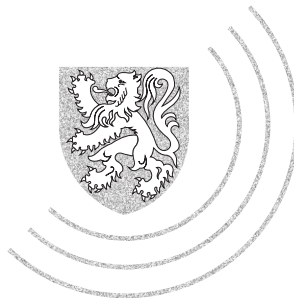


V L A A M S P A R L E M E N T



Zitting 2002-2003

24 april 2003

VOORSTEL VAN DECREET

– van de heren Jan Van Duppen en Guy Swennen –

**houdende gelijke kansen inzake preventie van tandbederf
in het kleuter- en leerplichtonderwijs**

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Basisdoelstelling

Dit decreet heeft drie basisdoelstellingen :

- de invoering van systematische preventieve tandzorg in de scholen ;
- het aanpakken van de toenemende achterstand inzake de gezondheidstoestand van het gebit bij groepen met een lagere sociaal-economische status ;
- het optimaliseren van de mogelijkheden inzake preventieve en preventief curatieve ingrepen die door de wettelijke ziekteverzekering aan jongeren geboden worden.

2. Problematiek*2.1. De slechte internationale score van België*

Zoals in de meeste West-Europese landen gaat ook in België de gebitstoestand er globaal op vooruit. Maar voor de meeste andere vergelijkingspunten is ons land de slechte leerling van Europa. In vergelijking met andere West-Europese landen (zie Tabel 1) besteedt België naar verhouding het minste middelen aan tandzorg. Ons land legt hiervoor 0,18 % van het BNP vast. Ter vergelijking : in Nederland is dat 0,46 %, in Italië 0,39 %¹. België heeft het, op één land na, kleinste aandeel cariësvrije kinderen (35 % van de twaalfjarigen) en de derde hoogste gemiddelde DMFT-waarde² (waarde : 1,9).

¹ Een hoger financieringsgedrag in een land is weliswaar geen garantie voor een betere gebitsgezondheid in vergelijking met andere landen. Zo besteedt Finland proportioneel 2,5 maal meer middelen aan tandzorg en toch is het aandeel cariësvrije twaalfjarigen er niet hoger dan in ons land (nl. 35 %). Maar over de gehele lijn is er wel een duidelijke samenhang tussen de financieringsgraad van tandzorg en de rangschikking inzake gebitsgezondheid.

² De DMFT-index geeft de schade, op een schaal van 0 tot 32, weer die door cariës aangericht wordt. D (= decayed) slaagt op het aantal aangetaste tanden. M (= missing) is het aantal ontbrekende tanden en F (= filled) het aantal tanden met een vulling.

Tabel 1

Gezondheidstoestand van de tanden in West-Europese landen (periode 1996-1998)

Land	DMFT-waarde voor 12-jarigen in %	cariësvrij
België	1.9	35 %
Nederland	0.6	70 %
Frankrijk	1.9	39 %
Duitsland	1.7	42 %
Verenigd Koninkrijk	1.4	48 %
Ierland	1.1	51 %
Zweden	1.0	62 %
Denemarken	1.01	55 %
Noorwegen	1.5	46 %
Zwitserland	1.1	?
Oostenrijk	1.7	44 %
Italië	2.1	38 %
Spanje	1.75	42 %
Griekenland	2.7	27 %
Finland	1.1	35 %

(Vanobbergen, J., 2001)

2.2. De Vlaamse situatie

Voor een analyse van de situatie in Vlaanderen beschikt men over het onderzoek "het Signal-Tandmobiel-project"³ van de Gentse universiteit. Een cohorte van kinderen werd vanaf de leeftijd van zeven jaar gevolgd gedurende zes jaar.

- De resultaten van het mondonderzoek bij zevenjarigen tonen aan dat bij meer dan de helft van de kinderen (56 %) het melkgebit aangetast is door cariës in het eerste leerjaar. Het blijvende gebit toont bij een op tien Vlaamse kinderen ontwikkeling van tandbederf kort na de doorbraak van de eerste blijvende tanden ; op de leeftijd van tien jaar is dat het geval voor één op drie. In het zesde leerjaar heeft vier op tien kinderen cariës in de blijvende tanden.
- Er zijn twee opmerkelijke feiten. In de eerste plaats is er een duidelijke polarisatie van het risico. Vroeger was het risico meer gelijk verdeeld over de gehele bevolking. Vandaag worden de meeste aantastingen gevonden bij bepaalde kinderen, terwijl er heel wat andere kinderen zijn met een cariësvrij gebit. Uit het onderzoek

³ Vanobbergen, Jackie, The development and application of a risk prediction model for dental caries in primary schoolchildren in Flanders, Universiteit Gent, 2001.

blijkt dat 75 % van alle cariës bij 27 % van de kinderen zit. Het verschil tussen twee derden van de groep met de gezondste tanden en één derde met de meest aantasting is opmerkelijk. In de leeftijdsgroep van de tienjarigen wordt 88 maal meer cariës gevonden bij die laatste, ongunstige groep. Verder stelt men ook vast dat het verschil inzake de ernst van het tandbederf tussen kinderen met goede en slechte tanden steeds groter wordt.

- Cariës neemt in Vlaanderen geografisch toe van het westen naar het oosten. In Limburg meet men een vijfde meer cariës bij de zevenjarigen dan in West-Vlaanderen.

2.3. Identificatie van gedragsrisico's op tandbederf

Om het tandbederf bij kinderen efficiënter aan te pakken, moet het beleid de risico's herkennen en de risicogroepen duidelijker identificeren.

2.3.1. Gedragsrisico's

De volgende gedragspatronen verhogen het risico op tandbederf.

- Het risico van tandbederf neemt toe bij kinderen met een slechte tandhygiëne. Bij bijna één op vijf Vlaamse kinderen worden geen tanden gepoetst vóór de leeftijd van vier jaar. Amper 14 % begint voor het tweede levensjaar met tanden poetsen. Eén kind op zes poetst zijn tanden niet elke dag.
- Bovendien gebruikt bijna één op tien kinderen geen fluorhoudende tandpasta. Een extra probleem is dat fluorhoudende tandpasta's door de grote onderlinge verschillen inzake fluorgehalte tussen de merken (tussen 250 en 15.000 ppm F) geen zekerheid geven over een voldoende fluorinname.

Vlaamse kinderen zijn ook grote verbruikers van suikerhoudende dranken en zoete snacks. Ongeveer 13 % van de zeven- tot tienjarigen neemt geregeld of zelfs dagelijks snoep mee naar school. De helft van de kinderen eet elke dag koekjes.

De meeste kinderen eten twee- tot driemaal tussen de maaltijden door.

Deze gedragspatronen zijn in schrille tegenspraak met alle tandheelkundige preventieregels. Minimale voorwaarden voor een goede tandhygiëne zijn :

- starten met tandenpoetsen wanneer de eerste melktand verschijnt (op 6 tot 8 maanden) ;
- tweemaal poetsen per dag ;
- suikerrijke snacks en dranken beperken tot twee per dag ;
- fluorhoudende tandpasta gebruiken.

2.3.2. Hulp bij het tanden poetsen en het rolmodel van de ouders

Kinderen kunnen hulp gebruiken bij het tanden poetsen tot de leeftijd van acht of zelfs tien jaar. In de praktijk krijgt meer dan één op tien kinderen nooit hulp. Het aandeel kinderen dat geregeld hulp krijgt, daalt met het opgroeien. De meeste ouders helpen niet meer met het tanden poetsen zodra die hun kinderen vier à vijf jaar zijn. Op de leeftijd van zeven jaar kan minder dan één kind op tien rekenen op stelselmatige hulp van de ouders. Het aandeel kinderen met regelmatige hulp daalt verder tot 5 % op achtjarige leeftijd en tot minder dan 2 % op 10 jaar. Niet alleen de concrete hulp bij de tandverzorging van de kinderen heeft invloed op het tandbederf. Ook de tandzorg bij de ouders is van belang, omdat het rolmodel ook invloed uitoefent.

2.3.3. Tandartsbezoek

Het ontbreken van een geregeld bezoek aan de tandarts is een belangrijke risicofactor. 14 % van de kinderen brengt voor ze zeven jaar worden geen enkel bezoek aan de tandarts. Daardoor komen twee onmisbare onderdelen van de tandzorg in het gedrang : de preventieve en de preventief curatieve praktijk van de tandarts. De preventieve praktijk omvat onder meer het tandheelkundig onderzoek, sealen (het verzegelen van kiezen) en het geven van advies over mondhygiëne, voedingsgewoonten enzovoort. Tot het preventief curatieve gedeelte behoren conserverende ingrepen zoals het wegnemen van tandplak en tandsteen, en fluorapplicaties.

2.4. Identificatie van risicogroepen aan de hand van sociaal-economische factoren

Elke Vlaming doet een beroep op eenzelfde, voor iedereen geldend systeem van curatieve tandzorg (tandarts, gespecialiseerde behandeling...), waarbij de wettelijke ziekteverzekering het grootste deel van de kosten terugbetaalt. Toch stellen de onderzoekers vast dat de sociale ongelijkheid inzake gezondheid van het gebit erg groot is.

2.4.1. Beroepsniveau van de ouders

Er is een duidelijke samenhang tussen het cariësrisico bij de kinderen en het beroepsniveau van hun ouders (tabel 2). Het is daarbij niet onbelangrijk wie van de ouders een hogere beroepsstatus heeft. De werkstatus van de vader heeft duidelijk meer gewicht dan die van de moeder. De meest gunstige situatie, na de combinatie "beide ouders met een hoge professionele status", is de combinatie "vader met hoge status/moeder met lage status". Het gaat vooral over hooggeschoolde mannen met echtgenotes die voor het huishouden en de opvoeding van de kinderen zorgen. Ongeveer 60 % van de kinderen met die sociaal-economische achtergrond is cariësvrij.

Tabel 2

Beroep van de ouders in verhouding tot het aandeel cariësvrije kinderen en aandeel kinderen met volledige tandverzorging

De situatie in Vlaanderen ziet er als volgt uit :

Beroep van de ouders*	Percentage cariësvrij	Verzorgingsindex**
Vader hoog + moeder hoog	61 %	33 %
Vader hoog + moeder midden	52 %	31 %
Vader hoog + moeder laag	59 %	14 %
Vader midden + moeder hoog	48 %	32 %
Vader midden + moeder midden	49 %	29 %
Vader midden + moeder laag	29 %	21 %
Vader laag + moeder hoog	40 %	20 %
Vader laag + moeder midden	43 %	37 %
Vader laag + moeder laag	24 %	15 %

(Vanobbergen, J., 2001)

* Hoog : vrije beroepen, managers en hoger geschoolde bedienden

Midden : geschoolde handwerkers en laaggeschoolde bedienden

Laag : ongeschoolde en halfgeschoolde arbeiders, werklozen en gepensioneerden

** Het percentage kinderen met 100 % tandverzorging (correctie en extractie)

Het aandeel kinderen van wie het gebit volledig verzorgd is door de tandarts (vullingen en extracties) bedraagt bij de groep met de hoogste sociaal-economische status 33 %, bij kinderen met een lage sociaal-economische achtergrond is dat maar 15 %.

De verschillen tussen sociaal-economische groepen in tandzorg bij de kinderen hebben zware gevolgen voor de gezondheid van het gebit op latere leeftijd. Mannen en vrouwen met enkel een lagereschool-opleiding hebben in Vlaanderen gemiddeld slechts in 57 % van de gevallen een eigen gebit. Dat percentage stijgt tot 95 % bij personen met een opleiding hoger onderwijs. Ook na correctie voor leeftijd en geslacht is het verschil groot⁴.

De negatieve samenhang tussen sociaal-economische factoren en tandzorg is gedeeltelijk te verklaren door de verschillen in kwaliteit en kwantiteit van de tandhygiëne tussen de sociale groepen. Maar het negatieve effect van de sociaal-economische status van het gezin op het voorkomen van cariës bestaat ook binnen de groep van kinderen die een goede tandhygiëne aanhouden (tabel 3). Een belangrijke, verklarende factor is het tandartsbezoek. Uit een studie van de CM⁵ blijkt dat gezinnen met een hoger inkomen gemiddeld tweemaal meer op tandartsbezoek gaan dan kinderen uit gezinnen met een laag inkomen (tabel 4). Het minste contact met de tandarts hebben kinderen met een herkomst van buiten de Europese Unie.

De verschillen tussen de sociaal-economische groepen wijzen aan dat beleidswijzigingen ten aanzien van preventieve tandzorg op individueel niveau niet volstaan. Er is een grote behoefte aan *preventiemaatregelen op samenlevingsniveau* om de achterstelling van bepaalde sociale groepen weg te werken.

⁴ Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Gezondheidsenquête door middel van interview. België 2001, IHP/EPI Reports 2002, nr. 2, (eigen gebit = beschikt nog over één of meer eigen tanden).

⁵ Mousset, Jean-Philippe; Diels, Joris, Oral health care. Consumption within the Belgian system, CM, 2002, Brussel.

Tabel 3

Risico-index voor cariës bij zevenjarigen naargelang van de beroepsstatus van de ouders en de mate van preventief gedrag t.a.v. cariëspreventie

De situatie in Vlaanderen ziet er als volgt uit :

	Poetsen voor 2 jaar	Poetsen vanaf 2 jaar	Poetsen meer dan eenmaal per dag	Poetsen eenmaal per dag	Poetsen minder dan eenmaal per dag	Minder dan 2 snacks tussen eten	Meer dan 2 snacks tussen eten	Geregeld gebruik fluoride-supplementen	Geen geregeld gebruik fluoride-supplementen
Moeder									
Hoog	1*	1.86	1	1.43	2.29	1	1.61	1	1.9
Middel	1.50	2.18	1.46	1.76	1.61	1.42	1.52	1.25	1.78
Laag	3.14	4.82	3.36	3.67	4.65	2.39	6.60	2.42	3.78
Vader									
Hoog	1	2.20	1	1.46	1.26	1	1.23	1	2.21
Middel	3.79	3.16	1.78	2.12	2.86	1.64	2.21	1.82	2.34
Laag	1.16	5.91	3.17	3.10	4.59	1.80	4.64	2.19	5.44

(Vanobbergen, J., 2001)

* Risico-index is gelijkgesteld aan 1 voor de combinatie "hoogste beroepsstatus" en "beste preventiegedrag"

Tabel 4

Relatieve waarschijnlijkheid van minstens één consultatie bij de tandarts per jaar in verhouding tot het gezinsinkomen

Deze tabel geldt voor Belgische kinderen vanaf 4 tot 18 jaar waarbij een correctie voor leeftijd, geslacht, nationaliteit en gezinssamenstelling is uitgevoerd.

Jaarlijks inkomen in euro	Relatieve waarschijnlijkheid
< 10.001	0,56 %
10.001 – 20.000	0,60 %
20.001 – 30.000	0,64 %
30.001 – 40.000	0,76 %
40.001 – 50.000	0,91 %
> 50.000	1,00 %

(C.S.F. 1999-2000)

De vastgestelde geografische verschillen, met verhoudingsgewijs meer tandbederf in het oosten van Vlaanderen, correleren met het aandeel gezinnen met een lagere sociaal-economische status en met de werkloosheidscijfers in de verschillende provincies (tabel 5).

Tabel 5

Het aandeel cariësvrije kinderen, gezinnen uit de laagste sociale groep, en het peil van de werkloosheid per provincie

De toestand in Vlaanderen ziet er als volgt uit :

Provincie	% cariësvrij	% gezinnen uit de laagste sociale groep (op het tijdstip van het onderzoek)	peil werkloosheid (op het tijdstip van het onderzoek) (nationale gegevens)
Limburg	41.1 %	26.6 %	2.54 %
Vlaams-Brabant	44.1 %	9.4 %	1.42 %
Antwerpen	44.8 %	8.8 %	1.87 %
Oost-Vlaanderen	47.1 %	9.9 %	1.88 %
West-Vlaanderen	49.5 %	6.3 %	1.05 %

(Vanobbergen, J., 2001)

2.5. *Falende preventie voor kansarmen*

De wetenschappelijke vaststellingen maken duidelijk dat de tandzorg in Vlaanderen slecht verloopt. Het huidige preventiebeleid is belangrijk maar rondt onvoldoende, in het bijzonder voor de kansarmere groepen in de samenleving. Om de problemen van de tandzorg beter af te grenzen, is een nauwkeurige analyse noodzakelijk van de preventie-inspanningen die op dit ogenblik reeds plaatsvinden.

2.5.1. *Tarieven van het RIZIV en vergoedingen van de ziekenfondsen*

Het remgeld voor een preventieve tandartsbehandeling is beperkt tot 3,09 euro, voor min-achttienjarigen tot tweemaal per jaar. Ziekenfondsleden tot de leeftijd van achttien jaar hoeven in de meeste gevallen zelfs helemaal niets te betalen : veel ziekenfondsen nemen het remgeld voor hun rekening via de aanvullende verzekering. Ook voor orthodontie (begeleiding en behandeling van de gebitsgroei) op jonge leeftijd betalen de ziekenfondsen een verhoogd bedrag terug.

Sealen (tot de leeftijd van veertien jaar) kost 2,79 euro per tand en 0,78 euro per tand in hetzelfde kwadrant. Bij de conserverende zorg zijn er tot de leeftijd van 18 jaar verlaagde tarieven : tot minder dan de helft van het normale tarief voor tandvullingen, de behandeling van de wortelkanalen en het verwijderen van tandwortels.

2.5.2. *De werking van de centra voor leerlingenbegeleiding*

Op grond van het besluit van de Vlaamse regering van 17 maart 2000 tot bepaling van sommige opdrachten van de centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) zorgen die centra voor algemene en gerichte consulten in kleuter- en leerplichtonderwijs. De consulten worden uitgevoerd door een arts en een paramedisch werker, meestal een verpleegkundige.

Algemene consulten vinden driemaal in de schoolloopbaan plaats : het tweede jaar kleuteronderwijs, het vijfde jaar lager onderwijs en het eerste jaar secundair onderwijs. Per consult is vastgelegd welke onderzoekshandelingen verricht moeten worden. In het tweede jaar kleuteronderwijs omvat het consult de interpretatie van gegevens van Kind&Gezin en een algemeen medisch onderzoek m.i.v. het gebit. De twee daaropvolgende consulten houden een onderzoek in van de fysieke fitheid op basis van schoolgegevens, een bevraging van voedings- en leefgewoontes en een algemeen medisch onderzoek, ook van het gebit.

Gerichte consulten worden in drie leerjaren georganiseerd. Alleen in het eerste jaar lager onderwijs is er daarbij bijzondere aandacht voor het gebit.

Op basis van dat aanbod aan leerlingen en op basis van de gegevens uit de praktijk kunnen we enkele belangrijke vaststellingen over de aanpak door het CLB formuleren :

- De aandacht voor tandbederfpreventie is te beperkt. Het belang van preventieve tandzorg binnen de algemene medische preventie wordt onderschat.
- De huidige maatregelen leiden niet tot systematische begeleiding. Een regelmatige evaluatie op basis van gebitsonderzoek is onbestaand, aangezien slechts eenmaal en vrij laat, op zesjarige leeftijd, een grondige gebitsinspectie plaatsvindt.
- Er is geen duidelijke missie om intensief bezig te zijn met de omvangrijke risicogroep voor tandbederf, die hierboven afgebakend is.

- Het bestaande systeem van doorverwijzing door het CLB (of de huisarts) naar de tandarts werkt niet voor de risicogroepen, zelfs niet als het consult erg goedkoop is.

2.5.3. *De voorlichtingscampagnes*

Bij ongeveer een kwart van de bevolking hebben de algemene voorlichtingscampagnes van de overheid over de voorkoming van slechte tanden weinig of geen effect. Niet alleen faalt het huidige voorlichtingsbeleid in zijn reikwijdte, door dat falen wordt de ongelijkheid in de gebitsgezondheid verder vergroot. Want het kwart van de bevolking dat *niet bereikt* wordt in de campagnes bestaat voornamelijk uit die mensen die de grootste problemen inzake tandbederf hebben.

De kleinschalige en regiogebonden private initiatieven zijn zeer zinvol, maar uiteraard beperkter in opzet en in middelen. Die campagnes, meestal in scholen, vervullen een belangrijke rol en daarom moeten zij ingepast worden in de nieuwe voorstellen.

2.6. *Langetermijnevolgen van falende tandbederfpreventie*

De hoge prevalentie van cariës in de Vlaamse bevolking leidt niet enkel tot tandbederf. De ziekte leidt op termijn tot een algemene verslechtering van de gezondheidstoestand bij de getroffen personen. Het gaat enerzijds om infecties van kaakbeenderen, maag en hartkleppen. Anderzijds wordt de gezondheid ook aangetast door slechte eetgewoonten door het grote verlies aan tanden, terugwijken de tandwallen bij personen met tandprothesen enzovoort.

3. **Vorgestelde maatregelen**

3.1. *Overzicht*

Met dit voorstel willen de indieners de preventieve tandzorg optimaliseren en gelijke kansen creëren voor alle bevolkingslagen. Om de huidige scheeftrekking ten nadele van de kansarme bevolkingsgroepen te laten verdwijnen, is – omdat de bestaande maatregelen falen – een trendbreuk noodzakelijk. Daarom richt het voorstel zich prioritair op de groep kinderen die nu het zwaarst getroffen wordt door tandbederf ; het gaat daarbij toch om minstens een kwart van de totale jeugd. Maar ook voor de groepen zonder verhoogd sociaal-economisch

risico zullen de voorgestelde maatregelen een tastbare verbetering tot gevolg hebben.

De doelgroep zou in principe alle kinderen kunnen omvatten. In dit voorstel is de doelgroep beperkt tot kinderen in kleuter- en leerplichtonderwijs. De voorgestelde maatregelen zijn immers stelselmatig ingebed in het schoolgebeuren. De maatregelen voor de pre-kleuterleeftijd kunnen het best in handen blijven van de instellingen, erkend door Kind&Gezin.

De aanpak van tandbederf met bijzondere aandacht voor risicogroepen bevat twee soorten maatregelen : preventieve en curatief preventieve aanpak. Zij vormen samen een preventieprogramma met de volgende onderdelen :

- spoor 1 : detectie ;
- spoor 2 : doorverwijzing ;
- spoor 3 : opname in de risicogroep ;
- spoor 4 : begeleid tandartsbezoek.

Die sporen worden niet achtereenvolgens doorlopen, maar verlopen naast en door elkaar.

3.2. Preventieprogramma tandbederf

3.2.1. Detectie

Voor een efficiënte detectie is het nodig dat alle leerlingen systematisch en regelmatig onderzocht worden door het CLB. In de huidige regeling wordt het gebit enkel op de leeftijd van zes jaar (eerste jaar lager onderwijs) grondig onderzocht. Dit voorstel van decreet bevat een aanpassing van de werkwijze van het CLB. Het is de bedoeling om te komen tot een halfjaarlijks gebitsconsult vanaf de eerste kleuterklas tot het einde van het leerplichtonderwijs. Op basis van die consulten wordt per scholier een volgtraject opgesteld waarin wordt opgenomen welke positieve maatregelen van toepassing zijn op de scholier en hoe de gezondheidstoestand van het gebit zich ontwikkelt. Met behulp van die dossiers is een afbakening mogelijk van de *risicogroep*, die reeds uit de vermelde onderzoeksresultaten duidelijk naar voren kwam en die we hierna beleidsmatig zullen definiëren. Om dit plan uitvoerbaar te maken, wordt minstens één teamlid van het CLB bijgeschoold tot gebitsconsulent. De bijscholing heeft vooral betrekking op het kunnen onderzoeken en interpreteren van de gebitstoestand, m.i.v. de anamnese en het beheer van de volgtrajecten.

De leerlingen die, al dan niet na het doorlopen van een volgtraject, niet behoren tot de risicogroep worden verder ondersteund en gestimuleerd. Dat gebeurt door aangepaste voorlichtingscampagnes voor de jongeren, voorlichtingscampagnes voor de ouders en door het uitdelen van preventiepakketten. De pakketten bevatten, in materiële vorm of in de vorm van kortingsbonnen of andere dragers, tandenborstels, tandpasta, tandvriendelijke tussendoortjes en andere producten die nuttig zijn in het kader van de tandbederfpreventie (zie ook punt 4). Een andere preventieve maatregel, die de school kan nemen, is het collectief tanden poetsen na de middagpauze, tot het vierde of vijfde leerjaar. Belangrijk is verder dat de overheid de scholen ertoe aanzet om enkel tandvriendelijke dranken, snoep en snacks op school ter beschikking te stellen van de leerlingen.

3.2.2. Doorverwijzing

De leerlingen bij wie tijdens een halfjaarlijks consult tandbederf wordt gedetecteerd of die zich in de gevarenzone bevinden, bijvoorbeeld door risicogedrag zoals het weglaten van het tandartsbezoek of het niet poetsen van de tanden, worden geleid naar de eerste doorverwijzingsfase. De doorverwijzing bestaat in de eerste fase doorgaans uit schriftelijke communicatie met de scholier en de ouders met aanbevelingen inzake de preventieve en preventief curatieve aanpak van het tandbederf. De communicatie kan ook plaatsvinden via persoonlijke contacten, bijvoorbeeld op een ouderavond. Het gaat onder meer over aanbevelingen inzake het tandenpoetsen, eetgewoonten of noodzakelijke bezoeken aan de tandarts.

3.2.3. Opname in de risicogroep

Een tweede fase inzake doorverwijzing treedt eveneens in na een halfjaarlijks gebitsconsult. De leerlingen bij wie slechte preventietechnieken of tandbederf werd vastgesteld in een voorgaande detectiefase en bij wie in het huidige consult wordt vastgesteld dat er in de tussenliggende periode geen of onvoldoende verbeteringen plaatsvonden, gaan naar de tweede doorverwijzingsfase. In de tweede fase van de doorverwijzing krijgt de categoriale aanpak volop gestalte. Van dan af tot er een voldoende verbetering eenduidig wordt vastgesteld in een volgend gebitsconsult, wordt de leerling ingedeeld bij de risicogroep.

De opname in de risicogroep heeft tot gevolg dat de gebitsconsulent de scholier en de ouders uitnodigt voor een persoonlijk onderhoud. Het doel is

duidelijke afspraken te maken over de preventieve en preventief curatieve acties die noodzakelijk zijn.

3.2.4. *Begeleid tandartsbezoek*

Alle leerlingen die opgenomen zijn in de risicogroep, wordt de mogelijkheid geboden om deel te nemen aan door de school georganiseerde en begeleid tandartsbezoeken. De organisatie van de tandartsbezoeken is de verantwoordelijkheid van de scholen (of een samenwerkingsverband van scholen). De scholen moeten wel een aantal richtlijnen in acht nemen :

- de bezoeken vinden zoveel mogelijk plaats in groep, tijdens of aansluitend op de schooluren ;
- de scholen staan in voor efficiënte en betrouwbare afspraken met tandarts(en) ;
- de ouders betalen niets voor de verplaatsing en begeleiding van het groepsbezoek ;
- alle ouders wordt gevraagd bij het begin van het schooljaar een document te ondertekenen waarin ze hun toestemming geven voor deelname van hun kind aan een of meer begeleid tandartsbezoeken en voor alle nodige preventieve en curatieve ingrepen. De ouders worden nauwgezet op de hoogte gehouden van alle behandelingen.

In het buitenland, onder meer in Nederland, maakt men tot grote tevredenheid van alle betrokkenen al geruime tijd gebruik van collectieve tandheelkundige sessies. Kinderen worden met een busje van school naar de praktijk gebracht en achteraf weer naar school. Die werkwijze blijkt in de praktijk zeer gunstige resultaten op te leveren voor de sociaal zwakkere ouders, vooral omdat de procedure heel laagdrempelig is. Ook in Denemarken is gekozen voor een collectieve aanpak, meestal met een tandartssetting op de campus van de (grote) scholen.

3.2.5. *Besluit*

Met de begeleid tandartsbezoeken start in Vlaanderen een geheel nieuwe aanpak van de preventieve tandzorg. De Vlaamse overheid creëert een kader, maar legt de organisatie dicht bij de uitvoerders : de school, het CLB, de tandarts. De sociaal zwakkere groepen, die momenteel door de mazen van het preventiebeleid vallen, krijgen optimale gelijke kansen. De risicogeveallen worden op een niet-

stigmatiserende wijze aangeduid. Het zorgtraject verloopt naadloos en zonder dwangmaatregelen.

3.2.6. *Subsidies*

Er wordt in de ondersteuning voorzien van verplaatsingen en begeleiding bij de groepsbezoeken aan de tandarts. De middelen hiervoor worden ingeschreven in de begrotingsmiddelen voor preventieve gezondheidszorg van de Vlaamse Gemeenschap. De werkmiddelen van de CLB worden verhoogd om voor de extra consulten en de volgtrajecten personeel te kunnen aanwerven.

Zowel voor de centra als voor de scholen worden de extra middelen selectief berekend op basis van het profiel van de schoolpopulatie. Scholen en centra met een hoger percentage leerlingen uit de risicogroep ontvangen in het kader van dit voorstel in verhouding meer, omdat de gevraagde inspanningen groter zijn. De voornaamste parameter voor de berekening is de scholingsgraad van de moeder (of alleenstaande vader).

De Vlaamse regering bepaalt de nadere regelen voor de subsidiëring.

4. **Financiering**

4.1. *Herschikking van het budget voor preventieve gezondheidszorg en sponsorpakketten*

Hoewel de regering de financieringsregels bepaalt, willen de indieners toch de pistes vermelden die het best aansluiten bij het opzet van hun voorstel. Ten eerste kan worden bepaald dat de regering jaarlijks een bedrag ter beschikking stelt voor maatregelen ter bevordering van meer sociale gelijkheid inzake gezondheid. Dat bedrag omvat een bepaald percentage van de huidige middelen voor preventie. De regering kan dit bedrag financieren met extra middelen, maar ze kan dit budget ook financieren door een al dan niet lineaire voorafname op de huidige basisallocaties voor preventieve zorg. Die laatste aanpak resulteert in een kwalitatieve herschikking van de middelen in het voordeel van maatregelen die zich prioritair richten op de sociaal-economisch zwakkere groepen en die groepen ook werkelijk bereiken en aanspreken. Het totale budget dat bestemd is voor het geheel van de preventieve zorg, blijft gelijk.

Een tweede financieringsbron is de 'gebonden' commerciële sponsoring. De sponsoring is gebonden omdat ze moet verlopen volgens de regels, be-

paald in dit voorstel van decreet en de bijhorende uitvoeringsbesluiten. De scholen krijgen de mogelijkheid om preventiepakketten (met tandenborstel, tandpasta en dergelijke) in materiële vorm of in de vorm van kortingsbonnen of andere dragers, die de reclame van de sponsor (producent of leverancier) mogen dragen, te verdelen onder de leerlingen. Het recht om deze sponsorpakketten te leveren, wordt door de scholen op geregelde tijdstippen via een onderhandse overeenkomst aan één of meer bedrijven toegekend.

Ten derde is het de bedoeling van de indieners dat niet alleen op het vlak van goederen en diensten gesponsord wordt, maar ook financieel. Zij stellen voor dat in de verbintenisvoorwaarden een clausule wordt opgenomen die stelt dat een budget, gelijk aan een procentueel aandeel (bijvoorbeeld 30 %) van de totale sponsoring, betaald moet worden aan de scholen zelf. Dat budget wordt gebruikt voor het subsidiëren van voorlichtingscampagnes op school en van de begeleide bezoeken aan de tandarts. Die gebonden commerciële sponsoring is een haalbare kaart omdat de sponsors door de merkclame een zeker marktvoordeel kunnen verwerven, maar vooral ook omdat een geslaagd gelijkheidskansenbeleid inzake tandbederfpreventie voor de activiteiten van de hele sector een gunstige economische impact zal hebben.

4.2. Terugbetaling door het RIZIV

De belangrijkste financiële inbreng komt van de wettelijke ziekteverzekering, die de kosten van de tandheelkundige prestaties aan de patiënt terugbetaalt, met uitzondering van het remgeld.

4.3. Terugverdieneffecten

Het spreekt vanzelf dat de uitvoering van dit voorstel inzake systematische preventieve tandzorg op middellange termijn zal leiden tot een betere gebitsgezondheid bij jongeren omdat zij vanaf de kleuterleeftijd intensief gevolgd en begeleid wor-

den. De uitgaven voor tandzorg zullen dus na verloop van tijd afnemen.

Verder willen we opmerken dat een financiële return verwacht mag worden door de remmende factor op de algemene curatieve zorgkost. Want door de preventie zullen ook de complicaties van tandbederf, zoals infectieziekten of voedingsdeficiëntie, geleidelijk verdwijnen.

Jan VAN DUPPEN

Guy SWENNEN

VOORSTEL VAN DECREET

HOOFDSTUK I

Inleidende bepalingen

Artikel 1

Dit decreet regelt een gemeenschapsaangelegenheid.

Artikel 2

In dit decreet wordt verstaan onder :

- 1° centrum : centrum voor leerlingenbegeleiding, zoals bedoeld in het decreet van 1 december 1998 betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding ;
- 2° leerling : de leerling in het onderwijs en de deelnemer aan de erkende vormingen, zoals door de regering bepaald ;
- 3° ouders : de personen die het ouderlijk gezag over een leerling uitoefenen of in rechte of in feite een leerling onder hun bewaring hebben ;
- 4° preventieve tandzorg : het totaal van preventieve en preventief curatieve maatregelen, die tot doel hebben tandbederf of de fysieke toestand en gedragingen die er aanleiding toe geven tegen te gaan ;
- 5° school : een pedagogisch geheel in het onderwijs, onder leiding van één directeur, of een instelling of een vereniging met erkende vormingsprogramma's voor het vervullen van de leerplicht ;
- 6° risicogroep : de leerlingen die behoefte hebben aan een intensieve begeleiding inzake preventieve tandzorg ;
- 7° volgtraject : de stappen inzake preventieve tandzorg die door het centrum voor leerlingenbegeleiding worden genomen t.a.v. een individuele leerling.

Artikel 3

Dit decreet is van toepassing op de centra en op de erkende scholen van het gewoon en buitengewoon kleuter-, lager en secundair onderwijs, met inbegrip van het deeltijds beroepssecundair onderwijs, het experimenteel secundair onderwijs met beperkt leerplan en het experimenteel deeltijds beroepsonderwijs en de erkende vormingen, en op de leerlingen van deze scholen en op hun ouders.

HOOFDSTUK II

Centra voor leerlingenbegeleiding

Artikel 4

De centra organiseren halfjaarlijkse, leeftijdsspecifieke gebitsconsulten voor de leerlingen vanaf het eerste jaar kleuteronderwijs tot het einde van het leerplichtonderwijs.

Artikel 5

Per leerling houdt het centrum een dossier bij over de voltrajecten aan de hand waarvan het de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van het gebit en de preventieve tandzorg die van toepassing is, volgt.

Leerlingen behoren tot de risicogroep als zij aan de volgende voorwaarden voldoen :

- 1° in het voorgaande halfjaarlijkse gebitsconsult is tandbederf of een ontbrekende of inefficiënte preventieve tandzorg vastgesteld ;
- 2° in het huidige gebitsconsult wordt vastgesteld dat er sinds het vorige gebitsconsult geen of onvoldoende verbeteringen plaatsvonden.

De Vlaamse regering bepaalt de regels en werkwijze voor de volgtrajectdossiers en voor de opname van leerlingen in de risicogroep.

De Vlaamse regering kan bijkomende voorwaarden opleggen voor de opname van leerlingen in de risicogroep.

Artikel 6

Het centrum neemt op basis van de resultaten van het voltraject de volgende maatregelen :

- 1° het centrum geeft de leerling bij wie tandbederf of een ontbrekende of inefficiënte preventieve tandzorg is vastgesteld zonder dat hij tot de risicogroep behoort, en zijn ouders, aanbevelingen inzake de preventieve tandzorg ;
- 2° het centrum nodigt de leerling die tot de risicogroep behoort, en zijn ouders, uit voor een individueel onderhoud. Het opzet van het onderhoud is afspraken te maken over noodzakelijke preventieve tandzorg.

HOOFDSTUK III

Scholen

Artikel 7

Scholen organiseren minstens eenmaal per twee jaar een voorlichtingscampagne, in het bijzonder gericht tot leerlingen en ouders, over tandbederf en preventieve tandzorg en nemen aanvullende preventieve maatregelen.

Artikel 8

Scholen geven elke leerling van de risicogroep de mogelijkheid om deel te nemen aan door de school georganiseerde en begeleide tandartsbezoeken. De school neemt de volgende richtlijnen in acht :

- 1° de bezoeken vinden zoveel mogelijk plaats in groep, onmiddellijk na de schooluren ;
- 2° de scholen zorgen voor efficiënte en betrouwbare afspraken met de tandarts ;
- 3° de verplaatsing en begeleiding van het groepsbezoek is kosteloos voor de leerlingen ;
- 4° de ouders wordt gevraagd bij het begin van het schooljaar schriftelijk toestemming te geven

voor deelname van hun kind aan één of meer begeleide tandartsbezoeken en voor alle nodige preventieve en curatieve ingrepen. De ouders worden door het centrum nauwgezet op de hoogte gehouden van alle behandelingen.

Artikel 9

Scholen kunnen sponsorovereenkomsten aangaan met bedrijven die tot doel hebben producten en diensten die dienstig zijn voor de preventieve tandzorg gratis ter beschikking te stellen van de leerlingen. De overeenkomst wordt onderhands afgesloten door de school. Met bedrijf wordt bedoeld de producent of leverancier van producten en goederen die dienstig zijn voor de preventieve tandzorg.

De Vlaamse regering stelt een modelovereenkomst op voor de scholen en bedrijven die een sponsorovereenkomst wensen af te sluiten.

HOOFDSTUK IV

Subsidiëring van centra en scholen

Artikel 10

Binnen de perken van de beschikbare begrotingskredieten kent de Vlaamse regering aan de centra en de scholen een subsidie toe voor de personeels- en werkingskosten van de uitvoering van de opdrachten, vastgelegd in dit decreet. De subsidie voor de scholen wordt berekend afhankelijk van de gemiddelde scholingsgraad van de moeders, of in voorkomend geval van de alleenstaande vaders, van de leerlingen. De subsidie voor de centra wordt berekend afhankelijk van de gemiddelde scholingsgraad van de moeders, of in voorkomend geval van de alleenstaande vaders, van de leerlingen begeleid door het centrum.

De Vlaamse regering bepaalt de nadere regels van de toekenning en de vereffening van de subsidies.

HOOFDSTUK V

Slotbepaling

Artikel 11

Dit decreet treedt in werking op 1 september 2004.

Jan VAN DUPPEN

Guy SWENNEN
