



2014

Haalbaarheidsstudie
mondzorg voor
personen met
bijzondere noden (HBN)



Inhoudstafel

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

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

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

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

A. INLEIDING

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

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

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

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

Meteen vormt dit rapport de basis voor het uitvoeren van het tweede deel van de “Haalbaarheidsstudie Bijzondere Noden”, de Pilotfase, waarbij belangrijke delen van het globaal plan in het werkveld uitgevoerd zullen worden om de haalbaarheid concreet te toetsen. Finaal zal dit resulteren in een tweede deel dat aan dit voorliggend rapport zal toegevoegd worden.

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

1. METHODIEK

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

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

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

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

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

2. KNELPUNTEN

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

Knelpunten waarvoor concrete maatregelen nodig zijn:

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

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

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

3. MONDZORGPLATFORM voor Personen met Bijzondere Noden

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

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

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

Opdrachten van het Mondzorgplatform Bijzondere Noden:

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

Wettelijk kader voor het oprichten van het Mondzorgplatform Bijzondere Noden

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

4. MONDZORGNETWERKEN voor Personen met Bijzondere Noden

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

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

4.1. DAGELIJKSE MONDZORG (PERSOONSZORG)

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

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

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

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

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

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

4.2. PROFESSIONELE MONDZORG

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3. MONDZORGNETWERK

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

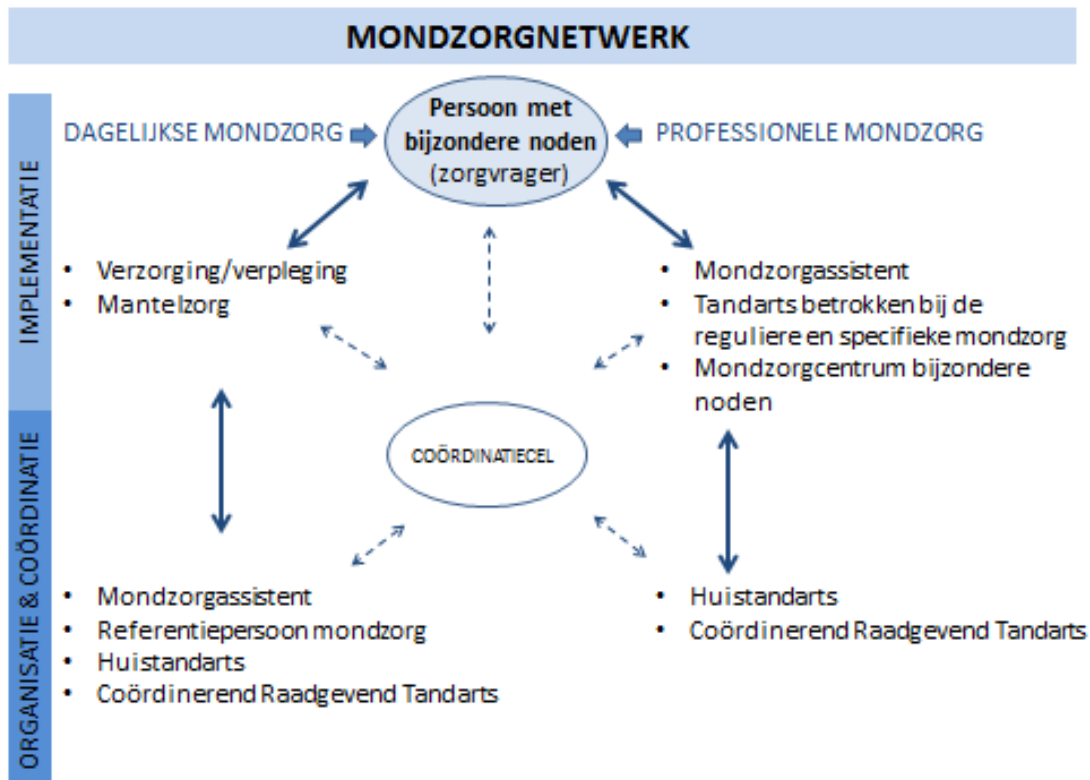
Een Mondzorgnetwerk bestaat uit de verschillende zorgactoren die instaan voor de organisatie, coördinatie en realisatie van zowel de dagelijkse als de professionele mondzorg van personen met bijzondere noden. Ieder Mondzorgnetwerk beschikt over een coördinatieceel die o.a. zorgvragen doorheen het Mondzorgnetwerk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

4.3.1. Taken van het Mondzorgnetwerk

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

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

4.3.2. Schematische voorstelling Mondzorgnetwerk



4.3.3. Samenstelling Mondzorgnetwerk

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

4.3.4. Aantal Mondzorgnetwerken

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

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

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

³ Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

5. TE CREËREN FUNCTIES

5.1. REFERENTIEPERSOON MONDZORG (zie ook bijlage 2)

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

In de gehandicaptenzorg is dit begrip nog niet gekend.

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

- Profiel:
 - verpleegkundige
 - mondzorgassistent

5.2. COÖRDINEREND RAADGEVEND TANDARTS (CRT)

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

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

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

- Profiel:
 - algemeen tandarts

5.3. MONDZORGASSISTENT

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

- Taken:

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

- Profiel:

HBO 5 of professionele bachelor

5.4. MONDZORGCENTRUM BIJZONDERE NODEN

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

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

- Aantallen:

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

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

De concrete invulling wordt uitgetest in de Pilootfase.

- Personeelsbezetting:

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

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

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

Wettelijk kader voor het oprichten van het Mondzorgcentrum Bijzondere Noden

FOD Volksgezondheid: Financiering, Infrastructuur en Personeelsbezetting

Adviesorgaan: Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen

Toepasselijke reglementering:

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

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

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

6. TOEGANKELIJKHEID VAN PROFESSIONELE MONDZORG

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

6.1. FYSIEKE TOEGANKELIJKHEID

6.1.1. Tandartspraktijk

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

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

Voorstellen:

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

6.1.2 Transport naar en van de tandartspraktijk

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

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

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

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

Voorstellen:

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

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

6.2. TOEGANKELIJKHEID VAN DE TANDARTS

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

Dit zou geremedieerd kunnen worden door:

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

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

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

6.3. ALTERNATIEVEN VOOR DE REGULIERE TANDARTSPRAKTIJK

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

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

Overzicht mogelijke alternatieven

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

Symbolen: R = reëel alternatief

M = mogelijk alternatief

G = geen alternatief

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

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

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

⁴ Woonzorgcentrum

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

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

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

7. SENSIBILISERING

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

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

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

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

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

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

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

8. OPLEIDING

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

Aandachtspunten zijn:

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

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

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

Aandachtspunten zijn:

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

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

9. FINANCIËLE INCENTIVES

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

9.1. IDENTIFICEREN VAN DE RECHTHEBBENDEN

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

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

9.2. INCENTIVES VOOR DE REGULIERE MONDZORG

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

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

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

9.3. INCENTIVES VOOR DE SPECIFIEKE MONDZORG

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

9.4. INCENTIVES VOOR DE GESPECIALISEERDE MONDZORG

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

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

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

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

10. STAPPENPLAN

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

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

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

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

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

1. WERKWIJZE PILOOTFASE HBN

1.1. DOELSTELLING

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

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

1.2. WERKMETHODE

1.2.1. Sensibilisering

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

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

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

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

1.2.2. Mondzorgnetwerken

1.2.2.1. Pilootregio's

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

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

1.2.2.2. Centrale organisatie

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

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

1.2.2.3. Draaiboek

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

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

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

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

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

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

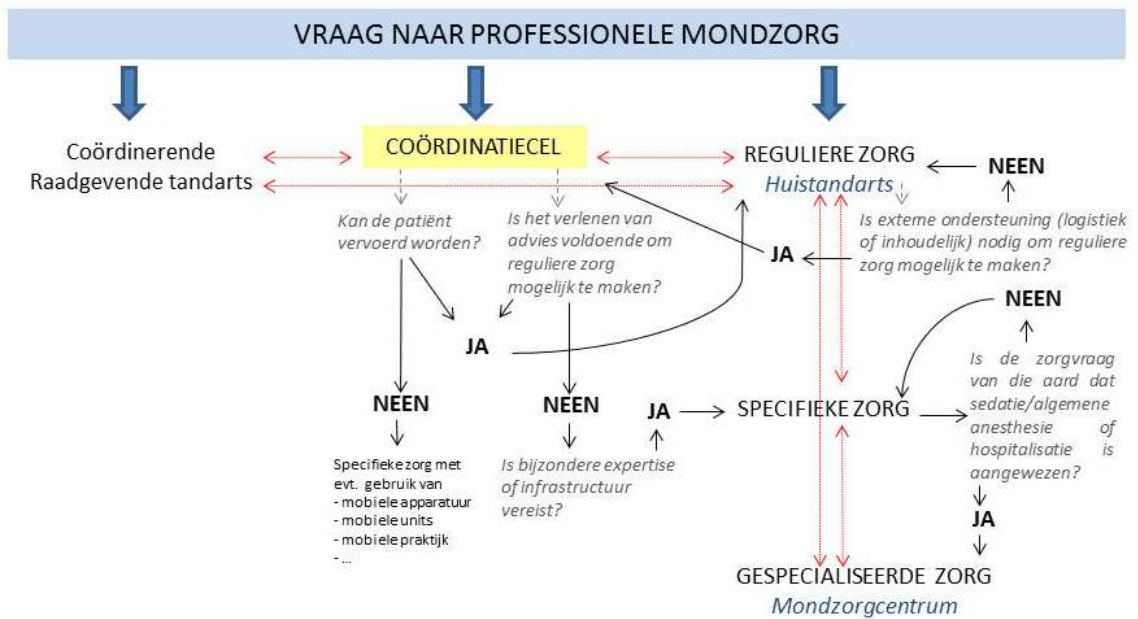
In eerste instantie werd er overleg gepleegd met de verantwoordelijken van de betrokken zorgorganisaties waarbij het opzet en verloop van de haalbaarheidsstudie beknopt werd toegelicht. Verder werd uitvoerig informatie verschaft over de procedure voor het implementeren van de mondzorgprotocollen in de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

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

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

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

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



Figuur 1

1.2.2.4. Reguliere mondzorg

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

1.2.2.5. Specifieke mondzorg

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

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

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

1.2.2.6. Gespecialiseerde mondzorg

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

2. RAPPORT PILOOTFASE HBN

2.1. BESCHRIJVING VAN DE DEELNEMENDE ORGANISATIES

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

2.1.1. Profiel van de deelnemende zorgorganisaties

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

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

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

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

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

2.1.2. Bestaande dagelijkse mondzorg in de deelnemende zorgorganisaties

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

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

2.1.2.1. Wie voert dagelijkse mondzorg uit?

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

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

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

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

Drie organisaties gebruiken een protocol opgemaakt door de universiteit Gent.

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

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

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

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

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

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

Volgende initiatieven werden gemeld door de zorgorganisaties:

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

2.1.3. Bestaande tandheelkundige zorg in de deelnemende zorgorganisaties

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.3.3. Wie organiseert het tandartsbezoek?

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

In 1 organisatie wordt dit bijkomend bewaakt door de directie.

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

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

2.1.3.4. Samenwerking met tandarts

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.4. Samenvatting van het bestaande mondzorgbeleid in de deelnemende organisaties

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

2.2. IMPLEMENTATIE IN DE ZORGORGANISATIES VAN DE MONDZORGNETWERKEN

2.2.1. Sensibilisatie

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2.1.1. Evaluatie van de sensibilisatie door de zorgorganisaties

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

Tabel 9: Vragen in verband met de sensibilisatie en implementatieprocedure

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

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

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

2.2.1.2. Compliance van de zorgorganisaties

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zwakke punten:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3. TANDHEELKUNDIGE ZORG BINNEN DE MONDZORGNETWERKEN

2.3.1. Kenmerken van de deelnemers (tabel 12)

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

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

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

Tabel 12: Kenmerken van de onderzochte personen

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

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

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

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

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

2.3.2. Mondgezondheidstoestand van de onderzochte personen (tabel 14)

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

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

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

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

2.3.2.1. Aandeel tandeloze personen versus personen met natuurlijke tanden

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

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

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

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

Doelgroep personen met beperkingen

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

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

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

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

Doelgroep kwetsbare ouderen

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

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

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

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

2.3.2.2. Gebitsprothesen

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

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

Tabel 18: Aanwezigheid van gebitsprothesen voor verschillende studiegroepen

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

2.3.2.3. Mondhygiëne

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

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

2.3.2.4. Droge mond (n=314)

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

2.3.2.5. Pijn of ongemak (n=582)

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

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

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

2.3.2.7. Parodontale conditie (n=479)

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

2.3.3. Organisatie van de mondzorg

2.3.3.1. Coördinatieceel

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

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

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

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

2.3.3.2. Doorstroming van de zorgvraag

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

2.3.3.3. Vervoer van personen met bijzondere noden

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

Tabel 20: Soorten vervoer

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

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

2.3.4. Uitgevoerde tandheelkundige zorg

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

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

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

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

Tabel 22: Soorten uitgevoerde behandelingen

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

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

2.3.5. Samenvatting van de tandheelkundige zorg binnen de mondzorgnetwerken

Conclusie:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4. MONDZORGCENTRA BIJZONDERE NODEN

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

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

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

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

1. SENSIBILISERING

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

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

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

Structureel overleg met de opleidingscentra is hiervoor noodzakelijk.

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

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

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

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

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

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

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

2. MONDZORGPLATFORM/MONZORGNETWERKEN

2.1. MONDZORGPLATFORM

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

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

2.2. AANTAL MONDZORGNETWERKEN

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

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

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

2.3. STRUCTUUR MONDZORGNETWERK

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

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

2.4. FINANCIERING MONDZORGPLATFORM EN MONDZORGNETWERKEN

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

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

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

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

Voorstel principe van de financiering:

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

2.5. VERGOEDING VAN TANDARTSEN VOOR REGULIERE MONDZORG

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

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

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

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

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

2.6. ALTERNATIEVE VORMEN VOOR HET VERLENEN VAN MONDZORG

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

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

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

Enkele van deze alternatieven werden uitgetest in de haalbaarheidsstudie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. GESPECIALISEERDE MONDZORG (Mondzorgcentra Bijzondere Noden)

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

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

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

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

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

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

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

3.2. AANTAL MONDZORGCENTRA BIJZONDERE NODEN

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

3.3. PERSONEELSBEZETTING MONDZORGCENTRUM

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

3.4. INFRASTRUCTUUR MONDZORGCENTRUM

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

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

3.5. INCENTIVES VOOR DE GESPECIALISEERDE MONDZORG

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

4. OPTIMALISATIE VAN DE TOEGANKELIJKHEID VAN REGULIERE MONDZORG

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

E. SLOTBESCHOUWING EN CONCLUSIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

F. DANKWOORD

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

G. BIJLAGEN

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

H. REFERENTIES

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

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

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

Verantwoordelijke uitgever:

VVT vzw

Stefaan Hanson, coördinator HBN

Vrijheidslaan 61, 1081 Brussel

www.tandarts.be

©RIZIV, 2014.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

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