



2011

# Pilootproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN)





**Pilootproject  
Mondzorg voor  
Personen met  
Bijzondere Noden  
(PBN)**

# Voorwoord

Op vraag van toenmalig Minister Frank Vandenbroucke publiceerden Prof Daniël van Steenberghe, en Mr Gabriël Perl in 2003 het Strategisch Plan Mondzorg in België. Zowel in het wetenschappelijk luik als in de aanbevelingen van deze studie werd verwezen naar de noden op vlak van mondzorg bij gehandicapte patiënten en geïnstitutionaliseerde ouderen. Er groeide bij alle stakeholders snel consensus over de noodzaak om de aanbevelingen aangaande deze patiëntengroepen ter harte te nemen. Gezien de complexe bevoegdheidsverdeling van de materie tussen de federale, regionale en gewestelijke overheden, werd de aangelegenheid in 2004 geagendeerd op een Intergouvernementele Conferentie, waar ook weer eensgezindheid was over de noodzaak van aanpak, maar de verdeling van de financiering zorgde voor discussies en een regeringswisseling voorkwam dat er enige implementatie mogelijk was.

Het Verbond der Vlaamse Tandartsen stelde deze patiëntengroepen, in de huidige literatuur spreken we over personen met beperkingen en kwetsbare ouderen, opnieuw in de kijker in zijn Strategisch Plan 2006-2015, en bleef samen met de universitaire partners aandringen op actie hieromtrent. Na enkele niet geslaagde pogingen voorzag de Nationale Commissie Tandartsen-Ziekenfondsen in haar Nationaal Akkoord 2009-2010 het nodige budget voor een Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden, wat aanleiding gaf tot bijgaand rapport.

Het Pilotproject was een grote uitdaging, vooral gezien de korte tijdsduur voor de realisatie ervan. Het kon alleen tot een voldragen rapport uitgroeien dankzij de enorme inzet van al wie eraan meewerkte en die we hiervoor van harte willen danken.



Vooreerst Minister Laurette Onkelinx die de budgettering goedkeurde, en de partners van de Nationale Commissie Tandartsen-Ziekenfondsen en het Verzekeringscomité RIZIV die dit federale project toevertrouwden aan het Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw.

## “ We hopen dat dit Rapport een mijlpaal zal vormen.”

Voor de wetenschappelijke begeleiding leverden Dr Roos Leroy (K.U.Leuven) en Dr Luc De Visschere (UGent) enorme inspanningen, samen met hun verantwoordelijken Prof Dr Dominique Declerck (K.U.Leuven) en Prof Dr Jacques Vanobbergen (UGent). Ze werden hierin bijgestaan door een Adviescommissie samengesteld uit vertegenwoordigers van de universiteiten, het Verbond der Vlaamse Tandartsen, de Société de Médecine Dentaire en de Chambres Syndicales Dentaires.

Graag ook een woord van dank voor de begeleiding die we kregen van de medewerkers van het RIZIV, van het IMA, van het Sectoraal Comité van Sociale Zekerheid en Gezondheid.

Zonder de inzet van alle tandartsen die meewerkten aan de individuele mondonderzoeken was het luik epidemiologie onmogelijk geweest, en hierbij een bijzondere vermelding voor tandarts Diane Van Cleynenbreugel die tijdens het ganse traject de onontbeerlijke brug vormde tussen de taalgemeenschappen.

Dank ook voor de administratieve begeleiding vanwege Anne-Marie Van Holder, Kristien Van den Wouwer en Cindy Huygh, en ook aan de Landsbond van Socialistische Mutualiteiten die vlakbij het Centraal Station in Brussel gedurende twee jaar maandelijks een vergaderzaal belangeloos ter beschikking stelde voor de Adviescommissie.

Niet in het minst willen we ten laatste het Verbond der Vlaamse Tandartsen danken, voor de intense begeleiding van het project en het ter beschikking stellen van alle nodige infrastructuur en logistiek.

We hopen dat dit Rapport een mijlpaal zal vormen in de, veel te langzame, ontwikkeling naar een betere mondzorg voor dit behartenswaardig deel van de bevolking. Een volgende stap is de implementatie van de concrete voorstellen die gedaan worden in dit Rapport. Voor de financiering hiervan zullen principiële maatschappelijke keuzes moeten gemaakt worden die de graad van toegankelijkheid tot de mondgezondheidszorg zullen bepalen: voor de volledige bevolking of alleen voor de meest bevoorrechten?

**Stefaan Hanson**

*Coördinator Pilotproject*

*Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden.*



# Inhoudstafel

## 1. Inleiding / p 1

- 1.1 Situering van de problematiek - p 1
- 1.2 Ontstaan van de studie - p 1
- 1.3 Opdrachtgever - p 1
- 1.4 Partners - p 1
- 1.5 Doelstelling en objectieven - p 2

## 2. Inventaris van beide doelgroepen / p 5

- 2.1. Algemeen/Inleiding - p 5
- 2.2. Algemene methodiek voor het verzamelen van de data - p 5
  - 2.2.1. Personen met beperkingen - p 5
  - 2.2.2. Kwetsbare ouderen - p 5
- 2.3. Resultaten - p 6
  - 2.3.1. Personen met beperkingen - p 6
    - 2.3.1.1. Definities - p 6
    - 2.3.1.2. Het beleid voor personen met beperkingen in België - p 6
    - 2.3.1.3. Aantal personen met beperkingen in België - p 7
    - 2.3.1.4. Afbakening van de doelgroep personen met beperkingen in het kader van de studie Pilootproject Mondzorg voor personen met bijzondere noden - p 11
  - 2.3.2 Kwetsbare ouderen - p 22
    - 2.3.2.1 Omschrijving doelgroep - p 22
    - 2.3.2.2 Terminologie, definities en afbakening - p 23
    - 2.3.2.3 Aantal kwetsbare ouderen - p 26
    - 2.3.2.4 Waar verblijven de kwetsbare ouderen [Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid] - p 26
- 2.4 Samenvatting - p 31
  - 2.4.1. Personen met beperkingen - p 31
  - 2.4.2. Kwetsbare ouderen - p 31
- 2.5 Referenties - p 32

## 3 Epidemiologisch onderzoek / p 35

- 3.1 Doelstelling - p 35
- 3.2 Inleiding - p 35
- 3.3 Literatuurstudie - p 36
  - 3.3.1 Inleiding - p 36
  - 3.3.2 Personen met beperkingen - p 36
    - 3.3.2.1 Materiaal en Methode - p 36
    - 3.3.2.2 Resultaten - p 36
  - 3.3.3 Kwetsbare ouderen - p 42
    - 3.3.3.1 Materiaal en Methode - p 42
    - 3.3.3.2 Resultaten - p 43
  - 3.3.4 Samenvatting - p 49
    - 3.3.4.1 Personen met beperkingen - p 49
    - 3.3.4.2 Kwetsbare ouderen - p 50
  - 3.3.5 Referenties - p 57
    - 3.3.5.1 Personen met beperkingen - p 57
    - 3.3.5.2 Kwetsbare ouderen - p 58
- 3.4 Data 'Permanente steekproef' - p 60
  - 3.4.1 Inleiding - p 60
  - 3.4.2 Doelstelling - p 60
  - 3.4.3 Personen met beperkingen - p 60
    - 3.4.3.1 Materiaal & Methoden - p 60
    - 3.4.3.2 Resultaten - p 61
  - 3.4.4 Kwetsbare ouderen - p 68
    - 3.4.4.1 Materiaal & Methoden - p 68
    - 3.4.4.2 Resultaten - p 69
  - 3.4.5 Samenvatting - p 72
    - 3.4.5.1 Personen met beperkingen - p 72
    - 3.4.5.2 Kwetsbare ouderen - p 73
- 3.5 Data verzameld in een steekproef van personen met bijzondere noden: de PBN-steekproef - p 74
  - 3.5.1 Inleiding - p 74
  - 3.5.2 Objectieve tandheelkundige verzorgingsnood en verzorgingsgraad - p 74
    - 3.5.2.1 Inleiding - p 74
    - 3.5.2.2 Materiaal en Methoden - p 75
    - 3.5.2.3 Resultaten - p 81
    - 3.5.2.4 Discussie - p 112
    - 3.5.2.5 Samenvatting - p 112
    - 3.5.2.6 Referenties - p 114
  - 3.5.3 Subjectieve tandheelkundige verzorgingsnood - p 115
    - 3.5.3.1 Inleiding en doelstelling - p 115
    - 3.5.3.2 Materiaal en Methoden - p 115
    - 3.5.3.3 Resultaten - p 116
    - 3.5.3.4 Samenvatting - p 131
    - Referenties - p 132

- 3.5.4 Beschrijvende gegevens van de tandheelkundige en medische verleende zorg - p 132
  - 3.5.4.1 Materiaal en Methodes - p 132
  - 3.5.4.2 Resultaten - p 132
  - 3.5.4.3 Samenvatting - p 140
- 3.5.5 Verband tussen de subjectieve en objectieve mondgezondheid en (mond)zorgconsumptie - p 141
  - 3.5.5.1 Inleiding - p 141
  - 3.5.5.2 Materiaal en Methodes - p 141
  - 3.5.5.3 Resultaten - p 142
  - 3.5.5.4 Samenvatting - p 154
- 3.6 Bevraging via patiëntenplatform - p 157
  - 3.6.1 Inleiding en doelstelling - p 157
  - 3.6.2 Materiaal en Methodes - p 157
  - 3.6.3 Resultaten - p 157
    - 3.6.3.1 Invullen vragenlijst - p 157
    - 3.6.3.2 Subjectieve zorgconsumptie - p 157
    - 3.6.3.3 Subjectieve behandelneed - p 158
    - 3.6.3.4. Zorgvraag en drempels voor de toegankelijkheid van het bestaande (tandheelkundig) zorgverleningscircuit - p 158
    - 3.6.3.5. Organisatie van het tandartsbezoek - p 159
  - 3.6.4. Discussie - p 160
  - 3.6.5 Samenvatting - p 160

#### 4. Tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden – bevraging van de zorgverleners / p 167

- 4.1 Inleiding - p 167
- 4.2 Doelstelling - p 167
- 4.3 Materiaal en Methodes - p 167
- 4.4 Resultaten - p 168
  - 4.4.1 Zorgverleners voor personen met beperkingen - p 169
    - 4.4.1.1 Algemene kenmerken - p 169
    - 4.4.1.2 Opleiding, vaardigheden en percepties met betrekking tot mondzorg - p 170
    - 4.4.1.3 Drempels bij het uitvoeren van mondhygiëne - p 172
    - 4.4.1.4 Organisatie van tandheelkundige zorg in organisaties of voorzieningen - p 175
  - 4.4.2 Zorgverleners voor kwetsbare ouderen - p 176
    - 4.4.2.1 Opleiding, vaardigheden en percepties met betrekking tot mondzorg - p 176
    - 4.4.2.2 Drempels bij het uitvoeren van mondhygiëne - p 179
  - 4.4.3 Zorgverleners in de thuiszorg - p 181
    - 4.4.3.1 Opleiding, vaardigheden en percepties met betrekking tot mondzorg - p 182

- 4.4.3.2 Drempels voor het uitvoeren van mondhygiëne - p 183
- 4.4.3.3 Organisatie van tandheelkundige zorg in organisaties of voorzieningen - p 184

**4.5 Samenvatting - p 185**

- 4.5.1. Personen met beperkingen - p 185
- 4.5.2. Kwetsbare ouderen - p 185

**4.6 Referenties - p 186**

**5. Tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden – bevraging tandartsen / p 189**

**5.1 Inleiding - p 189**

**5.2 Doelstelling - p 189**

**5.3 Methodologie - p 189**

**5.4 Resultaten - p 190**

**5.4.1 Algemene informatie - p 190**

**5.4.2 Praktijkprofiel - p 191**

**5.4.3 Zorgverlening aan personen met bijzondere noden - p 192**

5.4.3.1 Personen met fysieke beperkingen (PmFB) - p 192

5.4.3.2 Personen met mentale beperkingen (PmMB) - p 194

5.4.3.3 Verschil in zorgverlening aan personen met fysieke (PmFB) en mentale beperkingen (PmMB) - p 194

5.4.3.4 (Kwetsbare) ouderen (KO) - p 195

**5.4.4 Problemen bij zorgverlening aan personen met bijzondere noden - p 198**

5.4.4.1 Personen met fysieke beperkingen (PmFB) - p 198

5.4.4.2 Personen met mentale beperkingen (PmMB) - p 200

5.4.4.3 Verschil in problemen ervaren bij de zorgverlening aan personen met fysieke (PmFB) en mentale beperkingen (PmMB) - p 202

5.4.4.4 (Kwetsbare) ouderen (KO) - p 202

**5.4.5 Persoonlijke ervaringen van tandartsen bij zorgverlening aan personen met bijzondere noden - p 205**

5.4.5.1 Personen met fysieke beperkingen (PmFB) - p 205

5.4.5.2 Personen met mentale beperkingen (PmMB) - p 206

5.4.5.3 Verschil in moeilijkheden ervaren bij specifieke behandelingen van personen met fysieke (PmFB) en mentale beperkingen (PmMB) - p 208

5.4.5.4 (Kwetsbare) ouderen (KO) - p 208

**5.4.6 Persoonlijke mening over de zorgverlening aan personen met bijzondere noden - p 210**

5.4.6.1 Personen met fysieke beperkingen (PmFB) - p 210

5.4.6.2 Personen met mentale beperkingen (PmMB) - p 212

5.4.6.3 Verschil in persoonlijke mening over zorgverlening aan personen met fysieke (PmFB) en mentale beperkingen (PmMB) - p 214

5.4.6.4 (Kwetsbare) ouderen (KO) - p 214

- 5.5 Conclusies i.v.m. zorgverlening aan personen met bijzondere noden - p 217
  - 5.5.1 Conclusies i.v.m. zorgverlening aan personen met fysieke beperkingen (PmFB) en/of mentale beperkingen (PmMB) - p 217
  - 5.5.2 Conclusies i.v.m. zorgverlening aan kwetsbare ouderen - p 218

## 6. Zorgverlening aan personen met bijzondere noden: een Europees perspectief / p 227

- 6.1. Inleiding - p 227
- 6.2. Organisatie van zorgverlening: een Europees perspectief - p 227
  - 6.2.1. Situatie van zorgverlening in België - p 227
    - 6.2.1.1. Structuur van (mond)gezondheidszorg en mondgezondheidstoestand - p 228
    - 6.2.1.2. Specifieke systemen voor zorgverlening aan personen met bijzondere noden - p 229
    - 6.2.1.3. Implementatie in de praktijk - p 231
  - 6.2.2. Situatie van zorgverlening in een selectie van Europese landen: Zweden - p 232
    - 6.2.2.1. Structuur van (mond)gezondheidszorg en mondgezondheidstoestand - p 232
    - 6.2.2.2. Specifieke systemen voor zorgverlening aan personen met bijzondere noden - p 233
    - 6.2.2.3. Implementatie in de praktijk - p 235
  - 6.2.3. Situatie van zorgverlening in een selectie van Europese landen: Nederland - p 236
    - 6.2.3.1. Structuur van (mond)gezondheidszorg en mondgezondheidstoestand - p 237
    - 6.2.3.2. Specifieke systemen voor zorgverlening aan personen met bijzondere noden - p 238
    - 6.2.3.3. Implementatie in de praktijk - p 239
  - 6.2.4. Situatie van zorgverlening in een selectie van Europese landen: Frankrijk - p 239
    - 6.2.4.1. Structuur van (mond)gezondheidszorg - p 239
    - 6.2.4.2. Specifieke systemen voor zorgverlening aan personen met bijzondere noden - p 242
    - 6.2.4.3. Implementatie in de praktijk - p 243
- 6.3. Reflecties met betrekking tot de implementatie van zorgverlening aan personen met Bijzondere Noden binnen het Belgische gezondheidszorgsysteem - p 243
  - 6.3.1. Is er nood aan specifieke systemen van zorgverlening in deze sector? - p 244
  - 6.3.2. Welke patiëntengroepen komen hiervoor in aanmerking? - p 244
  - 6.3.3. Hoe kunnen deze personen geïdentificeerd worden? - p 244
  - 6.3.4. Welke systemen zouden nuttig/wenselijk zijn? - p 245
  - 6.3.5. Welk type handelingen voorzien en door wie? - p 246

- 6.3.6. Financiële aspecten? - p 246
- 6.3.7. Waar prioriteiten leggen? - p 246
- 6.3.8. Conclusie - p 246
- Referenties - p 247

## **7. Procesevaluatie / p 249**

- 7.1 Algemene Procesevaluatie van het Pilootproject Mondzorg voor personen met bijzondere noden (PBN) - p 249**
  - 7.1.1 Basisinformatie - p 249
  - 7.1.2 Verloop - p 249
    - 7.1.2.1 Objectief 1: Het definiëren en omschrijven van beide doelgroepen met aandacht voor hoedanigheid, aantal, verblijfsituaties en sociaal statuut - p 250
    - 7.1.2.2 Objectief 2: Het in kaart brengen van de tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood van personen met bijzondere noden en van mogelijke drempels voor het organiseren van mondzorg - p 251
    - 7.1.2.3 Objectief 3: Het verband nagaan tussen de subjectieve en objectieve mondgezondheid, de algemene gezondheidsattitude, socio-economische variabelen en het (mond) zorgconsumptiepatroon van personen met bijzondere noden. - p 251
    - 7.1.2.4 Objectief 4: Het exploreren en analyseren van het aanbod aan tandheelkundige zorgverlening in andere landen van Europa in relatie tot hun gezondheidszorgsysteem - p 252
- 7.2 Procesevaluatie van de belangrijkste onderdelen van het Pilootproject Mondzorg voor personen met bijzondere noden (PBN) - p 252**
  - 7.2.1 Rekruteren van de te onderzoeken personen - p 252
    - 7.2.1.1 Basisinformatie - p 252
    - 7.2.1.2 Verloop van het selectie- en rekruteringsproces en ervaren knelpunten - p 253
    - 7.2.1.3 Samenwerking, communicatie en verantwoordelijkheden voor de rekrutering van beide doelgroepen - p 256
    - 7.2.1.4 Knelpunten ervaren tijdens de selectie- en rekrutering van beide doelgroepen - p 256
    - 7.2.1.5 Planning, timing en workload voor de selectie en rekrutering van beide doelgroepen - p 256
    - 7.2.1.6 Conclusie - p 257
  - 7.2.2 Rekruteren en voorbereiden van de tandarts-screeners - p 257
    - 7.2.2.1 Basisinformatie - p 257
    - 7.2.2.2 Verloop - p 258
    - 7.2.2.3 Samenwerking en geleverde personele en organisatorische inspanningen en financiële vergoeding - p 259
    - 7.2.2.4 Conclusie - p 260



7.2.3 Vragenlijsten zorgverleners - p 260

7.2.3.1 Basisinformatie - p 260

7.2.3.2 Verloop - p 260

7.2.3.3 Conclusie - p 261

**8. Samenvatting en Concrete voorstellen / p 263**

**8.1 Samenvatting - p 263**

8.1.1. Inleiding - p 264

8.1.2. Definitie en omschrijving - p 264

8.1.3. Het epidemiologisch onderzoek - p 264

8.1.3.1 Literatuurstudie - p 264

8.1.3.2 Permanente steekproef - p 265

8.1.3.3 Objectieve behandelneed - p 265

8.1.3.4 Subjectieve behandelneed - p 266

8.1.3.5 Consumptiegegevens - p 267

8.1.3.6 Onderlinge verbanden - p 267

8.1.3.7 Patiëntenplatform - p 267

8.1.3.8 Bevraging van de zorgverleners - p 268

8.1.4. De Europese context - p 268

8.1.5. De evaluatie van het proces - p 269

**8.2 Voorstellen tot maatregelen binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in België - Concrete voorstellen - p 269**

8.2.1. Prioriteit voor Gezondheidspromotie en Preventie - p 270

8.2.2. Professionele tandheelkundige verzorging - p 270

8.2.3. Organisatie - p 270

8.2.4. Logistiek - p 271

8.2.5. Opleidingen - p 271

8.2.6. Financiering - p 271

8.2.7. Implementatie - p 271



## 1.1 Situering van de problematiek

Goede mondzorg is van essentieel belang voor de mondgezondheid, de algemene gezondheid en de kwaliteit van leven van elk individu, jong of oud. Goede mondgezondheid is een voorwaarde tot fysiek, psychisch en sociaal welzijn. Onderzoek toont aan dat inadequate mondgezondheid kan leiden tot een daling van de kwaliteit van leven maar ook geassocieerd is met ondervoeding, gewichtsverlies, systemische aandoeningen zoals diabetes, pneumonie, cardiovasculaire en cerebro-vasculaire aandoeningen en focale infecties [Nordenram ea., 1994; Strandberg, 2004; Nitschke en Müller, 2004; Ikebe ea., 2006; Ikebe ea., 2007; Kandelman ea., 2008]. Dit kan op korte of lange termijn leiden tot verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Dit geldt voor iedereen, maar in het bijzonder voor personen met bijzondere noden zoals personen met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen en de kwetsbare ouderen.

Uit nationaal en internationaal onderzoek blijkt dat de mondgezondheid van personen met bijzondere noden laag scoort [Lamy ea., 1999; De Visschere ea., 2006; Hennequin ea., 2008; Anders en Davis, 2010]. De literatuur toont meestal een weinig coherent mondzorgbeleid aan voor deze personen in hun diverse verblijfssituaties. Mondzorg wordt meestal slechts op ad hoc basis uitgevoerd. Belangrijke drempels zijn het ontbreken van richtlijnen, protocollen en concrete adviezen, onvoldoende toegankelijkheid, onvoldoende financiële draagkracht, hoge werkdruk en gebrek aan kennis, vaardigheden en goede attitude van de personen zelf en hun zorgverleners. Het blijkt ook niet altijd gemakkelijk om een tandarts te vinden die voldoende is opgeleid en tijd wil vrijmaken voor het verzorgen van personen met bijzondere noden.

## 1.2 Ontstaan van de studie

In 2005 heeft het Verbond van Vlaamse Tandartsen (VVT) een Strategisch Plan 2006-2015 gepubliceerd voor de organisatie van de tandheelkundige zorg. Eén van de voorgestelde initiatieven was het organiseren van een studie om de tandheelkundige noden in kaart te brengen van geïnstitutionaliseerde patiënten [Strategisch Plan 2006-2015].

## 1.3 Opdrachtgever

Naar aanleiding hiervan werd tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en het Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw (VVT) op 4 mei 2009 een overeenkomst afgesloten voor het uitvoeren van een pilotstudie over de tandheelkundige verzorging voor personen met bijzondere noden (artikel 56, §1 W140794) tussen. Dit initiatief stelde als doel adviezen te ontwikkelen voor een aangepast gezondheidsbeleid voor personen met bijzondere noden. De studie diende uitgevoerd te worden onder toezicht van de Nationale Commissie Tandartsen-Ziekenfondsen en in directe samenwerking met de samenstellende organen van de Nationale Commissie Tandartsen-Ziekenfondsen. Dit project kreeg de naam Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN).

## 1.4 Partners

Voor de wetenschappelijke onderbouw werd beroep gedaan op medewerkers van verschillende Belgische universiteiten (K.U.Leuven, UCL, UGent, ULB en ULG) met expertise in mondzorg voor personen met bijzondere noden. Samen met vertegenwoordigers van het Verbond van Vlaamse Tandartsen (VVT), de Société de Médecine Dentaire (SMD) en de Chambres Syndicales Dentaires (CSD) vormen zij de adviesgroep (bijlage 1.1). Voor dit project werden 2 wetenschappelijke medewerkers aangesteld (Roos Leroy (K.U.Leuven) en Luc De Visschere (UGent)). Dit project werd gecoördineerd door de heer Stefaan Hanson (VVT).

In het kader van dit project was het noodzakelijk om gegevens te verzamelen en bijkomende gegevens uit bestaande databanken voor personen met bijzondere noden op te vragen en te verwerken. Hiervoor werd een verzoek tot advies van het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Gent ingediend (goedkeuring 2010/126), een machtigingsaanvraag tot verwerking van persoonsgegevens bij het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid (goedkeuring op 22/12/2010) en een machtigingsaanvraag tot het gebruik van het Rijksregisternummer (goedkeuring op 20/7/2010). Voor de koppeling van de gegevens treedt E-Health op als 'trusted third party'.

## 1.5 Doelstelling en objectieven

Het doel van dit onderzoek is aanbevelingen te formuleren om een aangepast mondzorgbeleid te kunnen ontwikkelen voor personen met bijzondere noden in België. Deze studie formuleert concrete voorstellen voor het organiseren van preventieve en curatieve mondzorg voor personen met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen en voor kwetsbare ouderen, binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Hierbij gaat aandacht uit naar de zorgnood, de praktische organisatie van de zorgverlening, het financiële aspect en het aanbod van professionele mondzorg al of niet buiten de reguliere praktijk.

Deze studie behandelt volgende objectieven voor beide doelgroepen:

- Het definiëren en omschrijven van beide doelgroepen met aandacht voor hoedanigheid, aantal, verblijfsituaties en sociaal statuut.
- Het in kaart brengen van de tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood van personen met bijzondere noden en van mogelijke drempels voor het organiseren van mondzorg.
- Het verband nagaan tussen de subjectieve en objectieve mondgezondheid, de algemene gezondheidsattitude, socio-economische variabelen en het (mond)zorgconsumptiepatroon van personen met bijzondere noden.
- Het exploreren en analyseren van het aanbod aan tandheelkundige zorgverlening in andere landen van Europa in relatie tot hun gezondheidszorgsysteem
- Het formuleren van aanbevelingen voor het organiseren van adequate en toegankelijke mondzorg voor personen met bijzondere noden

## Referenties

1. Anders PL, Davis EL: Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist* 2010;30:110-117.
2. De Visschere LM, Grooten L, Theuniers G, Vanobbergen JN: Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions--a cross-sectional study. *Gerodontology* 2006; 23:195-204.
3. 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.
4. 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. *Int J Prosthodont* 2006;19:539-546.
5. Ikebe K, Morii K, Matsuda K, Nokubi T: Discrepancy between satisfaction with mastication, food acceptability, and masticatory performance in older adults. *Int J Prosthodont* 2007;20:161-167.
6. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H: Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2008;28:224-236.
7. Lamy M, Mojon P, Kalykakis G, Legrand R, Butz-Jorgensen E: Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *J Dent* 1999;27(6):443-448.
8. Nitschke I, Müller F: The impact of oral health on the quality of life in the elderly. *Oral Health Prev Dent* 2004;2(Suppl 1):271-275.
9. 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.
10. Strandberg T: Aging as a phenomenon. A Challenge for the Oral Health Care. *Congres Helsinki September 2-4, 2004.*
11. Verbond der Vlaamse Tandartsen: Strategisch plan 2006-2015. VVT, Brussel, 2005.

**Bijlage 1.1 – Annexe 1.1:****Pilootproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN) - Samenstelling Adviesgroep****Projet-Pilote Soins Bucco-Dentaires aux Personnes à Besoins Particuliers (PBP) - Composition du Comité de Conseil****Coördinator/Coordonnateur:**

Stefaan Hanson

**Assistent-coördinator/Coordonnatrice adjointe :**

Anne-Marie Van Holder/Kristien Van den Wouwer

**ADVIESGROEP PERSONEN MET BEPERKINGEN  
COMITÉ DE CONSEIL PERSONNES LIMITÉES**

Wetenschappelijk medewerker/Collaborateur scientifique:

Dr. Roos Leroy (*K.U.Leuven*)**NL**

<b>Academici</b>	<b>WTB</b>	<b>VVT</b>
Prof. dr. Dominique Declerck ( <i>K.U.Leuven</i> )	Michel De Decker <i>Algemeen tandarts</i>	Diane Van Cleynenbreugel <i>Algemeen tandarts</i>
Prof. dr. Luc Martens ( <i>UGent</i> )	Prof. dr. Luc Marks ( <i>UGent</i> )	

**FR**

<b>Universitaires</b>	<b>CSD</b>	<b>SMD</b>
Geneviève Delheusy(UCL) <i>Dentiste généraliste</i>	Bernard Munnix <i>Dentiste généraliste</i>	Michel Devriese <i>Dentiste généraliste</i>
	Joëlle Valembois <i>Médecin – Dentiste</i>	Thierry van Nuijs <i>Dentiste généraliste</i>

**ADVIESGROEP KWETSBARE OUDEREN  
COMITÉ DE CONSEIL PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES**

Wetenschappelijk medewerker/Collaborateur scientifique:

Dr. Luc De Visschere (*U.Gent*)**NL**

<b>Academici</b>	<b>WTB</b>	<b>VVT</b>
Prof. dr. Joke Duyck ( <i>K.U.Leuven</i> )	Michel De Decker <i>Algemeen tandarts</i>	Christine Van Meir <i>Algemeen tandarts</i>
Prof. dr. Jacques Vanobbergen ( <i>UGent</i> )	Prof. dr. Luc Marks ( <i>UGent</i> )	

**FR**

<b>Universitaires</b>	<b>CSD</b>	<b>SMD</b>
Prof. dr. Marc Lamy ( <i>ULG</i> )	Bernard Munnix <i>Dentiste généraliste</i>	Michel Devriese <i>Dentiste généraliste</i>
Anne Bouillon(ULB) <i>Dentiste généraliste</i>	Joëlle Valembois <i>Médecin – Dentiste</i>	Thierry van Nuijs <i>Dentiste généraliste</i>



# Inventaris van beide doelgroepen

## 2.1. Algemeen/Inleiding

Deze studie heeft als doel concrete voorstellen te formuleren voor het organiseren van preventieve en curatieve mondzorg voor twee welbepaalde doelgroepen met bijzondere noden in onze maatschappij, namelijk personen met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen en kwetsbare ouderen. Hierbij wordt bewust een keuze gemaakt om andere groepen met bijzondere noden, zoals sociaal kwetsbare personen, voorlopig niet op te nemen in deze studie. Het wegwerken van sociale ongelijkheid en onrechtvaardigheid behoort tot een van de grote uitdagingen voor de komende decennia en het voorlopig niet opnemen van deze groep betekent dus zeker niet dat deze groepen niet belangrijk zijn. Hun nood en zorgverlening op vlak van medische en meer specifiek mondzorg en hun drempels voor toegankelijkheid tot die zorg liggen veelal op een ander vlak en worden best op een afzonderlijke manier in kaart gebracht.

Tot op vandaag is het niet duidelijk hoeveel en welke personen tot de doelgroepen “personen met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen” en “kwetsbare ouderen” kunnen gerekend worden. Daarom stelde deze studie als eerste objectief het definiëren en omschrijven van beide doelgroepen met aandacht voor hoedanigheid, aantallen en verblijfsituaties.

## 2.2. Algemene methodiek voor het verzamelen van de data

Voor het opzoeken van deze informatie werd gebruik gemaakt van elektronische databanken en databanken beschikbaar gesteld door organisaties betrokken in de zorgproblematiek van beide doelgroepen. Per doelgroep wordt weergegeven welke bronnen werden geraadpleegd.

### 2.2.1. Personen met beperkingen

Bruikbare informatie werd gevonden op de websites van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid (<http://www.socialsecurity.fgov.be/>), de website van het Directoraat Generaal Personen met een Handicap (<http://handicap.fgov.be/>), het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (<http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/>), de Agence Wallonne pour l'intégration des personnes handicapées (<http://www.awiph.be/>), de website van de International Classification of Functioning, disability and health (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>) en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (<http://www.riziv.be/homenl.htm>). Aanvullende informatie werd telefonisch en per e-mail opgevraagd bij contactpersonen van bovenvermelde organisaties. Ook het boek “Sociale landkaart. Informatiewijzer federale en Vlaamse voorzieningen 2009” bevatte nuttige informatie [Rochtus et al., 2009].

### 2.2.2. Kwetsbare ouderen

De gegevens voor kwetsbare ouderen werden opgezocht door middel van Google met zoektermen in het Nederlands en in het Frans. Dit leverde enkele websites op met relevante gegevens. Gegevens over het aantal ouderen en hun verblijfsituaties werden ingewonnen via databestanden van de studiedienst van het RIZIV. Gegevens in verband met het sociaal statuut werden bekomen door het raadplegen van de Sociale Gids. Relevante referenties uit de gevonden bronnen werden aangewend om bijkomende informatie te verzamelen.

## 2.3. Resultaten

### 2.3.1. Personen met beperkingen

#### 2.3.1.1. Definities

Door de jaren heen zijn veel termen gebruikt om een persoon met een beperking te benoemen: mindervalide, andersvalide, gehandicapte, persoon met beperking. Al deze termen leggen de nadruk op de “handicap/beperking” en worden daarom als negatief en door sommigen als stigmatiserend ervaren. Het ICF (International Classification of Functioning, disability and health), peiler van de WHO (World Health Organisation), die instaat voor de classificatie van gezondheid en gezondheidsgerelateerde domeinen spoort in zijn rapport uit 2001 aan om de persoon en niet de beperking centraal te stellen en om gebruik te maken van het begrip “persoon met een beperking” [2010b].

Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) hanteert volgende definitie bij haar werking: “Elk langdurig en belangrijk participatieprobleem van een persoon dat te wijten is aan het samenspel tussen functiestoornissen van mentale, psychische, lichamelijke of zintuiglijke aard, beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten en persoonlijke en externe factoren”.

Op het iADH pre-congres symposium dat in het kader van deze studie werd georganiseerd (zie ook Hoofdstuk 6), werd (specifiek voor deze opdracht) de volgende definitie voor personen met bijzondere noden voorgesteld door de aanwezigen van de discussiegroepen: “People who cannot take care of their own (oral) health because of a mental, physical or medical condition, irrespective of age” of in het Nederlands “*Personen die niet zelf kunnen instaan voor hun (mond)gezondheid omwille van hun mentale, fysieke of medische toestand, en dat zonder leeftijdsbeperking*”.

#### 2.3.1.2. Het beleid voor personen met beperkingen in België

In het federale België zijn de verschillende materies met betrekking tot personen met een beperking verdeeld over het federaal niveau, de gewesten en de gemeenschappen [FOD Sociale Zekerheid - Directie-generaal Personen met een handicap, 2010a]. Hieronder wordt een bondig overzicht gegeven van de materies die in het kader van deze studie van belang zijn.

##### 2.3.1.2.1. Het federaal niveau

De **bijkomende kinderbijslag voor kinderen met een aandoening** wordt voor de werknemers uitbetaald door het kinderbijslagfonds waarbij de werkgever aangesloten is. Dit gebeurt onder toezicht van de Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers (RKW). Voor de zelfstandigen gebeurt de uitbetaling door het sociale verzekeringsfonds waarbij de rechthebbende zelfstandige aangesloten is, dit onder toezicht van het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen van Zelfstandigen (RSVZ). Het medisch onderzoek, dat de basis vormt voor de toekenning van de bijkomende kinderbijslag, wordt in de beide gevallen uitgevoerd door de Directie-Generaal Personen met een handicap.

De **sociale zekerheid** (invaliditeitsverzekering, gezondheidszorgen, arbeidsongevallen, beroepsziekten, werkloosheid en pensioenen) behoort tot de bevoegdheid van de federale overheid. Om te kunnen genieten van het stelsel van de invaliditeitsverzekering, het stelsel van de arbeidsongevallen of het stelsel van de beroepsziekten moet de betrokkene een sociale bijdrage (via een afhouding op het loon) betaald hebben. Voor deze stelsels bestaan er specifieke instellingen die zich daar mee bezighouden, met name het RIZIV, het Fonds voor Arbeidsongevallen en het Fonds voor de beroepsziekten.

De tegemoetkomingen aan personen met een handicap (zie verder) worden toegekend door de Federale overheidsdienst Sociale Zekerheid, Directie-Generaal Personen met een handicap. Voor dit stelsel moet geen sociale bijdrage betaald worden om ervan te kunnen genieten; het is wel gebonden aan inkomensvoorwaarden. Men spreekt hier van “sociale bijstand”.



De **juridische bescherming** behoort tot de bevoegdheid van de Federale Overheidsdienst Justitie. Er bestaan verschillende maatregelen voor personen met een handicap op het vlak van de juridische bescherming (bv. verlengde minderjarigheid, bescherming van de goederen van personen die niet bekwaam zijn om die te beheren).

### 2.3.1.2.2. Het gewestniveau

De gewesten zijn bevoegd voor de plaatsgebonden materies waaronder onder andere stedenbouw, de toegankelijkheid van gebouwen, mobiliteit, cultuur en toerisme.

De **huisvesting** behoort ook tot de bevoegdheid van het Vlaams Gewest, het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Er bestaan verschillende voordelen voor personen met een handicap op het vlak van huisvesting.

### 2.3.1.2.3. Het gemeenschapsniveau

Het **onderwijs** (gewoon en buitengewoon) behoort tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap en de Duitstalige Gemeenschap.

De **tewerkstelling** van personen met een handicap behoort tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap, (de Franse gemeenschap die deze bevoegdheid doorgaf aan) het Waals Gewest, de Duitstalige Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijke Gewest.

De **integratie** van personen met een handicap behoort tot de bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap, (de Franse gemeenschap die deze bevoegdheid doorgaf aan) het Waals Gewest, de Duitstalige Gemeenschap en de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijke Gewest.

Er zijn op gemeenschapsniveau vier instellingen die bevoegd zijn voor het gehandicaptenbeleid:

- Het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, voor personen die in Vlaanderen wonen en de Nederlandstalige personen die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen,
- De “Service bruxellois Phare – Personne Handicapée Autonomie Retrouvée”, voor Franstalige personen die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen,
- het “Agence Wallonne pour l’intégration des personnes handicapées”, voor personen die in Wallonië wonen,
- De “Dienststelle für Personen mit Behinderung”, voor personen die in de Duitstalige Gemeenschap wonen.

### 2.3.1.2.4. Het niveau van steden en gemeenten

De aanvragen voor een tegemoetkoming aan personen met een handicap en voor een medisch onderzoek voor sociale en fiscale maatregelen verlopen via de steden en gemeenten.

### 2.3.1.3. Aantal personen met beperkingen in België

De groep personen met een beperking is een zeer heterogene groep. Voor zover ons bekend zijn er voor de Belgische bevolking geen duidelijke cijfers over het totaal aantal personen met een beperking en zeker niet over het aantal personen met een specifieke beperking (bv. aantal personen met een zintuiglijke beperking, aantal personen met een fysieke beperking, aantal personen met een verstandelijke beperking). Volgens de FOD Sociale Zekerheid Directie-generaal Personen met een Handicap waren er eind december 2008 in België 514.576 personen met een erkenning van hun handicap, maar hierin zijn bijvoorbeeld niet de personen begrepen die vallen onder het stelsel van de invaliditeitsverzekering, het stelsel van de arbeidsongevallen of het stelsel van de beroepsziekten (cfr. supra).

Een alternatieve piste om het totaal aantal personen met een beperking in België te kennen, zou zijn om de databanken van de vier instellingen die op gemeenschapsniveau bevoegd zijn voor het gehandicaptenbeleid te bundelen. Maar, ook deze databanken blijken niet volledig te zijn en ook geen informatie te bevatten over de aard van de beperkingen.

De gegevens die hieronder worden gegeven, kunnen bijgevolg niet als volledig worden beschouwd, maar ze geven toch een zicht op het aantal personen dat een erkenning heeft voor een bepaalde tegemoetkoming.

### 2.3.1.3.1. Aantal personen met beperkingen die recht hebben op federale tegemoetkomingen

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de tegemoetkomingen die op federaal niveau worden toegekend aan personen met een beperking en hoeveel personen daar ook effectief gebruik van maakten tijdens de voorbije jaren. Ze worden hier niet alleen toegelicht om een idee te krijgen van het (zij het mogelijk onderschat) aantal personen met een beperking in België, maar ook omdat op basis van deze criteria (met name verhoogde kinderbijslag voor personen tot en met 21 jaar en een recht op een federale tegemoetkoming (zie verder) voor personen tussen 21 en 65 jaar) personen met een beperking in de permanente steekproef van het Intermutualistisch Agentschap werden geïdentificeerd (cfr. Hoofdstuk 3.4).

#### 2.3.1.3.1.1. Verhoogde kinderbijslag (VKB)

Kinderen van 0 tot 21 jaar met een aandoening of met een handicap kunnen genieten van een bijkomende kinderbijslag. De bevoegde instelling is het kinderbijslagfonds of de instelling die gewoonlijk de kinderbijslag toekent. De medische dienst van de Directie-generaal Personen met een Handicap gaat na of het kind op medisch vlak in aanmerking komt voor de bijkomende kinderbijslag.

##### Oud systeem:

In de oude wetgeving hanteerde men voor het bepalen van de zelfredzaamheid 6 functionele categorieën:

- Het gedrag
- De communicatie
- De lichaamsverzorging
- De verplaatsing
- De lichaamsbeheersing in bepaalde situaties en de handigheid
- De aanpassing van en aan de omgeving

##### Nieuw systeem:

In de nieuwe wetgeving wordt de weerslag van de aandoening of beperking nagegaan op 3 vlakken:

- Het lichamelijke en psychische vlak (pijler 1),
- De activiteiten en de participatie van het kind (pijler 2)
- De familiale belasting (pijler 3)

In Tabel 2.1. wordt een overzicht gegeven van het aantal kinderen van werknemers dat recht had op een verhoogde kinderbijslag op 31 december 2008 en 2009 (bron: Rijksdienst voor Kinderbijslag voor Werknemers). Het aantal kinderen dat recht had op een verhoogde kinderbijslag is sinds 2008 lichtjes gestegen. 'Volgens de website van het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen (<http://www.rsvz.be/nl/tools/who/index.htm>) hadden in het eerste kwartaal van 2010 2041 kinderen van zelfstandigen recht op een verhoogde kinderbijslag.'

Tabel 2.1. Aantal rechthebbenden op een verhoogde kinderbijslag		
	2008	2009
Oud systeem	11.370	7.705
Nieuw systeem	23.537	28.927
<b>Totaal</b>	<b>34.907</b>	<b>36.632</b>

### 2.3.1.3.1.2. Inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT)

De inkomensvervangende tegemoetkoming wordt toegekend aan een persoon met een beperking van wie is vastgesteld dat zijn lichamelijke of psychische toestand zijn verdienvermogen heeft verminderd tot een derde of minder van wat een “gezonde persoon” door het uitoefenen van een beroep op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen.

Een IVT is een bijstandsuitkering, dus bedoeld voor mensen die niet over voldoende middelen beschikken om in hun levensonderhoud te voorzien. Een bijstandsuitkering is altijd afhankelijk van een inkomensonderzoek. Bij de berekening van de tegemoetkoming wordt er rekening gehouden met de inkomsten van de persoon met een beperking, alsook van de persoon met wie de persoon met een beperking een huishouden vormt. Bepaalde vrijstellingen worden wel toegepast op die inkomsten.

Het is belangrijk te onderstrepen dat er een belangrijk verschil is tussen een “medische erkenning IVT” en een effectief uitbetaalde inkomensvervangende tegemoetkoming; gezien de uitbetaling afhankelijk is van het inkomen zal niet iedereen met een medische erkenning ook effectief een tegemoetkoming krijgen.

### 2.3.1.3.1.3. Integratietegemoetkoming (IT)

De integratietegemoetkoming wordt toegekend aan de persoon met een beperking die vanwege een vermindering van de zelfredzaamheid, bijkomende kosten te dragen heeft.

Een IT is eveneens een bijstandsuitkering, dus bedoeld voor mensen die niet over voldoende middelen beschikken om in hun levensonderhoud te voorzien en dus ook afhankelijk van een inkomensonderzoek.

Het is ook hier belangrijk te onderstrepen dat er een belangrijk verschil is tussen een “medische erkenning IT” en een effectief uitbetaalde integratietegemoetkoming. Gezien de uitbetaling afhankelijk is van het inkomen zal niet iedereen met een medische erkenning ook effectief een tegemoetkoming krijgen.

Voor de berekening van de graad van zelfredzaamheid wordt rekening gehouden met de volgende factoren:

- de mogelijkheid om zich te verplaatsen
- de mogelijkheid om zijn voeding te nuttigen of te bereiden
- de mogelijkheid om voor zijn persoonlijke hygiëne in te staan en zich te kleden
- de mogelijkheid om de woning te onderhouden en huishoudelijk werk te verrichten
- de mogelijkheid om te leven zonder toezicht, bewust te zijn van gevaar en het gevaar te kunnen vermijden
- de mogelijkheid tot communicatie en sociaal contact.

Een arts onderzoekt voor elke functie welke moeilijkheden de onderzochte persoon ondervindt.

Er kunnen 4 mogelijke antwoorden gegeven worden, namelijk:

- geen moeilijkheden, geen bijzondere inspanning noch bijzondere hulpmiddelen: 0 punten worden toegekend
- beperkte moeilijkheden, beperkte bijkomende inspanning of beperkt beroep op bijzondere hulpmiddelen: 1 punt wordt toegekend;
- grote moeilijkheden, grote bijkomende inspanning of uitgebreid beroep op bijzondere hulpmiddelen: 2 punten worden toegekend
- onmogelijk zonder hulp van derden, zonder opvang in een aangepaste voorziening of zonder volledig aangepaste omgeving: 3 punten worden toegekend.

De toegekende punten worden opgeteld en naargelang het totaal wordt de persoon met een beperking ondergebracht in één van de vijf categorieën. Minder dan 7 punten geeft geen recht op de integratietegemoetkoming.

In Tabel 2.2 wordt een overzicht gegeven van de geografische spreiding van de personen die recht hadden op een IVT en/of IT op het eind van het jaar 2009 [FOD Sociale Zekerheid - Directie-generaal Personen met een handicap, 2010b]. In Tabel 2.3 zijn de rechthebbenden op een IVT en/of IT weergegeven per leeftijdsgroep [FOD Sociale Zekerheid -

## Inventaris van de doelgroepen

**Tabel 2.2. De geografische spreiding van het aantal rechthebbenden op een IVT-IT op 31/12/2009**

Antwerpen	19.221	
Vlaams-Brabant	9.760	
Limburg	10.100	
West-Vlaanderen	16.641	
Oost-Vlaanderen	17.534	
<b>Vlaams Gewest</b>		<b>73.256</b>
Waals-Brabant	3.785	
Henegouwen	27.656	
Luik	19.740	
Luxemburg	4.058	
Namen	9.083	
<b>Waals Gewest</b>		<b>64.322</b>
<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>		<b>14.889</b>
Niet bepaald	227	
<b>TOTAAL</b>		<b>152.694</b>

Directie-generaal Personen met een handicap, 2010b]. Voor elke leeftijdsgroep is een toename te zien voor het jaar 2009 in vergelijking met het jaar 2008.

Aanvullende gegevens verkregen via e-mail en telefonisch contact met een medewerker van de FOD Sociale Zekerheid

**Tabel 2.3. Het aantal rechthebbenden op een IT/IVT per leeftijdsklasse**

Geboortedatum	2008	2009
Voor 1944	25.925	27.047
1944-1948	16.894	19.051
1949-1953	16.425	17.962
1954-1958	16.000	17.554
1959-1963	15.772	17.033
1964-1968	14.205	14.694
1969-1973	11.991	12.162
1974-1978	9.743	10.142
1979-1983	9.431	9.872
1984-1988	6.651	7.177

DG Personen met een Handicap, leren ons dat in november 2009 **291.055 personen** in België een **medische erkenning IVT en/of IT** hadden waarvan er **151.781 ook effectief recht** hadden op een IVT en/of IT. Er waren 139.274 personen die geen recht hadden op de tegemoetkoming maar enkel medisch erkend waren. Deze “medisch erkende personen” hebben wel recht op diverse sociale en fiscale voordelen afhankelijk van hun graad van medische erkenning.

Er moet ten slotte nog opgemerkt worden dat deze gegevens een aantal dubbeltellingen bevatten. In de databank van de FOD Sociale Zekerheid DG Personen met een Handicap worden immers alle medische beslissingen bijgehouden. Met een controle op basis van de rijksregisternummers kon achterhaald worden dat in de data van november 2009 er 14.539 dubbeltellingen zaten. De hierboven vermelde aantallen medische erkenningen zijn dus met 4,7% overschat.

### 2.3.1.4. Afbakening van de doelgroep personen met beperkingen in het kader van de studie Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden

Aangezien het voor de klinische screening en bevraging (cfr. Hoofdstuk 3.5) niet mogelijk was personen met een beperking te identificeren via de federale tegemoetkomingen, moest een alternatief gezocht worden. Bovendien werd geopteerd om de doelgroep voor dit project te beperken tot die mensen die omwille van hun beperking nood hebben aan een aangepaste manier van tandheelkundige zorgverlening.

Het gaat om mensen die ook in andere aspecten van hun leven een aangepaste zorg nodig hebben, met name

- Aangepaste woonvormen (bv. beschermd wonen, begeleid wonen)
- Aangepast onderwijs (bv. buitengewoon onderwijs)
- Aangepaste werkomstandigheden (bv. beschutte werkplaats)

Gezien het hier gaat om materies waarvoor de gemeenschappen bevoegd zijn en de gemeenschappen deze verantwoordelijkheid op een eigen manier kunnen invullen, worden de verschillende initiatieven en het aantal personen dat er beroep op doet afzonderlijk vermeld voor Vlaanderen en Wallonië. De gegevens voor Brussel werden opgevraagd, maar nooit verkregen. Voor de Duitse gemeenschap gaat het over zeer kleine aantallen.

#### 2.3.1.4.1. Wonen en opvang

##### 2.3.1.4.1.1. Vlaanderen

De volgende beschrijvende teksten zijn grotendeels overgenomen van de website van het Vlaams agentschap voor personen met een handicap [Vlaams agentschap voor personen met een handicap, 2010].

##### **Thuisbegeleiding**

*Doelpubliek:* De thuisbegeleidingsdiensten richten zich tot gezinnen met een minder- of meerderjarig kind met een motorische, een zintuiglijke of een verstandelijke beperking, of met autisme.

Personen bij wie een meerderjarige met een beperking gewoonlijk verblijft en die over hem/haar het ouderlijk gezag uitoefenen, kunnen ook een beroep doen op een thuisbegeleidingsdienst.

De meerderjarige hoeft niet noodzakelijk nog thuis te wonen. Hij of zij kan ook zelfstandig leven en wegens de aard van de beperking, bijvoorbeeld een niet-aangeboren hersenletsel, een beroep doen op een thuisbegeleidingsdienst. Tijdens de wachttijd bij de Centrale Registratie van Zorgvragen (CRZ) voor een aangepaste zorgvorm is thuisbegeleiding ook mogelijk.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat beroep doet op thuisbegeleiding. Er is voor 2009 een lichte stijging ten opzichte van het jaar 2008 [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

##### **Begeleid wonen**

*Doelpubliek:* De diensten voor begeleid wonen richten zich enkel tot meerderjarigen, maar verder tot personen van alle doelgroepen. De persoon met een beperking woont in een eigen huis of in een huurhuis en heeft behoefte aan enige ondersteuning omdat hij/zij zich niet volledig op eigen kracht in het sociale leven kan inschakelen.

*Aanbod:* Een individuele begeleider biedt aan huis begeleiding, zowel op psychosociaal vlak (relaties, opvoeding kinderen...) als bij de dagelijkse activiteiten (de organisatie van het huishouden, het budget, de administratie en de werksituatie).

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat beroep doet op begeleid wonen in Vlaanderen. Er is ook voor deze woonvorm voor 2009 een lichte stijging te zien ten opzichte van het jaar 2008 [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

**Tabel 2.4. Aantal personen dat in Vlaanderen beroep doet op aangeboden zorgvoorzieningen**

Woonvorm	2008	2009
Thuisbegeleiding	4.897	5.237
Begeleid Wonen	2.784	2.936
Zelfstandig Wonen	283	280
Beschermd Wonen	1.106	608
Geïntegreerd Wonen	28	80
Internaten	4.723	4.294
Semi-internaten (SI) schoolgaanden	3.398	3.427
Semi-internaten(SI) niet-schoolgaanden	508	522
Observatie- en behandelingscentra	333	265
Plaatsing in gezinnen	825	/
Kortverblijf	901	1.216
Dagcentra	4.474	4.678
Begeleid Werken	426	502
Tehuis werkenden	1.060	1.102
Tehuis niet-werkenden, bezigheid	4.412	4.571
Tehuis niet-werkenden, nursing	4.543	4.645
Wonen onder begeleiding van een particulier	180	189

### Zelfstandig wonen

*Doelpubliek:* De diensten voor zelfstandig wonen richten zich tot meerderjarigen met een fysieke beperking. De persoon met een beperking wil zelfstandig leven maar heeft hulp nodig bij de activiteiten van het dagelijks leven (ADL), zoals opstaan, zich wassen, zich aankleden, eten, iets vastnemen, zich binnenshuis verplaatsen.

*Aanbod:* De persoon met een beperking woont zelfstandig in een aangepaste woning van de dienst, in de buurt van een centraal gelegen ADL-centrum, waar men terecht kan voor ADL-assistentie. Het ADL-centrum is 24 uur op 24 bereikbaar via een oproepsysteem; de assistentie is beperkt tot maximaal 30 uren per week.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat beroep doet op de diensten voor zelfstandig wonen in Vlaanderen; het aantal is in 2009 niet gewijzigd tov het jaar 2008 [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

### Beschermd wonen

De persoon met een handicap wil zelfstandig wonen maar de begeleiding in begeleid wonen is te licht en die in een tehuis voor (niet-)werkenden te intensief. Dan kan hij/zij beroep doen op een dienst voor beschermd wonen. De persoon met een beperking woont dan in een groepswoning van de dienst, in de nabijheid van een voorziening.

*Doelpubliek:* De dienst voor beschermd wonen richt zich enkel tot meerderjarigen, maar verder tot personen van alle doelgroepen, onder voorbehoud dat de beperking licht tot matig is. Ze beperken zich dus niet tot meerderjarigen met één specifieke soort beperking.

*Aanbod:* Ondersteuning in de organisatie van het huishouden alsook op psychosociaal en administratief vlak. Overdag gaat de gehandicapte persoon werken, naar een dagcentrum of de dienst voor beschermd wonen organiseert een dagbesteding.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat beroep doet op de diensten voor beschermd wonen in Vlaanderen; het aantal is in 2009 sterk gedaald tov het jaar 2008 [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

### **Geïntegreerd wonen**

Personen met een zwaardere zorgbehoefte worden gehuisvest in kleine, geïntegreerde wooneenheden, waarbij de persoon met een beperking zelf instaat voor zijn woon- en leefkosten.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat beroep doet op de diensten voor geïntegreerd wonen in Vlaanderen; het aantal personen dat er beroep op doet is in 2009 sterk gestegen tov het jaar 2008 [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

### **Internaat**

In een internaat verblijven kinderen die omwille van de aard van hun beperking thuis niet kunnen opgevangen worden. De minderjarigen verblijven er 24 uur op 24 en indien nodig tijdens de weekends en de vakanties.

Internaten bieden opvang en begeleiding aan, zowel aan schoolgaande als aan niet-schoolgaande kinderen. Zij zijn vaak verbonden aan een school voor buitengewoon onderwijs. Internaten richten zich tot minderjarigen uit alle doelgroepen.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal minderjarigen dat in 2008 en 2009 ingeschreven was in een internaat in Vlaanderen [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

### **Semi-internaat**

Een semi-internaat biedt opvang voor kinderen en jongeren overdag; 's avonds, 's nachts en in het weekend verblijven ze thuis. De semi-internaten voor schoolgaanden zijn vaak verbonden aan een school voor buitengewoon onderwijs. In de semi-internaten voor niet-schoolgaanden ligt de nadruk op verzorging en stimulatie van de basisfuncties. Semi-internaten richten zich tot minderjarigen uit alle doelgroepen.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal minderjarigen dat in 2008 en 2009 ingeschreven was in een semi-internaat voor schoolgaanden of in een semi-internaat voor niet-schoolgaanden in Vlaanderen [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

### **Observatie- en behandelingscentrum**

Wanneer er (nog) geen duidelijkheid bestaat over de precieze aard van de beperking van een kind of over de meest geschikte ondersteuning, dan kan het terecht in een observatie- en behandelingscentrum. De opnameduur bedraagt maximaal 3 jaar. Het kind is 24 uur op 24 in observatie. Het OBC stelt zich tot doel via deze observatie tot een diagnose te komen, te starten met een behandeling en te verwijzen naar een aangepaste dienst of voorziening voor verdere ondersteuning.

Observatie- en behandelingscentra richten zich tot kinderen en jongeren met complexe gedrags- en emotionele stoornissen, al dan niet in combinatie met een verstandelijke beperking.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal kinderen dat in 2008 en 2009 opgenomen was in een observatie- en behandelingscentrum in Vlaanderen [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

### **Pleegzorg**

Wanneer ouders de zorg voor hun kind met een beperking niet meer aankunnen, dan kan (tijdelijk) de opvang van het kind aan een pleeggezin toevertrouwd worden. Dit kan ook het gezin van een broer of zus zijn. De pleegouders nemen dan voor korte of lange periode de verzorging en de opvoeding van het kind op zich. Via huisbezoeken geeft de pleeggezinnendienst ondersteuning, informatie en advies aan de pleeggezinnen. Pleegzorg richt zich tot alle doelgroepen.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal kinderen waarvoor men in 2008 en 2009 beroep deed op pleegzorg in Vlaanderen [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

### **Kortverblijf**

Soms kunnen ouders gedurende een korte periode, door welke omstandigheden ook, niet voor hun kind zorgen. In die

gevallen kan men een beroep doen op een voorziening met kortverblijf in haar aanbod. Die staat dan in voor de opvang en begeleiding van het kind gedurende korte tijd.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal kinderen waarvoor men in 2008 en 2009 beroep deed op zorg in een kortverblijf in Vlaanderen [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

### **Dagcentrum**

Indien een persoon met beperking niet werkt maar toch een zinvolle dagactiviteit wenst, dan kan deze persoon in een dagcentrum terecht. Er worden activiteiten aangeboden zoals atelierwerking, tuinbouw of semi-industrieel werk. Daarnaast biedt het dagcentrum training of therapie aan op diverse domeinen. Dagcentra richten zich tot meerderjarigen uit alle doelgroepen, behalve personen met een enkelvoudige psychische stoornis.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen met een beperking dat in 2008 en 2009 terecht kon in een dagcentrum in Vlaanderen [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

### **Begeleid werken**

Begeleid werken is een zorgvorm voor personen met een beperking die meer aankunnen dan de gewone activiteiten in een dagcentrum. Hier werkt de persoon met beperking deeltijds, zonder arbeidscontract of verloning, onder begeleiding van een dagcentrum, in een sociale voorziening, in een culturele organisatie, bij een particulier of in een bedrijf.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat in het kader van begeleid werken actief was in 2008 en 2009 in Vlaanderen [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

### **Tehuis voor werkenden**

Personen met een beperking die overdag werken en niet bij hun ouders of alleen kunnen wonen, kunnen terecht in een tehuis voor werkenden. Zo'n tehuis biedt meer persoonlijke begeleiding aan dan verzorging. Voor de personen die niet (meer) kunnen werken, zoals werklozen en gepensioneerden, is er een dagbesteding voorzien. Tehuizen voor werkenden richten zich voornamelijk tot de meerderjarigen met een verstandelijke of fysieke handicap.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat in 2008 en 2009 woonde in een tehuis voor werkenden in Vlaanderen [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

### **Tehuis voor niet-werkenden**

Meerderjarigen met een beperking die niet werken en niet bij hun ouders of alleen kunnen wonen, kunnen terecht in een tehuis voor niet-werkenden. Er zijn 2 soorten tehuizen voor niet-werkenden: de bezigheidstehuizen en de nursingtehuizen. Bezigheidstehuizen bieden arbeidsvervangende activiteiten of vaardigheidstrainingen aan naargelang van de individuele mogelijkheden van de bewoners. In nursingtehuizen ligt het accent op de verzorging en paramedische behandeling, zoals kinesitherapie. De cliënten van nursingtehuizen hebben dikwijls een meervoudige beperking. Tehuizen voor niet-werkenden richten zich tot de meest zorgbehoevende personen.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat in 2008 en 2009 woonde in een tehuis voor niet-werkenden in Vlaanderen [Bursens, 2009; Bursens, 2010].

### **Wonen onder begeleiding van een particulier**

Wonen onder begeleiding van een particulier is een ambulante variant van pleegzorg. De meerderjarige met een beperking woont dan zelfstandig, maar krijgt daarbij ondersteuning van een niet-professionele hulpverlener, meestal een vertrouwenspersoon uit de buurt, een vriend(in) of een familielid. De begeleid(st)er woont dus niet in. Hij of zij plant samen met de persoon met een beperking de tijdsbesteding en volgt de administratie op. Hij of zij begeleidt ook in sociale contacten en relaties. Een erkende pleeggezinnendienst biedt ondersteuning en begeleiding, zowel aan de persoon met beperking als aan de vrijwillige begeleid(st)er.

In Tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat in 2008 en 2009 woonde onder begeleiding van een particulier in Vlaanderen [Bursens, 2009; Bursens, 2010].



### 2.3.1.4.1.2. Wallonië

De volgende teksten zijn grotendeels overgenomen uit de jaarrapporten 2008 en 2009 van het Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées [Baudine, 2009; Baudine, 2010].

Woonvorm	2008	2009
Diensten voor vroegtijdige hulp	1.856	1.919
Hulpdiensten bij integratie	1.247	1.282
Diensten voor pedagogische begeleiding	41	47
Diensten voor begeleiding	3.534	3.749
Diensten voor hulp bij het dagelijkse leven	118	119
Diensten voor opvang of familiehelp	142	144
Dienst 'Tijdelijke verblijven'	270	340
Dienst voor dagopvang van niet geschoolde jongeren	345	344
Woondiensten voor jongeren	2.899	2.901
Dienst voor dagopvang voor volwassenen	2.273	2.339
Woondiensten voor volwassenen	3.892	3.986
Nachtelijke woondiensten voor volwassenen	563	582

#### **Diensten voor vroegtijdige hulp**

Om ouders met een jong kind (jonger dan 8 jaar) met een beperking te ondersteunen, subsidieert het Agentschap 20 vroegtijdige hulpdiensten, verdeeld over het Waalse Gewest. Deze diensten staan ter beschikking van de ouders om hen advies te geven over alles dat te maken heeft met het welzijn en de ontwikkeling van hun kind. Indien nodig, informeren en adviseren ze de kribbe en de school waar de ouders hun kind wensen te integreren. Dit gebeurt in samenwerking met het psychisch-medisch-sociaal centrum. Daarnaast waken ze over het slagen van deze integratie.

In Tabel 2.5 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat in 2008 en 2009 beroep deed op "Diensten voor vroegtijdige hulp" in Wallonië [Baudine, 2009; Baudine, 2010].

#### **Hulpdiensten bij integratie**

De ouders van kinderen en adolescenten tussen 7 en 20 jaar met een beperking, kunnen beroep doen op de steun van de hulpdienst voor integratie. Deze diensten, 29 in totaal, kaderen in de voortzetting van het werk gerealiseerd door de diensten voor vroegtijdige hulp. De professionele hulpverleners begeleiden het kind of de adolescent om zo zijn deelname en inburgering in het dagelijkse leven te bespoedigen. Dit wordt gerealiseerd door middel van buitenactiviteiten zoals jeugdbewegingen, sportclubs, recreatieve of artistieke verenigingen, stages, enz. Een individueel project wordt vastgesteld in overleg met de jongere, zijn familie en andere betrokkenen, volgens het belang binnen zijn/haar netwerk.

Indien er uitdrukkelijk om gevraagd wordt, werken de diensten nauw samen met de gewone of gespecialiseerde school waar de jongere school loopt alsook met het psychisch-medisch-sociaal centrum.

In Tabel 2.5 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat in 2008 en 2009 beroep deed op "Hulpdiensten bij integratie" in Wallonië [Baudine, 2009; Baudine, 2010].

#### **Diensten voor pedagogische begeleiding**

Dertien diensten voor pedagogische begeleiding helpen de minder valide studenten, ouder dan 18 jaar, buiten de lesuren. Ze herformuleren de informatie die niet goed begrepen werd en leggen de inhoud nogmaals uit. Om in aanmerking te komen voor tussenkomst van het Agentschap moeten de begeleiders een universitaire of een hoger niet-universitaire opleiding genoten hebben of een opleiding voor volwassenen gevolgd hebben die erkend is door een

publiek orgaan in het Waals - of het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (zoals opleidingen georganiseerd door de FOREM, het Onderwijs voor Sociale Promotie, het Opleidingsinstituut voor Kleine en Middelgrote Ondernemingen, enz.).

In Tabel 2.5 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat in 2008 en 2009 beroep deed op “Diensten voor Pedagogische Begeleiding” in Wallonië [Baudine, 2009; Baudine, 2010].

### **De diensten voor begeleiding**

Veertig begeleidingsdiensten helpen op aanvraag volwassenen met een beperking die buiten een voorziening wonen of er wensen te wonen en die niet dagelijks een dagopvangcentrum hoeven te bezoeken. Deze diensten ondersteunen de persoon die op zoek is naar een autonoom bestaan in het dagelijkse leven en welbepaald op het vlak van huisvesting, werk, opleiding, budgetbeheer en hobby's. Deze individuele begeleiding is een deel van het actieplan waarbij verschillende actoren worden betrokken (familiaal netwerk, dienstennetwerk en netwerk van sociale betrokkenen).

De ondersteunende diensten kunnen ook een collectief antwoord formuleren wanneer dit door meerdere personen gevraagd wordt. Zij kunnen bijvoorbeeld een collectieve sessie organiseren waarin ze uitleggen hoe je best kan solliciteren op een openstaande vacature of ze kunnen een stage organiseren om meer autonoom te leren worden in het dagelijkse huishouden, boodschappen doen, de keuken, ...

In Tabel 2.5 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat in 2008 en 2009 beroep deed op “Diensten voor Begeleiding” in Wallonië [Baudine, 2009; Baudine, 2010].

### **De diensten voor hulp bij het dagelijkse leven**

Negen diensten voor hulp bij het dagelijkse leven leveren aan volwassenen die in een aangepaste woning wonen, een permanente begeleiding met als doel iets te doen aan hun functioneel onvermogen om dingen uit het dagelijkse leven uit te voeren. Zo is het mogelijk alleen of in familie te leven ondanks hun fysieke beperking. De assistenten van deze diensten zijn geen vervanging van het medisch of paramedisch personeel, en ook niet van andere diensten tot wie de persoon zich kan wenden. Hun rol bestaat erin professionele hulp te geven bij het dagelijkse leven (opstaan, zich aankleden, eten, slapen, ...).

In Tabel 2.5 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat in 2008 en 2009 beroep deed op “Diensten voor hulp bij het dagelijkse leven” in Wallonië [Baudine, 2009; Baudine, 2010].

### **Diensten voor familiale opvang**

Wanneer de eigen familie of de residentiële dienst niet of niet meer kan beantwoorden aan de noden van een kind, een jongere of een volwassene met een beperking, en wanneer het voor deze laatste niet meer mogelijk of niet meer wenselijk is om op zichzelf te wonen, dan kan familiale opvang een alternatief zijn.

De aanvragen voor opvang, die dikwijls binnenkomen via opvangdiensten en/of huisvestingsdiensten of sociale diensten, worden behandeld door vijf opvangdiensten of door de familiale pleegzorg. Parallel zoeken deze diensten families aangepast aan het profiel van de begunstigden (meestal jongeren). Ze zetten samen met de familie en de betreffende persoon een opvangproject op. Vervolgens verzekeren de diensten een opvolging zodat deze opvang optimaal kan verlopen en dit zowel voor de persoon in kwestie als voor de familie. De opvang kan plaatsvinden tijdens het weekend, tijdens de vakanties of doorlopend. Om de integratie van de persoon in het pleeggezin zo goed mogelijk te laten verlopen, stimuleren deze diensten het zoeken naar samenwerkingsmogelijkheden. Naargelang het geval kan dit bijvoorbeeld een samenwerking zijn met een therapeutische dienst, een hobbygroep, een school, een onderneming met aangepast werk of een dagopvang die dagelijks bezocht wordt, enz.

In Tabel 2.5 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat in 2008 en 2009 beroep deed op “Diensten voor familiale opvang” in Wallonië [Baudine, 2009; Baudine, 2010].

### **Dienst 'Tijdelijke verblijven'**

De dienst 'Tijdelijke verblijven' (SRT-diensten in Wallonië) geeft aan één of meerdere minder valide personen (maximum 6) de mogelijkheid in een huis of appartement te wonen. Zij leiden hier een normaal bestaan maar staan tegelijkertijd onder het toezicht van een team.

De dienst 'Tijdelijke verblijven' verschilt van de dienst begeleiding daar deze laatste enkel tussenkomt op vraag van de minder valide persoon en enkel daar waar gewenst terwijl de dienst "Tijdelijke verblijven" eerder proactief te werk gaat. Bovendien heeft het merendeel van de personen die hulp vragen van een begeleidingsdienst over het algemeen nog nooit een residentiële dienst bezocht, dit in tegenstelling tot het merendeel van de personen die in een 'tijdelijk verblijf' wonen. Deze voorzieningen werken dus heel verschillend.

In Tabel 2.5 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat in 2008 en 2009 beroep deed op de "Dienst 'Tijdelijke verblijven' in Wallonië [Baudine, 2009; Baudine, 2010].

### **Opname in een voorziening**

Veertien dagopvangcentra voor kinderen en niet geschoolde jongeren en 52 residentiële diensten voor jongeren, waken over de gezondheid, de ontwikkeling en de integratie van jongeren die hen zijn toevertrouwd. Dit gebeurt in een partnership met de familie en de betrokken diensten.

Indien alle diensten personen kunnen opnemen voor een beperkt aantal dagen, dan zijn het de diensten 'Tijdelijke verblijven' met meer dan 60 erkende plaatsen, die verplicht zijn om een opvangplaats voor een kort verblijf voor jongeren te voorzien ('kort' = < 90 dagen per jaar per persoon). Zo zijn er in het Waalse Gewest 10 plaatsen voor een kort verblijf beschikbaar.

Sommige jongeren worden prioritair gevolgd door gespecialiseerde begeleiders. In overleg met een multidisciplinaire ploeg houden deze begeleiders tijdens de ondersteuning en erna contact met de jongere, met zijn/haar familie, met de educatieve ploeg van de voorzieningen en met de andere eventuele tussenpersonen (bv. Hulpdiensten voor Jongeren (SAJ), Diensten voor Juridische Bescherming (SPJ)). Zij zijn ook een vertrouwenspersoon voor de jongeren tot ze volwassen zijn.

Tachtig dagopvangdiensten en 99 residentiële diensten voor volwassenen verzekeren de sociale, psychologische en educatieve begeleiding van hun rechthebbenden. Het Agentschap erkent tevens 31 nachtverblijven voor volwassenen (SRNA). Oorspronkelijk waren deze diensten voorzien voor minder valide personen die tijdens de dag werkten en die nood hadden aan huisvesting dicht bij hun werkplaats. Momenteel bestaat de helft van de gasten van de SRNA uit personen met beperkingen die ofwel in een aangepast bedrijf werken ofwel aan verschillende activiteiten deelnemen. De andere helft gaat dagelijks naar dagopvangcentra. In 2008 heeft een wet van de Waalse Regering ervoor gezorgd dat deze diensten gedeeltelijk gefinancierd werden zodat hun subsidiëring overeenstemde met de missie die ze vandaag de dag vervullen.

Zoals bij de diensten voor de jongeren kunnen ook de diensten voor volwassenen rechthebbenden opnemen en dit slechts voor een beperkt aantal dagen. Bovendien kunnen zij (evenals de diensten voor pleegzorg) een erkenning krijgen voor één of meerdere plaatsen voor een kort verblijf en dit in functie van de beschikbare budgetten.

In Tabel 2.5 wordt een overzicht gegeven van het aantal personen dat in 2008 en 2009 beroep deed op de verschillende woonvoorzieningen in Wallonië [Baudine, 2009; Baudine, 2010].

## 2.3.1.4.2. Onderwijs

### 2.3.1.4.2.1. Vlaanderen

#### **Buitengewoon basisonderwijs**

Het buitengewoon basisonderwijs richt zich tot kinderen met een beperking.

## Inventaris van de doelgroepen

Het is ingedeeld in verschillende types [2010a]:

- type 1: voor kinderen met een licht mentale beperking
- type 2: voor kinderen met een matig of ernstig mentale beperking
- type 3: voor kinderen met ernstige emotionele en/of gedragsproblemen
- type 4: voor kinderen met een fysieke (= lichamelijke) beperking
- type 5: voor kinderen die opgenomen zijn in een ziekenhuis of op medische gronden verblijven in een preventorium
- type 6: voor kinderen met een visuele beperking
- type 7: voor kinderen met een auditieve beperking
- type 8: voor kinderen met ernstige leerstoornissen

Binnen het buitengewoon basisonderwijs vindt men lagere scholen en basisscholen (dit zijn scholen die zowel kleuter- als lager onderwijs inrichten). Voor type 1 en type 8 bestaat geen kleuteronderwijs.

Een kind wordt toegewezen aan een bepaald type onderwijs op basis van een attest dat wordt uitgereikt door het Centrum voor LeerlingenBegeleiding (CLB), behalve voor types 5, 6 en 7 waar een arts-specialist het attest opstelt. Bepaalde onderzoekscentra mogen ook dergelijke attesten opstellen, maar laten dit meestal over aan het CLB van de school.

In geval van een meervoudige beperking (bv. een mentale achterstand met een visuele beperking) wordt één van de types gekozen, zodat de omkadering voor het kind in het buitengewoon onderwijs het best aansluit bij de problematiek van het kind.

Een attest is in principe een nodige voorwaarde om naar een school voor buitengewoon onderwijs te mogen gaan of om beroep te mogen doen op GON-ondersteuning (cfr. infra) of andere vormen van extra ondersteuning zoals ION (cfr. infra).

In Tabel 2.6 wordt het aantal kinderen dat in de voorbije schooljaren ingeschreven was in het buitengewoon basisonderwijs samengevat [Scheys, 2010].

<b>Tabel 2.6. Aantal kinderen ingeschreven in het buitengewoon onderwijs in Vlaanderen</b>			
<b>Onderwijscategorie</b>	<b>Schooljaar 2007-2008</b>	<b>Schooljaar 2008-2009</b>	<b>Schooljaar 2009-2010</b>
Buitengewoon kleuter onderwijs	1.950	1.977	1.962
Buitengewoon lager onderwijs	27.140	27.543	27.705
Buitengewoon secundair onderwijs	18.263	18.548	19.015
<b>Totaal</b>	<b>47.353</b>	<b>48.068</b>	<b>48.682</b>

### **Buitengewoon secundair onderwijs**

Het buitengewoon secundair onderwijs richt zich tot jongeren van 13 tot 21 jaar met een beperking of met leer- of opvoedingsmoeilijkheden [2010a].

De structuur van het buitengewoon secundair onderwijs bestaat uit 4 opleidingsvormen. Binnen elke opleidingsvorm kan men leerlingen uit verschillende types (cfr. supra) samenbrengen. De onderverdeling in opleidingsvormen heeft te maken met de doelstellingen die men nastreeft:

- Opleidingsvorm 1: sociale aanpassing  
Deze opleidingsvorm geeft een sociale vorming met het oog op integratie in een beschermd leefmilieu; hij kan georganiseerd worden voor de types 2, 3, 4, 6 en 7.
- Opleidingsvorm 2: sociale aanpassing en arbeidsgeschiedmaking  
Deze opleidingsvorm geeft een algemene en sociale vorming en een arbeidstraining met het oog op integratie in een beschermd leef- en werkmilieu; hij kan georganiseerd worden voor de types 2, 3, 4, 6 en 7.
- Opleidingsvorm 3: beroepsonderwijs  
Deze opleidingsvorm geeft een sociale en beroepsvorming met het oog op integratie in een gewoon leef- en werkmilieu; hij kan georganiseerd worden voor de types 1, 3, 4, 6 en 7.

- Opleidingsvorm 4: algemeen, beroeps-, kunst- en technisch onderwijs

Deze opleidingsvorm geeft een voorbereiding op een studie in het hoger onderwijs en op de integratie in het actieve leven; hij kan georganiseerd worden voor de types 3, 4, 5, 6 en 7. Binnen opleidingsvorm 4 worden verschillende studierichtingen georganiseerd, die overeenkomen met de studierichtingen uit het gewoon voltijds secundair onderwijs.

In Tabel 2.6 wordt het aantal kinderen dat in de voorbije schooljaren ingeschreven was in het buitengewoon secundair onderwijs samengevat [Scheys, 2010].

### Geïntegreerd onderwijs (GON)

Geïntegreerd onderwijs is een samenwerking tussen het gewoon en het buitengewoon onderwijs. Het GON bestaat op het niveau van het kleuter-, lager en secundair onderwijs en het hoger onderwijs buiten de universiteit.

Het geïntegreerd onderwijs bestaat erin dat leerlingen met een beperking, leer- of opvoedingsmoeilijkheden tijdelijk of permanent, gedeeltelijk of volledig, lessen kunnen volgen in een school voor gewoon onderwijs. Via een GON-begeleider biedt de school voor buitengewoon onderwijs dan onderwijskundige of paramedische hulp aan.

In tabel 2.7 is per onderwijsniveau en – type het aantal leerlingen weergegeven dat de laatste 4 schooljaren geïntegreerd onderwijs volgde.

<b>Tabel 2.7. Aantal leerlingen dat de afgelopen schooljaren geïntegreerd onderwijs volgde</b>				
<b>type</b>	<b>2006-07</b>	<b>2007-08</b>	<b>2008-09</b>	<b>2009-10</b>
<b>Kleuteronderwijs</b>				
2	4	1		
3				
4	558	608	639	671
6	95	100	101	110
7	438	525	614	715
<b>Lager onderwijs</b>				
1	2	4		
3	12	13	17	16
4	972	1.156	1.366	1.556
6	184	199	203	200
7	2.219	2.585	2.762	2.762
8	191	206	179	222
<b>Secundair onderwijs</b>				
1	1	7		6
3	141	144	158	188
4	520	666	758	963
6	173	181	182	182
7	1.724	2.205	2.622	2.912
<b>Algemeen totaal</b>	<b>7.234</b>	<b>8.600</b>	<b>9.601</b>	<b>10.503</b>

### Inclusief onderwijs (ION)

#### (voor leerlingen met een matige of ernstige verstandelijke beperking - type 2-leerlingen)

In het kader van inclusief onderwijs krijgen leerlingen met een mentale beperking de kans om aan te sluiten bij het gewoon lager of secundair onderwijs. De doelstelling van het ION is verschillend van die van het geïntegreerd onderwijs (GON). In het GON moeten de kinderen, met extra hulp, aan dezelfde vereisten kunnen voldoen als de kinderen uit het

## Inventaris van de doelgroepen

gewoon onderwijs. Dit heeft als gevolg dat niet elk kind in aanmerking komt voor GON. Inclusief onderwijs daarentegen gaat ervan uit dat de doelstellingen in het onderwijs per kind kunnen verschillen. De nadruk ligt dan eerder op de sociale integratie in de klas.

Binnen het inclusief onderwijs volgt de leerling de lessen in het gewoon onderwijs. Hiervoor krijgen de leerling, de leerkracht en het team ondersteuning vanuit het buitengewoon onderwijs (type 2). De school voor buitengewoon onderwijs krijgt per ondersteunde leerling in het inclusief onderwijs 5,5 lesuren en een integratietoelage. Het is de bedoeling dat de leerling door deze ondersteuning aan zoveel mogelijk lessen en activiteiten kan deelnemen.

Het project 'inclusief onderwijs' startte als experiment in het schooljaar 1999-2000 met een groep van 13 leerlingen in het lager onderwijs. Vanaf het schooljaar 2003-2004 is de maatregel structureel: ca. 50 leerlingen kunnen inclusief onderwijs volgen. Sinds het schooljaar 2008-2009 is dit aantal opgetrokken.

In tabel 2.8 is weergegeven hoeveel leerlingen de laatste 4 schooljaren aan het project 'inclusief onderwijs' participeerden.

	Lager onderwijs	Secundair onderwijs
2006-2007	43	7
2007-2008	39	11
2008-2009	48	18
2009-2010	58	23

### 2.3.1.4.2.2. Wallonië

#### **Buitengewoon onderwijs**

Het buitengewoon onderwijs is opgesplitst in verschillende types. In het decreet van 03/03/2004 werd het volgende gepreciseerd: elk type werd aangepast aan de algemene educatieve noden en in het bijzonder aan de noden van de leerlingen van het bijzonder onderwijs behorend tot eenzelfde groep. Deze noden werden bepaald in functie van de voornaamste gemeenschappelijke beperking binnen deze groep.

Tabel 2.9 geeft een overzicht van de onderwijsniveaus en onderwijstypes in functie van aard van de beperking.

type onderwijs	niveau kleuteronderwijs	niveau basisonderwijs	niveau secundair onderwijs	richt zich tot leerlingen met
1		X	X	een licht mentale beperking
2	X	X	X	een gematigde of ernstig mentale beperking
3	X	X	X	gedragsproblemen
4	X	X	X	lichamelijke beperkingen
5	X	X	X	ziekte of die herstellende zijn
6	X	X	X	visuele beperkingen
7	X	X	X	auditive beperkingen
8		X		leerstoornissen

### Buitengewoon basisonderwijs

Het buitengewoon basis onderwijs is georganiseerd volgens 4 graden van maturiteit en niet volgens studiejaarcycli zoals in het reguliere onderwijs.

Voor het type 2 onderwijs voor leerlingen met een gemiddelde of ernstige mentale achterstand zijn de graden van maturiteit als volgt gedefinieerd :

- maturiteit I : niveau van zelfstandig functioneren en inburgering
- maturiteit II : niveau van voorschools leren
- maturiteit III : bewustwording van de eerste voorschoolse kennis (initiatie)
- maturiteit IV : verdieping

Voor de andere vormen van onderwijs, zijn de graden als volgt gedefinieerd :

- maturiteit I : niveau van voorschools leren
- maturiteit II : bewustwording van het voorschoolse leren
- maturiteit III : beheersing en ontwikkeling van de verworven kennis
- maturiteit IV : functioneel gebruik van de verworven kennis volgens de voorgestelde richtingen

De overgang van de ene maturiteitsgraad naar de andere is gelinkt aan de verwerving van specifieke vaardigheden. Dit kan gebeuren op elk moment tijdens het lopende schooljaar.

In Tabel 2.10 wordt een overzicht gegeven van het aantal kinderen dat school loopt in het buitengewoon basisonderwijs in Wallonië [Hubin, 2010].

<b>Tabel 2.10. Aantal kinderen ingeschreven in het buitengewoon onderwijs in Wallonië</b>	
<b>Onderwijscategorie</b>	<b>Schooljaar 2007-2008</b>
Buitengewoon kleuter onderwijs	1.950
Buitengewoon lager onderwijs	27.140
Buitengewoon secundair onderwijs	18.263
<b>Totaal</b>	<b>47.353</b>

### Buitengewoon secundair onderwijs

Het buitengewoon secundair onderwijs bestaat uit 4 vormen; het houdt rekening met de persoonlijke benadering van elke leerling.

- Onderwijsvorm 1 – Onderwijs in sociale aanpassing beoogt een sociale opleiding die het mogelijk maakt zich in een beschermde leefomgeving te integreren.
- Onderwijsvorm 2 – Onderwijs in sociale en professionele aanpassing beoogt een algemene en professionele opleiding om de integratie in een beschermde leef- en/of werkomgeving mogelijk te maken.
- Onderwijsvorm 3 – Beroepsonderwijs richt zich op het geven van een algemene, sociale en professionele opleiding om het mogelijk te maken zich te integreren op socio-professioneel vlak.
- Onderwijsvorm 4 – Algemeen -, technisch -, artistiek - of beroepsonderwijs  
Komt overeen met het reguliere secundair onderwijs met een verschillende omkadering, een aangepaste methode en specifieke middelen

In Tabel 2.10 wordt een overzicht gegeven van het aantal kinderen dat school loopt in het buitengewoon secundair onderwijs in Wallonië [Hubin, 2010].

### 2.3.1.4.3. Werken

#### 2.3.1.4.3.1. Vlaanderen

##### **Beschutte werkplaatsen**

Een beschutte werkplaats is in de eerste plaats een tewerkstellingsplaats voor alle werkwillige personen met een arbeidsbeperking die tijdelijk of definitief niet in het normaal economisch circuit terecht kunnen, waarbij personen met een beperking de prioritaire doelgroep vormen [2010c]. De beschutte werkplaatsen dienen ernaar te streven om in de eerste plaats de beschikbare arbeidsplaatsen toe te wijzen aan personen met een beperking, met specifieke aandacht voor de zwakke werknemers. Uiteindelijk doel van de beschutte werkplaats is de tewerkstelling van personen met een arbeidsbeperking met het oog op hun verbeterde integratie in de maatschappij. Op 1 oktober 2008 werd de procedure van toewijzing van de personen met een arbeidsbeperking aan de beschutte werkplaatsen gewijzigd. Ze wordt nu geregisseerd door de VDAB waarmee deze opdracht nu bij de Arbeidsbemiddeling zit en niet meer bij Welzijn.

In Vlaanderen zijn 67 beschutte werkplaatsen actief. Op 31 december 2009 stelden de 67 beschutte werkplaatsen 19.309 mensen te werk. Het merendeel van deze werknemers zijn personen met een beperking (15.772).

#### 2.3.1.4.3.2. Wallonië

##### **Het werk in een Beschutte Werkplaats [Baudine, 2010]**

Wanneer mensen omwille van hun beperking niet meer onder gewone werkomstandigheden een professionele activiteit kunnen uitoefenen, kan het Agentschap een plaats in de beschutte werkplaatsen (BW) voorstellen. Achtervijftig erkende beschutte werkplaatsen geven werk aan minder valide personen waardoor hun vaardigheden benut worden en waardoor een evolutieproces op gang kan komen.

Het merendeel van deze BW's zijn KMO's met minder dan 100 werknemers die goederen en diensten leveren in verschillende domeinen (houtbewerking, metalen, bouw, chemische industrie, drukwerk, verpakkingen, enz.). In goed gedefinieerde omstandigheden kunnen de Beschutte Werkplaatsen een deel van hun personeel in gewone bedrijven tewerkstellen.

Om de vaardigheden van mensen die binnen een beschutte werkplaats een aanpassingsperiode nodig hebben verder te ontwikkelen, organiseren sommige bedrijven een welcomsessie en een opleiding voor toekomstige werknemers met een aangepast professioneel contract.

Om oudere werknemers of werknemers met minstens 10 jaar anciënniteit die niet meer over de nodige vaardigheden beschikken om het werk waarvoor zij aangesteld werden uit te voeren, aan de slag te houden, hebben Beschutte Werkplaatsen een richtlijn tot behoud van het werk ontwikkeld, met het akkoord en de financiële steun van het Agentschap. In 2009 hebben de 58 beschutte werkplaatsen 6.930 minder valide werknemers tewerkgesteld [Baudine, 2010].

### 2.3.2 Kwetsbare ouderen

#### 2.3.2.1 Omschrijving doelgroep

Steeds meer mensen worden oud. Door een eerder kleine toename van het totale bevolkingscijfer en een grote toename van het aantal personen ouder dan 65 jaar neemt het aantal ouderen in de bevolking van België zowel absoluut als relatief toe (vergrijzing) (Tabel 2.11). In 2007 waren er 10.584.534 miljoen inwoners in België waarvan 2.362.949 (22,32%) ouder dan 60 jaar. Men verwacht dat dit aandeel 60-plussers tegen 2050 zal stijgen tot 31,43 %. Steeds meer ouderen bereiken zelfs een hogere leeftijd van 80 jaar en ouder. Dit noemt men de vergrijzing binnen de vergrijzing of 'dubbele vergrijzing'. In 2007 bedroeg het aantal 80-plussers in België 422.032 (3,99%). De verwachting is dat het percentage 80-plussers de komende decennia blijft stijgen tot 5,21% in 2030 en 7,65 % in 2050 [Bevolkingsvooruitzichten, 2010]. Het spreekt voor zich dat de doelgroep van de ouderen een belangrijke groep wordt binnen de bevolking.



**Tabel 2.11: Bevolkingsvooruitzichten voor verschillende leeftijdscategorieën in België.**

	2007	2010	2020	2030	2040	2050
<b>Totaal</b>	<b>10.584.534</b>	<b>10.807.396</b>	<b>11.538.332</b>	<b>11.982.074</b>	<b>12.227.315</b>	<b>12.439.135</b>
<60	8.221.585	8.317.899	8.586.570	8.521.545	8.483.775	8.529.762
% <60	77,68	76,96	74,42	71,12	69,38	68,57
>=60<80	1.879.310	1.959.519	2.314.188	2.687.041	2.707.257	2.656.866
% >=60<80	17,76	18,13	20,06	22,43	22,14	21,36
>=80<90	422.032	470.404	520.347	624.232	826.701	951.022
% >=80<90	3,99	4,35	4,51	5,21	6,76	7,65
>90	61.607	59.574	117.227	149.256	209.582	301.485
% >90	0,58	0,55	1,02	1,25	1,71	2,42

<http://statbel.fgov.be/nl/statistiek/cijfers/index.jsp>

### 2.3.2.2 Terminologie, definities en afbakening

Uit de literatuur en de praktijk blijkt dat er geen eensgezinde definitie bestaat voor de begrippen ‘kwetsbaar’ (fragile, vulnérable) en ‘kwetsbaarheid’ (fragilité, vulnérabilité). In de Angelsaksische literatuur worden de termen ‘vulnerable, vulnerability<sup>1</sup>’ en ‘fragile, fragility<sup>2</sup>’ gebruikt. Of een oudere kwetsbaar of fragiel is hangt af van fysieke (fysiologisch en pathologisch), mentale, affectieve, sociale en omgevingsgebonden factoren.

In de context van de ouderen wordt ook de term zwakheid (fragilité, frailty) gebruikt. Charles F. Fahey introduceerde voor het eerst de term ‘frailty’. In 1978 omschreef hij ‘frail elderly’ als personen, meestal maar niet altijd, ouder dan 75, die omwille van verschillende problemen nood hebben aan hulp in hun dagelijks leven [Rockwood ea., 1994]. Uit meer recente literatuur blijkt dat er ook voor deze term geen eensgezinde definitie bestaat en de klinische relevantie van deze term wordt in vraag gesteld [Fawcett, 1995; Fried ea., 2001; Ferrucci ea., 2004; Studenski ea., 2004; Rockwood, 2005]. Zwakheid wordt in de literatuur geassocieerd met fysiologische, lichamelijke of cognitieve achteruitgang die met veroudering gepaard gaat.

In mei 2010 werd door Gobbens in zijn proefschrift [Gobbens, 2010] een onderzoek voorgesteld naar een conceptuele definitie van frailty. De definitie van Schuurmans [Schuurmans ea., 2004] behaalde in een Delphi procedure de hoogste score. Fragiliteit wordt gedefinieerd als een verlies aan bronnen in verschillende domeinen van het functioneren, wat leidt tot een vermindering van de reservecapaciteit voor het omgaan met stressoren.

In literatuur wordt de term ‘zwakheid’ ten onrechte gebruikt als synoniem voor comorbiditeit of lichamelijke beperking (invalidité, disability). Het zich voordoen van verschillende aandoeningen bij éénzelfde persoon (comorbiditeit) is een risicofactor voor zwakheid. De lichamelijke beperking(en) zijn een gevolg van zwakheid [Fried, 2001].

In de context van het verlenen van zorg voor ouderen is de term ‘afhankelijkheid’ (dépendance, dependence) zeer belangrijk. Dit begrip geeft aan in welke mate een persoon afhankelijk is voor zorg of, in de positieve zin gesteld, in welke mate de oudere nog zelfredzaam (autonome, self-reliant) is.

Zorgafhankelijkheid (soins de dépendance, care dependency) ontstaat wanneer voor het voldoen van deze behoeften, beroep moet worden gedaan op een andere persoon. Zorgafhankelijkheid is een pluri-functioneel en multidimensioneel concept dat niet alleen gedefinieerd wordt door biomedische referentiekaders. De fysieke en sociale omgeving waarin een persoon leeft, zijn ook belangrijk [Rochtus ea., 2009].

<sup>1</sup> Vulnerability: The conditions determined by physical, social, economic, and environmental factors or processes, which increase the susceptibility of a person to the impact of hazards.

<sup>2</sup> Fragility: quality of being easily damaged or destroyed or lack of physical strength

Het project 'Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden' situeert zich op het terrein van het verlenen van zorg, het verlenen van mondzorg in het bijzonder. Daarom wordt voor het afbakenen van de doelgroep het begrip 'zorgafhankelijkheid' gehanteerd.

Om de mate van afhankelijkheid of zelfredzaamheid te bepalen worden observatieschalen en/of vragenlijsten en testen gebruikt. In het kader van deze studie worden die schalen besproken die van toepassing zijn voor het bepalen van de graad van afhankelijkheid van de doelgroep kwetsbare ouderen.

### **Katz-schaal [Rochtus ea., 2009]**

De federale overheid in België past de Katz-schaal (of afgeleide) toe om de tegemoetkoming bij opname in een woonzorgcentrum of bij thuisverzorging toe te kennen. De Vlaamse overheid past een afgeleide van deze schaal toe bij de coördinatie van de thuiszorg (BEL-schaal) (zie verder). De Katz-schaal meet de fysieke afhankelijkheid van een bepaalde persoon aan de hand van 6 basiscriteria: zich wassen (laagste criterium), zich kleden, transfer en zich verplaatsen, toiletbezoek, continëntie en eten (hoogste parameter). Deze volgorde werd bepaald door onderzoek dat aantoonde dat personen eerst te maken hebben met een beperking om zich te wassen, nadien om zich te kleden, enz... iemand die hulp nodig heeft om zich te kleden heeft doorgaans ook hulp nodig om zich te wassen. Om het aantal punten te bepalen (fysiek functieverlies) dient voor ieder criterium het functioneringsniveau te worden bepaald.

Volgende zorgcategorieën worden onderscheiden:

Categorie O : fysiek en psychisch onafhankelijk

Categorie A : fysiek afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;

psychisch afhankelijk: gedesoriënteerd in tijd en ruimte, én fysiek volledig onafhankelijk;

Categorie B : fysiek afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én voor de transfer en verplaatsingen en/of naar het toilet te gaan;

psychisch afhankelijk: gedesoriënteerd in tijd én ruimte, én afhankelijk om zich te wassen en/of te kleden;

Categorie C : fysiek afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én voor de transfer en verplaatsingen en naar het toilet te gaan en afhankelijk wegens incontinentie en/of om te eten;

Cat. C-dement : psychisch afhankelijk en gedesoriënteerd in tijd én ruimte, en afhankelijk om zich te wassen en te kleden, en afhankelijk wegens incontinentie, en afhankelijk voor de transfer en verplaatsingen en/of om naar het toilet te gaan en/of om te eten.

De categoriebepaling gebeurt door de adviserende geneesheer. De Katz-schaal houdt enkel rekening met fysieke en psychische factoren en is op zich niet toereikend om de zorgbehoefte van een persoon in de thuiszorg te bepalen. Daarom werden voor de thuiszorg andere schalen ontwikkeld zoals de Weckx-schaal en de BEL-schaal.

### **Weckx-schaal [Rochtus ea., 2009]**

De Weckx-schaal beoordeelt naast de fysieke afhankelijkheid ook de psychische afhankelijkheid (oriëntatie in tijd en ruimte en de rusteloosheid), de sociale context, de woonsituatie (hulp onder zelfde dak), de aanwezigheid van mantelzorg (hulp niet onder zelfde dak) en het comfort (de sanitaire uitrusting).

### **BEL-profielschaal [Rochtus ea., 2009]**

De diensten Gezins- en Bejaardenhulp maken gebruik van de Bel-profielschaal of 'Basis Eerste Lijns'- profielschaal. Deze schaal omvat een sociaal onderzoek bestaande uit de samenstelling van het gezin, de inkomsten en uitgaven (ivm ziekte); gegevens over het cliëntsysteem (samenwonend, alleenstaand, aanwezigheid kinderen met leeftijd, aanwezigheid andere personen), kwaliteit van familiale en sociale relaties, woonsituatie en de aanwezigheid van mantelzorg, andere professionele hulp en commerciële hulp en als derde deel een foto van de cliënt.

Via 27 items worden de algemene activiteiten dagelijks leven (ADL) nagegaan. Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zijn de handelingen die mensen dagelijks in het gewone leven verrichten (eten, drinken, bewegen, praten, lichamelijke hygiëne). Het begrip wordt vooral in de zorg gebruikt om te bepalen in hoeverre iemand zelfredzaam is. Ieder item wordt als volgt gequoteerd: 0 punten: geen zorgbehoefte/komt niet voor; 1 punt: enige zorgbehoefte/komt nu en dan voor; 2 punten: meer zorgbehoefte/komt meestal voor; 3 punten: veel zorgbehoefte/komt voortdurend voor.

A. Huishoudelijke ADL (fysiek, psychisch disfunctioneren, niet geleerd of niet willen): onderhoud, was, strijk, boodschappen, maaltijden bereiden, organisatie, huishoudelijk werk

- B. Lichamelijke ADL (fysiek niet kunnen): wassen, kleden, verplaatsen, toiletbezoek, incontinentie, eten
- C. Sociale ADL (fysiek, psychisch disfunctioneren, niet geleerd of niet willen): sociaal verlies, trouw aan therapie + gezondheidsregels, veiligheid in en om huis, administratie, financiële verrichtingen (+ indien gezinshulp), hygiënische verzorging kinderen, opvang kinderen
- D. Geestelijke gezondheid (psychisch disfunctioneren): desoriëntatie in tijd, desoriëntatie in ruimte, desoriëntatie in personen, niet-doelgericht gedrag, storend gedrag, initiatiefloos gedrag, neerslachtige stemming, angstige stemming.

Een persoon in de thuiszorg kan beroep doen op verschillende soorten ondersteunende dienstverlening. Een aantal organisaties (bv. het Wit-Gele Kruis) of zelfstandige verpleegkundigen geven de nodige verpleegzorgen aan huis.

Volgende zorgforfaits worden onderscheiden:

- a. toiletten: de patiënten moeten minimum 2 punten scoren voor 'afhankelijkheid wassen' (Katz-schaal).  
Volgende personen komen in aanmerking voor een dagelijks toilet (verricht door een verpleegkundige): personen die in aanmerking komen voor een forfait A, B of C; incontinentiepatiënten (+ minimum 2 punten Katz-score voor wassen en kleden); patiënten met dementiesyndroom (+ minimum 2 punten Katz-score voor wassen en kleden); patiënten die 4 punten scoren op de Katz-schaal voor wassen en kleden
- b. forfait A, forfait B en forfait C: een forfait wordt toegekend naargelang de graad van afhankelijkheid en in functie van het aantal behaalde punten op de Katz-schaal.

#### **Afbakening van de doelgroep [Heeren en Thewys, 1999]**

In de context van deze studie wordt met een 'kwetsbare oudere' elke persoon (65 of ouder) bedoeld die in min of meerdere mate zorgafhankelijk is en die geniet van een zorgforfait 'toilet', 'A', 'B', of 'C' in de thuiszorg of een zorgforfait 'O', 'A', 'B', 'C' of 'Cd' in een woonzorgcentrum.

#### **Inclusie- en exclusiecriteria**

Als doelgroep voor deze studie worden alleen die ouderen betrokken die nood hebben aan langdurig wonen met zorg en een zorgforfait genieten:

- ouderen met langdurige vraag voor verpleegkundige zorg, Activiteiten Dagelijks Leven-(ADL) en Instrumentele Activiteiten Dagelijks Leven<sup>3</sup>-(IADL) ondersteuning, woonadvies, die thuis verblijven met ondersteuning van thuiszorgdiensten, alarmdiensten en woonondersteuning
- ouderen met langdurige vraag naar zorg die in residentiële voorzieningen verblijven met zorg (Rustoordbed (ROB), Rust- en Verzorgingstehuis (RVT), Psychiatrisch Verzorgingstehuis PVT) (zie 2.3.2.4.3)
- ouderen met een langdurige vraag naar wonen en (beperkte) zorg, die in semi-residentiële voorzieningen (serviceflats, aanleunwoningen) verblijven en geen zorgforfait genieten

Volgende personen, 65 jaar of ouder worden geëxcludeerd:

- personen die in specifieke woonvoorzieningen (bejaardenwoning, groepswoning, kangoeroewoning, duplexwoning) voor ouderen wonen en geen forfait genieten
- personen met een tijdelijke vraag naar zorg, verblijf, revalidatie of animatie, die beroep doen op transmurale voorzieningen (dagverzorgingscentra, nachtopvang, kortverblijf, dienstencentra).
- personen die omwille van een acute vraag naar behandeling tijdelijk in een ziekenhuis verblijven:
  - Ziekenhuisdienst Geriatrie (G-dienst)
  - Psychogeriatrische dienst binnen psychiatrisch ziekenhuis (Vp-dienst)
  - Gespecialiseerde ziekenhuisdienst voor behandeling en revalidatie bestemd voor patiënten met cardio-pulmonaire, neurologische, locomotorische, psychogeriatrische en chronische aandoeningen (Sp-dienst))

---

<sup>3</sup> bijvoorbeeld boodschappen doen, financiële verrichtingen, telefoneren, schrijven,... Deze verrichtingen zijn complexer dan de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) zoals bijvoorbeeld zich aankleden

### 2.3.2.3 Aantal kwetsbare ouderen

Op 31 maart 2007 was het aantal kwetsbare ouderen in België dat één van hoger vermelde zorgforfaits genoot in de thuiszorg of in een woonzorgcentrum gelijk aan 257.002 (Tabel 2.12). Dit is 10.88% van het aantal personen ouder dan 60 jaar. Van de totale bevolkingsgroep maakt deze groep 2.43% uit. Het aantal personen ouder dan 60 jaar met een langdurige en gestabiliseerde psychische stoornis of met een mentale beperking dat in een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) verblijft, bedroeg in 2007 minder dan 1.800.

Kwetsbare ouderen	31 maart 2007
Thuiszorg	136.832
Woonzorgcentra	120.170
Psychiatrisch verzorgingstehuis	<1.800
<b>Totaal</b>	<b>&lt;258.802</b>

### 2.3.2.4 Waar verblijven de kwetsbare ouderen [Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid]

#### 2.3.2.4.1 Personen in de thuiszorg

Het is algemeen gekend dat de meeste mensen zo lang mogelijk in hun eigen woonst willen blijven. Drie vierden wil nooit verhuizen en in geval van zorgafhankelijkheid wil 88% diensten aan huis [Rochtus ea., 2009].

Personen in de thuiszorg kunnen genieten van een aantal thuiszorgondersteunende diensten:

#### **Samenwerkingsinitiatieven Eerste Lijnsgezondheidszorg (SEL's)**

Bij decreet (03.03.2004 BS 20.04.2004) werden de Samenwerkingsinitiatieven Eerste Lijnsgezondheidszorg (SEL's) opgericht. De SEL's richten zich vooral op de organisatorische activiteiten eigen aan eerstelijnsgezondheidszorg. In die zin beogen ze de samenwerking te bevorderen tussen alle zorgaanbieders actief in de eerstelijnszorg, tussen de zorgaanbieders en gebruikers, mantelzorgers en vrijwilligers en tussen organisaties, diensten en personen met een meer gespecialiseerd zorgaanbod.

#### **Thuiszorgaanbod van het ziekenfonds**

De centra algemeen welzijnswerk (CAW dienst maatschappelijk werk), die vervat zijn in de dienstverlening van de ziekenfondsen, hebben een specifieke opdracht naar chronische zieke personen, personen met een beperking en zorgbehoevende ouderen.

#### **Teams voor thuisverpleging**

De Vlaamse overheid erkent de teams voor thuisverpleging om de kwaliteit, samenwerking en continuïteit van verpleegkundige thuiszorg te waarborgen.

#### **Diensten voor gezinszorg en aanvullende hulp**

Gezinszorg biedt persoonsverzorging, huishoudelijke hulp en schoonmaakhulp. Ook de bijhorende algemene psychosociale en pedagogische ondersteuning en begeleiding behoren tot de dienstverlening. Gezinszorg kan zowel preventief als herstellend, verzorgend of palliatief zijn. Deze dienst kan ondersteunend, aanvullend of vervangend zijn. Gezinszorg wordt alleen geboden in het natuurlijk thuismilieu van de gebruiker op voorwaarde dat uit een sociaal onderzoek blijkt dat de draagkracht van de gebruiker of zijn omgeving, hetzij wegens geestelijke of lichamelijke ongeschiktheid, hetzij wegens bijzondere sociale omstandigheden, niet voldoende is om de lasten op het gebied van persoonsverzorging en huishoudelijke taken te dragen.

#### **Diensten voor logistieke hulp en aanvullende thuiszorg**

De logistieke hulp en aanvullende thuiszorg wordt alleen geboden in het natuurlijk thuismilieu van de gebruiker en als

uit een sociaal onderzoek blijkt dat de draagkracht van de gebruiker of zijn omgeving, hetzij wegens geestelijke of lichamelijke ongeschiktheid, hetzij wegens bijzondere sociale omstandigheden, niet voldoende is. 'Logistieke hulp en aanvullende thuiszorg' is het hulp- en dienstverleningsaanbod aan huis dat bestaat uit schoonmaakhulp, klusjeshulp en/of oppashulp, alsook de daarmee verband houdende algemene psychosociale en pedagogische ondersteuning.

#### Aantal kwetsbare ouderen in de thuiszorg [RIZIV, 2007]

Het aantal personen dat thuis woont met thuiszorg was door middel van een zoekopdracht in Google niet te vinden. Daarom werd beroep gedaan op de Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Tabel 2.13 geeft het aantal personen weer in de thuiszorg per zorgforfait en per leeftijdscategorie.

<b>Tabel 2.13: Aantal personen in de thuiszorg volgens leeftijdscategorie en zorgafhankelijkheid</b>				
<b>Thuisforfaits</b>				
<b>België</b>	<b>&gt;=90</b>	<b>&gt;=80 &lt;90</b>	<b>&gt;=60 &lt;80</b>	<b>&lt;60</b>
Toilet	6.210	33.420	26.715	5.263
A	4.012	16.253	12.821	3.405
B	3.621	11.327	9.524	3.717
C	2.057	6.190	4.682	3.101
Totaal	15.900	67.190	53.742	15.486
<b>Totaal &gt;60</b>	<b>136.832</b>			
<b>Vlaanderen</b>				
Toilet	4.783	25.631	20.356	3.631
A	2.856	11.478	9.006	2.242
B	2.416	7.385	6.341	2.354
C	1.286	3.802	2.878	1.910
Totaal	11.341	48.296	38.581	10.137
<b>Totaal &gt;60</b>	<b>98.218</b>			
<b>Brussel</b>				
Toilet	181	741	522	170
A	247	738	497	156
B	206	534	437	194
C	104	239	206	172
Totaal	738	2.252	1.662	692
<b>Totaal &gt;60</b>	<b>4.652</b>			
<b>Wallonië</b>				
Toilet	1.246	7.048	5.837	1.462
A	909	4.037	3.318	1.007
B	999	3.408	2.746	1.169
C	667	2.149	1.598	1.019
Totaal	3.821	16.642	13.499	4.657
<b>Totaal &gt;60</b>	<b>33.962</b>			

Zodra de thuisopvang niet meer mogelijk is dringt een opname in een woonzorgcentrum zich op.

### 2.3.2.4.2 Personen in woonzorgcentra (ROB en RVT-erkenningen)

Een rusthuis is een bij decreet beschermde collectieve woonvorm waar aan de ouderen huisvesting wordt gegeven met de mogelijkheid geheel of gedeeltelijk gebruik te maken van de aangeboden gezins- en huishoudelijke zorg.

In de woonzorgcentra onderscheidt men 2 soorten erkenningen die voor de context van deze studie van belang zijn:

- ROB-erkenning = erkenning voor een rustoordbed (Fr. MR = maison de repos);
- RVT-erkenning = bijkomende erkenning bovenop de ROB-erkenning. Deze erkenning betreft ouderen met meer zorgbehoefte (Fr. MRS = maison de repos et de soins).

De overheid kende aan vele, maar niet aan alle rusthuizen, een aantal rust- en verzorgingsbedden toe. Deze RVT-bedden zijn bedoeld voor zwaar zorgbehoevende ouderen, die er van een intensieve verzorging kunnen genieten. Naast deze “rusthuis-RVT’s” bestaan ook nog een aantal ziekenhuis-RVT’s’.

Recent werd de term woonzorgcentrum (WZC) voorgesteld om gebruikt te worden voor de rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen.

Momenteel verblijven in de meeste WZC meer zwaar zorgbehoevenden dan er RVT-erkenningen zijn. Dit betekent dat een aantal ouderen met een B, C of Cd forfait in een ROB-bed dienen te liggen met negatieve financiële gevolgen voor de woonzorgcentra die in de context van deze studie van belang kunnen zijn.

Het aantal ouderen in woonzorgcentra in functie van zorgforfait en leeftijdsgroep wordt weergegeven in tabel 2.14 [RIZIV, 2007].

<b>Tabel 2.14: Aantal personen in woonzorgcentra</b>				
<b>Woonzorgcentra (ROB+RVT)</b>				
<b>België</b>	<b>&gt;=90</b>	<b>&gt;=80 &lt;90</b>	<b>&gt;=60 &lt;80</b>	<b>&lt;60</b>
O	5.772	13.275	6.960	723
A	4.516	10.432	4.829	504
B	6.555	13.552	5.928	584
C	3.608	6.643	3.085	288
Cd	10.717	17.418	6.880	588
Totaal	31.168	61.320	27.682	2.687
<b>Totaal &gt;=60</b>	<b>120.170</b>			
<b>Vlaanderen</b>	<b>&gt;=90</b>	<b>&gt;=80 &lt;90</b>	<b>&gt;=60 &lt;80</b>	<b>&lt;60</b>
O	2.576	5.732	2.615	116
A	2.478	5.161	2.184	126
B	3.796	7.419	2.899	165
C	1.893	3.486	1.570	100
Cd	6.125	9.688	3.688	191
Totaal	16.868	31.486	12.956	698
<b>Totaal &gt;=60</b>	<b>61.310</b>			

**Tabel 2.14 (vervolg): Aantal personen in woonzorgcentra**

Woonzorgcentra (ROB+RVT)				
Brussel	>=90	>=80 <90	>=60 <80	<60
O	1.056	1.951	1.203	217
A	485	1.030	534	127
B	662	1.253	619	145
C	469	649	349	35
Cd	1.233	1.773	705	100
Totaal	3.905	6.656	3.410	624
<b>Totaal &gt;=60</b>	<b>13.971</b>			
Wallonië	>=90	>=80 <90	>=60 <80	<60
O	2.140	5.592	3.142	390
A	1.553	4.241	2.111	251
B	2.097	4.880	2.410	274
C	1.246	2.508	1.166	153
Cd	3.359	5.957	2.487	297
Totaal	10.395	23.178	11.316	1.365
<b>Totaal &gt;=60</b>	<b>44.889</b>			

Op 20 oktober 2009 telde België 1.614 woonzorgcentra. De Vlaamse Gemeenschap telt 752 woonzorgcentra, Wallonië 675, Brussel 178 en de Duitse Gemeenschap 9. Deze woonzorgcentra worden bestuurd door 3 soorten bestuur: openbaar bestuur (OCMW), privé met vereniging zonder winstoogmerk (VZW) en woonzorgcentra met een commercieel bestuur.

Tabel 2.15 geeft een verdeling van woonzorgcentra per bestuur en voor de gemeenschappen. Hieruit valt op te merken dat de Waalse gemeenschap bijna evenveel woonzorgcentra telt als de Vlaamse wat resulteert in een groot aantal Waalse woonzorgcentra met een kleine capaciteit. In Brussel en Wallonië zijn de woonzorgcentra vooral in handen van de commerciële sector. De openbare besturen (OCMW) tellen 405 woonzorgcentra met een gemiddelde van 101,11 woongelegenheden, de VZW-besturen/privé ASBL 480 met een gemiddelde van 94,69 woongelegenheden en de commerciële sector (privé commercieel/privé commercial) 729 met een gemiddelde van 60,68 woongelegenheden.

**Tabel 2.15: Woonzorgcentra ifv bestuur en gemeenschappen**

Bestuur	Vlaamse Gemeenschap	Waalse Gemeenschap	Brussel	Duitse Gemeenschap
OCMW/CPAS	226	148	28	3
VZW/ASBL	348	110	20	2
Commercieel/Commercial	178	417	130	4
<b>Totaal</b>	<b>752</b>	<b>675</b>	<b>178</b>	<b>9</b>

### Capaciteit

Het grootste aandeel (43.4%) van de woonzorgcentra heeft 51 tot 100 woongelegenheden. Bijna 73% van de woonzorgcentra in België telt minder dan 101 woongelegenheden. Bijna één derde (29.4%) telt minder dan 51 woongelegenheden (Tabel 2.16).

**Tabel 2.16: Aandeel woonzorgcentra ifv het aantal woongelegenheden**

Capaciteit: aantal woongelegenheden	Aantal	Percentage
1-50	475	29,4
51-100	701	43,4
101-150	207	18,4
151-200	107	6,6
201-250	20	1,2
>250	14	0,9

Van de gemeenschappen kent de Waalse gemeenschap het grootst aantal woonzorgcentra met minder dan 50 woongelegenheden. De woonzorgcentra met de grootste capaciteit zijn gevestigd in de Vlaamse gemeenschap (Tabel 2.17).

**Tabel 2.17: Woonzorgcentra ifv gemeenschappen en aantal woongelegenheden**

Aantal woongelegenheden	1-50	51-100	101-150	151-200	201-250	>250
<b>Gemeenschap</b>						
Vlaamse	167	340	156	69	10	10
Waalse	255	286	108	19	4	3
Brusselse	50	73	29	19	6	1
Duitse	3	2	4	0	0	0

Vijf en zeventig procent van de woonzorgcentra met minder dan 50 woongelegenheden wordt bestuurd door de commerciële sector. Woonzorgcentra met de grootste capaciteit worden eerder bestuurd door de openbare sector (Tabel 2.18).

**Tabel 2.18: Woonzorgcentra ifv bestuur en aantal woongelegenheden**

Aantal woongelegenheden	1-50	51-100	101-150	151-200	201-250	>250
<b>Bestuur</b>						
CPAS/OCMW	44	201	93	49	11	7
ASBL/VZW	73	225	132	38	7	5
Commercial/commercieel	358	275	72	20	2	2

### 2.3.2.4.3. Psychiatrische verzorgingstehuizen

Vlaanderen telt 24 psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) met 2.230 plaatsen, Brussel telt er 5 met 252 plaatsen en Wallonië 13 met 801 plaatsen. Voor België betekent dat in totaal 3.283 plaatsen. Uit een tabel met overzicht van totaal aantal uitbetaalde dagen blijkt dat het hier gaat om een groep van ongeveer 1.800 personen ouder dan 60 jaar.

Initieel kwam deze doelgroep in aanmerking voor de selectie van de PBN steekproef, maar omwille van het gering aantal te onderzoeken personen werd beslist deze personen niet op te nemen omdat dit te beperkt is voor het uitvoeren van zinvolle analyses.



## 2.4 Samenvatting

Op het pre-congres dat in het kader van deze studie werd georganiseerd naar aanleiding van het iADH symposium, werd (specifiek voor deze opdracht) de volgende definitie voor personen met bijzondere noden voorgesteld door de aanwezigen van de discussiegroepen: “People who cannot take care of their own (oral) health because of mental, physical or medical condition, irrespective of age” of in het Nederlands “Personen die niet zelf kunnen instaan voor hun (mond)gezondheid omwille van mentale, fysieke of medische toestand, en dat zonder leeftijdsbeperking”.

### 2.4.1. Personen met beperkingen

Kinderen van 0 tot 21 jaar met een aandoening of met een handicap kunnen genieten van een bijkomende kinderbijslag; op 31 december 2009 hadden in België **36.632 kinderen** recht op een verhoogde kinderbijslag.

**Volwassenen** met een beperking kunnen beroep doen op een inkomensvervangende tegemoetkoming wanneer de lichamelijke of psychische toestand het verdienvermogen heeft verminderd tot een derde of minder van wat een “gezonde persoon” verdient en/of op een integratietegemoetkoming wanneer ze vanwege een vermindering van de zelfredzaamheid, bijkomende kosten te dragen hebben. In november 2009 hadden in België **291.055** personen een medische erkenningen IVT en/of IT waarvan er 151.781 ook effectief recht hadden op een IVT en/of IT-uitkering. 139.274 personen hadden geen recht op de tegemoetkoming maar waren enkel medisch erkend.

In dit hoofdstuk wordt verder een overzicht gegeven van de verschillende aangepaste woonvormen (bv. beschermd wonen, begeleid wonen), onderwijsvormen (bv. buitengewoon onderwijs) en werkomstandigheden (bv. beschutte werkplaats) voor personen met beperkingen in Vlaanderen en Wallonië en het aantal personen dat er beroep op doet.

### 2.4.2. Kwetsbare ouderen

Er bestaat geen algemeen aanvaarde definitie van het begrip ‘kwetsbaar’. Daarom werd in deze studie de term ‘**zorgafhankelijkheid**’ gehanteerd om de doelgroep af te bakenen. Voor het bepalen van de graad van zorgafhankelijkheid worden in België verschillende indexen gebruikt voor ouderen die thuis of in woonzorgcentra verblijven.

Voor deze studie wordt met een ‘kwetsbare oudere’ **elke persoon (65 of ouder)** bedoeld die in min of meerdere mate zorgafhankelijk is en die geniet van een zorgforfait ‘toilet’, ‘A’, ‘B’, of ‘C’ in de thuiszorg of een zorgforfait ‘O’, ‘A’, ‘B’, ‘C’ of ‘Cd’ in een woonzorgcentrum.

Op 31 maart 2007 was het aantal kwetsbare ouderen dat één van hoger vermelde zorgforfaits geniet in de thuiszorg of in een woonzorgcentrum gelijk aan **257.002**. Dit is 10.88% van het aantal personen ouder dan 60 jaar. Van de totale bevolkingsgroep maakt deze groep 2.43% uit. Het aandeel kwetsbare ouderen in de thuiszorg bedraagt 53% tegenover 47% ouderen in woonzorgcentra. Minder dan 1.800 personen ouder dan 60 verblijven in een psychiatrisch verzorgingstehuis.

Op 20 oktober 2009 telde België **1.614 woonzorgcentra**. De Vlaamse Gemeenschap telt 752 woonzorgcentra, Wallonië 675, Brussel 178 en de Duitse Gemeenschap 9. Deze woonzorgcentra worden bestuurd door 3 soorten bestuur: openbaar bestuur (CPAS/OCMW), privé met vereniging zonder winstoogmerk (ASBL/VZW) en woonzorgcentra met een commercieel bestuur.

Er bestaat een grote diversiteit tussen het aantal woonzorgcentra naar capaciteit en bestuur. De Waalse gemeenschap telt bijna evenveel woonzorgcentra als de Vlaamse wat resulteert in een groter aantal Waalse woonzorgcentra met een kleine capaciteit (<50 woonegelegenheden).

Bijna 73% van de woonzorgcentra in België telt minder dan 101 woonegelegenheden. Vijf en zeventig procent van de woonzorgcentra met minder dan 50 woonegelegenheden is in handen van de commerciële sector.

## 2.5 Referenties

- Baudine, A. Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées Rapport d'activités 2009. 2009.
- Baudine, A. Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées Rapport d'activités 2009. 2010.
- Bevolkingsvooruitzichten. FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie, 2010.  
<http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/vooruitzichten/index.jsp>
- Buitengewoon Onderwijs in Vlaanderen.  
<http://www.ond.vlaanderen.be/onderwijsaanbod/buo/> laatst geraadpleegd november 2010.
- Bursens, L. Jaarverslag 2008 Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. 2009.
- Bursens, L. Jaarverslag 2009 Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap. 2010.
- Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. 2nd Ed. 1995, F.A. Davis Company, Philadelphia, USA.
- Ferruci L, Guralnik JM, Studenski S, ea. Designing randomized controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. J Am Geriatr Soc 2004; 52:625-634.
- FOD Sociale Zekerheid - Directie-generaal Personen met een handicap.  
Gehandicaptenbeleid in België: een overzicht. 2010a.
- FOD Sociale Zekerheid - Directie-generaal Personen met een handicap. Jaaroverzicht 2009 in cijfers. 2010b.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, ea. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56:M146-156.
- Gobbens R. Frail elderly. Towards an integral approach. 2010, PhD Thesis, Etten-Leur, The Netherlands.
- Heeren, J. and Thewys, T. (1999) Seniorenvoorzieningen: voor en na 2000, Kluwer Editorial.
- Hubin, J. Les indicaturs de l'enseignement - Edition 2009.
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).  
<http://www.who.int/classifications/icf/en/> laatst geraadpleegd november 2010.
- Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV): Interne elektronische bestanden, 31 maart, 2007.
- Rochtus K, Pongers R, Schalenbourg B, Vicca C:  
Sociale Landkaart ® Informatiewijzer federale en Vlaamse voorzieningen. 2009.
- Rockwood K, Fox RA, Stolee P, ea. Frailty in elderly people: an evolving concept. CMAJ. 1994; 150:489-495.
- Rockwood K. What would make a definition of frailty succesful? Age Ageing 2005; 34:432-434.
- Scheys, M. Vlaams Onderwijs in Cijfers. 2010.
- Schuurmans H, Steverink N, Lindenberg H ea. Old or frail: what tells us more? J Gerontol A Biol Sci Med 2004; 59(9):M962-5.

Studenski S, Hayes RP, Leibowitz RQ, ea. Clinical Impression of Change in Physical Frailty: development of a measure based on clinical judgment. J Am Geriatr Soc 2004; 52:1560-1566.

Vlaams agentschap voor personen met een handicap.  
Thuis wonen of in een voorziening. Informatie voor personen met een handicap. 2010.

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/zorgaanbod.aspx>

Vlaamse Federatie van Beschutte Werkplaatsen VLAB.  
<http://vlab.be/nl/getpage.asp?i=29> laatst geraadpleegd november 2010.

## Inventaris van de doelgroepen

# Epidemiologisch onderzoek

## 3.1 Doelstelling

Het doel van het epidemiologisch onderzoek dat gekoppeld werd aan dit Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden is om de mondgezondheidstoestand in beide deelgroepen, met name personen tot 65 jaar met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen en kwetsbare ouderen van 65 jaar en ouder, in kaart te brengen en op basis hiervan de objectieve en subjectieve nood aan mondzorg in te schatten.

## 3.2 Inleiding

De epidemiologische gegevens waarvan de resultaten opgenomen werden in dit verslag, werden via drie kanalen verzameld.

Een eerste deel bestaat uit gerapporteerde gegevens over de mondgezondheidstoestand van beide deelgroepen. Hiervoor werden nationale en internationale wetenschappelijke publicaties en rapporten over dit onderwerp geraadpleegd en (kritisch) samengevat. De resultaten van het **literatuuronderzoek** kan men vinden in paragraaf 3.3.

Vervolgens werden ook gegevens opgevraagd en geanalyseerd van de **permanente steekproef** die het IMA (Inter-mutualistisch agentschap) van de Belgische bevolking bijhoudt. Meer bepaald werden tandheelkundige en algemeen medische consumptiegegevens van enerzijds personen tot 65 jaar met een beperking en anderzijds kwetsbare ouderen boven de 65 jaar vergeleken met die van personen van de algemene bevolking zonder bijzondere noden. De resultaten worden besproken in paragraaf 3.4.

Vervolgens werden in de periode april-september 2010 gegevens verzameld in een gelegenheidssteekproef ('convenience sample') **van personen met bijzondere noden**. Door middel van een mondonderzoek werden de objectieve tandheelkundige verzorgingsnood en verzorgingsgraad in kaart gebracht. Aan de hand van een bijkomende korte bevraging van de personen geselecteerd voor de steekproef werden de subjectieve behandelneed, de zorgvraag en eventuele belemmeringen in de toegankelijkheid van het bestaande (tandheelkundig) zorgverleningscircuit opgespoord. Door middel van de rijksregisternummers en na het bekomen van toestemming via informed consent, was het mogelijk de *tandheelkundige en algemeen medische consumptiegegevens* van de gescreende en/of bevroegde personen op te vragen bij de verzekeringsinstellingen en samen te vatten. Tenslotte werd nagegaan of er een verband kon worden gelegd tussen de subjectieve mondgezondheid (resultaten vragenlijst), de objectieve mondgezondheid (bevindingen mondonderzoek), de algemene gezondheidsattitude en socio-economische variabelen (gegevens verzekeringsinstellingen (VI's)) en het zorgconsumptiepatroon van de proefpersoon (gegevens VI's). De resultaten werden gebundeld in paragraaf 3.5.

## 3.3 Literatuurstudie

### 3.3.1 Inleiding

Internationale wetenschappelijke literatuur en rapporten over dit onderwerp werden opgezocht en (kritisch) samengevat. Op basis van die gegevens werd een gerichte vragenlijst en screeningslijst opgesteld.

### 3.3.2 Personen met beperkingen

#### 3.3.2.1 Materiaal en Methode

De belangrijkste informatie werd bekomen na een zoektocht op Pubmed ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/)). De gebruikte zoektermen waren “disabled”, “handicap”, “mental disability”, “intellectual disability”, “physical disability”, “oral care”, “dental care”, “caries”, “periodontal disease”, “oral hygiene”, “access”, de afgeleide termen en combinaties van deze termen. Er werden geen beperkingen ingevoerd. Ook relevante referenties in deze publicaties en linken, werden nagekeken met het oog op het verzamelen van relevante informatie.

Verder werden ook rapporten gezocht op het internet, o.a. op de websites van de Wereldgezondheidsorganisatie (<http://www.who.int/topics/disabilities/en/>), het POMONA-project (<http://www.pomonaproject.org/>), de Katholieke Vereniging Gehandicapten (VKG, <http://www.kvg.be/>), de VBTGG - De Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheid voor Gehandicapten ([www.vbtgg.nl](http://www.vbtgg.nl)) en het VAPH - Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap ([www.vaph.be/vlafo/view/nl/](http://www.vaph.be/vlafo/view/nl/)).

De zoektocht naar wetenschappelijke artikels en rapporten werd afgesloten op 31 oktober 2010.

#### 3.3.2.2 Resultaten

##### 3.3.2.2.1 Socio-economische aspecten van leven met een beperking en toegang tot gezondheidszorg

Naar aanleiding van het Europees jaar van de strijd tegen armoede en sociale uitsluiting werd recent een studie uitgevoerd naar “handicap en inkomen en de toegang tot basisvoorzieningen zoals gezondheidszorg” [Augustyns et al., 2010]. In België leven er even veel mensen met een handicap van een inkomensvervangende tegemoetkoming als dat er leven van een leefloon (namelijk ongeveer 80.000 personen); de bedragen van het leefloon en de inkomensvervangende tegemoetkoming zijn gelijk.

In de periode december 2009-maart 2010 werden via vragenlijsten gegevens verzameld van 2006 volwassen personen met een beperking die wonen in Vlaanderen of Brussel; 63% van de respondenten kreeg een tegemoetkoming van de FOD Sociale Zekerheid, 70% werkte niet en 45% had een partner met een inkomen.

De belangrijkste bevindingen kunnen als volgt worden gebundeld:

- 25% van de bevraagde steekproef leefde onder de armoedegrens (d.i. 60% van het mediaan equivalent inkomen); voor de algemene populatie in Vlaanderen is dat 10%
- 29% van de respondenten was niet in staat om onverwachte facturen te betalen
- 25% kon niet genoeg gezonde voeding aankopen
- 27% kon geen hospitalisatieverzekering afsluiten
- Voor 17% van de respondenten was er het afgelopen jaar een financiële barrière om de tandarts te raadplegen
- Vooral respondenten ingeschaald in categorie 1 op basis van het puntensysteem (d.i. hoge graad van zelfredzaamheid) kwamen naar voor als financieel zwakkere groep; 46% van hen had het afgelopen jaar omwille van financiële beperkingen problemen met toegang tot gezondheidszorg.

Voor het kwalitatief luik van het onderzoek werden er aanvullende focusgroepgesprekken gehouden met een aantal respondenten, tewerkgesteld in een beschermde werkplaats. Hieruit bleek dat deze mensen vooral medische hulp zoeken als er klachten zijn, wat er op zou kunnen wijzen dat preventieve medische zorgen makkelijker worden uitgesteld dan curatieve zorgen [Augustyns et al., 2010]. Verder werd duidelijk dat de jaarlijkse preventieve controle bij de tandarts de enige medische uitgave was die men zou overslaan bij een gebrek aan financiële middelen. Verschillende respondenten gaven ook aan dat de administratieve “rompslomp” (getuigschrift moeten indienen bij ziekenfonds en dan wachten op terugbetaling) vervelend was. Direct betalen vond men enkel bij de tandarts een probleem omwille van de hoge honoraria.

### 3.3.2.2 Algemene gezondheid van personen met beperkingen

De groep personen met beperkingen is een zeer heterogene groep. Vooral van de groep personen met mentale beperkingen zijn er publicaties die handelen over hun algemene gezondheid. Ongeveer 1% van de algemene bevolking zou te kampen hebben met een mentale beperking [Walsh et al., 2008]. Deze groep heeft een minder hoge leeftijdsverwachting en bij hen worden in vergelijking met de algemene populatie meer medische problemen vastgesteld, waarvan de helft niet-gediagnosticeerd zou zijn of onvoldoende zou opgevolgd worden [Lennox, 2006; van Schrojenstein Lantman-de Valk en Walsh, 2008]. Zo komt bijvoorbeeld epilepsie significant meer voor bij personen met mentale beperkingen in vergelijking met de algemene populatie [Walsh et al., 2008; Van der Heyden et al., 2010].

Deze personen nemen ook bijzonder veel medicijnen (waaronder o.a. neuroleptica en anti-epileptica), die niet altijd geïndiceerd zijn en waarvoor er ook niet altijd voldoende (medische) opvolging is [Lennox, 2006]. Velen onder hen hebben dan ook vaak last van de bijwerkingen die op hun beurt ook te weinig worden opgevolgd [Lennox, 2006].

De levensomstandigheden van personen met een mentale beperking worden dan verder ook nog bemoeilijkt door minder gunstige levensgewoonten zoals ongezonde voeding, obesitas en onvoldoende beweging [Lennox, 2006].

Onvoldoende aandacht voor preventie is ook een groot probleem in deze groep. Zo werd aangegeven dat de proportie vrouwen met mentale beperkingen die regelmatig een uitstrijkje laten nemen veel lager is dan de proportie vrouwen in de algemene populatie [Lennox et al., 2007; Walsh et al., 2008].

In het kader van het POMONA-project werd een aangepaste gezondheidsenquête afgenomen bij 1269 volwassenen met een mentale beperking uit 14 EU-landen, waaronder België [Walsh et al., 2008]. De –in het kader van dit rapport– belangrijkste bevindingen kunnen als volgt worden samengevat:

- 28% heeft overgewicht; 22% is obees
- 43% heeft problemen met ver-zien; 27% heeft problemen met dichtbij-zien
- 26% heeft mobiliteitsproblemen
- 28% heeft epilepsie
- 21% heeft pijn in de mond
- 65% gebruikt 1 of meer medicijn(en)

Wat betreft algemeen medische en preventieve zorgen, vallen vooral volgende cijfers op:

- 64% had een medisch onderzoek het afgelopen jaar
- 57% had een griepvaccinatie gedurende de afgelopen 10 jaar
- 54% had een tetanosvaccinatie gedurende de afgelopen 10 jaar
- 32% had een hepatitis B vaccinatie gedurende de afgelopen 10 jaar
- 89% had een controle van de bloeddruk gedurende de afgelopen 5 jaar
- 60% had een controle van de cholesterol gedurende de afgelopen 5 jaar
- 36% had een borstonderzoek het afgelopen jaar
- 45% had een mammografie gedurende de afgelopen 2 jaar
- 30% had een “uitstrijkje” gedurende de afgelopen 3 jaar
- 17% werd het afgelopen jaar gehospitaliseerd

Sinds de jaren zestig-zeventig (van vorige eeuw) heeft men geprobeerd om mensen met beperkingen zoveel mogelijk “op te nemen in de maatschappij” (bv. thuis, bij familie, begeleid wonen, zelfstandig wonen) en hen niet onder te brengen

in grote voorzieningen; men heeft het over de-institutionalisering. De-institutionalisering heeft zeker een positief effect gehad op de factor onafhankelijkheid en de maatschappelijke participatie van personen met beperkingen. Anderzijds heeft men vastgesteld dat dit fenomeen geleid heeft tot een verminderde aandacht voor medische en vooral preventieve zorgen: terwijl dit in de voorzieningen vaak heel goed gestructureerd was (is), ziet men in andere wooninitiatieven en thuis dat daar vaak minder aandacht aan besteed werd/wordt omdat de begeleiding beperkter is [Lennox, 2006].

### 3.3.2.2.3 Mondgezondheid van personen met beperkingen

#### 3.3.2.2.3.1 Nationale gegevens

De mondgezondheid van personen met beperkingen kan gecompromitteerd zijn door de beperking zelf, indirect door de medicatie of door een beperkte toegang tot zorg [Dougall and Fiske, 2008]. In België zijn de gegevens over de mondgezondheid van personen met bijzondere noden schaars. In de periode november 1993 – juni 1994 werden 61 voorzieningen en scholen in Vlaanderen bezocht, waar 714 12-jarige kinderen met een lichte, matige of ernstige mentale handicap of leerstoornissen werden onderzocht [Gizani et al., 1997; Martens et al., 2000].

**Tabel 3.3.1. Mondgezondheidstoestand bij 714 12-jarige kinderen met een lichte, matige of ernstige mentale handicap of leerstoornissen (1993-1994) (uit Gizani et al., 1997)**

	Milde mentale handicap (n=281)	Matige tot ernstige mentale handicap (n=87)	Leerstoornissen (n=258)
Cariësvrije kinderen (%)	17	21	24
Gemiddelde restauratieve index (sd)	43,9 (42,0)	55,4 (46,9)	51,9 (39,7)
Kinderen met verzegelde tanden (%)	5	12	10
<b>Poetsfrequentie (%)</b>			
3 keer per dag	6	1	5
2 keer per dag	28	31	36
1 keer per dag	44	58	39
<1 keer per dag	22	10	21
<b>Hulp bij poetsen (%)</b>			
Geen	91	44	95
Beperkte hulp	9	33	4
Gepoetst door ouders	<1	24	1

De belangrijkste bevindingen van deze studie kunnen als volgt worden samengevat (Tabel 3.3.1):

- Ongeveer één vierde van de onderzochte kinderen had een goede mondhygiëne, maar bij 32% van de kinderen zag men grote plaque accumulaties op de buccale en linguale vlakken van boven- en onderfront.
- Afhankelijk van de mentale beperking was 17 tot 24% van de kinderen cariësvrij. In de totale groep zag men dat 21% van de kinderen geen zichtbare cariës had, 58% had een DMFT-score tussen 1 en 4 en bij 22% van de kinderen waren 5 of meer tanden aangetast door cariës.
- De gemiddelde verzorgingsgraad (restauratieve index: F/F+D) voor alle kinderen was 49%; de verschillen tussen de groepen was statistisch significant.
- Bij 8% van de kinderen werden tanden verzegeld; bij deze kinderen zag men gemiddeld 3,2 verzegelde tanden per kind.
- Een grote groep kinderen met een lichte mentale beperking en met leerstoornissen poetsten niet dagelijks de tanden; dezelfde groepen kinderen kregen ook zelden hulp bij het tandenpoetsen. Kinderen met een matige tot ernstige mentale handicap poetsten frequenter en werden daarbij meer geholpen.

Recentere gegevens over de mondgezondheidstoestand van mensen met een (milde) verstandelijke beperking werden verzameld tijdens de Special Olympics Spelen van 2008, in het kader van het Healthy Athletes Programme [2009].



Het Healthy Athletes Programme biedt aan de deelnemers van de Special Olympics de mogelijkheid om deel te nemen aan een gratis gezondheidsscreenings in zeven disciplines (chiropractie, fysiotherapie, gezondheids promotie, audiologie, lichamelijk onderzoek, oogonderzoek en mondonderzoek). Aan de deelnemende atleten wordt de kans geboden om in een ontspannen sfeer kennis te maken met een tandarts. De atleten worden gemotiveerd om regelmatig een tandarts te bezoeken en krijgen mondhygiëne-instructies. Het Healthy Smiles programma biedt tegelijkertijd aan tandartsen de kans om te leren hoe om te gaan met patiënten met een (milde) verstandelijke beperking.

In mei 2008 deden 3100 atleten mee aan de Special Olympics die georganiseerd werden in Kortrijk; 690 van hen namen deel aan het Special Smiles Programma. Meer dan de helft van de atleten (d.i. 382) kwam uit Vlaanderen, 257 atleten (d.i. 37%) uit Wallonië en 16 atleten (d.i. 2%) uit Brussel; van 32 atleten werden geen gegevens over de regionale herkomst verzameld. Drie niet-Belgische atleten werden niet opgenomen in de analyses. De jongste atleet was negen jaar oud en de oudste 80; meer dan de helft van de atleten (d.i. 52%) was jonger dan 35 jaar.

De belangrijkste bevindingen van deze studie kunnen als volgt worden samengevat [Leroy et al., 2010] (Tabel 3.3.2):

- 87% van de atleten antwoordde dat hij/zij minstens één keer per dag de tanden poetste; 63 atleten poetsten niet dagelijks en voor 26 atleten was het niet mogelijk om de poetsfrequentie te bepalen.
- 13% van de atleten bevestigde pijn te hebben in de mond op de dag van het mondonderzoek; bij de meesten ging het om tandpijn.
- 27 atleten waren volledig tandeloos; nog eens 12 atleten waren tandeloos in de bovenkaak (en hadden nog natuurlijke tanden in de onderkaak) en 3 atleten hadden een edentate onderkaak.
- 22% van de atleten had duidelijke tekenen van cariës (d.i. cariëslaesies die restauratief herstel vergen); aangezien de onderzoeksomstandigheden heel beperkt waren (beperkt licht, geen mogelijkheid de tanden te drogen, geen bite-wingopnamen, ...) kan men ervan uitgaan dat dit een onderschatting is van de reële prevalentie van onbehandelde cariës.
- Bij 44% van de atleten werden duidelijke tekenen van gingivitis vastgesteld.
- Aan 267 atleten (d.i. 39%) werd de raad gegeven om contact op te nemen met de tandarts voor verzorging; bij 84 van hen ging het om dringende verzorging.
- Van de 39 atleten met een edentate bovenkaak waren er maar 25 met een prothese in de mond; van de 30 atleten met een edentate onderkaak waren er maar 16 met een prothese in de mond.
- 73% van de atleten die enkele tanden misten in het bovenfront en 30% van de atleten die alle tanden van het bovenfront misten, hadden geen prothetische vervanging in de mond op de dag van de screening.

**Tabel 3.3.2: Mondgezondheidstoestand bij 687 Special Olympics atleten met een lichte tot matige mentale beperking (2008) (uit Leroy et al., 2010)**

	n	%
<b>Gegevens bevraging</b>		
<b>Poetsfrequentie</b>		
1 keer per dag of meer	581	85
2 - 6 keer per week	41	6
Een keer per week	10	1
Minder dan een keer per week	6	1
Niet zeker	17	2
<b>Pijn in de mond regio</b>		
Nee	590	86
Ja	86	13
<b>Oorsprong van pijn**</b>		
Tandpijn	44	6
Andere oorzaak	19	3
Geen gegevens beschikbaar	11	2

**Tabel 3.3.2 (vervolg): Mondgezondheidstoestand bij 687 Special Olympics atleten met een lichte tot matige mentale beperking (2008) (uit Leroy et al., 2010)**

	n	%
<b>Klinische gegevens</b>		
<b>Tandeloos</b>		
Nee	660	96
Ja	27	4
<b>Onbehandelde cariës</b>		
Nee	502	76
Ja	144	22
Cariës in fronttanden	34	5
Cariës in premolaren	54	8
Cariës in molaren	89	13
<b>Tekenen van gingivitis</b>		
Nee	363	55
Ja	291	44
<b>Prothetische voorziening in bovenkaak</b>		
Nee	589	86
Ja	90	13
Uitneembare gebitsprothese	61	9
Vaste gebitsprothese	29	4
<b>Prothetische voorziening in onderkaak</b>		
Nee	630	92
Ja	43	6
Uitneembare gebitsprothese	36	5
Vaste gebitsprothese	5	1
<b>Behandel nood</b>		
Regelmatig nazicht	384	56
Niet-urgent	183	27
Urgent	84	12

\*Enkel atleten met natuurlijke tanden in beschouwing genomen; \*\* totalen kunnen > 146 gezien cariës bij eenzelfde atleet op verschillende tand(typ)en kon voorkomen.

### 3.3.2.2.3.2 Internationale gegevens

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat de meeste onderzoeken naar de mondgezondheid van personen met bijzondere noden werden uitgevoerd bij personen met mentale beperkingen. In sommige studies is de opdeling in subgroepen ook bijzonder onduidelijk. Zo worden personen met eerder zeldzame syndromen zoals bv. Rett syndroom of Goldenhar syndroom ondergebracht in de subgroep “personen met andere beperkingen” terwijl ze aanleiding (kunnen) geven tot mentale retardatie en deze personen dus eigenlijk in de subgroep “personen met mentale beperkingen” hadden moeten ingeschaald worden [Altun et al., 2010].

Studies over de mondgezondheid van personen met zintuiglijke en of fysieke beperkingen waren eerder kleinschalig, niet-recent of uitgevoerd in niet-Europese landen waardoor ze voor het opzet van de huidige studie minder relevant waren. Een uitzondering hierop vormt een Britse studie die peilde naar de toestand van de mond en mondgezondheidsgerelateerd gedrag bij 100 Britse volwassen slechtzienden en blinden; de studiegegevens werden

vergeleken met gegevens die 6 à 7 jaar eerder verzameld werden in de algemene populatie [Watson et al., 2010]. De auteurs kwamen tot het besluit dat de personen met visuele beperkingen een hogere poetsfrequentie rapporteerden (dan de controlegroep) en uit het klinisch onderzoek bleek dat hun mondhygiëne en de mate van aantasting door cariës vergelijkbaar was met die van de algemene populatie.

Personen met mentale beperkingen en leerstoornissen hebben dezelfde mondaandoeningen als personen zonder beperkingen, maar hun mondgezondheid (vooral dan parodontale gezondheid) is minder goed. Behandeling bestaat in deze patiëntengroep eerder uit extracties dan uit vullingen of kroon- en brugwerk [Dougall and Fiske, 2008]. De hygiëne van mond en gebitsprotheses bij personen met mentale beperkingen is vaak ook niet goed [Cumella et al., 2000]. In deze groep ziet men ook vaker tandsubstantieverlies ten gevolge van tandenknarsen, schade door trauma, glazuurdefecten, vertraagde doorbraak en persisterende melktanden [Cumella et al., 2000].

Vaak zijn deze mensen niet op de hoogte van de problemen in hun mond; op basis van het uitzicht én de afwezigheid van tandpijn beoordelen ze hun mondgezondheid [Cumella et al., 2000]. Voor de dagelijkse verzorging, maar ook voor het bezoek aan de tandarts zijn ze afhankelijk van anderen [Cumella et al., 2000].

In een Zweedse studie werden 124 personen (tussen 21 en 40 jaar oud) met een mentale beperking gedurende 8,5 jaar opgevolgd; de deelnemers bezochten gemiddeld om de drie maanden de tandarts voor preventieve zorgen [Gabre et al., 2001]. De gemiddelde cariësincidentie was laag (0,51 nieuwe laesies per jaar); de belangrijkste reden voor verlies van tanden was parodontale aantasting. Personen die tijdens de tandheelkundige behandeling minder goed konden meewerken, verloren het grootst aantal tanden. Personen met downsyndroom hadden significant meer alveolair botverlies.

Recent verscheen een systematisch overzicht van de internationale literatuur over de mondgezondheid van personen met mentale beperkingen [Anders and Davis, 2010]. Zeventenwintig studies werden bekeken waarin de mondgezondheid van personen met mentale beperkingen vergeleken werd met die van personen uit de algemene populatie. Hun belangrijkste bevindingen kunnen als volgt worden gebundeld.

In vergelijking met de algemene populatie hebben personen met mentale beperkingen:

- Een minder goede mondhygiëne
- Meer en ernstiger vormen van parodontitis
- Vergelijkbare cariësscores, maar meer onbehandelde cariës en minder gerestaureerde tanden
- Meer ontbrekende tanden

In de internationale literatuur verschenen een paar tegenstrijdige publicaties over het effect van woonvorm (wel versus niet in voorzieningen) op de mondgezondheid. Zo gaf een Engelse studie aan dat volwassenen met een mentale beperking die niet in voorzieningen woonden, significant meer onbehandelde cariës hadden dan de controlegroep in voorzieningen, terwijl die laatste dan weer meer ontbrekende tanden hadden [Tiller et al., 2001]. In een Zweedse studie zag men dat personen met een mentale beperking die in voorzieningen woonden, minder gecarieerde en gevulde tandvlakken hadden in vergelijking met de controlegroep die thuis of in geïntegreerde woonvormen verbleven [Gabre and Gahnberg, 1994]. Hennequin en medewerkers vatten een aantal bevindingen uit de internationale literatuur samen: personen met mentale beperkingen die in voorzieningen woonden, hadden in vergelijking met de algemene populatie weliswaar dezelfde cariësincidentie, maar een hogere graad van onbehandelde pathologie en een minder goede mondhygiëne terwijl men bij personen met mentale beperkingen die niet in voorzieningen woonden in vergelijking met de algemene populatie een vergelijkbare tot hogere cariësincidentie zag [Hennequin et al., 2000].

Deze schijnbaar tegenstrijdige resultaten kunnen wellicht (deels) verklaard worden door methodologische beperkingen: zo was de steekproef van verschillende van de studies niet representatief en werden andere factoren die een invloed hebben op aantasting door cariës vaak niet geëvalueerd (bv. SES-achtergrond, hulp bij mondhygiëne, mogelijkheid van tandartsbezoek) [Pradhan et al., 2009]. In een Australische studie, waar men wel rekening hield met deze factoren, kwam men tot het besluit dat de woonvorm niet direct een invloed had op de mate van aantasting door cariës bij personen met mentale en/of motorische beperkingen [Pradhan et al., 2009].

### 3.3.2.2.4 Organisatie van mondzorg voor personen met beperkingen in België

Ook over de organisatie van mondzorg voor personen met bijzondere noden is in België niet veel informatie te vinden. We moeten ons beperken tot gegevens die in de jaren negentig in Vlaanderen verzameld werden.

In het kader van de werkgroep WETAG (Werkgroep Tandheelkundige Zorg voor Gehandicapten) van het VVT (Verbond der Vlaamse Tandartsen) werden instellingen voor personen met beperkingen bevestigd naar de tandheelkundige zorg voor hun bewoners; dit gebeurde via een toegestuurde vragenlijst [Martens et al., 1991]. Achtentachtig instellingen beantwoordden de bevestiging.

De belangrijkste bevindingen van deze studie kunnen als volgt worden samengevat:

- In 23 instellingen was er een tandarts werkzaam in de instelling; 15 van hen werkten er op vaste dagen en 8 kwamen enkel op aanvraag werken. Vijf tandartsen werkten in dit kader in loondienst, 14 als zelfstandige en voor de resterende 4 tandartsen waren er geen gegevens.
- In die instellingen waar er geen tandarts aan huis komt, werd in 35% van de gevallen gemeld dat ouders (voogden) de verantwoordelijkheid hebben voor tandheelkundige verzorging. 58% van de directies gaf aan dat er een vast tandartsbezoek wordt georganiseerd.
- 35% van de verzorgenden vond de mondhygiëne van de bewoners onvoldoende; 4% vond ze slecht; 78% meldde dat het tandenpoetsen van de bewoners begeleid werd.
- Volgende mond-gerelateerde problemen bij de bewoners worden door de verzorgenden gerapporteerd: beslag op tanden (40%), slechte mondgeur (30%), aangetaste tanden (30%), gezwollen tandvlees (20%), bloedend tandvlees (22%) en tandsteen (27%).

## 3.3.3 Kwetsbare ouderen

### 3.3.3.1 Materiaal en Methode

Voor deze zoekopdracht werd in eerste instantie gebruik gemaakt van de zoekmachine 'Google' om beschikbare data in het Nederlands en het Frans in België na te gaan. Volgende zoektermen werden gebruikt: 'mondzorg' en 'ouderen' en 'soins bucco-dentaires' en 'personnes âgées'. De zoekopdracht werd gelimiteerd tot Belgische webpagina's, door middel van de syntax site:be, en tot word of pdf bestanden door middel van de syntax filetype:doc of filetype:pdf. Dit leverde slechts enkele bruikbare publicaties in het Nederlands op. Bijkomend werden beschikbare studies en rapporten opgevraagd via de Franstalige leden van de adviescommissie zonder bruikbaar resultaat.

In tweede instantie werd een zoekopdracht uitgevoerd in de databank Pubmed via 'Pubmed Central' (PMC), het vrij toegankelijke archief van biomedische tijdschriften. Volgende zoekstring werd gebruikt: "Oral health OR oral status AND Belgium" Limits: English, French, German, Aged: 65+ years, Publication Date from 1995/1/1.

Dit gaf 87 publicaties als resultaat. Bruikbare publicaties werden ingesloten op basis van de titel en de abstract en handelend over mondzorg in de Belgische situatie.

Finaal werd het aanbod aan Europese studies opgezocht gebruikmakend van de interface 'Pubmed Central' (PMC). Volgende zoektermen (combinatie van Mesh-termen en gewone termen) werden gebruikt: oral health, nursing homes, institutionalised elderly, institutionalized en x. De x stond telkens voor het land van Europa waarvoor interesse. Studies gepubliceerd voor 1995 werden geëxcludeerd. Een eerste selectie gebeurde aan de hand van de titel en de abstract. Uiteindelijk werden alleen artikels weerhouden met voor deze studie relevante epidemiologische gegevens over de mondgezondheid van ouderen in woonzorgcentra. De zoektocht werd afgesloten op 31 oktober 2010.

### 3.3.3.2 Resultaten

#### 3.3.3.2.1 Socio-economische aspecten en toegang tot gezondheidszorg voor kwetsbare ouderen [Vanroelen ea., 2004].

In 2001 kreeg de onderzoeksgroep van de toenmalige Federale Diensten voor Wetenschappelijke, Technische en Culturele aangelegenheden de opdracht een wetenschappelijke studie uit te voeren naar nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg. Op microniveau werden heel wat knelpunten gevonden die de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor maatschappelijk kwetsbare groepen bemoeilijken. Deze werden onderverdeeld in 6 dimensies: problemen met het statuut in de ziekteverzekering, een achtergestelde materiële situatie, problemen ten gevolge van de werking van de instellingen, hoge medische zorgbehoeften, het ontbreken van niet-professionele steun en een gebrek aan kennis en weerbaarheid. In het kader van dit hoofdstuk wordt hier enkel de dimensie van de 'hoge medische zorgbehoefte' behandeld met in acht name dat voor heel wat kwetsbare ouderen ook andere dimensies van toepassing kunnen zijn. Deze studie analyseerde de gegevens van de gezondheidsenquête van 1997. Hierdoor was het mogelijk de absolute en relatieve uitgaven voor medische zorgen en de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg van hoogbejaarden (75-plussers) te vergelijken met de jongere leeftijdscategorieën. Uit de data kon besloten worden dat de hoogbejaarden over de hele lijn significant kwetsbaarder zijn dan de jongere leeftijdscategorieën. Daarbij komt nog het versterkend effect van een laag inkomen. Hoogbejaarden hebben de grootste kans op moeilijkheden om hun medische kosten te betalen, dit in 44% van de gevallen. Omdat de noodzaak van gezondheidszorg bij deze doelgroep zeer groot is stelt slechts 7% deze zorgen uit. Verder blijkt dat een chronische aandoening een belangrijke risicofactor is. Meer dan de helft (52%) van de chronisch zieke hoogbejaarden signaleert betalingsmoeilijkheden. In de categorie van de niet-terugbetaalbare medische verstrekkingen worden de uitgaven voor geneesmiddelen categorie D, de supplementaire hospitalisatiekosten en de kosten voor behandelen van zeldzame aandoeningen die niet opgenomen zijn in de ziekteverzekering als de belangrijkste drempels aanzien. In de categorie van (niet-terugbetaalbare) niet-medische kosten worden vooral afhankelijkheidskosten (kosten voor aangepast vervoer, voor hulp in het huishouden, voor hulp bij persoonlijke verzorging,...), voor verzorgingsmateriaal (verbanden, incontinentiemateriaal, sondevoeding,...) en paramedische materialen (brillen, gebitsprothesen, orthopedische apparaten,...) als knelpunten ervaren. De tegemoetkomingen zijn onvoldoende om de reële uitgaven voor deze kosten te compenseren.

#### 3.3.3.2.2 Algemene gezondheid van kwetsbare ouderen [Gezondheidsenquête, 2008]

De resultaten van de Gezondheidsenquête 2008 bij de Belgische bevolking gaven aan dat steeds meer Belgen een chronische aandoening hebben. Het aantal mensen met chronische gezondheidsproblemen neemt toe, maar de evolutie verschilt afhankelijk van de aandoening. Deze toename is vooral het gevolg van de vergrijzing van de bevolking. Aandoeningen zoals hoge bloeddruk, diabetes, artrose, schildklierlijden, cataract, kanker en osteoporose zijn geleidelijk, maar zichtbaar toegenomen tussen 1997 en 2008. Andere chronische gezondheidsproblemen zoals chronisch longlijden, ernstige hoofdpijn (migraine), chronische vermoeidheid en ernstige vormen van darmlijden zijn tijdens dezelfde periode afgenomen.

In 2008 verklaarde 44% van de personen van 65 jaar en ouder in België niet tevreden te zijn over hun gezondheidstoestand. In de algemene bevolking is dit slechts 23%, aantonend dat de gezondheidstoestand (subjectieve) achteruitgaat bij het ouder worden. Bovendien neemt het percentage van personen van 65 jaar en ouder dat niet tevreden is over hun gezondheidstoestand toe met de leeftijd. Bij 85-plussers stijgt dit aandeel tot 50%. Het percentage personen van 65 jaar en ouder dat verklaart niet tevreden te zijn over hun gezondheidstoestand is hoger in het Waals Gewest (50%) in vergelijking met het Vlaams Gewest (40%).

De meest voorkomende chronische aandoeningen die problemen opleverden gedurende de 12 maanden voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst waren artrose (42%, versus 12% in de algemene bevolking) gevolgd door een hoge bloeddruk (37%, versus 13% in de algemene bevolking) en osteoporose (16%, versus 4% in de algemene bevolking). Binnen de groep van de ouderen werd een toenemende prevalentie met de leeftijd gevonden voor hartinfarct, beroerte en urinaire incontinentie.

Gemiddeld ervaart 24% van de 65-jarigen en ouder een psychisch onwelbevinden. De proportie personen die een onwelbevinden ervaart is lager bij de personen van 65-69 jaar (19%) en hoger (28%) bij de personen van 85 jaar en ouder. De proportie personen die een psychisch onwelbevinden ervaart blijkt in functie van de socio-economische status van het individu (opleiding, inkomen of armoedegrens) te variëren, maar deze verschillen zijn niet significant na correctie voor leeftijd en geslacht. Het psychisch onwelbevinden komt daarentegen significant meer voor bij de geïnstitutionaliseerde personen (40%) dan bij diegenen die thuis wonen (23-25%) na correctie voor leeftijd en geslacht. In Brussel is de prevalentie van psychisch onwelbevinden bij de ouderen het hoogst (32%); het verschil ten opzichte van de twee andere gewesten (22 à 26%) is significant na correctie voor leeftijd en geslacht.

Op cognitief vlak verklaart 55% van de personen die 65 jaar of ouder zijn moeite te hebben gehad om dingen te onthouden of om zich dingen te herinneren in de afgelopen 12 maanden (op niveau van de algemene bevolking van 15 jaar en ouder bedraagt dit percentage 25%). De frequentie van deze problemen neemt toe met de leeftijd: 42% bij de 65-69 jarigen en 66% bij de 85-plussers. Op het eerste zicht lijkt de prevalentie ook hoger te zijn bij mensen die in een instelling wonen (72%) t.o.v. zij die alleen wonen (55%) of samenwonen, maar na correctie voor leeftijd en geslacht zijn deze verschillen niet significant.

Een studie door de Organisatie voor Economische Ontwikkeling (OESO) [Lafortune ea., 2007] berekende de graad van zorgafhankelijkheid in een aantal landen lid van de OESO (Australië, België, Canada, Denemarken, Finland, Frankrijk, Italië, Japan, Nederland, Zweden, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten van Amerika). Hiervoor werd een statisch en dynamisch model gebruikt waarbij het statisch model enkel de demografische ontwikkeling in rekening bracht terwijl het dynamisch model uitging van evoluties op vlak van demografie en graad van zorgafhankelijkheid. Slechts 3 landen (België, Japan en Zweden) werden gekenmerkt door een toenemende graad van zorgafhankelijkheid van personen van 65 jaar en ouder in de periode 1997-2007. Voor het berekenen van de graad van zorgafhankelijkheid werden data gebruikt van de Gezondheidsenquête uitgevoerd in 1997, 2001 and 2004. De graad van zorgafhankelijkheid werd bepaald aan de hand van vragen over functionele beperkingen en beperkingen in de Algemene Dagelijkse Levensactiviteiten. Bijkomende gegevens over personen van 65 jaar en ouder die in woonzorgcentra verbleven werden toegevoegd. Gegevens van RIVIZ/INAMI toonden een kleine toename aan van de graad van zorgafhankelijkheid tussen 1997 en 2004, namelijk van 6,1% in 1997 tot 6,6% in 2004. Uit het dynamisch model blijkt dat in België een toename van het aantal zorgafhankelijke ouderen met factor 3 kan verwacht worden tegen 2030. Dit in de veronderstelling dat de graad van zorgafhankelijkheid tussen 2004 en 2030 gelijkwaardig zou toenemen als tussen 1997 en 2004. Het statisch model resulteerde in een toename van het aantal zorgafhankelijke ouderen met 50%.

### 3.3.3.2.3 Mondgezondheid van kwetsbare ouderen

#### 3.3.3.2.3.1 Resultaten mondgezondheid op basis van nationale studies

Nationaal werd één relevant rapport gevonden in het Nederlands, namelijk de Studie Bond Moyson “Minder mondig = minder mondzorg” [Vanoverloop en De Boeck, 2010]. Deze studie ging na hoe het gesteld is met de mondzorg van de 65-plussers die in woonzorgcentra verblijven. Geregistreerde (via mutualiteit) zorgconsumptiegegevens van 18.000 leden van het Socialistisch Ziekenfonds werden geanalyseerd. Data van 65-plussers die in woonzorgcentra verbleven werden vergeleken met een controlegroep die thuis woont. Uit de studie blijkt dat 75% van de bewoners van woonzorgcentra geen tandarts heeft gezien in een periode van 2 jaar. Slechts 22% heeft één of andere vorm van mondzorg gekregen. Hoe ouder des te minder mondzorg er wordt uitgevoerd; uitzondering hierop is de zorg voor gebitsprothesen. Hoe meer zorgafhankelijk bewoners zijn des te minder mondzorg zij krijgen en bewoners met een voorkeurtarief krijgen minder mondzorg in vergelijking met de gewoon verzekerden. Verder blijkt dat er belangrijke regionale verschillen bestaan. Voor de groep van 81 tot 90 jaar maakt het Brusselse gewest het meest gebruik van mondzorg (25%) gevolgd door het Vlaams gewest (22%) en het Waals gewest (21%). Binnen het Vlaams gewest bestaan er ook provinciale verschillen. Koplopers zijn de provincies Antwerpen en Vlaams-Brabant met 26%, gevolgd door Limburg met 23%, West-Vlaanderen met 20% en Oost-Vlaanderen met 17%. De auteurs suggereren het aantal aanwezige natuurlijke tanden, aandacht voor mondzorg van zorgverleners, ingesteldheid (prioriteit voor mondzorg) van de bewoner, bereikbaarheid van een tandarts en de ‘mondigheid’ van de bewoner als belangrijke factoren die het beroep doen op mondzorg beïnvloeden. Problemen met mondigheid (communicatie) komen vooral voor bij bewoners met het dementiesyndroom die hun wensen of klachten niet meer kunnen uiten.



### 3.3.3.2.3.2 Resultaten gerapporteerd in de internationale literatuur

Voor de Belgische situatie werden 2 studies gevonden in Pubmed Central die hierna samengevat worden weergegeven in chronologische volgorde.

Het doel van de studie van Lamy [Lamy ea., 1999] was na te gaan of een slechte mondgezondheidstoestand een risico inhoudt voor ondervoeding bij ouderen die in woonzorgcentra verblijven. Bijkomend werd nagegaan of een ongezonde mond gepaard kan gaan met minder eetplezier en meer subjectieve moeilijkheden bij het eten en kauwklachten. De onderzoekspopulatie bestond uit 276 bewoners van 8 rusthuizen in de regio Luik. Hiervan werden 120 bewoners geselecteerd door de verpleegkundigen op basis van leeftijd ( $\geq 65$  jaar), het ontbreken van cognitieve beperkingen en het niet hebben van een acute ziekte op het moment van de studie. Drie groepen bewoners werden onderscheiden: tandeloos zonder gebitsprothesen of met 1 totale gebitsprothese, tandeloos met 2 totale gebitsprothesen en natuurlijke dentitie met of zonder partiële gebitsprothesen. De kauwfunctie werd getest door de bewoner te laten kauwen op 3 gram rauwe wortel.

De onderzochte personen werden in 3 groepen onderverdeeld op basis van de toestand van de mond namelijk tandeloos zonder gebitsprothesen of met 1 volledige gebitsprothese (groep 1), tandeloos met 2 volledige gebitsprothesen (groep 2) en personen met nog natuurlijke tanden al of niet met partiële gebitsprothese(n) (groep 3). De verdeling volgens de 3 groepen was 22,5%, 38,3% en 39,2%. De gemiddelde leeftijd was 81,8 (65-96) jaar en 24% waren mannen. Allen hadden 1 of meer medische problemen: cardiovasculaire problemen in 73%, depressie in 23%, diabetes mellitus in 17% en gastro-intestinale problemen in 17% van de gevallen. Van de 61% die totaal tandeloos was, had 21% geen gebitsprothese, 16% had enkel één gebitsprothese en 63% had 2 volledige gebitsprothesen. De retentie en de stabiliteit waren goed voor de maxilla in 70% en 66% respectievelijk en voor de mandibula in 41% en 52% van de gevallen. Het gemiddeld aantal tanden aanwezig bij de personen met natuurlijke tanden bedroeg 10,4 (SD 7,8). Slechts 34% van hen had een partiële gebitsprothese.

Ongeveer de helft (53%) van de onderzochte personen was niet in staat om rauwe wortelen te kauwen en kwam niet in aanmerking voor de test. Slechts 2,5% had serum albumine waarden lager dan normaal. Serum albumine concentratie is een goede indicator voor ondervoeding en algemene gezondheidstoestand van ouderen. Uit de Mini Nutritional Assessment (MNA) bleek dat 57% een risico tot ondervoeding had en 6% was ondervoed. In een vragenlijst gaf 32% van de bewoners aan gemalen voedsel te gebruiken en 52% gaf aan moeite te hebben om hard voedsel te kauwen. De MNA score was significant gerelateerd aan de mondgezondheid; de MNA was lager voor groep 1 in vergelijking met groep 2 en de waarde voor groep 3 lag tussen de waarden van beide vorige groepen. De albumine concentratie was niet gerelateerd aan de toestand van de mond. De onderzoekers concluderen dat bewoners die tandeloos zijn en geen gebitsprothesen of slechts een gebitsprothese hebben in één kaakhelft meer problemen hebben met het kauwen van hard voedsel, meer gemalen voedsel eten en minder eetplezier hebben. Deze gebrekkige mondtoestand is voor ouderen een risicofactor voor ondervoeding.

Een studie uitgevoerd in 19 woonzorgcentra in de regio Gent [De Visschere ea., 2006 ] peilde naar het niveau van mondhygiëne en factoren die een effect kunnen hebben op de mondhygiëne. De mondhygiëne werd gemeten bij 359 (14%) at random geselecteerde bewoners op basis van de zorggraad (O, A, B en C). Bewoners met duidelijk dementiesyndroom werden geëxcludeerd.

Tabel 3.3.3 geeft een overzicht van de gegevens van de mondtoestand van de onderzochte bewoners. De gemiddelde leeftijd van de onderzochte personen was 84,87 jaar (SD 2,4). Ongeveer 2/3 van de bewoners was tandeloos waarvan ongeveer de helft een totale gebitsprothese had in de boven- en onderkaak. Slechts 19% van de bewoners die tandeloos waren en beschikten over gebitsprothese(n) hadden een gebitsprotheseborstel. Interdentaal borsteltjes waren niet aanwezig. De gemiddelde plaquescore (Sillness&Loë) op de natuurlijke tanden was 2,17 (SD 0,75) (maximum 3) en de gemiddelde plaquescore (Augsburger) voor de gebitsprothese 2,13 (SD 0,88) (maximum 4). Slechts 4% van de bewoners met natuurlijke tanden had een plaque index kleiner dan 1 en 30% had een zeer slechte mondhygiëne (maximum score 3). Van de gebitsprothesen was bij 46,5% van de bewoners meer dan de helft van het oppervlak met plaque bedekt. Slechts bij 15 bewoners met een gebitsprothese werd een plaque score van 1 en lager vastgesteld. Van alle gemeten variabelen bleek alleen de graad van zorgafhankelijkheid en het bestuur van het woonzorgcentrum geassocieerd respectievelijk met de aanwezigheid van plaque op de natuurlijke tanden en op de gebitsprothesen.

Gebitsprothesen van de meest zorgafhankelijke bewoners vertoonden meer plaque alsook de natuurlijke tanden van bewoners die verbleven in woonzorgcentra met een openbaar bestuur (OCMW). De auteurs concluderen dat het niveau van mondhygiëne van bewoners in woonzorgcentra zeer laag was. Persoonsgebonden en factoren eigen aan de woonzorgcentra bleken geassocieerd met het niveau van de mondhygiëne.

<b>Tabel 3.3.3: Mondtoestand onderzochte steekproef (n=358)</b>		
<b>Mondtoestand</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tandeloos</b>	230	64 %
Totale gebitsprothese in boven- en onderkaak	171	47 %
Totale gebitsprothese in de bovenkaak	41	11 %
Totale gebitsprothese in de onderkaak	2	0,5 %
Geen gebitsprothesen	16	4 %
<b>Natuurlijke tanden</b>	128	36 %
Overkappingsprothese op natuurlijke tanden	1	0,2 %
Totale gebitsprothese in één kaak en natuurlijke tanden in de andere kaak	41	11%
Enkel natuurlijke tanden	52	14%
Partiële gebitsprothesen	34	9%

Bovenvermelde studie [De Visschere ea., 2006] maakt deel uit van een doctoraal proefschrift [De Visschere, 2010] dat een model voor mondzorg bij bewoners in de intramurale zorg ontwikkelde en toepaste in 2 mondgezondheidspromotieprojecten in Vlaanderen. Het proefschrift gaat uit van het feit dat een goede mondgezondheid oa. afhangt van een adequate dagelijkse mondhygiëne. Het integreren van innovatieve zorg blijkt een moeilijk probleem en dit is niet anders voor het integreren van mondzorg in het dagelijks zorgaanbod, in het bijzonder het integreren van mondhygiëne in de dagelijkse zorg. Het effect werd nagegaan van het implementeren van een protocol voor mondhygiëne bij ouderen in woonzorgcentra (AMOR-project, Actie voor Ouderen in Rusthuizen). Na 5 jaar bleef de kwaliteit van de mondhygiëne onvoldoende. De beoogde verbetering werd sterk beïnvloed door factoren inherent aan het woonzorgcentrum. Gedurende een 6 maanden durend onderzoek (ABRIM-project, Actief Begeleide Richtlijn Implementatie voor Mondzorg) werd de Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen begeleid geïmplementeerd. Het effect op de mondhygiëne van ouderen werd nagegaan in 6 woonzorgcentra in West-Vlaanderen en Vlaams-Brabant. Dit onderzoek toonde aan dat in de deelnemende woonzorgcentra, na 6 maanden begeleid implementeren, enkel de gebitsprothesen beter gepoetst werden. Opnieuw bleek dat factoren inherent aan het woonzorgcentrum een belangrijke invloed hadden op het resultaat. Bij de aanvang van beide implementatie onderzoeken werden ook gegevens verzameld in verband met het implementatieproces aan de hand van een kwalitatief onderzoeksdesign. De gevonden drempels worden weergegeven aan de hand van een classificatiemodel van de opgespoorde belemmerende en bevorderende factoren die hun invloed hebben gehad op het effect van beide implementatieprocessen. Een groot aandeel gerapporteerde drempels komt overeen met drempels reeds vermeld in de literatuur, met name de hoge werkdruk, gebrek aan communicatie over mondzorg, het onvoldoende inzien van het belang van mondzorg, ontbrekende kennis en vaardigheden, negatieve attitude ten opzichte van mondzorg, onvoldoende medewerking van de bewoners,... Nieuw gevonden factoren zijn het zelfbeschikkingsrecht en de toestand van de mondgezondheid van de residenten, het omgaan van zorgverleners met de eigen mondzorg en de zichtbaarheid van de mondproblemen. Vraaggestuurde mondzorg werd vermeld als een belangrijke stimulerende factor. Op basis van de kwantitatieve en kwalitatieve gegevens concludeert dit proefschrift door middel van het schematisch weergeven van een voorstel van model voor de organisatie van mondzorg in de intramurale sector. Voor het implementeren van een mondzorgbeleid dient er een samenwerking opgezet tussen de directie, de coördinerende raadgevende arts (CRA) en een externe tandarts en/of professioneel mondzorgteam. Een externe tandarts of mondzorgteam begeleidt actief de implementatie. Hier kan nagedacht worden over het engageren van een coördinerende raadgevende tandarts of een mondzorgteam bestaande uit een tandarts bijgestaan door hulpkrachten in de tandheelkunde. Indien mogelijk wordt het woonzorgcentrum voor de start van de implementatie doorgelicht op vlak van de aanwezige kennis, vaardigheden, attitude, belemmerende en bevorderende factoren op vlak van mondzorg. Aan de hand van de resultaten wordt een vormingsaanbod bepaald naar



inhoud, vorm en frequentie. Door middel van het principe van ‘train de trainer’ wordt aan alle zorgverleners een interne opleiding in mondzorg gegeven door medewerkers van het woonzorgcentrum volgens een participatieve benadering, dit op het niveau van het woonzorgcentrum en op het niveau van de verschillende afdelingen. De vooruitgang van het project dient periodiek geëvalueerd te worden aan de hand van indicatoren zoals het uitvoeren van een mondhygiëne evaluatie aan de hand van kleuringstechnieken en het houden van feedback gesprekken. Om de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg voor alle bewoners te verhogen kan aanvullend beroep gedaan worden op een extern mondzorgteam voorzien van adequate tandheelkundige apparatuur. De coördinatie voor deze dienstverlening dient uit te gaan van een expertise centrum al of niet verbonden aan een universiteit of ziekenhuis.

### 3.3.3.2.3.3 Resultaten voor andere landen in Europa

De zoektocht naar internationale publicaties met epidemiologische gegevens over de mondgezondheid van ouderen in woonzorgcentra leverde 17 resultaten op met inbegrip van 2 reeds vermelde studies [Gluhak ea., 2010; Lamy ea., 1999; De Visschere ea., 2006; Peltola ea., 2004; Tramini ea., 2007; Cohen ea., 2006; Jäger ea., 2009; Nitschke, 2001; Triantos, 2005; Kossioni en Karkazis, 1999; Ferro ea., 2008; Kalsbeek ea., 2006; Samson ea., 2008; Söderpalm ea., 2006; Sweeney ea., 2007; Adam en Preston, 2006; Frenkel ea., 2000].

Tabellen 3.3.4, 3.3.5 en 3.3.6. geven schematisch een overzicht van relevante epidemiologische gegevens voor diverse Europese landen, met inbegrip van België (indien informatie voorhanden was).

#### **Tandeloos versus natuurlijke tanden**

Op vlak van mondgezondheid werden de huidige bewoners van woonzorgcentra gedurende hun jeugd en adolescentie gekenmerkt door het veelvuldig voorkomen van tandbederf. Vrij vroeg waren heel wat gebitselementen aangetast door tandbederf met als gevolg dat voor een belangrijk aandeel van de bevolking op vrij jonge leeftijd een gebitsprothese de enige oplossing was. Vandaag beschikt in Vlaanderen 53% van de personen ouder dan 65 jaar [Gezondheidsenquête, 2004] nog over natuurlijke tanden. Dit aandeel daalt bij bewoners van woonzorgcentra tot 36% [De Visschere, 2006]. Dit percentage is vergelijkbaar met de situatie in Nederland en Noorwegen maar is lager dan in Zweden, Italië en Duitsland en heel wat lager dan in Frankrijk (Tabel 3.3.4.) In Vlaanderen heeft een bewoner van een woonzorgcentrum gemiddeld nog 10 tanden en één op zes beschikt nog over meer dan 20 natuurlijke tanden [De Visschere, 2006]. Uit literatuur blijkt dat in de toekomst het aandeel ouderen met natuurlijke tanden zal toenemen alsook het gemiddeld aantal tanden in het restgebit al of niet voorzien van complexe restauratieve en prothetische zorg [Kleinman ea., 2009]. De Gezondheidsenquête [Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2004] die om de 4 jaar in België wordt uitgevoerd toonde deze stijging aan in de groep van de 75-plussers tussen 2001 en 2004 met respectievelijk 53,5% en 61%. In beide onderzoeken werden bewoners van woonzorgcentra niet opgenomen.

#### **Cariës**

Het al of niet ontwikkelen van tandbederf hangt af van diverse factoren met als belangrijkste de algemene gezondheid, leefomgeving, leefomstandigheden, leefstijl, voeding, preventie, de hoeveelheid en samenstelling van het speeksel en het aantal gebitselementen met blootliggende wortelvlakken. Resultaten van grootschalige longitudinale (minstens 3 jaar) onderzoeken bij 50-plussers in Iowa, North Carolina, Ontario en Zuid-Australië, brachten aan het licht dat deze groep cariës actief is met een incidentie die vergelijkbaar is met die aangetroffen bij adolescenten [voor samenvatting, zie Thomson, 2004]. Andere studies toonden aan dat de prevalentie voor tandbederf van de worteloppervlakken nog groter is dan voor de kroon. Incidentie studies illustreren dat beide soorten tandbederf bij de ouderen meer voorkomen in vergelijking tot andere leeftijdsgroepen [Saunders en Meyerowitz, 2005].

Slechts weinig Europese studies vermelden prevalentiecijfers voor tandbederf bij ouderen in woonzorgcentra zoals blijkt uit het overzicht in tabel 3.3.5. Gerapporteerde studies maken melding van een spreiding van 35% tot 72%. Internationale literatuur bij ouderen toont een prevalentie van kroon- en wortelcariës van respectievelijk 50 en 65%. Ellefsen en medewerkers rapporteerden recent nog hogere prevalenties voor personen met het dementiesyndroom. Het gemiddeld aantal aangetaste vlakken (kroon en wortel) was voor personen met dementiesyndroom ten opzichte van personen zonder dementiesyndroom, significant hoger (7,0 vs 2,7 oppervlakken,  $p < 0,05$ ) [Ellefsen ea., 2008].

#### **Parodontale aandoeningen**

Internationale gegevens over de parodontale gezondheid van ouderen in woonzorgcentra zijn zeer beperkt en vaak

moelijk te interpreteren en onderling te vergelijken. Epidemiologische studies in Noorwegen en recent in Duitsland rapporteren een hoge prevalentie van gingivale inflammatie (Tabel 3.3.5). Data bekomen in de derde National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) illustreren dat tandsteen, tandvlesbloeding en recessie frequent aanwezig zijn in de oudste leeftijdsgroepen in de VSA [Albandar ea., 1999].

### **Aandoeningen van de weke delen in de mond en droge mond**

Veel voorkomende slijmvlies-aandoeningen in de mond bij ouderen zijn sterk gerelateerd aan het dragen van een gebitsprothese die onvoldoende aanpast of onderhouden wordt. Daarnaast lijden heel wat ouderen aan een droge mond meestal tengevolge van polymedicatie en niet omwille van de leeftijd. Anticholinergica, antidepressiva, antihypertensiva en anxiolytica hebben een negatieve invloed op de speekselproductie. Een studie uitgevoerd in woonzorgcentra in België door het Kenniscentrum (KCE) vermeldt het gebruik van gemiddeld 8 verschillende soorten medicijnen met een spreiding van 0 tot 22. De meeste medicijnen (88%) werden omwille van chronische aandoeningen genomen, 3% voor acute situaties en 9% "indien nodig". Meer dan 2 op 3 bewoners nam benzodiazepines of antipsychotica, 50% laxeermiddelen en bijna de helft (46%) antidepressiva [Kenniscentrum, 2006].

Tabel 3.3.6 vat voor de verschillende Europese studies het voorkomen van slijmvlies-aandoeningen samen. Proporties variëren van 11 tot 48% voor slijmvlies-aandoeningen en van 18 tot 43% voor droge mond.

### **Behandelneed**

De objectieve behandelneed voor mondzorg is de need aan mondzorg die een persoon nodig heeft volgens het oordeel van een tandarts. De subjectieve need aan mondzorg van een persoon is de need ingeschat door de persoon zelf. Tabel 3.3.6 geeft een overzicht van de objectieve en subjectieve behandelneed voor diverse aspecten van mondzorg. Algemeen varieert de subjectieve behandelneed van ouderen in woonzorgcentra tussen 26 en 50% terwijl de objectieve behandelneed varieert tussen 21 en 90%.

### 3.3.3.2.4 Organisatie van mondzorg voor kwetsbare ouderen in België

Over de organisatie van de mondzorg voor ouderen die in woonzorgcentra verblijven werden 3 studies gevonden. Een eerste studie [Vanobbergen en De Visschere, 2005] ging na of er een protocol voor mondzorg werd gebruikt in woonzorgcentra in de regio Gent en welke factoren hierop een mogelijke invloed hadden. Dit onderzoek gebeurde aan de hand van een vragenlijst die werd ingevuld door 225 zorgverleners (75% respons) werkzaam in 16 woonzorgcentra in de regio Gent. Deze woonzorgcentra werden geselecteerd uit een totaal aanbod van 36 voorzieningen op basis van bestuur (VZW, OCMW, Commercieel) en op basis van capaciteit (< 50; ≥50 en <100; ≥100 bewoners). Uit de resultaten blijkt dat woonzorgcentra nauwelijks een mondzorgbeleid voerden en er was weinig tot geen ondersteuning door een tandarts. Zorgverleners gaven aan dat ze intern communiceren over mondzorg en dat bewoners mondygiëne uitvoerden al of niet ondersteund door zorgverleners. Als dit het geval was dan gebeurde dit eerder routinematig dan in functie van de individuele noden van de bewoner. De kennis van de zorgverleners over mondzorg scoorde laag. Verder bleek dat er een grote variabiliteit tussen de woonzorgcentra bestond voor het al of niet gevoerde mondzorgbeleid. Deze variabiliteit kon voor 30% verklaard worden door de aanwezige kennis over mondzorg van zorgverleners, de directieve en ondersteunende houding van de directie en de gemiddelde leeftijd van de bewoners.

Een tweede studie beschrijft het aanbod van professionele mondzorg voor ouderen in woonzorgcentra en peilt naar de opinies van tandartsen ten opzichte van een gestructureerd aanbod van mondzorg in deze setting [De Visschere en Vanobbergen, 2006]. Gegevens werden verzameld bij 101 tandartsen in de provincie Antwerpen (15% van het totaal aantal tandartsen in de provincie Antwerpen) die deelnamen aan een peer review over mondzorg voor ouderen. Kwantitatieve gegevens werden bekomen door middel van een vragenlijst en kwalitatieve gegevens door middel van focusgroepgesprekken.

De respons was 100%. De gemiddelde leeftijd van de participerende tandartsen was 41,7 (SD 7,5; range 25-64). De verhouding vrouwen/mannen was 40/60 en 65% behoorde tot de leeftijdsgroep van 36 tot 45 jaar. Meer dan drie vierden werkten in een solopraktijk en 45% beoefende alle disciplines van de tandheelkunde behalve orthodontie. Slechts 1 tandarts verleende mondzorg in een samenwerkingsverband met een organisatie die thuiszorg aanbiedt en 6 tandartsen in samenwerking met een woonzorgcentrum. De helft van de tandartsen verleende mondzorg in beide settings met een gemiddelde van amper 5,4 behandelingen op jaarbasis in het woonzorgcentrum en 2,4 in

de thuiszorgsituatie. De tandartsen werden zeer zelden (2,4%) gecontacteerd door een huisarts. Tandartsen waren niet bereid om mondzorg te verlenen omwille van diverse redenen. De belangrijkste reden (63%) was het ontbreken van apparatuur. Bijna 1 op 5 had te weinig tijd en 11% overtuigde de bewoner naar de praktijk te komen. De meest frequent uitgevoerde behandelingen waren het ontlasten van een drukpunt veroorzaakt door gebitsprothesen, het herstellen en aanpassen van gebitsprothesen, extracties en het vervaardigen van een nieuwe gebitsprothese. Enerzijds waren tandartsen van 46 en ouder meer gewonnen voor een gestructureerde aanpak, vooral in vergelijking met de jongste leeftijdsgroep ( $p < 0,05$ ). Anderzijds vertoonde de oudste leeftijdsgroep een lagere bereidheid om zelf te participeren in het verlenen van mondzorg. Dit laatste weliswaar niet significant. Uit het kwalitatieve deel van de studie (focusgroepgesprekken gesprekken) bleek dat alle groepen (4) van mening waren dat er meer aandacht, mankracht en financiële middelen dienen te gaan om mondzorg te kunnen verlenen aan deze doelgroep. Uitgesproken kritiek werd geuit op het ontbreken van terugbetaling door het RIZIV en van een aangepast systeem van vergoeding voor het verlenen van mondzorg buiten de praktijk. Twee groepen beklemtoonden de vrije keuze van de bewoner en de nood aan het inzetten van hulpkrachten. In één groep werd duidelijk vermeld dat de universiteiten een aangepaste opleiding moeten voorzien in geriatrische tandheelkunde en dat er richtlijnen dienen ontwikkeld te worden om mondzorg te verlenen vooral voor ouderen met het dementiesyndroom. Aangezien het een kleine steekproef betrof van enkel tandartsen uit de provincie Antwerpen kunnen deze resultaten niet geëxtrapoleerd worden naar de situatie voor heel Vlaanderen.

Een derde studie had als doel na te gaan of er een correlatie bestaat tussen de gekregen opleiding in geriatrische tandheelkunde en de kennis over ouder worden en de attitude van studenten ten opzichte van ouderen die in woonzorgcentra verblijven [De Visschere ea., 2009]. De onderzochte populatie bestond uit alle studenten tandheelkunde ( $N=357$ ) die afstudeerden aan de 6 Belgische Universiteiten in de jaren 2004, 2005 of 2006. Per jaar van afstuderen werd een vragenlijst in het Nederlands of het Frans verstuurd naar alle afgestudeerde studenten van de tandheelkundige scholen. De response was 44,6%, 40,1% en 28,9% respectievelijk voor 2004, 2005, en 2006. Bij het vergelijken van de groep van de deelnemers en de niet-deelnemers voor geslacht, jaar en universiteit van afstuderen bleek er enkel voor het jaar van afstuderen een significant verschil te bestaan. Er waren meer deelnemers van de universiteit Gent en het minst van de Université Libre de Bruxelles. De gemiddelde leeftijd was 25 jaar en 92% was jonger dan 30. Ongeveer 60% was van het vrouwelijke geslacht. Vierenvertig procent werkte in een groepspraktijk en 16% werkte zowel in een private praktijk als in een ziekenhuis. Amper 10 afgestudeerden werkten nauw samen met een woonzorgcentrum en dit had geen effect op hun attitude. De kennis van tandartsen over ouder worden was laag met slechts 50% correcte antwoorden. De tandartsen toonden een eerder negatieve attitude ten opzichte van ouderen in woonzorgcentra. De opleiding geriatrische tandheelkunde was voor verbetering vatbaar. Slechts 16% van de aspecten kwam aan bod in een apart opleidingsonderdeel en 28% gedurende andere cursussen. Bijna één op drie kwam helemaal niet aan bod. De orale gevolgen van systemische aandoeningen (85%), alle soorten tandheelkundige behandelmogelijkheden (84%) en acute en chronische aandoeningen (81%) werden het meest behandeld in een apart opleidingsonderdeel of als deel van andere cursussen. De organisatie van de mondzorg voor ouderen in de thuiszorg (94%), tandheelkundige behandelingen voor ouderen in woonzorgcentra (84%) en de organisatie van mondzorg voor kwetsbare ouderen (83%) kwamen nauwelijks aan de orde. Er werd een grote variabiliteit vastgesteld op vlak van het opleidingsonderdeel geriatrische tandheelkunde aan de diverse universiteiten en over de jaren heen is er een kleine verbetering merkbaar.

### 3.3.4 Samenvatting

De gegevens van de literatuurstudie kunnen als volgt worden samengevat:

#### 3.3.4.1 Personen met beperkingen

- In een bevraging van Vlaamse personen met beperkingen uitgevoerd in de periode december 2009-november 2010, gaf 17% van de respondenten aan dat er het afgelopen jaar een financiële barrière was om de tandarts te raadplegen.
- De groep personen met mentale beperkingen heeft een minder hoge leeftijdsverwachting en bij hen worden in vergelijking met de algemene populatie meer medische problemen vastgesteld. Bovendien nemen ze bijzonder veel medicijnen (waaronder o.a. neuroleptica en anti-epileptica), waarvoor er ook niet altijd voldoende (medische) opvolging is. Velen onder hen hebben dan ook vaak last van de bijwerkingen die ook te weinig worden opgevolgd.

- Over het algemeen ziet men bij personen met (mentale) beperkingen dat er onvoldoende aandacht gegeven wordt aan preventie.
- In België zijn de gegevens over de mondgezondheid van personen met bijzondere noden schaars.
- In vergelijking met de algemene populatie hebben personen met mentale beperkingen:
  - Een minder goede mondhygiëne
  - Meer en ernstiger vormen van parodontitis
  - Vergelijkbare cariësscores, maar meer onbehandelde cariës en minder gerestaureerde tanden
  - Meer ontbrekende tanden
- Over de organisatie van mondzorg voor personen met bijzondere noden in België is er niet veel informatie te vinden.

### 3.3.4.2 Kwetsbare ouderen

- Van alle leeftijdsgroepen hebben de 75-plussers het meest moeite (44%) hun medische kosten te betalen. Omwille van de noodzaak aan zorg stelt slechts 7% deze medische zorg uit.
- Het aantal ouderen met chronische aandoeningen neemt toe. Door de demografische evolutie en de toename aan zorgafhankelijkheid zal het aantal ouderen dat zorgafhankelijk is met factor 3 toenemen tussen 2007 en 2030.
- Ouderen (>65) die in woonzorgcentra verblijven doen veel minder beroep op professionele mondzorg in vergelijking met ouderen in de thuissituatie. Drie op vier van de bewoners van woonzorgcentra heeft geen tandarts gezien in een periode van 2 jaar. Slechts 22% heeft één of andere vorm van mondzorg gekregen.
- Studies uitgevoerd in Luik en Gent tonen een hoge nood aan op vlak van mondzorg. Ondervoeding en onvoldoende mondhygiëne blijken belangrijke knelpunten.
- Woonzorgcentra voeren nauwelijks een mondzorgbeleid en het blijvend implementeren van een mondzorgprotocol met aandacht voor preventie (mondhygiëne) en curatieve zorg blijkt bijzonder moeilijk.
- Het model voor de organisatie van de mondzorg in de intramurale sector geeft aan dat een multidisciplinaire en gestructureerde aanpak noodzakelijk is en dat het inschakelen van professionele hulpkrachten mondzorg onontbeerlijk is.
- Data over de mondgezondheid van ouderen in woonzorgcentra zijn voor België nauwelijks voorhanden. Internationale studies uitgevoerd bij ouderen in woonzorgcentra tonen een hoge prevalentie van tandbederf (vooral wortelcariës), parodontale aandoeningen en aandoeningen van weke delen meestal gerelateerd aan het dragen van gebitsprothesen.
- De subjectieve behandelneed voor mondzorg van ouderen in woonzorgcentra is lager dan de objectieve behandelneed.

Tabel 3.3.4: Epidemiologische gegevens over tandeloosheid en mondhygiëne

Land	n (jaren)	Gemiddelde leeftijd (SD)	Betanden (%) (gemiddeld aantal tanden)	Tandeloos (%) TP/TP: totale gebitsprothese boven- en onderkaak TP/-: totale gebitsprothese bovenkaak -/TP: totale gebitsprothese onderkaak -/-: geen gebitsprothesen	Mondhygiëne	Attitude tov mondhygiëne
Oostenrijk (Gluhak ea.) 2007	681	84,1 80,7 (man) 85,1 (vrouw)	48,3 (9,9) (man 12,8; vrouw 8,8)	51,7% 69% totale of partiële gebitsprothesen	Oral Hygiene Index(OHI) 2,3 man; 2,2 vrouw	63,9% poetst zelf
België (Lamy ea.) 1999	120 (65 – 96) excl. personen met dementie-syndroom	81	39% (10,4)  34% partiële gebitsprothesen	61% 12,5% -/- 38 % TP/TP 10,5% TP/- or -/TP		

Tabel 3.3.4 (vervolg): Epidemiologische gegevens over tandeloosheid en mondhygiëne

Land	n (jaren)	Gemiddelde leeftijd (SD)	Betanden (%) (gemiddeld aantal tanden)	Tandeloos (%) TP/TP: totale gebitsprothese boven- en onderkaak TP/-: totale gebitsprothese bovenkaak -/TP: totale gebitsprothese onderkaak -/-: geen gebitsprothesen	Mondhygiëne	Attitude tov mondhygiëne
België (Flanders) (De Visschere ea.) 2006*	359 (> 75)	84,9	36% (10,3) 16% > 20 tanden	64% 4,5% -/ 47,6% TP/TP 11,4% TP/ 0,6% -/TP	tandplaque 2,17 (Silness&Loë) 4% < 1 en 30% = 3  gebitsprothese-plaque 2,13 (Augsburger) 5% ≤ 1 46,5% > 2  2,08 bovenkaak 2,11 onderkaak p < 0,001 1,93 oraal 2,33 mucosaal p < 0,001	
Finland (Peltola ea.) 2000	260 (>60)	83,3 78,7 (man) 84,8 (vrouw)	42% -12,4 18% > 20 tanden	58% -/- 18%	zelden gebitsprothesen zonder plaque  hygiëne natuurlijke tanden à slecht	
Frankrijk (Tramini ea.) (2003-2004)	321 (> 65)	81,1 (man) 83,3 (vrouw)	73,10% 33,6% (≥ 20t)	26,90% 9% -/-		40% (adequate mondhygiëne)  41,6% (adequaat poetsen van gebitsprothesen)
Frankrijk (Cohen ea.) (2003)	756 (> 65)	83			n = 480 55,2% plaque 37,3% voedselresten	
Duitsland (Jäger ea.) (2007)	131 (49-97)	80 60% >80	46,60% 9,9% > 16	53,40% 61,8 TP/ 49,6 -/TP)	(met tanden) 9,8% (PLI ≤ 1) 23,0% (PLI 1-≤ 2)  (met gebitsprothesen) 55,6% (DHI 8 -10)(bk) 49,2% (DHI 8 -10)(ok)  67,2% (PLI > 2) tongbeslag 74% partieel of totaal	
Duitsland (Nitschke) (1990-1993)	170	82	31,80% -3,3	69,20%		
Griekenland (Triantos) (2005)*	166 (> 65)	81	21% -11,5	79% 33% -/-		68% (dagelijks) 5% (2-3 dagen) 2% (1 week) 7% (nooit)

Tabel 3.3.4: Epidemiologische gegevens over tandeloosheid en mondhygiëne

Land	n (jaren)	Gemiddelde leeftijd (SD)	Betanden (%) (gemiddeld aantal tanden)	Tandeloos (%) TP/TP: totale gebitsprothese boven- en onderkaak TP/-: totale gebitsprothese bovenkaak -/TP: totale gebitsprothese onderkaak -/:-: geen gebitsprothesen	Mondhygiëne	Attitude tov mondhygiëne
Griekenland (Kossioni, Karkazis) (1999)*	257 (> 65)	83,7	38,00% -11,5	62%		
Italië (Ferro ea.) (2002)	595 (46-103)	83,2	57% 8,4% (9,4% + wortelresten) 72,2% (1-12) 53% (vaste of uitneembare prothetiek)	43% 14,6% -/- 24,5% TP/TP 3,5% F/- or -/TP	85,9 (slechte mondhygiëne)	
Nederland (Kalsbeek ea.) (2006)*	337 (> 60)		30% 31% (> 20t) (60-79) 15% (> 20t) (> 79)	70% 8% -/-	40% slecht (tanden) 10% slecht (gebitsprothesen)	
Noorwegen (Samson ea.) (2004)	173 (56 - 101)	86,5	34% -12,3	66% 35% (alleen gebitsprothesen) 23% (tanden en gebitsprothesen) 8% -/-		
Zweden (Söderpalm Andersen ea.) (2006)*	172 (63-97)	84,9	58% 22 (1-9t) 36 (> 10t)	42%	(enkel voor betanden) 12% (geen zichtbare plaque) 47% (zichtbare plaque, geen gingivitis) 41% (zeer veel plaque)	(poetsen 2x p/d) 60% betanden 42% met gebitsprothesen
Groot-Brittannië (Sweeney ea.) (2008)	288		26%	74% 62% TP/TP 22% TP/-	80% tanden met débris	
Groot-Brittannië (Adam, Preston) (2006)	135 (> 65) (A) geen/weinig dement (B) middelmatig/zwaar dement	(A) 84,5 (B) 80,8		(A) stabiliteit goed 93 (B) stabiliteit goed 76 retentie goed 76,7 occlusie goed 91,4 verticale dementie goed 82,1 (B) 76 76 66,7 71,4	(A) Green&Vermillion plaque (gemiddelde) 1,33 (B) 2,14 tandsteen (gemiddelde) 1,43 2,04	
Groot-Brittannië (Frenkel ea.) (2000)	412 84,5 Interventie Controle	(C) 84,0 (I) 84,9	(C) 19,9% (I) 19,4%	draggers van gebitsprothesen (C) 79,6 (I) 80,6	(C) Silness&Loë tandplaque (gemiddeld) 2,12 (I) 2,13 gebitsprothese plaque (gem.) 2,80 2,82	

\*jaar van publiceren (A) geen dementie/weinig dement; (B) middelmatig/zwaar dement

Tabel 3.3.5: Epidemiologische gegevens over tandbederf en parodontale aandoeningen

Land	n (jaren)	Gemiddelde leeftijd (SD)	Cariës	Parodontale aandoeningen (%)	Bloedingsindex	Tandsteen
Oostenrijk (Gluhak ea.) 2007	681	84,1 80,7 (man) 85,1 (vrouw)	DMFT 25,6	84,1% acute parodontale ontsteking		
België (Lamy ea.) 1999	120 (65 – 96) excl. personen met dementie-syndroom	81	46,9% gebroken tanden 53,3% cariës			
België (Flanders) (De Visschere ea.) 2006*	359 > 75	84,9		13,7% beweeglijk		76,7%**
Finland (Peltola ea.) 2000	260 (>60)	83,3 78,7 (man) 84,8 (vrouw)				
Frankrijk (Tramini ea.) (2003-2004)	321 (> 65)	81,1 (man) 83,3 (vrouw)				
Frankrijk (Cohen ea.) (2003)	756 (> 65)	83	34,7% nood aan restauratieve tandheelkunde			55% tandsteen
Duitsland (Jäger ea.) (2007)	131 (49-97)	80 60% >80		n = 59 15,3% CPITN 1 23,7% CPITN 2 18,6% CPITN 3 42,4% CPITN 4	n = 61 3,3% (BI >10%) 0,0 % (BI 10 - <20%) 6,6 % (BI 20 - <50%) 90,2 % (BI 50 - 100% )	
Duitsland (Nitschke) (1990-1993)	170	82	DMFT 26,4			
Griekenland (Triantos) (2005)*	166 (> 65)	81				
Griekenland (Kossioni, Karkazis) (1999)*	257 (> 65)	83,7				
Italië (Ferro ea.) (2002)	595 (46-103)	83,2				
Nederland (Kalsbeek ea.) (2006)*	337 (> 60)					
Noorwegen (Samson ea.) (2004)	173 (56 – 101)	86,5	72% cariës DMFT 23,2	n = 89 0% (gezond) 7% (bloeding) 28% (bloeding + tandsteen) 43% (bloeding, tandsteen, pockets 4 - 5 mm) 22% (bloeding, tandsteen, pockets ≥ 6 mm)		
Zweden (Söderpalm Andersen ea.) (2006)*	172 (63-97)	84,9				
Groot-Brittannië (Sweeney ea.) (2008)	288					57% tanden met tandsteen

Tabel 3.3.5 (vervolg): Epidemiologische gegevens over tandbederf en parodontale aandoeningen

Land	n (jaren)	Gemiddelde leeftijd (SD)	Cariës	Parodontale aandoeningen (%)	Bloedingsindex	Tandsteen
Groot-Brittannië (Adam , Preston) (2006)	135 > 65 (dementie)	(A) 84,5 (B) 80,8	(A) gemiddeld aantal tanden met cariës 1,11 (B) 0,8			(A) tandsteen (gemiddeld) 1,43 (B) 2,04
Groot-Brittannië (Frenkel ea.) (2000)	412 84,5 Interventie Controle	(C) 84,0 (I) 84,9		(C) "0 =geen ontsteking; 1= marginale ontsteking; 2 = veel ontsteking" 1,31 (I) 1,36		

"\*jaar van publiceren (A) geen dementie/weinig dement; (B) middellmatig/zwaar dement; \*\* vastgesteld door verpleegkundigen/verzorgenden (niet gepubliceerde data Amor studie)"

Tabel 3.3.6: Epidemiologische gegevens over aandoeningen van de weke delen, objectieve en subjectieve behandelnoed

Land	n (jaren)	Gemiddelde leeftijd (SD)	Andere mondaandoeningen en mondproblemen	Objectieve behandelnoed	Subjectieve behandelnoed
Oostenrijk (Gluhak ea.) 2007	681	84,1 80,7 (man) 85,1 (vrouw)		81,1% prothetisch	25,9% prothetisch
België (Lamy ea.) 1999	120 (65 – 96) excl. personen met dementie-syndroom	81		stabiliteit 66% goed (bk) 52% goed (ok) niet in staat rauwe wortelen te kauwen 53%	
België (Flanders) (De Visschere ea.) 2006*	359 > 75	84,9	n = 309 cheilitis angularis 4,5%** **n = 313 mucosale laesies** 12,1% bovenkaak 14,1 onderkaak droge mond** betanden 18,2% tandelozen 17% halitosis** betanden 18,5% tandelozen 4,7% pijn** betanden 14,2% tandelozen 5,6%	43,3% **	
Finland (Peltola ea.) 2000		83,3 78,7 (man) 84,8 (vrouw)	25% van gebitsprothesedragers -> gebitsprothese geïnduceerde Stomatitis 19% cheilitis angularis	25% prothetisch 37% vullingen 49% parodontaal 42% extracties	
Frankrijk (Tramini ea.) (2003-2004)	321 (> 65)	81,1 (man) 83,3 (vrouw)		28,7% halitosis	



**Tabel 3.3.6 (vervolg): Epidemiologische gegevens over aandoeningen van de weke delen, objectieve en subjectieve behandelneed**

Land	n (jaren)	Gemiddelde leeftijd (SD)	Andere mondaandoeningen en mondproblemen	Objectieve behandelneed	Subjectieve behandelneed
<b>Frankrijk (Cohen ea.) (2003)</b>	756 (> 65)	83	10,8% minstens 1 slijmvliesaandoening	86% 15% halitosis 53% extractie van 1 of meer tanden 34,9% restauratieve tandheelkunde 57% prothetisch 45,2 relining 39,2 geen occluderende paren	51,4% positieve perceptie van Oral Health Related Quality of Life (GOHAI >50)
<b>Duitsland (Jäger ea.) (2007)</b>	131 (49-97)	80 60% >80		restauratieve tandheelkunde 45%	
<b>Duitsland (Nitschke) (1990-1993)</b>	170	82		nood aan behandeling gebitsprothesen 65%	Meerderheid tevreden met gebitsprothesen
<b>Griekenland (Triantos) (2005)*</b>	166 (> 65)	81	17,2% gebitsprothese geïnduceerde stomatitis 10,5% atrofie tongpapillen 9,8% fissurale tong	46,20%	
<b>Griekenland (Kossioni, Karkazis) (1999)*</b>	257 (> 65)	83,7	43% xerostomie		
<b>Italië (Ferro ea.) (2002)</b>	595 (46-103)	83,2		nood aan behandeling 82% dringend 40%  prothetisch 70,9% relining betanden 74,8% professionele reiniging 54,5% tand extractie 33,4% cariës behandelingen	50% zeer tevreden/tevreden behandelneed 46% geen 24% weinig 12% middelmatig 8% hoog 52% tandelozen/42% betanden
<b>Nederland (Kalsbeek ea.) (2006)*</b>	337 (> 60)			occlusale contacten 60-79 jaren oud 45% = 0  > 79 72% = 0  retentie gebitsprothesen  bovenkaak 12% slecht  onderkaak 31% slecht	betanden tandelozen functionele ongemakken kauwen 36% 33% afbijten 42% 56% (p < 0,05) smaak 8% 10% spraak 13% 16% pijn 38% 38% droge mond 50% 62% (p < 0,05) voedselresten 78% 72% halitosis 20% 8% (p < 0,001)

**Tabel 3.3.6 (vervolg): Epidemiologische gegevens over aandoeningen van de weke delen, objectieve en subjectieve behandel nood**

Land	n (jaren)	Gemiddelde leeftijd (SD)	Andere mondaandoeningen en mondproblemen	Objectieve behandel nood	Subjectieve behandel nood
Noorwegen (Samson ea.) (2004)	173 (56 – 101)	86,5	n = 90 36% stomatitis		
Zweden (Söderpalm Andersen ea.) (2006)*	172 (63-97)	84,9	slijmvliesaandoeningen 45% bovenkaak 48% onderkaak	nood aan behandeling 10% geen 54% mondhygiëne 34% meer uitgebreide behandeling 2% dringend  wortelresten en aangetaste tanden 10% bovenkaak 13% (onderkaak) verhoogde mobiliteit 8% slechte stabiliteit retentie 18% bovenkaak 18% bovenkaak 23% onderkaak 26% onderkaak slijmvliesaandoeningen 45% bovenkaak 48% onderkaak	mondprobleem 24%
Groot-Brittannië (Sweeney ea.) (2008)	288		19% Erythemateuse candidosis 5% ulcera 4% Leukoplakia	tandbehandeling vereist 47% dringend 6%  60% slijmvliesaandoeningen 54% Candida 26,7% Staphylococcus Aureus waarvan 5% MRSA  mondhygiëne (79% vd betanden) restauratieve tdkh/ extractie (33% + 5% dringend) 7% gebitsprothesen slijmvlies (allen) (17% + 5% dringend)	38% slijmvliesaandoeningen 19% Erythematese candidosis 5% Ulcera
Groot-Brittannië (Adam , Preston) (2006)	135 > 65 (dementie)	(A) 84,5 (B) 80,8			
Groot-Brittannië (Frenkel ea.) (2000)	412 (42-102) 84,5	Interventie (I) 84,0 Controle (C) 84,9	16,6% erythema 14,5% diffuus erythema 2,1 hyperplasie	mondprobleem 20% 27,8% prothetische ongemak 26,7% slecht passende gebitsprothese 13,3% gebitsprothesen verloren 16,7% cariës, gebroken of gevoelige tanden 5,5% tandsteen of bloedend tandvlees	

\*jaar van publiceren (A) geen dementie/weinig dement; (B) middellmatig/zwaar dement; \*\* vastgesteld door verpleegkundigen/verzorgenden (niet gepubliceerde data Amor studie)

### 3.3.5 Referenties

#### 3.3.5.1 Personen met beperkingen

Altun C, Guven G, Akgun OM, Akkurt MD, Basak F, Akbulut E:

Oral health status of disabled individuals attending special schools. *Eur J Dent* 2010;4:361-366.

Anders PL, Davis EL: Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review.

*Spec Care Dentist* 2010;30:110-117.

Augustyns N, Adams M, Vriesacker B, Janssens H, Van Hal, G: Handicap, inkomen en toegang tot de gezondheidszorg. 2010.

Cumella S, Ransford N, Lyons J, Burnham H: Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services. *J Intellect Disabil Res* 2000;44:45-52.

Dougall A, Fiske J: Access to special care dentistry, part 1. *Access. Br Dent J* 2008;204:605-616.

Gabre P, Gahnberg L: Dental health status of mentally retarded adults with various living arrangements.

*Spec Care Dentist* 1994;14:203-207.

Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L: Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. *Eur J Oral Sci* 2001;109:20-26.

Gizani S, Declerck D, Vinckier F, Martens L, Marks L, Goffin G: Oral health condition of 12-year-old handicapped children in Flanders (Belgium). *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:352-357.

Hennequin M, Faulks D, Roux D: Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients.

*J Dent* 2000;28:131-136.

Lennox N: Following treatment guidelines for developmentally disabled adults. The invisible 3%.

*Can Fam Physician* 2006;52:1373-1379.

Lennox N, Bain C, Rey-Conde T, Purdie D, Bush R, Pandeya N: Effects of a comprehensive health assessment programme for Australian adults with intellectual disability: a cluster randomized trial.

*Int J Epidemiol* 2007;36:139-146.

Leroy R, Declerck D, Marks L: The oral health status of Special Olympics athletes in Belgium.

Accepted by *Community Dent Health*, Dec 2010.

Martens L, Marks L, Goffin G, Gizani S, Vinckier F, Declerck D: Oral hygiene in 12-year-old disabled children in Flanders, Belgium, related to manual dexterity. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28:73-80.

Martens LC, Demars C, Lievens S, Surmont P, Van Grunsven M, Cornips MC, Van Herck I, Vierstraete H, Delboo R, Stroo N: Gebitsverzorging bij gehandicapten kan! 1991. Brugge.

Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ: Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: residence factors. *Aust Dent J* 2009;54:204-211.

Special Olympics - [www.specialolympics.org](http://www.specialolympics.org) - laatst geraadpleegd in september 2010

Tiller S, Wilson KI, Gallagher JE: Oral health status and dental service use of adults with learning disabilities living in residential institutions and in the community. *Community Dent Health* 2001;18:167-171.

Van der Heyden J, Gisle L, Demars C, Drieskens S, Hesse E, Tafforeau J: Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand. 2010. Brussel, Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

van Schroyen Lantman-de Valk HM, Walsh PN: Managing health problems in people with intellectual disabilities. *BMJ* 2008;337:a2507. doi: 10.1136/bmj.a2507.a2507.

Walsh, PN Hall K, and Ryan D: Health indicators for people with intellectual disability: using an indicator set (POMONA II), 2008.

Watson EK, Moles DR, Kumar N, Porter SR: The oral health status of adults with a visual impairment, their dental care and oral health information needs. *Br Dent J* 2010;208:E15.

### 3.3.5.2 Kwetsbare ouderen

Adam H, Preston AJ: The oral health of individuals with dementia in nursing homes. *Gerodontology* 2006; 23(2):99-105.

Albandar JM, Kingman A: Gingival recession, gingival bleeding, and dental calculus in adults 30 years of age and older in the United States, 1988-1994. *J Periodontol* 1999; 70(1):30-43.

Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, Afdeling Epidemiologie, 2006; Brussel Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Depotnummer : D/2006/2505/4, IPH/EPI REPORTS N° 2006 – 035.  
[www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/crospnl/hisnl/table04.htm](http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epinl/crospnl/hisnl/table04.htm)

Cohen C, Tabarly P, Hourcade S, Kirchner-Bianchi C, Hennequin M: Quelles réponses aux besoins en santé buccodentaire des personnes âgées en institution. *Presse Med* 2006; 35:1639-1648.

De Visschere LM, Grooten L, Theuniers G, Vanobbergen JN: Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions--a cross-sectional study. *Gerodontology* 2006;23(4):195-204.

De Visschere L., Vanobbergen J: Oral health care for frail elderly people: actual state and opinions of dentists towards a well-organised community approach. *Gerodontology* 2006,23(3):170-176.

De Visschere L, Van Der Putten GJ, de Baat C, Schols J, Vanobbergen J: The impact of undergraduate geriatric dental education on attitude of recently graduated dentists towards institutionalised elderly people. *European Journal of Dental Education* 2009 Aug 13(3):154-161.

De Visschere L: The development and application of an oral health care model for institutionalised older people. PhD, Academia Press, Scientific Publishers 9000 Gent, 2010.

Ellefsen B, Holm-Pedersen P, Morse DE, Schroll M, Andersen BB, Waldemar G: Caries prevalence in older persons with and without dementia. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(1):59-67.

Ferro R, Besostri A, Strohmeier L, Mazzucchelli L, Paoletti G, Senna A et al: Oral health problems and needs in nursing home residents in Northern Italy. *Community Dent Health* 2008; 25(4):231-236.

Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG: Oral health care among nursing home residents in Avon. *Gerodontology* 2000;17(1):33-38.

Gluhak C, Arnetzl GV, Kirmeier R, Jakse N, Arnetzl G: Oral status among seniors in nine nursing homes in Styria, Austria. *Gerodontology* 2010;27(1):47-52.

Jäger S, Köster-Schmidt A, Schade M, Heudorf U: Mundhygiene und Mundgesundheit bei Bewohnern von Altenpflegeheimen. *Bundesgesundheitsbl* 2009;52: 927-935.

- Kalsbeek H, Schuller A.A, Kivit M.M, de Baat C: Mondzorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten. *Ned Tijdschr Tandheelkund* 2006;113: 90-95.
- Kenniscentrum (KCE). [http://www.kce.fgov.be/index\\_nl.aspx?SGREF=5269&CREF=8560μ](http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?SGREF=5269&CREF=8560μ), 2006.
- Kleinman E, Harper P, Gallagher J: Trends in NHS primary dental care for older people in England: implications for the future. *Gerodontology* 2009;26:193-201.
- Kossioni AE, Karkazis HC: Socio-medical condition and oral functional status in an older institutionalised population. *Gerodontology* 1999;16(1):21-28.
- Lafortune G, Balestat G, en 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.
- Lamy M, Mojon P, Kalykakis G, Legrand R, Butz-Jorgensen E: Oral status and nutrition in the institutionalized elderly. *J Dent* 1999; 27(6):443-448.
- Nitschke I: Geriatric oral health issues in Germany. *Int Dent J* 2001;51(3 Suppl):235-246.
- Peltola P, Vehkalahti MM, Wuolijoki-Saaristo K: Oral health and treatment needs of the long-term hospitalised elderly. *Gerodontology* 2004;21(2):93-99.
- Samson H, Strand GV, Haugejorden O: Change in oral health status among the institutionalized Norwegian elderly over a period of 16 years. *Acta Odontol Scand* 2008;66(6):368-373.
- Saunders RH, Jr., Meyerowitz C: Dental caries in older adults. *Dent Clin North Am* 2005;49(2):293-308.
- Söderpalm Andersen E, Soderfeldt B, Kronstrom M: Oral health and treatment need among older individuals living in nursing homes in Skaraborg, Vstra Gotaland, Sweden. *Swed Dent J* 2006;30(3):109-115.
- Sweeney MP, Williams C, Kennedy C, Macpherson LM, Turner S, Bagg J: Oral health care and status of elderly care home residents in Glasgow. *Community Dent Health* 2007;24(1):37-42.
- Thomson WM: Dental caries experience in older people over time: what can the large cohort studies tell us? *Br Dent J* 2004;196(2):89-92.
- Tramini P, Montal S, Valcarcel J: Tooth loss and associated factors in long-term institutionalised elderly patients. *Gerodontology* 2007; 24(4):196-203.
- Triantos D. Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece: *J Oral Pathol Med* 2005;34(10):577-582.
- Vanobbergen J., De Visschere L: Factors contributing to the variation in oral hygiene practices and facilities in long-term care institutions for the elderly. *Community Dental Health* 2005; 22: 260-265
- Vanoverloop J, De Boeck T: Minder mondig=minder mondzorg. 2010. [www.zorgnetvlaanderen.be/Documents/TandzorgWZC.pdf](http://www.zorgnetvlaanderen.be/Documents/TandzorgWZC.pdf).
- Vanroelen C, Smeets T, Louckx F: Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg. Gent, Academia Press, 2004.
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). Gezondheidsenquête, 2008. [www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/r6/3\\_Health%20Status\\_Elderly\\_2008\\_NL.pdf](http://www.iph.fgov.be/epidemie/epinl/CROSPNL/HISNL/his08nl/r6/3_Health%20Status_Elderly_2008_NL.pdf), 2008.

## 3.4 Data ‘Permanente steekproef’

### 3.4.1 Inleiding

De permanente steekproef van gezondheidsuitgaven verzamelt voor een vaste cohorte alle terugbetaalde gezondheidsuitgaven en dit over de jaren heen. De cohorte wordt samengesteld op basis van een willekeurig getrokken anonieme representatieve steekproef van de Belgische bevolking van 1 op 40 van de sociaal verzekerden die aangesloten of ingeschreven zijn bij de verzekeringsinstellingen, plus een bijkomende willekeurige steekproef van 1 op 40 van de verzekerden van 65 jaar en ouder. De totale steekproef omvat dus de gegevens van ongeveer 300.000 personen: 260.000 personen in de basissteekproef van 1 op 40 en ongeveer 40.000 personen in de bijkomende steekproef van 65-plussers. De oververtegenwoordiging van de 65-plussers (steekproef van 1/20 in plaats van 1/40) heeft als doel de precisie te verhogen voor deze groep, die relatief meer gezondheidsuitgaven heeft en bij wie de oudere leeftijdsgroepen anders te klein worden.

De beschikbare gegevens zijn alle facturatiegegevens vanaf het jaar 2002 die bij de ziekenfondsen beschikbaar zijn voor de steekproefleden; ze omvatten zowel ambulante als intramurale zorg, met inbegrip van de medicatiegegevens, in de mate dat deze zorg aanleiding geeft tot een (terug)betaling door het ziekenfonds. Verder zijn er voor elk van de personen van de steekproef ook een aantal socio-demografische gegevens beschikbaar.

Doordat dezelfde personen voor opeenvolgende jaren deel uitmaken van de steekproef, is het mogelijk om de gezondheidsuitgaven longitudinaal op te volgen.

De databestanden van de permanente steekproef worden aangemaakt door het Intermutualistisch Agentschap (IMA), een vereniging van alle verzekeringsinstellingen (ziekenfondsen).

In het kader van het Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden, werden gegevens over de tandheelkundige zorgconsumptie, (beperkte gegevens over) de medische zorgconsumptie en een aantal socio-demografische factoren opgevraagd voor de kalenderjaren 2002 tot en met 2008 (zeven opeenvolgende jaren). Deze periode is gebaseerd op het feit dat het vervaardigen van een (nieuwe) uitneembare prothese om de zeven jaar terugbetaald wordt. Voor die gegevens waarvan men op twee momenten per jaar een “foto” maakt, werd gekozen de laatst beschikbare informatie per jaar te gebruiken (meestal zal dat 31/12 zijn), dus één foto per jaar.

### 3.4.2 Doelstelling

In dit deel van het rapport werd gepoogd een antwoord te formuleren op volgende onderzoeksvragen:

- Is de geneeskundige en tandheelkundige zorgconsumptie van kinderen en jongeren (0-21 jaar) en volwassen personen (>21 jaar) met fysieke, zintuiglijke of mentale beperkingen vergelijkbaar met die van de leeftijds-gerelateerde populatie zonder geregistreerde beperkingen.
- Is de geneeskundige en tandheelkundige zorgconsumptie van kwetsbare ouderen ( $\geq 65$  jaar) die in woonzorgcentra verblijven vergelijkbaar met die van de leeftijdsgelateerde populatie die niet in een woonzorgcentrum verblijft.

### 3.4.3 Personen met beperkingen

#### 3.4.3.1 Materiaal & Methoden

Vooraleer de statistische analyses van de gegevens aan te vatten, dienden een aantal criteria te worden vastgelegd:

- De leeftijd werd bepaald als “jaar van gegevensverzameling” min “geboortear”; gemiddeld genomen zal de leeftijd dus een half jaar te laag geschat zijn.

- De analyses werden afzonderlijk uitgevoerd voor 2 subgroepen personen met beperkingen op basis van hun leeftijd:
  - personen jonger of gelijk aan 21 jaar (dit is de leeftijdsgrens voor de verhoogde kinderbijslag)
  - personen ouder dan 21 jaar en jonger dan 65 jaar
- In overleg met een expert 'Permanente steekproef' van het RIZIV werd een persoon met een beperking als volgt geïdentificeerd:
  - personen  $\leq 21$  jaar: indien code PP2004 (d.i. verhoogde kinderbijslag) = 1
  - personen  $> 21$  jaar (en  $< 65$  jaar): indien PP2005 (d.i. medische erkenning voor een integratietegemoetkoming) = 1 OF PP2007 (d.i. uitkering hulp van derden) = 1 OF PP2008 (d.i. verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp van derden) = 1 OF PP2009 (forfaitaire tegemoetkoming hulp van derden) = 1 (cfr. infra)
- Er werden enerzijds analyses uitgevoerd per kalenderjaar waarbij men geïdentificeerd werd als persoon met beperkingen indien men in dat jaar voldeed aan de eerder beschreven criteria. Anderzijds werden er longitudinale analyses uitgevoerd over de periode 2002-2008 waarbij (1) enkel rekening gehouden werd met die personen die aanwezig waren in de steekproef in de ganse periode 2002-2008, (2) iemand als persoon met een beperking werd gezien als hij aan de eerder beschreven criteria voldeed gedurende elk van de zeven opeenvolgende jaren, (3) iemand als persoon zonder beperkingen werd geïdentificeerd als hij in geen enkel jaar voldeed aan de eerder beschreven criteria van personen met een beperking en (4) de leeftijd(scategorie) werd bepaald in het middelste jaar, namelijk de leeftijd die een persoon had in het jaar 2005.

De statistische analyses werden uitgevoerd in SAS versie 9.2; chi-kwadraat-testen werden gebruikt om na te gaan of er significante verschillen aangetroffen werden tussen de groepen met en zonder beperkingen.

### 3.4.3.2 Resultaten

#### 3.4.3.2.1 Socio-demografische eigenschappen

##### 3.4.3.2.1.1 Personen jonger of gelijk aan 21 jaar

In de databank van de permanente steekproef konden (afhankelijk van het onderzoeksjaar) tussen de 647 en 1008 personen geïdentificeerd worden die voldeden aan de criteria voor "persoon met beperkingen" (cfr. supra).

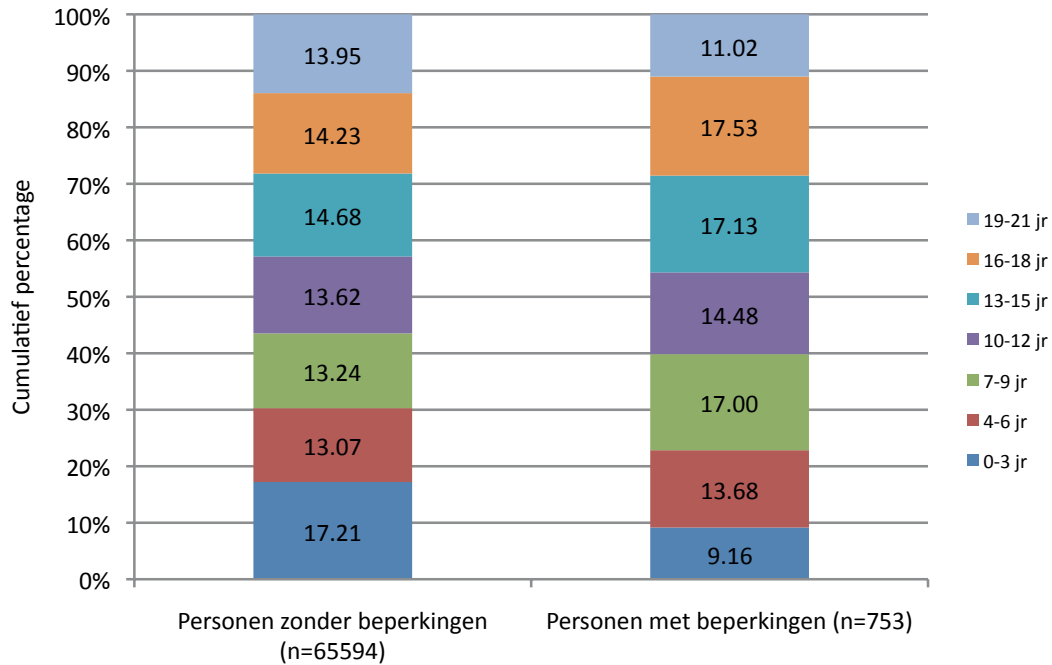
In figuur 3.4.1.a is de leeftijdsverdeling te zien van de jongste groep (t.e.m. 21 jaar) voor het middelste observatiejaar. De verdeling in de andere jaren was vergelijkbaar en die gegevens worden daarom niet voorgesteld. Elk observatiejaar was er een significant verschil in de leeftijdsverdeling tussen de groep personen met en zonder beperking. Opvallend is dat de jongste leeftijdsgroep (0-3 jaar) bij de groep met beperkingen proportioneel kleiner is dan bij de groep zonder beperkingen. Wellicht is dat te wijten aan het feit dat in de eerste levensjaren een beperking vaak nog niet gediagnosticeerd is en/of dat ouders of voogden nog geen aanvraag ingediend hebben voor een verhoogde kinderbijslag, het criterium op basis waarvan de groepen hier ingedeeld werden.

In de groep personen met beperkingen waren er significant minder vrouwen (37-39%) ingedeeld in vergelijking met de groep personen zonder beperkingen (49%) (Tabel 3.4.1). Significant meer personen met een beperking hebben het WIGW-statuut<sup>1</sup> (19-23%) en/of het omnio-statuut<sup>2</sup> (3-5%) in vergelijking met de groep personen zonder beperkingen (5-6% en 2-3% respectievelijk).

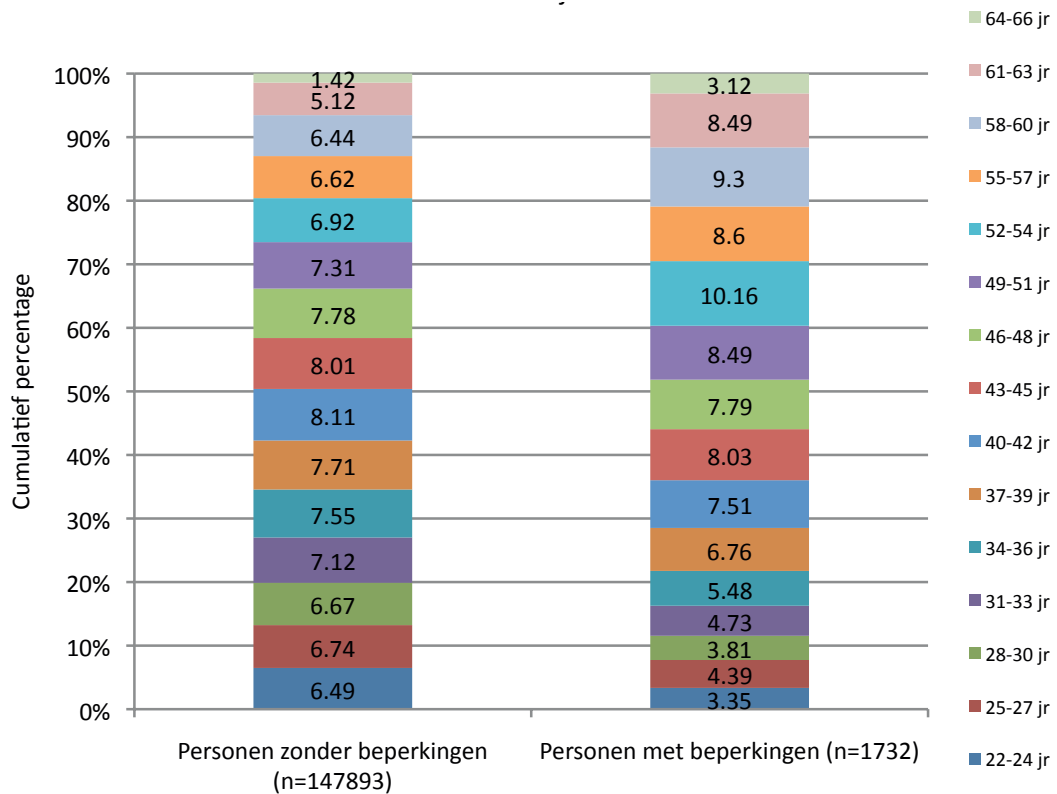
<sup>1</sup> Het W.I.G.W.-statuut geeft recht op een verhoogde financiële tussenkomst van het ziekenfonds (voorkeurstarif) en werd in oorsprong (1963) enkel toegekend aan weduwen/weduwnaars, invaliden, gepensioneerden en wezen wiens gezinsinkomen onder een bepaald plafond lag. In 1998 werd het statuut uitgebreid naar (1) langdurig werklozen boven de vijftig jaar, (2) kinderen die recht hebben op verhoogde kinderbijslag, (3) personen die recht hebben op het bestaansminimum of op het gewaarborgd inkomen voor bejaarden en de personen die zij ten laste hebben en (4) personen die recht hebben op een tegemoetkoming voor gehandicapten en de personen die zij ten laste hebben.

<sup>2</sup> Het Omniostatuut wordt vanaf 2007 toegekend aan gezinnen waarvan het gezinsinkomen een jaar voor de aanvraag onder een bepaald plafond lag. Deze personen hebben eveneens recht op een voorkeurstarif, zonder dat er een voorwaarde van hoedanigheid is (bv. wees, weduwe, ..).

**Figuur 3.4.1. Leeftijdverdeling van de permanente steekproef**  
**a. Personen ≤21 jaar - 2005**



**Figuur 3.4.1. Leeftijdverdeling van de permanente steekproef**  
**b. Personen >21 jaar - 2005**





### 3.4.3.2.1.2 Personen ouder dan 21 jaar

In deze leeftijdsgroep konden (afhankelijk van het onderzoeksjaar) tussen de 1607 en 1798 personen geïdentificeerd worden die voldeden aan de criteria voor “persoon met beperkingen” (cfr. supra). In figuur 3.1.b is de leeftijdsverdeling te zien van de groep ouder dan 21 jaar, eveneens voor het jaar 2005. Om eveneens met intervallen van drie jaar te kunnen werken, werden hier per uitzondering de personen tot en met 66 jaar opgenomen. De verdeling in de andere observatiejaren was vergelijkbaar en daarom worden die gegevens niet weergegeven. Ook voor deze groep was er elk observatiejaar een significant verschil in de leeftijdsverdeling tussen de groep personen met en zonder beperking: tot en met de leeftijd van 42 jaar zijn er proportioneel meer personen zonder dan met beperkingen, terwijl dit vanaf de leeftijd van 49 jaar net het omgekeerde is. Dit verschil zou kunnen te wijten zijn aan het feit dat naargelang men ouder wordt, de kans op een niet-aangeboren beperking toeneemt.

Ook in deze leeftijdsgroep was de proportie vrouwen met beperkingen (46-47%) significant kleiner dan de proportie vrouwen zonder beperkingen (50%) (Tabel 3.4.1). Significant minder personen met een beperking hebben het omnio-statuut (<1%) dan in de groep zonder beperkingen (1%), maar significant meer personen met een beperking hebben het WIGW-statuut (83-86%) in vergelijking met de groep personen zonder beperkingen (11-12%).

<b>Tabel 3.4.1. Socio-demografische eigenschappen</b>			
<b>Periode 2002-2008</b>	<b>Personen zonder beperkingen</b>	<b>Personen met beperkingen</b>	<b>p-waarde</b>
<b>Personen ≤ 21 jaar</b>			
Aantal (min-max)	65.043 – 66.586	647 – 1.008	
Vrouwen (%)	49	37 - 39	<0,001
WIGW statuut (%)	5 - 6	19 - 23	<0,001
Omnio statuut (2007-08) (%)	2 - 3	3 - 5	0,001
<b>Personen &gt; 21 jaar</b>			
Aantal	144.652 – 151.857	1.607 – 1.798	
Vrouwen (%)	50	46 - 47	0,016 - <0,001
WIGW statuut (%)	11 - 12	83 - 86	<0,001
Omnio statuut (2007-08) (%)	1	0,17 - 0,34	0,001
Medische erkenning integratietegemoetkoming (%)	0	87 - 90	<0,001
Uitkering hulp van derden (%)	0	1 - 3	<0,001
Verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp van derden (%)	0	6* - 15	<0,001
Forfaitaire tegemoetkoming hulp van derden (%)	0	5 - 14*	<0,001
Effectieve betaling integratietegemoetkoming en/of inkomensvervangende tegemoetkoming en/of tegemoetkoming hulp aan bejaarden (%)	1	80 - 84	<0,001
Invaliditeit	4 - 5	72 - 77	<0,001

\* Sinds 1.1.2007 werd de wetgeving gewijzigd en werd de 'forfaitaire tegemoetkoming wegens hulp van derden' ingevoerd die de vroegere 'uitkering wegens hulp van derden' vervangt. Vandaar de grote variatie in beide prevalentiecijfers.

Van de groep personen met beperkingen heeft 87 à 90% een “medische erkenning voor een integratietegemoetkoming”<sup>3</sup>, 1 à 3% heeft een “uitkering hulp van derden”<sup>4</sup>, 6 à 15% heeft een “verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp van derden”<sup>5</sup> en 5 à 14% heeft een “forfaitaire tegemoetkoming hulp van derden”. Aan 80 à 84% van de personen met beperkingen werd ook een effectieve betaling van een integratietegemoetkoming en/of een inkomensvervangende tegemoetkoming en/of een tegemoetkoming hulp aan bejaarden geregistreerd; 72 à 77% van de personen met beperkingen waren in de periode 2002-08 invalide<sup>6</sup>.

### 3.4.3.2.2 Tandheelkundige zorgconsumptie

#### 3.4.3.2.2.1 Personen jonger of gelijk aan 21 jaar

Voor het merendeel van de kinderen, jongeren en jong-volwassenen met en zonder beperkingen werd in de periode 2002-2008 tenminste één tandheelkundige behandeling terugbetaald door het ziekenfonds (95% en 94%)(Tabel 3.4.2). Ongeveer de helft van deze leeftijdsgroep (49%) had een “regelmatig” contact met de tandarts, wat gedefinieerd werd als tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren. Er waren geen significante verschillen tussen beide groepen. Verder kon opgemerkt worden bij de analyses van bepaalde leeftijdssubgroepen dat enerzijds significant meer 12-jarigen met beperkingen (17/19 of 89%) dan 12-jarigen zonder beperkingen (64%) een regelmatig contact met de tandarts hadden en anderzijds dat significant meer 18-21-jarigen zonder beperkingen (94%) dan 18-21-jarigen met beperkingen (83%) tenminste één contact hadden gehad met een tandarts.

**Tabel 3.4.2. Tandheelkundige zorgconsumptie - Personen ≤ 21 jaar**

Periode 2002-2008	Personen zonder beperkingen n=53.589 (%)	Personen met beperkingen n=326 (%)	p-waarde
Contact met tandarts	94	95	0,811
Regelmatig contact met tandarts*	49	49	0,912
Urgente tandheelkundige zorg	46	56	<0,001
Consultatie stomatoloog	34	48	<0,001
Intra-orale radiografie	42	34	0,005
Tandverzegeling	11	9	0,323
Professionele gebitsreiniging	13	23	<0,001
Vulling van 1 tandvlak	45	40	0,132

<sup>3</sup> De “integratietegemoetkoming (IT)” wordt toegekend aan de persoon met een beperking die vanwege een vermindering van de zelfredzaamheid, bijkomende kosten te dragen heeft. Een IT is een bijstandsuitkering, dus bedoeld voor mensen die niet over voldoende middelen beschikken om in hun levensonderhoud te voorzien. De werkelijke uitkering is afhankelijk van een inkomensonderzoek. De aantallen en proporties die hier worden gegeven, zijn de personen die voldoen aan de medische criteria; zij krijgen dus niet noodzakelijk ook effectief een uitkering.

<sup>4</sup> De tegemoetkoming “hulp van derden” is een aanvullende vergoeding voor personen die een ziekte- of invaliditeitsuitkering ontvangen en om gezondheidsredenen aangewezen zijn op hulp van anderen. De tegemoetkoming “Hulp van derden” werd hervormd op 1 januari 2007. Voor personen die voordien recht hadden op de tegemoetkoming en voor wie de nieuwe regeling nadeliger is, blijft de ‘oude’ regeling van toepassing zolang hun erkenning loopt.

<sup>5</sup> De “verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp van derden” is de uitkering die betaald werd aan arbeidsongeschikte gerechtigden zonder gezinslast (d.i. alleenstaande gerechtigden of gerechtigden die samenwonen met personen wiens inkomen een bepaald grensbedrag overschrijdt) die tenminste 11 punten op 18 op de schaal van zelfredzaamheid behalen. Hierdoor verkregen voornoemde gerechtigden dan een verhoogde invaliditeitsuitkering als gerechtigde met gezinslast. De tegemoetkoming voor hulp van derden was dus in feite gelijk aan het verschil tussen het bedrag van de invaliditeitsuitkering met gezinslast en het bedrag van de invaliditeitsuitkering zonder gezinslast en kon qua hoogte variëren in functie van de concrete gezinsituatie van de betrokkene. Een arbeidsongeschikte gerechtigde met gezinslast kon dus geen aanspraak maken op voornoemde tegemoetkoming. Sinds 1 januari 2007 werd de wetgeving gewijzigd en werd de zogenaamde “forfaitaire tegemoetkoming wegens hulp van derden” ingevoerd. Deze vervangt de vroegere uitkering wegens hulp van derden. Ze verschilt hierin van de vroegere uitkering dat het steeds gaat om een forfaitair bedrag dat wordt betaald bovenop de ziekte-uitkering en dat wordt aangepast aan de index. Ook een arbeidsongeschikte gerechtigde met gezinslast, kan aanspraak maken op voornoemde forfaitaire tegemoetkoming. Sinds 2008 werden bij heel veel personen de verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp van derden omgezet in een forfaitaire tegemoetkoming wegens hulp van derden. In het jaar 2008 zijn verschillende personen ingedeeld in de categorie “verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp van derden” en in de categorie “forfaitaire tegemoetkoming wegens hulp van derden”.

<sup>6</sup> Een persoon wordt als invalide beschouwd als hij meer dan 12 maanden werkonbekwaam is; indien het om een arbeidsongeschiktheid gaat van minder dan 12 maanden, spreekt men van primaire invaliditeit.

**Tabel 3.4.2. (vervolg) Tandheelkundige zorgconsumptie - Personen ≤ 21 jaar**

Periode 2002-2008	Personen zonder beperkingen n=53.589 (%)	Personen met beperkingen n=326 (%)	p-waarde
Vulling van >1 tandvlak	55	47	0,002
Endodontische behandeling melktand	4	1	0,003
Endodontische behandeling definitieve tand	10	8	0,166
Orthodontisch consult	20	14	0,007
Orthodontische behandeling	23	15	<0,001
Extracties en beperkte chirurgische ingrepen	7	7	0,916

\*Regelmatig contact: minstens in 4 van de 7 observatiejaren werd een tandheelkundige prestatie geregistreerd

Consultaties door de tandarts aan huis worden in de longitudinale steekproef (2002-2008) zelden geregistreerd voor zowel personen met beperkingen (9/326 of 3%) als personen zonder beperkingen (14/53589 of <1%).

Urgente tandheelkundige zorg wordt significant meer gezien bij personen met beperkingen (56%) in vergelijking met personen zonder beperkingen (46%); in beide groepen werd in de periode 2002-2008 nooit een urgente stomatologische behandeling geattesteerd. De stomatoloog werd wel significant meer geconsulteerd door personen met een beperking (48%) in vergelijking met personen zonder een beperking (34%).

Intra-orale (zowel als extra-orale) radiografische opnamen werden significant meer geattesteerd bij personen zonder beperkingen (42% en 48%) dan bij personen met een beperking (34% en 40%).

Wat preventieve zorgen betreft, is er geen significant verschil te zien in het verzegelen van putjes en groeven tussen beide groepen (9% en 11%). Wel werden professionele gebitsreinigingen bij significant meer personen met beperkingen (23%) geattesteerd dan bij personen zonder beperkingen (13%). Dit kan wellicht verklaard worden door het feit dat hiervoor recent een speciaal nomenclatuurnummer werd ingevoerd.

Eénvlaksvullingen werden ongeveer even frequent geattesteerd bij personen met als zonder beperkingen (40 en 45% respectievelijk), terwijl meervlaksvullingen bij significant meer personen zonder beperkingen (55%) geattesteerd werden dan personen met beperkingen (47%). In de leeftijdsgroep van 18-21-jarigen werden in de periode 2002-2008 ook significant meer éénvlaksvullingen geattesteerd bij personen zonder beperkingen (46%) dan personen met beperkingen (25%).

Endodontische behandelingen van melktanden (pulpotomieën) werden bij significant meer personen zonder beperkingen (4%) uitgevoerd dan personen met beperkingen (1%), terwijl endodontische behandelingen van definitieve tanden ongeveer even frequent geattesteerd werden bij personen met en zonder beperkingen (8 en 10% respectievelijk).

Een orthodontisch consult en orthodontische behandeling werden bij significant meer personen zonder beperkingen (20 en 23% respectievelijk) geregistreerd dan personen met beperkingen (14 en 15% respectievelijk).

### 3.4.3.2.2 Personen ouder dan 21 jaar (en jonger dan 65 jaar)

Ook voor het gros van de volwassenen tussen 21 en 65 jaar met en zonder beperkingen werd in de periode 2002-2008 tenminste één tandheelkundige behandeling terugbetaald door het ziekenfonds (88% en 91% respectievelijk); het verschil tussen beide groepen was statistisch significant (Tabel 3.4.3). Twee vijfden van deze leeftijdsgroep (42 en 45%) had een "regelmatig" contact met de tandarts (d.i. tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren); ook voor deze variabele scoren personen zonder beperkingen significant beter.

Consultaties door de tandarts aan huis worden ook in deze leeftijdsgroep zelden geregistreerd voor zowel personen met beperkingen (3%) als personen zonder beperkingen (<1%).

Urgente tandheelkundige zorg wordt significant meer gezien bij personen met beperkingen (49%) in vergelijking met personen zonder beperkingen (46%); in beide groepen werd in de periode 2002-2008 nooit een urgente stomatologische behandeling geattesteerd. De stomatoloog werd even frequent geconsulteerd door personen met een beperking (42%)

als personen zonder een beperking (42%), dit in tegenstelling tot de groep personen jonger of gelijk aan 21 jaar waar significant meer consultaties van een stomatoloog werden geregistreerd bij personen met een beperking.

**Tabel 3.4.3. Tandheelkundige zorgconsumptie - Personen > 21 jaar**

Periode 2002-2008	Personen zonder beperkingen n=131.877 (%)	Personen met beperkingen n=1221 (%)	p-waarde
Contact met tandarts	91	88	<0,001
Regelmatig contact met tandarts*	45	42	0,046
Urgente tandheelkundige zorg	46	49	0,044
Consultatie stomatoloog	42	42	0,838
Intra-orale radiografie	57	40	<0,001
Preventief mondonderzoek	25	22	0,004
Professionele gebitsreiniging	39	37	0,149
Vulling van 1 tandvlak	36	29	<0,001
Vulling van >1 tandvlak	67	48	<0,001
Endodontische behandeling definitieve tand	27	17	<0,001
Extracties en beperkte chirurgische ingrepen	5	8	<0,001
Partiële uitneembare gebitsprothese	4	7	0,001
Volledige uitneembare gebitsprothese	3	5	<0,001

\*Regelmatig contact: minstens in 4 van de 7 observatiejaren werd een tandheelkundige prestatie geregistreerd

Intra-orale (zowel als extra-orale) radiografische opnamen werden ook in deze leeftijdsgroep significant meer geattesteerd bij personen zonder beperkingen (57% en 32%) dan bij personen met een beperking (40% en 25%).

Wat preventieve zorgen betreft, werd er geen significant verschil gezien in het uitvoeren van professionele gebitsreinigingen tussen beide groepen (39% en 37%), terwijl bij de groep personen jonger of gelijk aan 21 jaar bij significant meer personen met een beperking een professionele gebitsreiniging werd uitgevoerd. Bij de subanalyses van bepaalde leeftijdsgroepen bleek dat voor de jongste groepen (22-24-jarigen en 25-34-jarigen) er significant meer professionele gebitsreinigingen werden uitgevoerd bij personen met beperkingen (55% versus 33%;  $p=0,003$  en 53% versus 39%;  $p <0,001$ ) in vergelijking met personen zonder beperkingen, terwijl dat in de oudste leeftijdsgroep net andersom was (28% versus 38%;  $p <0,001$ ).

Anderzijds werd een preventief mondonderzoek bij significant meer personen zonder beperking (25%) geattesteerd dan met een beperking (22%).

Eénvlaksvullingen en meervlaksvullingen werden bij significant meer personen zonder beperkingen (36% en 67% respectievelijk) geattesteerd dan personen met beperkingen (29% en 48% respectievelijk).

Ook endodontische behandelingen van definitieve tanden werden bij significant meer personen zonder beperkingen (27%) uitgevoerd dan personen met beperkingen (17%), terwijl deze behandelingen ongeveer even frequent geattesteerd werden bij personen met en zonder beperkingen jonger of gelijk aan 21 jaar.

Anderzijds werden extracties en beperkte chirurgische ingrepen bij significant meer personen met beperkingen (8%) geregistreerd dan personen zonder beperkingen (5%).

Ook partiële en volledige gebitsprothesen en herstellingen van uitneembare prothesen werden significant meer geattesteerd bij personen met beperkingen (7, 5 en 8% respectievelijk) dan bij personen zonder beperkingen (4, 3 en 4% respectievelijk).

### 3.4.3.2.3 Medische zorgconsumptie

#### 3.4.3.2.3.1 Personen jonger of gelijk aan 21 jaar

Voor bijna alle kinderen, jongeren en jongvolwassenen met en zonder beperkingen werd in de periode 2002-2008 tenminste één medische behandeling terugbetaald door het ziekenfonds (100% en 98%) (Tabel 3.4.4). Significant meer personen met een beperking (86%) hadden ook een “regelmatig” contact met een arts (gedefinieerd als tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren) in vergelijking met de groep zonder beperkingen (71%).

Periode 2002-2008	Personen zonder beperkingen n=53.589 (%)	Personen met beperkingen n=326 (%)	p-waarde
Contact met een arts	98	100	0,012
Regelmatig contact met een arts*	71	86	<0,001
Consultatie huisarts in praktijk	93	91	0,199
Bezoek van huisarts aan huis of in voorziening	58	72	<0,001
Consultatie specialist in praktijk of ziekenhuis	71	88	<0,001
Urgente consultatie huisarts	42	49	0,018
Urgente consultatie specialist	81	93	<0,001

\*Regelmatig contact: minstens in 4 van de 7 observatiejaren werd een medische prestatie geregistreerd

Er waren geen significante verschillen tussen beide groepen wat een consultatie bij de huisarts betreft, terwijl significant meer huisbezoeken van de huisarts geattesteerd werden bij personen met een beperking (72%) in vergelijking met personen zonder beperkingen (58%).

Significant meer personen met dan zonder een beperking (88% en 71% respectievelijk) raadpleegden een specialist in de periode 2002 – 2008; consultaties door een specialist aan huis worden zelden geregistreerd voor zowel personen met beperkingen (3%) als personen zonder beperkingen (<1%). Een specialist werd door 72% van de personen met een beperking 3 keer of meer geconsulteerd in de periode 2002-2008, terwijl de respectieve proportie voor personen zonder beperking 46% was.

Ook urgente algemeen medische en specialistische zorg werd significant meer geattesteerd bij personen met beperkingen (49% en 93% respectievelijk) in vergelijking met personen zonder beperkingen (42% en 81% respectievelijk). Bij 78% van de personen met een beperking werden 3 of meer urgente specialistische zorgen geattesteerd in de periode 2002-2008, terwijl de respectieve proportie voor personen zonder beperking 55% was.

#### 3.4.3.2.3.2 Personen ouder dan 21 jaar (en jonger dan 65 jaar)

Voor bijna alle volwassenen tussen 21 en 65 jaar - met en zonder beperkingen - werd in de periode 2002-2008 tenminste één medische behandeling terugbetaald door het ziekenfonds (98% en 97%); 73% en 71% van hen hadden minstens in 4 van de 7 observatiejaren een contact met een arts (Tabel 3.4.5). Voor geen van beide variabelen waren de verschillen tussen de groep met en zonder beperkingen statistisch significant.

**Tabel 3.4.5. Medische zorgconsumptie - Personen > 21 jaar**

Periode 2002-2008	Personen zonder beperkingen n=131.877 (%)	Personen met beperkingen n=1.221 (%)	p-waarde
Contact met een arts	97	98	0,076
Regelmatig contact met een arts*	71	73	0,058
Consultatie huisarts in praktijk	93	76	<0,001
Huisbezoek van huisarts	54	73	<0,001
Consultatie specialist	67	76	<0,001
Urgente consultatie huisarts	36	49	<0,001
Urgente consultatie specialist	82	83	0,450

\*Regelmatig contact: minstens in 4 van de 7 observatiejaren werd een medische prestatie geregistreerd

Voor significant meer personen zonder een beperking werd een consultatie in het kabinet van de huisarts geregistreerd (93%) in vergelijking met de groep personen met een beperking (76%), terwijl voor de jongere groep (d.i. tem. 21 jaar) er geen significante verschillen werden opgetekend.

Anderzijds werden er in de groep van personen met een beperking significant meer huisbezoeken van de huisarts geattesteerd (73%) dan in de groep zonder beperkingen (54%); dat was ook voor de jongere groep het geval.

Significant meer personen met dan zonder een beperking (76% en 67% respectievelijk) raadpleegden een specialist in de periode 2002 – 2008; consultaties door een specialist aan huis worden zelden geregistreerd voor zowel personen met beperkingen (5%) als personen zonder beperkingen (<1%). Een specialist werd door 55% van de personen met een beperking 3 keer of meer geconsulteerd in de periode 2002-2008, terwijl de respectieve proportie voor personen zonder beperking 42% was.

Ook urgente algemeen medische zorg werd significant meer geattesteerd bij personen met beperkingen (49%) in vergelijking met personen zonder beperkingen (36%); voor urgente specialistische zorg was er geen significant verschil tussen beide groepen (83% versus 82%).

Bij 17% van de personen met een beperking werden 3 of meer urgente algemeen medische zorgen geattesteerd in de periode 2002-2008, terwijl de respectieve proportie voor personen zonder beperking 7% was (p<0,001).

### 3.4.4 Kwetsbare ouderen

#### 3.4.4.1 Materiaal & Methoden

Vooraleer de statistische analyses van de gegevens werden aangevat werden een aantal criteria bepaald:

- De leeftijd werd als volgt berekend: leeftijd = “2005 (referentiejaar)” - “geboortejaar”; gemiddeld genomen is op die manier de leeftijd een half jaar te laag geschat.
- Voor het weergeven van de resultaten werden 3 groepen samengesteld in functie van de leeftijd: 65 tot 79, 80 tot 89 en >89 jaar
- Voor de analyses uitgevoerd per kalenderjaar werd een oudere voor dat jaar als een woonzorgcentrum-oudere aanzien indien de oudere in dat hele jaar in een woonzorgcentrum verbleef
- Voor de analyses uitgevoerd over de periode 2002-2008:
  - werd er enkel rekening gehouden met ouderen waarvan data aanwezig waren voor de periode 2002-2008
  - een oudere werd als een woonzorgcentrum-oudere aanzien als de oudere de volle 7 jaren in het woonzorgcentrum verbleef
  - een oudere werd als een niet woonzorgcentrum-oudere aanzien als de oudere de volle 7 jaren niet in een woonzorgcentrum verbleef

De analyses voor de ouderen ( $\geq 65$  jaar) werden afzonderlijk uitgevoerd voor 2 subgroepen op basis van de verblijfsituatie namelijk in een woonzorgcentrum (wzc) of thuis. Voor het selecteren van de ouderen in woonzorgcentra werd gebruik gemaakt van een gecodeerd uniek identificatienummer van de verblijfsinstelling en het type van de verblijfsinstelling.

De statistische analyses werden uitgevoerd in SAS versie 9.2;  $X^2$ -testen werden gebruikt om na te gaan of er significante verschillen aangetroffen werden tussen de verschillende subgroepen.

### 3.4.4.2 Resultaten

#### 3.4.4.2.1 Socio-demografische eigenschappen

De databank van de permanente steekproef bevatte (afhankelijk van het onderzoeksjaar) gegevens van 84.335 (2002) tot 87.813 (2008) ouderen ( $\geq 65$  jaar) die thuis verbleven en 7.925 (2002) en 8.531 (2008) ouderen ( $\geq 65$  jaar) die in woonzorgcentra verbleven.

Voor de groep van personen van 65 tot 79 jaar oud werd het laagste aantal personen (65.296) genoteerd voor het jaar 2007 en het hoogste (67.061) voor 2004 betreffende ouderen die thuis verbleven. Voor ouderen in woonzorgcentra was dit aantal (2.005) het laagst voor 2008 en het hoogst (2.551) voor het jaar 2002.

Voor de groep van 80-89 jaar werd het laagste aantal (15.700) genoteerd voor 2002 en het hoogste (20.472) voor 2008 voor ouderen die thuis verbleven. Dit was ook zo voor ouderen in woonzorgcentra namelijk 3.543 en 4.782.

<b>Tabel 3.4.6 Socio-demografische eigenschappen voor personen van <math>\geq 65</math> jaar voor het referentiejaar 2005</b>			
<b>Aantal</b>	<b>Ouderen in thuissituatie (2005)</b>	<b>Ouderen in woonzorgcentra (2005)</b>	
$\geq 65$ jaar	86.571	8.335	
65 – 79 jaar	66.564	2.381	
80 – 89 jaar	17.927	3.980	
>89 jaar	2.080	1.974	
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>p-waarde</b>
<b>Aandeel vrouwen</b>			
65 – 79 jaar	55	64	<0,001
80 – 89 jaar	62	75	<0,001
>89 jaar	71	84	<0,001
<b>WIGW</b>			
65-79 jaar	96	98	<0,001
80-89 jaar	97	98	0,002
>89 jaar	96	97	<0,001
<b>Toelage voor hulp aan ouderen</b>			
65-79 jaar	2	22	<0,001
80-89 jaar	8	28	<0,001
>89 jaar	19	32	<0,001
<b>Recht op gewaarborgd inkomen</b>			
65-79 jaar	4	8	<0,001
80-89 jaar	6	7	0,568
>89 jaar	10	10	1



Voor de groep >89 jaar werd het laagste aantal (1.856) genoteerd voor 2007 en het hoogste (2.196) voor 2002 voor ouderen die thuis verbleven. Voor ouderen in woonzorgcentra was dit aantal (1.744) het laagst in 2008 en het hoogst (1.974) in 2005.

Voor de ouderen die in woonzorgcentra verblijven is het aandeel vrouwen per leeftijdsgroep significant hoger dan voor ouderen die thuis verblijven met thuiszorg. Dit verschil is groter in de beide oudste groepen (80-89 en >89 jaar) in vergelijking met de jongste groep (65-79).

Meer dan 95% van alle personen van 65 jaar of ouder hebben het WIGW statuut. Dit aandeel is voor de 3 leeftijdsgroepen significant hoger voor ouderen in woonzorgcentra.

Het aandeel ouderen dat in aanmerking komt voor 'toelage voor hulp aan ouderen (cat III, IV of V)' <sup>7</sup> was significant hoger voor ouderen in woonzorgcentra (22%, 28%, 32%) dan voor ouderen in de thuissituatie (2%, 8%, 19%) voor de 3 leeftijdsgroepen ( $p < 0,001$ ). Dit aandeel neemt toe met de leeftijd.

Het aandeel personen dat recht heeft op een gewaarborgd inkomen is  $\leq 10\%$  en verschilt enkel significant voor personen van 65 – 79 jaar oud, waarbij dit aandeel dubbel zo groot is voor ouderen in woonzorgcentra (8%) in vergelijking met ouderen die thuis (4%) verblijven.

Voor alle 3 de leeftijdsgroepen is het aandeel personen van 65 jaar of ouder dat behoort tot het OMNIO-statuut bijna onbestaande ( $\leq 0,1\%$ ?) en het aandeel ouderen dat recht heeft op hulp van het OCMW is gelijk aan of lager dan 0,1%. Het aandeel personen 65 jaar of ouder dat geniet van een 'Uitkering hulp van derden' of 'Verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp aan derden' of 'Forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden' is kleiner dan 2,1%. Voor de 2 laatste tegemoetkomingen is dit aandeel onbestaande voor personen  $\geq 80$  jaar. Omwille van deze lage percentages werden deze gegevens niet vermeld in de tabel.

### 3.4.4.2.2 Tandheelkundige zorgconsumptie

Gedurende de periode 2002-2008 werd voor een groot deel ( $\geq 80\%$ ) van alle personen gelijk of ouder dan 65 jaar tenminste één tandheelkundige behandeling terugbetaald door het ziekenfonds (80%-86%). Dit aandeel blijkt voor de 3 leeftijdsgroepen niet te verschillen tussen ouderen in de thuissituatie of in een woonzorgcentrum. Het aandeel dat een "regelmatig" contact met de tandarts heeft gehad, wat gedefinieerd werd als tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren, ligt gevoelig lager. Afhankelijk van de leeftijdsgroep en de verblijfssituatie varieert dit aandeel van 31% (65-79, thuis) tot 4% (>89, wzc). Voor alle leeftijdsgroepen was het aandeel ouderen in een woonzorgcentrum dat een regelmatig contact had met de tandarts ongeveer de helft van de ouderen die thuis verblijven. Dit verschil is duidelijk significant ( $> 0,01$ )

Consultaties door de tandarts aan huis werden in de longitudinale steekproef (2002-2008) zelden geregistreerd voor personen gelijk of ouder dan 65. Hier valt op te merken dat dit aandeel telkens significant hoger is voor ouderen in woonzorgcentra in vergelijking met ouderen die thuis verblijven.

Urgente tandheelkundige zorg werd significant meer verleend bij ouderen in woonzorgcentra (66%, 78%) voor de leeftijdsgroepen 65-79 jaar en 80-89 jaar dan voor ouderen thuis (55%, 68%). Het aandeel ouderen dat een stomatoloog consulteerde gedurende 2002-2008 varieert van 45% (65-79 jaar, thuis) tot 25% (>89 jaar, wzc). Voor de leeftijdsgroepen 65-79 jaar en 80-89 jaar is dit verschil significant. Hier is het aandeel voor de ouderen in de thuissituatie groter dan voor ouderen in woonzorgcentra.

---

<sup>7</sup>Een persoon komt in aanmerking voor de 'toelage voor hulp aan ouderen (cat III, IV of V)' indien in de loop van het betrokken referentiejaar, de persoon voldoet aan de voorwaarden tot toekenning van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, opgelegd krachtens de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten, voor de persoon met een handicap wiens graad van zelfredzaamheid op tenminste 12 punten werd vastgesteld. De Minister kan modaliteiten vaststellen op grond waarvan de personen in aanmerking kunnen worden genomen die niet voldoen aan de voor de toekenning van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden opgelegde inkomensvoorwaarden, maar wel aan de voorwaarden inzake zelfredzaamheid. Categorie III (12-14 punten); categorie IV (15-16 punten) en categorie V (17-19 punten) (Roctus, 2009, p. 661).



**Tabel 3.4.7. Tandheelkundige zorgconsumptie voor personen ≥65 jaar voor de 3 leeftijdsgroepen**

Periode 2002 - 2008	65-79 jaar			80-89 jaar			>89 jaar		
	THUIS n=45.351	WZC n=739		THUIS n=11.902	WZC n=992		THUIS n=789	WZC n=365	
	%	%	p-waarde	%	%	p-waarde	%	%	p-waarde
Contact met tandarts	85	86	0,674	85	86	0,25	80	80	1
Regelmatig contact met tandarts*	31	18	<0,001	20	10	<0,001	9	4	0,002
Consultatie in tandartspraktijk	45	35	<0,001	34	23	<0,001	21	17	0,112
Consultatie door tandarts aan huis	0,08	4	<0,001	0,2	6	<0,001	0,6	7	<0,001
Urgente tandheelkundige zorg	55	66	<0,001	68	78	<0,001	69	72	0,49
Consultatie stomatoloog	45	36	<0,001	40	34	<0,001	30	25	0,094
Profylactische reiniging	22	10	<0,001	5	1	<0,001	5	2	0,029
Vulling 1 tandvlak	22	13	<0,001	14	8	<0,001	7	3	0,01
Vulling > 1 tandvlak	40	22	<0,001	27	13	<0,001	14	4	<0,001
Endo behandeling definitieve tand	15	7	<0,001	9	4	<0,001	5	2	0,004
Extractie en eenvoudige chirurgische ingrepen	14	13	0,422	10	7	<0,001	6	3	0,014
Intra-orale radiografie	37	23	<0,001	25	13	<0,001	15	7	<0,001
Uitneembare partiële gebitsprothese	15	10	<0,001	11	7	<0,001	5	3	0,174
Uitneembare totale gebitsprothese	17	20	<0,001	16	15	0,164	12	13	0,383
Herstelling uitneembare gebitsprothese	27	26	0,28	27	22	0,004	22	22	1

\*Regelmatig contact: minstens in 4 van de 7 observatiejaren werd een tandheelkundige prestaties geregistreerd

Preventieve zorgen werden in de leeftijdsgroepen 65-79,80-89 en > 89 jaar significant meer uitgevoerd voor ouderen die thuis verblijven (22%, 5%, 5%) in vergelijking met ouderen in woonzorgcentra (10%, 1%, 2%). Hier valt duidelijk op dat profylactische reinigingen nauwelijks uitgevoerd worden bij personen ouder dan 79 jaar (5-1%).

Restauratieve behandelingen (vulling 1 of meerdere tandvlakken), endodontische behandelingen en intra-orale radiografieën werden significant minder uitgevoerd bij ouderen die in woonzorgcentra verblijven voor de 3 leeftijdsgroepen. Deze proporties nemen af met de leeftijd. Een gelijkaardige trend kan opgemerkt worden voor extracties en eenvoudige chirurgische ingrepen.

Partiële gebitsprothesen werden gedurende 2002-2008 significant meer vervaardigd bij ouderen die thuis verblijven (15%, 11%) in vergelijking met ouderen in woonzorgcentra (10%, 7%) voor de groepen van 65-79 en 80-89 jaar oud. Het omgekeerde fenomeen is waar voor het vervaardigen van totale gebitsprothesen (17%, 20%), maar enkel voor de groep van 65-79. Het aandeel ouderen dat een herstelling nodig had blijkt gelijkaardig voor de 3 leeftijdsgroepen en verschilt alleen significant voor de middelste leeftijdsgroep, waar ouderen in de thuishouding (27%) meer frequent een herstelling lieten uitvoeren in vergelijking met ouderen in een woonzorgcentrum (22%) (p=0,004).

## 3.4.4.2.3 Medische zorgconsumptie

**Tabel 3.4.8. Medische zorgconsumptie voor personen ≥65 voor de 3 leeftijdsgroepen**

Periode 2002 - 2008	65-79 jaar			80-89 jaar			>89 jaar		
	THUIS n=45.351	WZC n=739		THUIS n=11.902	WZC n=992		THUIS n=789	WZC n=365	
	%	%	p-waarde	%	%	p-waarde	%	%	p-waarde
Contact met een arts	98	100	0,007	98	100	<0,001	96	99	0,004
Regelmatig contact met een arts*	87	96	<0,001	87	96	<0,001	82	94	<0,001
Consultatie huisarts in praktijk	92	63	<0,001	82	51	<0,001	64	34	<0,001
Bezoek van huisarts aan huis of in voorziening	79	93	<0,001	90	98	<0,001	92	99	<0,001
Consultatie specialist in praktijk of ziekenhuis	80	80	0,715	78	70	<0,001	63	52	<0,001
Urgente consultatie huisarts	39	58	<0,001	50	72	<0,001	58	77	<0,001
Urgente consultatie specialist	89	85	<0,001	88	81	<0,001	78	72	0,029

\*Regelmatig contact: minstens in 4 van de 7 observatiejaren werd een medische prestatie geregistreerd

Bijna alle (96% tot 100%) personen van 65 jaar of ouder hebben een arts geraadpleegd onafhankelijk van hun verblijfssituatie of leeftijd. Voor de 3 leeftijdsgroepen is dit aandeel telkens iets hoger voor ouderen in woonzorgcentra. Meer dan 8 op 10 van de ouderen heeft in de periode 2002-2008 minstens in 4 van de 7 observatiejaren een contact gehad met een arts.

Van alle leeftijdsgroepen hebben ouderen in woonzorgcentra (63%,51%,34%) significant ( $p=0,001$ ) minder een contact met een arts in de praktijk van die arts in vergelijking met ouderen die thuis verblijven (92%,82%,64%). Deze proporties nemen sterk af met de leeftijd. In alle leeftijdsgroepen is het aandeel ouderen dat beroep doet op een bezoek van de arts aan huis of in de voorziening significant hoger voor ouderen in woonzorgcentra (93%,98%,99%) in vergelijking met ouderen die thuis verblijven (79%,90%,92%).

Hoe ouder men wordt des te minder men beroep doet op een specialist (in praktijk of ziekenhuis). Voor de 2 oudste leeftijdsgroepen is dit aandeel lager voor ouderen in woonzorgcentra (70%,52%) ten opzichte van ouderen in de thuissituatie (78%,63%).

Het aandeel ouderen dat een urgente consultatie nodig had, is voor de 3 leeftijdsgroepen significant groter ( $p=0,001$ ) voor ouderen in woonzorgcentra (58%,72%,77%) in vergelijking met ouderen die thuis (39%,50%,58%) verblijven. Dit aandeel neemt toe met de leeftijd. Het aandeel ouderen dat een urgente consultatie nodig had van een specialist is voor alle leeftijdsgroepen significant ( $p=0,001$ ) lager voor ouderen in woonzorgcentra (85%,81%,72%) ten opzichte van ouderen in de thuissituatie (89%,88%,78%). Dit aandeel neemt voor alle ouderen af met de leeftijd.

## 3.4.5 Samenvatting

## 3.4.5.1 Personen met beperkingen

- De hier gepresenteerde gegevens werden gegenereerd uit de Permanente Steekproef van het IMA. Bij de interpretatie van de gegevens moet men er rekening mee houden dat de identificatie van personen met beperkingen gebeurde op basis van een verhoogde kinderbijslag ( $\leq 21$  jaar) en een medische erkenning voor een integratietegemoetkoming, een uitkering hulp van derden, een verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp van derden of een forfaitaire tegemoetkoming hulp van derden. Missclassificatie van personen valt dus niet uit te sluiten; misclassificatie kan hier leiden tot een minder duidelijk verschil tussen beide groepen.

- Bij de jongste leeftijdsgroep ziet men dat het contact met de tandarts vergelijkbaar is tussen beide subgroepen, terwijl in de oudste leeftijdsgroep significant minder personen met een beperking tenminste één of een regelmatig contact hadden met de tandarts in vergelijking met personen zonder beperkingen.
- Urgente tandheelkundige zorg werd significant meer gezien bij personen met beperkingen in vergelijking met personen zonder beperkingen.
- Radiografische opnamen werden significant meer geattesteerd bij personen zonder beperkingen dan bij personen met een beperking.
- Bij de jongste leeftijdsgroep ziet men dat professionele gebitsreinigingen bij significant meer personen met beperkingen geattesteerd worden dan bij personen zonder beperkingen, terwijl er in de oudste leeftijdsgroep geen significante verschillen werden vastgesteld.
- Meervlaksvullingen werden bij significant meer personen zonder beperkingen geattesteerd dan personen met beperkingen; voor de éénvlaksvullingen was het verschil niet significant in de jongste groep. Ook endodontische behandelingen werden bij significant meer personen zonder beperkingen uitgevoerd dan met beperkingen.
- Extracties (en beperkte chirurgische ingrepen) werden bij significant meer personen met beperkingen geregistreerd dan zonder beperkingen.
- Partiële en volledige gebitsprothesen werden significant meer geattesteerd bij personen met beperkingen dan zonder beperkingen.

### 3.4.5.2 Kwetsbare ouderen

- De hier gepresenteerde gegevens werden gegenereerd op basis van de Permanente Steekproef van het IMA. Er werden 2 subgroepen ouderen beschouwd op basis van verblijfssituatie (woonzorgcentrum of thuis). Van alle personen  $\geq 65$  jaar verblijft 8,8% in een woonzorgcentrum. Binnen de groep ouderen in de thuissituatie kan op basis van de gegevens van de Permanente Steekproef geen onderscheid gemaakt worden tussen ouderen die zelfstandig thuis verblijven en ouderen die beroep doen op thuiszorgondersteuning.
- Het aandeel vrouwen  $\geq 65$  jaar in woonzorgcentra is significant hoger dan het aandeel vrouwen van 65 jaar of ouder in de thuissituatie.
- Meer dan 95% van alle personen van 65 jaar of ouder hebben het WIGW statuut. Dit aandeel is voor de 3 leeftijdsgroepen significant hoger voor ouderen in woonzorgcentra.
- Het aandeel ouderen in woonzorgcentra dat beroep doet op de 'toelage voor hulp aan ouderen varieerde voor ouderen in woonzorgcentra tussen 22 en 32% en voor ouderen in de thuissituatie tussen 2 en 19% in functie van de leeftijd. Dit aandeel neemt toe met de leeftijd en was significant hoger voor ouderen in woonzorgcentra. Het aandeel ouderen dat recht heeft op hulp van OCMW is gelijk aan of lager dan 0,1%.
- Gedurende de periode 2002-2008 werd voor meer dan 8 op 10 van de personen  $\geq 65$  jaar tenminste één tandheelkundige behandeling terugbetaald door het ziekenfonds en dit aandeel is voor alle leeftijdsgroepen gelijk voor ouderen in de thuissituatie of in een woonzorgcentrum.
- Consultaties door de tandarts aan huis werden in de longitudinale steekproef (2002-2008) zelden (<7%) geregistreerd en dit aandeel is telkens significant hoger voor ouderen die in woonzorgcentra verblijven in vergelijking met ouderen die thuis verblijven.
- Voor de 65-79 en 80-89 jarigen werd significant meer urgente tandheelkundige zorg (55 tot 78%) verleend bij ouderen in woonzorgcentra dan voor ouderen thuis. Dit aandeel lijkt toe te nemen met de leeftijd.
- Preventieve zorgen werden in de leeftijdsgroepen 65-79 en 80-89 jaar significant meer uitgevoerd voor ouderen die thuis verblijven in vergelijking met ouderen in woonzorgcentra. Profylactische reinigingen worden bij personen ouder dan 79 jaar nauwelijks (5-1%) uitgevoerd.
- Restauratieve behandelingen (vulling 1 of meerdere tandvlakken), endodontische behandelingen en intra-orale radiografieën werden significant minder uitgevoerd bij ouderen die in woonzorgcentra verblijven voor de 3 leeftijdsgroepen. Deze proporties nemen af met de leeftijd. Een gelijkaardige trend kan opgemerkt worden voor extracties en eenvoudige chirurgische ingrepen.
- Partiële gebitsprothesen werden gedurende 2002-2008 significant meer vervaardigd bij ouderen die thuis verblijven in vergelijking met ouderen in woonzorgcentra voor de groepen van 65-79 en 80-89 jaar oud.
- Het aandeel ouderen dat een herstelling nodig had bleek gelijkaardig voor de 3 leeftijdsgroepen en verschilde alleen significant voor de middelste leeftijdsgroep, waar ouderen in de thuissituatie meer frequent een herstelling lieten uitvoeren in vergelijking met ouderen in een woonzorgcentrum.

- Meer dan 95% van de personen van 65 jaar of ouder hebben een arts geraadpleegd en voor de 3 leeftijdsgroepen is dit aandeel telkens iets hoger voor ouderen in woonzorgcentra. Meer dan 8 op 10 van de ouderen heeft in de periode 2002-2008 minstens in 4 van de 7 observatiejaren een contact gehad met een arts.
- Ouderen in woonzorgcentra hebben significant minder een contact met de arts in de praktijk in vergelijking met ouderen die thuis verblijven en deze proporties nemen sterk af met de leeftijd voor beide groepen. Het aandeel ouderen dat beroep doet op een bezoek van de arts aan huis of in een voorziening is daarentegen significant hoger voor ouderen in woonzorgcentra in vergelijking met ouderen die thuis verblijven.

## 3.5 Data verzameld in een steekproef van personen met bijzondere noden: de PBN-steekproef

### 3.5.1 Inleiding

In dit deel van het onderzoek werd de objectieve tandheelkundige verzorgingsnood en verzorgingsgraad van personen met bijzondere noden in kaart gebracht door middel van een klinisch mondonderzoek en een bevraging. De bedoeling was om per doelgroep (d.i. (1) personen met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen jonger dan 65 jaar en (2) kwetsbare ouderen) 800-tal personen uit te nodigen deel te nemen aan een mondonderzoek en aanvullende bevraging in verband met hun gewoonten op vlak van mondzorg.

Door de beperkingen in tijd en middelen was het niet mogelijk een representatieve steekproef per doelgroep samen te stellen. De gegevens hierna beschreven werden verkregen door middel van een gelegenheidssteekproef ('convenience sample').

Bij de selectie van de personen werd voor beide doelgroepen wel aandacht besteed om in de mate van het mogelijke:

- personen van alle provincies te selecteren
- voorzieningen van verschillende ideologieën te selecteren
- personen te selecteren zowel in voorzieningen als zelfstandig wonend

Bij de interpretatie van onderstaande gegevens moet men er wel op bedacht zijn dat ondanks het feit dat gepoogd werd om een "zo breed mogelijk spectrum" aan personen met bijzondere noden te screenen en te bevragen, het vaak niet mogelijk was om de zwakste personen te screenen, laat staan te bevragen. Binnen het bestek van de huidige studie was het dus niet mogelijk om van de allerzwaksten een goed beeld te vormen van hun tandheelkundige verzorgingsnood en verzorgingsgraad.

### 3.5.2 Objectieve tandheelkundige verzorgingsnood en verzorgingsgraad

#### 3.5.2.1 Inleiding

Om een goed beeld te kunnen vormen van de huidige tandheelkundige verzorgingsgraad en eventuele verzorgingsnood, werden in de periode maart-september ongeveer 800-tal personen van elke doelgroep uitgenodigd om een zeer korte vragenlijst in te vullen (cfr. 3.5.3 Subjectieve tandheelkundige verzorgingsnood) en om een mondonderzoek te laten uitvoeren door een tandarts die hiervoor speciaal werd opgeleid.

### 3.5.2.2 Materiaal en Methodes

#### 3.5.2.2.1 Selectie van de steekproef

##### 3.5.2.2.1.1 Personen met beperkingen

Deze groep werd willekeurig geselecteerd uit de beschikbare gegevens van waar deze personen verblijven, school lopen of werken. Per subgroep werd het beoogde aantal onderzochte Nederlandstalige en Franstalige personen genoteerd.

Op basis van de gegevens van de Vlaamse en Franstalige gemeenschappen en het Brussels hoofdstedelijk gewest die op het internet beschikbaar zijn, werden contactgegevens van scholen, voorzieningen en beschutte werkplaatsen gebundeld. Uit dit overzicht werden per subgroep telkens een aantal voorzieningen geselecteerd.

Een steekproef werd getrokken waarbij zo goed als mogelijk rekening werd gehouden met de grote variatie in beperkingen (verschillende soorten beperkingen, variatie in ernst van beperking en zorgbehoefte) en waarbij er gestreefd werd om van elke "subgroep" personen te kunnen selecteren.

Verder werd gepoogd om zowel in Vlaanderen, Wallonië als het Brussels hoofdstedelijk gewest personen te selecteren. Per regio werden voorzieningen geselecteerd van zowel stedelijke als rurale gebieden en van verschillende ideologieën.

De keuze van organisaties/voorzieningen waar gescreend werd, werd verder ook bepaald door de geografische ligging van de woonplaatsen van de tandarts-screeners (dit om de verplaatsingen voor de tandarts-screeners tot een minimum te beperken).

Voor de minderjarigen werd geopteerd om specifieke leeftijdsgroepen te nemen met name 6-, 12- en 18-jarigen. Dit zijn leeftijdsgroepen waarvoor (inter)nationale gegevens over mondgezondheid bij de algemene bevolking bestaan en waarmee de gegevens van deze studie dus kunnen vergeleken worden.

Rekening houdend met alle hierboven beschreven variabelen, werd een lijst opgemaakt van het aantal te screenen/bevragen personen met beperkingen (Tabel 3.15., "beoogd") en een lijst van te contacteren voorzieningen.

Deze selectie werd vervolgens doorgegeven aan de assistent-coördinator van het project die contact opnam met de voorzieningen in kwestie. Van zodra het beoogde aantal te onderzoeken personen van een subgroep groter was dan 12, werd de instructie gegeven om minstens twee voorzieningen te contacteren om zo een grotere verscheidenheid te bekomen. Idealiter werden de personen uit heel veel verschillende voorzieningen geselecteerd, maar dat werd als praktisch onhaalbaar beschouwd (bv. te veel verplaatsingen voor tandartsen, te veel voorzieningen die moesten gecontacteerd worden).

Voorafgaand aan de eerste telefonische contactname werd er een informatiebrief verstuurd naar de geselecteerde voorzieningen waarin het doel van het project werd uiteengezet en de vraag om deel te nemen werd gesteld. Vervolgens werden de aangeschreven voorzieningen telefonisch gecontacteerd waarbij eerst navraag werd gedaan of de voorziening bereid was mee te werken aan het onderzoek.

**Tabel 3.5.1. Beoogd en effectief aantal gescreende en bevroegde personen met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen**

	Nederlandstaligen		Franstaligen	
	Beoogd	Effectief (%)	Beoogd	Effectief (%)
<b>Minderjarigen</b>				
<b>Semi-internaat niet-schoolgaanden</b>				
6-jarigen	16	15 (94)	12	3 (25)
12-jarigen	16	3 (19)	12	2 (17)
18-jarigen	16	4 (25)	12	1 (8)

**Tabel 3.5.1. (vervolg) Beoogd en effectief aantal gescreende en bevroegde personen met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen**

	Nederlandstaligen		Franstaligen	
	Beoogd	Effectief (%)	Beoogd	Effectief (%)
<b>Minderjarigen</b>				
<b>Buitengewoon kleuteronderwijs (6-jarigen)</b>				
Type 2	24	3 (13)	17	5 (29)
Type 4	24	11 (46)	17	4 (24)
<b>Buitengewoon lager onderwijs (12-jarigen)</b>				
Type 1	24	8 (33)	17	4 (24)
Type 2	24	10 (42)	17	7 (41)
Type 4	24	23 (96)	17	3 (18)
<b>Buitengewoon secundair onderwijs (18-jarigen)</b>				
OV1°	16	7 (44)	12	0 (0)
OV2	16	4 (25)	12	4 (33)
OV3	16	15 (94)	12	0 (0)
<b>Meerderjarigen</b>				
<b>Begeleid wonen</b>	36	32 (89)	24	37 (154)
<b>Beschermd wonen</b>	36	43 (119)	24	15 (63)
<b>Zelfstandig wonen</b>	36	39 (108)	24	16 (67)
<b>Dagcentrum/begeleid werken*</b>	72	85 (118)	48	42 (88)
<b>Tehuis werkenden</b>	36	43 (119)	24	26 (108)
<b>Tehuis niet-werkenden</b>				
Bezigheidstehuis	36	36 (100)	24	21 (88)
Nursingtehuis	36	36 (100)	24	17 (71)
<b>Beschutte werkplaats</b>	48	48 (100)	48	38 (79)
<b>Psychiatrie</b>				
Beschut wonen	30	36 (120)	30	34 (113)
Psychiatrisch verzorgingstehuis	30	31 (103)	30	30 (100)
<b>TOTAAL</b>	<b>636</b>	<b>532 (84)</b>	<b>474</b>	<b>309 (65)</b>

°OV: opleidingsvorm; \*50% thuiswonenden en 50% personen die wonen in een voorziening.

De bereidheid tot medewerking aan de studie was niet bijzonder groot. Voor meer details wordt de lezer verwezen naar hoofdstuk 7.

Conform aan de gegevens van de Permanente Steekproef (Hoofdstuk 3.4) werden de personen met beperkingen ingedeeld in twee grote subgroepen op basis van hun leeftijd: de groep tot en met 21 jaar en de groep ouder dan 21 en jonger dan 65 jaar.

### 3.5.2.2.1.2 Kwetsbare ouderen

Voor de selectie van kwetsbare ouderen werd uitgegaan van alle personen ( $\geq 65$  jaar) die een zorgforfait genieten en in een woonzorgcentrum, psychiatrisch verzorgingstehuis of thuis met thuiszorgondersteuning verblijven. De selectieprocedure voor de groep van kwetsbare ouderen die in woonzorgcentra of in een psychiatrisch verzorgingstehuis verbleven gebeurde op basis van een beschikbare lijst van alle woonzorgcentra en psychiatrische verzorgingstehuizen in België. De selectie van de ouderen in de thuiszorgsituatie gebeurde aan de hand van een zelf samengestelde lijst

van alle organisaties die thuiszorg aanbieden inclusief de zelfstandige thuisverpleegkundigen. De selectie gebeurde proportioneel op basis van het totaal aantal ouderen met een zorgforfait in de diverse verblijfsituaties in Vlaanderen, Wallonië en Brussel (zie bijlage 3.5.1).

Aangezien het totaal aantal te onderzoeken personen dat in psychiatrische verzorgingstehuizen in België verbleef ( $n=8$ ) te laag was om vergelijkende statistische analyses te kunnen uitvoeren tussen de diverse subgroepen, werd beslist deze personen niet op te nemen in de te onderzoeken steekproef. Om dezelfde reden werd besloten de selectie van de organisaties en voorzieningen niet proportioneel uit te voeren op basis van capaciteit, geografische ligging (stedelijk, ruraal) en ideologie (bestuur). Het vooropgesteld aantal te onderzoeken personen bedraagt 370 voor woonzorgcentra en 422 voor de thuissituatie.

De selectie van het aantal woonzorgcentra gebeurde at random en in functie van de geografische ligging van de woonplaats van de tandarts-screeners. Voor iedere groep werd telkens een eerste en tweede vervangende groep geselecteerd voor het geval dat te veel organisaties of voorzieningen zouden weigeren deel te nemen. Door de at random selectie hoopte men een spreiding te bekomen op vlak van capaciteit, geografische ligging en ideologie. Voor kwetsbare ouderen die in woonzorgcentra verbleven werd het beoogde aantal volledig bekomen voor alle regio's. Voor de kwetsbare ouderen in de thuissituatie met thuiszorg ondersteuning werd voor Vlaanderen 71% van het vooropgestelde aantal bereikt, voor Brussel 13% en voor Wallonië werd geen enkele persoon in de thuissituatie onderzocht. Voor alle regio's samen betekent dit dat iets meer dan de helft van het vooropgestelde aantal voor de thuiszorgsituatie werd bereikt (zie hoofdstuk 7).

Van de 800 kwetsbare ouderen die dienden onderzocht te worden werden er uiteindelijk 644 onderzocht wat neerkomt op een resultaat van 72%.

### 3.5.2.2.2 Klinisch onderzoek

Gedurende het klinisch onderzoek werden volgende gegevens bekomen over de mondgezondheid van de personen van beide doelgroepen aan de hand van het invullen van het klinisch onderzoeksformulier (bijlage 3.5.2): gebitsstatus, aantal functionele occlusale contacten, prothetische status, hygiëne van de natuurlijke tanden en gebitsprothesen, parodontale toestand, toestand van de worteloppervlakken, aanwezigheid van implantaten, tandweefsel verlies, toestand van de slijmvliezen en de prothetische behandel nood. De personen die geselecteerd werden waren niet op de hoogte van de datum van het onderzoek.

De manier waarop de data voor de verschillende rubrieken werden bekomen, wordt hierna omschreven.

#### 3.5.2.2.2.1 Gebitsstatus

De tandarts-screener diende voor elk gebitselement (melktand en/of definitieve tand met inbegrip van de verstandskiezen) de actuele toestand weer te geven door middel van een letter voor een melktand en een cijfer voor een definitieve tand.

Voor een gaaf gebitselement werd een 'A' of een '0' ingevuld; indien cariës aanwezig was werd een 'B' of '1' ingevuld; indien een vulling aanwezig was met cariës werd een 'C' of een '2' ingevuld en bij een vulling zonder cariës een 'D' of een '3'; indien het gebitselement werd geëxtraheerd omwille van cariës een 'E' of een '4' en indien het gebitselement ontbrak omwille van een andere reden een 'N' of een '5'; werd op het gebitselement een put-en-fissuur verzegeling uitgevoerd dan werd een 'F' of een '6' ingevuld; maakte het gebitselement deel uit van een brug of bevatte dit gebitselement een abutment, kroon of veneer dan werd een 'G' of een '7' ingevuld; indien het gebitselement niet was doorgebroken werd een 'N' of een '8' gescoord; vertoonde het gebitselement een trauma dan werd een 'T' of een '9' gescoord; indien er voor een tand niets kon worden ingevuld dan werd een X gescoord voor zowel melk- als definitieve tand en indien bij gebrek aan medewerking een gebitselement niet kon beoordeeld worden dan werd voor zowel een melk- als een definitieve tand 'NR' ingevuld.



### 3.5.2.2.2.2 Functionele occlusale contacten

Het aantal functionele contacten werd niet geregistreerd voor personen gelijk aan of jonger dan 15 jaar. Het aantal functionele contacten (enkel premolaar en molaar contacten) diende voor de rechter en linker kant apart ingevuld te worden enerzijds met eventuele uitneembare gebitsprothese(n) ter plaatse en anderzijds zonder uitneembare gebitsprothese(n). De tandarts-onderzoeker diende volgende codes te gebruiken ('0-5' voor het aantal contacten, 'X' indien niet van toepassing of 'N' indien niet te registreren omwille van gebrek aan medewerking van de te onderzoeken persoon).

### 3.5.2.2.2.3 Prothetische status

De prothetische status werd geregistreerd voor alle personen door het aankruisen van volgende mogelijke keuzes per kaakshelft (bovenkaak en onderkaak): geen gebitsprothese, één brug, meer dan één brug, brug en partiële gebitsprothese met kunstharsbasis, brug en partiële skeletprothese, enkel partiële gebitsprothese met kunstharsbasis, enkel partiële skeletprothese, uitneembare volledige gebitsprothese, gebitsprothese niet in de mond en niet te registreren omwille van gebrek aan medewerking.

### 3.5.2.2.2.4 Mondhygiëne natuurlijke tanden

De mondhygiëne werd geregistreerd voor alle leeftijden door middel van het registreren van tandplaque (op mond- en tandniveau) en tandsteen (enkel mondniveau).

Op mondniveau werd de aan- of afwezigheid van tandplaque en tandsteen geregistreerd aan de hand van een dichotome schaal (aanwezig versus niet aanwezig). De tandarts-screener diende voor zowel tandplaque als tandsteen volgende codes in te vullen: '0' indien niet aanwezig; '1' indien aanwezig en '2' indien niet te registreren omwille van gebrek aan medewerking.

Op tandniveau werd de aan- of afwezigheid van tandplaque op de buccale tandvlakken van referentietanden (met name tanden 16 (55), 12 (52), 24 (64), 36 (75), 32 (72) en 44 (84)) geregistreerd volgens de methode van Silness & Løe [Silness en Løe, 1964]. De tandarts-screener diende per gebitselement (1-6) volgende codes te gebruiken: '0' indien geen plaque aanwezig was; '1' plaque enkel door middel van afschrapen met sonde te detecteren; '2' plaque zichtbaar met blote oog ter hoogte van het gingivale derde van de tandkroon en '3' voor een overvloed aan plaque. Indien de referentietand niet aanwezig was werd een 'X' ingevuld en indien niet registreerbaar omwille van gebrek aan medewerking een 'N'. Gevolg gevend aan recente internationale publicaties rond parodontale epidemiologie werd voor de personen met beperkingen de proportie met zichtbare tandplaque op geen enkele, 1, 2, 3, 4, 5 en 6 referentietanden gerapporteerd [Savage et al., 2009; Leroy et al., 2010]. Omwille van het groot aantal ontbrekende tanden bij kwetsbare ouderen werd per persoon een gemiddelde berekend voor alle gescoorde gebitselementen.

### 3.5.2.2.2.5 Hygiëne van de gebitsprothesen

Voor de gebitsprothesen werd de aan- of afwezigheid van tandplaque en tandsteen geregistreerd aan de hand van een dichotome schaal (aanwezig versus niet aanwezig). De tandarts-screener diende voor zowel tandplaque als tandsteen volgende codes in te vullen: '0' indien niet aanwezig; '1' indien aanwezig en '2' indien niet te registreren omwille van gebrek aan medewerking.

### 3.5.2.2.2.6 Parodontale toestand

De parodontale toestand werd enkel geregistreerd voor personen van 15 jaar of ouder aan de hand van de Dutch Periodontal Screening Index (DPSI). De tandarts-screener diende volgende codes te gebruiken: indien het parodontium gezond was werd de waarde '0' geregistreerd; indien het tandvlees bloedde tijdens het sonderen en de diepte van de pocket gelijk of kleiner was dan 3 werd een '1' gescoord; bij aanwezigheid van tandsteen en/of overhangende vulling met een pocket gelijk of kleiner dan 3 werd de waarde '2' geregistreerd; bij een pocket van 4 tot 5 mm zonder gingivale recessie werd een '3-' gescoord; bij een pocket van 4 tot 5 mm met gingivale recessie werd een '3+'



gescoord; bij een pocket gelijk aan of groter dan 6 mm werd een '4' gescoord; indien geen tanden aanwezig waren in het sextant of indien ze niet te beoordelen waren dan werd een 'X' ingevuld; indien de registratie niet mogelijk was omwille van gebrek aan medewerking werd een 'N' ingevuld. De tandarts-screener diende enkel per sextant de hoogste geobserveerde waarde in te vullen.

### 3.5.2.2.7 Toestand van de wortels en aanwezigheid van implantaten

De toestand van de wortels en aanwezigheid van implantaten werd enkel geregistreerd bij personen van 15 jaar en ouder. Per persoon werd door de tandarts-screener het aantal tanden met blootliggende wortels geteld alsook het aantal tanden met blootliggende wortels met cariës en/of vulling omwille van cariës. Voor elke persoon werden ook de aanwezige implantaten geteld.

### 3.5.2.2.8 Tandweefselverlies

Het tandweefselverlies werd op mondniveau geregistreerd bij personen van 15 jaar en ouder en indien er minstens 2 tanden aanwezig waren met tandweefselverlies. De tandarts-screener diende aan te geven of erosie<sup>1</sup>, abrasie<sup>2</sup> of attritie<sup>3</sup> aan- of afwezig was. Voor elke soort substantieverlies dienden volgende codes ingevuld te worden: '0' indien niet aanwezig; '1' indien aanwezig, '2' indien niet van toepassing (bv. jonger dan 15 jaar, geen eigen tanden) en '3' indien niet registreerbaar door gebrek aan medewerking.

### 3.5.2.2.9 Toestand van de mondslijmvliezen

De toestand van de mondslijmvliezen werd geregistreerd op mondniveau voor alle personen door het al of niet aankruisen van volgende mogelijke mondslijmvliesaandoeningen: drukplaats/ulcus, irritatiefibroom, flabby ridge, hyperaemisch of papillomateus palatum, hyperkeratose binnenkant wang, niet afschraapbare witte laesie, scheurtje bij mondhoek (cheilitis angularis), afte, fistel, andere aandoening van de mondslijmvliezen, geen laesies in de mond en niet registreerbaar omwille van gebrek aan medewerking.

### 3.5.2.2.10 Prothetische behandel nood

De prothetische behandel nood werd geregistreerd voor de boven- en onderkaak apart voor alle personen met uitneembare gebitsprothesen door het aankruisen van volgende mogelijkheden: vernieuwen van gebitsprothese is noodzakelijk, vernieuwen van gebitsprothese is wenselijk, vernieuwen van gebitsprothese is niet nodig, aanpassen van de gebitsprothese is noodzakelijk, aanpassen van de gebitsprothese is wenselijk, aanpassen van de gebitsprothese is niet nodig, herstelling van de gebitsprothese is nodig en niet registreerbaar omwille van gebrek aan medewerking.

### 3.5.2.3 Tandarts-screeners

Voor de doelgroep personen met beperkingen werden 876 personen onderzocht door 31 tandarts-screeners die elk tussen de 2 en de 116 personen screenden. Voor de doelgroep kwetsbare ouderen werden 630 personen gescreend door 24 tandarts-screeners. Sommige tandartsen screenden zowel personen met beperkingen als kwetsbare ouderen; de andere tandartsen beperkten zich tot een van beide doelgroepen. Het grootste deel van de tandarts-screeners scoorde 10 tot 30 personen. Eén tandarts-screener scoorde 160 personen en één tandarts-screener scoorde slechts 1 persoon.

<sup>1</sup> Erosie: irreversibel verlies van harde tandweefsels door inwerking van zuren, die niet afkomstig zijn van het metabolisme van plaquebacteriën (bv. frisdranken)

<sup>2</sup> Abrasie: slijtage van tanden veroorzaakt door wrijving met vreemde voorwerpen (bv. balpen bijten).

<sup>3</sup> Attritie: tandslijtage veroorzaakt door antagonistische tandcontacten (dus tanden van de bovenkaak tegen tanden van de onderkaak, bv. knarsetanden).

### 3.5.2.2.4 Training en calibratie van de tandarts-screeners

Voor de start van het uitvoeren van de klinische onderzoeken werden alle tandarts-screeners uitgenodigd deel te nemen aan een training- en calibratiesessie.

In het eerste deel van deze sessie (training) werd het uitvoeren van het mondonderzoek toegelicht aan de hand van een powerpoint presentatie. Hiertoe werd per rubriek van het klinisch formulier uitvoerig uitleg gegeven op welke manier er diende gescoord te worden en welke scores men diende te gebruiken. Aan de tandarts-screeners werd de mogelijkheid geboden vragen te stellen.

In het tweede deel (calibratie) werden de tandarts-screeners gevraagd 8 klinische casussen te scoren aan de hand van klinische foto's met betrekking tot mondsituaties afkomstig van kinderen, volwassenen en kwetsbare ouderen. Alle scores werden genoteerd op een invulformulier. Deze data werden ingegeven voor statistische verwerking.

Voor het berekenen van de graad van overeenkomst van de tandarts-screeners werden alle individuele scores vergeleken met die van een gouden standaard (JV). Voor dichotome (Ja/Nee) uitkomsten werd een Kappa-waarde berekend en voor categorische of continue uitkomsten werd een Intra Class Correlation Coëfficiënt berekend.

**Tabel 3.5.2. Inter-examiner reliability voor de diverse uitkomstvariabelen**

Omschrijving	Test	Gemiddelde	Minimum	Maximum
Aantal occluderende paren	ICC	0,33	0,13	0,96
Prothetische status	ICC	0,83	0,1	0,99
Tandplaque/Tandsteen	Kappa	0,49	0,2	0,78
Mondhygiëne	ICC	0,1	0,02	1
Gebitsstatus	ICC	0,33	0,004	0,95
Aantal wortels	ICC	0,57	0,15	0,99
Tandweefselverlies	Kappa	0,58	0,23	1
Toestand slijmvliezen	Kappa	0,51	0,02	0,93
Plaque op de gebitsprothesen	ICC	0,7	0,07	1
Tandsteen op gebitsprothese	Kappa	1	1	1
Prothetische nood	ICC	0,56	0,03	0,97

Voor de rubriek 'tandsteen op de gebitsprothese' is de overeenkomst tussen de diverse tandarts-screeners 100%. De overeenkomst tussen de onderzoekers voor tandplaque/tandsteen op de natuurlijke tanden, voor tandweefselverlies en voor de toestand slijmvliezen is matig (Kappa  $>0,41 < 0,6$ ) met een Kappa van 0,49; 0,58 en 0,51 respectievelijk.

Voor de prothetische status (ICC=0,83) en het scoren van plaque op de gebitsprothesen (ICC=0,7) was de overeenkomst goed. Voor het aantal wortels, prothetische nood, de gebitsstatus en het aantal functionele occlusale contacten is de overeenkomst zwak met een ICC  $< 0,7$ . De overeenkomst is zeer zwak voor de rubriek mondhygiëne, gescoord met een 4-punt schaal (0, 1, 2 of 3).

### 3.5.2.2.5 Klinisch onderzoek – Materialen

Voor het mondonderzoek werden volgende instrumenten en benodigdheden gebruikt: steriel verpakte set met mondspiegel, pincet, schaalpje, gaas, mondmasker, schortje voor de patiënt en 2 wattenrollen. Voor het uitvoeren van het parodontaal onderzoek (bepalen DPSI) werd een steriele parodontaalsonde gebruikt. Dit materiaal werd per tandarts aangeleverd op basis van het uit te voeren aantal klinische mondonderzoeken.

Verder werden volgende materialen aan alle tandarts-screenings bezorgd: draagbare onderzoekslamp (hoofdlamp), latexvrije handschoenen, desinfecterende handgel en papieren handdoekjes.

### 3.5.2.2.6 Dataverwerking

De gegevens van het klinisch formulier werden gecodeerd ingegeven in een excelbestand (met validatie van de antwoordcellen om zoveel mogelijk fouten te vermijden). Na het ingeven werden alle data per variabele nagezien om mogelijk niet correcte, onlogische of tegenstrijdige gegevensinvoer op te sporen (“data cleaning”). Bij het vaststellen van een mogelijke fout werd aan de hand van het desbetreffende klinische formulier nagegaan of het een verkeerde ingave betrof of niet. Bij een verkeerde ingave werd het gegeven aangepast conform het klinisch formulier en in het andere geval werd het gegeven niet gewijzigd. Alle gegevens werden voor de beschrijvende geïmporteerd in SAS versie 9.2 Aanvullende statistische testen (chi-kwadraat en onafhankelijke t-test) om na te gaan of er significante verschillen aangetroffen werden tussen subgroepen werden uitgevoerd voor de personen met beperkingen eveneens in SAS versie 9.2 en voor de kwetsbare ouderen in PASW Statistics 18. Verschillen werden als significant aangenomen wanneer de p-waarde < 0,05.

### 3.5.2.3 Resultaten

#### 3.5.2.3.1 Personen met beperkingen

##### 3.5.2.3.1.1 Deelname aan de studie

###### 3.5.2.3.1.1.1 Op het niveau van de voorzieningen

De bereidheid tot medewerking aan de studie was niet groot (Tabel 3.5.3); de redenen waarom voorzieningen hun deelname weigerden werden samengevat in Hoofdstuk 7. Er werden aan Nederlandstalige kant 121 voorzieningen voor personen met beperkingen gecontacteerd; 50 van hen zegden deelname toe aan de studie, 57 voorzieningen weigerden mee te werken en nog eens 14 voorzieningen gaven nooit uitsluitel, ondanks regelmatig aandringen. Aan Franstalige kant werden 88 voorzieningen gecontacteerd, waarvan er 36 toezegden, 31 weigerden en 21 geen antwoord gaven.

	Nederlandstalig	Franstalige
<b>Gecontacteerd</b>	121	88
<b>Deelname toegezegd</b>	50	36
<b>Deelname geweigerd</b>	57	31
<b>Geen antwoord</b>	14	21

###### 3.5.2.3.1.1.2 Op het niveau van de personen met beperkingen

Ondanks alle obstakels bij het bereid vinden van organisaties en voorzieningen of personen met beperkingen tot deelname aan de studie, was het toch mogelijk om aan Franstalige kant 65% en aan Nederlandstalige kant 84% van de beoogde doelgroep te screenen en/of te bevragen (Tabel 3.5.1 - “effectief”). Uit Tabel 3.5.1 valt verder af te leiden dat voor sommige subgroepen (bv. zesjarigen type 1) het niet mogelijk was om voorzieningen/ouders bereid te vinden deze kinderen te laten screenen.

Men moet er verder rekening mee houden dat niet van elke onderzochte persoon de vragenlijst werd ontvangen (waardoor de koppeling “objectieve behandelneed” en “zorgvraag/subjectieve behandelneed” niet mogelijk was – zie

hiervoor verder Hoofdstuk 3.5.5) en dat niet voor alle onderzochte personen het rijksregisternummer werd bekomen (waardoor de koppeling objectieve behandelneed en zorgconsumptie niet mogelijk was - zie hiervoor eveneens Hoofdstuk 3.5.5).

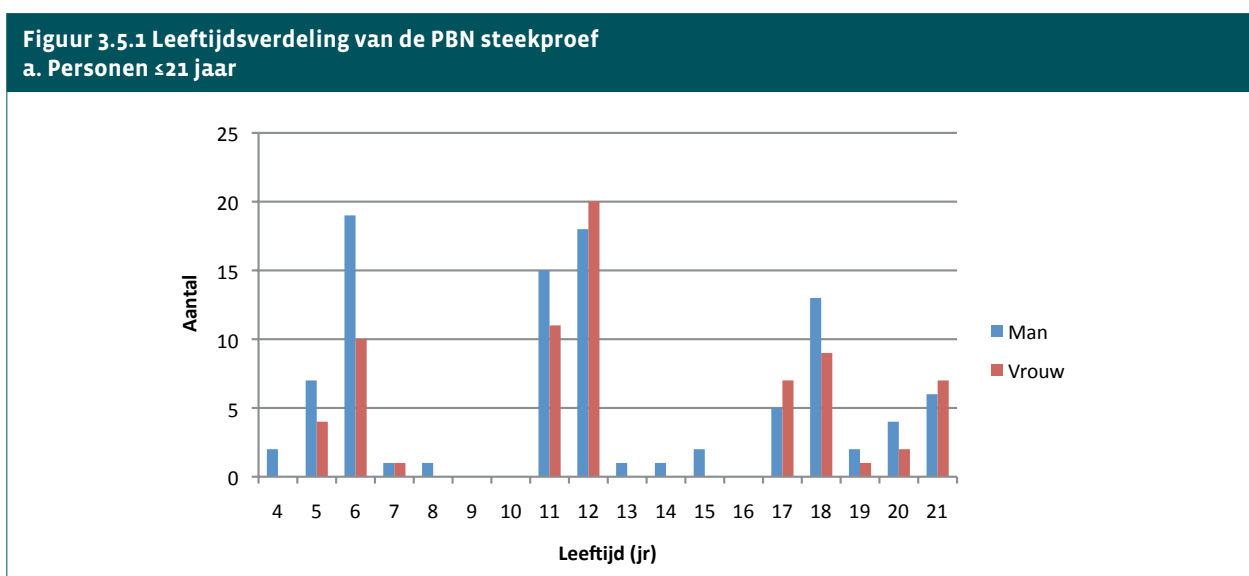
Zoals uit Tabel 3.5.4 kan afgeleid worden, namen er 169 jongeren ( $\leq 21$  jaar) en 707 volwassen personen ( $> 21$  jaar) deel aan de studie. Van het merendeel van die mensen werden zowel klinische als vragenlijst gegevens verzameld. Gezien er ook kinderen van bijvoorbeeld 5 en 7 jaar gescreend werden, is de som van de aantallen 6-jarigen, 12-jarigen, 18-jarigen en 18-21-jarigen kleiner dan 169. In de volgende delen van het rapport worden de klinische gegevens beschreven van 151 jongeren en 656 volwassen personen; voor de vragenlijstgegevens van 144 jongeren en 675 volwassenen wordt de lezer verwezen naar Hoofdstuk 3.5.3.

**Tabel 3.5.4. Deelname aan de studie – personen met beperkingen**

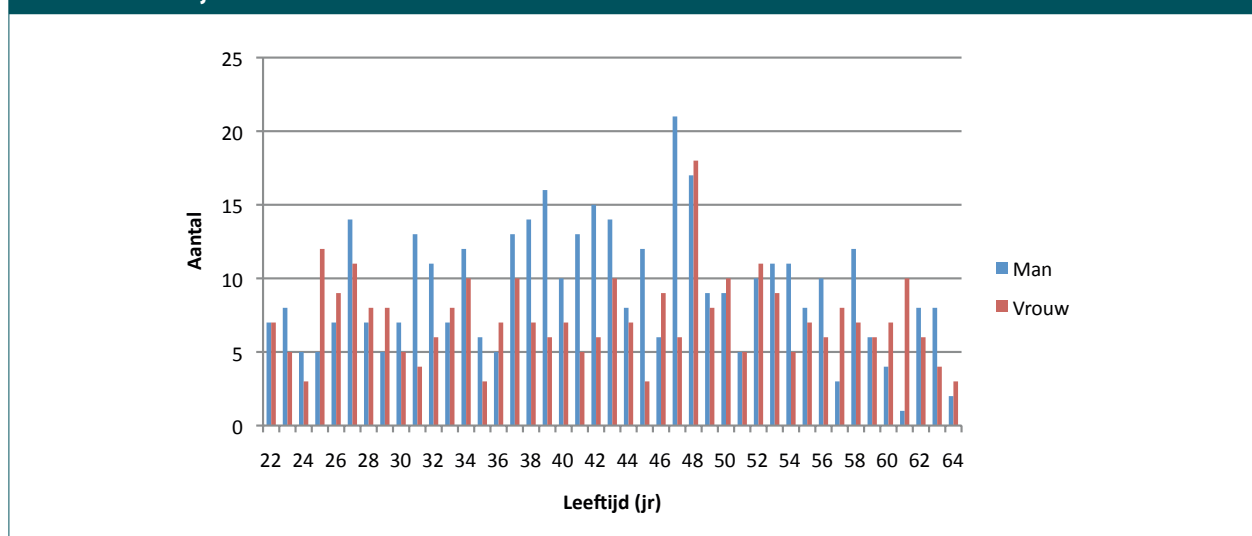
	Zowel klinisch onderzoek als vragenlijst	Enkel klinisch onderzoek	Enkel vragenlijst	Niets beschikbaar	Totaal
<b><math>\leq 21</math> jaar</b>	<b>139</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>12</b>	<b>169</b>
6-jarigen	23	1	3	2	29
12-jarigen	29	3	1	5	38
18-jarigen	19	3	0	0	22
18-21-jarigen	38	3	1	2	44
<b><math>&gt; 21</math> jaar</b>	<b>640</b>	<b>16</b>	<b>35</b>	<b>16</b>	<b>707</b>
22-24-jarigen	32	0	1	2	35
25-34-jarigen	153	3	10	3	169
35-44-jarigen	170	2	8	2	182
45-64-jarigen	285	11	16	9	321

### 3.5.2.3.1.2 Socio-demografische eigenschappen van de PBN-steekproef personen met beperkingen

In Figuur 3.5.1 is de leeftijdsverdeling te zien van de PBN steekproef van personen met fysieke, motorische en zintuiglijke beperkingen, voor de twee leeftijdsgroepen afzonderlijk. Voor de 6-jarigen en 18-jarigen valt op dat er meer jongens/mannen gescreend werden dan meisjes/vrouwen. Zoals kan afgeleid worden uit Tabel 3.5.5, waren in beide leeftijdsgroepen ( $\leq 21$  jaar en  $> 21$  jaar) de jongens/ mannen in de meerderheid. De mediaanleeftijd van de jongste groep was 12 jaar (Interquartile range, IQR: 7,0-18,0) en van de oudste groep 43 jaar (IQR: 33,0-52,0).



**Figuur 3.5.1** Leeftijdsverdeling van de PBN steekproef  
b. Personen > 21 jr



Voor beide leeftijdsgroepen werden meer Nederlandstalige dan Franstalige personen geselecteerd naar analogie met de verdeling Nederlandstaligen/Franstaligen in België. Toch viel op dat de bereidheid tot deelname lager was in het Franstalige landsdeel; men moest daar ook veel langer wachten op een reactie van de voorziening, zelfs al was het antwoord dat men niet wou deelnemen.

**Tabel 3.5.5. Socio-demografische eigenschappen van de PBN steekproef – personen met beperkingen**

	≤ 21 jaar (n=169)	> 21 jaar (n=707)	Totaal (n=876)
<b>Leeftijd (jr)</b>			
Mediaan (Q1 – Q3)	12,0 (7,0-18,0)	43,0 (33,0-52,0)	38,5 (25,0-49,0)
Gemiddelde (sd)	12,5 (5,2)	42,6 (11,4)	36,8 (15,9)
<b>Geslacht (%)</b>			
Vrouwen	42,6	44,1	43,8
Mannen	57,4	55,9	56,2
<b>Taal (van de vragenlijst)(%)</b>			
Nederlands	71,0	58,1	60,6
Frans	29,0	41,9	39,4

n: aantal; jr: jaar; Q1: eerste kwartiel; Q3: derde kwartiel; sd: standaard deviatie.

### 3.5.2.3.1.3 Deelname aan het klinisch onderzoek

Klinische gegevens konden verzameld worden voor 151 jongeren en 656 volwassenen personen. Voor 17 jongeren en 51 volwassenen werd genoteerd waarom het niet mogelijk was klinische gegevens te verzamelen; de belangrijkste redenen worden samengevat in Tabel 3.5.6. Elf personen weigerden deel te nemen en van 12 andere personen was het de familie of voogd die geen toestemming gaf. Zeven personen waren ziek op de dag van het klinisch onderzoek en nog eens 30 personen waren omwille van een andere reden afwezig.

**Tabel 3.5.6. Reden voor niet-deelname aan het klinisch onderzoek**

	≤ 21 jaar	> 21 jaar
Weigering (persoon zélf)	1	10
Weigering (familie/naasten)	5	8
Fysieke toestand laat onderzoek niet toe	0	3
Mentale toestand laat onderzoek niet toe	0	2
Ziekte	3	4
Afwezig	7	23
Andere	1	1

### 3.5.2.3.1.4 Aard van de beperkingen

Aan de tandarts-screeners werd gevraagd om de aard van de beperking van de personen die ze onderzochten te noteren; uiteraard is het mogelijk dat voor één persoon verschillende beperkingen werden genoteerd (vandaar dat de som van de beperkingen groter is dan 151 voor de jongeren en 574 voor de volwassenen). Voor sommige (volwassen) personen met beperkingen werd eveneens een zorggraad genoteerd. De gegevens werden samengevat in Tabel 3.5.7.

Zeventig procent van de personen met beperkingen hadden een verstandelijke beperking; 30% van de jongeren en 17% van de volwassenen een motorische beperking. Sociale beperkingen werden geregistreerd voor een vijfde van de jongeren en 5% van de volwassenen. Binnen het bestek van dit onderzoek werd de voorkeur gegeven om vooral volwassenen (en niet zo zeer kinderen/jongeren) met een psychiatrische problematiek te onderzoeken, vandaar het grote verschil in proportie jongeren (5%) en volwassenen (19%) met psychiatrische problemen.

**Tabel 3.5.7. Aard van de beperkingen\***

	≤ 21 jaar (n=151) aantal (%)	> 21 jaar (n=574) aantal (%)
Verstandelijke beperking (%)	109 (72)	395 (69)
Motorische beperking (%)	45 (30)	98 (17)
Zintuiglijke beperking (%)	5 (3)	19 (3)
Sociale beperking (bv. autisme) (%)	30 (20)	30 (5)
Psychiatrische problematiek (%)	8 (5)	111 (19)
Andere beperking (%)	4 (3)	26 (5)
Zorggraad O (%)		7 (1)
Zorggraad A (%)		6 (1)
Zorggraad B (%)		6 (1)
Zorggraad C (%)	1 (<1)	2 (<1)
Zorggraad Cd (%)		4 (1)

\*Meer dan één antwoord mogelijk, vandaar dat de totalen van de prevalenties groter zijn dan 151 voor de jongeren en 574 voor de volwassenen.

### 3.5.2.3.1.5 Aantal aanwezige tanden

#### 3.5.2.3.1.5.1 Alle beperkingen

In wat volgt werden alle aanwezige tanden beschouwd, ook tanden die enkel nog uit wortelresten bestonden; voor de jongeren werden de melk- en definitieve tanden samen geteld.

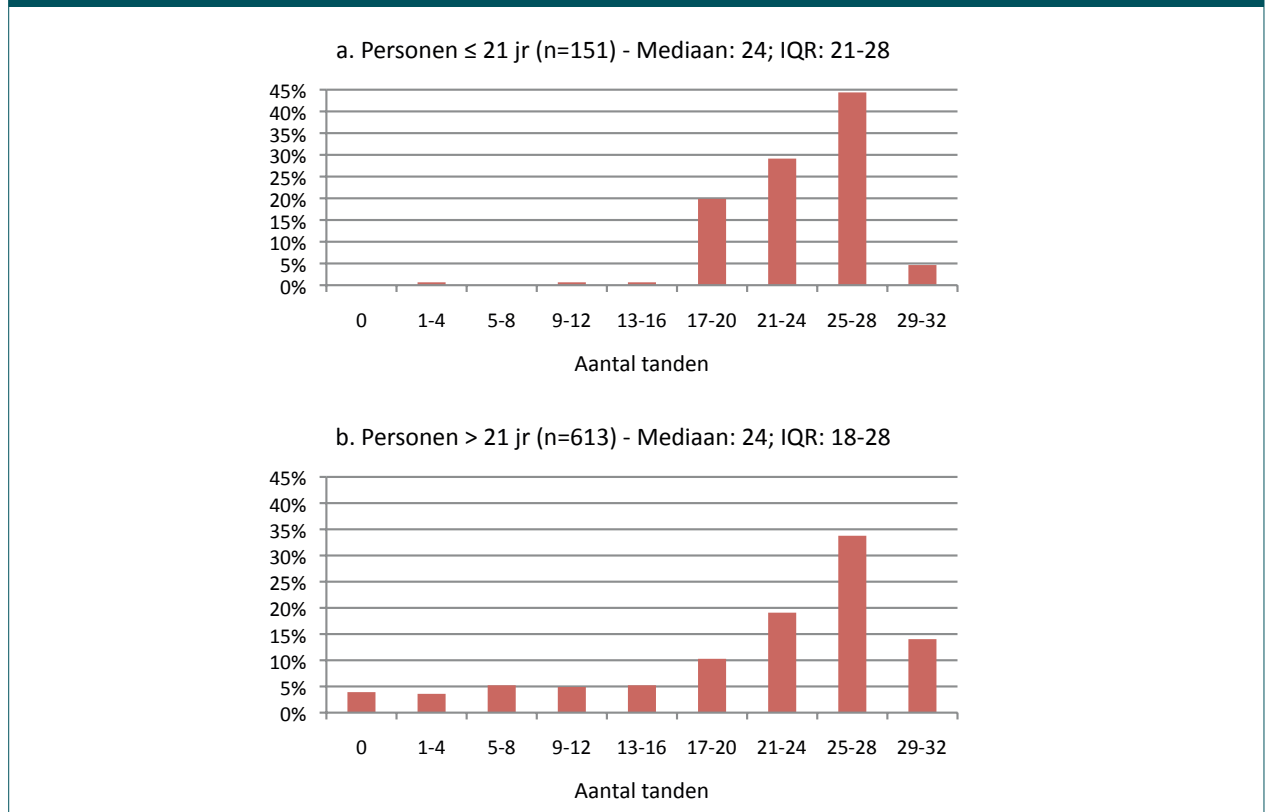
Geen enkele onderzochte jongere was tandeloos, wel was er 1 jongere met slechts 4 tanden, 1 met 12 tanden en 1 met 15 tanden (Figuur 3.5.2.a). Dertig jongeren (20%) hadden 17-20 tanden, maar het gros van de jongeren (78%)

had minstens 21 tanden. Er waren geen significante verschillen in aantal tanden (minder dan 21 tanden versus 21 of meer) tussen de beide geslachten. Er werden evenmin significante verschillen gevonden tussen Nederlandstalige en Franstalige jongeren.

**Figuur 3.5.2.a. Aantal aanwezige tanden (boven- en onderkaak samen)**

**a. Personen  $\leq 21$  jaar (n=151)**

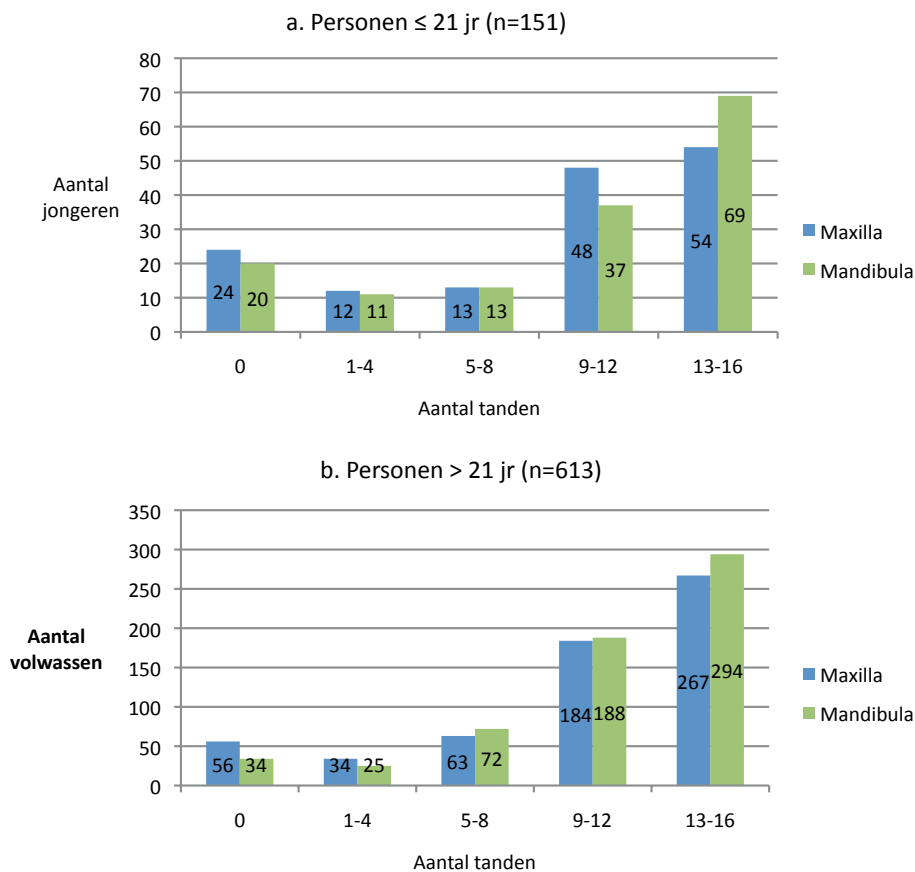
**b. Personen  $> 21$  jaar (n=613)**



Vierentwintig volwassenen (4%) waren tandeloos. Eén derde van de onderzochte volwassenen had 20 of minder tanden en twee derden had meer dan 20 tanden (Figuur 3.5.2.b.). Alle personen van de leeftijdsgroep 22-24 jaar (n=30) hadden 24 of meer tanden. Van de 25-34-jarigen (n=151) had 8% minder dan 20 natuurlijke tanden in de mond en dat percentage steeg tot 20% in de groep 35-44-jarigen (n=167) en tot 52% in de groep 45-64-jarigen. Vierendertig procent van de volwassen vrouwen en 31% van de mannen had minder dan twintig tanden; dat verschil was niet significant. Er werden ook geen significante verschillen gevonden tussen Nederlandstalige en Franstalige volwassenen.

Wanneer het aantal aanwezige tanden per kaak bekeken werd, bleek dat 24 jongeren (16%) tandeloos waren in de bovenkaak en 20 (13%) in de onderkaak; de respectieve aantallen (percentages) voor de volwassenen zijn 56 (9%) en 34 (6%) (Figuur 3.5.3.a en Figuur 3.5.3.b.). Bij de jongeren valt verder op dat er meer personen zijn met meer dan 12 tanden in de onderkaak (46%) dan dat er jongeren zijn met meer dan 12 tanden in de bovenkaak (36%).

**Figuur 3.5.3. Aantal aanwezige tanden (boven- en onderkaak apart)**  
**a. Personen ≤ 21 jaar (n=151)**  
**b. Personen > 21 jaar (n=613)**

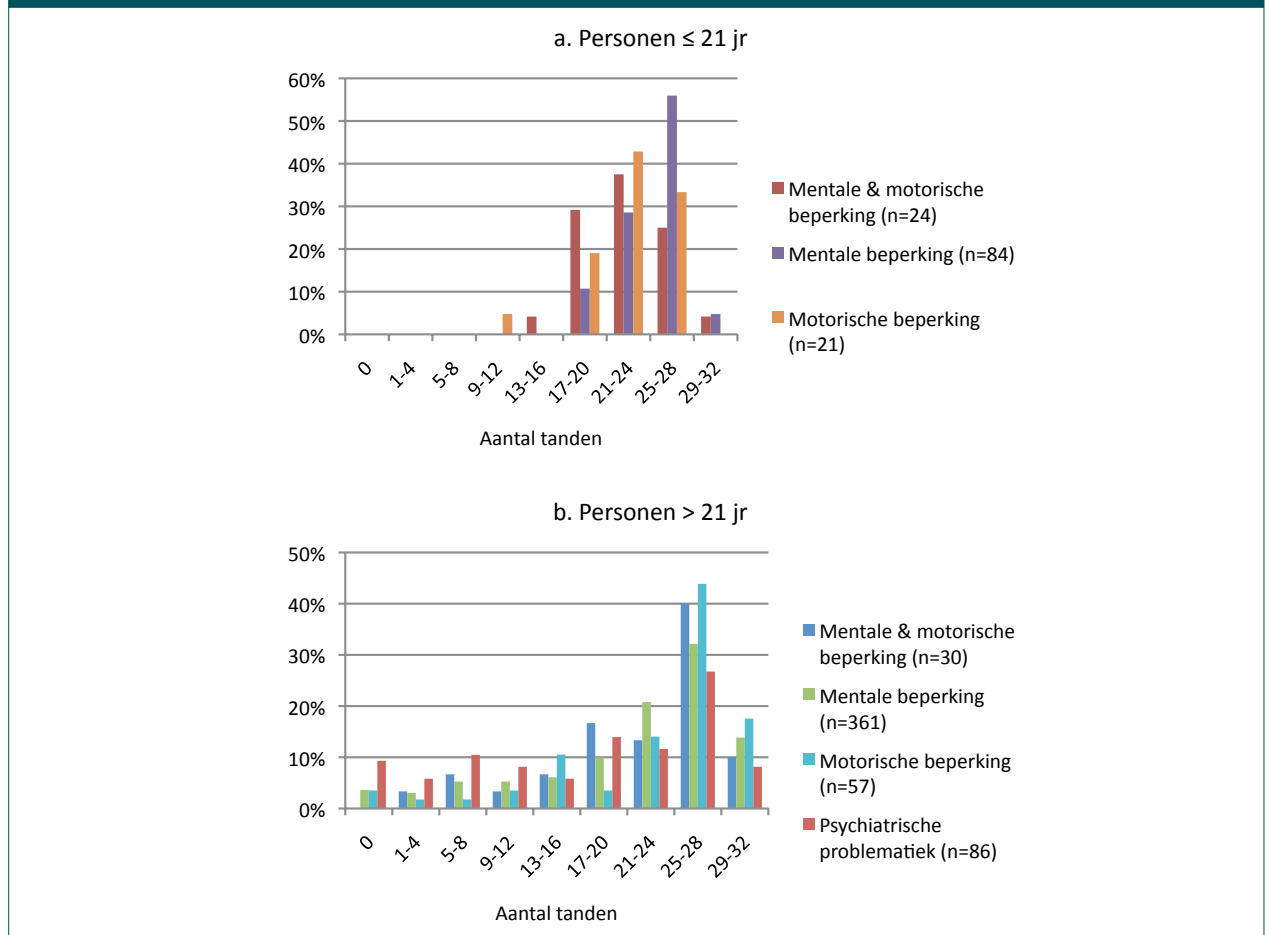


### 3.5.2.3.1.5.2 Personen met mentale & motorische beperkingen, mentale beperkingen, motorische beperkingen en personen met een psychiatrische problematiek

Extra analyses werden uitgevoerd waarbij het aantal aanwezige tanden werd nagekeken in de groep van personen met mentale en motorische beperkingen, de groep van personen met mentale beperkingen, de groep van personen met motorische beperkingen en de groep met een psychiatrische problematiek. Ook hier werden de groepen opgesplitst volgens leeftijd: personen tem 21 jaar en personen ouder dan 21 jaar (en jonger dan 65 jaar). Voor de jongeren met een psychiatrische problematiek en voor de personen met andere beperkingen (bv. zintuiglijke of sociale beperkingen) waren de aantallen te klein om zinvolle subanalyses te doen. De gegevens werden grafisch weergegeven in figuur 3.5.4.



**Figuur 3.5.4. Aantal aanwezige tanden, opgesplitst volgens aard van de beperking**  
**a. Personen ≤ 21 jaar**  
**b. Personen > 21 jaar**



Bij de jongeren bleek dat er grote verschillen waren tussen de verschillende subgroepen: 33% van de personen met mentale en motorische beperkingen, 24% van de personen met motorische beperkingen en 11% van de personen met mentale beperkingen had 20 of minder tanden. Negenentwintig procent van de jongeren met mentale en motorische beperkingen en 33% van de jongeren met motorische beperkingen had meer dan 24 tanden, terwijl dat percentage opliep tot 61% bij de jongeren met mentale beperkingen.

Bij de volwassenen was geen enkele persoon met mentale en motorische beperkingen tandeloos, terwijl 8% van de personen met een psychiatrische problematiek en 4% van de personen met motorische beperkingen of mentale beperkingen tandeloos was. Verder bleek dat 53% van de personen met een psychiatrische problematiek, 37% van de volwassenen met mentale en motorische beperkingen, 33% van de volwassenen met mentale beperkingen en 25% van de volwassenen met motorische beperkingen 20 of minder tanden had. Minder dan de helft van de personen met een psychiatrische problematiek of mentale beperkingen, 50% van de volwassenen met mentale en motorische beperkingen en 61% van de volwassenen met motorische beperkingen had meer dan 24 tanden.

## 3.5.2.3.1.6 Aantasting door cariës

## 3.5.2.3.1.6.1 Alle beperkingen

Van de onderzochte jongeren met beperkingen had 53% een perfect gaaf gebit, zonder ontbrekende tanden (omwille van cariës) of gerestaureerde tanden (Tabel 3.5.8); bij de 6-jarigen was die proportie 71%, bij de 12-jarigen 59% en ze daalde verder in de groep 18-jarigen tot 27% en in de groep 18-21-jarigen tot 22%. In de groep jongeren was de proportie vrouwen met een gaaf gebit (43%) lager dan de proportie mannen (49%), maar die verschillen waren statistisch niet significant.

Van de onderzochte volwassenen had 5% een perfect gaaf gebit (Tabel 3.5.8); bij de 22-24-jarigen was die proportie 23%, bij de 25-34-jarigen 10% en ze daalde verder in de groep 35-44-jarigen en 45-64-jarigen tot 1% en 3%. Een quasi even grote proportie volwassen mannen (5%) als vrouwen (6%) had een gaaf gebit.

Bij de jongeren had 12% zichtbare carieslaesies in de melktanden ( $d>0$ ) en 31% in de definitieve tanden ( $D>0$ ). De respectieve proporties voor meisjes/vrouwen waren 10% en 35% en voor jongens/mannen waren ze beide hoger: 13% en 28%. De verschillen waren echter niet statistisch significant. Bij 2% van de jongeren waren melktanden verwijderd omwille van caries ( $m>0$ ) en bij 5% waren om dezelfde reden definitieve tanden ( $M>0$ ) verwijderd.

Bij de volwassenen had 56% zichtbare carieslaesies in de definitieve tanden ( $D>0$ ) en bij 64% waren tanden verwijderd omwille van caries ( $M>0$ ). De respectieve proporties voor vrouwen waren 58% en 63% en voor mannen 54% en 66%, maar de verschillen waren niet significant.

Zesentachtig procent van alle jongeren (met een  $d_3\text{mft} + D_3\text{MFT} > 0$ ) had een restauratieve index ( $f/d+f$ ) van de melktanden kleiner dan 1; 14% van hen had een zorgindex ( $m+f/m+d+f$ ) van de melktanden gelijk aan 1. Verder is de restauratieve index van de definitieve tanden bij 70% kleiner dan 1 en bij 69% is de zorgindex kleiner dan 1; de respectieve proporties bij de volwassenen (met een  $D_3\text{MFT} > 0$ ) waren 63% voor de restauratieve index en 59% voor de zorgindex.

Voor de verschillende parameters van aantasting door cariës werden er geen significante verschillen aangetroffen tussen de twee taalgroepen, en dat zowel bij de jongeren als bij de volwassenen.

Tabel 3.5.8. Aantasting door cariës in volledige groep personen met beperkingen		
	≤ 21 jaar (n=151)	> 21 jaar (n=613)
<b>Proportie (%) met</b>		
$d_3\text{mft} = 0$	86,1	-
$D_3\text{MFT}^{**} = 0$	55,0	5,4
$d_3\text{mft} + D_3\text{MFT}^{**} = 0$	53,0	-
<b>Proportie (%) met</b>		
$d>0$	11,9	-
$f>0$	6,6	-
$m>0$	2,0	-
$D>0$	31,1	56,0
$F>0$	27,2	77,3
$M>0$	5,3	64,4
Median $d_3\text{mft}$ (Q1-Q3)	0 (0-0)	-
Median $D_3\text{MFT}^*$ (Q1-Q3)	0 (0-3)	12 (6-19)

**Tabel 3.5.8. (vervolg) Aantasting door cariës in volledige groep personen met beperkingen**

	≤ 21 jaar (n=151)	> 21 jaar (n=613)
<b>Proportie (%) met</b>		
restauratieve index melktanden < 1	86,0	-
restauratieve index definitieve tanden < 1	69,7	59,2
zorgindex melktanden < 1	86,0	-
zorgindex definitieve tanden < 1	69,1	59,1
Proportie (%) met kroon- en brugwerk	0	10,6

+ Aantasting door cariës op het cavitatie-niveau; \* Verstandskiezen werden niet mee gerekend;  
restauratieve index: f/d+f of F/D+F; zorgindex: m+f/m+d+f of M+F/M+D+F

Volledigheidshalve (ook al hoort deze parameter strictu senso niet tot het hoofdstuk “aantasting door caries”) wordt hier ook nog vermeld dat bij 7% van de jongeren verzegelde definitieve tanden werden gescoord; ook hier waren er geen significante verschillen tussen meisjes/vrouwen (5%) en jongens/mannen (8%).

### 3.5.2.3.1.6.2 Personen met mentale & motorische beperkingen, mentale beperkingen, motorische beperkingen en personen met een psychiatrische problematiek

Bij de subgroepanalyse bleek dat er ook wat betreft aantasting door cariës grote verschillen waren tussen de verschillende groepen: bij 38% van de jongeren met mentale beperkingen en 54% van de jongeren met mentale en motorische beperkingen waren er geen tekenen van aantasting door cariës terwijl dat percentage bij de personen met motorische beperkingen 71% was (Tabel 3.5.9). Bij 14% van de jongeren met motorische beperkingen waren er gecarieerde (en niet gerestaureerde) melk- ( $d>0$ ) en definitieve tanden ( $D>0$ ); de respectieve proporties in de groep jongeren met mentale en motorische beperkingen waren 17% en 21% en in de groep met mentale beperkingen 6% en zelfs 42%. Bij 8% van de jongeren met mentale beperkingen waren al definitieve tanden verwijderd omwille van cariës; bij de andere subgroepen nog niet.

Bij de volwassenen waren er ook verschillen tussen de subgroepen: bij 43% van de volwassenen met mentale en motorische beperkingen en 53% van de volwassenen met mentale beperkingen waren er zichtbare cariëslaesies terwijl dat percentage bij de personen met motorische beperkingen en bij de personen met een psychiatrische problematiek 61% was.

**Tabel 3.5.9. Aantasting door cariës bij de verschillende subgroepen**

	≤ 21 jaar			> 21 jaar			
	Mentale & motorische beperking (n=24)	Mentale beperking (n=84)	Motorische beperking (n=21)	Mentale & motorische beperking (n=30)	Mentale beperking (n=361)	Motorische beperking (n=57)	Psychiatrische problematiek (n=86)
<b>Proportie (%) met</b>							
$d_3mft = 0$	75,0	92,9	85,7	-	-	-	-
$D_3MFT^* = 0$	66,7	41,7	76,2	3,3	5,3	8,8	4,7
$d_3mft + D_3MFT^* = 0$	54,2	38,1	71,4	-	-	-	-
<b>Proportie (%) met</b>							
$d>0$	16,7	6,0	14,3	-	-	-	-
$f>0$	12,5	2,4	4,8	-	-	-	-
$m>0$	0,0	1,2	0,0	-	-	-	-
$D>0$	20,8	41,7	14,3	43,3	52,9	61,4	60,5
$F>0$	16,7	33,3	19,1	86,7	79,5	77,2	70,9
$M>0$	0,0	8,3	0,0	56,7	62,1	57,9	74,4

### 3.5.2.3.1.7 Tandsubstantieverlies door erosie, abrasie en attritie en schade door trauma

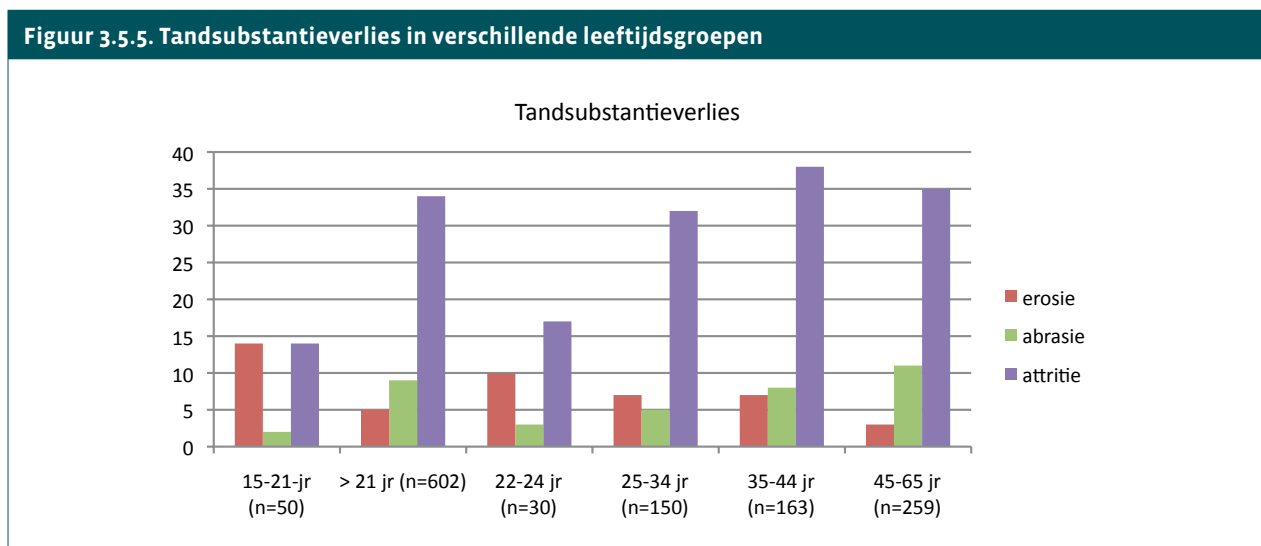
Tandsubstantieverlies door erosie, abrasie en attritie werd enkel nagekeken bij personen van 15 jaar en ouder om zo het onderzoek voor de jongste deelnemers niet te belastend te maken. Erosie werd vastgesteld bij 14% van de jongeren (Tabel 3.5.10); het werd enkel vastgesteld bij de jongens. Abrasie werd vastgesteld bij slechts 1 jongen (tussen de 15 en 17 jaar) en attritie bij 14% van de jongeren.

Bij de volwassenen werd erosie vastgesteld bij 5%, abrasie bij 9% en attritie bij 34%; enkel voor abrasie was het verschil tussen mannen en vrouwen statistisch significant ( $p=0,021$ ).

**Tabel 3.5.10. Tandsubstantieverlies door erosie, abrasie en attritie**

	≤ 21 jaar (n=50)	vrouwen ≤ 21 jaar (n=22)	mannen ≤ 21 jaar (n=28)	> 21 jaar (n=602)	vrouwen > 21 jaar (n=265)	mannen > 21 jaar (n=337)
<b>Proportie (%) met</b>						
erosie	14	0	25	5	6	5
abrasie	2	0	4	9	12	6
attritie	14	14	15	34	32	36

Uit figuur 3.5.5 kan worden afgeleid dat erosie meer voorkomt bij de jongste leeftijdsgroepen en gradueel afneemt in de oudere leeftijdsgroepen terwijl abrasie en attritie meer voorkomen in de oudere leeftijdsgroepen.



Tijdens het klinisch onderzoek werd er ook nagekeken of er tanden waren met zichtbare schade door trauma, al dan niet hersteld door middel van een restauratie. Tand die verwijderd werden als gevolg van een trauma werden hier niet meegerekend, wat de lage prevalenties kan verklaren.

Bij 8% van de jongeren werden er tanden aangetroffen die beschadigd waren door een trauma; het ging concreet om 5 jongens en 7 meisjes. Bij 4% van de volwassenen werd er één tand aangetroffen met schade door trauma en bij 1% ging het om twee aangetaste tanden.

**Tabel 3.5.11. Tandschade door trauma**

	≤ 21 jaar (n=151)	> 21 jaar (n=613)
<b>Proportie (%) met</b>		
1 tand beschadigd door trauma	3	4
2 tanden beschadigd door trauma	5	1

### 3.5.2.3.1.8 Toestand van de 'blootliggende' worteloppervlakken en aanwezigheid van implantaten

Bij iedereen boven de 14 jaar werd de toestand van de 'blootliggende' worteloppervlakken nagekeken. Dit werd bij 43 van de 58 jongeren boven de 14 jaar (74%) en bij 591 van de 656 volwassenen (90%) ook effectief gedaan. Bij geen enkele jongere werden blootliggende worteloppervlakken of implantaten gescoord (Tabel 3.5.12). Veertig procent van de volwassenen had tussen de 1 en 19 blootliggende worteloppervlakken; bij 14% van de volwassenen waren tussen de 1 en 10 blootliggende worteloppervlakken aangetast door cariës of waren ze gevuld.

Bij slechts twee procent van de onderzochte volwassenen waren er tanden vervangen door implantaten; het ging concreet om 6 mannen en 4 vrouwen bij wie er tussen de 1 en 6 implantaten werden gezien.

**Tabel 3.5.12. Toestand van de worteloppervlakken en aanwezigheid van implantaten**

	≤ 21 jaar (n=43)	> 21 jaar (n=591)
<b>Proportie (%) met</b>		
blootliggende worteloppervlakken	0	40
worteloppervlakken gevuld en/of aangetast door cariës	0	14
implantaten	0	2

### 3.5.2.3.1.9 Aanwezigheid van tandplaque en tandsteen

#### 3.5.2.3.1.9.1 Alle beperkingen

Zoals in de paragraaf Materiaal & Methoden uiteengezet, werd tandsteen enkel op mondniveau (aan- of afwezigheid) geregistreerd. De aanwezigheid van tandplaque werd op twee manieren gescoord: eerst werd op mondniveau (binair) geregistreerd. Bij die personen bij wie het mogelijk was, werd eveneens gevraagd om de aan- of afwezigheid van zichtbare tandplaque op de buccale tandvlakken van referentietanden te registreren. Bij 1 jongere en 2 volwassenen was het niet mogelijk de aan- of afwezigheid van zichtbare tandplaque en tandsteen te registreren. Bij 25 volwassenen was het niet mogelijk de aan- afwezigheid van zichtbare tandplaque op de referentietanden te scoren; bij de jongeren waren hierbij geen problemen.

**Tabel 3.5.13. Aanwezigheid van zichtbare tandplaque en tandsteen bij alle personen met beperkingen**

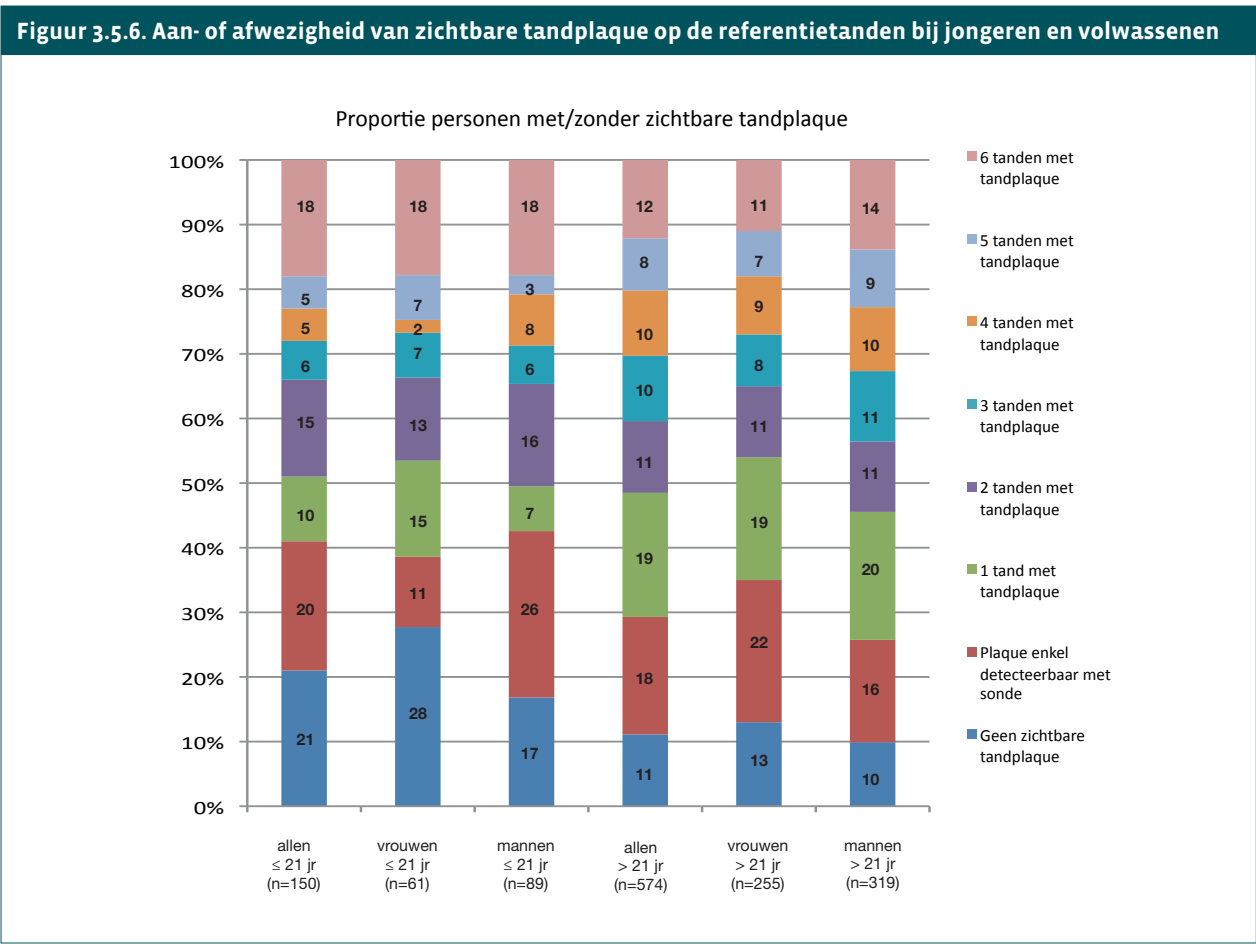
	≤ 21 jaar (n=149)	> 21 jaar (n=599)
<b>Proportie (%) met</b>		
tandplaque	65	78
tandsteen	34	68

Bij 65% van de jongeren werd op mondniveau zichtbare tandplaque geregistreerd en bij 34% tandsteen (Tabel 3.5.13); de respectieve proporties voor meisjes/vrouwen waren 61% en 31% en voor jongens/mannen 68% en 35%. Geen van de verschillen waren statistisch significant. Aanvullende analyses brachten aan het licht dat bij significant meer

Franstalige (81%) dan Nederlandstalige (58%) jongeren er tandplaque in de mond werd vastgesteld ( $p=0,015$ ); voor tandsteen was het verschil niet significant.

Bij de volwassenen lagen de proporties nog een stuk hoger: bij 78% werd op mondniveau zichtbare tandplaque geregistreerd en bij 68% tandsteen (Tabel 3.5.13). De respectieve proporties voor vrouwen waren 74% en 66% en voor mannen 80% en 70%. Ook hier waren de verschillen statistisch niet significant. In de groep volwassenen zag men wel een significant verschil tussen de Franstaligen (86%) en de Nederlandstaligen (72%) voor wat betreft de aanwezigheid van tandplaque ( $p<0,001$ ), maar niet voor de aanwezigheid van tandsteen.

In figuur 3.5.6. wordt de aan- of afwezigheid van zichtbare tandplaque op de referentietanden bij jongeren en volwassenen voorgesteld. Hierbij valt op dat enerzijds de proportie zonder zichtbare tandplaque en de proportie met tandplaque op alle zes referentietanden bij de jongeren groter was dan bij de volwassenen en anderzijds dat de proportie met zichtbare tandplaque op 1, 3, 4 en 5 tanden bij de jongeren kleiner was dan bij de volwassenen.



### 3.5.2.3.1.9.2 Personen met mentale & motorische beperkingen, mentale beperkingen, motorische beperkingen en personen met een psychiatrische problematiek

Bij 42% van de jongeren met mentale en motorische beperkingen werd er op mondniveau tandplaque vastgesteld; bij de jongeren met mentale beperkingen was dat bij 69% en bij de personen met motorische beperkingen zelfs 81% (Tabel 3.5.14). Wat de aanwezigheid van tandsteen betreft waren de proporties vergelijkbaar.

**Tabel 3.5.14. Aanwezigheid van zichtbare tandplaque en tandsteen bij de verschillende subgroepen**

	≤ 21 jaar			> 21 jaar			
	Mentale & motorische beperking (n=24)	Mentale beperking (n=83)	Motorische beperking (n=21)	Mentale & motorische beperking (n=29)	Mentale beperking (n=351)	Motorische beperking (n=59)	Psychiatrische problematiek (n=81)
<b>Proportie (%) met</b>							
tandplaque	42	69	81	83	80	66	71
tandsteen	25	35	35	57	68	68	71

Bij de volwassenen scoorden de personen met motorische beperkingen of een psychiatrische problematiek beter: 66% en 71% van hen had zichtbare tandplaque terwijl dat percentage in de andere groepen 80% en 83% was. Wat de aanwezigheid van tandsteen betreft scoorde de groep volwassenen met mentale en motorische beperkingen beter.

### 3.5.2.3.1.10 Parodontale gezondheid (ingeschat volgens de DPSI)

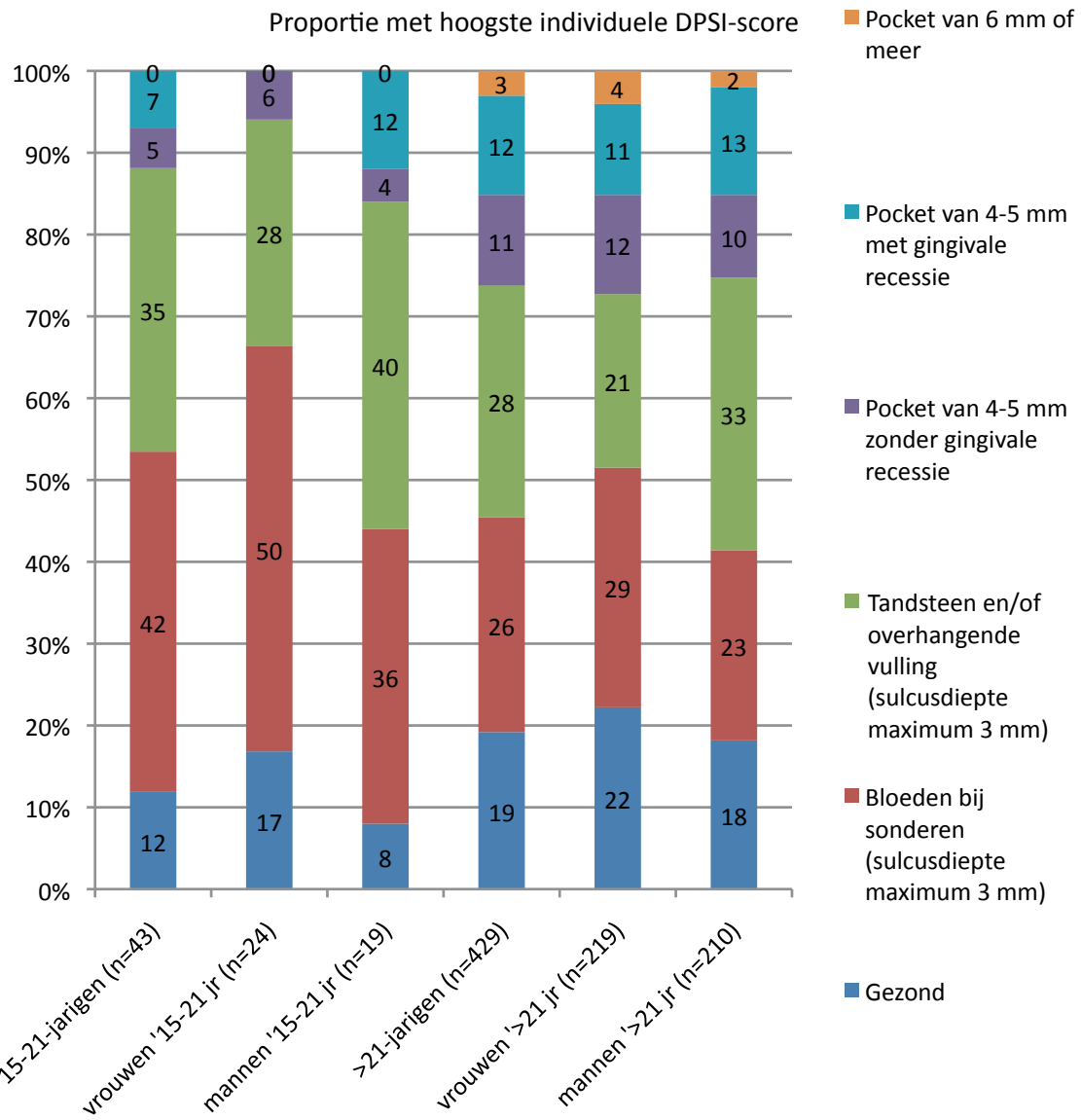
Ondanks de beperkingen verbonden aan de Dutch Periodontal Screening Index (DPSI), werd er gezien het doelpubliek van deze studie, geopteerd om de parodontale toestand van de weefsels na te kijken door middel van deze index. Dit gebeurde vanaf de leeftijd van 15 jaar; bij 43 van de 58 jongeren boven de 14 jaar (74%) en bij 429 van de 656 volwassenen (65%) werd ook effectief een DPSI-score bepaald.

Wanneer de hoogste individuele DPSI-score in kaart wordt gebracht (Figuur 3.5.7), valt op dat proportioneel minder jongeren (12%) dan volwassenen (19%) de score gezond kregen, terwijl bij proportioneel meer jongeren (42%) dan volwassenen (26%) de score "bloeding na sonderen" de hoogste individuele score was. Meer dan de helft (51% - 63%) van de dorsale sextanten bij jongeren werd als parodontaal gezond gescoord; bij de centrale sextanten was dat slechts 30% (onderkaak) en 33% (bovenkaak). Tussen de 38 en 42% van de dorsale sextanten bij volwassenen werd als parodontaal gezond gescoord; bij de centrale sextanten is dat 31% (onderkaak) en 42% (bovenkaak).

Bij 12% van de jongeren en 23% van de volwassenen werden er pockets van 4 à 5 mm (al dan niet met recessies) als hoogste score genoteerd. Geen enkele jongere had een pocket van meer dan 5 mm; 3% van de volwassenen had een pocket van meer dan 5 mm.

Bij de interpretatie van deze gegevens moet men er rekening mee houden dat bij 26% van de jongeren en 35% van de volwassenen het niet mogelijk was om de DPSI-score te bepalen. Aangezien het hier meestal gaat om personen die zo'n uitgebreid mondonderzoek niet toelieten en men kan verwachten dat dit ook mensen zijn bij wie dagelijkse mondhygiëne en regelmatige preventieve zorgen door de tandarts niet makkelijk zijn, kan men verwachten dat de ware parodontale gezondheid van personen met beperkingen in realiteit minder goed is. Bovendien is de DPSI-score ook een zeer ruwe manier om de toestand van het parodontium in te schatten [Leroy et al., 2010].

**Figuur 3.5.7. Parodontale gezondheid**





### 3.5.2.3.1.11 Toestand van de weke weefsels

Bij 8% van de onderzochte jongeren werden er afwijkingen of laesies van de weke weefsels van de mond vastgesteld (Tabel 3.5.15); het ging om niet afschraapbare witte laesies (1%), scheurtjes bij een mondhoek (cheilitis angularis)(2%), aften (3%), fistels (2%) en bij 3% ging het om andere (niet verder omschreven) laesies of afwijkingen. Bij de volwassenen was de prevalentie van afwijkingen of laesies van de weke weefsels hoger: 15%. Alle te screenen afwijkingen of laesies werden bij hen vastgesteld, maar de meest voorkomende waren “andere aandoeningen van de slijmvliezen” (die niet verder werden omschreven).

Tabel 3.5.15. Toestand van de weke weefsels*		
	≤ 21 jaar (n=109)	> 21 jaar (n=580)
<b>Proportie (%) met</b>		
Drukplaats, ulcus	0	3
Irritatiefibroom	0	1
Flabby ridge	0	2
Hyperaemisch of papillomateus palatum	0	1
Hyperkeratose binnenkant wang	0	<1
Niet afschraapbare witte laesie	1	1
Cheilitis angularis	2	2
Afte	3	1
Fistel	2	2
Andere aandoening van de slijmvliezen	3	7
Geen laesies in de mond	92	85

\*Per persoon kon meer dan één afwijking geregistreerd worden, vandaar dat de totalen van de prevalenties groter zijn dan 100.

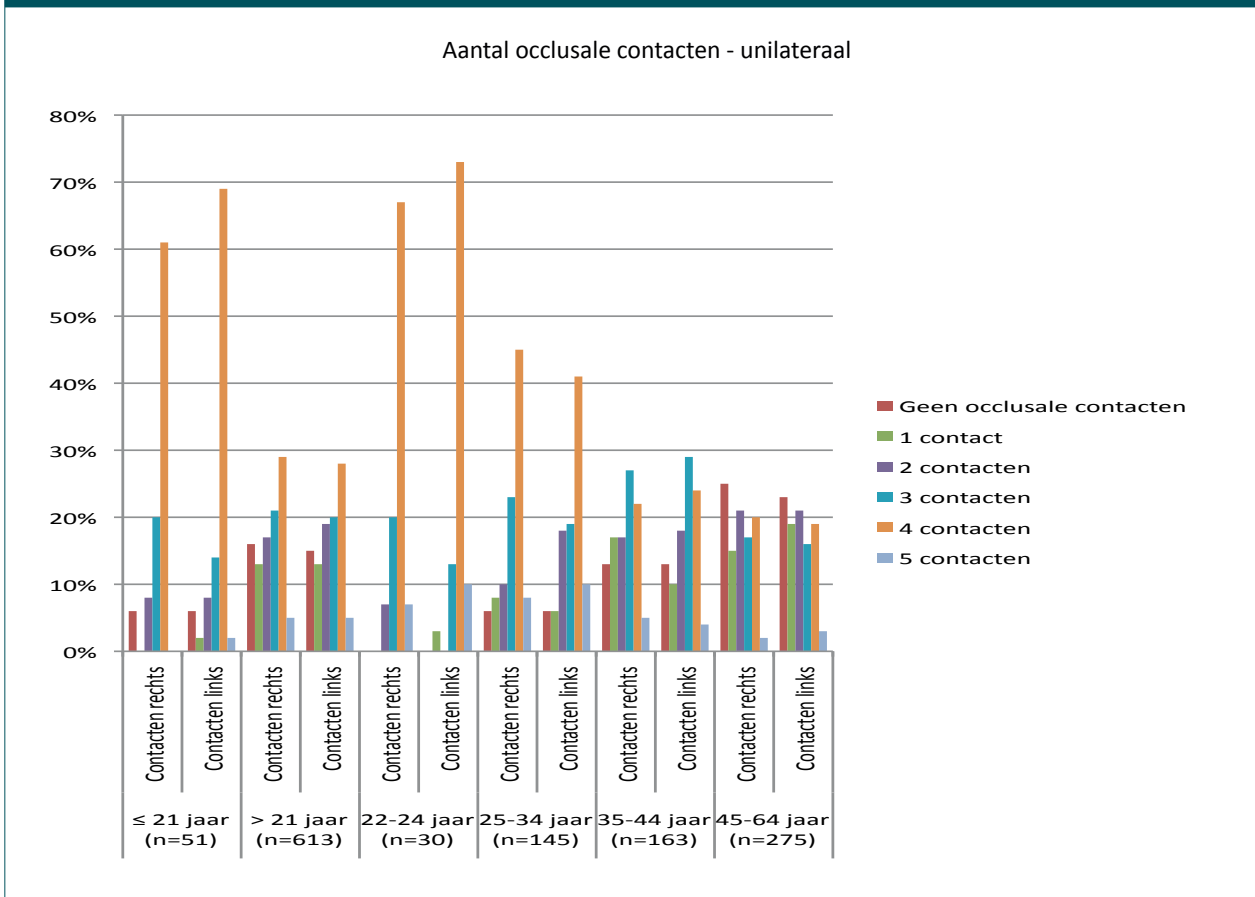
Aangezien het in beide leeftijdsgroepen om kleine aantallen ging, was het niet zinvol statistisch significante verschillen tussen subgroepen na te gaan.

### 3.5.2.3.1.12 Occluderende contacten

Er werd aan de tandarts-screener ook gevraagd om het aantal occlusale contacten links en rechts, met én zonder prothese, na te kijken bij iedereen boven de veertien jaar en dit ook te registreren. Deze opdracht werd blijkbaar niet door alle tandartsen even goed begrepen. Vooral bij personen zonder uitneembare gebitsprothese werd het aantal occlusale contacten niet altijd op de correcte plaats ingevuld, wat leidde tot verwarrende en tegenstrijdige gegevens (bv. aantal occlusale contacten zonder gebitsprothese was hoger dan het aantal occlusale contacten met gebitsprothese). De gegevens werden daarom allemaal nagekeken en er werd geopteerd om enkel de hoogste scores hier te rapporteren.

Zoals uit figuur 3.5.8 af te leiden is, had slechts een minderheid (0-14%) van alle personen jonger dan 35 jaar minder dan 2 occlusale contacten (per kant); bij de oudste leeftijdsgroepen is dat percentage al gestegen tot 23 à 40%. Bij de groep tot en met 24 jaar had tussen de 67 en 83% van de onderzochte personen minstens 4 occlusale contacten unilateraal; bij de oudste groepen was dat percentage gedaald tot 27-28% bij de groep tussen de 35 en 44 jaar en tot 21-22% bij de groep tussen de 45 en 64 jaar.

**Figuur 3.5.8. Aantal occlusale contacten**



### 3.5.2.3.1.13 Prothetische voorzieningen

#### 3.5.2.3.1.13.1 Alle beperkingen

Voor het scoren van de aanwezigheid van prothetische voorzieningen werd geen minimumleeftijd vastgelegd. Bij de jongste groep (t.e.m 21 jaar) werden geen uitneembare prothetische voorzieningen aangetroffen (Tabel 3.5.16). Bij twee à drie procent van hen werd kroon-en brugwerk aangetroffen.

Bij de groep van de 22- tot 24-jarigen werden er helemaal geen prothetische voorzieningen aangetroffen. Bij de groep tussen de 25 en 34 jaar hadden een paar personen kroon-en brugwerk en/of een uitneembare partiële gebitsprothese in de mond. Niemand van hen had een volledige gebitsprothese, ook al was er in die laatste leeftijdsgroep één persoon onderzocht met een tandeloze bovenkaak en één persoon met een tandeloze onderkaak.

In de groep van 35- tot 44-jarigen had 83% en 91% geen prothetische voorziening respectievelijk in de bovenkaak en onderkaak; 7% en 6% had een partiële uitneembare gebitsprothese en 5% en 1% een volledige gebitsprothese respectievelijk in bovenkaak en onderkaak. Bij de oudste leeftijdsgroep (45-64 jaar) had 59% geen prothetische voorzieningen in de bovenkaak en 73% geen in de onderkaak. In deze groep had 15% en 10% een partiële uitneembare gebitsprothese en 20% en 10% een volledige gebitsprothese respectievelijk in bovenkaak en onderkaak; 9% van hen had een volledige gebitsprothese in boven- én onderkaak. Kroon-en brugwerk werd bij slechts 6 procent van de 35-64-jarigen gezien.

Vervolgens werd ook de aan- of afwezigheid van een prothetische voorziening en de aard ervan bekeken in functie van het aantal aanwezige tanden per kaak. De gegevens zijn samengevat in Tabel 3.5.17. Bij de bepaling van het aantal aanwezige tanden werd er geen rekening gehouden met wortelresten gezien zij over het algemeen niet bijdragen tot enige functie in de mond.

**Tabel 3.5.16. Prothetische voorzieningen bij alle personen met beperkingen**

	≤ 21 jaar (n=122)		> 21 jaar (n=621)		22-24 jaar (n=28)		25-34 jaar (n=150)		35-44 jaar (n=165)		45-64 jaar (n=285)	
	BK	OK	BK	OK	BK	OK	BK	OK	BK	OK	BK	OK
<b>Proportie (%) met</b>												
Geen gebitsprothese	98	98	76	85	100	100	96	98	83	91	59	73
Eén brug	2	1	3	1	0	0	1	1	3	1	4	1
Meer dan één brug	0	2	<1	1	0	0	0	1	1	0	<1	1
Brug en partiële gebitsprothese met kunststofbasis	0	0	<1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Brug en partiële skeletprothese	0	0	<1	<1	0	0	1	0	0	1	1	0
Enkel partiële gebitsprothese met kunststofbasis	0	0	7	4	0	0	1	0	4	4	12	7
Enkel partiële skeletprothese	0	0	1	2	0	0	0	1	2	1	2	3
Uitneembare volledige gebitsprothese	0	0	10	5	0	0	0	0	5	1	20	10
Gebitsprothese niet in de mond	0	0	2	2	0	0	0	0	2	1	3	4

BK: bovenkaak; OK: onderkaak

Een eerste blik op Tabel 3.5.17 leert dat 25% van de volwassenen met een tandeloze bovenkaak en 30% van de volwassenen met een tandeloze onderkaak geen prothetische voorziening hadden in de mond. Ook bij de volwassenen met een partieel tandeloze bovenkaak en onderkaak was de proportie zonder gebitsprothese hoog: 47% en 38% voor degenen met 1 tot 4 tanden en 53% en 63% voor de groep met 5 tot 8 tanden.

**Tabel 3.5.17. Prothetische voorzieningen in functie van het aantal aanwezige tanden**

	Tandeloos		1-4 tanden		5-8 tanden		9-12 tanden		13-16 tanden	
	BK (n=60)	OK (n=37)	BK (n=45)	OK (n=29)	BK (n=62)	OK (n=79)	BK (n=185)	OK (n=177)	BK (n=246)	OK (n=285)
<b>Proportie (%) met</b>										
Geen gebitsprothese	25	30	47	38	63	53	86	80	98	95
Eén brug	0	0	0	0	5	4	6	5	1	2
Meer dan één brug	0	0	0	0	0	1	1	1	<1	0
Brug en partiële gebitsprothese met kunststofbasis	0	0	0	0	0	1	1	0	<1	<1
Brug en partiële skeletprothese	0	0	0	0	5	1	0	1	0	<1
Enkel partiële gebitsprothese met kunststofbasis	2	11	47	28	21	14	4	8	0	2
Enkel partiële skeletprothese	0	0	4	0	3	5	3	2	0	<1
Uitneembare volledige gebitsprothese	68	54	1	28	0	18	0	3	0	<1
Gebitsprothese niet in de mond	5	5	0	7	3	3	1	1	0	<1

BK: bovenkaak; OK: onderkaak

Bij de personen met een uitneembare gebitsprothese in de mond, werd er ook nagekeken in hoeverre die prothese moest aangepast, hersteld of vervangen worden. Het vernieuwen van de gebitsprothese werd noodzakelijk geacht voor 11% van de protheses in de bovenkaak en 13% van de protheses in de onderkaak (Tabel 3.5.18); bij respectievelijk 9% en 11% was een aanpassing noodzakelijk en bij 5% van de gebitsprotheses voor de bovenkaak werd een herstelling nodig geacht.

**Tabel 3.5.18. Prothetische behandelneed**

	> 21 jaar	
	Prothese bovenkaak (n=115)	Prothese onderkaak (n=75)
Vernieuwen van gebitsprothese is noodzakelijk	11	13
Vernieuwen van gebitsprothese is wenselijk	11	9
Vernieuwen van gebitsprothese is niet nodig	31	33
Aanpassen van de gebitsprothese is noodzakelijk	9	11
Aanpassen van de gebitsprothese is wenselijk	10	12
Aanpassen van de gebitsprothese is niet nodig	22	21
Herstelling van de gebitsprothese is nodig	5	0

Ook de hygiëne van de uitneembare gebitsprothesen werd nagekeken en geregistreerd. Slechts op één derde van de uitneembare gebitsprothesen werd er geen tandplaque vastgesteld (Tabel 3.5.19). Tandsteen was aanwezig op 37% van de prothesen voor de bovenkaak en 31% van de onderprothesen

**Tabel 3.5.19. Hygiëne van de gebitsprothesen**

	> 21 jaar	
	Gebitsprothese bovenkaak (n=115)	Gebitsprothese onderkaak (n=80)
<b>Proportie (%) met</b>		
Geen zichtbare plaque	30	35
Bescheiden hoeveelheid zichtbare plaque (<25%)	33	25
Veel zichtbare plaque (<50%)	17	13
Zeer veel plaque aanwezig (>50%)	14	6
Tandsteen	37	31

### 3.5.2.3.1.13.2 Personen met mentale & motorische beperkingen, mentale beperkingen, motorische beperkingen en personen met een psychiatrische problematiek

Aangezien er maar weinig jongeren waren met prothetische voorzieningen in de mond, werden de subgroepanalyses enkel uitgevoerd voor de volwassenen.

**Tabel 3.5.20. Prothetische voorzieningen per subgroep**

	Mentale & motorische beperking (n=31)		Mentale beperking (n=359 voor de bovenkaak en n=349 voor de onderkaak)		Motorische beperking (n=59)		Psychiatrische problematiek (n=87)	
	BK	OK	BK	OK	BK	OK	BK	OK
<b>Proportie (%) met</b>								
Geen gebitsprothese	77	87	80	87	70	80	70	80
Eén brug	6	0	3	1	0	0	0	0
Meer dan één brug	0	3	<1	<1	0	1	0	1
Brug en partiële gebitsprothese met kunststofbasis	3	0	<1	0	0	8	0	0
Brug en partiële skeletprothese	0	0	1	<1	1	0	1	0
Enkel partiële gebitsprothese met kunststofbasis	6	3	7	5	7	5	7	8
Enkel partiële skeletprothese	0	0	1	1	1	0	1	5
Uitneembare volledige gebitsprothese	6	3	7	4	20	5	20	5
Gebitsprothese niet in de mond	0	3	1	1	1	2	1	2

BK: bovenkaak; OK: onderkaak

Wanneer de verschillende subgroepen worden vergeleken, valt vooral op dat 20% van de personen met motorische beperkingen en 20% van de personen met een psychiatrische problematiek een volledige prothese in de bovenkaak had, terwijl dat percentage in de andere groepen maar 6% en 7% was. Verder valt aan te stippen dat 6% van de personen met mentale en motorische beperkingen kroon- en brugwerk had, terwijl dat percentage lager lag in de andere subgroepen (tussen 0% en 3%)(Tabel 3.5.20).

### 3.5.2.3.2 Kwetsbare ouderen

#### 3.5.2.3.2.1 Deelname aan de studie

##### 3.5.2.3.1.1.1 Op het niveau van de voorzieningen

Uit tabel 3.5.21 blijkt dat het bekomen van de toestemming om mee te werken gemakkelijker werd bekomen voor woonzorgcentra dan voor thuiszorgorganisaties. In Vlaanderen weigerden 14 woonzorgcentra van de 32 die werden gecontacteerd en voor de thuiszorg weigerden 269 organisaties van de 295 die werden gecontacteerd.

**Tabel 3.5.21. Aantal voorzieningen dat gecontacteerd werd en vervolgens weigerde of toestemde tot deelname**

	Vlaanderen		Brussel en Wallonië	
	Woonzorgcentra	Thuiszorg	Woonzorgcentra	Thuiszorg
Gecontacteerd	32	295	86	74
Deelname toegezegd	18	26	28	2
Deelname geweigerd	14	269	58	14

##### 3.5.2.3.1.1.2 Op het niveau van de personen ≥65 jaar

Niettegenstaande de problemen bij het vinden van voldoende deelnemers voor het klinisch onderzoek werden er uiteindelijk data bekomen van 686 personen van 65 jaar of ouder. Uit de exploratieve data analyse blijkt dat hiervan 34 personen in voorzieningen voor personen met beperkingen verbleven. Voor de analyses van de groep van de kwetsbare ouderen werden de data van deze groep niet gebruikt. Uiteindelijk bestaat de steekproef van de kwetsbare ouderen uit 652 personen. Uit tabel 3.5.22 blijkt dat van 614 personen zowel een klinisch onderzoek als een vragenlijst werd ingevuld.

**Tabel 3.5.22. Deelname aan de studie voor personen  $\geq 65$  jaar**

Absoluut aantal	$\geq 65$ jaar	65-79 jaar	80-89 jaar	$> 89$ jaar
Zowel klinisch onderzoek als vragenlijst	614	176	352	86
Enkel klinisch onderzoek	16	6	6	4
Enkel vragenlijst	9	1	6	2
Niets beschikbaar	13	2	2	9
<b>Totaal</b>	<b>652</b>	<b>185</b>	<b>366</b>	<b>101</b>

De leeftijdsgroep 80-89 jaar is in deze 'convenience sample' het sterkst vertegenwoordigd en maakt 57% uit van de steekproef.

### 3.5.2.3.2.2 Socio-demografische eigenschappen van de steekproef

Het totaal aantal ouderen waarvan bruikbare gegevens werden bekomen is gelijk aan 652 (zie Tabel 3.5.23). Er werden meer Nederlandstalige (66%) dan Franstalige personen (34%) geselecteerd om onderzocht te worden in overeenstemming met de verdeling Nederlandstalige en Franstalige inwoners in België.

De gemiddelde leeftijd was  $83 \pm 7,7$  jaar. Deze gemiddelde leeftijd kan wat vertekend zijn door het overaanbod van de 80-89 jarigen. Het aandeel vrouwen neemt toe met de leeftijd. In de oudste leeftijdsgroep behoorden meer dan 8 op 10 van de onderzochte personen tot het vrouwelijk geslacht.

Eén derde van de steekproef verbleef thuis met thuiszorg. Omwille van de beperkte deelname van thuisverblijvende personen gelijk of ouder dan 65 jaar aan deze studie (zie hoofdstuk 8) komt dit aandeel niet overeen met het vooropgestelde aandeel van 53% personen  $\geq 65$  jaar in de thuissituatie met thuiszorg die men zou verwachten op basis van de RIZIV gegevens (zie hoofdstuk 2).

**Tabel 3.5.23. Socio-demografische eigenschappen van de PBN-steekproef kwetsbare ouderen (personen  $\geq 65$  jaar)**

	$\geq 65$ jaar (n=652)	65-79 jaar (n=185)	80-89 jaar (n=366)	$> 89$ jaar (n=101)
<b>Leeftijd (jr)</b>				
Mediaan (Q1-Q3)	83,0 (79,0-88,0)	75,0 (71,0-78,0)	84,0 (82,0-87,0)	92,0 (90,0-96,0)
Gemiddelde (sd)	83,0 (7,7)	74,0 (4,6)	84,4 (2,8)	94,2 (5,7)
<b>Geslacht (%)</b>				
Vrouwen	70,5	55,7	74,3	83,8
Mannen	29,5	44,3	25,7	16,2
<b>Taal van de vragenlijst (%)</b>				
Nederlands	66,1	68,7	65,9	62,4
Frans	33,9	31,4	34,2	37,6
<b>Zorgondersteuning</b>				
Thuiszorg	32,7			
Woonzorgcentrum	67,3			

Alle personen die klinisch dienden onderzocht te worden ondertekenden op voorhand het formulier informed consent. Voor 22 personen kon geen onderzoek uitgevoerd worden omwille van weigering tot deelname (7), afwezigheid op het moment van het onderzoek (5), mentale (4) of fysieke (1) toestand, ziekte (2) en reden niet gekend (3).

### 3.5.2.3.2.3 Zorgafhankelijkheid

Aan de tandarts-screeners werd gevraagd om voor de personen van 65 jaar of ouder de graad van zorgafhankelijkheid te noteren. Tabel 3.5.24 geeft een overzicht van het aantal personen met hun zorggraad in functie van de verblijfsituatie.

Zorgafhankelijkheid	n=112 thuis aantal (%)	n=408 woonzorgcentrum aantal (%)
Zorggraad O	77 (68)	99 (24)
Zorggraad A	12 (11)	53 (14)
Zorggraad B	14 (13)	94 (23)
Zorggraad C	2 (2)	42 (10)
Zorggraad Cd	7 (6)	119 (29)

Uit tabel 3.5.24 blijkt dat in de thuissituatie het aandeel van personen met zorggraad O (laagste graad van zorgafhankelijkheid) het hoogst is terwijl in woonzorgcentra het aandeel ouderen met zorggraad Cd (hoogste graad van zorgafhankelijkheid) de grootste groep uitmaakt. Het aantal ouderen in woonzorgcentra met een hoge graad van zorgafhankelijkheid (B+C+Cd) bedraagt meer dan de helft (62%). Dit aandeel bedraagt 21% in de thuissituatie. Voor de eerder lage graad aan zorgafhankelijkheid bedragen deze percentages respectievelijk 38% en 79%.

### 3.5.2.3.2.4 Aantal aanwezige tanden

#### 3.5.2.3.2.4.1 Alle kwetsbare ouderen (personen $\geq 65$ ) en per leeftijdsgroep

Tabel 3.5.25 geeft een overzicht van het totaal aantal personen van 65 jaar of ouder met natuurlijke gebitselementen en opgesplitst voor de verschillende leeftijdsgroepen binnen de doelgroep kwetsbare ouderen. Voor deze doelgroep gaat het enkel over definitieve tanden. Het aantal tanden wordt weergegeven zonder (-wr) en met inbegrip (+wr) van de gediagnosticeerde wortelresten.

aantal tanden	$\geq 65$ jaar n=462		65-79 jaar n=146		80-89 jaar n=254		$>89$ jaar n=62	
	-wr	+wr	-wr	+wr	-wr	+wr	-wr	+wr
gemiddeld (sd)	6,9 (8,1)	7,7 (8,5)	8 (8,9)	8,8 (9,0)	6,9 (7,9)	7,6 (8,3)	4,4 (5,5)	5,4 (6,4)
mediaan	4	5	5	6	3	5	3	4
Q1;Q3	0;12	0;13	0;15	0;16	0;13	0;14	0;6	0;9
0 tanden (%)	36	32	32	26	37	34	42	36
1-9 tanden (%)	34	35	36	39	31	31	42	42
10-20 tanden (%)	21	22	18	17	24	25	15	19
$>20$ tanden (%)	9	11	14	18	8	10	1	3

Uit tabel 3.5.25 blijkt dat van de totale groep kwetsbare ouderen van 65 jaar of ouder 32% tandeloos was met in acht name van de aanwezige wortelresten (+wr). Van deze groep  $\geq 65$  jaar beschikt 34% over 1 tot 9 gebitselementen zonder het meetellen van de wortelresten (-wr) en 35% met inbegrip van wortelresten. Negen procent had meer dan 20 tanden (zonder wortelresten) en 11% met inbegrip van wortelresten.

Het aandeel personen zonder tanden was het hoogst voor de oudste leeftijdsgroep (36%) ten opzichte van de middelste (34%) en de jongste (26%) leeftijdsgroep. Voor alle groepen is het verschil tussen de proporties met en zonder wortelresten groot wat aangeeft dat wortelresten frequent voorkomen bij deze doelgroep.

Voor de totale groep kwetsbare ouderen ( $\geq 65$  jaar) was het gemiddeld aantal natuurlijke gebitselementen (-wr) in de onderkaak (4,3; sd=4,5) hoger dan in de bovenkaak (2,9; sd=4,3). De mediaan voor de onderkaak was 3 en voor de bovenkaak 0.

Voor de totale groep kwetsbare ouderen  $\geq 65$  was het gemiddeld aantal natuurlijke gebitselementen (-wr) voor de vrouwen 7,4 (sd=8,2) met een mediaan gelijk aan 5 terwijl dit voor mannen 6,5 (sd=7,8) was en een mediaan gelijk aan 3.

### 3.5.2.3.2.4.2 In functie van de graad van zorgafhankelijkheid

<b>Tabel 3.5.26. Gegevens ivm natuurlijke gebitselementen inclusief wortelresten ifv de graad van zorgafhankelijkheid</b>					
	<b>O</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>Cd</b>
<b>Aantal tanden (+wr)</b>	<b>n=119</b>	<b>n=49</b>	<b>n=79</b>	<b>n=27</b>	<b>n=88</b>
Gemiddeld (sd)	9 (8,8)	8,5 (8,1)	6,8 (8,1)	6,1 (7,9)	6,3 (8,0)
Mediaan	7	8,5	6,8	2	2
Q1;Q3	0;15	1;13	0;12	0;12	0;12,5
0 tanden (%)	26,1	24,5	34,2	48,2	37,5
1-9 tanden (%)	34	38,8	40,5	18,5	28,4
10-20 tanden (%)	23,5	26,5	16,5	22,2	20,5
>20 tanden (%)	16	10,2	8,9	11,1	9,1

Uit tabel 3.5.26 blijkt dat het aandeel tandelozen het grootst is voor de zorggraad C gevolgd door Cd met als gevolg dat het gemiddeld aantal natuurlijke gebitselementen het laagst is voor de zorggraad C en Cd (6,1 en 6,3 respectievelijk). Dit verschil was enkel significant tussen de groep met zorggraad C in vergelijking met de groep met zorggraad O ( $p=0,04$ ) en met groep met zorggraad A ( $p=0,03$ ).

Negentien personen (16%) met een zorggraad O en 5 personen (10,2%) met een zorggraad A beschikten over meer dan 20 natuurlijke gebitselementen. Voor de personen met de hoogste graad van zorgafhankelijkheid (B, C en Cd) bedragen deze aantallen 7;3 en 8 met respectievelijke percentages van 8,9; 11,1 en 9,1. Deze verschillen waren niet significant.

### 3.5.2.3.2.4.3 In functie van de verblijfsituatie

Voor personen van 65 jaar of ouder die in woonzorgcentra verblijven is het aandeel tandelozen (35,7%) groter in vergelijking met ouderen die thuis verblijven (24,2%) ( $p=0,006$ ). Eén op tien van de bewoners van woonzorgcentra en 13% van de personen gelijk aan 65 jaar of ouder in de thuissituatie beschikt gemiddeld over meer dan 20 natuurlijke gebitselementen (tabel 3.5.27).



**Tabel 3.5.27. Gegevens natuurlijke gebitselementen (inclusief wortelresten) ifv de verblijfsituatie**

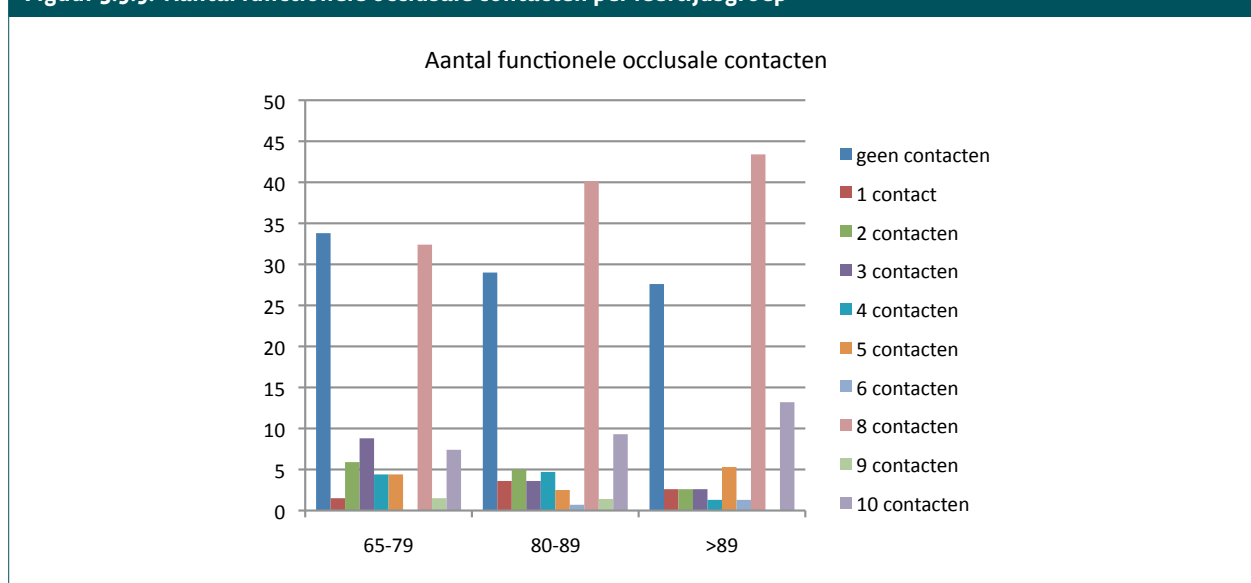
	thuis	wzc
Aantal tanden incl. wr	n=153	n=300
Gemiddeld (sd)	8,8 (8,4)	6,9 (8,1)
Mediaan	6	4
Q1;Q3	1;15	0;12
0 tanden (%)	24,2	35,7
1-9 tanden (%)	37,9	33,3
10-20 tanden (%)	24,8	21
>20 tanden (%)	13,1	10

### 3.5.2.3.2.5 Functionele oclusale contacten

Gedurende het klinisch onderzoek werd het aantal functionele oclusale contacten (links en rechts) met en zonder uitneembare gebitsprothesen geteld. Deze opdracht werd niet door alle tandartsen even goed begrepen wat leidde tot onlogische resultaten (bv. aantal oclusale contacten zonder gebitsprothese was hoger dan het aantal met gebitsprothesen), derhalve werd voor de rapportage enkel rekening gehouden met het hoogst aantal oclusale contacten dat door de tandarts-screener werd genoteerd.

Het aantal oclusale contacten wordt weergegeven voor de 3 leeftijdsgroepen apart. Uit figuur 3.5.9 valt af te leiden dat in de leeftijdsgroep 65-79 jaar één derde van de personen geen oclusale contacten heeft. Voor de leeftijdsgroep 80-89 is dit aandeel 29% en voor de 89-plussers 28%. Voor de 3 leeftijdsgroepen is het aandeel personen met 8 oclusale contacten het hoogst, namelijk 32%, 40% en 40% voor de groep van 65-79, 80-89 en personen ouder dan 89 respectievelijk, wellicht omwille van het aandeel personen met een totale gebitsprothese in de bovenkaak en onderkaak.

Voor de leeftijdsgroep 65-79 heeft 16% 1 tot 3 oclusale contacten en dit aandeel neemt af voor de leeftijdsgroepen 80-89 en >90 tot 12% en 8% respectievelijk.

**Figuur 3.5.9. Aantal functionele oclusale contacten per leeftijdsgroep**

Bijkomende analyse (niet in tabel) van personen van 65 jaar en ouder die alleen over natuurlijke gebitselementen beschikten toonden aan dat 43% geen enkel functioneel occlusaal contact had. Twee en twintig procent had 1 of 2 functionele occlusale contacten, 21% had 3 of 4 functionele occlusale contacten en 14% meer dan 4.

### 3.5.2.3.2.6 Prothetische voorzieningen

#### 3.5.2.3.2.6.1 Per leeftijdsgroep

Tabel 3.5.28 geeft een overzicht van de al of niet aanwezige prothetische voorzieningen in de boven- en onderkaak van de personen van 65 jaar of ouder. Er valt af te leiden dat het aandeel met een volledige gebitsprothese in de boven- of onderkaak toeneemt met de leeftijd. Bijna 3 op 4 personen ouder dan 89 jaar hadden een gebitsprothese in de bovenkaak en 5 op 10 in de onderkaak. Bijkomende analyse (gegevens niet in tabel) gaf aan dat 40% van de personen van 65 of ouder over een volledige gebitsprothese in de boven- en onderkaak beschikte. Voor de 3 groepen 65-79, 80-89 en >89 bedragen deze percentages respectievelijk 31%, 42% en 50%.

Bijna de helft (48,6%) van de personen van 65 tot 79 jaar had geen gebitsprothese in de onderkaak en van de 3 leeftijdsgroepen was het aandeel met een volledige gebitsprothese in de onderkaak (32%) het laagst. In deze groep is het aandeel met een brug en uitneembare partiële gebitsprothese in de onderkaak 5,5%.

**Tabel 3.5.28. Prothetische voorzieningen voor ouderen per leeftijdsgroep**

	≥65 jaar		65-79 jaar		80-89 jaar		>89 jaar	
	n=625	n=618	n=180	n=181	n=354	n=348	n=91	n=89
	BK	OK	BK	OK	BK	OK	BK	OK
<b>Proportie (%) met</b>								
Geen gebitsprothese	23,8	36,3	32,2	48,6	22,1	32,2	14,3	27
Eén brug	<1	1,6	<1	2,2	1,4	1,7		
Meer dan één brug	2,2	<1	1,7	0	2,5	1,2	2,2	2,3
Brug en partiële gebitsprothese met kunststofbasis	<1	<1	1,1	5,5	<1	0	4,4	1,1
Brug en partiële skeletprothese	<1	<1		0	0	<1		1,1
Enkel partiële gebitsprothese met kunststofbasis	5,8	7,8	5,6	0	6,2	9,2	2,2	6,7
Enkel partiële skeletprothese	3,2	5	2,8	0	3,8	4,9		5,6
Uitneembare volledige gebitsprothese	58,9	41,4	50	32	59,9	44	72,5	50,6
Gebitsprothese niet in de mond	4,2	5,7	5,6	6,1	3,7	5,8	3,3	4,5

### 3.5.2.3.2.7 Aanwezigheid van tandplaque en tandsteen

#### 3.5.2.3.2.7.1 Op natuurlijke tanden

De aan- of afwezigheid van tandsteen en tandplaque werd op mondniveau nagegaan. Bijkomend werd nagegaan in welke mate er plaque aanwezig was op de buccale zijde van de tandkroon van referentietanden (zie Materiaal & Methode 3.5.2.2.2.4). . In minder dan 1,5% van de gevallen was deze manier van scoren niet mogelijk omwille van gebrek aan medewerking. Voor de analyse werd een gemiddelde berekend van het aantal gescoorde tanden

#### Leeftijd en geslacht

Uit tabel 3.5.29 en tabel 3.5.30 blijkt dat voor alle groepen er in meer dan de helft van de gevallen tandsteen aanwezig was op de natuurlijke gebitselementen en in meer dan 6 op 10 van de gevallen tandplaque. De oudste leeftijdsgroep (3.5.29) laat zich kenmerken door het grootst aandeel personen (76%) met plaque en de hoogste gemiddelde tandplaque score (2,2) in vergelijking met de andere leeftijdsgroepen.

**Tabel 3.5.29. Gegevens voor tandplaque en tandsteen voor leeftijdsgroepen en geslacht**

	≥65 n=429	65-79 n=131	80-89 n=239	>89 n=59	Man n=82	Vrouw n=297
<b>Proportie (%) met</b>						
Tandplaque	68	68	66	76	71	66
Tandsteen	57	60	55	58	58	58
<b>Tandplaque</b>						
Gemiddeld	1,9	1,9	1,8	2,2	1,8	1,9
Sd	0,97	1,03	0,96	0,79	1,03	0,94
Mediaan	2	2	2	2	2	2
Q1;Q3	1,0;3,0	1,0;3,0	1,0;2,7	2,0;3,0	1,0;3,0	1,0;3,0

De gemiddelde hoeveelheid tandplaque was voor mannen 1,8 en voor vrouwen 1,9. Dit verschil was niet significant.

### Zorggraad en verblijfsituatie

**Tabel 3.5.30. Gegevens voor tandplaque en tandsteen per zorggraad en verblijfsituatie**

	O n=112	A n=45	B n=73	C n=26	Cd n=79	Thuis n=142	WZC n=281
<b>Proportie (%) met</b>							
Tandplaque	61	82	73	54	68	66	69
Tandsteen	51	62	54	56	52	57	56
<b>Tandplaque</b>							
Gemiddeld	1,5	1,8	2,3	2	2,3	1,5	2,1
Sd	0,95	1,09	0,68	0,85	0,77	1,03	0,83
Mediaan	1,8	2	2,3	2	2,3	1,5	2
Q1;Q3	0,8;2,0	1,0;3,0	2,0;3,0	1,0;2,5	2,0;3,0	0,7;2,3	1,8;3,0

Uit tabel 3.5.30 kan vastgesteld worden dat in functie van de zorgafhankelijkheid de hoogste gemiddelde tandplaque (2,3) gescoord werd bij de personen met zorggraad B of Cd. Deze verschillen waren significant ( $p < 0,001$ ).

De hoogste proportie van personen met tandsteen (62%) en met tandplaque (82%) werd genoteerd voor ouderen met zorggraad A. Verschillen waren enkel significant voor tandplaque voor de groep van ouderen met de zorggraad A vergeleken met de groep van ouderen met de zorggraad O ( $p = 0,001$ ) en met zorggraad C ( $p = 0,02$ ).

Personen van 65 jaar of ouder die in woonzorgcentra verblijven vertoonden meer plaque (2,1) in vergelijking met de thuisverblijvende ouderen (1,5). Dit verschil was significant ( $p < 0,001$ ).

### 3.5.2.3.2.7.2 Op gebitsprothesen

Voor alle uitneembare gebitsprothesen werd nagegaan of er tandsteen of plaque aan- of afwezig was. Voor de plaque op de gebitsprothesen werd bijkomend nagegaan in welke mate er plaque aanwezig was op de buiten- en binnenzijde van de gebitsprothesen. Volgende categorieën werden onderscheiden in functie van de ingeschatte oppervlakte van de gebitsprothese die met zichtbare plaque was bedekt: geen zichtbare gebitsprotheseplaque, bescheiden hoeveelheid zichtbare plaque wanneer minder dan 25% van het oppervlak was bedekt, veel zichtbare plaque wanneer meer dan 25% maar minder dan de helft met plaque was bedekt en zeer veel plaque wanneer meer dan 50% van de oppervlakken was bedekt.

## Per leeftijdsgroep en geslacht

	≥65 jaar		65-79 jaar		80-89 jaar		>89 jaar	
	n=410	n=365	n=102	n=88	n=238	n=215	n=70	n=62
<b>Proportie (%) gebitsprothesen met</b>	<b>BK</b>	<b>OK</b>	<b>BK</b>	<b>OK</b>	<b>BK</b>	<b>OK</b>	<b>BK</b>	<b>OK</b>
Geen zichtbare plaque	39,5	35,3	41,2	36,4	42,4	39,1	27,1	21
Bescheiden hoeveelheid zichtbare plaque (<25%)	26,8	24,4	26,5	22,7	28,6	25,6	21,4	22,6
Veel zichtbare plaque (<50%)	17,6	17,8	16,7	17,8	16,4	16,3	22,9	27,4
Zeer veel plaque aanwezig (>50%)	11,7	9,1	11,8	5,7	9,2	8,4	20	16,1
Tandsteen	39,6	43,8	31,6	36,9	40,2	44,2	49,3	51,7

Het aandeel gebitsprothesen van personen gelijk aan 65 jaar of ouder waar geen zichtbare plaque werd geconstateerd is het laagst voor de oudste leeftijdsgroep voor zowel de boven- (27%) als ondergebtsprothese (21%). Dit verschil was significant bij het vergelijken van de leeftijdsgroep (>89 jaar) met de groep van 80 tot 89 jaar ( $p=0,02$ ) en met de groep van 65 tot 79 jaar ( $p=0,03$ ).

Het aandeel gebitsprothesen met tandsteen was het hoogst in de oudste leeftijdsgroep maar dit verschil was niet significant bij het vergelijken met de 2 andere leeftijdsgroepen. Er was tandsteen aanwezig op de helft van de gebitsprothesen (Tabel 3.5.31).

Aanvullende analyses toonden aan dat de resultaten voor mannen en vrouwen (≥65 jaar) nagenoeg vergelijkbaar waren voor de aanwezigheid van plaque en tandsteen op de gebitsprothesen (niet in tabel).

## Per zorggraad

Het aandeel gebitsprothesen waar geen zichtbare plaque werd gezien was het laagst voor de personen met een Cd forfait namelijk 26,2% en 23,6% respectievelijk voor de boven- en onderkaak. Personen met zorggraad A vertoonden de hoogste proportie gebitsprothesen met veel of zeer veel zichtbare plaque, voor de bovenkaak 41,5% en voor de onderkaak 33,4%.

Verschillen waren enkel significant voor de plaque op de gebitsprothese van de bovenkaak bij het vergelijken van de groep met zorggraad Cd met de groep met zorggraad O ( $p=0,01$ ) en met de groep met zorggraad C ( $p=0,03$ ) en tussen de groep met zorggraad O en met zorggraad B ( $p=0,03$ ).

De percentages gebitsprothesen met tandsteen waren het hoogst voor de personen met zorggraad B en A maar deze verschillen waren niet significant.

	O n=127		A n=41		B n=68		C n=23		Cd n=64	
	<b>BK*</b>	<b>OK**</b>	<b>BK</b>	<b>OK</b>	<b>BK</b>	<b>OK</b>	<b>BK</b>	<b>OK</b>	<b>BK</b>	<b>OK</b>
Geen zichtbare plaque	48	44,1	29,3	27,3	30,9	31,8	52,2	43,5	26,2	23,6
Bescheiden hoeveelheid zichtbare plaque (<25%)	26	26,6	26,8	30,3	26,5	22,2	17,4	13,1	29,2	23,6
Veel zichtbare plaque (<50%)	10,3	13,8	31,7	27,3	22,1	20,6	17,4	13,1	20	18,2
Zeer veel plaque aanwezig (>50%)	11,8	8,3	9,8	6,1	16,2	14,3	13,1	8,7	18,5	14,6
Tandsteen	37,7	40,2	46,2	48,4	46,3	55,6	30,4	36,4	39,1	38,6

\*bovenkaak; \*\* onderkaak

### Per verblijfsituatie

Uit tabel 3.5.33 blijkt dat het aandeel personen  $\geq 65$  jaar met gebitsprothesen met plaque en tandsteen groter is voor bewoners van woonzorgcentra in vergelijking met personen in de thuissituatie. Het verschil bleek alleen significant voor de plaque op de gebitsprothese van de bovenkaak ( $p=0,001$ ).

De grootste proporties van gebitsprothesen met tandsteen werden genoteerd voor de onderkaak (46,8%) en de bovenkaak (42,5) van bewoners van woonzorgcentra.

	thuis		wzc	
	n=145	n=127	n=261	n=234
Proportie (%) gebitsprothesen met	BK	OK	BK	OK
Geen zichtbare plaque	50,3	40,2	33,7	32,9
Bescheiden hoeveelheid zichtbare plaque (<25%)	23,5	23,6	28,7	24,8
Veel zichtbare plaque (<50%)	11,7	16,5	20,3	18
Zeer veel plaque aanwezig (>50%)	8,3	5,5	13,8	13,8
Tandsteen	35,5	38,9	42,5	46,8

### 3.5.2.3.2.8 Tandbederf (cariës)

Vijftien personen van de 460 hadden een gaaf gebit ( $D_3MFT=0$ ). Uit tabel 3.5.33 blijkt dat het aandeel ontbrekende tanden (M) de grootste proportie uitmaakt van de  $D_3MFT$  die toeneemt met de leeftijd. In de groep van de personen van 65 tot 79 jaar is de  $D_3MFT$  18,5; voor de groep van 80 tot 89 en voor de oudste leeftijdsgroep bedraagt de  $D_3MFT$  21 en 21,8 respectievelijk.

Het gemiddeld aantal tanden met cariës bedroeg bijna 2 voor alle leeftijdsgroepen en het gemiddeld aantal gevulde tanden bedroeg ook bijna 2 voor de leeftijdsgroepen 65-79 en 80-89. Voor de oudste leeftijdsgroep was het gemiddeld aantal gevulde tanden 1.

Het gemiddeld aantal natuurlijke tanden voorzien van kroon en brugwerk is zeer laag (gemiddeld <1)

Zeven en zeventig procent van alle personen van 65 jaar of ouder met natuurlijke tanden heeft een restauratieve index (F/D+F) en bijna de helft een zorgindex (M+F/M+D+F) kleiner dan 1.

	$\geq 65$ jaar n=460	65-79 jaar n=146	80-89 jaar n=252	>89 jaar n=62
<b><math>D_3MFT^*</math></b>				
Gemiddelde (sd)	20,3 (9,0)	18,5 (9,4)	21 (8,6)	21,8 (8,8)
Mediaan	24	21	25	27
Q1-Q3	15-28	11-28	16-28	18-28
Proportie = 0 (%)	3,3	6,6	2	2
<b>Aantal tanden met cariës</b>				
Gemiddelde (sd)	1,8 (3,11)	1,7 (2,6)	1,9 (3,3)	1,9 (3,3)
Mediaan	0	0,5	0	0
Q1-Q3	0-2	0-2	0-3	0-2

**Tabel 3.5.34. (vervolg) Toestand van de natuurlijke gebitselementen (tandbederf, ontbrekend, gevuld) per leeftijdsgroep**

	≥65 jaar n=460	65-79 jaar n=146	80-89 jaar n=252	>89 jaar n=62
<b>Aantal ontbrekende tanden</b>				
Gemiddelde (sd)	16,7 (10,7)	14,8 (10,5)	17,2 (10,7)	18,8 (10,3)
Mediaan	19,5	17	20	23
Q1-Q3	7-28	4-25	8-28	13-28
<b>Aantal gevulde tanden</b>				
Gemiddelde (sd)	1,8 (3,3)	1,9 (3,5)	1,9 (3,4)	1 (2,3)
Mediaan	0	0	0	0
Q1-Q3	0-2	0-3	0-3	0-1
<b>Restauratieve index**</b>				
Gemiddelde (sd)	45,1 (41,5)	45,1 (41,7)	47 (41,6)	36,9 (40,7)
Mediaan	43	48	50	25
Q1-Q3	0-90	0-90	0-92	0-80
Proportie < 1 (%)	77	78	76	83
<b>Zorg index***</b>				
Gemiddelde (sd)	85,7 (24,7)	85,7 (24,3)	86 (25,5)	86,5 (23)
Mediaan	86	96	100	100
Q1-Q3	83-100	82-100	83-100	83-100
Proportie < 1 (%)	49	53	47	47
<b>Aantal tanden met kroon en brugwerk</b>				
Gemiddelde (sd)	0,6 (1,8)	0,4 (1,3)	0,7 (0,3)	0,6 (0,2)
Mediaan	0	0	0	0
Q1-Q3	0-0	0-0	0-0	0-0

\* Verstandskiezen werden niet mee gerekend; \*\*restauratieve index: F/D+F; \*\*\*zorgindex: M+F/M+D+F

### 3.5.2.3.2.9 Tandsubstantie verlies

Op vlak van substantieverlies worden de natuurlijke gebitselementen van personen van 65 jaar of ouder gekenmerkt door attritie (44%) en abrasie (22%). Erosie komt voor in ongeveer 1 op 10 van de gevallen. Het aandeel ouderen met attritie en abrasie is het hoogst voor de oudste leeftijdsgroep (>89) namelijk 47% en 34% respectievelijk (Tabel 3.5.35).

**Tabel 3.5.35. Tandsubstantieverlies per leeftijdsgroep**

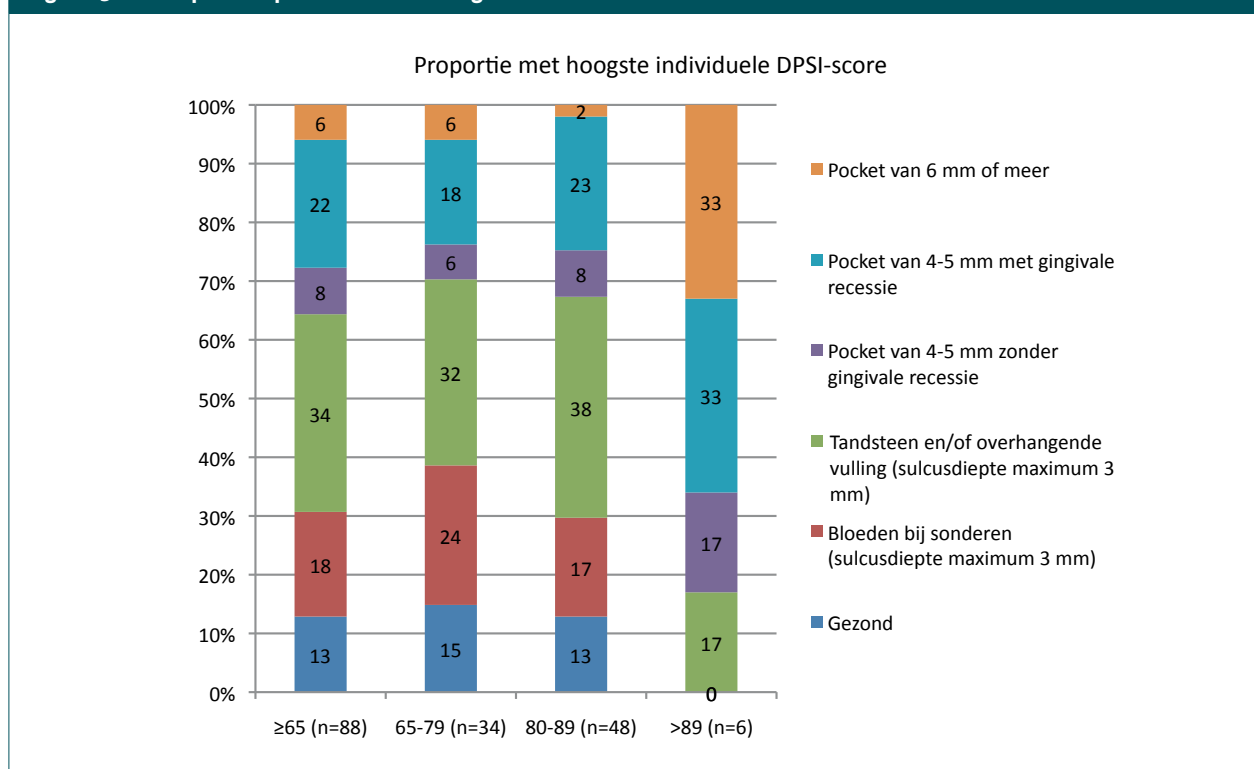
	≥65 jaar	65-79 jaar	80-89 jaar	>89 jaar
<b>Proportie (%) met</b>				
Erosie	n=266	n=88	n=144	n=34
	11	9	13	9
Abrasie	n=275	n=89	n=152	n=34
	22	25	22	34
Attritie	n=261	n=87	n=140	n=34
	44	38	42	47

### 3.5.2.3.2.10 Parodontale gezondheid

De parodontale toestand werd bepaald door middel van de Dutch Periodontal Screening Index (DPSI). Bij de interpretatie van deze gegevens moet men er rekening mee houden dat de DPSI-score slechts uitgevoerd werd bij 30% (88/296) van de personen van 65 jaar of ouder. Voor de oudste leeftijdsgroep (>89) werd slechts bij 6 personen de DPSI gescoord. Omwille van het klein aantal gescoorde personen wordt hier geen vergelijking gemaakt tussen mannen en vrouwen, tussen personen met verschillende zorggraad en verblijfsituatie.

Uit figuur 3.10 valt af te leiden dat minder dan 1 op 6 van de personen van 65 jaar of ouder met natuurlijke tanden parodontaal gezond was. Voor de totale groep ouderen werd in 36% (8+22+6) van de gevallen als hoogste individuele DPSI-score de waarde 3 of meer gescoord. Dit betekent dat meer dan 1 op 3 ouderen minstens in 1 sextant van de mond 1 pocket had van 4 mm of meer en in aanmerking komt voor een parodontale behandeling. Voor de oudste leeftijdsgroep was dit aandeel 83% maar hier dient voorbehoud gemaakt te worden voor veralgemening omwille van het laag aantal gescoorde personen ouder dan 89 jaar (n=6). Het aandeel personen waarbij tandsteen en/of overhangende vullingen (pockets  $\leq 3$  mm) werd genoteerd is het grootst voor de leeftijdsgroepen 65-79 en 80-89 jaar. Voor alle ouderen werd in de bovenkaak in bijna 1 op 4 van zowel het rechter als linker dorsaal sextant minstens 1 pocket van 4 mm of meer gescoord en voor alle sextanten in de onderkaak in 1 op 5 van de gevallen. Voor het centrale sextant in de bovenkaak was dit aandeel 17%.

**Figuur 3.10: Proporties personen met hoogste individuele DPSI-score**



### 3.5.2.3.2.12 Toestand van de worteloppervlakken en aanwezigheid van implantaten

Uit tabel 3.5.36. kan men afleiden dat blootliggende wortels geconstateerd werden in meer dan 7 op 10 gevallen bij ouderen met natuurlijke tanden. Voor personen in de leeftijdsgroep van 65-79 jaar kwamen blootliggende wortels zelfs in 9 op de 10 gevallen voor. Bijna de helft van de aanwezige natuurlijke tanden van personen van 65 jaar of ouder vertoonden blootliggende wortels namelijk gemiddeld 5 voor gemiddeld 10 aanwezige tanden.

**Tabel 3.5.36. Toestand van de worteloppervlakken en aanwezigheid van implantaten**

	≥65	65-79	80-89	>89
<b>Gemiddeld aantal tanden</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>7</b>
<b>Blootliggende wortels</b>	<b>n=269</b>	<b>n=88</b>	<b>n=149</b>	<b>n=32</b>
Proportie met (%)	71	90	77	78
Gemiddeld (sd)	5 (6)	5 (6)	5 (6)	6 (6)
Mediaan	3	3	1	5
Q1-Q3	1-6	1-6	1-6	1-8
<b>Wortels gevuld en/of aangetast door cariës</b>	<b>n=261</b>	<b>n=84</b>	<b>n=146</b>	<b>n=31</b>
Proportie met (%)	42	40	42	45
Gemiddeld (sd)	1 (3)	1 (2)	1 (3)	1 (2)
Mediaan	0	0	0	0
Q1-Q3	0-2	0-1	0-2	0-2

Van meer dan 4 op 10 van de personen (≥65 jaar) waren deze wortels gevuld en/of aangetast door cariës. Dit aandeel is het hoogst voor de oudste leeftijdsgroep.

Implantaten kwamen in deze gelegenheidssteekproef ('convenience sample') nauwelijks voor. Bij 2 personen werd 1 implantaat aangetroffen in de bovenkaak en in de onderkaak werd bij 4 personen 1 implantaat, bij 3 personen 2 en bij 2 personen 4 implantaten aangetroffen.

### 3.5.2.3.2.13 Toestand van de mondslimvliezen

Problemen met de mondslimvliezen kwamen bij alle leeftijdsgroepen voor in ongeveer 25% van de gevallen (tabel 3.5.37.). De meest frequent vastgestelde slijmvliesaanandoeningen waren drukplaats of ulcus, andere slijmvliesaanandoeningen, cheilitis angularis en flabby ridge. Bij 1 op 10 van de personen van 65 jaar of ouder werd een drukplaats of ulcus gediagnosticeerd. Bij mannen kwam dit voor in 10,4% en bij vrouwen in 9,7% van de gevallen. Andere vormen van slijmvliesaanandoeningen kwamen bij vrouwen in 7,9% en bij mannen in 5,8% van de gevallen voor. Afhankelijk van de leeftijdsgroep kwam scheurmond (cheilitis angularis) in 2,5 tot 7,2% van de gevallen voor.

**Tabel 3.5.37. Toestand van de mondslimvliezen per leeftijd en geslacht**

	≥65 jaar n=576	65-79 jaar n=164	80-89 jaar n=332	>89 jaar n=80	Man n=173	Vrouw n=403
<b>Proportie (%) met</b>						
Drukplaats, ulcus	10	8,6	11,8	5	10,4	9,7
Irritatiefibroom	1,4	1,2	1,5	1,3	<1	1,7
Flabby ridge	5,2	5,5	5,1	5	5,2	5,2
Hyperaemisch of papillomateus palatum	2,3	1,8	2,4	2,5	2,9	2,0
Hyperkeratose binnenkant wang	<1	0	<1	1,3	0	<1
Niet afschraapbare witte laesie	<1	0	<1	1,3	<1	<1
Scheurtje bij mondhoek, cheilitis angularis	5,6	3,7	7,2	2,5	8,1	4,5
Afte	1,6	1,8	1,5	1,3	1,2	1,7
Fistel	<1	0	<1	0	0	0,7
Andere aandoening van de slijmvliezen	8,5	10,4	6,6	12,5	5,8	7,9
Geen laesies in de mond	74	73	74	74	74	73,7



Tabel 3.5.38 geeft de proporties personen met mondslijmvliezaandoeningen weer in functie van de verblijfsituatie en de graad van zorgafhankelijkheid. Hieruit blijkt dat het voorkomen van mondslijmvliezaandoeningen nauwelijks verschilt voor personen in de thuissituatie of in woonzorgcentra. Bij het bekijken van het voorkomen van mondslijmvliezaandoeningen in functie van de zorggraad valt op dat het aandeel personen met letsels het hoogst is voor personen met zorggraad A en B. Voor zorggraad A betrof dit vooral drukplaats, flabby ridge, andere slijmvliezaandoeningen en hyperaemisch of papillomateus palatum en voor zorggraad B drukplaats, andere mondslijmvliezaandoeningen, flabby ridge en cheilitis angularis.

Tabel 3.5.38. Toestand van de mondslijmvliezen per verblijfsituatie en zorggraad							
	Thuis n=189	WZC n=378	O n=157	A n=59	B n=100	C n=35	Cd n=114
<b>Proportie (%) met</b>							
Drukplaats, ulcus	10,1	9,5	11,5	13,6	11	5,7	6,1
Irritatiefibroom	2,1	1,1	1,3	1,7	2	0	2,6
Flabby ridge	4,2	5	1,9	11,9	7	2,9	3,5
Hyperaemisch of papillomateus palatum	2,7	2,1	3,2	6,8	1	0	1,8
Hyperkeratose binnenkant wang	<1	<1	1,3	0	0	0	0
Niet afschraapbare witte laesie	0	<1	0	1,7	0	0	<1
Scheurtje bij mondhoek, cheilitis angularis	6,4	5	5,7	5,1	7	5,7	6,1
Afte	0	2,4	2,6	1,7	3	0	<1
Fistel	<1	<1	0	0	1	2,9	0
Andere aandoening van de slijmvliezen	7,4	9	7,6	11,9	9	2,9	9,7
Geen laesies in de mond	76	73	78	64	67	80	74

### 3.5.2.3.2.14 Prothetische behandel nood

Tabel 3.5.39 geeft een overzicht van de objectieve behandel nood betreffende gebitsprothesen per kaakhelft voor de verschillende leeftijdsgroepen. Men kan stellen dat de objectieve prothetische behandel nood het grootst is voor de oudste leeftijdsgroep wanneer het gaat om het vernieuwen van gebitsprothesen. Voor de groep personen van 65 jaar of ouder werd prothetische behandel nood vastgesteld in 41% van de gevallen voor de gebitsprothesen van de bovenkaak en in 39% voor de gebitsprothesen van de onderkaak.

Het vernieuwen van de gebitsprothese werd voor alle leeftijdsgroepen als meest vermelde behandeling voorgesteld. Voor de leeftijdsgroep van 80-89 jaar was het nodig de gebitsprothese in de onderkaak in meer dan 1 op 5 van de gevallen (20,8%) te vernieuwen.

Tabel 3.5.39. Prothetische behandel nood per leeftijdsgroep								
	≥65		65-79		80-89		>89	
	BK* (n=443)	OK** (n=443)	BK (n=111)	OK (n=111)	BK (n=260)	OK (n=260)	BK (n=72)	OK (n=72)
Vernieuwen van gebitsprothese is noodzakelijk	15,6	17,2	15,3	17,1	14,2	17,3	20,8	16,7
Vernieuwen van gebitsprothese is wenselijk	9,3	7,5	3,6	2,7	10	6,9	15,3	16,7
Aanpassen van de gebitsprothese is noodzakelijk	5,4	6,1	9	8,1	3,1	4,6	8,3	8,3
Aanpassen van de gebitsprothese is wenselijk	8,8	7,9	10,8	8,1	8,5	8,5	6,9	5,6
Herstelling van de gebitsprothese is nodig	2,1	0	1,8	0	2,3	0	1,4	0

\*bovenkaak; \*\* onderkaak

### 3.5.2.4 Discussie

Het vergelijken van de proporties ouderen van deze steekproef met de totale populatie ouderen in de thuissituatie is moeilijk omdat de beschikbare proporties op basis van RIZIV gegevens werden opgemaakt aan de hand van de Bel-schaal. Voor dit onderzoek werden de zorggraad ingevuld door de tandarts-screeners op basis van de 5 soorten zorggraad die in woonzorgcentra worden gehanteerd (O, A, B, C en Cd).

Wanneer de proportie ouderen van deze steekproef met zorggraad O en A worden opgeteld dan komt dit percentage van 79% enigszins overeen met de proporties ouderen met 'toilet' en 'A forfait' van de totale populatie ouderen in de thuiszorg (72%). Het aandeel ouderen met zorggraad B van de steekproef bedraagt 13%, dit van de populatie ouderen in de thuiszorg 18%. Het aandeel ouderen met zorggraad C en Cd van de steekproef bedraagt 8% en komt overeen met het aandeel ouderen met C forfait uit de populatie ouderen in de thuiszorg (9%). De onderzochte steekproef kan met de nodige terughoudendheid als representatief aanzien worden voor de totale populatie.

De proporties ouderen met zorggraad O, A, B, C, Cd (24%, 14%, 23%, 10% en 29%) van deze 'convenience sample' komen grosso modo overeen met de proporties van personen >60 jaar van de totale populatie (22%, 17%, 22%, 11% en 29%). De onderzochte steekproef is op vlak van zorggraad een goede weergave van de totale populatie.

In deze steekproef was het aandeel ouderen in woonzorgcentra in België dat tandoos was gelijk aan 36%. Dit aandeel is in tegenstelling met het aandeel tandoos ouderen van een ad random steekproef ouderen die in woonzorgcentra in de regio Gent verbleven dat 64% bedroeg [De Visschere ea., 2006].

De gemiddelde  $D_3$ MFT van deze steekproef bedroeg 20,3 en is lager dan de gemiddelde DMFT van personen ouder dan 65 in Europa (24,5) [Petersen ea., 2010].

### 3.5.2.5 Samenvatting

#### 3.5.2.5.1 Personen met beperkingen

De bereidheid tot medewerking aan de studie was niet bijzonder groot. Er werden aan Nederlandstalige kant 121 voorzieningen voor personen met beperkingen gecontacteerd; 50 van hen zegden toe voor deelname aan de studie, 57 voorzieningen weigerden mee te werken en nog eens 14 voorzieningen gaven nooit uitsluitel. Aan Franstalige kant werden 88 voorzieningen gecontacteerd, waarvan er 36 toezegden, 31 weigerden en 21 geen antwoord gaven.

Er namen 169 jongeren ( $\leq 21$  jaar) en 707 volwassen personen ( $> 21$  jaar) deel aan de studie. Van het merendeel van deze mensen werden zowel klinische als vragenlijst gegevens verzameld. De mediaanleeftijd van de jongste groep was 12 jaar (Interquartile range, IQ: 7,0-18,0) en van de oudste groep 43 jaar (IQ: 33,0-52,0).

Zeventig procent van de personen met beperkingen hadden een verstandelijke beperking; 30% van de jongeren en 17% van de volwassenen een motorische beperking. Sociale beperkingen werden geregistreerd voor een vijfde van de jongeren en slechts 5% van de volwassenen.

Van de onderzochte jongeren met beperkingen had 53% een gaaf gebit, zonder ontbrekende tanden (owv cariës) of gerestaureerde tanden; van de onderzochte volwassenen had 5% een gaaf gebit.

Bij de jongeren had 12% zichtbare cariëslaesies in de melktanden ( $d > 0$ ) en 31% in de definitieve tanden ( $D > 0$ ). Bij de volwassenen had 56% zichtbare cariëslaesies in de definitieve tanden ( $D > 0$ ) en 64% had tanden verloren omwille van cariës ( $M > 0$ ).

Erosie werd vastgesteld bij 14% van de jongeren, abrasie bij slechts 1 meisje (tussen de 15 en 17 jaar) en attritie bij 14% van de jongeren. Bij de volwassenen werd erosie vastgesteld bij 5%, abrasie bij 9% en attritie bij 34%.

Bij slechts twee procent van de onderzochte volwassenen waren er tanden vervangen door implantaten.

Bij 65% van de jongeren werd op mondniveau zichtbare tandplaque geregistreerd en bij 34% tandsteen. Bij de volwassenen lagen de proporties nog een stuk hoger: bij 78% werd op mondniveau zichtbare tandplaque geregistreerd en bij 68% tandsteen.

De parodontale toestand van de weefsels werd nagekeken door middel van de Dutch Periodontal Screening Index (DPSI) vanaf de leeftijd van 15 jaar. Wanneer de hoogste individuele DPSI-score in kaart wordt gebracht, valt op dat proportioneel minder jongeren (12%) dan volwassenen (19%) de score gezond kregen, terwijl bij proportioneel meer jongeren (42%) dan volwassenen (26%) de score “bloeding na sonderen” de hoogste individuele score was. Bij 12% van de jongeren en 23% van de volwassenen werden er pockets van 4 à 5 mm (al dan niet met recessies) als hoogste score genoteerd. Geen enkele jongere had een pocket van meer dan 5 mm; 3% van de volwassenen had een pocket van meer dan 5 mm.

Bij 8% van de onderzochte jongeren werden er afwijkingen of laesies van de weke weefsels vastgesteld; bij de volwassenen was de prevalentie van afwijkingen of laesies van de weke weefsels hoger: 15%.

Bij de jongste groep (ten 21 jaar) werden geen uitneembare prothetische voorzieningen aangetroffen. Bij twee à drie procent van hen werd kroon-en brugwerk aangetroffen. Eén vierde van de volwassenen met een tandeloze bovenkaak en 30% van de volwassenen met een tandeloze onderkaak hadden geen prothetische voorziening in de mond. Ook bij de volwassenen met een partieel tandeloze bovenkaak en onderkaak was de proportie zonder gebitsprothese hoog: 47% en 38% voor degenen met 1 tot 4 tanden en 53% en 63% voor de groep met 5 tot 8 tanden.

Het vernieuwen van de gebitsprothese werd noodzakelijk geacht voor 11% van de protheses in de bovenkaak en 13% van de protheses in de onderkaak; bij respectievelijk 9% en 11% was een aanpassing noodzakelijk en bij 5% van de gebitsprotheses voor de bovenkaak werd een herstelling voorgesteld.

Slechts op één derde van de uitneembare gebitsprotheses werd er geen tandplaque vastgesteld. Tandsteen was aanwezig op 37% van de protheses voor de bovenkaak en 31% van de onderprotheses.

### 3.5.2.5.2 Kwetsbare ouderen

Het aandeel ouderen in woonzorgcentra (67%) en in de thuiszorg (33%) dat deelnam aan deze studie komt niet overeen met het vooropgestelde aantal in functie van de verhouding ouderen van de totale populatie in woonzorgcentra (46 %) en in de thuiszorg (53 %).

Voor ouderen in woonzorgcentra kan deze steekproef als representatief beschouwd worden voor de totale populatie van ouderen in woonzorgcentra op basis van de graad van zorgafhankelijkheid. Voor de ouderen die thuis verblijven met thuiszorg is deze gelegenheidssteekproef (“convenience sample”) kwetsbare ouderen ( $\geq 65$  jaar) aanvaardbaar op vlak van representativiteit op basis van de graad van zorgafhankelijkheid maar met de nodige terughoudendheid.

Drie op 4 ouderen in de thuiszorg en 1 op 3 ouderen in woonzorgcentra beschikte nog over natuurlijke gebitselementen. Bijna 1 op 3 van de kwetsbare ouderen had geen functionele occlusale contacten. Blootliggende wortels komen voor in meer dan 7 op 10 gevallen.

Het aandeel ouderen met een volledige gebitsprothese in de boven- of onderkaak neemt toe met de leeftijd. Bijna 3 op 4 personen ouder dan 89 jaar hadden een volledige gebitsprothese in de bovenkaak en 5 op 10 in de onderkaak.

Tandsteen was aanwezig op de natuurlijke gebitselementen in meer dan de helft van de gevallen en plaque in meer dan 6 op 10 van de gevallen. Hoe ouder hoe meer plaque op de natuurlijke tanden. Er was tandsteen aanwezig op de helft van de gebitsprotheses en het aandeel gebitsprotheses zonder zichtbare plaque is het laagst voor de oudste leeftijdsgroep.

De gemiddelde  $D_3$ MFT is groter dan 20 vooral omwille van het groot aantal ontbrekende tanden (gemiddeld meer dan 16). Ouderen hadden gemiddeld bijna 2 gebitselementen met cariës en hebben op die manier een grote nood aan

restauratieve mondzorg. Minder dan 1 op 6 van de personen van 65 jaar of ouder was parodontaal gezond en ongeveer 35% had een DPSI-waarde > 3 en komt zo in aanmerking voor een behandeling door een parodontoloog.

Slijmvliesaandoeningen komen in alle leeftijdsgroepen voor in ongeveer 25% van de gevallen. De meest frequent vastgestelde slijmvliesaandoeningen zijn een drukplaats of ulcus, een andere slijmvliesaandoening, cheilitis angularis of flabby ridge.

Bijna 4 op 10 van de kwetsbare ouderen heeft een prothetische behandelneed. Deze objectieve prothetische behandelneed (vernieuwen van de gebitsprothese) is het grootst voor personen ouder dan 89 jaar.

### 3.5.2.6 Referenties

De Visschere L, Grooten L, Theuniers G, Vanobbergen J: Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions-- a cross-sectional study. *Gerodontology* 2006;23(4):195-204.

Leroy R, Eaton KA, Savage A: Methodological issues in epidemiological studies of periodontitis--how can it be improved? *BMC Oral Health* 2010;10:8.

Petersen P, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H: Global oral health of older people – Call for public health action. *Community Dental Health*; 2010;27:257-268.

Savage A, Eaton KA, Moles DR, Needleman I: A systematic review of definitions of periodontitis and the methods that have been used to identify this disease. *J Clin Periodontol* 2009;36:458-467.

Silness D, Loe H: Periodontal disease in pregnancy II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *1964;22:121-135. Acta Odont Scand* 1964;22:121-135.

### 3.5.3 Subjectieve tandheelkundige verzorgingsnood

#### 3.5.3.1. Inleiding en doelstelling

In het kader van de doelstellingen van dit project werd een bevraging uitgevoerd van personen met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen en kwetsbare ouderen in België. Aandacht ging uit naar de nood aan mondzorg en naar de vraag en het aanbod van tandheelkundige zorgverlening.

Uit internationaal onderzoek (hoofdstuk 2) blijkt dat er een grote discrepantie bestaat tussen de nood voor mondzorg ingeschat door de personen zelf (subjectieve behandelneed) en de nood voor mondzorg ingeschat door professionele zorgverleners (objectieve behandelneed). Kwantitatief en kwalitatief onderzoek brachten ook heel wat drempels aan het licht die zorgvragers ondervinden bij het beroep doen op professionele tandheelkundige zorgverlening [Dougall and Fiske, 2008; De Visschere, 2010].

Het doel van dit deel van de studie was het in kaart brengen van de subjectieve behandelneed en eventuele drempels voor het beroep doen op of het bekomen van tandheelkundige zorgverlening.

#### 3.5.3.2 Materiaal en Methoden

Ongeveer 800 personen van elke doelgroep werden in de periode maart-september 2010 uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen (evt. met begeleiding) naar aanleiding van het deelnemen aan het klinisch onderzoek (Hoofdstuk 3.5.2). De vragenlijst werd opgesteld in functie van de te bevragen doelgroep en rekeninghoudend met de idee dat heel wat van de personen niet in staat zijn zonder hulp een vragenlijst in te vullen. Het aantal vragen werd tot een minimum beperkt en de vragen of stellingen werden eenvoudig geformuleerd. Binnen het tijdsbestek van deze studie en rekeninghoudend met de diversiteit van de te bevragen personen werd beslist om geen validatie testen uit te voeren.

De vragenlijst (Bijlage 3.5.3) bestond uit 6 vragen. Vraag 1 peilde naar hoelang het geleden was dat de persoon een raadpleging had bij de tandarts (subjectieve zorgconsumptie); vraag 2 peilde naar de subjectieve behandelneed door te vragen of de persoon op het moment van de bevraging een mondprobleem had (ja/nee) en indien ja welk mondprobleem (subjectieve behandelneed); vraag 3 ging na in welke mate de persoon op het moment van de bevraging beroep wenste te doen op een tandarts (subjectieve nood die omgezet wordt in vraag naar zorg ('demand')); vraag 4 peilde naar mogelijke drempels bij het raadplegen van een tandarts; vraag 5 ging na op wie de persoon beroep kon doen voor het organiseren (vastleggen/maken van een afspraak, vervoer en begeleiding tijdens de raadpleging) van het tandartsbezoek en in de laatste vraag werd nagegaan op welke manier de vragenlijst werd ingevuld (door persoon zelfstandig, met hulp, weigering, niet in staat zelfs niet met hulp). De vragenlijst werd als bijlage 3.b toegevoegd aan dit hoofdstuk.

De vragenlijsten werden opgestuurd naar de voorzieningen en organisaties die hun deelname aan de studie bevestigd hadden. In de instructies werd duidelijk vermeld dat hulp door derden kon geboden worden bij het invullen van de vragenlijst. De vragenlijsten werden opgehaald door de tandarts-onderzoekers.

De antwoorden werden gecodeerd ingegeven in een excelbestand (met validatie om zoveel mogelijk fouten te vermijden) en ingelezen in SAS versie 9.2 voor statistische verwerking. chi-kwadraat testen werden uitgevoerd om na te gaan of er significante verschillen aangetroffen werden tussen de subgroepen; verschillen werden als significant aangenomen wanneer de p-waarde < 0,05 was.

### 3.5.3.3 Resultaten

#### 3.5.3.3.1 Personen met beperkingen

##### 3.5.3.3.1.1 Beschrijving en socio-demografische eigenschappen van de PBN-steekproef - personen met beperkingen

De vragenlijsten werden door 144 jongeren ( $\leq 21$  jaar) en 675 volwassenen ( $> 21$  jaar en  $< 65$  jaar) ingevuld. Slechts een minderheid van de vragenlijsten werd door de personen met beperkingen zélf ingevuld, zonder assistentie (9% van de jongeren en 14% van de volwassenen); 49% van de jongeren en 66% van de volwassenen liet zich bij het invullen van de vragenlijst bijstaan door een begeleider. Bij de interpretatie van de resultaten van de bevraging mag men niet vergeten dat het voor 18% van de jongeren en 10% van de volwassenen niet mogelijk was om de vragenlijst in te vullen; hun antwoorden kennen we dus niet.

Voor de beschrijving en de socio-demografische eigenschappen van de PBN- steekproef wordt verwezen naar paragrafen 3.5.2.3.1.1.2 en 3.5.2.3.1.2; de belangrijkste gegevens worden nog eens samengevat in Tabel 3.5.40.

<b>Tabel 3.5.40. Beschrijving en socio-demografische eigenschappen van de PBN-steekproef - personen met beperkingen</b>		
	$\leq 21$ jaar (n=169)	$> 21$ jaar (n=707)
<b>Leeftijd (jaar)</b>		
Mediaan (Q1 – Q3)	12,0 (7,0-18,0)	43,0 (33,0-52,0)
Gemiddelde (sd)	12,5 (5,2)	42,6 (11,4)
<b>Geslacht (%)</b>		
Vrouwen	42,6	44,1
Mannen	57,4	55,9
<b>Taal (van de vragenlijst)(%)</b>		
Nederlands	71,0	58,1
Frans	29,0	41,9
<b>Vragenlijst (%)</b>		
Ingevuld door persoon zelf	9	14
Ingevuld met hulp begeleider	49	66
Niet duidelijk door wie ingevuld	8	4
Onmogelijk in te vullen	18	10
Geweigerd in te vullen	0	<1
Niet ingevuld (reden?)	15	5

#### 3.5.3.3.1.2 Contact met de tandarts

##### 3.5.3.3.1.2.1 Alle personen met beperkingen

Zestig procent van de jongeren en 54% van de volwassenen rapporteerden dat ze het afgelopen jaar naar de tandarts waren gegaan voor raadpleging of behandeling (Tabel 3.5.41). Bij 21-24% was het meer dan 1 jaar geleden, maar nog geen 5 jaar en bij 8-13% was het 5 jaar of meer geleden. Voor 8% van de jongeren en 3% van de volwassenen was het tijdstip van het laatste tandartsbezoek onmogelijk te achterhalen en 3-7% wist het niet meer. Wat betreft contact met de tandarts waren er geen statistisch significante verschillen tussen de twee taalgroepen.

**Tabel 3.5.41. Contact met de tandarts**

	≤ 21 jaar (n=133)	> 21 jaar (n=645)
<b>Proportie met laatste tandartsbezoek (%)</b>		
5 jaar geleden of meer	8	13
Minder dan 5 jaar, meer dan 1 jaar geleden	21	24
Minder dan 1 jaar geleden	60	54
Onbekend	3	7
Onmogelijk te achterhalen	8	3

### 3.5.3.3.1.2 Personen met mentale & motorische beperkingen, mentale beperkingen, motorische beperkingen en personen met een psychiatrische problematiek

Wanneer de verschillende subgroepen worden vergeleken, blijkt dat 70% van de jongeren en 69% van de volwassenen met mentale en motorische beperkingen het afgelopen jaar een contact hadden met de tandarts; de respectieve proporties voor de personen met mentale beperkingen waren 55% (voor zowel jongeren als volwassenen) en voor personen met motorische beperkingen 58% en 46% (respectievelijk voor jongeren en volwassenen) (Tabel 3.5.42). Net iets meer dan de helft van de volwassenen met een psychiatrische problematiek had het jaar voordien een tandarts geconsulteerd; bij bijna een vijfde van hen was het 5 jaar of meer geleden. Voor 6 à 16 % van de jongeren en 0 à 6% van de volwassenen was het tijdstip van het laatste tandartsbezoek onmogelijk te achterhalen en 0-8% wist het niet meer.

**Tabel 3.5.42. Contact met de tandarts bij de verschillende subgroepen**

	≤ 21 jaar			> 21 jaar			
	Mentale & motorische beperking (n=23)	Mentale beperking (n=67)	Motorische beperking (n=19)	Mentale & motorische beperking (n=26)	Mentale beperking (n=353)	Motorische beperking (n=67)	Psychiatrische problematiek (n=90)
<b>Proportie met laatste tandartsbezoek (%)</b>							
5 jaar geleden of meer	9	9	11	4	10	12	19
Minder dan 5 jaar, meer dan 1 jaar geleden	13	27	16	23	24	31	23
Minder dan 1 jaar geleden	70	55	58	69	55	46	57
Onbekend	0	3	0	4	8	4	1
Onmogelijk te achterhalen	9	6	16	0	2	6	0

### 3.5.3.3.1.3 Subjectieve behandelneed

#### 3.5.3.3.1.3.1 Alle personen met beperkingen

Op de dag van het invullen van de vragenlijst had 29% van de jongeren en 35% van de volwassenen een probleem in de mond (Tabel 3.5.43); noch bij de jongeren noch bij de volwassenen was het verschil tussen jongens/mannen en meisjes/vrouwen statistisch significant. Van die jongeren die een probleem rapporteerden, had 23% pijn, 15% een probleem met comfort (bv. kauwen, spreken), 38% een probleem met esthetiek en 36% een ander niet nader bepaald probleem; de respectieve percentages voor de volwassenen waren 33%, 30%, 22% en 33%.

**Tabel 3.5.43. Subjectieve behandelneed**

	≤ 21 jaar (n=134)	> 21 jaar (n=643)
<b>Proportie (%)</b>		
Met probleem in de mond	29	35
Met pijn*	23	33
Probleem met kauwen, spreken (comfort)*	15	30
Probleem met uitzicht (esthetiek)*	38	22
Een ander probleem*	36	33
Voor wie onmogelijk te achterhalen of er een probleem is in de mond	5	4

\*Percentage berekend voor aantal personen die antwoordden dat ze een probleem hadden in de mond (d.w.z. 39 jongeren en 227 volwassenen); meer dan één probleem kon gemeld worden.

Voor 4 à 5% van de personen met beperkingen was het niet mogelijk te achterhalen of ze een probleem hadden in de mond. Bij de jongeren waren er geen statistisch significante verschillen in subjectieve behandelneed tussen de twee taalgroepen. Bij de volwassenen daarentegen rapporteerden significant meer Franstaligen dat ze een probleem hadden in de mond (Fr: 42% - NI: 31%;  $p < 0,001$ ) en significant meer Nederlandstaligen dat ze het antwoord op de vraag niet kenden (NI: 10% - Fr: 4%;  $p < 0,001$ ). Wanneer de volwassenen werden onderverdeeld in subgroepen, bleken de significante verschillen enkel voor te komen in de oudste groepen (35-44 jaar en 45-64 jaar).

### 3.5.3.1.3.2 Personen met mentale & motorische beperkingen, mentale beperkingen, motorische beperkingen en personen met een psychiatrische problematiek

Wanneer de gegevens per subgroep bekeken worden, valt op dat er geen grote verschillen zijn tussen de subgroepen in de prevalentie van problemen in de mond (24 à 34%)(Tabel 3.5.44). Uitzondering hierop vormt de groep met psychiatrische problemen: bijna de helft van hen signaleerde problemen in de mond.

Wat de aard van de problemen betreft waren er wel grote verschillen tussen de subgroepen en ook tussen de leeftijdsgroepen. Voor iedereen van deze subgroepen was het mogelijk te achterhalen of ze een probleem hadden in de mond.

**Tabel 3.5.44. Subjectieve behandelneed bij de verschillende subgroepen**

	≤ 21 jaar			> 21 jaar			
	Mentale & motorische beperking (n=23)	Mentale beperking (n=67)	Motorische beperking (n=19)	Mentale & motorische beperking (n=26)	Mentale beperking (n=353)	Motorische beperking (n=67)	Psychiatrische problematiek (n=90)
<b>Proportie (%)</b>							
Met probleem in de mond	30	24	29	26	30	34	49
Met pijn*	29	31	17	0	37	36	33
Probleem met kauwen, spreken (comfort)*		19	17	0	23	36	36
Probleem met uitzicht (esthetiek)*	43	38	50	14	21	14	16
Een ander probleem*	57	19	33	86	38	32	29
Voor wie onmogelijk te achterhalen of er een probleem is in de mond	0	0	0	0	0	0	0

\*Percentage berekend voor aantal personen die antwoordden dat ze een probleem hadden in de mond; meer dan één probleem kon gemeld worden.



### 3.5.3.3.4.4 Zorgvraag

#### 3.5.3.3.1.4.1 Alle personen met beperkingen

Van de jongeren (n=128) gaf 48% aan dat ze graag een tandarts zouden consulteren; voor 8% was het niet mogelijk die wens te achterhalen. Er waren geen significante verschillen tussen jongens/mannen en meisjes/vrouwen. Er waren wel significante verschillen tussen de taalgroepen: significant meer Nederlandstalige jongeren rapporteerden dat ze graag een tandarts zouden consulteren (50% versus 42%), dat ze het antwoord op de vraag niet kenden (13% versus 0%) of dat ze niet in staat waren de vraag te beantwoorden (10% versus 0%) (p=0,008).

Bij de volwassenen zei 42% dat ze naar de tandarts zouden willen gaan en voor 4% was het niet mogelijk die vraag te beantwoorden. Er waren geen statistisch significante verschillen tussen beide taalgroepen.

#### 3.5.3.3.1.4.2 Personen met mentale & motorische beperkingen, mentale beperkingen, motorische beperkingen en personen met een psychiatrische problematiek

Bij de analyses op subgroepniveau werd duidelijk dat de groep met mentale en motorische beperkingen een grotere zorgvraag had (52% van de jongeren en 68% van de volwassenen) dan de groep met mentale beperkingen (48% van de jongeren en 41% van de volwassenen) en motorische beperkingen (45% van de jongeren en 42% van de volwassenen). De vraag naar tandheelkundige zorgverlening was ook groot in de groep met psychiatrische problemen (56%).

### 3.5.3.3.1.5 Belemmeringen in de toegankelijkheid van het bestaande (tandheelkundig) zorgverleningscircuit

#### 3.5.3.3.1.5.1 Alle personen met beperkingen

Drieëndertig procent van de jongeren had een probleem om een tandarts te raadplegen (Tabel 3.5.45); 38% van hen gaf aan heel veel angst te hebben en voor 14% van hen was er een financieel probleem. Van de volwassenen had tweevijfden een probleem om de tandarts te consulteren; 37% van hen had heel veel angst en 29% vond het te duur. Transportproblemen werden gesignaleerd door 7% van de jongeren en 29% van de volwassenen; 14% van de jongeren en 7% van de volwassenen hadden geen geschikte tandarts.

Andere gerapporteerde problemen om de tandarts te consulteren waren: 'behandeling is onmogelijk onder lokale anesthesie', 'de tandartspraktijk is niet toegankelijk met mijn rolwagen', 'tandartsbezoek is geen prioriteit'.

	≤ 21 jaar (n=132)	> 21 jaar (n=611)
<b>Proportie (%)</b>		
Met probleem om de tandarts te consulteren	33	40
Met angst*	38	37
Met financieel probleem*	14	29
Met transportprobleem*	7	29
Zonder geschikte tandarts*	14	7
Ander probleem om tandarts te consulteren*	45	21
Voor wie onmogelijk te achterhalen of er een probleem is om de tandarts te consulteren	5	3

\*Percentage berekend voor aantal personen die antwoordden dat ze een probleem hadden; meer dan één probleem kon gemeld worden.

Bij de jongeren werden er geen significante verschillen tussen de taalgroepen vastgesteld. Bij de volwassenen daarentegen rapporteerden significant meer Nederlandstalige personen met een beperking een probleem om de tandarts te consulteren (NI: 43% - Fr: 37%;  $p < 0,001$ ). Bij verdere specificatie van die problemen, bleek dat significant meer Nederlandstaligen een transport probleem ervoeren (NI: 37% - Fr: 16%;  $p < 0,001$ ) terwijl significant meer Franstaligen tandheelkundige behandeling te duur vonden (Fr: 42% - NI: 20%;  $p < 0,001$ ).

### 3.5.3.3.1.5.2 Personen met mentale & motorische beperkingen, mentale beperkingen, motorische beperkingen en personen met een psychiatrische problematiek

Bij de subgroepanalyses kwam tot uiting dat bijna drie vierde van de volwassenen met motorische beperkingen problemen ervoer om een tandarts te consulteren (Tabel 3.5.46); in de andere subgroepen varieerde dat percentage tussen de 28 en 40%. Van hen die problemen rapporteerden, gaf meer dan de helft van de personen met een psychiatrische problematiek en 48% van de volwassenen met mentale beperkingen aan angst te hebben voor de tandarts terwijl bijna vier vijfde van de volwassenen met motorische beperkingen transportproblemen ervoer. Voor iedereen van deze subgroepen was het mogelijk te achterhalen of ze een probleem hadden om een tandarts te raadplegen.

<b>Tabel 3.5.46. Belemmeringen voor consult tandarts bij de verschillende subgroepen</b>							
	≤ 21 jaar			> 21 jaar			
	Mentale & motorische beperking (n=23)	Mentale beperking (n=64)	Motorische beperking (n=21)	Mentale & motorische beperking (n=24)	Mentale beperking (n=329)	Motorische beperking (n=66)	Psychiatrische problematiek (n=91)
<b>Proportie (%)</b>							
Met probleem om de tandarts te consulteren	35	28	38	38	31	74	40
Met angst*	25	29	38	33	48	8	58
Met financieel probleem*	0	24	0	33	30	18	33
Met transportprobleem*	13	0	25	22	12	78	3
Zonder geschikte tandarts*	38	18	0	11	5	12	9
Ander probleem om tandarts te consulteren*	63	35	63	22	22	33	12
Voor wie onmogelijk te achterhalen of er een probleem is om de tandarts te consulteren	0	0	0	0	0	0	0

\*Percentage berekend voor aantal personen die antwoordden dat ze een probleem hadden; meer dan één probleem kon gemeld worden.

### 3.5.3.3.1.6 Organisatie van het tandartsbezoek

#### 3.5.3.3.1.6.1 Alle personen met beperkingen

Zeventien procent van de jongeren en 35% van de volwassenen kunnen zelfstandig een afspraak maken bij de tandarts (Tabel 3.5.47); 69% van de jongeren doet hiervoor beroep op familie en 21% op een begeleider (personeel). Bij de volwassenen rekent 26% hiervoor op de hulp van een familielid en 39% op een begeleider.

Voor wat betreft het maken van een afspraak bij de tandarts werden er geen statistisch significante verschillen vastgesteld tussen de Franstalige en Nederlandstalige jongeren. Bij de volwassenen daarentegen waren er enerzijds significant meer Nederlandstaligen die hiervoor een beroep konden doen op familie (NI: 30% - Fr: 21%;  $p = 0,014$ ) en anderzijds significant meer Franstaligen die hiervoor kunnen rekenen op het personeel van de voorziening (Fr: 44% - NI: 35%;  $p = 0,014$ ).

Ook wat de verplaatsing naar de tandarts betreft ziet men duidelijke verschillen tussen de jongeren en volwassenen: 65% van de jongeren verplaatst zich naar de tandarts met de hulp van familie, terwijl dat bij de volwassenen maar 25% is. Negentien procent van de jongeren kan zich zonder hulp verplaatsen en 18% kan rekenen op een begeleider; de respectieve proporties voor de volwassenen zijn 42% en 34%.

Wat de verplaatsing van de jongeren naar de tandarts betreft, was het enige statistisch significante verschil tussen de taalgroepen dat significant meer Franstalige jongeren hiervoor konden rekenen op het personeel van de voorziening (Fr: 35% - NI: 13%;  $p=0,019$ ). Bij de volwassenen konden significant meer Nederlandstaligen hiervoor beroep doen op familie (NI: 30% - Fr: 18%;  $p<0,001$ ) terwijl significant meer Franstaligen hiervoor de hulp konden inroepen van personeel (Fr: 40% - NI: 29%;  $p=0,004$ ) of aangaven dat ze de vraag niet konden beantwoorden (Fr: 5% - NI: 1%;  $p=0,011$ ).

<b>Tabel 3.5.47. Organisatie van het tandartsbezoek*</b>		
	<b>≤ 21 jaar</b>	<b>&gt; 21 jaar</b>
<b>Wie maakt uw afspraak bij de tandarts? (%)</b>	<b>(n=132)</b>	<b>(n=634)</b>
Uzelf	17	35
Familie	69	26
Personeel	21	39
Niemand, dus dit lukt me niet	1	1
Onmogelijk te beantwoorden	4	3
<b>Op wie kan u beroep doen om u naar de tandarts te verplaatsen? (%)</b>	<b>(n=124)</b>	<b>(n=628)</b>
Gebeurt zonder hulp	19	42
Familie	65	25
Personeel	18	34
Niemand, dus dit lukt me niet	1	1
Onmogelijk te beantwoorden	5	3
<b>Op wie kan u beroep doen om u te begeleiden tijdens een tandartsbezoek? (%)</b>	<b>(n=123)</b>	<b>(n=627)</b>
Gebeurt zonder hulp	23	44
Familie	63	25
Personeel	16	33
Niemand, dus dit lukt me niet	1	1
Onmogelijk te beantwoorden	4	3

\*Op elke vraag kon meer dan één antwoord gegeven worden.

Voor de begeleiding tijdens het tandartsconsult kon 63% van de jongeren beroep doen op familie en 16% op een begeleider; 23% gaf aan dat ze dat zonder hulp kunnen. Een kwart van de volwassenen kon rekenen op een familielid voor de begeleiding in het tandartskabinet, een derde op het personeel en ruim twee vijfden kan het zonder hulp.

Ook wat betreft de begeleiding van jongeren met een beperking tijdens het tandartsbezoek was er maar één verschil tussen de taalgroepen statistisch significant: significant meer Franstalige jongeren konden hiervoor rekenen op het personeel van de voorziening (Fr: 31% - NI: 12%;  $p=0,035$ ). Dit significante verschil werd ook vastgesteld bij de volwassenen (Fr: 37% - NI: 29%;  $p=0,026$ ). Anderzijds konden significant meer Nederlandstalige volwassenen met een beperking rekenen op hun familie om hen te begeleiden tijdens het tandartsconsult (NI: 30% - Fr: 18%;  $p<0,001$ ).

### 3.5.3.3.1.6.2 Personen met mentale & motorische beperkingen, mentale beperkingen, motorische beperkingen en personen met een psychiatrische problematiek

Bij de jongeren was de nood aan assistentie voor het maken van een afspraak bij de tandarts groot (59 à 74%); opvallend was dat 27% van de jongeren met een mentale beperking aangaf dat zelfstandig te kunnen (Tabel 3.5.48). Dertig procent van de jongeren met mentale en motorische beperkingen kon hiervoor beroep doen op het personeel van de voorziening. Meer dan de helft van de personen met een psychiatrische problematiek en met motorische beperkingen kon zelfstandig een afspraak maken bij de tandarts; bij de groep met mentale (en eventueel motorische beperkingen) lag dat percentage een heel stuk lager.

Wat de verplaatsing naar de tandarts betreft, valt de grote (gerapporteerde) zelfstandigheid van de jongeren met een mentale beperking terug op: 34% verklaarde zich zelfstandig te kunnen verplaatsen naar het tandartskabinet terwijl dat in de andere subgroepen maar 4 en 5% was. Bij de volwassenen was de nood aan assistentie voor die verplaatsing het kleinst bij de groep met een psychiatrische problematiek (75% ging zelfstandig), terwijl dat in de andere subgroepen een stuk groter was (20 à 40% ging zelfstandig). Personen met mentale en motorische beperkingen deden hiervoor vooral beroep op familie (52%) terwijl de groep met motorische beperkingen kon rekenen op het personeel.

**Tabel 3.5.48. Organisatie van het tandartsbezoek\* bij de verschillende subgroepen**

	≤ 21 jaar			> 21 jaar			
	Mentale & motorische beperking	Mentale beperking	Motorische beperking	Mentale & motorische beperking	Mentale beperking	Motorische beperking	Psychiatrische problematiek
<b>Wie maakt uw afspraak bij de tandarts? (%)</b>	<b>(n=23)</b>	<b>(n=66)</b>	<b>(n=19)</b>	<b>(n=25)</b>	<b>(n=345)</b>	<b>(n=67)</b>	<b>(n=90)</b>
Uzelf	9	27	5	16	28	51	61
Familie	74	59	74	60	32	10	8
Personeel	30	17	0	28	42	36	31
Niemand, dus dit lukt me niet	0	2	0	8	<1	6	2
Onmogelijk te beantwoorden	9	0	16	0	2	0	1
<b>Op wie kan u beroep doen om u naar de tandarts te verplaatsen ?</b>	<b>(n=23)</b>	<b>(n=59)</b>	<b>(n=19)</b>	<b>(n=25)</b>	<b>(n=339)</b>	<b>(n=67)</b>	<b>(n=91)</b>
Gebeurt zonder hulp	4	34	5	20	40	22	75
Familie	78	51	74	52	29	27	5
Personeel	22	17	0	36	33	52	23
Niemand, dus dit lukt me niet	0	2	0	0	1	6	1
Onmogelijk te beantwoorden	9	2	16	0	2	0	1
<b>Op wie kan u beroep doen om u te begeleiden tijdens een tandartsbezoek?</b>	<b>(n=23)</b>	<b>(n=58)</b>	<b>(n=19)</b>	<b>(n=25)</b>	<b>(n=341)</b>	<b>(n=66)</b>	<b>(n=91)</b>
Gebeurt zonder hulp	4	40	5	16	40	30	77
Familie	78	48	74	52	30	21	8
Personeel	17	16	0	32	33	48	22
Niemand, dus dit lukt me niet	0	2	0	0	<1	5	2
Onmogelijk te beantwoorden	9	0	16	0	2	2	1

Ook wat de begeleiding tijdens het tandartsconsult betreft, valt de grote (gerapporteerde) zelfstandigheid van de jongeren met een mentale beperking terug op: 40% verklaarde zich zelfstandig te kunnen verplaatsen naar het tandartskabinet terwijl dat in de andere subgroepen maar 4 en 5% is. Voor deze vorm van begeleiding werd vooral

beroep gedaan op familie. Bij de volwassenen hadden de personen met een psychiatrische problematiek het minst nood aan begeleiding. De helft van de volwassenen met een mentale en motorische problematiek kon beroep doen op een familielid, terwijl de groep met motorische beperkingen hiervoor vooral kon rekenen op het personeel.

### 3.5.3.3.2 Kwetsbare ouderen

#### 3.5.3.3.2.1 Beschrijving en socio-demografische eigenschappen van de PBN-steekproef kwetsbare ouderen ( $\geq 65$ jaar)

In tabel 3.5.49 worden de socio-demografische eigenschappen van de steekproef personen  $\geq 65$  jaar weergegeven (zie ook 3.5.2.3.2.1). Van de gescreende personen gelijk aan of ouder dan 65 jaar waarbij een klinisch onderzoek werd uitgevoerd, werden er 652 vragenlijsten bekomen. Voor 22 vragenlijsten kon niet achterhaald worden wie de vragenlijst had ingevuld. Een kleine minderheid (9%) van de vragenlijsten werd door de personen gelijk aan of ouder dan 65 zelf ingevuld zonder hulp en 83% met hulp van iemand van de zorgverleners. Voor de overige 8% was de vragenlijst onvolledig ingevuld omdat de persoon niet in staat was, mits hulp, de vragenlijst te voltooien of omwille van weigering tijdens het invullen.

<b>Tabel 3.5.49. Socio-demografische eigenschappen van de PBN-steekproef kwetsbare ouderen (personen <math>\geq 65</math>) jaar</b>				
	<b>Totale steekproef kwetsbare ouderen</b>	<b>Steekproef opgesplitst per leeftijdsgroep</b>		
	<b><math>\geq 65</math> jaar (n=652)</b>	<b>65-79 jaar (n=185)</b>	<b>80-89 jaar (n=366)</b>	<b>&gt;89 jaar (n=101)</b>
<b>Leeftijd (jr)</b>				
Mediaan (Q1-Q3)	83,0 (79,0-88,0)	75,0 (71,0-78,0)	84,0 (82,0-87,0)	92,0 (90,0-96,0)
Gemiddelde (sd)	83,0 (7,7)	74,0 (4,6)	84,4 (2,8)	94,2 (5,7)
<b>Geslacht (%)</b>				
Vrouwen	70,5	55,7	74,3	83,8
Mannen	29,5	44,3	25,7	16,2
<b>Taal van de vragenlijst (%)</b>				
Nederlands	66,1	68,7	65,9	62,4
Frans	33,9	31,4	34,2	37,6
<b>Zorgondersteuning (%)</b>				
Thuiszorg	n=643 32,7			
Woonzorgcentrum	67,3			
<b>Zorggraad (%)</b>				
Categorie O	n=525 33,9			
Categorie A	12,8			
Categorie B	21			
Categorie C	8,6			
Categorie Cd	23,8			
<b>Vragenlijst (%)</b>				
Ingevuld door persoon zelf	n=601 8,8			
Ingevuld met hulp begeleider	83,2			
Geweigerd in te vullen	0,5			
Niet mogelijk in te vullen zelfs niet met hulp	7,5			

## 3.5.3.3.2.2 Subjectieve zorgconsumptie

3.5.3.3.2.2.1 Volledige groep kwetsbare ouderen (personen  $\geq 65$  jaar) en per leeftijdscategorie

Tabel 3.5.50 toont aan dat 20% van de personen  $\geq 65$  jaar aangaven dat ze gedurende het voorbije jaar een raadpleging bij de tandarts hadden gehad. Voor bijna 7 op 10 ouderen was dit meer dan 1 jaar geleden en bij 46% meer dan 5 jaar. Het aandeel personen  $\geq 65$  jaar dat minder dan 1 jaar geleden een tandartsbezoek had, neemt af met de leeftijd terwijl het aandeel personen bij wie dit niet meer te achterhalen was of niet gekend was toeneemt met de leeftijd ( $p=0,028$ ).

Tabel 3.5.50. Laatste raadpleging bij de tandarts in functie van de leeftijd				
	$\geq 65$ (n=609)	65-79 (n=175)	80-89 (n=350)	$>89$ (n=84)
<b>Proportie met laatste tandartsbezoek (%)</b>				
5 jaar geleden of meer	45,8	42,3	46,9	48,8
Minder dan 5 jaar, meer dan 1 jaar geleden	23,2	26,3	22	21,4
Minder dan 1 jaar geleden	20	27,4	17,4	15,5
Onbekend	6,8	2,9	8	9,5
Onmogelijk te achterhalen	4,3	1,1	5,7	4,8

## 3.5.3.3.2.2.2 In functie van zorgafhankelijkheid

Het aandeel personen dat minder dan 1 jaar geleden een tandartsbezoek heeft gehad neemt af naar mate de graad van zorgafhankelijkheid toeneemt ( $p < 0,0001$ ). Bij personen met zware dementie (Cd) was het antwoord op deze vraag in meer dan 30% van de gevallen onbekend of onmogelijk te achterhalen (Tabel 3.5.51).

Tabel 3.5.51. Laatste raadpleging bij de tandarts in functie van de graad van zorgafhankelijkheid					
	O (n=167)	A (n=61)	B (n=106)	C (n=44)	Cd (n=115)
<b>Proportie met laatste tandartsbezoek (%)</b>					
5 jaar geleden of meer	39,5	52,5	53,8	59,1	42,6
Minder dan 5 jaar, meer dan 1 jaar geleden	31,1	21,3	16	18,2	20
Minder dan 1 jaar geleden	26,4	18	17,9	11,4	6,1
Onbekend	3	6,6	10,4	6,9	13,9
Onmogelijk te achterhalen	0	1,6	1,9	4,6	17,4

### 3.5.3.3.2.3 In functie van verblijfsituatie

Het aandeel personen  $\geq 65$  jaar dat minder dan een jaar geleden een tandartsbezoek had, was lager voor personen die in woonzorgcentra verbleven in vergelijking met personen die thuis woonden ( $p < 0,0001$ ). Bij 15,9% van de personen in woonzorgcentra was dit antwoord onbekend of onmogelijk te achterhalen (Tabel 3.5.52).

	Thuis (n=199)	WZC (n=402)
<b>Proportie met laatste tandartsbezoek (%)</b>		
5 jaar geleden of meer	41,2	48,5
Minder dan 5 jaar, meer dan 1 jaar geleden	26,1	21,9
Minder dan 1 jaar geleden	31,2	13,7
Onbekend	1	9,7
Onmogelijk te achterhalen	0,5	6,2

### 3.5.3.3.2.3 Subjectieve behandelneed

#### 3.5.3.3.2.3.1 Volledige groep kwetsbare ouderen (personen $\geq 65$ jaar) en per leeftijdscategorie

Op het moment van het invullen van de vragenlijst had bijna 1 op 3 van de personen  $\geq 65$  jaar een mondprobleem (Tabel 3.5.53). Het aandeel met een mondprobleem was het laagst (20,5%) in de oudste leeftijdsgroep. De verschillen tussen de verschillende leeftijdsgroepen waren niet significant ( $p = 0,583$ ). Voor alle leeftijdsgroepen werden problemen met kauwen en spreken het meest gesignaleerd, gevolgd door een 'ander probleem' en 'pijn'. Voor de groep van  $> 89$  was het in 6% van de gevallen niet te achterhalen of zij een mondprobleem hadden.

	$\geq 65$ (n=602)	65-79 (n=174)	80-89 (n=345)	$> 89$ (n=83)
<b>Proportie (%)</b>				
Mondprobleem	28,2	28,2	30,1	20,5
Pijn*	25,4	26,5	27,2	11,8
Kauwen, spreken (comfort)*	44,4	53,1	35,9	70,6
Uitzicht (esthetiek)*	11,2	12,2	12,6	0
Ander probleem*	29,6	22,5	35	17,7
Onmogelijk te achterhalen	1,8	0	2	5,9

\*Percentage berekend voor aantal personen met mondprobleem; meer dan één probleem kon gemeld worden.

#### 3.5.3.3.2.3.2 In functie van zorgafhankelijkheid

De subjectieve behandelneed was het hoogst (35%) voor personen met zorggraad A en het laagst voor zorggraad Cd ( $p < 0,0001$ ). Het meest vermelde mondprobleem was 'probleem bij kauwen en spreken' (zorggraad A, 52,4%) gevolgd door een 'ander probleem' (zorggraad Cd, 45,8%). Personen met zorggraad A en O rapporteerden het meest frequent pijn (28,6% en 28% respectievelijk) (Tabel 3.5.54).

**Tabel 3.5.54. Subjectieve behandelneed in functie van de graad van zorgafhankelijkheid**

	O (n=166)	A (n=60)	B (n=104)	C (n=43)	Cd (n=113)
<b>Proportie (%)</b>					
Mondprobleem	30,1	35	29,8	23,3	21,2
Pijn*	28	28,6	16,1	20	16,7
Kauwen, spreken (comfort)*	48	52,4	41,9	80	16,7
Uitzicht (esthetiek)*	12	0	19,4	20	12,5
Ander probleem*	30	19,1	32,3	20	45,8
Onmogelijk te achterhalen	2	0	0	0	4,2

### 3.5.3.3.2.3.3 In functie van verblijfsituatie

Bij het vergelijken van het vermelden van een mondprobleem door ouderen in functie van hun verblijfsituatie kan men opmerken dat het aandeel ouderen dat thuis verblijft (31,5%) met een mondprobleem groter is dan het aandeel ouderen in woonzorgcentra (26,5%) ( $p=0,003$ ) met een mondprobleem. Problemen met kauwen en spreken en pijn werden het meest vermeld (Tabel 3.5.55).

**Tabel 3.5.55. Subjectieve behandelneed in functie van de verblijfsituatie**

	Thuis (n=197)	WZC (n=397)
<b>Proportie (%)</b>		
Mondprobleem	31,5	26,5
Pijn*	34,4	20
Kauwen, spreken (comfort)*	47,5	41,9
Uitzicht (esthetiek)*	9,8	12,4
Ander probleem*	27,9	31,4
Onmogelijk te achterhalen	1,6	1,9

### 3.5.3.3.2.3 Drempels voor het beroep doen op de (tandheelkundige) zorgverlening

#### 3.5.3.3.2.3.1 Volledige groep personen $\geq 65$ jaar en per leeftijdsgroep

Uit tabel 3.5.56 blijkt dat bijna 23% van de personen van 65 jaar of ouder aangaf een raadpleging te wensen bij een tandarts. Dit aandeel neemt af met de leeftijd. De verschillen tussen de leeftijdsgroepen waren niet significant ( $p=0,098$ ).

De meest vermelde drempel om beroep te doen op een tandarts was het vervoer naar en van de tandarts. Voor de totale groep blijkt dat 69% van de personen dit probleem aangaven. In de groep van 80-89 loopt dit aandeel op tot bijna 3 op 4 personen. Verder blijken 'andere drempels' invloed te hebben op de toegankelijkheid alsook angst en financiële beperkingen.



**Tabel 3.5.56. Drempels voor het raadplegen van een tandarts per leeftijdscategorie**

Proportie (%)	≥65 (n=598)	65-79 (n=173)	80-89 (n=340)	>89 (n=85)
Wenst een raadpleging bij de tandarts	22,6	29,5	19,7	20
Drempels (%)	210	60	122	28
Angst*	12,4	13,3	11,5	14,3
Financieel*	9,5	16,7	7,4	3,6
Vervoer*	69	58,3	74,6	67,9
Geen geschikte tandarts*	5,3	8,3	3,3	7,1
Andere drempel*	20,5	25	18,9	17,9
Weet het niet	1,9	1,7	1,6	3,6
Onmogelijk te achterhalen	1,9	1,6	1,6	6,7

\*percentage van totaal aantal personen dat aangaf dat er redenen zijn waarom het moeilijk is een tandarts te raadplegen

### 3.5.3.3.2.3.2 In functie van zorgafhankelijkheid

Het aandeel ouderen met de hoogste graad van zorgafhankelijkheid (B,C en Cd) wenste in mindere mate een raadpleging bij de tandarts dan minder zorgafhankelijke ouderen (O en A) ( $p < 0,0001$ ). Zwaar dementerende ouderen rapporteerden het minst frequent (16,5%) dat ze een raadpleging wensten (Tabel 3.5.57).

**Tabel 3.5.57. Drempels voor het raadplegen van een tandarts per graad van zorgafhankelijkheid**

Proportie (%)	O (n=159)	A (n=60)	B (n=105)	C (n=44)	Cd (n=115)
Wenst een raadpleging bij de tandarts	24,5	30	21	20,5	16,5
Drempels (%)	(n=42)	(n=25)	(n=41)	(n=19)	(n=42)
Angst*	21,4	8	17,1	5,3	4,8
Kosten*	7,1	8	14,6	5,3	9,5
Vervoer*	59,5	80	63,4	84,2	61,9
Geen geschikte tandarts*	7,1	12	2,4	10,5	0
Andere drempel*	14,3	16	26,8	5,3	33,3
Weet het niet	0	0	0	0	4,8
Onmogelijk te achterhalen	4,6	0	4,9	5,3	0

\*percentage van totaal aantal personen dat aangaf dat er redenen zijn waarom het moeilijk is een tandarts te raadplegen

### 3.5.3.3.2.3.3 In functie van verblijfsituatie

Uit tabel 3.5.58 valt af te leiden dat meer dan 1 op 4 van de ouderen die thuis verblijven een raadpleging bij de tandarts wensten en 1 op 5 van de bewoners van een woonzorgcentrum ( $p < 0,0001$ ). Problemen met vervoer bleken voor ouderen in de thuissituatie in 78% van de gevallen een belangrijke drempel, voor ouderen in woonzorgcentra was dit zo in bijna 2 op 3 (64,4%) van de gevallen. Twaalf procent van de ouderen in woonzorgcentra rapporteerden 'kosten' als een belangrijke drempel, terwijl dit aandeel voor ouderen thuis maar 5,5% bedroeg.

**Tabel 3.5.58. Drempels voor het raadplegen van een tandarts in functie van verblijfsituatie**

Proportie (%)	Thuis (n=189)	WZC (n=401)
Wenst een raadpleging bij de tandarts	26,5	20,2
<b>Drempels (%)</b>	<b>(n=73)</b>	<b>(n=135)</b>
Angst*	13,7	11,1
Kosten	5,5	11,9
Vervoer*	78,1	64,4
Geen geschikte tandarts*	9,6	3
Andere drempel*	5,6	25,9
Weet het niet	2,7	1,5
Onmogelijk te achterhalen	1,4	1,5

\*percentage van totaal aantal personen dat aangaf dat er redenen zijn waarom het moeilijk is een tandarts te raadplegen

### 3.5.3.3.2.4 Organisatie van het tandartsbezoek

#### 3.5.3.3.2.4.1 Volledige groep >65 jaar en per leeftijdsgroep

Tabel 3.5.59 geeft aan dat het aandeel personen dat zelf een afspraak maakt bij de tandarts zonder hulp afneemt met de leeftijd en minder dan 24% bedraagt voor de totale groep ouderen. De verschillen tussen de leeftijdsgroepen waren significant ( $p=0,03$ ). Voor het maken van een afspraak bij de tandarts doen ouderen vooral beroep op hun partner, familie of een kennis. Voor ouderen van meer dan 89 jaar oud is dit het geval voor bijna 54% van de gevallen. In iets meer dan 1 op 4 van de gevallen zijn deze ouderen aangewezen op een zorgverlener. Verder blijkt dat de partner, familie of kennis nog belangrijker wordt om zich te verplaatsen naar de tandarts. Voor de totale groep ouderen loopt dit percentage op tot 51%. Een gelijkaardige trend kan vastgesteld worden voor de begeleiding tijdens het tandartsbezoek (53%).

**Tabel 3.5.59. Organisatie van een tandartsbezoek per leeftijdsgroep**

	≥65	65-79	80-89	>89
<b>Op wie kan u beroep doen om een afspraak aan te vragen bij de tandarts?</b>				
Geen antwoord (n)	26 (n=597)	6 (n=171)	16 (n=342)	4 (n=84)
Persoon zelf zonder hulp (%)	23,8	26,9	24,6	14,3
Partner,familie,kennis (%)	44,2	44,4	41,8	53,6
Zorgverlener (%)	26,3	29,2	24,9	26,2
Niemand, dus dit lukt me niet (%)	2	1,8	2,6	0
Ik weet het niet (%)	2,2	0,6	2,9	2,4
Onmogelijk in te vullen (%)	6,4	2,3	8,5	6
<b>Op wie kan u beroep doen om u naar de tandarts te verplaatsen?</b>				
Geen antwoord (n)	34 (n=589)	6 (n=171)	23 (n=335)	5 (n=83)
Persoon zelf zonder hulp (%)	17,5	24,6	18,8	9,6
Partner,familie,kennis (%)	50,9	48,5	50,2	59
Zorgverlener (%)	22,8	25,2	21,5	22,9
Niemand, dus dit lukt me niet (%)	2,7	1,8	3,6	1,2
Ik weet het niet (%)	3,9	2,3	4,5	4,8
Onmogelijk in te vullen (%)	5,8	1,8	7,8	6

**Tabel 3.5.59. (vervolg) Organisatie van een tandartsbezoek per leeftijdsgroep**

	≥65	65-79	80-89	>89
<b>Op wie kan u beroep doen om u te begeleiden tijdens een tandartsbezoek?</b>				
Geen antwoord (n)	38 (n=585)	6 (n=171)	27 (n=331)	5 (n=83)
Persoon zelf zonder hulp (%)	20,2	26,9	18,4	13,3
Partner,familie,kennis (%)	53	50,3	52,3	61,5
Zorgverlener (%)	18,8	20,5	17,5	20,5
Niemand, dus dit lukt me niet (%)	2,2	2,3	2,7	0
Ik weet het niet (%)	4,1	2,9	4,8	3,6
Onmogelijk in te vullen (%)	5,8	1,8	8,2	4,8

\*meerdere antwoorden mogelijk

### 3.5.3.3.2.4.2 In functie van zorgafhankelijkheid

Voor het interpreteren van de resultaten dient in acht genomen te worden dat in 1 op 5 van de gevallen het niet mogelijk was antwoorden te bekomen van personen met zware dementie (zorggraad Cd). Mogelijks kan het aandeel ouderen dat beroep dient te doen op hulp van de partner, familie, kennis of zorgverlener in werkelijkheid nog groter zijn.

Uit de tabel 3.5.60 blijkt duidelijk dat hoe meer zorgafhankelijk men wordt hoe meer men beroep kan doen op de zorgverleners om een afspraak aan te vragen bij de tandarts ( $p < 0,0001$ ), om zich naar de tandarts te verplaatsen ( $p < 0,0001$ ) of om zich te laten begeleiden tijdens de raadpleging ( $p < 0,0001$ ).

Algemeen kan gesteld dat het aandeel ouderen, dat van oordeel was dat de organisatie van een tandartsbezoek (afspraak maken, verplaatsing en begeleiding) niet lukt omdat men op geen hulp van anderen kan rekenen, eerder laag was (<1,3%).

**Tabel 3.5.60. Organisatie van een tandartsbezoek in functie van zorgafhankelijkheid**

	O	A	B	C	Cd
<b>Op wie kan u beroep doen om een afspraak aan te vragen bij de tandarts?</b>					
Geen antwoord (n)	2 (n=166)	1 (n=61)	2 (n=105)	0 (n=44)	18 (n=104)
Persoon zelf zonder hulp (%)	36,1	13,1	10,5	6,8	0
Partner,familie,kennis (%)	49,4	55,7	49,5	45,5	39,4
Zorgverlener (%)	14,5	29,5	39,1	40,9	42,3
Niemand, dus dit lukt me niet (%)	1,2	1,6	0	2,3	1,9
Ik weet het niet (%)	0	1,6	2,9	2,3	5,8
Onmogelijk in te vullen (%)	1,2	1,6	3,8	6,8	22,1
<b>Op wie kan u beroep doen om u naar de tandarts te verplaatsen?</b>					
Geen antwoord (n)	6 (n=162)	1 (n=61)	2 (n=105)	0 (n=44)	19 (n=103)
Persoon zelf zonder hulp (%)	26,5	9,8	2,9	4,6	2,9
Partner,familie,kennis (%)	58	62,3	58,1	54,6	39,8
Zorgverlener (%)	14,8	26,2	31,4	25	35,9
Niemand, dus dit lukt me niet (%)	0,6	0	1	9,1	1,9
Ik weet het niet (%)	0	3,3	8,6	4,6	7,8
Onmogelijk in te vullen (%)	1,9	1,6	1,9	6,8	20,4

**Tabel 3.5.60. (vervolg) Organisatie van een tandartsbezoek in functie van zorgafhankelijkheid**

	O	A	B	C	Cd
<b>Op wie kan u beroep doen om u te begeleiden tijdens een tandartsbezoek?</b>					
Geen antwoord (n)	7 (n=161)	2 (n=60)	3 (n=104)	0 (n=44)	20 (n=102)
Persoon zelf zonder hulp (%)	31,1	11,7	7,7	4,6	2
Partner,familie,kennis (%)	55,3	66,7	62,5	59,1	48
Zorgverlener (%)	11,2	20	23,1	25	32,4
Niemand, dus dit lukt me niet (%)	1,2	0	0	6,8	1
Ik weet het niet (%)	0,6	5	8,7	4,6	6,9
Onmogelijk in te vullen (%)	1,9	1,7	2,9	4,6	20,6

\*meerdere antwoorden mogelijk

### 3.5.3.3.2.4.3 In functie van verblijfsituatie

Uit tabel 3.5.61 blijkt duidelijk dat ouderen in woonzorgcentra veel meer afhankelijk zijn van derden om een afspraak bij de tandarts aan te vragen ( $p < 0,0001$ ), om zich naar de tandarts te verplaatsen ( $p < 0,0001$ ) of zich te laten begeleiden ( $p < 0,0001$ ). Het aandeel dat zelf in staat was om zonder hulp een afspraak te maken bedroeg voor de ouderen in woonzorgcentra 8,2% en voor ouderen thuis 54,6%. Voor verplaatsing of begeleiding waren deze percentages (7,2% en 8,6%) voor ouderen in woonzorgcentra en (36,9% en 42,8%) voor ouderen in de thuissituatie. Hieruit blijkt dat voor beide groepen hulp bij het verplaatsen het meest nodig was. Ouderen die thuis verbleven gaven aan in 57% van de gevallen beroep te doen op partner, familie, kennis of zorgverleners en voor ouderen in woonzorgcentra was dit zo in 82,5% van de gevallen.

**Tabel 3.5.61. Organisatie van een tandartsbezoek per verblijfsituatie**

	thuis	wzc
<b>Op wie kan u beroep doen om een afspraak aan te vragen bij de tandarts?</b>		
Geen antwoord (n)	3 (n=198)	22 (n=391)
Persoon zelf zonder hulp (%)	54,6	8,2
Partner,familie,kennis (%)	36,4	48,9
Zorgverlener (%)	5,1	36,3
Niemand, dus dit lukt me niet (%)	2	2,1
Ik weet het niet (%)	0	3,3
Onmogelijk in te vullen (%)	3,5	7,9
<b>Op wie kan u beroep doen om u naar de tandarts te verplaatsen?</b>		
Geen antwoord (n)	6 (n=195)	25 (n=388)
Persoon zelf zonder hulp (%)	36,9	7,2
Partner,familie,kennis (%)	46,7	53,6
Zorgverlener (%)	10,3	28,9
Niemand, dus dit lukt me niet (%)	2,6	2,8
Ik weet het niet (%)	0,5	5,7
Onmogelijk in te vullen (%)	3,6	7

**Tabel 3.5.61. (vervolg) Organisatie van een tandartsbezoek per verblijfsituatie**

	thuis	wzc
<b>Op wie kan u beroep doen om u te begeleiden tijdens een tandartsbezoek?</b>		
Geen antwoord (n)	7 (n=194)	28 (n=385)
Persoon zelf zonder hulp (%)	42,8	8,6
Partner,familie,kennis (%)	44,9	57,7
Zorgverlener (%)	6,7	24,4
Niemand, dus dit lukt me niet (%)	2,1	2,3
Ik weet het niet (%)	0,5	6
Onmogelijk in te vullen (%)	3,6	7

\*meerdere antwoorden mogelijk

### 3.5.3.4 Samenvatting

#### 3.5.3.4.1 Personen met beperkingen

De vragenlijsten werden door 144 jongeren ( $\leq 21$  jaar) en 675 volwassenen ( $>21$  jaar en  $< 65$  jaar) ingevuld. Slechts een minderheid van de vragenlijsten werd door de personen met beperkingen zélf ingevuld, zonder assistentie (9% van de jongeren en 14% van de volwassenen).

Zestig procent van de jongeren en 54% van de volwassenen rapporteerden dat ze het afgelopen jaar naar de tandarts waren gegaan voor raadpleging of behandeling. Bij 21-24% was het meer dan 1 jaar geleden, maar nog geen 5 jaar en bij 8-13% was het 5 jaar of meer geleden.

Op de dag van het invullen van de vragenlijst had 29% van de jongeren en 35% van de volwassenen een probleem in de mond. Van die jongeren die een probleem rapporteerden, had 23% pijn, 15% een probleem met comfort (bv. kauwen, spreken), 38% een probleem met esthetiek en 36% een ander niet nader bepaald probleem; de respectieve percentages voor de volwassenen waren 33%, 30%, 22% en 33%.

Van de jongeren (n=128) gaf 48% aan dat ze graag een tandarts zouden consulteren; voor 8% was het niet mogelijk die wens te achterhalen. Bij de volwassenen zei 42% dat ze naar de tandarts zouden willen gaan en voor 4% was het niet mogelijk die vraag te beantwoorden.

Drieëndertig procent van de jongeren had een probleem om een tandarts te raadplegen (Tabel 3.5.45); 38% van hen gaf aan heel veel angst te hebben en voor 14% van hen was er een financieel probleem. Van de volwassenen had tweevijfden een probleem om de tandarts te consulteren; 37% van hen had heel veel angst en 29% vond het te duur. Transportproblemen werden gesignaleerd door 7% van de jongeren en 29% van de volwassenen; 14% van de jongeren en 7% van de volwassenen hadden geen geschikte tandarts.

Zeventien procent van de jongeren en 35% van de volwassenen konden zelfstandig een afspraak maken bij de tandarts; 69% van de jongeren deed hiervoor beroep op familie en 21% op een begeleider (personeel). Bij de volwassenen rekende 26% hiervoor op de hulp van een familielid en 39% op een begeleider.

Vijfenzestig procent van de jongeren verplaatste zich naar de tandarts met de hulp van familie, terwijl dat bij de volwassenen maar 25% was. Negentien procent van de jongeren kon zich zonder hulp verplaatsen en 18% kon rekenen op een begeleider; de respectieve proporties voor de volwassenen waren 42% en 34%.

Voor de begeleiding tijdens het tandartsconsult kon 63% van de jongeren beroep doen op familie en 16% op een begeleider; 23% gaf aan dat ze dat zonder hulp konden. Een kwart van de volwassenen kon rekenen op een familielid voor de begeleiding in het tandartskabinet, een derde op het personeel en ruim twee vijfden kon het zonder hulp.

### 3.5.3.4.2 Kwetsbare ouderen

Personen van 65 jaar of ouder hebben nauwelijks de gewoonte jaarlijks een tandarts te bezoeken. Voor bijna 7 op 10 ouderen was het meer dan 1 jaar geleden dat men een tandarts bezocht en bij 46% meer dan 5 jaar. Hoe meer zorgafhankelijk een oudere persoon is hoe minder de persoon jaarlijks een tandarts bezoekt. Ouderen die in woonzorgcentra verblijven gaan minder naar de tandarts in vergelijking met ouderen in de thuissituatie.

Bijna 1 op 3 van de bevroegde steekproef personen van 65 jaar of ouder had op het moment van het invullen van de vragenlijst een mondprobleem. Problemen bij kauwen en spreken werden het meest frequent vermeld. De subjectieve behandelneed is het hoogst voor personen met zorggraad A en het laagst voor zorggraad Cd.

Eén op 4 van de personen van 65 jaar of ouder geeft aan een raadpleging te wensen bij een tandarts en dit aandeel neemt af met de leeftijd. De meest vermelde drempel om beroep te doen op een tandarts is het vervoer naar en van de tandarts. Dit werd door bijna 1 op 7 van de bevroegde personen aangegeven en in de groep van 80-89 loopt dit aandeel op tot bijna 75%. Hoe meer zorgafhankelijk men is hoe minder men beroep doet op een tandarts.

Minder dan 1 op 4 van de personen van 65 jaar of ouder regelt zelf de afspraak bij de tandarts, heeft geen hulp nodig om naar de tandarts te gaan en heeft geen begeleiding nodig tijdens het bezoek. Indien hulp nodig is dan doet men in eerste instantie beroep op de partner, familie of kennis en dan op de zorgverlener. Hoe zorgafhankelijker de oudere persoon wordt, hoe meer beroep gedaan wordt op de zorgverleners om een afspraak aan te vragen bij de tandarts, om zich naar de tandarts te verplaatsen of om zich te laten begeleiden tijdens de raadpleging. Voor het begeleiden is dit aandeel ongeveer de helft.

## Referenties

De Visschere L: The development and application of an oral health care model for institutionalised older people. PhD, Academia Press, Scientific Publishers 9000 Gent, 2010.

Dougall A, Fiske J: Access to special care dentistry, part 1. Access. Br Dent J 2008;204:605-616.

### 3.5.4 Beschrijvende gegevens van de tandheelkundige en medische verleende zorg

Voor deze studie werd een gelegenheidssteekproef personen met beperkingen en kwetsbare ouderen geselecteerd zoals omschreven in hoofdstuk 3.5.2.2. Van deze effectief onderzochte personen werden individuele gegevens (verleende medische en tandheelkundige zorgen gedurende de periode 2002-2008) opgevraagd via het IMA aan de hand van hun rijksregisternummer.

#### 3.5.4.1 Materiaal en Methodes

De hieronder beschreven gegevens komen overeen met de gegevens van de permanente steekproef zoals omschreven in hoofdstuk 3.4.

#### 3.5.4.2 Resultaten

##### 3.5.4.2.1 Personen met beperkingen

###### 3.5.4.2.1.1 Socio-demografische beschrijving van de (beperkte) steekproef

Zoals uit voorgaande is duidelijk geworden, is de steekproef die hier beschreven wordt, beperkter in omvang dan de oorspronkelijke PBN-steekproef gezien niet voor alle respondenten het rijksregister tijdig kon bekomen worden, waardoor de medische en tandheelkundige consumptiegegevens ook niet konden opgevraagd worden.

Zoals in Tabel 3.5.4 werd samengevat, namen er 169 jongeren ( $\leq 21$  jaar) en 707 volwassenen ( $> 21$  jaar) deel aan de studie; van het merendeel van die mensen werden zowel klinische als vragenlijst gegevens verzameld. Van 122 jongeren (72%) werden er eveneens medische en tandheelkundige consumptiegegevens verkregen. Twee vijfde van deze groep waren vrouwen; 30% van hen vulde een Franstalige vragenlijst in. Medische en tandheelkundige consumptiegegevens waren ook beschikbaar voor 439 volwassenen (62%). Ook hier waren de mannen in de meerderheid (60%); 19% van hen waren Franstalig.

Zoals uit Tabel 3.5.62 kan afgeleid worden, had 6 à 17% van de jongeren het WIGW-statuut en 4 à 7% het Omnio-statuut; in de permanente steekproef waren de respectieve proporties 19-23% en 3-5%. Afhankelijk van het observatiejaar genoot 39 à 58% van de jongeren van een verhoogde kinderbijslag; percentages die beduidend lager liggen dan die opgetekend in de permanente steekproef (98-99%).

Meer dan de helft van de volwassenen (56-66%) met een beperking had het WIGW-statuut en minder dan 1% het Omnio-statuut; in de permanente steekproef waren de respectieve proporties 83-86% en  $<1\%$ .

<b>Tabel 3.5.62. Socio-demografische eigenschappen</b>		
<b>Periode 2002-2008</b>	<b>Personen <math>\leq 21</math> jaar (n=122)</b>	<b>Personen <math>&gt; 21</math> jaar (n=439)</b>
Vrouwen (%)	40	40
Nederlandstalig (%)	70	81
WIGW statuut (%)	6 - 17	56 - 66
Omnio statuut (2007-08) (%)	4 - 7	0,46
Verhoogde kinderbijslag	39 - 58	nvt
Medische erkenning integratietegemoetkoming (%)	nvt	44 - 55
Uitkering hulp van derden (%)	nvt	0,5 - 1
Verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp van derden (%)	nvt	1 - 4*
Forfaitaire tegemoetkoming hulp van derden (%)	nvt	0,23 - 3*
Effectieve betaling integratietegemoetkoming en/of inkomensvervangende tegemoetkoming en/of tegemoetkoming hulp aan bejaarden (%)	nvt	60 - 79
Invaliditeit	6 - 17	50 - 61

\* Sinds 1.1.2007 werd de wetgeving gewijzigd en werd de 'forfaitaire tegemoetkoming wegens hulp van derden' ingevoerd die de vroegere 'uitkering wegens hulp van derden' vervangt. Vandaar de grote variatie in beide prevalentiecijfers. Nvt: niet van toepassing.

Van de groep volwassenen met beperkingen had 44 à 55% in de periode 2002-2008 een "medische erkenning voor een integratietegemoetkoming", 0,5 à 1% had een "uitkering hulp van derden", 1 à 4% had een "verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp van derden" en 0,23 à 3% had een "forfaitaire tegemoetkoming hulp van derden". De respectieve proporties die opgetekend werden in de permanente steekproef waren 87 à 90%, 1 à 3%, 6 à 15% en 5 à 14%. Aan 60 à 79% van de volwassenen met beperkingen werd ook een effectieve betaling van een integratietegemoetkoming en/of een inkomensvervangende tegemoetkoming en/of een tegemoetkoming hulp aan bejaarden geregistreerd; 50 à 61% van de volwassenen waren in de periode 2002-08 invalide. De respectieve proporties die opgetekend werden in de permanente steekproef waren 80 à 84% en 72 à 77%.

### 3.5.4.2.1.2 Tandheelkundige zorgconsumptie

#### 3.5.4.2.1.2.1 Personen jonger of gelijk aan 21 jaar

Voor het merendeel van de kinderen, jongeren en jong-volwassenen met beperkingen werd in de periode 2002-2008 tenminste één tandheelkundige behandeling terugbetaald door het ziekenfonds (93%; permanente steekproef: 95%) (Tabel 3.5.63). Ongeveer twee vijfden van deze leeftijdsgroep (41%) had een "regelmatig" contact met de tandarts

(gedefinieerd als tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren); in de permanente steekproef was dat 49%. Consultaties door de tandarts aan huis worden in de periode 2002-2008 zelden geregistreerd (0 à 4%), wat ook in de permanente steekproef het geval was (0,5 à 1%).

**Tabel 3.5.63. Tandheelkundige zorgconsumptie - Personen ≤ 21 jaar**

Periode 2002-2008	PBN steekproef n=122 (%)	Permanente steekproef (Jongeren met beperkingen) n=326 (%)
Contact met tandarts	93	95
Regelmatig contact met tandarts*	41	49
Urgente tandheelkundige zorg	65	56
Consultatie stomatoloog	39	48
Intra-orale radiografie	28	34
Tandverzegeling	9	9
Professionele gebitsreiniging	16	23
Vulling van 1 tandvlak	37	40
Vulling van >1 tandvlak	44	47
Endodontische behandeling melktand	3	1
Endodontische behandeling definitieve tand	6	8
Orthodontisch consult	9	14
Orthodontische behandeling	10	15
Extracties en beperkte chirurgische ingrepen	7	7

\*Regelmatig contact: minstens in 4 van de 7 observatiejaren werd een tandheelkundige prestatie geregistreerd

Urgente tandheelkundige zorg werd verleend aan 65% van de jongeren van de PBN-steekproef, terwijl dat in de permanente steekproef 56% was. In beide groepen werd in de periode 2002-2008 nooit een urgente stomatologische behandeling geattesteerd. De stomatoloog werd door 39% van de jongeren van de PBN-steekproef geconsulteerd, terwijl dat in de permanente steekproef voor 48% van de jongeren het geval was.

Intra-orale (zowel als extra-orale) radiografische opnamen werden in beide groepen slechts bij een derde (28% en 34%) van de jongeren geattesteerd.

Wat preventieve zorgen betreft, is er geen verschil te zien in het verzegelen van putjes en groeven tussen beide groepen (9%). Wel werden professionele gebitsreinigingen bij meer jongeren van de permanente steekproef (23%) geattesteerd dan bij jongeren van de PBN-steekproef (16%).

Eénvlaksvullingen en meervlaksvullingen werden ongeveer even frequent geattesteerd bij jongeren van de PBN-steekproef (37% en 44% respectievelijk) als bij jongeren van de permanente steekproef (40% en 47% respectievelijk). Endodontische behandelingen van melktanden (pulpotomieën) en van definitieve tanden werden slechts bij een minderheid van de jongeren van de PBN-steekproef geattesteerd (3% en 6% respectievelijk), wat ook voor de jongeren van de permanente steekproef het geval was (1% en 8% respectievelijk).

Een orthodontisch consult en orthodontische behandeling werden bij minder jongeren van de PBN-steekproef (9% en 10% respectievelijk) geregistreerd dan bij jongeren van de permanente steekproef (14% en 15% respectievelijk).

#### 3.5.4.2.1.2.2 Personen ouder dan 21 jaar (en jonger dan 65 jaar)

Ook voor het gros van de volwassenen met beperkingen werd in de periode 2002-2008 tenminste één tandheelkundige behandeling terugbetaald door het ziekenfonds (93%; permanente steekproef: 88%) (Tabel 3.5.64). De helft van de



volwassenen van de PBN-steekproef (54%) had een “regelmatig” contact met de tandarts (d.i. tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren), wat hoger is dan het percentage dat opgetekend werd voor de volwassenen van de permanente steekproef (42%).

Urgente tandheelkundige zorg werd ongeveer even veel geregistreerd voor de volwassenen van de PBN-steekproef (51%) als voor de volwassenen van de permanente steekproef (49%); in beide groepen werd in de periode 2002-2008 nooit een urgente stomatologische behandeling geattesteerd. De stomatoloog werd ongeveer even frequent geconsulteerd door volwassenen van de PBN-steekproef (44%) als door de volwassenen van de permanente steekproef (42%).

<b>Tabel 3.5.64. Tandheelkundige zorgconsumptie - Personen &gt; 21 jaar</b>		
<b>Periode 2002-2008</b>	<b>PBN steekproef n=439 (%)</b>	<b>Permanente steekproef (Volwassenen met beperkingen) n=1221 (%)</b>
Contact met tandarts	93	88
Regelmatig contact met tandarts*	54	42
Urgente tandheelkundige zorg	51	49
Consultatie stomatoloog	44	42
Intra-orale radiografie	47	40
Preventief mondonderzoek	28	22
Professionele gebitsreiniging	47	37
Vulling van 1 tandvlak	42	29
Vulling van >1 tandvlak	64	48
Endodontische behandeling definitieve tand	19	17
Extracties en beperkte chirurgische ingrepen	8	8
Partiële uitneembare gebitsprothese	7	7
Volledige uitneembare gebitsprothese	4	5

\*Regelmatig contact: minstens in 4 van de 7 observatiejaren werd een tandheelkundige prestatie geregistreerd

Intra-orale (zowel als extra-orale) radiografische opnamen werden in beide groepen slechts bij minder dan de helft van de volwassenen (47% en 40%) geattesteerd.

Wat preventieve zorgen betreft, werd een preventief mondonderzoek bij meer volwassenen van de PBN-steekproef (28%) dan bij volwassenen van de permanente steekproef (22%) geattesteerd. Ook professionele gebitsreinigingen werden meer uitgevoerd bij volwassenen van de PBN-steekproef (47%) dan bij volwassenen van de permanente steekproef (37%).

Ook éénvlaksvullingen en meervlaksvullingen werden bij meer volwassenen van de PBN-steekproef (42% en 64% respectievelijk) geattesteerd dan bij volwassenen van de permanente steekproef (29% en 48% respectievelijk).

Wat endodontische behandelingen van definitieve tanden (19 vs 17%) en extracties en beperkte chirurgische ingrepen betreft (8% in beide groepen) waren de cijfers vergelijkbaar. Ook partiële en volledige gebitsprothesen en herstellingen van uitneembare prothesen werden ongeveer even vaak geattesteerd bij volwassenen van de PBN-steekproef (7, 4 en 4% respectievelijk) als bij volwassenen van de permanente steekproef (7, 5 en 8% respectievelijk).

### 3.5.4.2.1.3 Medische zorgconsumptie

#### 3.5.4.2.1.3.1 Personen jonger of gelijk aan 21 jaar

Voor bijna alle kinderen, jongeren en jongvolwassenen van zowel de PBN-steekproef als de permanente steekproef werd in de periode 2002-2008 tenminste één medische behandeling terugbetaald door het ziekenfonds (98% en 100%) (Tabel 3.5.65). Ongeveer evenveel jongeren van de PBN-steekproef (84%) als de permanente steekproef (86%) hadden ook een “regelmatig” contact met een arts (gedefinieerd als tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren).

Periode 2002-2008	PBN-steekproef n=122 (%)	Permanente steekproef (Jongeren met beperkingen) n=326 (%)
Contact met een arts	98	100
Regelmatig contact met een arts*	84	86
Consultatie huisarts in praktijk	89	91
Bezoek van huisarts aan huis of in voorziening	66	72
Consultatie specialist in praktijk of ziekenhuis	91	88
Urgente consultatie huisarts	52	49
Urgente consultatie specialist	86	93

\*Regelmatig contact: minstens in 4 van de 7 observatiejaren werd een medische prestatie geregistreerd

Er waren geen grote verschillen tussen beide groepen wat een consultatie bij de huisarts betreft (89% en 91%), terwijl meer huisbezoeken van de huisarts geattesteerd werden bij de jongeren van de de permanente steekproef (72%) dan bij de jongeren van de PBN-steekproef (66%). Ongeveer evenveel jongeren van beide groepen (91% en 88%) raadpleegden een specialist in de periode 2002 – 2008; consultaties door een specialist aan huis werden zelden geregistreerd voor zowel de jongeren van de de permanente steekproef (3%) als voor de jongeren van de de PBN-steekproef (1%). Een specialist werd door 75% van de jongeren van de PBN-steekproef 3 keer of meer geconsulteerd in de periode 2002-2008; de respectieve proportie voor de jongeren van de permanente steekproef was 72%.

Urgente algemeen medische zorg werd bij de helft van de jongeren van de PBN-steekproef en van de de permanente steekproef geattesteerd (52% en 49% respectievelijk); urgente specialistische zorgen werden duidelijk meer geattesteerd (86% en 93% respectievelijk).

#### 3.5.4.2.1.3.2 Personen ouder dan 21 jaar (en jonger dan 65 jaar)

Voor bijna alle volwassenen tussen 21 en 65 jaar – zowel van de PBN-steekproef als van de permanente steekproef – werd in de periode 2002-2008 tenminste één medische behandeling terugbetaald door het ziekenfonds (98%); 73% van hen had minstens in 4 van de 7 observatiejaren een contact met een arts (Tabel 3.5.66).

**Tabel 3.5.66. Medische zorgconsumptie - Personen > 21 jaar**

Periode 2002-2008	PBN steekproef n=439 (%)	Permanente steekproef (Volwassenen met beperkingen) n=1221 (%)
Contact met een arts	98	98
Regelmatig contact met een arts*	73	73
Consultatie huisarts in praktijk	86	76
Huisbezoek van huisarts	71	73
Consultatie specialist	76	76
Urgente consultatie huisarts	52	49
Urgente consultatie specialist	85	83

\*Regelmatig contact: minstens in 4 van de 7 observatiejaren werd een medische prestatie geregistreerd

Voor 86% van de volwassenen van de PBN-steekproef werd een consultatie in het kabinet van de huisarts geregistreerd; het respectievelijk percentage voor de volwassenen van de permanente steekproef was 76%. Bij zeven op tien van de volwassenen van de PBN-steekproef (71%) en de permanente steekproef (73%) kwam de huisarts in de periode 2002-2008 minstens één keer aan huis (of in de voorziening). Ruim drie vierde van de volwassenen van de PBN-steekproef (76%) en de permanente steekproef (76%) consulteerden in dezelfde periode een medisch specialist.

Bij de helft van de volwassenen van de PBN-steekproef (52%) en de permanente steekproef (49%) werd de huisarts urgent geconsulteerd; urgente specialistische zorg werd geattesteerd bij 85% van de volwassenen van de PBN-steekproef en 83% van de volwassenen van de permanente steekproef.

### 3.5.4.2.2 Kwetsbare ouderen

De lijst van personen behorende tot de kwetsbare ouderen waarvoor IMA-gegevens werden opgevraagd werd opgemaakt op basis van de reeds verzamelde en ingevoerde data op 31 augustus 2010. Op dat moment waren enkel gegevens van kwetsbare ouderen die in woonzorgcentra verbleven verzameld en ingegeven. Op basis van deze lijst werden aan de hand van het rijksregisternummer IMA-gegevens (medische en tandheelkundige zorgconsumptiegegevens) bekomen van 313 kwetsbare ouderen. Eén persoon verbleef in de thuisituatie en 312 in een woonzorgcentrum. Voor de rapportage werd enkel rekening gehouden met de groep kwetsbare ouderen (n=312) die in woonzorgcentra verbleven. Het aantal kwetsbare ouderen ( $\geq 65$  jaar) van de volledige PBN-steekproef was gelijk aan 652 personen.

#### 3.5.4.2.2.1 Socio-demografische eigenschappen

Om de vergelijkbaarheid na te gaan van deze deel steekproef kwetsbare ouderen die allen in een woonzorgcentrum verblijven, werden de socio-demografische eigenschappen weergegeven in tabel 3.5.67 samen met de socio-demografische eigenschappen van de personen van 65 jaar of ouder die in een woonzorgcentrum verbleven bekomen uit de permanente steekproef.

Op vlak van leeftijdsverdeling komt het aandeel kwetsbare ouderen van 65 tot 79 jaar oud van dit deel van de PBN-steekproef overeen met de permanente steekproef. Het aandeel personen van 80 tot 89 jaar is in de PBN-steekproef over vertegenwoordigd namelijk 56% versus 48%. Dit is ten koste van de personen die ouder zijn dan 89 jaar met respectievelijke percentages van 15% en 24%.

Het aandeel vrouwen per leeftijdsgroep komt overeen met de deelgroep personen gelijk aan of ouder dan 65 en verblijvend in een woonzorgcentrum van de permanente steekproef voor de leeftijdsgroepen 80 tot 89 jaar en ouder dan 89 jaar.

Het aandeel personen van dit deel van de PBN-steekproef dat een 'WIGW statuut' had of een 'toelage voor hulp aan ouderen' genoot, was voor alle leeftijdsgroepen lager in vergelijking met de permanente steekproef ( $\geq 65$  jaar). Het aandeel personen van de gedeeltelijke PBN-steekproef dat 'recht had op een gewaarborgd inkomen' was voor de leeftijdsgroepen 65-79 en 80-89 gelijk terwijl dit aandeel in de oudste leeftijdsgroep ( $>89$  jaar) groter was, namelijk 17% tov van 10%.

Van deze gedeeltelijke PBN-steekproef had niemand 'recht op hulp van het OCMW' en geen enkele persoon had een 'OMNIO-statuu't'. Voor de doelgroep ouderen ( $\geq 65$  jaar) van de permanente steekproef waren deze beide percentages lager dan 0,1%.

Het aandeel personen van 65 jaar of ouder dat genoot van een 'Uitkering hulp van derden' of 'Verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp aan derden' of 'Forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden' was kleiner dan 1%. Voor de personen van 65 jaar of ouder van de permanente steekproef waren deze percentages kleiner dan 2,1%. Omwille van deze lage percentages werden deze gegevens niet vermeld in de tabel.

Als algemeen besluit dient gesteld te worden dat de socio-demografische gegevens van de groep kwetsbare ouderen ( $\geq 65$  jaar) van de gedeeltelijke PBN steekproef en verblijvend in een woonzorgcentrum niet overeenkomen met de socio-demografische gegevens van de groep kwetsbare ouderen ( $\geq 65$  jaar) van de permanente steekproef.

**Tabel 3.5.67. Socio-demografische eigenschappen voor personen van  $\geq 65$  jaar van de permanente steekproef en deel PBN steekproef (referentiejaar 2005)**

	Permanente steekproef ouderen in woonzorgcentra (2005)*		Deel PBN steekproef kwetsbare ouderen (2005)*	
<b>Aantal</b>				
$\geq 65$	8.335		308	
	aantal	(%)	aantal	(%)
65 - 79	2381	(29)	90	(29)
80 - 89	3980	(48)	171	(55)
$>89$	1974	(24)	47	(16)
<b>Aandeel vrouwen</b>	%		%	
65 - 79	64		60	
80 - 89	75		75	
$>89$	84		85	
<b>65 - 79</b>				
WIGW	98		74	
Toelage voor hulp aan ouderen	22		4	
Recht op gewaarborgd inkomen	8		8	
<b>80 - 89</b>				
WIGW	98		87	
Toelage voor hulp aan ouderen	28		14	
Recht op gewaarborgd inkomen	7		8	
<b><math>&gt;89</math></b>				
WIGW	97		79	
Toelage voor hulp aan ouderen	32		21	
Recht op gewaarborgd inkomen	10		17	

### 3.5.4.2.2.2 Tandheelkundige zorgconsumptie

Hiernavolgende gegevens zijn louter illustratief. Een vergelijking met de gegevens van de permanente steekproef is niet relevant omdat de socio-demografische gegevens van deze groep kwetsbare ouderen niet overeenkomt met die van de permanente steekproef.

Voor een merendeel van de personen van 65 jaar of ouder werd in de periode 2002-2008 tenminste één tandheelkundige behandeling terugbetaald door het ziekenfonds. Dit aandeel was het laagst (85%) voor de oudste leeftijdsgroep (Tabel 3.5.63). Minder dan 1 op 5 van de personen van 65 tot 79 jaar had een regelmatig contact met de tandarts (dwz. tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren). Urgente tandheelkundige zorg werd het meest verleend, terwijl alle andere vormen van tandheelkundige zorg in minder dan 25% van de gevallen werden geattesteerd.

**Tabel 3.5.68. Tandheelkundige zorgconsumptie voor personen  $\geq 65$  voor de 3 leeftijdsgroepen verblijvend in woonzorgcentra**

	65-79	80-89	>89
<b>Periode 2002 - 2008</b>	<b>Deel PBN steekproef (n=91)</b>	<b>Deel PBN steekproef (n=174)</b>	<b>Deel PBN steekproef (n=47)</b>
	%	%	%
Contact met tandarts	95	94	85
Regelmatig contact met tandarts*	21	17	2
Consultatie in tandartspraktijk	44	32	26
Consultatie door tandarts aan huis	3	3	0
Urgente tandheelkundige zorg	81	87	81
Consultatie stomatoloog	37	36	38
Profylactische reiniging	11	10	2
Vulling 1 tandvlak	7	12	4
Vulling > 1 tandvlak	20	21	9
Endo behandeling definitieve tand	6	3	4
Extractie en eenvoudige chirurgische ingrepen	4	8	4
Intra-orale radiografie	24	18	6
Uitneembare partiële gebitsprothese	13	14	6
Uitneembare totale gebitsprothese	20	21	13
Herstelling uitneembare gebitsprothese	20	14	20

\*Regelmatig contact: minstens in 4 van de 7 observatiejaren werd een medische prestatie geregistreerd

### 3.5.4.2.2.3 Medische zorgconsumptie

Hiernavolgende gegevens zijn louter illustratief. Een vergelijking met de gegevens van de permanente steekproef is niet relevant omdat de socio-demografische gegevens van deze groep kwetsbare ouderen niet overeenkomt met die van de permanente steekproef.

Voor de personen van 65 jaar of ouder werd in bijna alle gevallen één raadpleging met een arts terugbetaald voor de periode 2002-2008 (Tabel 3.5.69). Meer dan 90% had regelmatig een contact met een arts (dwz. tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren). Het aandeel personen van 65 jaar of ouder waarvoor een bezoek van een huisarts aan huis of in een voorziening werd terugbetaald was het hoogst in de oudste leeftijdsgroep terwijl het aandeel dat een consultatie had bij de huisarts thuis het hoogst was in de leeftijdsgroep van 65 tot 79 jaar oud.

**Tabel 3.5.69. Medische zorgconsumptie voor personen ≥65 voor de 3 leeftijdsgroepen verblijvend in een woonzorgcentrum**

Periode 2002 - 2008	Deel PBN steekproef (n=91)	Deel PBN steekproef (n=174)	Deel PBN steekproef (n=47)
	65-79	80-89	>89
Contact met een arts	100	99	100
Regelmatig contact met een arts*	98	91	92
Consultatie huisarts in praktijk	97	72	62
Bezoek van huisarts aan huis of in voorziening	74	97	98
Consultatie specialist in praktijk of ziekenhuis	80	84	66
Urgente consultatie huisarts	58	70	58
Urgente consultatie specialist	85	87	83

### 3.5.4.3 Samenvatting

#### 3.5.4.3.1 Personen met beperkingen

Zoals uit voorgaande is duidelijk geworden, is de steekproef die hier beschreven wordt, beperkter in omvang dan de oorspronkelijke PBN-steekproef gezien niet voor alle respondenten het rijksregister tijdig kon bekomen worden.

Voor het merendeel van de kinderen, jongeren en jong-volwassenen met beperkingen werd in de periode 2002-2008 tenminste één tandheelkundige behandeling terugbetaald door het ziekenfonds. Ongeveer twee vijfden van deze leeftijdsgroep had een "regelmatig" contact met de tandarts (gedefinieerd als tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren). Urgente tandheelkundige zorg werd verleend aan twee derde van de jongeren.

Voor het merendeel van de volwassenen met beperkingen werd in de periode 2002-2008 tenminste één tandheelkundige behandeling terugbetaald door het ziekenfonds. De helft van de volwassenen van de PBN-steekproef (54%) had een "regelmatig" contact met de tandarts; urgente tandheelkundige zorg werd voor de helft van de volwassenen van de PBN-steekproef geregistreerd.

#### 3.5.4.3.2 Kwetsbare ouderen

De resultaten van deze steekproef van personen van 65 jaar of ouder bestaat enkel uit personen die in een woonzorgcentrum verblijven. De socio-demografische gegevens komen niet overeen met de socio-demografische gegevens van de permanente steekproef.

Voor een merendeel van de personen van 65 jaar of ouder werd in de periode 2002-2008 tenminste één tandheelkundige behandeling terugbetaald door het ziekenfonds en voor bijna allen één raadpleging met een arts.

### 3.5.5 Verband tussen de subjectieve en objectieve mondgezondheid en (mond) zorgconsumptie

#### 3.5.5.1 Inleiding

In hoofdstuk 3.5.2 werd de objectieve tandheelkundige verzorgingsnood en verzorgingsgraad van personen met bijzondere noden in kaart gebracht door middel van een klinisch mondonderzoek en in hoofdstuk 3.5.3 werd de subjectieve verzorgingsnood van dezelfde personen met bijzondere noden bepaald door middel van een bevraging.

In hoofdstuk 3.5.4 werden de (mond)zorgconsumptiegegevens (geregistreeerde tandheelkundige en medische verstrekkingen) van deze personen met bijzondere noden beschreven op basis van gegevens bekomen via het Intermutualistisch Agentschap (IMA).

Het doel van dit onderdeel van de studie bestaat er in het verband na te gaan tussen de subjectieve verzorgingsgraad en subjectieve verzorgingsnood, de objectieve verzorgingsgraad en verzorgingsnood en de geregistreeerde (mond) zorgconsumptiegegevens.

Hiermee wordt tegemoet gekomen aan objectief 3 van deze studie dat het verband wil nagaan tussen de subjectieve en objectieve mondgezondheid, de algemene gezondheidsattitude, socio-economische variabelen en het (mond) zorgconsumptiepatroon van personen met bijzondere noden.

#### 3.5.5.2 Materiaal en Methoden

De dataverzameling voor dit onderdeel van de studie werd uitvoerig omschreven in vorige hoofdstukken.

De subjectieve verzorgingsnood omvatte het moment van een laatste raadpleging bij de tandarts, de aanwezigheid van een mondprobleem op het moment van het invullen van de vragenlijst, de wens voor een raadpleging bij de tandarts en mogelijke drempels die het organiseren van deze raadpleging al of niet moeilijker maken (zie hoofdstuk 3.5.3.2).

Voor de objectieve verzorgingsnood kwamen de aanwezigheid van natuurlijke tanden en/of gebitsprothesen aan de orde alsook de  $D_3$ MFT, met inbegrip van het al of niet cariës vrij zijn, de restauratieve index, de zorgindex, de DPSI (hoogste individuele score per persoon), de toestand van de slijmvliezen, de prothetische nood en de aanwezigheid van plaque en tandsteen op de natuurlijke tanden en op de gebitsprothese(n) (zie hoofdstuk 3.5.2.2).

De zorgconsumptiegegevens opgevraagd via het IMA komen overeen met de gegevens die ook beschikbaar waren in de permanente steekproef (zie hoofdstuk 3.4.3.1). Als socio-economische gegeven werd voor de personen met beperkingen voor zowel de jongeren als de volwassenen het al of niet behoren tot het Omnio-statuuat en/of WIGW-statuuat beschouwd. Voor de volwassenen werden nog bijkomende gegevens in verband met de medische erkenning integratietegemoetkoming, een uitkering hulp van derden, verhoogde invaliditeitsuitkering wegens hulp van derden, forfaitaire tegemoetkoming hulp van derden, effectieve betaling integratietegemoetkoming en/of inkomensvervangende tegemoetkoming en/of tegemoetkoming hulp aan bejaarden en invaliditeit verwerkt. Voor de groep van de kwetsbare ouderen werd als socio-economische gegeven het al of niet behoren tot het WIGW statuuat beschouwd, alsook het recht op de toelage voor hulp voor ouderen en op gewaarborgd inkomen.

Voor personen met beperkingen en kwetsbare ouderen werden tandheelkundige consumptiegegevens zoals het contact met een tandarts, regelmatig contact met tandarts (minstens in 4 van de 7 observatiejaren werd een tandheelkundige prestatie geregistreeerd), consultatie in tandartspraktijk, consultatie door tandarts aan huis, urgente tandheelkundige zorg, consultatie stomatoloog, profylactische reiniging, vulling 1 tandvlak, vulling >1 tandvlak, endodontische behandeling van definitieve tand, extractie en eenvoudige chirurgische ingrepen, intra-orale radiografie, uitneembare partiële gebitsprothese, uitneembare totale gebitsprothese en herstelling uitneembare gebitsprothese opgevraagd. De volgende medische consumptiegegevens werden eveneens opgevraagd: contact met een arts, regelmatig contact met een arts (minstens in 4 van de 7 observatiejaren werd een medische prestatie geregistreeerd), consultatie huisarts in praktijk, bezoek van huisarts aan huis of in voorziening, consultatie specialist in praktijk of ziekenhuis, urgente consultatie huisarts, urgente consultatie specialist.

Aangezien de doelgroep van de personen met beperkingen intrinsiek verschilt van de doelgroep van kwetsbare ouderen werd per doelgroep bepaald welke verbanden dienden nagegaan te worden voor de verschillende subgroepen.

Voor de personen met beperkingen werd niet alleen het verband nagegaan tussen de subjectieve en objectieve verzorgingsnood en verzorgingsgraad, maar werd ook de relatie geëvalueerd tussen verschillende facetten van de subjectieve verzorgingsnood.

Voor de kwetsbare ouderen werd het verband nagegaan tussen de subjectieve en objectieve verzorgingsnood en verzorgingsgraad voor de totaliteit van de groep van kwetsbare ouderen ( $\geq 65$  jaar), voor de verschillende leeftijdsgroepen (65-79 jaar, 80-89 jaar en ouder dan 89 jaar), de verschillende graden van zorgafhankelijkheid (O, A, B, C en Cd) en voor de Nederlandstalige en Franstalige kwetsbare ouderen afzonderlijk.

De statistische analyses werden uitgevoerd in SAS versie 9.2. Chi-kwadraat testen werden gebruikt om significante verbanden na te gaan tussen de verschillende onderzochte parameters in functie van de verschillende subgroepen. Als significantieniveau werd 0,05 genomen.

### 3.5.5.3 Resultaten

Deze gegevens betreffen een gelegenheidssteekproef ('convenience sample'), zoals eerder omschreven in hoofdstuk 3.5. De aan deze steekproef verbonden beperkingen dienen in acht genomen te worden bij het interpreteren van de resultaten van dit onderdeel.

In functie van de doelstelling van deze studie worden in dit hoofdstuk enkel de meest relevante bevindingen gerapporteerd. In de tabellen worden enkel gegevens weergegeven waarvoor een significant verband gevonden werd tussen de subjectieve en objectieve parameters.

Door het vergelijken van diverse subgroepen was het aantal personen binnen bepaalde groepen te laag om zinvolle conclusies te kunnen trekken.

#### 3.5.5.3.1 Verband tussen de objectieve en subjectieve verzorgingsnood en verzorgingsgraad

##### 3.5.5.3.1.1 Personen met beperkingen

###### 3.5.5.3.1.1.1 Verband tussen verschillende facetten van subjectieve verzorgingsnood

###### 3.5.5.3.1.1.1.1 Verband tussen subjectieve zorgconsumptie en subjectieve behandelneed

Bij de volwassenen werd een significant verband vastgesteld tussen het gerapporteerd laatste tandartsbezoek en de subjectieve behandelneed: significant meer volwassenen met een beperking die de voorbije 5 jaar niet bij de tandarts waren geweest, rapporteerden een probleem in de mond (49% versus 34-35% bij degenen die recent een tandarts consulteerden;  $p < 0,001$ ). Bij de jongeren waren de aantallen per subgroep te klein om zinvolle uitspraken te kunnen doen.

###### 3.5.5.3.1.1.1.2 Verband tussen subjectieve zorgconsumptie en vraag naar zorg

Bij de jongeren was er geen significant verband tussen het gerapporteerd laatste bezoek aan de tandarts en de vraag naar tandheelkundige verzorging. Bij de volwassenen werd er wel een significant verband vastgesteld: significant meer volwassenen met een beperking die het afgelopen jaar niet bij de tandarts waren geweest, zouden graag een tandarts consulteren (50% (laatste tandartsbezoek meer dan 5 jaar geleden) en 53% (laatste tandartsbezoek meer dan één jaar geleden, maar minder dan vijf jaar) versus 36% bij degenen die recent een tandarts consulteerden;  $p < 0,001$ ).



### 3.5.5.3.1.1.1.3 Verband tussen subjectieve zorgconsumptie en drempels bij het raadplegen van een tandarts

Bij de volwassenen werd er een significant verband vastgesteld tussen het gerapporteerd laatste bezoek aan de tandarts en de ervaren problemen bij tandartsbezoek: significant meer volwassenen met een beperking die het afgelopen jaar niet bij de tandarts waren geweest, rapporteerden een probleem om een tandarts te consulteren (64% (laatste tandartsbezoek meer dan 5 jaar geleden) en 48% (laatste tandartsbezoek meer dan één jaar geleden, maar minder dan vijf jaar) versus 30% bij degenen die het afgelopen jaar een tandarts consulteerden;  $p < 0,001$ ). Significant meer volwassenen met een beperking die het afgelopen jaar niet bij de tandarts waren geweest, vonden een bezoek aan de tandarts te duur (41% (laatste tandartsbezoek meer dan 5 jaar geleden) en 29% (laatste tandartsbezoek meer dan één jaar geleden, maar minder dan vijf jaar) versus 19% bij degenen die het afgelopen jaar een tandarts consulteerden;  $p = 0,020$ ). Voor de andere bevroegde drempels (bv. angst, transport, geen geschikte tandarts of andere problemen) waren er geen significante verbanden bij de volwassenen.

Bij de jongeren waren de aantallen per subgroep te klein om zinvolle uitspraken te kunnen doen.

Er werd eveneens nagekeken of er een significant verband was tussen de subjectieve zorgconsumptie (gerapporteerd laatste bezoek aan de tandarts) en de hulp die men kreeg bij het organiseren (vastleggen/maken van een afspraak, vervoer en begeleiding tijdens de raadpleging) van het tandartsbezoek, maar dat was noch bij de jongeren noch bij de volwassenen het geval.

### 3.5.5.3.1.1.1.4 Verband tussen subjectieve behandelneed en vraag naar mondzorg

Significant meer personen met (op het moment van de bevraging) een probleem in de mond rapporteerden de vraag om een tandarts te kunnen consulteren; dit was het geval bij zowel de jongeren (69% versus 38%;  $p = 0,009$ ) als de volwassenen (65% versus 29%;  $p < 0,001$ ).

### 3.5.5.3.1.1.1.5 Verband tussen subjectieve behandelneed en drempels bij het raadplegen van een tandarts

Significant meer volwassenen met (op het moment van de bevraging) een probleem in de mond rapporteerden moeilijkheden om een tandarts te consulteren (58% versus 27%;  $p < 0,001$ ).

Bij de jongeren waren de aantallen per subgroep te klein om zinvolle uitspraken te kunnen doen.

### 3.5.5.3.1.1.2 Verband tussen subjectieve zorgconsumptie en objectieve tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood

Bij de jongeren werden er geen significante verbanden vastgesteld tussen enerzijds de subjectieve zorgconsumptie en anderzijds de objectieve tandheelkundige verzorgingsgraad of -nood.

Bij de volwassenen was er evenmin een statistisch significant verband tussen enerzijds de subjectieve zorgconsumptie (gerapporteerd laatste bezoek aan de tandarts) en anderzijds het aantal definitieve tanden, het aantal tanden verwijderd omwille van cariës of de prothetische status.

Bij de volwassenen was er wel een significant verband tussen het gerapporteerde tijdstip van het laatste bezoek aan de tandarts en de aanwezigheid van gecarieerde (onbehandelde) definitieve tanden: 69% van de volwassenen met een laatste tandartsbezoek meer dan 5 jaar geleden en 60% van de volwassenen met een laatste tandartsbezoek meer dan één jaar geleden (maar minder dan vijf jaar) hadden definitieve tanden met onbehandelde cariës, versus 52% van degenen die het afgelopen jaar een tandarts consulteerden ( $p = 0,019$ ). Ook tussen het gerapporteerde tijdstip van het laatste bezoek aan de tandarts en de aanwezigheid van gerestaureerde tanden was er een significant verband: 54% van de volwassenen met een laatste tandartsbezoek meer dan 5 jaar geleden hadden gerestaureerde definitieve tanden versus 71% van de volwassenen met een laatste tandartsbezoek meer dan één jaar geleden (maar minder dan vijf jaar) en 82% van degenen die het afgelopen jaar een tandarts consulteerden ( $p < 0,001$ ).

In dezelfde lijn waren er ook significante verbanden tussen enerzijds het gerapporteerde tijdstip van het laatste bezoek aan de tandarts en anderzijds de restauratieve index (F/D+F) en zorgindex (M+F/M+D+F). De proportie volwassenen met een restauratieve index kleiner dan 1 was significant groter bij de groep die de afgelopen 5 jaar geen tandarts had geconsulteerd (82%) in vergelijking met de groep die het afgelopen jaar een tandarts had gezien (57%) ( $p < 0,001$ ). Voor de verzorgingsindex waren de respectieve proporties 75% versus 54% ( $p = 0,002$ ).

Er werd geen significant verband vastgesteld tussen de subjectieve zorgconsumptie en de aanwezigheid van tandplaque, maar wel tussen de subjectieve zorgconsumptie en de aanwezigheid van tandsteen: bij 73% van de volwassenen met een laatste tandartsbezoek meer dan 5 jaar geleden en bij 78% van de volwassenen met een laatste tandartsbezoek meer dan één jaar geleden (maar minder dan vijf jaar) werd tandsteen vastgesteld versus 63% van degenen die het afgelopen jaar een tandarts consulteerden ( $p = 0,012$ ). Er waren eveneens significante verbanden tussen enerzijds het gerapporteerde tijdstip van het laatste bezoek aan de tandarts en anderzijds de hoogste DPSI-score per persoon vastgesteld ( $p < 0,001$ ). De proportie volwassenen met een hoogste DPSI-score=0 was significant kleiner bij de groep die de afgelopen 5 jaar geen tandarts had geconsulteerd (5%) in vergelijking met de groep die het afgelopen jaar een tandarts had gezien (25%) terwijl de proportie volwassenen met een hoogste DPSI-score=3+ significant groter was bij de groep die de afgelopen 5 jaar geen tandarts had geconsulteerd (28%) dan bij de groep die het afgelopen jaar een tandarts had geconsulteerd (10%).

Eveneens werd vastgesteld dat de proportie volwassenen met een (mucosale) laesie in de mond significant groter was bij de groep die de afgelopen 5 jaar geen tandarts had geconsulteerd (26%) in vergelijking met de groep die het afgelopen jaar een tandarts had gezien (13%) ( $p = 0,011$ ).

### 3.5.5.3.1.1.3 Verband tussen subjectieve behandel nood en objectieve tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood

De proportie volwassenen met (een) onbehandelde gecarieerde tand(en) was significant groter bij de groep die een probleem in de mond rapporteerde (67%) dan bij de groep die geen probleem in de mond signaleerde (51%) ( $p < 0,001$ ). Eveneens werd vastgesteld dat de proportie volwassenen met een (mucosale) laesie in de mond significant groter was bij de groep die een probleem in de mond rapporteerde (20%) in vergelijking met de groep die geen probleem in de mond meldde (12%) ( $p = 0,013$ ).

Verder werd er bij de volwassenen geen significant verband gezien tussen enerzijds de subjectieve tandheelkundige behandel nood en anderzijds het aantal aanwezige tanden in de mond of de prothetische status.

Bij de jongeren werden er geen significante verbanden vastgesteld tussen enerzijds de subjectieve tandheelkundige behandel nood en anderzijds de objectieve tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood.

In een volgende stap werd eveneens nagegaan of de objectieve tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood bij personen die pijn in de mond rapporteerden significant verschilde van personen die geen pijnklacht meldden. Dit bleek noch bij de jongeren noch bij de volwassenen het geval te zijn.

Verder werd vastgesteld dat er een significant verband was tussen het aantal tanden in de mond en het melden van comfortproblemen (d.i. probleem met kauwen of spreken): de proportie volwassenen met weinig tanden was significant groter bij degenen die een comfortprobleem meldden ( $p < 0,001$ ). Er was eveneens een significant verband tussen het melden van comfortproblemen en de prothetische status, zowel in de bovenkaak ( $p = 0,002$ ) als in de onderkaak ( $p < 0,001$ ). Significant meer personen zonder een comfortprobleem in de mond meldden dat ze geen gebitsprothese hadden in de bovenkaak (82% versus 56%) of in de onderkaak (87% versus 66%) terwijl significant meer personen met een comfortprobleem een volledige gebitsprothese in de bovenkaak (25% versus 6%) en/of in de onderkaak (10% versus 4%) hadden.

### 3.5.5.3.1.2 Kwetsbare ouderen

#### 3.5.5.3.1.2.1 Verband tussen subjectieve zorgconsumptie en objectieve tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood

Uit de resultaten (Tabel 3.62) blijkt dat voor de volledige groep van kwetsbare ouderen ( $\geq 65$  jaar) een significant verband gevonden werd tussen enerzijds het moment van de laatste tandartsraadpleging en anderzijds het aantal tanden (geen tanden, 1 tot 9 tanden, 10 tot 20 en  $>20$  tanden) ( $p < 0,001$ ), de prothetische status ( $p < 0,001$ ), de  $D_3$ MFT (gedichotomiseerd met de mediaan als afkappunt) ( $p = 0,01$ ) en de restauratieve index ( $p = 0,04$ ) van de betrokken personen.

Verder werd ook een significant verband gevonden voor de totale groep van kwetsbare ouderen ( $\geq 65$  jaar) tussen het moment van de laatste tandartsraadpleging en de DPSI ( $p < 0,001$ ). Het aantal observaties (5 tot 25) per subgroep was te laag om betrouwbare conclusies te kunnen trekken en om die reden werden de resultaten niet vermeld in tabel 3.62. Van de tandeloozen had 68% een laatste raadpleging die 5 jaar of meer geleden plaats vond en 10% een raadpleging

**Tabel 3.5.62. Verband tussen het aantal natuurlijke tanden, de prothetische status, de  $D_3$ MFT en de restauratieve index (RI) en het moment van een laatste tandartsraadpleging voor de volledige groep van kwetsbare ouderen ( $\geq 65$  jaar)**

Kwetsbare ouderen ( $\geq 65$ jaar)				
Aandeel met	Laatste raadpleging tandarts			p-waarde
	<1 jaar geleden	tussen 1 en 5 jaar geleden	5 jaar of meer geleden	
<b>Natuurlijke tanden (%)</b>				
0 tanden (n=138)	10	22	68	<0,001
1-9 tanden (n=133)	28	33	39	
10-20 tanden (n=91)	41	30	30	
>20 tanden (n=34)	47	24	29	
<b>Prothetische status (%)</b>				
Volledige gebitsprothese in boven- en onderkaak (n=211)	12	24	64	<0,001
Alleen natuurlijke tanden (n=113)	27	22	51	
Partiële gebitsprothesen + natuurlijke tanden (n=109)	39	38	23	
<b><math>D_3</math>MFT (%)</b>				
>24 (mediaan)(n=179)	11	24	65	0,01
$\leq 24$ (mediaan)(n=215)	39	30	31	
<b>Restauratieve index (%)</b>				
RI<1 (n=189)	28	31	41	0,04
RI=1 (n=56)	46	24	30	

gedurende het laatste jaar. Voor de ouderen met meer dan 20 tanden was het aandeel met een laatste raadpleging die 5 jaar of meer geleden plaats vond 29% en voor een raadpleging die minder dan 1 jaar geleden gebeurde was dit aandeel 47%. Hoe meer natuurlijke tanden de personen van 65 jaar of ouder hadden hoe groter het aandeel kwetsbare ouderen dat een raadpleging had gedurende het laatste jaar.

Voor kwetsbare ouderen met een volledige gebitsprothese in de boven- en onderkaak was het aandeel met een tandartsraadpleging gedurende het laatste jaar het laagst (12%) en het hoogst (64%) voor kwetsbare ouderen waarbij het moment van een laatste raadpleging van de tandarts meer dan 5 jaar geleden was. Eenzelfde trend kon opgemerkt worden voor kwetsbare ouderen met natuurlijke tanden met respectievelijke percentages van 27% en 51%. Voor

kwetsbare ouderen met natuurlijke tanden en een gebitsprothese was het aandeel met een laatste raadpleging van de tandarts gedurende het laatste jaar het grootst (39%) en het aandeel met een tandartsraadpleging die meer dan 5 jaar geleden was het laagst (23%).

In de groep van kwetsbare ouderen waarbij een  $D_3MFT$  groter dan de mediaan werd genoteerd was het aandeel met een tandartsraadpleging die langer dan 5 jaar geleden plaats vond (65%) het grootst en het aandeel met een tandartsraadpleging die minder dan 1 jaar geleden plaats vond (11%) het laagst. In de groep van kwetsbare ouderen waarbij een  $D_3MFT$  kleiner of gelijk aan de mediaan werd genoteerd was het aandeel met een tandartsraadpleging die langer dan 5 jaar geleden plaats vond (31%) het laagst en het aandeel met een tandartsraadpleging die minder dan 1 jaar geleden plaats vond (39%) het grootst. Hierbij is het belangrijk op te merken dat het aandeel ontbrekende tanden (M) het belangrijkste aandeel is van de  $D_3MFT$  van kwetsbare ouderen.

Van de kwetsbare ouderen waarbij een restauratieve index (F/D+F) gelijk aan 1 (volledig verzorgd) werd gevonden was het aandeel ouderen, dat minder dan 1 jaar geleden een tandarts had geraadpleegd, 46%, terwijl het aandeel ouderen waarbij de laatste raadpleging 5 jaar of meer geleden plaats vond 30% bedroeg. De verhouding van deze percentages (28%,41%) is omgekeerd voor kwetsbare ouderen waarbij een restauratieve index kleiner dan 1 werd genoteerd.

Voor de verschillende leeftijdsgroepen (65-79 jaar, 80-89 jaar en >89 jaar) toonden de analyses geen significant verband aan tussen het moment van een laatste raadpleging van de tandarts en de verschillende parameters van de objectieve verzorgingsnood en verzorgingsgraad.

Op basis van de zorggraad konden enkel significante verbanden aangetoond worden (tabel 3.63) tussen enerzijds het moment van de laatste tandartsraadpleging en anderzijds enkele parameters van de objectieve verzorgingsnood en verzorgingsgraad voor ouderen met de zorggraad O. Hier werd een significant verband gevonden tussen het moment van de tandartsraadpleging en het aantal aanwezige tanden (geen tanden, 1 tot 9 tanden, 10 tot 20 en >20 tanden) ( $p=0,008$ ), de prothetische status ( $p=0,003$ ) en de  $D_3MFT$  ( $p<0,001$ ) van de betrokken personen.

**Tabel 3.5.63. Verband tussen het aantal natuurlijke tanden, de prothetische status en de  $D_3MFT$  en het moment van een laatste tandartsraadpleging voor kwetsbare ouderen met zorggraad O**

Kwetsbare ouderen met zorggraad O				
Aandeel met	Laatste raadpleging tandarts			p-waarde
	<1 jaar geleden	tussen 1 en 5 jaar geleden	5 jaar of meer geleden	
<b>Natuurlijke tanden (%)</b>				
0 tanden (n=29)	7	31	62	0,008
1-9 tanden (n=39)	28	36	36	
10-20 tanden (n=30)	47	30	23	
>20 tanden (n=12)	50	33	17	
<b>Prothetische status (%)</b>				
Volledige gebitsprothese in boven- en onderkaak (n=70)	17	30	53	0,003
Alleen natuurlijke tanden (n=28)	32	32	36	
Partiële gebitsprothesen + natuurlijke tanden (n=37)	49	32	19	
<b><math>D_3MFT</math> (%)</b>				
>22 (mediaan)(n=42)	18	27	55	<0,001
≤22 (mediaan)(n=68)	42	38	20	

Van de tandelozen kwetsbare ouderen met zorggraad O had 62% een laatste tandartsraadpleging die 5 jaar of meer geleden plaats vond en 7% een tandartsraadpleging gedurende het laatste jaar. Voor de ouderen met zorggraad O en met meer dan 20 tanden was het aandeel met een laatste raadpleging die 5 jaar of meer geleden plaats vond 17% en

voor een raadpleging die minder dan 1 jaar geleden gebeurde was dit aandeel 50%. Hoe meer natuurlijke tanden de personen van 65 jaar of ouder met zorggraad O hadden hoe groter het aandeel kwetsbare ouderen dat een raadpleging had gedurende het laatste jaar.

Voor kwetsbare ouderen met zorggraad O en met een volledige gebitsprothese in de boven- en onderkaak was het aandeel met een tandartsraadpleging gedurende het laatste jaar het laagst (17%) en het hoogst (53%) voor kwetsbare ouderen waarbij het moment van een laatste raadpleging van de tandarts meer dan 5 jaar geleden was. Voor kwetsbare ouderen met natuurlijke tanden en een gebitsprothese was het aandeel met een laatste raadpleging van de tandarts gedurende het laatste jaar het grootst (49%) en het aandeel met een tandartsraadpleging die meer dan 5 jaar geleden was het laagst (19%).

In de groep van kwetsbare ouderen met zorggraad O en waarbij een  $D_3$ MFT groter dan de mediaan werd genoteerd was het aandeel met een tandartsraadpleging die langer dan 5 jaar geleden plaats vond (55%) het grootst en het aandeel met een tandartsraadpleging die minder dan 1 jaar geleden plaats vond (18%) het laagst. In de groep van kwetsbare ouderen waarbij een  $D_3$ MFT kleiner of gelijk aan de mediaan werd genoteerd was het aandeel met een tandartsraadpleging die langer dan 5 jaar geleden plaats vond (20%) het laagst en het aandeel met een tandartsraadpleging die minder dan 1 jaar geleden plaats vond (42%) het grootst.

Voor beide taalgroepen afzonderlijk kon een significant verband aangetoond worden tussen enerzijds het moment van de laatste tandartsraadpleging en anderzijds het aantal tanden (geen tanden, 1 tot 9 tanden, 10 tot 20 en >20 tanden) (NL: $p < 0,001$ ; FR: $p = 0,03$ ) en de prothetische status (NL: $p < 0,001$ ; FR: $p = 0,01$ ) van de betrokken personen. De resultaten komen overeen met de bevindingen in de volledige groep van kwetsbare ouderen.

Langs Nederlandstalige kant kon ook een significant verband aangetoond worden tussen het moment van laatste raadpleging bij de tandarts en de  $D_3$ MFT (NL: $p > 0,001$ ) en langs Franstalige kant met de zorgindex (M+F/M+D+F) (FR: $p = 0,01$ ) van de betrokken personen met natuurlijke tanden (tabel 3.64.). In de groep van Nederlandstalige kwetsbare ouderen waarbij een  $D_3$ MFT groter dan de mediaan werd genoteerd was het aandeel met een tandartsraadpleging die langer dan 5 jaar geleden plaats vond (54%) het grootst en het aandeel met een tandartsraadpleging die minder dan 1 jaar geleden plaats vond (19%) het laagst. In de groep van Nederlandstalige kwetsbare ouderen waarbij een  $D_3$ MFT kleiner of gelijk aan de mediaan werd genoteerd was het aandeel met een tandartsraadpleging die langer dan 5 jaar geleden plaats vond (28%) het laagst en het aandeel met een tandartsraadpleging die minder dan 1 jaar geleden plaats vond (40%) het grootst.

Van de Franstalige kwetsbare ouderen waarbij een zorgindex van 1 werd gevonden was het aandeel ouderen dat minder dan 1 jaar geleden een tandartsraadpleging had 18%, terwijl het aandeel ouderen waarbij de laatste raadpleging 5 jaar of meer geleden plaats vond 66% bedroeg. Eenzelfde trend kon vastgesteld worden voor de Franstalige kwetsbare ouderen waarbij een zorgindex kleiner dan 1 werd genoteerd. Hier waren de percentages respectievelijk 24% en 43%.

**Tabel 3.5.64. Verband tussen de D<sub>3</sub>MFT van Nederlandstalige kwetsbare ouderen en de zorgindex van Franstalige kwetsbare ouderen en het moment van een laatste tandartsraadpleging**

Nederlandstalige ouderen ≥65				
Aandeel met	Laatste raadpleging tandarts			p-waarde
	<1 jaar geleden	tussen 1 en 5 jaar geleden	5 jaar of meer geleden	
<b>D<sub>3</sub>MFT (%)</b>				
>22 (mediaan)(n=112)	19	27	54	<0,001
≤22 (mediaan)(n=123)	40	32	28	
Franstalige ouderen ≥65				
Aandeel met	Laatste raadpleging tandarts			p-waarde
	<1 jaar geleden	tussen 1 en 5 jaar geleden	5 jaar of meer geleden	
<b>Zorgindex (%)</b>				
Zorgindex=1 (n=82)	18	16	66	0,01
Zorgindex<1 (n=72)	24	33	43	

### 3.5.5.3.1.2.2 Verband tussen subjectieve behandelneed en objectieve tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsneed

Uit de resultaten (tabel 3.65) blijkt dat voor de volledige groep van kwetsbare ouderen (≥ 65 jaar) een significant verband gevonden werd tussen enerzijds het zelf aangeven van een mondprobleem en anderzijds de restauratieve index ( $p=0,01$ ), de aanwezigheid van een slijmvliesaanandoening ( $p<0,001$ ) en de prothetische behandelneed ( $p=0,03$ ) zoals vastgesteld door de onderzoeker.

**Tabel 3.5.66. Verband tussen de restauratieve index, de aanwezigheid van een slijmvliesaanandoening en het bestaan van een prothetische nood en het zelf aangeven van een mondprobleem, per taalgroep**

Nederlandstalige ouderen			
	Mondprobleem	Geen mondprobleem	p-waarde
<b>Restauratieve index (%)</b>			
RI=1 (n=41)	15	85	0,03
RI<1 (n=122)	33	67	
<b>Slijmvliesaanandoening (%)</b>			
Aanwezig (n=94)	47	53	<0,001
Niet aanwezig (n=234)	24	76	
<b>Franstalige ouderen</b>			
<b>Prothetische behandelneed (%)</b>			
Aanwezig (n=79)	37	63	0,02
Niet aanwezig (n=48)	17	83	

Van de kwetsbare ouderen waarbij een restauratieve index gelijk aan 1 werd gevonden gaf 17% zelf aan een mondprobleem te hebben en van de ouderen met een restauratieve index kleiner dan 1 was dit aandeel dubbel zo groot (35%).

Van de groep ouderen waarbij de onderzoeker één of meerdere slijmvliesaandoeningen noteerde gaf 44% aan een mondprobleem te hebben terwijl dit aandeel in de groep ouderen waarbij geen slijmvliesaandoening werd genoteerd 27% bedroeg. Van de ouderen waarbij een prothetische behandel nood werd vastgesteld door de onderzoeker gaf 32% zelf aan een mondprobleem te hebben en dit aandeel was 21% binnen de groep ouderen waarbij geen behandel nood werd vastgesteld.

Verder bleek er voor de groep van de personen van 65 jaar of ouder een significant verband te bestaan tussen het rapporteren van een esthetisch mondprobleem en de aanwezigheid van plaque ( $p=0,02$ ) en tandsteen ( $p=0,01$ ) op de natuurlijke tanden, de aanwezigheid van plaque op de gebitsprothese in de bovenkaak en onderkaak ( $p=0,04$ ) en tandsteen op de gebitsprothese in de bovenkaak en in de onderkaak ( $p=0,01$ ). Hier geven de cijfers aan dat het grootste aandeel ouderen waarbij plaque of tandsteen werd genoteerd zelf geen probleem aangaf op vlak van esthetiek. Omdat het aantal personen van 65 jaar of ouder dat een esthetisch mondprobleem signaleerde zeer laag was, dienen deze resultaten met de nodige terughoudendheid geïnterpreteerd te worden.

Op vlak van zorggraad werd geen verband vastgesteld tussen de aanwezigheid van een mondprobleem en de verschillende parameters van de objectieve verzorgingsnood en verzorgingsgraad.

Uit tabel 3.66 blijkt dat voor de Nederlandstalige kwetsbare ouderen een significant verband kon aangetoond worden tussen enerzijds het hebben van een mondprobleem en anderzijds de restauratieve index ( $p=0,03$ ) en het hebben van een slijmvliesaandoening ( $p<0,001$ ).

Van de Nederlandstalige kwetsbare ouderen waarbij een restauratieve index gelijk aan 1 werd gevonden gaf 15% zelf aan een mondprobleem te hebben en van de ouderen met een restauratieve index kleiner dan 1 was dit aandeel dubbel zo groot (33%).

Van de groep Nederlandstalige ouderen waarbij de onderzoeker één of meerdere slijmvliesaandoeningen noteerde gaf 47% aan een mondprobleem te hebben terwijl dit aandeel in de groep ouderen waarbij geen slijmvliesaandoening werd genoteerd 24% bedroeg.

Van de Franstalige ouderen waarbij een prothetische behandel nood werd vastgesteld door de onderzoeker gaf 37% zelf aan een mondprobleem te hebben en dit aandeel was 17% binnen de groep ouderen waarbij geen behandel nood werd vastgesteld.

**Tabel 3.5.65. Verband tussen de restauratieve index en aanwezigheid van slijmvliesaandoening of het bestaan van een prothetische nood en het zelf aangeven van een mondprobleem door de oudere**

Kwetsbare ouderen (≥65 jaar)			
Aandeel met	Mondprobleem	Geen mondprobleem	p-waarde
<b>Restauratieve index (%)</b>			
RI<1 (n=195)	35	65	0,01
RI=1 (n=58)	17	83	
<b>Slijmvliesaandoening (%)</b>			
Aanwezig (n=139)	44	56	<0,001
Niet aanwezig (n=371)	27	73	
<b>Prothetische behandel nood (%)</b>			
Aanwezig (n=263)	32	68	0,03
Niet aanwezig (n=146)	21	79	



### 3.5.5.3.1.2.3 Verband tussen de wens voor een raadpleging bij de tandarts (demand) en mogelijke drempels voor het organiseren van deze raadpleging en de objectieve tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood

Voor de volledige groep kwetsbare ouderen en de verschillende leeftijdsgroepen, de groepen met verschillende zorggraad en beide taalgroepen werden geen statistische verbanden tussen enerzijds de wens voor een raadpleging bij de tandarts en mogelijke drempels voor het organiseren van deze raadpleging en anderzijds de verschillende parameters van de objectieve tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood.

### 3.5.5.3.2 Verband tussen de subjectieve en objectieve verzorgingsnood en verzorgingsgraad en de geregistreerde (mond)zorgconsumptiegegevens.

#### 3.5.5.3.2.1 Personen met beperkingen

##### 3.5.5.3.2.1.1 Verband tussen socio-demografische kenmerken en objectieve tandheelkundige zorgconsumptie

Bij de jongeren met een beperking werden er geen significante verbanden vastgesteld tussen enerzijds een verhoogde kinderbijslag (geregistreerd in 2005) en anderzijds een “regelmatig” contact met de tandarts, het aantal preventieve behandelingen, het aantal professionele gebitsreinigingen, het aantal vullingen en het aantal orthodontische behandelingen dat geregistreerd werd. Er werden wel significant meer urgentiebehandelingen geattesteerd bij de jongeren met een verhoogde kinderbijslag in vergelijking met de jongeren die geen verhoogde kinderbijslag genoten in 2005: bij 55% van de jongeren met een verhoogde kinderbijslag in 2005 werden er in de periode 2002-2008 3 of meer tandheelkundige urgentienummers geattesteerd terwijl dat percentage bij de jongeren zonder verhoogde kinderbijslag 21% was ( $p < 0,001$ ).

Bij de volwassenen met een beperking die in 2005 een medische erkenning voor een integratietegemoetkoming hadden, werden er significant meer professionele gebitsreinigingen geattesteerd: bij 56% van hen werden er in de periode 2002-2008 3 of meer professionele gebitsreinigingen geattesteerd terwijl dat percentage bij de volwassenen zonder medische erkenning 28% was ( $p < 0,001$ ). Verder bleken ook significant meer mensen met een medische erkenning voor een integratietegemoetkoming een “regelmatig” contact met een tandarts gehad te hebben in de observatieperiode (64% vs 46%;  $p < 0,001$ ). Er werden geen statistisch significante verschillen opgetekend voor wat betreft het aantal vullingen of het aantal prothetische behandelingen geattesteerd in de periode 2002-2008.

Bij de volwassenen met een beperking die in 2005 een effectieve betaling integratietegemoetkoming en/of inkomensvervangende tegemoetkoming en/of tegemoetkoming hulp aan bejaarden ontvingen, werden er enerzijds significant meer professionele gebitsreinigingen (49% met 3 of meer professionele gebitsreinigingen in de periode 2002-2008 vs 26%;  $p < 0,001$ ) en anderzijds minder urgente tandheelkundige prestaties geattesteerd (19% vs 34%;  $p = 0,017$ ). Significant meer volwassenen van deze subgroep hadden een “regelmatig” contact met een tandarts in de observatieperiode (60% vs 42%;  $p = 0,001$ ). Er werden geen statistisch significante verschillen opgetekend voor wat betreft het aantal vullingen of het aantal prothetische behandelingen geattesteerd in de periode 2002-2008.

Bij de volwassenen met een WIGW-statuut in 2005, werden er ook significant meer professionele gebitsreinigingen geattesteerd: bij 51% van hen werden er in de periode 2002-2008 3 of meer professionele gebitsreinigingen geattesteerd terwijl dat percentage bij de volwassenen zonder WIGW-statuut 29% was ( $p < 0,001$ ). Verder bleken ook significant meer mensen met een WIGW-statuut een “regelmatig” contact met een tandarts gehad te hebben in de observatieperiode (61% vs 46%;  $p = 0,003$ ). Er werden geen statistisch significante verschillen opgetekend voor wat betreft het aantal vullingen of het aantal prothetische behandelingen geattesteerd in de periode 2002-2008.



### 3.5.5.3.2.1.2 Verband tussen socio-demografische kenmerken en subjectieve tandheelkundige zorgconsumptie

Zoals hoger aangegeven, had meer dan de helft van de volwassenen (56-66%) met een beperking het WIGW-statuut en minder dan 1% het Omnio-statuut. Het is dan ook vrij voor de hand liggend dat er geen significant verband kon aangetoond worden tussen enerzijds het Omniostatuut en anderzijds het gerapporteerd laatste tandartsbezoek. Wel kon men vaststellen dat er een significant verband was tussen het WIGW-statuut en het gerapporteerde laatste tandartsbezoek: van alle volwassenen met het WIGW-statuut rapporteerde 68% een tandartsconsult tijdens het afgelopen jaar en bij 7% was het meer dan 5 jaar geleden, terwijl de respectieve percentags voor de groep zonder WIGW-statuut 59% en 15% was ( $p=0,043$ ).

In dezelfde richting was er ook een significant verband tussen de medische erkenning voor een integratietegemoetkoming en het gerapporteerde laatste tandartsbezoek ( $p=0,031$ ) en tussen een effectieve betaling integratietegemoetkoming en/of inkomensvervangende tegemoetkoming en/of tegemoetkoming hulp aan bejaarden en het gerapporteerde laatste tandartsbezoek ( $p=0,007$ ).

### 3.5.5.3.2.1.3 Verband tussen subjectieve en objectieve zorgconsumptie

Bij de jongeren met een beperking werden er geen significante verbanden gezien tussen enerzijds het gerapporteerd laatste tandartsbezoek en anderzijds een “regelmatig” contact met de tandarts, het aantal preventieve behandelingen, het aantal professionele gebitsreinigingen, het aantal vullingen of het aantal orthodontische behandelingen. Verder was er ook geen significant verband tussen het gerapporteerd laatste tandartsbezoek en een verhoogde kinderbijslag.

Bij de volwassenen werden er wel significante verbanden vastgesteld tussen het gerapporteerd laatste tandartsbezoek en een “regelmatig” contact met de tandarts (significant meer volwassenen die rapporteerden dat ze het voorbije jaar bij de tandarts waren geweest, hadden een “regelmatig” contact met de tandarts - 69% versus 32% voor degenen met een gerapporteerd tandartsbezoek meer dan 1 jaar geleden en 8% voor degenen die al meer dan 5 jaar geen tandarts zagen;  $p<0,001$ ), het aantal professionele gebitsreinigingen (significant meer volwassenen die het voorbije jaar bij de tandarts waren geweest, hadden 3 of meer professionele gebitsreinigingen in de periode 2002-2008 - 54% versus 23% voor degenen met een gerapporteerd tandartsbezoek meer dan 1 jaar geleden en 3% voor degenen die al meer dan 5 jaar geen tandarts zagen;  $p<0,001$ ) en het aantal vullingen (bij significant meer volwassenen die het voorbije jaar bij de tandarts waren geweest, werden 3 of meer vullingen geattesteerd in de periode 2002-2008 - 61% versus 41% voor degenen met een gerapporteerd tandartsbezoek meer dan 1 jaar geleden en 18% voor degenen die al meer dan 5 jaar geen tandarts zagen;  $p<0,001$ ).

### 3.5.5.3.2.1.4 Verband tussen subjectieve behandelneed en objectieve tandheelkundige zorgconsumptie

Noch bij de jongeren noch bij de volwassenen met een beperking werden er significante verbanden gezien tussen enerzijds een gerapporteerd probleem in de mond en anderzijds een “regelmatig” contact met de tandarts, het aantal preventieve behandelingen, het aantal professionele gebitsreinigingen, het aantal vullingen of het aantal urgente behandelingen. Vergelijkbare resultaten werden verkregen wanneer het verband tussen nood aan een tandartsbezoek en de hierboven beschreven tandheelkundige prestaties werd bekeken.

### 3.5.5.3.2.1.5 Verband tussen belemmeringen in de toegankelijkheid van het bestaande (tandheelkundig) zorgverleningscircuit en objectieve tandheelkundige zorgconsumptie

Bij de jongeren met een beperking werden er geen significante verbanden gezien tussen enerzijds een gerapporteerd probleem om een tandarts te raadplegen en anderzijds een “regelmatig” contact met de tandarts, het aantal preventieve behandelingen, het aantal professionele gebitsreinigingen, het aantal vullingen of het aantal orthodontische behandelingen.

Bij de volwassenen was dat beeld duidelijk anders: significant minder volwassenen met een gerapporteerd probleem om de tandarts te consulteren hadden een “regelmatig” contact met de tandarts (40% vs 58% bij volwassenen zonder gerapporteerd probleem;  $p=0,001$ ), hadden minstens 1 preventieve behandeling (23% vs 38%;  $p=0,042$ ) en hadden minstens 1 professionele gebitsreiniging in de periode 2002-2008 (28% vs 53%;  $p<0,001$ ). Anderzijds hadden significant meer volwassenen met een gerapporteerd probleem om de tandarts te consulteren minstens 1 urgente behandeling door een tandarts in de periode 2002-2008 (66% vs 43% bij volwassenen zonder gerapporteerd probleem;  $p<0,001$ ).

### 3.5.5.3.2.1.6 Verband tussen objectieve tandheelkundige zorgconsumptie en objectieve verzorgingsnood en verzorgingsgraad

Wanneer het verband tussen verschillende klinische scores (aantal aanwezige tanden, aantal tanden aangetast door cariës, gevuld of verwijderd o.v.v. cariës, verzorgingsgraad) en tandheelkundige consumptiegegevens geëvalueerd wordt, vallen de volgende zaken op: bij significant meer volwassenen (met een beperking) bij wie geen onverzorgde cariëslaesies werden vastgesteld tijdens het klinisch onderzoek, werden de tanden tijdens de jaren 2002-2008 professioneel gereinigd (56% vs 43%;  $p=0,026$ ). Anderzijds werd bij significant meer kinderen en volwassenen bij wie geen restauraties van het gebit werden vastgesteld, geen regelmatig tandartsbezoek of geen preventieve behandelingen vastgesteld (respectievelijk: kinderen:  $p<0,001$  en  $p=0,016$  en volwassenen:  $p<0,001$  en  $p=0,025$ ). Verder is het vermeldenswaard dat bij 28 jongeren en 30 volwassenen in de periode 2002-2008 een vulling van een tand geattesteerd werd door een tandarts terwijl er tijdens het klinisch onderzoek geen vullingen werden gescoord. Tot slot werd vastgesteld dat bij significant meer volwassenen met een verzorgingsgraad=1 (maw geen onbehandelde cariëslaesies) in de periode 2002-2008 een regelmatig tandartsconsult (64% vs 53%;  $p=0,041$ ) en professionele gebitsreinigingen (61% vs 41%;  $p<0,001$ ) werden geattesteerd.

### 3.5.5.3.2.1.7 Verband tussen objectieve medische en tandheelkundige zorgconsumptie

Bij de jongeren met een beperking werd een significant verband vastgesteld tussen een “regelmatig” contact met de tandarts (gedefinieerd als tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren) en een “regelmatig” contact met een arts (gedefinieerd als tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren): bij significant meer jongeren met een beperking bij wie een regelmatig contact met een arts geattesteerd werd, werd er eveneens een regelmatig contact met een tandarts geregistreerd (47% versus 11% bij degenen die geen regelmatig contact met een arts hadden;  $p=0,004$ ). Bij de volwassenen met een beperking werd dit verband niet gezien.

### 3.5.5.3.2.2 Kwetsbare ouderen

De hiernavolgende analyses betreffen gegevens van een deel van de PBN-steekproef kwetsbare ouderen. Deze steekproef omvat enkel kwetsbare ouderen ( $n=312$ ) die in woonzorgcentra verbleven.

#### 3.5.5.3.2.2.1 Verband tussen socio-economische kenmerken (IMA) en de subjectieve en objectieve verzorgingsnood en verzorgingsgraad

Op vlak van socio-demografische kenmerken werd enkel een significant verband gevonden tussen enerzijds het voldoen aan de voorwaarden tot toekenning van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (in referentiejaar 2005) en anderzijds het moment van het laatste tandartsbezoek ( $p=0,02$ ) en het aantal ontbrekende tanden (M component van de  $D_3MFT$ ) ( $p=0,04$ ).

In de groep ouderen die niet aan de voorwaarden tot toekenning van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden (in referentiejaar 2005) voldeden was in 52% van de gevallen het moment van het laatste tandartsbezoek meer dan 5 jaar geleden, in 23% tussen 1 en 5 jaar geleden, in 15% minder dan 1 jaar geleden en bij 10% was het moment van het laatste tandartsbezoek niet gekend of onmogelijk in te vullen. Voor de groep die wel voldeed aan de voorwaarde tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden bedroegen deze percentages respectievelijk 46%, 14%, 9% en 31% ( $p=0,02$ ).

Het aandeel kwetsbare ouderen van de deel PBN-steekproef met een aantal ontbrekende tanden dat groter was dan de mediaan bleek in de groep die een tegemoetkoming hulp aan bejaarden had 59% in tegenstelling tot 35% in de groep die geen tegemoetkoming hulp aan bejaarden kreeg ( $p=0,04$ ).

### 3.5.5.3.2.2.2 Verband tussen de subjectieve verzorgingsnood en de mondzorgconsumptiegegevens

Er werd enkel een significant verband gevonden tussen de behoefte om een tandarts te raadplegen en het hebben van een regelmatig contact met een tandarts gedurende 2002-2008. Van de groep kwetsbare ouderen die behoefte hadden aan een tandarts had 28% een regelmatig contact met de tandarts terwijl dit aandeel in de groep die geen behoefte had aan een tandartsbezoek 13% bedroeg ( $p=0,01$ ).

### 3.5.5.3.2.2.3 Verband tussen de objectieve verzorgingsnood en verzorgingsgraad en de (mond)zorgconsumptiegegevens (IMA)

#### 3.5.5.3.2.2.3.1 Natuurlijke tanden

Van de kwetsbare ouderen bij wie meer dan 20 natuurlijke tanden werden genoteerd had 67% geen regelmatig contact met de tandarts en voor de groep met 10 tot 20 tanden was dit 59%. Van de tandeloze kwetsbare ouderen had 92% geen regelmatig contact met de tandarts ( $p<0,001$ ).

Er werd verder een significant verband gevonden tussen het aantal tanden en het aantal uitgevoerde profylactische handelingen, geplaatste vullingen en genomen intra-orale radiografieën met telkens een p-waarde kleiner dan 0,001. Hieruit bleek dat er van de groep met meer dan 20 natuurlijke tanden in 60% van de gevallen geen profylactische handelingen, vullingen of intra-orale radiografieën werden geattesteerd gedurende de periode 2002-2008. In deze groep was het aandeel waarvoor meer dan 3 profylactische reinigingen, meer dan 3 vullingen en meer dan 3 radiografieën werden geattesteerd respectievelijk 33%, 20% en 13%.

Er werd ook een significant verband gevonden tussen het aantal natuurlijke tanden en het attesteren van minstens 1 prothetische behandeling gedurende 2002-2008 ( $p<0,001$ ). Het aandeel met minstens 1 prothetische behandeling was 28% in de groep van de tandelozen, 54% in de groep met 1 tot 9 natuurlijke tanden, 31% in de groep met 11 tot 20 tanden en 7% bij kwetsbare ouderen met meer dan 20 tanden. Dit geeft aan dat er vooral prothetische behandelingen geattesteerd werden voor personen met uitneembare partiële prothetische voorzieningen.

#### 3.5.5.3.2.2.3.2 De prothetische status

Van de groep kwetsbare ouderen die een uitneembare partiële gebitsprothese had bleek 39% regelmatig een contact met de tandarts gehad te hebben in de periode 2002-2008 terwijl dit aandeel 15% bedroeg bij de kwetsbare ouderen die geen gebitsprothesen had en 9% bij kwetsbare ouderen die in beide kaakshelften een volledige gebitsprothese hadden ( $p<0,001$ ). Dit geeft aan dat weinig gebitsprothesedragers de nood inzien van een regelmatige tandarts controle

Van de groep met uitneembare partiële gebitsprothese werd bij 63% een prothetische behandeling geattesteerd gedurende de periode 2002-2008. In de groep met een totale gebitsprothese in de boven en onderkaak bedroeg dit percentage 39% ( $p<0,001$ ). Hieruit blijkt dat de dragers van een uitneembare partiële gebitsprothese meer frequent beroep doen op prothetische behandeling dan personen met een volledige gebitsprothese.

#### 3.5.5.3.2.2.3.3 $D_3$ MFT

In de groep kwetsbare ouderen met een  $D_3$ MFT  $\leq$  mediaan had 30% regelmatig contact met een tandarts en in de groep met een  $D_3$ MFT groter dan de mediaan 13% ( $p=0,003$ ). Ouderen met een hoge cariës index hadden dus minder regelmatig contact met de tandarts.

In de groep kwetsbare ouderen met een  $D_3$ MFT  $\leq$  mediaan werden geen profylactische handelingen, vullingen of intra-orale radiografieën geattesteerd in 77%, 55% en 52% van de gevallen respectievelijk. Voor de groep kwetsbare ouderen met een  $D_3$ MFT groter dan de mediaan werden telkens hogere waarden genoteerd namelijk respectievelijk 98%, 87% en 85% ( $p<0,001$ ). Ouderen met een hogere cariës index krijgen minder tandheelkundige zorg

### 3.5.5.3.2.2.3.4 Het aantal door caries aangetaste tanden ( $D_3t$ )

Van de groep kwetsbare ouderen met een aantal door cariës aangetaste tanden ( $D_3t$ ) dat kleiner of gelijk was aan de mediaan bleek dat 40% één of meerdere contacten had met de tandarts gedurende de periode 2002-2008, terwijl dit aandeel in de groep kwetsbare ouderen met een aantal door cariës aangetaste tanden dat groter was dan de mediaan 47% bedroeg ( $p=0,04$ ).

Bij 16% kwetsbare ouderen dat een aantal door cariës aangetaste tanden had dat kleiner of gelijk was aan de mediaan werden één of meerdere vullingen geattesteerd gedurende 2002-2008 terwijl dit aandeel 43% bedroeg in de groep kwetsbare ouderen met een aantal door cariës aangetaste tanden dat groter was dan de mediaan ( $p<0,001$ ). Bij ouderen met het grootst aantal door cariës aangetaste tanden werden er meer vullingen geattesteerd.

### 3.5.5.3.2.2.3.5 De restauratieve index

Van de groep kwetsbare ouderen met een verzorgde mond ( $RI=1$ ) had 50% regelmatig een contact met de tandarts terwijl van de groep kwetsbare ouderen met behandel nood ( $RI=0-99$ ) dit aandeel 27% bedroeg ( $p=0,04$ ).

Het aandeel waarbij geen profylactische handelingen gebeurden gedurende 2002-2008 was 59% in de groep met  $RI=1$  en 85% in de groep met  $RI=0-99$  ( $p=0,03$ ).

### 3.5.5.3.2.2.3.6 De zorgindex

Van de groep kwetsbare ouderen met een zorgindex  $=1$  had 40% één of meerdere contacten met een tandarts gedurende 2002-2008 terwijl van de groep kwetsbare ouderen met een zorgindex gelijk aan 0 tot 99 dit aandeel 47% bedroeg ( $p=0,03$ ).

Het aandeel waarbij geen vullingen werden geattesteerd gedurende 2002-2008 was 84% in de groep met  $CI=1$  en 56% in de groep met  $CI=0-99$  ( $p<0,001$ ).

Het aandeel dat gedurende 2002-2008 beroep deed op een stomatoloog was 67% in de groep met een  $CI=100$  en 50% in de groep met een  $CI=0-99$  ( $p=0,02$ ).

### 3.5.5.3.2.2.3.7 De uitneembare prothetische behandel nood

Van de groep kwetsbare ouderen waarbij een prothetische behandel nood werd vastgesteld door de onderzoeker had 65% geen consultatie bij de tandarts in de periode 2002-2008 en in de groep waarbij geen prothetische nood werd vastgesteld 53% ( $p=0,007$ ).

## 3.5.5.4 Samenvatting

### 3.5.5.4.1 Personen met beperkingen

Bij volwassenen met een beperking werd een significant verband vastgesteld tussen het gerapporteerd laatste tandartsbezoek en de subjectieve behandel nood (meer volwassenen met een beperking die de voorbije 5 jaar niet bij de tandarts waren geweest, rapporteerden een probleem in de mond), de vraag naar tandheelkundige verzorging (meer volwassenen met een beperking die het afgelopen jaar niet bij de tandarts waren geweest, zouden graag een tandarts consulteren) en problemen die ervaren worden bij (de organisatie van) een tandartsbezoek (meer volwassenen met een beperking die het afgelopen jaar niet bij de tandarts waren geweest, rapporteerden een probleem om een tandarts te consulteren).

Zowel jongeren als volwassenen met een probleem in de mond op het moment van de bevraging formuleerden frequenter de vraag om een tandarts te kunnen consulteren; volwassenen rapporteerden bovendien frequenter moeilijkheden om een tandarts te consulteren.

Bij de jongeren werden er geen verbanden vastgesteld tussen enerzijds de subjectieve zorgconsumptie en anderzijds de objectieve tandheelkundige verzorgingsgraad of –nood. Bij de volwassenen was er een significant verband tussen het gerapporteerde tijdstip van het laatste bezoek aan de tandarts en de aanwezigheid van gecarieerde (onbehandelde) definitieve tanden.

Er werd geen verband vastgesteld tussen de subjectieve zorgconsumptie en de aanwezigheid van tandplaque, maar wel tussen de subjectieve zorgconsumptie en de aanwezigheid van tandsteen.

De proportie volwassenen met (een) onbehandelde gecarieerde tand(en) in de mond was significant groter bij de groep die zelf een probleem in de mond rapporteerde.

Verder werd vastgesteld dat het melden van comfortproblemen (d.i. probleem met kauwen of spreken) frequenter was bij volwassenen bij wie meerdere tanden ontbraken.

Er werden significant meer urgentiebehandelingen geattesteerd bij de jongeren met een verhoogde kinderbijslag in vergelijking met de jongeren die geen verhoogde kinderbijslag genoten.

Bij de volwassenen met een beperking die in 2005 een effectieve betaling integratietegemoetkoming en/of inkomensvervangende tegemoetkoming en/of tegemoetkoming hulp aan bejaarden ontvingen, werden er significant meer professionele gebitsreinigingen geattesteerd. Significant meer volwassenen van deze subgroep hadden een “regelmatig” contact met een tandarts in de observatieperiode.

Bij de jongeren met een beperking werden er geen significante verbanden gezien tussen enerzijds het gerapporteerd laatste tandartsbezoek en anderzijds een “regelmatig” contact met de tandarts, het aantal preventieve behandelingen, het aantal professionele gebitsreinigingen, het aantal vullingen of het aantal orthodontische behandelingen; bij de volwassenen was er wel een significant verband.

Noch bij de jongeren noch bij de volwassenen met een beperking werden er significante verbanden gezien tussen enerzijds een gerapporteerd probleem in de mond en anderzijds objectieve tandheelkundige zorgconsumptie.

Bij de jongeren met een beperking werden er geen significante verbanden gezien tussen enerzijds een gerapporteerd probleem om een tandarts te raadplegen en anderzijds een objectieve tandheelkundige zorgconsumptie. Bij de volwassenen was dat wel het geval: significant minder volwassenen met een gerapporteerd probleem om de tandarts te consulteren hadden een “regelmatig” contact met de tandarts terwijl bij significant meer volwassenen met een gerapporteerd probleem om de tandarts te consulteren minstens 1 urgente behandeling door een tandarts in de periode 2002-2008 werd geattesteerd.

Bij significant meer volwassenen met een verzorgingsgraad=1 (maw geen onbehandelde cariëslaesies) werden een regelmatig tandartsconsult en professionele gebitsreinigingen geattesteerd.

#### 3.5.5.4.2 Kwetsbare ouderen

Algemeen kan gesteld worden dat voor de volledige onderzochte steekproef en de verschillende subgroepen op basis van leeftijd, graad van zorgafhankelijkheid (zorggraad) en taal er slechts beperkte verbanden kon aangetoond worden tussen de subjectieve en objectieve verzorgingsnood en verzorgingsgraad. Van alle bestudeerde parameters bleek enkel een verband tussen het moment van een laatste tandartsraadpleging en enkele parameters van de objectieve behandelingsnood aantoonbaar.

Het moment van een laatste tandartsraadpleging van personen van 65 jaar of ouder heeft een invloed op de mondstatus. Hoe meer recent deze ouderen een raadpleging bij de tandarts hadden hoe meer natuurlijke tanden deze personen

hadden of vice versa. Deze bevinding kon aangetoond worden voor de volledige groep van personen van 65 jaar of ouder en ook voor beide taalgroepen afzonderlijk. In functie van de zorgafhankelijkheid was dit verband enkel significant voor ouderen met de laagste graad van zorgafhankelijkheid (zorggraad O).

Voor de groep ouderen met een combinatie van natuurlijke tanden en partiële gebitsprothese was het aandeel met een laatste tandartsraadpleging die minder dan 1 jaar geleden plaats vond het grootst, terwijl in de groep ouderen met alleen natuurlijke tanden of volledige gebitsprothesen in boven- en onderkaak het aandeel met een laatste tandartsraadpleging die langer dan 5 jaar geleden plaats vond het grootst was.

Van ouderen met een  $D_3$ MFT die groter was dan de mediaan vond bij 2 op 3 ouderen een laatste raadpleging 5 jaar of meer geleden plaats. Het verband tussen de  $D_3$ MFT en het moment van een laatste tandartsraadpleging kon verder enkel aangetoond worden voor ouderen met de laagste graad van zorgafhankelijkheid en behorende tot het Nederlandstalig landsgebied.

Voor alle onderzochte personen van 65 jaar of ouder die zelf een mondprobleem rapporteerden werd enkel een significant verband gevonden met de door de onderzoeker vastgestelde restauratieve index, aanwezigheid van een slijmvliesaandoening en prothetische behandel nood. Het aandeel personen van 65 jaar of ouder dat zelf een mondprobleem had aangegeven was telkens groter bij ouderen met onvoldoende verzorging, met slijmvliesaandoening en met prothetische behandel nood.

Op vlak van zorgafhankelijkheid kon geen significant verband aangetoond worden tussen een zelf aangegeven mondprobleem (subjectieve behandel nood) en de door de onderzoeker vastgestelde behandel nood (objectieve behandel nood). Dit kan mogelijk het gevolg zijn van het klein aantal observaties in bepaalde subgroepen.

Voor de volledige groep van personen van 65 jaar of ouder en de verschillende subgroepen op basis van leeftijd, zorgafhankelijkheid en taal kon geen statistisch verband gevonden worden tussen enerzijds de wens voor een raadpleging bij de tandarts en mogelijke drempels voor het organiseren van deze raadpleging en anderzijds de verschillende parameters van de objectieve behandel nood. Voor de subgroepen kan dit mogelijk het gevolg zijn van het klein aantal observaties in bepaalde subgroepen.

De hiernavolgende conclusies gelden enkel voor de deel-steekproef kwetsbare ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven. Deze bevindingen kunnen derhalve niet veralgemeend worden voor alle kwetsbare ouderen die in een woonzorgcentrum verblijven en zeker niet voor alle kwetsbare ouderen van 65 jaar of ouder.

Voor de groep kwetsbare ouderen die voldeed aan de voorwaarde voor tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden was het moment van het laatste tandarts onderzoek langer geleden en het aantal resterende natuurlijke tanden lager in vergelijking met kwetsbare ouderen die niet voldeden voor een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden.

Van de kwetsbare ouderen die aangaf beroep te willen doen op een tandarts had slechts 1 op 4 van de gevallen regelmatig contact met de tandarts. Hoe meer resterende natuurlijke tanden hoe meer men een regelmatig contact had. Echter, in de groep met meer dan 20 tanden, werd slechts bij 4 op 10 één of meerdere profylactische handelingen, vullingen of intra-orale radiografieën geattesteerd. Ouderen met een hoge cariës index hadden minder regelmatig contact met de tandarts en voor hen werd minder tandheelkundige zorg geattesteerd.

Het aandeel ouderen met het grootst door cariës aangetaste tanden had meer regelmatig contact met een tandarts en hierbij werden er meer vullingen geattesteerd, maar dit in minder dan 50% van de gevallen. Kwetsbare ouderen met behandel nood omwille van cariës doen slechts in 27% van de gevallen beroep op tandheelkundige zorgverlening en hiervoor werden eerder extracties geattesteerd dan vullingen.

Kwetsbare ouderen met een prothetische behandel nood doen in slechts 35% van de gevallen beroep op een tandarts en dit geeft aan dat de gebitsprothesedragers de nood niet inzien van een regelmatige tandarts controle. Draggers van een uitneembare partiële gebitsprothese doen meer frequent beroep op prothetische behandeling(en) dan personen met een volledige gebitsprothese.

## 3.6 Bevraging via patiëntenplatform

### 3.6.1 Inleiding en doelstelling

In het kader van de doelstellingen van dit rapport werd de bevraging van personen met bijzondere noden betreffende de subjectieve behandelneed bijkomend uitgevoerd via een patiëntenplatform. Conform de bevraging van de personen waarbij ook klinische data werden verzameld (zie Hoofdstuk 3.5.4), ging de aandacht uit naar de nood aan mondzorg en naar de vraag naar en het aanbod aan tandheelkundige zorgverlening. Het doel van dit deel van de studie was het in kaart brengen van de subjectieve behandelneed en eventuele drempels voor het beroep doen op of het bekomen van tandheelkundige zorgverlening.

### 3.6.2 Materiaal en Methoden

De doelgroep van deze bevraging betrof alleen patiënten die lid zijn van één van de 100 patiëntenverenigingen in Vlaanderen die lid zijn van de vzw 'Het Vlaams Patiëntenplatform (VPP)' ([www.vlaamspatiëntenplatform.be](http://www.vlaamspatiëntenplatform.be)). De vragenlijst (zie hoofdstuk 3.5.3, bijlage 3.b) werd aan alle verenigingen doorgestuurd die ze vervolgens doorstuurden naar hun leden. Alle personen die deze vragenlijst hebben ingevuld hebben een chronische ziekte of aandoening.

De vragenlijst bevatte geen vragen omtrent socio-economische kenmerken zoals geslacht, leeftijd, verblijfsituatie of aard van de beperking.

De antwoorden werden gecodeerd ingegeven in een excelbestand (met validatie om zoveel mogelijk fouten te vermijden) en ingelesen in PASW Statistics 18 voor statistische verwerking.

### 3.6.3 Resultaten

#### 3.6.3.1 Invullen vragenlijst

Van 87 personen werd een ingevulde vragenlijst bekomen gedurende de periode maart-september 2010. Ongeveer 1 op 4 van de respondenten (26%) heeft de vragenlijst zelf ingevuld zonder hulp en 73% ingevuld met hulp. Eén persoon (1%) weigerde de vragenlijst in te vullen. Voor 3 vragenlijsten kon niet achterhaald worden wie de vragenlijst had ingevuld omdat dit niet was aangegeven.

#### 3.6.3.2 Subjectieve zorgconsumptie

Tabel 3.6.1 toont aan dat 21% van de personen bevraged via het patiëntenplatform aangaven dat ze gedurende het voorbije jaar een raadpleging bij de tandarts hadden. Dit percentage komt overeen met dit van de PBN-steekproef kwetsbare ouderen (20%) en is aanzienlijk lager dan het percentage voor de jongeren (60%) en volwassenen (54%) met beperkingen van de PBN-steekproef. Bij 48% was het laatste tandartsbezoek meer dan 5 jaar geleden. Ook dit percentage is vergelijkbaar met het percentage van de PBN-steekproef kwetsbare ouderen (46%) en veel hoger dan dat van de jongeren (8%) en volwassenen (13%) met beperkingen.

	PP*	PBN-B** ≤ 21 jaar	PBN-B** >21 jaar	PBN-O*** ≥65 jaar
n	87	133	645	609
<b>Proportie met laatste tandartsbezoek (%)</b>				
5 jaar geleden of meer	48	8	13	46
Minder dan 5 jaar, meer dan 1 jaar geleden	16	21	24	23
Minder dan 1 jaar geleden	21	60	54	20
Onbekend	14	3	7	7
Onmogelijk te achterhalen	1	8	8	4

\*Steekproef Patiëntenplatform; \*\*Steekproef PBN personen met beperkingen;\*\*\* Steekproef PBN kwetsbare ouderen



### 3.6.3.3 Subjectieve behandelneed

Uit tabel 3.6.2 valt af te leiden dat op het moment van het invullen van de vragenlijst 1 op 4 van de personen van het patiëntenplatform aangaf een mondprobleem te hebben. Dit aandeel is vergelijkbaar met het aandeel van de PBN-steekproef kwetsbare ouderen (28%) en jongeren met beperkingen (29%) en lager dan het percentage voor de volwassenen met beperkingen (35%). Meer dan de helft van de personen van het patiëntenplatform gaf aan problemen te hebben met het comfort (kauwen, spreken). Dit aandeel is beduidend hoger dan voor de jongeren (15%) en volwassenen (30%) met beperkingen en de kwetsbare ouderen (44%) van de PBN-steekproef. Meer dan 1 op 4 van de respondenten van het patiëntenplatform had problemen met esthetiek. Dit percentage situeert zich tussen dat van de jongeren (38%) en dat van de volwassenen (22%) met beperkingen en is beduidend hoger dan dat voor de kwetsbare ouderen.

Tabel 3.6.2. Ervaart de persoon een mondprobleem?				
	PP	PBN-B ≤ 21 jaar	PBN-B >21 jaar	PBN-O ≥65 jaar
n	87	134	643	602
<b>Proportie (%) met mondprobleem</b>	<b>25</b>	<b>29</b>	<b>35</b>	<b>28</b>
Pijn*	18	23	33	25
Kauwen, spreken (comfort)*	55	15	30	44
Uitzicht (esthetiek)*	27	38	22	11
Ander probleem*	27	36	33	30
Onmogelijk te achterhalen	0	5	4	2

\*Percentage berekend voor aantal personen met mondprobleem; meer dan één probleem kon gemeld worden.

### 3.6.3.4. Zorgvraag en drempels voor de toegankelijkheid van het bestaande (tandheelkundig) zorgverleningscircuit

Uit tabel 3.6.3 blijkt dat 14% van de personen van het patiëntenplatform aangaf een raadpleging te wensen bij een tandarts. Dit aandeel is beduidend lager dan het aandeel voor de jongeren (48%) en volwassenen (42%) met beperkingen en de kwetsbare ouderen (23%) van de PBN-steekproef.

De meest vermelde drempel om beroep te doen op een tandarts was het vervoer naar en van de tandarts. Problemen met vervoer werden namelijk door meer dan 3 op 4 van de personen van het patiëntenplatform aangekruist. Deze drempel werd ook door de kwetsbare ouderen van de PBN-steekproef het meest frequent aangehaald (69%).

Verder werden 'andere drempels' aangegeven met een negatieve invloed op de toegankelijkheid zoals 'mondzorg is nu niet meer nodig', 'tandarts kan er toch niets meer aan doen' en 'de mond is niet meer open te krijgen'.

Angst werd hier nauwelijks (1 persoon) als drempel vermeld en financiële beperkingen werden door niemand vermeld.

Tabel 3.6.3. Drempels voor het raadplegen van een tandarts per leeftijdscategorie				
	PP	PBN-B ≤ 21 jaar	PBN-B >21 jaar	PBN-O ≥65 jaar
n	86	132	611	598
<b>Proportie (%) die een raadpleging bij de tandarts wenst (zorgvraag)</b>	<b>14</b>	<b>48</b>	<b>42</b>	<b>23</b>
<b>Drempels voor het consulteren van een tandarts (%)</b>				
Angst*	3	38	37	12
Financieel*	0	14	29	10



**Tabel 3.6.3. (vervolg) Drempels voor het raadplegen van een tandarts per leeftijdscategorie**

	PP	PBN-B ≤ 21 jaar	PBN-B >21 jaar	PBN-O ≥65 jaar
Vervoer*	76	7	29	69
Geen geschikte tandarts*	0	14	7	5
Andere drempel*	31	45	21	21
Weet het niet	14	4	3	2
Onmogelijk te achterhalen	0	5	3	2

\*Percentage van totaal aantal personen dat aangaf waarom het moeilijk is een tandarts te raadplegen

### 3.6.3.5. Organisatie van het tandartsbezoek

Tabel 3.6.4 geeft aan dat 1 op 4 van de personen van het patiëntenplatform zelf een afspraak maakte bij de tandarts en dit zonder hulp; dit percentage ligt tussen dat van de jongeren (17%) en volwassenen (35%) met beperkingen en is vergelijkbaar met het percentage van de kwetsbare ouderen van de PBN-steekproef (24%). Voor het maken van een afspraak bij de tandarts deden de respondenten van het patiëntenplatform hoofdzakelijk (64%) beroep op hun partner, familie of kennis, naar analogie van de jongeren met beperkingen (69%). In 8% van de gevallen deed men beroep op een zorgverlener, wat beduidend minder is dan voor de jongeren (21%) en volwassenen (39%) met beperkingen en voor de kwetsbare ouderen (26%) van de PBN-steekproef.

Verder blijkt dat de partner, familie of kennis zeer belangrijk is voor de personen van het patiëntenplatform om zich te verplaatsen naar de tandarts. Drie op vier personen deden beroep op hun partner, familie of kennis om zich te verplaatsen naar de tandarts. Een gelijkaardige trend kan vastgesteld worden voor de begeleiding tijdens het tandartsbezoek (76%). Deze proporties zijn net iets hoger dan die voor de jongeren met beperkingen (respectievelijk 65% en 63%).

**Tabel 3.6.4. Organisatie van een tandartsbezoek\***

	PP	PBN-B ≤ 21 jaar	PBN-B >21 jaar	PBN-O ≥65 jaar
<b>Op wie kan u beroep doen om een afspraak aan te vragen bij de tandarts?</b>				
n	87	132	634	597
Persoon zelf zonder hulp (%)	25	17	35	24
Partner, familie, kennis (%)	64	69	26	44
Zorgverlener, opvoeder (%)	8	21	39	26
Niemand, dus dit lukt me niet (%)	2	1	1	2
Ik weet het niet (%)	1	2	1	2
Onmogelijk in te vullen (%)	1	4	3	6
<b>Op wie kan u beroep doen om u naar de tandarts te verplaatsen?</b>				
n	87	124	628	589
Persoon zelf zonder hulp (%)	13	19	42	18
Partner, familie, kennis (%)	75	65	25	51
Zorgverlener, opvoeder (%)	7	18	34	23
Niemand, dus dit lukt me niet (%)	2	1	1	3
Ik weet het niet (%)	3	2	<1	4
Onmogelijk in te vullen (%)	1	5	3	6

**Tabel 3.6.4. (vervolg) Organisatie van een tandartsbezoek\***

	PP	PBN-B ≤ 21 jaar	PBN-B >21 jaar	PBN-O ≥65 jaar
<b>Op wie kan u beroep doen om u te begeleiden tijdens een tandartsbezoek?</b>				
n	87	123	627	585
Persoon zelf zonder hulp (%)	14	23	44	20
Partner, familie, kennis (%)	76	63	25	53
Zorgverlener, opvoeder (%)	6	16	33	19
Niemand, dus dit lukt me niet (%)	1	1	1	2
Ik weet het niet (%)	2	1	<1	4
Onmogelijk in te vullen (%)	1	4	3	6
*meerdere antwoorden mogelijk				

### 3.6.4. Discussie

Bij het interpreteren van de resultaten dient men er rekening mee te houden dat de verschillende doelgroepen (patiënten van het patiëntenplatform, jongeren en volwassenen met beperkingen en kwetsbare ouderen) intrinsiek van elkaar verschillen.

Eén op vier van de respondenten van het patiëntenplatform was in staat zonder hulp deze vragenlijst in te vullen terwijl dit voor de jongeren met beperkingen en de kwetsbare ouderen 9% was en voor de volwassenen met beperkingen 14%. Hieruit zou men kunnen afleiden dat de gemiddelde zorgafhankelijkheid van de personen van het patiëntenplatform lager is dan dat van de personen van de beide doelgroepen van de PBN-steekproef.

Uit de antwoorden in verband met de organisatie van een tandartsbezoek blijkt dat men nauwelijks beroep deed op de hulp van een zorgverlener maar veeleer op de partner, familielid of kennis.

Bij het vergelijken van de personen van het patiëntenplatform met de kwetsbare ouderen van de PBN-steekproef is het belangrijk te vermelden dat ondanks een vergelijkbaar aandeel dat een mondprobleem aangaf bij het invullen van de vragenlijst, personen van het patiëntenplatform minder frequent een raadpleging wensten bij de tandarts. De subjectieve behandel nood was voor beide groepen gelijk maar de vraag naar zorg (demand) was verschillend.

### 3.6.5 Samenvatting

Voor ongeveer de helft van de respondenten van het patiëntenplatform was het meer dan 5 jaar geleden dat ze een tandarts consulteerden. Dit aandeel was voor de personen met beperkingen veel lager.

Eén op vier van de respondenten van het patiëntenplatform had op het moment van het invullen van de vragenlijst een mondprobleem (vooral bij kauwen en spreken). De vraag naar mondzorg was bij deze groep lager in vergelijking met de andere groepen van de PBN-steekproef.

De meest vermelde drempel om beroep te doen op een tandarts was het vervoer naar en van de tandarts. Dit werd door bijna 3 op 4 van de bevroegde personen aangegeven.

Van deze groep maakte 1 op 4 zelf en zonder hulp een afspraak bij de tandarts. Voor het maken van een afspraak bij de tandarts deden deze personen hoofdzakelijk beroep op hun partner, familie of kennis. In 8% van de gevallen deed men beroep op een zorgverlener en dit is in vergelijking met de andere groepen van de PBN-steekproef veel lager.

Verder bleek de partner, familie of kennis belangrijk om zich te verplaatsen naar de tandarts; 3 op 4 deed hiervoor beroep op hun partner, familie of kennis. Een gelijkaardige trend kon vastgesteld worden om zich te laten begeleiden tijdens het tandartsbezoek.

**Bijlage 3.5.1:  
Nota ter voorbereiding steekproef Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden,  
kwetsbare ouderen**

**Het totaal aantal kwetsbare ouderen dat in woonzorgcentra, psychiatrische verzorgingstehuizen en  
in de thuiszorg verblijft = 258.802 (120.170 + 1.800 + 136.832)**

**Populatie kwetsbare ouderen in woonzorgcentra (WZC)**

Aandeel in de totale populatie:  $120.170/258.802 = 46,4 \%$

Aandeel per gewest

Gewest	≥ 60 < 80	≥ 80 < 90	≥ 90	Totaal	%	N= 370
Vlaanderen	12.956	31.486	16.868	61.310	51.02	189
Brussel	3.410	6.656	3.905	13.971	11.63	43
Wallonië	11.316	23.178	10.395	44.889	37.35	138
Subtotaal	27.682	61.320	31.168	120.170		

**Populatie kwetsbare ouderen in psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)**

Aandeel in de totale populatie:  $1.800/258.802 = 0,7 \%$  > 1%

Aandeel per gewest

Gewest	Geschat aantal	%	N = 8
Vlaanderen	1.222	67.92	5
Brussel	138	7.68	1
Wallonië	439	24.40	2
Subtotaal	1.800	100	

**Populatie kwetsbare ouderen in thuiszorgsituatie (TZS)**

Aandeel in de totale populatie:  $136.832/258.802 = 52,87 \%$

Aandeel per gewest

Gewest	≥ 60 < 80	≥ 80 < 90	≥ 90	Totaal	%	N = 422
Vlaanderen	38.581	48.296	11.341	98.218	71.7	302
Brussel	1.662	2.252	738	4.652	3.5	15
Wallonië	13.499	16.642	3.821	33.962	24.8	105
Subtotaal	53.742	67.190	15.900	136.832		



**Bijlage 3.5.2:  
Klinisch formulier**

**4a. MONDHYGIËNE – globaal (alle leeftijden)**

**Tandplak**  
 (14a)  Neen (14b)  Ja (14c)  Niet te scoren (gebrek aan medewerking)

**Tandsteen**  
 (15a)  Neen (15b)  Ja (15c)  Niet te scoren (gebrek aan medewerking)

---

**4b. MONDHYGIËNE – gedetailleerd (alle leeftijden)**

Te scoren tanden

55/16	52/12	64/24	(16-18)
44/84	32/72	36/75	

0 = Geen plak (a)  
 1 = Plak enkel door sonderen te detecteren (b)  
 2 = Plak zichtbaar met het blote oog (c)  
 3 = Overvloed aan tandplak (d)  
 X = Tand(en) afwezig of niet te scoren (e)  
 N = Niet registreerbaar (gebrek aan medewerking) (f)

**5. DUTCH PERIODONTAL SCREENING INDEX (DPSI) (leeftijd ≥ 15 jaar)**

DPSI	SEXTANT			
	Rechts	Centraal	Links	
BK				(22-24)
OK				(25-27)

0 = Gezond (a)  
 1 = Bloeding bij sonderen (≤ 3 mm) (b)  
 2 = Tandsteen/overhangende vulling (≤ 3 mm) (c)  
 3\* = Pocket 4-5 mm zonder gingivale recessie (d)  
 3\* = Pocket 4-5 mm met gingivale recessie (e)  
 4 = Pocket ≥ 6 mm (f)  
 X = Tand(en) afwezig of niet te scoren (g)  
 N = Niet registreerbaar (gebrek aan medewerking) (h)

---

**6. GEBITSSTATUS (alle leeftijden)**

	18	17	16	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	26	27	28	(28-43)
BK																	
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	(44-59)
OK																	

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

Status	Score voor definitieve tanden	Score voor melktanden
Gaaf	0	A
Cariës	1	B
Gerestaureerd, met cariës	2	C
Gerestaureerd, geen cariës	3	D
Geëxtraheerd omwille van cariës	4	E
Ontbrekend omwille van andere redenen	5	N
Fissuur verzegeling	6	F
Brug, abutment, kroon of veneer	7	G
Niet doorgebroken tand	8	N
Trauma (fractuur)	9	T
Wortelrest	R	R
Niet geregistreerd	X	X
Niet registreerbaar (gebrek aan medewerking)	NR	NR

**Bijlage 3.5.2:**  
**Klinisch formulier**
**7. WORTELS (leeftijd ≥ 15 jaar):**

 Aantal tanden met blootliggende wortels   (60)

 Aantal tanden met blootliggende wortels waarop cariës of vulling omwille van cariës   (61)

 Aantal implantaten   (62)

N = Niet registreerbaar (gebrek aan medewerking)

**8. TANDWEEFSELVERLIES (leeftijd ≥ 15 jaar) - op minstens 2 tanden**

	Neen	Ja	Nvt	Niet registreerbaar*	
<b>Erosie</b> (chemische schade)					(63)
<b>Abrasie</b> (mechanische schade)					(64)
<b>Attritie</b> (tussen occluderende tanden)					(65)

Nvt: bv. jonger dan 15j, geen eigen tanden

\*door gebrek aan medewerking

**9. TOESTAND VAN DE SLIJMVLIEZEN (alle leeftijden)**

- (66a)  Drukplaats, ulcus  
 (66b)  Irritatiefibroom  
 (66c)  Flabby ridge  
 (66d)  Hyperaemisch of papillomateus palatum  
 (66e)  Hyperkeratose binnenkant wang  
 (66f)  Niet afschraapbare witte laesie  
 (66g)  Scheurtje bij mondhoeck, cheilitis angularis  
 (66h)  Afte  
 (66i)  Fistel  
 (66j)  Andere aandoening van de slijmvliezen  
 (66k)  Geen laesies in de mond  
 (66l)  Niet registreerbaar (gebrek aan medewerking)

**10. HYGIËNE VAN DE UITNEEMBARE GEBITSPROTHESEN (alle personen met uitneembare gebitsprothesen)**

	BK	OK	
<b>Tandplak</b>			(67-68)

	BK	OK	
<b>Tandsteen</b>			(69-70)

0 = geen zichtbare plaque aanwezig

1 = bescheiden zichtbare plaque aanwezig (&lt;25%)

2 = veel zichtbare plaque aanwezig (&lt;50%)

3 = zeer veel plaque aanwezig (&gt;50%)

X = Gebitsprothese niet te scoren (bv. kleefpasta; niet gedragen)

N = Niet registreerbaar (door gebrek aan medewerking)

0 = geen tandsteen aanwezig

1 = tandsteen aanwezig

X = Gebitsprothese niet te scoren (bv. kleefpasta; niet gedragen)

N = Niet registreerbaar (door gebrek aan medewerking)

**11. PROTHETISCHE BEHANDELNOOD**

(alle personen met uitneembare gebitsprothesen)

**Bovenkaak**

- (71a)  Vernieuwen van gebitsprothese is noodzakelijk  
 (71b)  Vernieuwen van gebitsprothese is wenselijk  
 (71c)  Vernieuwen van gebitsprothese is niet nodig  
 (71d)  Aanpassen van de gebitsprothese is noodzakelijk  
 (71e)  Aanpassen van de gebitsprothese is wenselijk  
 (71f)  Aanpassen van de gebitsprothese is niet nodig  
 (71g)  Herstelling van de gebitsprothese is nodig  
 (71h)  Niet registreerbaar door gebrek aan medewerking

**Onderkaak**

- (72a)  Vernieuwen van gebitsprothese is noodzakelijk  
 (72b)  Vernieuwen van gebitsprothese is wenselijk  
 (72c)  Vernieuwen van gebitsprothese is niet nodig  
 (72d)  Aanpassen van de gebitsprothese is noodzakelijk  
 (72e)  Aanpassen van de gebitsprothese is wenselijk  
 (72f)  Aanpassen van de gebitsprothese is niet nodig  
 (72g)  Herstelling van de gebitsprothese is nodig  
 (72h)  Niet registreerbaar door gebrek aan medewerking

**Bijlage 3.5.3:**  
**Vragenlijst voor personen met bijzondere noden**
**Vragenlijst voor personen met bijzondere noden**

Dit formulier hoort bij het klinisch onderzoeksformulier

Naam:

Voornaam:

Rijksregisternummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**1. Wanneer had u voor het laatst een raadpleging bij de tandarts?**

- 5 jaar geleden of meer     minder dan 5 jaar, meer dan 1 jaar geleden  
 minder dan 1 jaar geleden     weet het niet     onmogelijk in te vullen

**2a. Heeft u op dit ogenblik een probleem in uw mond?**

- nee     ja     weet het niet     onmogelijk in te vullen

**2b. Indien ja, welk probleem heeft u in de mond?**

- pijn  
 probleem met kauwen, spreken (comfort)  
 probleem met uitzicht (esthetiek)  
 een ander probleem  
 weet het niet     onmogelijk in te vullen

**3. Zou u momenteel op raadpleging willen gaan bij een tandarts?**

- nee     ja     weet het niet     onmogelijk in te vullen

**4a. Zijn er redenen waarom het voor u moeilijk is een tandarts te raadplegen?**

- nee     ja     weet het niet     onmogelijk in te vullen

**4b. Indien ja, welke?**

- ik heb schrik, angst  
 ik kan de kosten niet betalen  
 ik kan me onvoldoende verplaatsen om bij de tandarts te geraken  
 ik vind geen geschikte tandarts  
 andere: .....  
 ik weet het niet     onmogelijk in te vullen

**5.**

Regeling tandartsbezoek	Ik kan dit zonder hulp	Partner familie kennis	Zorgverlener Opvoeder	Niemand, dus dit lukt me niet	Ik weet het niet	Onmogelijk in te vullen
Op wie kan u beroep doen om een afspraak aan te vragen bij de tandarts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op wie kan u beroep doen om u naar de tandarts te verplaatsen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Op wie kan u beroep doen om u te begeleiden tijdens een tandartsbezoek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Door wie werd deze vragenlijst ingevuld?**

- de vragenlijst werd zelfstandig door mijzelf ingevuld  
 de vragenlijst werd ingevuld met de hulp van een begeleider  
 de persoon weigert de vragenlijst in te vullen  
 de persoon is niet in staat te antwoorden, ook niet met begeleiding





# Tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden – bevraging van de zorgverleners

## 4.1 Inleiding

In het kader van de doelstellingen van dit rapport werd een bevraging uitgevoerd bij diverse personen die instaan voor de dagelijkse zorg van personen met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen en kwetsbare ouderen in België. Diverse aspecten van (het door hen zelf uitvoeren van) preventieve mondzorg alsook het aanbod aan professionele zorgverlening door tandartsen werden bevroegd (Bijlage 4.A).

Uit onderzoek blijkt dat het verlenen van preventieve mondzorg aan zorgafhankelijke personen vaak niet eenvoudig is en eigenlijk meer aandacht zou moeten krijgen tijdens de professionele opleiding en in het dagelijks zorgprogramma [Hennequin et al., 2000; Dougall and Fiske, 2008; De Visschere, 2010]. Kwantitatief en kwalitatief onderzoek brachten heel wat drempels aan het licht die zorgverleners ondervinden bij het uitvoeren van mondzorg bij zorgafhankelijke personen [Dougall and Fiske, 2008; De Visschere, 2010].

## 4.2 Doelstelling

Het doel van dit deel van het onderzoek bestond er in enerzijds na te gaan hoe zorgverleners mondzorg voor zorgafhankelijke personen inschatten. Anderzijds werd gepeild naar mogelijke drempels die zorgverleners ervaren tijdens het uitvoeren van mondzorg in beide doelgroepen en werd nagegaan hoe het verlenen van tandheelkundige zorg bij deze personen met mondproblemen wordt georganiseerd.

## 4.3 Materiaal en Methoden

De bevraging van zorgverleners werd uitgevoerd gedurende de periode april – september 2010 in verschillende Belgische provincies. Voor dit onderzoek werden zorgverleners bevroegd van organisaties of voorzieningen waar personen, behorende tot beide doelgroepen, school lopen, werken of verblijven. Een eerste groep zorgverleners (screeningsgebonden zorgverleners) behoorde tot organisaties of voorzieningen die geselecteerd werden voor deelname aan het screeningsluik van dit project (screening en bevraging van de personen met bijzondere noden) en akkoord gingen om mee te werken (voor beschrijving zie hoofdstuk 3.5); deze groep wordt in dit hoofdstuk omschreven als ‘screeningsgebonden zorgverleners’. Om selectiebias te vermijden en om het aantal respondenten te verhogen werden ook zorgverleners (groep 2) bevroegd van organisaties of voorzieningen die niet instemden tot deelname of die niet werden geselecteerd voor het deelnemen aan het screeningsluik; deze groep wordt in dit hoofdstuk omschreven als ‘niet-screeningsgebonden zorgverleners’. Een derde groep zorgverleners werd bevroegd naar aanleiding van een reeks voordrachten over mondzorg bij kwetsbare ouderen voor zorgverleners werkzaam in een organisatie die thuiszorg aanbiedt in West-Vlaanderen. Uit het jaarverslag Familiezorg, 2009 [Jaarverslag Familiezorg, 2009] blijkt dat 63% van hun zorgvragers behoort tot de groep van de ouderen, tot de overige 37% behoren personen met fysieke en psychische gezondheidsproblemen, personen met een sociale problematiek en personen die beroep willen doen op kraamzorg.

Voor de verwerking van de gegevens werd naar analogie van de andere hoofdstukken van dit rapport opnieuw een onderscheid gemaakt tussen de groep zorgverleners werkzaam in organisaties of voorzieningen die instaan voor de dagelijkse zorg van personen met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen (groep 1) en anderzijds de zorgverleners werkzaam in organisaties of voorzieningen die instaan voor de dagelijkse zorg van kwetsbare ouderen. Binnen deze laatste groep werd een onderscheid gemaakt tussen zorgverleners werkzaam voor ouderen in woonzorgcentra of thuis (groep 2), en zorgverleners die zorg verlenen aan beide groepen waarvan 60% ouderen, maar allen in de thuishouding (groep 3). Deze groepen worden hiernavolgend de 3 studiegroepen genoemd.

De vragenlijst (zie Bijlage 4.1), identiek voor de 3 verschillende studiegroepen, bestond uit 5 delen. Deel 1 betrof algemene gegevens betreffende de organisatie of voorziening van tewerkstelling, geslacht, leeftijd, aantal jaren werkzaam als zorgverlener en de taak binnen de organisatie of voorziening

Deel 2 omvatte 5 vragen over de theoretische en praktische opleiding over mondhygiëne tijdens de studietijd en in de werksituatie, het praktisch toepassen van de aangeleerde vaardigheden mbt mondhygiëne in de huidige werksituatie en de bereidheid om vorming te volgen over mondzorg. Voor de eerste 3 vragen werd gebruik gemaakt van een Likertschaal met volgende antwoordmogelijkheden: 'niet gekregen', 'onvoldoende', 'voldoende' of 'ik weet het niet'. Voor de 2 volgende vragen waren de antwoordmogelijkheden: 'nooit/zeer zelden', 'soms', 'zeer frequent tot altijd' en 'ik weet het niet'.

Deel 3 peilde naar de percepties van zorgverleners ten opzichte van mondzorg aan de hand van een Visueel Analoge Schaal (VAS-schaal). Dit is een psychometrisch meetinstrument waarbij de respondent op een lijn (in dit geval onderverdeeld in 10 punten) aangeeft waar zijn antwoord op een vraag zich situeert tussen beide uitersten. Vraag 1 handelde over hoe laag/hog men het aantal personen met mogelijke mondproblemen inschat; vraag 2 over hoe gemakkelijk/moeilijk deze personen een behandeling kunnen krijgen door een tandarts en vraag 3 over hoe onbelangrijk/belangrijk het dagelijks uitvoeren van mondhygiëne is in deze doelgroepen.

In deel 4 werd aan de respondent een aantal stellingen gegeven om drempels op te sporen voor enerzijds het poetsen van de natuurlijke tanden (11 stellingen) en anderzijds het poetsen van de gebitsprothesen (9 stellingen) bij personen die dit zelf niet (meer) kunnen. De respondent werd gevraagd die stellingen aan te kruisen waarmee hij/zij kon akkoord gaan. Stellingen werden zowel in de negatieve als de positieve zin geformuleerd.

Deel 5 bestond uit 12 stellingen over de manier waarop in het voorgaande jaar de tandheelkundige professionele zorg werd georganiseerd voor de zorgafhankelijke personen aan wie de respondent zorg verleende of waarvoor hij/zij verantwoordelijk was. De respondent werd gevraagd die stellingen aan te kruisen waarmee hij/zij kon akkoord gaan. De laatste stelling liet de respondent de kans 'ik weet het niet' aan te kruisen.

De antwoorden werden gecodeerd ingegeven in een excelbestand (met validatie van de antwoordcellen om zoveel mogelijk fouten te vermijden) en geïmporteerd in SAS versie 9.2 (voor doelgroep personen met beperkingen) en PASW Statistics 18 (voor doelgroep kwetsbare ouderen) voor statistische verwerking. Frequenties werden bepaald voor de diverse groepen en in functie van de organisatie of voorziening waar de zorgverlener werkte, werden verschillende combinaties van groepen op vlak van taak samengesteld. In functie van de te analyseren variabele werd een chi-kwadraat test, onafhankelijke t-test of niet-parametrische Wilcoxon test uitgevoerd om na te gaan of er significante verschillen aangetroffen werden op vlak van taal en uitgevoerde taak binnen de 3 studiegroepen. Voor studiegroep 2 werden aanvullend verschillen nagegaan tussen zorgverleners die uitsluitend zorg verlenen voor ouderen in woonzorgcentra of in de thuiszorg. Verschillen werden als significant aangenomen wanneer de p-waarde < 0,05.

In overeenstemming met de andere delen van het rapport worden de resultaten voor beide doelgroepen in aparte rubrieken weergegeven.

## 4.4 Resultaten

In totaal werden 1.997 bruikbare vragenlijsten bekomen. Het grootste deel van de respondenten (screeningsgebonden) (1187/1997; 59%) werkt in organisaties of voorzieningen waar personen verblijven die ook werden bevraged en klinisch

onderzocht in het kader van deze studie (zie hoofdstuk 3.5). Van de “niet-screeningsgebonden” groep bestond het grootste deel van de deelnemers uit zorgverleners actief in één thuiszorgorganisatie in West-Vlaanderen.

Voor alle duidelijkheid worden de gegevens van alle zorgverleners die de vragenlijst hebben ingevuld weergegeven in tabel 4.1 opgesplitst in de 3 studiegroepen.

<b>Tabel 4.1: Overzicht algemene gegevens van de 3 studiegroepen</b>			
	<b>Zorgverleners voor personen met beperkingen</b>	<b>Zorgverleners voor ouderen in woonzorgcentra en thuissituatie</b>	<b>Zorgverleners voor personen met beperkingen en kwetsbare ouderen in de thuiszorg</b>
<b>Leeftijd (N=1.810)</b>	n=632	n=658	n=520
Gemiddelde (sd)	38,5 (10,6)	38,4 (10,7)	42,7 (9,8)
Minimum	20	17	21
Maximum	62	64	67
<b>Geslacht (N=1.969)</b>	n=692	n=716	n=561
Man	(NL) 89 (69%) (FR) 41(31%)	(NL) 30 (53%) (FR) 27(47%)	(NL) 7 (100%) (FR) 0(0%)
Vrouw	(NL) 457 (81%) (FR) 105(19%)	(NL) 463 (70%) (FR) 196(30%)	(NL) 554 (100%) (FR) 0(0%)
<b>Taal (N=1.997)</b>	n=699	n=729	n=569
Nederlands	551 (78,8%)	500 (68,6%)	569 (100%)
Frans	148 (21,2%)	229 (31,4%)	0 (0%)
<b>Jaren werkzaam als zorgverlener (N=1.792)</b>	n=613	n=645	n=534
Gemiddelde (sd)	13,8 (9,8)	13,8 (10,0)	16,9 (10,1)
Minimum	0	0	0
Maximum	42	40	42

#### 4.4.1 Zorgverleners voor personen met beperkingen

##### 4.4.1.1 Algemene kenmerken

In onderstaande tabel (Tabel 4.2) zijn de belangrijkste algemene kenmerken van de bevroegde zorgverleners samengevat. Zowel boven als onder de taalgrens waren de vrouwelijke respondenten in de meerderheid (72 – 84%). Op het vlak van leeftijd of aantal jaren werkzaam als zorgverlener waren er geen significante verschillen tussen de Nederlandstalige en Franstalige zorgverleners.

In de twee taalgroepen werden de meeste vragenlijsten ingevuld door opvoeders. Voor de andere functies is er een duidelijk en statistisch significant verschil te zien: aan Nederlandstalige kant werden de vragenlijsten vooral ingevuld door opvoeders (43%), begeleiders (16%), verzorgenden (10%) en leerkrachten (10%), terwijl ze aan Franstalige kant vooral werden ingevuld door opvoeders (50%), verpleegkundigen (13%), paramedici (11%) en personen met een andere functie (11%).

**Tabel 4.2. Algemene kenmerken**

	Nederlandstalig (n=551)	Franstalig (n=148)	p-waarde	Missende gegevens
<b>Leeftijd</b>				
Gemiddelde (sd)	39 (11)	38 (11)	0,766	67
Minimum	20	21		
Maximum	62	62		
<b>Vrouwen (%)</b>	84	72	0,0012	7
<b>Aantal jaren werkzaam als zorgverlener</b>				
Gemiddelde (sd)	14 (10)	14 (10)	0,739	86
Minimum	0	1		
Maximum	42	34		
<b>Functie (%)</b>			<0,0001	5
Verpleegkundige	7	13		
Verzorgende	10	3		
Opvoed(st)er	43	50		
Paramedici (ergo, kine, logo)	6	11		
Kader (arts, kaderfunctie)	3	9		
Begeleid(st)er	16	1		
Leerkracht	10	2		
Ander (logistiek, ander)	5	11		

#### 4.4.1.2 Opleiding, vaardigheden en percepties met betrekking tot mondzorg

Meer dan de helft van de zorgverleners (NI: 58% - Fr: 65%) heeft geen theoretische opleiding gekregen in het uitvoeren van mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen (Tabel 4.3). Wanneer enkel rekening gehouden wordt met die zorgverleners die zorgtaken hebben (met name verpleegkundigen, verzorgenden, opvoeders en begeleiders), dan zijn de proporties vergelijkbaar; 56% van de Nederlandstaligen en 69% van de Franstaligen gaf aan nooit een theoretische opleiding genoten te hebben. Wat de praktische opleiding betreft liggen de proporties in dezelfde lijn: 60% (NI) à 68% (Fr) van alle bevroagde zorgverleners en 58% (NI) à 62% (Fr) van de zorgverleners met zorgtaken kregen nooit een praktische opleiding. Slechts 16% (NI) à 18% (Fr) en 14% (Fr) à 15% (NI) van de zorgverleners vonden dat ze een voldoende theoretische en praktische opleiding hadden genoten. De tevredenheid over de instructies op het werkveld was een beetje hoger, maar nog steeds laag: 28% van de Franstalige zorgverleners en 38% van de Nederlandstalige zorgverleners vond ze voldoende. Anderzijds gaven 51% van de Franstalige zorgverleners en 41% van de Nederlandstalige zorgverleners aan dat ze helemaal geen instructies hadden gekregen.

**Tabel 4.3. Opleiding mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen**

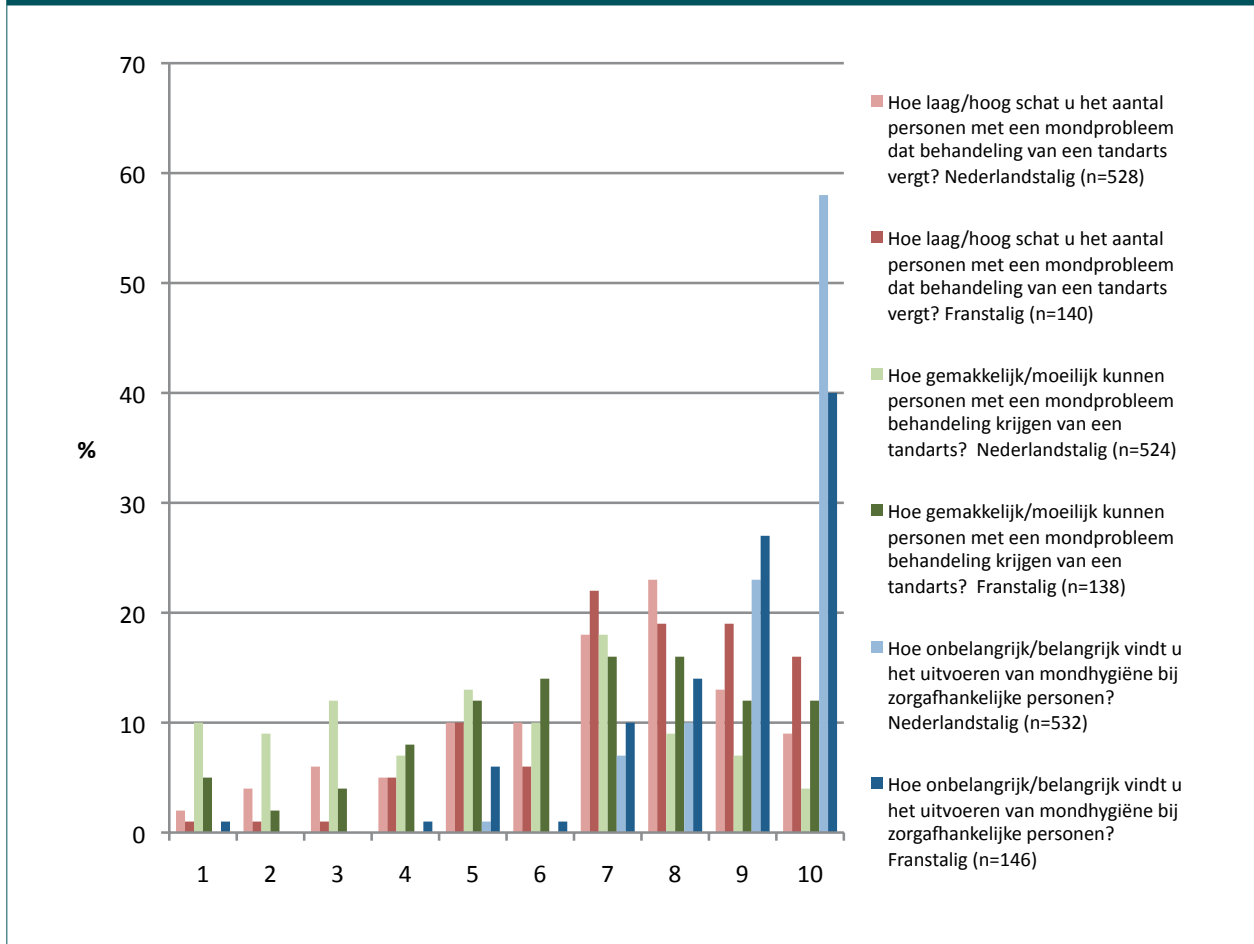
	Nederlandstalige zorgverleners				Franstalige zorgverleners				p-waarde	Missende gegevens
	Niet gekregen	Onvol-doende	Vol-doende	Weet het niet	Niet gekregen	Onvol-doende	Vol-doende	Weet het niet		
Oordeel theoretische opleiding mondhygiëne tijdens opleiding (n=677)	309 (58%)	123 (23%)	83 (16%)	16 (3%)	95 (65%)	24 (16%)	27 (18%)	0	0,041	22
Oordeel praktische opleiding mondhygiëne tijdens opleiding (n=698)	318 (60%)	122 (23%)	77 (15%)	13 (2%)	99 (68%)	27 (18%)	20 (14%)	0	0,120	23
Oordeel instructies mondhygiëne in de werksituatie (n=695)	213 (41%)	93 (18%)	199 (38%)	18 (3%)	73 (51%)	30 (21%)	40 (28%)	1 (1%)	0,023	32
	Nooit, zeer zelden	Soms	Zeer frequent tot altijd	Weet het niet	Nooit, zeer zelden	Soms	Zeer frequent tot altijd	Weet het niet	p-waarde	Missende gegevens
Toepasbaarheid vaardigheden in werksituatie (n=687)	129 (26%)	216 (44%)	106 (22%)	41 (8%)	38 (28%)	55 (40%)	38 (28%)	7 (5%)	0,299	69
Bereidheid deelname aan nascholingsactiviteiten mondzorg (n=665)	97 (19%)	187 (37%)	129 (26%)	90 (18%)	23 (17%)	49 (36%)	37 (27%)	28 (20%)	0,832	59

Eén vierde van de Nederlandstalige en 34% van de Franstalige zorgverleners met zorgtaken liet weten dat ze hun vaardigheden in het uitvoeren van mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen zeer frequent tot altijd kunnen toepassen in hun werksituatie; 46% van de Nederlandstalige en 50% van de Franstalige zorgverleners met zorgtaken antwoordde op deze vraag "soms" (gegevens niet in tabel). Ondanks de beperkte gerapporteerde opleiding in het uitvoeren van mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen was de bereidheid tot deelname aan opleidingen niet zo groot: slechts 26 à 27% gaf aan daar zeer frequent tot altijd aan deel te nemen en 36 à 37% soms. De respectieve proporties voor Nederlandstalige en Franstalige zorgverleners met zorgtaken waren 26 à 28% en 39 à 43%.

Zoals uit figuur 4.1 kan afgeleid worden, schatten de zorgverleners het aantal personen met een mondprobleem in de voorziening waar ze werken hoog in (score 1= 'laag' en 10= 'hoog'): aan Franstalige kant gaf 81% van de zorgverleners een score hoger dan 5 en aan Nederlandstalige kant 73%. De verschillen in antwoorden tussen de Nederlandstalige en Franstalige zorgverleners waren statistisch significant ( $p=0,002$ ).

Ook wat betreft de toegankelijkheid tot tandheelkundige zorg voor personen met een mondprobleem waren de antwoorden boven en onder de taalgrens significant verschillend ( $p<0,0001$ ). Volgens de Franstalige zorgverleners is het moeilijk om een tandheelkundige behandeling te krijgen (score 1= 'makkelijk' en 10= 'moeilijk'): 69% van hen gaf een score hoger dan 5 terwijl dat aan Nederlandstalige kant 49% was. Het belang dat gehecht wordt aan mondhygiëne was eveneens significant verschillend tussen de twee taalgroepen (score 1= 'onbelangrijk' en 10= 'belangrijk') ( $p<0,0001$ ). Ruim vier vijfden (81%) van de Nederlandstalige zorgverleners gaf een score hoger dan 8, terwijl dat aan Franstalige kant maar 68% was.

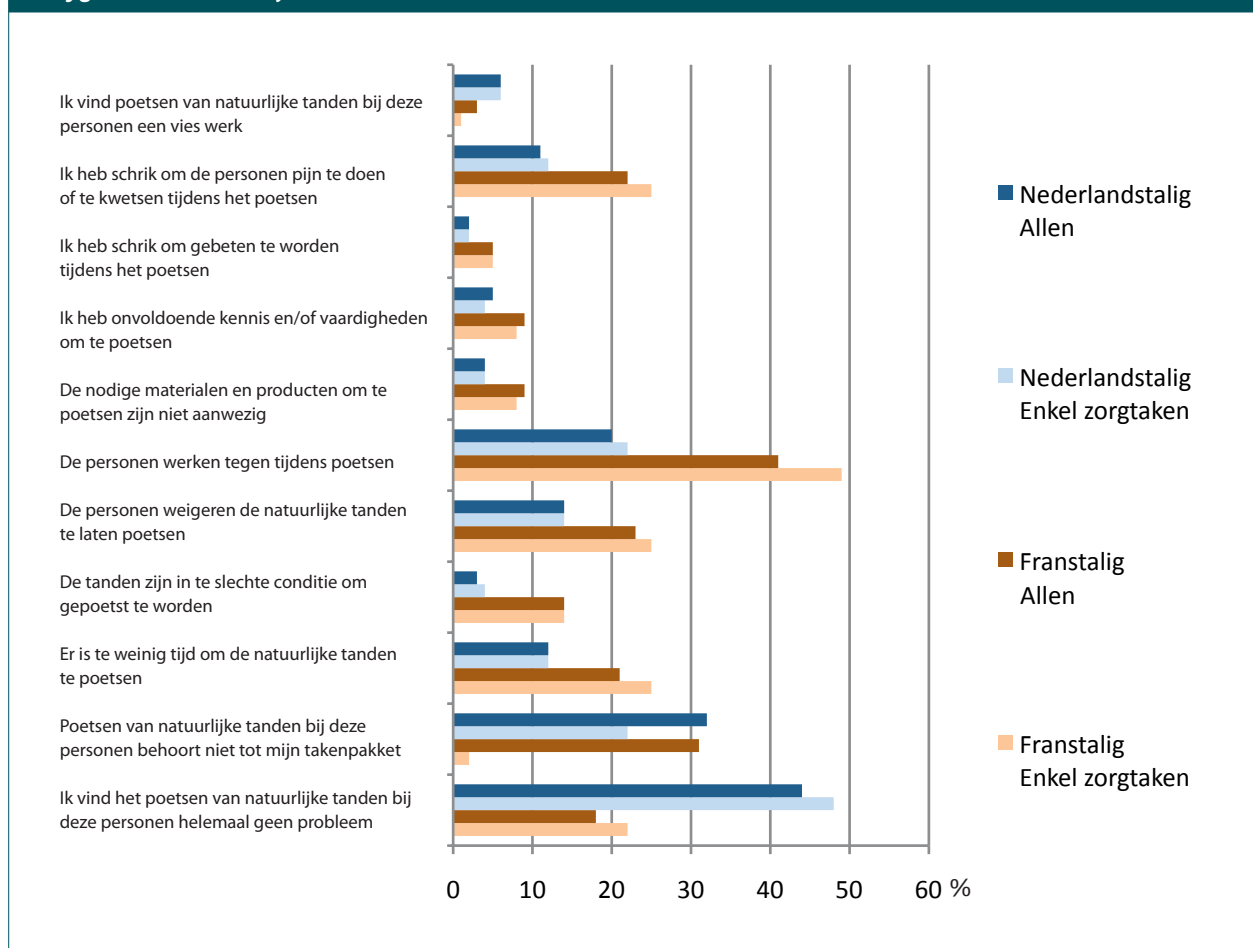
**Figuur 4.1. Nood aan mondzorg, mogelijkheden van professionele zorgverlening en belang van dagelijkse zorg bij zorgafhankelijke personen (zoals ingeschat door bevroagde zorgverleners)**



#### 4.4.1.3 Drempels bij het uitvoeren van mondhygiëne

Er werd aan de zorgverleners gevraagd hoe ze het poetsen van de natuurlijke tanden ervoeren; de antwoorden werden grafisch voorgesteld in Figuur 4.2.a. Bijna de helft van de Nederlandstalige zorgverleners (44%) gaf aan daar helemaal geen probleem mee te hebben terwijl dat maar 18% was aan Franstalige kant; het verschil was statistisch significant ( $p < 0,0001$ ). Wanneer enkel de antwoorden van de zorgverleners die effectief zorgtaken uitvoeren (met name verpleegkundigen, verzorgenden, opvoeders en begeleiders) in beschouwing werden genomen, waren de proporties van een vergelijkbare grootteorde: 48% aan Nederlandstalige kant en 22% aan Franstalige kant. Twee procent van de Franstalige en 22% van de Nederlandstalige zorgverleners met een zorgtaak vonden dat tandenpoetsen niet tot hun takenpakket behoorde ( $p = 0,004$ ). Eén vierde van de Franstalige en 12% van de Nederlandstalige zorgverleners met een zorgtaak vonden dat er te weinig tijd was voor het poetsen van de natuurlijke tanden ( $p = 0,002$ ). Voor beide variabelen was het verschil tussen beide taalgroepen statistisch significant.

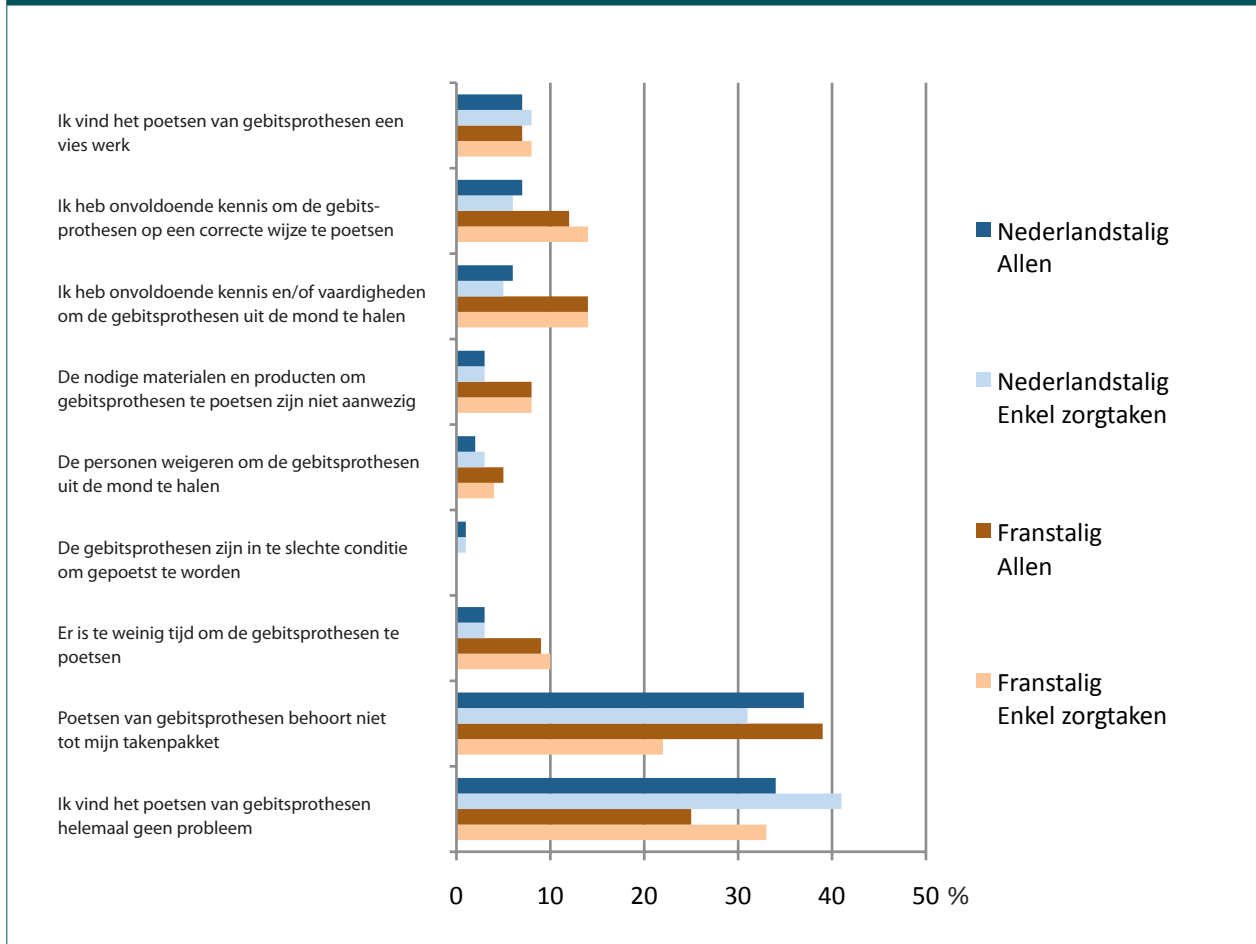
**Figuur 4.2. Persoonlijke ervaring bij mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen**  
**a. Hygiëne van natuurlijke tanden**



Eén vierde van de Franstalige zorgverleners met een zorgtaak rapporteerde dat de personen voor wie ze dagelijks zorgden, weigerden de tanden te laten poetsen en bijna de helft (49%) rapporteerde dat de personen tegenwerkten tijdens het tandenpoetsen. De respectieve proporties aan Nederlandstalige kant waren 14% en 22%; ook hier waren de verschillen tussen de taalgroepen statistisch significant ( $p=0,011$  en  $p<0,0001$ ). Slechts een minderheid van de zorgverleners gaf aan dat ze onvoldoende materiaal (4 à 9%;  $p=0,043$ ), onvoldoende kennis of vaardigheden (4 à 9%;  $p=0,080$ ) of schrik hadden gebeten te worden tijdens het tandenpoetsen van de personen voor wie ze zorgen (2 à 5%;  $p=0,039$ ). Drie procent van de Nederlandstalige zorgverleners en 14% van de Franstalige zorgverleners vond dat de tanden van de zorgafhankelijke personen in een te slechte staat waren om ze te (helpen) poetsen. Eén vierde van de Franstalige en 12% van de Nederlandstalige zorgverleners met een zorgtaak signaleerde tenslotte dat ze schrik hadden de zorgafhankelijke personen pijn te doen tijdens het tandenpoetsen; het verschil tussen beide taalgroepen was statistisch significant ( $p=0,0008$ ).

Hoe zorgverleners het poetsen van de gebitsprothesen van zorgafhankelijke personen ervoeren, werd samengevat in Figuur 4.2.b. Eén derde van de Nederlandstalige (34%) en 25% van de Franstalige zorgverleners gaven aan daar helemaal geen probleem mee te hebben; het verschil tussen de taalgroepen was statistisch significant ( $p=0,035$ ). Wanneer enkel de antwoorden van de zorgverleners die effectief zorgtaken uitvoerden (met name verpleegkundigen,

**Figuur 4.2. Persoonlijke ervaring bij mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen**  
**b. Hygiëne van gebitsprothesen**



verzorgenden, opvoeders en begeleiders) in beschouwing werden genomen, waren de proporties hoger (41% aan Nederlandstalige kant en 33% aan Franstalige kant), maar de verschillen niet langer significant ( $p=0,158$ ). Tweeëntwintig procent van de Franstalige en 31% van de Nederlandstalige zorgverleners met een zorgtaak vonden dat het poetsen van gebitsprothesen niet tot hun takenpakket behoorde ( $p=0,089$ ). Tien procent van de Franstalige en 3% van de Nederlandstalige zorgverleners met een zorgtaak vonden dat er te weinig tijd was voor het poetsen van gebitsprothesen. Voor de laatste variabele was het verschil tussen beide taalgroepen statistisch significant ( $p=0,003$ ).

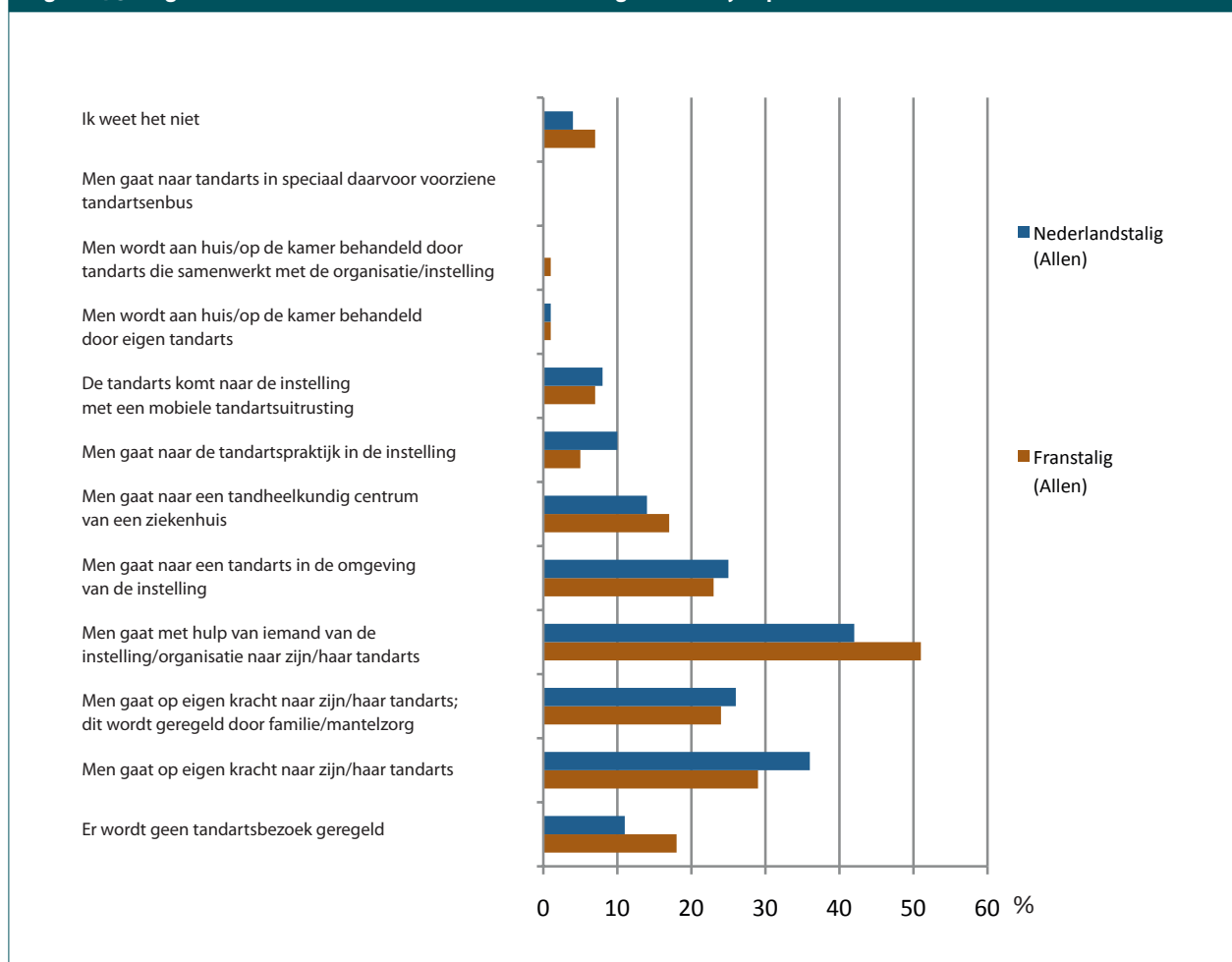
Slechts een minderheid van de zorgverleners gaf aan dat de personen weigerden om de gebitsprothesen uit de mond te halen (2 à 5%;  $p=0,420$ ) of dat ze onvoldoende materiaal hadden (3 à 8%;  $p$ -waarde niet betrouwbaar gezien 25% van de cellen een waarde had  $<5$ ) om deze taak uit te voeren. Veertien procent van de Franstalige zorgverleners met een zorgtaak rapporteerde dat ze onvoldoende kennis en/of vaardigheden had om de gebitsprothesen uit de mond te halen of om ze te poetsen; de respectieve proporties aan Nederlandstalige kant waren 5% en 6%. De verschillen tussen de taalgroepen waren statistisch significant ( $p=0,004$  en  $p=0,015$ ). Slechts een zeer kleine minderheid van de respondenten (1% van de Nederlandstaligen en geen Franstaligen) vond dat de gebitsprothesen van de zorgafhankelijke personen in een te slechte staat waren om ze te reinigen. Tot slot kan nog opgemerkt worden dat 8% van alle zorgverleners met zorgtaken aangaf dat ze het poetsen van een gebitsprothese van een zorgafhankelijk persoon een vies werk vonden ( $p=0,990$ ).



#### 4.4.1.4 Organisatie van tandheelkundige zorg in organisaties of voorzieningen

Achttien procent van de Franstalige zorgverleners rapporteerde dat er geen tandartsbezoek geregeld werd voor de zorgafhankelijke personen van de voorziening waar ze werkten (Figuur 4.3). Aan Nederlandstalige kant was de respectieve proportie 11% en het verschil tussen de taalgroepen was statistisch significant ( $p=0,024$ ). Volgens 36% van de Nederlandstalige en 29% van de Franstalige zorgverleners gingen de zorgafhankelijke personen op eigen kracht naar de tandarts ( $p=0,0925$ ) en volgens 24 à 26% van hen werd dat geregeld door de familie en/of mantelzorgers ( $p=0,598$ ). Volgens 42 à 51% van de respondenten konden de zorgafhankelijke personen beroep doen op de hulp van een medewerker van de voorziening voor het tandartsbezoek ( $p=0,062$ ). Eén vierde van de zorgverleners antwoordde dat de zorgafhankelijke personen naar een tandarts in de omgeving van de voorziening gingen ( $p=0,667$ ), 14 à 17% gaf aan dat hun residenten naar een tandheelkundig centrum in een ziekenhuis gingen ( $p=0,312$ ) en volgens 5 à 10% gingen men naar een tandartsenpraktijk in de instelling zelf ( $p=0,066$ ). Slechts in beperkte gevallen zou de tandarts naar de voorziening komen met een mobiele uitrusting (7 à 8%;  $p=0,938$ ) of zou een tandarts aan huis of op de kamer komen voor behandeling (0 à 1%;  $p=0,157$ ). Vier tot zeven procent van de respondenten gaf aan dat ze niet wisten hoe het bezoek aan de tandarts voor de zorgafhankelijke personen georganiseerd werd ( $p=0,128$ ).

**Figuur 4.3. Organisatie van het tandartsbezoek voor zorgafhankelijke personen**



#### 4.4.2 Zorgverleners voor kwetsbare ouderen

Uit tabel 4.4 met algemene kenmerken van de bevroegde groep blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de respondenten voor beide taalgroepen (39;38) nagenoeg gelijk was. Het gemiddeld aantal jaren dat de Nederlandstalige zorgverleners werkzaam waren als zorgverlener was 2 jaren hoger dan langs Franstalige kant, maar dit verschil was niet significant. Het aandeel vrouwelijke zorgverleners was aan Nederlandstalige kant (94%) groter dan aan Franstalige kant (88%) alsook het aandeel verzorgenden (60% versus 49%). De p-waarden (0,006) geven aan dat dit verschil significant is. Het aantal paramedici was aan Franstalige kant (12%,6%) significant hoger dan aan Nederlandstalige kant (p=0,003).

Tabel 4.4: Algemene kenmerken				
	Nederlandstalige zorgverleners	Franstalige zorgverleners	p-waarde	Missende gegevens
<b>Leeftijd (N=658)</b>	n=438	n=220		
Gemiddelde (sd)	39 (11)	38 (11)	0,8	71
Minimum	17	19		
Maximum	59	64		
<b>Geslacht (N=716)</b>	n=493	n=223		
Vrouwen (%)	94	88	0,006	13
<b>Werkzaam (N=645)</b>	n=437	n=208		
Gemiddelde (sd)	14 (10)	12 (10)	0,88	84
Minimum	0	0		
Maximum	40	40		
<b>Taak (N=724)</b>	n=496	n=228		5
Verpleegkundige (%)	30	34	0,261	
Verzorgende (%)	60	49	0,006	
Paramedici (opvoeder, ergo, kine, logo, animatie) (%)	6	12	0,003	
Ander (arts,logistiek,kaderfunctie,ander) (%)	4	5	0,719	

##### 4.4.2.1 Opleiding, vaardigheden en percepties met betrekking tot mondzorg

Tabel 4.5 geeft aan dat de helft of minder dan de helft van de zorgverleners van beide taalgroepen de gekregen theoretische en praktische opleiding met betrekking tot mondhygiëne als 'voldoende' beoordeelde. Van de Nederlandstalige zorgverleners oordeelde 55% dat de instructies in verband met mondhygiëne gekregen in de werksituatie 'voldoende' waren; voor de Franstalige zorgverleners was dit aandeel 48%. Slechts 28% van de Nederlandstalige zorgverleners vond dat de vaardigheden in mondhygiëne aangeleerd tijdens hun opleiding 'zeer frequent tot altijd' konden toegepast worden in de werksituatie. Voor de Franstalige collegae was dit aandeel 47%. Dit verschil was significant ( $p < 0.0001$ ). Voor beide taalgroepen gaf 44% aan 'zeer frequent tot altijd' bereid te zijn deel te nemen aan nascholingsactiviteiten over mondzorg bij zorgafhankelijke ouderen. Binnen deze rubriek is het aantal missende gegevens (n=64) het grootst voor deze vraag.

##### Verschillen tussen zorgverleners actief voor ouderen in woonzorgcentra of in de thuissituatie

Voor de analyses werden 2 groepen zorgverleners onderscheiden:

1. Zorgverleners die zorg verlenen voor kwetsbare ouderen die in woonzorgcentra verblijven
2. Zorgverleners die zorg verlenen voor kwetsbare ouderen die thuis verblijven maar omwille van zorgafhankelijkheid ondersteuning nodig hebben van de thuiszorgorganisaties

Bij de Nederlandstalige zorgverleners werden significante verschillen gevonden tussen deze beide groepen voor het oordeel over de instructies in verband met mondhygiëne gekregen in de werksituatie en de toepasbaarheid van de

vaardigheden in de werksituatie. Voor beide vragen was het aandeel dat voldoende had aangekruist significant hoger voor de zorgverleners van ouderen in woonzorgcentra (63% en 36%) ten opzichte van ouderen in de thuissituatie (42% en 14%) ( $p < 0,0001$ ). Langs Franstalige kant werden geen significante verschillen gevonden tussen de antwoorden voor opleiding en vaardigheden van zorgverleners actief in woonzorgcentra of in de thuissituatie.

Tabel 4.5: Opleiding, vaardigheden en percepties van zorgverleners betreffende mondzorg										
	Nederlandstalige zorgverleners				Franstalige zorgverleners				p-waarde	Missende gegevens
	Niet gekregen	Onvoldoende	Voldoende	Weet het niet	Niet gekregen	Onvoldoende	Voldoende	Weet het niet		
Oordeel theoretische opleiding mondhygiëne tijdens opleiding (n=703)	93 (20%)	154 (32%)	217 (46%)	12 (2%)	48 (21%)	62 (28%)	114 (50%)	3 (1%)	0,361	26
Oordeel praktische opleiding mondhygiëne tijdens opleiding (n=698)	99 (21%)	141 (30%)	215 (46%)	16 (3%)	50 (22%)	80 (35%)	92 (41%)	5 (2%)	0,380	31
Oordeel instructies mondhygiëne in de werksituatie (n=695)	87 (18%)	117 (25%)	260 (55%)	9 (2%)	51 (23%)	57 (26%)	106 (48%)	8 (3%)	0,177	34
	nooit, zeer zelden	soms	zeer frequent tot altijd	weet het niet	nooit, zeer zelden	soms	zeer frequent tot altijd	weet het niet		
Toepasbaarheid vaardigheden in werksituatie (n=687)	65 (14%)	253 (55%)	128 (28%)	15 (3%)	21 (9%)	90 (40%)	107 (47%)	8 (4%)	<0,0001	42
Bereidheid deelname aan nascholings-activiteiten mondzorg (n=665)	43 (10%)	154 (34%)	197 (44%)	55 (12%)	14 (7%)	79 (36%)	95 (44%)	28 (13%)	0,592	64
	gemiddelde (SD)				gemiddelde (SD)					
Hoe laag/hog schat u het aantal personen met een mondprobleem dat behandeling van een tandarts vergt? (n=717)	6,3 >5 62%*		(2,2) >8 15%**		6,5 >5 71%*		(1,9) >8 11%**		0,326	12
Hoe gemakkelijk/moeilijk kunnen personen met een mondprobleem behandeling krijgen van een tandarts? (n=716)	5,6 >5 54%*		(2,65) >8 14%**		6,0 53%* (2,4)		>8 18%**		>5 0,058	13
Hoe onbelangrijk/belangrijk vindt u het uitvoeren van mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen? (n=722)	9,2 >5 96%*		(1,34) >8 76%**		8,8 >5 95%*		(1,5) >8 64%*\$		0,001	7

\*aandeel (%) dat voor deze stelling 6,7,8,9 of 10 heeft aangekruist; \*\*aandeel dat voor deze stelling 9 of 10 heeft aangekruist

Voor de percepties van de zorgverleners over het aantal personen met een mondprobleem, de mate waarin deze personen hiervoor een behandeling kunnen krijgen en het belang van mondhygiëne werden geen significante verschillen gevonden tussen de taalgroepen en tussen de zorgverleners actief in woonzorgcentra of in de thuissituatie. De VAS-

scores toonden duidelijk aan dat de zorgverleners het uitvoeren van mondhygiëne belangrijk vonden. Het belang dat gehecht werd aan het uitvoeren van een goede mondhygiëne was voor Nederlandstalige zorgverleners significant ( $p=0,001$ ) groter dan voor Franstalige zorgverleners. Drie vierden van de Nederlandstalige zorgverleners scoorden voor dit item 9 of 10, terwijl dit langs Franstalige kant 64% was.

Hoe gemakkelijk personen met een mondprobleem behandeling konden krijgen scoorde gevoelig lager. Iets meer dan de helft van de zorgverleners van beide landstalen (NI: 54%; Fr: 53%) scoorde meer dan 5.

### Verschillen tussen de taakgroepen

**Tabel 4.6: Opleiding, vaardigheden en percepties van zorgverleners betreffende mondzorg in functie van uitvoeren taken**

	Taakgroepen						1*	2*	3*	4*
	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4	% voldoende			
Oordeel theoretische opleiding mondhygiëne tijdens opleiding	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,007	0,217	59	45	13	19
Oordeel praktische opleiding mondhygiëne tijdens opleiding	0,001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,003	0,164	53	42	13	19
Oordeel instructies mondhygiëne in de werksituatie	0,09	0,003	<0,0001	0,004	0,002	0,489	58	51	35	19
							% zeer frequent tot altijd			
Toepasbaarheid vaardigheden in werksituatie	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,003	0,181	38	32	15	31
Bereidheid deelname aan nascholingsactiviteiten mondzorg	0,723	0,004	0,016	0,015	0,022	0,128	48	43	32	54

1\*:verpleegkundigen; 2\*:verzorgenden; 3\*:paramedici(opvoed(st)er,ergotherapeuten,kinesisten,logopedisten,animatieverantwoordelijken); 4\*: ander(arts,logistiek,kaderleden,ander)

Voor de analyses werden de volgende taakgroepen onderscheiden:

1. Verpleegkundigen
2. Verzorgenden
3. Opvoeders, ergotherapeuten, kinesisten, logopedisten, animatieverantwoordelijken
4. Andere zoals artsen, logistiek, kaderleden.

Uit Tabel 4.6 blijkt dat op vlak van opleiding en vaardigheden er significante verschillen werden gevonden bij het vergelijken van de taakgroepen onderling. Verder valt op te merken dat het aandeel opvoed(st)ers, ergotherapeuten, kinesisten, logopedisten en animatieverantwoordelijken (paramedici) en artsen, kaderleden en logistieke functies (ander), dat oordeelde dat mondhygiëne voldoende aan bod kwam gedurende de opleiding, eerder laag was (13-19%). Voor alle groepen was de bereidheid om nascholing te volgen nagenoeg vergelijkbaar (aandeel dat bereid was varieert tussen 32% en 54%).

Significant meer verpleegkundigen (59%) gaven aan dat de gekregen theoretische opleiding over mondhygiëne voldoende was in vergelijking met verzorgenden (45%)( $p < 0,0001$ ). Significant meer verpleegkundigen (38%) ten opzichte van verzorgenden (32%) oordeelden dat de aangeleerde vaardigheden konden worden toegepast in de werksituatie ( $p < 0,0001$ ).

Op vlak van de percepties (aandeel personen met mondprobleem, gemak van het krijgen van behandeling en belang uitvoeren mondhygiëne) van diverse zorgverleners ten opzichte van mondzorg werden geen significante verschillen waargenomen tussen de 4 groepen zorgverleners.

#### 4.4.2.2 Drempels bij het uitvoeren van mondhygiëne

<b>Tabel 4.7: Drempels voor het uitvoeren van mondhygiëne ervaren door bevroegde zorgverleners</b>			
	<b>Nederlandstalige zorgverleners</b>	<b>Franstalige zorgverleners</b>	
	<b>% Ja</b>	<b>% Ja</b>	<b>p-waarde</b>
<b>Hoe ervaart u het poetsen van de natuurlijke tanden van personen die dit niet zelf kunnen?</b>	n=500	n=228	
Ik vind het poetsen van natuurlijke tanden bij deze personen helemaal geen probleem	260 (52%)	68 (30%)	<0,0001
Poetsen van natuurlijke tanden bij deze personen behoort niet tot mijn takenpakket	46 (9%)	21 (9%)	0,996
Er is te weinig tijd om de natuurlijke tanden te poetsen	96 (19%)	69 (30%)	0,001
De tanden zijn in te slechte conditie om gepoetst te worden	79 (16%)	75 (33%)	<0,0001
De personen weigeren de natuurlijke tanden te laten poetsen	179 (36%)	84 (37%)	0,786
De personen werken tegen tijdens poetsen	164 (33%)	112 (49%)	<0,0001
De nodige materialen en producten om te poetsen zijn niet aanwezig	60 (12%)	31 (14%)	0,546
Ik heb onvoldoende kennis en/of vaardigheden om te poetsen	18 (4%)	5 (2%)	0,314
Ik heb schrik om gebeten te worden tijdens het poetsen	28 (6%)	27 (12%)	0,003
Ik heb schrik om de personen pijn te doen of te kwetsen tijdens het poetsen	72 (14%)	58 (25%)	<0,0001
Ik vind poetsen van natuurlijke tanden bij deze personen een vies werk	35 (7%)	6 (3%)	0,018
<b>Hoe ervaart u het poetsen van de gebitsprothesen van personen die dit niet zelf kunnen?</b>			
Ik vind het poetsen van gebitsprothesen helemaal geen probleem	421 (84%)	187 (82%)	0,462
Poetsen van gebitsprothesen behoort niet tot mijn takenpakket	39 (8%)	20 (9%)	0,656
Er is te weinig tijd om de gebitsprothesen te poetsen	31 (6%)	21 (9%)	0,144
De gebitsprothesen zijn in te slechte conditie om gepoetst te worden	14 (3%)	7 (3%)	0,84
De personen weigeren om de gebitsprothesen uit de mond te halen	129 (26%)	69 (30%)	0,209
De nodige materialen en producten om gebitsprothesen te poetsen zijn niet aanwezig	39 (8%)	21 (9%)	0,521
Ik heb onvoldoende kennis en/of vaardigheden om de gebitsprothesen uit de mond te halen	15 (3%)	3 (1%)	0,175
Ik heb onvoldoende kennis om de gebitsprothesen op een correcte wijze te poetsen	13 (3%)	7 (3%)	0,719
Ik vind het poetsen van gebitsprothesen een vies werk	22 (4%)	3 (1%)	0,034

Dertig procent van de Franstalige zorgverleners stelde dat ze geen probleem hebben bij het poetsen van de natuurlijke tanden bij oudere personen die dit zelf niet meer kunnen. Bij hun Nederlandstalige collegae bedroeg dit percentage 52%. Dit verschil is significant (p-waarde <0.0001). Voor het poetsen van gebitsprothesen waren deze percentages respectievelijk 82% en 84% (p =0.462).

De 5 meest frequent gerapporteerde drempels voor Franstalige zorgverleners zijn in dalende volgorde: personen werken tegen (49%), personen weigeren (37%), de tanden zijn in te slechte conditie (33%), gebrek aan tijd (30%) en schrik om de persoon pijn te doen tijdens het poetsen (25%). Voor de Nederlandstalige zorgverleners waren dit dezelfde drempels maar in een andere volgorde, namelijk: personen weigeren (36%), personen werken tegen (33%),

gebrek aan tijd (19%), de tanden zijn in te slechte conditie (16%) en schrik om de personen pijn te doen tijdens het poetsen (14%). Behalve voor het weigeren door de personen zelf werden significante verschillen gevonden voor elk van deze drempels met steeds hogere percentages langs Franstalige kant.

De meest vermelde drempel voor het poetsen van gebitsprothesen is voor beide taalgroepen de persoon die weigert de gebitsprothese uit de mond te halen (Fr: 30%; NI: 26%). Alle andere drempels werden door minder dan één op tien de bevroegde zorgverleners vermeld en er werden geen significante verschillen gevonden tussen de taalgroepen. Van de groep van de paramedici gaf 52% en voor de groep van de kaderleden, logistieke hulpkrachten en anderen 47% aan dat het poetsen van de natuurlijke tanden niet tot hun takenpakket behoort. Voor de gebitsprothesen was dit 46% en 41% respectievelijk.

### Verschillen tussen zorgverleners actief voor ouderen in woonzorgcentra of in de thuissituatie

Langs Franstalige kant werden geen significante verschillen gevonden tussen zorgverleners actief voor ouderen in woonzorgcentra of in de thuissituatie wat betreft het aangeven van drempels voor het uitvoeren van mondhygiëne. Hier dient opgemerkt te worden dat het aantal Franstalige zorgverleners in de thuissituatie waarvan een ingevulde vragenlijst werd bekomen gelijk was aan 16.

Tussen de Nederlandstalige zorgverleners actief voor ouderen in woonzorgcentra of in de thuissituatie werden voor het poetsen van de natuurlijke tanden significante verschillen gevonden op vlak van tijd (24%, respectievelijk 12%), tegenwerking (45%, respectievelijk 15%) en schrik om de persoon te kwetsen tijdens het poetsen (21%, respectievelijk 5%). Voor de aangekruiste drempels was het aandeel telkens hoger voor de zorgverleners actief in woonzorgcentra ( $p < 0,0001$ ).

### Verschillen tussen de taakgroepen

Voor het ervaren van drempels tijdens het poetsen van gebitsprothesen werden geen significante verschillen gevonden tussen verpleegkundigen en verzorgenden. Voor het poetsen van de natuurlijke tanden bleek tegenwerking van de personen en het ontbreken van het nodige materiaal en producten voor verpleegkundigen (50%, respectievelijk 36%) significant meer frequent een drempel dan voor verzorgenden (36%, respectievelijk 16%) ( $p = 0,001$ ).

Tabel 4.8: Organisatie van tandheelkundige zorg in organisaties of voorzieningen			
	Nederlandstalige zorgverleners	Franstalige zorgverleners	
Hoe werd het voorbije jaar het bezoek aan de tandarts georganiseerd voor de zorgafhankelijke personen voor wie u zorgt?	% JA n=500	% JA n=228	p-waarde
Er wordt geen tandartsbezoek geregeld	108 (22%)	34 (15%)	0,035
Men gaat op eigen kracht naar zijn/haar tandarts	154 (31%)	74 (33%)	0,655
Men gaat op eigen kracht naar zijn/haar tandarts; dit wordt geregeld door familie/mantelzorg	222 (44%)	100 (44%)	0,892
Men gaat met hulp van iemand van de instelling/organisatie naar zijn/haar tandarts	121 (24%)	92 (40%)	<0,0001
Men gaat naar een tandarts in de omgeving van de instelling	76 (15%)	70 (31%)	<0,0001
Men gaat naar een tandheelkundig centrum van een ziekenhuis	58 (12%)	54 (24%)	<0,0001
Men gaat naar de tandartspraktijk in de instelling	16 (3%)	6 (3%)	0,678
De tandarts komt naar de instelling met een mobiele tandartsuitrusting	106 (21%)	86 (38%)	<0,0001
Men wordt aan huis/op de kamer behandeld door eigen tandarts	88 (18%)	20 (9%)	0,002
Men wordt aan huis/op de kamer behandeld door tandarts die samenwerkt met de organisatie/instelling	48 (10%)	40 (18%)	0,002
Men gaat naar tandarts in speciaal daarvoor voorziene tandartsenbus	12 (2%)	10 (4%)	0,147
Ik weet het niet	49 (10%)	21 (9%)	0,802

Ongeveer één op tien van de bevroagde zorgverleners gaf aan het antwoord niet te kennen (Tabel 4.8). Vijftien procent van de Franstalige zorgverleners en 22% van de Nederlandstalige beweerde dat er geen tandartsbezoek geregeld werd gedurende het voorgaande jaar.

Zorgverleners waren van mening dat bijna één op drie van de personen op eigen kracht naar de tandarts ging en 44% gaf aan dat personen op eigen kracht naar hun tandarts gingen en dat dit geregeld werd door de familie of de mantelzorg. Franstalige collegae gaven aan dat dit in 40% van de gevallen gebeurde met hulp van iemand van het woonzorgcentrum of de thuiszorgorganisatie, terwijl dit voor Nederlandstalige zorgverleners slechts in één op vier van de gevallen zo was. Dit verschil was significant ( $p < 0.0001$ ). Langs Franstalige kant (31%) ging men significant meer naar een tandarts in de omgeving van de voorziening of naar een tandheelkundig centrum van een ziekenhuis (24%). Voor de Nederlandstalige zorgverleners werden respectievelijk percentages genoteerd van 15% en 12% ( $p < 0.0001$ ). Verder blijkt dat behandelingen zeer uitzonderlijk gebeurden in een tandartspraktijk in de instelling zelf of in een tandartsenbus. Van de Franstalige zorgverleners beweerde 38% dat de tandarts naar het woonzorgcentrum kwam met een mobiele tandartsenuitrusting en van de Nederlandstalige zorgverleners (21%) bijna één op vier ( $p < 0.0001$ ). Nederlandstalige zorgverleners gaven aan dat personen op de kamer of thuis werden behandeld door de eigen tandarts in 18% van de gevallen terwijl dit door Franstalige zorgverleners in slechts 9% van de gevallen zo was ( $p = 0.002$ ).

#### **Verschillen tussen zorgverleners actief voor ouderen in woonzorgcentra of in de thuiszorg**

Langs Franstalige kant werden geen significante verschillen gevonden tussen zorgverleners actief voor ouderen in woonzorgcentra of in de thuissituatie. Hier dient opgemerkt te worden dat het aantal Franstalige zorgverleners in de thuissituatie waarvan een ingevulde vragenlijst werd bekomen gelijk was aan 16.

Nederlandstalige zorgverleners actief voor ouderen in woonzorgcentra gaven aan dat in 9% van de gevallen geen tandartsbezoek werd geregeld, terwijl dit bij ouderen in de thuissituatie 40% was ( $p < 0,0001$ ). Ouderen van woonzorgcentra gingen in 19% van de gevallen naar de eigen tandarts op eigen kracht terwijl dit aandeel voor ouderen in de thuissituatie 49% was ( $p < 0,0001$ ). Iets meer dan 1 op 5 bewoners van woonzorgcentra ging naar een tandarts in de omgeving van het woonzorgcentrum terwijl dit voor ouderen in de thuissituatie slechts 6% bedroeg. In 34% van de gevallen kwam de tandarts naar het woonzorgcentrum terwijl dit in de thuissituatie slechts 3% was ( $p < 0,0001$ ). Iets meer dan 1 op 4 bewoners (26%) van woonzorgcentra werden behandeld op hun kamer tegenover 5% aan huis in een thuissituatie ( $p < 0,0001$ ). Deze trend is identiek voor ouderen die in het woonzorgcentrum (15%) of aan huis (2%) worden behandeld door een tandarts verbonden aan het woonzorgcentrum of de thuiszorgorganisatie ( $p < 0,0001$ ).

#### **Verschillen tussen de taakgroepen**

Voor deze stellingen werden geen significante verschillen gevonden tussen de zorgverleners met verschillende taken behalve voor de vraag of er een tandartsbezoek werd geregeld gedurende het voorgaande jaar. Verpleegkundigen verschilden hier significant met de groep paramedici ( $p = 0.001$ ) en de groep van kaderleden, logistiek en andere ( $p = 0.001$ ). Eén op vier van de verpleegkundigen gaf aan dat er geen tandartsbezoek werd geregeld terwijl dit aandeel voor de 2 andere groepen slechts 6% betrof.

### **4.4.3 Zorgverleners in de thuiszorg (verbonden aan één specifieke thuiszorgorganisatie) actief voor personen met mentale en fysieke beperkingen, kwetsbare ouderen en anderen.**

Alle respondenten van deze studiegroep werken in één thuiszorgorganisatie in West-Vlaanderen, namelijk Familiezorg. Deze groep bestond voor 99% uit vrouwelijke zorgverleners en hoofdzakelijk uit verzorgenden (94%). Uit het jaarverslag van de organisatie [Jaarverslag Familiezorg, 2009] blijkt dat 63% van de zorgvragers in 2009 65 jaar oud of ouder was. De hoofdreden van vraag naar zorg was een fysiek gezondheidsprobleem in 67% van de gevallen, 8% psychische problematiek, 5% omwille van dementie, 3% sociale problematiek en 17% kraamzorg. Meer dan 25% van de zorgvragers scoort meer dan 35 punten op de BEL-profielschaal en is dus zwaar zorgbehoevend.

Tabel 4.9 Algemene kenmerken		
	Zorgverleners actief voor personen met beperkingen en kwetsbare ouderen in de thuissituatie	Missende gegevens
<b>Leeftijd (n=520)</b>		
Gemiddelde (sd)	43 (10)	49
Minimum	21	
Maximum	67	
<b>Geslacht (n=561)</b>		
Vrouwen (%)	99	8
<b>Werkzaam (N=534)</b>		
Gemiddelde (sd)	17 (10)	35
Minimum	0	
Maximum	42	
<b>Taak (N=568)</b>		
Verpleegkundige (%)	5	1
Verzorgende (%)	94	
Paramedici (opvoeder, ergo, kine, logo, animatie) (%)	2	

#### 4.4.3.1 Opleiding, vaardigheden en percepties met betrekking tot mondzorg

	Zorgverleners thuiszorgorganisatie			
	niet gekregen	onvoldoende	voldoende	weet het niet
Oordeel theoretische opleiding mondhygiëne tijdens opleiding (n=703)	118 (22%)	160 (29%)	219 (40%)	49 (9%)
Oordeel praktische opleiding mondhygiëne tijdens opleiding (n=698)	122 (23%)	167 (31%)	207 (38%)	43 (8%)
Oordeel instructies mondhygiëne in de werksituatie (n=695)	112 (22%)	157 (30%)	207 (40%)	43 (8%)
	<b>nooit, zeer zelden</b>	<b>soms</b>	<b>zeer frequent tot altijd</b>	<b>weet het niet</b>
Toepasbaarheid vaardigheden in werksituatie (n=687)	113 (21%)	319 (61%)	75 (14%)	20 (4%)
Bereidheid deelname aan nascholingsactiviteiten mondzorg (n=665)	40 (8%)	187 (38%)	177 (36%)	85 (17%)
	gemiddelde (SD)			
Hoe laag/hog schat u het aantal personen met een mondprobleem dat behandeling van een tandarts vergt? (n=717)		6,1 >5 63%*	(2,1) >8 9%**	
Hoe gemakkelijk/moeilijk kunnen personen met een mondprobleem behandeling krijgen van een tandarts? (n= 716)		5,8 >5 55%*	(2,2) >8 8%**	
Hoe onbelangrijk/belangrijk vindt u het uitvoeren van mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen? (n= 722)		9,0 >5 98%*	(1,3) >8 73%**	

\*aandeel (%) dat voor deze stelling 6,7,8,9 of 10 heeft aangekruist; \*\*aandeel dat voor deze stelling 9 of 10 heeft aangekruist



Uit tabel 4.10 blijkt dat vier op tien van deze zorgverleners de gekregen theoretische en praktische opleiding en de instructies gekregen in de werksituatie als 'voldoende' beoordeelden. Slechts 1 op zeven oordeelde dat de aangeleerde vaardigheden konden toegepast worden in de werksituatie. Zes en dertig procent was bereid tot deelname aan nascholingsactiviteiten. Deze percentages zijn lager dan de percentages bekomen voor de zorgverleners voor kwetsbare ouderen (zie 4.4.3).

Voor de percepties van de zorgverleners over het aantal personen met een mondprobleem, de mate waarin deze personen hiervoor een behandeling kunnen krijgen en het belang van mondhygiëne komen de resultaten over het algemeen overeen met de Nederlandstalige zorgverleners voor kwetsbare ouderen wat het aandeel betreft dat meer dan 5 scoorde. De percentages die meer dan 8 scoorden waren lager in vergelijking met de zorgverleners voor kwetsbare ouderen. Slechts 8% scoorde meer dan 8 voor de stelling in welke mate personen met een mondprobleem gemakkelijk/moeilijk een behandeling konden krijgen.

#### 4.4.3.2 Drempels voor het uitvoeren van mondhygiëne

<b>Tabel 4.11: Drempels voor het uitvoeren van mondhygiëne</b>	
	<b>% Ja</b>
<b>Hoe ervaart u het poetsen van de natuurlijke tanden van personen die dit niet zelf kunnen?</b>	
	n=569
Ik vind het poetsen van natuurlijke tanden bij deze personen helemaal geen probleem	298 (52%)
Poetsen van natuurlijke tanden bij deze personen behoort niet tot mijn takenpakket	56 (10%)
Er is te weinig tijd om de natuurlijke tanden te poetsen	49 (9%)
De tanden zijn in te slechte conditie om gepoetst te worden	72 (13%)
De personen weigeren de natuurlijke tanden te laten poetsen	204 (36%)
De personen werken tegen tijdens poetsen	59 (10%)
De nodige materialen en producten om te poetsen zijn niet aanwezig	81 (14%)
Ik heb onvoldoende kennis en/of vaardigheden om te poetsen	38 (7%)
Ik heb schrik om gebeten te worden tijdens het poetsen	8 (1%)
Ik heb schrik om de personen pijn te doen of te kwetsen tijdens het poetsen	64 (11%)
Ik vind poetsen van natuurlijke tanden bij deze personen een vies werk	33 (6%)
<b>Hoe ervaart u het poetsen van de gebitsprothesen van personen die dit niet zelf kunnen?</b>	
Ik vind het poetsen van gebitsprothesen helemaal geen probleem	473 (83%)
Poetsen van gebitsprothesen behoort niet tot mijn takenpakket	24 (4%)
Er is te weinig tijd om de gebitsprothesen te poetsen	18(3%)
De gebitsprothesen zijn in te slechte conditie om gepoetst te worden	20 (4%)
De personen weigeren om de gebitsprothesen uit de mond te halen	110 (19%)
De nodige materialen en producten om gebitsprothesen te poetsen zijn niet aanwezig	66 (12%)
Ik heb onvoldoende kennis en/of vaardigheden om de gebitsprothesen uit de mond te halen	44 (8%)
Ik heb onvoldoende kennis om de gebitsprothesen op een correcte wijze te poetsen	32 (6%)
Ik vind het poetsen van gebitsprothesen een vies werk	55 (10%)

Uit tabel 4.11 blijkt dat 52% van de zorgverleners in de thuiszorg van zichzelf vond dat ze geen probleem hadden bij het poetsen van de natuurlijke tanden bij oudere personen en 83% bij het poetsen van gebitsprothesen. Deze percentages komen overeen met de resultaten van de Nederlandstalige zorgverleners die instaan voor de zorg van kwetsbare ouderen in woonzorgcentra en in de thuissituatie (52%, respectievelijk 84%).

In het algemeen liggen de percentages voor de meeste drempels lager in vergelijking met de Nederlandstalige zorgverleners die instaan voor de zorg van kwetsbare ouderen in woonzorgcentra en in de thuiszorg. De 5 meest

frequente drempels ervaren door de zorgverleners van de thuiszorgorganisatie voor het poetsen van de natuurlijke tanden zijn in dalende volgorde: personen weigeren (19%), ontbreken van materialen en producten (14%), slechte conditie van de tanden (13%), schrik de persoon pijn te doen (11%) en tegenwerking (10%).

De meest vermelde drempel voor het poetsen van gebitsprothesen is de persoon die weigert de gebitsprothese uit de mond te halen (19%). Dit komt overeen met de meest frequent vermelde drempel ervaren door zorgverleners voor kwetsbare ouderen in woonzorgcentra en in de thuissituatie (Fr: 30%; NI: 26%). De percentages voor de zorgverleners van de thuiszorgorganisatie liggen lager. Andere frequent vermelde drempels ervaren tijdens het poetsen van gebitsprothesen zijn het ontbreken van materialen en producten (12%), het poetsen van gebitsprothesen is een vies werk (10%), onvoldoende kennis om de gebitsprothese uit de mond te halen (8%) en onvoldoende kennis om gebitsprothesen te poetsen (6%).

#### 4.4.3.3 Organisatie van tandheelkundige zorg in organisaties of voorzieningen

Tabel 4.12 geeft aan dat ongeveer één op zeven van de bevroagde zorgverleners het antwoord niet kende op de vraag hoe het voorbije jaar het bezoek aan de tandarts werd georganiseerd voor zorgafhankelijke personen. Negen en dertig procent beweerde dat er geen tandartsbezoek geregeld werd gedurende het voorbije jaar. Voor de Franstalige en Nederlandstalige zorgverleners, die instaan voor zorg voor kwetsbare ouderen in woonzorgcentra en in de thuiszorg bedragen deze percentages 15% en 22%.

In 36% van de gevallen waren de zorgverleners van mening dat de personen op eigen kracht naar de tandarts gingen en 42% gaf aan dat de personen op eigen kracht naar hun tandarts gingen en dat dit geregeld werd door de familie of de mantelzorg. Minder dan 1 op 5 (19%) ging naar de tandarts met hulp van iemand van de organisatie. De percentages van de andere drempels liggen lager in vergelijking met de zorgverleners die instaan voor zorg voor kwetsbare ouderen in woonzorgcentra en in de thuissituatie.

<b>Tabel 4.12: Organisatie van tandheelkundige zorg in organisaties of voorzieningen</b>	
<b>Hoe werd het voorbije jaar het bezoek aan de tandarts georganiseerd voor de zorgafhankelijke personen voor wie u zorgt?</b>	<b>% JA n=569</b>
Er wordt geen tandartsbezoek geregeld	219 (39%)
Men gaat op eigen kracht naar zijn/haar tandarts	202 (36%)
Men gaat op eigen kracht naar zijn/haar tandarts; dit wordt geregeld door familie/mantelzorg	239 (42%)
Men gaat met hulp van iemand van de instelling/organisatie naar zijn/haar tandarts	107 (19%)
Men gaat naar een tandarts in de omgeving van de instelling	22 (4%)
Men gaat naar een tandheelkundig centrum van een ziekenhuis	23 (4%)
Men gaat naar de tandartspraktijk in de instelling	7 (1%)
De tandarts komt naar de instelling met een mobiele tandartsuitrusting	15 (3%)
Men wordt aan huis/op de kamer behandeld door eigen tandarts	47 (8%)
Men wordt aan huis/op de kamer behandeld door tandarts die samenwerkt met de organisatie/instelling	3 (1%)
Men gaat naar tandarts in speciaal daarvoor voorziene tandartsenbus	1 (0,2%)
Ik weet het niet	80 (14%)

#### **Discussie:**

Wat de vergelijking tussen de Nederlandstalige en Franstalige zorgverleners betreft, moet er rekening mee gehouden worden dat de verdeling van de verschillende taakgroepen significant verschillend was voor beide taalgroepen (Tabel 4.1). De geobserveerde verschillen kunnen dus (deels) daar aan te wijten zijn. Vandaar dat er geopteerd werd om voor sommige vragen de antwoorden afzonderlijk weer te geven voor de zorgverleners met en zonder dagelijkse zorgtaken.

Langs Nederlandstalige kant blijkt dat één op drie aangaf dat er geen tandartsbezoek bij een probleem werd georganiseerd en/of dat de zorgverlener het niet wist. Langs Franstalige kant was dit bijna één op vier. Dit toont aan dat zorgverleners van mening zijn dat de tandheelkundige zorgverlening voor kwetsbare ouderen met een acuut mondprobleem in veel gevallen niet gebeurt of zeker niet prioritair is.

Het eerder hoog aantal zorgverleners dat aangaf dat gedurende het voorbije jaar tandheelkundige zorg werd geleverd door tandartsen met mobiele tandartsapparatuur doet vermoeden dat de zorgverleners het begrip 'mobiele tandartsapparatuur' mogelijks op een andere wijze geïnterpreteerd hebben dan bedoeld werd. In de context van deze studie diende mobiele tandartsapparatuur begrepen te worden als een mobiele tandartsstoel, verplaatsbare operatielamp en draagbare tandheelkundige unit met mogelijkheden om ter plaatse restauratieve tandheelkunde te verlenen. Deze apparatuur moet de tandarts toelaten dezelfde reguliere tandheelkundige behandelingen uit te voeren bij de persoon thuis of in een woonzorgcentrum als in de tandartspraktijk.

## 4.5 Samenvatting

### 4.5.1. Personen met beperkingen

Meer dan de helft van de zorgverleners heeft geen theoretische opleiding gekregen in het uitvoeren van mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen. Zestig à 68% van alle bevroegde zorgverleners en 58% à 62% van de zorgverleners met zorgtaken kregen nooit een praktische opleiding.

De tevredenheid over de instructies op het werkveld was laag: slechts een derde van de zorgverleners vond ze voldoende.

Ondanks de beperkte gerapporteerde opleiding in het uitvoeren van mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen was de bereidheid tot deelname aan nascholingsactiviteiten niet zo groot.

De zorgverleners schatten het aantal personen met een mondprobleem in de voorziening waar ze werken hoog in.

Volgens de Franstalige zorgverleners is het moeilijk om tandheelkundige behandeling te krijgen van een tandarts.

Bijna de helft van de Nederlandstalige zorgverleners gaf aan helemaal geen probleem te hebben met het poetsen van de natuurlijke tanden van zorgafhankelijke personen terwijl dat minder dan één vijfde was aan Franstalige kant (het verschil was statistisch significant).

Volgens ongeveer één derde van de zorgverleners gingen de zorgafhankelijke personen op eigen kracht naar de tandarts en volgens een kwart van hen werd dat geregeld door de familie en/of mantelzorgers. Volgens twee vijfde à de helft van de respondenten konden de zorgafhankelijke personen beroep doen op de hulp van een medewerker van de voorziening voor het tandartsbezoek.

### 4.5.2. Kwetsbare ouderen

Van alle zorgverleners vond minder dan de helft dat de gekregen opleiding voldoende was. Minder dan de helft van de zorgverleners van beide landstalen antwoordden in verband met de instructies over mondhygiëne gekregen in de werksituatie 'onvoldoende' of 'niet gekregen'. Voor zorgverleners actief in de thuiszorg (60% bij ouderen) was dit aandeel 52%.

Voor de groep van ouderen in woonzorgcentra of thuiszorg gaven significant meer verpleegkundigen aan dat de gekregen theoretische opleiding over mondhygiëne voldoende was in vergelijking met verzorgenden. Significant meer verpleegkundigen ten opzichte van verzorgenden oordeelden dat de aangeleerde vaardigheden konden worden toegepast in de werksituatie.

Het enthousiasme om deel te nemen aan nascholingsactiviteiten was eerder laag. Slechts 44% van de zorgverleners van beide taalgroepen werkzaam bij ouderen in woonzorgcentra of in de thuiszorg gaf aan hieraan 'zeer frequent tot altijd' deel te willen nemen. Van de zorgverleners actief in de thuiszorg (60% bij ouderen) was dit aandeel 30%.

Het belang van het uitvoeren van een goede mondhygiëne was voor Nederlandstalige zorgverleners voor ouderen van woonzorgcentra of thuiszorg significant groter dan voor hun Franstalige collegae. De percepties van de zorgverleners actief in de thuiszorg (60% bij ouderen) kwamen grosso modo overeen met de Nederlandstalige zorgverleners voor ouderen van woonzorgcentra of thuiszorg.

Op vlak van de percepties van diverse zorgverleners ten opzichte van mondzorg werden geen significante verschillen waargenomen tussen de taakgroepen.

Bij zorgafhankelijke ouderen die dit zelf niet meer kunnen ervaren zorgverleners voor ouderen van woonzorgcentra of thuiszorg meer drempels bij het poetsen van natuurlijke tanden dan bij het poetsen van gebitsprothesen. Voor het ervaren van drempels tijdens het poetsen van gebitsprothesen werden geen significante verschillen gevonden tussen verpleegkundigen en verzorgenden.

Minder dan één op vijf van alle zorgverleners oordeelde dat er geen tandartsbezoek geregeld werd gedurende het voorbije jaar. Voor de zorgverleners actief in de thuiszorg (60% bij ouderen) was dit bijna vier op tien.

Nederlandstalige zorgverleners actief voor ouderen in woonzorgcentra gaven aan dat in één op tien van de gevallen geen tandartsbezoek werd geregeld, terwijl dit bij ouderen in de thuissituatie in vier op tien van de gevallen zo was. Ouderen van woonzorgcentra gingen in één op vijf van de gevallen naar de eigen tandarts op eigen kracht terwijl dit voor ouderen in de thuissituatie in de helft van de gevallen zo was.

## 4.6 Referenties

De Visschere L: The development and application of an oral health care model for institutionalised older people. PhD, Academia Press, Scientific Publishers 9000 Gent, 2010.

Dougall A, Fiske J: Access to special care dentistry, part 1. Access. Br Dent J 2008;204:605-616.

Familiezorg West-Vlaanderen vzw (2010). Jaarverslag 2009. Brugge.

Hennequin M, Faulks D, Roux D: Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. J Dent 2000;28:131-136.

**Bijlage 4.1:  
Vragenlijst zorgverleners**

Naam voorziening: .....

Voorziening voor:

personen met beperkingen  woonzorgcentrum  organisatie actief in de thuiszorg

1. Uw geslacht:  man  vrouw      2. Uw leeftijd:

3. Hoeveel jaar bent u werkzaam als zorgverlener?:

4. Wat is uw taak binnen de voorziening/organisatie waar u werkt?

Verpleegkundige       Verzorgende       Opvoed(st)er       Ergotherapeut

Kinesist       Logopedist       Arts       Ander:.....

*De volgende vragen handelen over de opleiding in verband met het uitvoeren van mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen voor wie u zorgt.*

	Niet gekregen	Onvoldoende	Voldoende	Ik weet het niet
5. Hoe beoordeelt u de <b>theoretische</b> opleiding mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen die u hebt gekregen tijdens uw opleiding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hoe beoordeelt u de <b>praktische</b> opleiding mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen die u hebt gekregen tijdens uw opleiding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hoe beoordeelt u de <b>instructies</b> in verband met mondhygiëne die u hebt gekregen in uw werksituatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nooit, zeer zelden	Soms	Zeer frequent tot altijd	Ik weet het niet
8. Kan u deze vaardigheden in mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen toepassen in uw werksituatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bij voldoende aanbod aan nascholingsactiviteiten over mondzorg bij zorgafhankelijke personen: in welke mate zou u eraan deelnemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*De volgende vragen handelen over mondzorg bij zorgafhankelijke personen voor wie u zorgt.*

10. Hoe **laag/hoog** schat u het aantal personen met een mondprobleem dat behandeling van een tandarts vergt?

Laag Hoog

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Hoe **gemakkelijk/moeilijk** kunnen personen met een mondprobleem behandeling krijgen van een tandarts?

Gemakkelijk Moeilijk

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Hoe **onbelangrijk/belangrijk** vindt u het uitvoeren van **mondhygiëne** bij zorgafhankelijke personen?

Onbelangrijk Belangrijk

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Bijlage 4.1:**  
**Vragenlijst zorgverleners**

13. Hoe ervaart u **het poetsen van de natuurlijke tanden van personen die dit niet zelf kunnen?**  
(verschillende antwoorden zijn mogelijk)

- Ik vind het poetsen van natuurlijke tanden bij deze personen helemaal geen probleem
- Poetsen van natuurlijke tanden bij deze personen behoort niet tot mijn takenpakket
- Er is te weinig tijd om de natuurlijke tanden te poetsen
- De tanden zijn in te slechte conditie om gepoetst te worden
- De personen weigeren de natuurlijke tanden te laten poetsen
- De personen werken tegen tijdens poetsen
- De nodige materialen en producten om te poetsen zijn niet aanwezig
- Ik heb onvoldoende kennis en/of vaardigheden om te poetsen
- Ik heb schrik om gebeten te worden tijdens het poetsen
- Ik heb schrik om de personen pijn te doen of te kwetsen tijdens het poetsen
- Ik vind poetsen van natuurlijke tanden bij deze personen een vies werk

14. Hoe ervaart u **het poetsen van de gebitsprothese(n) van personen die dit niet zelf kunnen?**  
(verschillende antwoorden zijn mogelijk)

- Ik vind het poetsen van gebitsprothesen helemaal geen probleem
- Poetsen van gebitsprothesen behoort niet tot mijn takenpakket
- Er is te weinig tijd om de gebitsprothesen te poetsen
- De gebitsprothesen zijn in te slechte conditie om gepoetst te worden
- De personen weigeren om de gebitsprothesen uit de mond te halen
- De nodige materialen en producten om gebitsprothesen te poetsen zijn niet aanwezig
- Ik heb onvoldoende kennis en/of vaardigheden om de gebitsprothesen uit de mond te halen
- Ik heb onvoldoende kennis om de gebitsprothesen op een correcte wijze te poetsen
- Ik vind het poetsen van gebitsprothesen een vies werk

15. Hoe werd **het voorbije jaar** het bezoek aan de tandarts georganiseerd voor de **zorgafhankelijke personen** voor wie u zorgt? (verschillende antwoorden zijn mogelijk)

- Er wordt geen tandartsbezoek geregeld
- Men gaat op eigen kracht naar zijn/haar tandarts
- Men gaat op eigen kracht naar zijn/haar tandarts; dit wordt geregeld door familie/mantelzorg
- Men gaat met hulp van iemand van de instelling/organisatie naar zijn/haar tandarts
- Men gaat naar een tandarts in de omgeving van de instelling
- Men gaat naar een tandheelkundig centrum van een ziekenhuis
- Men gaat naar de tandartspraktijk in de instelling
- De tandarts komt naar de instelling met een mobiele tandartsuitrusting
- Men wordt aan huis/op de kamer behandeld door eigen tandarts
- Men wordt aan huis/op de kamer behandeld door tandarts die samenwerkt met de organisatie/instelling
- Men gaat naar tandarts in speciaal daarvoor voorziene tandartsenbus
- Ik weet het niet

# Tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden – bevraging tandartsen

## 5.1 Inleiding

In het kader van de doelstelling van dit rapport werd eveneens een bevraging uitgevoerd bij tandartsen die in België werken. Diverse aspecten van tandheelkundige zorgverlening bij personen met bijzondere noden werden bevraged. Voor een overzicht van de thema's die bevraged werden verwijzen we naar Bijlage 5.1.

Om de doelgroep “personen met bijzondere noden” iets specifieker te omschrijven, werden de vragen afzonderlijk gesteld voor drie subgroepen, met name personen met fysieke beperkingen (PmFB), personen met mentale beperkingen (PmMB) en kwetsbare ouderen (KO).

## 5.2 Doelstelling

Door middel van de bevraging van de tandartsen werd gepoogd een antwoord te formuleren op volgende onderzoeksvragen:

- Hoe groot is de vraag naar zorg van deze subgroepen zoals ervaren door de tandarts?
- Welk soort behandelingen worden door tandartsen uitgevoerd bij personen met fysieke beperkingen (PmFB), personen met mentale beperkingen (PmMB) en kwetsbare ouderen (KO)?
- Wie verleent de tandheelkundige zorgen en waar worden deze uitgevoerd?
- Welke problemen ervaren tandartsen op het vlak van toegankelijkheid, uitrusting van de praktijk, assistentie aan de stoel, vergoeding en financiële draagkracht van de patiënt?
- Welke persoonlijke ervaringen hebben tandartsen bij het uitvoeren van bepaalde tandheelkundige behandelingen bij personen met fysieke beperkingen (PmFB), personen met mentale beperkingen (PmMB) en kwetsbare ouderen (KO)?
- Welke mening hebben tandartsen over de zorgverlening en de organisatie van mondzorg voor de drie subgroepen?

## 5.3 Methodologie

De bevraging van tandartsen werkzaam in België werd op vier momenten georganiseerd: voor de Nederlandstalige tandartsen tijdens het vierjaarlijks congres (mei 2009; n=131) en de najaarsvergadering (oktober 2009; n=140) van het Verbond der Vlaamse Tandartsen en voor de Franstalige tandartsen tijdens een nascholingscursus georganiseerd door de Société de Médecine Dentaire (februari 2010; n=128) en de Chambres Syndicales Dentaires (maart 2010; n=95). In totaal werden 494 ingevulde vragenlijsten verzameld, 271 (55%) van Nederlandstalige tandartsen en 223 (45%) van Franstalige tandartsen.

De antwoorden werden gecodeerd ingegeven in een excelbestand (met validatie om zoveel mogelijk fouten te vermijden) en ingelezen in SAS versie 9.2 voor statistische verwerking.  $X^2$ -testen werden uitgevoerd om na te gaan of er significante verschillen aangetroffen werden op vlak van taal, geslacht, leeftijd van de tandarts en ligging van de praktijk.

De antwoorden op de vragen rond zorgverlening aan personen met fysieke beperkingen (PmFB) en personen met mentale beperkingen (PmMB) werden vergeleken door middel van de sign-test voor gepaarde gegevens.



In dit rapport werden enkel de vergelijkingen tussen beide taalgroepen in tabelvorm opgenomen. Voor de andere onderzochte verklarende variabelen (geslacht, leeftijd en ligging van de praktijk) werd slechts een beperkt aantal statistisch significante verschillen bekomen, vandaar dat ze niet (in tabelvorm) werden opgenomen in dit rapport; ze werden wel beschreven in de tekst.

## 5.4 Resultaten

### 5.4.1 Algemene informatie

In onderstaande tabel (Tabel 5.1) zijn de belangrijkste algemene gegevens van de bevroagde tandartsen samengevat. Men kan niet stellen dat de steekproef representatief is voor de Nederlandstalige c.q. Franstalige tandartsen gezien de bevraging gebeurde tijdens nascholingsactiviteiten van bepaalde tandartsenverenigingen. Men kan vermoeden dat niet-leden minder geneigd zijn deze activiteiten bij te wonen. Boven de taalgrens waren de mannelijke respondenten in de meerderheid (53%), onder de taalgrens de vrouwen (55%).

Tabel 5.1. Algemene informatie		
	Nederlandstalig (N=271)	Franstalig (N=223)
Gemiddelde leeftijd (sd)	47 (11)	47 (11)
Vrouwen (%)	47	55
Universiteit (basisopleiding; %)		
KULeuven	52	<1
VUB	15	0
UGent	31	1
UCL	1	53
ULB	0	26
ULg	0	19
Andere	<1	1
Diplomajaar (%)		
1960-1969	2	1
1970-1979	27	29
1980-1989	41	39
1990-1999	12	13
2000-2009	17	19
Aanvullende studies na basisopleiding (%)	31	29

Bij de berekening van de percentages werd geen rekening gehouden met ontbrekende gegevens.

Het gros van de respondenten behaalde zijn tandartsdiploma in de jaren zeventig (27 en 29%) en tachtig (41 en 39%). Minder dan een derde van de respondenten volgde aanvullende studies na het behalen van het tandartsdiploma. Voor geen van deze variabelen werden statistisch significante verschillen tussen Nederlandstalige en Franstalige tandartsen genoteerd.

Aan Nederlandstalige kant zijn de respondenten vooral alumni van de KULeuven (52%), aan Franstalige kant behaalde de meerderheid zijn tandartsdiploma aan de UCL (53%).

Vijfenvoertig tandartsen hebben een specifieke opleiding gevolgd voor het behandelen van personen met bijzondere noden tijdens hun basisopleiding (NI: 21 en Fr: 24;  $p > 0,05$ ), 57 tandartsen via permanente vorming (NI: 35 en



Fr: 22;  $p > 0,05$ ) en 11 tandartsen tijdens een postgraduaat of specialisatie (NI: 9 en Fr: 2;  $p > 0,05$ ); 343 respondenten (NI: 198 en Fr: 145;  $p > 0,05$ ) hebben voor het behandelen van personen met bijzondere noden geen specifieke opleiding ontvangen.

## 5.4.2 Praktijkprofiel

Terwijl het merendeel van de Nederlandstalige respondenten een praktijk heeft in gemeentelijk/landelijk gebied (46%), werkt de Franstalige respondent vooral in grootstedelijk gebied (39%); het verschil tussen beide groepen was statistisch significant (Tabel 5.2).

Het gros van de respondenten werkt in een solopraktijk (68-70%); iets meer dan een derde van hen werkt (ook) in een groepspraktijk (35-38%). Statistisch significant meer Nederlandstalige respondenten werken in een universitaire tandheelkundige kliniek (6% versus 1%), een voorziening voor ouderen (5% versus 2%) of een voorziening voor personen met beperkingen (4% versus 1%); anderzijds werken significant meer Franstalige respondenten in een gezondheidscentrum (6% versus <1%).

<b>Tabel 5.2. Praktijkprofiel</b>		
	<b>Nederlandstalig (N=271)</b>	<b>Franstalig (N=223)</b>
Grootstedelijk	21	39
Kleinstedelijk	33	33
Gemeentelijk/landelijk	46	28
<b>Type praktijk (%) (meer dan 1 antwoord mogelijk)</b>		
Solopraktijk	68	70
Groepspraktijk	38	35
Ziekenhuis	4	5
Universitaire dienst THK*	6	1
Gezondheidscentrum*	<1	6
Ziekenfonds	<1	<1
Voorziening voor ouderen*	5	2
Voorziening voor personen met beperkingen*	4	1
Psychiatrische voorziening	1	<1
<b>Tandheelkundig werk (%)</b>		
Algemene tandheelkunde	95	96
Parodontologie	4	5
Orthodontie	5	4
<b>Assistentie aan de stoel (%)</b>		
Altijd	19	13
Soms	29	27
Nooit	52	59
Recall-systeem* (%)	78	33

Bij de berekening van de percentages werd geen rekening gehouden met ontbrekende gegevens; \*: significant verschil tussen Nederlandstalige en Franstalige respondenten.

De meeste respondenten van beide taalgroepen beoefenen vooral de algemene tandheelkunde (95-96%); 4 to 5% van de respondenten beoefenen de parodontologie of de orthodontie. Meer dan de helft van de respondenten heeft nooit assistentie aan de stoel (52-59%); 13-19% heeft altijd assistentie aan de stoel en 27-29% soms.

Een opvallend (en tevens statistisch significant) verschil tussen de taalgroepen is het gebruik van een recall-systeem: 78% van de Nederlandstalige respondenten roept zijn patiënten op voor controles, terwijl slechts 33% van de Franstalige respondenten dat doet.

### SAMENVATTING

- De meeste respondenten zijn algemeen tandarts; ongeveer 2 op 3 is werkzaam in een solopraktijk en beschikt in ruim de helft van de gevallen niet over assistentie aan de stoel.
- Een meerderheid van Nederlandstalige respondenten (78%) maakt gebruik van een recall-systeem, terwijl slechts 33% van de Franstalige respondenten dat doet.

### 5.4.3 Zorgverlening aan personen met bijzondere noden

In een derde luik van de vragenlijst werd gepeild naar de tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden. De respondenten konden volgende antwoordopties aankruisen: “zelden/nooit”, “paar keer/jaar”, “maandelijks”, “wekelijks”, “dagelijks” of “niet van toepassing (omdat ik deze patiëntengroep niet behandel)”. Omwille van analytische redenen (d.i. te lage aantallen in bepaalde cellen waardoor statistische analyses weinig zinvol zijn en de resultaten weinig betrouwbaar) werd geopteerd om volgende antwoordmogelijkheden samen te nemen tot 1 categorie “zelden/nooit” en “paar keer/jaar” tot “zelden” en “wekelijks” en “dagelijks” tot “minstens wekelijks”.  $X^2$ -testen werden uitgevoerd om na te gaan of er significante verschillen aangetroffen werden tussen de twee taalgroepen, de leeftijdsgroepen, mannen en vrouwen en de geografische ligging van de tandartspraktijk. Bij deze analyses werden de respondenten die niet antwoordden (“missende gegevens”) en die antwoordden “Niet van Toepassing (NVT) omdat ik deze patiëntengroep niet behandel” buiten beschouwing gelaten.

#### 5.4.3.1 Personen met fysieke beperkingen (PmFB)

Zoals blijkt uit Tabel 5.3, worden significant meer Nederlandstalige respondenten op frequente basis geconsulteerd door personen met fysieke beperkingen (PmFB) ( $p < 0,0001$ ): 14% minstens wekelijks en 36% minstens maandelijks versus 8% en 22% bij Franstalige collegae. Aan beide kanten van de taalgrens worden PmFB eerder zelden verwezen naar een collega of specifiek centrum of behandeld aan huis of in een voorziening. Preventief mondzorgadvies wordt door 19% van de Nederlandstalige respondenten minstens wekelijks gegeven aan PmFB en door 28% minstens maandelijks; de respectieve percentages aan Franstalige kant zijn 26% en 13% en de verschillen tussen beide taalgroepen zijn significant ( $p = 0,001$ ). Professionele reinigingen worden significant meer uitgevoerd bij PmFB door Nederlandstalige tandartsen (13% minstens wekelijks en 34% minstens maandelijks) dan door hun Franstalige collegae (12% minstens wekelijks en 15% minstens maandelijks) ( $p < 0,0001$ ). Ook extracties worden significant meer uitgevoerd bij PmFB door Nederlandstalige tandartsen (6% minstens wekelijks en 23% minstens maandelijks) dan door hun Franstalige collegae (6% minstens wekelijks en 14% minstens maandelijks) ( $p = 0,044$ ).

Voor het uitvoeren van verzegelingen, vullingen, endodontische, parodontale, enprothetische behandelingen zijn er geen significante verschillen waar te nemen tussen de taalgroepen; deze behandelingen worden (afhankelijk van het type behandeling) door 80 à 99% van de respondenten zelden uitgevoerd bij PmFB.

Wat betreft tandheelkundige zorgverlening aan PmFB worden er geen significante verschillen aangetroffen tussen mannelijke en vrouwelijke tandartsen, tussen de verschillende leeftijdsgroepen of op vlak van de geografische ligging van de tandartspraktijk van de respondenten.

Tabel 5.3. Zorgverlening aan personen met fysieke beperkingen (PmFB)

	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Minstens wekelijks	Maandelijks	Zelden	Minstens wekelijks	Maandelijks	Zelden			
Hoe frequent bieden PmFB zich bij u aan voor zorgen? (N=470)	37 (14%)	94 (36%)	132 (50%)	16 (8%)	46 (22%)	145 (69%)	<0,0001	9	15
Hoe frequent verwijst u PmFB door naar collega of specifiek centrum? (N=457)	3 (1%)	10 (4%)	244 (95%)	4 (2%)	8 (4%)	188 (94%)	0,770	7	30
Hoe frequent verzorgt u PmFB aan huis of in een voorziening? (N=443)	12 (5%)	9 (4%)	236 (92%)	3 (2%)	7 (4%)	176 (95%)	0,214*	25	26
Hoe frequent verleent u preventief mondzorgadvies (mondhygiëne, ..) aan PmFB? (N=452)	49 (19%)	70 (28%)	135 (53%)	51 (26%)	26 (13%)	121 (61%)	0,001	15	27
Hoe frequent voert u een professionele reiniging uit bij PmFB? (N=450)	33 (13%)	87 (34%)	134 (53%)	24 (12%)	30 (15%)	142 (72%)	<0,0001	13	31
Hoe frequent voert u een verzegeling uit bij PmFB? (N=442)	8 (3%)	20 (8%)	225 (89%)	7 (4%)	11 (6%)	171 (91%)	0,673**	14	38
Hoe frequent plaatst u vullingen bij PmFB? (N=447)	32 (13%)	73 (29%)	145 (58%)	20 (10%)	43 (22%)	134 (68%)	0,093	15	32
Hoe frequent voert u endodontische behandelingen uit bij PmFB? (N=450)	14 (6%)	38 (15%)	202 (80%)	16 (8%)	25 (13%)	155 (79%)	0,460	15	29
Hoe frequent voert u parodontale behandelingen uit bij PmFB? (N=437)	15 (6%)	35 (14%)	198 (80%)	13 (7%)	18 (10%)	158 (84%)	0,339+	25	32
Hoe frequent voert u (uitneembare) prothetische behandelingen uit bij PmFB? (N=465)	13 (5%)	50 (20%)	189 (75%)	14 (7%)	26 (13%)	158 (80%)	0,138	15	29
Hoe frequent voert u (vaste) prothetische behandelingen uit bij PmFB? (N=442)	5 (2%)	28 (11%)	219 (87%)	3 (2%)	11 (6%)	176 (93%)	0,137**	18	34
Hoe frequent voert u orthodontische behandelingen uit bij PmFB? (N=409)	1 (<1%)	3 (1%)	231 (98%)	1 (1%)	1 (1%)	172 (99%)	0,759**	47	38
Hoe frequent voert u extracties uit bij PmFB? (N=462)	15 (6%)	59 (23%)	184 (71%)	12 (6%)	26 (14%)	154 (80%)	0,044	12	32

\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 10% van de data ontbreken; \*\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 11% van de data ontbreken; +Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 12% van de data ontbreken; \*\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 17% van de data ontbreken

### 5.4.3.2 Personen met mentale beperkingen (PmMB)

Tabel 5.4 toont dat significant meer Nederlandstalige respondenten op frequente basis geconsulteerd worden door personen met mentale beperkingen (PmMB) ( $p < 0,0001$ ): 14% minstens wekelijks en 21% minstens maandelijks versus 5% en 12% bij Franstalige collegae. In beide landsdelen worden PmMB eerder zelden verwezen naar een collega of specifiek centrum of behandeld aan huis of in een voorziening. Preventief mondzorgadvies wordt door 17/22% van de Nederlandstalige/Franstalige respondenten minstens wekelijks gegeven aan PmMB en door 18/11% minstens maandelijks; de verschillen tussen beide taalgroepen zijn niet significant. Professionele reinigingen worden ook bij PmMB significant meer uitgevoerd door Nederlandstalige tandartsen (15% minstens wekelijks en 23% minstens maandelijks) dan door hun Franstalige collegae (11% minstens wekelijks en 12% minstens maandelijks) ( $p = 0,002$ ).

Voor het uitvoeren van verzegelingen, vullingen, endodontische, parodontale, enprothetische behandelingen en extracties zijn er geen significante verschillen waar te nemen tussen de taalgroepen; deze behandelingen worden (afhankelijk van het type behandeling) door 72 à 99% van de respondenten zelden uitgevoerd bij PmMB.

Wat betreft tandheelkundige zorgverlening aan PmMB worden er geen significante verschillen aangetroffen tussen mannelijke en vrouwelijke tandartsen, tussen de verschillende leeftijdsgroepen of op vlak van de geografische ligging van de tandartspraktijk van de respondenten.

### 5.4.3.3 Verschil in zorgverlening aan personen met fysieke (PmFB) en mentale beperkingen (PmMB)

De respondenten van beide taalgroepen geven aan dat ze significant meer geconsulteerd worden door PmFB dan door PmMB ( $p < 0,0001$ ). Hieruit volgt dat de meeste tandheelkundige behandelingen die opgesomd worden in tabellen 6.3 en 6.4 significant frequenter worden uitgevoerd bij PmFB dan bij PmMB ( $p < 0,05$ ). Enkel voor het uitvoeren van verzegelingen en orthodontische behandelingen worden er geen statistisch significante verschillen genoteerd tussen beide patiëntengroepen en dit aan beide zijden van de taalgrens.

Tabel 5.4. Zorgverlening aan personen met mentale beperkingen (PmMB)									
	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Minstens wekelijks	Maandelijks	Zelden	Minstens wekelijks	Maandelijks	Zelden			
Hoe frequent bieden PmMB zich bij u aan voor zorgen? (N=457)	15 (14%)	55 (21%)	169 (65%)	9 (5%)	23 (12%)	166 (84%)	<0,0001	17	20
Hoe frequent verwijst u PmMB door naar collega of specifiek centrum? (N=450)	6 (2%)	17 (7%)	234 (91%)	6 (3%)	7 (4%)	180 (93%)	0,341	17	27
Hoe frequent verzorgt u PmMB aan huis of in een voorziening? (N=439)	12 (5%)	7 (3%)	237 (93%)	1 (1%)	1 (1%)	181 (99%)	0,009**	32	23
Hoe frequent verleent u preventief mondzorgadvies (mondhygiëne, ..) aan PmMB? (N=444)	44 (17%)	45 (18%)	168 (65%)	42 (22%)	21 (11%)	124 (66%)	0,106*	23	27
Hoe frequent voert u een professionele reiniging uit bij PmMB? (N=445)	38 (15%)	60 (23%)	160 (62%)	20 (11%)	22 (12%)	145 (78%)	0,002	20	29

Tabel 5.4. (vervolg) Zorgverlening aan personen met mentale beperkingen (PmMB)

	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Minstens wekelijks	Maandelijks	Zelden	Minstens wekelijks	Maandelijks	Zelden			
Hoe frequent voert u een <u>verzegeling</u> uit bij PmMB? (N=436)	14 (5%)	20 (8%)	221 (87%)	6 (3%)	6 (3%)	169 (93%)	0,072 <sup>+</sup>	24	34
Hoe frequent plaatst u <u>vullingen</u> bij PmMB? (N=439)	26 (10%)	45 (18%)	180 (72%)	16 (9%)	26 (14%)	146 (78%)	0,366 <sup>**</sup>	23	72
Hoe frequent voert u <u>endodontische behandelingen</u> uit bij PmMB? (442)	14 (5%)	20 (8%)	222 (87%)	11 (6%)	3 (2%)	172 (92%)	0,015 <sup>**</sup>	23	29
Hoe frequent voert u <u>parodontale behandelingen</u> uit bij PmMB? (N=429)	11 (4%)	19 (8%)	220 (88%)	8 (5%)	6 (3%)	165 (92%)	0,180 <sup>**</sup>	34	31
Hoe frequent voert u ( <u>uitneembare</u> ) <u>prothetische behandelingen</u> uit bij PmMB? (N=438)	14 (6%)	24 (10%)	213 (85%)	8 (4%)	9 (5%)	170 (91%)	0,134 <sup>**</sup>	26	30
Hoe frequent voert u ( <u>vaste</u> ) <u>prothetische behan-</u> <u>delingen</u> uit bij PmMB? (N=436)	3 (1%)	15 (6%)	236 (93%)	2 (1%)	1 (1%)	179 (98%)	0,013 <sup>+</sup>	28	30
Hoe frequent voert u <u>orthodontische behandelingen</u> uit bij PmMB? (N=405)	4 (2%)	3 (1%)	228 (97%)	1 (1%)	0 (0%)	169 (99%)	0,200 <sup>°</sup>	52	37
Hoe frequent voert u <u>extracties</u> uit bij PmMB? (N=446)	10 (4%)	34 (13%)	217 (83%)	10 (5%)	21 (11%)	154 (83%)	0,656	19	29

<sup>+</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 10% van de data ontbreken; <sup>\*\*</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 11% van de data ontbreken; <sup>°</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 12% van de data ontbreken; <sup>\*\*</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 13% van de data ontbreken; <sup>°</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 18% van de data ontbreken

#### 5.4.3.4 (Kwetsbare) ouderen (KO)

Analoog aan de personen met beperkingen worden enkel de resultaten voor tandartsen van beide taalgroepen weergegeven in de weergegeven tabellen. Significante verschillen in functie van geslacht, leeftijd en geografische ligging van de praktijk worden per vraag vermeld zonder weergave in een tabel.

Zoals blijkt uit Tabel 5.5, rapporteren Nederlandstalige tandartsen meer vraag naar tandheelkundige zorg van kwetsbare ouderen (80% minstens maandelijks) dan de Franstalige tandartsen (59%). Dit verschil is significant.

Vrouwelijke tandartsen rapporteren meer vraag naar tandheelkundige zorg van kwetsbare ouderen (72% wekelijks, maandelijks) dan de mannelijke collegae (69%) (p=0,04).

Hoe ouder de tandartsen des te minder zij vraag naar zorg rapporteren. Het antwoord "zelden" werd voor tandartsen ouder dan 55 in 42% van de gevallen aangekruist, in de leeftijdsgroep 41 tot 55 jaar in 29% en voor de 22-40 jarigen in 24% van de gevallen (p=0,007).

## Tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden - bevraging tandartsen

Tandartsen verwijzen zelden kwetsbare ouderen (NL 91%/FR 90%) voor behandelingen naar een collega of specifiek centrum en behandelen zelden (NL 85%/FR 89%) ouderen aan huis of in woonzorgcentra.

Preventieve mondzorg wordt door Nederlandstalige tandartsen frequenter verleend dan door Franstalige tandartsen. Mondzorgadvies ( $p=0,033$ ) en professionele reiniging ( $p=0,011$ ) worden in 65% en 60% van de gevallen minstens 'wekelijks of maandelijks' uitgevoerd langs Nederlandstalige kant en in 59% en 45% van de gevallen langs Franstalige kant.

Tandartsen voeren het minst frequent een verzegeling uit gevolgd door het vervaardigen van vaste prothetische voorzieningen, parodontale, endodontische behandelingen, extracties en uitneembare prothetische voorzieningen. Van alle uitgevoerde behandelingen werd het plaatsen van vullingen het meest gerapporteerd (61%). Deze bevindingen volgen dezelfde trend voor de tandartsen van beide taalgroepen.

Mannelijke tandartsen verzorgen frequenter kwetsbare ouderen aan huis of in een woonzorgcentrum, voor mannen (19% minstens maandelijks) en voor vrouwen (9%) ( $p=0,01$ ). Hier dient rekening gehouden te worden met 11% ontbrekende data. Mannelijke tandartsen voeren frequenter vaste prothetische behandelingen uit (24% minstens maandelijks) ten opzichte van 14% voor de vrouwelijke tandartsen ( $p=0,03$ ). Ook hier met voorbehoud omdat 11% van de data ontbreken. Deze tendens is nog duidelijker aanwezig voor het uitvoeren van extracties. Mannelijke tandartsen voeren (minstens maandelijks) extracties uit in 51% van de gevallen en vrouwelijke tandartsen slechts 40% ( $p=0,04$ ).

Op vlak van de ligging van de praktijk (grootstedelijk, kleinstedelijk, gemeentelijk/landelijk) werden geen significante verschillen gevonden.

**Tabel 5.5. Zorgverlening aan (kwetsbare) ouderen (KO)**

	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Minstens wekelijks	Maandelijks	Zelden	Minstens wekelijks	Maandelijks	Zelden			
Hoe frequent bieden KO zich bij u aan voor zorgen? (N=462)	117 (47%)	84 (33%)	51 (20%)	60 (29%)	63 (30%)	87 (41%)	< 0,0001	5	32
Hoe frequent verwijst u KO door naar collega of specifiek centrum? (N=457)	3 (1%)	20 (8%)	232 (91%)	6 (3%)	14 (7%)	182 (90%)	0,372	5	32
Hoe frequent verzorgt u KO aan huis of in een woonzorgcentrum? (N=445)	18 (7%)	21 (8%)	214 (85%)	6 (3%)	15 (8%)	171 (89%)	0,173	25	24
Hoe frequent verleent u preventief mondzorgadvies (mondhygiëne, ...) aan KO? (N=453)	96 (38%)	68 (27%)	87 (35%)	86 (42%)	34 (17%)	82 (41%)	0,033	14	27
Hoe frequent voert u een professionele reiniging uit bij KO? (N=448)	79 (32%)	69 (28%)	101 (40%)	49 (25%)	41 (20%)	109 (55%)	0,011	12	34
Hoe frequent voert u een verzegeling uit bij KO? (N=437)	11 (5%)	8 (3%)	230 (92%)	15 (8%)	10 (5%)	163 (87%)	0,148*	15	42
Hoe frequent plaatst u vullingen bij KO? (N=444)	82 (33%)	68 (28%)	95 (39%)	57 (29%)	54 (27%)	88 (44%)	0,444*	13	37

Tabel 5.5. (vervolg) Zorgverlening aan (kwetsbare) ouderen (KO)

	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Minstens wekelijks	Maandelijks	Zelden	Minstens wekelijks	Maandelijks	Zelden			
Hoe frequent voert u <u>endodontische behandelingen</u> uit bij KO? (N=449)	32 (13%)	51 (20%)	169 (67%)	32 (16%)	42 (21%)	123 (63%)	0,496	12	33
Hoe frequent voert u <u>parodontale behandelingen</u> uit bij KO? (N=440)	34 (14%)	41 (16%)	173 (70%)	32 (17%)	24 (12%)	136 (71%)	0,399**	21	33
Hoe frequent voert u ( <u>uitneembare</u> ) <u>prothetische behandelingen</u> uit bij KO? (N=455)	55 (22%)	80 (32%)	117 (46%)	38 (19%)	55 (27%)	110 (54%)	0,258	11	28
Hoe frequent voert u ( <u>vaste</u> ) <u>prothetische behandelingen</u> uit bij KO? (N=445)	15 (6%)	38 (15%)	197 (79%)	13 (7%)	21 (11%)	161 (82%)	0,388	14	35
Hoe frequent voert u <u>orthodontische behandelingen</u> uit bij KO? (N=408)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	230 (99%)	3 (2%)	1 (1%)	172 (97%)	0,424**	14	35
Hoe frequent voert u <u>extracties</u> uit bij KO? (N=448)	38 (15%)	81 (32%)	133 (53%)	35 (18%)	49 (25%)	112 (57%)	0,241	11	35

\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 10% van de data ontbreken; \*\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 11% van de data ontbreken; \*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 12% van de data ontbreken; \*\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 17% van de data ontbreken

## SAMENVATTING

- 50% en 35% van de Nederlandstalige respondenten worden op frequente basis geconsulteerd door respectievelijk personen met fysieke beperkingen (PmFB) of mentale beperkingen (PmMB); de proporties voor Franstalige respondenten zijn 35% en 16%.
- Nederlandstalige kwetsbare ouderen (KO) bieden zich meer frequent aan voor zorgen dan Franstalige ouderen.
- Vrouwelijke tandartsen rapporteren meer vraag naar tandheelkundige zorg van kwetsbare ouderen (KO) dan de mannelijke collegae. Ook jongere collegae rapporteren meer vraag tot zorg.
- Aan beide kanten van de taalgrens worden PmFB en PmMB eerder zelden verwezen naar een collega of specifiek centrum of behandeld aan huis of in een voorziening. Beide groepen tandartsen verwijzen nauwelijks kwetsbare ouderen naar een collega of centrum.
- Behandelingen die het frequentst worden uitgevoerd bij PmFB en PmMB zijn preventief mondzorgadvies, professionele reinigingen, vullingen en extracties; vaste prothetische behandelingen en orthodontie wordt door deze groep respondenten eerder uitzonderlijk uitgevoerd bij PmMB en PmFB.
- Nederlandstalige tandartsen voeren frequenter preventieve handelingen uit bij kwetsbare ouderen (KO) dan de Franstalige collegae.
- Mannelijke tandartsen verzorgen frequenter kwetsbare ouderen (KO) aan huis of in een woonzorgcentrum dan vrouwelijke collegae.
- Bij kwetsbare ouderen (KO) voeren mannelijke tandartsen frequenter vaste prothetische behandelingen en extracties uit dan vrouwelijke tandartsen.

## 5.4.4 Problemen bij zorgverlening aan personen met bijzondere noden

In het vierde luik van de vragenlijst werd gepeild naar problemen die tandartsen ervaren bij de tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden. De respondenten konden volgende antwoordopties aankruisen: “nooit”, “zelden”, “soms”, “meestal”, “altijd” of “niet van toepassing (omdat ik deze patiëntengroep niet behandel)”. Omwille van analytische redenen werd geopteerd om volgende antwoordmogelijkheden samen te nemen tot 1 categorie “nooit” en “zelden” tot “zelden tot nooit” en “meestal” en “altijd” tot “meestal tot altijd”.

X<sup>2</sup>-testen werden uitgevoerd om na te gaan of er significante verschillen aangetroffen werden tussen de twee taalgroepen, de leeftijdsgroepen, mannen en vrouwen en de geografische ligging van de tandartspraktijk. Bij deze analyses werden de respondenten die niet antwoordden (“missende gegevens”) en die antwoordden “Niet van Toepassing (NVT) omdat ik deze patiëntengroep niet behandel” buiten beschouwing gelaten.

### 5.4.4.1 Personen met fysieke beperkingen (PmFB)

Bij de interpretatie van de gegevens in Tabel 5.6 moet men er rekening mee houden dat PmFB frequenter gezien worden door Nederlandstalige dan Franstalige respondenten. Significant meer Nederlandstalige respondenten rapporteren problemen bij het behandelen van personen met fysieke beperkingen (PmFB) ( $p < 0,0001$ ): 12% “meestal tot altijd” en 37% “soms” versus respectievelijk 11% en 19% bij Franstalige collegae. Eén vierde van de Nederlandstalige respondenten ervaart problemen met toegankelijkheid van de praktijk, terwijl dat probleem door 36% van de Franstalige collegae gemeld wordt ( $p = 0,018$ ); 24% van de respondenten ervaart eveneens problemen met de uitrusting van het kabinet. Zevenentwintig procent van de Nederlandstalige respondenten vindt dat ze onvoldoende zijn opgeleid voor het behandelen van PmFB en 37% ervaart te weinig assistentie bij de behandeling; de respectieve proporties aan Franstalige kant zijn 18% en 39%. Ruim een derde van de respondenten aan beide zijden van de taalgrens geeft aan onvoldoende tijd te kunnen vrijmaken voor de behandeling van PmFB en de helft van de Nederlandstalige respondenten en 43% van de Franstalige respondenten vindt dat de verloning te laag is.

Aan beide kanten van de taalgrens ervaren 30% van de respondenten problemen op het vlak van communicatie bij de behandeling van PmFB en ruim een derde vindt dat ze te weinig medewerking krijgen van de PmFB bij hun tandheelkundige behandeling. Negenendertig tot 45% van de respondenten rapporteert dat PmFB onvoldoende financiële draagkracht hebben; een minderheid haalt aan dat de zorgverlening aan PmFB problemen geeft ten aanzien van andere patiënten.

Wat betreft problemen ervaren bij tandheelkundige zorgverlening aan PmFB werden er geen significante verschillen aangetroffen tussen mannen en vrouwen, tussen de verschillende leeftijdsgroepen of op vlak van de geografische ligging van de tandartspraktijk van de respondenten.

Tabel 5.6. Problemen bij zorgverlening aan personen met fysieke beperkingen (PmFB)									
	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Meestal tot altijd	Soms	Zelden tot nooit	Meestal tot altijd	Soms	Zelden tot nooit			
Hoe frequent ervaart u problemen (algemeen) bij het behandelen van PmFB? (N=429)	31 (12%)	96 (37%)	131 (51%)	22 (11%)	36 (19%)	135 (70%)	<0,0001	12	31
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>communicatie</u> (info behandeling, instructie nazorg, afspraken nakomen...) bij PmFB? (N=429)	16 (6%)	67 (26%)	176 (68%)	11 (6%)	42 (22%)	136 (72%)	0,647	13	33



**Tabel 5.6. (vervolg) Problemen bij zorgverlening aan personen met fysieke beperkingen (PmFB)**

	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Meestal tot altijd	Soms	Zelden tot nooit	Meestal tot altijd	Soms	Zelden tot nooit			
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>toegankelijkheid van uw praktijk</u> bij PmFB? (N=430)	22 (9%)	41 (16%)	197 (76%)	20 (10%)	49 (26%)	122 (64%)	0,018	13	30
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>uitrusting van uw kabinet</u> bij PmFB? (N=430)	11 (4%)	51 (20%)	197 (76%)	11 (6%)	35 (18%)	144 (76%)	0,731	14	31
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende opleiding voor behandelen van PmFB?</u> (N=429)	15 (6%)	55 (21%)	187 (73%)	10 (5%)	25 (13%)	154 (82%)	0,074	14	34
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende medewerking</u> bij behandeling van PmFB? (N=428)	24 (9%)	74 (29%)	160 (62%)	14 (7%)	49 (26%)	125 (66%)	0,591	14	34
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende assistentie aan de stoel</u> bij PmFB? (N=420)	32 (13%)	62 (24%)	160 (63%)	29 (16%)	42 (23%)	112 (61%)	0,621**	18	39
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende tijd te kunnen maken voor</u> behandeling van PmFB? (N=420)	29 (11%)	62 (24%)	164 (64%)	30 (16%)	38 (21%)	116 (63%)	0,274*	15	40
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende financiële draagkracht van PmFB?</u> (N=418)	30 (12%)	70 (27%)	155 (61%)	29 (16%)	52 (29%)	99 (55%)	0,341**	16	43
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende verloning voor zorgverlening</u> bij PmFB? (N=418)	63 (25%)	65 (26%)	126 (50%)	45 (25%)	33 (18%)	105 (57%)	0,140**	15	42
Hoe frequent ervaart u problemen met <u>andere patiënten</u> (bv storend in wachtzaal,...) bij het behandelen van PmFB? (N=423)	3 (1%)	20 (8%)	231 (91%)	5 (3%)	18 (10%)	161 (88%)	0,374*	14	42

\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 10% van de data ontbreken \*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 11% van de data ontbreken; \*\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 12% van de data ontbreken

#### 5.4.4.2 Personen met mentale beperkingen (PmMB)

Bij de interpretatie van de gegevens in Tabel 5.7 moet men er eveneens rekening mee houden dat PmMB frequenter gezien worden door Nederlandstalige dan Franstalige respondenten. Significant meer Nederlandstalige respondenten signaleren problemen bij het behandelen van personen met mentale beperkingen (PmMB) ( $p=0,001$ ): 26% “meestal tot altijd” en 37% “soms” versus respectievelijk 17% en 27% bij Franstalige collegae. Acht procent van de Nederlandstalige respondenten en 13% van de Franstalige collegae ervaart problemen met toegankelijkheid van de praktijk voor PmMB; een minderheid van de respondenten ervaart eveneens problemen met de uitrusting van het kabinet. Negendertig procent van de Nederlandstalige respondenten vindt dat ze onvoldoende zijn opgeleid voor het behandelen van PmMB en 48% ervaart te weinig assistentie bij de behandeling; de respectieve proporties aan Franstalige kant zijn 28% en eveneens 48%. Ruim twee vijfden van de respondenten aan beide zijden van de taalgrens geeft aan onvoldoende tijd te kunnen vrijmaken voor de behandeling van PmMB en 60% van de Nederlandstalige respondenten en de helft van de Franstalige respondenten vindt dat de verloning te laag is.

Aan beide kanten van de taalgrens ervaart meer dan de helft van de respondenten problemen op het vlak van communicatie bij de behandeling van PmMB en 60% vindt dat ze te weinig medewerking krijgen van de PmMB bij hun tandheelkundige behandeling. Drieënveertig tot 48% van de respondenten rapporteert dat PmMB onvoldoende financiële draagkracht hebben; 18% haalt aan dat de zorgverlening aan PmMB problemen geeft ten aanzien van andere patiënten.

Tabel 5.7. Problemen bij zorgverlening aan personen met mentale beperkingen (PmMB)									
	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Meestal tot altijd	Soms	Zelden tot nooit	Meestal tot altijd	Soms	Zelden tot nooit			
Hoe frequent ervaart u problemen (algemeen) bij het behandelen van PmMB? (N=429)	67 (26%)	96 (37%)	98 (38%)	28 (17%)	46 (27%)	94 (56%)	0,001*	37	28
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van communicatie (info behandeling, instructie nazorg, afspraken nakomen...) bij PmMB? (N=429)	87 (33%)	74 (28%)	101 (39%)	45 (27%)	46 (28%)	76 (46%)	0,284*	36	29
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van toegankelijkheid van uw praktijk bij PmMB? (N=430)	6 (2%)	16 (6%)	240 (92%)	6 (4%)	15 (9%)	147 (88%)	0,382*	35	29
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van uitrusting van uw kabinet bij PmMB? (N=430)	4 (2%)	26 (10%)	231 (89%)	3 (2%)	10 (6%)	156 (92%)	0,332*	35	29

**Tabel 5.7. (vervolg) Problemen bij zorgverlening aan personen met mentale beperkingen (PmMB)**

	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Meestal tot altijd	Soms	Zelden tot nooit	Meestal tot altijd	Soms	Zelden tot nooit			
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende opleiding voor behandelen</u> van PmMB? (N=429)	20 (8%)	81 (31%)	160 (61%)	16 (10%)	31 (18%)	121 (72%)	0,015*	35	30
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende medewerking</u> bij behandeling van PmMB? (N=428)	61 (23%)	104 (40%)	96 (37%)	45 (27%)	48 (29%)	74 (44%)	0,064*	36	30
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende assistentie aan de stoel</u> bij PmMB? (N=420)	54 (21%)	70 (27%)	134 (52%)	37 (23%)	41 (25%)	84 (52%)	0,864**	39	35
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende tijd te kunnen maken voor</u> behandeling van PmMB? (N=420)	44 (17%)	69 (27%)	145 (56%)	36 (22%)	34 (21%)	92 (57%)	0,253**	34	40
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende financiële draagkracht</u> van PmMB? (N=418)	36 (14%)	74 (29%)	148 (57%)	30 (19%)	47 (29%)	83 (52%)	0,369**	35	41
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende verloning voor</u> zorgverlening bij PmMB? (N=418)	84 (33%)	66 (26%)	108 (42%)	44 (28%)	32 (20%)	84 (52%)	0,102**	36	40
Hoe frequent ervaart u <u>problemen met andere patiënten</u> (bv storend in wachtzaal,...) bij het behandelen van PmMB? (N=423)	15 (6%)	32 (12%)	212 (82%)	5 (3%)	25 (15%)	134 (82%)	0,330 <sup>+</sup>	32	39

\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 13% van de data ontbreken; \*\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 15% van de data ontbreken; <sup>+</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 14% van de data ontbreken

Wat betreft problemen ervaren bij tandheelkundige zorgverlening aan PmMB werden er geen significante verschillen aangetroffen tussen mannen en vrouwen, tussen de verschillende leeftijdsgroepen of op vlak van de geografische ligging van de tandartspraktijk van de respondenten.

### 5.4.4.3 Verschil in problemen ervaren bij de zorgverlening aan personen met fysieke (PmFB) en mentale beperkingen (PmMB)

De respondenten van beide taalgroepen geven aan dat ze significant meer problemen ervaren bij de zorgverlening aan PmMB dan aan PmFB; uitzonderingen hierop zijn problemen qua toegankelijkheid en uitrusting van het kabinet die meer ervaren worden bij de zorgverlening aan PmFB dan aan PmMB.

### 5.4.4.4 (Kwetsbare) ouderen (KO)

Zoals blijkt uit Tabel 5.8, rapporteren Nederlandstalige tandartsen meer problemen in het algemeen bij het behandelen van kwetsbare ouderen 47% (“soms” en “meestal tot altijd”) dan Franstalige tandartsen (36%) (p=0,022).

Tandartsen uit de oudste leeftijdsgroep (>55 jaar) ervaren “zelden tot nooit” problemen op vlak van communicatie met kwetsbare ouderen in 58% van de gevallen ten opzichte van 41% voor de jongste leeftijdsgroep (22-40jaar)(p=0,02). Op vlak van toegankelijkheid van de praktijk blijkt er een significant verschil te bestaan tussen de tandartsen van beide taalgroepen (p=0,028). Ongeveer één op vier Franstalige tandartsen ervaart “meestal tot altijd” of “soms” problemen op vlak van toegankelijkheid van hun praktijk. Langs Vlaamse kant is dit slechts 14%. Problemen op vlak van de uitrusting van de praktijk komen “zelden tot nooit” voor bij Nederlandstalige tandartsen in 89% van de gevallen en bij Franstalige tandartsen in 86% van de gevallen. Eén derde van de Nederlandstalige tandartsen (34%) ervaart problemen “meestal tot altijd” en “soms” met assistentie en 39% van de Franstaligen. De jongste leeftijdsgroep rapporteert “zelden of nooit” problemen met assistentie in 55% en de oudste groep in 72% van de gevallen.

Franstalige tandartsen ervaren problemen (“meestal tot altijd” en “soms”) op vlak van onvoldoende financiële draagkracht in 53% van de gevallen en Nederlandstalige tandartsen in 47%.

Nederlandstalige (23%) en Franstalige (24%) tandartsen rapporteren “meestal tot altijd” problemen op vlak van onvoldoende verloning voor de gepresteerde zorgverlening. Problemen in verband met storend gedrag bij het behandelen van kwetsbare ouderen worden nauwelijks gemeld.

Tabel 5.8. Problemen bij zorgverlening aan kwetsbare ouderen (KO)									
	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Meestal tot altijd	Soms	Zelden tot nooit	Meestal tot altijd	Soms	Zelden tot nooit			
Hoe frequent ervaart u problemen (algemeen) bij het behandelen van KO? N=454)	19 (7%)	102 (40%)	134 (53%)	16 (8%)	55 (28%)	128 (64%)	0,022	9	31
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>communicatie</u> (info behandeling, instructie nazorg, afspraken nakomen...) bij KO? (N=452)	28 (11%)	93 (36%)	136 (53%)	25 (13%)	60 (31%)	110 (56%)	0,458	8	34
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>toegankelijkheid van uw praktijk</u> voor zorgverlening van KO? (N=453)	11 (4%)	25 (10%)	220 (86%)	14 (7%)	33 (17%)	150 (76%)	0,028	9	32

Tabel 5.8. (vervolg) Problemen bij zorgverlening aan kwetsbare ouderen (KO)

	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Meestal tot altijd	Soms	Zelden tot nooit	Meestal tot altijd	Soms	Zelden tot nooit			
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>uitrusting van uw praktijk</u> voor zorgverlening van KO? (N=449)	5 (2%)	24 (9%)	225 (89%)	6 (3%)	22 (11%)	167 (86%)	0,599	10	35
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende opleiding voor behandelen</u> van KO? N=450)	14 (5%)	74 (29%)	168 (66%)	14 (7%)	42 (22%)	138 (71%)	0,193	9	35
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende medewerking bij behandeling</u> van KO?(N=451)	19 (7%)	89 (35%)	148 (58%)	19 (10%)	69 (35%)	107 (55%)	0,641	9	34
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende assistentie aan de stoel</u> bij KO? (N=442)	22 (9%)	63 (25%)	167 (66%)	24 (13%)	50 (26%)	116 (61%)	0,347*	13	39
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende tijd te kunnen maken voor behandeling</u> van KO? (N=444)	25 (10%)	65 (26%)	164 (65%)	29 (15%)	45 (24%)	116 (61%)	0,223+	9	41
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende financiële draagkracht</u> van KO (N=443)	35 (14%)	84 (33%)	134 (53%)	42 (22%)	59 (31%)	89 (47%)	0,073+	9	42
Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende verloning voor zorgverlening</u> van KO (N=442)	57 (22%)	72 (29%)	123 (49%)	46 (24%)	39 (21%)	105 (55%)	0,151*	11	41
Hoe frequent ervaart u <u>problemen met andere patiënten</u> (vb storend in de wachtzaal,...) bij het behandelen van KO? (N=443)	0 (0%)	19 (7%)	236 (93%)	2 (1%)	19 (10%)	167 (89%)	0,152+	8	43

\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 10% van de data ontbreken \*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 11% van de data ontbreken; \*\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 12% van de data ontbreken

## **SAMENVATTING**

### **ALGEMEEN**

- 30-49% en 44-62% van de respondenten rapporteren problemen bij het behandelen van respectievelijk PmFB en PmMB en 36-47% voor kwetsbare ouderen.
- De respondenten van beide taalgroepen geven aan dat ze significant meer problemen ervaren bij de zorgverlening aan PmMB dan aan PmFB; uitzonderingen hierop zijn problemen qua toegankelijkheid en uitrusting van het kabinet die meer ervaren worden bij de zorgverlening aan PmFB dan aan PmMB.
- Voor kwetsbare ouderen (KO) werden enkel significante verschillen tussen de taalgroepen gevonden voor problemen bij het behandelen in het algemeen en op vlak van toegankelijkheid.

### **PROBLEMEN VAN TANDARTSZIJDE**

- 18-27%, 28-39% en 29-34% van de respondenten vindt dat ze onvoldoende zijn opgeleid voor het behandelen van respectievelijk PmFB, PmMB en kwetsbare ouderen (KO).
- 36-37%, 43-44% en 39-36% van de respondenten geeft aan onvoldoende tijd te kunnen vrijmaken voor de behandeling van respectievelijk PmFB, PmMB en kwetsbare ouderen.

### **PROBLEMEN VAN PATIËNTZIJDE**

- 34-38%, 56-63% en 45-42% van de respondenten ervaart onvoldoende medewerking bij het behandelen van respectievelijk PmFB, PmMB en kwetsbare ouderen.

### **COMMUNICATIEVE PROBLEMEN**

- 28-32%, 54-61% en 45-47% van de respondenten ervaart problemen op vlak van communicatie bij het behandelen van respectievelijk PmFB, PmMB en kwetsbare ouderen. De jongste tandartsen hebben meer problemen om te communiceren met kwetsbare ouderen dan de oudste leeftijdsgroep.

### **LOGISTIEKE PROBLEMEN**

- 37-39%, 48% en 39-34% van de respondenten ervaart te weinig assistentie bij de behandeling van respectievelijk PmFB, PmMB en kwetsbare ouderen. Jonge collegae ondervinden bij het behandelen van kwetsbare ouderen meer problemen dan hun oudere collegae op vlak van assistentie.
- 24-36% en 8-12% van de respondenten ervaart problemen met toegankelijkheid van de praktijk bij het behandelen van respectievelijk PmFB en PmMB; 24% en 8-11% van de respondenten ervaart eveneens problemen met de uitrusting van het kabinet bij het behandelen van respectievelijk PmFB en PmMB. Voor kwetsbare ouderen is dit respectievelijk 24-14% en 14-11%.

### **FINANCIËLE PROBLEMEN**

- 39-45%, 43-48% en 53-47% van de respondenten rapporteert dat respectievelijk PmFB, PmMB en kwetsbare ouderen onvoldoende financiële draagkracht hebben voor hun tandheelkundige behandeling.
- 43-51%, 48-59% en 45-51% van de respondenten geeft aan dat de verloning voor de behandeling van respectievelijk PmFB, PmMB en kwetsbare ouderen te laag is.

### 5.4.5 Persoonlijke ervaringen van tandartsen bij zorgverlening aan personen met bijzondere noden

Verder werd er ook gepeild naar de persoonlijke ervaringen van de tandartsen bij het uitvoeren van bepaalde tandheelkundige behandelingen bij personen met bijzondere noden. De respondenten konden volgende antwoordopties aankruisen: “meestal vergelijkbaar met doorsnee patiënten”, “iets moeilijker dan gemiddeld”, “duidelijk moeilijker dan gemiddeld”, “(meestal) bijzonder moeilijk”, “zelden of niet haalbaar” of “niet van toepassing (omdat ik deze patiëntengroep niet behandel)”. Omwille van analytische redenen werd geopteerd om volgende antwoordmogelijkheden samen te nemen tot 1 categorie “meestal vergelijkbaar met doorsnee patiënten” en “iets moeilijker dan gemiddeld” tot “vergelijkbaar tot iets moeilijker” en “(meestal) bijzonder moeilijk” en “zelden of niet haalbaar” tot “bijzonder moeilijk tot niet haalbaar”.

X<sup>2</sup>-testen werden uitgevoerd om na te gaan of er significante verschillen aangetroffen werden tussen de twee taalgroepen, de leeftijdsgroepen, mannen en vrouwen en de geografische ligging van de tandartspraktijk. Bij deze analyses werden de respondenten die niet antwoordden (“missende gegevens”) en die antwoordden “Niet van Toepassing (NVT) omdat ik deze patiëntengroep niet behandel” buiten beschouwing gelaten.

#### 5.4.5.1 Personen met fysieke beperkingen (PmFB)

Significant meer Nederlandstalige respondenten rapporteren dat mondzorgadvies geven aan personen met fysieke beperkingen (PmFB) “duidelijk moeilijker” (26%) tot “bijzonder moeilijk” (9%) is (zie Tabel 5.9); de respectieve proporties voor de Franstaligen zijn 15% en 5%. Ook bij het uitvoeren van professionele reinigingen, endodontische en parodontale behandelingen en extracties ervaren de Franstalige respondenten significant minder problemen dan de Nederlandstalige.

Vijf tot 27% van de respondenten geeft aan dat het uitvoeren van bepaalde tandheelkundige behandelingen bij PmFB “bijzonder moeilijk tot niet haalbaar” is.

Voor deze vragen over de moeilijkheid om specifieke behandelingen uit te voeren bij PmFB worden er geen significante verschillen aangetroffen tussen mannen en vrouwen, tussen de verschillende leeftijdsgroepen of op vlak van de geografische ligging van de tandartspraktijk van de respondenten.

Tot slot dient nog opgemerkt dat 19 tot 235 respondenten op deze vragen “Niet van Toepassing (NVT) omdat ik deze patiëntengroep niet behandel” antwoordde en nog eens 39 tot 106 respondenten beantwoordden deze vragen niet. De p-waarden moeten dan ook allemaal met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd worden.

**Tabel 5.9. Persoonlijke ervaringen bij zorgverlening aan personen met fysieke beperkingen (PmFB)**

	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Vergelijkbaar tot iets moeilijker	Duidelijk moeilijker	Bijzonder moeilijk tot niet haalbaar	Vergelijkbaar tot iets moeilijker	Duidelijk moeilijker	Bijzonder moeilijk tot niet haalbaar			
Hoe moeilijk vindt u mondzorgadvies te geven (mondhygiëne, ..) aan PmFB?(N=441)	168 (65%)	67 (26%)	23 (9%)	146 (80%)	27 (15%)	10 (5%)	0,004*	19	40
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van professionele reiniging bij PmFB?(N=436)	143 (56%)	82 (32%)	30 (12%)	129 (71%)	37 (20%)	15 (8%)	0,005**	19	39

Tabel 5.9. (vervolg) Persoonlijke ervaringen bij zorgverlening aan personen met fysieke beperkingen (PmFB)

	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Vergelijkbaar tot iets moeilijker	Duidelijk moeilijker	Bijzonder moeilijk tot niet haalbaar	Vergelijkbaar tot iets moeilijker	Duidelijk moeilijker	Bijzonder moeilijk tot niet haalbaar			
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van een <u>verzegeling</u> bij PmFB? (N=363)	127 (65%)	43 (22%)	24 (12%)	121 (72%)	31 (18%)	17 (10%)	0,456 <sup>##</sup>	72	59
Hoe moeilijk vindt u het plaatsen van <u>vullingen</u> bij PmFB? (N=427)	143 (58%)	72 (29%)	32 (13%)	122 (68%)	36 (20%)	22 (12%)	0,077 <sup>++</sup>	22	45
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>endodontische behandelingen</u> bij PmFB? (N=406)	106 (47%)	66 (29%)	55 (24%)	107 (60%)	32 (18%)	40 (22%)	0,014 <sup>°°</sup>	39	49
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>parodontale behandelingen</u> bij PmFB? (N=339)	92 (51%)	53 (30%)	34 (19%)	100 (62%)	28 (18%)	32 (20%)	0,029 <sup>-</sup>	101	54
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>(uitneembare) prothetische behandelingen</u> bij PmFB? (N=413)	135 (58%)	64 (27%)	35 (15%)	117 (65%)	38 (21%)	24 (13%)	0,261 <sup>°</sup>	34	47
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>(vaste) prothetische behandelingen</u> bij PmFB? (N=388)	107 (50%)	53 (25%)	55 (26%)	99 (57%)	35 (20%)	39 (22%)	0,334 <sup>#</sup>	53	53
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>orthodontische behandelingen</u> bij PmFB? (N=153)	36 (55%)	12 (18%)	18 (27%)	54 (62%)	13 (15%)	20 (23%)	0,644 <sup>-</sup>	235	106
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>extracties</u> bij PmFB? (N=428)	145 (58%)	72 (29%)	33 (13%)	125 (70%)	28 (16%)	25 (14%)	0,006 <sup>+</sup>	21	45

<sup>\*</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 11% van de data ontbreken; <sup>\*\*</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 12% van de data ontbreken; <sup>+</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 13% van de data ontbreken; <sup>++</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 14% van de data ontbreken; <sup>°</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 16% van de data ontbreken; <sup>°°</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 18% van de data ontbreken; <sup>#</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 21% van de data ontbreken; <sup>##</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 27% van de data ontbreken; <sup>-</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 31% van de data ontbreken; <sup>-</sup>Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 69% van de data ontbreken

### 5.4.5.2 Personen met mentale beperkingen (PmMB)

De resultaten worden voorgesteld in Tabel 5.10. Significant meer Franstalige respondenten rapporteren dat orthodontische behandelingen uitvoeren bij personen met mentale beperkingen (PmMB) bijzonder moeilijk is (68%); de respectieve proportie voor de Nederlandstaligen is 48%. Voor het uitvoeren van de andere bevrageerde tandheelkundige behandelingen werden geen significante verschillen tussen Nederlandstalige en Franstalige respondenten opgetekend.

Vierendertig tot 72% van de respondenten geeft aan dat het uitvoeren van bepaalde tandheelkundige behandelingen bij PmMB bijzonder moeilijk tot niet haalbaar is.



Tabel 5.10. Persoonlijke ervaringen bij zorgverlening aan personen mentale beperkingen (PmMB)

	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Vergelijkbaar tot iets moeilijker	Duidelijk moeilijker	Bijzonder moeilijk tot niet haalbaar	Vergelijkbaar tot iets moeilijker	Duidelijk moeilijker	Bijzonder moeilijk tot niet haalbaar			
Hoe moeilijk vindt u <u>mondzorgadvies te geven</u> (mondhygiëne, ..) aan PmMB?(N=418)	48 (19%)	89 (34%)	122 (47%)	35 (22%)	45 (28%)	79 (50%)	0,393*	40	36
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>professionele reiniging</u> bij PmMB? (N=410)	58 (23%)	101 (40%)	94 (37%)	50 (32%)	53 (34%)	54 (34%)	0,128**	43	41
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van een <u>verzegeling</u> bij PmMB?(N=338)	56 (29%)	73 (38%)	65 (34%)	37 (26%)	49 (34%)	58 (40%)	0,440#	97	59
Hoe moeilijk vindt u het plaatsen van <u>vullingen</u> bij PmMB?(N=398)	45 (19%)	99 (41%)	97 (40%)	31 (20%)	55 (35%)	71 (45%)	0,469+	51	45
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>endodontische behandelingen</u> bij PmMB? (N=372)	29 (13%)	53 (24%)	138 (63%)	16 (11%)	26 (17%)	110 (72%)	0,146°°	74	48
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>parodontale behandelingen</u> bij PmMB? (N=309)	29 (17%)	55 (31%)	91 (52%)	17 (13%)	35 (26%)	82 (61%)	0,266##	131	54
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>(uitneembare) prothetische behandelingen</u> bij PmMB? (N=379)	54 (24%)	68 (30%)	103 (46%)	33 (21%)	41 (27%)	80 (52%)	0,498°	70	45
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>(vaste) prothetische behandelingen</u> bij PmMB? (N=337)	34 (18%)	41 (22%)	115 (61%)	17 (12%)	30 (20%)	100 (68%)	0,226#	102	55
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>orthodontische behandelingen</u> bij PmMB? (N=151)	21 (28%)	18 (24%)	36 (48%)	12 (16%)	12 (16%)	52 (68%)	0,038·	240	103
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>extracties</u> bij PmMB?(N=389)	58 (25%)	88 (37%)	90 (38%)	43 (28%)	44 (29%)	66 (43%)	0,222**	58	47

\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 15% van de data ontbreken; \*\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 17% van de data ontbreken; +Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 19% van de data ontbreken; °Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 21% van de data ontbreken; °°Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 23% van de data ontbreken; °°°Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 25% van de data ontbreken; #Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 32% van de data ontbreken; ##Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 37% van de data ontbreken; ·Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 69% van de data ontbreken

Voor deze vragen over de moeilijkheid om specifieke behandelingen uit te voeren bij PmMB werden er geen significante verschillen aangetroffen tussen mannen en vrouwen, tussen de verschillende leeftijdsgroepen of op vlak van de geografische ligging van de tandartspraktijk van de respondenten.

Tot slot dient nog opgemerkt dat 40 tot 240 respondenten op deze vragen “Niet van Toepassing (NVT) omdat ik deze patiëntengroep niet behandel” antwoordde en nog eens 36 tot 103 respondenten beantwoordden deze vragen niet. De p-waarden moeten dan ook allemaal met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd worden.

### 5.4.5.3 Verschil in moeilijkheden ervaren bij specifieke behandelingen van personen met fysieke (PmFB) en mentale beperkingen (PmMB)

De respondenten van beide taalgroepen geven aan dat ze significant meer problemen ervaren bij het uitvoeren van de bevroegde behandelingen bij PmMB dan bij PmFB.

### 5.4.5.4 (Kwetsbare) ouderen (KO)

Zoals voorgesteld in Tabel 5.11, blijken parodontale behandelingen, endodontische behandelingen en vaste prothetische voorzieningen het moeilijkst uit te voeren bij kwetsbare ouderen. Dit is zelfs “bijzonder moeilijk tot niet haalbaar” voor ongeveer 1 op 5 van de Nederlandstalige tandartsen en 1 op 4 van de Franstalige tandartsen. Ook hier dient rekening gehouden met een groot aantal niet ingevulde antwoorden of NVT. Tot slot dient nog opgemerkt dat 8 tot 242 respondenten op deze vragen “Niet van Toepassing (NVT)” of “omdat ik deze patiëntengroep niet behandel” antwoordden en nog eens 35 tot 117 respondenten beantwoordden deze vragen gewoon niet. De p-waarden moeten dan ook allemaal met de nodige omzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Voor deze vragen over de moeilijkheid om specifieke behandelingen uit te voeren bij kwetsbare ouderen werden geen significante verschillen aangetroffen tussen mannen en vrouwen, de verschillende leeftijdsgroepen of de geografische ligging van de tandartspraktijk van de respondenten.

Tabel 5.11. Persoonlijke ervaringen bij zorgverlening aan kwetsbare ouderen (KO)									
	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Vergelijkbaar tot iets moeilijker	Duidelijk moeilijker	Bijzonder moeilijk tot niet haalbaar	Vergelijkbaar tot iets moeilijker	Duidelijk moeilijker	Bijzonder moeilijk tot niet haalbaar			
Hoe moeilijk vindt u <u>mondzorgadvies te geven</u> (mondhygiëne,...) aan KO?(N=449)	146 (57%)	80 (31%)	29 (12%)	105 (54%)	55 (28%)	34 (18%)	0,174	10	35
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>professionele reiniging</u> bij KO?(N=447)	164 (64%)	71 (28%)	20 (8%)	124 (65%)	48 (25%)	20 (10%)	0,564	8	39
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van een <u>verzegeling</u> bij KO?(N=326)	124 (82%)	19 (13%)	8 (6%)	122 (70%)	35 (20%)	18 (10%)	0,032 <sup>&amp;</sup>	97	71
Hoe moeilijk vindt u het plaatsen van <u>vullingen</u> bij KO?(N=436)	162 (66%)	67 (27%)	18 (7%)	123 (65%)	48 (25%)	18 (10%)	0,679 <sup>**</sup>	12	46
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>endodontische behandelingen</u> bij KO? N=419)	118 (51%)	71 (31%)	42 (18%)	81 (43%)	59 (31%)	48 (26%)	0,134 <sup>***</sup>	28	47

Tabel 5.11. (vervolg) Persoonlijke ervaringen bij zorgverlening aan kwetsbare ouderen (KO)

	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	NVT	Missende gegevens
	Vergelijkbaar tot iets moeilijker	Duidelijk moeilijker	Bijzonder moeilijk tot niet haalbaar	Vergelijkbaar tot iets moeilijker	Duidelijk moeilijker	Bijzonder moeilijk tot niet haalbaar			
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>parodontale behandelingen</u> bij KO?(N=341)	90 (51%)	51 (29%)	35 (20%)	78 (47%)	47 (29%)	40 (24%)	0,607 <sup>-</sup>	97	56
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>(uitneembare) prothetische behandelingen</u> bij KO?(N=428)	134 (56%)	82 (34%)	25 (10%)	113 (60%)	50 (27%)	24 (13%)	0,247 <sup>+</sup>	20	46
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>(vaste) prothetische behandelingen</u> bij KO?(N=397)	117 (54%)	56 (26%)	45 (20%)	79 (44%)	51 (29%)	49 (27%)	0,137 <sup>°°°</sup>	43	54
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>orthodontische behandelingen</u> bij KO?(N=135)	33 (62%)	9 (17%)	11 (21%)	36 (44%)	15 (18%)	31 (38%)	0,076 <sup>°°</sup>	242	117
Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>extracties</u> bij KO?(N=433)	148 (60%)	72 (29%)	26 (11%)	109 (58%)	49 (26%)	29 (16%)	0,292 <sup>**</sup>	14	47

\*\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 12% van de data ontbreken; \*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 13% van de data ontbreken; \*\*\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 15% van de data ontbreken °Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 16% van de data ontbreken; °°Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 20% van de data ontbreken; °°°Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 31% van de data ontbreken; & Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 34% van de data ontbreken; °°°Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 73% van de data ontbreken;

## SAMENVATTING

- De respondenten van beide taalgroepen geven aan dat ze significant meer problemen ervaren bij het uitvoeren van de bevroegde behandelingen bij PmMB dan bij PmFB.
- 5-27% en 34-72% van de respondenten geeft aan dat het uitvoeren van bepaalde tandheelkundige behandelingen bij respectievelijk PmFB en PmMB bijzonder moeilijk tot niet haalbaar is; vooral endodontische en parodontale behandelingen, orthodontie en vaste prothetiek blijken voor veel respondenten bijzonder moeilijk tot niet haalbaar te zijn bij PmMB.
- Het uitvoeren van parodontale en endodontische behandelingen en vaste prothetische voorzieningen bij kwetsbare ouderen (KO) blijken “bijzonder moeilijk tot niet haalbaar” voor ongeveer 1 op 5 van de Nederlandstalige tandartsen en 1 op 4 van de Franstalige tandartsen.
- Veel respondenten vulden deze vragen niet in of antwoordden “NVT” (voor de 3 subgroepen).

## 5.4.6 Persoonlijke mening over de zorgverlening aan personen met bijzondere noden

In het vijfde luik van de vragenlijst werd gepeild naar de persoonlijke mening van tandartsen over de tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden. De respondenten konden volgende antwoordopties aankruisen: “helemaal niet akkoord”, “niet akkoord”, “geen mening”, “akkoord” of “helemaal akkoord”. Omwille van analytische redenen werd geopteerd om volgende antwoordmogelijkheden samen te nemen tot 1 categorie “helemaal niet akkoord” en “niet akkoord” tot “niet akkoord” en “helemaal akkoord” en “akkoord” tot “akkoord”. X<sup>2</sup>-testen werden uitgevoerd om na te gaan of er significante verschillen aangetroffen werden tussen de twee taalgroepen, de leeftijdsgroepen, mannen en vrouwen en de geografische ligging van de tandartspraktijk. Bij deze analyses werden de respondenten die niet antwoordden (“missende gegevens”) en die antwoordden “Niet van Toepassing (NVT) omdat ik deze patiëntengroep niet behandel” buiten beschouwing gelaten.

### 5.4.6.1 Personen met fysieke beperkingen (PmFB)

Significant meer Nederlandstalige (78%) dan Franstalige (69%) respondenten vonden dat zorgverlening aan personen met fysieke beperkingen (PmFB) tijdrovender is dan bij andere personen (zie Tabel 5.12). Vierenvijftig tot 63% vond dat de zorgverlening aan PmFB moeilijker is en 48-53% was van oordeel dat het assistentie aan de stoel vereist. Slechts een vierde van de respondenten gaf aan dat het behandelen van PmFB een extra opleiding vereist.

Significant meer Nederlandstalige (62% en 58%) dan Franstalige (43% en 40%) respondenten vonden dat voor de behandeling van PmFB moet kunnen verwezen worden naar respectievelijk specifiek opgeleide collega's of een specifiek centrum terwijl significant meer Franstalige (46%) dan Nederlandstalige (37%) respondenten vond dat de behandeling van PmFB mogelijk is in elke praktijk. Anderzijds zagen ook meer jongere respondenten en meer mannen een oplossing in het verwijzen van PmFB naar specifiek opgeleide collega's of een specifiek centrum ( $p < 0,05$ ).

**Tabel 5.12. Persoonlijke mening over zorgverlening aan personen met fysieke beperkingen (PmFB)**

	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	Missende gegevens
	Akkoord	Geen mening	Niet akkoord	Akkoord	Geen mening	Niet akkoord		
Zorgverlening aan PmFB is moeilijker dan bij andere personen. (N=458)	167 (63%)	25 (10%)	73 (28%)	105 (54%)	19 (10%)	69 (36%)	0,147	36
Zorgverlening aan PmFB is tijdrovender dan bij andere personen. (N=462)	210 (78%)	14 (5%)	44 (16%)	134 (69%)	20 (10%)	40 (21%)	0,042	32
Zorgverlening aan PmFB vereist bijkomende opleiding van de practicus. (N=460)	73 (27%)	61 (23%)	135 (50%)	42 (22%)	47 (25%)	102 (53%)	0,452	34
Zorgverlening aan PmFB vereist assistentie aan de stoel. (N=459)	142 (53%)	59 (22%)	67 (25%)	91 (48%)	50 (26%)	50 (26%)	0,472	35
Zorgverlening aan PmFB verleent veel voldoening aan de zorgverlener. (N=458)	177 (66%)	64 (24%)	27 (10%)	99 (52%)	63 (33%)	28 (15%)	0,011	36

Tabel 5.12. Persoonlijke mening over zorgverlening aan personen met fysieke beperkingen (PmFB)								
	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	Missende gegevens
	Akkoord	Geen mening	Niet akkoord	Akkoord	Geen mening	Niet akkoord		
Zorgverlening aan PmFB <u>moet kunnen geweigerd worden</u> door de tandarts. (N=456)	94 (35%)	45 (17%)	130 (48%)	50 (27%)	31 (17%)	106 (57%)	0,146	38
Zorgverlening aan PmFB moet kunnen <u>verwezen worden naar specifiek opgeleide collega's</u> . (N=456)	166 (62%)	41 (15%)	59 (22%)	82 (43%)	32 (17%)	76 (40%)	<0,0001	38
Zorgverlening aan PmFB moet kunnen <u>verwezen worden naar een specifiek centrum</u> . (N=454)	155 (58%)	58 (22%)	52 (20%)	76 (40%)	37 (20%)	76 (40%)	<0,0001	40
Zorgverlening aan PmFB is <u>in elke praktijk</u> mogelijk. (N=453)	97 (37%)	51 (19%)	117 (44%)	87 (46%)	40 (21%)	61 (32%)	0,037	41
Zorgverlening aan PmFB zou mogelijk zijn indien <u>mobiele apparatuur</u> zou beschikbaar zijn. (N=451)	114 (43%)	86 (33%)	63 (24%)	59 (32%)	68 (36%)	61 (32%)	0,025	43
Zorgverlening aan PmFB zou eenvoudiger zijn indien een <u>"adviesmogelijkheid" bij problemen en vragen</u> zou georganiseerd worden (bv expertisecentrum; call-center,..) (N=447)	114 (44%)	96 (37%)	52 (20%)	57 (31%)	84 (45%)	44 (24%)	0,024	47
Zorgverlening aan PmFB vereist een <u>extra vergoeding</u> voor de tandarts. (N=455)	158 (59%)	59 (22%)	49 (18%)	101 (53%)	40 (21%)	48 (45%)	0,196	39
Zorgverlening aan PmFB vereist een (aangepaste) vorm van vergoeding (forfait, uurloon,...) (N=453)	173 (65%)	44 (17%)	48 (18%)	98 (52%)	46 (24%)	44 (23%)	0,017	41
Zorgverlening aan PmFB vereist een <u>aanvullende tussenkomst voor de patiënt</u> . (N=450)	118 (45%)	66 (25%)	80 (30%)	63 (34%)	48 (26%)	75 (40%)	0,041	44

Significant meer Nederlandstalige (43% en 44%) dan Franstalige (32% en 31%) respondenten kon akkoord gaan met respectievelijk mobiele apparatuur en een extern adviesorgaan bij problemen en vragen.

Significant meer Nederlandstalige (65% en 45%) dan Franstalige (52% en 34%) respondenten suggereerden respectievelijk een aangepaste vergoeding en een aanvullende tussenkomst voor de patiënt bij de behandeling van PmFB.

Significant meer Nederlandstalige (66%) dan Franstalige (52%) respondenten vond dat zorgverlening aan PmFB voldoende geeft.

#### 5.4.6.2 Personen met mentale beperkingen (PmMB)

Significant meer Nederlandstalige (94%) dan Franstalige (89%) respondenten vonden dat zorgverlening aan personen met mentale beperkingen (PmMB) moeilijker is dan bij andere personen ( $p < 0,001$ ) (Tabel 5.13). Drieënnegentig tot 95% vond dat de zorgverlening aan PmMB tijdrovender is en 65-72% was van oordeel dat het assistentie aan de stoel vereist. De helft van de respondenten gaf aan dat het behandelen van PmMB een extra opleiding vereist.

Significant meer Nederlandstalige (78% en 76%) dan Franstalige (64% en 66%) respondenten vond dat voor de behandeling van PmMB moet kunnen verwezen worden naar respectievelijk specifiek opgeleide collega's of een specifiek centrum; 33-34% van de respondenten vond dat de behandeling van PmMB mogelijk is in elke praktijk. Vooral de oudere respondenten waren van mening dat zorgverlening aan PmMB moet kunnen geweigerd worden ( $p = 0,0207$ ).

Zesentwintig tot 30% en 37-45% van de respondenten kon akkoord gaan met respectievelijk mobiele apparatuur en een extern adviesorgaan bij problemen en vragen bij de behandeling van PmMB.

Significant meer Nederlandstalige (78% en 50%) dan Franstalige (66% en 40%) respondenten suggereerden respectievelijk een aangepaste vergoeding en een aanvullende tussenkomst voor de patiënt bij de behandeling van PmMB.

Significant meer Nederlandstalige (64%) dan Franstalige (49%) respondenten vonden dat zorgverlening aan PmMB voldoende geeft.

Tabel 5.13. Persoonlijke mening over zorgverlening aan personen met mentale beperkingen (PmMB)								
	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	Missende gegevens
	Akkoord	Geen mening	Niet akkoord	Akkoord	Geen mening	Niet akkoord		
Zorgverlening aan PmMB is <u>moeilijker</u> dan bij andere personen. (N=453)	244 (94%)	1 (<1%)	15 (6%)	172 (89%)	12 (6%)	9 (5%)	0,001	38
Zorgverlening aan PmMB is <u>tijdrovender</u> dan bij andere personen. (N=462)	256 (95%)	5 (2%)	8 (3%)	180 (93%)	7 (4%)	6 (3%)	0,496	32
Zorgverlening aan PmMB vereist <u>bijkomende</u> opleiding van de practicus. (n=461)	135 (50%)	61 (23%)	73 (27%)	91 (47%)	42 (22%)	59 (31%)	0,700	33
Zorgverlening aan PmMB vereist <u>assistentie aan de stoel</u> . (N=461)	175 (65%)	48 (18%)	46 (17%)	139 (72%)	29 (15%)	24 (12%)	0,229	33

Tabel 5.13. (vervolg) Persoonlijke mening over zorgverlening aan personen met mentale beperkingen (PmMB)								
	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	Missende gegevens
	Akkoord	Geen mening	Niet akkoord	Akkoord	Geen mening	Niet akkoord		
Zorgverlening aan PmMB verleent veel <u>voldoening aan de zorgverlener.</u> (N=458)	171 (64%)	53 (20%)	44 (16%)	94 (49%)	63 (33%)	33 (17%)	0,003	36
Zorgverlening aan PmMB <u>moet kunnen geweigerd worden door de tandarts.</u> (N=456)	119 (44%)	53 (20%)	97 (36%)	72 (38%)	35 (19%)	80 (43%)	0,332	38
Zorgverlening aan PmMB moet kunnen <u>verwezen worden naar specifiek opgeleide collega's.</u> (N=459)	208 (78%)	30 (11%)	29 (11%)	123 (64%)	26 (14%)	43 (22%)	0,002	35
Zorgverlening aan PmMB moet kunnen <u>verwezen worden naar een specifiek centrum.</u> (N=455)	202 (76%)	41 (15%)	24 (9%)	125 (66%)	25 (13%)	38 (20%)	0,003	39
Zorgverlening aan PmMB is in elke <u>praktijk</u> mogelijk. (N=454)	89 (34%)	56 (21%)	120 (45%)	63 (33%)	38 (20%)	88 (47%)	0,952	40
Zorgverlening aan PmMB zou mogelijk zijn indien <u>mobiele apparatuur</u> zou beschikbaar zijn. (N=451)	79 (30%)	106 (40%)	79 (30%)	48 (26%)	73 (39%)	66 (35%)	0,423	43
Zorgverlening aan PmMB zou eenvoudiger zijn indien een <u>"adviesmogelijkheid" bij problemen en vragen</u> zou georganiseerd worden (bv expertisecentrum; call-center,...) (N=451)	119 (45%)	100 (38%)	46 (17%)	68 (37%)	77 (41%)	41 (22%)	0,178	43
Zorgverlening aan PmMB vereist een <u>extra vergoeding</u> voor de tandarts. (N=457)	206 (77%)	39 (15%)	23 (9%)	133 (70%)	31 (16%)	25 (13%)	0,206	37
Zorgverlening aan PmMB vereist een (aangepaste) vorm van vergoeding (forfait, uurloon,...) (N=454)	209 (78%)	33 (12%)	25 (9%)	123 (66%)	37 (20%)	27 (14%)	0,012	40
Zorgverlening aan PmMB vereist een <u>aanvullende tussenkomst voor de patiënt.</u> (N=453)	134 (50%)	65 (24%)	67 (25%)	74 (40%)	49 (26%)	64 (34%)	0,049	41

### 5.4.6.3 Verschil in persoonlijke mening over zorgverlening aan personen met fysieke (PmFB) en mentale beperkingen (PmMB)

De respondenten van beide taalgroepen geven aan dat de behandeling van PmMB significant moeilijker is, meer tijd, assistentie aan de stoel en extra opleiding vergt dan de behandeling van PmFB. De nood aan verwijzing is groter bij PmMB dan bij PmFB. De vraag naar extra vergoedingen voor de tandarts en een aanvullende tussenkomst voor de patiënt is significant groter voor de behandeling van PmMB dan van PmFB.

### 5.4.6.4 (Kwetsbare) ouderen (KO)

Algemeen blijkt dat per stelling meer dan één op vijf van de tandartsen geen mening heeft behalve voor de stelling over de moeilijkheidsgraad en de benodigde tijd (Tabel 5.14). Ongeveer twee op drie tandartsen is er van overtuigd dat zorgverlening voor kwetsbare ouderen moeilijker is in vergelijking met zorg aan andere personen en meer dan 3 op 4 vindt dat de zorgverlening meer tijd vergt. De mening van beide taalgroepen komt hier overeen.

Van de Nederlandstalige tandartsen vindt 57% dat zorgverlening voor kwetsbare ouderen een extra vergoeding vereist. Aan Franstalige kant bedraagt dit aandeel 51%. Bijna twee derden (60%) van de Nederlandstalige tandartsen is van mening dat deze zorgverlening een aangepaste vorm van vergoeding vereist, terwijl dit aandeel langs Franstalige kant ongeveer de helft is (49%). Dit verschil is niet significant ( $p=0,06$ ).

Een kleine helft van de respondenten vindt dat zorgverlening voor kwetsbare ouderen assistentie aan de stoel vereist en dat deze zorgverlening in elke praktijk mogelijk is.

Tabel 5.14. Persoonlijke mening over zorgverlening aan kwetsbare ouderen (KO)								
	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	Missende gegevens
	Akkoord	Geen mening	Niet akkoord	Akkoord	Geen mening	Niet akkoord		
Zorgverlening voor KO is moeilijker dan voor andere personen (N=456)	167 (64%)	24 (9%)	70 (27%)	133 (68%)	18 (9%)	44 (23%)	0,574	38
Zorgverlening voor KO is tijdrovender dan voor andere personen (N=455)	202 (77%)	20 (8%)	40 (15%)	148 (77%)	11 (6%)	34 (17%)	0,61	39
Zorgverlening voor KO vereist bijkomende opleiding van de practicus (N=454)	89 (34%)	57 (22%)	115 (44%)	72 (37%)	36 (19%)	85 (44%)	0,647	40
Zorgverlening voor KO vereist assistentie aan de stoel (N=457)	117 (45%)	55 (21%)	90 (34%)	86 (44%)	43 (22%)	66 (34%)	0,963	37
Zorgverlening voor KO verleent veel voldoening aan de zorgverlener (N=453)	173 (66%)	62 (24%)	27 (10%)	94 (49%)	66 (35%)	31 (16%)	0,002	41
Zorgverlening voor KO verleent veel voldoening aan de zorgverlener (N=453)	173 (66%)	62 (24%)	27 (10%)	94 (49%)	66 (35%)	31 (16%)	0,002	41



Tabel 5.14. (vervolg) Persoonlijke mening over zorgverlening aan kwetsbare ouderen (KO)

	Nederlandstalige tandartsen			Franstalige tandartsen			p-waarde	Missende gegevens
	Akkoord	Geen mening	Niet akkoord	Akkoord	Geen mening	Niet akkoord		
Zorgverlening voor KO moet kunnen <u>geweigerd</u> worden door de tandarts (N=452)	80 (30%)	47 (18%)	135 (52%)	54 (29%)	31 (16%)	105 (55%)	0,732	42
Zorgverlening voor KO moet kunnen <u>verwezen worden naar specifiek opgeleide collega's</u> (N=450)	152 (58%)	38 (15%)	69 (27%)	80 (42%)	31 (16%)	80 (42%)	0,001	44
Zorgverlening voor KO moet kunnen <u>verwezen worden naar een specifiek centrum</u> (N=447)	139 (54%)	52 (20%)	68 (26%)	71 (38%)	35 (19%)	82 (43%)	<0,001	47
Zorgverlening voor KO is in <u>elke praktijk mogelijk</u> (N=446)	121 (47%)	53 (20%)	85 (33%)	91 (49%)	41 (22%)	55 (29%)	0,742	48
Zorgverlening voor KO zou mogelijk zijn <u>indien mobiele apparatuur zou beschikbaar zijn</u> (N=444)	114 (44%)	80 (31%)	63 (25%)	57 (30%)	68 (36%)	62 (33%)	0,010*	50
Zorgverlening voor KO zou eenvoudiger zijn indien een <u>adviesmogelijkheid</u> bij problemen en vragen zou georganiseerd worden (vb expertisecentrum, call center) (N=442)	118 (46%)	90 (35%)	48 (19%)	66 (35%)	77 (41%)	43 (23%)	0,081**	52
Zorgverlening voor KO <u>vereist een extra vergoeding</u> (N=450)	147 (57%)	63 (24%)	50 (19%)	97 (51%)	45 (24%)	48 (25%)	0,293	44
Zorgverlening voor KO <u>vereist een (aangepaste) vorm van vergoeding</u> (N=447)	155 (60%)	50 (19%)	54 (21%)	92 (49%)	50 (27%)	46 (24%)	0,062	47
Zorgverlening voor KO vereist een <u>aanvullende tussenkomst voor de patiënt</u> (N=444)	109 (42%)	70 (27%)	79 (31%)	60 (32%)	49 (26%)	77 (42%)	0,040*	50

\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 10% van de data ontbreken;\*\*Opgelet met de interpretatie van de p-waarde gezien 11% van de data ontbreken.

Voor 5 van de 14 stellingen blijkt de mening van Nederlandstalige tandartsen significant te verschillen van die van de Franstalige tandartsen.

Nederlandstalige tandartsen zijn meer overtuigd dat doorverwijzing naar een collega (58%) of specifiek centrum (54%) mogelijk zou moeten zijn. Deze percentages zijn voor de Franstaligen 42% en 38% respectievelijk. Nederlandstalige tandartsen zijn eerder van mening dat zowel draagbare apparatuur als een aanvullende tussenkomst de zorgverlening

kan bevorderen. Betreffende mobiele apparatuur en een aanvullende tussenkomst gaan Nederlandstalige tandartsen in 44% en 42% van de gevallen akkoord, Franstalige tandartsen in 30% en 32% van de gevallen.

Significante verschillen werden genoteerd op vlak van het geslacht voor de vereiste tot bijkomende opleiding, het verwijzen naar een specifiek opgeleide collega en de mogelijkheid advies te kunnen vragen. Meer vrouwelijke tandartsen willen bijkomende opleiding dan mannelijke tandartsen (40% in vergelijking met 30%) ( $p=0,05$ ). Van de vrouwelijke tandartsen gaat 38% niet akkoord dat er moet verwezen kunnen worden; voor de mannelijke tandartsen bedraagt dit percentage 28% ( $p=0,02$ ). Bijna de helft (48%) van de vrouwelijke tandartsen en 35% van de mannelijke gaat akkoord dat adviesmogelijkheid zou moeten kunnen georganiseerd worden. Dit verschil is significant ( $p=0,004$ ). Hieruit zou men kunnen besluiten dat vrouwelijke tandartsen eerder geneigd zijn kwetsbare ouderen zelf te behandelen mits het krijgen van bijkomende opleiding en adviesmogelijkheid.

Tussen de verschillende leeftijdsgroepen werden significante verschillen gevonden voor het verwijzen naar een specifiek opgeleide collega ( $p=0,002$ ) of naar een centrum ( $p=0,007$ ). De groep 21 tot 40 jaar gaat akkoord in 61% en 55% van de gevallen ten opzichte van de >55-jarigen die slechts in 43% en 35% akkoord gaan. Hier dient rekening gehouden te worden met 10% en 11% ontbrekende antwoorden. De oudste leeftijdsgroep (48%) gaat eerder akkoord dat de zorgverlening voor kwetsbare ouderen een aanvullende tussenkomst voor de patiënt vereist in vergelijking met de groep van de jongste tandartsen (31%) ( $p=0,004$ ). Ook hier dient rekening gehouden te worden met 11% ontbrekende waarden.

## SAMENVATTING

### ALGEMEEN

- 54-63%, 89-94% en 68-64% van de respondenten vindt dat de zorgverlening aan respectievelijk personen met fysieke beperkingen (PmFB), personen met mentale beperkingen (PmMB) en kwetsbare ouderen (KO) moeilijker is.

### ORGANISATIE VAN ZORG

- 48-53%, 65-72% en 44-45% van de respondenten vinden dat de zorgverlening aan respectievelijk PmFB, PmMB en kwetsbare ouderen (KO) assistentie aan de stoel vereist.
- 32-43%, 26-30% en 30-44% van de respondenten vinden de behandeling van respectievelijk PmFB, PmMB en kwetsbare ouderen (KO) mogelijk zou zijn indien mobiele apparatuur beschikbaar zou zijn.
- 31-44%, 37-45% en 35-46% van de respondenten vinden de zorgverlening aan respectievelijk PmFB, PmMB en kwetsbare ouderen (KO) eenvoudiger zou zijn indien een "adviesmogelijkheid" zou georganiseerd worden.
- 40-62% en 64-78% van de respondenten is van oordeel dat voor de behandeling van respectievelijk PmFB en PmMB moet kunnen verwezen worden naar specifiek opgeleide collega's of een specifiek centrum. Voor kwetsbare ouderen (KO) is dit respectievelijk 42-58% en 38-54%.

### TIJDSINVESTERING & VERLONING

- 69-78% en 93-95% van de respondenten vindt dat de zorgverlening aan respectievelijk PmFB en PmMB tijdrovender is dan bij andere personen. Voor kwetsbare ouderen (KO) is dit 77% voor beide taalgroepen.
- 34-65% en 40-78% van de respondenten suggereert een aangepaste vergoeding en een aanvullende tussenkomst voor de patiënt bij de behandeling van respectievelijk PmFB en PmMB. Voor kwetsbare ouderen (KO) is dit 49-60% en 32-42% respectievelijk.

## **SAMENVATTING (VERVOLG)**

### **OPLEIDING VAN DE TANDARTS**

- 25% en 49% van de respondenten geeft aan dat het behandelen van respectievelijk PmFB en PmMB een extra opleiding vereist. Voor kwetsbare ouderen (KO) is dit 37 en 34%.

### **VOLDOENING**

- 52-66%, 49-64% en 49-66% van de respondenten geeft aan dat zorgverlening aan PmFB, PmMB en kwetsbare ouderen (KO) voldoening geeft.

## **5.5 Conclusies i.v.m. zorgverlening aan personen met bijzondere noden**

### **5.5.1 Conclusies i.v.m. zorgverlening aan personen met fysieke beperkingen (PmFB) en/of mentale beperkingen (PmMB)**

- Gezien de beperkingen van dit onderzoek was het niet mogelijk een representatieve steekproef tandartsen te bevragen; de resultaten moeten dus met de nodige omzichtigheid behandeld worden. De vragen werden vooral door algemeen tandartsen beantwoord en slechts door een kleine groep parodontologen en orthodontisten.
- 50% en 35% van de Nederlandstalige respondenten wordt op frequente basis geconsulteerd door respectievelijk personen met fysieke beperkingen (PmFB) of mentale beperkingen (PmMB); de proporties voor Franstalige respondenten zijn 35% en 16%. Aan beide kanten van de taalgrens worden PmFB en PmMB eerder zelden verwezen naar een specifiek centrum of behandeld aan huis of in een voorziening.
- 30-49% en 44-62% van de respondenten rapporteren problemen bij het behandelen van respectievelijk PmFB en PmMB. De respondenten van beide taalgroepen geven aan dat ze significant meer problemen ervaren bij de zorgverlening aan PmMB dan aan PmFB; uitzonderingen hierop zijn problemen qua toegankelijkheid en uitrusting van het kabinet die meer ervaren worden bij de zorgverlening aan PmFB dan aan PmMB.
- 39-45% en 43-48% van de respondenten rapporteert dat respectievelijk PmFB en PmMB onvoldoende financiële draagkracht hebben voor hun tandheelkundige behandeling. 43-51% en 48-59% van de respondenten zegt dat de verloning voor de behandeling van respectievelijk PmFB en PmMB te laag is.
- 5-27% en 34-72% van de respondenten geeft aan dat het uitvoeren van bepaalde tandheelkundige behandelingen bij respectievelijk PmFB en PmMB bijzonder moeilijk tot niet haalbaar is; vooral endodontische en parodontale behandelingen, orthodontie en vaste prothetiek blijken voor veel respondenten bijzonder moeilijk tot niet haalbaar te zijn bij PmMB.
- De meerderheid van de respondenten vindt dat de zorgverlening aan personen met fysieke beperkingen (PmFB) en personen met mentale beperkingen (PmMB) moeilijker is, dat het assistentie aan de stoel vereist en dat hiervoor moet kunnen verwezen worden naar specifieke centra.

- De meerderheid van de respondenten vindt dat de zorgverlening aan respectievelijk PmFB en PmMB tijdrovender is dan bij andere personen.
- Een groot deel van de respondenten suggereert een aangepaste vergoeding en een aanvullende tussenkomst voor de patiënt bij de behandeling van respectievelijk PmFB en PmMB.

### 5.5.2 Conclusies i.v.m. zorgverlening aan kwetsbare ouderen

- De eerder positieve resultaten voor de kwetsbare ouderen geven aanleiding tot de vraag of het begrip “kwetsbare ouderen” correct werd geïnterpreteerd door tandartsen. Men kan vermoeden dat tandartsen mogelijks niet altijd correct hebben ingeschat in welke mate ouderen al of niet kwetsbaar zijn. Vooral die ouderen die onvoldoende mobiel zijn en hierdoor huisgebonden zijn of in een woonzorgcentrum dienen behandeld te worden.
- Nederlandstalige tandartsen rapporteren meer vraag naar tandheelkundige zorg van kwetsbare ouderen (80% minstens maandelijks) dan de Franstalige tandartsen (59%). Vrouwelijke tandartsen rapporteren meer vraag naar tandheelkundige zorg van kwetsbare ouderen dan de mannelijke collegae alsook de jongere collegae.
- Mannelijke tandartsen verzorgen frequenter kwetsbare ouderen aan huis of in een woonzorgcentrum.
- Nederlandstalige tandartsen rapporteren “problemen in het algemeen” bij het behandelen van kwetsbare ouderen in ongeveer de helft van de gevallen. Bij Franstalige tandartsen is dit in iets meer dan één op drie het geval.
- De jongste tandartsen hebben meer problemen om te communiceren met kwetsbare ouderen dan de oudste leeftijdsgroep.
- Voor het behandelen van kwetsbare ouderen ondervinden jonge collegae meer problemen dan hun oudere collegae op vlak van assistentie.
- Tandartsen geven “een beperkte financiële draagkracht” van kwetsbare ouderen aan als een belangrijke drempel. Onvoldoende verloning en gebrek aan assistentie blijken belangrijke drempels voor tandartsen.
- Tandartsen vinden de zorgverlening voor kwetsbare ouderen moeilijker en meer tijdrovend. Meer dan de helft vindt dat deze zorgverlening een extra vergoeding vereist. Net geen helft vindt dat deze zorgverlening in elke praktijk mogelijk is. Het aandeel Nederlandstalige tandartsen dat akkoord gaat om voor de zorgverlening voor kwetsbare ouderen te verwijzen en een aanvullende tussenkomst te voorzien is groter dan bij de Franstalige tandartsen.
- Vrouwelijke tandartsen zijn eerder geneigd kwetsbare ouderen zelf te behandelen mits het krijgen van bijkomende opleiding en adviesmogelijkheid.

## Bijlage 5.1: Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden

Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden

1



# Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden

## BEVRAGING ZORGVERLENERS

In het kader van het **Nationaal Akkoord** Tandheelkundigen-Ziekenfondsen 2009-2010 werd een **pilotstudie** betreffende de tandheelkundige zorgverlening bij patiënten met bijzondere noden gelanceerd door de Nationale Commissie van het RIZIV. Het doel van deze studie is het ontwikkelen van een aangepast gezondheidsbeleid voor deze doelgroep.

Dit project houdt onder meer het inventariseren van de problematiek in. Ook de ervaringen van de zorgverlener/practici vormen hier een belangrijk onderdeel van. Om dit in kaart te kunnen brengen vragen we **uw medewerking** via het invullen van de bijgevoegde vragenlijst. De bevraging gebeurt op volledig anonieme basis.

**Mogen we u vragen om de volledig ingevulde vragenlijst terug te bezorgen via het CONGRESSECRETARIAAT.**

Indien U verkiest om de vragenlijst later in te vullen dan vragen we U het document terug te sturen aan:  
Prof Dominique Declerck, School voor Tandheelkunde, Kapucijnenvoer 7 blok a bus 7001, 3000 Leuven.

### Lees dit vooraf:

- In deze bevraging beperken we ons tot personen met bijzondere noden die behoren tot één van volgende categorieën: **personen met een MENTALE beperking, FYSISCHE beperking, belangrijke MEDISCHE aandoening** (bv diabetes, transplantatie, oncologische aandoening...) **en KWETSBARE OUDEREN.**
- Afhankelijk van de vraag:
  - Kruis het vakje aan dat overeenkomt met het voor u meest gepaste antwoord.
  - Vul het cijfer in dat overeenkomt met uw antwoordkeuze.
  - Vul aan met vrije tekst.
- Helemaal onderaan de vragenlijst kan u nog aanvullende opmerkingen en suggesties noteren.

**Wij danken u voor uw medewerking!**

Prof Dominique Declerck (KULeuven), Prof Jackie Vanobbergen (UGent), Tandarts Jean-Paul Michiels (Voorzitter VVT)

1

**Bijlage 5.1:**  
**Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden**

Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden

2

**A. Algemene Informatie**

A1. Wat is uw leeftijd? ..... jaar

A2. Bent u:  man  vrouw

A3. Aan welke universiteit heeft u uw (basis)opleiding tot tandarts gevolgd?

KULeuven

UGent

VUBrussel

Andere: .....

A4. In welk jaar behaalde u uw (basis)diploma van tandarts: .....

A5. Heeft u nog aanvullende studies gevolgd na uw afstuderen als tandarts?  Ja  Nee

Indien ja, welke?

Doctoraat

Postgraduaat of specialisatie Specificeer: .....

Andere Specificeer: .....

A6. Heeft u een specifieke opleiding of training gevolgd voor het behandelen van personen met bijzondere noden (personen met een mentale beperking, fysische beperking, belangrijke medische aandoening of kwetsbare ouderen)?

Tijdens uw basisopleiding

Tijdens Postgraduaat of Specialisatie

Via Permanente Vorming

Andere: .....

Geen

**B. Praktijkprofiel:**

B1. Waar bent u professioneel actief? (meer dan 1 antwoord mogelijk)

Private praktijk (solo)

Private praktijk (groep)

Ziekenhuis

Universitaire dienst THK

Gezondheidscentrum

Ziekenfonds

Instelling voor:

Andere: .....

ouderen

gehandicapten

andere: .....

B2. Uw tandheelkundig handelen/werk omvat vooral:

Algemene tandheelkunde

met bijzondere aandacht voor:

restauratieve zorgen

prothetische zorgen

endodontie

kindertandheelkunde

andere: .....

Parodontologie

Orthodontie

B3. Waar is de praktijk waar u werkt gelokaliseerd? (indien meer dan 1 plaats, geef dan postnummer van plaats waar u personen met bijzondere noden het vaakst ontmoet en/of behandelt)

Postnummer: ..... (enkel eerste cijfer)

Ligging:

Grootstad (>100.000 inw)

Kleinstedelijk

Gemeentelijk/landelijk

B4. Hebt u assistentie aan de stoel beschikbaar in uw tandheelkundige praktijk?

Ja, altijd

Soms

Nooit

B5. Gebruikt u een recall-systeem om uw patiënten op regelmatige basis ter controle op te roepen?

Ja

Neen

2

## Bijlage 5.1:

## Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden

## Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden

3

B6. Gebruikt u dit recall-systeem ook voor (aankruisen):

- Personen met mentale beperking
  Personen met fysische beperking  
 Personen met ernstige medische aandoeningen
  Kwetsbare ouderen

## C. Zorgverlening aan personen met bijzondere noden

Beantwoord onderstaande vragen door in elk vakje het cijfer te plaatsen dat best overeenkomt met uw praktijk.

Antwoordmogelijkheden:(0): zelden/nooit; (1): paar keer/jaar; (2): maandelijks; (3): wekelijks; (4) dagelijks (5) niet van toepassing (omdat ik deze patiëntengroep niet behandel)

	Personen met MENTALE beperking	Personen met FYSISCHE beperking	MEDISCH belaste personen	Kwetsbare OUDEREN
C1. Hoe frequent bieden personen met ... zich bij u aan voor zorgen?				
C2. Hoe frequent verwijst u ... door naar collega of specifiek centrum?				
C3. Hoe frequent verzorgt u patiënten aan huis of in een instelling?				
C4. Hoe frequent verleent u preventief <u>mondzorgadvies</u> (mondhygiëne, ..) aan ....?				
C5. Hoe frequent voert u een <u>professionele reiniging</u> uit bij ....?				
C6. Hoe frequent voert u een <u>verzegeling</u> uit bij ....?				
C7. Hoe frequent plaatst u vullingen bij ....?				
C8. Hoe frequent voert u <u>endodontische behandelingen</u> uit bij ....?				
C9. Hoe frequent voert u <u>parodontale behandelingen</u> uit bij ....?				
C10. Hoe frequent voert u <u>(uitneembare) prothetische behandelingen</u> uit bij ....?				
C11. Hoe frequent voert u <u>(vaste) prothetische behandelingen</u> uit bij ....?				
C12. Hoe frequent voert u <u>orthodontische behandelingen</u> uit bij ....?				
C13. Hoe frequent voert u <u>extracties</u> uit bij...?				

3



**Bijlage 5.1:  
Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden**

Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden

4

**D. Problemen bij zorgverlening aan personen met bijzondere noden**

Beantwoord onderstaande vragen door in elk vakje het cijfer te plaatsen dat best overeenkomt met uw eigen praktijk. *Antwoordmogelijkheden:(0): nooit; (1): zelden; (2): soms; (3): meestal; (4) altijd (5) niet van toepassing (omdat ik deze patiëntengroep niet behandel)*

	Personen met MENTALE beperking	Personen met FYSISCHE beperking	MEDISCH belaste personen	Kwetsbare OUDEREN
D1. Hoe frequent ervaart u problemen (algemeen) bij het behandelen van ....?				
D2. Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>communicatie</u> (info behandeling, instructie nazorg, afspraken nakomen...) bij.....?				
D3. Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>toegankelijkheid van uw praktijk</u> bij.....?				
D4. Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>uitrusting van uw kabinet</u> bij.....?				
D5. Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende opleiding voor behandelen van</u> .....?				
D6. Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende medewerking bij behandeling van</u> .....?				
D7. Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende assistentie aan de stoel</u> bij.....?				

4



### Bijlage 5.1: Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden

#### Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden

5

D8. Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende tijd te kunnen maken voor behandeling van .....</u> ?				
D9. Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende financiële draagkracht van .....</u> ?				
D10. Hoe frequent ervaart u problemen op vlak van <u>onvoldoende verloning voor zorgverlening bij.....</u> ?				
D11. Hoe frequent ervaart u problemen met <u>andere patiënten</u> (bv storend in wachtzaal,...) bij het behandelen van.....?				

Beantwoord ook onderstaande vragen door in elk vakje het cijfer te plaatsen dat best overeenkomt met uw eigen ervaringen.

*Antwoordmogelijkheden:(0): meestal vergelijkbaar met doorsnee patiënten; (1): iets moeilijker dan gemiddeld; (2) duidelijk moeilijker dan gemiddeld; (3): (meestal) bijzonder moeilijk; (4) zelden of niet haalbaar (5) niet van toepassing (omdat ik deze patiëntengroep niet behandel)*

	Personen met <b>MENTALE beperking</b>	Personen met <b>FYSISCHE beperking</b>	MEDISCH belaste <b>personen</b>	Kwetsbare <b>OUDEREN</b>
D12. Hoe moeilijk vindt u <u>mondzorgadvies te geven</u> (mondhygiëne, ..) aan ....?				
D13. Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>professionele reiniging</u> bij ....?				
D14. Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van een <u>verzegeling</u> bij ....?				
D15. Hoe moeilijk vindt u het plaatsen van <u>vullingen</u> bij ....?				
D16. Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>endodontische behandelingen</u> bij ....?				
D17. Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>parodontale behandelingen</u> bij ....?				

5

**Bijlage 5.1:  
Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden**

**Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden**

6

D18. Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>(uitneembare) prothetische behandelingen</u> bij ....?				
D19. Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>(vaste) prothetische behandelingen</u> bij ....?				
D20. Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>orthodontische behandelingen</u> bij ....?				
C21. Hoe moeilijk vindt u het uitvoeren van <u>extracties</u> bij...?				

C22. Heeft U ooit een medische noodsituatie meegemaakt in uw praktijk?

- nooit     1 maal     meerdere malen

Indien ja, noodzaakte dit doorverwijzing?

- neen     naar (huis)arts     naar ziekenhuis/spoedgevallendienst

**E. Uw mening**

*Antwoordmogelijkheden:(1): helemaal niet akkoord; (2): niet akkoord; (3) geen mening; (4): akkoord; (5) helemaal akkoord*

	Personen met MENTALE beperking	Personen met FYSISCHE beperking	MEDISCH belaste personen	Kwetsbare OUDEREN
E1. Zorgverlening aan .... is <u>moeilijker dan</u> bij andere personen.				
E2. Zorgverlening aan .... is <u>tijdrovender</u> dan bij andere personen.				
E3. Zorgverlening aan .... vereist <u>bijkomende opleiding</u> van de practicus.				
E4. Zorgverlening aan .... vereist <u>assistentie aan de stoel</u> .				
E5. Zorgverlening aan .... verleent veel <u>voldoening aan de zorgverlener</u> .				
E6. Zorgverlening aan .... <u>moet kunnen geweigerd worden</u> door de tandarts.				

6

**Bijlage 5.1:  
Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden**

**Enquête Mondzorg bij Personen met Bijzondere Noden**

7

E7. Zorgverlening aan .... moet kunnen <u>verwezen worden naar specifiek opgeleide collega's.</u>				
E8. Zorgverlening aan .... moet kunnen <u>verwezen worden naar een specifiek centrum.</u>				
E9. Zorgverlening aan .... is <u>in elke praktijk</u> mogelijk.				
E10. Zorgverlening aan ... zou mogelijk zijn indien <u>mobiele apparatuur</u> zou beschikbaar zijn.				
E11. Zorgverlening aan .... zou eenvoudiger zijn indien een <u>'adviesmogelijkheid'</u> bij <u>problemen en vragen</u> zou georganiseerd worden (bv expertisecentrum; call-center,...)				
E12. Zorgverlening aan ... vereist een <u>extra vergoeding</u> voor de tandarts.				
E13. Zorgverlening aan... vereist een (aangepaste) vorm van vergoeding (forfait, uurloon,...)				
E14. Zorgverlening aan ... vereist een <u>aanvullende tussenkomst</u> voor de <u>patiënt.</u>				

E15. Noteer hieronder eigen opmerkingen, bedenkingen en suggesties:

**Hartelijk dank voor uw medewerking!**



# Zorgverlening aan personen met bijzondere noden: een Europees perspectief

## 6.1. Inleiding

Een schets van de situatie met betrekking tot de organisatie van tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden in andere Europese landen, behoorde eveneens tot de opdracht van het Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN). Voor de realisatie van deze doelstelling werd een internationaal symposium georganiseerd met als thema 'Tandheelkundige zorgverlening voor personen met bijzondere noden'. Dit symposium vond plaats op woensdag 25 augustus 2010, voorafgaand aan het 20ste congres van de International Association for Disability and Oral Health (iADH) dat gehouden werd in Gent. Het programma van deze dag werd toegevoegd als Bijlage 6.1.

Het doelpubliek van dit symposium bestond uit zowel Belgische als buitenlandse zorgverleners en beleidsmedewerkers. In totaal waren er 137 deelnemers, waarvan 77 in België professioneel actief (56%).

In een eerste deel van het symposium werden uiteenzettingen gebracht over verschillende vormen van organisatie van zorgverlening aan personen met bijzondere noden, met speciale focus op personen met beperkingen en kwetsbare ouderen. Na een toelichting over de Belgische situatie, werden de zorgverleningsystemen in Frankrijk, Zweden en Nederland beschreven. In paragraaf 6.2 wordt een samenvatting gebracht van de verschillende bijdragen.

In een tweede luik werd gebrainstormd over mogelijke strategieën toepasbaar in de Belgische context. Dit werd georganiseerd onder vorm van discussiegroepen, met nadien rapportage in plenum. Een overzicht van de voorstellen, opmerkingen en suggesties die hier aan bod kwamen kan gevonden worden in paragraaf 6.3.

## 6.2. Organisatie van zorgverlening: een Europees perspectief

Aan de sprekers werd de opdracht gegeven om hun uiteenzetting op te bouwen volgens een vooropgesteld stramien: (1) schets van globale structuur van gezondheidszorg in hun land; (2) beschrijving van specifieke systemen voor zorgverlening aan personen met bijzondere noden en een kritische reflectie hierover; (3) concrete illustratie van de implementatie ervan.

### 6.2.1. Situatie van zorgverlening in België

In deze voordracht, verzorgd door Dr Roos Leroy, wetenschappelijk medewerker van het PBN-project, werd de Belgische situatie uiteengezet.

### 6.2.1.1. Structuur van (mond)gezondheidszorg en mondgezondheidstoestand

#### **België en zijn federale staatsstructuur:**

De federale structuur van België werd geschetst, inclusief de verdeling van de verschillende bevoegdheden. Hierbij werd duidelijk dat instanties op verschillende niveaus (nationaal, gemeenschappen, gewesten, ...) betrokken zijn bij de (organisatie van) zorgverlening. Sociale zaken (waaronder kinderbijslag, integratietegemoetkoming voor gehandicapten, ...) en volksgezondheid (oa. erkenning van tandartsen, honoraria en terugbetalingen voor tandheelkundige zorgverlening,...) behoren tot het nationale niveau. Onderwijs (opleiding van tandartsen) en welzijnszorg behoren dan weer tot de bevoegdheden van de gemeenschappen. Deze verspreiding van bevoegdheden bemoeilijkt het sturen van een beleid.

#### **Zorgverleners binnen de mondgezondheidssector:**

België telde (op 31 december 2008) 6.881 actieve algemeen tandartsen (gegevens verstrekt door RIZIV, Dienst voor Geneeskundige Verzorging, Afdeling actuariële statistieken), wat overeenkomt met 6,5 algemeen tandartsen per 10.000 inwoners. Daarnaast waren er 118 parodontologen, 395 orthodontisten en 269 kaakchirurgen. In België zijn geen mondhygiënisten werkzaam.

#### **Financiële aspecten van zorgverlening:**

Voor een deel van de tandheelkundige verstrekkingen wordt een tussenkomst in de kosten voorzien door het RIZIV. Het totale bedrag van tussenkomst voor geneeskundige zorgen bedroeg 17.740.177 x 1.000€ in 2006, oplopend tot 22.428.014 x 1.000€ in 2009. Het aandeel dat betrekking had op tandheelkundige verstrekkingen bedroeg 3,10% in 2006 en 3,27% in 2009. Van dit bedrag werd 99,7% uitgekeerd voor ambulante zorgverlening. Deze gegevens werden ter beschikking gesteld door het RIZIV, Dienst voor Geneeskundige Verzorging, Afdeling actuariële statistieken. Hierbij is het nuttig op te merken dat slechts een deel van de tandheelkundige verstrekkingen in aanmerking komt voor terugbetaling; de meeste parodontale behandelingen, het plaatsen van implantaat, niet-uitneembare prothetische constructies.... vallen volledig ten laste van de patiënt. Verder dient ook opgemerkt te worden dat tandartsen niet verplicht zijn om zich te houden aan de overeengekomen tarieven. Wanneer zij niet (of slechts partieel) toetraden tot de conventie tussen ziekenfondsen en tandartsen (wat het geval is voor 40 à 60% van de tandartsen, afhankelijk van de provincie)(gegevens RIZIV, Gestandaardiseerd verslag, 2009), kunnen zij hogere bedragen aanrekenen voor de geleverde prestaties.

Globaal kan gesteld worden dat tot de leeftijd van 18 jaar, nagenoeg alle handelingen (waarvoor tussenkomst voorzien wordt) aan 100% terugbetaald worden (indien de tandarts de voorgestelde tarieven toepast). Boven deze leeftijdsgrens is er een partiële terugbetaling (te situeren rond 75 à 79% van de voorgestelde tarieven) voor een deel van de tandheelkundige handelingen en mits respecteren van bepaalde leeftijdslimieten.

#### **Consumptie van tandheelkundige zorgverlening:**

Gegevens met betrekking tot de consumptie van zorgen in een representatieve steekproef van de Belgische bevolking en voor de periode 2004-2008 (hierin werden enkel geregistreerde zorgen opgenomen, gegevens aangeleverd via RIZIV, Gestandaardiseerd verslag, 2009), leert ons dat een contact met een tandarts in het voorbije jaar slechts voor om en bij 50% van de personen een realiteit was. Dit cijfer stijgt tot ongeveer 75% wanneer de periode opgetrokken werd tot 5 jaar. Opvallend daarbij is dat het tandartsbezoek voor de leeftijd van 5 jaar erg laag is (10%), daarna snel stijgt om een piek te bereiken in de leeftijdscategorie 10-14 jarigen (periode waarin orthodontische behandeling meestal plaatsvindt) om daarna terug te dalen en sterk naar beneden te gaan vanaf de leeftijd van 65 jaar.

#### **Mondgezondheidstoestand van de Belgische bevolking:**

Tot op heden zijn geen systematisch verzamelde gegevens beschikbaar met betrekking tot de mondgezondheidstoestand van de Belgische bevolking. In bepaalde leeftijdsgroepen werden epidemiologische gegevens verzameld op initiatief van universitaire instellingen en/of beroepsverenigingen. Meestal gaat het om relatief beperkte groepen van onderzochte

individuen, gelimiteerd tot een bepaalde leeftijdsgroep of bevolkingscategorie en zonder herhaling in de tijd. Zo werd in Vlaanderen de aantasting als gevolg van cariës bepaald in 12-jarigen in 2001. Daaruit bleek dat de gemiddelde DMFT-score (maat voor aantasting door cariës; som van tanden met onverzorgd tandbederf, behandelde (gevulde) tanden en tanden verwijderd omwille van gevorderde cariës) 1,1 bedroeg [Vanobbergen et al, 2000; Declerck et al, 2002]. Daarmee positioneerde Vlaanderen zich in de groep van landen met lage aantasting door cariës bij 12-jarigen (World Health Organisation Oral Health Data Bank, raadpleegbaar via [http://www.who.int/oral\\_health/publications/en/](http://www.who.int/oral_health/publications/en/)).

### 6.2.1.2. Specifieke systemen voor zorgverlening aan personen met bijzondere noden

#### Identificatie van personen met nood aan bijzondere zorgen:

Het identificeren en inventariseren van personen met nood aan bijzondere zorgverlening is geen eenvoudige opdracht.

Personen met beperkingen:

Op nationaal niveau kunnen gegevens bekomen worden met betrekking tot:

- Kinderen die een verhoogde kinderbijslag genieten
- Personen die een integratietegemoetkoming (IT) ontvangen
- Personen die een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) krijgen
- Personen die een tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB) ontvangen

Maar deze databanken zijn onvolledig. Zo worden bijvoorbeeld personen die een arbeidsongeval hadden en een invaliditeitsuitkering krijgen en geen aanvraag deden voor één van bovenvermelde tegemoetkomingen, niet in deze bestanden opgenomen. Hetzelfde geldt voor personen met een erkende beroepsziekte. Bovendien is de aard van de beperking (mentaal, fysiek, psychisch...) niet identificeerbaar.

Op het niveau van de gemeenschappen vindt bijvoorbeeld in Vlaanderen, een Centrale Registratie plaats van Zorgvragen via het Vlaams Fonds voor Gehandicapten. Dit betreft zorgvragen op vlak van wonen, huisvesting, mobiliteit, persoonlijke assistentie, hulpmiddelen, aanpassingen van huizen en/of wagens... Ook deze databank is onvolledig en laat tot op heden geen identificatie van de aard van de beperking toe. Bovendien valt ook te betreuren dat er vooralsnog geen link bestaat tussen de nationale en gemeenschapsdatabanken.

Kwetsbare ouderen:

Het proportionele aandeel van ouderen in de bevolking nam sterk toe in het voorbije decennium en zal blijven stijgen in de volgende jaren. Waar het aandeel <60-jarigen in België in 2007 nog 77,7% bedroeg, voorziet men een afname tot 74,4% in 2020 en 68,6% in 2050. In diezelfde periode zal het aantal 60-79 jarigen toenemen van 17,8% in 2007 tot 20,1% in 2020 en 21,4% in 2050 en het aantal 80-89 jarigen van 3,9% in 2007 tot 4,5% in 2020 en 7,7% in 2050 (<http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/index.jsp>). Deze toename van ouderen in de bevolking (de zogenaamde vergrijzing) stelt de maatschappij voor extra uitdagingen. Dit deel van de bevolking heeft vaker ondersteuning nodig.

Het vaststellen van het aandeel ouderen dat nood heeft aan zorgondersteuning is niet eenvoudig. Ook hier zijn de gegevens verdeeld over verschillende niveaus en brengt dit problemen met zich mee. Op nationaal vlak wordt bijvoorbeeld gebruik gemaakt van de Katz-schaal [Katz ea., 1970] om de fysieke afhankelijkheid te bepalen, dit in het kader van de bepaling van bijdragen bij opname in een rusthuis of bij zorgverlening aan huis. Op niveau van de gemeenschappen wordt gebruik gemaakt van de BEL-schaal [Rochtus et al, 2009] die zowel fysieke afhankelijkheid als sociale integratie meet, dit in het kader van de coördinatie van de thuiszorg. Het spreekt voor zich dat het gebruik van verschillende meetsystemen een interpretatie of samenvoegen van de gegevens in de weg staat.

#### Tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden:

Het overgrote deel van de zorgverlening in de beoogde doelgroep vindt plaats in private tandartspraktijken of (universitaire) ziekenhuizen. Occasioneel vindt behandeling plaats in voorzieningen of aan huis. Er zijn geen cijfergegevens beschikbaar wat betreft aantallen verplaatsbare tandheelkundige units die operationeel zijn of voorzieningen waar een tandartskabinet aanwezig is. Er zijn geen mobiele tandheelkundige units in gebruik.

In enkele (universitaire) ziekenhuizen worden multidisciplinaire raadplegingen georganiseerd waar een tandarts opgenomen is in het team, bijvoorbeeld voor personen met down-syndroom, Williams-Beuren syndroom,....

In (universitaire) ziekenhuizen zijn centra voor bijzondere zorgverlening aanwezig in de diensten tandheelkunde.

### Financiële aspecten van mondzorgverlening:

Voor personen met het WIGW statuut (Weduwen, Invaliden, Gepensioneerden en Wezen) is een verhoogde tussenkomst voorzien voor medische en tandheelkundige zorgen, hospitalisatiekosten en medicatie. Wat betreft tandheelkundige zorgen betekent dit dat de tussenkomst voor zorgverlening aan personen ouder dan 18 jaar, 90 tot 100% bedraagt (in plaats van 75-79%)(indien de tandarts de voorgestelde tarieven toepast). Bovendien kan onder andere bij personen met een beperking, ouderen met laag inkomen en bejaarden opgenomen in woonzorgcentra gebruik gemaakt worden van de Regeling Betalende Derde (RBD). Dit betekent concreet dat de patiënt enkel het bedrag bovenop de voorziene tussenkomst betaalt aan de tandarts; het resterende bedrag van het honorarium ontvangt de tandarts dan via het ziekenfonds van de patiënt. Merken we hierbij op dat de tandarts niet verplicht is deze regeling toe te passen.

Personen met beperkingen:

Daarnaast zijn er nog een aantal voorzieningen getroffen voor deze doelgroep:

- Voor professionele reinigingen en polijsten wordt 4 maal per jaar een tussenkomst voorzien (in plaats van 1 maal per jaar), dit zonder een leeftijdslimiet
- Voor tandextracties wordt een tussenkomst voorzien, dit zonder leeftijdslimiet
- De tussenkomst voor volledige of partiële uitneembare prothesen bedraagt 95% in plaats van 75% voor personen met een beperking, dit vanaf een leeftijd van 55 jaar (bij personen jonger dan 55 jaar is tegemoetkoming slechts in bepaalde situaties mogelijk).
- Bij behandeling onder algemene narcose is een tussenkomst voorzien voor de extra kosten voor personen met een beperking, dit zonder leeftijdsgrenzen. Dit geldt niet voor behandeling onder sedatie.

Kwetsbare ouderen:

In deze doelgroep noteren we bovendien:

- Een tussenkomst voor extracties (75%) vanaf de leeftijd van 55 jaar.
- Een tussenkomst voor het plaatsen van twee implantaten in de onderkaak (95%), inclusief aanpassing van de bestaande gebitsprothese, wanneer de patiënt minstens 1 jaar problemen heeft gehad met retentie en/of stabiliteit van de gebitsprothese en de patiënt minstens 70 jaar oud is (ingevoerd sinds mei 2009). Anderzijds moet opgemerkt worden dat er geen tussenkomst voorzien is voor een preventief mondonderzoek bij personen boven 60 jaar.

### Logistieke aspecten van mondzorgverlening:

De bereikbaarheid van de plaats waar de tandheelkundige zorgverlening kan uitgevoerd worden, is uiteraard een belangrijk aspect waar rekening mee moet gehouden worden in deze doelgroep.

Momenteel is geen tussenkomst voorzien voor verplaatsingskosten, hoewel lokale initiatieven bestaan in bepaalde regio's of bij bepaalde ziekenfondsen.

### Mondgezondheid van personen met bijzondere noden:

Aangezien er in België geen gegevens zijn over de toestand de mondgezondheid van de bevolking, is deze informatie evenmin beschikbaar voor personen met beperkingen en kwetsbare ouderen.

Toch zijn enkele recente studies, hoewel niet representatief voor de situatie in heel België, het vermelden waard.

Personen met beperkingen:

In het kader van de *Special Olympics* (spelen voor atleten met een mentale beperking, jaarlijks georganiseerd) wordt in het project *Special Smiles* (een samenwerking tussen Belgische universiteiten en beroepsvereniging) data verzameld



met betrekking tot de mondgezondheidstoestand van de deelnemende atleten. In 2008 werden 687 atleten gescreend [Leroy et al, ingediend]. Daarbij werd vastgesteld dat 44% van de atleten tekenen van gingivitis (tandvleesontsteking) had; bij 22% was onbehandeld tandbederf aanwezig; slechts 25 van de 39 personen met een tandeloze bovenkaak beschikte over een prothetisch herstel, voor de onderkaak was dit het geval bij slechts 16 van de 30 atleten. Personen met ontbrekende tanden in het bovenfront (en dus esthetisch impact), hadden een prothetische vervanging in slechts 30% van de gevallen wanneer enkele tanden ontbraken en in 70% van de gevallen wanneer alle tanden ontbraken. De prothetische vervanging van premolaren en molaren (noodzakelijk voor behoud van kauwvermogen) was nog veel minder vaak een feit. Deze gegevens illustreren de hoge behoefte aan behandeling in deze groep.

Kwetsbare ouderen:

In het kader van het Amor-project [De Visschere, 2010] werd een screening van de mondgezondheid uitgevoerd door verpleegkundigen/verzorgenden bij 606 ouderen die in een woonzorgcentrum verbleven. Bij de 236 personen die nog natuurlijke tanden hadden werd vastgesteld dat er tandsteen aanwezig was bij 77%, afgebroken tanden bij 47%, tandbederf bij 53% en mobiele tanden bij 14% [niet gepubliceerde data Amor-project].

#### **Evaluatie van mondzorgverlening:**

Momenteel ontbreekt het aan studies die de zorgverlening in de beoogde doelgroepen evalueert.

Wel vermeldt de spreker enkele resultaten van een bevraging van tandartsen die plaatsvond in het kader van het Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (zie voor meer detail Hoofdstuk 5 van dit rapport). Daarbij werd, via een bevraging in een gelegenheidssteekproef van 271 Nederlandstalige en 223 Franstalige tandartsen, een inventaris opgemaakt van problemen die tandartsen ervaren bij de zorgverlening.

Problemen die vermeld werden, zijn:

- Extra benodigde tijd om de zorgen te verlenen
- Nood aan assistentie aan de stoel
- Beperkte medewerking van de patiënt
- Probleem van communicatie met de patiënt
- Toegankelijkheid van de praktijkruimte
- Beperkte financiële draagkracht van personen met beperkingen of kwetsbare ouderen
- Ontoereikende financiële compensatie voor het verlenen van zorgen aan deze personen
- Onvoldoende opleiding van de tandarts
- Onvoldoende tijd
- Moeilijkheidsgraad van bepaalde behandelingen (bv kanaalbehandelingen, parodontale zorg, niet-uitneembare prothetiek,...)
- Ontbreken van tussenkomst in verplaatsingskosten

Volgende suggesties werden voorgesteld door de bevrageerde tandartsen:

- Mogelijkheid om personen met bijzondere noden te kunnen verwijzen naar referentiecentra
- Mogelijkheid om ergens advies in te winnen
- Invoeren van verplaatsbare tandheelkundige units
- Extra financiële tussenkomst voorzien voor personen met bijzondere noden en vergoeding voor de tandarts

#### **6.2.1.3. Implementatie in de praktijk**

Onlangs de inzet van ouders, familieleden, zorgverleners, artsen en tandartsen ontbreekt het momenteel aan structurele oplossingen voor de organisatie van tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden in België.

Het is dan ook het doel van het Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden om hiervoor een oplossing uit te werken. Het symposium voorafgaand aan het iADH-congres vormde een uitgelezen opportuniteit om de situatie in België in kaart te brengen, voorbeelden vanuit andere Europese landen te leren kennen en van gedachten te wisselen over een mogelijke implementatie in de Belgische context.

## 6.2.2. Situatie van zorgverlening in een selectie van Europese landen: Zweden

Johanna Norderyd, specialiste kindertandheelkunde, verbonden aan het *National Oral Disability Centre van het Institute for Postgraduate Dental Education* (Jönköping, Zweden), bracht een beschrijving van de organisatie van zorgverlening in Zweden.

### 6.2.2.1. Structuur van (mond)gezondheidszorg en mondgezondheidstoestand

#### **Algemene structuur:**

Zweden telt 9,4 miljoen inwoners en is een erg welvarend land. De gezondheidszorg is dusdanig georganiseerd dat de bevolking maximaal 90€ aan persoonlijke tussenkomsten betaalt per jaar. Dit omvat gezondheidszorg, medische zorgverlening en rehabilitatie.

Het gezondheidszorgsysteem heeft pijlers op drie politieke niveaus. De centrale regering is verantwoordelijk voor wetgeving, hoger onderwijs, onderzoeksfinanciering en zorgverzekering. De regering subsidieert de arrondissementen ("counties") en gemeenten, die elk hun bevoegdheden hebben. Op arrondissementeel niveau (21 arrondissementen in totaal) bevindt zich de bevoegdheid voor de operationalisering van de zorgverlening, zowel de primaire zorgverlening als de specialistische zorg en hospitalisatie. De gemeenten (290 in totaal) zijn verantwoordelijk voor de sociale voorzieningen.

De arrondissementen zijn verantwoordelijk voor de organisatie van de zorgverlening aan kinderen (0-19 jaar), specialistische zorgverlening en zorg aan ouderen en personen met beperkingen.

De zorgverlening aan kinderen en adolescenten omvat de globale tandheelkundige zorgen, inclusief orthodontische zorgen en andere specialistische zorgverlening en dit vrij van kosten voor de personen zelf. De betrokkenen hebben de vrije keuze tussen zorgverlening in de privé-sector of in de openbare sector ("Public Dental Service"), maar 85% kiest voor dit laatste. Men werkt met een systeem van regelmatig oproepen van patiënten voor preventieve controles, individueel aangepast in functie van de behoeften. Er ligt een heel sterk accent op preventie.

Volwassenen ontvangen een beperkte financiële tussenkomst (15€ of 30€) op jaarbasis waarmee ze zorg kunnen inkopen. De regering voorziet wel een vangnet in geval van hoog oplopende kosten. Zo is er voor behandelingen waarvan het kostenplaatje ligt tussen 300€ en 1500€ een subsidiëring tot 50% van de kosten; voor behandelingen met een kost boven de 1500€ bedraagt de tussenkomst 85%.

#### **Zorgverleners in de mondzorgsector:**

De tandheelkundige zorgverlening kent in Zweden 8 specialiteiten, met name:

- Dentomaxillofaciale radiologie
- Endodontie
- Orale en maxillofaciale chirurgie
- Orthodontie
- Kindertandheelkunde
- Parodontologie
- Prothetische tandheelkunde
- Stomatognathische fysiologie

Er zijn ongeveer 7.500 actieve tandartsen in Zweden, waarvan 40% werkzaam is in de private sector en 60% in de openbare sector. Er zijn 850 specialisten geregistreerd, waarvan 80 met een specialisatie kindertandheelkunde. Daarnaast zijn er 175 ziekenhuistandartsen werkzaam.

Naast tandartsen zijn er ook mondhygiënisten actief in de zorgverleningssector. In Zweden zijn 3.600 hygiënisten geregistreerd. Een belangrijk deel daarvan in de sector van de bijzondere zorgverlening. Deze beroepsgroep neemt bijvoorbeeld de (kostenvrije) screening van de mondgezondheid van ouderen voor zijn rekening, via huisbezoeken.

#### **Financiële aspecten van zorgverlening:**

(Een deel van) de tandheelkundige zorgverlening wordt in Zweden gefinancierd via belastingsinkomsten.

#### **Mondgezondheid van de Zweedse bevolking:**

De mondgezondheid van de Zweedse bevolking wordt regelmatig in kaart gebracht. Cijfers van de Nationale Gezondheidsraad tonen voor 2008 een percentage van kinderen of jongeren vrij van cariës van 95% aan de leeftijd van 3 jaar, 74% aan de leeftijd van 6 jaar, 61% aan de leeftijd van 12 jaar en 30% aan de leeftijd van 19 jaar (National Board of Health and Welfare 2008, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

Vanuit de Jönköping studies (uitgevoerd in de jaren 1973, 1983, 1993 en 2003)[Hugoson et al, 2008] kan men vaststellen dat het aantal aanwezige natuurlijke tanden in die tijdspanne toenam vooral in de oudere leeftijdsgroepen (boven 30 jaar). In de categorie van 70-79 jarigen steeg het gemiddeld aantal aanwezige natuurlijke tanden van 13,3 naar 20,7 tussen 1973 en 2003.

Uit een recente bevraging (2009) van de volwassen Zweedse bevolking ouder dan 20 jaar, bleek dat 70% zijn eigen gezondheid als goed tot zeer goed beoordeelde; 12% was drager van een partiële of volledige uitneembare gebitsprothese; 64% was tevreden tot zeer tevreden met het esthetische uitzicht van zijn tanden. Meer dan 80% bracht regelmatig een bezoek aan zijn tandarts en 93% was tevreden met de ontvangen tandheelkundige zorgen (National Board of Health and Welfare 2009, [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

### 6.2.2.2. Specifieke systemen voor zorgverlening aan personen met bijzondere noden

#### **Identificatie van personen met nood aan bijzondere zorgen:**

In de Zweedse statistieken is 16% van de bevolking tussen 16 en 64 jaar geregistreerd met één of andere beperking. Voor 9,5% onder hen betekent dit ook een reductie van hun capaciteit om deel te nemen aan de arbeidsmarkt. Hierbij dient evenwel genoteerd te worden dat personen met minder voorkomende diagnoses en personen met meerdere beperkingen niet opgenomen werden in de statistieken.

De verantwoordelijkheid voor het bewerkstelligen van een goede gezondheid, en de sociale en financiële zekerheid is een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van de nationale, regionale en gemeentelijke overheden. Er bestaat een nationaal actieplan om aspecten van zorg om personen met beperkingen op te nemen in alle deelgebieden van de sociale zekerheid. De algemene doelstelling is onafhankelijkheid en zelfbeschikking. Men probeert institutionalisering zoveel als mogelijk te vermijden.

#### **Tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden:**

Zorgverlening aan kinderen met een beperking:

Alle tandheelkundige zorgverlening voor personen tussen 0 en 19 jaar is vrij van persoonlijke bijdragen. Ook verplaatsingskosten worden terugbetaald. De zorgen worden verleend door de algemeen practicus (zowel in private als openbare sector) of door specialisten in de kindertandheelkunde.

In Zweden zijn er momenteel 80 specialisten in de kindertandheelkunde die werkzaam zijn in 30 klinieken van de openbare sector. Ongeveer 20% van de doorverwezen kinderen hebben een medische problematiek of een beperking.

Bij ongeveer 10% van de patiënten is zorgverlening onder algemene anesthesie noodzakelijk. Er bestaat een goed uitgebouwde samenwerking met artsen, logopedisten, diëtisten en andere zorgverleners.

Zorgverlening aan volwassenen met bijzondere noden:

De zorgverlening vormt onderdeel van de globale medische behandeling of valt onder het systeem van zorgverlening aan personen met belangrijke blijvende beperkingen.

Als onderdeel van de globale medische behandeling bestaat ook voor deze personen een beschermingsmaatregel tegen hoge kosten. De limiet ligt voor deze personen op een persoonlijke bijdrage van 90€ per jaar voor alle medische en tandheelkundige zorgen. Voorwaarden zijn: (1) verwijzing door een arts; (2) indienen van een aanvraag bij de verantwoordelijke voor de toewijzing van de middelen bij het arrondissementele bestuur.

Personen die kunnen genieten van deze maatregel zijn:

- Personen met orofaciale malformaties
- Personen tijdens bestralingstherapie
- Personen met mondproblemen die het gevolg zijn van een ziekte of de behandeling ervan
- Personen waar behandeling van orale infecties nodig is voorafgaand aan majeure interventies
- Personen met slaapstoornissen
- Personen met extreme tandartsfobie
- Personen met xerostomie in kader van Sjögren syndroom

Daarnaast bestaat een systeem van zorgverlening aan personen met belangrijke blijvende beperkingen. Hieronder vallen personen die voldoen aan de '*Act Concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments*' (LSS) en ook personen die vallen onder de '*Social Services Act*' (SoL). Zij hebben recht op kosteloze screening van de mondgezondheid, aan huis. Ook de noodzakelijke zorgverlening wordt gedekt.

Personen die kunnen genieten van dit systeem zijn:

- Personen die zorg genieten in een residentiële voorziening
- Personen die dagelijks zorgen genieten aan huis
- Personen met aangeboren of verworven mentale beperkingen
- Personen met belangrijke psychiatrische of sociale beperkingen

De screening aan huis wordt georganiseerd door de arrondissementele overheden, in samenwerking met de gemeentebesturen. In 2008 waren er 165.000 personen die recht hadden op deze screening; bij 61% van hen werd dit uitgevoerd; 29% weigerde deze vorm van zorgverlening. De screenings werden hoofdzakelijk uitgevoerd door mondhygiënist. Het hoofddoel van deze screening is het leveren van advies aan patiënten en zorgdragers.

De persoonlijke bijdrage is vervat in de medische zorg (met maximum van 90€ per jaar voor alle medische en tandheelkundige zorg en medicatie). Ongeveer 100.000 personen kunnen genieten van deze maatregel. Ook hier is er een vrije keuze tussen zorgverlening in de private en de openbare sector. De persoon die hier recht op heeft, moet een aanvraag indienen bij de verantwoordelijke voor de toewijzing van de middelen bij het arrondissementele bestuur. Voor elk van deze personen wordt een individueel behandelplan opgesteld met als doel een goede functie (vooral op vlak van voedselinname) of minstens een reductie van pijn en/of discomfort.

Het detecteren van de personen die recht hebben op een bijzondere vorm van zorgverlening gebeurt via verschillende mechanismen.

- Voor kinderen: via het nationale register
- Tandheelkundige zorgverlening als onderdeel van het medisch zorgplan: via artsen en tandartsen
- Kosteloze mondgezondheidsscreening aan huis en nodige zorgverlening: eerstelijns zorgverleners die verantwoordelijk zijn voor zorg en verpleging

### **Logistieke aspecten van mondzorgverlening:**

Een deel van de zorgverlening gebeurt met behulp van mobiele tandheelkundige eenheden waarvoor strikte vereisten bestaan wat betreft patiëntveiligheid, kwaliteit en hygiëne.

Men maakt hierbij een onderscheid tussen:

- Volledige mobiele klinieken
- Volledige verplaatsbare units
- Beperkte verplaatsbare behandel eenheden
- Mobiele preventie

De mobiele aan-huis mondgezondheidsscreenings hebben tot doel beperkte mondgezondheidszorg te bieden aan personen die onmogelijk een tandheelkundige kliniek kunnen bezoeken.

### 6.2.2.3. Implementatie in de praktijk

#### Identificatie van personen met nood aan bijzondere zorgen:

Hieronder wordt een overzicht geboden van de organisatie van zorgverlening in verschillende groepen van personen met bijzondere noden.

Kinderen met bijzondere noden:

Tandheelkundige zorgverlening is voorzien voor **alle** kinderen en steeds zonder persoonlijke bijdragen. De organisatie van de zorgverlening verschilt tussen de verschillende arrondissementen.

Personen met orale congenitale afwijkingen:

Voor volwassenen met congenitale afwijkingen worden de kosten opgenomen in de medische behandeling.

Personen met mentale beperkingen:

Alle kosten van zorgverlening aan deze personen wordt gedekt, inclusief preventieve zorgverlening.

Personen met psychiatrische problemen:

Sommige groepen van patiënten hebben recht op noodzakelijke tandheelkundige zorgen, maar velen weigeren dit wanneer ze dit aangeboden krijgen.

Volwassenen met fysieke beperkingen:

De tegemoetkoming hangt af van de graad van benodigde ondersteuning in het dagelijkse leven. De toegankelijkheid van tandheelkundige kabinetten vormt zelden een probleem.

Kwetsbare ouderen:

De kosteloze mondgezondheidsscreening aan huis wordt op brede schaal toegepast bij ouderen in gemeentelijke residentiële voorzieningen of die thuis verblijven mits dagelijkse ondersteuning. Vraagtekens blijven bestaan rond de geleverde kwaliteit van zorg, de opleiding aan zorgverleners en het probleem van follow-up.

#### Sterkten en zwakten:

Sterkten van het Zweedse systeem zijn:

- Goed georganiseerde zorgverlening aan kinderen, vrij van persoonlijke bijdragen
- Het bestaan van een Sociaal Zekerheidsnummer (geboortedatum en 4 bijkomende cijfers) maakt het traceren van personen mogelijk
- Kinderen groeien op in hun eigen familie, niet in voorzieningen
- Het nationaal verzekeringssysteem maakt tandheelkundige zorgverlening toegankelijk voor het grootste deel van de bevolking
- Mogelijkheid om tandheelkundige zorgverlening te ontvangen als onderdeel van medische zorg
- Noodzakelijke tandheelkundige zorgverlening voor ouderen en personen met beperkingen
- Steun aan personen met beperkingen

Zwakke punten in het Zweedse systeem zijn:

- Hoge kosten van het systeem: kinderen, ouderen en personen met beperkingen zijn niet steeds prioritair
- Personen met aandoeningen of beperkingen worden niet steeds correct geïdentificeerd; iedereen krijgt zelfde zorgverlening
- Er is geen beroep mogelijk tegen de beslissing van de dienst voor toewijzing van de middelen
- Er zijn verbeteringen nodig in het systeem van Nationale Zekerheid
- Er is een tekort aan kindertandartsen
- De specialisatie van Bijzondere Zorgverlening bestaat niet

- Er is nood aan een hoger bewustzijn, interesse en kennis van algemeen tandartsen
- Er bestaan geografische verschillen in organisatie van zorgverlening

Mogelijkheden voor verbetering liggen op vlak van een grotere individualisatie (personen met beperkingen kunnen een hogere nood hebben aan molaarcontacten om te kunnen kauwen en voldoende voeding te kunnen opnemen), een verbetering van de opleiding van stafleden van gemeenschapshuizen en van assistenten van personen met beperkingen, een aanvulling van de Zweedse 'Dental Service Act' (voorzien voor najaar 2010).

Een evaluatie van deze voorzieningen gebeurde, onder andere, via analyses van het nationale register. Resultaten werden gepubliceerd in de internationale literatuur [Wårdh I et al, 2002; Hagman-Gustafsson ML et al, 2008; Brahm et al, 2009].

### Referentiecentra voor zeldzame aandoeningen:

De Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn financiert drie referentiecentra voor zeldzame aandoeningen. In 1999 werden het Mun-H –Center in Göteborg en het National Disability Centre in Jönköping opgericht. In 2004 volgde het Odontological Resource Centre for Rare Disorders in Umea.

Deze centra hebben tot doel informatie te verlenen, behandelplannen op te stellen of "second opinions" te verlenen, multidisciplinaire rehabilitaties uit te voeren, onderzoek en opleiding te verzorgen, zorgprogramma's op te stellen en patiëntenverenigingen te ondersteunen.

Daarnaast financiert de Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn een databank van zeldzame aandoeningen (raadpleegbaar via [www.socialstyrelsen.se/rarediseases](http://www.socialstyrelsen.se/rarediseases)).

Nationale zorgprogramma voor kinderen met downsyndroom:

Sinds 1991 bestaat er een programma voor kinderen met het syndroom van Down. Vanaf de leeftijd van 6 maanden worden de kinderen verwezen naar een specialist kindertandheelkunde om een opvolging van de mondgezondheid te organiseren.

Kinderen met aangeboren hartdefecten:

Sinds 1998 bestaat er een samenwerking tussen de Zweedse Vereniging van pediatrie cardiologen en de Zweedse Vereniging voor Kindertandheelkunde. Dit resulteerde in een vroege verwijzing van kinderen met een ernstige aangeboren hartafwijking of verhoogd risico op het ontwikkelen van endocarditis.

NINK staat voor Nationale Gerodontologische Kennis Databank. Dit is een project in ontwikkeling, in een regionaal samenwerkingsverband. Dit internet gebaseerde, "open access" systeem heeft als doel kennis met betrekking tot mondgezondheid van ouderen te verzamelen, te bevorderen en te verspreiden en dit in connectie tot de algemene gezondheid.

Een andere realisatie is de ontwikkeling van een handleiding voor het screenen van orale motorische functies, het NOT-S. Dit gezamenlijke project tussen Zweedse tandartsen en logopedisten wordt partieel gefinancierd door de Scandinavische Vereniging voor Beperkingen en Mondgezondheid [Bakke et al, 2007].

Daarnaast zijn er nog tal van voorbeelden van zorgprogramma's: mondzorg bij kinderen met een oncologisch probleem, mondzorg bij Ectodermale Dysplasie, mondzorg bij Juvenile Idiopathische Arthritis, Mondzorg bij Turner syndroom, strategieën voor genetische adviesverlening in de tandheelkunde, programma's voor organisatie van zorgverlening aan personen na beroerte, aan personen met Atrofische Laterale Sclerose (ALS), het Huntington netwerk...

### 6.2.3. Situatie van zorgverlening in een selectie van Europese landen: Nederland

Voor een beschrijving van de organisatie van zorgverlening in Nederland, werd een beroep gedaan op tandarts Elinor Bouvy-Berends van het Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) Rijnmond in Rotterdam.

### 6.2.3.1. Structuur van (mond)gezondheidszorg en mondgezondheidstoestand

#### **Algemene structuur:**

Sinds 2006 werd de Gezondheidsverzekering verplicht voor alle Nederlandse inwoners. De basisverzekering omvat een standaard pakket aan zorgverlening. Voor andere zorgen moet een aanvullende verzekering afgesloten worden of persoonlijk betaald worden.

Elke inwoner kan op vrije basis een private verzekering afsluiten. Verzekeraars zijn verplicht om elk individu te aanvaarden voor het pakket basisverzekering.

De zorgverlening wordt georganiseerd door de Nationale Commissie Gezondheidszorg. Het budget voor gezondheidszorg wordt vastgelegd door de overheid.

Het basispakket omvat: alle preventieve en curatieve zorgen tot de leeftijd van 22 jaar, dento-alveolaire chirurgische ingrepen door een maxillofaciaal chirurg (inclusief radiografieën, exclusief implantaten), de kosten van een volledige uitneembare gebitsprothese, zorgverlening aan personen met een beperking of met stoornissen in de orofaciale ontwikkeling. Alle overige tandheelkundige zorgverlening (inclusief preventieve en curatieve zorgverlening aan volwassenen en orthodontische behandelingen) wordt niet gedekt door het basispakket.

#### **Zorgverleners in de mondzorgsector:**

Gebaseerd op data van de Nederlandse Maatschappij voor Tandheelkunde (NMT), werd een schets gemaakt van het tandheelkundige landschap. In 2008 waren er 10.901 tandartsen (waarvan 30% vrouwen) werkzaam in Nederland (voor een totale bevolking van 16,5 miljoen inwoners). Daarvan worden 8.357 tandartsen als actief bestempeld; 6.628 tandartsen zijn praktijkhouder.

Het grootste deel van de tandartsen (64%) is werkzaam in een solo-praktijk; 26% werkt in een praktijk waar verschillende tandartsen mede-eigenaar zijn; 10% van de tandartsen heeft een praktijk waar andere tandartsen in loondienst werken. In een gemiddelde praktijk werken 1,8 tandartsen, worden 2.900 patiënten verzorgd op jaar basis en zijn er 2,4 behandelstoelen. Gemiddeld werken er 3,5 tandartsassistentes en 1,5 mondhygiënistes.

Jaarlijks worden 240 studenten toegelaten (numerus fixus) in 3 tandheelkundige scholen (Amsterdam, Nijmegen en Groningen). Het aandeel vrouwelijke studenten bedroeg in het academiejaar 2007/2008 om en bij de 65%.

Er zijn twee erkende specialisaties: Orale en Maxillofaciale chirurgie (waarvoor een gecombineerde medische en tandheelkundige kwalificatie noodzakelijk is; dit omvat een 4-jarige opleiding) en orthodontie (4-jarige opleiding na de kwalificatie als tandarts). In 2008 waren er 214 orale en maxillofaciale chirurgen erkend en 261 orthodontisten. Daarnaast zijn er tandartsen met een bijzondere interesse of bekwaamheid in volgende deelgebieden: implantologie, parodontologie, endodontie, pedodontie, gnathologie, maxillofaciale prothetiek, gerodontologie, mondzorg bij personen met beperkingen, aanpak van angstige patiënten. Deze titels zijn niet beschermd. De opleiding wordt verzorgd door wetenschappelijke verenigingen en/of universiteiten waarbij de kwaliteitscontrole en registratie gebeurt via de betreffende wetenschappelijke verenigingen. Indien Europese richtlijnen aanwezig zijn, vormen die de basis voor de registratie. In Nederland zijn er 43 geregistreerde pedodontisten (via Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde, NVvK) en 39 tandartsen Bijzondere zorgen (via Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheid voor Gehandicapten, VBTGG).

#### **Mondgezondheid van de Nederlandse bevolking:**

Recente cijfers wijzen er op dat 60 tot 70% van de 11-12 jarigen vrij zijn van cariës. Van de bevolking ouder dan 15 jaar, draagt ongeveer 15% een volledige gebitsprothese. Dit cijfer bedroeg 10 jaar terug nog om en bij de 25%. De mondgezondheid is duidelijk minder goed voor personen van vreemde origine en sociale risicogroepen.

De vraag naar mondzorg stijgt vermits een groter deel van de bevolking de natuurlijke gebitselementen behoudt tot op oudere leeftijd. Het verlenen van adequate mondzorg in de oudere bevolking vormt een uitdaging voor de toekomst.



### 6.2.3.2. Specifieke systemen voor zorgverlening aan personen met bijzondere noden

#### **Tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden:**

In 1970 werd de Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheid voor Gehandicapten opgericht.

In 1976 werd mondzorg opgenomen in de Act Bijzondere Medische Uitgaven. Daarbij werd tandheelkundige zorgverlening voorzien in alle residentiële voorzieningen voor personen met beperkingen, psychiatrische zorgvoorzieningen en verpleeghuizen. Tandartsen konden een contract afsluiten met een voorziening als 'tandarts-consulent' met een vergoeding per uur. Deze vergoedingen, samen met de kost van de benodigde tandheelkundige uitrusting en het hulppersoneel (tandarts-assistentie en mondhygiëniste), werden voorzien vanuit het budget van de residentiële voorziening. Snel bleek echter dat, ondanks de bevoegdheid van vele tandartsen, de verschillen in kwaliteit van zorgverlening tussen voorzieningen zeer groot waren en dat er een tekort aan (vervolg)opleiding was voor de betrokkenen. Vanaf 1975 vond een progressieve de-institutionalisering plaats waarbij bewoners verhuisden naar kleinere residentiële settings. Als gevolg hiervan werd aangeklopt bij algemeen tandartsen voor de nodige zorgverlening. Snel bleek dat deze tandartsen onvoldoende opgeleid waren om deze zorgverlening op te nemen en dat ze zich bijzonder onwennig voelden bij deze situatie [van Grunsven en Koelen, 1990; de Jongh et al, 2008].

In 1990 werd de Regeling Bijzondere Mondzorg ingevoerd. Na de invoering van de verplichte basisverzekering is de regeling Bijzondere Mondzorg intact gebleven tot op heden. Doel van deze regeling was het faciliteren van de rehabilitatie van het oraal functioneren tot een niveau vergelijkbaar met wat het niveau zou zijn indien de afwijking (aangeboren of verworven) niet aanwezig was. Dit omvat drie groepen van personen:

- (1) personen met ernstige orofaciale ontwikkelingsstoornissen: oligodontie, amelogenesis imperfecta, orthodontische anomalieën die behandeling met osteotomie vereisen, cranio-mandibulaire dysfunctie, dento-alveolaire defecten als gevolg van trauma, cheilo-gnatho-palatoschisis, oro-maxillo-faciale defecten,...
- (2) personen met fysieke, cognitieve of mentale beperkingen: personen bij wie reguliere tandheelkundige verzorging dient uitgevoerd te worden in specifieke omstandigheden omdat zorgverlening van eenzelfde niveau niet mogelijk is op andere wijze. Dit omvat ook de aanpak van kinderen en volwassenen met extreme angst voor tandheelkundige zorgverlening.
- (3) medisch gecompromitteerde personen.

De zorgverlening kan daarbij uitgevoerd worden op twee niveaus: in de private tandheelkundige praktijk of in Centra voor Bijzondere Zorg (indien de complexiteit of nood aan multidisciplinaire aanpak dit vereist). In Nederland zijn er momenteel 23 Centra voor Bijzondere Zorg. De meeste van deze centra, erkend door de overheid, zijn gelokaliseerd in (universitaire) ziekenhuizen of tandheelkundige faculteiten. De patiënten worden verwezen naar deze centra, na het bekomen van een toelating voor deze vorm van zorgverlening. De tandartsen die er werkzaam zijn, doen dit meestal op part-time basis. Daarnaast zijn er 13 kleinere centra, gelokaliseerd in residentiële voorzieningen.

Om de zorgverlening in deze Centra voor Bijzondere Zorg te sturen en de kwaliteit ervan te bewaken, werd COBIJT (Consultatie Bijzondere Tandheelkunde) in het leven geroepen in 1990. Deze structuur zorgt voor de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening, bv via visitaties en opstellen van standaarden voor kwaliteit van zorgverlening.

De zorgverlening aan personen met bijzondere noden wordt in deze Centra voor Bijzondere Tandheelkunde meestal verleend door tandartsen met specifieke interesse of expertise. Zij volgden een 3-jarige opleiding. Zo onderscheiden we:

(1) Tandartsen bijzondere zorgverlening:

Aanvankelijk werd een opleidingsprogramma opgestart vanuit de VBTGG (1996). Dit was erg ambitieus en de invoering ervan werd bemoeilijkt door een gebrek aan financiële middelen.

In 2004 werd een nieuwe poging ondernomen, ditmaal in een samenwerkingsverband tussen het Centrum Bijzondere Tandheelkunde Amsterdam en de Radboud Universiteit Nijmegen. De kosten van de opleiding (een modulaire opleiding gespreid over 3 jaren) worden gedragen door de tandarts zelf of het Centrum waar de tandarts werkzaam is. De opleiding bestaat uit 2 dagen gesuperviseerde patiëntenzorg en 1 dag onderzoek en studie. In 2008 vonden de eerste erkenningen plaats (32 tandartsen) door de VBTGG en sinds 2004 werden 8 diploma's afgeleverd.



(2) Tandartsen angstmanagement:

Zowat 5 à 7% van de Nederlandse populatie stelt een bezoek aan de tandarts uit omwille van angst, waarvan 1/3 deze angst combineert met een psychopathologische stoornis. Sinds 2001 wordt een specifieke opleiding aangeboden met als doel een kwaliteitsvolle tandheelkundige zorgverlening te geven aan angstige patiënten. Ook voor deze opleiding wordt een erkenning aangeboden vanuit de VBTGG. Momenteel zijn 24 angsttandartsen erkend in Nederland. De opleiding omvat een 3-jarige opleiding van 3 dagen per week.

(3) Tandartsen – gerodontologen:

De vergrijzing van de bevolking vormt een uitdaging op vlak van organisatie van zorgverlening. Nederland telt 2,2 miljoen 65-plussers waarvan 93,7% thuisverblijvend is. Naarmate de kwetsbaarheid van de oudere toeneemt, neemt de (mond)verzorgingsgraad af (Bots-van 't Spijker et al, 2006). Het verwachte aandeel van 80-plussers zal in Nederland stijgen van 3,2% in 2000 tot 8,8% in 2050 (ter vergelijking: voor Vlaanderen zijn de respectieve proporties 3,6% in 2000 en 11,3% in 2050).

Verschillende studies toonden aan dat de mondzorg in residentiële voorzieningen onvoldoende is. Om deze reden werd een opleiding Tandarts-gerodontooloog opgericht aan de Radboud universiteit van Nijmegen. Intussen studeerden 2 tandartsen af, een andere tandarts is in opleiding.

### 6.2.3.3. Implementatie in de praktijk

Als voorbeeld beschreef de spreker de werking van het Centrum Bijzondere Tandheelkunde (CBT) Rijnmond te Rotterdam (opgericht in 1988). Dit centrum neemt de zorg op voor een populatie van 1,4 miljoen inwoners. De zorgverlening omvat de zorg voor personen met beperkingen (zowel thuisverblijvend als geïnstitutionaliseerd), angstige kinderen, volwassenen met tandartsfobie, medisch gecompromitteerde personen, kwetsbare ouderen. Daarnaast is het centrum ook actief op vlak van opleiding en onderzoek.

Het centrum heeft 8 tandheelkundige behandel eenheden. Er worden een 3.000-tal patiënten op jaarbasis behandeld, waarvan 275 onder algemene anesthesie. Er werken 38 personeelsleden, waarvan 5,8 voltijdse equivalenten (VTE) tandartsen ingevuld door in totaal 18 tandartsen. Daarnaast telt het centrum 3 mondhygiënist en, 15 tandarts-assistenten, 2 psychologen en 3 anesthesisten.

Daarnaast worden ook behandelingen onder volledige narcose uitgevoerd in een aantal private praktijken.

Tot slot bespreekt de spreker een aantal probleempunten en uitdagingen.

Daarbij vermeldt zij:

- Het ontbreken van een erkende specialiteit voor bijzondere zorgverlening: dit impliceert het ontbreken van financiering, bemoeilijken van opleiding en beperken van onderzoek
- Een tekort aan tandartsen en mondhygiënist en
- De inbedding in universitaire ziekenhuizen, tandheelkundige faculteiten of residentiële voorzieningen wat o.a. de transparantie van het financiële plaatje beperkt.
- Een gebrek aan professioneel management

### 6.2.4. Situatie van zorgverlening in een selectie van Europese landen: Frankrijk

Prof Martine Hennequin, verbonden aan de Université d'Auvergne en Hospital Universitaire van Clermont Ferrand (Frankrijk) situeert de toestand bij onze zuiderburen.

#### 6.2.4.1. Structuur van (mond)gezondheidszorg

##### **Algemene structuur van het sociale zekerheidssysteem in Frankrijk:**

De Franse overheid is bij wet verplicht om zorg te verlenen aan zijn onderdanen. Dit wordt beschouwd als een absoluut recht en niet enkel een actie van 'vrijwillige bijstandsverlening'. Alle Franse inwoners hebben bijgevolg recht op preventieve zorgen, medische behandeling, huisvesting, onderwijs, tewerkstelling, een minimum inkomen, sociale integratie en vrijetijdsbesteding. Gelijke rechten zijn dus opgenomen in de Franse wetgeving in duidelijke termen.

Zo is de Franse overheid verplicht om onderwijs te voorzien voor alle kinderen tot de leeftijd van 16 jaar. Dus bijna alle kinderen met beperkingen ontvangen een vorm van ondersteuning voor hun ontwikkeling. Net als voor andere kinderen, behoren hygiëne en zorg om gezondheid tot het takenpakket van de ouders. Ouders kunnen er voor kiezen om zelf de dagelijkse zorg voor hun kind op te nemen en het school te laten lopen in het gewone onderwijsnet, of om het kind in een voorziening te plaatsen. Er zijn bijzonder weinig voorzieningen voor thuiszorg.

Op vlak van onderwijs waren er in Frankrijk in 2002 ongeveer 6.300 bijzondere voorzieningen voor kinderen met een beperking waar om en bij 78.000 personeelsleden de zorg voor 130.000 kinderen opnemen. Dit komt overeen met 0,8% van alle Franse kinderen. Ongeveer 65% van deze groep zijn kinderen met een mentale beperking of meervoudige handicap. Jammer genoeg zijn deze voorzieningen geografisch erg ongelijk verdeeld waardoor sommige kinderen dagelijks een grote afstand moeten afleggen of intern worden omwille van praktische redenen. In 1995 waren er daarnaast nog 11.800 kinderen met een beperking die school liepen in het gewoon onderwijs en 51.000 leerlingen die opgenomen waren in speciale klassen in het gewoon onderwijs. In 1993 ontvingen 91.988 kinderen een uitkering omwille van een beperking.

Voor volwassenen is de situatie minder gunstig en de huidige regering schroefde de voorzieningen sterk terug. In 1994 ontvingen 577.285 personen een invaliditeitsuitkering. Van de personen die thuis verblijven is ongeveer 60% ouder dan 60 jaar. In 1993 verbleef ongeveer 4% in een ziekenhuis, 76% in gemengde voorzieningen en 18% in beschermde woonomgevingen. Om en bij de 11.000 personen met een beperking waren tewerkgesteld in een beschermd werkmilieu (306 werkplaatsen). Ook hier is de geografische distributie erg ongelijk. Net als in vele andere landen kampen deze voorzieningen met chronische onderbestaffing en onvoldoende werkingsmiddelen. Sinds 1987 werd de verplichting ingevoerd voor werkgevers met 20 of meer werknemers om minstens 6% personen met een beperking te werk te stellen. Cijfergegevens uit 1997 geven aan dat in het gewone arbeidscircuit 4% werknemers met beperkingen tewerkgesteld waren.

Personen met een handicap die niet kunnen participeren aan het arbeidscircuit (10% van de personen met een beperking) ontvangen een uitkering van ongeveer 8000€ per jaar.

### **Zorgverleners in de (mond)zorgsector:**

Frankrijk telde 208.249 artsen in 2007, met een toename van 1% per jaar. Dit komt overeen met 3,3 zorgverleners per 1.000 inwoners. De dichtheid verschilt sterk tussen verschillende regio's in Frankrijk. Ongeveer 54% van alle artsen in Frankrijk zijn specialisten. Ongeveer 23% van de huisartsen en 40% van de specialisten werken in dienstverband; 58% van de huisartsen en 20% van de specialisten werken uitsluitend binnen het 'fee-per-item' systeem van de sociale zekerheid.

In Frankrijk zijn er 40.539 tandartsen actief en 928 stomatologen. Hiervan is 93% werkzaam in de private sector en 7% in dienstverband (meestal in ziekenhuizen). Dit komt overeen met 66 tandartsen per 100.000 inwoners. Ook hier is de spreiding over het land erg ongelijk. Het grootste deel van de tandartsen is werkzaam in het nationaal zorgsysteem waarbinnen honoraria voor conserverende, parodontale en chirurgische ingrepen worden vastgelegd.

In Frankrijk zijn geen mondhygiënisten, therapeuten of mondgezondheidsvoorlichters tewerk gesteld; tandartsen werken meestal zonder assistentie (tewerkstelling van een hulpkracht is bijzonder duur).

In Frankrijk zijn er 16 tandheelkundige faculteiten waar in totaal 974 docenten werkzaam waren in 2006. In het academiejaar 2009-2010 startten 1.154 studenten tandheelkundige studies.

De opleiding duurt 6 jaar en omvat een theoretische, praktische en klinische training die afgerond wordt met een stage in de algemene praktijk. Tot 2010 is orthodontie de enige erkende specialiteit.

Elk jaar kunnen ongeveer 95 studenten 5de jaar een opleidingsplaats (orthodontie, orale chirurgie, ziekenhuistandheelkunde) bekomen na een nationale competitie. Deze programma's duren 3 jaar en worden gefinancierd door de overheid.

### **Financiële aspecten van zorgverlening:**

Het Franse gezondheidszorgsysteem wordt geleid en gefinancierd door de overheid. Het is opgericht volgens het medische model en is er op gericht om tegemoet te komen aan zorgvragen. Dit brengt met zich mee dat het een hoog kostenplaatje heeft vermits het gedreven wordt door behandeling en een sterke techniciteit kent. In 2001 besteedde Frankrijk 9,5% van zijn Bruto Nationaal Product (BNP) aan gezondheid, waarvan de helft besteed werd aan ziekenhuiszorg en 20% aan geneesmiddelen. In de regel betaalt de patiënt de volledige kost van ambulante zorgen en medicatie, waarvan nadien ongeveer 70% terugbetaald wordt door het sociale zekerheidssysteem indien de behandeling voorkomt op een opgestelde lijst. Het resterende bedrag valt ten laste van de patiënt of wordt gedekt door een private verzekering. Het budget voor tandheelkundige zorgverlening maakt 6% uit van het totale medische budget (2008).

Ongeveer 86% van de Franse bevolking heeft een aanvullende zorgverzekering, weliswaar met variabele voordelen. Verzorging in ziekenhuizen is vrij van kosten voor de patiënt, de voorziening ontvangt vastgestelde bedragen rechtstreeks van de sociale zekerheid, dit zowel in de private als de publieke sector. Privé ziekenhuizen of zorgverleners rekenen supplementen aan bovenop deze bedragen en rekenen ook kosten aan voor extra comfort (bv supplement voor eenpersoonskamer). Alle zorgverleners, zowel in de private als de publieke sector, hebben het recht om behandelingen uit te voeren of medicatie voor te schrijven buiten het systeem van sociale zekerheid maar dit valt dan 100% ten laste van de patiënt.

Sinds 2000 ontwikkelde de overheid een programma met verruimde toegankelijkheid voor aanvullende tegemoetkomingen voor personen met lage inkomens. Sinds dan is het percentage van de bevolking dat geniet van een aanvullende tegemoetkoming gestegen van 86% tot 92%. Om financiële barrières voor zorgverlening uit de weg te ruimen werd een speciale sociale zorgverzekering (openbare universele aanvullende zorgverzekering – CMUC) ingevoerd voor alleenstaande personen met een inkomen lager dan 7611€/jaar. De CMUC dekt 100% van de honoraria, zonder aanvullende kosten, inclusief het deel dat niet terug betaald wordt door de sociale zekerheid. Uitkeringen voor volwassenen met een beperking en de solidariteitstoelage voor ouderen zijn beiden net hoger dan het minimum inkomen dat als voorwaarde dient voor de CMUC.

In de toekomst worden wijzigingen verwacht op vlak van de verhouding tussen private verzekering en het publieke systeem. De sociale zekerheid kampt met chronische tekorten en recente besparingen waren weinig succesvol. De regering kondigde maatregelen aan die een verschuiving inhouden van verantwoordelijkheden van de publieke naar de private sector.

### **Kosten van tandheelkundige zorgen:**

Net zoals voor medische zorgen, betaalt de patiënt het volledige bedrag aan de tandarts en wordt nadien zowat 70% terugbetaald via het sociale zekerheidssysteem. In sommige gevallen wordt het resterende bedrag gedekt via een private verzekering. Voor kroon- en brugwerk, prothetisch werk, preventie en implantaten bestaan geen opgelegde honoraria maar wordt een terugbetaling voorzien van een vast bedrag waarbij de patiënt het verschil (vaak vrij groot) zelf betaalt.

Wanneer de patiënt recht heeft op de CMUC (laag inkomen), wordt het honorarium voor restauratieve zorgen, endodontie en extracties aan 100% rechtstreeks betaald aan de tandarts. Voor prothetisch werk en orthodontische behandelingen werden vaste tarieven bepaald, in overleg met de beroepsverenigingen, die verplicht moeten toegepast worden.

Recent werd het gebruik van bewuste sedatie met lachgas/zuurstof mengsel in de algemene praktijk toegelaten. De kosten hiervan komen volledig ten laste van de patiënt. Preventieve handelingen en adviezen (uitgezonderd verzegelingen) worden niet terugbetaald via de sociale zekerheid.

## 6.2.4.2. Specifieke systemen voor zorgverlening aan personen met bijzondere noden

### Tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden:

#### Preventieve zorgverlening:

In scholen voor bijzonder onderwijs gaat weinig aandacht naar de preventie van mondgezondheidsproblemen. In 96,5% van de voorzieningen was er geen fluoridering en in 89% van de gevallen was er geen individueel, uitgeschreven protocol voor mondhygiëne voor de kinderen. De voornaamste redenen hiervoor zijn de lage scholingsgraad van het personeel en de idee die leeft bij de verantwoordelijken dat er geen probleem is als er geen duidelijke symptomen zijn.

Van de 1.258 scholen die participeerden, stelde 281 onder hen dat een jaarlijkse screening door een tandarts werd georganiseerd. Details over de wijze van uitvoeren van de onderzoeken, hoe omgesprongen werd met niet-coöperatieve kinderen en of er ook behandeling volgde, zijn niet beschikbaar.

### Mondgezondheid van personen met bijzondere noden:

In 2005 werd een nationaal onderzoekproject gelanceerd met als doel de evaluatie van de noden op vlak van mondgezondheid van kinderen en volwassenen met beperkingen. Dit was een initiatief van de drie Franse nationale gezondheidszorgverzekeraars (de Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), de Mutualité Sociale Agricole (MSA) en de Assurance Maladie des Professions Indépendantes (RSI)). Dit programma omvatte: (1) een cross-sectionele, gerandomiseerde studie van de mondgezondheid in een representatieve steekproef van 7.259 kinderen en jongeren die school lopen in voorzieningen; (2) een cross-sectionele, gerandomiseerde studie in een representatieve steekproef van 6.331 families met als doel de inventarisatie van problemen ervaren bij de tandheelkundige zorgverlening van hun kind; (3) een cross-sectionele, gerandomiseerde studie van problemen ervaren door tandartsen bij het behandelen van personen met een beperking (steekproef van 6.895 tandartsen); (4) een studie naar de problemen ervaren in voorzieningen om de mondgezondheid te handhaven (steekproef van 1.258 voorzieningen) [Hennequin et al, 2008]. Hoewel deze studies niet de volledige populatie omvatten, bieden ze toch een goed beeld van de situatie op vlak van bijzondere zorgverlening in Frankrijk.

#### Mondgezondheid van kinderen en jongeren met beperkingen:

In vergelijking met leeftijdsgenoten zonder beperking, hebben 6-12 jarigen met een beperking: (1) een 4 maal hoger risico op een gebrekkige mondgezondheid; (2) een twee maal hoger risico op nood aan tandverzorging; (3) een 5 maal hoger risico voor het nodig hebben van gezondheidsvoorlichting en preventie. Voor 13-20 jarigen geldt: (1) een 3,5 maal hoger risico op een gebrekkige mondgezondheid; (2) een 1,5 maal hoger risico op nood aan tandverzorging; (3) een 1,5 maal hoger risico voor het nodig hebben van gezondheidsvoorlichting en preventie.

#### Zorgverlening in algemene tandartspraktijken:

Van de 6.895 deelnemende tandartsen, was 94,5% werkzaam in een private praktijk. Hiervan antwoordde 38,5% dat zij de vraag kregen om kinderen met een beperking te behandelen. Hiervan was 42,5% niet in staat om de patiënt te behandelen en diende de patiënt verwezen te worden naar een andere zorgverlener of een specifiek centrum. Behandeling van de patiënt en zelfs het verwijzen was onmogelijk in 13,8% van de gevallen. De toegankelijkheid van de praktijken bleek geen belangrijk probleem; 64,2% van de praktijken was toegankelijk voor rolstoelpatiënten.

De voornaamste redenen die het verlenen van zorgen aan kinderen met een beperking verhinderden waren:

#### (1) Problemen eigen aan het kind zelf:

- Onvoldoende medewerking van het kind (62,3%)
- Technische moeilijkheid van de te leveren behandeling (31,7%)
- Gezondheidstoestand van de kinderen (19,7%)
- Afhaken door familie of zorgdragers (7,2%)
- Geografische locatie van woonplaats van het kind (2,1%)

(2) Factoren eigen aan de practicus zelf:

- Uitrusting voldoet niet (13,4%)
- Tijdsgebrek (7,1%)
- Gebrek aan opleiding (5,8%)
- Tekort aan staf (5%)

In 11,3% van de gevallen werd vermeld dat de regionale structuren ontbraken.

Zorgverlening in ziekenhuismidden:

Faciliteiten voor het verlenen van zorg aan personen met een beperking zijn slechts in enkele ziekenhuizen beschikbaar. Bovendien zijn er grote verschillen tussen het type van zorgen dat verleend wordt en de wijze waarop dit georganiseerd wordt (ambulant, opname, dagcentrum). In sommige centra is de dienstverlening beperkt tot het uitvoeren van extracties onder volledige narcose. In andere centra worden volledige orale rehabilitaties uitgevoerd inclusief gedragsmanagement, sedatie, prothetisch herstel, orthodontische behandeling en restauratief werk. In sommige centra worden alle leeftijdsgroepen opgevangen, terwijl in andere centra enkel kinderen behandeld worden. De meeste centra hebben te kampen met een gebrek aan middelen en tekort aan staf. Er bestaan wachtlijsten van 2 tot 6 maanden.

### 6.2.4.3. Implementatie in de praktijk

De zorg om gezondheid voor personen met beperkingen kent een stroomversnelling. In 2008 werd de eerste nationale conferentie over toegankelijkheid van zorg voor personen met een handicap georganiseerd door de Hoge Gezondheidsraad. Het doel van deze tweedaagse conferentie was om een rapport voor te stellen met de barrières voor zorgverlening aan personen met een beperking en om concrete voorstellen tot verbetering te formuleren. Van de 23 experts die een literatuuroverzicht brachten van de problematiek, maakte ook een zorgverlener mondgezondheid deel uit. Het rapport kan geraadpleegd worden online ([http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/audition\\_publique\\_acces\\_soins\\_personnes\\_handicap\\_22\\_23102008.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/audition_publique_acces_soins_personnes_handicap_22_23102008.pdf)).

Een verbetering van de mondgezondheid van personen met een beperking vormt 1 van de 10 punten van het nationaal mondgezondheidsplan (raadpleegbaar via [santé-orale-et-autonomie.fr](http://sante-orale-et-autonomie.fr)).

In de voorbije jaren werden administratieve richtlijnen uitgevaardigd die toelaten aan huisartsen om patiënten te behandelen die anders in een ziekenhuismidden zouden behandeld worden. Deze netwerken brengen professionelen met interesse in een bepaalde aandoening samen. Dergelijke netwerken werden gevormd voor patiënten met kanker, alcoholverslaving, multipole sclerose, palliatieve zorgen, en andere. In de voorbije 4 jaren werden verschillende netwerken opgestart voor de coördinatie van mondzorg voor personen met een beperking. Momenteel werd nog geen evaluatie van deze netwerken uitgevoerd.

## 6.3. Reflecties met betrekking tot de implementatie van zorgverlening aan personen met bijzondere noden binnen het Belgische gezondheidszorgsysteem

In een tweede luik van het symposium werd via een discussie in groepen, onder leiding van een moderator en aan de hand van een aantal richtvragen, van gedachten gewisseld. Doel was om voorstellen te formuleren voor de implementatie van een aangepaste zorgverlening binnen de Belgische context. Door de gemengde samenstelling van de groepen (zowel Belgische als buitenlandse deelnemers) kon een boeiende discussie opgebouwd worden. Een samenvatting van de opmerkingen en suggesties wordt hiernavolgend voorgesteld, gebundeld in functie van het kader dat aangereikt werd voor de discussie.

### 6.3.1. Is er nood aan specifieke systemen van zorgverlening in deze sector? Of zijn er voldoende mogelijkheden binnen het huidige systeem?

- Een zelfde standaard van zorgverlening zou beschikbaar moeten zijn voor elke persoon, ongeacht een eventuele beperking en ongeacht zijn eventuele nood aan bijzondere zorgverlening.
- Er is geen nood aan een volledig apart circuit, enkel personen die niet kunnen behandeld worden in de gewone tandartspraktijk moeten terecht kunnen in een aangepast systeem.
- De nood aan een aangepast systeem van zorgverlening blijkt uit volgende bedenkingen:
  - Hoewel er op dit ogenblik (nog) geen tekort aan mankracht is in de sector, is er wél een tekort aan professionele zorgverleners om aangepaste zorgen te verlenen. Niet elke tandarts voelt zich geroepen voor dit soort werk.
  - Er is een tekort aan opgeleid personeel voor deze taak. Differentiatie van taken is in dit opzicht belangrijk. Deze zorg kan (deels) opgenomen worden door zowel tandartsen als tandarts-assistenten, mondhygiënisten of mondzorgassistenten. Deze laatste groepen van hulpkrachten zijn momenteel niet aanwezig in het gezondheidszorgsysteem in België.
  - De bestaande financiële tegemoetkomingen volstaan niet om de extra kosten en tijdsinvestering te dekken.
  - Er is een probleem op vlak van toegankelijkheid van de voorzieningen (bv aangepast transport) maar ook op vlak van toegankelijkheid van de mond (als gevolg van problemen met coöperatie). Voor het eerste probleem kan vrij makkelijk een oplossing gevonden worden; het tweede punt vraagt specifieke aandacht en het creëren van een gevoel van veiligheid voor de betrokkenen.
  - Er wordt onvoldoende aandacht besteed aan mondgezondheidsvoorlichting naar patiënten toe maar ook naar zorgverleners in de beoogde doelgroepen. Aangepaste opleiding van betrokkenen, hun omgeving maar ook van artsen en verpleegkundigen is nodig.
  - De bestaande mogelijkheden (bv hogere frequentie van tegemoetkoming voor reinigingen) zijn beperkt, onvoldoende gekend of vereisen teveel administratie (bv. aanvraag voor tegemoetkoming voor orthodontie of prothetisch werk).
- De bestaande mogelijkheden moeten minstens uitgebreid worden en beter gecommuniceerd, zowel naar betrokkenen toe als naar zorgverleners toe.

### 6.3.2. Welke patiëntengroepen komen hiervoor in aanmerking?

In de discussie werd de doelgroep als volgt omschreven:

Personen die de zorg om hun eigen mondgezondheid niet zelf in handen kunnen nemen omwille van hun mentale, fysieke en/of medische toestand en dit onafhankelijk van hun leeftijd.

Dit omvat onder andere:

- Personen met een mentale beperking
- Personen met een fysieke beperking
- Kwetsbare ouderen
- Personen die verblijven in woonzorgcentra
- Personen die genieten van thuiszorg
- Kinderen en jongeren die in jeugdcentra verblijven
- Personen met een ernstige medische aandoening
- ....

Er bestaat discussie rond het feit of personen met een fobie of angst voor tandheelkundige zorg ook moeten opgenomen worden. Dit geldt eveneens voor personen met een ongunstige sociale situatie of van vreemde (allochtone) origine.

### 6.3.3. Hoe kunnen deze personen geïdentificeerd worden?

Algemeen werd gesteld dat dit geen eenvoudige opdracht is.

Volgende voorstellen werden geformuleerd:

- Personen met een beperking: opsporen via een specifiek sociale zekerheidsnummer? Identificatienummer ziekenfondsen (WIGW)?
- Via bijzonder onderwijs en voorzieningen
- Via de sociale dienst van gemeenten, Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB)
- Via een onderzoek door een (huis)arts, bijvoorbeeld als onderdeel van het Globale Medische Dossier?
- Gebaseerd op Internationaal Classificatiesysteem van Aandoeningen (International Classification of Diseases)(ICD).
- Er werd een suggestie gedaan om uniforme (Europese ) criteria op te stellen om de doelgroepen af te lijnen. Daarbij dienen volgende punten in rekening gebracht te worden:
  - Graad van mobiliteit
  - Mogelijkheid van zelfzorg
  - Mogelijkheid tot communicatie
  - Niveau van autonomie
  - Mate waarin de patiënt coöperatief is

### 6.3.4. Welke systemen zouden nuttig/wenselijk zijn?

Het is duidelijk dat het opvangen van de complexe noden niet mogelijk is via één enkel systeem, er zal een waaier van complementaire oplossingen moeten uitgewerkt worden.

Globaal wordt gesteld dat zoveel als mogelijk zorg moet plaatsvinden via het reeds bestaande systeem en in de gewone tandartspraktijk. Enkel voor personen waarvoor dit niet mogelijk is, moeten oplossingen gezocht worden.

Via meer gerichte opleiding zou een deel van de nood reeds kunnen gelenigd worden.

In private praktijken:

- Mogelijkheid om (inhalatie)sedatie toe te passen in de private praktijk invoeren
- Delegatie van taken aan hulpkrachten (bv mondhygiënist)
- Eerst raadpleging bij algemeen tandarts, dan eventueel verwijzing indien nodig

Zorgverlening in voorzieningen:

- Screening van de mondgezondheid en evaluatie van individuele noden invoeren bij opname van elke nieuwe bewoner
- De installatie van een operationele tandheelkundige unit (in grotere voorzieningen) zou toelaten om de zorg ter plaatse uit te voeren; ook externe tandartsen (tandarts van bewoner) zou van deze apparatuur kunnen gebruik maken. Eventueel kunnen bewoners van omliggende voorzieningen eveneens daar terecht voor deze vorm van zorg (systeem van pooling).
- Mobiele tandheelkundige units vormen een andere mogelijkheid. In sommige groepen werd evenwel de haalbaarheid ervan in vraag gesteld (kosten, vereisten veiligheid en hygiëne, ...). In elk geval vereist dit een goed functionerende coördinatieceel.

Verwijscentra waar patiënten kunnen opgevangen worden wanneer de zorg niet plaatselijk kan verleend worden, zijn zeker nuttig.

Het oprichten van een 'Informatiepunt' is bijzonder interessant voor practici die patiënten met bijzondere noden zien in hun eigen praktijk. Vaak worden ze geconfronteerd met zeldzame of complexe aandoeningen en bestaat de nood om advies in te winnen. In een deel van de gevallen is enkel contactname voldoende, in andere gevallen zal de patiënt moeten gezien worden (in een verwijscentrum) en kan, op basis van een individueel behandelplan, de zorg (deels) verleend worden door de eigen tandarts. Een webtoepassing zou op dit vlak ook een welkome hulp vormen.

Ten slotte kan het oprichten van een transportsysteem of het instellen van zorgverlening aan huis (met mobiele units) voor moeilijk verplaatsbare patiënten een oplossing vormen. Hiervoor is, naast de technische vereisten en de mankracht, ook een goede coördinatieceel essentieel.



### 6.3.5. Welk type handelingen voorzien en door wie?

Het belang van preventie wordt door alle aanwezigen benadrukt.

Dagelijkse verzorging:

- Training van verpleegkundigen, opvoeders, zorgverleners en leerkrachten is dringend nodig. Er zou een basispakket mondzorg in deze opleidingen moeten voorzien worden. Via dit kanaal zouden zelfredzame personen (en hun ouders) kunnen bijgestuurd worden. Bij niet zelfredzame personen kunnen zij de dagelijkse zorg opnemen en bij problemen verwijzen naar professionele hulpkrachten.
- Dit geldt eveneens voor de training van tandartsen
- Inschakelen van preventie-assistentes kan deze zorg ondersteunen of overnemen

Professionele zorgverlening:

- Zorgverlening op vrijwillige basis vormt geen goed systeem; deze taak is te belangrijk
- Tandartsen met een specifieke affiniteit voor deze zorgverlening zijn noodzakelijk
- Studenten in contact brengen met personen met bijzondere noden tijdens hun basisopleiding
- De nood aan orthodontische behandeling is groot in deze doelgroep
- De mogelijkheid van hogere frequentie van professionele reinigingen zou wenselijk zijn
- Mogelijkheid van behandeling onder anesthesie is nodig

### 6.3.6. Financiële aspecten?

Dit behoort tot de verantwoordelijkheid van de overheid. Indien de overheid dit zou willen dan zou dit geen probleem mogen vormen. Maar ook hier zal men stoten op de versnippering van de verantwoordelijkheden over verschillende politieke beslissingsniveau's (nationaal, regionaal,...).

Alternatieve systemen voor de vergoeding van de tandarts dienen overwogen te worden, bijvoorbeeld: vast loon, vergoeding per uur, vast bedrag per jaar en per patiënt, ... Deze aangepaste vormen vereisen wel bijkomende controles en opvolging, bijkomende administratie...

### 6.3.7. Waar prioriteiten leggen?

Hier worden verschillende suggesties gemaakt:

- Budget voor tandheelkundige zorgverlening verhogen
- Mentaliteit van ouders en zorgdragers wijzigen
- Mentaliteit van tandartsen wijzigen
- Opleiding van tandartsen bijsturen
- Voorzieningen responsabiliseren
- Databanken opzetten om de situatie te evalueren. Er zal met een stevig onderbouwd dossier naar de overheid moeten gestapt worden.
- Publieke betrokkenheid verhogen via de media

### 6.3.8. Conclusie

Het is duidelijk dat een globale visie dient ontwikkeld te worden. Kleine stapjes helpen nauwelijks wanneer deze niet in een vooraf vastgelegd stramien worden ingebed. Er dient een globaal plan uitgewerkt te worden, de implementatie ervan kan eventueel gefaseerd gebeuren.



## Referenties

Bakke M, Bergendal B, McAllister A, Sjögreen L, Åsten P. Development and evaluation of a comprehensive screening for orofacial function. *Swed Dent J* 2007;31:75–84.

Bots-van't Spijker PC, Wierink CD, de Bast C. Proactieve mondzorg voor onzelfredzame ouderen. Een toenemende verantwoordelijkheid. *Ned Tijdschr Tandheelkunde* 2006;113(5):197-201.

Brahm CO, Klingberg G, Ekfeldt A. Prosthodontic treatment of patients with disabilities at dental specialist clinics in the County of Västra Götaland. *Swed Dent J* 2009;33(1):11-8.

de Jongh A, van Houtem C, van der Schoof M, Resida G, Broers D. Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. *Spec Care Dentist* 2008;28:111-115.

De Visschere L: The development and application of an oral health care model for institutionalised older people. PhD, Academia Press, Scientific Publishers 9000 Gent, 2010.

Declerck, D., Vanobbergen, J., Martens, L., Lesaffre, E., Bottenberg, P., and Hoppenbrouwers, K. Oral Health of children in Flanders (Belgium). Final project report of the Signal Tandmobiel® Project. Declerck, D. 2002.

Hagman-Gustafsson ML, Holmén A, Strömberg E, Gabre P, Wårdh I. Who cares for the oral health of dependent elderly and disabled persons living at home? A qualitative study of case managers' knowledge, attitudes and initiatives. *Swed Dent J* 2008;32(2):95-104.

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.

Hugoson A, Sjodin B, Norderyd O: Trends over 30 years, 1973-2003, in the prevalence and severity of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 2008;35:405-414.

Katz S, Down T, Cash H: Progress in the Development of the Index of ADL. *Gerontologist* 1970;10:20-30.

Leroy R, Declerck D, Marks L: The oral health status of Special Olympics athletes in Belgium. Submitted to *Community Dent Health* in 2010.

Rochtus K, Pongers R, Schalenbourg B, Vicca C: Sociale Landkaart ® Informatiewijzer federale en Vlaamse voorzieningen. 2009.

van Grunsven MF, Koelen MA: [Psycho-social aspects of dental care for the handicapped. An investigation into dental care for handicapped children living at home]. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1990;97:448-451.

Vanobbergen J, Martens L, Lesaffre E, Declerck D: The Signal-Tandmobiel® project, a longitudinal intervention health promotion study in Flanders (Belgium): baseline and first year results. *Eur J Paediatr Dent* 2000;2:87-96.

Wårdh I, Berggren U, Andersson L, Sörensen S. Assessments of oral health care in dependent older persons in nursing facilities. *Acta Odontol Scand* 2002;60(6):330-336.



**Bijlage 6.1**

**INTERNATIONAAL SYMPOSIUM**

**“Tandheelkundige zorgverlening voor personen met bijzondere noden”  
ICC Gent - woensdag 25 augustus 2010  
(ter gelegenheid van het 20ste IADH wereldcongres)**

Tijdens het symposium zullen de structuren van verschillende Europese landen om mondzorg te organiseren voor personen met bijzondere noden worden voorgesteld. De klemtoon zal liggen op de organisatie van mondzorg voor personen met motorische en verstandelijke beperkingen en (kwetsbare) ouderen. Op basis daarvan zal gepoogd worden suggesties te formuleren voor het verbeteren van de organisatie en de toegankelijkheid van de tandheelkundige zorgverlening in deze doelgroepen in België.

**Programma**

08u30 - 09u00	Onthaal
<b>Situering van de bijzondere tandheelkunde binnen Europa</b>	
Moderator: Prof. Dominique Declerck (Katholieke Universiteit Leuven)	
09u00 - 09u45	<b>De situatie in België</b> Dr. Roos Leroy, Katholieke Universiteit Leuven, België
09u45 - 10u30	<b>De situatie in Frankrijk</b> Prof. Martine Hennequin, Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, Frankrijk
10u30 - 11u00	Koffie
Moderator: Prof. Jacques Vanobbergen (Universiteit Gent)	
11u00 - 11u45	<b>De situatie in Zweden</b> Dr. Johanna Norderyd, Institute for Postgraduate Dental Education, Jönköping, Zweden
11u45 - 12u30	<b>De situatie in Nederland</b> Tandarts Elinor Bouvy, Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde, Rijnmond, Rotterdam, Nederland
12u30	Broodjeslunch
<b>Discussieforum m.b.t. mogelijke oplossingen voor de situatie in België</b>	
13u30 - 15u00	<b>Discussie in groepen:</b> <b>begeleiding door een moderator en een rapporteur</b>
15u00 - 15u30	Koffie
15u30 - 16u45	<b>Rapportering discussiegroepen en besluitvorming</b>
16u45	<b>Slotwoord</b> Stefaan Hanson, Coördinator Pilotproject Bijzondere Noden, België

# Procesevaluatie

Dit hoofdstuk omvat het verslag van de procesevaluatie van het Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden. In eerste instantie wordt de procesevaluatie van de studie als geheel gerapporteerd en vervolgens voor de belangrijkste onderdelen van de studie.

## 7.1 Algemene Procesevaluatie van het Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN)

### 7.1.1 Basisinformatie

Het doel van dit pilotproject was de huidige toestand van de tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood van personen met bijzondere noden en de mogelijke drempels voor het organiseren van mondzorg in kaart te brengen en op basis van die gegevens concrete voorstellen te formuleren voor het organiseren van preventieve en curatieve mondzorg voor deze personen binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Het doel van deze studie werd opgesplitst in de volgende objectieven (zie hoofdstuk 1):

Objectief 1: het definiëren en omschrijven van beide doelgroepen met aandacht voor hoedanigheid, aantal, verblijfsituaties en sociaal statuut

Objectief 2: het in kaart brengen van de tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood van personen met bijzondere noden en van mogelijke drempels voor het organiseren van mondzorg.

Objectief 3: het verband nagaan tussen de subjectieve en objectieve mondgezondheid, de algemene gezondheidsattitude, socio-economische variabelen en het (mond)zorgconsumptiepatroon van personen met bijzondere noden.

Objectief 4: het exploreren en analyseren van het aanbod aan tandheelkundige zorgverlening in andere landen van Europa in relatie tot hun gezondheidszorgsysteem

Objectief 5: het formuleren van aanbevelingen voor het organiseren van adequate en toegankelijke mondzorg voor personen met bijzondere noden

Voor objectieven 1 tot en met 4 wordt hierna de procesevaluatie kort weergegeven.

### 7.1.2 Verloop

Voor het realiseren van de objectieven van deze studie werd beroep gedaan op een adviescommissie die werd samengesteld uit medewerkers van verschillende Belgische universiteiten (K.U.Leuven, UCL, UGent, ULB en ULG) met expertise in mondzorg voor personen met bijzondere noden en vertegenwoordigers van het Verbond van Vlaamse Tandartsen (VVT), de Société de Médecine Dentaire (SMD) en de Chambres Syndicales Dentaires (CSD) (zie hoofdstuk 1) en 2 wetenschappelijke medewerkers. De wetenschappelijk medewerker van de K.U.Leuven legde zich specifiek toe op de objectieven van deze studie met betrekking tot personen met (fysieke, zintuiglijke, motorische en/of mentale) beperkingen en de wetenschappelijk medewerker van de UGent op de kwetsbare ouderen. Het pilotproject werd gecoördineerd door Stefaan Hanson bijgestaan door assistent-coördinatoren van het Verbond der Vlaamse Tandartsen.

De adviescommissie kwam maandelijks samen om alle acties van deze studie op te volgen, te evalueren en desgewenst bij te sturen. In de fase van de rapportering werden alle teksten in het Nederlands opgesteld en nagelezen door de Nederlandstalige leden van de adviescommissie. Na herwerking en aanpassing werden de teksten naar het Frans vertaald en nagelezen door de Franstalige leden van de adviescommissie. Waar nodig werden de beide versies van de teksten aangepast na feedback van de Franstalige collega's.

Voor het realiseren van de beoogde objectieven werd een verzoek tot advies van het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Gent ingediend. Door de aanwezige ervaring binnen de adviescommissie en het gebruik van reeds door het Ethisch Comité goedgekeurde documenten (oa. Informed Consent), werd de goedkeuring (2010/126) op een vlotte wijze bekomen op 24 maart 2010.

### 7.1.2.1 Objectief 1: Het definiëren en omschrijven van beide doelgroepen met aandacht voor hoedanigheid, aantal, verblijfsituaties en sociaal statuut

Vooraleer de werkzaamheden aan te vatten, werden beide doelgroepen gedefinieerd en omschreven. De resultaten hiervan werden weergegeven in hoofdstuk 2.

Algemeen kan gesteld worden dat objectief 1 werd bereikt maar met de nodige restricties. Na intensief onderzoek is gebleken dat het voor beide doelgroepen moeilijk was om op basis van de beschikbare gegevens exact aan te geven over hoeveel personen het precies gaat, waar deze personen zich bevinden en tot welk sociaal statuut deze personen behoren. Door een goede samenwerking met oa. medewerkers van het RIZIV en andere organisaties was het toch mogelijk beide doelgroepen voldoende adequaat af te bakenen in functie van het uitvoeren van dit pilootproject.

Bij het afbakenen van de doelgroep personen met beperkingen werden volgende knelpunten ervaren:

- In het federale België zijn de verschillende materies met betrekking tot personen met een beperking verdeeld over het federaal niveau, de gewesten en de gemeenschappen, wat het maken van een inventaris niet bevordert. Zo blijkt er geen centraal register te bestaan van alle inwoners met een beperking. Er is de databank van de Federale overheidsdienst Sociale Zekerheid, Directie-Generaal Personen met een handicap, maar in die databank zijn bijvoorbeeld die personen die vallen onder de invaliditeitsverzekering, het stelsel van de arbeidsongevallen of het stelsel van de beroepsziekten niet per definitie begrepen want voor deze stelsels bestaan er specifieke instellingen (het RIZIV, het Fonds voor Arbeidsongevallen en het Fonds voor de Beroepsziekten). Voor zover ons bekend zijn er voor de Belgische bevolking ook geen duidelijke cijfers over het aantal personen met een specifieke beperking (bv. aantal personen met een zintuiglijke beperking, aantal personen met een fysieke beperking, aantal personen met een verstandelijke beperking).
- Een alternatieve piste om het totaal aantal personen met een beperking in België te kennen, zou zijn om de databanken van de instellingen die op gemeenschapsniveau bevoegd zijn voor het gehandicaptenbeleid te bundelen. Maar, ook deze databanken blijken niet volledig te zijn en ook geen informatie te bevatten over de aard van de beperkingen.
- De gegevens van de verschillende initiatieven op het vlak van wonen, werken en onderwijs voor personen met beperkingen en het aantal personen dat er beroep op doet, werden vlot gevonden op de websites van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, de Agence Wallonne pour l'intégration des personnes handicapées en de Dienststelle für Personen mit Behinderung (niet vermeld in Hoofdstuk 2 gezien de kleine aantallen). De gegevens voor Brussel werden opgevraagd, maar nooit verkregen.

Voor de kwetsbare ouderen dient rekening gehouden te worden met volgende knelpunten:

- Via het RIZIV konden exacte aantallen bekomen worden van ouderen ( $\geq 65$  jaar) die in woonzorgcentra verblijven. Voor ouderen die thuis verblijven met thuiszorgondersteuning was het enkel mogelijk exacte aantallen te bekomen voor personen van **60 jaar of ouder**. Op basis van deze data werden voor de doelgroep kwetsbare ouderen van deze pilootstudie personen van 60 – 64 jaar geselecteerd maar niet gebruikt in de analyses omdat de doelgroep kwetsbare ouderen op vlak van leeftijd afgebakend werd op 65 jaar of ouder.

- Het inschatten van de graad van zorgafhankelijkheid gebeurt voor personen  $\geq 65$  jaar, die in een woonzorgcentrum verblijven op een andere manier (Katz-index) dan voor personen  $\geq 65$  die thuis verblijven met thuiszorgondersteuning (Bel-schaal). Het vergelijken van beide groepen op basis van hun graad van zorgafhankelijkheid moet daarom met de nodige voorzichtigheid gebeuren.

### 7.1.2.2 Objectief 2: Het in kaart brengen van de tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood van personen met bijzondere noden en van mogelijke drempels voor het organiseren van mondzorg

Het in kaart brengen van de tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood van personen met bijzondere noden en van mogelijke drempels voor het organiseren van mondzorg kon op adequate wijze uitgevoerd worden en werd gerapporteerd in hoofdstukken 3, 4 en 5.

Voor beide doelgroepen werd de doelstelling bereikt binnen de vooropgestelde termijn van deze studie maar met bepaalde restricties. Hiervoor waren intense inspanningen noodzakelijk van alle medewerkers betrokken in het rekruteren en onderzoeken van het vooropgestelde aantal personen voor beide doelgroepen. Dank zij een goede communicatie en een efficiënte organisatie verliep de datacollectie vrij vlot.

Voor beide doelgroepen samen werden volgende knelpunten ervaren:

Het voorbereiden van het uitvoeren van de klinische onderzoeken en het opstellen van de vragenlijsten voor personen met bijzondere noden en zorgverleners en de vertaling van deze documenten nam meer tijd in beslag dan voorzien. Hierdoor kon de datacollectie pas van start gaan in mei 2010, terwijl de aanvang initieel voorzien was voor februari 2010.

Bij de doelgroep personen met beperkingen werden volgende knelpunten ervaren:

- Door het noodgedwongen uitstellen van de start van de onderzoeksperiode viel deze deels samen met de vakantieperiode, wat vooral een probleem gaf bij de onderzoeken gepland in het buitengewoon onderwijs.
- De andere knelpunten bij de rekrutering van personen met beperkingen worden verder in dit hoofdstuk samengevat.

Voor de kwetsbare ouderen die thuis verblijven met thuiszorgondersteuning werden volgende knelpunten ervaren:

- Het versnipperd aanbod aan diverse organisaties die thuiszorg aanbieden.
- Het niet beschikbaar zijn van een databank met desiderata van organisaties die actief zijn in de thuiszorg.
- Het niet beschikbaar zijn van de adresgegevens van ouderen in de thuissituatie omwille van privacy wetgeving.
- Het ontbreken van begeleiding door zorgverleners van de organisaties tijdens het uitvoeren van de klinische mond-onderzoeken.
- Weigering tot medewerking omwille van gebrek aan tijd, schending van de privacy en een te frequente vraag tot medewerking aan onderzoek.

### 7.1.2.3 Objectief 3: Het verband nagaan tussen de subjectieve en objectieve mondgezondheid, de algemene gezondheidsattitude, socio-economische variabelen en het (mond)zorgconsumptiepatroon van personen met bijzondere noden.

Als objectief 3 werd vooropgesteld om het verband na te gaan tussen de subjectieve en objectieve mondgezondheid, de algemene gezondheidsattitude, socio-economische variabelen en het (mond)zorgconsumptiepatroon van personen met bijzondere noden. Hiervoor was het noodzakelijk zelf gegevens te verzamelen en bijkomende gegevens uit bestaande databanken op te vragen voor de beide doelgroepen. Om deze gegevens te koppelen dienden machtigingen aangevraagd en toegekend door het Sectoraal Comité van de Sociale Zekerheid en van de Gezondheid en het Sectoraal Comité van het Rijksregister.

Uiteindelijk konden alle te ondernemen stappen uitgevoerd worden zodat de noodzakelijke toelating voor het koppelen van de data op basis van het rijksregisternummer werd bekomen. Dank zij een efficiënte samenwerking en individuele inspanningen van betrokkenen van diverse partners werd de machtigingsaanvraag op correcte wijze ingediend en ontvankelijk verklaard.

Voor het bekomen van de toelating tot koppelen van gegevens op basis van het rijksregisternummer werden volgende knelpunten ervaren:

- Het ontbreken van een duidelijk uitgeschreven protocol van alle te ondernemen stappen en de personen die hiervoor gecontacteerd kunnen en/of moeten worden.
- Het regelmatig wijzigen van de regelgeving inzake bescherming van de persoonlijke levenssfeer en koppeling van discrete epidemiologische gegevens.
- Het correct doorlopen van de verschillende fasen van dit proces en het aanvragen van de toestemming tot gebruik van rijksregisternummers en koppeling van gegevens aan IMA-gegevens is een tijdrovend proces. Hierdoor was het niet mogelijk om de studie binnen het voorziene tijdsbestek van 18 maanden af te ronden. Men kan uit de opgedane ervaring besluiten dat het quasi onmogelijk is om binnen een studietermijn van 1,5 jaar gegevens te verzamelen en te koppelen aan IMA-gegevens; hiervoor is een langere studietijd nodig.

Deze studie kon slechts gedeeltelijk tegemoet komen aan objectief 3. De databank met de medische en tandheelkundige consumptiegegevens van de in deze steekproef onderzochte personen kon niet tijdig bekomen worden binnen de vooropgestelde termijn van deze studie. Hierdoor was het niet mogelijk de beschrijvende analyse en de koppeling op basis van het rijksregisternummer met de subjectieve en objectieve behandelneed uit te voeren. De koppeling tussen de data in verband met de subjectieve en objectieve behandelneed kon daarentegen wel uitgevoerd worden.

### 7.1.2.4 Objectief 4: Het exploreren en analyseren van het aanbod aan tandheelkundige zorgverlening in andere landen van Europa in relatie tot hun gezondheidszorgsysteem

Het exploreren en analyseren van het aanbod aan tandheelkundige zorgverlening in andere landen van Europa in relatie tot hun gezondheidszorgsysteem werd op adequate wijze uitgevoerd. Hiervoor werd naar aanleiding van het iADH-congres (International Association for Disability and Oral Health) in Gent een pre-congres georganiseerd op 25 augustus 2010. Een opkomst van 137 deelnemers uit diverse landen van Europa (België, Nederland, Frankrijk, UK, Zwitserland, Italië, Zweden), en daarbuiten (Australia, Canada, Taiwan, Israël...) overtrof de stoutste verwachtingen. Dit objectief werd uitvoerig gerapporteerd in hoofdstuk 6.

## 7.2 Procesevaluatie van de belangrijkste onderdelen van het Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN)

### 7.2.1 Rekruteren van de te onderzoeken personen

#### 7.2.1.1 Basisinformatie

Om de objectieve tandheelkundige verzorgingsneed en verzorgingsgraad in kaart te brengen was het de bedoeling om per doelgroep (d.i. (1) personen met fysieke, zintuiglijke en en/of mentale beperkingen en (2) kwetsbare ouderen) een 800-tal personen uit te nodigen deel te nemen aan een mondonderzoek en aanvullende bevraging in verband met hun gewoonten op vlak van mondzorg.

Door de beperkingen in tijd en middelen was het niet mogelijk een representatieve steekproef per doelgroep samen te stellen. De gegevens hierna beschreven werden verkregen bij door middel van een gelegenheidssteekproef.

Bij de selectie van de personen werd voor beide doelgroepen wel aandacht besteed om in de mate van het mogelijke:

- mensen van alle provincies te selecteren.
- voorzieningen van alle ideologieën te selecteren.
- personen te selecteren die zowel in voorzieningen als zelfstandig wonen.

## 7.2.1.2 Verloop van het selectie- en rekruteringsproces en ervaren knelpunten

### 7.2.1.2.1 Personen met beperkingen

De steekproef voor de personen met beperkingen werd willekeurig geselecteerd op basis van de school, werksituatie of verblijf. De selectie gebeurde aan de hand van een synthese van de contactgegevens van scholen, voorzieningen en beschutte werkplaatsen van de Vlaamse en Franstalige gemeenschappen en het Brussels hoofdstedelijk gewest bekomen via relevante websites.

Bij het trekken van de steekproef werd in de mate van het mogelijke rekening gehouden met de grote variatie aan beperkingen, geografische spreiding, ideologie van de voorziening en de geografische ligging van de woonplaats van de tandarts-screeners.

De procedure voor selectie en uitnodigen tot deelname van de geselecteerde personen werd uitvoerig omschreven in hoofdstuk 3.5. Daar werd ook aangegeven dat de bereidheid tot medewerking aan de studie niet groot was.

De belangrijkste redenen voor weigering van deelname aan de PBN-studie door voorzieningen waren:

- Gegevens van de websites waren niet correct: de voorziening had de beoogde doelgroep niet.
- De voorziening had niet de beoogde leeftijdsgroep (minderjarigen).
- De voorziening vond dat deelname zou leiden tot te grote tijdsinvestering.
- De voorziening vond dat deelname zou leiden tot te veel extra werk (voor weinig resultaat).
- De voorziening vond dat deelname teveel zou vragen op het vlak van organisatie.
- De voorziening vond dat ze al aan genoeg onderzoeken deelnamen.
- De voorziening vond dat ze nu al handen te kort kwam.
- Voor de scholen: te drukke periode in de maanden mei-juni en september.
- Voor de beschutte werkplaatsen: verlies van werktijd.
- Negatief advies van ethische commissie van voorziening.
- De voorziening vond het formulier informed consent te moeilijk en verwachtte te weinig positieve respons van de ouders/voogden.

Daardoor moesten heel veel voorzieningen gecontacteerd worden in een poging alsnog de beoogde aantallen te behalen. Verder bleek dat zelfs verschillende contactnames niet altijd leidde tot deelname aan de studie.

Voor de doelgroep die op school zou gescreend worden, kwam daar nog bij dat door de opgelopen vertraging van het project (bv. wachten op documenten informed consent, goedkeuring privacy commissie, ..) de periode van de mondonderzoeken zeer moeilijk lag: de maanden mei-juni en september zijn voor de scholen heel druk en in juli en augustus is er zomervakantie.

Vaak duurde het ook een lange tijd vooraleer er een beslissing tot deelname werd genomen hetgeen vele contactnames vereiste om de zaak 'warm' te houden. Ook de beslissing om niet deel te nemen aan het project werd vaak pas na verschillende contactnames meegedeeld. In verschillende voorzieningen moest deelname aan het project besproken worden met de (ethische) commissie, directievergadering en/of teamvergadering van de organisatie.

Bovendien bleek dat de beoogde doelgroep (met name aard en mate van beperking en/of leeftijdsgroep) niet altijd effectief school liep/verbleef/werkte in de voorziening zoals was aangegeven (bv. op de websites van de respectieve overheidsdiensten). Verder bleek dat de samenstelling en organisatie van de voorzieningen in Wallonië zeer verschillend waren van die in Vlaanderen waardoor ook veel tijd verloren ging om de beoogde voorzieningen te vinden.



Verder bleek dat het beoogde aantal personen van die specifieke subgroep soms niet kon gevonden worden in de gecontacteerde voorziening. Zowel potentiële als effectieve aantallen waren klein per voorziening, waardoor zeer veel voorzieningen dienden bezocht te worden om het doelcijfer te behalen. De grootste problemen deden zich hier voor bij de groep van de minderjarigen. Zo gebeurde het dat er maar een paar kinderen met het vereiste ‘profiel’ in een voorziening school liepen en dat er dan weer veel moest gebeld worden en vervolgens lang moest gewacht worden op toestemming om slechts die paar kinderen te kunnen screenen.

Eens de geselecteerde voorziening toestemming tot deelname aan de studie had gegeven, werden de nodige documenten (d.i. infobrief voor voorziening, formulieren informed consent, vragenlijsten; zie bijlage) per post verstuurd. Hierbij werd er een volgend obstakel tot deelname pijnlijk duidelijk: vooral vanuit het onderwijs, maar ook vanuit andere voorzieningen kwam de kritiek dat het formulier informed consent niet was aangepast aan het (taal)niveau van de personen met een (mentale) beperking en/of hun ouders/voogd. Hierdoor was men eerder weigerachtig om het formulier te ondertekenen. Hieruit blijkt duidelijk dat er een zeer grote discrepantie is tussen de instructies van de ethische commissies en de nood aan zéér eenvoudige informatie op het werkveld. In sommige voorzieningen/scholen wordt de communicatie met (sommige) ouders gegeven in zeer basale pictogramstijl.

Verder stipten de voorzieningen aan dat, over het algemeen, de interesse in een project rond mondzorg zeer laag was bij de ouders en/of de personen van de doelgroep zelf. Velen zien het nut niet in van dergelijk project en hebben het ook moeilijk met het gevoel dat ze zullen beoordeeld worden. Sommigen vinden dergelijk mondonderzoek een inbreuk op hun privacy, maar ook het onbekende/ongewone (met name een tandarts die naar hén toekomt en niet andersom) schrikt af.

### 7.2.1.2.2 Kwetsbare ouderen

De steekproef kwetsbare ouderen werd willekeurig geselecteerd aan de hand van een beschikbare lijst van alle woonzorgcentra en een zelf opgemaakte lijst van bestaande thuiszorgorganisaties in België. Per subgroep (woonzorgcentrum, thuiszorg of psychiatrisch verzorgingstehuis) werd het beoogd aantal te onderzoeken kwetsbare ouderen in Vlaanderen, Brussel en Wallonië berekend in functie van hun respectievelijk aandeel in de totale populatie (hoofdstuk 3.5).

Per regio werden woonzorgcentra geselecteerd met aandacht voor spreiding op vlak van geografie en ideologie. Voor de thuiszorg kwamen alle organisaties aan bod met inbegrip van zelfstandige thuisverpleegkundigen.

De keuze van organisaties/voorzieningen waar de kwetsbare ouderen verbleven werd verder ook bepaald door de geografische ligging van de woonplaats van de tandarts-screenings.

Tabel 7.1 geeft een overzicht van het beoogde aantal te onderzoeken personen en het aantal effectief uitgevoerde onderzoeken (n). Voor kwetsbare ouderen die in woonzorgcentra verbleven werd het beoogde aantal volledig bekomen voor alle regio’s. Voor de kwetsbare ouderen in de thuissituatie met thuiszorg ondersteuning werd voor Vlaanderen 71% van het vooropgestelde aantal bereikt, voor Brussel 13% en voor Wallonië werd geen enkele persoon in de thuissituatie onderzocht. Voor alle regio’s samen betekent dit dat iets meer dan de helft van het vooropgestelde aantal voor de thuiszorgsituatie werd bereikt.

Van de 800 kwetsbare ouderen die dienden onderzocht te worden werden er uiteindelijk 644 onderzocht wat neerkomt op een resultaat van 72%.

Tabel 7.1. Beoogd aantal te screenen en te bevragen kwetsbare ouderen								
Aantal	Vlaanderen		Brussel		Wallonië		Totaal	
	Beoogd	n (%)	Beoogd	n (%)	Beoogd	n (%)	Beoogd	n (%)
Kwetsbare ouderen thuiszorg	324	229 (71)	15	2 (13)	105	0	444	231 (52)
Kwetsbare ouderen woonzorgcentra	219	219 (100)	48	50 (100)	184	184 (100)	451	451 (100)
Totaal	543	410 (76)	63	52 (83)	289	184 (64)	895	644 (72)

n: het effectief aantal deelnemers



Bij contactname met de voorzieningen werd eerst navraag gedaan of de voorziening bereid was mee te werken aan het onderzoek. In vergelijking met de groep personen met beperkingen, was de bereidheid van de woonzorgcentra om mee te werken véél groter. Het antwoord al of niet positief werd ook sneller bekomen.

De respons was het grootst in het Nederlandstalig landsgebied.

Uit tabel 7.2 blijkt dat het bekomen van de toestemming om mee te werken gemakkelijker werd bekomen voor woonzorgcentra dan voor thuiszorgorganisaties.

<b>Tabel 7.2. Aantal voorzieningen dat gecontacteerd werd en vervolgens weigerde of toestemde tot deelname</b>				
	Vlaanderen		Brussel en Wallonië	
	Woonzorgcentra	Thuiszorg	Woonzorgcentra	Thuiszorg
Gecontacteerd	32	295	86	74
Deelname toegezegd	18	26	28	2
Deelname geweigerd	14	269	58	14(58*)

\*geen verdere berichtgeving ontvangen

In Vlaanderen weigerden 14 woonzorgcentra van de 32 die werden gecontacteerd. De belangrijkste redenen tot weigering door woonzorgcentra in Vlaanderen waren:

- te veel vraag om mee te werken aan het invullen van vragenlijsten, onderzoeken, studenten met vragen enz.
- geen goed moment, veel activiteiten, veel vormingsmomenten, aan het verbouwen, tal van andere projecten
- personeelstekort, personeel al superbelaast, onderbemand
- te oude personen en te zwaar zorgbehoevenden, familie wil niet dat ze lastig gevallen worden, meesten geen eigen gebit, populatie zwaar dementerend
- geen tijd (oa. omwille van inspectie, verbouwing,...)
- hiervoor geen gemotiveerde mensen te vinden

In Vlaanderen werden 295 contacten gelegd om organisaties actief in de thuiszorg te vinden om deel te nemen aan deze studie. Slechts 26 organisaties bleken bereid om mee te werken en 71% van het vooropgestelde aantal te onderzoeken personen van 65 jaar of ouder werd gehaald.

De belangrijkste redenen tot weigering door thuiszorgorganisaties in Vlaanderen waren:

- het begeleiden van tandarts-screenings door de zorgverlener is ondoenbaar, vertraagt hun werk
- het doorgeven van adressen van cliënten kan niet omwille van privacywetgeving
- geen tijd, elke verpleegkundige laten zeulen met documenten enz..., ze hebben geen tijd om uitleg te geven aan de personen, want hun ronde is getimed ....
- andere projecten, studies waaraan ze hun medewerking geven

In Brussel en Wallonië dienden in totaal 86 woonzorgcentra gecontacteerd te worden waarvan er 58 weigerden om deel te nemen aan deze studie. Voor Brussel en Wallonië werd het beoogde aantal te onderzoeken kwetsbare ouderen in woonzorgcentra voor 100% gehaald in 28 woonzorgcentra.

De belangrijkste redenen tot weigering door woonzorgcentra in Brussel en Wallonië waren:

- te weinig tijd
- gebrek aan personeel
- geen interesse
- te veel aanvragen voor dergelijke studies
- te veel administratief werk

In Brussel en Wallonië werden 74 contacten gelegd om organisaties actief in de thuiszorg te vinden om deel te nemen aan deze studie. Slechts 2 organisaties bleken bereid om mee te werken en slechts 13% van het vooropgestelde aantal te onderzoeken personen van 65 jaar of ouder werd gehaald voor Brussel. Voor Wallonië kon geen enkel persoon gevonden worden tot deelname.

De belangrijkste redenen tot weigering door thuiszorgorganisaties in Brussel en Wallonië waren:

- te weinig tijd
- enquête-moe
- te veel administratief werk

### 7.2.1.3 Samenwerking, communicatie en verantwoordelijkheden voor de rekrutering van beide doelgroepen

Wat de selectie van personen in beide doelgroepen betreft kan gesteld worden dat de verantwoordelijke administratieve medewerkers van het Verbond der Vlaamse Tandartsen bijgestaan door tandarts Diane Van Cleynenbreugel maximale professionele inspanningen hebben geleverd om de vooropgestelde aantallen personen te rekruteren.

De communicatie tussen alle actoren verliep vlot en in functie van de ervaren knelpunten werd in overleg zo veel als mogelijk bijgestuurd om het eindresultaat te optimaliseren.

### 7.2.1.4 Knelpunten ervaren tijdens de selectie- en rekrutering van beide doelgroepen

Enmaals een organisatie of voorziening toegezegd had deel te nemen bleek het bekomen van een ondertekend instemmingsformulier (informed consent) per persoon een belangrijk knelpunt. Het formulier bleek onvoldoende aangepast aan het niveau van sommige personen (en hun omgeving) en het omvangrijke document wekte wantrouwen op. Hieruit blijkt duidelijk de discrepantie tussen de instructies van de ethische commissies en de nood aan eenvoudige informatie op het werkveld.

De werkdruk die het invullen van deze formulieren met zich mee bracht, was zeer groot en werd niet door alle organisaties of voorzieningen met dank aanvaard. Men wees er vaak op dat voor personen met dementiesyndroom of mentale beperkingen het mondonderzoek als een inbreuk op hun privacy kon aanzien worden en dat begeleiding van een zorgverlener bij het uitvoeren van het mondonderzoek noodzakelijk was met de nodige extra werkbelasting als gevolg.

Bij contactname was het belangrijk de organisatie of voorziening te overtuigen dat de tandarts-screenings voorzichtig zouden omgaan met de personen, dat ze luisterbereidheid zouden vertonen en aan de organisatie of voorziening werd gevraagd voldoende inspanningen te doen om vooraf de informed consent te bekomen.

Voor sommige organisaties of voorzieningen was het organigram een knelpunt. De gecontacteerde persoon kon zelf niet beslissen over deelname aan de studie en de toestemming tot deelname diende behandeld te worden door de directie, directiecomité, commissie, raad van bestuur, regionale bureaus... In functie van dit knelpunt werden er meer organisaties/voorzieningen gecontacteerd om er na eventuele instemming na de nodige bedenktijd, voldoende over te houden.

### 7.2.1.5 Planning, timing en workload voor de selectie en rekrutering van beide doelgroepen

#### **Personen met beperkingen**

Onmiddellijk na het verkrijgen van het positief advies van het ethisch comité op 24 maart 2010, werd er gestart met de contactnames van de voorzieningen. De eerste onderzoeken van personen met beperkingen werden uitgevoerd op 3 mei. Hieruit kan opgemaakt worden dat er toch nog meer dan een maand verstreek tussen de goedkeuring van het ethisch comité en de eerste onderzoeken.

#### **Kwetsbare ouderen**

De rekrutering werd aangevat gedurende de maand april 2010. De respons van de organisaties voor woonzorgcentra was goed terwijl de respons voor de organisaties thuiszorg van bij de aanvang eerder laag was. Om zo snel mogelijk

alle tandarts-screeners te kunnen uitsturen werden eerst de organisaties voor personen met beperkingen en woonzorgcentra gecontacteerd.

In juni en juli bleek de naderende vakantieperiode een groot obstakel voor het verdere rekruteren van de te onderzoeken personen. Door onvoldoende bereidheid tot deelname van de thuiszorgorganisaties werd beslist om ook de zelfstandige verpleegkundigen en personen in serviceflats op te nemen in de selectie. Nieuwe selectieschema's werden opgesteld en nieuwe voorzieningen en/of organisaties werden gecontacteerd om voldoende personen in de thuiszorg bereid te vinden om deel te nemen aan deze studie.

Om de bereidheid tot deelname te verhogen werd voorgesteld dat alle administratief werk door de tandarts-screener zou uitgevoerd worden en er werd minder benadrukt dat er begeleiding van zorgverleners tijdens de uit te voeren onderzoeken nodig was. Dit verhoogde de werkbelasting van de tandarts-screeners.

### 7.2.1.6 Conclusie

Uit de procesevaluatie blijkt dat er binnen de korte tijdsspanne van deze studie intense inspanningen werden geleverd door alle personen betrokken bij het rekruteren van de te onderzoeken personen.

Er ontbreken elementaire gegevens over de organisaties die instaan voor de zorg van personen met beperkingen en kwetsbare ouderen in de thuiszorgsituatie om hen op een vlotte manier te kunnen bereiken om uit te nodigen deel te nemen aan deze studie.

De bereidheid tot medewerking aan deze studie door de organisaties, die instaan voor de zorg van personen met beperkingen, was niet groot. Dit resulteerde in het uitvoeren van het onderzoek bij 84% van het vooropgestelde aantal te onderzoeken personen met beperkingen langs Nederlandstalige kant en 65% voor het Franstalig landsgedeelte.

De bereidheid tot medewerking aan deze studie door de organisaties die instaan voor de zorg van kwetsbare ouderen was zeer goed (Nederlandstalig) en goed (Franstalig) voor ouderen die in woonzorgcentra verblijven en verliep zeer moeizaam voor personen die thuis verblijven met thuiszorgondersteuning.

Voor woonzorgcentra werd het vooropgestelde aantal te onderzoeken kwetsbare ouderen volledig bereikt voor zowel Vlaanderen, Brussel als Wallonië. Voor ouderen die thuis verbleven met thuiszorgondersteuning werd dit aantal maar voor de helft (52%) bereikt voor België met 71% voor het Nederlandstalig landsgebied, 13% voor Brussel en geen enkel persoon voor Wallonië.

De belangrijkste barrières voor het verlenen van medewerking aan deze studie door organisaties die instaan voor de zorg van personen met beperkingen en kwetsbare ouderen zijn de hoge tijdsdruk, het extra werk dat de deelname aan de studie meebrengt, de moeilijkheden om de informed consent getekend te krijgen, de geringe aandacht voor mondzorg van de zorgvrager en de strikte wetgeving op de privacy, in het bijzonder van de zorgvrager.

## 7.2.2 Rekruteren en voorbereiden van de tandarts-screeners

### 7.2.2.1 Basisinformatie

Het doel van dit onderdeel van de studie was het rekruteren, trainen en calibreren van een 50-tal tandartsen. Deze tandarts-screeners hadden als opdracht minstens 30 personen klinisch te onderzoeken en hen eventueel te begeleiden bij het invullen van een vragenlijst.

Het secretariaat van het VVT/SMD had de taak tandarts-screeners te rekruteren en uit te nodigen op de training- en calibratie sessies.

De wetenschappelijke medewerkers hadden de taak in te staan voor de training en calibratie.

### 7.2.2.2 Verloop

In Vlaanderen werden tandartsen gerekruteerd door middel van een aankondiging in Contactpunt. Dit is een tijdschrift dat verspreid wordt naar 5.000 tandartsen in Vlaanderen. Daarnaast werden tandartsen gerekruteerd door beide wetenschappelijke medewerkers en leden van de adviescommissie via mondelinge contacten en e-mail. Franstalige collegae werden gerekruteerd via persoonlijke contacten en naar aanleiding van het invullen van een vragenlijst door leden van de Chambres Syndicales Dentaires en de Société de Médecine Dentaire.

Veertig tandartsen werden bereid gevonden om mee te werken aan dit onderzoek waarvan 26 Nederlandstalige en 14 Franstalige tandartsen.

Voor het uitvoeren van deze opdracht werden deze tandarts-screeners getraind en gecalibreerd door beide wetenschappelijke medewerkers. Voor de training en calibratie van de Franstalige collegae werd beroep gedaan op tandarts Diane Van Cleynenbreugel die ook als tolk fungeerde tussen de tandartsen van beide landstalen. De training- en calibratiesessies verliepen zoals gepland. Er werden 2 opleidingssessies georganiseerd, 1 in Gent (UZ, 25/02/2010) voor de Nederlandstalige collegae en 1 in Brussel (EMDS-UCL St Luc, 4/03/2010) voor de Franstalige collegae. In een eerste deel werden aan de hand van een powerpoint presentatie de klinische variabelen, de te hanteren criteria en het te gebruiken klinisch scoreformulier toegelicht. Hierbij werd gebruik gemaakt van klinische foto's. Nadien werden door alle tandarts-screeners 8 klinische casussen gescoord aan de hand van gepresenteerde klinische beelden. De casussen bevatten klinische situaties toepasselijk voor de diverse te onderzoeken personen. De totale sessie duurde ongeveer 3 uur. Voor de resultaten van de calibratiesessie wordt verwezen naar Hoofdstuk 3, Paragraaf 3.5.2.2.4.

Omdat de invulformulieren anoniem waren, was het achteraf niet mogelijk individuele feedback te geven aan de tandarts-screeners en bij te sturen waar nodig in functie van de resultaten van de calibratie. Een aantal kandidaat tandarts-screeners dat deelnam aan de calibratie besloot dan toch niet deel te nemen aan de onderzoeken. Van deze tandartsen was het ook niet mogelijk te achterhalen in welke mate hun scores de resultaten van de calibratie al of niet hebben beïnvloed.

Op donderdag 30 september 2010 werden alle tandarts-screeners, die effectief onderzoeken hadden uitgevoerd, uitgenodigd voor een evaluatiemoment. De resultaten van de calibratie werden bondig gepresenteerd en getoetst aan de persoonlijke ervaringen van de tandarts-screeners. Aan de hand van een peer review gesprek werd geprobeerd om het uitvoeren van de onderzoeken adequaat te evalueren. Achteraf bleek een objectieve evaluatie moeilijk omwille van grote verschillen in percepties tussen de individuele onderzoekers ten aanzien van de onderzochte personen en de achterliggende organisaties en/of voorzieningen, de grote invloed van individuele ervaringen op hun percepties en het klein aantal aanwezige Franstalige tandarts-onderzoekers.

Daarom werden de tandarts-screeners gedurende de maand december uitgenodigd om een korte vragenlijst (8 vragen) online in te vullen om adequate informatie te bekomen voor de procesevaluatie. De respons voor de Nederlandstalige tandartsen was 62% en voor de Franstalige tandartsen 29%.

Uit tabel 7.3 blijkt dat zowel voor de Nederlandstalige als de Franstalige tandartsen het uitvoeren van het klinisch onderzoek en het begeleiden van het invullen van de vragenlijst iets moeilijker was bij personen met beperkingen dan bij kwetsbare ouderen. Hier dient rekening gehouden te worden dat slechts 4 van de 14 Franstalige tandarts-screeners de vragenlijst hebben ingevuld.

**Tabel 7.3. Moeilijkheidsgraad voor het uitvoeren van het klinisch onderzoek**

	Nederlandstalige tandartsen (n=16)		Franstalige tandartsen (n=4)	
	Gemiddelde*	sd	Gemiddelde*	sd
1 Hoe moeilijk/gemakkelijk was (gemiddeld gesproken) het uitvoeren van een mondonderzoek bij personen met beperkingen?	4,5	1,5	4	1,2
2 Hoe moeilijk/gemakkelijk was (gemiddeld gesproken) het uitvoeren van een mondonderzoek bij kwetsbare ouderen?	4,9	4,9	5	1

\*maximumscore=7; hoe lager het gemiddelde, des te moeilijker

### 7.2.2.3 Samenwerking en geleverde personele en organisatorische inspanningen en financiële vergoeding

Uit tabel 7.4 blijkt dat de Nederlandstalige tandartsen tevreden waren over de medewerking van de organisaties/zorgverleners tijdens het uitvoeren van de mondonderzoeken bij personen met beperkingen (6,2) en kwetsbare ouderen (5,7). De hoge standaarddeviatie (6,4) voor de resultaten van vraag 4 geeft aan dat de meningen sterk verschillen (range 0-7). Drie tandartsen scoorden een 0 (helemaal niet tevreden) en drie tandartsen het maximum van 7 (zeer tevreden).

Langs Franstalige kant bleken de tandartsen tevreden (6,3) over de medewerking van de organisaties/zorgverleners van personen met beperkingen maar niet zo tevreden (3,8) over de medewerking van de organisaties en zorgverleners tijdens het uitvoeren van de mondonderzoeken bij kwetsbare ouderen in woonzorgcentra.

De tevredenheid was voor beide landsgedeelten het laagst voor de medewerking van de organisaties en zorgverleners tijdens het uitvoeren van de mondonderzoeken bij kwetsbare ouderen in serviceflats of thuissituatie. Voor de Nederlandstalige tandartsen geeft de hoge standaarddeviatie (5,9) terug aan dat er sterk uiteenlopende meningen zijn. Vijf tandartsen scoorden een zero en slechts 1 tandarts het maximum van 7.

**Tabel 7.4. Resultaten procesevaluatie**

	Nederlandstalige tandartsen (n=16)		Franstalige tandartsen (n=4)	
	gemiddelde	sd	gemiddelde	sd
3 In welke mate was u tevreden over de medewerking van de organisaties/zorgverleners tijdens het uitvoeren van de mondonderzoeken bij personen met beperkingen?	6,2	0,7	6,3	1
4 In welke mate was u tevreden over de medewerking van de organisaties/zorgverleners tijdens het uitvoeren van de mondonderzoeken bij kwetsbare ouderen in woonzorgcentra?	5,7	6,4	3,8	2,6
5 In welke mate was u tevreden over de medewerking van de organisaties/zorgverleners tijdens het uitvoeren van de mondonderzoeken bij kwetsbare ouderen in serviceflats/thuissituatie?	4,3	5,9	3	3,6
6 In welke mate bent u zelf ontevreden/tevreden meegewerkt te hebben aan deze studie?	6,1	1,3	6,8	0,5
7 In welke mate bent u ontevreden/tevreden met de financiële vergoeding voor het uitvoeren van de klinische onderzoeken en het begeleiden van het invullen van de vragenlijst voor personen met beperkingen?	5,4	2,9	6	0,8
8 In welke mate bent u ontevreden/tevreden met de financiële vergoeding voor het uitvoeren van de klinische onderzoeken en het begeleiden van het invullen van de voor kwetsbare ouderen?	5,6	6,5	4,8	3,2

\*maximumscore=7; hoe lager het gemiddelde, des te moeilijker

De tandartsen lieten blijken dat ze tevreden waren meegewerkt te hebben aan deze studie. Langs Franstalige kant evenaart de gemiddelde tevredenheid (6,8) bijna het maximum van 7. De financiële vergoeding bleek ook voldoende voor de tandarts-screenings van beide landsgedeelten. Het gemiddelde was iets hoger langs Franstalige kant (6) dan voor de Nederlandstalige tandartsen (5,4) voor het uitvoeren van de onderzoeken bij personen met beperkingen. Geen enkele tandarts scoorde voor deze vraag lager dan 2. De tevredenheid met de financiële vergoeding voor het uitvoeren van de onderzoeken voor kwetsbare ouderen was lager aan Franstalige kant (4,8) dan voor de Nederlandstalige tandartsen (5,6). Het is mogelijk dat een gebrek aan medewerking van de organisaties en zorgverleners langs Franstalige kant een invloed gehad heeft op hun perceptie. Verder moet men er op bedacht zijn dat het mogelijks de meest tevreden tandartsen waren die 3 maanden na het beëindigen van de studie nog de tijd genomen hebben om de bevraging in te vullen. Ook moet er rekening mee gehouden worden dat de resultaten kunnen vertekend zijn door “recall bias”.

### 7.2.2.4 Conclusie

Voldoende tandartsen werden bereid gevonden de klinische onderzoeken uit te voeren bij de geselecteerde personen.

De tandartsen van beide landsgedeelten waren tevreden met de medewerking aan deze studie.

## 7.2.3 Vragenlijsten zorgverleners

### 7.2.3.1 Basisinformatie

Het doel van dit deel van het onderzoek bestond er in na te gaan hoe zorgverleners mondzorg voor personen met bijzondere noden inschatten en welke drempels zij ervaren tijdens het uitvoeren van mondzorg in beide doelgroepen. Tevens werd nagegaan hoe het verlenen van tandheelkundige zorg bij personen met bijzondere noden, die aangeven een mondprobleem te hebben, wordt georganiseerd (zie hoofdstuk 4).

### 7.2.3.2 Verloop

Voor de aanvang van deze studie bleek het onmogelijk om alle organisaties en voorzieningen die instaan voor personen met bijzondere noden exact op te lijsten. Bijgevolg was het ook niet mogelijk om het exact aantal zorgverleners werkzaam in deze organisaties en voorzieningen te kennen om zo een percentage te bevragen zorgverleners te bepalen in functie van representativiteit. Daarom werd vooropgesteld om zoveel mogelijk zorgverleners te bevragen binnen het tijdsbestek van deze studie.

De bevraging van zorgverleners werd uitgevoerd gedurende de periode april – september 2010 in verschillende Belgische provincies. Zorgverleners werden bevroegd van organisaties of voorzieningen waar personen, behorende tot beide doelgroepen, school lopen, werken of verblijven.

In eerste instantie werd voor deze bevraging beroep gedaan op die organisaties of voorzieningen die beslist hadden mee te werken aan de klinische onderzoeken en bevraging van personen met bijzondere noden.

Om het aanbod te vergroten en om selectiebias te vermijden werden ook zorgverleners van organisaties of voorzieningen die niet instemden tot deelname of die niet werden geselecteerd voor het deelnemen aan de klinische onderzoeken uitgenodigd deel te nemen.

In totaal werden ongeveer 2.800 exemplaren aan zorgverleners bezorgd (tabel 7.5), meestal via de voorziening of organisatie, waarvan er ongeveer 2.000 ingevuld werden terugbezorgd.

**Tabel: 7.5. Overzicht opgestuurde vragenlijsten**

	Aantal opgestuurde vragenlijsten Nederlands	Aantal opgestuurde vragenlijsten Frans
Woonzorgcentra	661	573
Voorzieningen voor personen met beperkingen	1.167	402
Subtotalen	1.828	975
<b>Totaal</b>	<b>2.803</b>	

Knelpunten voor het rekruteren van zorgverleners voor het beantwoorden van vragenlijsten:

- ontbreken van databestanden van organisaties en/of voorzieningen waar zorgverleners werkzaam zijn
- ontbreken van databestanden met adresgegevens van zorgverleners werkzaam bij personen met bijzondere noden
- weerstand tot deelname door overaanbod aan bevraging in deze sector
- geen bereidheid tot medewerking van het beleid van organisaties en/of voorzieningen voor personen met bijzondere noden
- langdurig proces (lees talrijke noodzakelijke telefonische contacten) vooraleer er een goedkeuring tot bevraging van de zorgverleners kwam door de instellingen (eerst opstarten denkproces, dan verkrijgen van een ja/nee)
- in sommige regio's meer moeilijkheden tot medewerking dan in andere vb moeilijker in Waals-Brabant
- retourenveloppen verhoogden de responsbereidheid; bij geen retour werd de organisatie/voorziening opgebeld om hen te herinneren aan deze vragenlijsten, wat de respons aanzienlijk verhoogde.
- vanuit de koepelorganisaties in de thuiszorg kon er geen samenwerking bekomen worden. Er werden wel succesvolle contacten gelegd met zelfstandige thuisverplegers en met service-flat-organisaties

### 7.2.3.3 Conclusie

Omwille van het ontbreken van het exact aanbod aan zorgverleners, die instaan voor de zorg en mondzorg van de personen met beperkingen en kwetsbare ouderen, was het niet mogelijk het aantal te bevragen zorgverleners te bepalen in functie van representativiteit.

In totaal werden 2.800 exemplaren aan zorgverleners bezorgd waarvan er ongeveer 2.000 ingevuld werden terugbezorgd. Dit is een response van 71%.

Een te grote vraag tot deelname aan het invullen van vragenlijsten bleek een belangrijke drempel voor organisaties om hun zorgverleners te laten deelnemen aan dit onderzoek.





# Samenvatting en Concrete voorstellen

## 8.1 Samenvatting

### 8.1.1 Inleiding

Dit rapport 'Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden (PBN)' is de weergave van de resultaten van een pilotstudie in België over de tandheelkundige verzorging voor personen met bijzondere noden. Het belangrijkste doel was beleidsadviezen te ontwikkelen voor een aangepast gezondheidsbeleid voor personen met bijzondere noden, verder gedefinieerd als personen met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen en kwetsbare ouderen.

Het kadert in een overeenkomst afgesloten tussen het Verzekeringscomité van het RIZIV en het Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw (VVT) op 4 mei 2009. Voor de wetenschappelijke onderbouw werd beroep gedaan op 2 wetenschappelijke medewerkers (Roos Leroy (K.U.Leuven) en Luc De Visschere (UGent)) en op een adviesgroep (zie bijlage 1.1 in hoofdstuk 1) samengesteld uit medewerkers met expertise in mondzorg voor personen met bijzondere noden van verschillende Belgische universiteiten (K.U.Leuven, UGent, UCL, ULB en ULg) en vertegenwoordigers van het Verbond van Vlaamse Tandartsen (VVT), de Société de Médecine Dentaire (SMD) en de Chambres Syndicales Dentaires (CSD). Het project stond onder toezicht van de Nationale Commissie Tandartsen-Ziekenfondsen en werd gecoördineerd door de heer Stefaan Hanson (VVT).

Deze studie behandelde volgende objectieven voor beide doelgroepen:

- Het definiëren en omschrijven van beide doelgroepen met aandacht voor hoedanigheid, omvang en verblijfsituaties. Dit wordt behandeld in hoofdstuk 2.
- Het in kaart brengen van de tandheelkundige verzorgingsgraad en verzorgingsnood van personen met bijzondere noden en van mogelijke drempels voor het organiseren van mondzorg. Dit wordt gerapporteerd in de hoofdstukken 3, 4 en 5.
- Het verband nagaan tussen de subjectieve en objectieve mondgezondheid, de algemene gezondheidsattitude, socio-economische variabelen en het (mond)zorgconsumptiepatroon van personen met bijzondere noden. Deze verbanden werden uitgewerkt als onderdeel van hoofdstuk 3, in het bijzonder 3.5.5.
- Het exploreren en analyseren van het aanbod aan en de organisatie van tandheelkundige zorgverlening aan personen met bijzondere noden in andere landen van Europa in relatie tot hun gezondheidszorgsysteem, behandeld in hoofdstuk 6.
- Het formuleren van aanbevelingen voor het organiseren van adequate en toegankelijke mondzorg voor personen met bijzondere noden in het kader van het zorgverleningssysteem in België, behandeld in hoofdstuk 8.

### 8.1.2. Definitie en omschrijving

Getoetst in een internationale context werd als omschrijving voor het begrip 'personen met bijzondere noden' de volgende definitie aangenomen: personen die niet zelf kunnen instaan voor hun (mond)gezondheid omwille van hun mentale, fysieke of medische toestand, en dat zonder leeftijdsbeperking. Dit leidde tot de afbakening van twee goed omschreven doelgroepen: de 'personen met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen, jonger dan 65 jaar' en 'kwetsbare ouderen'.

Gegevens voor de pilootstudie PBN werden verzameld vanuit elektronische databanken en informatie beschikbaar gesteld door organisaties betrokken in de zorgproblematiek van beide doelgroepen.

Voor de personen met beperkingen werd gekozen voor twee deelgroepen: 'kinderen en jongeren tot 21 jaar' en 'volwassenen'. Op 31 december 2009 hadden in België 36.632 kinderen en jongeren recht op een verhoogde kinderbijslag omwille van een aandoening of beperking. In november 2009 hadden in België 291.055 volwassen personen een medische erkenning waarvan er 151.781 ook effectief recht hadden op een inkomensvervangende tegemoetkoming (IVT) en/of integratie tegemoetkoming (IT). De overigen hadden geen recht op de tegemoetkoming maar hadden wel een medische erkenning.

In het kader van de pilootstudie PBN werd geopteerd om de doelgroep voor dit project te beperken tot die mensen die omwille van hun beperking nood hebben aan een aangepaste manier van tandheelkundige zorgverlening. Het gaat om mensen die ook in andere aspecten van hun leven een aangepaste zorg nodig hebben, met name:

- Aangepaste woonvormen (bv. beschermd wonen, begeleid wonen)
- Aangepast onderwijs (bv. buitengewoon onderwijs)
- Aangepaste werkomstandigheden (bv. beschutte werkplaats)

In het PBN project werd met een 'kwetsbare oudere' elke persoon (65 jaar of ouder) bedoeld die in min of meerdere mate zorgafhankelijk is en die genoot van een zorgforfait 'toilet', 'A', 'B', of 'C' in de thuiszorg of een zorgforfait 'O', 'A', 'B', 'C' of 'Cd' in een woonzorgcentrum. Op 31 maart 2007 was het aantal kwetsbare ouderen dat één van hoger vermelde zorgforfaits genoot in de thuiszorg of in een woonzorgcentrum gelijk aan 257.002, wat 2,43% was van de totale bevolking. Het aandeel kwetsbare ouderen in de thuiszorg bedroeg 53% tegenover 47% ouderen in woonzorgcentra. Minder dan 1.800 personen ouder dan 60 jaar verbleven in een psychiatrisch verzorgingstehuis.

### 8.1.3. Het epidemiologisch onderzoek

Het doel van het epidemiologisch onderzoek dat gekoppeld werd aan de PBN studie was om de mondgezondheidstoestand in beide deelgroepen, met name personen tot 65 jaar met fysieke, zintuiglijke en/of mentale beperkingen en kwetsbare ouderen van 65 jaar en ouder, in kaart te brengen en op basis hiervan de objectieve en subjectieve nood aan mondzorg in te schatten.

Dit gebeurde door het verzamelen van gegevens via 3 kanalen:

- Een literatuuronderzoek van de nationale en internationale publicaties en rapporten over dit onderwerp.
- De zorgconsumptiegegevens van de permanente steekproef van het Inter mutualistisch agentschap (IMA).
- Eigen gegevens verzameld in een gelegenheidssteekproef ('convenience sample') van personen met bijzondere noden door middel van een mondonderzoek en een vragenlijst. Van deze personen werden tevens via de verzekeringsinstellingen gegevens bekomen van hun tandheelkundige en algemeen medische consumptie.

Van de verzamelde gegevens werden door middel van een exploratieve data-analyse beschrijvende gegevens gegenereerd en verbanden gezocht tussen de objectieve en subjectieve nood aan mondzorg.

#### 8.1.3.1 Literatuurstudie

De literatuurstudie van de nationale en internationale rapporten voor de respectievelijke groepen leert ons dat de groep personen met mentale beperkingen (d.i. de subgroep waarover de meeste publicaties handelden) een minder hoge levensverwachting heeft, veel medicijnen neemt en te weinig preventieve zorgen krijgt. In vergelijking met de algemene populatie hebben personen met mentale beperkingen een minder goede mondhygiëne, meer en ernstiger vormen van

parodontitis, meer onbehandelde cariës en meer ontbrekende tanden. Voor België zijn de gegevens voor personen met beperkingen inzake mondgezondheid bijzonder schaars maar ze bevestigen deze internationale bevindingen. Uit een bevraging in Vlaanderen blijkt dat financiële barrières een niet onbelangrijke drempel vormen voor mondzorg.

Nationale gegevens, bevestigd door internationale literatuur, tonen aan dat er een toename is van het aantal ouderen met chronische aandoeningen en een toename van het aantal ouderen dat zorgafhankelijk is. Deze verhoogde zorgafhankelijkheid samen met de hoge medische zorgbehoefte hebben een toename van de uitgaven voor medische zorgen als gevolg, zowel op collectief als op individueel vlak. Dit leidt op zijn beurt tot een gecompromitteerde betaalbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor hoog bejaarden.

Wat mondgezondheid betreft doen ouderen in woonzorgcentra veel minder beroep op professionele mondzorg in vergelijking met ouderen in de thuissituatie. In woonzorgcentra wordt geen gestructureerd en geïntegreerd mondzorg beleid gevoerd, wat resulteert in een ondermaatse mondhygiëne, hoge prevalentie van cariës, parodontale aandoeningen en aandoeningen van de weke weefsels in de mond. De behandelvraag daarentegen is veel lager dan de objectief vastgestelde behandelneed.

### 8.1.3.2 Permanente steekproef

Vanuit data van de permanente steekproef, aangemaakt door het Internutualistisch Agentschap (IMA), een vereniging van alle verzekeringsinstellingen (ziekenfondsen), werden in het kader van het PBN project analyses uitgevoerd met een tweevoudig doel. Enerzijds, de geneeskundige en tandheelkundige zorgconsumptie van kinderen en jongeren (0-21 jaar) en volwassenen (>21 jaar) met beperkingen te vergelijken met die van de leeftijdsgerelateerde populatie zonder geregistreerde beperkingen. Anderzijds, de geneeskundige en tandheelkundige zorgconsumptie van kwetsbare ouderen ( $\geq 65$  jaar) die in woonzorgcentra verblijven te vergelijken met die van de leeftijdsgerelateerde populatie die niet in een woonzorgcentrum verblijft, waarbij bij deze laatste groep geen onderscheid kon gemaakt worden tussen ouderen die zelfstandig thuis verblijven en ouderen die beroep doen op thuiszorgondersteuning. In de groep kwetsbare ouderen werden drie leeftijdsgroepen vergeleken: de groep van 65 tot 79 jaar, de groep van 80 tot 89 jaar en de groep ouder dan 89 jaar.

Voor wat betreft het regelmatig contact met de tandarts ziet men bij de volwassen leeftijdsgroep van personen met een beperking minder contacten in vergelijking met personen zonder beperkingen. Tussen ouderen in de thuissituatie en deze in een woonzorgcentrum werd geen verschil gevonden.

Urgente tandheelkundige zorg werd significant meer gezien bij personen met beperkingen in vergelijking met personen zonder beperkingen en meer bij ouderen in woonzorgcentra dan bij ouderen thuis.

Profylactische reinigingen kwamen significant meer voor bij jongeren met beperkingen in vergelijking met leeftijdsgenoten zonder beperkingen. Zij kwamen nauwelijks voor bij ouderen boven de 79 jaar en werden meer uitgevoerd bij ouderen in de thuissituatie vergeleken met ouderen in woonzorgcentra.

Op basis van geattesteerde prestaties kan worden gesteld dat personen met beperkingen minder restauratief behandeld worden dan personen zonder beperkingen. Men gaat sneller over tot extracties en herstel met uitneembare gebitsprothese. Bij ouderen worden personen in woonzorgcentra meer verstoken van tandheelkundige zorg in vergelijking met personen in de thuissituatie.

### 8.1.3.3 Objectieve behandelneed

In dit deel van het onderzoek werd de objectieve tandheelkundige verzorgingsneed en verzorgingsgraad van personen met bijzondere noden in kaart gebracht door middel van een klinisch mondonderzoek bij een gelegenheidssteekproef ('convenience sample') van ongeveer 800 personen van elke doelgroep. Dit gebeurde door specifiek voor de PBN studie opgeleide tandartsen, gecalibreerd voor het gebruik van de diagnostische criteria.

Voor de personen met beperkingen was de mediaanleeftijd van de jongste groep 12 jaar (Interquartile range, IQR: 7,0-18,0) en van de oudste groep 43 jaar (IQR: 33,0-52,0). Bij de groep van kwetsbare ouderen was de mediaan leeftijd 83 jaar (IQR: 79,0-88,0).

## Samenvatting en Concrete voorstellen

Van de onderzochte jongeren met beperkingen had 53% een gaaf gebit, zonder ontbrekende tanden (owv cariës) of gerestaureerde tanden; van de onderzochte volwassenen had 5% een gaaf gebit. Bij de jongeren had 12% zichtbare cariëslaesies in de melktanden ( $d>0$ ) en 31% in de definitieve tanden ( $D>0$ ). Bij de volwassenen had 56% zichtbare cariëslaesies in de definitieve tanden ( $D>0$ ) en 64% had tanden verloren omwille van cariës ( $M>0$ ).

Bij de kwetsbare ouderen is het moeilijk de cariës score te bepalen op basis van de DMFT. De gemiddelde  $D_3$ MFT binnen de steekproef was groter dan 20, vooral omwille van het groot aantal ontbrekende tanden (gemiddeld meer dan 16). Veelal is de reden van tandverlies niet meer te achterhalen (cariës of parodontaal probleem of andere reden?). Ouderen hadden gemiddeld bijna 2 gebitselementen met cariës en hebben op die manier een grote nood aan restauratieve mondzorg. Slechts 15 personen van de 460 hadden een gaaf gebit.

De parodontale toestand van de weefsels werd nagekeken door middel van de Dutch Periodontal Screening Index (DPSI), vanaf de leeftijd van 15 jaar. Meer volwassenen dan jongeren met beperkingen, 19% versus 12%, had een score 0 (gezond). Meer jongeren dan volwassenen hadden de score "bloeding na sonderen" als hoogste score. Pockets van 4 à 5 mm werden bij meer volwassenen dan jongeren als hoogste score genoteerd en geen enkele jongere had een pocket van meer dan 5 mm terwijl dit bij de volwassenen met beperkingen bij 3% het geval was. Bij de personen van 65 jaar of ouder was minder dan 1 op 6 parodontaal gezond. Ongeveer 35% had een DPSI-waarde groter dan 3, wat betekent dat behandeling door een parodontoloog geïndiceerd was.

Erosie werd vastgesteld bij 14% van de jongeren met beperkingen, abrasie bij slechts 1 meisje (tussen de 15 en 17 jaar) en attritie bij 14% van de jongeren. Bij de volwassenen werd erosie vastgesteld bij 5%, abrasie bij 9% en attritie bij 34%. Bij ouderen van 65 jaar of meer werd op vlak van substantieverlies op de natuurlijke gebitselementen attritie vastgesteld bij 44%, abrasie bij 22% en erosie bij 10%.

Bij 8% van de onderzochte jongeren met beperkingen werden er afwijkingen of laesies van de weke weefsels vastgesteld; bij de volwassenen was dit bij 15% het geval. Bij ouderen was dit in ongeveer 25% van de gevallen met als meest frequent gerapporteerde afwijkingen een drukplaats of ulcus, cheilitis angularis of flabby ridge.

Bij de jongeren met beperkingen werden geen uitneembare prothetische voorzieningen aangetroffen. Bij twee à drie procent van hen werd kroon-en brugwerk aangetroffen. Eén vierde van de volwassenen met een tandeloze bovenkaak en 30% van de volwassenen met een tandeloze onderkaak hadden geen prothetische voorziening in de mond. Ook bij de volwassenen met een partieel tandeloze bovenkaak en onderkaak was de proportie zonder gebitsprothese hoog: 47% en 38% voor degenen met 1 tot 4 resterende tanden en 53% en 63% voor de groep met 5 tot 8 resterende tanden. Bij ongeveer 10% van de prothese dragers werd aanpassing, herstel of vernieuwing geadviseerd.

Bij ouderen bleek dat bijna 1 op 3 van de kwetsbare ouderen geen functionele contacten meer had. Het aandeel ouderen met een volledige gebitsprothese in de boven- of onderkaak blijkt toe te nemen met de leeftijd. Bijna 3 op 4 personen ouder dan 89 jaar had een volledige gebitsprothese in de bovenkaak en 5 op 10 in de onderkaak. Bij bijna 4 op 10 van de kwetsbare ouderen werd een objectieve prothetische behandel nood vastgesteld. Deze was het grootst bij de personen ouder dan 89 jaar.

Mondhygiëne blijkt een probleem bij beide doelgroepen. Bij 65% van de jongeren met beperkingen werd zichtbare tandplaque geregistreerd en bij 34% tandsteen. Bij de volwassenen lagen de proporties nog een stuk hoger: bij 78% werd zichtbare tandplaque geregistreerd en bij 68% tandsteen. Tandplaque werd gerapporteerd op tweederde van de uitneembare gebitsprothesen en tandsteen op één derde.

Bij ouderen was tandsteen aanwezig op de natuurlijke gebitselementen in meer dan de helft van de gevallen en plaque in meer dan 6 op 10 van de gevallen. Hoe ouder hoe meer plaque op de natuurlijke tanden. Er was tandsteen aanwezig op de helft van de gebitsprothesen en het aandeel gebitsprothesen zonder zichtbare plaque was het laagst voor de oudste leeftijdsgroep.

### 8.1.3.4 Subjectieve behandel nood

In het kader van de doelstellingen van dit project werden de personen die gescreend werden ook gevraagd een vragenlijst in te vullen. Het doel van dit deel van de studie was het in kaart brengen van de subjectieve behandel nood en eventuele drempels voor het beroep doen op of het bekomen van tandheelkundige zorgverlening.

Zestig procent van de jongeren met beperkingen en 54% van de volwassenen met beperkingen rapporteerden dat ze het afgelopen jaar een tandarts bezochten voor raadpleging of behandeling. Dit aantal lag een stuk lager bij de

kwetsbare ouderen. Personen van 65 jaar of ouder hebben nauwelijks de gewoonte jaarlijks een tandarts te bezoeken. Voor bijna 7 op 10 ouderen was het meer dan 1 jaar geleden dat men een tandarts bezocht.

Op de dag van het invullen van de vragenlijst had 29% van de jongeren en 35% van de volwassenen met beperkingen een probleem in de mond. Het meest frequent gerapporteerd probleem bij jongeren was esthetiek, gevolgd door pijn en discomfort (eten en spreken). Bij volwassenen met beperkingen was pijn het meest gerapporteerd probleem, gevolgd door discomfort en esthetiek.

Bij de bevroegde steekproef personen van 65 jaar of ouder had bijna 1 op 3 op het moment van het invullen van de vragenlijst een mondprobleem. Discomfort werd het meest frequent vermeld.

Een kleine helft van de personen met beperkingen gaf aan dat ze graag een tandarts zouden consulteren. Één derde van de jongeren en tweevijfden van de volwassenen vermeldden een probleem om een tandarts te raadplegen. De belangrijkste gerapporteerde drempel was angst, gevolgd door een financieel probleem en transport. De meerderheid doet voor het maken van een afspraak en begeleiding bij het bezoek aan de tandarts beroep op familie of personeel van de voorziening.

Bij de personen ouder dan 65 jaar gaf 1 op 4 aan een raadpleging te wensen bij de tandarts, maar dit aandeel nam af met de leeftijd. De meest vermelde drempel om beroep te doen op een tandarts is het vervoer naar en van de tandarts. Hoe meer zorgafhankelijk men is hoe minder men beroep doet op een tandarts. Minder dan 1 op 4 van de personen van 65 jaar of ouder kan nog zelf de afspraak bij de tandarts regelen en heeft geen hulp of begeleiding nodig om naar de tandarts te gaan. Wanneer dit niet meer kan doet men in eerste instantie beroep op de partner, familie of kennis en dan op de zorgverlener.

### 8.1.3.5 Consumptiegegevens

Van de personen geselecteerd in de gelegenheidssteekproef PBN werden via het Intermutualistisch Agentschap (IMA) individuele gegevens inzake zorgconsumptie opgevraagd (de verleende medische en tandheelkundige zorgen gedurende de periode 2002-2008). Gezien niet van alle personen van de PBN-steekproef een rijksregisternummer voor handen was, is deze gekoppelde databank beperkter. Bij de kwetsbare ouderen beperkt zich deze steekproef tot ouderen in een woonzorgcentrum.

Voor het merendeel (meer dan 90%) van de kinderen, jongeren en volwassenen met beperkingen en het merendeel van de 65 plussers werd in de periode 2002-2008 tenminste één tandheelkundige consumptie terugbetaald. Dit aandeel was het laagst voor de leeftijdsgroep ouder dan 90 jaar (85%) en voor de volwassenen met beperkingen (88%). Regelmatig contact met de tandarts, gedefinieerd als tenminste één contact in tenminste 4 van de 7 observatiejaren, lag heel wat lager bij de personen met beperkingen (rond de 50%) en zeer laag bij kwetsbare ouderen tussen de 65 en 90 (rond de 20%) tot extreem laag bij 90 plussers (2%).

### 8.1.3.6 Onderlinge verbanden

Hier werden verbanden geanalyseerd van gegevens binnen en tussen de bevraging en het klinisch onderzoek (subjectief en objectief) en de consumptiegegevens. Meer volwassenen met beperkingen die rapporteerden het laatste jaar geen tandarts bezocht te hebben rapporteerden een probleem in de mond, zouden graag een tandarts consulteren en rapporteerden een probleem om een tandarts te consulteren. Bij ouderen zag men een verband tussen het moment van de laatste raadpleging en de mondstatus. Ouderen die recenter een raadpleging bij de tandarts hadden, hadden meer natuurlijke tanden en een lagere  $D_3$ MFT.

Volwassenen met beperkingen die zelf een probleem in de mond rapporteerden hadden meer onbehandelde tanden met tandbederf. Comfortproblemen bij kauwen en spreken werd frequenter gerapporteerd bij volwassenen met beperkingen waarbij meerdere tanden ontbraken. Het aandeel personen van 65 jaar en ouder dat zelf een mondprobleem aangaf was groter bij de ouderen met onvoldoende verzorging, met slijmvliesaandoeningen en met prothetische behandel nood.

Regelmatig contact met de tandarts werd gevonden bij volwassenen met beperkingen die een effectieve tegemoetkoming uitbetaald kregen en die geen probleem rapporteerden om een tandarts te raadplegen. Zij hadden een hogere verzorgingsgraad. Regelmatig contact werd ook gevonden bij ouderen met een lagere cariës index (DMFT lager dan 24) en met een hoge verzorgingsgraad, wat logisch lijkt.

Urgentiebehandelingen werden vaakst geattesteerd bij jongeren met beperkingen met een verhoogde kinderbijslag, en bij significant meer volwassenen met beperkingen met een gerapporteerd probleem om een tandarts te raadplegen.

### 8.1.3.7 Patiëntenplatform

In het kader van de doelstellingen van dit rapport werd de bevraging van personen met bijzondere noden betreffende de subjectieve behandelneed bijkomend uitgevoerd via een patiëntenplatform. Hiervoor werd dezelfde vragenlijst gebruikt. Het doel van dit deel van de studie was het in kaart brengen van de subjectieve behandelneed en eventuele drempels voor het beroep doen op of het bekomen van tandheelkundige zorgverlening bij een extra groep patiënten (n = 87) lid van één van de 100 patiëntenverenigingen in Vlaanderen. Bij drie kwart van de patiënten werd de vragenlijst ingevuld met hulp van de verzorgende.

Voor ongeveer de helft van de respondenten van het patiëntenplatform was het meer dan 5 jaar geleden dat ze een tandarts consulteerden. Eén op vier van de respondenten van het patiëntplatform had op het moment van het invullen van de vragenlijst een mondprobleem (vooral bij kauwen en spreken).

De meest vermelde drempel om beroep te doen op een tandarts was het vervoer naar en van de tandarts. Dit werd door bijna 3 op 4 van de bevroegde personen aangegeven.

Van deze groep maakte 1 op 4 zelf en zonder hulp een afspraak bij de tandarts. Voor het maken van een afspraak bij de tandarts deden de overige drie vierden hoofdzakelijk beroep op hun partner, familie of kennis. In 8% van de gevallen deed men beroep op een zorgverlener en dit is in vergelijking met de andere groepen van de PBN-steekproef veel lager.

Verder bleek de partner, familie of kennis belangrijk om zich te verplaatsen en te laten begeleiden naar de tandarts.

### 8.1.3.8 Bevraging van de zorgverleners

Aanvullend aan de gegevens van het epidemiologisch onderzoek bij de doelgroep werd een bevraging uitgevoerd van de zorgverleners die instaan voor de dagelijkse zorg van de doelgroep en een bevraging van de Belgische tandartsen.

Voor beide doelgroepen blijkt alvast dat de meerderheid van de zorgverleners die instaan voor de dagelijkse zorg aangeeft geen of weinig theoretische en praktische opleiding te hebben gekregen inzake mondzorg. Dit was voornamelijk het geval bij de lager geschoolde 'verzorgenden' in ouderenzorg. Ondanks deze beperkte gerapporteerde opleiding in het uitvoeren van mondhygiëne bij zorgafhankelijke personen was de bereidheid tot deelname aan nascholingsactiviteiten niet zo groot.

Voor beide doelgroepen geeft toch een zeer belangrijk deel van zorgverleners aan problemen te hebben met het poetsen van de natuurlijke tanden van zorgafhankelijke personen. Deze proportie is beduidend hoger aan Franstalige kant. Zorgverleners bij kwetsbare ouderen ervaren meer drempels bij het poetsen van de natuurlijke tanden van de ouderen dan bij het poetsen van hun gebitsprothesen.

Wat de organisatie van zorg betreft geven zorgverleners van personen met beperkingen minder problemen aan voor tandartsbezoek in vergelijking met zorgverleners van kwetsbare ouderen. Volgens ongeveer één derde van eerst genoemde zorgverleners gaan de zorgafhankelijke personen op eigen kracht naar de tandarts. Wanneer dit niet meer mogelijk is wordt dit geregeld door de familie en/of mantelzorgers of kan beroep gedaan worden op de hulp van een medewerker van de voorziening. Minder dan één op vijf van alle zorgverleners van kwetsbare ouderen oordeelden dat er geen tandartsbezoek geregeld werd gedurende het voorbije jaar. Voor de zorgverleners actief in de thuiszorg (60% bij ouderen) was dit bijna vier op tien. Nederlandstalige zorgverleners actief voor ouderen in woonzorgcentra gaven aan dat in één op tien van de gevallen geen tandartsbezoek werd geregeld, terwijl dit bij ouderen in de thuissituatie in vier op tien van de gevallen zo was. Ouderen van woonzorgcentra gingen in één op vijf van de gevallen naar de eigen tandarts op eigen kracht terwijl dit voor ouderen in de thuissituatie in de helft van de gevallen zo was.

De bevraging van de tandartsen leert ons dat de meerderheid van de tandartsen aangeeft dat zorgverlening aan personen met beperkingen en aan kwetsbare ouderen moeilijker en tijdrovender is. Als suggesties geven zij aan: een aangepaste vergoeding en aanvullende terugbetaling, beschikbaarheid van mobiele apparatuur, beschikbaarheid van hulp personeel voor assistentie, doorverwijscentra en aanspreekpunten voor advies. Een belangrijke proportie geeft aan dat extra opleiding aangewezen is.



### 8.1.4. De Europese context

Voor de analyse in een Europese context werd een internationaal symposium georganiseerd met als thema 'Tandheelkundige zorgverlening voor personen met bijzondere noden'. Dit symposium vond plaats op 25 augustus 2010, voorafgaand aan het 20ste congres van de International Association for Disability and Oral Health (iADH) dat gehouden werd in Gent.

In een eerste deel van het symposium werden uiteenzettingen gebracht over verschillende vormen van organisatie van zorgverlening aan personen met bijzondere noden, met speciale focus op personen met beperkingen en kwetsbare ouderen, zoals toegepast in België, Frankrijk, Zweden en Nederland. De mondzorg voor kwetsbare groepen is, specifiek voor elk van de landen, in meer of mindere mate structureel uitgewerkt. Zweden lijkt hier wel het verst te staan. Een belangrijk gerapporteerd knelpunt is het gebrek aan structurele aanpak en professioneel management, en het tekort aan tandartsen, mondhygiënist en specifiek opgeleiden.

In een tweede luik werd gebrainstormd over mogelijke strategieën toepasbaar in de Belgische context. Dit werd georganiseerd onder vorm van discussiegroepen, met nadien rapportage in plenum. Hieruit komt naar voor dat er inspanningen moeten geleverd worden om de patiëntengroepen met bijzondere noden duidelijk te identificeren. Er is nood aan een aangepast systeem voor zorgverlening en financiering. Deze organisatie van zorg moet gebruik maken van een waaier van complementaire diensten, reeds bestaande en nieuw te voorziene diensten. Er is ook nood aan goed opgeleide zorgverleners waarbij rekening wordt gehouden met een noodzakelijke differentiatie van taken. Aandacht is nodig voor de dagelijkse verzorging, preventieve zorg, gezondheidspromotie en aangepaste professionele verzorging. Er wordt sterk benadrukt dat er nood is aan een globale aanpak.

### 8.1.5. De evaluatie van het proces

Binnen de procesevaluatie bleek de bereikbaarheid van de doelgroep voor inventariseren en contacteren niet steeds evident. Verdeling van bevoegdheden over het federaal niveau, gewesten en gemeenschappen bemoeilijkt het inventariseren van de doelgroep.

De bereidheid tot deelname aan het PBN project was daarenboven laag voor de instellingen voor personen met beperkingen. De belangrijkste barrières voor het verlenen van medewerking aan deze studie door organisaties die instaan voor de zorg van personen met beperkingen en kwetsbare ouderen zijn verder de hoge tijdsdruk, het extra werk dat de deelname aan de studie meebrengt, de moeilijkheden om de informed consent getekend te krijgen, de geringe aandacht voor mondzorg van de zorgvrager en de strikte wetgeving op de privacy, in het bijzonder van de zorgvrager. De complexiteit en onduidelijkheid van de regelgeving voor het verzamelen en koppelen van gevoelige gegevens bemoeilijkt epidemiologische studies en verlengen de studieperiode. De voorwaarden in tijd, personeel en middelen voor het PBN project waren dan ook onderschat. Het realiseren van het PBN project was maar mogelijk dank zij de extra onbezoldigde inzet van het project team.

## 8.2 Voorstellen tot maatregelen binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in België - Concrete voorstellen

### Inleiding

In dit rapport kwamen twee doelgroepen aan bod en voor beide groepen werd vastgesteld (zie hoofdstuk 3) dat er grote nood is aan sensibilisering, aan primaire, secundaire en tertiaire preventie\* en aan professionele zorgverlening omdat er heel wat zorgachterstand op vlak van mondzorg werd vastgesteld.

---

\* Primaire preventie: de ontwikkeling van een ziekte verhinderen vooraleer er enige biologische aanzet aanwezig is tot het ontstaan van een ziekte. Secundaire preventie: de ziekte opsporen in een zeer vroeg stadium vooraleer er symptomen optreden. Tertiaire preventie: personen met de ziekte behandelen om de ongemakken en/of beperkingen ontstaan door de ziekte zoveel mogelijk te verminderen en het normaal functioneren zoveel mogelijk te herstellen.

## Samenvatting en Concrete voorstellen

De concrete maatregelen die voorgesteld worden, hebben globaal gezien betrekking op de beide onderzochte doelgroepen, waarbij het vanzelfsprekend is dat er bij de uitvoering bepaalde accenten anders zullen moeten gelegd worden naargelang de doelgroep.

### 8.2.1. Prioriteit voor Gezondheidspromotie en Preventie

Er bestaat evidentie in de literatuur over de primordiale rol die gezondheidsvoorlichting/-bewaking en preventieve maatregelen spelen in de mondgezondheid.

Deze maatregelen worden bij voorkeur opgenomen in de basistaken van de verzorgenden/verplegenden die de dagelijkse begeleiding van patiënten/cliënten waarnemen. Hiervoor is een structurele aanpak met motivatie, opleiding, begeleiding noodzakelijk (zie verder).

Patiëntenverenigingen, oudergroepen, seniorenverenigingen, mantelzorgers dienen betrokken te worden bij het sensibiliseren voor aandacht voor mondzorg/mondgezondheid bij personen met bijzondere noden.

### 8.2.2. Professionele tandheelkundige verzorging

De secundaire en tertiaire preventie en de aanpak van de in de studie vastgestelde zorgachterstand vereisen gemotiveerde en goed opgeleide verpleegkundigen en tandheelkundigen.

Omwille van beschikbaarheid, toegankelijkheid, betaalbaarheid en aanvaardbaarheid zal er maximaal naar gestreefd worden de patiënten in de eerste lijn te verzorgen. Hierbij is het belangrijk de keuzevrijheid van de patiënt te respecteren.

Personen met bijzondere noden moeten, indien er nood is aan specialistische tandheelkundige zorg, kunnen opgevangen worden in de tweede lijn en/of in Centra voor Bijzondere Tandheelkunde, waar bijzondere aandacht moet besteed worden aan de noodzakelijke faciliteiten voor tandheelkundige behandeling onder sedatie en narcose. Deze centra moeten voor de patiënten, de verzorgenden/verpleegkundigen en de algemeen tandartsen herkenbaar zijn als verwijs- en referentiecentra. Zij zullen ook een bijzondere ondersteuningsfunctie hebben voor de eerste lijn. Gezien de doelgroepen veelal medisch gecompromitteerde patiënten zijn die een multidisciplinaire aanpak vergen, worden deze centra best geïntegreerd in algemene ziekenhuizen.

### 8.2.3. Organisatie

Per voorziening, groep voorzieningen, thuiszorgorganisatie, per geografische entiteit ... wordt voor zowel de thuisverblijvende als de geïnstitutionaliseerde patiënt een "Zorgnetwerk Bijzondere Noden" voorzien ( zie model in bijlage), dat waar mogelijk geïntegreerd wordt in een bestaande entiteit die de zorgverlening coördineert.

Een "Zorgnetwerk Bijzondere Noden" bestaat uit een coördinerend en raadgevend tandarts (CRT) en minstens één mondzorgassistent (MA) (verpleegkundige met bijzondere opleiding) (Zie figuur 8.1). De coördinerend raadgevend tandarts overlegt met de collegae tandartsen, de behandelende artsen en in het bijzonder de coördinerend en raadgevend arts (CRA). Hij/zij staat ook in voor het overleg met de voogd/familie en met het bestuur van de voorzieningen/organisaties.

De coördinerend raadgevend tandarts coördineert de preventieve acties, preventieve en curatieve zorg in of buiten de voorziening/organisatie, de begeleiding en (intra-murale) nascholing van de mondzorgassistenten en verzorgenden/verpleegkundigen.

De verzorgenden/verpleegkundigen nemen mondhygiëne en mondgezondheidsvoorlichting op in hun dagelijkse zorgtaken en rapporteren tekortkomingen/problemen aan de mondzorgassistent.

De mondzorgassistent doet op regelmatige basis een mondonderzoek en rapporteert aan de coördinerend raadgevend tandarts. De frequentie is afhankelijk van de specifieke noden, zoals bijvoorbeeld de graad van zorgafhankelijkheid (beperking, kwetsbaarheid, immobiliteit).



Bij het vaststellen van nood aan preventieve of curatieve zorg, zal de coördinerend raadgevend tandarts deze mondzorg plannen in overeenstemming met de principes sub 8.2.2.

#### 8.2.4. Logistiek

Teneinde de opvang van zoveel mogelijk patiënten te kunnen realiseren in de eerste lijn is het noodzakelijk dat de bestaande praktijken zo ruim mogelijk toegankelijk zijn voor de patiënten met bijzondere noden en dat het vervoer van deze patiënten gefaciliteerd wordt.

Wanneer de patiënten buiten een bestaande praktijk verzorgd worden, is voor sommige preventieve handelingen en zeker voor de curatieve behandelingen de beschikbaarheid van goede tandheelkundige apparatuur noodzakelijk. Ervaringen in het buitenland leren dat niet frequent gebruikte, door meerderen gedeelde apparatuur niet rendabel is. Daarom is het aangeraden te werken met mobiele eenheden met vaste begeleiding en centrale dispatching. Om de mogelijkheden tot kwalitatieve curatieve zorgen te optimaliseren is het aangewezen om het aanwenden van bewuste sedatie te bevorderen zowel in de bestaande praktijken als bij de mobiele eenheden.

#### 8.2.5. Opleidingen

Voor de implementatie van de concrete voorstellen zijn gemotiveerde en goed opgeleide zorgverleners van primordiaal belang. Hiertoe zijn voor de verschillende actoren aanpassingen nodig in de basisopleiding en de nascholing. De sensibilisering en primaire preventie worden best opgenomen in het takenpakket van de verzorgenden/verplegenden en daartoe moet mondzorg voor personen met bijzondere noden opgenomen worden in hun basisopleiding en nascholing.

De mondzorgassistent is een nieuw te creëren opleiding binnen de opleiding verpleegkundige. Om de competenties van de mondzorgassistent te reguleren is een aanpassing van de federale wetgeving noodzakelijk.

De Algemeen Tandartsen in de eerste lijn moeten gemotiveerd worden voor deze doelgroepen en in hun basisopleiding en nascholing moet meer aandacht besteed worden aan de patiënten met bijzondere noden. Om zoveel mogelijk patiënten kwalitatieve verzorging te kunnen bieden moet de opleiding in bewuste sedatie onderdeel uitmaken van de basisopleiding en het nascholingsaanbod.

#### 8.2.6. Financiering

Voor de implementatie van de concrete voorstellen moet financiering voorzien worden voor de:

- verloning van de coördinerend raadgevend tandarts
- verloning van mondzorgassistenten
- verbetering van de toegankelijkheid van bestaande praktijken
- organisatie van patiëntenvervoer naar de gevestigde praktijken of de verplaatsing van de tandarts naar de personen in voorzieningen of thuiszorgsituatie
- mobiele eenheden
- dispatching (coördinatie van de aanvragen voor preventieve/curatieve zorg, beschikbaarheid mondzorgassistenten, tandartsen, vervoer, apparatuur en materialen)
- aangepaste verloning voor tandartsen (pro capita, loontrekkende, per uur, per prestatie)
- organisatie van centra voor bijzondere tandheelkunde

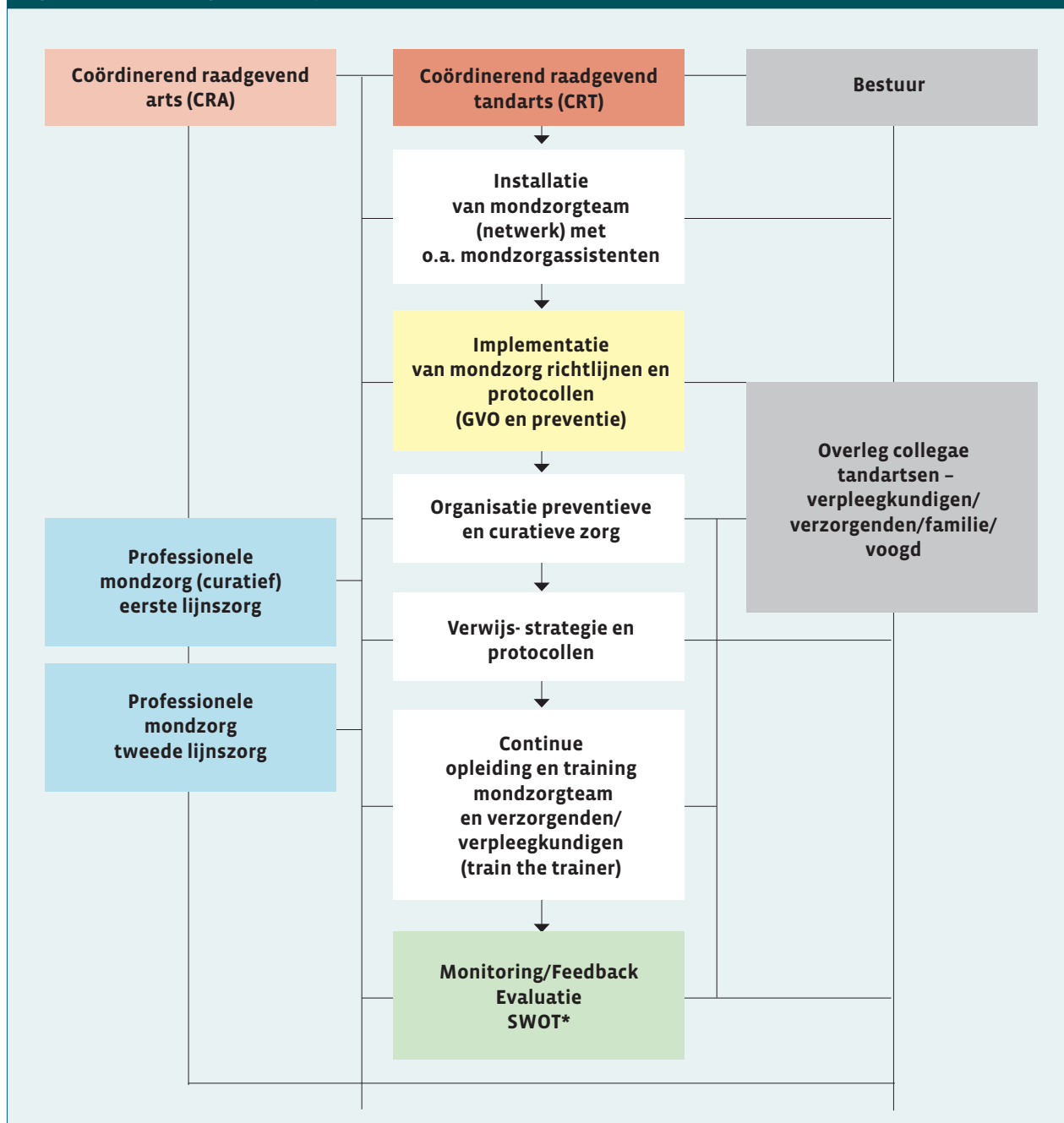
#### 8.2.7. Implementatie

De concrete voorstellen moeten gerealiseerd in het kader van een globaal plan van aanpak.

Fragmentatie van de voorstellen omwille van economische realiteiten mag geen afbreuk doen aan de globale visie. Buitenlandse ervaringen leren dat een gefragmenteerde voluntaristische aanpak op korte termijn werkt maar op lange termijn verloren energie en financiën betekent.

Elke stap moet logisch passen in de globale visie gezien elk onderdeel onontbeerlijk is in de holistische aanpak die noodzakelijk is om personen met bijzondere noden toegang te geven tot een goede mondgezondheid aangepast aan hun individuele bijzondere situatie. Principiële keuzes dringen zich op in verband met de financiering van de 'Netwerken Bijzondere Noden' en de basisverzorging die ervoor voorzien wordt in de federale ziekteverzekering. Om deze principiële keuzes te kunnen voorbereiden is een grondige financiële analyse van de implementatie van de concrete voorstellen een noodzaak. Het is daarom aangewezen om een haalbaarheidsstudie uit te voeren aangaande de concrete voorstellen geformuleerd in dit rapport 'Pilotproject Mondzorg voor Personen met Bijzondere Noden'.

**Figuur 8.1 Model zorgnetwerk Bijzondere Noden**



\*SWOT = Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats; korte lijst van sterke en zwakke punten, kansen en bedreigingen

**Verantwoordelijke uitgever:**

VVT vzw

Stefaan Hanson, coördinator PBN

Vrijheidslaan 61, 1081 Brussel

[www.tandarts.be](http://www.tandarts.be)

**Vormgeving, opmaak, productie:**

IN-depth | graphic services, Antwerpen

[info@in-depth.be](mailto:info@in-depth.be) - [www.in-depth.be](http://www.in-depth.be)

© RIZIV, 2011.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd 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.

