

De mondgezondheidgerelateerde kwaliteit van leven van patiënten met ernstige psychische aandoeningen in zorg bij een forensisch ACT-team

Een kwantitatief vergelijkend onderzoek met een gezonde controlegroep

Eveline van der Warf ¹

¹ Opleidingsinstelling Geestelijke Gezondheidszorg Verpleegkundig Specialist.

Samenvatting

Achtergrond Mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) hebben een groter risico op mondgezondheidsproblemen. Onderzoeken hebben aangetoond dat mondgezondheidsproblemen, naast pijn en functionele beperkingen, ook lichamelijke en sociaalpsychologische problemen kunnen veroorzaken.

Doel In kaart brengen van de mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit van patiënten met een EPA in zorg bij het forensisch ACT-team van GGZ Drenthe en de uitkomsten vergelijken met een gezonde controlegroep.

Methode Een kwantitatieve vergelijkende studie werd uitgevoerd tussen een gezonde controlegroep (bestaande dataset, $n = 54$) en respondenten met een EPA binnen het forensisch ACT-team ($n = 37$). Gegevens met betrekking tot de mondgezondheid gerelateerde kwaliteit van leven werden verzameld met behulp van de Nederlandse versie van de Oral Health Impact Profile-14 vragenlijst; (OHIP-NL14), waarbij een hogere score verwijst naar een lagere levenskwaliteit.

Resultaten De gemiddelde OHIP-NL14 score van de EPA-groep is $19,3 \pm 11,9$ SD in vergelijking met $11,6 \pm 7,5$ SD in de controlegroep. Dit is een significant verschil. Op vijf van de zeven OHIP-NL14-domeinen werd een statistisch significant verschil gevonden, waarbij de EPA-groep continue hoger scoorde op de OHIP-NL14 dan de controlegroep.

Conclusie De mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit van de EPA-populatie bij een forensisch ACT-team is lager dan die van een controlegroep. Vervolgonderzoek zal zich moeten focussen op de aanpak van onderliggende redenen voor hoge OHIP-NL14 scores.

Trefwoorden: ernstige psychische aandoeningen, mondgezondheidgerelateerde kwaliteit van leven, forensisch ACT-team.

Achtergrond

Tijdens de jaarlijkse somatische screening geeft een groot deel van de patiënten in zorg bij het forensisch ACT-team van GGZ Drenthe aan dat er iets mankeert aan hun gebit. Zij hebben last van cariës, ontbrekende gebitselementen, rottende tanden en/of kiezen en ontstekingen. Hierdoor ervaren zij pijnklachten in hun mond en beperkingen in het dagelijks leven. Zij hebben moeite met eten en schamen zich voor hun gebit. Deze ervaren klachten en beperkingen als gevolg van de mondgezondheid zijn van deze groep patiënten nooit specifiek in kaart gebracht.

Mondgezondheid omvat veel, waaronder de mogelijkheid om te spreken, te glimlachen, geur, smaak en aanraking te ervaren, te kauwen en te slikken. De mondgezondheid is ook van invloed op hoe het gelaat een scala aan emoties tot uitdrukking brengt via gezichtsuitdrukkingen. Mondgezondheid is daarmee een fundamenteel onderdeel van gezondheid en van het lichamelijk en geestelijk welzijn (FDI World Dental Federation, 2017). Mensen met een verminderde mondgezondheid kunnen een lagere kwaliteit van leven ervaren, hoewel men ook een slecht gebit kan hebben zonder daar beperkingen van te ervaren (Werkhoven, Spreen, Buunk, & Schaub, 2004). Niettemin is in verscheidene studies aangetoond dat mondziekten naast pijn en functionele beperkingen, ook fysieke en sociaalpsychologische problemen kunnen veroorzaken, zoals niet meer kunnen eten, je schamen of niet meer durven lachen (Pater & Gamboa, 2012; Persson, Axtelius, & Söderfeldt, 2009).

Mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) hebben door verminderde aandacht voor mondhygiëne en een afwijkend eetpatroon vaak een groter risico op tandheelkundige problemen (De Roo & Van Vuren, 2010). Het huidige aantal mensen met een EPA in Nederland, wordt volgens Delespaul en de consensusgroep EPA (2013) geschat op 281.000, hetgeen neerkomt op 1.7% van de algemene bevolking van Nederland. De definitie van een patiënt met een EPA die veelal gehanteerd wordt, is een patiënt met een psychiatrische stoornis volgens de DSM-IV, die niet klachtenvrij is, met een langdurend beloop (>2 jaar) en beperkingen in het sociaal en/ of maatschappelijk functioneren (Delespaul & consensusgroep EPA, 2013). De risicofactoren voor een slechte mondgezondheid zijn onder anderen slechte

mondhygiëne en bijwerkingen van psychofarmaca, bijvoorbeeld de veranderde zuurtegraad van het speeksel (De Roo & Van Vuren, 2010). Ook drugs-, alcohol- en tabaksgebruik en het veelvuldig drinken van suikerhoudende dranken, spelen een belangrijke rol (Kuipers, Malda, Kolthof, Van Dijk, & Boonstra, 2016). De ongunstige subjectieve en gedragsmatige consequenties van een slecht gebit zijn voor deze patiëntengroep niet bevorderlijk voor hun totale welzijn, gemoedstoestand en eventueel herintreden in de maatschappij (Werkhoven, 2005).

Recente studies naar de relatie tussen psychische aandoeningen en tandheelkundige aandoeningen komen vooral uit Groot-Brittannië en Scandinavië. De mondgezondheid van mensen met een EPA blijkt keer op keer onder de maat (De Hert et al., 2011). In een random-effects meta-analyse van 25 studies met 5076 psychiatrische patiënten en 39,545 controles, bleek dat de patiënten met een EPA 2,8 keer meer kans hadden om al hun tanden te verliezen dan het gemiddelde van lid van de algemene populatie (Kisely, Baghaie, Lalloo, Siskind, & Johnson, 2015). In een andere grote studie (N=4769) rapporteerden 34.1% van de patiënten met een EPA dat hun mondgezondheidsproblemen ervoor zorgden dat zij moeite hadden om te eten (Kilbourne et al., 2007). In een studie van Patel en Gamboa (2012) geeft 79.8% van de patiënten aan dat hun mondgezondheid gevolgen heeft voor hun ervaren kwaliteit van leven, dit in vergelijking met 39% onder de nationale bevolking.

Er is geen onderzoek gevonden wat zich richt op de mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit van patiënten met een EPA in een ambulante forensische setting, zoals een forensisch Assertive Community Treatment (ACT) team. De hierboven beschreven bevindingen bij vergelijkbare doelgroepen geven echter reden om aan te nemen dat de mondgezondheid bij de forensische EPA-populatie eveneens matig zal zijn. Het doel van deze studie is het in kaart brengen van de mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit van patiënten met een EPA in zorg bij het forensisch ACT-team van GGZ Drenthe en de uitkomsten te vergelijken met een gezonde controlegroep. De vraagstelling van dit onderzoek luidt: Wat is de mondgezondheidgerelateerde kwaliteit van leven van patiënten met een EPA in

zorg bij een forensisch ACT-team in vergelijking met een gezonde controlegroep?

Methode

Onderzoeksdesign

Een kwantitatief vergelijkend onderzoek is uitgevoerd in de van periode juli tot oktober 2017 bij het forensisch ACT-team van GGZ Drenthe. Er is gekozen voor kwantitatief onderzoek om statistische verschillen aan te kunnen tonen en deze verschillen te kunnen generaliseren naar de totale doelgroep (Polit & Beck, 2012). Vergelijkend onderzoek maakt het mogelijk om twee groepen of situaties met elkaar te vergelijken (Polit & Beck, 2012). Hoogleraar orale geneeskunde professor dr. A. Vissink van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) heeft een bestaande dataset ter beschikking gesteld als controlegroep voor dit onderzoek.

Context/onderzoeksveld

Het forensisch ACT-team van GGZ Drenthe biedt ambulante begeleiding, behandeling en herstelondersteuning aan patiënten met ernstige psychiatrische problematiek, die grensoverschrijdend en/of delictgedrag vertonen en zelf de stap naar hulpverlening niet kunnen of willen zetten. Het team is multidisciplinair samengesteld en richt zich op mensen in de provincie Drenthe. De hulpverleners werken met een gedeelde caseload, wat wil zeggen dat patiënten door verschillende hulpverleners worden gezien (Place, Van Vught, Kroon & Neijmeijer, 2011).

Onderzoekspopulatie

De beschikbare patiëntenpopulatie bestaat uit 98 patiënten. Patiënten met een EPA werden uitgenodigd voor deelname aan het onderzoek. Patiënten die tijdens de onderzoeksperiode in crisis verkeerden¹, tijdelijk zorg elders

¹ *Een crisis is voor iedereen anders. Leidend is wat een patiënt als crisis ervaart en wat de omgeving signaleert bij een patiënt met een instabiel geestelijk toestandbeeld (Bom, 2015).*

ontvingen, gedetineerd waren, of op de uitstroomlijst stonden voor andere zorg, werden geëxcludeerd voor deelname aan het onderzoek. Na exclusie bleven er 70 patiënten over die door middel van een gelegenheidssteekproef door verschillende hulpverleners uit het team benaderd zijn voor deelname.

De controlegroep bevat 55 respondenten en bestaat uit een groep Nederlanders uit Noord-Nederland die zijn verwezen naar het UMCG voor het plaatsen van een implantaat. Het zijn niet-rokers en de patiënten hadden gewoonlijk geen pijn op het moment van de verwijzing. De reden voor verwijzing was een esthetische of een functionele klacht. Vooraf werd met een poweranalyse berekend hoeveel deelnemers er per groep nodig zouden zijn om een verschil in mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit als statistisch significant aan te kunnen tonen bij een alfa van 5% en een power van 80% (HyLown Consulting LLC, 2017). Hiervoor zijn de gemiddelde OHIP-14 score (12,2) en de standaarddeviatie (8,8) van de controlegroep gebruikt. Tevens is de gemiddelde OHIP-14 score (25,4) van een vergelijkbare groep patiënten overeenkomend met de onderzoekspopulatie gebruikt. Dit leidde tot een beoogde respons van 8 deelnemers per groep. Toch zijn er zoveel mogelijk mensen geworven om de representativiteit van de forensische populatie te vergroten.

Variabelen

De mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit is de afhankelijke variabele in dit onderzoek en beschrijft iemands subjectieve beleving van de mondgezondheid. Om dit in kaart te brengen is gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van de Oral Health Impact Profile-14 vragenlijst (OHIP-NL14), een instrument om de invloed van de mondgezondheid op de levenskwaliteit vast te stellen. De onafhankelijke variabele is de EPA-groep versus de controlegroep. Door het gebruik van een controlegroep kan gekeken worden naar de deviatie van de EPA-groep ten opzichte van de normale populatie Nederlanders.

Dataverzameling

Twee hulpverleners van het forensisch ACT-team hebben de caseload gescreend op de in- en exclusiecriteria. Geïnccludeerde patiënten zijn door verschillende hulpverleners uit het team benaderd voor deelname en zowel mondeling als schriftelijk geïnformeerd over het doel en de werkwijze van het onderzoek. Voorafgaand aan deelname, werden de respondenten gevraagd schriftelijk informed consent te tekenen. Vervolgens zijn de respondenten door de hulpverleners van het forensisch ACT-team verzocht een vragenlijst in te vullen. Er is gekozen voor een gestandaardiseerde schriftelijke vragenlijst om een zo groot mogelijke groep te kunnen bevragen. De voordelen van zo'n vragenlijst zijn dat respondenten sneller aan het onderzoek mee willen werken, en dat er eenduidige antwoorden kunnen worden verkregen (Polit & Beck, 2012). Een nadeel is dat respondenten geneigd zijn sociaal wenselijk te antwoorden, zelfs de beantwoording anoniem is. Ook kan de respondent niet vrij zijn verhaal vertellen, doordat de antwoorden voorgeprogrammeerd zijn (Polit & Beck, 2012). Ingevulde vragenlijsten werden door de hulpverleners anoniem ingeleverd bij de onderzoeker. Het afnemen van de vragenlijst heeft plaatsgevonden op het kantoor van het forensisch ACT-team in Assen, of tijdens een huisbezoek, in de periode van juli tot oktober 2017.

De vragenlijst bestaat uit drie vragen over demografische karakteristieken, drie vragen over gebitsonderhoud en de veertien vragen van de OHIP-NL14.

Operationalisering en meetinstrument

Om de variabele mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit in kaart te brengen, is het van belang de functionele en sociale beperkingen en de lichamelijke klachten van elkaar te onderscheiden. Hiervoor wordt veel gebruik gemaakt van de Oral Health Impact Profile- NL14, welke is afgeleid van de originele 49-itemvragenlijst (Van der Meulen, Lobbezoo, John, & Naeije, 2011). De OHIP bestaat uit een hiërarchische rangschikking van zeven aparte domeinen, te weten: functionele beperking, fysieke pijn, psychologisch ongemak, lichamelijk gebrek, psychologisch gebrek, sociaal gebrek en handicap (Van der Meulen et al., 2011). De OHIP-NL heeft een 5-puntenschaal die varieert van nooit (0) tot zeer vaak (4). De totaalscore van de OHIP-NL14

kan variëren van 0 tot 56, waarbij hogere scores op de OHIP een lagere mondgezondheidgerelateerde kwaliteit van leven aangeeft (Van der Meulen, et al., 2011). Onderzoek heeft aangetoond dat de OHIP-NL14 een betrouwbaar en valide meetinstrument is voor het bepalen van de mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit (Van der Meulen et al., 2011).

Data-analyse

De data die werd verkregen met de vragenlijsten, is geanalyseerd in Graphpad Prism versie 5.02 voor Mac, Graphpad Software, La Jolla California USA, www.graphpad.com. Er is gecontroleerd op uitbijters met de Graphpad QuickCalcs outlier calculator (2017). Voor de statistische analyses is de Mann-Whitney U test gebruikt, aangezien de data van de controlegroep niet normaal verdeeld bleek te zijn. Dit is getest door een frequentieverdeling te maken met behulp van de Kolmogorov-Smirnov test. In dit onderzoek is getoetst op het significantieniveau $p < 0,05$.

Methodologische kwaliteit

Om de methodologische kwaliteit te waarborgen en de interne validiteit te vergroten in dit onderzoek is 10% van de data-invoer at random geselecteerd en gecontroleerd op fouten. Bij de keuze van het meetinstrument is gelet op de psychometrische eigenschappen, de beschikbaarheid en de hanteerbaarheid van het instrument. Er is gecontroleerd op uitbijters en respondenten met duidelijke uitbijters zijn geëxcludeerd uit het onderzoek. De juistheid van de toetsen en de resultaten na de analyse zijn doorgenomen met een ervaren onderzoeker.

Ethische verantwoording

Alle respondenten gaven schriftelijk informed consent voor deelname aan het onderzoek. Het onderzoek is goedgekeurd door de Commissie Onderzoek en Zorgvernieuwing (COZ) van GGZ Drenthe. Het onderzoek is niet WMO-plichtig verklaard volgens de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO, 2017).

Resultaten

Respons

Van de 70 gevraagde patiënten namen 37 respondenten daadwerkelijk deel aan het onderzoek (vanaf nu EPA-groep genoemd), een respons van 53%. Figuur 1 toont een stroomdiagram van de deelnemers aan het onderzoek. De controlegroep bestond na het verwijderen van uitbijters uit 54 respondenten.

Demografische karakteristieken

De demografische karakteristieken van de respondenten uit zowel de controle-, als de EPA-groep zijn te vinden in Tabel 1.

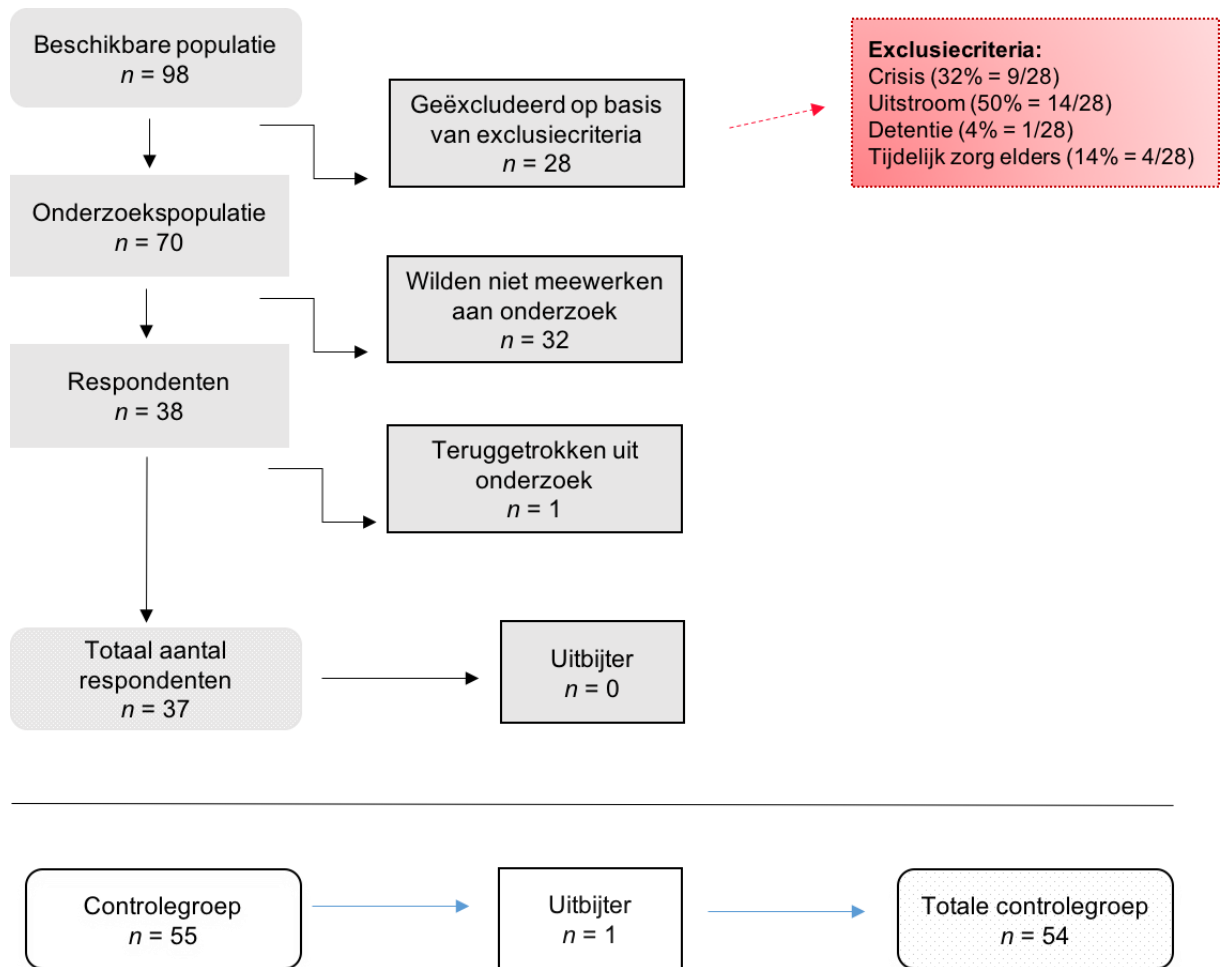
Tabel 1

Demografische karakteristieken groepen

	Gemiddelde leeftijd (jaren)	% man	% vrouw
Controle	46 ± 16,8 SD	48 (n = 26)	52 (n = 28)
EPA	44 ± 10,1 SD	78 (n = 29)	22 (n = 8)

OHIP-NL14 totaalscore

De EPA-groep had een significant hogere OHIP-NL14 score dan de gezonde controlegroep (Mann-Whitney U test; $p < 0,005$), hetgeen een indicatie vormt voor een lagere mondgezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De gemiddelde OHIP-NL14 totaalscore van de EPA-groep ($n = 37$) was 19,3 (SD 11,9) met een minimum score van 0 en een maximum van 41. De mediaan was 19, waarbij 5% van de groep een totaalscore van 0 had. Bij de controlegroep ($n = 54$) was de gemiddelde OHIP-NL14 score $11,6 \pm 7,5$ SD met een minimum score van 0 en een maximum van 30 en een mediaan van 10.



Figuur 1. Stroomdiagram ter illustratie van de inclusie/ exclusie van individuen in het onderzoek. Grijs illustreert de EPA-groep, wit de controlegroep.

OHIP-NL14 domeinen

Op vijf domeinen van de OHIP-NL14 werd een statistisch significant verschil gevonden tussen de scores van de controlegroep en de EPA-groep, waarbij de EPA-groep continue hoger scoorde. De grootste verschillen werden gevonden op de domeinen van fysieke beperking ($p < ,0001$), fysieke pijn ($p < ,001$) en lichamelijk gebrek ($p < ,001$). Ook toonden de domeinen sociaal gebrek ($p < ,05$) en handicap ($p < ,05$) een significant verschil. Op de domeinen psychologisch ongemak en psychologisch gebrek werd geen significant verschil gevonden. De gemiddelde scores, standaarddeviatie en p -waarden van de totale OHIP-NL14 score en per domein zijn samengevat in Tabel 2.

In de EPA-groep werd het hoogst gescoord op het domein van fysieke pijn, met een gemiddelde score van $2,1 \pm 1,4$ SD, versus $1,3 \pm 1,1$ SD in de controlegroep.

Tabel 2

Statistische samenvatting. Dikgedrukte p-waarden zijn significant.

	CONTROLE GROEP		EPA-GROEP		p -waarde
	gemiddelde	standaarddeviatie	gemiddelde	standaarddeviatie	
Totaal OHIP-NL 14	11,6	7,5	19,3	11,9	,0021
<i>Domein OHIP-NL14</i>					
1: functionele beperking	0,6	0,9	1,4	1,3	< ,0001
2: fysieke pijn	1,3	1,1	2,1	1,4	,0001
3: psychologisch ongemak	1,4	1,2	1,8	1,5	,1165
4: lichamelijk gebrek	0,6	0,7	1,2	1,3	,0008
5: psychologisch gebrek	1,0	0,9	1,4	1,3	,0664
6: sociaal gebrek	0,6	0,8	1,0	1,2	,0226
7: handicap	0,4	0,7	0,9	1,2	,0123

Discussie

Het doel van dit onderzoek was de mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit van patiënten met een EPA in zorg bij een forensisch ACT-team in kaart te brengen. Daarbij zijn de uitkomsten vergeleken met een gezonde controlegroep. De mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit in de EPA-groep is significant lager dan die van een gezonde populatie (hogere OHIP-

NL14 scores). Op vijf van de zeven domeinen (functionele beperkingen, fysieke pijn, lichamelijke gebrek, sociaal gebrek en handicap) van de OHIP-NL14 scoren patiënten met een EPA hoger dan de controlegroep.

De totale OHIP-14-score van dit onderzoek ligt in vergelijking met scores uit andere onderzoeken relatief hoog. Persson et al. (2009; 2010) rapporteerden een gemiddelde OHIP-14-score van $12,8 \pm 12,0$ SD onder ambulante psychiatrische patiënten in Zweden. Patel en Gamboa (2012) vonden bij eenzelfde groep patiënten in Engeland een gemiddelde OHIP-14-score van 25,4 (CI 23,3, 27,4). In het onderhavige onderzoek bleek de gemiddelde OHIP-NL14 score $19,3 \pm 11,9$ SD. De mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit van patiënten met een EPA in Zweden is dus hoger dan de EPA-groep in deze studie, mogelijk door het verschil in groepssamenstelling (Persson et al., 2010). De hoge totale OHIP-14-score in het onderzoek van Patel en Gamboa (2012) wordt mogelijk verklaard door het grote aantal volwassenen met een slechte mondhygiëne in Tower Hamlets, vergeleken met de rest van Engeland. 67% van de volwassenen in Tower Hamlets ervaart als gevolg hiervan een verminderde kwaliteit van leven ten opzichte van 39% in de rest van Engeland (NHS Tower Hamlets, 2015). Wanneer de resultaten van deze EPA-groep vergeleken worden met een gemiddelde Nederlandse populatie zonder tandheelkundig probleem, blijkt het verschil in de mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit eveneens groot te zijn. Verrips en Schuller (2011) onderzochten een populatie die als representatief voor die van Nederland werd beschouwd. De gemiddelde totaalscore op OHIP-NL14 was 2,8, waarbij 51% van de respondenten een totaalscore had van 0 (Verrips & Schuller, 2011). Dit vergeleken met de uitkomsten van deze studie, waar de gemiddelde OHIP-NL14 score 19,3 bedroeg en enkel 5% een totaalscore had van 0. De controlegroep in dit onderzoek scoorde mogelijk hoger door het hebben van een tandheelkundig probleem, hetgeen wellicht de ervaren mondgezondheid heeft verslechterd.

De domeinen van de OHIP-NL14 brengen de functionele en de sociale beperkingen en de lichamelijke klachten van de ervaren mondgezondheid van de afgelopen maand in kaart. De resultaten in dit onderzoek impliceren dat de EPA-groep in vergelijking met de controlegroep frequenter en op meer domeinen beperkingen en klachten ervaart ten gevolge van hun

mondgezondheid. Op het domein van functionele beperkingen laat de EPA-groep het grootste verschil zien ten opzichte van de controlegroep. De EPA-groep heeft beduidend meer klachten van afgenomen smaakvermogen en moeilijkheden met het uitspreken van woorden gerelateerd aan problemen met het gebit, mond of gebitsprothese. Ook ervaart de EPA-groep meer spanning en onzekerheid gerelateerd aan gebits-, of mondproblemen. Zowel in dit onderzoek als in de onderzoeken van Patel en Gamboa (2012) en Persson et al. (2009) wordt het hoogst gescoord op het domein fysieke pijn. Een groot deel van de EPA-groep had in de loop van de afgelopen maand pijn in de mond en/of moeite om bepaald voedsel te eten vanwege gebits-, of mondproblemen.

Een beperking van dit onderzoek is de relatief kleine studiegroep, die niet is gevormd door randomisatie maar door zelfselectie, waardoor er risico op selectiebias is ontstaan. Door de exclusie van patiënten op de uitstroomlijst, in crisis, in detentie en die tijdelijk zorg elders ontvingen, is een deel van de beschikbare populatie niet meegenomen in het onderzoek. Niet iedereen die werd uitgenodigd om in het onderzoek te participeren, ging daarop in. Hierdoor bestaat het risico dat de onderzoekspopulatie niet representatief is voor de algehele ambulante forensische populatie, wat van invloed is op de externe validiteit van dit onderzoek. Tevens is de controlegroep niet representatief voor de gemiddelde Nederlander, gezien zij voor een tandheelkundig probleem naar het UMCG verwezen zijn. Hoewel zij geen pijn rapporteerden ten tijde van het invullen van de vragenlijst, kan wel de ervaren mondgezondheid zijn aangetast.

Conclusie

Dit onderzoek heeft laten zien dat de mondgezondheidgerelateerde levenskwaliteit van de EPA-populatie bij een forensisch ACT-team lager is dan die van een relatief gezonde controlegroep. Op vijf van de zeven OHIP-NL14-domeinen (functionele beperkingen, fysieke pijn, lichamelijk gebrek, sociaal gebrek en handicap) werd een statistisch significant verschil gevonden, waarbij de EPA-groep continue hoger scoorde op de OHIP-NL14 dan de controlegroep.

Aanbevolen wordt om in vervolgonderzoek gebruik te maken van de originele OHIP-NL49 vragenlijst, daar deze beter geschikt is voor onderzoek doordat de subjectieve klachten specifiek in beeld gebracht worden (Van der

Meulen et al., 2011). Tevens wordt aanbevolen een controlegroep te gebruiken die bestaat uit een normale populatie Nederlanders zonder tandheelkundige problemen, omdat uit het onderzoek van Verrips & Schuller (2011) blijkt dat de verschillen dan mogelijk nog duidelijker naar voren komen.

Vervolgonderzoek zal zich moeten focussen op de aanpak van onderliggende redenen voor hoge OHIP-NL14 scores, waardoor de mondgezondheidgerelateerde kwaliteit van leven van de EPA-patiënt zal verbeteren. De bevindingen in dit onderzoek impliceren dat er meer aandacht nodig is voor de mondverzorging van patiënten met een EPA.

Verpleegkundigen zullen tijdens de opleiding (meer) kennis moeten vergaren over mondzorg; de kwaliteit van mondzorg kan worden verbeterd door gebruik te maken van gestandaardiseerde instrumenten en methoden om de mondgezondheid van patiënten eenduidig te beschrijven in het dossier.

Verpleegkundigen kunnen door gebruik te maken van hun communicatie- en motivatievaardigheden, patiënten eerder toeleiden naar centra voor mondzorg (De Mey, Çömlekçi, De Reuver, Van Waard, Van Gool, Scheerman, & Van Meijel, 2016).

Literatuurlijst

- Bom, J. (2015). *Zorgpad Forensisch ACT*. Onderdeel van het zorgprogramma forensische psychiatrie. GGZ Drenthe.
- Buunk-Werkhoven, Y.A.B. (2011). Kenniszaken: Kwaliteit van leven gerelateerd aan mondgezondheid of gebitssatisfactie. *Nederlands tijdschrift voor mondhygiëne*, 2, 24-25.
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO). (2017). *Help-mij-op-weg!* Geraadpleegd op 1 april, 2017, van <http://www.ccmo.nl/nl/help-mij-op-weg>
- De Hert, M., Correll, C.U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detrauw, J., Gautam, S., Möller, H.J., Ndetei, D.M., Newcomer, J.W., Uwakwe, R., & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10, 52-77.
- Delespaul, P., & Consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA) en hun aantallen in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55 (6), 427-438.
- De Mey, L., Çömlekçi, C, De Reuver, F, Van Waard, I., Van Gool, R., Scheerman, J..F, & Van Meijel, B.(2016). Oral Hygiene in Patients With Severe Mental Illness: A Pilot Study on the Collaboration Between Oral Hygienists and Mental Health Nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52(3), 194-200. doi: 10.1111/ppc.12117.
- De Roo, M.J., & Van Vuren, R.F. (2010). Gebitsproblemen door psychofarmaca. *Tandartspraktijk*, 31, 52-53.
- FDI World Dental Federation. (2017). *FDI's definition of oral health*. Geraadpleegd op 2 december, 2017, van <http://www.fdiworlddental.org/oral-health/vision-2020/fdis-definition-of-oral-health>
- Graphpad Software (versie 5.02) Graphpad Prism. USA: La Jolla California.
- Graphpad Software, Inc. (2017). *Graphpad QuickCalcs outlier calculator*. Geraadpleegd op 30 september 2017, van <https://www.graphpad.com/quickcalcs/Grubbs1.cfm>

- Hede, B. (1995). Dental health behaviour and self-reported dental health problems among hospitalized psychiatric patients in Denmark. *Acta Odontologica Scandinavica*, 53, 35-40.
- HyLown Consulting LLC. (2013-2017). *Power and Sample Size*. Geraadpleegd op 6 november 2017, van <http://powerandsamplesize.com/Calculators/>
- Kilbourne, A.M., Horvitz-Lennon, M., Post, E.P., McCarthy, J.F., Cruz, M., Welsh, D., & Blow, F.C. (2007). Oral health in Veterans Affairs patients diagnosed with serious mental illness. *Journal of Public Health Dentistry*, 67, 42-8.
- Kisely S., Baghaie H., Lalloo R., Siskind D., & Johnson N.W. (2015). A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and severe mental illness. *Psychosomatic Medicine*, 77(1), 83-92. doi: 10.1097/PSY.000000000000135.
- Kuipers, S., Malda, A., Kolthof, W., Van Dijk, H.M., & Boonstra, N. (2016). Mondzorg bij mensen met een psychotische stoornis. *Nurse academy GGZ*, 2, 18-22.
- NHS Tower Hamlets. (2015, augustus). *JSNA Factsheet – Oral health of adults*. Geraadpleegd op 2 maart 2018, van <https://www.towerhamlets.gov.uk/Documents/Public-Health/TH-JSNA-oral-health-of-adults-2015.pdf>
- Nielsen, J. Munk-Jørgensen, P., Skadhede, S., & Correl, C.U. (2011). Determinants of poor dental care in patients with schizophrenia: a historical prospective database study. *Journal Clinical Psychiatry*, 72 (2), 140-3. doi: 10.4088/JCP.09m05318yel
- Patel, R., & Gamboa, A. (2012). Prevalence of oral diseases and oral-health related quality of life in people with severe mental illness undertaking community based psychiatric care. *British Dental Journal*, 213, E16. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.989
- Persson, K., Axtelius, B., & Söderfeldt, B. (2009). Association of Perceived Quality of Life and Oral Health Among Psychiatric Outpatients. *Psychiatric Services*, 60 (11), 1552 – 1554.
- Persson, K., Axtelius, B. & Söderfeldt, M. (2010). Oral Health-related quality of life and dental status in an outpatient psychiatric population: A multivariate approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 62-70.

- Place, C., van Vught, M., Kroon, H., & Neijmeijer, L. (2011). *Modelbeschrijving Forensische (F)ACT. Richtlijnen voor de werkwijze en het zorgaanbod van forensische ACT- en FACT-teams*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Van der Meulen, M.J., Lobbezoo, F., John, M.T., & Naeije, M. (2011). Oral Health Impact Profile. Meetinstrument voor de invloed van de mondgezondheid op de levenskwaliteit. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 118, 134-139. doi: 10.5177/ntvt.2011.03.10178
- Verrips, G.H.W., & Schuller, A.A. (2011). De invloed van mondgezondheid op de levenskwaliteit van volwassen Nederlanders. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 118, 62-164. doi: 10.5177/ntvt.2011.03.10221
- Werkhoven, Y., Spreen, M., Buunk, B. & Schaub, R. (2004). Mondzorg in Dr S. Van Mesdag heeft meer om het lijf. *GGZet Wetenschappelijk*, 8 (2), 36-40.
- Werkhoven, Y. (2005) *Tanden & kiezen voor mijzelf en anderen. Mondgezondheid, subjectief welbevinden en sociaal gedrag* (Doctoraalscriptie). Sociale psychologie, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen.