kaak in 40% van de gevallen sterk en in 45% van de gevallen zeer sterk gereduceerd. Daaruit kan worden afgeleid dat aanpassing of vervanging van de bestaande prothese in veel gevallen niet zal leiden tot een verbetering van de kauwfunctie.

Bij ongeveer één op de vijf dentaten en één op de twee edentaten vertoonde het mondslijmvlies één of meer afwijkingen. De bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen weken wat dit gegeven betreft niet af van de eerder onderzochte thuiswonende ouderen.

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de gebitstoestand bij de dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen sterk varieert. Bij een aantal van hen was de gebitstoestand zeker niet ongunstig, bij anderen echter zeer slecht. Het kauwvermogen van de bewoners was, gezien het beperkte aantal functionele contacten tussen de gebitselementen van de boven- en onderkaak en de retentie van de prothesen, in veel gevallen onvoldoende. Bij ouderen met een edentate onderkaak was die kaak vaak sterk of zeer sterk gereduceerd. Dit betekent dat aanpassing of vernieuwing van de bestaande prothese niet altijd zal leiden tot verbetering van de kauwfunctie.

5.3 Relatie tussen mondzorg en mondgezondheid bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen

Uit het voorgaande blijkt dat de mondgezondheid van in het bijzonder dentate bewoners van verpleeg- of verzorgingshuizen in een aantal gevallen te wensen overlaat. Tevens blijkt dat in deze instellingen meestal onvoldoende voorzieningen beschikbaar zijn om deze bewoners adequate mondzorg te kunnen verlenen. De vraag kan worden gesteld of er een verband bestaat tussen het ontbreken van adequate tandheelkundige voorzieningen en de onbevredigende mondgezondheid bij de bewoners of, anders geformuleerd, of de onbevredigende mondgezondheid van dentate bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen een direct gevolg is van een tekort aan voorzieningen. In deze paragraaf wordt ingegaan op die vraag.

Gerritsen *et al.* (2002) maakten bij hun onderzoek naar de mondgezondheid en de behandel-noodzaak bij bewoners van drie verpleeghuizen onderscheid tussen personen die kort geleden waren opgenomen en personen die al langer in het verpleeghuis verbleven. Zij concludeerden dat er, gemeten naar tandheelkundige maatstaven, reeds op het moment van opname een aanzienlijke behandelachterstand bestond. Tijdens de interviews met instellingstandartsen kwam dit eveneens naar voren. Uit eerder onderzoek werd geconcludeerd dat de mondgezondheid ook bij thuiswo-nende ouderen verre van ideaal is (Schuil 1992; Kalsbeek *et al.*, 1999). Hieruit blijkt dat de toestand van de mond bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen niet uniek is.

Doordat afwijkingen als gevolg van tandcariës en parodontale ontstekingen niet genezen, wordt de gebitstoestand bij ouderen in feite bepaald door de verzorging van het gebit gedurende de jeugd en alle volgende levensfasen. De ouderen die bij dit onderzoek waren betrokken, be-

leefden hun jeugd vóór of tijdens de Tweede Wereldoorlog, een periode waarin voor mondzorg weinig aandacht bestond. Niet alleen de huidige mondgezondheid van de ouderen, ook hun passieve houding ten aanzien van de mond en de verzorging daarvan kan daaruit voor een deel worden verklaard.

De snelle achteruitgang van de gebitstoestand bij sommige dentate ouderen na opname in een verpleeghuis, een fenomeen dat door diverse instellingstandartsen werd gemeld, wijst erop dat er bij ouderen bijzondere omstandigheden kunnen bestaan die bedreigend zijn voor het gebit. Een belangrijke factor lijkt te zijn het voorkomen van plaque. Tijdens het mondonderzoek werd immers bij 43% van de dentaten veel plaque gevonden. Het te weinig of onzorgvuldig tandenpoetsen kan daarbij een rol spelen, maar is waarschijnlijk niet de enige oorzaak. Bij gezonde personen wordt het zelfreinigend vermogen van de mond bevorderd en de groei van de bacterieflora geremd door het speeksel. Als de speekselvorming op oudere leeftijd is afgenomen, bijvoorbeeld als gevolg van diabetes of door het gebruik van medicijnen, kan de hoeveelheid tandplaque zich gemakkelijk uitbreiden. Ook het gebruik van zachte voeding kan een rol spelen. De slechte mondhygiëne en daarmee de vatbaarheid van het gebit voor cariës en parodontale afwijkingen bij sommige dentaten zal daarom veroorzaakt zijn door een combinatie van factoren waarvan de ontoereikende mondhygiënische zorg er slechts één is.

Uit het voorgaande kan worden geconcludeerd dat het gebrek aan voorzieningen voor mondzorg in het verpleeg- of verzorgingshuis zeker niet de enige oorzaak is van de onbevredigende mondgezondheid van dentate bewoners van deze instellingen. Duidelijk is dat bewoners bij wie de omstandigheden in de mond ongunstig zijn, extra zorg nodig hebben om aantasting van het gebit te voorkomen. Men moet er echter begrip voor hebben dat, zeker als het bewoners betreft met een complex ziektebeeld, de mondzorg niet altijd de benodigde aandacht krijgt.

5.4 Doelstellingen van professionele mondzorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten

De mondzorg in Nederland is gebaseerd op het uitgangspunt dat preventie en zelfzorg er de basis van dienen te zijn. Aan de jeugd wordt om die reden integrale zorg geboden, vrijwel zonder enige financiële belemmering. Vanaf de leeftijd van 18 jaar wordt men verondersteld zelf verantwoording te kunnen dragen voor de gezondheid van de mond, ook wat betreft de verzekering tegen de kosten van professionele hulp. Het ligt voor de hand om voor volwassenen van wie geen 'zelfredzaamheid' kan worden verwacht, evenals voor de jeugd, voorzieningen te treffen. Dit is de reden dat de mondzorg voor bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten speciale aandacht verdient. De vraag welke mondzorg in deze instellingen noodzakelijk is, kan niet worden beantwoord zonder een uitspraak te doen over de doelstellingen van mondzorg in het algemeen. In deze paragraaf wordt op deze doelstellingen ingegaan.

Een goede mondgezondheid kan worden gezien als een waarde op zichzelf - men kan er voor een deel een gevoel van eigenwaarde aan ontleen - maar ook als een factor die medebepalend is voor de algemene gezondheid en voor de 'kwaliteit van leven' (KvL). Bij het formuleren van

doelstellingen van mondzorg moet met deze verschillende aspecten rekening worden gehouden.

In het algemeen kan worden gesteld dat professionele mondzorg zou moeten leiden tot het zoveel mogelijk voorkomen van mondziekten, beëindigen of afremmen van bestaande ziekteprocessen in de mond en het compenseren van de gevolgen daarvan door restauratieve of prothetische maatregelen. Naast deze doelstellingen in engere zin kan men stellen dat mondzorg gericht moet zijn op het bevorderen van de algemene gezondheid en de KvL.

Bij de indicatie van een tandheelkundige behandeling moet de verwachting bestaan dat het beoogde effect op korte of lange termijn opweegt tegen de lichamelijke en psychische belasting voor de patiënt. Als het om lange termijn effecten gaat, is het daarom van wezenlijk belang met het levensperspectief van de patiënt rekening te houden. Bij jeugdigen zal de zorg vooral gericht moeten zijn op preventie en, als er sprake is van restauratieve verrichtingen, op de duurzaamheid van het resultaat. Bij personen met een beperkte levensverwachting gaat het er vooral om de mond zodanig te verzorgen dat reeds bestaande of op korte termijn te verwachten negatieve effecten op de algemene gezondheid en de KvL worden geëlimineerd of voorkomen. Indien dergelijke effecten niet bestaan of niet te verwachten zijn, is behandeling weinig opportuun. Aangezien de algemene gezondheid en de KvL in het geding zijn, dienen de behandelend arts en de patiënt zelf bij de keuze tussen het wel of niet uitvoeren van een ingrijpende behandeling een belangrijke stem te hebben. Als patiënt geestelijk niet in staat is mee te beslissen, zal een familielid of een andere persoon namens de patiënt bij de keuze al dan niet te behandelen betrokken moeten zijn.

Bij dit alles dient te worden bedacht dat sommige problemen waar ouderen mee kampen niet of alleen met veel moeite oplosbaar zijn (de Baat 1990). Dit hangt samen met de aard van deze problemen, maar ook met de beperkte behandelbaarheid en belastbaarheid van de patiënt. Als voorbeeld kan worden genoemd de situatie bij edentaten met een slechte kauwfunctie door een loszittende onderprothese. Het achterliggende probleem is meestal een sterk gereduceerde onderkaak. In principe zou men implantaten kunnen aanbrengen in de kaak om daarmee de prothese steun en houvast te geven. Behalve dat een dergelijke ingreep belastend is voor de patiënt, zouden de kosten voor tandheelkundige zorg enorm toenemen als deze behandeling op grote schaal zou worden uitgevoerd. Het is de vraag of dat maatschappelijk aanvaardbaar is.

Het voorgaande betekent dat een behandeling die uit zuiver tandheelkundig oogpunt wenselijk is, in veel gevallen niet is geïndiceerd, zelfs niet in situaties waarin voldoende tijd en middelen beschikbaar zijn. Niet de maximaal haalbare maar de onder de gegeven omstandigheden optimale mondgezondheid zal het doel moeten zijn van de verleende zorg. Optimaal is hier die mondgezondheid die zoveel mogelijk bijdraagt aan de algemene gezondheid en de KvL van de patiënt. Dit vergt van de zorgverlener een visie die verder gaat dan een zuiver tandheelkundige en een attitude die maakt dat hij of zij het plezier in het werk mede ontleent aan de tevredenheid van de patiënt en niet alleen aan de bereikte resultaten in tandheelkundig-technische zin.

In instellingen voor verstandelijk gehandicapten zijn de omstandigheden waaronder moet worden gewerkt voor een deel vergelijkbaar, maar in andere opzichten geheel verschillend van die in verpleeg- en verzorgingshuizen. Ook hier gaat het om patiënten die door hun handicap vaak niet zelf voor hun mond kunnen zorgen en die, mede door de aard van de gebitsproblematiek, voor de tandarts soms moeilijk behandelbaar zijn. Een verschil met bewoners van verpleeg- en verzor-

gingshuizen is dat de gemiddelde levensverwachting van de bewoners maar weinig afwijkt van die van patiënten in een algemene praktijk. Naast het doel bij te dragen aan de algemene gezondheid en de KvL op korte termijn zal de duurzaamheid van het behandelresultaat een belangrijke doelstelling moeten zijn van de verleende zorg.

6 Aanbevelingen

De aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op de kennis en het inzicht verkregen uit het onderzoek, de gesprekken met medewerkers van de participerende instellingen en het overleg met deskundigen naar aanleiding van eerdere concepten van dit rapport. Ze zijn gericht op organisaties en personen waarvan wordt verwacht dat zij het beleid en/of de uitvoering van de mondzorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten bepalen of beïnvloeden. Deze organisaties en personen zijn:

- Organisaties op landelijk en regionaal niveau: koepelorganisaties van zorgverzekeraars, zorgverzekeraars, koepelorganisaties van verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten, opleidingsinstituten en beroepsorganisaties als de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), regionale afdelingen van de NMT;
- Directies en medewerkers van verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten;
- Tandartsen en mondhygiënist die werkzaam zijn in deze instellingen, leden van de Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie en de Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten.

In tabel 6.1 zijn de aanbevelingen vermeld samen met de organisaties of de functionarissen die bij de uitvoering een rol kunnen spelen.

Tabel 6.1 Aanbevelingen aan landelijke en regionale beleidsinstanties en financierende instellingen, directies van verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten en tandheelkundige zorgverleners werkzaam in deze instellingen

	Organisaties voor beleid, financiering, onderwijs en onderzoek	Directies en medewerkers instellingen	Tandartsen en mondhygiënist
<ul style="list-style-type: none"> • Aanbevolen wordt in de opleiding van tandartsen en mondhygiënist meer aandacht te besteden aan de tandheelkundige zorg voor ouderen en verstandelijk gehandicapten. 	x		
<ul style="list-style-type: none"> • De vakgebieden gerodontologie en bijzondere tandheelkunde dienen door onderzoek en onderwijs verder te worden ontwikkeld. 	x		
<ul style="list-style-type: none"> • Aanbevolen wordt onderzoek te entameren naar de inzetbaarheid van mondhygiënist en andere mondzorgmedewerkers in verpleeg- en verzorgingshuizen en naar de effectiviteit van hun activiteiten. 	x		

	Organisaties voor beleid, financiering, onderwijs en onderzoek	Directies en medewerkers instellingen	Tandartsen en mondhygiënist
<ul style="list-style-type: none"> Om het werk van tandartsen in instellingen aantrekkelijker te maken dient de honorering van de daar verstrekte zorg op zijn minst op het niveau te liggen van die van de zorg in de huispraktijk. Aanbevolen wordt een landelijke richtlijn op te stellen waarin wordt aangegeven aan welke eisen de inrichting van behandelruimten voor professionele mondzorg in de diverse typen instellingen moet voldoen. Administratieve procedures voor de financiering van mondzorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten dienen zo mogelijk te worden vereenvoudigd. Instructie en bijscholing van het verzorgend personeel dienen onderdeel uit te maken van het takenpakket van de tandarts of mondhygiënist werkzaam in een verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor verstandelijk gehandicapten. Er dient tegen te worden gewaakt dat schaalverkleining van instellingen in de gehandicaptenzorg leidt tot een verminderd aanbod van professionele mondzorg. Men dient zich te realiseren dat een gebrek aan faciliteiten voor professionele tandheelkundige hulp belemmerend werkt op de vraag naar deze zorg. Indien verzorgingshuizen geen contact hebben met een vaste tandarts in de gemeente wordt aanbevolen dit manco zo spoedig mogelijk op te lossen. De regionale afdeling van de NMT zou daarbij mogelijk een bemiddelende rol kunnen vervullen. Verpleeg- en verzorgingshuizen zonder mondzorg-faciliteiten wordt aanbevolen de mogelijkheid te onderzoeken om gebruik te maken van faciliteiten bij andere instellingen in de naaste omgeving. 	<p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p>x</p> <p>x</p> <p>x</p> <p></p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p>x</p>

	Organisaties voor beleid, financiering, onderwijs en onderzoek	Directies en medewerkers instellingen	Tandartsen en mondhygiënist
<ul style="list-style-type: none"> • Verpleeg- en verzorgingshuizen wordt aanbevolen de beschikbare faciliteiten voor professionele mondzorg zodanig aan te passen dat ook aan de zorgbehoefte van personen met een natuurlijk gebit kan worden voldaan. 		x	
<ul style="list-style-type: none"> • Men dient te beseffen dat werken in een gebrekkig ingerichte behandelruimte leidt tot tandheelkundige zorg van onvoldoende kwalitatief niveau. Dit demotiveert tandartsen tijd voor deze zorg beschikbaar te stellen. 		x	
<ul style="list-style-type: none"> • Om tandartsen in instellingen efficiënt te kunnen laten werken zouden in overleg met het verzorgend personeel afspraken gemaakt moeten worden over het halen en brengen van bewoners naar en van de behandelruimte. 		x	
<ul style="list-style-type: none"> • Om het tandenpoetsen door verzorgers en verplegers bij dentate bewoners te vergemakkelijken en effectiever te maken wordt het gebruik van elektrische tandenborstels aanbevolen. 		x	
<ul style="list-style-type: none"> • Afspraken dienen te worden gemaakt tussen instellingen voor verstandelijk gehandicapten, centra voor bijzondere tandheelkunde en ziekenhuizen over de behandeling van patiënten onder algehele anesthesie. 		x	x
<ul style="list-style-type: none"> • Het verdient aanbeveling de rol van het verzorgend en verplegend personeel bij de mondhygiënische zorg voor bewoners in een protocol vast te leggen. Dit protocol zou deel moeten uitmaken van een algemeen zorgplan. 		x	x
<ul style="list-style-type: none"> • Aan opleiding en bijscholing van het verzorgend en verplegend personeel dient structureel aandacht te worden besteed. 		x	x
<ul style="list-style-type: none"> • Aanbevolen wordt ook in verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten de gebitsprothesen van bewoners van een individueel merkteken te voorzien. 		x	x

	Organisaties voor beleid, financiering, onderwijs en onderzoek	Directies en medewerkers instellingen	Tandartsen en mondhygiënist
<ul style="list-style-type: none"> De instellingstandarts en -mondhygiënist dienen begrip op te brengen voor de moeilijkheden die de verzorgers ondervinden bij het tandenpoetsen bij dentate bewoners. 			x
<ul style="list-style-type: none"> Mondzorg bij hoogbejaarden dient primair gericht te zijn op de verbetering van de algemene gezondheid en de kwaliteit van leven van de persoon. 			x
<ul style="list-style-type: none"> Tandartsen en mondhygiënist die in instellingen werken, dienen zich te beschouwen als ambassadeur voor de tandheelkunde en dienen daarom regelmatig contact te hebben met de staf van de instelling en met medewerkers op de afdelingen. 			x
<ul style="list-style-type: none"> Om er zeker van te zijn dat alle verzorgers er kennis van kunnen nemen wordt aanbevolen patiëntspecifieke informatie over psychogeriatrische of verstandelijk gehandicapte patiënten altijd mondeling én schriftelijk over te dragen. 			x
<ul style="list-style-type: none"> Evenals bij andere vormen van professionele zorg is het bij de mondzorg van belang dat diagnostische en therapeutische verrichtingen goed worden gedocumenteerd. 			x
<ul style="list-style-type: none"> Tandartsen werkzaam in verpleeg- en verzorgingshuizen wordt aanbevolen actief te participeren in de Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie 			x
<ul style="list-style-type: none"> Tandartsen werkzaam in instellingen voor verstandelijk gehandicapten wordt aanbevolen actief te participeren in de Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheidszorg voor Gehandicapten. 			x

Literatuur

ALTMAN GA. Practical statistics for medical research. London, Glasgow, New York, Tokyo, Melbourne, Madras: Chapman & Hall, 1991.

BAAT C de. Een kunstgebit bij ouderen, een kwestie van aanpassen? Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Academisch proefschrift, 1990.

BAAT C de, MOERENBURG JAHG, KALK W. Het individueel kenmerken van gebitsprothesen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1991; 98: 132-134.

BARTELS LP. Instellingen van intramurale gezondheidszorg. Basisgegevens per 1-1-2000. Utrecht: Prismant, 2000. Publ nr 200.016.

BEGELEIDINGSCOMMISSIE TANDHEELKUNDIGE VOORZIENINGEN VERZORGINGS- & VERPLEEGHUIZEN. Eindrapport 'De tand des tijds'. Een onderzoek naar de mondzorg aan bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen in de regio Amsterdam. Amsterdam: Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam (SIGRA), 1999.

BERG J van den. Gebitsprothesen bij de Nederlandse bevolking (1950-) 1981-1984. Ned Tijdschr Tandheelkd 1986; 93: 276-282.

CBS. Statistisch Jaarboek 2001. Voorburg / Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2001.

CBS, Ministerie van VWS. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 2000. Voorburg / Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2000.

CLINGENDAEL. Ageing in Europe. The social, demographic and financial consequences of Europe's ageing population. 's-Gravenhage: Clingendael, 1999.

DAY J, MARTIN MD. Efficacy of a sonic toothbrush for plaque removal by caregivers in a special needs population. SCD Special Care in Dentistry 1998; 18: 202-206.

EIJKMAN MAJ, GOEDHART H. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. Opinies van tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1995; 102: 142-145.

GERRITSEN PFM, PUTTER C de, SCHRIJVERS AJP, SCHUIL GRE, TWILLERT J van. Een tandje erbij. Eindrapportage over het project "Tandheelkundige verzorging van verpleeghuisbewoners". Utrecht: Afdeling Bijzondere Tandheelkunde en Julius Centrum van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, 2002.

KALSBEER H, TRUIN GJ, ROSSUM GMJM van, RIJKOM HM van, POORTERMAN JHG, VERRIPS GH. Veranderingen in mondgezondheid bij volwassenen. Resultaten van onderzoek uitgevoerd in 1983 en 1995. Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 381-384.

KALSBEER H, VERRIPS GH, KLEIJN de - VRANKRIJKER MW de. Mondgezondheid ouderen. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1999. Publ nr 99.55.

KALSBEER H, BAAT C de, KIVIT MM, KLEIJN de - VRANKRIJKER MW de. Mondgezondheid van thuiswonende ouderen 1. Gebitstoestand, verleende professionele tandheelkundige zorg en mondhygiënisch gedrag. Ned Tijdschr Tandheelkd 2000; 107: 499-504.

KALSBEER H, BAAT C de, KIVIT MM, KLEIJN de - VRANKRIJKER MW de. Mondgezondheid van thuiswonende ouderen 2. Het subjectieve aspect van mondgezondheid. Ned Tijdschr Tandheelkd 2001; 108: 16-20.

KLERK MMY de, TIMMERMANS JM (red). Rapportage ouderen 1998. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau / Elsevier Bedrijfsinformatie, 1999.

SCHUIL GRE. Inventarisatie tandheelkundige zorgverlening aan ouderen. Nijmegen: Tandheelkundig Research Instituut Klinisch Onderzoek Nijmegen (TRIKON), 1992.

SWINKELS H, MAESSEN JADM. Tandheelkundige hulp en sociaal-economische status in de periode 1981-1995. Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 16-20.

VERENIGING GEHANDICAPTENZORG NEDERLAND. Jaarverslag 1998. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland 1999.

WILS J, SCHOLTEN C. Brancherapport Verpleging en Verzorging 1998. Utrecht: Arcades en Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 2000.

Bijlage A

Overzicht deelnemende instellingen

<i>Verpleeghuizen</i>		Bewonersonderzoek	Categorie ⁶
Talma Sionsberg	Veenwouden	+	1
De Weegbree	Wijchen	+	1
Vrederust-West	Den Haag	–	2
De Eshoeve	Den Haag	+	2
St Elisabeth	Beneden-Leeuwen	+	2
St. Jozefsheil	Bakel	+	2
DrieMaasHave	Maassluis	–	2
De Lembergh	Sittard	+	2
Stichting Preva	Den Haag	+	2
Centrum VKH	Heerlen	+	3
Lindendael	Hoorn	+	3
Luckerheidekliniek	Kerkrade	–	3
Theodotion	Laren	+	3
Old Wolde	Winschoten	+	3
Sammersbrug	Den Haag	+	4
<i>Verzorgingshuizen</i>			
KVH Pius X	Breda	–	1
De Golfstroom	Den Helder	+	2
Sydehem	Zeddam	+	2
De Ebbingepoort	Groningen	+	2
Het Hooge Heem	Groote gast	+	2
Pedaja	Hardinxveld-Giessendam	–	2
De Goddelijke Voorzienigheid	Herten	+	2
De Oldeburgh	Oudorp	+	2
Golfslag	Emmeloord	+	3
Huis ter Leede	Leerdam	+	3
Reestoord	Meppel	+	3
Onze Stede	Steenbergen	–	3
Vreedenhoff	Arnhem	+	4
De Schans	Emmen	+	4
Greunshiem	Leeuwarden	+	4

⁶ Voor de betekenis van de codes zie tabel 2.1 op bladzij 16.

Instellingen voor verstandelijk gehandicaptenCategorie ⁷

Visio. Het Huis te Echten	Echten	1
Orthopedagogisch Project Leefeenheden	Maartensdijk	2
Stichting De la Salle	Boxtel	2
Zonhove	Son	2
Visier, De Binckhof	Velp (NB)	2
Stichting Waalborg	Druten	3
SZA lokatie De Werf	Amsterdam	3
Stichting Ursula	Nieuwveen	3
Stichting Craeyenburch	Nootdorp	3
Stichting Arduin	Goes	3
Stichting Sint Anna op de Bies	Landgraaf	3
Hendrik van Boeijenoord	Assen	4
De Lathmer	Wilp	4
De Merwebolder	Sliedrecht	4
Stichting Prisma	Udenhout	4

⁷ Voor de betekenis van de codes zie tabel 2.1 op bladzij 16.

Bijlage B Kenmerken van instellingen en respondenten

Type en omvang van de instelling of afdeling

Tabel B.1 De verschillende soorten afdelingen in de bij het onderzoek betrokken verpleeg- en verzorgingshuizen en het aantal instellingen dat over een bepaalde soort afdeling beschikte, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)
Somatische afdeling(en)	11	10
Psychogeriatrische afdeling(en)	11	9
Ongedifferentieerde afdeling(en)	-	7
Afdeling voor bewoners met een verpleeghuisindicatie	-	1
Afdeling bijzondere zorg	1	-
Afdeling revalidatie	9	-
Afdeling kortdurende opnames	11	-
Afdeling dagbehandeling	11	-
Afdeling voor jongeren	1	-

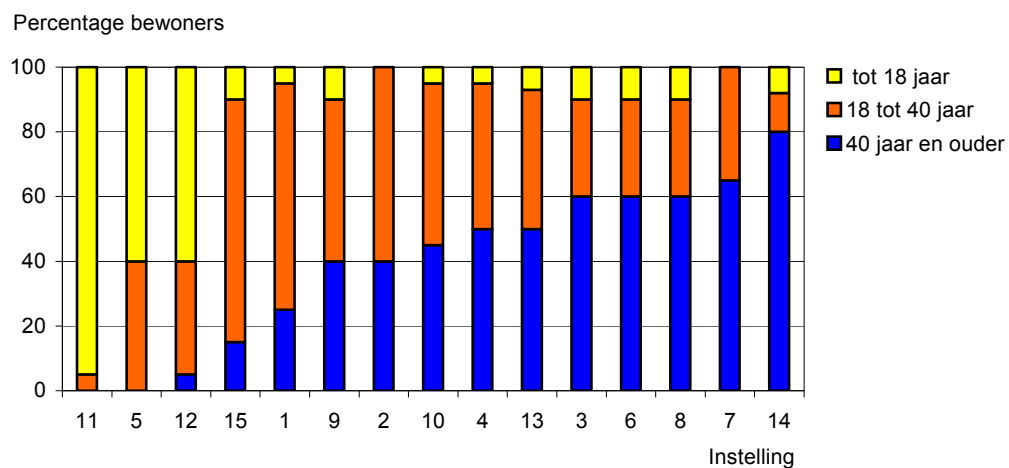
Tabel B.2 De beddencapaciteit van de bij het onderzoek betrokken instellingen, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Aantal bedden			
1-50	-	1	-
51-100	3	8	1
101-150	5	4	1
151-200	3	-	3
201-300	2	2	3
301-500	2	-	5
> 500	-	-	2

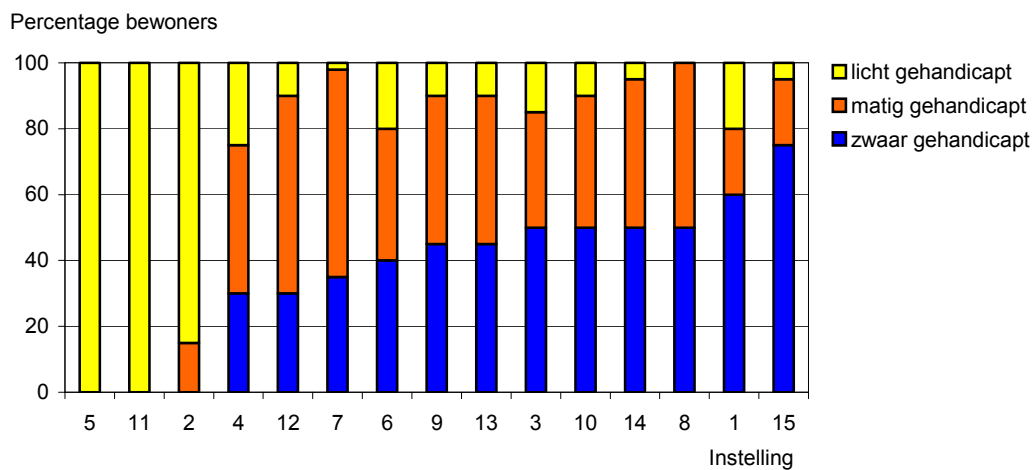
Tabel B.3 Aard en omvang van de afdeling waarvan de afdelingsmedewerker werd geïnterviewd, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
<i>Aantal bewoners</i>			
≤ 20	1	1	13
21-30	7	5	-
31-40	7	5	1
> 40	-	7	1
<i>Aard van de afdeling</i>			
somatisch	6	1	
psychogeriatrisch	9	1	
ongedifferentieerd	-	13	

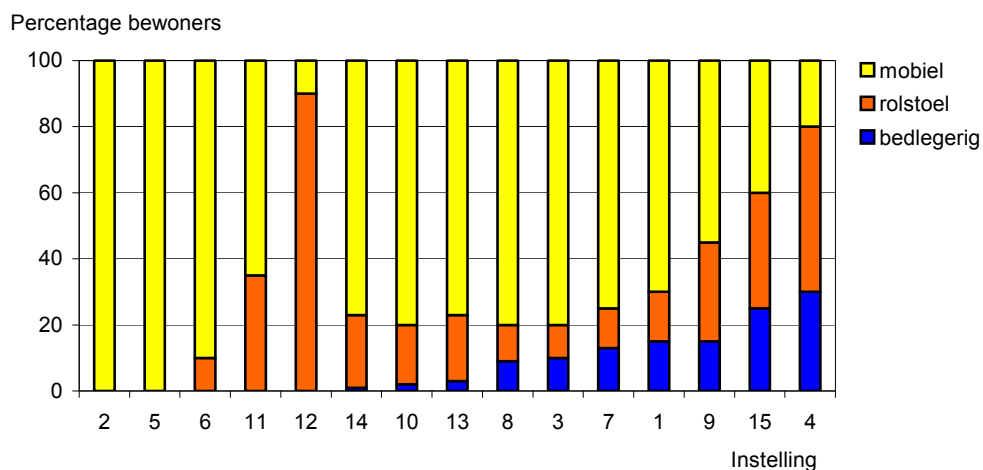
Figuur B.1 Procentuele verdeling van bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicapten naar leeftijd, per instelling



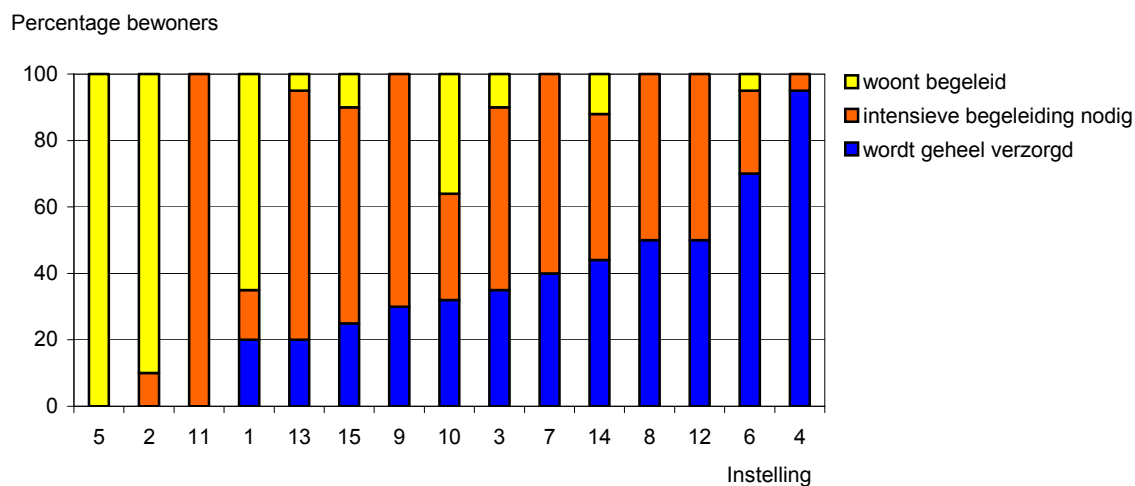
Figuur B.2 Procentuele verdeling van bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicapten naar mate van handicap, per instelling



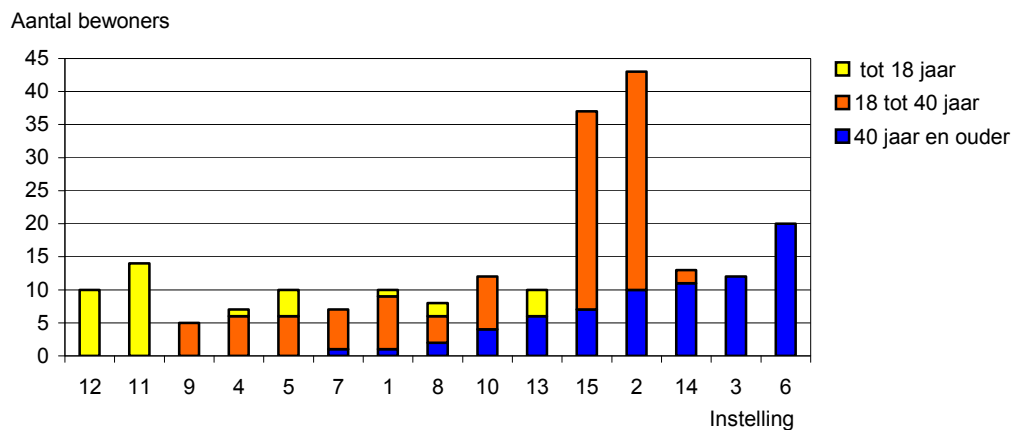
Figuur B.3 Procentuele verdeling van bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicapten naar mate van mobiliteit, per instelling



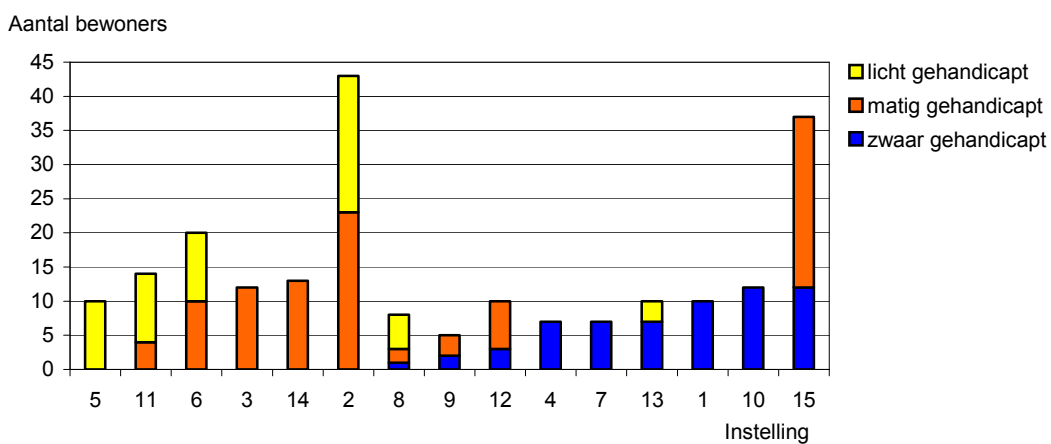
Figuur B.4 Procentuele verdeling van bewoners van instellingen voor verstandelijk gehandicapten naar geboden mate van verzorging, per instelling



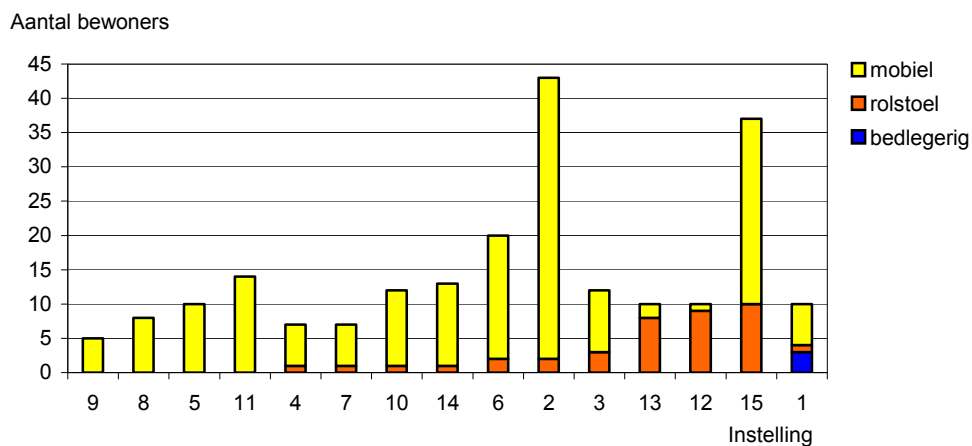
Figuur B.5 Verdeling van bewoners van de bij het onderzoek betrokken afdeling van instellingen voor verstandelijk gehandicapten naar leeftijd, per instelling



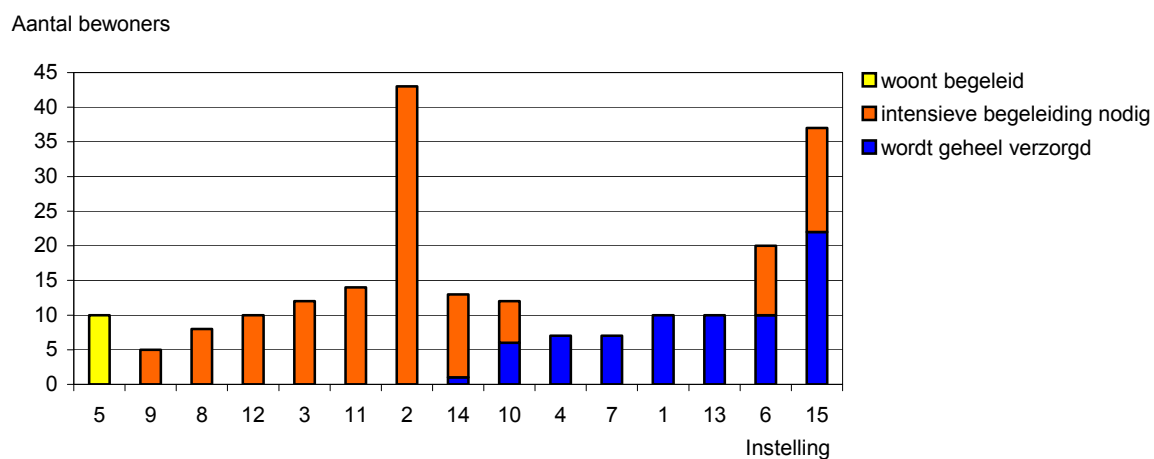
Figuur B.6 Verdeling van bewoners van de bij het onderzoek betrokken afdeling van instellingen voor verstandelijk gehandicapten naar mate van handicap, per instelling



Figuur B.7 Verdeling van bewoners van de bij het onderzoek betrokken afdeling van instellingen voor verstandelijk gehandicapten naar mate van mobiliteit, per instelling



Figuur B.8 Verdeling van bewoners van de bij het onderzoek betrokken afdeling van instellingen voor verstandelijk gehandicapten naar geboden mate van verzorging, per instelling



Functie en werkervaring respondenten

Tabel B.4 Functie van de geïnterviewde stafleden, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Directeur	-	-	1
Hoofd medische dienst	7	-	8
Instellingsarts	4	-	1
Hoofd verpleging	3	2	-
Hoofd verzorging, zorgcoördinator of zorgmanager	1	8	2
Assistent zorgmanager	-	1	-
Locatiemanager, sectormanager	-	3	3
Teamleider	-	1	-

Tabel B.5 Functie van de geïnterviewde afdelingsmedewerkers, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
Afdelingshoofd, teamleider of groepsbegeleider	13	9	9
Verpleegkundige	1	-	3
Verzorger	-	5	2
Zorgcoördinator	1	-	-
Assistent zorgmanager	-	1	-
Begeleidingscoördinator	-	-	1

Tabel B.6 Duur van het arbeidsverband van de afdelingsmedewerker in aantal werkuren per week en aantal maanden dat op de desbetreffende afdeling wordt gewerkt, per type instelling

	Verpleeghuizen (N=15)	Verzorgingshuizen (N=15)	Instellingen voor verstandelijk gehandicapten (N=15)
<i>Aantal werkuren per week</i>			
≤ 10	-	-	-
11-20	1	2	1
21-30	1	6	4
> 30	13	7	10
<i>Aantal maanden op de afdeling</i>			
≤ 12	1	4	4
13-24	2	2	-
25-60	2	6	7
> 60	10	3	4

Tabel B.7 Het aantal jaren waarin de tandarts een functie als intellingstandarts uitgeoefende, afzonderlijk voor tandartsen werkzaam in verpleeg- of verzorgingshuizen en tandartsen werkzaam in een instelling voor verstandelijk gehandicapten

	Tandartsen werkzaam voor een verpleeg- of verzorgingshuis (N=12)	Tandartsen werkzaam voor een instelling voor verstandelijk gehandicapten (N=12)
<i>Aantal jaren in deze of dergelijke functie werkzaam</i>		
≤ 5	4	3
6-10	2	3
11-15	2	2
> 15	4	4

Bijlage C Vragenlijsten onderzoek tandheelkundige voorzieningen

**VRAGENLIJST HOOFD MEDISCHE DIENST / HOOFD
VERPLEGING VAN VERZORGINGS - OF VERPLEEGHUIS**

Type huis	<input type="checkbox"/> verpleeghuis
	<input type="checkbox"/> verzorgingshuis
	<input type="checkbox"/> combinatie van verpleeg- en verzorgingshuis
	<input type="checkbox"/> anders nl.....
Plaatsnaam huis
Registratienummer huis
Registratienummer geïnterviewde

Naam te interviewen afdelingshoofd
Telefoonnummer contactpersoon
Naam tandarts van het huis
Telefoonnummer tandarts

Bewoners doen wel / niet mee aan het onderzoek	
Naam contactpersoon onderzoek bewoners
Telefoonnummer contactpersoon

Code onderzoeker

☐☐

ALGEMENE VRAGEN

1. Door wie worden de vragen beantwoord?

- ☐ ¹ hoofd medische dienst
☐ ² hoofd verpleging
☐ ³ verpleeghuisarts
☐ ⁴ anders nl.

2. Maakt dit huis deel uit van een organisatie met meerdere verpleeg- of verzorgingshuizen?

- ☐ ¹ ja
☐ ² nee

3. Welke afdelingen zijn er in dit huis?

(opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

	Ja ¹	Nee ²	Weet niet ³
Somatisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychogeriatrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revalidatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortdurende opnames	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagbehandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders nl.			

Uitgangspunt bij het beantwoorden van de vragen is de groep “vaste” bewoners in dit huis, dus niet de bewoners die voor revalidatie, dagbehandeling of een kortdurende opname in dit huis verblijven!

4. Wat is de totale beddencapaciteit van de afdelingen waar vaste bewoners verblijven?

(Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

.....bedden

--> waar zouden we dit te weten kunnen komen?

5. Hoeveel nieuwe opnames waren er in 1999 op deze afdelingen (met vaste bewoners)?

(Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

.....nieuwe opnames in 1999

--> *waar zouden we dit te weten kunnen komen?*

Of : 5a. Wat was de doorstroomcoëfficiënt van deze afdelingen in 1999?

(Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

.....doorstroomcoëfficiënt

Of: 5b. Wat was het bedbezettingspercentage voor deze afdelingen in 1999?

(Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

.....bedbezettingspercentage

6. Wordt er met een tandheelkundig zorgverlener gewerkt? (vast of wisselend)

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 8
- ☐³ weet niet --> vraag 8

7. Met welke tandheelkundig zorgverlener wordt er gewerkt?

(opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

	Ja ¹	Nee ²	Weet niet ³	
een vaste tandarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wisselende tandartsen,				
afhankelijk van wie kan behandelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	--> vraag 8
mondhygiënist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	--> vraag 8
tandprotheticus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	--> vraag 8
anders nl				

8. Indien er sprake is van een grotere organisatie, werkt er in de andere huizen binnen deze organisatie een tandheelkundig zorgverlener?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 10
- ☐³ weet niet --> vraag 10
- ☐⁴ nvt (er is geen sprake van een grotere organisatie) --> vraag 10

9. Indien ja, is dat dan, (één antwoord mogelijk)

- ☐¹ een tandarts die ook in dit huis werkzaam is
- ☐² een tandarts die niet in dit huis werkzaam is
- ☐³ weet niet
- ☐⁴ anders nl.

10. Zijn er (vaste) bewoners in dit huis die naar hun “eigen” tandarts gaan?

- ☐¹ ja
- ☐² nee ---> vraag 12
- ☐³ weet niet ---> vraag 12

11. Kunt u een schatting geven van het percentage (vaste) bewoners dat nog naar de “eigen” tandarts gaat? (Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

..... %

BEHANDELRUIMTE**12. Waar vindt de tandheelkundige behandeling van bewoners plaats?**

(opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

	Ja ¹	Nee ²	Weet niet ³
- in dit huis: in een speciaal daarvoor bestemde ruimte --> vraag 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in dit huis: bij bewoners op de kamer/ aan het bed --> vraag 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in een ander huis, behorende bij dezelfde organisatie --> vraag 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in een ander huis, niet behorende bij de organisatie --> vraag 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in de eigen praktijk van de tandarts (buiten de instelling) --> vraag 28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde --> vraag 29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in een ziekenhuis --> vraag 29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

anders nl.....

13. Staat er voor zover u weet een behandelstoel in deze ruimte?

- ☐¹ ja
- ☐² nee ---> vraag 15
- ☐³ weet niet ---> vraag 15

14. Wat voor behandelstoel staat er in deze ruimte?

- ☐¹ beweegbare stoel
☐² niet beweegbare stoel
☐³ weet niet

15. Heeft u enig idee of er in deze ruimte,
 (opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

	Ja ¹	Nee ²	Weet niet ³
- protheses worden aangemeten en geplaatst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vullingen worden gemaakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kiezen worden getrokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vraag of het mogelijk is om na dit gesprek even in de behandelkamer van het huis te kijken naar de inventaris, als er tenminste geen interview met de tandarts wordt afgenomen.

16. Maken er naast de tandarts ook andere disciplines van deze ruimte gebruik?

- ☐¹ ja
☐² nee ---> vraag 18
☐³ weet niet ---> vraag 18

17. Welke disciplines maken van deze ruimte gebruik? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ diëtist
☐¹ pedicure
☐¹ kapper
☐¹ instellingsarts/andere artsen
☐¹ weet niet
☐¹ anders l.....

18. Werkt de tandarts met een stoelassistent? (eventueel begrip toelichten)

- ☐¹ ja
☐² nee ---> vraag 22
☐³ weet niet ---> vraag 22

19. Zorgt het huis voor de stoelassistentie van de tandarts?

- ☐¹ ja
- ☐² nee ---> vraag 21
- ☐³ weet niet ---> vraag 21

20. Is dit dan een vast iemand?

- ☐¹ ja
 - ☐² nee
 - ☐³ weet niet
- > vraag 22

21. Zorgt de tandarts zelf voor stoelassistentie?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

22. Zorgt het huis voor administratieve ondersteuning van de tandarts?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 24
- ☐³ weet niet --> vraag 24

23. Is dit dan een vast iemand?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

24. Verzorgt de tandarts zelf (ook) de administratie?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

25. Is er verplaatsbare tandheelkundige apparatuur (om mee te boren of te slijpen) beschikbaar in dit huis?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 27
- ☐³ weet niet --> vraag 27
- ☐⁴ anders nl.

26. Van wie is deze verplaatsbare tandheelkundige apparatuur?

- ☐¹ van het huis
- ☐² van de tandarts
- ☐³ weet niet
- ☐⁴ anders nl.

27. Is de behandelruimte toegankelijk voor bedlegerige bewoners?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

28. Is de behandelruimte toegankelijk voor mensen met een rolstoel?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

29. Als een bewoner buiten het gebouw behandeld moet worden wie regelt dan in de meeste gevallen het vervoer? (één antwoord mogelijk)

- ☐¹ de bewoner zelf
- ☐² hoofd afdeling/teamleider
- ☐³ verzorger/verpleegkundige
- ☐⁴ familie
- ☐⁵ weet niet
- ☐⁶ anders nl.

30. Wordt de bewoner begeleid als hij/zij naar een praktijk buiten het gebouw moet?

- ☐¹ altijd
- ☐² soms
- ☐³ nooit --> vraag 32
- ☐⁴ weet niet --> vraag 32

31. Door wie wordt de bewoner begeleid? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ familie
- ☐¹ vrijwilliger
- ☐¹ verzorging/verpleging
- ☐¹ niemand
- ☐¹ weet niet
- ☐¹ nvt

32. Geeft de financiering van het vervoer wel eens problemen?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 34
tenzij bewoners een eigen tandarts hebben --> vraag 40
- ☐³ weet niet --> vraag 34
tenzij bewoners een eigen tandarts hebben --> vraag 40

33. Kunt u aangeven welke financiële problemen dit zijn?

.....

.....

.....

TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING

Als bewoners alleen naar een “eigen” tandarts gaan --> vraag 40

34. Wie komen er voor behandeling bij de tandarts, zijn dat:

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ alle bewoners
- ☐¹ alleen bewoners met klachten
- ☐¹ zowel bewoners met klachten als bewoners die geen klachten hebben maar toch een behandeling willen
- ☐¹ alleen nieuwe bewoners
- ☐¹ weet niet
- ☐¹ anders nl.

35. Welke typen behandeling kunnen bewoners bij de tandarts krijgen?

(opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

	Ja ¹	Nee ²	Weet niet ³
bestrijding van pijn of een klacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
periodiek onderzoek of behandeling:			
halfjaarlijkse controle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jaarlijkse controle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
restauratieve zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prothetische zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
extracties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
röntgenonderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
preventie (fluoride-applicatie, plaque verwijderen, instructie mondhygiëne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tandsteenverwijderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Wie neemt in het algemeen, als het gaat om *somatische bewoners* de beslissing om de hulp van een tandarts in te roepen? (één antwoord mogelijk)

- ☐¹ bewoner zelf
- ☐² familie
- ☐³ instellingsarts
- ☐⁴ afdelingshoofd
- ☐⁵ verzorgende/verpleegkundige
- ☐⁶ weet niet
- ☐⁷ nvt
- ☐⁸ anders nl.

37. Als het gaat om *psychogeriatrische bewoners*, wie neemt dan in het algemeen de beslissing om de hulp van een tandarts in te roepen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ bewoner zelf
- ☐¹ familie
- ☐¹ instellingsarts
- ☐¹ afdelingshoofd
- ☐¹ verzorgende/verpleegkundige
- ☐¹ weet niet
- ☐¹ nvt
- ☐¹ anders nl.

38. Hoeveel tijd zit er gemiddeld tussen de melding van pijn en het bezoek aan de tandarts in een *acute situatie*?

- ☐¹ 0 – 2 dagen
- ☐² 3 – 7 dagen
- ☐³ 8 – 14 dagen
- ☐⁴ > 14 dagen
- ☐⁵ weet niet

39. Hoeveel tijd zit er gemiddeld tussen de melding van pijn of een klacht en het bezoek aan de tandarts in een *niet-acute situatie*?

- ☐¹ 0 – 2 dagen
- ☐² 3 – 7 dagen
- ☐³ 8 – 14 dagen
- ☐⁴ > 14 dagen
- ☐⁵ weet niet

40. Speelt het huis een rol bij het leggen van contact (afspraken maken e.d.) als de bewoner een “eigen” tandarts heeft?

- ☐¹ altijd
- ☐² soms
- ☐³ nooit
- ☐⁴ weet niet
- ☐⁵ nvt

41. Wordt er tijdens het intake-onderzoek /gesprek van een nieuwe bewoner gevraagd of deze een “eigen” tandarts heeft?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 43
- ☐³ weet niet --> vraag 43
- ☐⁴ nvt --> vraag 48

42. Wordt de naam van deze tandarts genoteerd?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

43. Wordt er bij het intake-onderzoek/gesprek een mondonderzoek gedaan?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 48
- ☐³ weet niet --> vraag 48

44. Door wie wordt dit mondonderzoek uitgevoerd?

- ☐¹ instellingsarts
- ☐² verpleegkundige
- ☐³ tandarts --> vraag 47
- ☐⁴ anders nl.

45. Als er alleen door de (instellings)arts of door de verpleegkundige een mondonderzoek wordt gedaan, waar wordt dan naar gekeken? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ wel of geen prothese
- ☐¹ aanwezigheid van eigen tanden en kiezen
- ☐¹ mondslijmvlies
- ☐¹ tandvlees
- ☐¹ gehemelte
- ☐¹ weet niet
- ☐¹ anders nl.

46. Wordt er wel eens n.a.v. dit mondonderzoek verwezen naar de tandarts?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 48
- ☐³ weet niet --> vraag 48

47. Als de tandarts nieuwe bewoners onderzoekt, gebeurt dat dan:

(opnoemen)	Ja ¹	Nee ²	Weet niet ³
systematisch bij iedereen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
op indicatie van verpleeghuisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Hebben de kunstgebitten van bewoners een individueel merk?

- ☐¹ allemaal
- ☐² een aantal
- ☐³ geen enkele
- ☐⁴ weet niet

49. Krijgen nieuwe bewoners een individueel merk in hun kunstgebit?

- ☐¹ altijd
- ☐² soms
- ☐³ nooit
- ☐⁴ weet niet
- ☐⁵ nvt

OVERLEG

50. Neemt de tandarts wel eens contact op over de medische situatie van een bewoner in verband met de tandheelkundige behandeling?

- ☐¹ ja
☐² nee --> vraag 52
☐³ weet niet --> vraag 52

51. Met wie neemt de tandarts dan contact op? (opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

	Ja ¹	Nee ²	Weet niet ³
verzorgende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
afdelingshoofd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medische staf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders nl.			

52. Komt het wel eens voor dat de tandarts patiëntspecifieke informatie/advies doorgeeft? (bv. bewoner moet met chloorhexidine spoelen)

- ☐¹ ja
☐² nee --> vraag 55
☐³ weet niet --> vraag 55

53. Hoe wordt deze informatie doorgegeven?

- ☐¹ alleen mondeling
☐² alleen schriftelijk
☐³ wel eens mondeling en wel eens schriftelijk
☐⁴ altijd mondeling en altijd schriftelijk
☐⁵ weet niet

54. Aan wie wordt dit meestal doorgegeven? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ bewoner zelf
☐¹ familie
☐¹ verzorgende/verpleegkundige
☐¹ afdelingshoofd
☐¹ medische staf
☐¹ weet niet
☐¹ anders nl.

55. In welk dossier worden de gegevens over de tandheelkundige behandeling genoteerd?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ medisch dossier van de bewoner
- ☐¹ patiëntenkaartsysteem van de tandarts
- ☐¹ weet niet
- ☐¹ anders nl.

Indien het huis gebruik maakt van een “vaste” tandarts	--> vraag 56
Indien het huis gebruik maakt van een wisselende tandarts	--> vraag 60
Indien geen van beiden van toepassing is	--> vraag 61

56. Hoeveel jaar komt er al een *vaste* tandarts in dit huis?

..... jaar

57. Sinds wanneer (jaartal) werkt de huidige *vaste* tandarts in dit huis?

(Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

.....

58. Hoeveel uur per maand werkt deze *vaste* tandarts in dit huis? (Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

.....uur/maand

59. Hoe zijn de uren van de *vaste* tandarts over de tijd verdeeld?

- ☐¹ vast aantal uren op vaste dagen
- ☐² vast aantal uren op afroep
- ☐³ vast aantal uren, op indeling van de tandarts
- ☐⁴ weet niet
- ☐⁵ anders nl.

--> vraag 61

60. Hoeveel uur wordt er per maand ongeveer door de wisselende tandartsen gewerkt?
(Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

.....uur/maand

DAGELIJKSE MONDVERZORGING (POETSEN)

De volgende vragen gaan over de dagelijkse verzorging van de mond van bewoners, ofwel het tandenpoetsen.

61. Hoe schoon vindt u dat de mond van bewoners er in het algemeen uit ziet? (niet direct na het eten)

- ☐¹ goed schoon
- ☐² matig schoon
- ☐³ vies
- ☐⁴ weet niet

62. Kunt u een grove schatting geven van het percentage (vaste) bewoners dat niet meer zelfstandig het eigen gebit of kunstgebit kan poetsen?

- van de somatische bewoners is dat%
- van de psychogeriatrische bewoners is dat%
- (indien niet gespecificeerd) in het algemeen%

63. Poetst het verzorgend personeel het eigen (natuurlijk) gebit van bewoners die dat zelf niet meer kunnen?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 65
- ☐³ weet niet --> vraag 65

64. Kan naar uw mening door het personeel voldoende aandacht geschonken worden aan het poetsen van het eigen (natuurlijk) gebit van bewoners?

- ☐¹ ja --> vraag 66
- ☐² nee
- ☐³ weet niet --> vraag 66

65. Zo nee, kan dat dan te maken hebben met:

(opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

	Ja ¹	Nee ²	Weet niet ³
De motivatie van het verzorgend personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het gebrek aan kennis en vaardigheden van het verzorgend personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het ontbreken van voldoende tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een gebrek aan financiële middelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

andere nl.

66. Poetst het verzorgend personeel het kunstgebit van bewoners die dat zelf niet meer kunnen?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 68
- ☐³ weet niet --> vraag 68

67. Kan naar uw mening door het personeel voldoende aandacht geschonken worden aan het poetsen van het kunstgebit van bewoners?

- ☐¹ ja --> vraag 69
- ☐² nee
- ☐³ weet niet --> vraag 69

68. Zo nee, kan dat dan te maken hebben met:

(opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

	Ja ¹	Nee ²	Weet niet ³
De motivatie van het verzorgend personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het gebrek aan kennis en vaardigheden van het verzorgend personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het ontbreken van voldoende tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een gebrek aan financiële middelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere nl.			

BIJSCHOLING

69. Worden er in het algemeen bijscholing(en) georganiseerd in dit huis/organisatie?

- ☐¹ ja
- ☐² nee ---> vraag 74
- ☐³ weet niet ---> vraag 74

70. Wordt het personeel bijgeschoold op het gebied van mondverzorging/poetsen bij ouderen?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 74
- ☐³ weet niet --> vraag 74

71. Door wie wordt deze bijscholing uitgevoerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ tandarts
- ☐¹ mondhygiënist
- ☐¹ iemand van de GGD
- ☐¹ weet niet
- ☐¹ anders nl.

72. Hoe vaak vindt deze bijscholing per jaar plaats? (bv. 3 keer per 2 jaar)

(Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

..... perjaar

73. Welke personeel wordt er bijgeschoold? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ verzorgenden
- ☐¹ verpleegkundigen
- ☐¹ vrijwilligers
- ☐¹ weet niet
- ☐¹ anders nl.

ALGEMENE VRAGEN**74. Staat in het zorgplan iets vermeld over professionele tandheelkundige zorg?**

- ☐¹ ja
☐² nee
☐³ weet niet
☐⁴ nvt

75. Staat in het zorgplan iets over dagelijkse mondverzorging/poetsen?

- ☐¹ ja
☐² nee
☐³ weet niet
☐⁴ nvt

76. Is er een protocol voor de tandheelkundige verzorging van bewoners in dit huis?

- ☐¹ ja --> vraag 79
☐² nee
☐³ nvt --> vraag 79

77. Heeft u behoefte aan een tandheelkundig protocol?

- ☐¹ ja
☐² nee --> vraag 79
☐³ weet niet --> vraag 79
☐⁴ anders nl.

78. Welke onderwerpen zouden er volgens u in moeten/kunnen staan?

.....
.....

79. Als u kijkt naar de toekomst en de huidige tandheelkundige zorg die u de bewoners kunt bieden, wat zou u anders willen/welke wensen heeft u?

.....
.....
.....

Einde van het interview. Dank u voor uw medewerking!

Vragen of het mogelijk is om even in de behandelkamer van het huis te kijken naar de inventaris als er tenminste geen interview met de tandarts wordt afgenomen.

80. Wat staat er aan tandheelkundige apparatuur in de praktijkruimte in dit verzorgings- of verpleeghuis? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ röntgenapparatuur
- behandelstoel
 - ☐¹ beweegbaar
 - ☐¹ niet beweegbaar
- instrumentarium
 - ☐¹ voor restauratieve zorg
 - ☐¹ voor prothetische zorg
 - ☐¹ voor extracties
- anders nl.

Algemene indruk van het gesprek

* Er worden wel problemen gezien:

0 er is **wel** intentie om de tandheelkundige situatie te veranderen

.....

.....

.....

0 er is **geen** intentie om de tandheelkundige situatie te veranderen

.....

.....

.....

* Er worden geen problemen gezien?

.....

.....

.....

Motivatie voor bovenstaande

.....

.....

.....

VRAGENLIJST AFDELINGSHOOFD VAN VERPLEEG- OF VERZORGINGSHUIS

Type huis ☐ verpleeghuis
 ☐ verzorgingshuis
 ☐ combinatie van verpleeg- en verzorgingshuis
 ☐ anders nl.

Plaatsnaam huis:

Registratienummer huis:

Naam afdelingshoofd

Registratienummer afdelingshoofd

Code onderzoeker ☐☐

ALGEMEEN

1. Welke functie heeft u op deze afdeling?

- ☐¹ afdelingshoofd/teamleider
- ☐² verzorger
- ☐³ verpleegkundige
- ☐⁴ anders nl.

2. Hoeveel uur per week werkt u in dit huis?

..... uur/week

3. Hoeveel maanden werkt u al op deze afdeling?

..... maanden

4. Wat voor type afdeling is dit?

- ☐¹ somatisch
- ☐² psychogeriatrisch --> vraag 6
- ☐³ somatisch en psychogeriatrisch
- ☐⁴ anders nl.:

5. Hoeveel *somatische* bewoners zijn er op deze afdeling?

(Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

..... somatische bewoners

6. Hoeveel *psychogeriatrische* bewoners zijn er op deze afdeling?

(Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

..... psychogeriatrische bewoners

TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING**7. Hoeveel bewoners van deze afdeling gaan nog naar hun “eigen” tandarts?**

(Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

..... bewoners

8. Hoeveel bewoners zijn het afgelopen jaar bij de “eigen” tandarts geweest?

(Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

..... bewoners

9. Is er een vaste tandarts in dit huis voor de bewoners die geen “eigen” tandarts hebben?

- ☐¹ ja --> vraag 11
☐² nee
☐³ weet niet

10. Indien nee (of als niet bekend is of er een vaste tandarts is), gaan bewoners dan naar een wisselende tandarts (degene die op dat moment kan behandelen)?

- ☐¹ ja --> vraag 12
☐² nee --> vraag 13
☐³ weet niet --> vraag 13

11. Hoeveel bewoners van deze afdeling zijn er aangewezen op (vallen onder verantwoording van) deze vaste tandarts ? (Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

..... bewoners

--> vraag 13

12. Hoeveel bewoners van de afdeling zijn het afgelopen jaar bij deze wisselende tandarts geweest? (Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

..... bewoners

13. Hoe vaak komt het voor dat bewoners problemen hebben met hun mond, gebit of kunstgebit waarvoor de hulp van een tandarts nodig is?

- ☐¹ dagelijks
- ☐² wekelijks
- ☐³ maandelijks
- ☐⁴ < 1 x per maand
- ☐⁵ nooit --> vraag 15
- ☐⁶ weet niet --> vraag 15

14. Als er problemen wordenesignaleerd, wat wordt er dan mee gedaan?

- ☐¹ het wordt eerst gemeld aan het afdelingshoofd en daarna aan de tandarts
- ☐² het wordt eerst gemeld aan de medische dienst en daarna aan de tandarts
- ☐³ het wordt direct gemeld aan de tandarts
- ☐⁴ anders nl.

15. Wie neemt in het algemeen, als het gaat om *somatische bewoners* de beslissing om de hulp van een tandarts in te roepen? (één antwoord mogelijk)

- ☐¹ bewoner zelf
- ☐² familie
- ☐³ instellingsarts
- ☐⁴ afdelingshoofd
- ☐⁵ verzorgende/verpleegkundige
- ☐⁶ weet niet
- ☐⁷ anders nl.

16. Als het gaat om *psychogeriatrische bewoners*, wie neemt dan in het algemeen de beslissing om de hulp van een tandarts in te roepen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ bewoner zelf
- ☐¹ familie
- ☐¹ instellingsarts
- ☐¹ afdelingshoofd
- ☐¹ verzorgende/verpleegkundige
- ☐¹ weet niet
- ☐¹ anders nl.

17. Hoeveel tijd zit er gemiddeld tussen de melding van pijn en het bezoek aan de tandarts in een *acute situatie*?

- ☐¹ 0 – 2 dagen
☐² 3 – 7 dagen
☐³ 8 – 14 dagen
☐⁴ > 14 dagen
☐⁵ weet niet

18. Hoeveel tijd zit er gemiddeld tussen de melding van pijn of een klacht en het bezoek aan de tandarts in een *niet-acute situatie*?

- ☐¹ 0 – 2 dagen
☐² 3 – 7 dagen
☐³ 8 – 14 dagen
☐⁴ > 14 dagen
☐⁵ weet niet

OVERLEG**19. Als de tandarts iets voorschrijft voor een bepaalde bewoner (bv. bewoner moet spoelen met chloorhexidine), wordt dit dan *aan de verzorger* doorgegeven?**

- ☐¹ ja
☐² nee --> vraag 22
☐³ weet niet --> vraag 22

20. Hoe wordt deze informatie door de tandarts aan de verzorger doorgegeven?

- ☐¹ schriftelijk
☐² mondeling --> vraag 23
☐³ mondeling en schriftelijk
☐⁴ weet niet --> vraag 23
☐⁵ anders nl.

21. Wordt deze informatie ergens in genoteerd? Zo ja, waarin?

- ☐¹ in een individueel zorgplan van de bewoner
- ☐² op de ADL- (Algemeen Dagelijkse Verzorgings-)kaart van de bewoner
- ☐³ het wordt niet genoteerd
- ☐⁴ weet niet
- ☐⁵ anders nl.

--> vraag 23

22. Indien nee, aan wie wordt deze informatie dan doorgegeven?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ bewoner zelf
- ☐¹ familie
- ☐² afdelingshoofd
- ☐³ medische staf
- ☐⁴ weet niet
- ☐⁵ anders nl.

DAGELIJKSE MONDVERZORGING (POETSEN)

De volgende vragen gaan over de (dagelijkse) verzorging van de mond van bewoners op deze afdeling

23. Hoe schoon vindt u dat de mond van bewoners van deze afdeling er in het algemeen uit ziet? (niet direct na het eten)

- ☐¹ goed schoon
- ☐² matig schoon
- ☐³ vies
- ☐⁴ weet niet

24. Hoeveel bewoners van deze afdeling kunnen nog zelfstandig hun (kunst)gebit dagelijks poetsen? (eventueel een schatting geven) (Als men het antwoord niet weet, dan de vraag open laten)

..... somatische bewoners
..... psychogeriatrische bewoners

25. Geven bewoners het over het algemeen zelf aan als ze problemen hebben met het poetsen van hun (kunst)gebit of merkt het verzorgend personeel het op?

- ☐¹ bewoners
- ☐² verzorgend personeel
- ☐³ bewoners en verzorgend personeel
- ☐⁴ zowel bewoners als het verzorgend personeel niet
- ☐⁵ weet niet

26. Wie helpt de bewoner als het nodig is bij het poetsen van zijn of haar (kunst)gebit? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ familie
- ☐¹ verzorger
- ☐¹ vrijwilliger
- ☐¹ niemand --> vraag 35
- ☐¹ weet niet

27. Hoe vaak per dag wordt het (kunst)gebit van de bewoners door het verzorgend personeel gepoetst?

- ☐¹ 2 x per dag
- ☐² 1 x per dag
- ☐³ < 1 keer per dag
- ☐⁴ nooit
- ☐⁵ weet niet

28. Hoe vinden bewoners met eigen tanden en kiezen het in het algemeen om hun gebit te laten poetsen?

- ☐¹ heel vervelend
- ☐² tamelijk vervelend
- ☐³ een beetje vervelend
- ☐⁴ niet vervelend
- ☐⁵ weet niet

29. Hoe vinden bewoners met een kunstgebit het in het algemeen om hun gebit te laten schoonmaken?

- ☐¹ heel vervelend
- ☐² tamelijk vervelend
- ☐³ een beetje vervelend
- ☐⁴ niet vervelend
- ☐⁵ weet niet

30. Hoe vinden de meeste verzorgers het om tanden te poetsen bij bewoners met een eigen (natuurlijk) gebit ?

- ☐¹ geen probleem --> vraag 32
- ☐² wel een probleem
- ☐³ weet niet --> vraag 32

31. Welke problemen ondervindt de verzorger bij het poetsen van een eigen (natuurlijk) gebit van een bewoner? (opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

	Ja ¹	Nee ²	Weet niet ³
gebrek aan vaardigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bewoner werkt niet mee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het is "vies" om te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het is moeilijk om te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er is niet altijd genoeg tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders nl.			

32. Hoe vinden de meeste verzorgers het om het kunstgebit van bewoners schoon te borstelen?

- ☐¹ geen probleem --> vraag 34
- ☐² wel een probleem
- ☐³ weet niet

33. Welke problemen ondervindt de verzorger hierbij als de bewoner een kunstgebit heeft?

	Ja ¹	Nee ²	Weet niet ³
gebrek aan vaardigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bewoner werkt niet mee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het is "vies" om te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het is moeilijk om te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
er is niet altijd genoeg tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders nl.			

34. Welke hulpmiddelen worden er bij het poetsen van het eigen (natuurlijk) gebit door de verzorger gebruikt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ tandenborstel
- ☐¹ elektrische tandenborstel
- ☐¹ monddouche
- ☐¹ andere hulpmiddelen zoals.....

BIJSCHOLING

35. Worden er (in het algemeen) bijscholing in dit huis georganiseerd?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 37
- ☐³ weet niet

36. Is er in dit huis wel eens een bijscholing over mondverzorging bij ouderen georganiseerd?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

37. Is er volgens u behoefte aan bijscholing over mondverzorging bij ouderen?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

ALGEMENE VRAGEN

38. Indien er een tandarts in het huis werkzaam is, heeft deze volgens u voldoende tijd om aandacht te geven aan de problemen/klachten van de bewoners?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet
- ☐⁴ nvt

39. Is er een protocol waarin iets staat over de dagelijkse mondverzorging (poetsen) van bewoners?

- ☐¹ ja --> vraag 41
- ☐² nee
- ☐³ weet niet
- ☐⁴ anders nl.....

40. Heeft u behoefte aan een protocol waarin iets staat over de dagelijkse mondverzorging van bewoners?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

41. Als u kijkt naar de huidige *dagelijkse mondverzorging* die u de bewoners kunt bieden, wat zou u dan anders willen / welke wensen heeft u?

.....

.....

.....

.....

42. Als u kijkt naar de huidige *professionele tandheelkundige zorg* die de bewoners in dit huis wordt geboden, wat zou u dan anders willen / welke wensen heeft u?

.....

.....

.....

.....

Einde van het interview. Dank u voor uw medewerking!

VRAGENLIJST INSTELLINGS -TANDARTS

Type huis: ☐ verpleeghuis
 ☐ verzorgingshuis
 ☐ combinatie van verpleeg- en verzorgingshuis
 ☐ anders nl

Plaatsnaam huis:

Registratienummer huis:

Registratienummer tandarts:

Code onderzoeker ☐☐

ALGEMEEN

1. Werkt u als tandarts naast dit huis ook voor andere verpleeg (of verzorgings-)huizen?

- ☐¹ ja
☐² nee --> vraag 4

2. Hoeveel jaar werkt u al als verpleeg (of verzorgings-)huistandarts?

.....jaar

3. Hoeveel uur per maand bent u als tandarts werkzaam in de andere huizen?

.....uur per maand

4. Verricht u naast het werk als verpleeg (of verzorgings-)huistandarts nog tandheelkundige werkzaamheden elders?

- ☐¹ ja
☐² nee --> vraag 7

5. Indien ja, wat voor tandheelkundige werkzaamheden verricht u verder nog? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ algemeen practicus
☐¹ universiteit
☐¹ centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
☐¹ anders nl

6. Hoeveel dagdelen bent u elders werkzaam?

.....dagdelen

Bij het beantwoorden van de vragen wordt uitgegaan van:

- de werkzaamheden die u in dit huis verricht
- de groep "vaste" bewoners, dus niet de bewoners die voor revalidatie, dagbehandeling of een kortdurende opname in het huis verblijven!

7. Weet u bij benadering hoe groot het aantal vaste bewoners in dit huis is dat op uw praktijkvoering is aangewezen (waar u verantwoordelijk voor bent)?

.....bewoners van dit huis

8. Kunt u een schatting geven van het aantal vaste bewoners in dit huis dat per jaar gebruik maakt van uw diensten?

.....bewoners

PRAKTIJKVOERING

9. Hoeveel jaar werkt u al in dit huis?

.....jaar

10. Hoeveel uur per maand werkt u in dit huis?

.....uur per maand

11. Is over het aantal uren iets “afgesproken” tussen u en de directie van het huis (of de organisatie)? (Dit kan zowel mondeling als schriftelijk zijn geweest)

- ☐¹ ja
☐² nee

12. Werkt u in dit huis (één antwoord mogelijk):

- ☐¹ op vaste dagen
☐² op afroep
☐³ op eigen indeling
☐⁴ anders nl

13. Wat is het gemiddeld aantal bewoners dat u per dagdeel (ochtend of middag) behandelt?

.....bewoners per dagdeel

14. Is het aantal uren dat u in dit huis werkt voldoende voor de hoeveelheid werk?

- ☐¹ ja --> vraag 16
☐² nee
☐³ weet niet --> vraag 16

15. Kunt u aangeven hoeveel uren u per week extra nodig denkt te hebben, voor een naar uw mening “bevredigende” praktijkvoering in dit huis?

.....uur per week

16. Hoeveel uur besteedt u gemiddeld per week aan administratie in dit huis?

.....uur per week

19. Gaan deze administratie-uren van de behandeluren af?

- ☐¹ ja
☐² nee

20. Zorgt het huis voor iemand die u bij de administratie assisteert?

- ☐¹ ja
☐² nee --> vraag 22
☐³ weet niet --> vraag 22

21. Indien ja, is dit dan een vast iemand?

- ☐¹ ja
☐² nee
☐³ weet niet

22. Werkt u met een stoelassistent?

- ☐¹ ja
☐² soms
☐³ nee --> vraag 26

23. Indien ja of soms, zorgt het huis voor iemand die u assisteert aan de stoel?

- ☐¹ ja
☐² nee --> vraag 25
☐³ weet niet --> vraag 25

24. Indien ja, is dit een vast iemand?

- ☐¹ ja
☐² nee
☐³ weet niet

25. Indien nee, zorgt u zelf voor stoelassistentie?

- ☐¹ ja
☐² nee

26. Welke tandheelkundige behandelingen voert u bij de bewoners uit?

(opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ bestrijding van pijn of een klacht
 regulier onderzoek of behandeling:
 ☐¹ halfjaarlijkse controle
 ☐¹ jaarlijkse controle
- ☐¹ restauratieve zorg
☐¹ prothetische zorg
☐¹ extracties
☐¹ röntgenonderzoek
☐¹ preventie (fluoride-appliceren, plaque verwijderen, instructie mondhygiëne)
☐¹ tandsteen verwijderen
☐¹ anders nl

**27. Is hierover iets “afgesproken” tussen u en de directie van het huis (of de organisatie)?
(kan mondeling of schriftelijk zijn)**

- ☐¹ ja
☐² nee

28. Indien ja, wat is hierover afgesproken?

.....

29. Is hierover iets “afgesproken” tussen u en het ziekenfonds (de zorgverzekeraar)?

- ☐¹ ja
☐² nee

30. Indien ja, wat is hierover afgesproken?

.....

31. Verzorgt u wel eens een bijscholing voor het verzorgend/verplegend personeel?

- ☐¹ ja
☐² nee --> vraag 34

32. Is de bijscholing op

- ☐¹ verzoek van het huis
☐² eigen initiatief
☐³ anders nl

33. Zijn er afspraken gemaakt (mondeling of schriftelijk) over het verzorgen van bijscholing van het verzorgend/verplegend personeel tussen u en de directie van het huis (of de organisatie)?

- ☐¹ ja
☐² nee
☐³ weet niet

BEHANDELRUIMTE

34. Waar vindt de tandheelkundige behandeling van bewoners plaats?

(opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

	Ja ¹	Nee ²	Weet niet ³
- in dit huis: in een speciaal daarvoor bestemde ruimte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in dit huis: bij bewoners op de kamer/aan het bed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in een ander huis, behorende bij dezelfde organisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in een ander huis, niet behorende bij de organisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in de eigen praktijkruimte van de tandarts (buiten de instelling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--> vraag 40			
- in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--> vraag 40			
- in een ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--> vraag 40			
anders nl.....			

35. Heeft dit huis een vaste (permanente) behandelruimte?

- ☐¹ ja
☐² nee

36. Wat voor behandelstoel staat er in de behandelruimte?

- ☐¹ beweegbare stoel
☐² niet beweegbare stoel

37. Kan deze behandelstoel gebruikt worden:

(opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ voor prothetische zorg
- ☐¹ voor restauratieve zorg
- ☐¹ voor extracties

38. Is er instrumentarium in de behandelruimte:

(opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ voor prothetische zorg
- ☐¹ voor restauratieve zorg
- ☐¹ voor extracties

39. Welke apparatuur is er nog meer in de behandelruimte aanwezig?

(opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ röntgenapparatuur
- ☐¹ afzuiginstallatie
- ☐¹ lamp

40. Indien er geen vaste (permanente) behandelruimte aanwezig is, heeft u dan vrijrijdbare tandheelkundige apparatuur tot uw beschikking?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 43

41. Indien ja, is deze vrijrijdbare apparatuur :

- ☐¹ van het huis/organisatie
- ☐² van uzelf
- ☐³ anders nl.....

42. Welke behandel mogelijkheden biedt deze vrijrijdbare apparatuur?

(opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ voor prothetische zorg
- ☐¹ voor restauratieve zorg
- ☐¹ voor extracties

43. Bent u tevreden met de behandel faciliteiten die het huis/de organisatie u biedt?

- ☐¹ ja --> vraag 45
- ☐² nee

44. Indien nee, welke wensen heeft u/wat zou u anders willen?

.....

.....

.....

TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING

45. Waar vinden in het algemeen de prothesebehandelingen plaats?

(één antwoord mogelijk)

- ☐¹ behandelruimte van het huis
- ☐² bij bewoners op de kamer/aan het bed
- ☐³ in de eigen praktijk
- ☐⁴ in een behandelruimte elders

46. Waar vinden voornamelijk extracties plaats?

(één antwoord mogelijk)

- ☐¹ behandelruimte van het huis
- ☐² bij bewoners op de kamer/aan het bed
- ☐³ in de eigen praktijk
- ☐⁴ in een behandelruimte elders

47. Waar maakt u voornamelijk restauraties?

(één antwoord mogelijk)

- ☐¹ behandelruimte van het huis
- ☐² bij bewoners op de kamer/aan het bed
- ☐³ in de eigen praktijk
- ☐⁴ in een behandelruimte elders
- ☐⁵ nvt

48. Hoeveel van de volgende verrichtingen voert u gemiddeld per maand uit in dit huis?

(Als de verrichting niet wordt gedaan, dan een 0 invullen)

- a. periodieke onderzoeken
- b. extracties
- c. bijwerken protheses
- d. maken van protheses
- e. rebasing van protheses
- f. conserverende behandelingen (incl. kroon en brugwerk)
- g. preventie (fluoride-applicatie, plaque verwijderen, instructie mondhygiëne)
- h. tandsteenverwijdering
- i. anders nl.....

49. Met welke behandeling ondervindt u de meeste problemen?**Als het gaat om tandheelkundige (vaktechnisch) problemen dan zijn dat:**

.....

.....

.....

50. Met welke behandeling ondervindt u de meeste problemen ?**Als het gaat om praktische (behandelbaarheid, logistiek) problemen dan zijn dat:**

.....

.....

.....

51. Wie neemt in het algemeen, als het gaat om *somatische bewoners* de beslissing om de hulp van de tandarts in te roepen? (één antwoord mogelijk)

- ☐¹ bewoner zelf
- ☐² familie
- ☐³ instellingsarts
- ☐⁴ afdelingshoofd
- ☐⁵ verzorgende/verpleegkundige
- ☐⁶ weet niet
- ☐⁷ nvt
- ☐⁸ anders nl

52. Wie neemt in het algemeen, als het gaat om *psychogeriatrische bewoners* de beslissing om de hulp van de tandarts in te roepen? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ bewoner zelf
- ☐¹ familie
- ☐¹ instellingsarts
- ☐¹ afdelingshoofd
- ☐¹ verzorgende/verpleegkundige
- ☐¹ weet niet
- ☐¹ nvt
- ☐¹ anders nl

53. Hoeveel tijd zit er gemiddeld tussen de melding van pijn en het bezoek aan u in een *acute situatie*?

- ☐¹ 0 – 2 dagen
- ☐² 3 – 7 dagen
- ☐³ 8 – 14 dagen
- ☐⁴ > 14 dagen
- ☐⁵ weet niet

54. Hoeveel tijd zit er gemiddeld tussen de melding van pijn of een klacht en het bezoek aan u in een *niet-acute situatie*?

- ☐¹ 0 – 2 dagen
- ☐² 3 – 7 dagen
- ☐³ 8 – 14 dagen
- ☐⁴ > 14 dagen
- ☐⁵ weet niet

Indien het huis over een revalidatieafdeling beschikt of een afdeling voor kortdurende opname:

55. Behandelt u ook bewoners die voor een kortdurende opname of revalidatie in dit huis verblijven? (opnoemen, meerdere antwoorden mogelijk)

	Ja ¹	Nee ²
Kortdurende opname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revalidatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Wordt er bij het intake-onderzoek/gesprek van een nieuwe bewoner een mondonderzoek (door u, de instellingsarts of verpleegkundige) gedaan?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 59
- ☐³ weet niet --> vraag 59

57. Indien ja, gebeurt dat dan systematisch bij elke intake van een nieuwe bewoner?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

58. Door wie wordt dit mondonderzoek uitgevoerd?

- ☐¹ instellingsarts
- ☐² verpleegkundige
- ☐³ tandarts
- ☐⁴ anders nl

59. Verwijst de instellingsarts/verpleegkundige n.a.v. de intake wel eens naar u?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

60. Hebben de gebitsprotheses van bewoners een individueel merk?

- ☐¹ allemaal
- ☐² een aantal
- ☐³ geen enkele
- ☐⁴ weet niet

61. Krijgen nieuwe bewoners een individueel merk in hun prothese?

- ☐¹ altijd
- ☐² soms
- ☐³ nooit
- ☐⁴ weet niet

62. Werkt u met andere tandheelkundige disciplines samen?

- ☐¹ ja
- ☐² nee --> vraag 64

63. Met welke disciplines wordt er samengewerkt? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ mondhygiënist
- ☐¹ tandprotheticus
- ☐¹ afdeling mondheelkunde/kaakchirurgie van het ziekenhuis
- ☐¹ Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
- ☐¹ andere disciplines nl.....

64. Kunt u aangeven wat voor werkstructuur u heeft; hoe u werkt in dit huis?

(Naast het behandelen bijv. rondlopen door het huis, voor het contact (aanspreekpunt) met de bewoners en verzorgend personeel)

.....

.....

.....

.....

65. Kunt u aangeven wat het effect is van uw aanwezigheid in dit huis?

(Bv. de aandacht voor de tandheelkundige zorg “blijft leven”, er is een direct (tandheelkundig) aanspreekpunt voor verzorging/verpleging)

.....

.....

.....

.....

OVERLEG

66. Met wie neemt u contact op over de medische situatie van een bewoner in verband met de tandheelkundige behandeling?

- ☐¹ verzorgende
- ☐² afdelingshoofd
- ☐³ medische staf
- ☐⁴ anders nl

67. Aan wie geeft u patiëntspecifieke informatie of –advies meestal door?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ bewoner zelf
- ☐¹ familie
- ☐¹ verzorgende/verpleegkundige
- ☐¹ afdelingshoofd
- ☐¹ medische staf
- ☐¹ anders nl

68. Hoe geeft u deze informatie door?

- ☐¹ alleen mondeling
- ☐² alleen schriftelijk
- ☐³ wel eens mondeling en wel eens schriftelijk
- ☐⁴ altijd mondeling en altijd schriftelijk

69. In welk dossier noteert u uw patiënt- en behandelgegevens van een bewoner?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ medisch dossier van de bewoner
- ☐¹ patientenkaartsysteem van tandarts
- ☐¹ anders nl

UW MENING

Nu volgen nog een paar vragen waarbij wij graag uw mening willen weten.

70. Hoe schoon vindt u dat de mond van bewoners er in het algemeen uit ziet?

- ☐¹ goed schoon
- ☐² matig schoon
- ☐³ vies

71. Wat vindt u van de kwaliteit van tandheelkundige zorg die u de bewoners onder de huidige omstandigheden kunt bieden?

- ☐¹ goed
☐² matig
☐³ slecht

72. Als u kijkt naar de toekomst en de huidige tandheelkundige zorg die u de bewoners kunt bieden, wat zou u anders willen zien/ welke wensen heeft u?

.....
.....
.....
.....
.....

Einde van het interview. Dank u voor de medewerking!

**Bijlage D Informatiebrieven en toestemmingsformulieren
onderzoek mondgezondheid van bewoners van
verpleeg- en verzorgingshuizen**

Informatiebrief voor bewoners die zelf voor deelname kunnen kiezen

Geachte mevrouw, mijnheer,

Binnenkort wordt er in dit verzorgings/verpleeghuis door een medewerker van TNO Preventie en Gezondheid een onderzoek uitgevoerd naar de toestand van de mond en het gebit bij de bewoners. Het is de bedoeling te weten te komen hoe bewoners hun mond, de eigen tanden en kiezen of hun kunstgebit ervaren, of zij daar problemen mee hebben en of de tandheelkundige voorzieningen voldoende zijn.

Tijdens het onderzoek zal er een kort vraaggesprek worden gehouden, waarna de mond wordt onderzocht. Alles bij elkaar duurt het onderzoek niet langer dan 20 minuten. Het wordt in uw eigen kamer uitgevoerd door een tandarts of een mondhygiënist. Of men nu eigen tanden heeft of een kunstgebit, veel of weinig klachten over de mond en het gebit, ieder die wordt aangeschreven komt in aanmerking. De mensen die voor het onderzoek worden benaderd zijn willekeurig uitgezocht. Vanzelfsprekend is deelname aan het onderzoek vrijwillig. De gegevens die uit het onderzoek naar voren komen, zullen anoniem worden verwerkt, dus zonder dat uw naam naar buiten wordt gebracht. Indien u vragen heeft of meer over het onderzoek wilt weten, kunt u contact opnemen met dokter(naam arts in te vullen door instelling)

Wij zouden het zeer op prijs stellen als u uw medewerking zou willen verlenen. Uitdrukkelijk wijzen wij u erop dat er geen behandeling zal plaatsvinden.

Als uit het onderzoek van de mond blijkt dat behandeling noodzakelijk is, zal alleen in dringende gevallen de medische dienst hiervan op de hoogte worden gebracht.

Door bijgaande antwoordbrief af te geven aan(in te vullen door instelling) kunt u aangeven of u aan het onderzoek wilt meewerken. Als u bereid bent mee te doen, wordt er contact met u opgenomen om een afspraak te maken. Wij hopen van harte dat u bereid bent aan het onderzoek mee te doen. Voor uw deelname danken wij u bij voorbaat.

Met vriendelijke groet,

Hoofd medische dienst

Toestemmingsformulier deelnemer

Door het ondertekenen van dit formulier verklaar ik:

- Geïnformeerd te zijn over het tandheelkundig onderzoek en in de gelegenheid te zijn geweest daarover vragen te stellen,
- Er van op de hoogte te zijn dat deelname aan het onderzoek vrijwillig is,
- Te weten dat ik op elk moment mijn toestemming kan intrekken, zonder dat ik daarvoor een reden hoeft op te geven,
- In te stemmen met deelname aan het onderzoek.

Naam deelnemer (in blokletters):

Datum:

Handtekening:

Informatiebrief voor de wettelijk vertegenwoordiger van bewoners die niet zelf voor deelname kunnen kiezen

Geachte mevrouw, mijnheer,

Binnenkort wordt in dit verzorgings/verpleeghuis door een medewerker van TNO Preventie en Gezondheid een onderzoek uitgevoerd naar de toestand van de mond en het gebit van de bewoners. Het is de bedoeling te weten te komen hoe bewoners hun mond, de eigen tanden en kiezen of hun kunstgebit ervaren, of zij daarmee problemen hebben en of de tandheelkundige voorzieningen voldoende zijn.

Tijdens het onderzoek wordt er een kort vraaggesprek gehouden met een van de verzorgers over het voorkomen van gebitsproblemen bij mw/dhr (naam bewoner invullen). Daarna zal zijn of haar mond worden onderzocht. Alles bij elkaar duurt het onderzoek per persoon niet langer dan 20 minuten. Het wordt in de eigen kamer uitgevoerd door een tandarts of mondhygiënist. Of men nu eigen tanden heeft of een kunstgebit, veel of weinig klachten over de mond en het gebit, ieder die wordt aangeschreven komt in aanmerking. Wij wijzen u er op dat er geen behandeling zal plaatsvinden. Als uit het onderzoek van de mond blijkt dat behandeling noodzakelijk is, zal alleen in gebracht.

De mensen die voor het onderzoek in aanmerking komen zijn willekeurig uitgezocht. Vanzelfsprekend is deelname aan het onderzoek vrijwillig. Indien degene die aan het onderzoek deelneemt tekenen van verzet toont, zal met het onderzoek onmiddellijk worden gestopt. De gegevens die uit het onderzoek naar voren komen, zullen anoniem worden verwerkt, dus zonder dat de naam naar buiten wordt gebracht. Indien u dat wenst kunnen we u op de hoogte brengen van de uitkomsten van het mondonderzoek. U kunt dan contact opnemen met de onderzoeker die bereikbaar is onder telefoonnummer(in te vullen door onderzoeker).

Aangezien mw/dhr (naam bewoner invullen) niet meer in staat is zelf een beslissing tot deelname te nemen, willen wij vragen of u dat zou willen doen. U kunt het bijgevoegd toestemmingsformulier hiervoor gebruiken. Indien u vragen heeft of meer over het onderzoek wilt weten, kunt u contact opnemen met dokter (naam arts, in te vullen door instelling).
Dank u wel voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Hoofd medische dienst

Toestemmingsformulier wettelijk vertegenwoordiger van de bewoner

Naam deelnemer:

Door het ondertekenen van dit formulier verklaar ik:

- Geïnformeerd te zijn over het tandheelkundig onderzoek en in de gelegenheid te zijn geweest daarover vragen te stellen,
- Ervan op de hoogte te zijn dat deelname aan het onderzoek vrijwillig is,
- Te weten dat ik op elk moment mijn toestemming kan intrekken, zonder dat ik daarvoor een reden hoef op te geven,
- In te stemmen met deelname van bovengenoemd persoon aan het onderzoek.

Naam vertegenwoordiger (in blokletters):

Datum:

Handtekening:

Bijlage E Vragenlijst en formulier mondonderzoek bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen

Onderzoeksformulier bewoners verzorgings- of verpleeghuis

Huisnr	<input type="text"/> <input type="text"/>
Persoonsnr	<input type="text"/> <input type="text"/>
Leeftijd	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Man/vrouw	<input type="checkbox"/>
Type huis	<input type="checkbox"/>
Type afdeling	<input type="checkbox"/>
Geïnterviewde	<input type="checkbox"/>
Code onderzoeker	<input type="checkbox"/>

Om te weten welke vragen ik kan overslaan, zou ik graag weten of u eigen tanden of kiezen heeft of een kunstgebit.

1. Heeft u in de *bovenkaak* eigen tanden en kiezen of een kunstgebit?

- ☐¹ alleen eigen tanden/ kiezen*
- ☐² zowel eigen tanden/kiezen als een gedeeltelijk kunstgebit
- ☐³ volledig kunstgebit**
- ☐⁴ geen eigen tanden/kiezen en ook geen kunstgebit
- ☐⁵ weet niet

2. Heeft u in de *onderkaak* eigen tanden en kiezen of een kunstgebit?

- ☐¹ alleen eigen tanden/ kiezen*
- ☐² zowel eigen tanden/kiezen als een gedeeltelijk kunstgebit
- ☐³ volledig kunstgebit**
- ☐⁴ geen eigen tanden/kiezen en ook geen kunstgebit
- ☐⁵ weet niet

** tanden en kiezen met een kroon en vaste bruggen gelden als "eigen tanden/kiezen"*

*** ook een volledig kunstgebit dat steunt op een of meer wortels van eigen tanden of kiezen of op implantaten geldt als "volledig kunstgebit", evenals volledige prothesen waaronder zich nog wortelresten bevinden of later doorgebroken verstandskiezen*

De volgende vragen stellen aan bewoners die in het geheel geen eigen tanden en kiezen meer hebben

3. Hoe oud was u toen u uw laatste eigen tanden of kiezen verloor?

- ☐¹ jonger dan 20 jaar
- ☐² 20-29 jaar
- ☐³ 30-39 jaar
- ☐⁴ 40-49 jaar
- ☐⁵ 50-59 jaar
- ☐⁶ 60-69 jaar
- ☐⁷ 70-79 jaar
- ☐⁸ weet niet

De volgende vraag stellen aan bewoners die in de bovenkaak een volledig kunstgebit dragen

4. Hoeveel jaar heeft u het bovengebit dat u *nu* draagt?

- ☐¹ langer dan 20 jaar
- ☐² 11-20 jaar
- ☐³ 6-10 jaar
- ☐⁴ 3-5 jaar
- ☐⁵ 1-2 jaar
- ☐⁶ korter dan 1 jaar
- ☐⁷ weet niet

De volgende vraag stellen aan bewoners die in de onderkaak een volledig kunstgebit dragen

5. Hoeveel jaar heeft u het ondergebit dat u *nu* draagt?

- ☐¹ langer dan 20 jaar
- ☐² 11-20 jaar
- ☐³ 6-10 jaar
- ☐⁴ 3-5 jaar
- ☐⁵ 1-2 jaar
- ☐⁶ korter dan 1 jaar
- ☐⁷ weet niet

FUNCTIONELE ASPECTEN

Bij het beantwoorden van de vragen gaat het om uw ervaringen van de afgelopen 12 maanden.

6. Komt het wel eens voor dat u bepaalde soorten voedsel niet kunt *kauwen* door de toestand van uw mond of (kunst)gebit?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

7. Komt het wel eens voor dat u bepaalde soorten voedsel niet kunt *afbijten* door de toestand van uw mond of (kunst)gebit?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

Het komt voor dat het eten van bepaalde voedingsmiddelen problemen geeft. Ik noem er een paar en zou u willen vragen aan te geven of u deze kunt eten.

8. Brood zonder korst

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

9. Brood met korst

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

10. Stukje kaas

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

11. Pinda's

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

12. Aardappelen en groenten

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

13. Gemalen vlees, bijv. bal gehakt

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

14. Gebraden vlees, bijv. biefstuk

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

15. Geschilde hele appel

- ☐¹ ja
☐² nee
☐³ weet niet

16. Ongeschilde hele appel

- ☐¹ ja
☐² nee
☐³ weet niet

17. Komt het wel eens voor dat uw *eten anders smaakt* door de toestand van uw mond of uw (kunst)gebit?

- ☐¹ ja
☐² nee
☐³ weet niet

18. Komt het wel eens voor dat u bepaalde woorden *niet goed kunt uitspreken* door de toestand van uw mond of uw (kunst)gebit?

- ☐¹ ja
☐² nee
☐³ weet niet

PIJN EN ONGEMAK

Bij het beantwoorden van de vragen gaat het om uw ervaringen van de afgelopen 12 maanden

19. Heeft u wel eens een *pijnlijk gevoel* in de mond?

- ☐¹ ja
☐² nee
☐³ weet niet

*De volgende vragen met een * zijn voor edentaten niet van toepassing*

20.* Heeft u wel eens *tand- of kiespijn*?

- ☐¹ ja
☐² nee
☐³ weet niet

21.* Heeft u wel eens het gevoel dat uw *tanden of kiezen los zitten*?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

22.* Komt het wel eens voor dat uw *tanden of kiezen gevoelig zijn voor koude, warmte of voor iets zoets*?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

23. Voelt u wel eens een *scherpe rand* aan uw *tanden of kiezen/aan uw kunstgebit*?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

24. Komt het wel eens voor dat uw *tandvlees of mondslimvlies pijnlijk* is?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

25. Komt het wel eens voor dat uw *tandvlees of mondslimvlies bloedt*?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

26. Heeft u wel eens een *branderig gevoel* in uw mond?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

27. Heeft u wel eens een *droge mond*?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

28. Komt het wel eens voor dat er na het eten *voedselresten achterblijven* tussen uw tanden of onder uw kunstgebit?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

29. Heeft u wel eens een *slechte adem*?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

Indien van toepassing

30. Zit uw *bovenprothese* wel eens los?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

Indien van toepassing

31. Zit uw *onderprothese* wel eens los?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

TANDHEELKUNDIGE VERZORGING

32. Hoe lang is het geleden dat u voor de laatste keer bij een tandarts bent geweest?

- ☐¹ minder dan een half jaar geleden
- ☐² een half tot 1 jaar geleden
- ☐³ 1 of 2 jaar geleden
- ☐⁴ 3, 4 of 5 jaar geleden
- ☐⁵ > 5 jaar geleden --> vraag 36
- ☐⁶ nooit geweest --> vraag 36
- ☐⁷ weet niet --> vraag 36

33. Bij welke tandarts bent u de afgelopen 5 jaar geweest?

- ☐¹ de “eigen” tandarts
- ☐² de tandarts van het huis
- ☐³ de “eigen” tandarts en de tandarts van het huis
- ☐⁴ weet niet

34. Hoe vaak bent u in de afgelopen 5 jaar bij de tandarts geweest?

- ☐¹ 1 of 2 keer
- ☐² 3, 4 of 5 keer
- ☐³ 6 – 10 keer
- ☐⁴ 11 – 20 keer
- ☐⁵ meer dan 20 keer
- ☐⁶ weet niet

35. Om welke redenen bent u in de afgelopen 5 jaar bij de tandarts geweest?

- ☐¹ alleen bij (pijn)klachten
- ☐² voor regelmatige* controle**
- ☐³ zowel bij (pijn)klachten als voor regelmatige controle
- ☐⁴ weet niet

* Onder 'regelmatig' wordt verstaan: ten minste 1 keer per 2 jaar

** Inclusief eventuele behandeling na periodiek onderzoek

--> vraag 37

36. Kunt u aangeven om welke reden u langer dan 5 jaar geleden/nooit naar de tandarts bent geweest? Was het vanwege:

- ☐¹ angst
- ☐¹ kosten
- ☐¹ lichamelijke problemen
- ☐¹ psychische problemen
- ☐¹ moeite om de tandartspraktijk te bereiken
- ☐¹ geen klachten
- ☐¹ andere redenen nl.....

MONDVERZORGING (POETSEN)

37. Kunt u uw (kunst)gebit zelf nog poetsen?

- ☐¹ ja --> vraag 42
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

38. Als u niet meer uw (kunst)gebit kunt poetsen wordt u hierbij dan geholpen door iemand anders?

- ☐¹ ja
☐² nee --> vraag 47
☐³ weet niet
☐⁴ anders nl

*Indien van toepassing***39. Hoe vindt u het om uw “eigen gebit” te laten poetsen door iemand anders?**

- ☐¹ heel vervelend
☐² tamelijk vervelend
☐³ een beetje vervelend
☐⁴ niet vervelend
☐⁵ weet niet

--> vraag 41

*Indien van toepassing***40. Hoe vindt u het om uw kunstgebit te laten poetsen door iemand anders?**

- ☐¹ heel vervelend
☐² tamelijk vervelend
☐³ een beetje vervelend
☐⁴ niet vervelend
☐⁵ weet niet

41. Hoe vaak poetst iemand anders uw (kunst)gebit?

- ☐¹ 2 x per dag
☐² 1 x per dag
☐³ < 1 x per dag
☐⁴ weet niet

--> vraag 47

42. Hoe vaak poetst u uw tanden of maakt u uw (kunst)gebit schoon?

- ☐¹ nooit --> vraag 47
☐² wel eens, maar niet elke dag
☐³ 1 x per dag
☐⁴ 2 x per dag
☐⁵ 3 x per dag
☐⁶ weet niet

43. Gebruikt u een gewone tandenborstel of een elektrische tandenborstel?

- ☐¹ gewone borstel
- ☐² elektrische borstel
- ☐³ gewone en een elektrische borstel
- ☐⁴ weet niet

44. Gebruikt u wel eens tandzijde (floss)?

- ☐¹ (bijna) nooit
- ☐² elke week wel eens, maar niet elke dag
- ☐³ elke dag
- ☐⁴ weet niet

45. Gebruikt u wel eens tandenstokers?

- ☐¹ (bijna) nooit
- ☐² elke week wel eens, maar niet elke dag
- ☐³ elke dag
- ☐⁴ weet niet

46. Gebruikt u wel eens een tandenrager?

- ☐¹ (bijna) nooit
- ☐² elke week wel eens, maar niet elke dag
- ☐³ elke dag
- ☐⁴ weet niet

ALGEMENE VRAGEN

Van toepassing bij bewoners van een verpleeghuis

47. Hoe was u vroeger tegen ziektenkosten verzekerd, voordat u opgenomen werd in het verpleeghuis?

- ☐¹ ziekenfonds (eventueel met aanvullingsfonds of particuliere bijverzekering)
- ☐² IZA/IZR/GVP (ambtenarenverzekering)
- ☐³ particuliere verzekering
- ☐⁴ anders verzekerd nl
- ☐⁵ weet niet

--> vraag 50

Van toepassing bij bewoners van een verzorgingshuis

48. Hoe bent u verzekerd tegen algemene ziektenkosten?

- ☐¹ ziekenfonds (eventueel met aanvullingsfonds of particuliere bijverzekering)
- ☐² IZA/IZR/GVP (ambtenarenverzekering)
- ☐³ particuliere verzekering
- ☐⁴ anders verzekerd nl
- ☐⁵ weet niet

49. Bent u aanvullend verzekerd tegen tandartskosten?

- ☐¹ ja
- ☐² nee
- ☐³ weet niet

50. Heeft u na de lagere school nog een bepaalde opleiding gevolgd?

Zo ja, welke?

Alleen naar de hoogste opleiding vragen en informeren of daarvoor een diploma is behaald; zo niet, dan naar het laatste leerjaar vragen dat de bewoner met succes heeft afgesloten

Laatste voltooide opleiding

- ☐¹ alleen lagere school of voortgezet lagere school
- ☐² lager beroepsonderwijs (bijv. Ambachtschool, huishoudschool)
- ☐³ (M)ULO
- ☐⁴ middelbaar beroepsonderwijs (bijv. UTS, modevakschool, handelsdagschool)
- ☐⁵ HBS, MMS, gymnasium, lyceum
- ☐⁶ hoger beroepsonderwijs (bijv. kweekschool voor onderwijzers)
- ☐⁷ wetenschappelijk onderwijs (Universiteit, Hogeschool)
- ☐⁸ weet niet
- ☐⁹ nvt

Indien indeling van een bepaald schooltype moeilijkheden oplevert, dan schooltype hieronder noteren

.....

Indien een opleiding werd gevolgd die niet werd afgemaakt, in het eerste vakje het codenummer noteren van de desbetreffende opleiding (zie hierboven) en in het tweede vakje het laatst met succes afgesloten leerjaar

51 - 52. ☐☐

53. Bent u werkzaam geweest in een beroep?

- ☐¹ ja
☐² nee --> vraag 55
☐³ weet niet --> vraag 55

54. Indien ja, welk beroep? *Bij meerdere beroepen , alle noteren*

.....
.....

55. Was uw echtgenoot /partner werkzaam in een beroep?

- ☐¹ ja
☐² nee --> vraag 57
☐³ weet niet --> vraag 57

56. Indien ja, welk beroep? *Bij meerdere beroepen , alle noteren*

.....
.....

57. In welke land bent u geboren?

- ☐¹ Nederland
☐² Suriname
☐³ Ned. Antillen
☐⁴ Turkije
☐⁵ Marokko
☐⁶ Indonesië
☐⁷ ander land
☐⁸ land onbekend
☐⁹ weet niet

FYSIEKE TOESTAND VAN HET GEBIT EN DE MOND

58. Toestand natuurlijke gebitselementen

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- x natuurlijk element afwezig
 g gaaf element
 c element met cariëslaesie tot in het dentine (caviteit)¹
 v element met vulling (zonder caviteit)²
 k kroon
 w wortelrest³

¹ verkleurd glazuur- of worteloppervlak geldt niet als caviteit

² voor gevulde elementen met een caviteit geldt code c

³ elementen waarvan hooguit één opstaand vlak over is en de overige vlakken als gevolg van cariës verloren zijn gegaan; geëxtraheerde elementen waarvan een wortel is achtergebleven, gelden als onbekend (x)

59. Opvulling diastemen, mobiliteit natuurlijke gebitselementen

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

- g natuurlijk element ontbreekt, diasteem < ½ premolaarbreedte
 d natuurlijk element ontbreekt, diasteem ≥ ½ premolaarbreedte
 p natuurlijk element ontbreekt, diasteem opgevuld d.m.v. uitneembare prothese
 b natuurlijk element ontbreekt, diasteem opgevuld d.m.v. gewone brug of etsbrug
 i natuurlijk element ontbreekt, diasteem opgevuld d.m.v. kroon op implantaat
 0 mobiliteit natuurlijk element < 1 mm⁴
 1 mobiliteit natuurlijk element 1-2 mm
 2 mobiliteit natuurlijk element 2-3 mm
 3 mobiliteit natuurlijk element > 3 mm

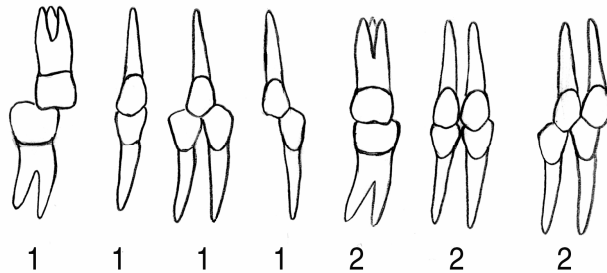
⁴ te beoordelen door lichte vingerdruk uit te oefenen van labiaal of buccaal naar linguaal of palatinaal

60 – 61. Functionele contacten tussen laterale gebitselementen

Aantal contacten rechts

☐

Aantal contacten links

☐


62 – 63. Type prothese

Boven

☐

Onder

☐

0. geen prothese of brug
1. één of meer etsbruggen
2. één of meer andersoortige bruggen
3. frameprothese, schakelprothese één of tweezijdig
4. frameprothese, aan één zijde schakelprothese, aan andere zijde vrij eindigend
5. frameprothese, aan beide zijden vrij eindigend
6. partiële plaatprothese
7. overkappings-prothese op natuurlijke wortels of implantaten
8. volledige prothese (excl. overkappingsprothese)

64 – 65. Esthetische conditie natuurlijke dentitie en/of prothese

Voorkomen van plaque, voedselresten en stains
(bv. tgv. roken) op gebit of prothese

☐

1. bij benadering vrij van plaque, voedselresten of stains
2. enige plaque, voedselresten of stains
3. veel plaque, voedselresten of stains

Breuk en ontbreken van fronttanden natuurlijk gebit en/of prothese

☐

1. geen ontbrekende en geen voor meer dan 1/3 afgebroken fronttanden
2. één of meer fronttanden voor meer dan 1/3 afgebroken, geen ontbrekende fronttanden
3. één of meer ontbrekende fronttanden(indien diasteem grotendeels gesloten is, niet scoren)

66 – 67. Retentie volledige prothese

Boven ☐

Onder ☐

1. goed
2. matig
3. slecht

68 – 69. Functionele wortels, implantaten

Aantal functionele wortels onder overkappingsprothese ☐

Aantal implantaten ☐

70 – 71. Kaakresorptie

Processus alveolaris bovenkaak ☐

Processus alveolaris onderkaak ☐

1. geen of geringe resorptie
2. sterke resorptie
3. zeer sterke resorptie (tongriempje komt boven processus alveolaris)

72 – 81. Slijmvliesafwijkingen

Drukplaats ¹ of drukulcus ²	<input type="checkbox"/>
Irritatie-fibroom ³	<input type="checkbox"/>
Flabby-ridge ⁴	<input type="checkbox"/>
Hyperaemisch of papillomateus palatum ⁵	<input type="checkbox"/>
Hyperkeratose binnenkant wang ⁶	<input type="checkbox"/>
White lesion ⁷	<input type="checkbox"/>
Worstelrest(en) achtergebleven na extractie van een gebitselement	<input type="checkbox"/>
Ragade, cheilitis angularis ⁸	<input type="checkbox"/>
Andere afwijking(en) zoals fistel, afte, schisis lip/gehemelte noteren	

.....

Voor alle afwijkingen geldt:

- 0 niet aanwezig
- 1 aanwezig

¹ Rode plek ter plaatse van de protheserand

² Wondje ter plaatse van protheserand

³ Woekering van bindweefsel, meestal ter plaatse van protheserand

⁴ Beweegelijke slijmvliesrand bovenop de processus alveolaris of wat daar van over is

⁵ Rood palatum, soms alleen gelokaliseerde rode vlekjes, soms is gehele gehemelte glanzend rood

⁶ Witachtige rand aan de binnenkant van de wang ter hoogte van het occlusievlak

⁷ Aan mucosa gebonden wit beslag op prothesedragend deel van het mondslijmvlies

⁸ Ragade, cheilitis angularis: kloofje aan de mondhoek, ontstoken mondhoek

Indruk interviewer

.....

.....

.....

.....