

## Q-methodologische studie

# Houding van begeleiders van mensen met een matige verstandelijke beperking ten aanzien van de mondverzorging

Guusje Schipper, Aniek Eijnsink, Erik Vermaire

### Samenvatting

**Achtergrond:** De mondgezondheid van mensen met een verstandelijke beperking (VB) is vaak minder goed dan die van hun leeftijdsgenoten zonder VB. Om interventies van het verbeteren van de mondgezondheid van mensen met VB door begeleiders te ontwikkelen, is het noodzakelijk alle door hen ingenomen standpunten ten opzichte van de mondverzorging van hun cliënten in kaart te brengen.

**Materiaal en methode:** In dit onderzoek is gebruik gemaakt van Q-methodologie. Het is uitgevoerd onder 40 begeleiders van zorgafhankelijke geïnstitutionaliseerde mensen met een matige VB. Met behulp van 'by-person factor analyse' werden clusters (factoren) van begeleiders vastgesteld op basis van hoe zij hun stellingen uit het onderzoek gesorteerd hebben.

**Resultaten:** Op basis van de resultaten en de bijbehorende interviews werd een 4-factor oplossing het meest informatief bevonden. De gevonden factoren waren: 1. verantwoordelijk en volhardend; 2. maatschappijgericht en deskundig; 3. gemotiveerd, maar met beren op de weg en 4. bezorgd en onzeker.

**Conclusie:** Q-methodologie is een geschikte methodiek om de verschillende houdingen die begeleiders hebben ten opzichte van de mondverzorging in kaart te brengen. De ontwikkeling van een meetinstrument ter bepaling van de voorkeursfactor van een begeleider, kan een volgende stap zijn bij het geven van geïndividualiseerde mondzorg-instructies.

**Keywords:** Q-methodologie, mondgezondheid, verstandelijke beperking, houding, begeleiders

### Inleiding

De gezondheid van mensen met een verstandelijke beperking (VB) is vaak minder goed dan die van hun leeftijdsgenoten zonder VB.<sup>1-3</sup> Hun afhankelijkheid van begeleiders en de problemen die deze begeleiders ondervinden bij het verlenen van adequate zorg, vormen hierbij een belangrijk punt van aandacht. Ook in onderzoeken met

betrekking tot de mondgezondheid worden slechtere gezondheidsuitkomsten gerapporteerd bij mensen met een VB, die woonachtig zijn in een instelling.<sup>4</sup> Een systematische review van 27 studies concludeerde dat mensen met een VB niet alleen een slechtere mondhygiëne hebben, maar ook vaker en ernstigere parodontale aandoeningen (onstoken tandvlees) hebben dan de doorsnee bevolking. Bovendien bleek de verhouding tussen behandelde en onbehandelde carieslesies in de groep van mensen met een VB, lager dan in de groep zonder VB, hoewel het totale cariësniveau vergelijkbaar is. Dit duidt op een hoger aantal onbehandelde caviteiten in deze groep.<sup>5</sup> Gebitsaandoeningen worden beschouwd als aandoeningen die grotendeels voorkomen kunnen worden door het toepassen van een adequate mondhygiëne en een voedingspatroon waarbij niet vaker dan 8 keer per dag producten met fermenteerbare koolhydraten (uit suikers en zetmelen) worden genuttigd. Daarom proberen mondzorgprofessionals doorgaans de mondgezondheid te verbeteren door dieetadviezen te geven en het niveau van mondhygiëne te verhogen. Of deze interventies gericht moeten zijn op de cliënten of op hun begeleiders, hangt af van de motorische vaardigheden van de cliënt en van hun verstandelijke vermogens. Geïnstitutionaliseerde mensen met een VB zijn voor het tandenpoetsen grotendeels afhankelijk van derden, doorgaans hun begeleiders. Net als in andere gebieden van de gezondheidszorg waar gedrag een grote rol speelt, is een positieve houding van de begeleiders ten opzichte van de mondverzorging van vitaal belang voor het niveau van de geleverde mondzorg.<sup>6-9</sup> Eerder onderzoek<sup>8</sup> toonde aan dat mensen die positief waarderend zijn ten aanzien van de tandarts en de tandheelkundige zorg, meer consulten bij de tandarts, alsmede een lagere prevalentie van tandpijn, gevoelige tanden en gingivitis rapporteerden dan mensen met een negatieve houding inzake mondzorg. Daarom zou het veranderen van iemands houding een manier kunnen zijn om de kwaliteit van de geleverde

mondzorg en mondhygiëne te verbeteren. Voor wat betreft geïnstitutionaliseerd wonende mensen met een VB zou de houding van hun begeleiders ten opzichte van tandenpoetsen dus een grote invloed kunnen hebben op hun mondgezondheid.

Het in kaart brengen van alle standpunten van begeleiders ten opzichte van de mondgezondheid en mondgezondheidsbevorderend gedrag, zou dus zinvolle informatie kunnen geven over mogelijke aanknopingspunten voor preventieve interventies. Mondzorgprofessionals kunnen de betrokkenheid van begeleiders vervolgens op een meer geïndividualiseerde manier en wellicht daardoor effectiever, vergroten.

Er is weinig gepubliceerd onderzoek bekend over de houding van begeleiders van mensen met een VB ten opzichte van mondgezondheid. Er is gemeld dat begeleiders het uitvoeren van mondzorg moeilijk vinden.<sup>10</sup> Genoemde mogelijke problemen zijn: twijfel over hun rol in de mondzorg van hun cliënten, angst de autonomie van de cliënten te ondermijnen, tijdsdruk en gebrek aan praktische vaardigheden. Daarnaast noemde een ander onderzoek moeilijkheden die door de cliënten zelf veroorzaakt werden, zoals het bijten op de tandenborstel, de mond niet open te willen doen of anderszins weigeren van mondzorg.<sup>11</sup> Voor wat betreft educatieve interventies voor begeleiders, vonden Fickert et al.<sup>12</sup> dat deze de houding van de begeleiders ten opzichte van het verrichten van mondzorg kunnen verbeteren. Dit komt overeen met de resultaten van een mondzorgeducatieprogramma voor het verpleegkundige team van een verzorgingshuis voor ouderen, waaruit bleek dat de medewerkers met een laag niveau van gezondheidszorgeducatie een grote positieve ontwikkeling vertoonden.<sup>13</sup> Het vervolgonderzoek onder personeelsleden van het verpleeghuis toonde namelijk aan dat het mondgezondheidseducatieprogramma goed ontvangen was en resulteerde in zowel een betere houding ten opzichte van mondgezondheid als ook meer kennis op dat gebied. Bovendien trad er ook een verbetering in de mondverzorging zelf op wanneer kennis en houding worden verbeterd.<sup>14</sup> Deze bevindingen werden bevestigd in een *cluster-randomized intervention trial* waarbij een significante verbetering van de kennis van verzorgers / begeleiders over mondgezondheid werd aangetoond, nadat hierover educatie was gegeven.<sup>15</sup> De onderzoekers concludeerden dat het scholen van begeleiders met betrekking tot het verlenen van mondzorg of het hierbij ondersteunen van cliënten essentieel is. Er werden echter niet alleen positieve resultaten gevonden. Een recent onderzoek<sup>16</sup> vond onvoldoende bewijs voor een betekenisvol effect op de mondgezondheid van bewoners na educatieve interventies voor begeleiders. Voordat er gerichte interventies voor begeleiders ontwikkeld kunnen worden, lijkt het dus noodzakelijk om eerst inzicht te krijgen in eigen standpunten over de mondgezondheid van hun cliënten.

Het doel van dit onderzoek is dan ook om alle voorkomende standpunten die begeleiders van geïnstitutionaliseerde mensen met een VB in Nederland hebben ten opzichte van de mondgezondheid, in kaart te brengen.

### Materiaal en methode

In dit onderzoek werd gebruikgemaakt van Q-methodologie. Dit is een hybride kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethode die in het laatste decennium in toenemende mate in gezondheidsonderzoeken wordt toegepast.<sup>17-23</sup> De doelgroep van dit onderzoek bestond uit begeleiders van zorgafhankelijke geïnstitutionaliseerde mensen met een matige verstandelijke beperking (MVB; IQ 40-55) in Nederland.

### Procedure

Tussen mei 2014 en januari 2015 werden vertegenwoordigers van de doelgroep benaderd met de vraag om aan dit onderzoek deel te nemen. Deze begeleiders waren werkzaam in verschillende instellingen voor mensen met een VB in verschillende delen van Nederland (zowel in steden als op het platteland). Ze werden door de tandarts bij wie hun cliënten onder tandheelkundige controle staan, over het project geïnformeerd. Wanneer de begeleiders toestemden, volgde een telefonisch contact met een van de onderzoekers (AE/GS) waarin aanvullende informatie over het project werd gegeven en formeel toestemming werd gevraagd voor deelname.

Aangezien zowel leeftijd als opleidingsniveau de houding ten opzichte van de mondverzorging kunnen beïnvloeden,<sup>24-25</sup> werden zes doelgroepen samengesteld op basis van geslacht (mannelijk of vrouwelijk), opleidingsniveau (laag, gemiddeld en hoog) en leeftijd (jonger dan 40/ouder dan 40).

Een totaal van 40 begeleiders werd geïncludeerd in dit onderzoek. Deze steekproef, die in Q-methodologie een *P-set* wordt genoemd, bestond uit dertien mannen (32.5%) en zevenentwintig (67.5%) vrouwen. Achtien van hen (45%) waren 40 jaar of jonger en tweeëntwintig (55%) waren ouder dan 40. Vijf (12.5%) hadden een laag, twintig (50%) een gemiddeld en vijftien (37.5%) een hoog opleidingsniveau. Volgens recente (2014) cijfers van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) zijn 18% van de begeleiders in Nederland man en 82% vrouw. Hun gemiddelde leeftijd is 41,8 jaar. Voor wat betreft opleiding had 22% een laag, 53% een gemiddeld en 25% een hoog niveau.

### Ontwikkeling van de Q-set

Met behulp van een expertpanel (AVG's, orthopedagogen, tandartsen gehandicaptenzorg, begeleiders, mondhygiënisten, ouders) en via wetenschappelijke en populaire literatuur en het internet (websites van diverse patiën-

tenverenigingen, internetfora en social media) werden in eerste instantie 92 stellingen met betrekking tot mondgezondheid en mondgezondheidsgerelateerd gedrag verzameld.

Om de stellingen vervolgens te categoriseren, werd gebruikt gemaakt van het Health Belief Model (HBM). Het HBM is voor het eerst beschreven in 1988 en bevat zeven dimensies of gezondheidsgedrag: waargenomen vatbaarheid, waargenomen ernst, gezondheidsmotivatie, waargenomen voordelen, waargenomen obstakels, zelfwerkzaamheid en tekens voor actie.<sup>26</sup>

Voor een werkbaar set aan stellingen, de *Q-sample* of *Q-set*, zijn elkaar tegensprekende en dubbele stellingen verwijderd. Ook zijn, door het expertpanel irrelevant bevonden, stellingen verworpen. De relevantie van de stellingen werd bepaald door de frequentie waarin elke stelling tijdens het verzamelen van de stellingen naar voren kwam. Bovendien werd het expertpanel gevraagd de meest relevante en meest irrelevante stellingen aan te wijzen. De uiteindelijke *Q-set* bestond uit 44 stellingen, die willekeurig werden genummerd en op aparte kaartjes werden geprint. Alle deelnemers werden door een van de onderzoekers (AE of GS) individueel bezocht op de instelling waaraan zij op dat moment als medewerker verbonden waren. Hen werd verzocht om eerst de kaartjes met stellingen door te lezen en een onderscheid te maken tussen stellingen waarmee ze het eens waren, waarmee ze het oneens waren en waar ze neutraal tegenover stonden en deze stellingen op drie stapeltjes te leggen. Daarna werd hen gevraagd de kaartjes waarmee ze het meest oneens waren te selecteren en deze op het scoreformulier (Figuur 1) te plaatsen in de linker kolommen (-4, -3, etc.) totdat alle kaartjes van de 'oneens-stapel' waren gebruikt. Deze procedure werd herhaald met de 'eens-stapel' en tenslotte met de 'neutrale stapel'. Dit sorteringsproces resulteerde in individuele *Q-sort tabellen* of *Q-sorts* (Figuur 2).

Om de interpretatie van de resultaten na analyse te vereenvoudigen, werden de deelnemers direct na het voltooiën van het sorteerproces kort geïnterviewd. Zij gaven daarin toelichting op de twee stellingen waarmee ze het meest eens waren en de twee stellingen waarmee ze het meest oneens waren. Dit interview bevatte ook enkele vragen over de achtergrond van de deelnemer, zodat deze in de juiste doelgroep kon worden geplaatst.

### Statistische analyse

De statistische analyse werd uitgevoerd met behulp van PQ method 2.11.<sup>27</sup>

Door gebruik te maken van een 'by-person' factor analyse (principle components met varimax rotatie), werden clusters van deelnemers geïdentificeerd op basis van hoe hun stellingen waren gesorteerd, de zogenaamde *factoren* of *frames*<sup>20,28-29</sup> Elke factor werd geïnterpreteerd

en beschreven op basis van de stellingen die statistisch en significant verschilden van de stellingen behorende bij de andere factoren en op basis van de opmerkingen die de deelnemers tijdens de interviews maakten. Tijdens een van de interviews bleek dat de resultaten van de *Q-sort* van een deelnemer door gebrek aan goede leesvaardigheid niet in overeenstemming waren met zijn antwoorden op interviewvragen. Deze *Q-sort* werd uitgesloten van verdere analyse.

### Resultaten

Een oplossing met vier factoren toonde de meeste informatieve interpretatie van de resultaten van de *Q-sorts* en de interviews. Alle factoren worden hieronder beschreven door de identificerende en onderscheidende stellingen te benoemen en geïllustreerd met opmerkingen van de begeleiders zoals deze tijdens de interviews gemaakt werden.

#### Factor 1: Verantwoordelijk en volhardend.

Begeleiders in factor 1 hebben een heel sterk verantwoordelijkheidsgevoel. Ze zijn het volledig eens met stelling 17: 'De begeleiding is verantwoordelijk voor de mondgezondheid,' want ze realiseren zich dat de meeste cliënten niet in staat zijn om hun persoonlijke hygiëne zelfstandig op peil te houden: *"Onze cliënten zullen zelf geen initiatief tonen om hun tanden te poetsen. Eigenlijk geeft de gemiddelde cliënt niks om douchen, deodorant of hoe ze gekleed gaan."*

Naast deze afhankelijkheid, voelen begeleiders zich verantwoordelijk voor de algehele gezondheid van cliënten (stelling 24: 'Een gezonde mond is belangrijk voor de algehele gezondheid.'). *"Ik weet dat een slechte mondgezondheid kan leiden tot andere aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes."* Bovendien zijn deze begeleiders van mening dat elke cliënt tandenpoetsen nodig heeft, ongeacht hun dieet. (stelling 5: 'Een cliënt die niet hoeft te kauwen, behoeft ook geen mondverzorging.'). *"De mond moet gewoon schoon zijn. Ook maagzuur kan problemen geven met je tanden. En zelfs als je geen tanden hebt, kan je plekjes krijgen of ontsteking. Of een heel slechte adem natuurlijk."* Ze zijn er zeker van dat ze mondproblemen kunnen voorkomen door goede mondhygiëne (stelling 21: 'Als ik goed tandenpoets, voorkom ik problemen aan het gebit'): *"Als je gewoon elke ochtend en avond tandenpoetst, zoals je bij je eigen tanden ook doet, hebben cliënten waarschijnlijk minder gaatjes of tandvleesontstekingen. Als je niet zou poetsen, krijg je ongetwijfeld problemen."*

Anders dan begeleiders in factor 2 en 3, zijn ze het eens met statement 19: 'Ik poets de tanden van een cliënt net zo goed als mijn eigen tanden'. Mensen in factor 4 zijn het hier ook enigszins mee eens. Factor 1 is wat meer uitgesproken: *"Ik wil geen gaatjes krijgen en ik vind het*

*niet leuk als mijn tandvlees ontstoken is, dus dat wil ik ook niet voor mijn cliënten. Ik doe wat ik kan."*

Daarnaast accepteren ze geen smoesjes om het tandenpoetsen over te slaan. Ze zijn het niet eens met stelling 28: 'Ik vind tandenpoetsen zielig voor de cliënt': *"Het is veel zieliger voor cliënten als je niet poetst,"* en 37: 'Als een cliënt agressief is geweest, heb ik daarna geen zin om zijn tanden te poetsen': *"Het is altijd mogelijk om te poetsen. Zelfs als de cliënt dichtbij, is er altijd een manier om het voor elkaar te krijgen."* Persoonlijke voorkeuren worden in deze factor niet geaccepteerd. (stelling 44: 'Affiniteit met de cliënt speelt een rol in de kwaliteit van het tandenpoetsen'): *"Ik vind het slechte zorg als je je laat leiden door affiniteit. Dit zou geen invloed moeten hebben."*  
*"Ik poets iedereen even goed en even vaak. Het kan me niet schelen of het een man of een vrouw is of iemand met smerige tanden."*

### **Factor 2: Maatschappijgericht en deskundig.**

De begeleiders in deze factor beschouwen persoonlijke hygiëne als een topprioriteit, omdat ze zich verantwoordelijk voelen voor hoe hun cliënten door buitenstaanders worden benaderd. Derhalve zijn ze bezorgd om het uiterlijk van hun cliënten (statements 15: 'Het uiterlijk van cliënten is belangrijk' en 25: 'Een gezonde mond is belangrijk voor het uiterlijk'): *"Ze hebben al een achterstand waardoor mensen ze anders behandelen. Als ze er dan ook nog vies uitzien, worden ze nog meer buitengesloten uit de maatschappij."* *"Hoe cliënten door de buitenwereld worden benaderd is verbonden met hun uiterlijk en hun geur. Anders worden ze misschien ontweken."*  
*"Het minste wat we kunnen doen is zorgen dat hun tanden gepoetst zijn. Persoonlijk zou ik ook liever praten met iemand met schone tanden."* Voorts zijn ze van mening dat affiniteit met de cliënt invloed heeft op de mondverzorging (stelling 44: 'Affiniteit met de cliënt speelt een rol in de kwaliteit van het tandenpoetsen'). *"Je moet een bepaalde affiniteit hebben om met mensen met een VB te werken. Als je meer affiniteit hebt, doe je ook de luier beter om, je hebt meer focus op bepaalde zaken."* Deze begeleiders zijn het erg oneens met stelling 8: 'Ik weet niet wat de gevolgen van een slechte mondverzorging zijn': *"Ik denk dat ik de gevolgen wel weet. Dat is mijn motivatie om het goed te doen"* en stelling 5: 'Een cliënt die niet hoeft te kauwen, behoeft ook geen mondverzorging'. *"Als je het over ziektekiemen hebt, is mondzorg een van de belangrijkste dingen. Cliënten kunnen longontsteking krijgen, ongeacht de noodzaak tot kauwen."* Ze zijn het ook oneens met stelling 11: 'Ik poets niet, omdat het tandvlees gaat bloeden als er gepoetst wordt' *"Ik weet dat het geen pijn doet en dat het een teken van ontsteking kan zijn. Dus natuurlijk moet je voorzichtig zijn, maar ik poets wel gewoon."* *"Bloedend tandvlees is geen excuus om het poetsen over te slaan."*

*Je moet juist poetsen om de oorzaak van het bloeden weg te nemen".* Toch staan mensen uit factor 2 neutraal tegenover stelling 21: 'Als ik goed tandenpoets, voorkom ik problemen aan het gebit', waar begeleiders uit factors 1, 3 en 4 het eens zijn. Dit duidt erop dat ze andere consequenties van niet tandenpoetsen belangrijker vinden dan de gevolgen voor de tanden zelf.

### **Factor 3: Gemotiveerd, maar met beren op de weg.**

Deze begeleiders zijn zich erg bewust van de obstakels die ze tegenkomen bij het leveren van mondzorg aan mensen met een VB. Ze zijn het volledig eens met stelling 33: 'Als er agressie/spanning binnen de groep is, schiet tandenpoetsen erbij in': *"Ik sla het tandenpoetsen bij deze persoon misschien wel over om te voorkomen dat ik een klap krijg."* *"Dit gebeurt soms; het varieert van dag tot dag. Een agressie-incident brengt ook een hoop administratieve rompslomp met zich mee."* De hoge werkdruk heeft invloed op het tandenpoetsen (stelling 27: 'Ik weet dat tandenpoetsen belangrijk is, maar ik heb er geen tijd voor'): *"Vooral 's ochtends. 's Avonds is het wel te doen, maar 's ochtends schiet het er makkelijk bij in. Mensen moeten naar dagbesteding, er komen zes mensen uit hun bed rollen en je hebt tot 9:30 uur om ze gereed voor vertrek te krijgen."* Toch zijn deze begeleiders zich bewust van de noodzaak tot tandenpoetsen en ze voelen zich er verantwoordelijk voor. Net als in factor 1 zijn ze het volledig eens met stelling 17: 'De begeleiding is verantwoordelijk voor de mondgezondheid.' *"Natuurlijk is dat onze verantwoordelijkheid. Het is heel makkelijk: het is je werk, daar word je voor betaald. De cliënten doen het zelf niet, daar zijn ze niet toe in staat."* Daarnaast zijn ze het eens met stelling 23: 'Een gezonde mond is belangrijk om te kunnen eten'. *"Als je pijn in je mond hebt, kan je niet meer eten. En dat is waar de eerste spijsvertering begint."* Niettemin is factor 3 de enige factor die het eens is met stelling 14: 'Ik poets bij mezelf ook maar 1x per dag.' De begeleiders binnen deze factor laten het bijrisico niet in de weg staan (stelling 30: 'Ik ga niet met mijn vingers in de mond van een cliënt in verband met het risico op bijten'). *"Het belemmert het tandenpoetsen niet, maar ik ben wel voorzichtig, want soms bijten cliënten expres."* Anderen ervaren geen risico: *"Ik ben niet bang voor bijten. Het is me nog nooit overkomen"*. Onverschillige collega's worden ook niet als probleem gezien: (stelling 13: 'Het heeft geen zin om goed te poetsen als mijn collega's het niet doen'). *"Als mijn collega zijn verantwoordelijkheid niet neemt, is er des te meer reden voor mij om heel goed te poetsen."* *"Ten eerste, ik vind dat mijn collega's ook moeten poetsen. Maar zelfs als ik de enige ben, worden cliënten tenminste vijf keer per week gepoetst."*

### **Factor 4: Bezorgd en onzeker.**

Begeleiders in deze factor zijn zich bewust van de

gevolgen van slechte mondzorg. Ze zijn het niet eens met stelling 8: 'Ik weet niet wat de gevolgen van een slechte mondverzorging zijn.' *"Ik denk dat ik de gevolgen wel weet: verrotte tanden, gaatjes, ontstekingen, geuren".* En *"Ik denk dat ik de gevolgen wel weet. Dat is mijn motivatie om het goed te doen"*. Deze laatste stelling wordt overigens ook in Factor 2 een significante stelling genoemd. Bovendien zijn ze het eens met stelling 36: 'Ik weet goed genoeg hoe ik moet tandenpoetsen.' *"Ik denk het wel, dat mag ik hopen. Dat heb ik geleerd van de tandarts."* *"Mijn ouders en basisschoolleraars hebben me geleerd mijn tanden te poetsen. Hoe ik de tanden van cliënten moet poetsen, heb ik geleerd tijdens mijn opleiding en in de praktijk."* Desondanks zijn ze onzeker over hoe ze de tanden van hun cliënten poetsen. In tegenstelling tot de andere factoren, is deze groep het eens met stelling 35: ('Ik vind het moeilijk om de tanden van een ander te poetsen') en 29 ('Ik ben bang dat ik de cliënt pijn doe bij het tandenpoetsen'). *"Ik vind het erg moeilijk om overal bij te komen. Het is bijna onmogelijk om alles te zien."* *"Ondanks dat ik mijn vingers in de mond stop om de wangen zo goed mogelijk opzij te houden, vind ik het nog best lastig en ik ben er niet zeker van dat ik altijd zo goed poets als ik zou willen."*

Terwijl factoren 1, 2 en 3 neutraal zijn, is factor 4 het oneens met stelling 40: 'Ik doe mijn best, maar de tandarts vindt het nooit goed genoeg.' *"Als ik mijn best doe, zegt de tandarts dat ik het goed heb gedaan. Sommige mensen zijn gewoon lastig te poetsen, dus het is een feit dat niet ieders mond helemaal schoon is. Maar als je er uithaalt wat erin zit, zal de tandarts dat wel merken. En als je er met de pet naar gooit, ziet hij dat ook."* Net als de begeleiders in factor 1 zijn de mensen in factor 4 het enigszins eens met stelling 19: 'Ik poets de tanden van een cliënt net zo goed als mijn eigen tanden'. *"Ja, dat denk ik wel. Waarom zou ik het minder doen?"*

### Discussie

Dit onderzoek bracht de standpunten in kaart van begeleiders van geïnstitutionaliseerde mensen met een matige verstandelijke beperking. Op basis van dit onderzoek konden vier factoren geïdentificeerd worden: 1. Verantwoordelijk en volhardend, 2. Maatschappijgericht en deskundig, 3. Gemotiveerd, maar met beren op de weg, 4. Bezorgd en onzeker. Q-methodologie bleek een geschikte methode om verschillende houdingen van begeleiders van mensen met een MVB ten opzichte van de mondzorg te definiëren. In tegenstelling tot Dougall et al.<sup>10</sup> constateerden de onderzoekers geen onzekerheid bij begeleiders over hun rol bij de mondverzorging. Ook zijn begeleiders het oneens met de uitspraak dat tandenpoetsen de autonomie van de cliënt ondermijnt. Een overeenkomst met Dougalls onderzoek is dat men soms

problemen ondervindt bij het poetsen van iemand anders' tanden. Vergeleken met de eerder beschreven resultaten van Thole et al.<sup>11</sup>, bevestigen de resultaten van deze studie dat het obstakel van cliënten die hun mond niet openen, het uitvoeren van dagelijkse mondzorg daadwerkelijk in de weg staat. De bovengenoemde studies maakten echter geen gebruik van Q-methodologie.

Er zijn met betrekking tot mensen met een VB diverse onderzoeken op basis van de Q-methodologie uitgevoerd. Geen van deze onderzoeken richtte zich echter op tandheelkunde. Toch toonde een studie<sup>30</sup> naar de behoeften van mensen met een ernstige VB aan dat fysiek welzijn het belangrijkste was voor alle cliënten. Hoewel in dat onderzoek geen specifieke stellingen over mondzorg waren opgenomen, draagt goede mondgezondheid wel bij aan fysiek welzijn.

Het gebruik van Q-methodologie in de tandheelkunde is beperkt. Naast het eerder verschenen onderzoek van Vermaire et al.<sup>23</sup> hebben Witton et al.<sup>31</sup> een artikel geschreven over de houding van tandartsen ten opzichte van preventieve voorlichting. Een ander onderzoek focuste op houdingen van medewerkers van een tandheelkundige dienst ten aanzien van de ontwikkeling van een tandenpoetsprogramma op scholen.<sup>32</sup> Davis et al.<sup>33</sup> en Prabakaran et al.<sup>34</sup> onderzochten de motivatie voor orthodontische behandeling. Er zijn geen Q-methodologische onderzoeken uitgevoerd binnen de tandheelkunde voor bijzondere zorggroepen. Desalniettemin kunnen er overeenkomsten worden gevonden bij de vergelijking van de resultaten van een soortgelijk onderzoek<sup>23</sup> naar de houding van ouders ten opzichte van mondgezondheid en de tandzorg van hun kinderen: de meeste ouders erkennen de verantwoordelijkheid voor de mondgezondheid van hun kinderen. Ze vinden ook dat gezonde tanden belangrijk zijn voor iemands uiterlijk en daarmee voor hun zelfvertrouwen. Aan de andere kant zijn sommigen er niet gerust op dat hun inspanningen het gewenste effect zullen hebben en ze benoemen drempels die ze ervaren. Het huidige onderzoek heeft enkele beperkingen waar rekening mee gehouden moet worden bij de interpretatie van de resultaten. Ten eerste zijn er alleen meningen geïnccludeerd van begeleiders van geïnstitutionaliseerde mensen met een matige verstandelijke beperking. Mensen met een lichte of ernstige VB laten wellicht ander gedrag zien richting de mondzorg. Dit kan effect hebben op de houding van de begeleiders, waardoor de resultaten moeilijk gegeneraliseerd kunnen worden naar begeleiders van andere cliëntgroepen. Een andere beperking van dit onderzoek is dat er een overrepresentatie van deelnemende mannelijke begeleiders is ten opzichte van de totale populatie van begeleiders in Nederland. Bovendien hebben meer mensen met een hoog opleidingsniveau

deelgenomen vergeleken met het aantal laaggeschoolde deelnemers. Dit kan de uitkomsten beïnvloed hebben. Tenslotte zou de externe validiteit van dit onderzoek, aangezien het is uitgevoerd in Nederland, beperkt kunnen zijn tot landen met een soortgelijk zorgsysteem voor mensen met een VB.

Het doel van dit onderzoek was kennis te verkrijgen over verschillende types begeleiders, zodat mondverzorgingsadviezen gericht kunnen worden gegeven. De mondzorgprofessional kan op basis van het begeleiderstype meer inzicht krijgen in de reden, waarom adviezen niet worden opgevolgd en is hiermee tevens in staat de adviezen te personaliseren. Het is bijvoorbeeld onnodig om begeleiders uit factor 3 (Gemotiveerd, maar met beren op de weg) te motiveren. Waarschijnlijk wordt meer bereikt als een mondzorgprofessional aangepaste instructies geeft om ervaren obstakels te omzeilen. Begeleiders uit factor 4 (Bezorgd en onzeker) zullen meer profiteren van een positieve benadering, zoals deelname aan opfriscursussen/trainingen dan van een overdosis aan informatie.

Het onderzoeken of instructies van mondzorgprofessionals inderdaad beter worden opgepakt wanneer ze zijn aangepast aan de begeleiders' specifieke factor, zou een

volgende stap in verder onderzoek kunnen zijn. Vervolgonderzoek kan gericht worden op het ontwikkelen van een meetinstrument ter bepaling van de begeleiderstype met behulp van de in dit artikel beschreven factoren.

### Verantwoording

Dit artikel is een bewerking van het eerder in het Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities verschenen artikel: A Q-methodology study among caregivers of people with moderate intellectual disabilities on their clients' health care: an example in oral health. *J Appl Res intellect Disabil.* 2018; 31: 915-926. <https://doi.org/10.1111/jar.12451>. Epub 2018 Apr 10.

*G. (Guusje) Schipper (g.schipper@sbt.acta.nl)*

*A.M. (Aniek) Eijsink (a.eijsink@nwz.nl)*

*dr. J.H. (Erik) Vermaire (erik.vermaire@tno.nl)*

---

**De referenties, tabellen en figuren staan vanwege de lengte van dit artikel op:**  
**<https://nvavg.nl/artikelen-tavg>** ■