



2014

Haalbaarheidsstudie mondzorg voor personen met bijzondere noden (HBN)



Inhoudstafel

A. Inleiding	p.5
B. Globaal Plan voor Duurzame Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden	p.7
1. Methodiek	p.7
2. Knelpunten	p.8
3. Mondzorgplatform	p.10
4. Mondzorgnetwerken	p.11
4.1. Dagelijkse mondzorg	p.11
4.2. Professionele mondzorg	p.12
4.3. Mondzorgnetwerk	p.13
4.3.1. Taken van het Mondzorgnetwerk	p.13
4.3.2. Schematische voorstelling van het Mondzorgnetwerk	p.15
4.3.3. Samenstelling Mondzorgnetwerk	p.15
4.3.4. Aantal Mondzorgnetwerken	p.16
5. Te creëren functies	p.17
5.1. Referentiepersoon mondzorg	p.17
5.2. Coördinerende Raadgevende Tandarts (CRT)	p.17
5.3. Mondzorgassistent	p.18
5.4. Mondzorgcentrum Bijzondere Noden	p.19
6. Toegankelijkheid van professionele mondzorg	p.21
6.1. Fysieke toegankelijkheid	p.21
6.1.1. Tandartspraktijk	p.21
6.1.2. Transport naar en van de tandartspraktijk	p.21
6.2. Toegankelijkheid van de tandarts	p.22
6.3. Alternatieven voor de reguliere tandartspraktijk	p.22
7. Sensibilisering	p.25
8. Opleiding	p.26
9. Financiële incentives	p.28
9.1. Identificeren van de rechthebbenden	p.28
9.2. Incentives voor de reguliere mondzorg	p.28

9.3. Incentives voor de specifieke mondzorg	p.29
9.4. Incentives voor de gespecialiseerde mondzorg	p.29
9.5. Incentives voor verplaatsing van pers. met bijzondere noden	p.29
10. Stappenplan	p.30
C. Pilootfase HBN	p.31
1. Werkwijze Pilootfase HBN	p.31
1.1. Doelstelling	p.31
1.2. Werkmethode	p.31
1.2.1. Sensibilisering	p.31
1.2.2. Mondzorgnetwerken	p.32
1.2.2.1. Pilootregio's	p.32
1.2.2.2. Centrale organisatie	p.32
1.2.2.3. Draaiboek	p.33
1.2.2.4. Reguliere mondzorg	p.35
1.2.2.5. Specifieke mondzorg	p.35
1.2.2.6. Gespecialiseerde mondzorg	p.36
2. Rapport Pilootfase HBN	p.37
2.1. Beschrijving van de deelnemende zorgorganisatie	p.37
2.1.1. Profiel van de deelnemende zorgorganisaties	p.37
2.1.2. Dagelijkse mondzorg in de deelnemende zorgorganisaties	p.37
2.1.2.1. Wie voert dagelijkse mondzorg uit?	p.38
2.1.2.2. Gebruik van mondzorgprotocollen?	p.38
2.1.2.3. Initiatieven voor dagelijkse mondzorg?	p.38
2.1.2.4. Verwerving kennis & vaardigheden inzake mondzorg	p.39
2.1.3. Tandheelkundige mondzorg deelnemende zorgorganisaties	p.39
2.1.3.1. Wie bewaakt de mondgezondheid?	p.39
2.1.3.2. Wie stelt mondgezondheidsprobleem vast?	p.40
2.1.3.3. Wie organiseert het tandartsbezoek?	p.40
2.1.3.4. Samenwerking met tandarts	p.40
2.1.3.5. Organisatie vervoer naar en van de zorgverstrekker	p.41
2.1.3.6. Communicatie tussen tandarts en zorgvrager nazorg	p.41

2.1.4. Samenvatting van het bestaande mondzorgbeleid in de deelnemende zorgorganisaties	p.42
2.2. Implementatie van de mondzorgnetwerken in de zorgorganisaties	p.43
2.2.1. Sensibilisatie	p.43
2.2.1.1. Evaluatie sensibilisatie door de zorgorganisaties	p.44
2.2.1.2. Compliance van de zorgorganisaties	p.44
2.2.1.3. Evaluatie van het project door de zorgorganisaties	p.46
2.2.1.4. Samenvatting van de evaluatie van de implementatie procedure door de zorgorganisaties	p.50
2.2.2. Implementatie van bestaande structuren voor tandheelkundige zorg in het mondzorgnetwerk	p.51
2.3. Tandheelkundige zorg binnen de mondzorgnetwerken	p.51
2.3.1. Kenmerken van de deelnemers	p.51
2.3.2. Mondgezondheidstoestand van de onderzochte personen	p.53
2.3.2.1. Aandeel tandeloze personen	p.54
2.3.2.2. Gebitsprothesen	p.56
2.3.2.3. Mondhygiëne	p.57
2.3.2.4. Droge mond	p.57
2.3.2.5. Pijn of ongemak	p.57
2.3.2.6. Zichtbare problemen in de mond	p.57
2.3.2.7. Parodontale conditie	p.57
2.3.3. Organisatie van de mondzorg	p.57
2.3.3.1. Coördinatiecel	p.57
2.3.3.2. Doorstroming van de zorgvraag	p.58
2.3.3.3. Vervoer van personen met bijzondere noden	p.58
2.3.4. Uitgevoerde tandheelkundige zorg	p.59
2.3.5. Samenvatting van de uitgevoerde tandheelkundige zorg binnen de mondzorgnetwerken	p.61
2.4. Mondzorgcentra Bijzondere Noden	p.62

D. Aanbeveling voor concrete uitwerking van het globaal plan voor duurzame mondzorg voor personen met bijzondere noden	p.63
1. Sensibilisering	p.63
2. Mondzorgnetwerken en Mondzorgplatform	p.64
2.1. Mondzorgplatform	p.64
2.2 Aantal Mondzorgnetwerken	p.64
2.3. Structuur Mondzorgnetwerk	p.65
2.4. Financiering Mondzorgplatform en Mondzorgnetwerken	p.65
2.5. Vergoeding van tandartsen voor reguliere mondzorg	p.66
2.6. Alternatieve vormen voor het verlenen van mondzorg	p.67
3. Gespecialiseerde mondzorg (Mondzorgcentrum Bijzondere Noden)	p.70
3.1. Doelgroep Mondzorgcentrum Bijzondere Noden en interactie met andere zorgpaden binnen het ziekenhuis	p.70
3.2. Aantal Mondzorgcentra Bijzondere Noden	p.71
3.3. Personeelsbezetting Mondzorgcentrum Bijzondere Noden	p.72
3.4. Infrastructuur Mondzorgcentrum Bijzondere Noden	p.72
3.5. Incentives voor de gespecialiseerde mondzorg	p.72
4. Optimalisatie van de toegankelijkheid van reguliere mondzorg	p.73
E. Slotbeschouwing & conclusie	p.74
F. Dankwoord	p.76
G. Bijlagen	p.77
H. Referenties	p.78

A. INLEIDING

Preventieve en curatieve mondzorg is van essentieel belang voor de mondgezondheid, voor de algemene gezondheid en voor de levenskwaliteit van elk individu. Goede mondgezondheid is voor iedereen een voorwaarde tot fysiek, psychisch en sociaal welzijn, ook voor de doelgroepen van deze studie, de personen met bijzondere noden zoals personen met beperkingen en kwetsbare ouderen. In België (2012) bestaan beide doelgroepen¹ naar schatting uit 565.812 personen. Een verwaarloosde mondgezondheid wordt in verband gebracht met ondervoeding, gewichtsverlies, systemische aandoeningen zoals diabetes, pneumonie, cardiovasculaire en cerebrovasculaire aandoeningen en het ontstaan van focale infecties (Nordenram ea., 1994; Strandberg, 2004; Nitschke en Müller, 2004; Ikebe ea., 2006; Ikebe ea., 2007; Kandelman ea., 2008). Uit nationaal en internationaal onderzoek blijkt dat de mondgezondheid van personen met bijzondere noden ondermaats is (Lamy ea., 1999; De Visschere ea., 2006; Hennequin ea., 2008; Anders en Davis, 2010). Naast andere studies (Gizani ea., 1997, Martens ea., 2000 en Leroy ea., 2012) bevestigen de resultaten van het Pilootproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden dit voor België (PBN-Rapport, 2010).

Het handhaven van een goede mondgezondheid ligt bij beide doelgroepen moeilijk omwille van de specificiteit van de zorgnoden en de lage graad van zelfredzaamheid van de betrokken personen. Uit een OESO-rapport (Lafortune en Balestat, 2007) blijkt daarenboven dat de graad van zorgbehoevendheid van kwetsbare ouderen naar de toekomst toe sterk zal toenemen. Gedurende het laatste decennium groeide de bewustwording rond mondgezondheid bij de zorgverleners van personen met beperkingen en kwetsbare ouderen. Internationaal en nationaal wordt er binnen de tandheelkundige wereld door de universiteiten en beroepsorganisaties sterk geijverd voor een betere begeleiding en verzorging van deze doelgroepen op vlak van mondzorg. Het ontbreken van een globale visie en een strategie op middellange en lange termijn, die ondersteund worden door de nodige financiële maatregelen, zorgen ervoor dat tot op vandaag in België weinig structurele vooruitgang werd geboekt in het voorkomen en opvangen van de grote nood aan mondzorg.

¹ Deze gegevens werden bekomen van de FOD Sociale Zekerheid Directeur-generaal Personen met een Handicap. Uit het rapport Pilootproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN) kan afgeleid worden dat hiervan 43% behoort tot de groep van de kwetsbare ouderen, 50% tot de groep van volwassen personen met een beperking en 7% tot de groep van personen van 18 jaar of jonger met een beperking.

Een aanzet tot verandering werd gegeven door een wetenschappelijke studie uitgevoerd in opdracht van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) door het Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw (VVT) in samenwerking met de universiteiten. De resultaten van deze studie zijn weergegeven in het Rapport Pilootstudie Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden en geven een duidelijk beeld van de problematiek van de mondgezondheid van personen met bijzondere noden. Het rapport bevat voorstellen voor concrete maatregelen en vormde de basis van de vervolgstudie “Haalbaarheidsstudie Bijzondere Noden” (HBN), uitgevoerd door het VVT in samenwerking met de betrokken partners, in opdracht van het RIZIV. Deze haalbaarheidsstudie bestaat uit twee delen. Het eerste deel bestaat uit een voorstel van een globaal plan voor duurzame mondzorg bij personen met bijzondere noden dat inmiddels werd uitgewerkt in samenwerking met een breed forum van diverse betrokken organisaties. De voorgestelde maatregelen van het PBN-rapport werden concreet uitgewerkt in het voorliggend rapport “Globaal Plan voor Duurzame Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden” (PBN-Rapport, 2010). Het globaal plan houdt het opnemen van mondzorg in het onderwijscurriculum van alle diverse zorgactoren in, het sensibiliseren van deze zorgactoren en het implementeren van gestandaardiseerde mondzorgprotocollen in de betrokken zorgorganisaties met aandacht voor de integratie van dagelijkse mondzorg in de persoonszorg. Verder dienen Mondzorgnetwerken opgericht te worden om preventieve en curatieve mondzorg te verlenen, met aandacht voor toegankelijkheid op basis van het gelijkheidsbeginsel en met respect voor de vrije keuze van de persoon met bijzondere noden. Meteen vormt dit rapport de basis voor het uitvoeren van het tweede deel van de “Haalbaarheidsstudie Bijzondere Noden”, de Pilootfase, waarbij belangrijke delen van het globaal plan in het werkveld uitgevoerd zullen worden om de haalbaarheid concreet te toetsen. Finaal zal dit resulteren in een tweede deel dat aan dit voorliggend rapport zal toegevoegd worden.

Door het aanreiken van concrete maatregelen, zal dit eindrapport aan de overheid de kans bieden om de nodige beslissingen te nemen om de mondgezondheid van personen met bijzondere noden te optimaliseren.

1. METHODIEK

Het verzekeringscomité van het RIZIV vertrouwde de opdracht van deze studie toe aan het Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw. Vertegenwoordigers van zorgorganisaties, opleidingscentra, beroepsverenigingen van de diverse betrokken zorgactoren, verzekeringsinstellingen en overheidsinstellingen werden meerdere malen uitgenodigd tot deelname aan het project. De opdracht werd ingedeeld in vijf werkpakketten waarin de werkzaamheden uitgevoerd werden onder begeleiding van de verantwoordelijken van de werkpakketten. Een zesde werkgroep stond in voor de coördinatie en de rapportering.

WP1 Preventiestrategie	Luc De Visschere
WP2 Taken en opleiding zorgverleners	Lies Verdonck
WP3 Toegankelijkheid tandartspraktijk	Diane Van Cleynenbreugel
WP4 Alternatieven reguliere tandartspraktijk	Steven De Mars
WP5 Centra Bijzondere Noden	Joke Duyck
WP6 Coördinatie en rapportering	Stefaan Hanson

De samenstelling van de werkgroepen en een alfabetische lijst van de leden van de adviescommissie zijn terug te vinden in bijlagen 1A en 1B.

De werkgroepen vergaderden tussen 30/11/11 en 27/06/12 en rapporteerden aan de plenaire adviescommissie, gevormd door alle leden van de werkgroepen, die maandelijks vergaderden. Voor de volledige rapporten van de werkgroepen zie bijlage 2. Het rapport werd opgemaakt door de werkgroep coördinatie en rapportering tussen juli en oktober 2012 met tussentijdse rapportering aan de adviescommissie.

De coördinatie van het project gebeurde door Stefaan Hanson, uitvoerend directeur Verbond der Vlaamse Tandartsen, en assistent coördinator Ellen De Clerck. Door de multi- en trans-disciplinaire benadering, die bekomen werd door het betrekken van de verschillende stakeholders, kwamen nog heel wat knelpunten aan het licht die in het eerste rapport nog niet werden gerapporteerd. Een overzicht van alle knelpunten wordt gegeven in het volgende hoofdstuk.

2. KNELPUNTEN

De Pilootstudie “Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden” toonde reeds aan dat er nauwelijks aan preventie wordt gedaan op vlak van mondzorg bij personen met bijzondere noden en dat er een grote zorgnood bestaat waaraan onvoldoende wordt tegemoet gekomen. De knelpunten die hiervoor verantwoordelijk zijn worden hierna in het kort omschreven. Voorstellen om deze knelpunten te remediëren komen verder aan bod in de hiernavolgende hoofdstukken (zie verwijzing tussen haakjes).

Knelpunten waarvoor concrete maatregelen nodig zijn:

- Ontoereikende preventie en inzicht in mondzorgnood bij zowel personen met bijzondere noden zelf als bij hun zorgactoren en begeleiders. In veel gevallen zijn de doelgroepen, zorgactoren en hun begeleiders onvoldoende in staat om mondproblemen te helpen voorkomen en te herkennen of is men onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden om deze problemen op te lossen/te remediëren (hoofdstuk 7 en 8).
- Ontoereikende dagelijkse mondzorg (persoonszorg) voor personen met bijzondere noden door:
 - ontoereikende vaardigheden van de zorgactoren betreffende mondgezondheid en mondzorg (hoofdstuk 8);
 - ontbreken van zorgactoren met een specifieke taak in het verlenen en ondersteunen van dagelijkse mondzorg (hoofdstuk 5.1);
 - ontbreken van ondersteuning door een tandarts van zorgactoren die dagelijkse zorg opnemen (hoofdstuk 5.2).
- Ontoereikende toegankelijkheid tot mondzorg door:
 - onvoldoende duidelijkheid waar de persoon met bijzondere noden en/of hun zorgactoren terecht kunnen met een zorgvraag (hoofdstuk 4);
 - onvoldoende fysieke toegankelijkheid: vervoer naar en van de tandartspraktijk verloopt moeilijk of niet en de toegankelijkheid van de tandartspraktijk is onvoldoende (hoofdstuk 6);
 - onvoldoende toegankelijkheid ten gevolge van drempels die door de tandarts ervaren worden: de specifieke problematiek van de doelgroep (o.a. algemeen medisch, op vlak van communicatie e.d.) (hoofdstuk 6) en het ontbreken van

bijkomende verloning van de extra inspanningen en tijd die behandeling vereist (hoofdstuk 9), geven aanleiding tot terughoudendheid bij tandartsen voor het behandelen van personen met bijzondere noden.

- Ontoereikende ondersteuning van tandartsen op vlak van het bijbrengen van kennis en/of het aanreiken van beschikbare infrastructuur/mobiliteit (hoofdstuk 5).
- Nood aan specifieke en gespecialiseerde mondzorg waarvoor bijzondere expertise of infrastructuur is vereist (hoofdstuk 5.4).
- Nood aan coördinatie van de interactie tussen de reguliere, specifieke en gespecialiseerde mondzorg (hoofdstuk 5.4).

3. MONDZORGPLATFORM voor Personen met Bijzondere Noden

Het rapport “Pilotstudie Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden” concludeerde dat een globale aanpak voor mondzorg noodzakelijk is om de grote zorgnood binnen de doelgroepen te remediëren.

Een globale aanpak betekent dat alle knelpunten verholpen worden. De oplossingen die voorgesteld worden moeten niet noodzakelijk simultaan, maar wel op coherente en geïntegreerde wijze verwezenlijkt worden.

Voor het duurzaam uitvoeren van het globaal plan van aanpak is een beleids- en bestuursorgaan met een rechtspersoon noodzakelijk, namelijk het “Mondzorgplatform voor Personen met Bijzondere Noden”. In dit platform dienen alle betrokken beleidsinstanties vertegenwoordigd te zijn.

Opdrachten van het Mondzorgplatform Bijzondere Noden:

- bepalen van criteria voor het identificeren van de betrokken doelgroepen;
- regelen van de financiering van de diverse onderdelen van het globaal plan;
- installeren en toezicht houden op de werking van de Mondzorgnetwerken (punt 4);
- inhoud van de noodzakelijke opleidingen bepalen;
- sensibiliseringsprogramma maken en de Mondzorgplatformen begeleiden bij het uitvoeren van de sensibilisering o.a. met behulp van logistieke hulpmiddelen, zoals het creëren en beheren van de portaalsite die ook de websites van de Mondzorgnetwerken groepeert (punt 7);
- overleg plegen met verschillende stakeholders;
- evalueren en beleidsadviezen formuleren.

Wettelijk kader voor het oprichten van het Mondzorgplatform Bijzondere Noden

Gelet op de huidige Belgische staatsstructuur en de daaruit voortvloeiende versnippering van bevoegdheden, lijkt het aangewezen dat een samenwerkingsakkoord wordt gesloten tussen de Federale Staat, de Gemeenschappen en de Gewesten met het oog op de gezamenlijke oprichting van het Mondzorgplatform.

4. MONDZORGNETWERKEN voor Personen met Bijzondere Noden

Een Mondzorgnetwerk biedt een kader waarin de diverse zorgactoren instaan voor de integrale mondzorg voor personen met bijzondere noden.

Naast het begeleiden en bewaken van de dagelijkse mondzorg (preventie) reikt het Mondzorgnetwerk ook professionele mondzorg (preventie en curatie) aan.

4.1. DAGELIJKSE MONDZORG (PERSOONSZORG)

Dagelijkse mondzorg omvat het dagelijks bewaken van de mondgezondheid aan de hand van evidence-based mondhygiënemaatregelen en voedingsadviezen.

Voor personen met fysieke en/of mentale beperkingen en kwetsbare ouderen blijkt het zelf uitvoeren van dagelijkse mondzorg moeilijk, onvoldoende haalbaar of zelfs onmogelijk.

Daarom wordt de dagelijkse mondzorg van deze personen met bijzondere noden noodzakelijkerwijze bewaakt of uitgevoerd door de zorgactoren (verzorgenden, zorgkundigen, verpleegkundigen, opvoeders, mantelzorgers, vrijwilligers, ...) die verantwoordelijk zijn voor de persoonszorg. Mondgezondheidsvriendelijke voeding is een belangrijk onderdeel van de preventieve mondzorg bij personen met bijzondere noden. Hieraan dient de nodige aandacht besteed te worden gedurende de sensibilisering (punt 7). Mondgezondheidsvriendelijke voeding zal ook aan bod komen in de opleiding van de diverse zorgactoren (punt 8).

Om de zorgactoren te ondersteunen en te begeleiden in het implementatieproces van dagelijkse mondzorg wordt voorgesteld om beroep te doen op de Coördinerend Raadgevend Arts (indien voorhanden) en een Coördinerend Raadgevend Tandarts en/of een Referentie persoon Mondzorg (zie punt 5, te creëren functies). Het globaal plan voorziet een sensibiliseringstrategie met inbegrip van procedures, gestandaardiseerde protocollen en concrete adviezen (punt 7) om preventieve en curatieve mondzorg op een participatieve wijze in elke zorgorganisatie te implementeren. Tevens worden in het hoofdstuk opleiding (punt 8) voorstellen geformuleerd om de kennis, vaardigheden en attitude van zorgactoren met betrekking tot mondzorg te bevorderen.

Gedurende de implementatieprocedure worden de zorgactoren van de zorgorganisatie begeleid door de referentiepersoon mondzorg (punt 5.1) die binnen de zorgorganisatie verantwoordelijk is voor het integreren van mondzorg in de persoonszorg.

De referentiepersoon mondzorg wordt best begeleid en ondersteund door een coördinerend raadgevend tandarts (punt 5.2).

4.2. PROFESSIONELE MONDZORG

Voor de professionele mondzorg worden 3 zorgniveaus gedefinieerd die de termen eerste-, tweede- en derdelijnszorg vervangen:

- Reguliere mondzorg is de mondzorg die verleend wordt door een algemeen tandarts (al dan niet de vaste tandarts of huistandarts), parodontoloog, orthodontist of stomatoloog zonder dat hiervoor bijzondere expertise of infrastructuur is vereist.
- Specifieke mondzorg is de mondzorg waarvoor bijzondere expertise of infrastructuur vereist is zoals bv. narcodontie binnen een ziekenhuissetting of het inzetten van mobiele eenheden.
- Gespecialiseerde mondzorg is de specifieke mondzorg die uitgevoerd wordt in een ziekenhuis waar een dienst voor mondzorg bij personen met bijzondere noden is voorzien (punt 5.4).

Deze 3 zorgniveaus zijn dus gelinkt aan de behandelsetting, de problematiek en de gezondheidstoestand, eerder dan uitsluitend aan de behandelende tandarts. Een algemeen tandarts kan gespecialiseerde zorg bieden, wanneer hij/zij omkaderd wordt door een centrum met specifieke infrastructuur waardoor behandeling van personen met bijzondere noden veilig uitgevoerd kan worden.

De professionele mondzorg voor personen met bijzondere noden moet zoveel mogelijk verleend worden in het eerste zorgniveau, namelijk de reguliere mondzorg, waarbij de persoon de vrije keuze van zorgverlener behoudt. Bij doorverwijzing naar specifieke of gespecialiseerde mondzorg omwille van de nood aan bijzondere expertise of infrastructuur, dient zoveel als mogelijk voor de vervolgbehandelingen terug verwezen te worden naar de reguliere zorg. Eventueel kan een “vlechtbeleid” gehanteerd worden waarbij de patiënt in onderling overleg door de reguliere huistandarts en door een tandarts in de specifieke of gespecialiseerde zorg behandeld en opgevolgd wordt, afhankelijk van de aard van de behandeling of als overgang naar het volledig overnemen van de zorg door de huistandarts.

In geval van een vraag naar professionele mondzorg, is het de persoon zelf of een betrokken zorgverlener die de eerste stap moet zetten naar het Mondzorgnetwerk.

Idealiter kan de zorgvraag onmiddellijk opgevangen worden door de vaste tandarts (huistandarts) van de betrokken persoon met bijzondere noden. Als de huistandarts hierbij nood heeft aan advies of bepaalde infrastructuur, dan kan hij/zij hiervoor contact opnemen met het Mondzorgnetwerk.

Als een persoon met bijzondere noden echter geen huistandarts heeft, kan de zorgvraag gekanaliseerd worden via de coördinerende raadgevende tandarts of via het Mondzorgnetwerk.

De professionele mondzorg voor personen met bijzondere noden is vaak ontoereikend omdat het vinden van en de toegang tot optimale zorg niet eenvoudig is. Het voorgestelde Mondzorgnetwerk heeft daarom o.a. als doel een persoon met een behandelvraag vlot tot bij de meest geschikte tandarts met de nodige expertise en infrastructuur te krijgen. Bijlage 3 geeft aan welke informatie (nood aan advies, expertise, infrastructuur, vervoer, anesthesie) de zorgvrager door het Mondzorgnetwerk tot bij een geschikte tandarts leidt. Voor de uitvoering hiervan heeft elk Mondzorgnetwerk een coördinatiecel.

4.3. MONDZORGNETWERK

Het Mondzorgplatform Bijzondere Noden installeert en beheert meerdere Mondzorgnetwerken. Deze Mondzorgnetwerken worden geografisch gespreid over het land, bij voorkeur samenvallend met bestaande zorggebieden.

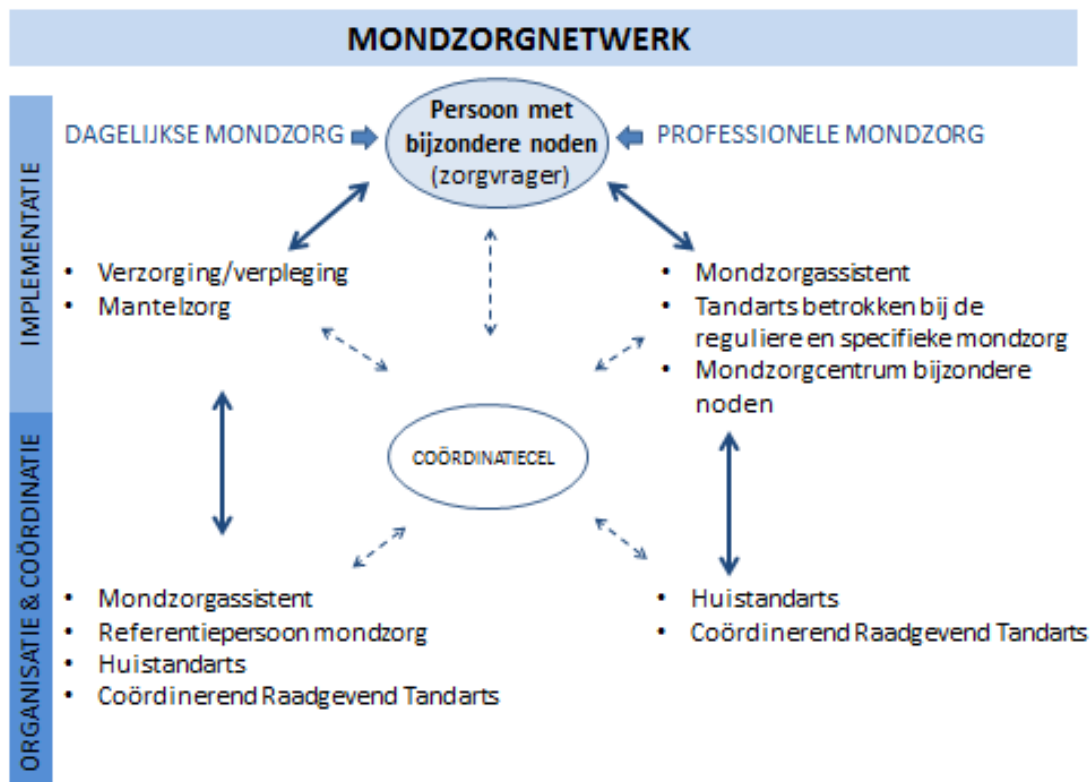
Een Mondzorgnetwerk bestaat uit de verschillende zorgactoren die instaan voor de organisatie, coördinatie en realisatie van zowel de dagelijkse als de professionele mondzorg van personen met bijzondere noden. Ieder Mondzorgnetwerk beschikt over een coördinatiecel die o.a. zorgvragen doorheen het Mondzorgnetwerk kanaliseert en die logistiek ondersteunt.

4.3.1. Taken van het Mondzorgnetwerk

- Uitvoeren van de sensibiliseringsstrategie vastgelegd door het Mondzorgplatform (punt 7).

- Kanaliseren van adviesvragen: als een zorgactor nood heeft aan bijkomende informatie voor het verlenen van mondzorg, kan hij/zij beroep doen op de coördinatieceel om deze zorgactoren in contact te brengen met iemand die het advies kan verlenen.
- Aanreiken van aangepaste mondzorg via de Mondzorgnetwerken: de coördinatieceel heeft zicht op de professionele mondzorgverleners, hun expertise, locatie, beschikbaarheid, contactgegevens, mogelijkheden, enz. Hierdoor kan de coördinatieceel mensen met een zorgvraag doorverwijzen naar zorgverleners die de specifieke nood kunnen invullen. Deze doorverwijzing kan zijn naar reguliere zorg, maar eveneens naar specifieke of gespecialiseerde zorg. De coördinatieceel speelt indien nodig ook een ondersteunende rol in de contacten tussen de 3 zorgniveaus.
- Coördinatie van het vervoer van personen met bijzondere noden: indien aangepast vervoer nodig is om een persoon met bijzondere noden toegang te verlenen tot professionele mondzorg, kan voor de organisatie hiervan een beroep gedaan worden op de coördinatieceel.
- Coördinatie van mondzorg aan huis indien de persoon met bijzondere noden niet vervoerd kan worden: indien een persoon met bijzondere noden niet vervoerd kan worden omwille van fysieke, mentale problemen of praktische bezwaren, dan kan een beroep gedaan worden op zorgverleners en apparatuur die naar de persoon toegaan.
- Beheer en logistieke organisatie van specifiek instrumentarium, mobiele apparatuur, mobiele eenheden, mobiele praktijken, e.d.
- Stroomlijnen van de communicatie tussen alle personen die betrokken zijn in het zorgnetwerk, in het bijzonder de ondersteuning van de interactie tussen de 3 zorgniveaus en de zorgvrager.
- Evaluatie en rapportering van de werking van het Mondzorgnetwerk aan het Mondzorgplatform.

4.3.2. Schematische voorstelling Mondzorgnetwerk



4.3.3. Samenstelling Mondzorgnetwerk

Gezien de diversiteit van de taken van de Mondzorgnetwerken zal hun personeelsbestand bestaan uit coördinerende raadgevende tandartsen, mondzorgassistenten en administratief personeel en zullen ze beschikken over mobiele apparatuur en eenheden. In de tweede fase van de haalbaarheidsstudie zal uitgetest worden hoe groot het personeelsbestand moet zijn per Mondzorgnetwerk en wat de goede verhouding is tussen de verschillende personeelsleden, rekening houdend met de geografische spreiding van de doelgroepen.

4.3.4. Aantal Mondzorgnetwerken

In Vlaanderen zouden de Mondzorgnetwerken eventueel kunnen samenvallen met de SEL's.²
(15)

In de Federatie Wallonië-Brussel zouden de taken van het Mondzorgnetwerk eventueel kunnen samenvallen met de GDT's.³

² Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg: een door de Vlaamse Regering erkend samenwerkingsverband van vertegenwoordigers van zorgaanbieders en eventueel van vertegenwoordigers van mantelzorgers of vrijwilligers, dat gericht is op de optimalisatie van de zorg binnen een geografisch afgebakend werkgebied.

³ Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

5. TE CREËREN FUNCTIES

5.1. REFERENTIEPERSOON MONDZORG (zie ook bijlage 2)

De Referentiepersoon Mondzorg is een persoon die mee instaat voor de integratie van mondzorg in de dagelijkse zorg voor personen die opgenomen zijn in een organisatie. Deze persoon heeft bijkomende expertise en beschikt over tijd om binnen de zorgorganisatie de aandacht en betrokkenheid voor mondzorg van de zorgvragers met bijzondere noden hoog te houden. Organisatie van de opleiding gebeurt door de hogescholen, naar analogie van de bestaande referentie-opleidingen: palliatieve zorg, wondzorg, dementie, diabetes,...

In de gehandicaptenzorg is dit begrip nog niet gekend.

- Taken:
 - coördinatie en ondersteuning van het uitvoeren van dagelijkse mondzorg bij personen met bijzondere noden van de zorgorganisatie;
 - contacteren van de coördinerend raadgevend tandarts (CRT) in geval van professionele zorgvraag of vermoeden van zorgnood bij een persoon;
 - opvolgen van initiatieven rond mondzorg binnen de organisatie in samenwerking met de coördinerend raadgevend tandarts;
 - rapportering omtrent initiatieven en personen met bijzondere noden. Dit kan tevens een controlemiddel zijn in geval dat de referentiepersoon mondzorg voor deze functie bijkomend vergoed wordt;
 - educatie en preventie.

- Profiel:
 - verpleegkundige
 - mondzorgassistent

5.2. COÖRDINEREND RAADGEVEND TANDARTS (CRT)

De CRT is een tandarts die binnen een bepaalde zorgorganisatie deel uitmaakt van een Mondzorgnetwerk en de verantwoordelijkheid opneemt met betrekking tot het bewaken van en het verlenen van mondzorg voor een persoon met bijzondere noden.

Een CRT is steeds gekoppeld aan de arts(en) die verantwoordelijk is/zijn voor het gezondheidsbeleid binnen de zorgorganisatie in overleg met de huisartsen.

- Taken:
 - ondersteunen en begeleiden van de zorgactoren met betrekking tot de integratie van mondzorg in de dagelijkse persoonszorg;
 - opvolgen van de uitvoering van de mondgezondheid van de personen met bijzondere noden van de zorgorganisatie op vlak van dagelijkse mondzorg en eventuele nood aan professionele mondzorg;
 - inschatten van de mondzorgnood van personen met bijzondere noden en het concreet organiseren van de zorg;
 - ondersteunen van de verantwoordelijke arts(en) bij het uitstippelen van een kwalitatief mondzorgbeleid in de zorgorganisatie;
 - ondersteunen van de verantwoordelijke arts(en) bij de organisatie en het realiseren van de continue opleiding van de zorgactoren in verband met mondzorg.
- Profiel:
 - algemeen tandarts

5.3. MONDZORGASSISTENT

De mondzorgassistent zal op voorschrift van de tandarts bepaalde zorgen kunnen toedienen.

- Taken:

Voor de gedetailleerde taakomschrijving van de mondzorgassistent wordt gewacht op de wetgeving die deze zal bepalen.
- Profiel:

HBO 5 of professionele bachelor

5.4. MONDZORGCENTRUM BIJZONDERE NODEN

Een Mondzorgcentrum Bijzondere Noden is een aparte entiteit binnen een ziekenhuis waar gespecialiseerde mondzorg bij personen met bijzondere noden wordt uitgevoerd.

- Taken:
 - Bieden van gespecialiseerde zorg:
 - zorg waarvoor bijzondere expertise vereist is;
 - zorg waarvoor specifieke infrastructuur vereist is (vb. mogelijkheid tot algemene anesthesie) mogelijkheid tot hospitalisatie.
 - Ondersteuning van tandartsen werkzaam binnen de reguliere en specifieke mondzorg door:
 - ter beschikking stellen van expertise, verstrekken van informatie waardoor de tandarts zelf de persoon met bijzondere noden verder kan behandelen/opvolgen;
 - “vlechtbeleid” (zie 4.2.);
 - organiseren van peer review en permanente vorming binnen de netwerken.

- Aantallen:

Uitgaande van een voorbeeldmondzorgcentrum uit het buitenland wordt gedacht aan 1 mondzorgcentrum per 2 miljoen inwoners (dus voor een 100.000-tal personen met bijzondere noden), hetgeen 3 mondzorgcentra in Vlaanderen, 1 in Brussel en 2 in Wallonië zou betekenen.

Het voorbeeldmondzorgcentrum wordt toegelicht in bijlage 4 en wordt als voorbeeld gebruikt omwille van de vergelijkbare context.

De concrete invulling wordt uitgetest in de Pilootfase.

- Personeelsbezetting:

Opnieuw gebaseerd op ervaringen van buitenlandse mondzorgcentra (bijlage 5), wordt geschat dat per mondzorgcentrum 10 tandartsen, 10 tandartsassistenten, 5

mondzorgassistenten, 2 FTE administratie, 2 verpleegkundigen en 2 anesthesisten nodig zijn.

- Infrastructuur aangepast aan de doelgroep:
 - onthaal met balie en secretariaat, wachtruimte en aangepaste parkeermogelijkheden;
 - sanitaire voorzieningen;
 - een ruimte voor de ingrepen onder anesthesie en sedatie en de nodige apparatuur (o.a. afzuiging, zuurstof/lachgas, mogelijkheid tot monitoring vitale parameters), recoveryruimte, verschillende tandheelkundige units;
 - bijkomende infrastructuur noodzakelijk omwille van de eigenheid van de beoogde patiëntengroep en het type zorg (vb. verplaatsbaar RX-toestel, personenlift, douche);
 - ruimte voor overleg met begeleiding, ondersteunende functies en administratie, materiaalpost en stockageruimte.

Wettelijk kader voor het oprichten van het Mondzorgcentrum Bijzondere Noden

FOD Volksgezondheid: Financiering, Infrastructuur en Personeelsbezetting

Adviesorgaan: Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen

Toepasselijke reglementering:

In het Koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, moet de “Dienst voor gespecialiseerde mondzorg bij personen met bijzondere noden” worden opgenomen met details over de architectonische, functionele en organisatorische normen waaraan deze diensten moeten voldoen.

De minimum bedcapaciteit en de bezettingsgraad dient te worden vastgelegd in het Koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de Bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

Koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

6. TOEGANKELIJKHEID VAN PROFESSIONELE MONDZORG

Er zijn verschillende drempels die professionele mondzorg voor personen met bijzondere noden moeilijk maken. Hieronder worden voorstellen geformuleerd om de toegankelijkheid van professionele mondzorg te verbeteren.

6.1. FYSIEKE TOEGANKELIJKHEID

6.1.1. Tandartspraktijk

De tandartspraktijk moet zo ingericht zijn dat toegang en zorg op een comfortabele manier verleend kan worden aan personen met bijzondere noden (zie bijlage 6A en 6B).

De bestaande wetgeving (zie bijlage 2) omtrent de toegankelijkheid van de tandartspraktijk is hierbij richtinggevend. Om de praktijk gemakkelijk toegankelijk te maken moet de nodige informatie beter verspreid worden onder tandartsstudenten, tandartsen en architecten van firma's die tandheelkundige installaties plaatsen.

Voorstellen:

- financiële incentives voorzien voor aanpassingen;
- de toegankelijke praktijken kenbaar maken door middel van een logo;
- de nodige informatie ter beschikking op de website van het Mondzorgplatform toevoegen.

6.1.2 Transport naar en van de tandartspraktijk

Personen met bijzondere noden zijn veelal minder mobiel en moeilijker vervoerbaar.

Daarom moet voor het vervoer naar en van de tandartspraktijk vaak beroep gedaan worden op gespecialiseerd vervoer.

Een analyse van de vervoersmogelijkheden toont aan dat er onvoldoende informatie voorhanden is over de verschillende mogelijkheden (zie bijlage 2).

De kostprijs van het transport varieert sterk en ook dit kan een drempel zijn.

Voorstellen:

- de nodige informatie ter beschikking stellen op de website van het Mondzorgplatform;

- overleg plegen met de instanties die betrokken zijn bij gespecialiseerd vervoer van personen met bijzondere noden;
- financiële incentives.

6.2. TOEGANKELIJKHEID VAN DE TANDARTS

Omwille van de specifieke problematiek van personen met bijzondere noden bestaat er een terughoudendheid bij tandartsen om deze doelgroep te behandelen.

Dit zou geremedieerd kunnen worden door:

- Opleiding
 - verbreden en verdiepen van de kennis van de eigenheid van personen met bijzondere noden;
 - verbeteren van de houding ten aanzien van personen met bijzondere noden.

Bijkomende opleiding zou aangeboden kunnen worden in vb. het stagejaar, accrediteringscyclus, specifieke opleidingsmodules, enz.

- Ondersteuning
 - inwinnen van advies van collega-zorgverleners in de specifieke of gespecialiseerde mondzorg (coördinatiecel);
 - “vlechtbeleid” (zie 4.2.).
- Financiële incentives

6.3. ALTERNATIEVEN VOOR DE REGULIERE TANDARTSPRAKTIJK

Wanneer personen met bijzondere noden niet in staat zijn om vervoerd te worden naar een tandartspraktijk, zal de tandarts tot bij hen moeten komen. Dit kan aan de hand van mobiele tandartspraktijken of door het inrichten van een tandartspraktijk in de zorgorganisatie waar deze personen met bijzondere noden verblijven.

Bij de professionele mondzorg van personen met bijzondere noden staat de huistandarts of reguliere tandarts centraal. Een mobiele praktijk en/of behandelruimte in zorgvoorzieningen is hierbij een aanvulling waarbij criteria als zorgafhankelijkheid en transporteerbaarheid een basis voor patiënten selectie kunnen zijn.

Overzicht mogelijke alternatieven

	Ouderenzorg WZC ⁴	Personen met beperkingen Intern-extern	Thuiszorg
Draagbare tandheelkundige unit	R	R	R
Uitlaadbare mobiele tandartspraktijk	R	R	M
Mobiele tandartspraktijk in truck	R	R	M
Vaste tandartspraktijk in zorgvoorziening	R	R	G
Basisapparatuur enkel voor preventie aanwezig in behandelruimte van zorgvoorziening	R	R	G
Teletandheelkunde	R	R	R

Symbolen: R = reëel alternatief

M = mogelijk alternatief

G = geen alternatief

De verscheidene alternatieven dienen complementair te zijn aan de reguliere zorg.

De uitdaging bestaat erin om in een situatie van zorgnood het meest efficiënte alternatief in te zetten rekening houdend met de 5 A's (bijlage 7).

- Availability of beschikbaarheid
- Accessibility of toegankelijkheid
- Acceptability of aanvaardbaarheid
- Affordability of betaalbaarheid
- Adequacy of aangepastheid

⁴ Woonzorgcentrum

De configuraties van de alternatieven, zoals voorgesteld in bijlage 8, zijn niet restrictief. Op basis van binnen- en buitenlandse projecten worden achtereenvolgens het noodzakelijke materiaal, bestaafing, uit te voeren behandelingen, doelgroepen en voor-en nadelen besproken.

Een uitgebreide kosten-baten analyse van ieder alternatief wordt in bijlage 9 gemaakt. Uiteraard kan men parameters toevoegen of verwijderen om zo de totale kostprijs te bepalen.

In elke situatie wordt gestreefd naar optimale inzet van een team, met aandacht voor taakdifferentiatie en het efficiënt inzetten van mensen en middelen.

7. SENSIBILISERING

De sensibilisering is een belangrijk basisonderdeel van het globaal plan voor duurzame mondzorg. De strategie voor het uitvoeren van de sensibilisering wordt uitvoerig omschreven in bijlage 2.

De sensibilisering wordt uitgevoerd door de coördinatiecellen binnen de Mondzorgnetwerken in samenwerking met de overkoepelende (beroeps)organisaties van de zorgactoren en mantelzorgers. Het wordt aanbevolen om hiervoor ook beroep te doen op professionele organisaties met expertise in (mond)gezondheidspromotie (bijlage 2).

De sensibilisering richt zich in eerste instantie tot alle zorgactoren van de Mondzorgnetwerken zoals orthopedagogen, opvoeders, verpleegkundigen, zorgkundigen, verzorgenden, paramedici (ergokine logo, diëtisten, animatie,...) artsen (geriaters, coördinerende raadgevende artsen, huisartsen, artsen verbonden aan de zorgorganisaties), stomatologen, kaakchirurgen, tandartsen, mondzorgassistenten, tandartsassistenten, referenten mondzorg en de mantelzorgers.

Elke zorgactor en mantelzorger moet geïnformeerd worden over het globaal plan voor duurzame mondzorg dat bestaat uit preventieve en curatieve mondzorg. Inhoudelijk wordt de sensibilisering afgestemd op de specifieke functies van de zorgactor of mantelzorger.

Een syllabus mondzorg met een beschrijving van de implementatieprocedure, bijhorende mondzorg protocollen en mondzorg werkfiches zijn essentieel om de sensibilisering uit te voeren. Aandachtspunten zijn preventief ondersteunende maatregelen (screening), gezondheidsvoorlichting en opvoeding (brochures) en gezondheidsbewaking en bescherming (preventieadviezen). De syllabus kan ondersteund worden met audiovisueel en educatief materiaal.

Alle hulpmiddelen voor de sensibilisering zijn voor alle zorgactoren en mantelzorgers toegankelijk via de website van het Mondzorgplatform (punt 3).

Het is ook wenselijk dat de personen met bijzondere noden zelf en hun mantelzorgers door middel van een aangepaste strategie gesensibiliseerd worden.

8. OPLEIDING

Kwalitatief hoogwaardige mondzorg voor personen met bijzondere noden vergt een bijzonder zorgconcept, namelijk een brede en multidisciplinaire aanpak van de doelgroepen. De toekomst is er dan ook op gericht dat alle betrokken zorgactoren nauwer gaan samenwerken om integrale, doelmatige en kwalitatief hoogwaardige mondzorg aan deze personen te leveren. Er zullen dan ook nieuwe en intensievere samenwerkingsverbanden moeten ontstaan tussen de tandheekkundige professionals en andere professionals in de zorgketen.

Aandachtspunten zijn:

- beschikken over algemeen beroepsgerichte en beroepsspecifieke competenties en het verwerven van bijkomende competenties, afhankelijk van de specifieke taak binnen de mondzorg voor personen met bijzondere noden;
- verwerven van kennis over mondgezondheid en mondzorg met betrekking tot personen met bijzondere noden;
- communicatie en omgang met de persoon met bijzondere noden;
- patiëntgericht werken (informatie overbrengen, luisteren en begrijpen, overtuigen);
- regie voeren (plannen en organiseren, afstemmen, verantwoordelijkheid nemen);
- professionaliteit (ethisch handelen, grenzen stellen, openstaan voor vernieuwing, eigen professie ontwikkelen).

Het voorstel tot aanvullende/bijkomende opleiding of navorming richt zich op de bestaande opleidingen van stomatologen, tandartsen, tandartsassistenten enerzijds en anderzijds op verpleegkundigen en zorgkundigen, verzorgden, paramedici (ergotherapeuten, kinesisten, logopedisten en diëtisten), artsen (gerieters en gerontologen, CRA's, huisartsen, artsen verbonden aan zorgorganisaties), orthopedagogen, opvoeders en opvoedsters en maatschappelijk werkers in de zorg, en in de toekomst ook op mondzorgassistenten en referentiepersonen mondzorg. Ook voor mantelzorgers en vrijwilligers is via de geijkte

kanalen en organisaties naast sensibilisatie een opleidings-/informatieaanbod aan te bevelen.

Aandachtspunten zijn:

- verwerven van relevante wetenschappelijke kennis ten behoeve van de behandeling van deze personen met bijzondere noden;
- verwerven van kennis op het gebied van andere relevante medische problematiek, namelijk daar waar het gaat om de problematiek van ouderen en andere groepen met bijzondere noden;
- communicatie met bijzondere zorggroepen in de mondzorg;
- vervullen van leidinggevende functie in een breed samengesteld team;
- kennis van verschillende samenwerkingsvormen in de mondzorg;
- mogelijkheden tot taakherschikking;
- horizontale en verticale verwijzing in de mondzorg.

Binnen de opleidingen en navormingen van alle andere professionals in de zorgketen en mantelzorgers dient mondgezondheid en mondzorg nadrukkelijker in het curriculum of de opleiding geplaatst en moet het onderwerp gestructureerde aandacht krijgen. Het uiteindelijke doel bestaat er in tandheelkundige professionals en andere professionals in de zorgketen nog beter op te leiden en zo de nodige competenties te verwerven tot het uitvoeren van goede mondzorg en het bewaken van de mondgezondheid van de personen met bijzondere noden.

9. FINANCIËLE INCENTIVES

Om de toegankelijkheid van de mondzorg te verhogen, moeten de financiële drempels voor de doelgroepen verlagen en de honorering van de tandheelkundige zorgactoren verbeteren. Prioritair moet ernaar gestreefd worden om de mondzorg van personen met bijzondere noden vooral te laten gebeuren op het reguliere zorgniveau.

9.1. IDENTIFICEREN VAN DE RECHTHEBBENDEN

Criteria voor het identificeren van de personen met bijzondere noden, die in aanmerking komen voor de financiële incentives, dienen bepaald te worden, met oog op uniformiteit. Dit kan een eerste opdracht zijn voor het Mondzorgplatform, met referentie naar het rapport Piloot Project Bijzondere Noden (pag. 6-31). Het hanteren van selectiecriteria houdt in dat personen ten onrechte kunnen uitgesloten worden. Dit moet zoveel mogelijk vermeden worden.

De coördinatiecel organiseert een overleg met een arts van de zorgorganisatie en de raadgevend tandarts om na te gaan of de persoon in kwestie in aanmerking komt voor verhoogde tegemoetkoming voor mondzorg. Hiervoor ontwikkelt het Mondzorgplatform een procedure van toewijzing van recht op verhoogde tegemoetkoming voor mondzorg met het oog op uniformiteit voor alle coördinatiecellen.

9.2. INCENTIVES VOOR DE REGULIERE MONDZORG

- Voorstellen van aanpassingen RIZIV nomenclatuur: de bestaande nomenclatuur voor de behandelingen van kinderen openstellen voor de doelgroep volwassen personen met een beperking en kwetsbare ouderen. Dat betekent geen remgeld voor de patiënt en een betere honorering voor de prestatie;
- Creëren van extra nomenclatuur nummers bijzondere noden die gekoppeld worden aan de bestaande nomenclatuur zoals voor de kleeftechniek bij vullingen, met telkens een forfaitair bedrag dat kan veranderen volgens de waarde van “K” bijvoorbeeld zoals voor de wachtprestaties;
- Voorzien van forfaitaire vergoedingen;
- Betalen op tijdsbasis: de tijd nodig om een patiënt met bijzondere noden te verzorgen zal verschillen per patiënt en afhangen van de technische behandeling die

zal uitgevoerd worden (voorbeeld in Nederland-www.nmt.nl vademecum tandheelkunde);

- Voorzien van een vergoeding voor de opleiding van en de aanstelling als referentiepersoon: voor de woonzorgcentra kan deze vergoeding in het RIZIV-forfait verwerkt worden, naar analogie met het gedeelte palliatieve zorg of dementie. Hoe deze vergoeding voor de gehandicaptensector of de thuiszorg/-verpleging dient te gebeuren, zal aan deze sectoren zelf bevestigd moeten worden;
- Voorzien van een vergoeding voor de bijkomende taken van de verzorgenden/verpleegkundigen.

9.3. INCENTIVES VOOR DE SPECIFIEKE MONDZORG

- aanpassen van de consultatie thuis, momenteel kan dit enkel op voorschrift van de huisarts;
- voorzien van een verplaatsingsvergoeding voor de zorgverstrekkers;
- aanpassen van nomenclatuur van mondzorg onder narcose (anesthesisten en tandartsen).

9.4. INCENTIVES VOOR DE GESPECIALISEERDE MONDZORG

- vergoeden van de consultatie voor gehospitaliseerde patiënten;
- voorzien van financiële ondersteuning voor het oprichten van mondzorgcentra;
- voorzien van financiële ondersteuning voor de werking van de mondzorgcentra.

De financieringsmechanismen van de mondzorgcentra zullen bestudeerd worden in de Pilootfase.

9.5. INCENTIVES VOOR DE VERPLAATSING VAN DE PERSONEN MET BIJZONDERE NODEN

- voorzien van bijkomende vergoeding voor verplaatsingen en begeleiding tijdens de verplaatsing in functie van mondzorg.

10. STAPPENPLAN

Het uitvoeren van dit Globaal plan vereist een maatschappelijke en politieke wil om tegemoet te komen aan de noden van deze behartigenswaardige doelgroep. Gezien het een primaire doelstelling is om een globale aanpak te realiseren moet in eerste instantie overleg gepleegd worden tussen alle betrokken beleidsorganen (intergouvernementeel).

Los van de intergouvernementele beslissing tot uitvoering van het globaal plan kunnen enkele zeer concrete acties ondernomen worden op korte termijn:

- het globaal plan van aanpak onder de aandacht brengen van alle actoren en belanghebbenden;
- aanvatten van de optimalisatie van de opleidingen door aanpassing van de opleidings- en nascholingscriteria. Hiertoe wordt o.a. een aanpassing van de deelgebieden in de Reglementering Accreditering voor tandartsen voorgesteld;
- creëren van financiële incentives via nomenclatuurwijzigingen in het Akkoord Tandartsen – Ziekenfondsen 2013/2014;
- overleg starten met alle betrokkenen over de coördinatie en integratie van de vele bestaande initiatieven voor het verplaatsen van patiënten met bijzondere noden;
- bepalen van criteria voor het identificeren van de rechthebbenden in beide doelgroepen;
- aanpassen van de nomenclatuur voor de narcose.

Na principiële beslissing tot uitvoering van het globaal plan kunnen onderstaande stappen gefaseerd uitgevoerd worden. De volgorde van de opsomming hieronder is niet richtinggevend voor de prioriteit van uitvoering.

- erkennen, opleiden, financieren van mondzorgassistenten;
- oprichten en operationeel maken van het Mondzorgplatform;
- oprichten en operationeel maken van de Mondzorgnetwerken;
- oprichten en operationeel maken van de Mondzorgcentra;
- erkenning, opleiding, financiering van mondzorgreferenten;
- uitvoeren van de sensibiliseringsacties.

1. WERKWIJZE PILOOTFASE HBN

1.1. DOELSTELLING

Het Globaal Plan dat hierboven beschreven staat en als tussentijds rapport werd goedgekeurd door de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen (NCTZ) op 14/11/12 voorziet o.a. het installeren van een Mondzorgplatform, het oprichten van Mondzorgnetwerken inclusief Mondzorgcentra en het installeren van Coördinerende Raadgevende Tandartsen en Logistieke cellen, geografisch verspreid over het land. Verder wordt de sensibilisering centraal gesteld en worden er naast de tandheelkundige zorgverlening in de reguliere tandartspraktijk alternatieven voorgesteld voor het verlenen van de noodzakelijke preventieve en curatieve zorg met aandacht voor patiëntenvervoer en voor de vrije keuze van de zorgvrager.

Het doel van de pilootfase was om de praktische haalbaarheid van de voorgestelde structuren te testen in het werkveld, inclusief het nodige personeelsbestand, met het oog op het formuleren van eventuele aanpassingen van de voorstellen en het opmaken van voorstellen van budgettering voor de uitvoering van het Globaal Plan ten behoeve van de relevante RIZIV structuren.

1.2. WERKMETHODE

1.2.1. Sensibilisering

De sensibiliseringsmethodiek is uitvoerig beschreven in het Globaal Mondzorgplan (p.25) en omvat het informeren van de betrokken zorgactoren en het implementeren van mondzorgprotocollen binnen de Mondzorgnetwerken.

Daarnaast is het de bedoeling om een performante website/webapplicatie te ontwikkelen die toegankelijk is voor alle betrokkenen en waarop de sensibiliseringsmaterialen en informatie in verband met de planning van de zorgverlening en de organisatie van het vervoer van patiënten ter beschikking staat.

Het opzetten van een dergelijke website/webapplicatie vergt maanden studie en programmering en was dus noch praktisch, noch financieel haalbaar binnen het korte tijdsbestek van de haalbaarheidsstudie.

Het uittesten van de implementatie van de sensibilisering gebeurde daarom aan de hand van een pilootversie van website die ontwikkeld werd binnen bestaande ICT structuren van het VVT. Zie bijlage 10 voor de inhoud van de website die ontwikkeld werd in het kader van de pilootfase.

1.2.2. Mondzorgnetwerken

1.2.2.1. Pilootregio's

De installatie van Mondzorgnetwerken werd uitgetest in 5 verschillende regio's om na te gaan of de diversiteit van de regio's invloed heeft op de aard van de zorgorganisaties en de aard en omvang van de zorgverlening. Initieel werden vier regio's voorgesteld waarvan twee in Vlaanderen, één in Brussel en één in Wallonië. Dankzij de inzet van Dr. Lies Verdonck, die het belang van de haalbaarheidsstudie motiveerde, kwam de provincie Vlaams-Brabant over de brug met bijkomende financiering (€ 50.000), waardoor de pilootstudie ook in Vlaams-Brabant kon uitgevoerd worden.

De pilootstudie werd uitgevoerd in de Kempen, Gent en West-Vlaanderen, Leuven-Zaventem, Brussel en Henegouwen (zie bijlage 11).

1.2.2.2. Centrale organisatie

Christine Van Meir (Kempen), Michel De Decker (Gent en West-Vlaanderen), Steven De Mars (Leuven-Zaventem), Diane Van Cleynenbreugel (Brussel en Henegouwen) en Genevieve Delheusy (Brussel en Henegouwen) fungeerden als coördinerende raadgevende tandartsen (CRT's) en de overige verantwoordelijken van het HBN-project (Joke Duyck, Lies Verdonck en Luc De Visschere) werkten de projecten in detail uit en stonden de CRT's bij. De coördinatie van de pilootfase gebeurde door Stefaan Hanson en de logistieke cel opereerde vanuit het VVT, met name door Ellen De Clerck die werd bijgestaan door een junior assistent (zie C punt 2.3.3.1.; p.57)

Er werden 2 tandartsassistenten aangesteld voor de begeleiding van de zorgverlening op verplaatsing. Zij waren ook verantwoordelijk voor de wagens en de mobiele tandheelkundige apparatuur (zie C punt 2.5.; p.67)

1.2.2.3. Draaiboek

In eerste instantie werden aan de hand van de databestanden van de PBN-studie (2011) alle zorgorganisaties (232), die betrokken zijn in de zorg voor de personen met bijzondere noden van de 5 geselecteerde regio's, per brief (bijlage 12) uitgenodigd om te participeren in de mondzorgnetwerken.

De zorgorganisatoren die interesse hadden, werden in tweede instantie telefonisch gecontacteerd om hen meer in detail te informeren en te bevragen in verband met algemene karakteristieken van hun zorgorganisatie (bijlage 13).

Aangezien het aantal geïnteresseerde zorgorganisaties niet te groot was konden ze allen opgenomen worden in de haalbaarheidsstudie.

Alle tandartsen in de betrokken 5 regio's werden geïnformeerd over het pilootproject en gemotiveerd om als reguliere tandarts te fungeren in het mondzorgnetwerk.

Daarnaast werden uit de totale populatie van Belgische tandartsen gedurende de maand februari 2013, tandartsen gerekruteerd (bijlage 14) die bereid waren om deel te nemen aan het pilootproject om specifieke zorgverlening uit te voeren in de verblijfplaats van de zorgvragers.

In de geselecteerde zorgorganisaties in de 5 regio's werd een sensibiliseringsactie opgezet zoals omschreven op pagina 25 en bijlage 2 van het HBN-rapport.

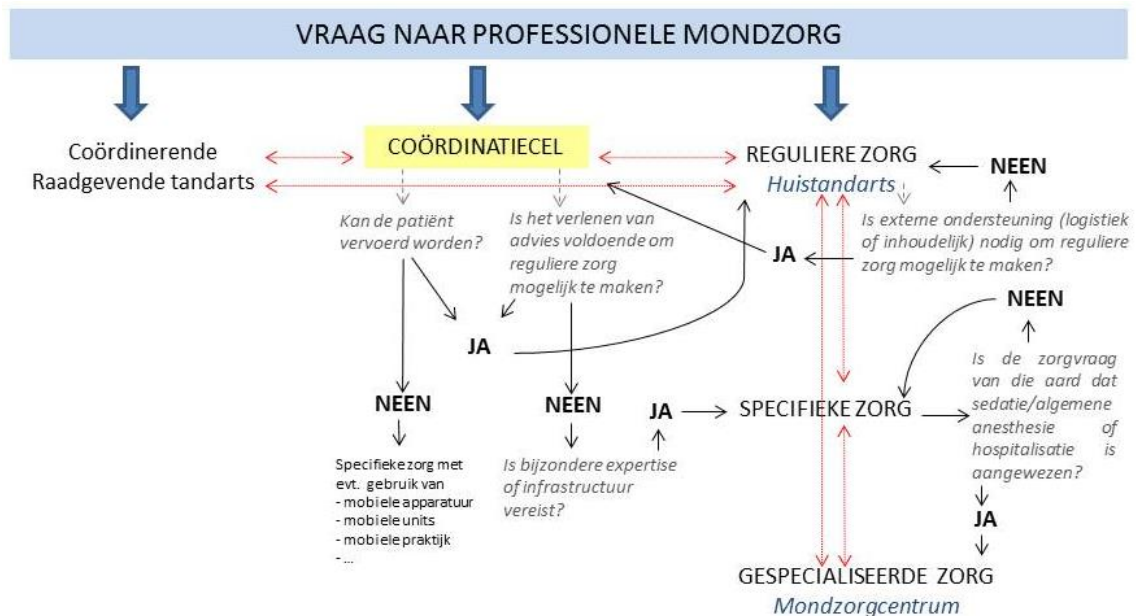
In eerste instantie werd er overleg gepleegd met de verantwoordelijken van de betrokken zorgorganisaties waarbij het opzet en verloop van de haalbaarheidsstudie beknopt werd toegelicht. Verder werd uitvoerig informatie verschaft over de procedure voor het implementeren van de mondzorgprotocollen in de organisatie met als doel mondzorg duurzaam te integreren in de dagelijkse zorg van de zorgvragers. Op basis van dit overleg werd binnen de organisatie beslist wie aanwezig diende te zijn op de vormingsmomenten. Tijdens de theoretische vorming (4u) werd het Globaal Mondzorgplan toegelicht, alsook het opzet en verloop van de haalbaarheidsstudie. Daarnaast werd ook concrete vorming

gegeven over de mondzorgprotocollen voor dagelijkse mondzorg en over de te volgen implementatieprocedure op maat van het profiel van de zorgactoren en de zorgvragers. De beschrijving van de implementatieprocedure, de bijhorende mondzorgprotocollen en mondzorgfiches werden ter beschikking gesteld. Deze informatie was ook te raadplegen op de website www.specialdent.be.

De CRT bleef beschikbaar voor verdere vragen en toelichting bij de uitwerking van de protocollen.

Binnen de zorgorganisaties, werden alle personen met bijzondere noden gevraagd om deel te nemen aan de haalbaarheidsstudie. Na akkoord, werd de mondgezondheid en eventuele mondzorgnood van deze mensen gescreend door de CRT aan de hand van een eenvoudig gestandaardiseerd mondonderzoek (bijlage 15).

In geval van een concrete zorgvraag op vlak van mondzorg werd de betrokken persoon aangeraden contact op te nemen met de huistandarts. Indien de patiënt geen huistandarts had of indien deze niet over de nodige expertise of infrastructuur beschikte, kon de vraag doorgespeeld worden aan de CRT of de coördinatieceel. In samenspraak met de zorgvrager, de zorgorganisatie, de CRT en eventueel de mantelzorger werd naar de meest geschikte oplossing gezocht om de mondzorgnood te verhelpen met respect voor de vrije keuze van de zorgvrager. Figuur 1 illustreert hoe een persoon met een zorgvraag terecht kon bij de meest geschikte zorgverlener. De begrippen 'reguliere, specifieke en gespecialiseerde mondzorg' worden toegelicht op pagina 35-36 van dit rapport.



Figuur 1

1.2.2.4. Reguliere mondzorg

Reguliere mondzorg bij de huistandarts van de betrokken persoon werd aangemoedigd, eventueel met ondersteuning voor het organiseren van het vervoer van de zorgvrager naar en van de tandarts. Indien reguliere zorg niet mogelijk bleek, werden mogelijkheden nagegaan voor het regelen van specifieke of eventueel gespecialiseerde mondzorg.

1.2.2.5. Specifieke mondzorg

Indien vervoer van de patiënt niet mogelijk bleek, zocht de logistieke cel een andere oplossing om mondzorg tot bij de zorgvrager te brengen met aandacht voor optimale tijd- en kostenefficiëntie.

Hoewel de zorgverlening bij voorkeur door de huistandarts in de reguliere praktijk of in een tandartsstoel in de zorginstelling wordt uitgevoerd, is dit in bepaalde gevallen niet mogelijk omwille van fysieke (mobiliteitsprobleem) of mentale problemen (vb. verwardheid als gevolg van afwijkingen in dagelijks patroon). In dergelijke gevallen is het aangewezen de zorg te verlenen in de leefomgeving van de persoon.

In de haalbaarheidsstudie werd in dergelijke situaties omwille van de kosteneffectiviteit en vaak op vraag van de zorgorganisaties gekozen de zorg te verlenen door een “mobiele eenheid”. Deze mobiele eenheid is samengesteld uit een tandarts, een tandartsassistente, een mobiele tandartsinstallatie met RX toestel en een wagen. De tandartsassistente fungeerde als vaste begeleider van de mobiele eenheid en was verantwoordelijk voor het dagelijks onderhoud. Een tandarts uit het aanbod van medewerkende tandartsen werd door de logistieke cel opgeroepen volgens beschikbaarheid.

1.2.2.6. Gespecialiseerde mondzorg

Mondzorgcentra voor personen met bijzondere noden zijn entiteiten binnen een ziekenhuis waar gespecialiseerde mondzorg geboden wordt. Het Globaal Mondzorgplan voorziet dat Mondzorgcentra daarnaast ook een belangrijke rol hebben in de ondersteuning van de tandartsen werkzaam in de reguliere en specifieke mondzorg door het ter beschikking stellen van expertise en het organiseren van peer reviews en permanente vorming. Dit moet een optimaal vlechtbeleid tussen specifieke/gespecialiseerde mondzorg en reguliere standaardzorg faciliteren.

2. RAPPORT PILOOTFASE HBN

2.1. BESCHRIJVING VAN DE DEELNEMENDE ORGANISATIES

Er werden 232 zorgorganisaties uitgenodigd om deel te nemen aan de Haalbaarheidsstudie Bijzondere Noden. Hiervan namen 32 zorgorganisaties effectief deel. Deze 32 zorgorganisaties waren verantwoordelijk voor de zorg van in totaal 4.745 personen met bijzondere noden.

2.1.1. Profiel van de deelnemende zorgorganisaties

Tabel 1 geeft de diversiteit aan van het aanbod aan verschillende vormen van zorg en wonen. Van de populatie van de personen met bijzondere noden waren 65% ouderen, waarvan 24% zwaar zorgafhankelijke ouderen. De verhouding personen met fysieke versus mentale beperkingen bedraagt respectievelijk 10 en 25%.

Tabel 1: Verblijfsituaties van de personen met bijzondere noden (n=32)

	Dag- verblijf	Volledig verblijf	Serviceflat	WZC	Thuiszorg	Ander	Totaal	%
Personen met fysieke beperkingen	77	155	0	65	112	7	416	10
Personen met mentale beperkingen	20	242	0	319	112	394	1087	25
Rustoord ouderen (ROB)	25	232	180	1099	63	167	1766	41
Zwaar zorgafhankelijke ouderen (RVT)	0	197	164	605	60	0	1026	24
Andere	0	7	0	0	0	38	45	1

De totale onderzochte groep bestond uit 1295 (27%) personen waarvan 441 personen (34%) met beperkingen en 854 kwetsbare ouderen (66%).

Niet alle gegevens werden ingevuld door een aantal organisaties waardoor de totale capaciteit van 4.340 personen verschilt met het aantal in tabel 14.

2.1.2. Bestaande dagelijkse mondzorg in de deelnemende zorgorganisaties

Aan de hand van vragenlijsten, speciaal voor deze praktijk gerichte studie opgesteld, werden gegevens verzameld in verband met het uitvoeren van mondzorg bij personen die in zorgorganisaties verblijven. Van 8 zorgorganisaties werden er geen gegevens bekomen en dus zijn onderstaande gegevens het resultaat van gegevens van 24 van de in totaal 32 deelnemende organisaties.

Er kon meer dan 1 optie aangegeven worden als antwoord en in de tabellen (sectie 1.2 en 1.3) werden enkel de meest relevante antwoorden weergegeven.

2.1.2.1. Wie voert dagelijkse mondzorg uit?

In slechts 1 organisatie wordt mondzorg zelfstandig uitgevoerd door de persoon met bijzondere noden zelf. In meer dan 8 op de 10 organisaties werd aangegeven dat mondzorg dagelijks werd uitgevoerd door een verpleegkundige/verzorgende/opvoeder/mantelzorger. De resultaten van de mondhygiëne gescoord door de onderzoekers (zie verder), tonen aan dat de mondhygiëne bij 37% van de onderzochte personen eerder slecht tot zeer slecht werd gescoord.

Tabel 2: Wie voert dagelijkse mondzorg uit in de organisatie (n=24)?

De pbn is hier zelf verantwoordelijk voor en voert dit zelf uit [A]	1
De pbn voert dagelijks mondzorg uit en wordt hierbij geholpen door een verpleegkundige/verzorgende/opvoeder/mantelzorger [B]	3
Dit is een deel van de dagelijkse verzorging die uitgevoerd wordt door een verpleegkundige/verzorgende/opvoeder/mantelzorger [C]	16
[A] + [C]	1
[B] + [C]	1
[A] + [B] + [C]	2

2.1.2.2. Worden binnen de organisatie protocollen in verband met de dagelijkse mondzorg (mondhygiëne/voeding) gebruikt? Zo ja, welke?

Drie organisaties gebruiken een protocol opgemaakt door de universiteit Gent.

Eén organisatie gebruikt een mondzorgfiche. Daarnaast gebruiken enkele organisaties een protocol voor specifieke situaties zoals bij klachten (n=1), palliatieve patiënten (n=4), slikproblematiek (n=2), sondevoeding (n=1) en bij voedselproblematiek (n=1).

In één organisatie werd een project 'Mondzorg' uitgevoerd door studenten van de universiteit Gent.

Algemeen kan gesteld worden dat in de meeste organisaties geen algemeen, uniform protocol voor mondzorg wordt gebruikt.

2.1.2.3. Welke initiatieven werden/worden ondernomen voor dagelijkse mondzorg?

Uit de antwoorden blijkt dat de organisaties mondzorg niet op een gestructureerde manier uitvoeren. Meestal blijft het bij *ad hoc* initiatieven.

2.1.2.4. Op welke manier worden kennis en vaardigheden verworven door verpleegkundigen/zorgkundigen/opvoeders/mantelzorgers voor het verlenen van de dagelijkse mondzorg? (vb. bijscholing intern, bijscholing extern, schriftelijke communicatie, mondelinge communicatie, internet,...)?

Volgende initiatieven werden gemeld door de zorgorganisaties:

- organiseren van interne vorming;
- deelnemen aan externe bijscholing;
- opleiding mondzorg tijdens palliatieve fase;
- infosessie mondzorg door parodontoloog, bezoekende tandarts of stagiair die eindwerk maakt over mondhygiëne;
- interne coaching;
- mondelinge en schriftelijke communicatie of per mail of via dagboek;
- richtlijnen verspreid via hoofdverpleegkundige of via bewonersbespreking;
- mondzorg opnemen in zorgplan/behandelingsplan per bewoner.

2.1.3. Bestaande tandheelkundige zorg in de deelnemende zorgorganisaties

2.1.3.1. Wie bewaakt de mondgezondheid van de personen met bijzondere noden?

In 82% van de zorgorganisaties (19/23) wordt de mondgezondheid bewaakt door een zorgverlener van de organisatie al dan niet aangevuld door de persoon zelf of de familie/mantelzorger.

In 5 organisaties wordt dit bijkomend bewaakt door o.a. de medische dienst, de tandarts of de arts verbonden aan de organisatie.

Tabel 3: Wie bewaakt de mondgezondheid van de persoon met bijzondere noden (n=23)?

De persoon met bijzondere noden zelf [A]	1
De familie/mantelzorgers [B]	2
Een medewerker van de organisatie [C]	4
Andere	5
[A] + [B]	1
[A] + [C]	1
[B] + [C]	7
[A] + [B] + [C]	7

2.1.3.2. Door wie gebeurt meestal de vaststelling van een mondgezondheidsprobleem ?

In bijna alle organisaties met uitzondering van 1 wordt een mondgezondheidsprobleem vastgesteld door een medewerker van de organisatie al of niet bijkomend door de persoon zelf (2), de mantelzorg (5) of beiden (8).

In 5 organisaties wordt dit bijkomend bewaakt door o.a. de medische dienst, de tandarts of de arts verbonden aan de organisatie.

Tabel 4: Wie stelt een mogelijk mondgezondheidsprobleem meestal vast (n=24)?

De persoon met bijzondere noden zelf [A]	1
De familie/mantelzorgers [B]	0
Een medewerker van de organisatie [C]	8
Andere	5
[A] + [C]	2
[B] + [C]	5
[A] + [B] + [C]	8

2.1.3.3. Wie organiseert het tandartsbezoek?

Het organiseren van de tandheelkundige zorg gebeurt in 100% van de gevallen door een medewerker van de organisatie al of niet bijkomend door de persoon zelf (1), de familie/mantelzorg (6) of beiden (2).

In 1 organisatie wordt dit bijkomend bewaakt door de directie.

Tabel 5: Wie organiseert het tandartsbezoek bij een vraag naar tandheelkundige zorg (n=24)?

De persoon met bijzondere noden zelf [A]	0
De familie/mantelzorgers [B]	0
Een medewerker van de organisatie [C]	14
Andere	3
[A] + [C]	1
[B] + [C]	6
[A] + [B] + [C]	2

2.1.3.4. Samenwerking met tandarts

Twaalf van de 32 deelnemende organisaties verwijzen door naar een tandarts waar de organisatie mee samenwerkt al of niet bijkomend ook naar de huistandarts van de persoon (1), tandarts die naar de instelling komt (4) of beiden (3).

Eén organisatie doet enkel beroep op een tandarts in de buurt en één organisatie stuurt de patiënten naar een ziekenhuis waar een dienst is voor rolstoelgebruikers.

Tabel 6: Op wie doet men beroep als er een nood aan tandheelkundige zorg bestaat (n=24)?

Doorverwijzing naar zijn/haar vroegere tandarts [A]	5
Tandarts die naar de instelling komt [B]	4
Doorverwijzing naar tandarts waarmee de organisatie samenwerkt [C]	4
Andere	2
[A] + [B]	2
[A] + [C]	1
[B] + [C]	4
[A] + [B] + [C]	3

2.1.3.5. Organisatie van vervoer naar en van de zorgverstreker (tandarts)

De 2 meest vermelde mogelijkheden voor het regelen van het vervoer zijn het beroep doen op een medewerker van de organisatie om het vervoer te regelen (n=15) of dat de persoon op eigen kracht gaat en hierbij begeleid wordt door familie/mantelzorg (n=14).

Als alternatieve mogelijkheden werden vermeld: aangepast vervoer in beheer van de organisatie, medewerkers begeleiden steeds de persoon met bijzondere noden en de familie/mantelzorg rijdt zelf.

Tabel 7: Indien een PBN een afspraak heeft met een tandarts in zijn/haar praktijk, hoe wordt het vervoer dan geregeld (n=24)?

De persoon met bijzondere noden gaat op eigen kracht naar de tandarts [A]	7
De persoon met bijzondere noden gaat op eigen kracht en wordt begeleid door familie/mantelzorg [B]	14
De persoon met bijzondere noden gaat op eigen kracht naar de tandarts en wordt begeleid door iemand van de organisatie [C]	9
De persoon met bijzonderen noden doet beroep op een organisatie die gespecialiseerd vervoer regelt [D]	7
De familie/mantelzorger doet beroep op organisatie die gespecialiseerd vervoer regelt [E]	5
Een medewerker van de organisatie doet beroep op een organisatie die speciaal vervoer regelt [F]	15

2.1.3.6. Communicatie tussen de tandarts en de zorgvrager i.v.m. de nazorg

De 2 meest vermelde methoden van communicatie tussen de persoon met bijzondere noden en de tandarts zijn mondelinge en schriftelijke communicatie met de begeleider.

Andere vormen van communicatie zijn een elektronische communicatiefiche, communicatie met (hoofd)verpleegkundige) eventueel telefonisch of via formulier van de organisatie.

Tabel 8: Hoe verloopt nadien de communicatie tussen de tandarts en de zorgvrager i.v.m. de nazorg?

De communicatie gebeurt met de persoon met bijzondere noden	6
Er wordt een formulier meegegeven dat dient ingevuld te worden door de behandelende tandarts	4
De mondelinge communicatie gebeurt met de begeleider	12
De schriftelijke communicatie gebeurt met de begeleider	10
Er is geen communicatie	2
Andere	8

2.1.4. Samenvatting van het bestaande mondzorgbeleid in de deelnemende organisaties

- De groep van zorgorganisaties die hebben deelgenomen was divers op vlak van woon- en zorgvormen. Personen met bijzondere noden die in een thuissituatie verblijven waren sterk onder vertegenwoordigd.
- Vijf en dertig procent van de personen met bijzondere noden die deelnamen aan de haalbaarheidsstudie bestond uit personen met beperkingen en 65 procent uit ouderen.
- Op één organisatie na waren alle personen met bijzondere noden afhankelijk van derden voor mondzorg met betrekking tot het uitvoeren van de dagelijkse mondhygiëne.
- De mondhygiëne scoorde slecht of eerder slecht en verloopt in de meeste zorgorganisaties niet op een gestructureerde manier. Er werd in de meeste zorgorganisaties geen mondzorg protocol gebruikt. Indien er een protocol wordt gebruikt dan is dit enkel voor patiënten in de palliatieve zorgfase. De zorgorganisaties hadden veelal een te optimistische kijk op de uitgevoerde mondzorg.
- De belangrijkste initiatieven die genomen worden voor mondzorg zijn communicatie, het verhogen van de aandacht bij de zorgverleners en het stimuleren van de personen met bijzondere noden.
- Interne en externe vorming en mondelinge en schriftelijke communicatie zijn de meest vermelde manieren om kennis en vaardigheden van de zorgverleners te verhogen. De mondgezondheid wordt bewaakt door de zorgverleners en ook door de familie en mantelzorg. Deze stellen de mogelijke problemen vast en organiseren een tandartsbezoek en het vervoer. Er wordt dan beroep gedaan op een tandarts waar de organisatie mee samenwerkt, op de huistandarts of op de tandarts die naar de organisatie komt. De communicatie met de tandarts gebeurt hoofdzakelijk door de begeleider.

2.2. IMPLEMENTATIE IN DE ZORGORGANISATIES VAN DE MONDZORGNETWERKEN

2.2.1. Sensibilisatie

In dit hoofdstuk wordt de evaluatie van het implementeren van de sensibilisatie door de zorgorganisaties weergegeven.

Diverse aspecten van de implementatieprocedure (sensibilisering en preventie) werden gedurende de haalbaarheidsstudie kwantitatief en kwalitatief geëvalueerd. De kwantitatieve bevraging gebeurde aan de hand van een vragenlijst met 21 vragen met een VAS-schaal. Bij elke vraag kon de respondent commentaar geven. De kwalitatieve evaluatie gebeurde aan de hand van een focusgroepgesprek.

In totaal werden er 43 vragenlijsten ontvangen van 32 medewerkende zorgorganisaties. De vragenlijsten konden elektronisch of in hard copy (tijdens focusgroepgesprek) ingevuld worden. Slechts 24 organisaties vulden de vragenlijst volledig in. Hiervan werden voor 7 organisaties meerdere vragenlijsten ingevuld door verschillende actoren. Indien er meerdere vragenlijsten werden ingevuld door één organisatie dan werden deze herleid tot één vragenlijst door per vraag de gemiddelde score te berekenen.

De gemiddelde leeftijd van de personen die de vragenlijst invulden was 41 jaar (SD 10.5) met 21 jaar voor de jongste en 58 voor de oudste participant. De mediaan was 42 jaar.

De participanten waren als volgt verdeeld op vlak van functie: directeur (2), afdelingshoofd (1), hoofdverpleegkundige (9), verpleegkundige (16), sociaal verpleegkundige (1), thuisverpleegkundige (1), begeleider (1) en zorgkundigen (2).

Vijftien deelnemers waren lid van een mondzorgteam en 16 waren geen lid.

Data werden ook bekomen door middel van een focusgroepgesprek (n=13) bestaande uit 1 afdelingshoofd, 4 hoofdverpleegkundigen, 7 verpleegkundigen en 1 thuisverpleegkundige. Alle deelnemers waren vrouw en de gemiddelde leeftijd was 40 jaar (range 21-54). Deze personen werkten in 6 woonzorgcentra.

De hiernavolgende resultaten zijn gebaseerd op deze kwantitatieve en kwalitatieve bevragingen.

2.2.1.1. Evaluatie van de sensibilisatie door de zorgorganisaties

Tabel 9 geeft de antwoorden voor vragen in verband met de sensibilisatie. Deze omvatte het uitvoerig toelichten van het project, de implementatieprocedure en de mondzorgprotocollen door de onderzoeker.

Tabel 9: Vragen in verband met de sensibilisatie en implementatieprocedure

Vraag	Gemiddelde (SD)	Range
1. Werd het Globaal Plan voor mondzorg voor personen met bijzondere noden voldoende duidelijk toegelicht door de initiatiefnemer van dit project?	7.7 (1.96)	3-10
19. In welke mate hebt u de website (Specialdent) geraadpleegd tijdens het project?	3.01 (2.78)	0-7

De toelichting van het project door de onderzoekers werd als goed tot zeer goed ervaren (8/10). De uitleg was duidelijk en voldoende. In een 2-tal organisaties werd aangegeven dat de informatie niet doorstroomde naar de personen die deze nodig hadden. Eén organisatie oordeelde dat de concrete acties niet zo duidelijk waren bij de aanvang. In een andere organisatie gaf iemand aan enkel op de hoogte te zijn gesteld via interne vergaderingen en mail.

De website met info over het project werd door heel wat zorgorganisaties weinig geraadpleegd. Redenen (zonder rangorde) hiervoor waren: onvoldoende gekend, aanmeldingsproblemen en er werd voldoende informatie verschaft door de tandartsen.

2.2.1.2. Compliance van de zorgorganisaties

De mate waarin de zorgorganisatie de protocollen heeft opgevolgd wordt weergegeven in Tabel 10.

Tabel 10: Vragen in verband met het toepassen van de protocollen als deel van de implementatieprocedure

Vraag	Gemiddelde (SD)	Range
2. Werd het Globaal Plan voor mondzorg voor personen met bijzondere noden op voldoende wijze in jullie organisatie uitgevoerd?	7.4 (1.73)	3-10
6. Werden alle personen met bijzondere noden waarvoor jullie organisatie zorg aanbiedt, betrokken in dit mondzorgproject?	60% (28)	10-100%

7. Werden alle medewerkers van de organisatie betrokken in dit project?	62% (33)	10-100%
9. Wordt een mondzorgdossier opgesteld voor alle personen met bijzondere noden?	65% (34)	0-100%
13. Wordt bij het doorverwijzen van personen met bijzondere noden naar de reguliere tandarts voor allen een verwijsformulier meegegeven?	51% (70)	0-100%
14. Wordt het verwijsformulier door de reguliere tandartsen die personen met bijzondere nood hebben behandeld telkens ingevuld terug bezorgd?	38% (45)	0-100%
11. Beschikken alle personen met bijzondere noden over het gepaste materiaal nodig voor hun mondhygiëne?	6.86 (3.15)	0-10

Voor de vraag 'In welke mate het globaal plan op voldoende wijze werd uitgevoerd' was het gemiddelde 7.4. Deze vraag was door sommigen moeilijk te beantwoorden omdat men enkel zicht had op de afdeling waar men werkt. Voor de thuiszorg werkte er slechts één persoon mee.

Een deel van de participanten gaf aan dat het plan voldoende werd toegepast en dat alle bewoners er werden bij betrokken. Men gaf aan dat continue sensibilisering (heropfrissing) nodig zal zijn.

Anderen gaven aan dat alles traag op gang kwam of dat het nog niet vlot liep, maar de medewerkers stonden er wel voor open. In één zorgorganisatie verliep de opvolging moeilijk omdat er geen mobiele unit ter plaatse kwam en voor een andere zorgorganisatie was de tijd te kort omdat ze pas op het einde van de studieperiode gestart zijn.

De zorgorganisaties gaven aan dat gemiddeld 60 of meer procent van de personen met bijzondere noden of medewerkers van de organisatie betrokken werden in dit project. Er werd een mondzorgdossier opgesteld voor gemiddeld 65% van de personen met bijzondere noden.

Redenen waarom dit bij sommige personen met bijzondere noden niet gebeurde waren weigering van de persoon of omdat de persoon in kortverblijf verbleef of omdat dit niet voorzien was in het elektronisch patiëntendossier.

Oorzaken bij de medewerkers waren te laat ingelicht te zijn, te weinig tijd, verkeerde of onvoldoende informatie doorstroming. In sommige organisaties waren slechts enkele

personen betrokken zoals o.a. alleen de directeur, de hoofdverpleegkundige, een verpleegkundige, een referentiepersoon, enkel het personeel van de deelnemende leefgroepen of vooral de personen die dagelijks in de verzorging staan waren betrokken en de begeleiding. Een respondent gaf aan dat het initiatief er wel was, maar het was moeilijk om te verwezenlijken.

Er werd slechts in de helft van de gevallen een verwijsformulier meegegeven bij het doorverwijzen van personen met bijzondere noden naar de reguliere tandarts. Vijf organisaties gaven aan dat dit niet van toepassing was omdat men een samenwerking had met een tandarts die in de organisatie komt. Een aantal organisaties geven aan dat dit formulier niet voorhanden was of dat er enkel een elektronisch in te vullen formulier bestond of dat dit formulier verloren ging.

In slechts 38% van de gevallen werd het verwijsformulier door de reguliere tandarts die personen met bijzondere nood had behandeld ingevuld terug bezorgd. Ook hier was deze vraag niet van toepassing voor 6 organisaties. In één organisatie wist men dit niet en in een andere gebeurde dit niet omdat de afspraak en follow up door de familie gebeurde.

De personen met bijzondere noden beschikten in bijna 7 op 10 van de gevallen over het gepaste materiaal dat nodig is voor hun mondhygiëne. (vb. gebitsprotheseborstel of tongschraper). In een aantal zorgorganisaties was het materiaal afwezig omdat men er nog mee bezig was of omdat het voor het coördinerend diensthoofd geen prioriteit was. Een zorgorganisatie betwijfelde het nut van dit materiaal omdat het mentale niveau niet altijd toe laat het gepaste materiaal te gebruiken.

2.2.1.3. Evaluatie van het project door de medewerkers van de zorgorganisatie

Het project werd geëvalueerd bij de medewerkers door middel van 9 vragen (tabel 11).

Tabel 11: Evaluatie van het project door de medewerkers van de zorgorganisatie

Vraag	Gemiddelde (SD)	Range
3. Resulteerde het implementeren van het Globaal Plan voor mondzorg voor personen met bijzondere noden in een meerwaarde voor jullie organisatie?	8.1 (1.5)	4.5-10
4. Resulteerde het implementeren van het Globaal Plan voor mondzorg voor personen met bijzondere noden in een meerwaarde voor de personen zelf?	8.0 (2.17)	1.5-10

5. Resulteerde het implementeren van het Globaal Plan voor mondzorg voor persoon met bijzondere noden in een meerwaarde voor u zelf?	8.1 (1.62)	4.5-10
15. Hoe ervaart u de samenwerking op vlak van mondzorg van de personen met bijzondere noden met de coördinerende raadgevende tandarts?	8.2 (2.31)	1-10
16. Hoe ervaart u de samenwerking op vlak van mondzorg van de personen met bijzondere noden met de tandarts(en) die aan huis tandheelkundige zorg hebben verleend?	8.4 (1.89)	4-10
17. Hoe ervaart u de samenwerking op vlak van mondzorg van de personen met bijzondere noden met de reguliere tandarts(en) die personen met bijzondere noden in hun praktijk hebben behandeld?	6.0 (3.74)	0-10
20. Hoe ervaart u de samenwerking met de coördinatiecel van het project Globaal Plan voor Mondzorg voor personen met bijzondere noden?	7.4 (1.73)	4-10
8. In welke mate verloopt mondzorg op de afdeling/regio waar u werkt nu beter dan vroeger door deelname in dit project?	6.8 (2.8)	0-10
Globale score van het project	7.02 (1.57)	4-10

De zorgorganisaties konden ook hun mening geven of het project resulteerde in een meerwaarde voor de organisatie, voor de personen met bijzondere noden zelf en voor de medewerker, die de vragenlijst invulde of deelnam aan het focusgroepgesprek. Hier was de gemiddelde score 8. Een toename van de aandacht en de noodzaak voor mondhygiëne werd door velen als een meerwaarde van het project gezien. Er werden behandelingen uitgevoerd bij personen die anders nooit naar een tandarts zouden gaan. Enkele organisaties gaven aan dat er reeds een mondzorgbeleid was en dat dit project een opfrissing was waardoor het enkele belangrijke punten weer onder de aandacht bracht.

Medewerkers gaven voor zichzelf aan dat de pilootfase een groter bewustzijn inzake mondgezondheid teweeg bracht.

De samenwerking met de coördinerende raadgevende tandarts en/of de tandarts (PBN) die in de organisatie kwam behandelen scoorde gemiddeld hoger dan 8 dit in tegenstelling tot de ervaring met de reguliere tandarts (gemiddelde = 6). De samenwerking met de coördinatiecel scoorde een gemiddelde van 7.4. Hier dient rekening gehouden te worden met het feit dat sommige zorgorganisaties weinig of geen beroep deden op de coördinatiecel omwille van een goede samenwerking met een reguliere tandarts.

Positieve bevindingen voor de coördinerende raadgevende tandartsen en PBN tandartsen waren hun begripvolle benadering, vlotte regeling, zeer goede ondersteuning, geruststellen van de bewoner, geven van goede informatie, duidelijke opvolging nadien, goede communicatie, hun ervaring met de doelgroep, goede begeleiding van de tandartsassistenten en de zeer fijne samenwerking. Enkele organisaties waren minder positief: informatie was verschillend, behandelingen verliepen snel en niet altijd volgens stappenplan, beperkte communicatie, de ene tandarts was beter dan de andere. Lange wachttijden tussen het vaststellen van het mondprobleem en het uitvoeren van de behandeling werden vermeld als een belangrijk aandachtspunt voor de toekomst.

De lagere score voor de samenwerking met de reguliere tandarts was vooral te wijten aan praktische zaken zoals het vervoer, de moeilijke fysieke bereikbaarheid en toegankelijkheid.

Op de vraag 'In welke mate mondzorg op de afdeling/regio waar de persoon die invulde werkt, na het project beter is dan vroeger' scoort het gemiddelde net geen 7. De gemiddelde score voor de globale beoordeling van het project was 7.

Sterke punten van het project weergegeven aan de hand van individuele reacties:

- Men vond het een excellent project, zeer nuttig, goed georganiseerd, er werd goede uitleg en informatie gegeven, de samenwerking verliep vlot, goede communicatie en gemotiveerde personen;
- Door het project was er meer aandacht voor problemen, er werd meer personeel betrokken bij het project, het WZC is gegroeid wat mondzorg betreft. Voor een ander WZC was het een heropfrissing van het project + controle. Het project zet aan tot reflectie (zijn we goed bezig), of het is een formalisering van bestaande initiatieven. Het project houdt mondzorg levendig door regelmatige screenings;
- Het project was efficiënt omdat veel mensen op één dag gezien konden worden en er geen dubbele consultatie op verplaatsing moest gebeuren;
- Deze zorgverlening is gemakkelijk voor de bewoners, minder stressvol, er zijn geen verplaatsingsmoeilijkheden voor de personen zelf, de behandeling gebeurt in de vertrouwde omgeving, er werden behandelingen uitgevoerd bij bewoners die anders nooit naar een tandarts zouden gaan, de bewoners die dringende hulp nodig hadden

werden geholpen, het is goed voor de voedingstoestand van de bewoners, er komt een gevolg op de screening;

- Tandartsen met ervaring voor personen met beperkingen en de positieve samenwerking met de tandartsen, assistente, coördinator werden als een meerwaarde gemeld;
- Mobiele equipe is een ideale oplossing.

Zwakke punten:

- Veel administratie en de papieren voor screening waren te onoverzichtelijk. Het feit dat er naast een informed consent ook nog een akkoord voor de behandeling nodig was werd als lastig ervaren;
- Het project is tijdsintensief en er was tijd te kort zodat alle administratie in de vrije tijd diende te gebeuren. Het is veel werk voor de referentie persoon mondzorg en er is tijdsgebrek voor doorgedreven mondhygiëne. Het is voor het personeel onmogelijk om de mondverzorging perfect uit te voeren;
- De lange tijd tussen screening en behandeling werd als negatief ervaren. In een organisatie verliep de communicatie met de CRT aanvankelijk stroef omwille van steeds wijzigende agenda's. De manier van werken van de tandartsen was zeer verschillend. Er was onzekerheid over de doorloop van het project;
- In een aantal organisaties was het poetsmateriaal nog steeds niet aanwezig. Er was niet steeds een mobiele installatie aanwezig, de mobiele apparatuur liet het soms afweten en het is moeilijk om deze soort zorg aan huis te organiseren;
- Sommige bewoners met psychogeriatrische problematiek vertoonden onvoorspelbaar gedrag waardoor ze moeilijk te behandelen waren. Anderen waren angstig. Er werd onvoldoende rekening gehouden met personen met dementie, soms streefde men vooral naar absolute perfectie en dit is zeer belastend voor de bewoner, ouders van personen met beperkingen volgen de mondzorg niet op (dagcentrum situatie) en in een organisatie waren er te weinig bewoners die wilden participeren;

- Intern in de zorgorganisatie was er geen ondersteuning van het afdelingshoofd of coördinerend diensthoofd, te weinig disciplines werden er bij betrokken, lokale tandartsen hadden weinig interesse om naar het WZC te komen en er was geen vrije keuze om deel te nemen;
- Dringend nood aan regelmatig bezoek van mobiele equipe om de bijkomende mondproblematiek onder controle te houden, spijtig dat dit een kortdurend project is en dus niet op lange termijn kan lopen.

2.2.1.4. Samenvatting van de evaluatie van de implementatieprocedure door de zorgorganisaties

De sensibilisatieprocedure werd in het algemeen als voldoende geëvalueerd door de deelnemende zorgorganisaties. De website die voor het project werd ontwikkeld werd zeer weinig geraadpleegd.

De implementatieprocedure werd op een aanvaardbare wijze doorgevoerd en gemiddeld werden ongeveer twee derden van alle personen met bijzondere noden en zorgverleners hierbij betrokken.

De wederzijdse schriftelijke communicatie met de reguliere tandartsen was onvoldoende en het nodige materiaal voor de mondhygiëne was niet altijd voorhanden.

Het project werd over het algemeen als geslaagd geëvalueerd door de medewerkers en de samenwerking met de tandartsen en tandartsassistenten van het project scoorde hier het hoogst.

2.2.2. Implementatie van bestaande structuren voor tandheelkundige zorg in het mondzorgnetwerk

Bij 30 procent van de zorgorganisaties die deelnamen aan de pilootstudie was er een structurele samenwerking tussen de zorgorganisatie en een tandarts. De omvang van die samenwerking was eerder beperkt en betekende in slechts 17% een systematische opvolging en eventuele behandeling van de bewoners. In de andere gevallen was de samenwerking beperkt tot zorg in de instelling 1 dag per week (4%) (enkel voor tandextracties en het vervaardigen van uitneembare gebitsprothesen) of het uitvoeren van 6-maandelijkse controles (8%) (bij eventuele zorgnoden werden daarna verder doorverwezen).

In 25% van de zorgorganisaties was er geen structurele samenwerking met een tandarts, maar kon wel een tandarts gecontacteerd worden in geval van acute problemen.

In de situaties waar er een structurele samenwerking met een tandarts was, werd deze samenwerking behouden binnen het mondzorgnetwerk. Ook indien er enkel een occasionele samenwerking was, werden de betrokken tandartsen mee opgenomen in het mondzorgnetwerk indien zij dit wensten.

2.3. TANDHEELKUNDIGE ZORG BINNEN DE MONDZORGNETWERKEN

2.3.1. Kenmerken van de deelnemers (tabel 12)

De totale onderzochte groep bestond uit 1.295 personen waarvan 441 personen met beperkingen (34%) en 854 kwetsbare ouderen (66%).

De gemiddelde leeftijd bedroeg 47.4 (14.6) jaar voor de personen met beperkingen en 84.3 (9.1) voor de kwetsbare ouderen. Van de totale groep bedraagt het aandeel van de personen van 65 jaar of ouder 68%. Geen enkele persoon met beperkingen jonger dan 20 jaar behoorde tot de onderzochte groep.

Van de personen met beperkingen had 53% een hoge zorggraad (B, C of Cd) en bij de kwetsbare ouderen was dit aandeel 68%.

Tabel 12: Kenmerken van de onderzochte personen

	Personen met beperkingen n=441	Kwetsbare ouderen n=854	Totaal n=1295
Leeftijd (jaar)	n=441	n=827	n=1268
Gemiddelde (SD)	47.4 (14.6)	84.3 (9.1)	71.4 (20.9)
Mediaan	48.0	86.0	80.0
Range	20-87	31-101	20-101
z-schaal	35.0	80.0	55.3
50 percentiel	48.0	86.0	80.0
75 percentiel	58.0	90.0	88.0
Zorggraad (Katz-schaal)	n=441	n=854	n=1295
O	28	63	91
A	67	123	190
B	78	199	277
C	74	131	205
Cd	81	251	332

Tabel 13 geeft aan in welke soort van zorgorganisatie de personen met bijzondere noden verbleven die tandheelkundige zorg ontvingen.

Ongeveer 66% van de onderzochte personen verbleef in een woonzorgcentrum. In de thuiszorg was het slechts mogelijk om 15 personen (1%) te onderzoeken, waarvan 2 personen met beperkingen.

Tabel 13: Verdeling van de onderzochte personen in functie van verblijfplaats

Soort verblijf	Aantal	Percentage
Personen met beperkingen		
Beschutte werkplaats	26	2
Centrum integratie voor personen met handicap	29	2.2
Dagcentrum personen met beperkingen	53	4.1
Internaat	16	1.2
Residentiële voorziening	53	4.1
Tehuis voor niet werkenden	230	17.8
Verzorgingsinstelling	4	0.3
Woonvoorziening dagbesteding	28	2.2
Kwetsbare ouderen		
Woonzorg en revalidatiecentrum	82	6.3
Woonzorgcentrum	759	58.6
Thuiszorg	15	1.2

2.3.2. Mondgezondheidstoestand van de onderzochte personen (tabel 14)

Van de totale studiepopulatie (N=4.745) werden er uiteindelijk 27% (n=1.295) personen gescreend. Voor 18% van deze groep (n=232) werden één of meerdere behandelingen geattesteerd.

Tabel 14: Overzicht capaciteit van de zorgorganisatie, aantal gescreende en behandelde personen

Nummer organisatie	Capaciteit	Gescreend	Gescreend %	Geattesteerd	Geattesteerd %
1	1000	2	0	2	100
2	80	28	35	0	0
3	120	35	29	3	9
4	38	16	42	5	31
5	20	13	65	0	0
6	37	11	30	0	0
7	189	18	10	2	11
8	37	16	43	0	0
9	204	82	40	18	22
10	81	66	81	13	20
11	49	32	65	0	0
12	30	29	97	5	17
13	50	29	58	2	7
14	489	46	9	20	43

15	110	37	34	21	57
16	41	4	10	0	0
17	105	1	1	0	0
18	288	96	33	12	13
19	253	77	30	23	30
20	76	17	22	8	47
21	170	26	15	15	58
22	213	190	89	0	0
23	385	26	7	0	0
24	90	52	58	12	23
25	170	110	65	12	11
26	22	8	36	0	0
27	85	60	71	14	23
28	12	11	92	0	0
29	73	26	36	5	19
30	73	68	93	23	34
31	115	62	54	16	26
32	40	1	3	1	100
	4745	1295	27	232	18

2.3.2.1. Aandeel tandeloze personen versus personen met natuurlijke tanden

Van de 1295 gescreende personen beschikten 635 (49%) over natuurlijke tanden, 396 (31%) waren tandeloos en bij 264 (20%) werd dit gegeven niet ingevuld.

Tabel 15: Aantal tandelozen en gemiddeld aantal tanden voor de totale onderzochte groep

	Totaal BK & OK	Bovenkaak	Onderkaak
	n=1017	n=1025	n=1023
Geen tanden	398	431	496
Gemiddeld (SD)	10.3 (10.8)	5.5 (5.6)	4.8 (5.6)
Mediaan	6	4	1
Range	0-32	0-16	0-16
Percentiel 25	0	0	0
Percentiel 50	6	4	1
Percentiel 75	21	11	10

Voor de totale groep met natuurlijke tanden bedroeg het gemiddeld aantal natuurlijke tanden 16.8 (9.7) met een gemiddelde van 9 (4.5) tanden in de bovenkaak en 8 (5.2) in de onderkaak.

Doelgroep personen met beperkingen

Van de 441 gescreende personen met beperkingen beschikten 316 (72%) over natuurlijke tanden, 60 (14%) waren tandeloos en bij 65 (14%) werd dit gegeven niet ingevuld.

Tabel 16: Aantal tandelozen en gemiddeld aantal tanden voor de personen met beperkingen

	Totaal BK & OK	Bovenkaak	Onderkaak
	n=369	n=372	n=373
Geen tanden	60	75	71
Gemiddeld (SD)	17.8 (10.7)	8.9 (5.6)	8.9 (5.5)
Mediaan	22	11	10
Range	0-32	0-16	0-16
Percentiel 25	8	3	3
Percentiel 50	22	11	10
Percentiel 75	28	14	14

Binnen de groep personen met beperkingen met natuurlijke tanden bedroeg het gemiddeld aantal natuurlijke tanden 21.3 (8.0) met een gemiddelde van 11 (4.3) tanden in de bovenkaak en 11 (4.3) in de onderkaak.

Doelgroep kwetsbare ouderen

Van de 854 gescreende kwetsbare ouderen beschikten 319 (37%) over natuurlijke tanden, 336 (40%) waren tandeloos en bij 199 (23%) werd dit gegeven niet ingevuld.

Tabel 17: Aantal tandelozen en gemiddeld aantal tanden voor de kwetsbare ouderen

	Totaal BK & OK	Bovenkaak	Onderkaak
	n=648	n=653	n=650
Geen tanden	338	356	425
Gemiddeld (SD)	6.0 (8.2)	3.5 (4.6)	2.5 (4.2)
Mediaan	0	0	0
Range	0-31	0-16	0-16
Percentiel 25	0	0	0
Percentiel 50	0	0	0
Percentiel 75	10	7	4

Binnen de groep van de kwetsbare ouderen met gebitsprothesen bedroeg het gemiddeld aantal natuurlijke tanden 21.3 (8.0) met een gemiddelde van 11 (4.3) tanden in de bovenkaak en 11 (4.3) in de onderkaak.

2.3.2.2. Gebitsprothesen

Bij ongeveer de helft (49%) van de gescreende personen was er een gebitsprothese aanwezig met in acht name van 39% ontbrekende gegevens. Voor personen met beperkingen was een gebitsprothese aanwezig in 12% van de gevallen en voor kwetsbare ouderen in 88% van de gevallen.

Bij de tandeloze personen met beperkingen was er in 83% van de gevallen geen gebitsprothese aanwezig terwijl dit bij de tandeloze kwetsbare ouderen slechts in 13% het geval was.

Tabel 18: Aanwezigheid van gebitsprothesen voor verschillende studiegroepen

Gebitsprothese (totaal of partieel)	Aanwezig (%)	Niet aanwezig (%)
Totale groep	389 (49)	405 (51)
Personen met beperkingen	32 (12)	245 (88)
Kwetsbare ouderen	357 (69)	160 (31)
Personen met beperkingen met natuurlijke tanden	22 (10)	200 (90)
Tandeloze personen met beperkingen	9 (17)	44 (83)
Kwetsbare ouderen met natuurlijke tanden	112 (49)	118 (51)
Tandeloze kwetsbare ouderen	240 (87)	36 (13)

2.3.2.3. Mondhygiëne

Voor 724 personen (55%) werd de mondhygiëne beoordeeld. Voor 35% van de gevallen was de mondhygiëne zeer goed tot goed, in 28% matig en in 37% eerder slecht.

Van de totale groep onderzochte personen werd voor 642 personen (50%) ingevuld of er hulp geboden werd bij het uitvoeren van de mondhygiëne. Hiervan werd slechts in 15% van de gevallen hulp geboden.

2.3.2.4. Droge mond (n=314)

Voor dit item werden slechts van 314 personen gegevens bekomen waarvan er bij 74 (24%) droge mond werd gerapporteerd en bij 240 niet.

2.3.2.5. Pijn of ongemak (n=582)

Bij 124 (21%) personen werd pijn of ongemak genoteerd en bij 458 niet. Ook hier was er een groot aantal ontbrekende gegevens namelijk bij 713 (55%) personen.

2.3.2.6. Zichtbare problemen in de mond (n=402)

Bij 1 op 4 van de personen (134/402) waar dit item werd ingevuld werden zichtbare problemen in de mond vastgesteld. Er werden slechts gegevens bekomen van 42% van de steekproef.

2.3.2.7. Parodontale conditie (n=479)

Bij 100 personen (21%) waarvan dit gegeven werd ingevuld (479) werd een gezonde parodontale situatie gescoord. In 105 gevallen werd bloeding bij sonderen vastgesteld, in 190 gevallen werd tandsteen vastgesteld en in 74 van de gevallen recessie en pockets van meer dan 4 mm.

2.3.3. Organisatie van de mondzorg

2.3.3.1. Coördinatiecel

Voor de organisatie van de mondzorg werd in 97% van de gevallen één of meerdere keren beroep gedaan op de coördinatiecel. Het gemiddeld aantal minuten dat per oproep werd gespendeerd door de coördinatiecel bedroeg 4.1 (4.6) minuten met een minimum van 1 minuut en een maximum van 59 minuten. Voor 26 personen werd tot 4 keer toe beroep

gedaan op de coördinatiecel met een gemiddelde van 7.5 (3.2) minuten (range 3-13). Tabel 19 geeft de verdeling weer van het aantal personen in functie van het aantal gependende minuten door de coördinatiecel.

Tabel 19: Aantal personen in functie van de tijd gependend door de coördinatiecel

Aantal minuten	Aantal personen (n=1253)	%
1-2	685	55
3-5	294	23
6-10	156	12
11-15	80	6
16-20	27	2
21-59	11	1

2.3.3.2. Doorstroming van de zorgvraag

In het kader van de pilootstudie werden door de CRT's, 1.295 personen met bijzondere noden gescreend. In 48 procent van de gevallen (n=620) was er een doorstroming van een zorgvraag nodig. Tweehonderdachtenvijftig (42%) personen deed beroep op het reguliere zorgniveau, 242 (39%) op de specifieke zorg en 120 (19%) op gespecialiseerde zorg. Deze doorstroming bleek een succes in 56% van de gevallen en voor 16 personen (2.6%) niet. Van 255 personen werd dit gegeven niet ingevuld. Redenen waarom de doorstroming niet succesvol was waren overlijden van de persoon (n=4), weigering (n=8), verhuis (n=1), de persoon was niet in staat de mond te openen (n=1) of de behandeling kon niet uitgevoerd worden o.w.v. het gebruik van bloed verdunnende medicatie (n=1). De personen of instanties die betrokken werden in de doorstroming van de zorgvraag waren de coördinatiecel (97.0%, n=1295), de referentiepersoon mondzorg (91%, n=1018) en de coördinerende raadgevende tandarts (100%, n=1295).

2.3.3.3. Vervoer van personen met bijzondere noden

Voor 724 personen (56%) werd aangegeven welk soort vervoer er mogelijk was. In 47% van de gevallen kon het vervoer gebeuren met een gewone taxi en in 316 gevallen (44%) was een taxi voor rolstoelgebruiker nodig.

Tabel 20: Soorten vervoer

Soort	Aantal personen (n=724)	Percentage
Ziekenwagen	56	8
Taxi	343	47
Taxi voor rolstoelgebruiker	316	44
Andere	9	1

Voor de begeleiding naar de tandarts werd beroep gedaan op de mantelzorg, vrijwilligers en op een medewerker van de zorgorganisaties. In slechts 5% van de gevallen was er geen begeleiding nodig.

2.3.4. Uitgevoerde tandheelkundige zorg

Uiteindelijk werden van de 616 patiënten met een zorgvraag 232 (38%) volledig behandeld binnen het kader van dit project. Belangrijke redenen waarom patiënten niet werden behandeld waren weigering door de patiënt zelf of familie, overlijden en de korte looptijd van het project. Tabel 21 geeft het aantal personen (n=232) weer in functie van het aantal uitgevoerde behandelingen. Bij bijna de helft van deze personen werd 1 behandeling uitgevoerd en bij 40% werden er 2 of meerdere behandelingen uitgevoerd.

Tabel 21: Aantal personen in functie van het aantal uitgevoerde behandelingen

Aantal behandelingen	Aantal personen (n=232)	%
1	109	47
2	32	13.8
3	21	9.1
4	40	17.2
5	11	4.7
6	5	2.2
7	5	2.2
8	4	1.7
9	1	0.4
10	4	1.7

Tandsteen reiniging werd als behandeling het meest uitgevoerd in 33, 40 en 51% van de gevallen respectievelijk als 1^{ste}, 2^{de} of 3^{de} behandeling. Nadien volgen restauratief herstel (vullingen) en extracties. De eerste behandeling betrof in 23% van de gevallen een consult en in 12% uit gebitsprothesezorg (herstelling, rebasing of ontlasten van drukulcus).

Tabel 22: Soorten uitgevoerde behandelingen

Soort	Aantal Behandeling 1 n=224	%	Aantal Behandeling 2 n=127	%	Aantal Behandeling 3 n=86	%
Tandsteen	74	33,0	50	39,4	44	51,2
Consult	51	22,8	9	7,1	0	0,0
Extractie	31	13,8	22	17,3	12	14,0
Restauratief herstel	31	13,8	32	25,2	19	22,1
Herstelling gebitsprothese	9	4,0	1	0,8	1	1,2
Rebasage	8	3,6	4	3,1	1	1,2
Drukulcus	8	3,6	2	1,6	0	0,0
Bijvoegen tand	1	0,4	1	0,8	1	1,2
Andere	11	4,9	6	4,7	8	9,3

Opmerkelijk was het feit dat er in de zorgorganisaties waar er een structurele samenwerking was met een of meerdere tandartsen, er slechts een minimale vraag was naar doorverwijzing voor tandheelkundige zorg. Dit geeft aan dat een goede organisatie van zowel de dagelijkse als professionele mondzorg de nood aan professionele mondzorg doet dalen.

2.3.5. Samenvatting van de tandheelkundige zorg binnen de mondzorgnetwerken

Conclusie:

De doelgroep die onderzocht werd op vlak van mondzorg bestond voor twee derden uit kwetsbare ouderen (gemiddelde leeftijd 84.3 (9.1)) en één derde uit personen met beperkingen (gemiddelde leeftijd 47.4 (14.6)). Geen enkele persoon met beperkingen van 18 jaar of jonger behoorde tot de studie groep. Acht en zestig procent van de kwetsbare ouderen en 53% van de personen met beperkingen had een hoge zorggraad (B, C of Cd). Er namen slechts 15 personen met bijzondere noden die in de thuissituatie verbleven deel waarvan 2 personen met beperkingen.

Van de totale studiepopulatie (N=4745) werden er uiteindelijk 27% personen (n=1295) gescreend. Voor 18% van deze groep (n=232) werden één of meerdere behandelingen geattesteerd. De zorgnood was beduidend minder in die zorgorganisaties waar een gestructureerde samenwerking was met een of meerdere tandartsen.

De gegevens in verband met de mondgezondheid onderzocht in deze praktijkgerichte studie dienen met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden door het klein aantal valide records, namelijk 4.9% van de studie populatie.

Van de gescreende personen met beperkingen beschikten 72% over natuurlijke tanden en 14% was tandeloos. Bij de kwetsbare ouderen beschikten 37% over natuurlijke tanden en 40% waren tandeloos. In 37% van de gevallen werd de mondhygiëne als 'slecht' beoordeeld.

Voor bijna alle personen werd beroep gedaan op de coördinatieceel met een gemiddelde gespendeerde tijd van 4 minuten.

In bijna de helft van de gevallen was er een doorstroming van een zorgvraag nodig.

Tweeënveertig procent deed beroep op het reguliere zorgniveau, 39% op de specifieke zorg en 120 op gespecialiseerde zorg. Uiteindelijk werden van de 616 patiënten met een zorgvraag 38% volledig behandeld binnen het kader van dit project.

Tandsteen reiniging werd als behandeling het meest uitgevoerd gevolgd door restauratief herstel (vullingen) en extracties. De eerste behandeling betrof in 23% van de gevallen een consult en in 12% uit gebitsprothesezorg.

Het vervoer kon in bijna de helft van de gevallen gebeuren met een gewone taxi en in 44% van de gevallen was een taxi voor rolstoelgebruiker nodig. Hiervoor was slechts in 5% van de gevallen geen begeleiding nodig. In de andere gevallen werd beroep gedaan op de mantelzorg, vrijwilligers en op een medewerker van de zorgorganisaties om de persoon te begeleiden naar en van de tandarts.

2.4. MONDZORGCENTRA BIJZONDERE NODEN

Het concept van de Mondzorgcentra Bijzondere Noden zoals voorgesteld in het Globaal Plan van Aanpak (zie B.5.4., p. 19) is niet uitgetest binnen de pilootstudie. Wel werden gegevens verzameld van 3 verwijscentra (KU/UZ Leuven, UZ Gent, UCL) die momenteel instaan voor de mondzorg van personen met bijzondere noden. Ook werden mondzorgcentra in het buitenland (Denemarken, Frankrijk, Nederland) geëvalueerd. Er werd bij voorbeeld nagegaan hoeveel patiënten met een bepaald profiel door een tandarts kunnen verzorgd worden in een bepaalde tijdseenheid, welke logistieke ondersteuning (administratief, logistiek, verpleegkundige enz.) hiervoor nodig is, welke de nodige capaciteit voor zorg onder sedatie of narcose moet zijn, welke de huidige wachttijden zijn, hoe deze geredieerd kunnen worden enz.

Deze gegevens werden bestudeerd om een idee te krijgen van de benodigde personeelsbezetting en infrastructuur voor optimale gespecialiseerde zorg.

Op basis van deze gegevens worden onder punt D.3. (p.70) een aantal voorstellen in verband met de Mondzorgcentra Bijzondere Noden geformuleerd.

D. AANBEVELING VOOR CONCRETE UITWERKING VAN HET GLOBAAL PLAN VOOR DUURZAME MONDZORG VOOR PERSONEN MET BIJZONDERE NODEN

1. SENSIBILISERING

Uniformiteit in de boodschappen is essentieel voor het overbrengen ervan naar de betrokken personen, hun begeleiders, de tandartsen, de medewerkers van de zorgorganisaties, de zorgorganisaties en het brede publiek. De sensibilisering wordt daarom best inhoudelijk bepaald door het Mondzorgplatform en uitgevoerd door de Mondzorgnetwerken.

De basisopleiding van alle begeleidende personen in de zorgorganisaties moet meer aandacht besteden aan het aspect Mondgezondheid in het algemeen en in het bijzonder naar de doelgroep van personen met bijzondere noden.

Gezondheidsvoorlichting/gezondheidsbewaking en preventieve maatregelen moeten opgenomen worden in de basistaken van verzorgenden/verpleegkundigen.

Structureel overleg met de opleidingscentra is hiervoor noodzakelijk.

De zorgorganisaties zorgen best voor één aanspreekpunt voor alle aangelegenheden rond mondzorg. Er moet hiertoe voorzien worden in een opleiding “referentiepersoon mondzorg” (navorming van bachelor verpleegkunde/HBO5/HBO6 zonder credits) en bijhorende forfaitaire financiering naar analogie met andere referentiepersonen.

De kennis opgedaan in de basisopleiding moet up to date blijven. Daartoe wordt op initiatief van het Mondzorgplatform permanente vorming georganiseerd voor alle begeleidende personen die instaan voor de dagelijkse mondzorg (minstens 4 uur per jaar).

Inhoudelijke en logistieke ondersteuning dient aangeboden te worden via de portaalsite www.specialdent.be. Deze portaalsite wordt gerund door het Mondzorgplatform en omvat algemene informatie, alle inhoudelijke documenten en een site per Mondzorgnetwerk, met trapsgewijze toegang voor het groot publiek, begeleidende personen, directies, tandartsen, CRA's, CRT's, enz.

De ervaring opgedaan tijdens de pilootfase leert dat naast elektronische informatie ook

hard copy folders zeer nuttig zijn voor begeleiders en voor de doelgroepen. Budgettaire schatting: 50.000 euro/jaar.

Verder dienen acties ondernomen te worden om alle zorgactoren betrokken in de zorg voor personen met bijzondere noden blijvend te sensibiliseren.

Het Mondzorgplatform legt structurele contacten met de opleidingen tandartsen en (huis)artsen, mondzorgassistenten en tandartsassistenten om hun continue vorming te verwezenlijken.

2. MONDZORGPLATFORM/MONZORGNETWERKEN

2.1. MONDZORGPLATFORM

Voor het duurzaam uitvoeren van het globaal plan van aanpak is een beleids- en bestuursorgaan met een rechtspersoon noodzakelijk, namelijk het “Mondzorgplatform voor Personen met Bijzondere Noden” (zie punt 3, p.10).

Een belangrijke opdracht van het Mondzorgplatform Bijzondere Noden omvat het installeren en toezicht houden op de werking van de Mondzorgnetwerken.

2.2. AANTAL MONDZORGNETWERKEN

De Pilootstudie Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN) inventariseerde de doelgroepen in België: 257.002 fragiele ouderen en 327.687 personen met beperkingen.

Gezien er van nul moest gestart worden in de haalbaarheidsstudie ging heel wat tijd en energie naar de creatie van de structuur, de eerste contacten met de zorgorganisaties, de ICT ontwikkeling, enz. Gezien de zeer korte tijdsduur die overbleef voor screenen en verzorgen, konden uit de ervaringen in de haalbaarheidsstudie niet voldoende data verzameld en verwerkt worden waarmee op een gegronde basis besluiten kunnen getrokken worden naar de kwantificering van het aantal Mondzorgnetwerken dat noodzakelijk is om de doelgroepen volledig te screenen en de daaruit volgende nodige tandheelkundige verzorging te voorzien.

Het lijkt een realistische optie om een drietal Mondzorgnetwerken per provincie te voorzien en dit aantal na een drietal jaar werking te evalueren.

2.3. STRUCTUUR MONDZORGNETWERK

Uitgaande van de expertise die opgedaan werd tijdens de haalbaarheidsstudie wordt voor de structuur van een mondzorgnetwerk een basiseenheid voorgesteld die de nodige menskracht en de uitrusting beschrijft die onontbeerlijk zijn voor het functioneren van één Mondzorgnetwerk.

- minstens twee VTE CRT's. Deze tandartsen kunnen voltijds of deeltijds werken, in loonverband of in zelfstandig statuut. In de toekomst wordt het creëren van het nieuw beroep bachelor in de mondzorg (mondzorgassistent) voorzien. Van zodra actief kan de CRT bepaalde taken delegeren naar de mondzorgassistent;
- drie VTE tandartsassistenten voltijds, die beschikken over een personenwagen en hiermee een lichte mobiele eenheid kunnen vervoeren (zie D2.5.);
- één VTE logistiek & administratief bediende, met de nodige infrastructuur (hard & soft, bureel...);
- een ploeg loontrekkende of zelfstandige reguliere tandarts(en) die voltijds of deeltijds naast het ondersteunen van de preventie, instaan voor het toedienen van de nodige tandheelkundige zorgen, ofwel in hun eigen praktijk (met transport van de patiënt) ofwel op verplaatsing in een zorgorganisatie, of bij de patiënt thuis. De logistieke begeleiding van het Mondzorgnetwerk staat in voor het maken van de afspraken en indien nodig het ter beschikking stellen van een mobiele eenheid en tandartsassistent(e) van het Mondzorgnetwerk.

2.4. FINANCIERING MONDZORGPLATFORM EN MONDZORGNETWERKEN

Rekening houdend met het gebrek aan sensibilisering en preventie, het actuele te kort aan verzorging, de grotere tijdsduur voor de behandelingen, de op te richten structuren, moet algemeen gesteld worden dat de huidige financiering door de overheid niet volstaat om voor de doelgroepen van dit project adequaat te voorzien in de noodzakelijke preventieve en curatieve mondzorg.

Het nieuw op te richten Mondzorgplatform met zijn Mondzorgnetwerken kunnen gefinancierd worden door de federale overheid, de gemeenschappen en de provincies.

Voor het Mondzorgplatform wordt de creatie voorgesteld van een structuur met rechtspersoonlijkheid (bv. een vzw) die is samengesteld uit vertegenwoordigers van de diverse overheden (financiers) en anderzijds uit vertegenwoordigers van alle stakeholders begaan met de zorg voor de diverse doelgroepen (vertegenwoordigers van de zorgorganisaties, de universiteiten, de tandartsen, de betrokken doelgroepen en hun begeleiders...).

Gezien de complexiteit van de bevoegdheden en de financieringsmechanismen, waarbij ook rekening dient gehouden met de uitvoering van de zesde staatshervorming, is het in het kader van deze studie momenteel moeilijk om concrete voorstellen te formuleren over welke overheidsinstanties precies wat dienen te financieren.

Voorstel principe van de financiering:

- de nodige infrastructuur, de lonen van de medewerkers en alle werkingskosten van de Mondzorgnetwerken worden gefinancierd door het Mondzorgplatform;
- de vergoedingen van de tandartsen (in loonverband of aan uurtarief) en alle verbruiksgoederen worden gefinancierd door de conventiehonoraria voor de prestaties binnen de huidige RIZIV nomenclatuur, die geïnd worden door het Mondzorgnetwerk;
- het inschakelen van een “referentie persoon mondzorg” en het organiseren van de nodige sensibilisering en preventie vergen bijkomende inspanningen van de zorgorganisaties. Daarom dient een bijkomende premie “mondzorg” per bewoner voorzien te worden voor zorgorganisaties die aansluiten bij een Mondzorgnetwerk. Deelnemende zorgorganisaties kunnen deze bijkomende dienstverlening bekend maken aan de hand van een kwaliteitslabel toegekend door het Mondzorgplatform.

2.5. VERGOEDING VAN TANDARTSEN VOOR REGULIERE MONDZORG

2.5.1. Verzorging in zelfstandige tandartspraktijk: om de langere behandeltime en de hogere moeilijkheidsgraad van de behandelingen te compenseren moet een PBN toeslag voorzien worden als supplement bij de gewone RIZIV nomenclatuur. Om te

starten kan gewerkt worden naar analogie met de verhoogde honoraria bij kinderen. In de NCTZ werd hiertoe een behoeftefiche opgemaakt.

2.5.2. Verzorging op verplaatsing door reguliere tandarts voor behandelingen die op verplaatsing mogelijk zijn zonder tandartsinstallatie: idem als onder 2.5.1. met bijkomend een verplaatsingsvergoeding naar analogie met de huisartsen.

2.5.3. Verzorging in een zorgorganisatie: het Mondzorgnetwerk voorziet de nodige mobiele installatie, de tandartsassistent en de materialen. De tandartsen worden niet per acte vergoed. De tandarts werkt voor het Mondzorgnetwerk in (vol- of deeltijds) loonverband of als zelfstandige met een uurtarief. De RIZIV nomenclatuur en de PBN toeslag worden geattesteerd voor rekening van het Mondzorgnetwerk.

Personen met bijzondere noden kunnen zich doorgaans moeilijker verplaatsen naar de tandartspraktijk. Vandaar dat er vaak voor gekozen wordt om de tandartsvisite in geval van een grote zorgvraag optimaal te benutten door zoveel mogelijk zorgnoden te lenigen in plaats van te kiezen voor meerdere kleinere tandartsvisites. De onmogelijkheid om bepaalde prestaties samen te attesteren, maakt dat ofwel de tandarts niet alle geleverde prestaties kan attesteren of dat de patiënt geen terugbetaling van alle geleverde prestaties zal kunnen genieten. Een herziening van deze cumulatieregels voor personen met bijzondere noden is dus aangewezen.

2.6. ALTERNATIEVE VORMEN VOOR HET VERLENEN VAN MONDZORG

Tijdens de haalbaarheidsstudie bleek heel veel belangstelling vanwege de zorgorganisaties voor het verzorgen van de doelgroepen in de zorgorganisaties. Uit het Gerodent UZ project blijkt dat deze vraag zeer sterk leeft in woonzorgcentra. Voor elke persoon met bijzondere noden waarbij mondzorgnood wordt vastgesteld, moet afgewogen worden door de referentiepersoon mondzorg in overleg met de huistandarts, CRT, mondzorgassistent, coördinerend raadgevend arts, waar de persoon in kwestie het meest comfortabel wordt behandeld. De draagkracht en de draaglast van de persoon zijn hierbij belangrijk.

De kwaliteit van de verzorging kan alleen gegarandeerd zijn als er een betrouwbare basisuitrusting voorhanden is. In het Globaal Plan PBN werden verschillende mogelijkheden om mondzorg op een andere manier dan in de praktijk van de reguliere tandarts te verlenen,

gerapporteerd door de werkgroep Alternatieven reguliere tandartspraktijk (zie bijlage 8 en 9).

Enkele van deze alternatieven werden uitgetest in de haalbaarheidsstudie.

Bij mobiele installaties hebben het gewicht en de omvang van de uitrusting een invloed op de fysieke inspanningen van de medewerkers, de flexibiliteit van de inzetbaarheid, het transport en de benodigde voorbereidingstijd. Voor de haalbaarheidsstudie werd gewerkt met draagbare tandheelkundige units die vervoerd werden met een personenwagen en die door één persoon opgesteld konden worden.

Van de mobiele tandartsstoelen die gemakkelijk transporteerbaar zijn, zijn er enkele modellen beschikbaar. De Adec, Porta-Chair die in de haalbaarheidsstudie uitgetest werd, met een gewicht van 28kg en een kostprijs van circa 4500 euro, gaf voldoening. Meerdere “valieseenheden” met roterend instrumentarium (al of niet met ingebouwde compressor) en reinigingstoestel zijn beschikbaar op de markt. In de haalbaarheidsstudie werd gewerkt met de Aseptico valieseenheden (kostprijs circa 9000 euro).

Voor het uitvoeren van behandelingen bij de persoon thuis (woning) gaat de voorkeur uit naar dergelijke lichte mobiele eenheid. De patiëntenstoel, de operatielamp, de vacuümpomp en de perslucht zijn zaken die voor verbetering vatbaar zijn.

Uit de ervaring van het Gerodent project blijkt dat de lichte vorm van mobiele eenheid onvoldoende robuust is om dagelijks minstens 6 uur benut te worden. Uit ergonomisch standpunt dient er op gelet te worden dat zowel het comfort voor de zorgvrager als de zorgverlener gewaarborgd wordt.

Om de preventie te optimaliseren alsook de werkomstandigheden bij verzorging in zorgorganisaties, waar meerdere patiënten op één locatie kunnen gepland en verzorgd worden, dient overwogen te worden dat de zorgorganisaties zelf investeren in materiaal. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden beschikbaar, waarbij de gezondheids-economische haalbaarheid vooral afhangt van de grootte van de zorgorganisatie.

In elk geval is in de zorgorganisatie tijdens de aanwezigheid van het mobiel team een lokaal nodig, dat beantwoordt aan de voorschriften op vlak van hygiëne en dat best 4 X 4 m groot is.

Het voorzien van een volledig uitgeruste tandartsinstallatie is niet alleen een grote investering, maar vergt ook veel onderhoud en zorgzaam gebruik door de tandarts, mondzorgassistent en tandartsassistent. Dit is enkel verantwoord als er minstens een

halftijdse bezetting is en er steeds een medewerker van de zorgorganisatie tijdens de behandelingen aanwezig is.

Heel wat varianten zijn mogelijk om verantwoord te investeren in toestellen die permanent in de zorgorganisatie kunnen blijven:

- een mini-unit voor preventie (reinigingstoestel en aspiratie eenheid; kostprijs circa 3500 euro);
- een nog steeds oplooibare tandartsstoel die stevigheid en comfort biedt en verplaatsbaar is met twee personen (in de haalbaarheidsstudie werd met succes een stoel gebruikt, die in een koffer opgeborgen wordt van 78H/60B/80L cm, 50kg weegt en een half uur montagetijd vraagt (kostprijs circa 4500 euro);
- een alternatief is de “rolstoelkantelaar”, een toestel waarin alle types rolstoelen gefixeerd kunnen worden en dan hoger geplaatst en gekipt worden. (kostprijs vanaf 4000 euro);
- een stevige operatielamp op staander die voldoende licht biedt bestaat in verschillende mogelijkheden (kostprijs circa 1900 euro);
- de drie bovenvermelde toestellen kunnen ook gebruikt worden voor manicure, pedicure, kapper, ...
- een goede upgrade van een lichte mobiele tandarts-valieseenheid zijn een vacuümpomp en een compressor. Deze beide apparaten zijn immers zwaar en moeilijker te verplaatsen.

In het project Gerodent UZ wordt gewerkt met twee volledig uitgeruste mobiele praktijken die vervoerd worden in een bestelwagen. Alle losse materialen worden geordend en vervoerd in 2 kasten en één kar, allen voorzien van wielen. Deze mobiele eenheden worden ingezet door twee tandartsen en twee tandartsassistenten. De werkruimte wordt in minder dan 45 minuten ingericht.

3. GESPECIALISEERDE MONDZORG (Mondzorgcentra Bijzondere Noden)

3.1. DOELGROEP MONDZORGCENTRUM BIJZONDERE NODEN EN INTERACTIE MET ANDERE ZORGPADEN BINNEN DE ZIEKENHUISSETTING

Het Globaal Plan voor Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden voorziet ook in het oprichten van enkele Mondzorgcentra Bijzondere Noden die zullen instaan voor screening, diagnose en behandeling (eventueel onder algemene verdoving, onder monitoring of sedatie) van personen met bijzondere noden, evenals voor de coördinatie van de behandelingen en de interactie met de reguliere tandarts (vlechtbeleid). Het Globaal Plan richt zich daarbij specifiek op de kwetsbare oudere patiënten en de personen met beperkingen met een complexe (mond)zorgnood.

Zoals aangegeven onder punt C2.4. (p.62), werd in de pilootfase overleg gepleegd tussen bestaande centra die deze doelgroepen momenteel verzorgen (KU Leuven, UGent, UCL) en werd nagegaan welke infrastructuur en personeelsbezetting nodig is om een adequate gespecialiseerde zorg te kunnen bieden.

De cijfergegevens handelen naast gegevens van kwetsbare ouderen en personen met beperkingen ook over een groep ‘medisch gecompromitteerde patiënten’. Deze groep behoort eigenlijk niet tot de focus van deze haalbaarheidsstudie maar moet in gelijkaardige omstandigheden als kwetsbare ouderen en personen met een beperking verzorgd worden. Een Mondzorgcentrum Bijzondere Noden is dus niet enkel geschikt voor de doelgroepen van deze haalbaarheidsstudie , maar zou terzelfdertijd van nut moeten zijn voor andere zorgpaden.

Uit de realiteit blijkt dat een groot aantal patiënten uit andere zorgpaden beroep doen op de ziekenhuistandarts voor screening en het op punt stellen van de mondgezondheid en ook voor behandeling (soms dringende, vaak gecompliceerde).

Voor een brede waaier van zorgpaden (bijvoorbeeld hematologie, cardio- vasculaire chirurgie, transplantatieheelkunde, kinder- en volwassenen oncologie, diabetes,...) is een optimale mondgezondheid van de patiënt cruciaal. Pre-chirurgisch, bij patiënten die radiotherapie of chemotherapie ondergaan en in de opvolging op langere termijn, wordt hiervoor beroep gedaan op (ziekenhuis)tandartsen. In universitaire centra bestaat een lange traditie van samenwerking met de betrokken diensten, maar deze service gebeurt op basis

van vrijwilligheid en betrokkenheid, is onvoldoende structureel ondersteund en zeker niet voldoende uitgebouwd. Vanuit verschillende diensten (bijvoorbeeld oncologie) is er sterke vraag naar het systematisch inbouwen van de mondzorg screening en bijhorende behandeling in het zorgpad-protocol. Gebrek aan menskracht en het ontbreken van financiële ondersteuning hiervoor zijn vanzelfsprekende hinderpalen. In het kader van demografische trends (vergrijzing van de bevolking) en medische evoluties (langer overleven met een (chronisch) gezondheidsprobleem), zal de vraag naar en de complexiteit van dit type zorgverlening in de toekomst nog verder toenemen. De specifieke (voor)kennis en vlotte interactie met andere medische actoren die vereist zijn voor deze patiëntengroepen, tonen de noodzaak aan van een aansturing vanuit ziekenhuiscentra. Het concept van de werking van de Mondzorgcentra, zoals uitgewerkt voor het Globaal Plan voor Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden, bieden een structurele basis die vlot extrapoleerbaar is voor andere zorgpaden (screening, oplossen van dringende problemen, vlechtbeleid met de mondgezondheidszorg bij de perifere tandarts, mogelijkheid tot feedback, permanente vorming...). In de toekomst zou de tandheelkundige dienstverlening aan al deze vormen van medisch gecompromitteerde patiënten, naadloos kunnen gestuurd worden vanuit de Mondzorgcentra. De nodige stappen van erkenning en financiering zijn vanzelfsprekend noodzakelijk.

3.2. AANTAL MONDZORGCENTRA BIJZONDERE NODEN

De voorstellen in het Globaal Plan voor Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden, zijn gebaseerd op voorbeelden uit het buitenland. Na bespreking van de cijfergegevens aangeleverd door de momenteel bestaande expertisecentra wordt het nodige aantal centra geschat op één centrum per 2 miljoen inwoners (dus voor een 100.000-tal personen met bijzondere noden). Een voorstel van verdeling rekening houdend met de bevolkingsdichtheid en –spreiding is: 3 mondzorgcentra in Vlaanderen, 1 in Brussel en 2 in Wallonië. De 100.000 personen met bijzondere noden zijn verbonden aan een centrum maar moeten daarom niet allemaal gezien worden in dat centrum. Er kunnen immers ook heel wat reguliere tandartsen aan verbonden zijn die samenwerken met het mondzorgcentrum.

3.3. PERSONEELSBEZETTING MONDZORGCENTRUM

Het voorstel van personeelsbezetting dat gedaan werd in het Globaal Plan voor Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden, kan na toetsing aan de huidige situatie als realistisch beschouwd worden. Dit voorstel houdt in dat er per mondzorgcentrum 10 tandartsen, 10 tandartsassistenten, 5 mondzorgassistenten, 2 personen voor de administratie, 2 verpleegkundigen en 2 anesthesisten nodig zijn.

3.4. INFRASTRUCTUUR MONDZORGCENTRUM

Een Mondzorgcentrum Bijzondere Noden zou naast de basisinfrastructuur (onthaalbalie, wachtruimte e.d.) over een operatie-eenheid (5 dagen per week beschikbaar), 1 tandartsstoel in een aparte ruimte voor zorg onder sedatie en 6 à 7 tandartsstoelen voor ambulante zorg moeten beschikken.

Met deze infrastructuur in de 6 voorgestelde mondzorgcentra wordt geschat dat de wachttijden (momenteel gemiddeld 4 maanden voor zorg onder sedatie of algemene anesthesie) gehalveerd zouden worden.

3.5. INCENTIVES VOOR DE GESPECIALISEERDE MONDZORG

- in de Mondzorgcentra worden zowel patiënten met het statuut 'gehospitaliseerd' als ambulante patiënten verzorgd. De nomenclatuur moet voor beide situaties op gelijke wijze toepasselijk zijn;
- de honoraria voor anesthesisten moet aangepast worden bij tandheelkundige verstrekkingen onder narcose, gekoppeld aan de erkenning van Mondzorgcentra Bijzondere Noden;
- er moet voorzien worden in een nomenclatuur voor sedatie voor ambulante patiënten.

4. OPTIMALISATIE VAN DE TOEGANKELIJKHEID VAN REGULIERE MONDZORG

De toegankelijkheid van reguliere tandartspraktijken voor rolstoelpatiënten en andere patiënten met functie beperkingen moet in kaart worden gebracht. Het protocol voor toegankelijkheid moet verspreid worden. Om een betere toegankelijkheid te bevorderen, moeten er financiële incentives voorzien worden zoals een premie (eenmalig of jaarlijks, gekoppeld aan de frequentie van behandeling van de personen van de doelgroep).

E. SLOTBESCHOUWING EN CONCLUSIE

Het “Pilotproject Mondzorg voor personen met bijzondere noden” (2011) toonde de vele problemen aan in de organisatie van de mondzorg voor personen met bijzondere noden. In de vervolgstudie, namelijk de haalbaarheidsstudie “Globaal Plan voor Duurzame Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden” ofwel kortweg “Globaal Mondzorgplan” kwamen, door intensief overleg in een breed forum van actoren, die instaan voor de organisatie van de zorg voor personen met bijzondere noden, bijkomende knelpunten aan het licht en worden concrete voorstellen tot remediëring voorgesteld.

Het Globaal Mondzorgplan beschrijft actiepunten om, zowel op zeer korte termijn als in de nabije toekomst, de preventie en mondzorg voor alle personen met bijzondere noden op een adequate wijze te organiseren. Dit Globaal Mondzorgplan werd in 2013 uitgetest en de belangrijkste conclusie is dat de voorstellen uit het Globaal Mondzorgplan zoals ze in de Pilotfase uitgetest werden haalbaar zijn. De haalbaarheidsstudie was van korte tijdsduur en beperkt in omvang. Daarenboven is het, rekening houdend met de samenstelling van de steekproef van deze praktijkgerichte studie, vooralsnog niet mogelijk om de financiële noden te bepalen voor de uitrol van het Globaal Mondzorgplan over het ganse land.

De complexiteit van de bevoegdheden en de financieringsvormen van onze Belgische staatsstructuur, zijn bijkomende moeilijkheden om, uitgaande van de huidige ervaringen, een raming te maken van het aantal Mondzorgnetwerken dat nodig zou zijn voor een veralgemeende toepassing over het ganse land.

Het lijkt wel bijzonder nuttig om een beperkte uitrol te organiseren en de kostprijs hiervan te ramen. Hiertoe zou in eerste instantie een vzw Mondzorgplatform Bijzondere Noden opgericht moeten worden om per provincie één tot drie Mondzorgcentra te installeren en te financieren. Deze beperkte uitrol zou uiteraard maar aan een deel van de beide doelgroepen tegemoet komen, maar er wel voor zorgen dat de voorhanden knowhow, inzet en betrokkenheid vanwege de zorgorganisaties en de PBN medewerkers niet verloren gaan. Na drie jaar zou op basis van de impact van deze beperkte uitrol op de mondzorgnood, bepaald kunnen worden welke menskracht en financiële middelen er noodzakelijk zijn voor een uitrol over het ganse land. De vzw Mondzorgplatform en een beperkt aantal Mondzorgcentra zouden voor deze drie jaar gefinancierd kunnen worden door het RIZIV in het kader van Art

56 GVVU-Wet. Het gaat immers over onderzoek en het vergelijken van bepaalde modellen van verstrekking en het is ook een project van gecoördineerde zorg. De gemeenschappen zouden betrokken moeten worden bij de structuur en de financiering en gezien het over een project van beperkte duur gaat zouden ook de Provincies mede kunnen financieren.

De bestaande zorgnaden op vlak van mondzorg van de beide behartigenswaardige doelgroepen zijn groot en de haalbaarheidsstudie van het Globaal Plan Mondzorg voor Personen met Bijzondere Naden toonde op beperkte schaal aan dat de voorstellen van het Globaal Plan haalbaar zijn. Het is nu aan de bevoegde overheden, voor zover overtuigd dat dit ernstig maatschappelijk probleem moet aangepakt worden, om de verantwoordelijkheid te nemen voor de organisatie en de financiering van een Mondzorgplatform voor de begeleiding en verzorging van de mondzorg van personen met beperkingen en de kwetsbare ouderen.

Oprichting van een Mondzorgplatform is hierbij essentieel om een uniform beleid inzake organisatie van de mondzorgnetwerken, sensibilisering en vorming van zorgactoren, zelfevaluatie e.d. te kunnen voeren.

De Mondzorgnetwerken hebben daarnaast een sleutelrol in het Globaal Mondzorgplan omdat hierbij maximaal op preventie wordt ingezet. Vooreerst faciliteren de Mondzorgnetwerken een adequate dagelijkse mondzorg hetgeen tand- en mondziekten zal voorkomen. Daarenboven verhogen de Mondzorgnetwerken de toegankelijkheid van tandheelkundige zorg waardoor ook de complexiteit en uitgebreidheid van de nodige mondzorg zal dalen.

Door voluit de preventieve kaart te trekken, zal dus niet alleen de functionaliteit en levenskwaliteit van de betrokken personen met bijzondere noden toenemen, maar zullen hoge behandelkosten vermeden worden hetgeen een significante winst betekent op zowel individueel als maatschappelijk niveau.

F. DANKWOORD

Oprechte dank gaat uit naar het RIZIV voor de financiële steun aan dit project. Ook bijzondere dank aan de werkgroep-verantwoordelijken en alle leden van de Adviescommissie, die allen samen aandringen dat de betrokken overheidsinstanties de noodzakelijke beslissingen snel zouden nemen.

G. BIJLAGEN

- Bijlage 1A: Samenstelling werkgroepen HBN
- Bijlage 1B: Alfabetische lijst van de adviescommissie
- Bijlage 2: Eindrapporten van de verschillende werkgroepen
- Bijlage 3: Flow van professionele zorgvraag doorheen het mondzorgnetwerk
- Bijlage 4: Aantallen Mondzorgcentrum ervaringen uit buitenland
- Bijlage 5: Personeelsbezetting Mondzorgcentrum ervaringen uit buitenland
- Bijlage 6a: Toegankelijkheid van tandartspraktijken
- Bijlage 6b: Toegankelijkheid van medische praktijken
- Bijlage 7: Criteria waaraan alternatieven dienen te voldoen = 5 A's
- Bijlage 8: Configuraties mogelijke alternatieven
- Bijlage 9: Kosten-baten analyse
- Bijlage 10: Inhoud website
- Bijlage 11: Mondzorgnetwerken
- Bijlage 12: Uitnodiging deelname organisaties
- Bijlage 13: Bevraging organisaties
- Bijlage 14: Vacature tandartsen
- Bijlage 15: Screeningsformulier
- Bijlage 16: Volledig patiëntendossier
- Bijlage 17: Pers en foto's

H. REFERENTIES

- Anders P.L., Davis E.L. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Special Care Dentistry* 2010;30:110-117
- De Visschere L.M., Grooten L., Theuniers G., Vanobbergen J.N.: Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions--a cross-sectional study. *Gerodontology* 2006; 23:195-204.
- Gizani S., Declerck D., Vinckier F., Martens L., Marks L., Goffin G. Oral Health in Handicapped Children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1997;25:352-7
- Hennequin M., Moysan V., Jourdan D., Dorin M., Nicolas E. Inequalities in oral health for children with disabilities: a French national survey in special schools. *PLoS One* 2008;3:e2564.
- Ikebe K., Matsuda K., Morii K., Nokubi T., Ettinger RL. The relationship between oral function and body mass index among independently living older Japanese people. *International Journal of Prosthodontics* 2006;19:539-546.
- Ikebe K., Morii K., Matsuda K., Nokubi T. Discrepancy between satisfaction with mastication, food acceptability, and masticatory performance in older adults. *International Journal of Prosthodontics* 2007;20:161-167.
- Kandelman D., Petersen PE., Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special Care in Dentistry* 2008;28:224-236.
- Lafortune G., Balestat G. and the Disability Study Expert Group Members. Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. *OECD Health Working Papers*, 2007. <http://www.google.com/search?hl=en&q=OECD+HEALTH+WORKING+PAPERS+2007+disability+&btnG=Search.OESO-rapport>
- Lamy M., Mojon P., Kalykakis G., Legrand R., Butz-Jorgensen E. Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *Journal of Dentistry* 1999;27(6):443-448.
- Leroy R., Declerck D., Marks L. The oral health status of special Olympics athletes in Belgium *Community Dental Health* 2012; 29:68-73
- Martens L., Marks L., Declerck D., Gizani S., Vinckier F., Goffin G. Oral Hygiene versus manual dexterity in 12 year old handicapped in Flanders (Belgium) versus the opinion

of parents and caretakers. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2000;28:73-80

- Nitschke I., Müller F. The impact of oral health on the quality of life in the elderly. *Oral Health and Preventive Dentistry* 2004;2(Suppl 1):271-275.
- Nordenram G., Rönnerberg L., Winblad B. The perceived importance of appearance and oral function, comfort and health for severely demented persons rated by relatives, nursing staff and hospital dentists. *Gerodontology* 1994;11:18-24.
- PBN-Rapport, Pilootproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN). Hanson S., De Visschere L., Leroy, R. 2010;
<http://www.riziv.be/information/nl/studies/study56/index.htm>
- Strandberg T. Aging as a phenomenon. A Challenge for the Oral Health Care. *Congres Helsinki* September 2–4, 2004.

Verantwoordelijke uitgever:

VVT vzw

Stefaan Hanson, coördinator HBN

Vrijheidslaan 61, 1081 Brussel

www.tandarts.be

©RIZIV, 2014.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of welke andere wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.



2014

Haalbaarheidsstudie
mondzorg voor personen met
bijzondere noden
Bijlagen



Bijlage 1A: Samenstelling werkgroepen

Werkpakket	Verantwoordelijke	Leden	Organisatie
1. Preventiestrategie	Luc De Visschere	Jan Flament	Rusthuizen
	U Gent	Marie Josée Vanherck	VBZV
		Claudine Baudart	AIIB
		Bernard Munnix	CSD
		Rieneke Berbée	Familiehulp
		Tarsi Windey	Zorgnet Vlaanderen
		Luc Griep	VLOZO
		Esmeralda Tobing	WGK
		Guido Van Hal	ESM/MSHP
		Nico Van Gaever	VFG
		Christine Van Meir	VVT
		Stephanie Van Slembrouck	Zorgcentrum MtE Klerken
		Hilde Van der Flaas	Muylenberg KMSL vzw
		Maryse Vanhauzenhaege	Infor santé MC
		France Gerard	Infor santé MC
2. Taken en opleiding zorgverleners	Lies Verdonck	Hugo Baert	VBZV
	KH Leuven Preventiedienst Vlaams-Brabant	Roos Leroy	KU Leuven
		Monique Mauroy	AIIB
		Toon Quaghebeur	KH Leuven
		Jean-Paul Michiels	VVT
		Filip Thys	VBT

		Sam Cordyn Luc Van Gorp	WGK WGK
3. Toegankelijkheid tandartspraktijk	Diane Van Cleynenbreugel ABDP	Ingrid Verbraecken Philippe Vanhoeck Etienne Laurent Frank De Neve Philippe Harmegnies Didier Maloir	VVT WTB LMC VBT Passe Muraille CSD
4. Alternatieven reguliere tandartspraktijk	Steven De Mars VVT	Michel De Decker Jacques Vanobbergen Luc Marks Christian Lamoral Genevieve Delheusy Annemarie Gheeraert Didier Maloir Charles Pilipili John Willems	WTB U Gent U Gent Expert toeleveranciers UCL WGKWV CSD UCL NVSM
5. Centra Bijzondere Noden	Joke Duyck KU Leuven	Luc Bensch Antoon De Laat Luc Marks Dominique Declerck Stephanie Theys Guido Lysens Yann Van Hoecke	UZA KU Leuven U Gent KU Leuven UCL VBT VBT

		Marie-Astrid Capelle	UCL
		Charles Pilipili	UCL
		Didier Maloir	CSD
6. Zorgnetwerk: coördinatie/rapportering	Stefaan Hanson VVT	De verantwoordelijken van iedere werkgroep Kris Vandeveld Leden van de werkgroepen afhankelijk van noodzaak/behandeld onderwerp	RIZIV

Verklaring afkortingen organisaties:

ABDP: Academie Belge de Dentisterie Pediatrique

AIIB: Association des Infirmières Indépendantes de Belgique

CSD: Chambre Syndicale Dentaire

ESM: Epidemiology and Social Medecine

VLOZO: Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk

Infor santé MC: Mutualité Chrétienne

LMC: La Mutualité Chrétienne

MSHP: Medical Sociology and Health Policy

Muylenberg KMSL vzw: Instelling voor personen met een verstandelijke handicap

NVSM: Nationaal Verbond der Socialistische Mutualiteiten

UZA: Universitair Ziekenhuis Antwerpen

VBT: Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen

VBZV: Vlaamse Beroepsvereniging Zelfstandige Verpleegkundigen

VFG: Vereniging personen met een handicap vzw

VVT: Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw

WGK: Wit Gele Kruis Vlaanderen

WGKVV: Wit Gele Kruis West-Vlaanderen

WTB: Werkgroep tandheelkundige zorg voor mensen met Bijzondere Noden

Zorgcentrum MtE Klerken: Zorgcentrum Maria ter Engelen Klerken

Bijlage 1B: Alfabetische lijst Adviescommissie

Naam	Organisatie
Baert Hugo	VBZV
Baudart Claudine	AIIB
Bensch Luc	UZA
Berbée Rienke	Familiehulp
Capelle Marie-Astrid	UCL
Cordyn Sam	WGK
De Decker Michel	WTB
De Laat Antoon	KU Leuven
De Mars Steven	VVT
De Neve Frank	VBt
De Visschere Luc	U Gent
Declerck Dominique	KU Leuven
Delheusy Genevieve	UCL
Duyck Joke	KU Leuven
Flament Jan	Rusthuizen
Gerard France	Infor Santé MC
Gheeraert Annemarie	WGKWV
Griep luc	VLOZO
Harmegnies Philippe	Passe Muraille
Lamoral Christian	Expert toeleveranciers
Laurent Etienne	LMC
Leroy Roos	KU Leuven
Lysens Guido	VBt
Maloir Didier	CSD
Marks Luc	U Gent
Mauroy Monique	AIIB
Michiels Jean-Paul	VVT
Mousset Jeanphilippe	RIZIV
Munnix Bernard	CSD
Pilipili Charles	UCL
Quaghebeur Toon	KH Leuven
Sarens An	KVG
Theys Stephanie	UCL
Thys Filip	VBt
Tobing Esmeralda	WGK
Van Cleynenbreugel Diane	ABDP
Van Gorp Luc	WGK
Van Hal Guido	ESM/MSHP
Vandeveldt Kris	RIZIV
Van der Flaas Hilde	Muylenberg KMSL vzw

Van Gaever Nico	VFG
Vanhaudenhage Maryse	Infor Santé MC
Vanherck Marie-Josée	VBZV
Vanhoeck Philippe	VVT
Van Hoecke Yann	VBT
Van Meir Christine	VVT
Van Slembrouck Stephanie	Zorgcentrum MtE Klerken
Vandenbroucke Nathalie	VFG
Vanobbergen Jacques	U Gent
Verbraecken Ingrid	VVT
Verdonck Lies	KH Leuven/Preventiedienst Vlaams-Brabant
Vochten Muriel	Familiehulp
Windey Tarsi	Zorgnet Vlaanderen
Willems John	NVSM
Hanson Stefaan	VVT
De Clerck Ellen	VVT

Bijlage 2: Rapporten van de werkgroepen

Werkgroep 1: Preventiestrategie

Sensibilisering voor mondzorg van personen met bijzondere noden:

De sensibilisering dient uitgevoerd te worden door de coördinatiecellen van de mondzorgnetwerken en behoort tot het takenpakket van het Mondzorgplatform.

1. Doel

Het doel bestaat er in alle zorgverleners (professionele zorgverleners en mantelzorgers) van personen met bijzondere noden te sensibiliseren tot het uitvoeren van goede mondzorg en het bewaken van de mondgezondheid van de personen met bijzondere noden. De te volgen strategie en aanpak is verschillend voor de professionele zorgverleners en voor de mantelzorgers.

De personen met bijzondere noden omvatten personen met beperkingen van 21 jaar of jonger, personen met beperkingen ouder dan 21 jaar en kwetsbare ouderen. Deze personen kunnen thuis verblijven al of niet met 'thuiszorg' ondersteuning of in (woon)zorgcentra.

De sensibilisering beoogt volgende objectieven:

- Het vergroten van de kennis over mondgezondheid en mondzorg met betrekking tot personen met bijzondere noden;
- Het verbeteren van de vaardigheden in het uitvoeren van mondzorg bij personen met bijzondere noden;
- Het realiseren van een attitudeverandering ten opzichte van het dagelijks uitvoeren van mondzorg bij personen met bijzondere noden;
- Het realiseren van een attitudeverandering voor het signaleren van mogelijke mondproblemen bij personen met bijzondere noden.

2. Doelgroep voor de sensibilisering

De sensibilisering richt zich naar de professionele zorgverleners (intermediaren) en de mantelzorgers (niet professionele zorgverleners) van personen met bijzondere noden.

Volgende actoren behoren tot de intermediaren: orthopedagogen, opvoeders en opvoedsters, verpleegkundigen en zorgkundigen, verzorgenden, paramedici (ergo-kine en logo, diëtisten, animatie,...), artsen (geriaters, coördinerende raadgevende artsen, huisartsen, artsen verbonden aan de zorgorganisaties), stomatologen, tandartsen, mondzorgassistenten, tandartsassistenten, referentiepersonen mondzorg,...). De sensibilisering van de intermediaren gebeurt via hun overkoepelende beroepsorganisaties.

De mantelzorgers worden benaderd via de vzw Kenniscentrum mantelzorg (www.mantelzorg.be) (addendum 1: coördinaten van organisaties die de sensibilisering kunnen ondersteunen).

Het is ook wenselijk om de personen met bijzondere noden zelf en hun proxies te sensibiliseren voor mondzorg. Omwille van de beperkte duur van de haalbaarheidsstudie werd door de begeleidende adviescommissie beslist de sensibilisering niet uit te voeren voor de verschillende doelgroepen zelf. Dit tekort wordt deels opgevangen door tijdens de sensibilisering van de zorgverleners instructies mee te geven zodat de zorgverleners zelf hun specifieke doelgroepen kunnen sensibiliseren voor mondzorg.

3. Materiaal en methoden

Materialen

- Witboek

Dit is een beknopte tekst die dient opgemaakt te worden en die de problematiek van mondzorg van personen met bijzondere noden schetst. Mogelijke topics zijn de huidige tekortkomingen op vlak van mondzorgvoorziening en mogelijke oplossingen. Hier dient verwezen te worden naar het Globaal plan voor duurzame mondzorg voor personen met bijzondere noden.

Hierbij kan gedacht worden aan volgende inhoudstafel:

- Voorwoord
 - Terminologie
 - Samenvatting
 - Introductie: probleemstelling, het belang van mondzorg, de gevolgen van een inadequate mondzorg, verband tussen mondzorg en de algemene gezondheid, verband tussen mondzorg en ondervoeding, nood voor een globaal plan
 - Nood aan mondzorgverlening: resultaat van de inventarisatie van de verschillende werkgroepen: ondersteunend onderzoek, doelgroepen, bestaande initiatieven
 - Tekortkomingen in het huidig aanbod
 - Oplossingen en uitdagingen
 - Mondzorgmodel
 - Aanbevelingen
 - Charter
 - Eindconclusie
- Implementatieprocedure

De implementatieprocedure wordt als basis aangewend voor de sensibilisering. Deze implementatieprocedures worden ontwikkeld conform het model “Zorgnetwerk Bijzondere Noden”, dat gebruikt wordt om mondzorg te integreren in de organisatie en het zorgaanbod.

Referentiemateriaal:

- implementatie procedure mondzorg voor het integreren van mondzorg in een organisatie die instaat voor de zorg van personen met beperkingen en/of kwetsbare ouderen: UGent (Luc De Visschere)
- Mondzorg protocollen

Deze omvatten preventief ondersteunende maatregelen (screening), gezondheidsvoorlichting en opvoeding (brochures) en gezondheidsbewaking en bescherming (preventieadviezen).

Referentiemateriaal:

- basistekst mondzorg: UGent (Luc De Visschere);
- brochures VWGT: mondhygiëne, fluorideadvies en voeding;
- brochures Het Ivoren Kruis: <http://www.ivorenkruis.nl/Folders-lezen.html>
- mondzorg voor mensen met een verstandelijke beperking: <http://www.ivorenkruis.nl/index.cfm?t=keyword.cfm&folder=80>
- website VVT: <http://www.tandarts.be/index.php?ID=33036>
-
- Mondzorg werkfiches

Deze fiches zijn concrete informatiedragers met beperkte tekst en duidelijke illustraties van de belangrijkste uit te voeren basisacties. Deze fiches worden afgestemd op de doelgroepen met aandacht voor de verschillende leeftijdsgroepen.

Volgende thema's komen in aanmerking:

- opmaken van een mondstatus
- poetsen van natuurlijke tanden
- poetsen van gebitsprothesen
- poetsen van de tong
- reinigen van de slijmvliezen
- omgaan met voeding
- tips en tricks

De inhoud van de diverse werkfiches is in overeenstemming met de mondzorgprotocollen. Per werkfiche wordt een voorstel gedaan op vlak van inhoud, schikking en te gebruiken foto's of figuren.

Alle werkfiches worden in een herkenbare stijl opgemaakt en met een herkenbare figuur of icoon op alle werkfiches. Voor de realisatie kan eventueel beroep gedaan worden op inbreng van personen met bijzondere noden (zorgverleners samen met personen met beperkingen en/of kwetsbare ouderen). De werkfiches worden op vlak van format afgestemd op zorgverleners ivf de doelgroep waarvoor ze zorgen. De inhoudelijke boodschap is voor alle zorgverleners voor het grootste deel identiek. De werkfiches worden best geplastificeerd.

- Audiovisueel materiaal

Demonstratief materiaal dat op aanschouwelijke wijze de uit te voeren acties bij diverse doelgroepen weergeeft (o.a. PowerPointpresentaties, Cd-rom, ...) dient te worden ontwikkeld.

Referentiemateriaal:

- Personen met beperkingen: videomateriaal ontwikkeld door UGent (Prof. Luc Martens) in samenwerking met Michèle Huybrechts, Gierle;
- Personen met beperkingen: videomateriaal ontwikkeld door VFG;
- Kwetsbare ouderen: CD-rom ontwikkeld door UGent (Prof. Vanobbergen – De Visschere) in samenwerking met ZorgAndersTV.

Er wordt contact opgenomen met ZorgAndersTV om na te gaan of het beschikbare videomateriaal kan gebruikt worden om een alles omvattende Cd-rom te ontwikkelen. Zie addendum 3: voorstel opmaak sensibilisatiefilm 20120910.

- Educatieve koffer

Referentiemateriaal:

- in Gent bestaat er een bureau dat ervaring heeft met het ontwikkelen van dergelijke koffers. Deze koffers worden uitgeleend en uitleners kunnen beroep doen op subsidie van de provincies;
- educatieve koffer ontwikkeld door UGent samen met de Artevelde Hogeschool. Deze koffer bevat een syllabus, het boek 'De mond, spiegel van gezondheid, een PowerPointpresentatie op Cd-rom, een uitgeschreven praktische oefening en de nodige materialen om deze praktische oefening uit te voeren. Deze educatieve koffer wordt door ACCO gecommercialiseerd en komt op de markt in oktober 2012;
- Familiehulp heeft in samenwerking met de Provinciale Hogeschool Limburg en sTimul een ervaringskoffer ontwikkeld. Deze koffer is opgebouwd rond bepaalde

beperkingen en laat (toekomstige) zorgverleners ervaren wat het betekent om te leven met een beperking (bijvoorbeeld slecht zicht, aangetaste tastzin, evenwichtsstoornis). De enige link naar mondzorg is een proef die nabootst hoe het aanvoelt om op een niet aangepaste manier voeding te krijgen van een zorgverlener.

- Folders (eventueel op elektronische drager vb. USB-stick)

Overbrengen van informatie naar betrokken actoren zoals mantelzorgers, familieleden, patiëntplatformen, ouderverenigingen, ...

- Website

Er dient een centrale website (portaalsite) ontwikkeld te worden met een eenvoudige 'home' pagina die zeer uitnodigend is.

Alle aangewende materialen ter sensibilisering worden vrij online ter beschikking gesteld aan alle betrokken actoren. De website dient op geregelde tijdstippen geactualiseerd te worden.

Links naar andere relevante websites met betrekking tot zorg maken een belangrijk deel uit van de inhoud.

Facebook account aanmaken met regelmatig actueel nieuws over mondzorg. Een facebook account is tegelijkertijd ook reclame maken omdat je via 'friending' het netwerk achter elk persoon ook bereikt.

Methoden

Aanpak:

De sensibilisering wordt uitgevoerd in functie van de woonvorm van de personen met bijzondere noden:

- voor de personen met beperkingen betreft dit het sensibiliseren van het directieteam en de zorgverleners van een uitgebreid aanbod aan woonvormen (addendum 2: overzichtstabel diverse woonvormen en ondersteunende organisaties).

Speciale aandacht is nodig voor personen met beperkingen die op weinig tot geen begeleiding beroep doen.

- voor de kwetsbare ouderen betreft dit het sensibiliseren van het directieteam en de zorgverleners die instaan voor de zorg van ouderen in de thuissituatie en in woonzorgcentra met inbegrip van de zelfstandige thuisverpleegkundigen.

De betrokken zorgverleners worden zoveel als mogelijk benaderd via hun zorgorganisatie en/of via hun professionele beroepsorganisaties.

De sensibilisering richt zich ook naar actoren van ondersteunende groepen zoals ouderverenigingen, familieraden, bewonersraden, patiëntenplatforms,... (zie addendum 2: overzichtstabel diverse woonvormen en ondersteunende organisaties). Deze actie maakt de brug naar de mantelzorgers. Om deze groep te benaderen dient aangepast materiaal ontwikkeld te worden. (haalbaarheidsstudie)

Het scenario van de sensibilisering wordt uitgevoerd in samenwerking met ViGeZ. Er dient duidelijk vermeld dat de sensibilisering slechts een onderdeel is van een globaal mondzorgplan voor personen met bijzondere noden in België.

4. Evaluatie

Het dient aanbevolen de sensibilisering te onderwerpen aan een kwaliteitscontrole aan de hand van het meten van het effect en de kwaliteit van de sensibilisering. Gedurende de sensibilisering wordt het effect gemeten aan de hand van indicatoren voor mondzorg en de kwaliteit door middel van een SWOT-analyse.

De kwaliteit van de website wordt opgevolgd door middel van een periodieke online evaluatie bij de gebruikers.

5. Uitvoering

De sensibilisering gebeurt voor de 3 gemeenschappen in overleg met de betrokken overheden.

De uitvoering dient te gebeuren in opdracht van het Riziv door de professionele tandheelkundige beroepsverenigingen in samenwerking met de Universiteiten en de mutualiteiten. Zoals hierboven vermeld wordt beroep gedaan op de overkoepelende organisaties waartoe de diverse zorgverleners behoren.

De sensibilisering wordt continu ondersteund door het aanbieden van educatiemodules op te nemen in het curriculum van alle soorten opleidingen (WP2).

6. Partners

Voor het concreet uitwerken van de sensibilisering wordt beroep gedaan op ViGeZ (Vlaanderen) en Education Santé (Wallonië) en andere instanties met specifieke competenties in verband met promotie (o.a. marketing organisaties, grafisch bureau, ICT-ontwikkelaars, ZorgAndersTV, VWGT,...)

- VIGeZ:

Mogelijke opdrachten:

- Medewerking verlenen aan het opstellen van de sensibiliseringstrategie. Een eerste nota werd door VIGeZ van commentaar voorzien;
- Procesbegeleiding van het globale plan (met inbegrip van het uitvoeren van een haalbaarheidsstudie) VIGeZ schrijft nota uit met hulp van leden van de werkgroep; In dit verband is het wenselijk dat ViGeZ vertegenwoordigd wordt in WP-6 (ivf van de intensiteit van de vergaderingen dient hiervoor een vergoeding betaald te worden);
- Coördineren van het totale project: indien dit bijkomend personeel vergt dan moet hiervoor betaald worden ;
- Kwaliteitsbewaking: de ontwikkelde materialen worden door VIGeZ op kwaliteit beoordeeld.

Indien de output van het globaal plan dient gemeten te worden (effectevaluatie) dan behoort dit niet tot de taak van het VIGeZ. Dit is eerder een taak van de universiteiten. In het kader van kwaliteitsbewaking behoort het evalueren van beleid wel tot de opdracht van VIGeZ.

- VWGT:

Mogelijke opdrachten:

- uitwerken van de diverse werkfiches mondzorg;
- actualiseren van de brochures mondhygiëne, fluoride en voeding;
- ontwikkelen brochure voor de mantelzorgers;
- ontwikkelen van brochure voor personen met beperkingen en hun proxies.

Addendum 1: coördinaten van organisaties die de sensibilisering kunnen ondersteunen

Algemeen secretariaat KVG-groep:

Arthur Goemaerelei 66
2018 Antwerpen
tel: 03-216 29 90
fax: 03-248 14 42
post@kvg.be
[Adressen regiosecretariaten.](#)

Adressen van de vzw's en diensten die de KVG-groep vormen:

KVG vzw

Arthur Goemaerelei 66
2018 Antwerpen
tel: 03-216 29 90
fax: 03-248 14 42
post@kvg.be

KVG Vorming vzw

Arthur Goemaerelei 66
2018 Antwerpen
tel: 03-216 29 90
fax: 03-248 14 42
vorming@kvg.be
[Adressen regiosecretariaten.](#)

Absoluut vzw

Arthur Goemaerelei 66
2018 Antwerpen
tel: 03-216 29 90
fax: 03-248 14 42
info@absoluutvzw.be
www.absoluutvzw.be
[Adressen secretariaten](#)

Gezin en Handicap vzw

A. Goemaerelei 66
2018 Antwerpen
tel: 03-216 29 90
fax: 03-248 14 42
gezinenhandicap@kvg.be
www.gezinenhandicap.be

JKVG vzw

Van Vaerenbergstraat 6
2600 Berchem
tel: 03-609 54 40

fax: 03-609 54 41

Hannibal: www.hannibalvakanties.be

De Werkbank: www.dewerkbank.be

Steunpunt Handicap en Arbeid: www.handicapenarbeid.be

Intro vzw

Ardooisesteenvweg 73

8800 Roeselare

tel: 051-24 22 06

fax: 051-20 51 89

info@intro-events.be

www.intro-events.be

[Adressen secretariaten.](#)

Geserbu

A. Goemaerelei 66

2018 Antwerpen

tel: 03-216 29 90

fax: 03-248 14 42

geserbu@kvg.be

[Regionale contactadressen.](#)

KVG Vrije Tijd

Rederijkerslaan 53

3500 Hasselt

tel: 011-23 22 05

fax: 011-23 37 16

paul.droogmans@kvg.be

[Regionale contactadressen.](#)

De Werkbank

Oudstrijderslaan 1

9000 Gent

tel: 09-227 34 41

patrick.vandeweerd@kvg.be

www.dewerkbank.be

[Regionale contactadressen.](#)

KVG-kenniscentrum

A. Goemaerelei 66

2018 Antwerpen

tel: 03-216 29 90

fax: 03-248 14 42

kenniscentrum@kvg.be

Lidoa

Schoolstraat 40

3500 Hasselt

tel.: 011-28 57 40

ookerbij@busmail.net

Verenigingen voor mantelzorgers

1.Steunpunt Thuiszorg, Sint Jansstraat 32-38 - 1000 Brussel, T: 02 515 03 94

E: steunpunt.thuiszorg@socmut.be

www.steunpunt-thuiszorg.be

2.Liever Thuis LM, Livornostraat 25 - 1050 Elsene, T: 02 542 87 09

E: lieverthuis@mut400.be

www.lieverthuis.mut400.be

3.Ziekenzorg van de Christelijke Mutualiteiten, Haachtsesteenweg 579/40 - 1031 Schaarbeek

T: 02 246 47 81

www.cm.be

4.Ons Zorgnetwerk, Remylaan 4B - 3018 Wijnmaal, T: 016 24 49 49

E: onszorgnetwerk@kvlv.be

www.onszorgnetwerk.be

5.Kenniscentrum Mantelzorg, Steenweg op Brussel 213 - 1780 Wemmel, T: 02 452 63 13

GSM: 0489 78 66 63

E: info@mantelzorg.be; www.mantelzorg.be

Dolf Deridder, Voorzitter van de vzw Kenniscentrum mantelzorg (www.mantelzorg.be)

dolf.de.ridder@vlaanderen.wgk.be, 02.739.35.81 (rechtstreeks nummer)

6.OKRA-ZORGRECHT van OKRA, trefpunt 55+, Bezoekadres: Haachtsesteenweg 579 - 1030

Schaarbeek, Postadres: Postbus 40 - 1031 Brussel, T: 02 246 57 72

E: zorgrecht@okra.be

www.okra.be

Pluralistisch Platform Gehandicaptenzorg

Contact: Wendy Metten, Directeur – 0491/15.50.75 – wendy.metten@ppg.be

Uitgebreide info over de werking en dienstverlening: <http://www.ppg.be>

Guimardstraat 1 - 1040 Brussel

Telefoon: 02 511 44 70 - Fax: 02 513 85 14 - E-mail: post@vlaamswelzijnsverbond.be

Scholen

http://www.ond.vlaanderen.be/wegwijs/agodi/adressen_contactpersonen/adressen.asp?hsrtondnr=0&hbeginschooljaar=2011&hmaandnr=4

Addendum 2: overzichtstabel diverse woonvormen en ondersteunende organisaties

Woonvorm	Zorgactoren	Doelgroep	Beperkingen	2009	Organisatie
Vlaanderen					
Personen met beperkingen					
Thuisbegaleiding	Thuisbegaleidingsdienst	minder- of meerderjarig kind	motorisch, intellectueel, cognitief, auditief	5.337	Thuiszorgorganisatie en zelfstandig wonen
Begleid wonen	Individuele begeleider	meerderjarigen	alle	2.636	Federatie Begleid Wonen - Dhr. K. de Maessene - 08.960.04.58
Zelfstandig wonen	AGL-centrum	meerderjarigen	psychische beperking	280	Vlaamse Welzijnsverbond/ Pluralistisch Platform Welzijn/Stichting Marguerite-Marie Delacroix
Beschermend wonen	Maatregelen in de nabijheid	meerderjarigen	Wet tot strafrechterlijke beperking	608	
Gelingswoning wonen	Maatregelen in de nabijheid		weersomzorgbehoefte	80	
Internaten	School voor buitengewoon onderwijs	minderjarigen	alle	4.394	http://www.cand.vlaanderen.be/cand/over/aanbod/interne/interne/interne.htm
Semi-Internaten schoolgaanden	School voor buitengewoon onderwijs	minderjarigen	alle	3.437	
Semi-Internaten niet-schoolgaanden		minderjarigen	alle	522	
Observatie- en behandelingscentra		minderjarigen	niet duidelijk	365	
Pleegzorg	Pleegzorg	minderjarigen			Federatie Diensten Begleid Wonen
Wonen obv particulier	Particulier	meerderjarigen		189	
Kortverblijf	Maatregelen	minderjarigen		1.216	
Zorgcentra	Maatregelen	meerderjarigen	alle	4.678	
Begleid verhuizen				502	
Tehuisonderwijs		meerderjarigen	psychische of cognitieve	1.102	
Tehuisonderwijs met behoud		meerderjarigen	meerderjarigen	4.571	
Tehuisonderwijs met behoud, nadering		meerderjarigen	meerderjarigen	4.645	
				34.552	
Kwetsbare ouderen					
				2007	
Thuiswoning met ondersteuning	Verpleegkundig/verzorger	ouderen	Zorgbehoefte: A, B, C	136.832	Familiehulp/Familiezorg/Organisatie voor Thuisverpleegkundigen
Woonzorgcentra	Verpleegkundig/verzorger	ouderen	Zorgbehoefte: A, B, C, D	130.170	Zorgnet Vlaanderen, RGS, WSG
Psychiatrisch verzorgingshuis	Verpleegkundig	ouderen		1.800	
Verpleeghuis		ouderen	Zorgbehoefte	?	
				258.802	

Addendum 3: voorstel opmaak sensibilisatiefilm 20120910.



Dr Luc De Visschere
Vakgroep Tandheelkunde
De Pintelaan 185
9000 Gent

Heusden, 7 september 2012

1. Voorstelling Anders vzw - ZorgAndersTv

Anders vzw – ZorgAndersTv

De missie van onze organisatie is om zoveel mogelijk zorg op maat te brengen in het zorglandschap en om vernieuwende initiatieven mee te ondersteunen.

Anders vzw wil sensibiliseren, informeren en enthousiasmeren, in dat opzicht past jullie project volledig binnen de missie.

Reeds jaren geeft Hilde Taillieu vormingen in woonzorgcentra. Rode draad doorheen alle vormingen en begeleidingen op de werkvloer is: ervoor zorgen dat mensen die zorg nodig hebben krijgen wat ze nodig hebben rekening houdend met wat ze graag hebben.

Binnen Anders vzw is ZorgAndersTv ontstaan.

ZorgAndersTv geeft een zo realistisch mogelijke weergave van actuele tendensen en schetst wat er leeft in het zorglandschap. ZorgAndersTv informeert op die manier zowel zorgprofessionals als zorggebruikers.

Met ZorgAndersTv maken we ook films, documentaires en reportages en bieden we ondersteuning bij de uitwerking ervan. Een team van ervaren redacteur, cameraman en scenarioschrijver staan klaar om samen met organisaties zorg in beeld te brengen.

Via ons eigen kanaal op Telenet Digitale Tv brengen we indien gewenst het beeldmateriaal ook op televisie. Dit kanaal is gratis te bekijken.

2. Project voor mondzorg bij personen met bijzondere noden

Doelstelling:

Het verwerken van alle beeldmateriaal dat voor handen is over mondzorg bij personen met bijzondere noden tot één geheel. Het aanmaken van een nieuwe DVD dat kan dienen als didactisch materiaal die kan gebruikt worden om alle zorgverleners die betrokken zijn in de zorg van personen met bijzondere noden te sensibiliseren.

AANPAK

a) Preproductie

De preproductie is in handen van de opdrachtgever en ZorgAndersTv.

Samen met de werkgroep wordt uit het bestaande beeldmateriaal de scènes gekozen die verwerkt moeten worden in de nieuwe film.

Het beeldmateriaal wordt omgezet in een verwerkbaar formaat.

b) Opname van bijkomend beeldmateriaal en interviews

Indien nodig wordt extra beeldmateriaal en interviews opgenomen om bij het bestaande materiaal aan te vullen zodat de dvd inhoudelijk volledig is.

Werkwijze:

De opdrachtgever maakt de nodige afspraken met de verschillende partijen

De opdrachtgever brieft ook alle mensen en spreekt op voorhand met hen af wat de doelstellingen zijn

ZorgAndersTv is samen met de opdrachtgever de scenarioschrijver. De regisseur waakt over de doelen, waarden en normen die in de film gerealiseerd moeten worden en zorgen er tegelijk voor dat het doelpubliek een boeiende film te zien krijgt.

Vóór de start van de opnames dient de opdrachtgever in het bezit te zijn van een ondertekend document waarbij de personen die in beeld komen daar ook de toestemming voor geven.

De opnamedagen zelf

De opdrachtgever zorg ervoor dat alle actoren goed geïnformeerd zijn en zorgt ervoor dat alle opnames op elkaar aansluiten.

De opnames worden gemaakt door een ervaren cameraman op de afgesproken locatie en aangegeven tijdstippen.

Er wordt 5 u opname voorzien

c) Afwerking film

Uitschrijven van interviews

De gekozen delen uit de interviews worden volledig uitgeschreven en doorgestuurd naar de opdrachtgever. De keuze van de stukjes kan nog aangepast worden en aangevuld met het bestaande materiaal.

Montage

Na het inladen van alle beeldmateriaal in het montagesysteem worden de benodigde beelden geselecteerd en wordt de film systematisch opgebouwd.

Een eerste afwerking wordt doorgestuurd naar de opdrachtgever, op dat moment kunnen nog wijzigingen in het beeldmateriaal worden aangebracht.

Standaardmontage op muziek wordt voorzien. Dit houdt in dat er geen ruimte is voor graphics en/of speciale (montage-)effecten tenzij gewenst en met een meerkost.

d) Voice over

Er wordt door de opdrachtgever samen met ZorgAndersTv een tekst opgemaakt die de film inhoudelijk ondersteund.

Eenmaal de tekst door de opdrachtgever goedgekeurd is, wordt deze ingesproken en kan deze slechts gewijzigd worden mits meerkost van het opnieuw inspreken. Deze tekst wordt ingesproken door een professionele voice over.

e) **Postproductie**

De film wordt afgeleverd in een overeengekomen videoformaat voor gebruik op het internet.

1. **GEBRUIKSRECHTEN**

De opdrachtgever is eigenaar van de afgewerkte film en heeft daarmee alle uitzend- en distributierechten mits vermelding van ZorgAndersTv.
Anders vzw behoudt eveneens beeld-, uitzend- en distributierechten.

3. **Kostprijs**

Demonteren van het bestaande materiaal	
Omzetten van de dvd's in bruikbaar beeldmateriaal om opnieuw te monteren	€20 per minuut film
Samenstellen van nieuwe film	
Met het bestaande beeldmateriaal wordt een nieuwe film samengesteld.	€ 750 per minuut afgewerkt beeldmateriaal
Voice-over wordt opgenomen, ingesproken en gemonteerd Geluid, audio mix + muziek (uit ons bestand) (Indien specifieke muziek gewenst is de prijs afhankelijk van het soort muziek en de kostprijs daarvan.)	€500

Opname nieuw beeldmateriaal	
Preproductie Opnames met regisseur, cameraman en geluidsman gedurende 5u Voice-over Productie Aflevering en volledige rechten voor de opdrachtgever	€ 1000 per volledig afgewerkte minuut
Vergadering	
Alle communicatie kan via mail gebeuren. Indien noodzakelijk om samen te vergaderen kan dit.	€100 per uur voor 2 personen €75 verplaatsingskosten forfait.

4. Algemene voorwaarden

Alle prijzen zijn exclusief 21% btw en geldig tot 31 december 2012

Bij akkoord wordt er een voorschotfactuur van 50% opgemaakt.

Het resterende bedrag wordt bij aanlevering van de film gefactureerd.

De praktische afspraken gebeuren met Hilde Taillieu, hilde@andersvzw.be of 0479 625 004

Hilde Taillieu
Anders vzw
0479 625 00

Werkgroep 2: Taken en opleiding zorgverleners

Strategie:

1. Het inventariseren van de verschillende doelgroepen waarvoor educatiemodules moeten beschikbaar gesteld worden: verpleegkundige- verzorgende, - zorgkundige,- arts, - tandarts, - diëtist- kinesist- mondzorg-assistent, logopedist, ergotherapeut, opvoeder, maatschappelijk werker, apotheker- mantelzorg, ouder en ouderverenigingen,...

2. Doorlichten van de bestaande beroepsprofielen en opleidingsprofiel en van de aangegeven zorgberoepen onder punt 1 en inventariseren van reeds bestaande opleidingsmodules/navormingen, behandelde items omtrent mondzorg binnen de verschillende opleidingen.

Voor al deze doelgroepen werden de bestaande beroepsprofielen en opleidingsprofielen opgelijst en werden de opleidingsprogramma's doorgelicht naar bestaande modules en behandelde items in verband met mondzorg.

Conclusie: behalve voor de opleidingen tandheelkunde, werden alleen zeer summiere inhoud van mondzorg terug gevonden.

3. Uitwerking van inhoud van een opleidingsmodule/navorming op basis van te bereiken competenties op verschillende niveaus van zorg en voor verschillende zorgberoepen (in onderling overleg met werkpakket 1) en uittekenen van een strategie voor disseminatie van eindproduct(en).

Voorstel:

Er werd een voorlopig inhoudelijk voorstel uitgewerkt van module "mondzorg" die kan worden voorgesteld voor alle bovenstaande doelgroepen, met uitzondering van tand juni artsen en verpleegkundigen (zie onderaan).

Het lespakket zou zo volledig mogelijk dienen uitgewerkt te worden en eventueel (haalbaarheid?) aangevuld met workshops.

Competenties en leerdoelen dienen nog te worden uitgeschreven.

3.1 Voor verpleegkundigen wordt voorgesteld een "opleidingsdag mondzorg" te organiseren in de verschillende regio's met als belangrijke topics: Signaalfunctie- mondgezondheidspromotie en preventie- voeding en mondzorg preventief en curatief- informatiedoorstroming en toelevering tot de mondzorg.

3.2 Voor tandartsen wordt voorgesteld navormingen te organiseren door de kenniscentra in samenwerking met de beroepsverenigingen.

4. Contacten met de verschillende opleiders met informatie omtrent inhoud van het project, concept en onderzoek naar haalbaarheid binnen het bestaande opleidings -en werkpakket.

5. Oplijsten van de relevante items (verloning/honorering van verzorgend/verplegend personeel, kosten incentives ter stimulatie van mondzorg voor personen met bijzondere noden, apparatuur, werkingsmiddelen,...) die begroot moeten worden zodat door de werkgroep een kosten/baten analyse kan gedaan worden.
6. Een plan uittekenen voor kwaliteitsbewaking (PDCA) om optimalisatie van de mondzorg te garanderen.
7. Toeleveren van informatie aan werkgroep 6 rond voorgestelde structuren zodat werkgroep 6 dit kan integreren in een voorstel voor een globale structuur voor het zorgnetwerk.

Module mondzorg voor zorgverleners voor kwetsbare groepen (ouderen, gehandicapten, ...)

Noot: Afhankelijk van het doelpubliek zal de module specifieke klemtonen krijgen, uitgediept worden en verbreed en kunnen onderwerpen minder of niet aan bod komen.

1. Voorstel inhoud uitgebreide module waarvoor een uitgewerkt pakket dient te worden gemaakt

Hoofdstuk 1: Mondzorg voor kwetsbare groepen

- Inhoudelijke inleiding: aanleiding - doelstelling- epidemiologie

Hoofdstuk 2: De mondholte

- Normale ontwikkeling en anatomie van mond en tanden; het verouderingsproces van de mond
- Speeksel

Hoofdstuk 3: Afwijkingen en aandoeningen

- Ontwikkelingsstoornissen (o.a. afwijkende mondgewoonten)
- Cariës (etiologie, pathogenese, microbiologie, risicofactoren, epidemiologie, behandeling)
- Parodontale aandoeningen (gingivitis, parodontitis, risicofactoren, epidemiologie, behandeling)
- Erosie en tandslijtage (etiologie, pathogenese, risicofactoren, epidemiologie, behandeling)
- Trauma (types, gevolgen, eerste hulp)
- Hyper- en hyposalie
- Verband tussen algemene gezondheid & mondgezondheid/tussen medicatie & mondgezondheid
- Vervanging van afwezige tanden door middel van vaste en/of uitneembare prothetiek en/of implantaten

Hoofdstuk 4: Preventie

- Mondhygiëne (rationale, frequentie, mechanische plaqueverwijdering, chemische plaquebestrijding)
- Voeding (mondgezonde voeding, praktische richtlijnen)
- Fluoride (cariëspreventief vermogen van fluoride, toepassingsvormen, fluoride-advies, toxiciteit)
- Hulp bij mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen
- Preventieve zorg in het tandartskabinet (professionele reiniging, fluoride-applicatie, sealants)

Hoofdstuk 5: Organisatie van de mondzorg voor kwetsbare groepen

- Samenwerking van de verschillende disciplines
- Doorverwijzing en communicatie
- Tandheelkunde en sociale zekerheid

Hoofdstuk 6: Bijzondere aandacht groepen

- Personen met beperkingen
- Kwetsbare ouderen
- Oncologische patiënt
- Patiënten in palliatieve zorg

2. Opleidingsdag voor verpleegkundigen

Er wordt geopteerd om voor de verpleegkundigen geen volledig uitgewerkte module aan te bieden gezien een aantal competenties die reeds werden bereikt in de practical bachelor opleiding.

Er wordt voorgesteld aan de opleidingen te vragen:

- dat zij deze problematiek duurzaam inbedden in het curriculum;
- dat zij in samenwerking met de beroepsvereniging opleidingsmomenten organiseren binnen het aanbod van LLL.

Op basis van de volledige opleidingsmodule wordt volgende inhoud voorgesteld:

A. Voormiddagprogramma

1. Inhoudelijke inleiding: aanleiding, doelstelling, epidemiologie
2. Afwijkingen en aandoeningen: Alleen de hoofdeigenschappen van verschillende items worden benadrukt
3. Preventie: met bijzondere aandacht voor mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen
4. Organisatie van de mondzorg voor kwetsbare groepen: met bijzondere aandacht voor de doorverwijzing

B. Namiddagprogramma

Er wordt voorgesteld van parallelsessies met casuïstiek te organiseren.

De noodzaak dringt zich op van in de tijd te evolueren naar een standaardprotocol voor zorgverleners omtrent algemene mondzorg (algemene hygiënische maatregelen) met een uitbreiding voor bijzondere doelgroepen waaronder de kwetsbare groepen.

3. Opleidingsdag (halve dag?) voor tandartsen

Er wordt geopteerd om voor de tandartsen zeker geen volledig uitgewerkte module aan te bieden gezien een groot aantal competenties die reeds werden bereikt in de bachelor en masteropleiding.

Er wordt voorgesteld aan de opleidingscentra te vragen:

- dat zij deze problematiek duurzaam inbedden in het curriculum;
- dat zij in samenwerking met de beroepsverenigingen opleidingsmomenten organiseren binnen het aanbod van LLL.

Op basis van de volledige opleidingsmodule wordt volgende inhoud voorgesteld:

A. Voormiddagprogramma

1. Inhoudelijke inleiding: aanleiding, doelstelling, epidemiologie
2. De mondholte met aandacht voor het verouderingsproces
3. Afwijkingen en aandoeningen (maximum 1 uur)

- Alleen de hoofdeigenschappen van verschillende items worden benadrukt;
 - aandacht voor mondhygiëne en medicatiegebruik; hyper -en hyposiallorree en traumata.
4. Preventie algemeen met bijzondere aandacht voor hulp bij mondhygiëne inclusief
 - techniek en ergonomie
 - delegatie naar mondzorgassistenten
 5. Organisatie van de mondzorg voor kwetsbare groepen
 - met bijzondere aandacht voor de doorverwijzing

Werkgroep 3: Toegankelijkheid tandartspraktijk

1. Inleiding

De toegankelijkheid van de tandartspraktijken werd op verschillende niveaus bekeken.

Niet alleen de bereikbaarheid van het kabinet (hoe ernaartoe gaan) ook de bruikbaarheid (ter plaatse op comfortabele manier zitten, zich verplaatsen en er binnen- en buiten geraken) zijn de begrippen van een fysieke toegankelijkheid.

Emotionele en financiële factoren en slechte communicatie kunnen de toegankelijkheid eveneens beperken.

Ideaal zouden we moeten streven naar een integrale toegankelijkheid dit wil zeggen een toegankelijkheid voor een zo groot mogelijke diversiteit van patiënten met of zonder bijzondere noden.

2. Fysiek

2.1. Bereikbaarheid: van thuis of de instelling naar het kabinet = transport

2.1.1. Overzicht van de bestaande vervoersmogelijkheden:

Er bestaan in heel het land verscheidene vervoersmogelijkheden uitgaande van initiatieven vanuit de instellingen, mutualiteiten, OCMW's, gemeenten, provincies, lokale organisaties, privéorganisaties, openbaar vervoermaatschappijen, vrijwilligers en mantelzorgers.

Volledig uitschrijven is niet mogelijk.

2.1.1.1. Vlaanderen

- De MMC = Minder mobiele centrale werken met een vrijwilligersnetwerk.

Het gebruik van de MMC's is voorbehouden aan mensen met een maximaal inkomen van twee keer het leefloon. Bovendien mag er voor het gevraagde traject geen openbaar vervoer voorhanden zijn tenzij dat voor de betrokkene niet toegankelijk is. De gebruiker betaalt jaarlijks **10 euro** lidgeld (of **15 euro** per koppel/gezin), waarin meteen een verzekering Burgerlijke Aansprakelijkheid is inbegrepen.

www.taxistop.be

www.mindermobielencentrale.be

- De ambulancedienst kan altijd opgebeld worden voor “ziekenvervoer” en dit op eigen kosten.
- De belbus (De Lijn)

De belbus kan stoppen aan alle belbushaltes met een haltebord van De Lijn in haar belbusgebied.

De belbus rijdt niet volgens een vaste route of dienstregeling, en stopt alleen aan haltes die op voorhand werden aangevraagd. U moet dus verplicht vooraf

reserveren. Hoewel de belbus geen taxi is die van deur tot deur rijdt, kunt u kriskras reizen doorheen het hele belbusgebied. De tarieven en vervoerbewijzen van De Lijn gelden ook op de belbus. Momenteel zijn er in Vlaanderen 120 belbusgebieden.

<http://www.delijn.be/over/aanbod/belbus>

- Het Rode Kruis
- Er is een onderzoek aan de gang over de hefbomen voor een toegankelijk vervoersysteem in Vlaanderen. Dit onderzoek wordt door Enter vzw (Vlaams Expertisecentrum Toegankelijkheid) uitgevoerd.

2.1.1.2. Brussel

- MIVB –STIB: Busjes kunnen gereserveerd worden op afspraak. Dit moet wel 2 dagen op voorhand. Een rit kost € 1.70.

www.mobielbrussel.irisnet.be

- Taxi's met speciaal tarief: cheques van €5. Mits bepaalde voorwaarden zijn ze gratis (in Brussel wonen, handicap of meer dan 75 jaar). (zie bijlage 2)

www.mobielbrussel.irisnet.be/articles/taxi/taxis-pbm

- Privé zoals Contre-Pied: een gewoon forfait begint aan €19 + de kilometers. De dienstencheques kunnen gebruikt worden. (bijlage 3)

www.contrepied.be

- Mutualiteiten: de mutualiteiten organiseren zelf transport voor hun leden. Een bijdrage per kilometer wordt betaald aan de vrijwilliger.

Mutualités chrétiennes: www.alteo-asbl.be/-Accompagnement-et-transport-

2.1.1.3. Wallonië

- TEC (Bon pied bon oeil): hetzelfde principe als de belbus in Vlaanderen. Het netwerk is zeker minder uitgebreid.

- 70% van de TEC bussen beschikken over de mogelijkheid een persoon in rolstoel te laden maar ze willen het niet gebruiken (bijlage 3). Tegen 2016 zullen 100% van de bussen over een inlaadsysteem beschikken. CAWaB (Collectif Accessibilité Wallonie Bruxelles) lanceert een actie High TEC om de mobiliteit te verbeteren voor iedereen.

www.cawab.be

Taxistop: Centrale des Moins Mobiles is de tegenhanger van MMC.

www.taxistop.be

- Mutualiteiten: de mutualiteiten organiseren zelf transport voor hun leden. Een bijdrage per kilometer wordt betaald aan de vrijwilliger.

Mutualités chrétiennes: <http://www.alteo-asbl.be/-Accompagnement-et-transport->

Andere mutualiteiten: alleen tussenkomst voor vervoer naar het ziekenhuis.

www.cass-cssa.be

We merken dat er een heleboel mogelijkheden bestaan maar dat de mensen niet weten dat het bestaat. Op internet vinden we een massa informatie maar een groot deel van onze doelgroep kan het niet gebruiken.

Het zou nuttig zijn een website op te richten per regio om de opzoeken te vereenvoudigen. (Enter is bezig om een uniform vervoersysteem te organiseren) (bijlage1).

2.2. Bruikbaarheid: architectuur

2.2.1. De wetgeving

Op 2 juli 2008 werd door de Europese Commissie een nieuw voorstel van richtlijn goedgekeurd. Deze heeft tot doel het beginsel van gelijke kansen van personen, zonder onderscheid van godsdienst of overtuigingen, handicap, leeftijd of seksuele geaardheid binnen het geheel van goederen en diensten in te voeren.

Dit voorstel moet nog goedgekeurd worden door de Raad van lidstaten van de Europese Unie vooraleer in elk van de betrokken landen in werking te kunnen treden.

In het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap dat op 1 augustus 2009 van kracht werd, lezen we:

Artikel 9: Toegankelijkheid

1. Teneinde personen met een handicap in staat te stellen zelfstandig te leven en volledig deel te nemen aan alle facetten van het leven, nemen de Staten die Partij zijn passende maatregelen om personen met een handicap op voet van gelijkheid met anderen de toegang te garanderen tot de fysieke omgeving, tot vervoer, informatie en communicatie, met inbegrip van informatie- en communicatietechnologieën en –systemen, en tot andere voorzieningen en diensten die openstaan voor, of verleend worden aan het publiek, in zowel stedelijke als landelijke gebieden. Deze maatregelen, die mede de identificatie en bestrijding van obstakels en drempels voor de toegankelijkheid omvatten, zijn onder andere van toepassing op:

a. gebouwen, wegen, vervoer en andere voorzieningen in gebouwen en daarbuiten, met inbegrip van scholen, huisvesting, medische voorzieningen en werkplekken;

b. informatie, communicatie en andere diensten, met inbegrip van elektronische diensten en nooddiensten.

Gelet op de complexiteit van het Belgisch institutioneel model moest een gemeenschappelijke definitie van het begrip redelijke aanpassingen worden overeengekomen. In de interministeriële conferentie van 11 oktober 2006 hebben de federale Staat, de Gewesten en de Gemeenschappen een Protocol betreffende het begrip redelijke aanpassingen goedgekeurd, dat in het Staatsblad van 20 september 2007 is verschenen.

Eind november 2010 heeft Enter vzw vernieuwde wenkenbladen gepubliceerd. Wenkenbladen geven concrete tips om de toegankelijkheid van gebouwen en voorzieningen te verbeteren. zie www.entervzw.be/index.php?id=7#wenkenbladen (bijlage 5). Voor Wallonië vinden we ook “brochures pour un aménagement raisonnable” (redelijke aanpassingen) (zie www.diversite.be) (bijlage 6).

2.2.2. Voorbeelden in binnen- en buitenland

In Duitsland, moeten alleen de nieuwe gebouwen toegankelijk zijn.

In Frankrijk, is er een verplichting alle tandartsenpraktijk toegankelijk te maken voor 2015. Er zijn natuurlijk uitzonderingen. (www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr)

In Nederland bestaat er ook geen reglementering betreffende de toegankelijkheid van tandartskabinetten.

2.2.3. Alternatieven voorstellen

We kunnen maar aandringen om de tandartsenpraktijk zo veel mogelijk toegankelijk te maken. Tandartspraktijken worden beschouwd als publieke toegankelijke gebouwen.

De informatie moet verspreid worden bij de studenten.

Hetzelfde geldt voor de firma's die materiaal verkopen en architectenbureaus die zich bezig houden met het inrichten van tandartskabinetten. We hebben die firma's ondervraagd en er wordt geen rekening gehouden met de toegankelijkheid van de nieuwe praktijken. Sensibiliseren is dus nodig. Een voorstel zou zijn een logo bij te voegen op een website voor de praktijken die toegankelijk zijn voor personen met beperkte mobiliteit en voor personen met bijzondere noden.



We hebben de tandartsen bevestigd en bij de Vlaamse tandartsen is hun praktijk toegankelijk voor 390 op de 503 (77%) en voor de Franstalige tandartsen is dat 91 op 160 (56 %).

Wat de andere beperkingen betreft (zintuiglijke, sociale, mentale beperkingen) is de verhouding 101/160 voor de Franstalige en 465 op 503 voor de Vlaamse tandartsen.

3. Relationeel-emotioneel

3.1. Inventariseren van de tandartsen 1^{ste} lijn

Om te weten of er veel tandartsen personen met bijzondere noden behandelen hebben we een enquête online doorgestuurd via de verschillende beroepsverenigingen (VVT, VBT en SMD).

160 Franstalige tandartsen hebben de enquête beantwoord:

- 67.5 % verzorgen personen met bijzondere noden

- 38 % behandelen personen uit een zorgorganisatie in hun praktijk
- 10 % gaat naar een zorgorganisatie
- 24 % gaat in een RVT

Op 503 Vlaamse tandartsen merken we dat:

- 79% personen met bijzondere noden verzorgen
- 61% patiënten uit een zorgorganisatie verzorgen
- 31% naar een zorgorganisatie gaan
- 36% gaat in een RVT

Amper 23% van de Franstalige tandartsen sturen personen met bijzondere noden door naar een gespecialiseerd centrum, in Vlaanderen zijn dat er 33%.

In de groep van de tandartsen die meededen aan onze enquête, hebben we ook bekeken wanneer ze afgestudeerd zijn. Het is opvallend dat meer dan 80% langer dan 20 jaar afgestudeerd is in Wallonië en in Brussel, en meer dan 70% in Vlaanderen.

57% van de Franstalige tandartsen die al meer dan 20 jaar afgestudeerd zijn, hebben interesse in het verzorgen van personen met bijzondere noden. In Vlaanderen zijn er 71 % tandartsen, al meer dan 20 jaar afgestudeerd, die de patiënten met een beperking en de ouderen in hun praktijk behandelen.

Dit betekent dat een kleiner aantal jonge collega's patiënten met bijzondere noden in hun eigen praktijk willen behandelen. Het motiveren en opleiden van de jonge tandartsen is zeker één van onze eerste prioriteiten.

Hoe kunnen patiënten terecht bij een tandarts 1^{ste} lijn dicht bij hun woonplaats, die bereid is hen te verzorgen in een toegankelijke praktijk. Er bestaat tot nu toe geen lijst van. Een website zoals in Frankrijk (www.Handident.com) zou daar een oplossing voor kunnen zijn.

3.2. Opleiding voor stagiairs Algemeen Tandarts, Ortho en Paro

Het zou interessant zijn om een lessenspakket van één dag over bijzondere noden te voorzien, met inbegrip van een praktische stage.

3.3. Bijscholing voor de tandartsen (zie WP2)

Werkgroep 2 heeft een voorstel van bijscholing voor de tandartsen uitgewerkt:

- Verschillende tips en mogelijkheden aanraden om de communicatie met de patiënt te bevorderen: ringleidingen, pictogrammen, verlichting, grote letters, simpele woorden gebruiken.
- Een opsomming maken van al het materiaal dat de behandeling kan vergemakkelijken: lift om in de zetel te helpen, vacuümkussens.

Werkgroep 4: Alternatieven reguliere tandartspraktijk

1. Draagbare tandheelkundige unit = basisuitrusting

- *Minimale Configuratie*

Mobiele unit met

- 1 elektromotor en luchtmotor
- interne compressor
- meerfunctiespuit
- reinigingstoestel
- voldoende krachtige afzuiging
- hoek-en handstukken en handinstrumenten
- verlichting: LED hoofdlamp
- Klein materiaal met inbegrip polymerisatielamp en schudapparaat
- Hardware en software met WIFI en 3G
- Transportmiddel: auto break of type lichte vracht
- Geen RX-toestel gezien huidige opgelegde voorschriften FANC

- *Personeel* : tandarts + tandartsassistent
OF TOEKOMST mondzorgassistent: preventie en reinigen

- *Totale kostprijs*

= transport
+ plaatsing
+ aankoop en onderhoud van uitrustingsgoederen
+ personeel
+ verzekeringen
+ afvalverwerking met vergunning
+ tandtechniek
+ sterilisatie
+ snellere afschrijving = schade
+ producten
+ administratie

- *Welke behandelingen*: screening, preventie, eenvoudige extracties, eenvoudige conserverende verzorging zonder endo, prothetisch aanpassings- en herstelwerk en nazorg
- *Welke doelgroep*: thuiszorg bij patiënten met beperkte mobiliteit
- *Voor- en nadelen*: + aan huis = comfort van de patiënt
hoge toegankelijkheid
contact met omgevingsfactoren van de patiënt
contact met andere leden van het zorgteam en mantelzorg
geen probleem met niet nagekomen afspraken

behandelen in vertrouwelijke sfeer voor de patiënt

- Beperkte van behandelingen
Ergonomie tandarts
Hygiëne
Kostprijs
4 tot 5 patiënten per dag

2. Volledig uitgeruste mobiele tandartspraktijk uitlaadbaar

- *Configuratie*
de basisuitrusting MET draagbare behandelstoel
tandartsstoelen
dentaallamp
Rx-toestel met CCD-sensor
verrijdbaar instrumentenmeubel
Transportmiddel dient evenwel ruimer te zijn met laadbrug,
kan tevens dienst doen als stockage;
- *Personeel*: tandarts + tandartsassistent + TOEKOMST mondzorgassistent
- *Totale kostprijs*
= transport
+ plaatsing
+ aankoop en onderhoud van uitrustingsgoederen
+ personeel
+ verzekeringen
+ afvalverwerking met vergunning
+ retributie FANC met controle radiologie
+ tandtechniek
+ sterilisatie
+ snellere afschrijving = schade
+ producten
+ administratie
- *Welke behandelingen*: alle basis mondzorg met mogelijkheid sedatie
GEEN orthodontie
GEEN vaste prothetiek
GEEN Implantaten
NIET bleachen
- *Voor-en nadelen*: + patiënt: verhoogde toegankelijkheid
Verhoogde onafhankelijkheid t.o.v. de mantelzorgers
Zorg in vertrouwelijke thuisfeer
Gevoel van meer controle en vertrouwen
Zorgverlener: geen frustratie niet nagekomen afspraak

Patiënt observeren in eigen milieu
Contact met andere leden van het zorgteam

- Patiënt: beperkt aanbod zorgverleners
Beperkt aanbod prestaties
Versterking van isolement van patiënt
Zorgverlener: tijdrovend, dure uitrusting en slecht verlonend
Nog steeds klinische restricties
Infection control iets moeilijker

- *Organisatie:* De praktijk wordt opgesteld op locatie
De sterilisatie gebeurt centraal, dit wil zeggen in de uitvalsbasis van waaruit het materiaal vertrekt. Dit kan ziekenhuis, centrum bijzondere tandheelkunde,... zijn.
Als behandeltime 50% extra per patiënt

3. Volledig uitgeruste mobiele tandartspraktijk vast in medische truck

A. B-rijbewijs maximaal totaalgewicht 3500kg

- *Configuratie*
idem punt 2 MET laadbrug voor patiënten
verschuifbare behandelstoel

Transportmiddel type Fiat Ducato
- *Totale kostprijs*
= transport
+ plaatsing
+ aankoop en onderhoud van uitrustingsgoederen
+ personeel
+ verzekeringen
+ afvalverwerking met vergunning
+ retributie FANC met controle radiologie
+ tandtechniek
+ sterilisatie
+ snellere afschrijving = schade
+ producten
+ administratie
- *Welke behandelingen:* alle basis mondzorg met mogelijkheid sedatie
GEEN orthodontie
GEEN vaste prothetiek
GEEN Implantaten
NIET bleachen

- *Voor-en nadelen:* + Goede tandartsuitrusting
Men kan iedere dag op een andere locatie patiënten verzorgen
Eenvoudigere logistiek ten opzicht van uitlaadbaar
Hygiëne
Rijbewijs B: men heeft geen extra chauffeur nodig

- Kostprijs aankoop
Beperkte werkruimte
Patiënten moeten buiten gebracht worden naar de truck
Parkeerruimte
Mogelijk afhankelijk van nutsvoorzieningen

B. C-rijbewijs

- *Configuratie*

idem punt 2 MET laadbrug voor patiënten
verschuifbare behandelstoel
Pano mogelijk
Transportmiddel: truck of oplegger
- *Personeel:* tandarts en tandartsassistent
vrachtwagenchauffeur
- *Totale kostprijs*
= transport
+ plaatsing
+ aankoop en onderhoud van uitrustingsgoederen
+ personeel
+verzekeringen
+afvalverwerking met vergunning
+ retributie FANC met controle radiologie
+ tandtechniek
+ sterilisatie
+ snellere afschrijving = schade
+ producten
+ administratie
- *Welke behandelingen:* alle basis mondzorg met mogelijkheid sedatie
GEEN orthodontie
GEEN vaste prothetiek
GEEN Implantaten
NIET bleachen
- *Voor-en nadelen:* + Goede tandartsuitrusting
Men kan iedere dag op een andere locatie patiënten verzorgen
Hygiëne: sterilisatie aan boord

Een zee van ruimte

Langere autonomie: moet niet iedere keer naar centraal punt terugkeren

- Men heeft een rijbewijs C nodig = vrachtwagenchauffeur
- Kostprijs aankoop
- Patiënten moeten buiten gebracht worden
- Parkeerruimte
- Mogelijk afhankelijk nutsvoorzieningen

4. Volledig uitgeruste tandartspraktijk gekoppeld aan rusthuis of instelling

- *Configuratie:* Naar analogie privépraktijk
- *Personeel:* tandarts en tandartsassistent en TOEKOMST mondzorgassistent
- *Totale kostprijs:*
- *Welke behandelingen:* alle tandheelkundige behandelingen uitgezonderd volledige anesthesie.
- *Organisatie:* Hoeveel patiënten nodig om rendabel te zijn? Als behandeltijd dient men per patiënt 50% extra tijd te voorzien.

5. Basisapparatuur enkel voor preventie aanwezig in rusthuis of instelling : opstelling in hygiëneruimte

- *Configuratie:* zie punt 1 en/of 2 en zie tabel 3
- *Personeel:* tandarts en tandartsassistent en TOEKOMST mondzorgassistent
- *Totale kostprijs:* zie tabel 3
- *Welke behandelingen:* preventie en screening

6. Teletandheelkunde

- *Wat?*

Teletandheelkunde is een vrij recente evolutie. Door het gebruik van het internet kan de toegankelijkheid tot de tandheelkundige zorg verhoogd worden. Het laat de tandarts toe een diagnose te stellen, het aanbevelen van behandelingsopties en het eventueel doorverwijzen van de patiënt. Aan de universiteit van Arizona werd een project opgezet waarvan de bevindingen in 2009 werden gepubliceerd onder de titel 'Teledentistry in Arizona'.

In tussentijd is de technologie weer verder geëvolueerd.

- *Configuratie:* zie tabel 3

Het gebruik van een smartphone (minimaal 5 miljoen megapixels), mondsperder, lichtbron en een mondspiegel kunnen volstaan om zeer waardevolle informatie te verschaffen. Men neemt met de smartphone een foto van de mond en verstuurt deze via mail.

- *Personeel*

Als communicatiemiddel tussen verzorgenden. Niet als diagnostisch middel, maar als triage. Men kan advies vragen aan raadgevend tandarts, behandelend tandarts en/of coördinatieceel.

- *Totale kostprijs: zie tabel 3*
- *Voor-en nadelen: Wat met privacy? Wat met persoonlijke levenssfeer? Wie mag wat doorsturen?*

B. Personele bezetting

Het principe van taakverdeling houdt in dat procedures dienen gedelegeerd te worden naar de laagst opgeleiden en de laagst betaalden, die in staat zijn om dezelfde activiteit even efficiënt en competent uit te voeren met dezelfde graad van kwaliteit.

- **Raadgevend tandarts**

Taakomschrijving:

1. Interactie en advies CRA en mondzorgreferent in WZC/gehandicapteninstelling/thuiszorg en courante zorg/specifieke zorg
2. Coördinatie meerdere WZC/gehandicapteninstellingen
3. zelf patiënten verzorgen
4. Zorgt voor vorming van verzorgenden
5. selectie en planning van patiëntenzorg

Verloning: forfait per uur
 = tijdtarief begeleiding moeilijk behandelbare patiënten
 = tijdtarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen
 Of salaris
 Of capitatie
 Of per prestatie (met aangepaste nomenclatuurnummers)
 Of forfait per uur en per prestatie

- **Behandelende tandarts**

Taakomschrijving: specifieke zorg

Verloning: forfait per uur
 = tijdtarief begeleiding moeilijk behandelbare patiënten
 = tijdtarief mondzorg aan bijzondere zorggroepen
 Of salaris
 Of capitatie
 Of per prestatie (met aangepaste nomenclatuurnummers)
 Of forfait per uur en per prestatie

- **Mondzorgreferent op instellingsniveau**

Taakomschrijving: verantwoordelijk voor

1. administratie en coördinatie in WZC/instelling
2. mondzorgdossier opstarten en opmaak individueel mondzorgplan bij intake bewoners.
3. opvolging dagelijkse mondhygiëne

Verloning: naar analogie referentiepersoon dementie, wondzorg, diabetes,...

- **Mondzorgassistent**

Taakomschrijving :

1. screening
2. primaire preventie
3. tandsteenverwijdering zonder anesthesie

Verloning: Per prestatie

Maandloon 38 uren week: minimum brutoloon 2000,00 euro te vermenigvuldigen met coëfficiënt 1,85

= vakantievergoeding, ziektevergoeding, opleiding deeltijds

- **Tandartsassistent**

Taakomschrijving:

1. Beheer, organisatie en administratie van de praktijk
2. Beheer patiëntendossier en afspraken
3. Patiëntgerichte omgang
4. TGVO: tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en opvoeding
5. Onderhoud en gebruik van de infrastructuur
6. Het beheer en gebruik van groot en klein instrumentarium en de verwerking van materialen
7. Assistentie aan de stoel bij de behandelingen
8. Röntgenverwerking en bescherming
9. Tandtechniek
10. Opvolgen van wettelijke regelgeving en toepassing in de praktijk

Verloning: maandloon 38 uren week: minimum brutoloon 1500,00 euro te vermenigvuldigen met coëfficiënt 1,85 deeltijds

- **Onderhoudstechnicus / chauffeur**

C. KWALITEITSCONTROLE

Kwaliteitsregister naar analogie Nederland /Denemarken(Kopenhagen).
Charter ondertekend door tandarts naar analogie Frankrijk.

D. EINDCONCLUSIE

Bij de professionele mondzorg van personen met bijzondere noden staat de huistandarts of reguliere tandarts centraal. Een mobiele praktijk is hierbij een aanvulling waarbij criteria als zorgafhankelijkheid en transporteerbaarheid een basis voor patiënten selectie kunnen zijn. Er bestaat geen mirakel-alternatief. Het is geen of-of, maar wel een EN-EN verhaal, zoals projecten in het buitenland aangeven. Met andere woorden alternatieven dienen complementair te zijn aan de reguliere zorg.

De uitdaging bestaat erin om in een situatie van zorgnood de meest efficiënte behandeloptie in te zetten rekening houdend met de 5 A's.

Dit zal onderdeel zijn van het takenpakket van de coördinatieceel.

Wat bij urgenties? Is er een wachtdienst?

De configuraties zoals voorgesteld bij ieder alternatief, zijn niet restrictief. Het is het minimum aan materiaal dat men nodig heeft gebaseerd op eigen ervaringen en andere projecten. Men kan met behulp van tabel 3 goederen toevoegen of vervangen naar eigen inzicht.

De totale kostprijs in tabel 3 geeft een richtlijn. Een aantal parameters zijn individueel te bepalen in functie van de organisatie zoals bijvoorbeeld kostprijs onroerend goed.

Eveneens de invulling van de personele bezetting zal in de toekomst veranderen. Door het creëren van een mondzorgassistent zal het takenpakket herschreven worden.

Een aantal van onze werkdocumenten, bronnen en foto's kan U inkijken op www.dropbox.com.

Installeer eerst Dropbox® op uw computer.

Stuur vervolgens een verzoek naar demars.steven@me.com

U ontvangt dan een invitatie om toegang tot de cloud te krijgen.

Veel leesplezier!

Werkgroep 5: Centra Bijzondere Noden

1. Evaluatie van de centra/praktijken die door de Vlaamse tandartsen werden opgegeven

Alle Vlaamse tandartsen die door hun collegae-tandartsen werden aangewezen als verwijstandartsen, werden gecontacteerd. Deze verwijstandartsen werden verzocht meer toelichting te geven bij de organisatie van hun zorg voor personen met bijzondere noden. Hun antwoorden werden gebundeld in een Excell-bestand.

Studenten van de Katholieke Hogeschool Leuven zijn contact aan het opnemen met de Waalse verwijstandartsen.

Uit de respons blijkt dat die zorg sterk verschillend wordt ingevuld (patiëntenprofiel, opvolging na behandeling, vergoedingssysteem,...). Zij geven aan dat er nood is aan assistentie voor dagelijkse mondzorg (mondzorgassistent), beter verloningssysteem, betere opleiding en ondersteuning.

2. voorstel van het zorgnetwerk

Het voorstel voor een **zorgnetstructuur** werd verder aangepast na overleg binnen werkgroep 5. Zie “voorstel structuur zorgnet 01.06.2012.ppt” + “toelichting bij zorgnetvoorstel 01.06.2012. doc”.

In de toelichting bij het zorgnetvoorstel worden ook de nieuwe functies, de voorgestelde incentives en bepaalde criteria besproken.

Belangrijke wijzigingen in het voorstel:

- Raadgevend tandarts

De mogelijke functie van CRT (coördinerend raadgevend tandarts) werd o.m. binnen werkgroep 5 besproken. Een coördinerend raadgevend arts of CRA is een arts die verbonden is aan een zorginstelling voor zorgafhankelijke ouderen. In het ontwerp van advies in verband met de functie van CRA in rust- en verzorgingsinstellingen (uitgaand van de FOD volksgezondheid, directoraat-generaal organisatie van de gezondheidsvoorzieningen en de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen), staan de taken voor een CRA omschreven. Een deel van zijn taak is het meewerken aan de organisatie van voortgezette opleidingsactiviteiten voor het personeel van het rust- en verzorgingstehuis en voor de betrokken artsen.

Daarnaast worden ook zorg gerelateerde taken opgelegd, waaronder het opstellen van een beleid rond mond- en tandzorg.

Gezien coördinatie van het beleid inzake mond- en tandzorg binnen het takenpakket van een CRA valt, lijkt het niet aangewezen een parallel bestaande CRT (coördinerend raadgevend tandarts) in het leven te roepen. Wel wordt voorgesteld om een

raadgevend tandarts (RT) aan te stellen, waarop de CRA beroep kan doen voor zowel ondersteuning van de beleid gerelateerde zorgtaken, alsook de organisatie van concrete mondzorg van bewoners van de instelling.

De raadgevende tandarts heeft dus volgende taken:

- Inschatten van zorgnood bij individuele bewoner en organisatie van concrete zorg;
- Ondersteuning van CRA bij het uitstippelen van een kwalitatief beleid inzake mondzorg in de instelling;
- Ondersteuning van CRA bij de organisatie en realisatie van opleiding van verzorgend/verplegend personeel omtrent dagelijkse mondzorg (mondhygiëne, voeding, ...);
- Ondersteuning van verzorgend/verplegend personeel omtrent dagelijkse mondzorg.

Een RT is dus gekoppeld aan een arts binnen de instelling (CRA ivf rust- en verzorgingsinstelling voor ouderen ofwel een instellingsarts verbonden aan een instelling voor mensen met een beperking) of aan een arts binnen de thuiszorgorganisatie.

Verloning zou kunnen gebeuren per persoon onder zijn/haar hoede.

- Criteria voor vervoerbaarheid

Criteria voor vervoerbaarheid zijn moeilijk concreet vast te leggen. Het gaat om personen die omwille van fysische, psychologische of praktische redenen niet vervoerd kunnen worden. De beslissing omtrent de vervoerbaarheid zou gemotiveerd moeten worden door de betrokken instellingsarts in samenspraak met de RT. De motivatie voor deze beslissing zou genoteerd moeten worden op een officieel aanvraagformulier voor terugbetaling van prestaties d.m.v. mobiele infrastructuur.

- Criteria voor toekennen van mogelijkheid tot terugbetaling van supplementen met betrekking tot prestaties bij personen met bijzondere noden.

De criteria voor het toelaten van een supplement bij bepaalde prestaties worden best gebaseerd op toegekende zorgschalen. Voor personen die niet ingeschaald zijn, kan een raadgevend tandarts een aanvraag indienen bij de bevoegde instanties om toch het aanrekenen van een supplement voor mondzorg mogelijk te maken.

- Er wordt voorgesteld om ook een nomenclatuurnummer te voorzien voor het opmaken van een behandelplan (via geijkt formulier waarna dan geattesteerd kan worden).

3. Bespreking implementatiestudie (try-out)

Als pilootstudie wordt voorgesteld om een mini-versie van de zorgnetstructuur te testen. Het lijkt meest aangewezen om vb. een provincie uit te kiezen en voor een bepaalde patiëntengroep (vb. mensen met een beperking) het netwerk op te zetten.

4. Bezoek buitenlandse centra

Het voorstel van de zorgnetstructuur zal afgetoetst worden met buitenlandse voorbeeldcentra. Momenteel worden verschillende centra overwogen.

TOELICHTING BIJ HET VOORSTEL ZORGNETWERK

Dit zorgnetwerk heeft als doel een platform aan te bieden waarmee dagelijkse en professionele mondzorg voor personen met bijzondere noden georganiseerd kan worden. Dagelijkse mondzorg omvat het dagelijks bewaken van de mondgezondheid aan de hand van mondhygiënemaatregelen en respecteren van voedingsrichtlijnen. Verschillende zorgverleners^a zijn betrokken bij deze dagelijkse mondzorg.

Van zodra een nood aan professionele mondzorg wordt opgemerkt door de persoon in kwestie of een betrokken zorgverlener^b, moet die vertaald worden naar een concrete zorgvraag.

De professionele mondzorg voor personen met bijzondere noden moet zoveel mogelijk gedragen worden door de reguliere mondzorg. Wanneer wordt doorverwezen naar specifieke of gespecialiseerde mondzorg owv de nood aan bijzondere expertise of infrastructuur, zal toch zoveel mogelijk terug verwezen worden naar de reguliere zorg. Eventueel kan een “vlechtbeleid” gehanteerd worden (patiënt afwisselend door huistandarts/centrum laten behandelen/opvolgen, afhankelijk van de aard van behandeling of als overgang naar het volledig overnemen door de huistandarts).

Wanneer de persoon met bijzondere noden een eigen huistandarts heeft, zal de huistandarts in eerste instantie gecontacteerd worden voor het verlenen van professionele mondzorg. Indien de huistandarts over voldoende expertise en de juiste infrastructuur beschikt, zal deze de zorg opnemen en opvolgen. Indien dit niet het geval is, kan de huistandarts contact opnemen met de coördinatierel.

Indien de persoon met bijzondere noden in een instelling verblijft, is de raadgevend tandarts verantwoordelijk voor het doorstromen van de zorgvraag. De raadgevend tandarts verwijst door naar een huistandarts die de zorg kan opnemen of naar specifieke of gespecialiseerde zorg indien bijzondere expertise of infrastructuur vereist is.

Rol van belangrijke spelers in het zorgnetwerk:

HUISTANDARTS

De huistandarts speelt een cruciale rol in het zorgnetwerk. De zorg moet zoveel mogelijk door de huistandarts verstrekt worden. Deze heeft ook een coördinerende functie in die zin dat hij/zij verantwoordelijk is voor de communicatie met de zorgverleners die de dagelijkse zorg op zich nemen en voor het nauwgezet opvolgen van de patiënt.

RAADGEVEND TANDARTS (RT)

De RT is een tandarts die binnen een instelling voor personen met bijzondere noden, gekoppeld is aan een CRA (coördinerend raadgevend arts). De CRA is verantwoordelijk voor het beleid rond mondzorg op instellingsniveau.

De functies van de RT zijn:

- Ondersteuning van verzorgend/verplegend personeel omtrent dagelijkse mondzorg
- Opvolging van de mondgezondheid van de bewoners van de instelling. *Hoe verloopt de dagelijkse mondzorg? Nood aan professionele mondzorg?*
- Inschatten van zorgnood bij individuele bewoner en organisatie van concrete zorg
- Ondersteuning van CRA/instellingsarts/verantwoordelijk arts bij het uitstippelen van een kwalitatief beleid inzake mondzorg in de instelling
- Ondersteuning van CRA/instellingsarts/verantwoordelijk arts bij de organisatie en realisatie van opleiding van verzorgend/verplegend personeel omtrent dagelijkse mondzorg (mondhygiëne, voeding, ...)

Functies van de COÖRDINATIECEL

- Aanreiken van geschikte zorgverlener
De coördinatieceel heeft zicht op de professionele mondzorgverleners, hun expertise, locatie, beschikbaarheid, contactgegevens, enz. Hierdoor kan de coördinatieceel mensen met een zorgvraag doorverwijzen naar zorgverleners die de specifieke nood kunnen invullen.

Deze doorverwijzing kan zijn naar reguliere zorg, maar eveneens naar specifieke of gespecialiseerde zorg. De coördinatieceel speelt indien nodig ook een ondersteunende rol in de contacten tussen de reguliere, specifieke en gespecialiseerde zorgverlening.
- Aanreiken van advies
Indien een tandarts de mondzorg enkel kan verlenen indien hij/zij over bijkomende informatie beschikt, dan is het de taak van de coördinatieceel om deze tandarts in contact te brengen met iemand die het advies kan verlenen.
- coördinatie van vervoer van personen met bijzondere noden
Indien een persoon met bijzondere noden niet vervoerd kan worden o.w.v. fysieke, mentale of praktische beperkingen, dan kan een beroep gedaan worden op personen en apparatuur die naar de patiënt toe gaan. De coördinatieceel is verantwoordelijk voor het beheer en logistieke organisatie van specifiek instrumentarium, mobiele apparatuur, mobiele eenheden, mobiele praktijken (vrachtwagen),...

- Stroomlijnen van de communicatie tussen alle personen die betrokken zijn in het zorgnetwerk, in het bijzonder de ondersteuning van de interactie tussen reguliere, specifieke en gespecialiseerde zorg

MONDZORGCENTRUM

1. Bieden van gespecialiseerde zorg:

- Zorg waarvoor bijzondere expertise vereist is
- Zorg waarvoor specifieke infrastructuur vereist is (vb. mogelijkheid tot algemene anesthesie)
- Mogelijkheid tot hospitalisatie
- Mogelijkheid tot opvang bij postoperatieve complicaties

2. Ondersteuning van tandartsen door

- ter beschikking stellen van expertise, verstrekken van informatie waardoor de tandarts zelf de persoon met bijzondere noden verder kan behandelen/opvolgen;
- “vlechtbeleid”.

Rol van REFERENTIEPERSOON MONDZORG^c

De Referentiepersoon Mondzorg is een persoon die mee instaat voor de dagelijkse zorg voor personen die opgenomen zijn in een instelling, maar die bijkomende expertise en tijd heeft om zich toe te spitsen op de mondgezondheid van de bewoners.

- Functies:
 - Coördinatie en ondersteuning van dagelijkse mondzorg van bewoners van een instelling
 - Contacteren van RT igv professionele zorgvraag of vermoeden van zorgnood bij een bewoner
 - Opvolgen van initiatieven rond mondzorg binnen de instelling in samenwerking met de RT
 - Rapportering omtrent initiatieven en bewoners. Dit kan tevens een controlemiddel zijn igv de referentiepersoon mondzorg voor deze functie bijkomend vergoed wordt.
- Profiel:
 - Verpleegkundige
 - Mondzorgassistent

FINANCIËLE INCENTIVES

Voor de huistandarts

- toevoegen van een bepaalde code bij een specifieke prestatie om aan te geven dat het een persoon met bijzondere noden betreft. De bijkomende vergoeding die vasthangt aan de code, zou wel moeten afhangen van het soort prestatie (vb. consultatie ≠ vulling)
- Specifieke nomenclatuur voor standaard prestaties die bij personen met bijzondere noden vaker dan nu voorzien moeten uitgevoerd worden

Voor de tandartsen die specifieke zorg verlenen

- toevoegen van een bepaalde code bij een specifieke prestatie om aan te geven dat het een persoon met bijzondere noden betreft. De bijkomende vergoeding die vasthangt aan de code, zou wel moeten afhangen van het soort prestatie (vb. consultatie ≠ vulling)
- Specifieke nomenclatuur voor standaard prestaties die bij personen met bijzondere noden vaker dan nu voorzien moeten uitgevoerd worden

Voor de mondzorgcentra

- toevoegen van een bepaalde code bij een specifieke prestatie om aan te geven dat het een persoon met bijzondere noden betreft. De bijkomende vergoeding die vasthangt aan de code, zou wel moeten afhangen van het soort prestatie (vb. consultatie ≠ vulling)
- Specifieke nomenclatuur voor standaard prestaties die bij personen met bijzondere noden vaker dan nu voorzien moeten uitgevoerd worden
- Financiering voor het leveren van advies aan tandartsen
- financiering voor bepaalde actes (vb. anesthesie, monitoring vitale parameters)
- financiering voor het opstellen van behandelplannen op vraag van verwijzende tandartsen

Bijkomende functies waar financiering voor moet voorzien worden:

- coördinatiecel
- referentiepersoon mondzorg°
- bijkomende mondzorgtaak voor thuisverpleegkundige°
- raadgevende tandarts
 - financiering per persoon met bijzondere noden die onder zijn/haar hoede valt (forfait/capita)
 - forfait voor behandelen van aanvraagdossier om patiënten code toe te kennen waardoor toegang verkregen wordt tot terugbetaling van supplementen voor prestaties bij personen met bijzondere noden

° Igv de referentiepersoon mondzorg en de thuisverpleegkundige, kan de mondzorgtaak aan de bestaande taken toegevoegd worden mits hieraan een financiële incentive te koppelen.

CRITERIA DIE BEPAALD MOETEN WORDEN

Criteria voor aanrekenen van supplement bij prestatie

De criteria voor het toelaten van een supplement bij een bepaalde prestaties worden best gebaseerd op toegekende zorgschalen. Voor personen die niet ingeschaald zijn, kan een raadgevend tandarts een aanvraag indienen bij de bevoegde instanties om toch het aanrekenen van een supplement voor mondzorg mogelijk te maken.

Criteria voor vervoerbaarheid van personen met bijzondere noden:

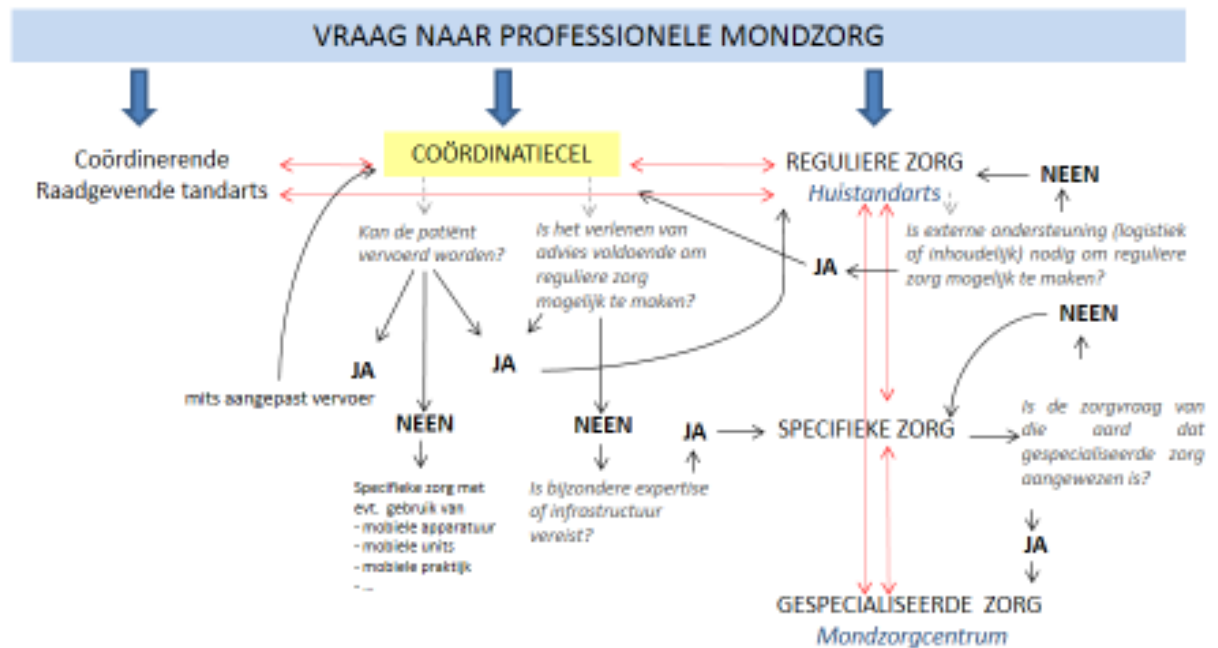
Criteria voor vervoerbaarheid zijn moeilijk concreet vast te leggen. Het gaat om personen die omwille van fysische, psychologische of praktische redenen niet vervoerd kunnen worden. De beslissing omtrent de vervoerbaarheid zou gemotiveerd moeten worden door de betrokken instellingsarts in samenspraak met de RT. De motivatie voor deze beslissing zou genoteerd moeten worden op een officieel aanvraagformulier voor terugbetaling van prestaties d.m.v. mobiele infrastructuur.

IDEËN/BEMERKINGEN

Als de patiënt geen huistandarts heeft, moet de persoon in kwestie (of diens mantelzorger, thuisverpleegkundige of referentiepersoon mondzorg) de mogelijkheid hebben om beroep te doen op een database van huistandartsen in de buurt die bereid zijn om zorg aan personen met bijzondere noden te bieden. Dit kan vb. aan de hand van een website (zoals bv. www.zorgzoeker.be of handiaccess in Fr).

De transporteerbaarheid van personen wordt wellicht een heikel punt. Best is om patiënten zoveel mogelijk naar een praktijkomgeving te verplaatsen. Enerzijds zullen er mensen blijven die niet/zeer moeilijk te transporteren zijn. Indien hieraan tegemoet gekomen wordt door gebruik te maken van mobiele units/praktijken, zullen wellicht ook andere personen van binnen die instellingen op dat moment ook verzorgd worden. Zo zullen ongetwijfeld, naast het voorgestelde zorgnetwerk, parallelle systemen ontstaan die een werkbare oplossing bieden in een welbepaalde situatie. Het zorgnetwerk moet erover waken bestaande inefficiënte systemen te optimaliseren, doch goede parallelle systemen te integreren.

Bijlage 3: Flow van professionele zorgvraag doorheen het Mondzorgnetwerk



Bijlage 4: Aantallen Mondzorgcentrum ervaringen uit buitenland

Bezoek 'Réseau Handident', Hagenau (France) - 20 oktober 2011

Op uitnodiging van Prof Marie-Cécile Manière (Strasbourg)

Situering:

- Initiatief van gezondheidsraad van de Elzas (2 miljoen inwoners), organisatie die regionaal de noden op vlak van gezondheid repertorieert en voorstellen formuleert voor initiatieven.
- Initiator is Sylvie Albecker. Tandarts die zetelt in deze gezondheidsraad (NB Echtgenoot directeur bejaardeninstelling)
- 5 jaar voorbereiding nodig geweest

Concept:

- Netwerk uitgebouwd waarin momenteel 40 tandartsen opgenomen zijn; in realiteit 20 tandartsen echt actief.
(Noot: hiermee kan ruim voldaan worden aan de vraag; men zoekt naar bijkomend geïnteresseerden in aanpalende regio's)
- Deze tandartsen verklaren zich bereid tot het opvangen van deze patiënten in hun kabinet.
(Noot: Dispatching via Centrum Handident, het is essentieel dat een ervaren tandarts hierbij betrokken wordt om de zorgvraag goed te kunnen inschatten en gericht te kunnen plannen)
- Zij kunnen terecht in het Centrum Handident voor ondersteuning. Dit omvat advies (zowel telefonisch als ter plaatse, ev. samen met de patiënt).
(Noot: Deze taak wordt opgenomen door de coördinatrice)
- Wanneer de behandeling in de eigen praktijk niet lukt, kan de patiënt terecht in het Centrum Handident. Daar is IV sedatie ter beschikking. MEOPA wordt er slechts weinig gebruikt. Voor behandeling onder narcose kan men terecht in het centrale gedeelte van het ziekenhuis.
(Noot: De coördinatrice en ook andere tandartsen hebben nauwelijks ervaring met MEOPA, dit is de voornaamste reden van de slechts geringe toepassing ervan. Bovendien bleek uit het gesprek nadien dat ze IV sedatie makkelijker vinden (lukt altijd), er kan méér in eenzelfde zittijd gebeuren, zij verdienen er goed aan (verschillende prestaties op 30 minuten) en bovendien wordt mini-ligdag enkel aangerekend bij IV sedatie en niet bij enkel lachgas... (dus ook voor ziekenhuis gunstiger).
- De opvolging nadien gebeurt in de perifere praktijken.
- Daarnaast gaat men naar instellingen voor screening en ondersteuning bij basis mondzorg.

- Een wetenschappelijke cel bewaakt het functioneren, vooral op inhoudelijk vlak.
(Noot: Dit is een zwak punt. De kwaliteit van het werk is variabel; vooral gericht op pijnverhelping, snelheid...)

Centrum:

- Nieuwbouw die aangehecht werd aan een plaatselijk, reeds bestaand ziekenhuis (St Joseph), waar voornamelijk ingrepen onder narcose uitgevoerd worden in dagkliniek maar waar toch enkele bedden zijn voor overnachting.
(Noot: Dit maakt opvang mogelijk indien patiënt minder vlot recupereert of probleem stelt; ook 's nachts kan patiënt opgevangen worden – coördinator wordt dan opgeroepen; slechts 2 keer gebeurd op 2.5 jaar activiteit).
- Parkeermogelijkheden voor rolstoelpatiënten voorzien.
- Alle ruimtes zijn helder, goed verlicht, op veel plaatsen voorzien van grote ramen.
- Omvat:
 - Onthaal met balie en secretariaat, met rechtstreeks toezicht op wachtruimte.
 - Sanitaire voorzieningen aangepast aan doelpubliek.
 - Consultatieruimte anesthesie (hier worden patiënten gezien door anesthesist, voor geplande interventie). Anesthesist is 2 halve dagen aanwezig.
(Noot: Dit was compromis met anesthesie. Zij zien geplande patiënten op zelfde halve dagen als ze aanwezig zijn voor IV sedaties. Zij starten sedatie, anesthesie verpleegkundige blijft aanwezig bij procedure en haalt anesthesist er terug bij indien nodig).
 - Bureel voor coördinator.
 - Consultatieruimte benut voor adviezen, screenings, controles nadien,...
 - Ruimte voor ingrepen, ingericht als mini-operatiezaal. Voorzien van afzuiging, zuurstof, monitoring,... Beschikbaarheid lachgas. Hier worden behandelingen onder IV sedatie uitgevoerd. Hier staat ook een verplaatsbaar RX-toestel. Er is geen OPG aanwezig.
 - Ontwaakruimte (3 bedden), begeleiders mogen hier bij patiënt. Rechtstreeks aansluitend op operatiezaaltje.
 - Ruimte voor 'moeilijke' patiënten (1 bed, gecapitonneerde wanden)
(Noot: werd nog nooit gebruikt).
 - Verpleegwacht, met raam om toezicht op patiënten te behouden.
 - Materiaalpost: gebruikte materialen
 - Materiaalpost (aparte ruimte): steriele/gedesinfecteerde materialen
(Noot: reiniging ter plaatse, sterilisatie gebeurt centraal in ziekenhuis)
 - Stockage ruimte
 - Personeelsruimte met aparte sanitaire voorzieningen
 - Vergaderzaal (capaciteit: 30-tal personen)
(Noot: wordt ook gebruikt door andere diensten)

- Daarnaast wordt gebruik gemaakt van faciliteiten van de dagkliniek:
 - o Operatiezaal voor narcodentie (1 halve dag)
 - o Centrale sterilisatie
 - o Wachtfunctie bij problemen buiten de normale werkuren

Personeel:

- Bestuursfunctie: Sylvie Albecker; zij is gedetacheerd vanuit Gezondheidsraad. Het is onduidelijk hoeveel zij aanwezig is in het Centrum. Zij legt vooral de contacten met de Gezondheidsraad en de directie van de dagkliniek; zij regelt de financiële opvolging (investering en werking).
- Coördinator Centrum Handident: Béatrice X?. Tandartse met ruime ervaring in de sector. Voltijdse functie.

(Noot: dit moet absoluut tandarts met ervaring zijn, kan onmogelijk door secretariaat)

- Secretariaat: voltijdse functie
- Tandarts-assistente: voltijdse functie
- Anesthesie verpleegkundige: 2 halve dagen
- Anesthesist: 2 halve dagen

- Tandartsen: team van tandartsen dat naar Centrum komt voor uitvoeren van behandelingen, zowel voor IV sedaties als ingrepen onder narcose.

Tandartsen worden gerekruteerd op basis van hun bereidheid tot participatie. Ze moeten zich jaarlijks inschrijven (50 EUR). Ze engageren zich tot het regelmatig volgen van de aangeboden bijscholing (1x/maand).

De verantwoordelijkheid voor de behandeling ligt volledig bij de tandarts.

(Noot: Eigenlijk is het vooral een team van 5 tandartsen dat de behandelingen uitvoert. Daarnaast zijn er tandartsen die occasioneel komen met een patiënt. De wisselende operators vormen een punt dat extra energie vraagt. Enige controle op de kwaliteit van het geleverde werk ontbreekt totaal. Er was sprake van endo zonder lengtemetingen, esthetiek niet zo belangrijk, molaren worden snel geëxtraheerd, tandsteen in 5 minuten... etc.)

Vergoedingen:

- De tandarts wordt vergoed op basis van de geleverde prestaties; als ingeschreven tandarts mag hij een 'supplement' aanrekenen (via sociale zekerheid).

(Noot: hoegrootte van supplement is onduidelijk, blijkt te wisselen in functie van type handeling)

- Het Centrum rekent een mini-ligdag aan (+/- 1000 EUR).
- Daarnaast honorarium anesthesist.

Opmerkingen:

- Werken héél veel met IV sedatie. Patiënt zit rechtop (inslikgevaar). Er wordt propofol gebuikt, getitreerd. Men werkt telkens maximaal 30 minuten; op deze tijd wordt een volledige sanering gerealiseerd (tandsteenverwijdering, vullingen, extracties). Er wordt steeds lokale anesthesie bijgegeven.
- Het is duidelijk dat de capaciteit niet ten volle benut wordt momenteel.
- Wachtlijst voor IV sedatie bedraagt 6 weken.

Dominique Declerck, 21 oktober 2011

Bijlage 5: Personeelsbezetting Mondzorgcentrum ervaringen uit buitenland

Bezoek oral health care center Aalborg Denemarken – 11 september 2012

Aanwezig: Lene Vilstrup (chief dental officer Denemarken, Danish national board of health), Gerd Bangsbo (hoofd van het centrum), Line Hartmann (verantwoordelijke voor de geriatrische mondzorg), Maiken Bagger (verantwoordelijke voor de mondzorg voor mensen met beperkingen), Dominique Declerck, Stefaan Hanson, Joke Duyck

Denemarken (5,5 miljoen inwoners) is ingedeeld in 5 regio's en 98 gemeenten.

De mondzorg voor kinderen in Denemarken van 0 tot 18 jaar is sinds 1972 verplicht en wordt volledig gedragen door de overheid. Kinderen tot 10 jaar dienen vergezeld te zijn van een ouder, daarna kunnen de afspraken eventueel via de school geregeld worden. Tot 16 jaar is de mondzorg enkel gratis in de gemeentelijke mondzorgcentra. Men is vrij om naar een praktijk te gaan, maar dan moeten de patiënten zelf 35% van de kosten op zich nemen (wordt door slechts 0,4% van de patiënten gedaan). Enkel wanneer er in de gemeente geen mondzorgcentrum is, worden er overeenkomsten gesloten met private tandartspraktijken zodat de patiënten ook kosteloos in deze praktijken terecht kunnen. Om de overgang naar de private tandartspraktijk te faciliteren, hebben jongeren van 16-17 jaar de keuze of ze zich in een gemeentelijk mondzorgcentrum dan wel in een private praktijk willen laten opvolgen/behandelen.

De volledige kost (personeel, infrastructuur, materiaalkost, etc.) per jaar per kind bedraagt 200 Euro.

Vanaf 18 jaar zijn patiënten aangewezen op een private praktijk. Tussenkost in de kosten hiervan is zeer beperkt.

Personen met een fysieke of mentale beperking kunnen wel levenslang in de gemeentelijke mondzorgcentra terecht. Ook andere patiënten met een specifieke problematiek (kankerpatiënten, patiënten met het syndroom van Sjögren en zeldzame ziekten) komen hiervoor in aanmerking. De aandoening bij deze laatste patiënten moet in een gemeentelijk mondzorgcentrum bevestigd worden. Indien dit effectief bevestigd wordt, kunnen ook deze personen terecht in de gemeentelijke mondzorgcentra. De patiënt draagt hier zelf 20 euro/maand voor bij, terwijl de kost voor de gemeente jaarlijks 600 euro per patiënt bedraagt. De gemeentelijke mondzorgcentra doen de integrale opvolging en behandeling van deze patiënten. Er is dus geen systeem van doorverwijzing vanuit de private praktijken.

Wanneer oudere personen door de primaire zorgverleners (verpleegkundigen, verzorgenden die instaan voor de dagelijkse zorg) als zorgafhankelijk worden bestempeld, kunnen ook zij beroep doen op de gemeentelijke mondzorgcentra. In dit geval draagt de patiënt 7,5 euro/maand bij, terwijl de kost voor de gemeente jaarlijks 540 euro per patiënt bedraagt.

De mondzorg voor deze hulpbehoevende ouderen kan zorg aan huis zijn of in het centrum. Zorg aan huis is gericht op diagnostiek en eenvoudige behandelingen. Zij beschikken hiervoor over een koffer met basismateriaal en een micromotor. Patiënten worden bij voorkeur naar het mondzorgcentrum gebracht voor curatieve zorg, hetgeen meestal geen probleem is dankzij aangepast vervoer.

Mondzorgverstrekkende instanties:

- Gemeentelijke mondzorgcentra. Dit zijn de mondzorgcentra waar kinderen, mensen met een beperking en zorgbehoevende ouderen terecht kunnen voor mondzorg. Vanuit de nationale overheid worden enkele vereisten opgelegd. Toch krijgen de gemeenten nog veel vrijheid in de organisatie van deze mondzorgcentra.

De mondzorgcentra variëren in grootte. Sommige verstrekken vooral de reguliere zorg, terwijl andere ook meer gespecialiseerde zorg (vb. algemene anesthesie) verstrekken.

Orthodontie wordt enkel verstrekt indien dit echt noodzakelijk wordt geacht (in +/- 25%). Indien ouders owv esthetische redenen bij hun kind orthodontie wensen, zijn ze hiervoor aangewezen op de private praktijken.

Dit systeem ontstond in 1913 vanuit de nood aan mondzorg voor kinderen zodat orale problemen geen oorzaak konden zijn van schoolverzuim.

- Regionale mondzorgcentra. Dit zijn gespecialiseerde mondzorgcentra waar patiënten met complexe behandelnoten terecht kunnen. Ook deze zorg is gratis voor de patiënt.
- In 6 erkende ziekenhuizen in Denemarken is er een dienst maxillofaciale heelkunde, waar patiënten ook kosteloos terecht kunnen voor gespecialiseerde zorg.

Zorgverleners betrokken bij de mondzorg

- Tandartsen, bijgestaan door tandartsassistenten
- Mondhygiënist. Deze hebben volgende bevoegdheden: lokale infiltratieanesthesie op voorschrift van de tandarts, reiniging, afdrukname, mondonderzoek, mondhygiëne-instructies e.d.

De tandartsen en mondhygiënist van het mondzorgcentrum staan ook in voor de communicatie met de zorgverleners die instaan voor de dagelijkse mondzorg van hun patiënten. Zij ondersteunen hen ook bij de dagelijkse zorg d.m.v. advies.

Cijfergegevens mondzorgcentrum Aalborg

- Aalborg telt 200.000 inwoners. Hiervan maken 40.000 kinderen, 600 mensen met een beperking en 1500 zorgbehoevende ouderen gebruik van de publieke mondzorg.
- Het centrum heeft 20 tandartsen, 9 mondhygiënist, 48 tandartsassistenten, 3 tandtechnici en bijkomend ondersteunend personeel.
- De totale kost van de bouw van het centrum bedroeg 3 miljoen Euro.

- In Aalborg zijn 10 mondzorgcentra en 1 gespecialiseerd mondzorgcentrum.
- Per 2000 kinderen is er 1 tandarts, 0,5 hygienist en 2,4 tandartsassistenten.
- Alle gegevens van de kinderen worden elektronisch bijgehouden.

Personeelsbezetting in mondzorgcentrum:

Personeelsbezetting per 1000 patiënten (in FTE)	Kwetsbare ouderen	Personen met een beperking
Administratie	1	1
Tandarts	1,75	2,8
Tandartsassistent	4	6
Mondzorgassistent	0,9	1,5
Tandtechnicus		0,7

Kost van de mondgezondheidszorg in Denemarken:

Public oral health programmes	1.809.000.000 kr.	258.428.571 Euro
Subsidy to oral health care for adults	1.236.000.000 kr.	176.571.429 Euro
Out of pocket for oral health care for adults	5.364.000.000 kr.	766.285.714 Euro
Total	8.409.000.000 kr.	1.201.000.000 Euro

Bijlage 6A: Richtlijnen toegankelijkheid tandartspraktijk

- De toegang is drempelvrij (maximum 2 cm)
- Kleine niveauverschillen (tot 18cm) zijn overbrugd door een helling, grotere verschillen zijn overbrugd door combinatie van trap of helling en een lift.
- Dubbele leuningën voorzien in een trap of helling
- De vrije doorgangsbreedte van de deur bedraagt minimum 90 cm
- Ruimte voorzien van een diameter van 1m50
- Alle informatie voorzien in grote letters
- Al wat kan lager zetten, leuningën voorzien
- Genoeg ruimte voorzien in de wachtkamer
- Aangepast toilet is minimum een ruimte van 1.65m op 2.20m

Algemene aandachtspunten

- voldoende en gelijkmatige verlichting;
- duidelijke signalisatie, pictogrammen;
- naast telefoon ook fax of gsm en e-mail om te communiceren.

Communicatie

- Voor slechthorende, vermijd achtergrondlawaai;
- Praat duidelijk en rustig, gebruik eenvoudige taal, korte zinnen;
- Zich voorstellen als men een blinde of een slechtziende persoon ontvangt;
- Wees bereid informatie aan te geven of te schrijven;
- Geef duidelijke informatie over de toegankelijkheid van uw praktijk;
- Richt je rechtstreeks aan de persoon en niet enkel aan de begeleider.

Toegankelijkheid van

medische praktijken

Dit wenkenblad is een leidraad om de toegankelijkheid van medische praktijken te verhogen.

Het geeft ontwerpers en bouwheren zoals huisartsen, kinesitherapeuten, tandartsen, specialisten,... een aantal tips om hun praktijk bereikbaar en bruikbaar te maken voor iedereen.

Iedereen moet wel eens op medische controle. Ook personen met een beperking, ouderen, ouders met kinderen of mensen met een tijdelijke beperking zoals een gebroken been moeten er gemakkelijk binnen kunnen en van de voorzieningen gebruik kunnen maken. Het is daarom niet meer dan vanzelfsprekend dat medische praktijken toegankelijk zijn.

Toegankelijkheid gaat verder dan de fysieke toegankelijkheid van het gebouw (de wachtzaal, de praktijkruimte,...). Ook een goede communicatie en dienstverlening zijn onontbeerlijk.

Door de medische praktijk toegankelijk te maken, verhoogt het comfort, de veiligheid, de kwaliteit van de dienstverlening én de tevredenheid van de cliënten.



Parkeerplaatsen

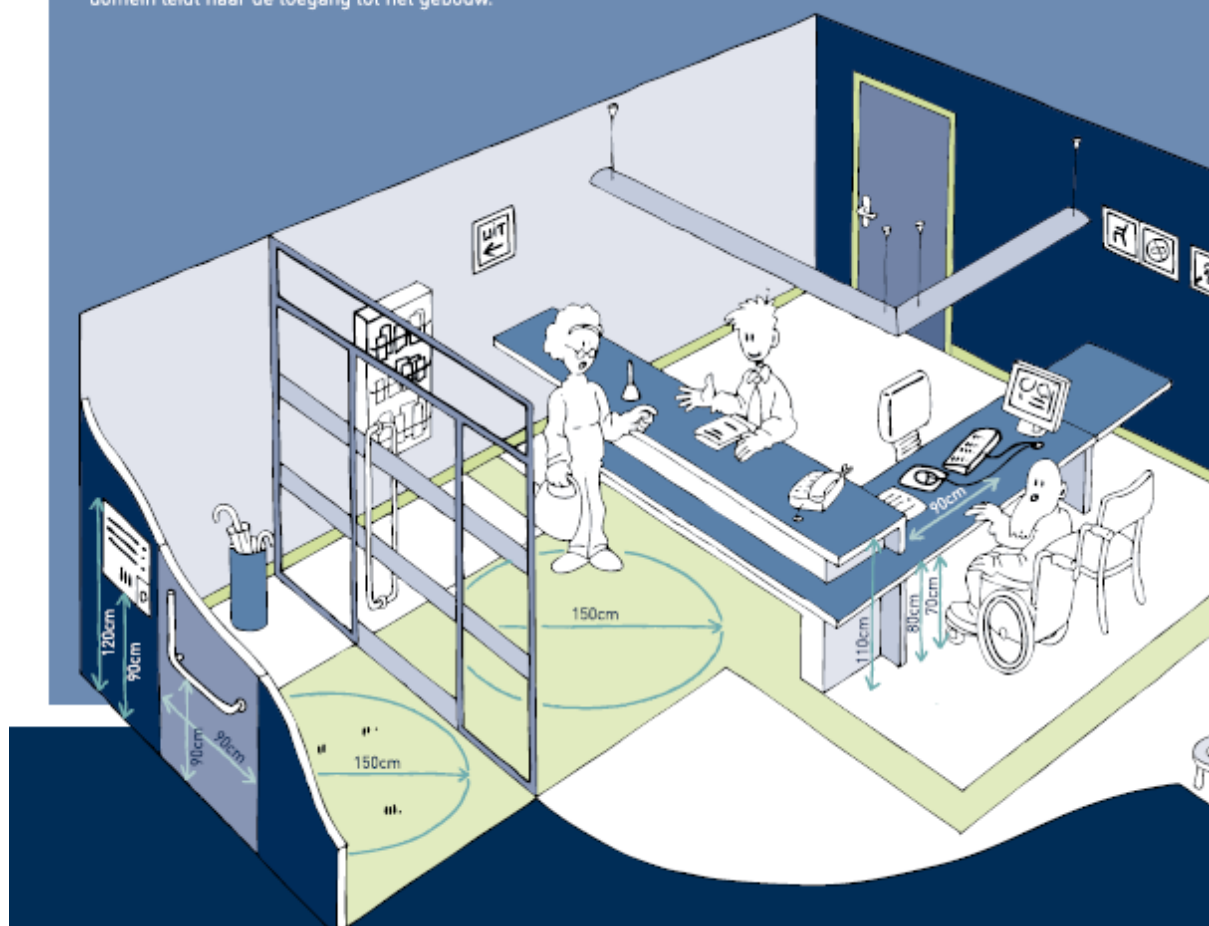
- Min. 1 parkeerplaats is aangepast en voorbehouden voor personen met een beperking.
- Deze parkeerplaatsen zijn min. 3,50 m breed en 5 m lang (6 m lang als de auto's achter elkaar geparkeerd worden) en liggen zo dicht mogelijk bij de toegang tot het gebouw (bij voorkeur niet verder dan 25 m).
- Ze worden duidelijk gesignaleerd (gemarkeerde randen en een officieel bord).
- Het parkeervak heeft een dwarshelling van max. 2% en heeft een rolstoelveste ondergrond (effen, aaneengesloten en stroef).
- Is er geen eigen parkeervoorziening, dan kan in samenspraak met de bevoegde instanties gezocht worden naar een oplossing op het openbaar domein.

Toegangspad

- Het toegangspad is rolstoelvast en min. 1,50 m breed (ter hoogte van obstakels min. 90 cm).
- Luifels en overhangend groen hangen niet lager dan 2,30 m.
- Het toegangspad is steeds goed verlicht.
- Aansluitende paden, voetpaden en trottoirafritten zijn goed bereikbaar en voldoende verlicht.
- Er is steeds een pad voorzien dat vanaf de parkeervoorziening, de fietsenstalling en het openbaar domein leidt naar de toegang tot het gebouw.

Toegang

- De toegang is goed zichtbaar (signalisatie, vormgeving, kleurgebruik, tactiele en visuele contrasten,...).
- De toegang is drempelvrij. Een niveauverschil tot max. 2 cm is toegelaten.
- De vrije doorgangsbreedte van de deur bedraagt min. 90 cm.
- Er is voldoende vrije ruimte voor en achter de deur (min. 1,50 m diameter) om met een rolstoel te kunnen manoeuvreren. Aan de zijde van de deurkruk is er een opstelruimte van min. 50 cm voorzien.
- Glazen deuren zijn voorzien van een contrasterende kleurmarkering op drie hoogtes.
- In een tochtsas of hal kan een draaicirkel van 1,50 m gemaakt worden.
- Matten liggen best verzonken in de vloer.
- Bel en parlofoon geven bij opname ook een visueel signaal. De bediening ervan bevindt zich op een hoogte tussen 90 cm en 1,20 m. Een visueel signaal (groen licht) én een auditief signaal bevestigen dat de deur ontgrendeld is.
- Breng aan de buitenzijde van de toegang een informatiebord aan met de gegevens van de praktijk (contactgegevens, spreekuren,...). Deze gegevens zijn aangebracht in contrasterende kleuren en met voldoende grote, schreefloze letters.



➤ Balie en ontvangst

- De route naar de balie volgt een logische weg, is obstakelvrij en aangegeven met visuele (kleurpatroon of lijn in de vloer) en tactiele geleiding.
- De balie bestaat uit twee hoogten, zodat bezoekers zowel staand als zittend geholpen kunnen worden. Het verlaagde deel is onderrijdbaar (een vrije ruimte van 70 cm hoog, 60 cm diep en 90 cm breed). Als de balie aan een doorgangszone grenst, is het onderrijdbare deel aan de zijkant afgeschermd.
- Bij het verlaagde deel staat best een stoel voor personen die slecht te been zijn.
- Ter hoogte van de balie is een vrije draairuimte met een diameter van 1,50 m, zodat men met een rolstoel of kinderwagen gemakkelijk kan manoeuvreren.
- Het gedeelte waar bezoekers staand geholpen worden, is 1,10 m hoog.
- De balie is bij voorkeur open. Vermijd glas omwille van de reflectie.
- De bediening van de betaalmogelijkheid bevindt zich op een hoogte tussen 90 cm en 1,20 m.
- Accentverlichting boven de balie helpt bij de oriëntatie.

↓ Circuleren in het gebouw

- Op de looproute worden drempels en obstakels steeds vermeden. Gangen en doorgangen zijn min. 1,50 m breed (ter hoogte van obstakels min. 90 cm).
- Kleine niveauverschillen (tot 18 cm) zijn overbrugd door een helling. Grotere niveauverschillen zijn overbrugd met een combinatie van een helling of trap en een lift. Hellingen en trappen zijn voorzien van een goed omgrijpbare dubbele leuning.
- De vrije doorgangsbreedte van deuren bedraagt min. 90 cm.
- Glazen binnendeuren en wanden zijn voorzien van een contrasterende kleurmarkering op drie hoogtes.

Wachtruimte

- Ter hoogte van de wachtruimte is voldoende circulatieruimte aanwezig.
- De zitplaatsen zijn gelegen buiten de looproute. Ook de kinderhoek of de tafel met tijdschriften belemmert de vrije doorgang niet.
- Er is minstens één vrije opstelruimte voorzien van min. 90 cm x 1,40 m voor een rolstoelgebruiker of kinderwagen.
- Informatiebrochures bevinden zich op een hoogte tussen 40 cm en 1,40 m. Bied eenzelfde brochure op verschillende hoogtes aan.
- Een systeem van volgnummers voor de oproep van de volgende patiënt geeft zowel een visueel als auditief signaal weer. Zo weten ook personen met een auditieve of visuele beperking wanneer ze aan de beurt zijn.
- Bij de wachtruimte ligt een aangepast toilet.

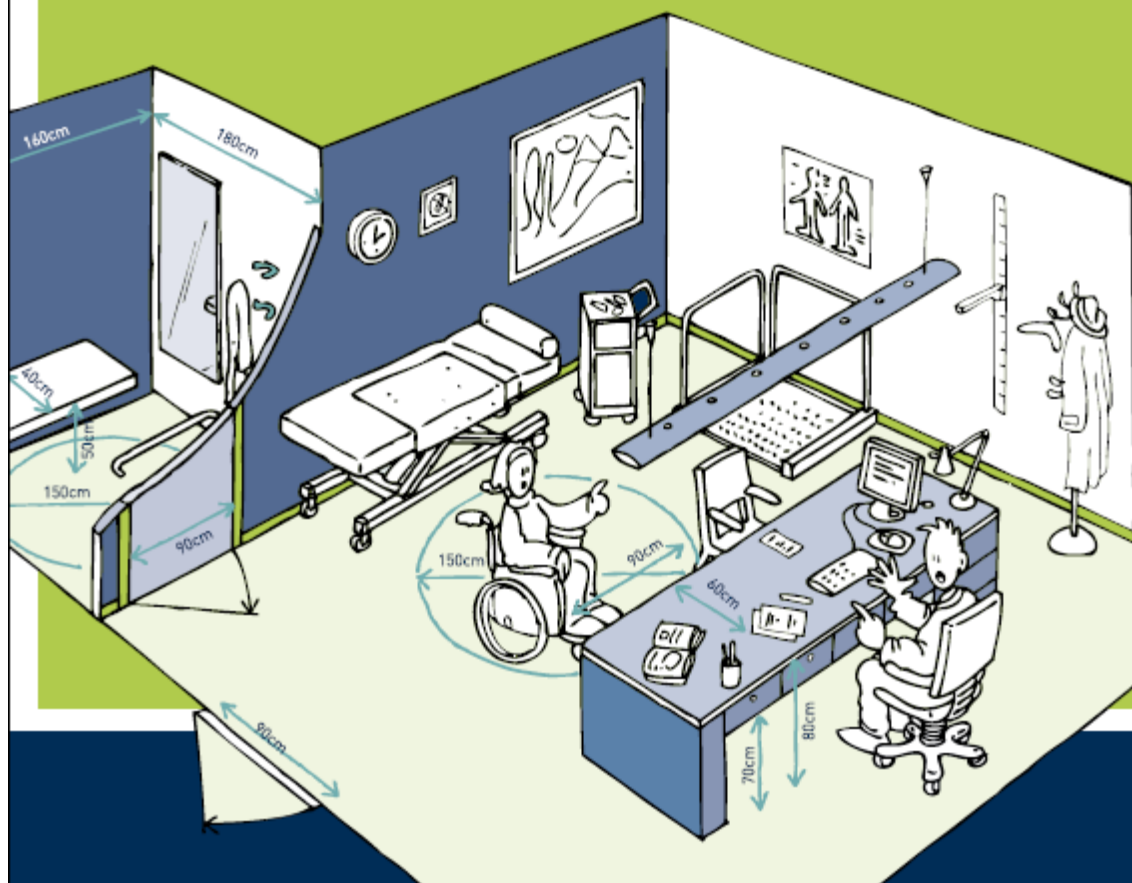


Praktijkruimte

- Vanuit de wachtruimte is een duidelijke looproute naar de praktijkruimte.
- De ruimte is voorzien van minstens één vrije en vlakke ruimte waar een rolstoelgebruiker een draaicirkel van 1,50 m kan maken. Voor elk toestel waar de patiënt gebruik van moet maken, is een draaicirkel aanwezig.
- Doorgangen tussen het meubilair en de medische toestellen zijn min. 90 cm breed. Houd daarbij rekening met de gebruikruimte bij stoelen: doorgangen worden smaller als er mensen aan een bureau of tafel zitten.
- De ruimte onder het bureau is min. 70 cm hoog, 60 cm diep en 90 cm breed, zodat rolstoelgebruikers er plaats kunnen nemen. Stoelen zijn daarom ook makkelijk verplaatsbaar.
- Stoelen met armleuningen zijn comfortabel voor personen die moeite hebben met opstaan en gaan zitten.
- Medische toestellen dienen toegankelijk en bruikbaar te zijn voor iedereen. Rekening houdend met de technische vereisten van elk toestel zijn ze vrijrijdbaar en aanpasbaar (in de hoogte verstelbaar, wendbaar,...) volgens de behoefte van de patiënt.
- Hulpmiddelen (rolstoel, kruk, looprek,...) blijven in de onmiddellijke nabijheid van de patiënt, zodat deze snel kunnen aangereikt worden.

Kleedruimte

- De oppervlakte van de ruimte is min. 1,60 m x 1,80 m. De deur draait naar buiten open. Een horizontaal geplaatste greep aan de binnenzijde van de deur vergemakkelijkt het dichttrekken.
- Een gordijn dat een kleedzone afschermt (in de praktijkruimte), is een goed alternatief voor de kleedruimte.
- In de kleedruimte of -zone is een zitelement voorzien met een minimale zitdiepte van 40 cm en een zithoogte van 50 cm.
- Kapstokken en kleevers zijn voorzien op verschillende hoogten, waaronder enkele op een hoogte van 1,20 m.



Aangepast toilet

- De toiletruimte is multifunctioneel en kan door iedereen gebruikt worden. In deze ruimte kan ook een opklapbare baby- of verzorgingstafel geplaatst worden.
- Een aangepast toilet is min. 1,65 m x 2,20 m of 1,90 m x 1,95 m groot. De deur draait naar buiten open, zodat ze niet geblokkeerd raakt bij een valpartij.
- Een horizontaal geplaatste greep aan de binnenzijde van de deur vergemakkelijkt het dichttrekken.
- De toestellen zijn zo geplaatst dat een vrije draaicirkel van 1,50 m mogelijk is. Naast de toiletpot is een vrije breedte van min. 90 cm en voor de toiletpot een vrije ruimte van min. 1,20 m om transfers te kunnen uitvoeren. De afstand tussen de rand van de toiletpot en de wastafel is min. 90 cm.
- Voorzie een vaste beugel tegen de wand en een opklapbare aan de open zijde.
- De wastafel is onderrijdbaar: een vrije ruimte van min. 70 cm hoog, 60 cm diep en 90 cm breed. De bovenrand van de wastafel bevindt zich op een hoogte tussen 80 en 90 cm.
- Maak gebruik van een éénhendel- of automatische kraan, een automatisch handdoeksysteem en een zeepdispenser.

Algemene aandachtspunten

- Voorzie een duidelijke signalisatie van alle ruimten: gebruik universele pictogrammen, voldoende grote, schreefloze letters en contrasterende kleuren.
- De kleuren van de wanden en het plafond contrasteren. Ook de kleur van de balie en het meubilair contrasteert met de omgeving.
- Personen met een allergie hebben behoefte aan stofvrije en onderhoudsvriendelijke materialen. Vermijd vast tapijt.
- Elke ruimte is voldoende en gelijkmatige verlicht, waarbij men rekening houdt met reflecties en hinderlijk tegenlicht. Vooral voor personen met een auditieve beperking, die communiceren door middel van liplezen, is dit zeer belangrijk.
- Een informatiebrochure over de praktijk in een groter lettertype is essentieel voor vele oudere en slechtziende personen. Voor blinde personen kunnen brochures of afspraakbriefjes in braille omgezet worden.
- De website is toegankelijk en draagt het AnySurfer-kwaliteitslabel. Contactgegevens, bereikbaarheid en praktische afspraken worden opgenomen.
- Naast het telefoonnummer worden ook het faxnummer, het e-mailadres en eventueel het gsm-nummer (voor sms) vermeld. Voor personen met een auditieve of communicatieve beperking is dit een belangrijk communicatiemiddel.



Communicatie en dienstverlening

- Vermijd tijdens het communiceren te veel achtergrondlawaai, zoals radio, airconditioning,... zodat een gesprek voor een slechthorende mogelijk is.
- Richt je vragen en opmerkingen rechtstreeks aan de persoon en niet (enkel) aan een begeleider of de tolk.
- Als je blinde of slechtziende cliënten ontvangt, stel je jezelf en je collega's voor. Geef ook aan als je naar een andere plaats gaat.
- Als men zich tot een persoon met een auditieve beperking richt, kan een aanraking duidelijk maken dat je een gesprek wil aangaan met deze persoon.
- Praat duidelijk en rustig, herhaal indien nodig en vraag of men je begrepen heeft.
- Wees bereid om belangrijke informatie aan te geven of om alles op te schrijven als men daarom vraagt. Dat kan ook door wat men wil zeggen in te geven op een computer en de cliënt te laten meelezen op het scherm.
- Geef duidelijke informatie over de toegankelijkheid van je praktijk en dienstverlening (vb. de aanwezigheid van een aangepast toilet, een ringleiding, informatie in grootletterschrift,...).
- Houd rekening met de volgende aandachtspunten:
 - Gebruik eenvoudige, directe taal, vermijd dialect.
 - Gebruik korte zinnen en vermijd abstracte begrippen.
 - Vermijd afkortingen en initialen.
 - Vermijd vaktaal of zorg voor een duidelijk alternatief in eenvoudige woorden.
- Blindengeleide- en assistentiehonden hebben toegang tot de praktijk.

Regelgeving

Medische praktijken worden beschouwd als publiek toegankelijke gebouwen. Ga je (ver)bouwen, dan dien je in Vlaanderen rekening te houden met de 'Gewestelijke Stedenbouwkundige Verordening van 5 juni 2009 inzake toegankelijkheid'.

Surf naar www.toegankelijkgebouw.be voor meer informatie over deze regelgeving. Je vindt er ook het 'Handboek toegankelijkheid publieke gebouwen', werktools en heel wat tips voor het realiseren van toegankelijke gebouwen.

Databank Toegankelijk Vlaanderen

Wil je een toegankelijke praktijk vinden of wil je de toegankelijkheid van je praktijk beter kenbaar maken aan bezoekers, surf dan naar www.toegankelijkvlaanderen.be.

Praktische informatie

Dit wenkenblad is een publicatie van Enter vzw, in samenwerking met Toegankelijkheidsbureau vzw en met de steun van de Vlaamse Overheid, Gelijke Kansen in Vlaanderen.

Enter vzw

Belgiëplein 1 – 3510 Hasselt
Tel. 011 26 50 30 – Fax 011 87 41 39
info@entervzw.be
www.entervzw.be

Dit wenkenblad vermeldt een aantal basisrichtlijnen. Voor meer specifieke richtlijnen en advies op maat van uw project kunt u terecht bij de provinciale adviesbureaus toegankelijkheid:

Adviesbureau Toegankelijke Omgeving vzw (ATO)

Tel. 03 780 35 38 (Oost-Vlaanderen)
www.ato-vzw.be

Centrum voor Toegankelijkheid

Provincie Antwerpen (CTPA)
Tel. 03 240 56 47 (Antwerpen)
www.provant.be/welzijn/toegankelijkheid

Toegankelijkheidsbureau vzw

Tel. 011 87 41 38 (Limburg)
Tel. 02 465 55 25 (Vlaams-Brabant)
Tel. 02 502 27 57 (Brussel)
www.toegankelijkheidsbureau.be

Westkans vzw

Tel. 050 40 73 73 (West-Vlaanderen)
www.westkans.be

U kunt dit wenkenblad ook aanvragen bij:

Gelijke Kansen in Vlaanderen

Vlaamse Overheid
Boudewijnlaan 30 – 1000 Brussel
Tel. 02 553 58 46 – Fax 02 553 51 38
gelijkekansen@vlaanderen.be



In dezelfde reeks zijn ook de volgende wenkenbladen verschenen:

Toegankelijkheid van...

appartementengebouwen, bankgebouwen, bibliotheken, cultuur- en gemeenschapscentra, gebeds- en bezinningshuizen, groengebieden, hogescholen en universiteiten, hotels, kantoren van vrije beroepen, publiek domein, restaurants en cafés, scholen, signalisatie en informatie in en rond het gebouw, sociale diensten, speeltuinen, sporthallen en zwembaden, stembureaus, studiedagen, voetbalstadions, voetpaden, winkels.

Bijlage 7: Criteria waaraan alternatieven dienen te voldoen = 5A's

Availability of <i>beschikbaarheid</i> De bestaande gezondheidsdiensten en -goederen beantwoorden aan de noden van de patiënten	Welke soorten diensten bestaan er? Welke organisaties bieden deze diensten aan? Is er voldoende bevoegd personeel? Beantwoorden de aangeboden producten en diensten aan de noden van de doelgroep? Volstaan de aangeboden diensten om aan de vraag te voldoen? Waar kunt u uw diensten beschikbaar maken? (Gebruik van het mapping systeem) Welke dienstverleners maken hun diensten beschikbaar? (gebruik van het charter)
Accessibility of <i>toegankelijkheid</i> De plaats van het dienstenaanbod en het type diensten zijn toegankelijk (fysiek en financieel) voor de patiënten	Wat is de geografische afstand tussen de diensten en de huizen van de bedoelde gebruikers? Met welke transportmiddelen kunnen zij worden bereikt? Hoeveel tijd vergt het? Hoe zit het met de financiële en fysieke toegankelijkheid?
Acceptability of <i>aanvaardbaarheid</i> De kenmerken van de dienstverlening stemmen overeen met de vraag van de patiënten	Houdt de geleverde informatie, uitleg en behandeling rekening met concepten van lokale ziekten en sociale waarden? Hebben de patiënten het gevoel welkom te zijn en verzorgd te worden? Hebben de patiënten vertrouwen in de bekwaamheid en de persoonlijkheid van de zorgverstrekkers? Hoe zit het met de mentale aanvaardbaarheid? Voelt de patiënt zich comfortabel bij het aanbod van de zorgverlener en omgekeerd?
Affordability of <i>betaalbaarheid</i> De prijzen van de diensten stemmen overeen met het inkomen van de patiënten en hun mogelijkheid en bereidheid om te betalen	Wat zijn de directe kosten van de diensten en de producten die via hun diensten zijn geleverd? Wat zijn de indirecte kosten met betrekking tot het transport, de verloren tijd en het verloren inkomen en andere officiële lasten? Heeft de patiënt de mogelijkheid en de wil om te betalen voor de dienstverlening?
Adequacy of <i>aangepastheid</i> De organisatie van de gezondheidszorg stemt overeen met de zorgnood en het type zorg	Hoe zijn de diensten georganiseerd? Voldoet de organisatorische inrichting aan de zorgnood en de kenmerken van de zorg? Stemmen de openingsuren overeen met het dagschema van de patiënten? Zijn de installaties net en goed onderhouden? Is de infrastructuur aangepast aan de noden en kenmerken van de patiënten?

Bijlage 8: Configuraties mogelijke alternatieven

1 .Draagbare tandheelkundige unit = basisuitrusting

- *Minimale Configuratie (zie tabel 3)*

Mobiele unit met 1 elektromotor en luchtmotor, interne compressor en
meerfunctiespuit
Reinigingstoestel
Voldoende krachtige afzuiging
Hoek-en handstukken en handinstrumenten
Verlichting: LED hoofdlamp
Klein materiaal met inbegrip polymerisatielamp en schudapparaat
Hardware en software met WIFI en 3G
Transportmiddel: auto break of type lichte vracht
GEEN RX-toestel gezien huidige opgelegde voorschriften van het FANC

- *Personeel:* tandarts + tandartsassistent
OF TOEKOMST mondzorgassistent: preventie en reinigen
- *Totale kostprijs (zie tabel 3)*
 - = transport
 - + plaatsing
 - + aankoop en onderhoud van uitrustingsgoederen
 - + personeel
 - + verzekeringen
 - + afvalverwerking met vergunning
 - + tandtechniek
 - + sterilisatie
 - + snellere afschrijving = schade
 - + producten
 - + administratie
- *Welke behandelingen:* screening, preventie, eenvoudige extracties, eenvoudige conserverende verzorging zonder endo, prothetisch aanpassings- en herstelwerk en nazorg
- *Welke doelgroep:* thuiszorg bij patiënten met beperkte mobiliteit

- *Voor-en nadelen :*
 - + : aan huis =comfort van de patiënt
 - hoge toegankelijkheid
 - contact met omgevingsfactoren van de patiënt
 - contact met andere leden van het zorgteam en mantelzorg
 - geen probleem met niet nagekomen afspraken
 - behandelen in vertrouwelijke sfeer voor de patiënt
- : Beperkte van behandelingen
- Ergonomie tandarts
- Hygiëne
- Kostprijs
- 4 tot 5 patiënten per dag

2 . Volledig uitgeruste mobiele tandartspraktijk uitlaadbaar

- *Configuratie (zie tabel 3)*
 - de basisuitrusting MET draagbare behandelstoel
 - tandartsstoelen
 - dentaallamp
 - Rx-toestel met CCD-sensor
 - verrijdbaar instrumentenmeubel
 - Transportmiddel dient evenwel ruimer te zijn met laadbrug;
 - kan tevens dienst doen als stockage;
- *Personeel :* tandarts + tandartsassistent + TOEKOMST mondzorgassistent
- *Totale kostprijs (zie tabel 3)*
 - = transport
 - + plaatsing
 - + aankoop en onderhoud van uitrustingsgoederen
 - + personeel
 - + verzekeringen
 - + afvalverwerking met vergunning
 - + retributie FANC met controle radiologie
 - + tandtechniek
 - + sterilisatie
 - + snellere afschrijving = schade
 - + producten
 - + administratie
- *Welke behandelingen:* alle basis mondzorg met mogelijkheid sedatie
 - GEEN orthodontie
 - GEEN vaste prothetiek
 - GEEN Implantaten

NIET bleachen

- *Voor-en nadelen* : + : Patient : Verhoogde toegankelijkheid
Verhoogde onafhankelijkheid tov de mantelzorgers
Zorg in vertrouwelijke thuissfeer
Gevoel van meer controle en vertrouwen
Zorgverlener : geen frustratie niet nagekomen afspraak
Patiënt observeren in eigen milieu
Contact met andere leden van het zorgteam

- : Patiënt : beperkt aanbod zorgverleners
Beperkt aanbod prestaties
Versterking van isolement van patiënt
Zorgverlener : tijdrovend, dure uitrusting en slecht verlonend
Nog steeds klinische restricties
Infection control iets moeilijker
- *Organisatie*: De praktijk wordt opgesteld op locatie
De sterilisatie gebeurt centraal, dit wil zeggen in de uitvalsbasis van waaruit het materiaal vertrekt. Dit kan ziekenhuis, centrum
bijzondere tandheelkunde, zijn.
Als behandeltijd 50% extra per patiënt

3. Volledig uitgeruste mobiele tandartspraktijk vast in medische truck

A. B-rijbewijs maximaal totaalgewicht 3500kg

- *Configuratie (zie tabel 3)*
idem punt 2 MET laadbrug voor patiënten
verschuifbare behandelstoel

Transportmiddel type Fiat Ducato
- *Totale kostprijs (zie tabel 3)*
= transport
+ plaatsing
+ aankoop en onderhoud van uitrustingsgoederen
+ personeel
+ verzekeringen
+ afvalverwerking met vergunning
+ retributie FANC met controle radiologie
+ tandtechniek
+ sterilisatie
+ snellere afschrijving = schade
+ producten
+ administratie

- *Welke behandelingen:* alle basis mondzorg met mogelijkheid sedatie
GEEN orthodontie
GEEN vaste prothetiek
GEEN Implantaten
NIET bleachen
- *Voor-en nadelen :* + : Goede tandartsuitrusting
Men kan iedere dag op een andere locatie patiënten verzorgen
Eenvoudigere logistiek ten opzicht van uitlaadbaar
Hygiëne
Rijbewijs B: men heeft geen extra chauffeur nodig

- : Kostprijs aankoop
Beperkte werkruimte
Patiënten moeten buiten gebracht worden naar de truck
Parkeerruimte
Mogelijk afhankelijk van nutsvoorzieningen

B. C-rijbewijs

- *Configuratie (zie tabel 3)*

idem punt 2 MET laadbrug voor patiënten
verschuifbare behandelstoel
Pano mogelijk
Transportmiddel: truck of oplegger
- *Personeel:* tandarts en tandartsassistent
vrachtwagenchauffeur
- *Totale kostprijs (zie tabel 3)*
= transport
+ plaatsing
+ aankoop en onderhoud van uitrustingsgoederen
+ personeel
+verzekeringen
+afvalverwerking met vergunning
+ retributie FANC met controle radiologie
+ tandtechniek
+ sterilisatie
+ snellere afschrijving = schade
+ producten
+ administratie
- *Welke behandelingen:* alle basis mondzorg met mogelijkheid sedatie

GEEN orthodontie
GEEN vaste prothetiek
GEEN Implantaten
NIET bleachen

- *Voor-en nadelen* : + : Goede tandartsuitrusting
Men kan iedere dag op een andere locatie patiënten verzorgen
Hygiëne: sterilisatie aan boord
Een zee van ruimte
Langere autonomie : moet niet iedere keer naar centraal punt terugkeren

- : Men heeft een rijbewijs C nodig = vrachtwagenchauffeur
Kostprijs aankoop
Patiënten moeten buiten gebracht worden
Parkeerruimte
Mogelijk afhankelijk nutsvoorzieningen

4.Volledig uitgeruste tandartspraktijk gekoppeld aan rusthuis of instelling

- *Configuratie* : Naar analogie privé-praktijk zie tabel 3
- *Personeel*: tandarts en tandartsassistent en TOEKOMST mondzorgassistent
- *Totale kostprijs*: zie tabel 3
- *Welke behandelingen* : Alle tandheelkundige behandelingen uitgezonderd volledige anesthesie.
- *Organisatie* : Hoeveel patiënten nodig om rendabel te zijn? Als behandel tijd dient men per patiënt 50% extra tijd te voorzien.

5.Basisapparatuur enkel voor preventie aanwezig in rusthuis of instelling : opstelling in hygiëneruimte

- *Configuratie* : zie punt 1 en/of 2 en zie tabel 3
- *Personeel* : tandarts en tandartsassistent en TOEKOMST mondzorgassistent
- *Totale kostprijs*: zie tabel 3
- *Welke behandelingen* : preventie en screening

6.Teletandheelkunde

- *Wat?*

Teletandheelkunde is een vrij recente evolutie. Door het gebruik van het internet kan de toegankelijkheid tot de tandheelkundige zorg verhoogd worden. Het laat de tandarts toe een diagnose te stellen , het aanbevelen van behandelingsopties en het eventueel doorverwijzen van de patiënt. Aan de universiteit van Arizona

werd een project opgezet waarvan de bevindingen in 2009 werden gepubliceerd onder de titel 'Teledentistry in Arizona'.
In tussentijd is de technologie weer verder geëvolueerd.

- *Configuratie : zie tabel 3*

Het gebruik van een smartphone (minimaal 5 miljoen megapixels), mondsperder, lichtbron en een mondspiegel kunnen volstaan om zeer waardevolle informatie te verschaffen. Men neemt met de smartphone een foto van de mond en verstuurt deze via mail.

- *Personeel*

Als communicatiemiddel tussen verzorgenden. Niet als diagnostisch middel, maar als triage. Men kan advies vragen aan raadgevend tandarts, behandelend tandarts en/of coördinatieceel.

- *Totale kostprijs : zie tabel 3*

- *Voor-en nadelen : wat met privacy? Wat met persoonlijke levenssfeer?
Wie mag wat doorsturen?*

Bijlage 9: Kosten-baten analyse

BIJLAGE 9 : KOSTEN-BATEN ANALYSE

			Draagbare	volledig uitgeruste	volledig uitgeruste	volledig uitgeruste	basisapparatuur	telethk
			tandheelkundige	mobiele praktijk	mobiele praktijk	vaste praktijk in	aanwezig in WZC	
			unit	uitlaadbaar	vast in medische	WZC of instelling	of instelling	
				truck				
	kostprijs	afschrijftijd						
	excl BTW	in jaren						
A. GEBRUIKSMATERIAAL								
behandeleenheid	vanaf 25000,00 €					25.000,00 €		
afzuigmotor	600,00 €	5				600,00 €		
OF afzuigeenheid type Catani®	1.600,00 €	5		1.600,00 €	1.600,00 €		1.600,00 €	
olievrije compressor met droger	1.890,00 €	5				1.890,00 €		
OF draagbare compressor	1.000,00 €	5						
mobiel meubel voor compressor	400,00 €	5		400,00 €				
OF geïntegreerd in unit	zie 28 en 29							
amalgamrecuperator	2.500,00 €					2.500,00 €		
OF amalgamseparator	2.500,00 €							
Mobiele Unit								
Mobiele unit type Dentronic®	14.000,00 €	5	14.000,00 €	14.000,00 €				
EN/OF Mobiele unit type Lysta®	11.803,00 €	5		11.803,00 €				
EN/OF mobiele cart	vanaf 2000,00 €	5					2.000,00 €	
Dentaallampen								
operatielamp staand model	1.900,00 €	5		1.900,00 €			1.900,00 €	
OF operatielamp plafondmontage	1.995,00 €	10			1.995,00 €			
LED hoofd lamp	59,00 €	5	59,00 €					59,00 €
vast aan behandeleenheid	- €					X		
Behandelstoel								
verrijdbare elektrische behandelstoel	6.000,00 €	5						
EN/OF mobiele draagbare behandelstoel	1.600,00 €	5						
EN/OF mobiele behandelstoel Medimove®	3.450,00 €	5		3.450,00 €			3.450,00 €	
EN/OF mobiele behandelstoel Brumaba®	vanaf 10000,00	5						
EN/OF mobiele behandelstoel Medivara®	vanaf 8000,00 €	5						

tandarts/assistente stoeltje	590,00 €	5		1.180,00 €	1.180,00 €	1.180,00 €	1.180,00 €	
snelkoppeling airrotor	150,00 €	5		150,00 €				
luchtmotor	500,00 €	5		500,00 €				
hand-en hoekstukken	4.465,00 €	5	4.465,00 €	4.465,00 €	4.465,00 €	4.465,00 €	4.465,00 €	
Hygiëne								
sterilisator klasse B	6.500,00 €	5				6.500,00 €	6.500,00 €	
sterilisator klasse S	vanaf 5000,00 €	5			5.000,00 €			
ultrasoonbad	800,00 €					800,00 €		
onderhoudstoestel roterend instr.	vanaf 1000,00 €				1.000,00 €	1.000,00 €		
sealapparaat	459,00 €				459,00 €	459,00 €		
Randapparatuur								
polymerisatielamp	600,00 €	5	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €		
schudapparaat	450,00 €	5	450,00 €	450,00 €	450,00 €	450,00 €		
automatisch mengapparaat	700,00 €	5		700,00 €	700,00 €	700,00 €		
Meubilair								
meubilair praktijk (5 vast-1 rol)	vanaf 8000,00	10			8.000,00 €	8.000,00 €		
verrijdbaar instrumentenmeubel	600,00 €	5		1.200,00 €			600,00 €	
mobiel lavabomeubel met vuilbak	3.000,00 €	5						
Klein materiaal								
assortiment	7.000,00 €		7.000,00 €	7.000,00 €	7.000,00 €	7.000,00 €	7.000,00 €	100,00 €
Beeldverwerking								
computer	2.500,00 €	3		2.500,00 €	2.500,00 €	2.500,00 €		
software	vanaf 1500 €	3		1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €		
mobiel RX-toestel Rextar	6.000,00 €	5		6.000,00 €	6.000,00 €	6.000,00 €		
Loden schorten	550,00 €	10		550,00 €	550,00 €	550,00 €		
digitale captor CCD	6.000,00 €	5		6.000,00 €	6.000,00 €	6.000,00 €		
2D pano	vanaf 25000 €	10				25.000,00 €		
OF 3D pano	vanaf 65000 €	10						
OF 3D Cone Beam	vanaf 120000 €	10						
intra-orale camera	4.000,00 €	5		4.000,00 €	4.000,00 €	4.000,00 €		
smartphone	vanaf 500,00 €	3						500,00 €
Rollend materiaal								
van	18.000,00 €	5	18.000,00 €					

bestelwagen met laadbrug	42.000,00 €	5		42.000,00 €				
OF aanhangwagen	5.000,00 €	5						
medische truck rijbewijs B	99.660,00 €	5			99.660 €			
OF medische truck rijbewijs C	245.000,00 €	5						
Voorlopig totaal kostprijs excl. BTW			44.574,00 €	108.268,00 €	153.459,00 €	106.694,00 €	28.695,00 €	659,00 €
VOORBEELD								
Voorlopige kostprijs medische truck 153.459,00 € + 21% BTW = 185.685 € afschrijven over 5 jaar = 37.137 € per jaar <i>40 werkweken per jaar = 928,00 € per week</i> 4 werkdagen per week = 232,00 € per dag ENKEL gebruiksmateriaal								
B. VERBRUIKSMATERIAAL								
assortiment producten	5.000 €	1	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €	5.000,00 €		
C. ONROEREND GOED								
praktijkruimte		30 of 1						
garage		30 of 1						
secretariaat		30 of 1						
stockageruimte		30 of 1						
D. PERSONEEL								
raadgevend tandarts*								
behandelende tandarts 1FTE*	79.800 €	1						
tandartsassistent 1FTE*	40.000 €	1						
* sterk afhankelijk van anciënniteit en statuut (resident - kliniekhooft)								
mondzorgassistent		1						
mondzorgreferent		1						
onderhoudstechnicus		1						
vrachtwagenchauffeur		1						
E. VERZEKERINGEN								
volledige omnium+BA+ RB van	2.500 €	1	2.500,00 €					
volledige omnium+BA+RB bestelwagen	4.500 €	1		4.500,00 €				
volledige omnium+BA+RB med. Truck rijbewijs B		1			in aanvraag			
premie arbeidsongevallen 1 tandarts	210 €	1						
ongevallenverzekering bestuurder	vanaf 40€	1						

F. VARIA								
onderhoud en herstellingen		1						
brandstofverbruik		1						
afvalverwerking		1						
retributie FANC		1						
controle radiologie		1						
sterilisatie		1						

TOTALE KOSTPRIJS PER JAAR excl. BTW							

kostprijs per persoon per jaar Kopenhagen
 kostprijs per persoon per jaar Gerodent

500 €
 350 €

patiënt betaalt 60€

Bijlage 10: Inhoud website

Titel website: Haalbaarheidsstudie Bijzondere Noden

1 domeinnaam met taalselectie NL/FR

specialdent.be

Dit wordt dan info@specialdent.be

Deze website is een werkinstrument voor alle medewerkers van de haalbaarheidsstudie en alleen toegankelijk voor de projectmedewerkers.

Delen van deze website werden toegankelijk gemaakt voor de zorgorganisaties in het kader van het contacteren van de coördinatieceel.

Deze website kan nu, na het beëindigen van de haalbaarheidsstudie, als basis dienen voor het verder ontwikkelen van de definitieve website van het Mondzorgplatform.

Rubrieken:

Home: (publiek)

Zeer beknopte aankondiging van het Globaal Plan voor Mondzorg en de Haalbaarheidsstudie.

Gegevens coördinatieceel: contactpersonen, telefoonnummers, emailadressen,... dit voor medewerkers van de haalbaarheidsstudie die met vragen zitten.

Logo's van de opdrachtgevers, subsidiërende overheden

+ hier ook een verwijzing naar een link met de rapporten van PBN1

Situering a.d.h.v. een kaart van de regio's

About: (publiek)

- Lijst met namen en coördinaten van de leden van de Adviescommissie
- Lijst met namen en coördinaten van de verantwoordelijken per mondzorgregio van de HBN-studie

Sensibilisering – onderwijs: (onder login)

- Data van opleidingen
- Relevante documenten o.a. richtlijnen, protocollen, werkfiches, ppt's, ...

Mondzorgnetwerken: (onder login)

- Per regio de actief deelnemende zorgorganisaties met coördinaten, contactpersonen,...

Medewerkers: (onder login)

- Coördinaten van CRA's
- Coördinaten van de verantwoordelijke coördinerende raadgevende tandartsen
- Coördinaten van de reguliere tandartsen die bereidheid tot meewerken hebben laten weten

Mondzorgcentra: (onder login)

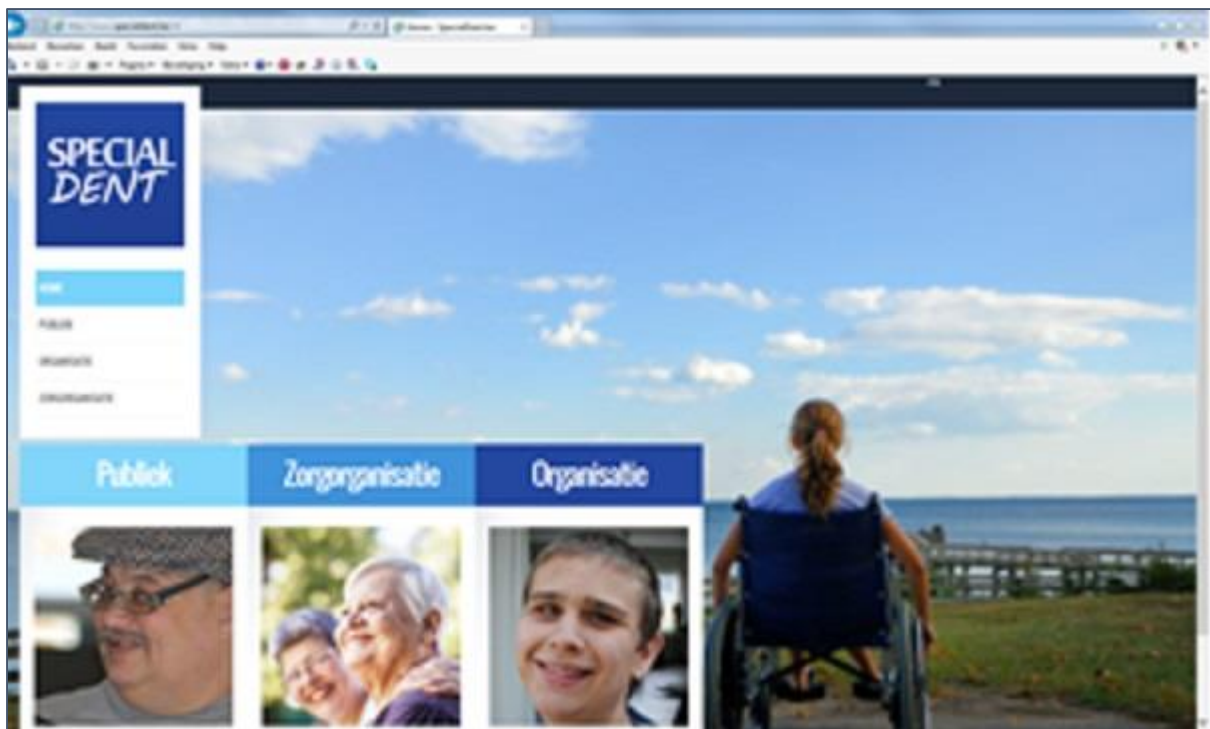
- Lokalisatie
- Coördinaten van hoofdverantwoordelijke, tandartsen, verpleegkundigen, tandartsassistenten

Vragenlijsten – formulieren:

- Kan het een goed idee zijn om data te verzamelen via deze website? Namelijk a.d.h.v. een sjabloon worden de data ingegeven (data van de CRT's, de reguliere tandartsen, de mondzorgcentra, ...)

Vervoer (publiek)

- Informerend luik



Bijlage 11: Mondzorgnetwerken

KEMPEN



GENT / WEST - VLAANDEREN



LEUVEN - ZAVENTEM



BRUSSEL



HENEGOUWEN



Bijlage 12: Uitnodiging deelname organisaties

Haalbaarheidsstudie Bijzondere Noden
Vrijheidslaan 61
1081 Brussel

Naam zorgorganisatie
Straat + nummer
Gemeente + postcode
Datum

Geachte mevrouw
Geachte heer

Preventieve en curatieve mondzorg is van essentieel belang voor de mondgezondheid en de algemene gezondheid en dus voor het welzijn van elk individu, in het bijzonder voor de personen waarvoor jullie dagelijks zorg verlenen.

In 2010 werd in opdracht van het RIZIV door het Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw in samenwerking met de universiteiten een nationaal onderzoek uitgevoerd over de mondgezondheid van personen met bijzondere noden.

(<http://www.riziv.be/information/nl/studies/study56/index.htm>). Dit onderzoek toonde duidelijk aan dat de mondzorg voor personen met beperkingen en kwetsbare ouderen op diverse vlakken knelpunten vertoont. In de vervolgopdracht waarvan u het tussentijds rapport kan lezen via <http://www.glimlachen.be/44676/hbn-nl.html> (login: [hbn](#) paswoord: [hbnbis](#)) worden de voorstellen om deze knelpunten weg te werken geconcretiseerd.

Binnenkort worden deze voorstellen getoetst op vlak van haalbaarheid door middel van een pilootfase in het werkveld, waarvoor wij met dit schrijven beroep willen doen op de medewerking van uw zorgorganisatie.

Voor de pilootfase werden 5 geografische zones (3 in Vlaanderen, 1 in Brussel en 1 in Wallonië) geselecteerd en uw zorgorganisatie behoort tot 1 van deze regio's (zie onder). Het is de bedoeling om in deze regio's het voorgestelde mondzorgnetwerk uit te testen waarbinnen alle zorgorganisaties en alle betrokken zorgverleners multidisciplinair samenwerken om naadloos mondzorg te verlenen aan die personen met bijzondere noden die dit wensen.

Indien u in het belang van de persoon met bijzondere noden interesse hebt om mee te werken aan deze pilootfase vragen we u een bericht te sturen naar de assistent-coördinator info@specialdent.be waarin u de coördinaten van uw zorgorganisatie vermeldt en de naam van een contactpersoon. Aansluitend zal u dan telefonisch gecontacteerd worden om meer informatie te ontvangen, waarna u definitief kan besluiten om mee te werken aan de pilootfase die zal lopen van 15 april tot juli 2013. *Omwille van de tijdsdruk verzoeken we vriendelijk om uw eventuele interesse kenbaar te maken ten laatste tegen 1 maart 2013.*

Wij zijn ons bewust dat deze huidige informatie uiterst beknopt is, de bedoeling van dit schrijven is om de zorgorganisaties in de betrokken regio's die een bijzonder belang hechten aan de mondgezondheid te leren kennen om de planning verder uit te werken.

Met dank en vriendelijke groeten,

Stefaan Hanson - Coördinator Project Bijzondere Noden
Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw
Vrijheidslaan 61 – 1081 Brussel – 02 413 00 14

Bijlage 13: Bevraging organisaties

Geachte heer/mevrouw,

Na het telefonisch contact dat u had met sturen we u, ter verdere voorbereiding van uw eventuele deelname aan de pilootfase, hierbij de vragenlijst waardoor wij een idee willen krijgen van welke zorg jullie momenteel bieden voor jullie personen met bijzondere noden. (PBN) Indien u hier vragen rond heeft, mag u met mij contact opnemen.

De verantwoordelijke van het pilootproject in uw regio (xxx) zal hoe dan ook verder contact met u opnemen om de antwoorden te bespreken. We weten dat het niet eenvoudig is om mondzorg binnen een zorgorganisatie te organiseren en uit te voeren, voel u dus vrij om de vragen zo goed mogelijk te beantwoorden zodat het voor ons ook duidelijk wordt waar we kunnen ondersteunen.

Ellen De Clerck, Assistent Coördinator

02 413 00 14

ellen.de.clerck@vvt.be

Naam organisatie:

Gelieve in onderstaande tabel aan te geven welk soort zorg jullie bieden (dagverblijf, volledig verblijf, serviceflat, woon- en zorgcentrum, thuiszorg of andere*) en voor welke profielen van personen met bijzondere noden (personen met fysieke en/of mentale beperkingen, ouderen , sterk zorgafhankelijke ouderen/RVT-bedden, andere*).

Het is de bedoeling dat in de kadertjes het **aantal personen** wordt ingevuld.

	dagverblijf	volledig verblijf	serviceflat	woonzorgcentrum	thuiszorg	andere
personen met fysieke beperking						
personen met mentale beperking						
ouderen						

sterk zorgafhankelijke ouderen (RVT-bedden)						
andere						

*Gelieve "andere" te specificëren.

De volgende vragen handelen over de dagelijkse mondzorg binnen de organisatie.

1. Dagelijkse mondzorg:

- ☐ de PBN is hier zelf verantwoordelijk voor en voert dit zelf uit
- ☐ de PBN voert dagelijkse mondzorg uit en wordt hierbij geholpen door een verpleegkundige/verzorgende/opvoeder/mantelzorger
- ☐ dit is een deel van de dagelijkse verzorging die uitgevoerd wordt door verpleegkundige/verzorgende/opvoeder/mantelzorger

2. Worden binnen uw organisatie protocollen in verband met de dagelijkse mondzorg (mondhygiëne/voeding) gebruikt? Zo ja, welke?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Welke initiatieven rond dagelijkse mondzorg werden/worden hier voor ondernomen (nu of vroeger) ?

.....

.....

.....

.....

.....

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

4. Op welke manier worden kennis en vaardigheden verworven door verpleegkundigen/zorgkundigen/opvoeders/mantelzorgers voor het verlenen van de dagelijkse mondzorg? (vb. bijscholing intern, bijscholing extern, schriftelijke communicatie, mondelinge communicatie, internet,..)

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

De volgende vragen handelen over de tandheelkundige zorg binnen de organisatie.

Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

5. **Wie bewaakt de mondgezondheid** van de PBN?

- ☐ de PBN zelf
☐ de familie/mantelzorgers
☐ een medewerker van de organisatie
☐ andere

6. **Wie stelt** een mogelijk mondgezondheidsprobleem meestal **vast**?

- ☐ de PBN zelf
☐ de familie/mantelzorgers
☐ een medewerker van de organisatie
☐ andere

7. Welke **procedure** wordt gevolgd in geval van een **vraag naar tandheelkundige zorg**?

- ☐ Het organiseren van deze zorg gebeurt door de PBN zelf

- ☐ Het organiseren van deze zorg gebeurt door een mantelzorger
- ☐ Het organiseren van deze zorg wordt opgevolgd door een medewerker van de organisatie
- ☐ andere

8. In geval van de **nood** aan tandheelkundige zorg:

- ☐ wordt de PBN doorverwezen naar zijn/haar vroegere tandarts
- ☐ wordt beroep gedaan op een tandarts die naar de instelling komt om verzorging te bieden. Zo ja, wie?
- ☐ wordt voor verzorging doorverwezen naar een tandarts waarmee de organisatie samenwerkt. Zo ja, wie?
- ☐ andere

9. Indien een PBN een afspraak heeft met een **tandarts in zijn/haar praktijk**, hoe wordt het **vervoer** dan geregeld?

- ☐ de PBN gaat op eigen kracht naar de tandarts
- ☐ de PBN gaat op eigen kracht naar de tandarts en wordt begeleid door familie/mantelzorg
- ☐ de PBN gaat op eigen kracht naar de tandarts en wordt begeleid door iemand van de organisatie
- ☐ de PBN doet beroep op organisatie die gespecialiseerd vervoer regelt
- ☐ familie/mantelzorger doet beroep op organisatie die gespecialiseerd vervoer regelt
- ☐ een medewerker van de organisatie doet beroep op organisatie die gespecialiseerd vervoer regelt
- ☐ andere

10. Hoe verloopt nadien de **communicatie** tussen de tandarts en de zorgvrager i.v.m. de **nazorg**?

- ☐ de communicatie gebeurt met de PBN
- ☐ er wordt een formulier meegegeven dat dient ingevuld te worden door de behandelende tandarts
- ☐ de mondelinge communicatie gebeurt met de begeleider
- ☐ de schriftelijke communicatie gebeurt met de begeleider
- ☐ er is geen communicatie
- ☐ andere

11. Hoe gaat u nu te werk voor het **praktisch organiseren** van het **tandartsbezoek**?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bijlage 14: Vacature tandartsen

De Haalbaarheidsstudie Bijzondere Noden (HBN), een RIZIV opdracht, gaat in pilootfase.

ENTHOUSIASTE TANDARTSEN EN TANDARTSASSISTENTEN GEZOCHT (m/v) die zich een (halve) dag per week of meer willen vrijmaken om patiënten te verzorgen

Het tussentijds rapport van de Haalbaarheidsstudie (<http://www.glimlachen.be/44676/hbn-nl.html>) (inlog: hbn paswoord: hbnbis) stelt een Globaal Plan voor met Mondzorgnetwerken Bijzondere Noden.

Deze Mondzorgnetwerken worden uitgetest in drie pilootregio's: Zaventem-Brussel, Kempen en Meetjesland.

De eerste doelstelling is om zoveel mogelijk personen uit de doelgroepen fragiele ouderen en personen met beperkingen door hun huistandarts te laten verzorgen.

Als dit niet mogelijk blijkt zal de zorgnood opgevangen worden door het Mondzorgnetwerk Bijzondere Noden met mobiele eenheden.

Collega's die gemotiveerd zijn om deel te nemen aan deze pilootfase die zal lopen van april tot juli 2013 kunnen zich aanmelden bij ellen.de.clerck@vvt.be

Wat wordt van u verwacht?

- Deelnemen aan een informatiesessie/opleidingssessie in maart 2013.
- U verplaatsen naar zorgorganisaties in de betrokken regio's om ter plaatse een aantal personen met bijzondere noden te screenen en/of te verzorgen. Hiervoor stelt het project indien nodig een mobiele eenheid met begeleidende hulpkracht ter beschikking.
- De afspraken nakomen die in onderling overleg met de logistieke cel worden gepland op de door u voorgestelde data in samenspraak met één coördinerend tandarts per regio.

Wat bieden wij?

- Een degelijke begeleiding door coördinerende raadgevende tandartsen en regionale verantwoordelijken van de pilootprojecten (UGent, KULeuven)
- Logistieke ondersteuning
- De nodige apparatuur en materiaal
- Een bijkomende vergoeding van €30 per uur bovenop alle toegediende zorgen die u kan attesteren aan de patiënten als zelfstandig tandarts.
- Geïnteresseerde tandartsassistenten kunnen een (deeltijds) contract van beperkte duur krijgen

Interesse om mee te werken?

Geef dan superasap een seintje aan Ellen De Clerck (02/413 00 14 of e-mail ellen.de.clerck@vvt.be)

Het HBN team

Bijlage 15: Screeningsformulier



Datum screening: ____/____/2013

Naam patiënt: _____

Dit mondonderzoek vindt plaats

☐ in het kader van Specialdent

op vraag van: ☐ patiënt ☐ familie/mantelzorger ☐ verpleging/verzorging

☐ referentiepersoon mondzorg ☐ arts ☐ andere: _____

omwille van: ☐ pijn ☐ ongemak ☐ ongerustheid ☐ andere: _____

Aantal aanwezige tanden BK: ____

OK: ____

Uitneembare gebitsprothese ☐ afwezig ☐ indien aanwezig, ☐ BK, partiële prothese/ volledige prothese (doorstreep wat niet past)

☐ OK, partiële prothese/ volledige prothese (doorstreep wat niet past)

Mondhygiëne: ☐ zeer goed ☐ goed ☐ matig ☐ eerder slecht ☐ slecht

Parodontale conditie: ☐ gezond ☐ bloeding bij sonderen ☐ tandsteen/overhangende vulling ☐ pocket(s) 4-5mm

☐ pocket(s) $\geq$ 6mm ☐ gingivarecessie

Dentofaciale afwijkingen in het front (leeftijd $\geq$ 12 jaar):

Ruimtegebrek (>2 mm, crowding) horizontale malocclusie (omgekeerde beet of $\geq$ 6mm overjet) verticale overbeet (diepe beet, $\geq$ 5mm)

☐ Ja ☐ Neen

☐ Ja ☐ Neen

☐ Ja ☐ Neen

Zichtbare tandpathologie: ☐ cariës ☐ wortelrest(en) ☐ erosie ☐ abrasie ☐ attritie ☐ glazuurstoornissen ☐ andere: _____

Zichtbare pathologie van de weke delen: ☐ roodheid ☐ zwelling ☐ pijn ☐ ulcus ☐ witte verkleuring ☐ andere: _____

Waar doet de pathologie zich voor? _____

Is er nood aan doorverwijzing voor professionele mondzorg? ☐ Ja ☐ Nee

Indien Ja $\Rightarrow$ Vul het Doorverwijsformulier voor Professionele Mondzorg in

Bijlage 16: volledig patiëntendossier

Nieuw
patiëntendossier



Volgnummer patiënt:
Naam patiënt:
Geboortedatum:
Tel:
Adres:
Kamernummer:
@:
RIZIV identificatie:

Referentiepersoon Mondzorg:
Tel:
@:

Huisarts:
Tel:
@:

CRA:
Tel:
@:

Zorgorganisatie:
Adres:
Directie:
Tel:
@:

Coördinerend Raadgevend Tandarts:
Tel:
@:

Huistandarts:
Tel:
@:

Contactpersoon familie/mantelzorger
Naam contactpersoon 1:
Tel:
Naam contactpersoon 2:
Tel:



Zorgschaal

Kwetsbare ouderen

Zorgschaal: ☐ Katz-index: _____ ☐ andere: _____ ☐ niet van toepassing

Zorgbehoefteschaal: THUISZORG: ☐ toilet ☐ A ☐ B ☐ C WOONZORGCENTRUM: ☐ O ☐ A ☐ B ☐ C ☐ Cd

Personen met beperkingen

cognitief vermogen: ☐ normaal ☐ moeilijke communicatie ☐ geen communicatie wilsbekwaamheid: ☐ wilsbekwaam ☐ wilsonbekwaam

Mobiliteit: ☐ stapt zelfstandig ☐ stapt met hulp ☐ rolstoel ☐ bedlegerig
☐ kan vervoerd worden ☐ kan niet vervoerd worden

Type vervoer indien nodig: ☐ gewone taxi ☐ taxi voor rolstoelgebruiker ☐ ambulance ☐ andere:

Begeleiding bij tandartsbezoek: ☐ niet nodig ☐ familie/mantelzorger ☐ vrijwilliger ☐ personeelslid zorginstelling ☐ andere

Betalingswijze : ☐ directe betaling ☐ via zorgorganisatie ☐ via familie/bewind voering ☐ andere

Dossier geopend op:

Dossier afgesloten op:

Naam persoon:

Datum:

Naam van persoon die het mondzorgplan invult:

DAGELIJKS MONDZORGPLAN SPECIALDENT

Zijn er natuurlijke tanden aanwezig in de mond?

Ja
Bovenkaak (aantal tanden =)
Onderkaak (aantal tanden =)

Neen

Heeft de persoon ook (een) uitneembare gebitsprothese(n)?

☐ Ja
Uit te voeren*: Tand + P + Tong + M

☐ Neen
Uit te voeren*: Tand + Tong

Heeft de persoon (een) uitneembare gebitsprothese(n)?

Ja
☐ Bovenkaak ☐ Onderkaak
Uit te voeren*: P + Tong + M

☐ Neen
Uit te voeren*: Tong + M

Droge mond?

Ja **Neen**
Uit te voeren*: DM

WIE VOERT DE MONDHYGIËNE UIT?

- ☐ Persoon zelf, dit is enkel van toepassing indien:
- ✓ na observatie vastgesteld wordt dat de persoon nog in staat is en bereid is om dit te doen;
 - ✓ na evaluatie vastgesteld wordt dat de mondhygiëne goed is.
- ☐ Persoon zelf onder begeleiding of met hulp van ☐ verpleegkundige ☐ verzorgende ☐ opvoeder ☐ mantelzorger
- ☐ Verpleegkundige ☐ verzorgende ☐ opvoeder ☐ mantelzorger

Heeft de persoon **pijn of ongemak** in de mond? ☐ nee ☐ ja, namelijk.....

Hoe is de **hygiëne** van de **natuurlijke tanden**? ☐ goed ☐ matig ☐ slecht

Hoe is de **hygiëne** van de **gebitsprothese(n)**? ☐ goed ☐ matig ☐ slecht

Zijn er zichtbare **problemen** in de mond? ☐ nee ☐ ja

* Vergeet niet de uitneembare gebitsprothesen te verwijderen vóór het nazicht. Zowel de tong, mondbodem, gehemelte, wangen, tandvlees, lippen, als de tanden moeten nagezien worden.

Is nazicht of advies van de (coördinerend raadgevend) **tandarts** wenselijk? ☐ nee ☐ ja, omwille van.....

MONDHYGIËNE INSTRUCTIES

Naam persoon:

Datum:

DM	DROGE MOND: veel drinken en zeer frequent de mond vochtig maken	
Tand	POETSEN VAN DE NATUURLIJKE TANDEN • Dagelijks poetsen met fluoride-houdende tandpasta en een ☐ manuele tandenborstel ☐ elektrische tandenborstel • Dagelijks de ruimten tussen de tanden (interdentaal) poetsen met ☐ interdentaalborsteltjes ☐ tandenstokers ☐ floss	
P	POETSEN VAN DE GEBITSPROTHESE(N) • Na iedere maaltijd de prothese afspoelen, alsook de mond spoelen • 's Avonds de gebitsprothese poetsen met een gebitsprotheseborstel en vloeibare zeep • De gebitsprothese bij voorkeur 's nachts uitlaten en dan droog bewaren	
Tong	POETSEN VAN DE TONG (1x/dag zonder tandpasta) met een ☐ tongschraper ☐ tandenborstel	
M	POETSEN VAN HET MONDSLIJMVLIES Dagelijks poetsen met ☐ manuele tandenborstel ☐ elektrische tandenborstel ☐ gaas	
S	PROTHETISCHE VOORZIENINGEN (dagelijks poetsen) ☐ Brugwerk ☐ Wortelkappen ☐ implantaten ☐ andere	

☐ evaluatie CRT

☐ evaluatie Referentiepersoon mondzorg

SCREENINGSFORMULIER

In te vullen door de Coördinerende Raadgevende Tandarts

Datum screening: ____/____/2013

Naam patiënt: _____

Dit mondonderzoek vindt plaats

☐ in het kader van Specialdent

op vraag van: ☐ patiënt ☐ familie/mantelzorger ☐ verpleging/verzorging

☐ referentiepersoon mondzorg ☐ arts ☐ andere: _____

omwille van: ☐ pijn ☐ ongemak ☐ ongerustheid ☐ andere: _____

Aantal aanwezige tanden BK: ____ OK: ____

Uitneembare gebitsprothese ☐ afwezig ☐ indien aanwezig, ☐ BK, partiële prothese/ volledige prothese (doorstreep wat niet past)

☐ OK, partiële prothese/ volledige prothese (doorstreep wat niet past)

Mondhygiëne: ☐ zeer goed ☐ goed ☐ matig ☐ eerder slecht ☐ slecht

Parodontale conditie: ☐ gezond ☐ bloeding bij sonderen ☐ tandsteen/overhangende vulling ☐ pocket(s) 4-5mm

☐ pocket(s) $\geq$ 6mm ☐ gingivarecessie

Dentofaciale afwijkingen in het front (leeftijd $\geq$ 12 jaar):

Ruimtegebrek (>2 mm, crowding) horizontale malocclusie (omgekeerde beet of $\geq$ 6mm overjet) verticale overbeet (diepe beet, $\geq$ 5mm)

☐ Ja ☐ Neen

☐ Ja ☐ Neen

☐ Ja ☐ Neen

Zichtbare tandpathologie: ☐ cariës ☐ wortelrest(en) ☐ erosie ☐ abrasie ☐ attritie ☐ glazuurstoornissen ☐ andere: _____

Zichtbare pathologie van de weke delen: ☐ roodheid ☐ zwelling ☐ pijn ☐ ulcus ☐ witte verkleuring ☐ andere: _____

Waar doet de pathologie zich voor? _____

Is er nood aan doorverwijzing voor professionele mondzorg? ☐ Ja ☐ Nee

Indien Ja $\Rightarrow$ Vul het Doorverwijsformulier voor Professionele Mondzorg in

DOORVERWIJSFORMULIER VOOR PROFESSIONELE MONDZORG

In te vullen door de Coördinerende Raadgevende Tandarts

**SPECIAL
DENT**

Datum doorverwijzing: ____/____/2013

Relevante medische voorgeschiedenis: _____

Relevante medicatie: _____

Aard van de zorgvraag: ☐ diagnostiek ☐ controle ☐ profylaxis ☐ orthodontie ☐ conserverende mondzorg
☐ prothetische mondzorg ☐ parodontale mondzorg ☐ extracties ☐ andere: _____

Soort zorgverlening dat vereist is: ☐ reguliere zorg ☐ specifieke zorg ☐ gespecialiseerde zorg (mondzorgcentrum) ☐ kaakchirurg ☐ narcose/sedatie

Dringendheid van de zorgvraag: ☐ heel dringend ☐ matig dringend ☐ niet dringend

Geschatte aantal zittijden: _____

Doorverwezen voor verzorging door: _____

Doorverwezen voor verzorging naar: ☐ Specialdent ☐ andere

Follow up: ____/____/2013

Familie/bewindvoering gecontacteerd op: ____/____/2013

TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING

In te vullen door de behandelende tandarts

Geleverde prestaties:

Aard van de prestatie (vb. vulling, extractie, mondonderzoek, profylax	tand	RIZIV nomenclatuur nummer	Honorarium*

* in te vullen: (1) nomenclatuurnummer igv RIZIV-gebonden prestatie ofwel (2) de prijs igv niet-RIZIV-gebonden prestatie ofwel (3) "0" indien niets werd aangerekend

☐ Nieuwe afspraak nodig: ☐ reguliere ☐ specifieke ☐ gespecialiseerde

☐ Einde behandeling

☐ **Evaluatie behandelende tandarts**

LOGISTIEK

In te vullen door coördinatie cel

Datum: ____/____/2013

Initiatiefnemer van de interventie: ☐ CC ☐ persoon die CC contacteerde:

Naam: _____

Functie: _____

Aantal telefoongesprekken tijdens deze interventie: ____

gesprekspartner 1 - Naam: _____ Functie: _____

gesprekspartner 2 - Naam: _____ Functie: _____

gesprekspartner 3 - Naam: _____ Functie: _____

gesprekspartner 4 - Naam: _____ Functie: _____

gesprekspartner 5 - Naam: _____ Functie: _____

...

Duur van het contact (totaal indien meerdere gesprekken): ____ minuten

Aard van de interventie

☐ Doorstroming van een zorgvraag

- Type zorg: ☐ reguliere zorg ☐ specifieke zorg ☐ mondzorgcentrum ☐ kaakchirurg

- Was de doorstroming van de zorgvraag succesvol? ☐ Ja ☐ Neen



Indien ja, wanneer is de eerste afspraak voor professionele zorg? ____/____/2013

Indien neen, waarom niet? _____

- Zijn bijkomende interventies door de CC nodig? ☐ Ja ☐ Neen

Indien ja, waarom? _____

☐ Organisatie van vervoer

- Type vervoer: ☐ gewone taxi ☐ taxi voor rolstoelgebruiker ☐ ambulance

☐ andere: _____

- Organisatie die het vervoer aanbiedt: _____

- Kostprijs vervoer: _____

- Was de organisatie van het vervoer succesvol? ☐ Ja ☐ Neen

Indien neen, waarom niet? _____

Zijn bijkomende interventies door de CC nodig? ☐ Ja ☐ Neen

Indien ja, waarom? _____

☐ Andere: _____

Opmerkingen/toelichting: _____

Bijlage 17: Pers en foto's

MAGAZINE WEL VLAAMS BRABANT



Mobiel tandartsteam screenet 300 kwetsbare Vlaams-Brabanders

“De nood is nog veel groter

Die vrijdagochtend in het Leuvense woonzorgcentrum Ter Vlierbeke. Tandarts Steven De Mars voert zijn laatste screening uit in het kader van het pilootproject mondzorg bij personen met bijzondere noden. Zoals veel andere bewoners gaat Simonne sinds haar verhuis naar het centrum niet langer regelmatig op tandartsbezoek. Dat is geen goede zaak voor haar gezondheid.

Zeg eens aaaaa.' Simonne opent haar mond zo ver als ze kan. Tandarts Steven heeft net haar ingevulde vragenlijst bekeken en bestudeert nu haar gebit. 'Toch enkele gaatjes', besluit hij. 'En je prothese mag wel wat vaster. Levert dat geen problemen op bij het eten? Ik zie dat je geen vaste tandarts hebt, vind je 't goed als we een afspraak maken met het mobiele team? Volgende week komen die langs voor behandelingen.' Simonne spuurt eerst wat tegen – 'op mijn leeftijd... niet meer de moeite...'

– maar laat zich uiteindelijk gemakkelijk overtuigen.

POETSEN IS GEZOND

Simonne is de laatste van 300 kwetsbare Vlaams-Brabanders die hun gebit vrijwillig hebben laten screenen door het *Special Dent*-team. Het gaat om een pilootproject in opdracht van het RIZIV met als doel de haalbaarheid onderzoeken om in elke zorgregio een mobiel tandartsteam op te richten voor personen met bijzondere noden.

'Dat zijn mensen met een beperking en kwetsbare ouderen', zegt Steven De Mars, coördinerend raadgevend tandarts van het project. 'In België gaat het om een doelgroep van 600.000 personen.'

Aanleiding voor *Special Dent* zijn verschillende nationale en internationale onderzoeken waaruit blijkt dat de mondgezondheid van personen met bijzondere noden ondermaats is. Een slechte mondhygiëne kan nochtans schadelijke gevolgen hebben: ondervoeding, diabetes, longontstekingen...





VOORKOMEN EN GENEZEN

Nadat een onderzoek door het Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT) de nood nogmaals bevestigde, werd in vijf zorgregio's, waaronder een deel van Vlaams-Brabant, een pilootproject opgestart. Naast het Riziv en de VVT zegden een heel aantal andere partners hun samenwerking toe. Daaronder ook de KULeuven en de provincie Vlaams-Brabant.

In de zorgregio Vlaams-Brabant werden 60 zorgorganisaties uitgenodigd om deel te nemen aan het project. Slechts negen gingen erop in, hoewel – of misschien, niet omdat – uit het rapport blijkt dat zorgorganisaties nog te weinig aandacht hebben voor mondhygiëne. 'Dagelijkse mondverzorging is nochtans de beste manier om problemen te vermijden', weet Steven De Maes. 'Sensibilisering vormde dus een belangrijk onderdeel van het project: het verzorgend personeel hebben we telkens een korte opleiding gegeven. Door enkele tips aan de vragenlijst toe te voegen, wilden we ook de cliënt en zijn omgeving beter bewust maken.'

HUISTANDARTS EERST

Een tweede luik van Special Dent bestond uit het verlenen van professionele mondzorg. Steven legt uit: 'Regelmatig op controle gaan, is voor iedereen een noodzaak. Maar daar knelt voor personen met bijzondere noden

het schoentje: zelf naar de tandarts gaan is veelal om fysieke moeilijkheden niet mogelijk. Omgekeerd geraken de tandartsen niet tot bij de patiënte, omdat hun materiaal te zwaar weegt. Het gevolg is dat tandartsen voor deze doelgroep vaak brandweer spelen. Patiënten worden er pas heen gebracht als de nood te hoog is.'

In het pilootproject kregen alle cliënten van de deelnemende organisaties de kans om zich gratis te laten screenen, 300 van hen gingen erop in. 'Ook hier hebben we zeker niet de ambitie om onszelf op te dringen', zegt Steven: 'De huistandarts staat centraal in onze visie. Mensen die een behandeling nodig hebben en een huistandarts hebben, verwijzen we door naar die persoon. Diegenen zonder huistandarts kunnen zich laten behandelen door ons mobiele tandartsteam. Die behandelingen kunnen ter plaatse gebeuren, met mobiele tandheelkundige apparatuur.'

HOGE NOOD

Na een tweetal jaar loopt het pilootproject op zijn einde. De eindevaluatie zal worden toegevoegd aan het definitieve rapport. Wat na het project komt, is momenteel nog koffiedik kijken.

'De nood is echt hoog', pleit Steven. 'Sommige zorgorganisaties werken wel samen met een tandarts, maar zodra die stopt,

staan de cliënten weer in de kou. Wat we nodig hebben, is een flexibele structuur, met een netwerk van lokale tandartsen. Binnen het pilootproject werd behandeld volgens de geldende conventietarieven. We pleiten ook voor een nieuwe opleiding voor 'mondzorgassistenten'. Anders dan de tandartsassistenten zouden die in de mond beperkte handelingen mogen uitvoeren. Preventie, sensibilisering en ondersteuning bij de dagelijkse mondhygiëne kunnen ook tot het takenpakket behoren. Het zou een goede zaak zijn voor de betaalbaarheid van deze dienstverlening.'

Meer info
www.specialdent.be

» DE PROVINCIE STEUNT

De provincie Vlaams-Brabant steunde het project Special Dent met een subsidie van 50.000 euro. Dat bedrag werd gebruikt voor het uitvoeren van screenings en tandartsbehandelingen bij personen met bijzondere noden.



Mondzorg vraagt extra aandacht bij doelgroepen met bijzondere noden

Personen met beperkingen en kwetsbare ouderen hebben bijzondere noden als het op mondzorg aankomt. Zo bleek in 2010 uit een nationaal onderzoek van de Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT), in opdracht van het RIZIV. Om de knelpunten op dat vlak te kunnen aanpakken werd in 2011 een globaal plan opgemaakt met concrete voorstellen. In 2012 werden die voorstellen ook 'in het veld' op hun haalbaarheid getest in een pilotproject rond 'mondzorgnetwerken'. Die testfase is intussen afgerond en dus stelt zich ook meteen de vraag of hier daadwerkelijk een vervolg op komt.

Noden en knelpunten in kaart gebracht

Stefaan Hanson (coördinator project 'bijzondere noden' VVT): "Reeds lang krijgen we uit verschillende hoeken te horen dat de tandheelkundige zorg bij fragiele ouderen en mensen met een beperking te wensen over laat. Onze vraag naar meer middelen

om hier iets aan te doen bleef dan ook niet uit. Onderhandelingen met zowel het RIZIV als de mutualiteiten over honoraria en terugbetalingen voor deze specifieke zorgverlening konden op begrip rekenen, maar ketsten af op de vraag naar concrete bewijzen van de zorgnood op dit vlak en naar mogelijke haalbare oplossingen om hier aan tegemoet te komen."

Wetenschappelijke studie

Dit probleem werd destijds dan ook bij de overheid aangekaart en in 2009 kreeg het VVT een wetenschappelijke studie toegewezen. Daarin becijferden Dr. Dent Luc Devisschere (Gent) en Dr. Dent Roos Leroy dat de vooropgestelde doelgroep van fragiele ouderen en mensen met een beperking maar liefst 700.000 personen telde. Dat de nood aan een degelijke mondzorg groter was dan aanvankelijk gedacht bleek ook uit de knelpunten die in deze studie werden blootgelegd. Er was duidelijk sprake van een sterke onderverzorging en in instellingen werd te weinig aandacht besteed aan mondzorg. Bewoners van woonzorgcentra hebben nu meer dan vroeger ook nog hun eigen tanden en willen die ook zo goed mogelijk verzorgen. Helaas bleek ook bij huis(tand) artsen weinig kennis aanwezig rond mondproblemen binnen die specifieke doelgroep.

Christine Van Meir (coördinerend raadgevend tandarts mondzorgnetwerk): "Instellingen waren zich natuurlijk wel bewust van het probleem. Het personeel deed wel moeite, maar vaak gebeurde dat niet altijd correct. Daarbij komt dan nog dat ook de patiënten zelf meestal niet correct poetsten. Maar dat mag niet verbazen als je weet dat veel Vlamingen te weinig en niet op de juiste manier poetsen. Een slechte mondhygiëne kan nochtans tot heel nare gevolgen leiden zoals ondervoeding, chronische ontstekingen of longontstekingen (door slikpneumonie) ... heel vaak komen residenten daardoor in een vicieuze cirkel van complicaties terecht."

Er bleek dus wel degelijk ruimte voor verbetering en bewustmaking bij het personeel in woonzorgcentra omtrent het belang van een gezonde mond voor het algemeen welzijn van de bewoners. Ondervoeding krijgt in de sector nu eenmaal veel aandacht, maar over mond- en gebithygiëne blijft het vaak nog angstvallig stil.

Globaal plan: aanbevelingen en haalbaarheidsstudie

Stefaan Hanson: "Met de resultaten van de studie op zak, werd ons gevraagd om ook voorstellen te doen om aan de blootgelegde zorgnoden en knelpunten te verhelpen. Daarom hebben wij een Globaal Plan opgesteld met daarin een twaalfstal concrete aanbevelingen, waaronder bijvoorbeeld een voorstel om bepaalde ziekenhuizen te upgraden tot centra voor bijzondere noden. Het Globaal Plan werd in een laatste fase, ook weer op vraag van het RIZIV, in een pilootproject gegoten dat in 5 verschillende regio's in het land uitgetest werd."

Pilootproject: virtueel mondzorgnetwerk

De testfase hield de opstart van een piloot mondzorgnetwerk in: gespreid over 5 pilootregio's werden door de coördinerend raadgevend tandarts, een tandartsassistente en een logistieke cel – in samenwerking met de lokale tandartsen – in een eerste fase liefst 3000 zorgvragers gescreend op mondproblemen. Daarnaast was het vooral de bedoeling om ook het personeel te sensibiliseren en de aandacht te vestigen op de problematiek en het belang van preventieve mondzorg. En uiteindelijk werd ook in de praktijk getest hoe de behandeling van de gescreeende patiënten het best te organiseren viel.

Screenings bepalen specifieke zorgnood

De screening van voorzieningen en hun bewoners uit de regio was voor elk coördinerend raadgevend tandarts in het mondzorgnetwerk een eerste referentie om een staat op te maken van de concrete noden en vereiste behandelingen. Die informatie werd doorgeven aan de coördinatrice van het pilootproject die op haar beurt een afspraak maakte om een behandeling op te starten.

Stefaan Hanson: "Naar aanleiding van die screenings bleek trouwens ook al de grote mate van interesse vanuit de instellingen die meewerkten aan

het pilootproject. Er was een duidelijke wil om het probleem aan te pakken."

Christine Van Meir (coördinerend raadgevend tandarts mondzorgnetwerk): "Op screeningsronde langs de deelnemende instellingen, keek ik – geassisteerd door de tandartsassistente – de tanden en prothesen van residenten na. Ik nam ook toen al telkens een verpleegkundige uit de instelling zelf mee op mijn ronde om te tonen waarop vooral gelet moet worden, hoe je tanden en prothesen correct poetst en hoe problemen zoals wortelresten, tandsteen, ontstoken tandvlees, slecht passende prothesen, tandplak of tongbeslag te herkennen."

Referente mondzorg en opleidingen

Al uit het oorspronkelijk wetenschappelijk onderzoek, maar zeker ook uit de screenings bleek de nood aan een betere bewustmaking en aan preventieve instructies op het vlak van mondzorg bij zowel verpleeg- als zorgkundigen in woonzorgcentra.

Stefaan Hanson: "Mondhygiëne, preventieve behandeling en correcte mondzorg promoten is een heel belangrijke factor in heel dit opzet, anders is het dwelen met de kraan open. Willen we op lange termijn goeie resultaten bekomen, dan is dit de basis. Daarom werd in de deelnemende instellingen telkens één of meer 'referente mondzorg' onder de verpleegkundigen aangesteld."



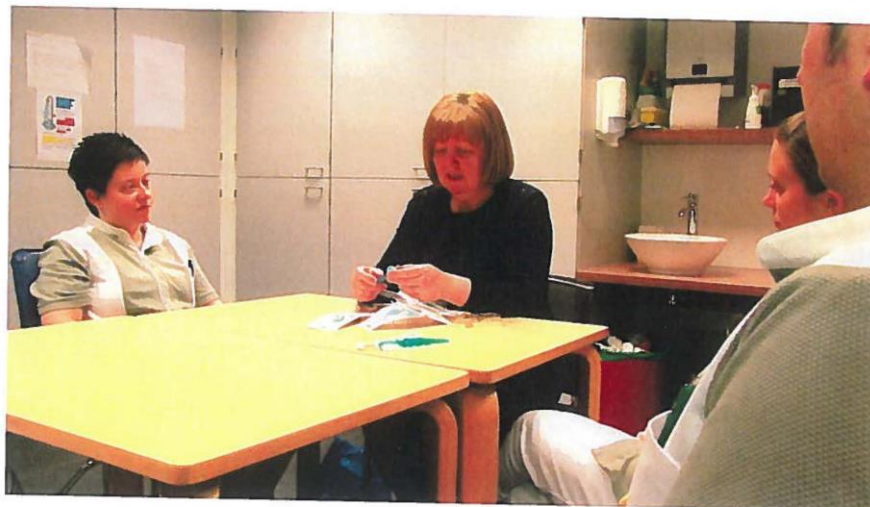
Stefaan Hanson:
"De bewustmaking rond mondhygiëne en preventieve mondzorg bij verpleeg- en zorgkundigen is cruciaal in dit pilootproject"

Het is dan aan die referente verpleegkundige om via een werkgroep binnenshuis ook de collega's warm te maken en bij te scholen om een correcte mondzorg te kunnen toedienen.

Stefaan Hanson: "Dit soort preventieve aanpak is alvast een eerste stap in de goede richting. Niet alleen worden op die manier de juiste zorgen toegediend, maar worden residenten ook van nabij opgevolgd en kunnen tand- en tandprotheseproblemen sneller opgespoord en efficiënter aangepakt worden."

Vanuit het mondzorgnetwerk werden dan ook de nodige opleidingen voorzien om die referente verpleegkundigen te briefen over hoe dagelijkse mondzorg het best aangepakt wordt.

Christine Van Meir: "Na de theoretische opleiding door Professor Dr. Luc Devisschere, kwamen wij – de coördinerend tandarts en tandartsassistente – zelf ter plaatse om hen in de praktijk verder op te leiden. We lieten hen zien welke dagdagelijkse zorg zij voor eigen rekening kunnen nemen. Zo hebben we hen zelf laten poetsen zodat ze de perfecte techniek onder de knie hadden om ook hun collega's op te leiden."



De verpleegkundigen die zich engageerden, waren zich verder meestal wel degelijk bewust van mogelijke mondproblemen, maar konden die vaak niet benoemen. Aan de hand van concrete voorbeelden werd hen tijdens die opleidingen dan ook precies uitgelegd wat de meest voorkomende tandheelkundige problemen zijn en hoe die te herkennen.

Tinne Van Look (referente verpleegkundige WZC ter Bleeke): "Tijdens de opleidingen werd vooral gefocust op het belang van een goede mondhygiëne. Slechte mondhygiëne is vaak een aanleiding voor een slechte algemene gezondheid: chronische abscessen zijn gevaarlijk, van diabetes-patiënten die minder eten kunnen bloedwaarden ontregeld raken, wie niet goed kauwt kan slikproblemen krijgen, enzovoort. Het komt er dus inderdaad op aan om eventuele problemen te kunnen opsporen en herkennen, maar daarnaast kregen we vooral heel wat concrete praktijktips over hoe we de dagdagelijkse mondzorg best aanpakken: hoe hou je een tandenborstel juist vast, hoe wordt een prothese gepoetst (met neutrale zeep in plaats van met tandpasta!) en opgeborgen, waarom is het zo belangrijk om de

tong te schrappen na het poetsen, ... Dankzij die opleidingen hebben we toch een stevige basiskennis opgebouwd en die kunnen we nu ook doorgeven aan de rest van de collega's."

Behandeling op maat van de patient?

Dat degelijk opgeleide verpleeg- en zorgkundigen in woonzorgcentra inderdaad al heel wat tandproblemen kunnen voorkomen door de juiste preventieve hulp te bieden, is niet meer dan logisch. Maar wanneer zich toch een behandeling door een tandarts opdringt, stelt zich de vraag hoe patiënten met bijzondere noden het best geholpen kunnen worden. Na de screening door de coördinerend raadgevend tandarts uit het mondzorgnetwerk, werden de deelnemende instellingen in het kader van dit pilootproject opnieuw gecontacteerd om te overleggen hoe residenten die zorg nodig hadden ook effectief geholpen konden worden. Kon de resident in kwestie niet extern op bezoek bij zijn reguliere tandarts, of werd er geen lokale tandarts bereid gevonden om langs te komen, dan was er nog de mobiele tandartseenheid die per mondzorgnetwerk kon uitrukken.





Tim Koyen (hoofdverpleegkundige WZC ter Bleeke): "Een bezoek aan de huistandarts is voor heel wat residenten geen sinecure. Begeleiding door een familielid is één optie, maar als het gaat om iemand met dementie is dat al helemaal niet evident." Uiteraard kan ook de zorginstelling voorzien in minder mobiele vervoer, maar bijkomend probleem blijft wel dat heel wat tandarts kabinetten niet toegankelijk zijn voor rolstoelpatiënten.

Een andere mogelijkheid is om de tandarts naar de instelling te laten komen waar de behandeling kan plaats vinden. Jan Flament (directeur WZC ter Bleeke): "Je moet als instelling het geluk hebben dat lokale tandartsen daar voor open staan. In de praktijk vonden wij daar maar één tandarts uit de streek bereid toe." Bovendien – zo vult Tim Koyen aan – kan die tandarts enkel langskomen voor of na de uren die hij in zijn eigen praktijk staat. En dat is vaak op uren dat bewoners nog of al in bed zitten. Ook niet elke behandeling kan op de kamer gebeuren: een gebit nakijken lukt nog, maar verder dan dat gaat het vaak niet. En ten slotte is het voor een reguliere tandarts – vanwege weinig ervaring op dat vlak – niet altijd evident om de juiste zorg te verlenen aan patiënten met dementie of een psychische of motorische beperking.

En dan blijft er nog de optie om een patiënt in de instelling te gaan bezoeken met een 'mobiele tandartseenheid'. Dit werd dan ook uitvoerig getest tijdens het pilootproject.

Stefaan Hanson: "Wij hadden in elk van de 5 pilootregio's een mobiele installatie beschikbaar. Maar het was wel vanaf dag één de bedoeling om die zo economisch mogelijk in te zetten. Een bezoek van de mobiele tandartseenheid moest dus zo georganiseerd worden dat op een halve



of een volledige dag de acute zorg voor residenten ter plaatse kon gecombineerd worden met bijvoorbeeld preventief onderzoek bij andere bewoners."

Met de mobiele unit ter plaatse is alvast de installatie beschikbaar om patiënten te behandelen in de zorginstelling zelf. Onder de lokale tandartsen werden vrijwilligers bereid gevonden om een poule samen te stellen om die unit te bemannen.

Jan Flament: "Bij ons vond de mobiele tandartspraktijk een plaatsje in het kapperslokaal, dat toch enkele dagen per week vrij was. Wij hebben door het bezoek van de tandarts aan huis heel wat bewoners kunnen laten verzorgen en dus was dit voor onze instelling een schot in de roos. Van uit de sector hoor ik trouwens ook van de meeste collega's die aan het pilootproject deelnamen dat dit de beste oplossing



Jan Flament:
"Vooral op korte termijn is de mobiele tandartseenheid een uitstekend initiatief op de hoogste nood te lenigen"

is, zeker in minder toegankelijke regio's. Zelf vind ik dat dit vooral op korte termijn een uitstekend initiatief is om de eerste en hoogste nood te lenigen. Maar er is op langere termijn meer nodig. Het zou bijvoorbeeld ideaal zijn mochten de huispraktijken van reguliere tandartsen open staan en toegankelijk zijn voor deze mensen en mocht alles van vervoer en begeleiding voor extern tandartsbezoek geregeld kunnen worden."

Evaluatie pilootproject

Stefaan Hanson: "De testfase van dit pilootproject hebben we intussen helemaal achter de rug en nu al blijkt dat het globaal plan zoals het bedacht werd ook perfect in de praktijk kan werken. Uiteraard hangt daar een prijskaartje aan vast en dus is het momenteel ramen wat de uitvoering van het plan werkelijk zal kosten. Dat er extra budget nodig is om de

structuur van de mondzorgnetwerken over heel het land uit te rollen, staat vast. Net als voor de bijkomende vergoeding voor tandartsen voor de behandeling van deze specifieke doelgroep."

Ook het concept van de mobiele tandartsunit kost geld om uit te werken en ook logistiek brengt dit heel wat met zich mee. Vandaar dat daarnaast al het idee geopperd werd voor een minimale – vaste – installatie in zorgvoorzieningen.

De meerwaarde van het pilootproject is volgens Jan Flament vooral dat de bewustwording op vlak van mondzorg er gekomen is onder het personeel van zijn zorgorganisatie. Getuige daarvan de projectgroep, opgestart door de referente verpleegkundigen om collega's warm te maken voor een betere preventieve mondzorg. En dus hoopt hij alvast dat het project niet stopt bij het globaal plan, maar dat

er op tijd fondsen zullen gevonden worden om het ook op grote schaal in te passen.

Concrete voorstellen

Een fragmentaire aanpak die afhangt van de goodwill van een lokale organisatie, een directeur of een tandarts heeft volgens Stefaan Hanson sowieso weinig zin gezien dit niet duurzaam is. Hij pleit voor een gestructureerde opzet in verschillende provincies met de oprichting van provinciale mondzorgnetwerken (per provincie zouden er zo 2 à 3 nodig zijn om het hele land te bestrijken). Die zouden op hun beurt begeleid kunnen worden door een algemeen overkoepelend Mondzorgplatform Bijzondere Noden.

"Het uiteindelijke doel is om zoveel mogelijk mensen uit de doelgroep met bijzondere noden bij de huisstandarts te krijgen. Een coördinerend raadgevend tandarts kan daarbij de missing link zijn tussen de zorgorganisaties, huistandartsen en thuiszorg", aldus nog Hanson.

Betrokkenheid huistandartsen cruciaal

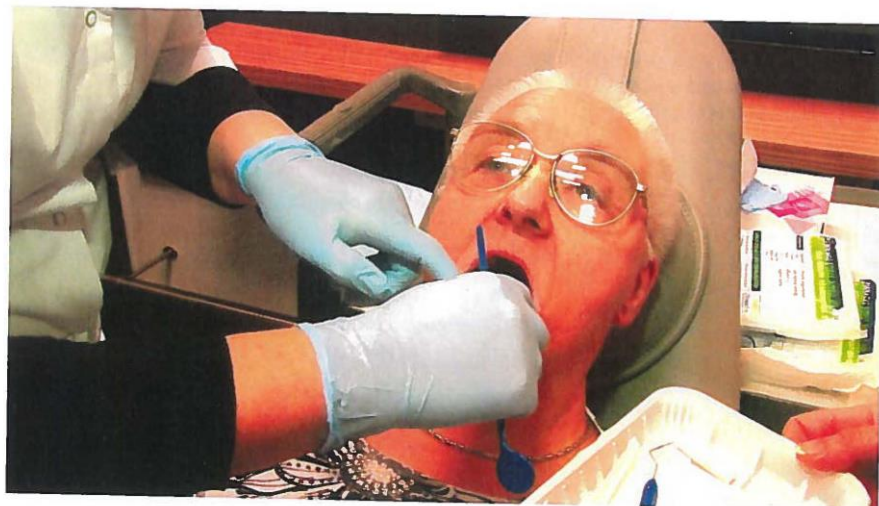
Feit is dat ook de reguliere (huis)tandartsen in het kader van deze voorstellen gesensibiliseerd moeten worden want voor hen is daarin duidelijk een belangrijke taak weggelegd. Ook op dat vlak is er nog werk aan de winkel, want personen met beperkingen of kwetsbare ouderen behandelen neemt niet alleen meer tijd in beslag, maar vraagt ook een heel specifieke aanpak waar velen onder hen tot op vandaag nog weinig gevoel mee hebben. ■

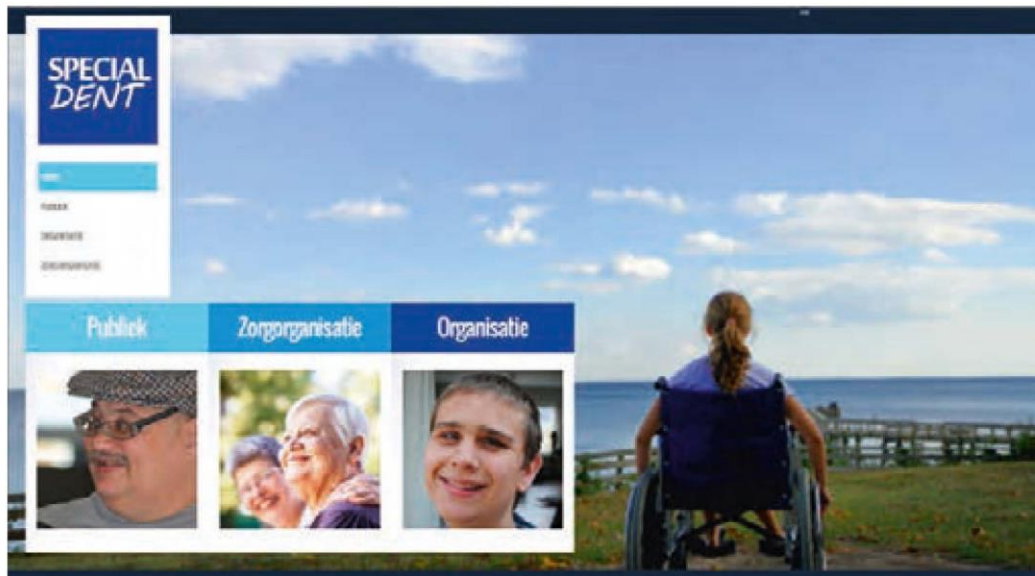
Stefaan Hanson:
"Per provincie zijn 2 à 3 mondzorgnetwerken nodig om het hele land te bestrijken"

..... 

Meer info over het pilootproject mondzorgnetwerk vindt u op www.specialdent.be

.....





Pilootfase **Specialdent.be** van start

Zoals reeds vroeger gemeld voert het VVT, in opdracht van het RIZIV, in samenwerking met KULeuven, UGent en alle mogelijke betrokkenen een Pilootstudie uit aangaande de tandheelkundige verzorging van patiënten met bijzondere noden, in het bijzonder de fragiele ouderen en de personen met beperkingen.

In een eerste fase werd een wetenschappelijke studie uitgevoerd onder impuls van prof. Luc De Visschere en dr. Roos Leroy. Hierin werd de grote nood aan zorg aangetoond bij deze

personen en werden aanbevelingen geformuleerd. In een tweede fase werd het Globaal Plan opgesteld waarin de aanbevelingen van het wetenschappelijk onderzoek in concrete voorstellen werden omgezet. In mei 2013 startte de Pilootfase waarin de concrete voorstellen in het veld worden uitgetest in drie regio's in Vlaanderen, in Brussel en 1 regio in Wallonië.

Voor de Pilootfase werden zorgorganisaties, zowel instellingen als de thuiszorg, gecontacteerd voor medewerking aan het project. In het kadertje zien we de instellingen die

**SPECIAL
DENT**

Alle rapporten
kan u lezen via
www.specialdent.be
onder de rubriek
"over specialdent"

tot nu hun medewerking hebben bevestigd. Er is nog overleg met het Wit-Gele Kruis en andere thuiszorgorganisaties die ook nog zullen aansluiten bij de Pilootfase.

Sinds begin mei zijn de Coördinerende Raadgevende Tandartsen (CRT's) gestart met de screenings in de organisaties en eind mei zijn ook de eerste verzorgingen uitgevoerd met behulp van mobiele eenheden. We zien



Specialdent-mobiel met Specialdent-medewerkster Ann De Greef en assistent-coördinator Ellen De Clerck



CRT Staren De Mars aan het werk met mobiele eenheid

"Sinds begin mei zijn de Coördinerende Raadgevende Tandartsen (CRT's) gestart met de screenings in de organisaties en eind mei zijn ook de eerste verzorgingen uitgevoerd met behulp van mobiele eenheden."

een valkeleenheid in transportfase en in gebruik op de bijgaande foto's.

De Pilotfase zal een viertal maanden duren en is dienstig om de haalbaarheid van het Globaal Plan in al zijn facetten uit te testen, en om voldoende gegevens te verzamelen om budgettaire voorstellen voor verdere uitrol te kunnen doen aan de Federale en Vlaamse betrokken overheden.

Het is belangrijk te benadrukken dat het VVT, de Adviescommissie PBN, de ziekenfondsen en de betrokken overheden ervan overtuigd zijn dat de key person om deze PBN zorgnood te lenigen de "huistandarts" is. Het project mag dus helemaal niet als bedreigend aangevoeld worden door de collega's, integendeel.

Bij elke zorgvraag zal in de eerste plaats door het coördinatiecentrum alles in het werk gesteld worden om de huistandarts van de betrokken patiënt in de mogelijkheid te stellen de nodige zorgen toe te dienen. Hiertoe zal gepoogd worden vervoer te faciliteren, mobiele eenheid met tandartsassistentie ter beschikking te stellen, coördinatie te organiseren met de instellingen voor gespecialiseerde zorg...

Uiteraard zal ook het vergoedingssysteem aan nieuwe vormen van zorgverlening moeten aangepast worden.

We willen van deze gelegenheid gebruikmaken om alle professoren, collega's en medewerkers die reeds heel veel energie spendeerden in dit project te bedanken. Het is een titanerwerk dat aantoonst dat onze beroepsgroep bezorgd is voor degenen die zelf niet kunnen instaan voor hun mondgezondheid. ■

Meer info over dit project via info@specialdent.be

Stefaan Hanson,
coördinator PBN

Zie volgende pagina voor lijst met deelnemende zorgorganisaties. »

SPECIAL DENT

LIJST DEELNEMENDE ZORGORGANISATIES

WUUSTWEZEL - BRECHT - RUKEVORSEL - MALLE -
BEERSE - ZOERSEL

Sint-Jozef - Gasthuisstraat 11 - 2960 Wuustwezel
Sint-Maria - Gasthuisstraat 11 - 2960 Brecht
Ter Bleeken - Blijkenijstraat 71 - 2390 Malle
De Dennen - Nootrust 18 - 2390 Malle
Huize Monnikenheide vzw - Monnikendreef 3 - 2980 Zoersel
VZW Gerontologisch Centrum - Kleine Kasteeltjesweg 1 - 2960 Brecht
Joosten - Kapellei 133 - 2980 Zoersel

EEKLO-BRUGGE-GITS - EMELGEM - GENT - KORTRIJK

VZW Dr. J. Coppens - Schietspoelstraat 16 - 9900 Eeklo
Ons Erf - Chartreuseweg 53 - 8200 Brugge
De Waalberg - Koolkempstraat 22D - 8830 Gits
t Venster - Willem Elsschotstraat 19/1 - 8870 Emelgem
Ryhove - Koningsdal 24 - 9000 Gent
Zorggroep Heilig Hart - Budastraat 30 - 8500 Kortrijk

LEUVEN - HEVERLEE - KESSEL-LO - HULDENBERG -
STROMBEEK BEVER - WEMMEL - WOLVERTEM - MEISE -
GRIMBERGEN

Vastenhaeckel - Van Hoorick - Karel Baudewijnslaan 24 - 1861 Wolvertem
Remy RH RVT - Frederik Lintsstraat 33 - 3000 Leuven
Booghuys - Vlamingenstraat 3 - 3000 Leuven
Ter Vierbeke - Rustoordlaan 3 - 3010 Kessel-Lo
Alvinnenberg - Gaston Feremanslaan 27 - 3001 Heverlee
Centrum Ganspoel - Ganspoel 2 - 3040 Huldenberg
Eigen Thuis - Schildpadstraat 30 - 1850 Grimbergen
Thuisverpleging Martine Vandendriesche - Acaciaaan 13 - 1853 Strombeek-Bever
Thuisverpleging Arous Wemmel - Steenweg op Brussel 260 - 1780 Wemmel

ANDERLECHT - BRUSSEL STAD - HAREN - EVERE

Sint Monika - Blaessstraat 91 - 1000 Brussel
De Ark - Verdunstraat 521/2 - 1130 Haren
Centre Delta - Boulevard de Waterloo 105 - 1000 Bruxelles
Centre Médori - Rue Médori 68 - 1020 Bruxelles

PERWEZ

Bon Pasteur - Rue D'Hoyaux 6 - 7602 Bury
Résidence Brunehaut - Grand Chemin 85 - 7063 Neuvilles
Résidence le Versueil - Bas Du Mont 15 - 7600 Peruwelz



“De Pilootfase zal een viertal maanden duren en is dienstig om de haalbaarheid van het Globaal Plan in al zijn facetten uit te testen, en om voldoende gegevens te verzamelen om budgettaire voorstellen voor verdere uitrol te kunnen doen aan de Federale en Vlaamse betrokken overheden.”

Evaluatievergadering Pilootfase HBN

Op 21 november vond een evaluatievergadering plaats voor de tandartsen die meewerkten aan de Pilootfase Haalbaarheidsstudie Bijzondere Noden (HBN).

Om 14 uur werden de tandartsen onthaald met een kopje koffie. Nadien werden de tandartsen opgedeeld in groepen per regio. Een groep voor de regio Vlaams-Brabant, een groep voor de regio Kempen, een groep voor de regio Oost- en West-Vlaanderen en een groep voor de regio Brussel en Wallonië. In iedere groep werd door iedereen afzonderlijk een vragenlijst

van 21 vragen ingevuld die nadien per groep uitgebreid werd besproken.

Om 16 uur was er een koffiepauze met enkele versnaperingen. Vanaf 16.30 uur vergaderde de groep plenair om de conclusies van de besproken vragen in de volledige groep te bespreken. Dit gesprek werd ingeleid door de coördinator van het project, Stefaan Hanson. De bespreking zelf werd geleid door Prof. Luc De Visschere en Prof. Joke Duyck. De gegevens die uit de evaluatie komen, worden verder verwerkt en opgenomen in het rapport dat afgeleverd zal worden aan het RIZIV.



"De gegevens die uit de evaluatie komen, worden verder verwerkt en opgenomen in het rapport dat afgeleverd zal worden aan het RIZIV."

De aanwezigen reageerden achteraf zeer positief, blij dat ze hun ervaringen eens konden delen met anderen.

Op deze peer review waren 11 tandartsen aanwezig, 2 tandarts-assistenten, 4 CRT's (coördinerend raadgevende tandartsen), 2 professoren, Kris Vandeveld (RIZIV), coördinator Stefaan Hanson en assistent-coördinator Ellen De Clerck.

Vanaf 17.30 uur was het tijd voor een aperitiefje gevolgd door een buffet, om de deelnemers de gelegenheid te geven om op een gezellige manier verder hun ervaringen uit te wisselen en vriendschappelijke banden te smeden. ■



Tandarts Ngo Kinyock Solange en tandarts Diane Van Cleymenbreugel (CRT)



Prof. Luc De Visschere en Prof. Joke Duyck

Ellen De Clerck

**SPECIAL
DENT**

Persconferentie Special Dent 2 juli 2013

Het Verbond der Vlaamse Tandartsen is in opdracht van het RIZIV gestart met een pilootproject om preventieve mondzorg aan te bieden aan zelfstandig wonende kwetsbare ouderen, ouderen in woonzorgcentra en mensen met een functiebeperking. De provincie Vlaams-Brabant zorgde voor een bijkomende financiering van 50.000€. Om hen hiervoor te bedanken werd een persconferentie georganiseerd op 2 juli 2013, samen met het OCMW van Leuven.

De persconferentie, die plaatsvond in WZC Booghuyts te Leuven werd geopend door Stefaan Hanson, coördinator van het project. Hij gaf vervolgens het woord aan prof. dr. Joke Duyck (KU Leuven) die het Globaal Plan voorstelde. Monique Swinnen, provinciaal gedeputeerde voor welzijn legde uit waarom de provincie voor deze extra financiële bijdrage heeft gezorgd. Nadien volgden enkele ervaringen vanuit het werkveld vanwege Patricia Sabbbe, directeur-coördinator instellingen OCMW Leuven en Sonia Van Hemelrijk, hoofdverpleegkundige van het OCMW-woonzorgcentrum Van Horick in Meise.

Om af te sluiten gaf Steven De Mars, raadgevend coördinerend tandarts voor de regio Leuven-Zaventem, een stand van zaken over het pilootproject, de screenings en behandelingen.

Na een korte vragenronde volgde een receptie met een hapje en een drankje.

Pilootfase Specialdent.be van start in Leuven

Het Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw (VVT) vertegenwoordigt 80% van de actieve tandartsen in Vlaanderen. Reeds geruime tijd kwamen er meldingen van collega's en patiënten dat er om allerlei redenen problemen geïdentificeerd worden over de mondgezondheid van personen met beperkingen en fragiele ouderen.

Wetenschappelijke studies tonen aan dat een verwaarloosde mondgezondheid impact kan hebben op ondervoeding, gewichtsverlies, systemische aandoeningen zoals diabetes, pneumonie, cardiovasculaire en cerebrovasculaire aandoeningen en het ontstaan van focale infecties.

In overleg met de ziekenfondsen werd daarom overeengekomen dat vooreerst

een objectivering van de problemen nodig was. Er werd RIZIV budget vrijgemaakt voor een wetenschappelijke studie, die uitgevoerd werd door het Verbond der Vlaamse Tandartsen in samenwerking met KU Leuven en UGent.

De studie resulteerde in het Rapport Pilootproject Tandheelkundige Zorg bij Patiënten met Bijzondere Nodigen (PBN) dat gepubliceerd werd in mei 2011. Dit 280 pagina's tellend rapport geeft een inventarisatie van de doelgroepen, een wetenschappelijke analyse van de situatie van de mondgezondheid van de beide doelgroepen, resultaten van bevragingen bij verzorgenden en tandartsen en schetst de zorgverlening van de doelgroepen in andere EU landen. Het rapport sluit af met een aantal concrete voorstellen naar het beleid.

Het rapport maakte nogal wat indruk daar eruit blijkt dat het enerzijds gaat over een omvangrijke groep (565.812 personen) en anderzijds dat een ernstige onderverzorging bestaat bij de beide doelgroepen.

Het RIZIV gaf daarom opdracht aan VVT om de concrete voorstellen uit de wetenschappelijke studie om te zetten naar concrete maatregelen. Bij deze tweede fase werden alle mogelijk betrokkenen uitgenodigd om in de Adviescommissie mee te werken aan het ontwerpen van een Globaal Plan voor de sensibilisering, de preventie en de verzorging van de mondgezondheid van de beide doelgroepen (rapport 25 pag. zie www.specialdent.be).

Professor Joke Duyck zal straks het Globaal Plan kort voorstellen. Nadat het Globaal Plan aanvaard werd konden



SPECIAL DENT

“Wetenschappelijke studies tonen aan dat een verwaarloosde mondgezondheid impact kan hebben op ondervoeding, gewichtsvlies, systemische aandoeningen zoals diabetes, pneumonie, cardiovasculaire en cerebrovasculaire aandoeningen en het ontstaan van focale infecties.”



*eerste rij vlnr: Steven De Mars (CRT) en Sonia Van Hemelrijck (hoofdverpleegkundige)
tweede rij vlnr: Stefaan Hanson (coördinator HBN), Monique Swinnen (gedeputeerde Vlaams-Brabant), Ann De Greef (tandartsassistent HBN) en prof. dr. Joke Duyck (KU Leuven)*

we overgaan tot hetgeen waarvoor we hiervandaag samen zijn, namelijk het voorstellen van de Pilootfase van het Globaal Plan.

De bedoeling van deze Pilootfase is om de haalbaarheid van alle voorstellen van het Globaal Plan in het werkveld uit te testen en dat gebeurt nu in 5 pilootregio's (Leuven-Zaventem, Kempen, Eeklo-Brugge-Kortrijk, Brussel, Henegouwen).

Voor de Pilootfase werden alle zorgorganisaties uit de Pilootregio's, zowel de instellingen als de thuiszorg, gecontacteerd voor medewerking aan het project. In de bijlagen van de persmap zien jullie welke zorgorganisaties tot heden hun medewerking hebben toegezegd.

Sinds begin april 2013 zijn de Coördinerende Raadgevende Tandartsen (CRT's) gestart met de screenings in de organisaties, en eind mei zijn ook de eerste verzorgingen uitgevoerd met behulp van mobiele eenheden. We zien hier in de zaal een mobiele tandartsstoel en een valies-tandartsinstallatie die hiervoor gebruikt worden.

De Pilootfase zal een viertal maanden duren en is niet alleen dienstig om de haalbaarheid van het Globaal Plan in al zijn facetten uit te testen, tevens ook om voldoende gegevens te verzamelen om budgettaire voorstellen voor verdere uitrol te kunnen doen aan de Federale en Vlaamse betrokken overheden.

Het is belangrijk om te benadrukken dat het VVT, de Adviescommissie PBN, de ziekenfondsen en de betrokken overheden ervan overtuigd zijn dat enerzijds de rol van de verzorgenden en verplegenden primordiaal is voor de dagelijkse mondhygiëne, en anderzijds dat de key-person om de PBN zorgnood te lenigen de "huistandarts" is. Bij elke zorgvraag zal daarom in de eerste plaats door het PBN coördinatiecentrum alles in het werk gesteld worden om de huistandarts van de betrokken patiënt in de mogelijkheid te stellen om de nodige zorgen toe te dienen. Hiertoe zal gepoogd worden om vervoerte faciliteren, een mobiele eenheid met tandartsassistentie ter beschikking te stellen, coördinatie te organiseren met de instellingen voor gespecialiseerde zorg.

De Coördinerend Raadgevend tandarts voor deze pilootregio Leuven-Zaventem is collega Steven De Mars en hij zal jullie straks een woordje uitleg geven over zijn eerste ervaringen.

Ik houd er ten eerste aan om nu reeds onze hartelijke dank uit te drukken aan de Provincie Vlaams-Brabant voor de bijkomende financiering van het project, aan OCIMW Leuven, aan de directie en het personeel van het Booghuys, en aan iedereen die met zoveel inzet dit project helpt realiseren ten behoeve van de kwetsbare mensen die onze twee doelgroepen vormen. ■

Leuven, 02.07.2013
Stefaan Hanson
coördinator PBN

info@specialdent.be

Toelichting globaal plan van aanpak

Zoals collega Hanson al aanhaalde, werd na het onderzoek in 2010-2011 duidelijk dat de mondgezondheid van kwetsbare, zorgafhankelijke mensen niet goed is. Dat onderzoek legde een aantal knelpunten bloot en we zijn vanuit deze knelpunten vertrokken om voorstellen uit te werken die hieraan tegemoet komen. Het uitwerken van deze voorstellen is gebeurd in breed overleg met zoveel mogelijk betrokken partijen, gaande van verpleging/verzorging, zorginstellingen, ziekenfondsen, opleidingscentra, overheidsorganen,

Een eerste belangrijke knelpunt is het feit dat zowel de mensen zelf als hun zorgverleners en -begeleiders zich te weinig bewust zijn van het belang van een goede mondgezondheid en van de problematiek hier rond. De mond maakt deel uit van het lichaam en een slechte mondgezondheid heeft dus een negatief effectief op de algemene gezondheid en ook op de levenskwaliteit.

Als antwoord hierop zijn voorstellen geformuleerd om alle betrokkenen te

sensibiliseren en wordt er werk gemaakt van de integratie van mondzorg in bestaande opleidingen (verpleging, verzorgenden, tandartsen, ...).

Ook tandartsen zelf voelen zich niet altijd voldoende gewapend om zorg voor deze kwetsbare groepen op te nemen. Dus hebben wij ook de opdracht om tandartsen voldoende breed op te leiden zodat de brede basis van algemeen tandartsen deze zorg aankan en dat dit niet moet gedragen worden door een kleine groep tandartsen die zich hier op toeleggen.

Een tweede knelpunt is het gebrek aan preventie. Het voorkomen van tandproblemen kan door het bieden van dagelijkse mondzorg die op zich heel eenvoudig is, nl. het in acht nemen van voedingsadviezen en een goede mondhygiëne. Toch blijken er in de praktijk heel wat drempels te zijn die het moeilijk maken om tot een goede dagelijkse mondzorg te komen. Zo ervaren de zorgverleners op de werkvloer een gebrek aan kennis, ondersteuning en ook vaak tijd om tot die zorg te komen.

Ook hier is bijkomende opleiding aan de orde en zou bijkomende ondersteuning mogelijk gemaakt kunnen worden door o.a. het aanstellen van referentiepersonen mondzorg. Dit zijn mensen binnen een zorgorganisatie (verzorgenden, verpleegkundigen, evt. andere zorgverlener) die zich toeleggen op mondzorg, naar analogie van vb. referentiepersonen wondzorg, diabetes, e.d. Deze mensen krijgen bijkomende opleiding en zullen de andere zorgverleners informeren, ondersteunen en bijspringen waar het moeilijk gaat.

Daarnaast kijken wij ook uit naar de komst van de eerste mondzorgassistenten in België waarover recent een advies aan onze minister van volksgezondheid werd geformuleerd door de Raad voor Tandheelkunde. Deze mondzorgassistenten zouden zelfstandig bepaalde preventieve handelingen mogen uitvoeren die nu voorlopig nog enkel door een tandarts mogen gedaan worden, zoals het verwijderen van tandsteen. Op die manier kunnen zij ook een belangrijke rol vervullen bij het uitrollen van een preventief mondzorgbeleid in zorginstellingen.

Ook wordt voorgesteld om coördinerende raadgevende tandartsen aan te stellen die binnen een zorginstelling een mondzorgbeleid uitstippelen en de andere zorgverleners ondersteunen in de uitvoering hiervan. Ook zal zo'n coördinerende raadgevende tandarts de mondgezondheid bewaken door te screenen en indien nodig voor verdere zorg door te verwijzen.

Een derde grote knelpunt is de ontoreikende toegang tot curatieve mondzorg, dus tot tandheelkundige zorg en ook dat heeft met verschillende zaken te maken. »

“Het voorkomen van tandproblemen kan door het bieden van dagelijkse mondzorg die op zich heel eenvoudig is, nl. het in acht nemen van voedingsadviezen en een goede mondhygiëne. Toch blijken er in de praktijk heel wat drempels te zijn die het moeilijk maken om tot een goede dagelijkse mondzorg te komen.”

“Zo hopen wij de mondgezondheid voor mensen met beperkingen en kwetsbare ouderen te verbeteren om zo ook bij te dragen tot hun algemene gezondheid en levenskwaliteit.”

» Ten eerste is niet duidelijk waar mensen met beperkingen en kwetsbare ouderen terecht kunnen met een bepaalde zorgvraag.

Soms kunnen deze mensen niet meer naar de tandarts gebracht worden en het is dus nodig dat de tandarts tot bij hen komt, hetgeen niet vanzelfsprekend is.

Als de mensen wel vervoerd kunnen worden, dan is het niet altijd evident om dit te organiseren en is de tandartspraktijk niet altijd toegankelijk voor vb. rolstoelgebruikers.

Om hieraan tegemoet te komen worden MONDZORGNETWERKEN voorgesteld en dat is wat in dit pilootproject in Leuven o.a. wordt uitgetest.

Zo'n mondzorgnetwerk bestaat uit verschillende zorgverleners die instaan voor de organisatie en realisatie van (zowel dagelijkse als professionele) mondzorg, dus de referentiepersonen mondzorg, coördinerende raadgevende tandarts, tandartsen die reguliere zorg bieden, tandartsen die meer gespecialiseerde zorg bieden enz.

Deze mondzorgnetwerken worden geografisch verspreid over het land, liefst samenwallende met bestaande zorggebieden (vb. SEL). Ieder mondzorgnetwerk beschikt over een coördinator die zicht heeft op de beschikbare zorgverleners en er voor zorgt dat een zorgvraag zo snel mogelijk door iemand wordt opgevangen. De coördinator ondersteunt ook logistiek, vb. bij organisatie van transport).

Wat betekent dit pilootproject nu concreet?

Concreet voor dit pilootproject betekende dit dat er met de instellingen die interesse vertoonden, overlegd werd, de zorgverleners binnen die instellingen kregen een opleiding in mondzorg, er werden referentiepersonen mondzorg aangesteld en onze coördinerende raadgevende tandarts kwam in actie.

Vooraf werd in kaart gebracht hoe de bestaande mondzorg was: in de zorginstellingen die deelnemen aan het project (vb. met welke tandarts werd samengewerkt) en er werd zoveel mogelijk van daaruit vertrokken. Alle tandartsen werden ook aangeschreven met de vraag of ze bereid waren om mee te werken en om een stuk van de zorg op te nemen.

De coördinerende raadgevende tandarts screent nu de personen met bijzondere noden en wanneer een zorgnood wordt opgepikt, wordt nagegaan of behandeling gewenst is en wordt doorverwezen voor verdere zorg, bij voorkeur door de huistandarts. Als de persoon geen eigen tandarts heeft of er is gespecialiseerde zorg nodig, dan zal de coördinator helpen om de persoon bij de juiste zorgverlener te brengen. Ook evt. vervoer e.d. kan dan door de coördinator georganiseerd worden.

Het is de bedoeling om de mensen zoveel mogelijk in de reguliere zorg te houden, maar als gespecialiseerde zorg nodig is, wordt dit aangeboden. Ook als mensen niet meer vervoerd kunnen worden, is er apparatuur ter beschikking om zorg aan bed te bieden.

Het is ook onze bedoeling om alle personen met beperkingen en kwetsbare ouderen te bereiken, dus ook diegenen die niet opgenomen zijn in een zorginstelling, maar die door goede mantelzorg thuis verzorgd kunnen worden.

Dit pilootproject moet duidelijk maken of ons globaal plan van aanpak voor mondzorg voor kwetsbare personen praktisch haalbaar, werkbaar en nuttig is en het moet ons ook een idee geven van het kostenplaatje. Op dit moment moet wel degelijk geïnvesteerd worden om de mondgezondheid van onze doelgroepen te verbeteren, maar het is logisch dat deze vooral op preventie gerichte aanpak op termijn kostenbesparend zal zijn omdat een preventieve aanpak en tijdige verzorging grotere problemen voorkomen.

Met dit plan hopen wij het belang van mondgezondheid op de kaart te zetten en om mondzorg een stuk toegankelijker te maken. Zo hopen wij de mondgezondheid voor mensen met beperkingen en kwetsbare ouderen te verbeteren om zo ook bij te dragen tot hun algemene gezondheid en levenskwaliteit. ■

Joke Duyck



Ervaringen uit het werkveld

"In het verleden hebben wij reeds pogingen ondernomen om de lokale tandartsen naar ons woonzorgcentrum te lokken voor het toedienen van de meest urgente tandzorgen. Maar het noodzakelijke materiaal is niet steeds binnen bereik om efficiënt werk te kunnen verrichten."



*Residentie Van Horick
vlnr: Katrijn Kumpen (ergotherapeut en deskundige animatie en activatie),
Sonia Van Hemelrijck (hoofdverpleegkundige), Marjolain Ysebaert (verzorgende).*

Mijn naam is Sonia Van Hemelrijck. Ik werk als hoofdverpleegkundige in het O.C.M.W.-woonzorgcentrum Residentie Van Horick te Meise. Ons huis telt 64 bewoners. Wij hebben twee afdelingen waarvan één afdeling met lucide bejaarden en één gesloten afdeling waar bewoners gehuisvest zijn met allerlei psychogeriatrische problematiek.

Er werd mij gevraagd om vandaag een woordje uitleg te geven over mijn ervaringen op de werkvloer voor wat mondygiëne betreft.

Zoals onze bewoners vrije keuze van huisarts hebben, mogen zij ook hun huisarts vrij kiezen. Zolang zij fysiek nog in goede conditie verkeren, vormt het bezoek aan de tandarts meestal geen probleem. Het wordt echter een heel ander verhaal eens de mobiliteit

en/of de geestelijke gezondheid achteruitgaat.

In het verleden hebben wij meermalen pogingen ondernomen om de lokale tandartsen naar ons woonzorgcentrum te lokken voor het toedienen van de meest urgente tandzorgen. Als snel bleek dit niet voor de hand liggend te zijn. Wij begrijpen het vollkommen dat onze tandartsen ervoor terugdeinzen om hun goed uitgeruste praktijk

achter te laten en zich naar een woonzorgcentrum te begeven waar het noodzakelijke materiaal niet binnen bereik is om efficiënt werk te kunnen verrichten. Bovendien zit de bewoner in een zetel, op een gewone stoel, in een bed of in een rolstoel, wat haast niet werkbaar is.

Wij zijn dan ook ontzettend blij met dit nieuwe initiatief. Het is ontegensprekelijk zo dat bewoners van een woonzorgcentrum behoren tot de groep van personen met bijzondere noden, met name onze "kwetsbare ouderen".

Ik verduidelijk even onze grootste struikelblokken:

- * Voor vele van onze ouderen wordt het zelf uitvoeren van de dagelijkse mondverzorging al snel moeilijk, onvoldoende haalbaar tot vaak zelfs onmogelijk. Zij dienen te worden ondersteund en geholpen aan de hand van aangepast materiaal door een gemotiveerd team van ergotherapeuten, verpleeg- en zorgkundigen en alle helpende handen die samen instaan voor het behoud van de zelfredzaamheid.

- * Voor wat het bezoek aan de tandarts betreft, mogen we alvast stellen dat het in praktijk zo is dat eens de fysieke en/of mentale toestand dusdanig daalt, enkel nog een selecte groep, goed omringd door naaste familieleden, meestal partner of kinderen, bij de tandarts geraakt.

- * Daarenboven vormt, zelfs al is deze goodwill nog aanwezig, de met het ouder worden gepaard gaande verminderde mobiliteit, één van de belangrijkste obstakels om alsnog de lokale tandarts te consulteren. Gelijktijdig met deze achteruitgang van mobiliteit is meestal speciaal rolstoelvervoer aangewezen. Maar ook in de tandartspraktijk ter plaatse dient de bewoner ook nog vanuit zijn rolstoel in de tandartsstoel te geraken soms met beperkte hulpmiddelen zoals een rollator of met hulp van een persoon.

- * Niet alleen de fysieke achteruitgang vormt een belemmering maar ook de mentale achteruitgang is een niet te onderschatten obstakel. Een grote categorie van bewoners kan ons niet meer vertellen wat er fout loopt. Hebben ze tandpijn? Past het gebit niet goed meer? Zijn er letsels in de mond door wrijving? Vaak zijn vermagering, rusteloosheid, uitnemen of wegstoppen van het vals gebit, of andere fysieke tekens, de enige signalen waaruit pas na enige tijd kan blijken dat er iets mis is met het mondslijmvlies, met de tanden of met de prothese zelf.

- * Een steeds terugkomende vaststelling is dat de mondverzorging binnen het avondritueel in alle woonzorgcentra een belangrijk aandachtspunt blijft dat nog steeds voor verbetering vatbaar is. Na het avondmaal start de dagelijkse wedren tegen de tijd om met de aanwezige personeelsleden alle bewoners comfortabel in bed te krijgen met aandacht voor omkleeden, toiletbezoek, verfrissen, individuele wensen, enz.... De zo noodzakelijke tandverzorging gebeurt overhaast waardoor we al te vaak inboeten aan kwaliteit.

- * Bovendien is de kennis van het gebruik van de juiste producten en materialen nog onvoldoende ingeburgerd zowel bij bewoners, familie als personeelsleden waardoor ook hier nog een grote marge bestaat voor verbetering.

Wat zijn onze groeipunten binnen ons woonzorgcentrum?

- * Doordat wij beschikken over een eigen keuken met zelfbereide maaltijden, kunnen wij binnenshuis reeds de nodige aandacht schenken aan gezonde voeding aangepast aan de individuele noden zoals het vooraf snijden van het vlees, malen of mixen, het aanbieden van voldoende fruit en vezels. Op onze tweewekelijkse teamvergadering worden de aandachtspunten met betrekking tot de voeding, overlopen

met de verantwoordelijke van de keuken en zo nodig bijgestuurd.

- * Onze personeelsleden kregen intussen reeds aangepaste vorming door "het Special Dent-team" om onze kennis, vaardigheden en attitude met betrekking tot mondverzorging te vergroten.

- * Onze mondverzorgingscoördinator, de ergotherapeut, begeleidt het team voor het handhaven en verbeteren van de mondgezondheid van onze bewoners. Zij signaleert de problemen en fungeert als aanspreekpunt.

Desalniettemin is er toch nog heel wat werk aan de winkel.

Het "Special Dent-project" zal ons zonder enige twijfel helpen om te groeien. Een groot aantal van onze bewoners kijkt alvast uit naar het reeds geplande bezoek van de "mobiele tandzorg-equipe" die binnenkort bij ons gedurende een week ter plaatse komt. Wij zijn overtuigd dat deze positieve evolutie hen alleen maar ten goede zal komen.

Mijn dank gaat uit naar Steven De Mars en Ann De Greef voor de prima begeleiding die wij tot nu toe reeds mochten ontvangen. ■

Sonia Van Hemelryck

