



MONDZORG IN MNERO ZIEKENHUIS

Op weg naar toegang tot mondzorg voor de mensen in
regio Tanzania Zuid

PROJECTPLAN

Voor een tandheelkunde-post in het Mnero Ziekenhuis in
Tanzania

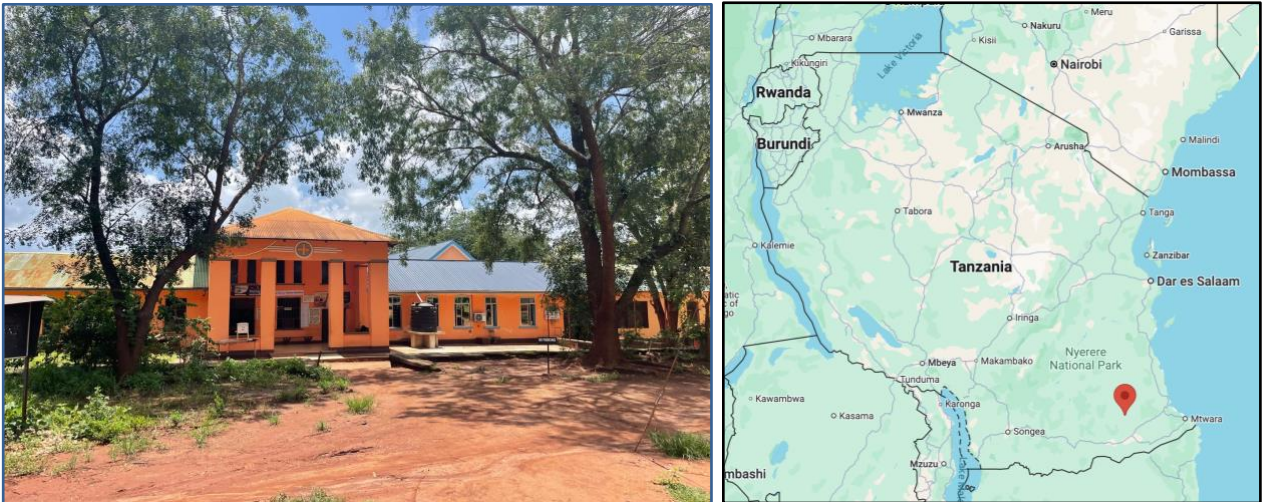
Harmen Westerduin

Juli 2025, Stichting Improve en Mnero Hospital

Achtergrond Project

In het zuidelijke deel van Tanzania ligt het Mnero Ziekenhuis. Dit ziekenhuis bestaat sinds 1950 en bedient een uitgestrekte regio met meer dan 200.000 inwoners. Dit zijn voornamelijk kleine boerenfamilies die leven van de opbrengst van hun eigen landbouw. De combinatie van armoede, geografische isolatie en een structureel tekort aan medische voorzieningen heeft geleid tot schrijnende gezondheidsomstandigheden. Mensen leven met chronische kiespijn, onbehandelde ontstekingen en ernstige abcessen. Vaak wordt er pas hulp gezocht wanneer de situatie levensbedreigend is.

De noodzaak voor een structurele en toegankelijke mondzorgvoorziening is dan ook groot. Het Mnero Ziekenhuis heeft het initiatief genomen om de tandheelkundige kliniek die nu niet goed functioneert te optimaliseren. Hierbij hebben ze hulp gevraagd aan stichting Improve. De kliniek zal worden geïntegreerd in het bestaande ziekenhuis en zal gericht zijn op preventieve zorg en spoedzorg. Hiermee beoogt het project een directe bijdrage te leveren aan het verbeteren van de algehele gezondheid en het welzijn van de gemeenschap. Dit document beschrijft het plan voor de opzet, uitvoering en verankering van deze tandheelkundige kliniek.



Afbeelding 1: De hoofdingang van Mnero Ziekenhuis en de locatie van het ziekenhuis in Tanzania

Probleemanalyse en urgentie

De doelstelling van het Mnero ziekenhuis is om basiszorg te bieden. Jaarlijks komen er zo'n 25.000 mensen naar het ziekenhuis voor hulp. Voor 90% van de gezondheidsklachten waar deze mensen mee komen willen ze hulp kunnen bieden. Daar hoort mondzorg ook bij.

Tot dit moment is er géén goede tandheelkundige kliniek of structurele mondzorg in het gebied. Hoewel er in het Mnero hospital al wel een dental therapist aanwezig is, is het aantal patiënten dat dagelijks een behandeling krijgt heel laag. Dit komt doordat er geen goede spullen zijn en de patiënten toestroom erg klein is. Mensen leven hierdoor langdurig met pijn, ontstekingen of tandverlies zonder enige behandeling. Mondgezondheid is te weinig onderwerp van gesprek en vaak geen prioriteit, maar de gevolgen zijn groot – fysiek, sociaal en economisch.

- De **bewustwording rond mondgezondheid** is laag in de gemeenschap.
- Er is **geen toegankelijk behandelaanbod**, geen goed ingerichte ruimte en nauwelijks materialen beschikbaar.
- **Financiële drempels** zijn groot en patiënten komen daarom regelmatig laat en met vergevorderde klachten.
- Bij een deel van de patiënten is er **wantrouwen** naar tandheelkundige zorg, door culturele overtuigingen en slechte ervaringen.

Doelstellingen en verwachte impact

Het doel van dit project is het realiseren van een goed functionerende tandarts-post voor de bevolking in het verzorgingsgebied van het Mnero Ziekenhuis, zodat deze mensen toegang hebben tot basis mondzorg. Door het opzetten van een goed uitgeruste behandelruimte, het aanbieden van educatie en preventie, beoogt het project op meerdere niveaus impact te maken. Enerzijds gaat het om het direct behandelen van klachten zoals kiespijn en infecties. Anderzijds is het doel om tandziekten te stoppen of te voorkomen door kennis en bewustzijn over mondhygiëne te vergroten.



Afbeelding 2: Dit is de tandartsstoel en materialen die tot mei 2025 aanwezig waren in het ziekenhuis

Wat we hopen te bereiken:

- Een goed functionerende **dental post**, als vast onderdeel van het ziekenhuis
- Behandeling van pijnklachten en infecties
- Preventie en educatie, ook via ons outreach-programma en via scholen
- Streven naar financiële **zelfstandigheid** van de post binnen enkele jaren

Een belangrijk speerpunt is het outreach-programma van het ziekenhuis. Er worden 40 medische outreaches per jaar georganiseerd, waar ook mondzorg een onderdeel van gaat worden. Dorpen, scholen en gemeenschappen worden bezocht voor voorlichting, screening en indien nodig spoedzorg.

De verwachte impact van dit project is significant. In het eerste jaar wordt gemikt op de behandeling van ongeveer 1.500 patiënten in de kliniek zelf, met daarnaast nog eens 7.000 tot 10.000 mensen die bereikt worden met educatie (en daardoor preventie van ziekten) via de outreaches. Aanwezigheid van een vaste zorgplek op het terrein van het ziekenhuis creëert continuïteit en verlaagt de drempel om hulp te zoeken. Bovendien is het project ontworpen met het oog op financiële duurzaamheid: behandelingen worden tegen lage, maar eerlijke tarieven aangeboden, waarbij een deel van de kosten terugvloeit in verbruiksartikelen en onderhoud. Zo wordt het fundament gelegd voor een structurele mondzorgvoorziening die ook op lange termijn kan blijven bestaan en groeien.



Afbeelding 3: Een nieuwe poster voor werving van mondzorgpatiënten voor Mnero

Aanpak en implementatie

Het project wordt in vier onderdelen uitgevoerd.

Vorbereiding en installatie:

- Omvorming van een bestaande ruimte tot behandelkamer
- Installatie van een nieuwe tandartsstoel (deze eerste 2 stappen zijn al geïmplementeerd)
- Inventarisatie/ levering en installatie van basisinstrumentarium en röntgenapparatuur zodat er een complete basisvoorziening mondzorg staat.

Opstart zorgverlening:

- Starten met behandelingen gericht op preventie, spoedzorg en extracties, eventueel met gereduceerde tarieven om patiënten te laten wennen.
- Bijhouden van patiëntenregistratie en eenvoudige behandeladministratie. Liefst iets dat past bij administratie van de rest van het ziekenhuis, maar wat wel snel en eenvoudig werkt.

Educatie en outreach:

- Toevoegen mondzorg als onderdeel van de bestaande outreaches in dorpen en scholen met gebruik van poetsinstructies, video's en posters (+/- 40 per jaar)
- Tandheelkundige screening tijdens de outreaches.

Monitoring en opschaling:

- Aan de hand van de maandelijkse monitoring en jaarlijkse evaluatiegesprekken wordt het project bijgestuurd en indien mogelijk opgeschaald.

Mogelijkheden:

- Eventueel 2 keer per jaar bezoek van 1-2 weken door een tandarts uit Tanzania of een internationale tandarts om project steeds te verbeteren.
- Project stabiliseren door aanname extra personeel, misschien, als alles goed uitwerkt, uitbreiding naar meer typen behandelingen op langer termijn (restauraties/prothese werk)

Infrastructuur

Het Mnero Ziekenhuis is een erkend missieziekenhuis en beschikt over een goede basisinfrastructuur. De **elektriciteitsvoorziening** wordt gewaarborgd door een combinatie van zonnepanelen en een back-upgenerator. Dit maakt het mogelijk om apparatuur betrouwbaar te gebruiken, zonder risico op langdurige uitval. Ook is er een eigen waterbron aanwezig die samen met een zuiveringssysteem **schoon water** levert. Hierdoor zijn basisvoorwaarden als hygiëne, spoelen en handen wassen goed geregeld. De bestaande **apothek** op het terrein levert bovendien reeds pijnstillers, antibiotica en verdovingsmiddelen, waardoor geen aparte keten voor medicijnvoorziening hoeft te worden opgezet. Er is een **laboratorium**, een **sterilisatie ruimte**, een grote ruimte voor **opslag patiëntenkaarten**, wachtruimtes en **ruimte voor uitbreiding**. In 2026-2027 is de wens van het ziekenhuis te starten met digitalisering van de patiëntenadministratie.

Team & Verantwoordelijkheden

Lokaal projectmanagement: Erick Lupappa (administrator en projectmanager)

Financiële administratie & rapportage: Elisha Bakari Salum (hospital accountant)

Medisch-inhoudelijke ondersteuning: Dr. Rebecca Groen (tropenarts)

Strategische coördinatie: Branko Neumann (consultant en adviseur Mnero)

Dagelijkse uitvoering: reeds aanwezige dental therapist

Ondersteunend team: bestaand ziekenhuispersoneel (meer dan 70 medewerkers)

Contactpersoon Stichting Improve: Harmen Westerduin (bestuurslid en uitvoerend medewerker)

Kostenraming en financiële opzet

Voor de opstart en uitvoering van de tandheelkundige kliniek bij Mnero Ziekenhuis is een overzicht gemaakt van de verwachte (geschatte) kosten. Deze raming is gebaseerd op een bescheiden, maar volledig functionele opzet van een basisvoorziening voor mondzorg, met ruimte voor groei en verdere ontwikkeling. De kosten zijn opgesplitst naar investeringen (eenmalig) en operationele kosten (doorlopend). Bij de kosten zitten ook eventuele aanschaf. In de bijlage zijn overwegingen geschreven over het wel/niet aanschaffen hiervan

Opstart kosten:		
Onderdeel	Omschrijving	Bedrag
Inrichting & renovatie ruimte	Is aanwezig, eventuele aanpassingen die nog te maken zijn:	€ 500
Basis-set tandheelkundige instrumenten	Extractie set (minimaal 3) Inspectie set (minimaal 10) Reiniging set (minimaal 4) Carpule-sputen (minimaal 8) Overige benodigdheden	€ 3.000
Basis set voor patiënt administratie	Alles op papier? Afspraken boek? Kaartjes? Financieel boek? Bureau?	€ 200
Opstartkit verbruiksmaterialen	Handschoenen, maskers, gaas, verdooving, naalden, schoonmaakmiddelen	€ 2.000
Twee kasten	Kasten voor schone en droge opslag van instrumenten, medicatie en verbruiksmaterialen. Kleine kast op wielen met laatjes?	€ 1.500
Educatie- en voorlichtingsmateriaal	Posters, poetskaarten, gebit met tandenborstel, video's etc.	€ 500
<i>Sterilisatieapparatuur</i>	<i>Ultrasoon reiniger en tabletop autoclaaf</i>	<i>€ 1.800</i>
<i>Röntgen- en beschermingsmaterialen</i>	- Tandheelkundig röntgenapparaat: - Sensors of fosforplaatjes (digitaal of analoog) <i>Digitaal heeft een werkende computer en digitale sensors nodig, analoog een ontwikkelapparaat en verbruiksmaterialen zoals ontwikkelvloeistoffen en fotoplaatjes.</i>	<i>€ 4.500</i>
Totaal investeringen (EENMALIG): ca.		€ 7.700 Of € 14.000

Jaarlijkse kosten:		
Onderdeel	Omschrijving	Bedrag
Onderhoud & storingen	Kleine reparaties, periodiek onderhoud, onvoorziene zaken	€ 1.000
Verbruiksmaterialen, incl. schoonmaakmiddelen en administratie		€2.000
Kosten outreaches	Komen er extra kosten bij?	€
Totaal jaarlijkse kosten:		€3.000

De salariskosten van de dental therapist staan op de loonlijst van de overheid voor het ziekenhuis.

De nieuwe behandelstoel is aangeschaft door het ziekenhuis en arriveerde in mei 2025

De inkomsten komen vanuit de betalingen van patiënten. In de opstartfase zal men behandelingen tegen een gereduceerd tarief aanbieden. Voor een consult bij de tandarts betaalt men nu zo'n €1,50 en voor een behandeling tussen de €4 en €10. Medicatie wordt daarbovenop los betaald. Deze prijzen kunnen worden aangepast naar gelang de patiënten flow en verdere bedrijfsvoering.

Beschikbaarheid materialen

Er is een dental-depot voor tandheelkundige materialen in Tanzania. Deze kunnen daar periodiek gekocht worden. (Bijvoorbeeld (www.dentistindar.co.tz/index.php/dentopharma)??)

Dit wordt uitgezocht en geregeld vanuit het Mnero ziekenhuis.

Medicatie en algemene verbruiksmaterialen zoals handschoenen en gaas zijn beschikbaar via het huidige ziekenhuis systeem.

Een compressor en machine voor water- distillatie zijn aangeschaft en worden geïnstalleerd.

Wettelijke & Administratieve Zaken

Voor de tandheelkundige kliniek binnen het ziekenhuis is **geen aparte vergunning nodig** – het ziekenhuis is erkend en valt onder de Lindi Diocese binnen het partnerschap met het Ministerie van Gezondheid. De registratie en licentie van het ziekenhuis zijn beschikbaar.

Projectverantwoording verloopt via onze bestaande rapportagestructuur. We hebben een accountant, doen 'double entry' boekhouding, en hebben duidelijk gekaderde verslaglegging per project. Bovendien zijn er jaarlijks audits en maandelijks financiële rapportages.

Partners & Netwerk

Lokale en internationale partners:

- Stichting Mnero (NL)
- Solidarität Mnero (DE)
- Lokale overheid
- Lindi Diocese – formeel eigenaar van het ziekenhuis

Community-netwerk:

- Mnero ziekenhuis heeft goede banden met lokale kerken en scholen
- Ook via moskeeën en community leaders kunnen boodschappen worden verspreid
- Dental zorg en educatie kan geïntegreerd worden in geplande **outreaches** (40x per jaar)
- Er zijn meer dan 25.000 bezoekers per jaar in het ziekenhuis



Afbeelding 4: De nieuwe tandartsstoel wordt geïnstalleerd

Risicoanalyse

Zoals bij ieder medisch project in een afgelegen regio, brengt de opstart van de tandheelkundige kliniek bij het Mnero Ziekenhuis risico's met zich mee. Deze zijn in kaart gebracht om zoveel mogelijk te minimaliseren.

Een belangrijk aandachtspunt is het waarborgen van goed functionerende apparatuur. De betrokken biomedical technician wordt daarom vanaf de installatie actief betrokken en voorbereid op basisonderhoud en eenvoudige reparaties. Voor onderdelen die slijten of kunnen uitvallen, wordt een kleine voorraad aangehouden. Er wordt gebruik gemaakt van onderhoudsprotocollen om de apparatuur te onderhouden.

Een ander niet te onderschatten risico is het geringe vertrouwen in tandheelkundige zorg bij de lokale bevolking. Daarom is de huidige patiënten aanwas, ondanks de vele tandproblemen en de grote aantallen mensen die in het gebied wonen nog laag. Om dit te doorbreken, kiest het project bewust voor een aanpak die begint met veel voorlichting, zichtbaarheid in dorpen, en het opbouwen van relaties. Ook worden de kosten laag gehouden en helder gecommuniceerd.

Tot slot is er het risico van beperkte financiële draagkracht in de eerste jaren. Om die reden wordt gestart met een bescheiden en doelgerichte opzet, waarbij inkomsten uit röntgendiagnostiek en extracties op termijn een deel van de exploitatie kunnen dekken.

Duurzaamheid en toekomstvisie

De kliniek is bewust kleinschalig opgezet, maar met een stevige basis voor langdurige impact. De infrastructuur sluit aan bij wat er lokaal al beschikbaar is: water, stroom en farmaceutische ondersteuning via het ziekenhuis. Dit beperkt structurele kosten en maakt het project haalbaar en beheersbaar.

Financiële duurzaamheid is een belangrijk streven. Behandelingen worden tegen een betaalbare prijs aangeboden, maar wel zo dat de kosten hiervan betaald kunnen worden.

Organisatorische duurzaamheid ontstaat doordat de kliniek ingebed wordt in het ziekenhuissysteem. Het documenteren van processen en routines moet zorgen voor een organisatorisch onafhankelijke kliniek.



Afbeelding 5: Het Mnero ziekenhuis op Google Maps

Op langere termijn is het doel om zowel de behandelingen als de outreach-activiteiten deels zelfvoorzienend te maken. Ook ligt er ruimte voor uitbreiding: denk aan een tweede stoel, meer personeel of extra educatieve programma's voor scholen. Door klein en realistisch te beginnen, ontstaat ruimte voor organische groei en blijvende verbetering van mondzorg in de regio.

Monitoring en Evaluatie

Om de voortgang, effectiviteit en impact van het project te kunnen volgen en bijsturen waar nodig, wordt aangesloten bij het monitoringsysteem van het Mnero ziekenhuis. Maandelijks worden getallen bijgehouden. Dit biedt inzicht in de resultaten en maakt het mogelijk om verantwoording af te leggen aan zowel interne als externe betrokkenen.

Doelstellingen van monitoring en evaluatie:

- Zicht houden op de uitvoering van het project in de praktijk
- Meten of de beoogde doelstellingen worden behaald
- Tijdig knelpunten signaleren en daarop bijsturen
- Transparantie bieden richting lokale partners, ziekenhuisleiding en donoren

Kernindicatoren (per jaar):

- Aantal uitgevoerde behandelingen (doel: ≥ 1.000 per jaar na eerste opstartfase)
- Aantal voorlichtingsmomenten in scholen en dorpen (doel: ≥ 30 per jaar)
- Aantal patiënten dat bereikt is via outreach (doel: ≥ 5.000 unieke patiënten)

- Mate van patiënttevredenheid (gemeten via vragenlijst)

Meetmomenten en rapportage:

Maandelijks: interne registratie van patiënten aantallen, type behandelingen en outreach-activiteiten. Deze gegevens worden bijgehouden door de dental therapist eventueel in samenwerking met een dental nurse.

Eens per jaar: evaluatiegesprek ziekenhuisleiding en stichting Improve, inclusief bespreking van data en eventuele bijsturing.

Opstartfase: In eerste 2 jaar nog 2 keer per jaar contact om voortgang op tijd bij te sturen)

De verzamelde gegevens worden gebruikt voor interne kwaliteitsverbetering, verantwoording naar sponsors en toekomstplannen.

Bevindingen uit de outreaches en de patiënttevredenheid worden meegenomen in het verbeteren van de zorg, communicatie naar patiënten en educatiemateriaal.

Conclusie

Dit projectplan beschrijft de eerste structurele stap richting toegankelijke tandheelkundige zorg in het zuiden van Tanzania. Met een goed doordacht plan, betrokken partners en draagvlak in de gemeenschap is de basis gelegd voor een kliniek die niet alleen behandelingen uitvoert, maar ook een cultuurverandering teweegbrengt. In een regio waar tandzorg vaak wordt vergeten, wordt hier de basis gelegd voor een gezondere toekomst. Dit plan is de opzet naar een tandarts-post die deze regio verdient!

Stichting Improve gelooft in de kracht van samenwerking: tussen organisaties, professionals en lokale gemeenschappen. De inzet van lokale zorgverleners, gecombineerd met internationale expertise, maakt dit project niet afhankelijk van buitenstaanders, maar versterkt juist de lokale infrastructuur. Het succes van dit project zal niet alleen worden afgemeten aan het aantal behandelingen, maar aan de mate waarin vertrouwen ontstaat, preventie groeit en patiënten eerder hulp durven zoeken.

Met dit project kunnen we vandaag bouwen aan het verschil van morgen.



Bijlage 1:

Antwoorden op specifieke vragen van Branko, consultant en adviseur van het Mnero ziekenhuis:

Welke en hoeveel instrumentarium is nodig?

Hoeveel basis instrumentarium (diagnostische sets, extractie tangen/ luxators etc. carpule-spuiten) moeten worden aangeschaft heeft met 2 dingen te maken:

1/Hoe snel is de omloopsnelheid van het steriliseren van instrumenten in het ziekenhuis?

2/Hoe snel wordt de doorloopsnelheid per patiënt. Dit heeft te maken met hoeveelheid personeel (zie kopje hieronder personele bezetting) en met hoeveel patiënten er dagelijks komen.

Afhankelijk hiervan is hoeveel instrumenten nodig zijn. Als de kliniek goed draait kun je met 1 behandelstoel en voornamelijk behandelingen zo'n 10-16 patiënten per dag onderzoeken en behandelen. Dit betekent bijvoorbeeld: Bij een sterilisatie-doorloopsnelheid van 4 uur heb je zo'n 10 diagnostische sets (spiegel, sonde, pocketsonde, pincet) nodig. Als er met de ziekenhuis sterilisatie wordt gewerkt dan moeten er ruim voldoende metalen cassettes zijn om instrumenten regelmatig aan te kunnen leveren en bij elkaar te houden.

Eigen sterilisatie punt?

Mocht de capaciteit van de sterilisatie niet groot of betrouwbaar genoeg zijn wat betreft snelheid van teruggave, of het bij elkaar houden van instrumenten, dan kun je ook werken met een eigen sterilisatiepunt voor de dental kliniek.

Dan is het volgende nodig:

- een bak om instrumenten in te laten weken
- een wasbak om instrumenten te spoelen/borstelen
- een ultrasoon reinigingsbad
- een tabletop versie van een autoclaaf (stoomsterilisatie).
- Toegang tot gedestilleerd water dat nodig is voor de autoclaaf.

Dit moet op een schoon werkblad met wasbak komen, liefst in een andere ruimte, en anders op 2 meter afstand van het werkgebied (patiënten hoofd) van de tandarts. (I.v.m. aerosolen en spatten)

Wat is al aanwezig?

Kunnen jullie een lijst maken met wat jullie al hebben qua basis instrumentarium en waar je nog tegenaan loopt of mist? Wat zou de dental therapist nodig hebben? Dan kunnen wij (en jullie) een betere inventarisatie maken. Andere optie zou zijn om een lijst aan te leveren met wat jullie zelf denken, met de adviezen uit dit document nodig te hebben.

Aanschaf goede kasten.

Instrumenten en verbruiksmaterialen worden veel gebruikt in de tandheelkunde en het is belangrijk deze schoon en droog te kunnen bewaren in goed afsluitbare kasten. Open op een tafel is niet schoon voor spatten, stof en aerosolen. Ook een kast met slot is handig voor het veilig bewaren van verdooving, naalden en andere medicatie. Het mooist is om te kijken of je een tandheelkundige kast kan vinden, met van die kleine laatjes.

Goed bureau.

Belangrijk dat dit aanwezig is en praktisch is gepositioneerd in de ruimte, voor uitschrijven van recepten en doen van administratie

Röntgen?

Om goede diagnoses te stellen en als hulp bij moeilijke behandelingen is mijn ervaring dat het heel prettig is om intra orale röntgenfoto's te kunnen maken. In Afrikaanse klinieken waar dat niet aanwezig is worden voor mondzorg de gewone röntgenfoto's gemaakt (die ook voor botbreuken gebruikt worden). Het grote nadeel is dat je in het gezicht altijd veel over-projectie hebt. (Bij een foto van opzij: linker kiezen en rechterkiezen zie je door elkaar, foto van voren: over-projectie van ruggenwervels, foto van alleen kin geeft erge vertekening.) Dus de foto's geven weinig informatie en geven relatief veel straling. Ook zijn de intra orale röntgenfoto's qua straling heel handig want er is heel erg weinig straling nodig, en je maakt alleen een foto van het specifieke gebied.

Een nog wel interessante vraag hierbij is: Mag een dental therapist in Tanzania tandheelkundige röntgenfoto's maken?

Röntgen Praktisch:

Het handigst is om een röntgenbuis aan de muur te installeren in de buurt van de tandartsstoel. Je kunt met USB-sensors werken die aan een laptop zitten om de foto's meteen uit te kunnen lezen.

Een tandheelkundige röntgenbuis is qua kosten en duurzaamheid heel voordelig. Zo'n 1700 euro en deze gaan 25 jaar of langer mee. De USB-sensoren zijn relatief duur (1 sensor is vergelijkbaar qua kosten met een röntgenbuis) De sensoren kunnen bij elke patiënt weer opnieuw gebruikt worden. Nadeel is dat de draden en computeraansluitingen wel kwetsbaar zijn en deze heel voorzichtig moeten worden gebruikt. Er is een geschikte laptop met software om foto's uit te lezen nodig. Tijd tussen het maken van de foto en het aflezen is enkele seconden.

Een andere optie is om te werken met analoge foto's. Dat is qua startinvestering een stuk lager, maar kost weer meer per foto. Je hebt dan een röntgen ontwikkel kastje nodig (een apparaat waarin een arm de foto langzaam door de verschillende ontwikkelbaden haalt) Er is een lichtbak nodig om de foto's uit te lezen, en er zijn fotoplaatjes nodig. Nadeel hiervan is dat het ontwikkelen tijd kost (4-7minuten) en dus de patiënt-flow vertraagd. En er zijn veel meer verbruiksmaterialen nodig per foto.

Wat betreft de richtlijnen van de ruimte waarin röntgen wordt gebruikt:

Voor intra orale (de kleine, in de mond) röntgenfoto's zijn de richtlijnen in Nederland als volgt: Vanwege de kleine straling is een wand nodig die qua dikte vergelijkbaar is aan 0,5mm Lood-equivalent. Het ligt aan het type materiaal of de wanden van de kliniek waar nu de tandartsstoel staat of deze daaraan voldoen. Als de wand van puur gips is zou de wand bijvoorbeeld 15 cm dik moeten zijn. Als de wand van beton is moet hij zo'n 3-4 cm dik zijn etc. Dus om te kijken of het mogelijk is om zonder aanpassingen een röntgenapparaat in de tandartsruimte te hangen is het nodig de wanddikte en het materiaal te weten.

Personeel

Wat nog wel eens een probleem is, is het volgende: Is de dental therapist gemotiveerd en klaar voor om meer patiënten te gaan zien en dus aanzienlijk harder/effectiever te gaan werken? Als de sterilisatie in de algemene sterilisatie wordt gedaan kan de dental therapist wel alleen werken. Maar als de patiënten aantallen omhooggaan maakt de hulp van een assistent of dental nurse de patiënten-flow veel effectiever. (Zie ook taken draaien van een kliniek)

Op termijn is het ook wel slim/ prettig om een back up te hebben. Daarbij zou ons advies zijn om over de volgende opties na te denken. We hebben ook een lijstje gemaakt met taken die regelmatig voorkomen in de praktijk en door wie ze gedaan kunnen worden.

Optie 1:

Zoeken en aannemen van een extra dental therapist die elkaar om en om kunnen assisteren. Zij kunnen elkaar opvangen als iemand ziek is of vrij heeft, dan kan de kliniek toch openblijven. Één van hen kan mee met de outreach voor onderwijs en screening terwijl de kliniek open kan blijven etc.

Optie 2:

Aannemen van een assistente: Er zijn veel werkzaamheden in een dental kliniek, die, als deze door 1 persoon gedaan worden extra tijd kosten. Voordeel: hele duidelijke rolverdeling. Nadeel, geen back-up functie zoals bij 2 dental therapists.

Optie 3:

Zoeken/aannemen van een tandarts:

Als er een tandarts is dan zal de kwaliteit van de behandelingen omhooggaan, deze heeft vaak veel meer medische achtergrond en zou ook de kliniek meer kunnen begeleiden naar meer verschillende behandelingen (vullingen, wortelkanaalbehandelingen, protheses etc.) Dit kan ook weer een nadeel zijn, want meer tijd per patiënt, dus minder patiënten kunnen geholpen worden. En uit onderzoek blijkt dat dan vooral het rijkere deel van de bevolking dit kan betalen (degene die nu al naar de hoofdstad kunnen reizen voor een uitgebreidere behandeling)

Educatie dental therapist:

Hebben jullie helder hoeveel onderwijs de dental therapist heeft genoten? Hoeveel jaar, of een cursus? Is de diploma geldig? Als jullie een keer een tandarts mee laat draaien kan deze een

goede inventarisatie doen van wat deze dental therapist kan en welke aanvullende cursussen/ opleidingen handig zouden zijn.

Taakverdeling bij draaien van een kliniek.

Om een kliniek te draaien is het goed om te kijken welke taken er zijn en hoe je wil dat de uiteindelijke patiënten-flow gaat: Hieronder 2 voorbeelden van lijstjes met taken die voor kunnen komen in de tandarts-kliniek en hoe deze verdeeld kunnen worden. De eerste met een team van 2 personen en de tweede ingeval de dental therapist alleen werkt.

	Door wie uit te voeren:		
	Dental Therapist of Tandarts	Door assistent (kan verpleger, zelfgetraind persoon of 2 ^e dental therapist zijn)	Door ziekenhuis / management
Patiëntregistratie /wachtkamerbeheer		X	?
Wegbrengen/ophalen of zelf steriliseren/ opruimen/pakken instrumenten		X	
Diagnose, behandeling van patiënten	X		
Educatie van patiënten (tips na behandeling/preventie)	X	X	
Bijhouden patiëntenkaarten, recepten uitschrijven	X		
Financiële afhandeling		X	
Plannen/ agenda beheer /afspraken maken		X	
Ophalen/wegbrengen patiëntenkaarten		X	
Ruimte en apparatuur schoonmaken tussen patiënten door		X	
Afvalverwerking		X	
Bijhouden van inventaris en inkoop (op tijd bestellen).		X	X
Werven patiënten/communicatie		X	X
Onderhoud dental equipment (wekelijks/maandelijkse/jaarlijkse handelingen)		X	
Schoonhouden ruimte (schoonmaak schema)		X	X
Procedures, protocollen afstemmen met ziekenhuis (wie doet wat in welk geval en verantwoordelijkheden)	X		X
Personele zaken (vooral bij groter team)	X		X
Opleiding en training personeel	X		X
Up-to-date houden van kennis noodprocedures	X		X
Mee op Outreach voor dental educatie en screening	?		

Dit is een optionele lijst met hoe het kan gaan bij taakverdeling met een 2^e persoon erbij:

Dit is een lijst met hoe het gaat in de **situatie van 1 dental therapist**, de therapist kan veel minder patiënten behandelen per dag. Dit is een inschatting aan de hand van wat we soms tegenkwamen in klinieken in Zambia, Senegal en Sierra Leone. Deze lijsten zouden jullie kunnen gebruiken om te zien hoe deze bij jullie van toepassing zijn:

	Door wie uit te voeren:		
	Dental Therapist of Tandarts	Door assistent	Door ziekenhuis / management
Patiëntregistratie /wachtkamerbeheer	X		?
Wegbrengen/ophalen of zelf steriliseren/ opruimen/pakken instrumenten	X		?
Diagnose, behandeling van patiënten	X		
Educatie van patiënten (tips na behandeling/preventie)	X		
Bijhouden patiëntenkaarten, recepten uitschrijven	X		
Financiële afhandeling per patiënt	X		?
Plannen/ agenda beheer /afspraken maken, kaartje meegeven	X		
Ophalen/wegbrengen patiëntenkaarten	X		
Ruimte en apparatuur schoonmaken tussen patiënten door	X		
Afvalverwerking	x		?
Bijhouden van inventaris en inkoop (op tijd bestellen).			
Werven patiënten/communicatie	X		X
Onderhoud dental equipment (wekelijks/maandelijkse/jaarlijkse handelingen)	X		
Schoonhouden ruimte (schoonmaak schema)	X		X
Procedures, protocollen afstemmen met ziekenhuis (wie doet wat in welk geval en verantwoordelijkheden)	X		X
Personele zaken (vooral bij groter team)			X
Opleiding en training personeel			X
Up-to-date houden van kennis ook van noodprocedures	X		X
Mee op outreach voor dental educatie en screening	?		

Komst tandarts uit Nederland

Je schrijft dat advies, en beoordeling kwaliteiten/kunde welkom is, evenals advies over aanvullende opleiding, begeleiding en coaching.

Zouden jullie het fijn vinden als we proberen een tandarts naar jullie toe te sturen om te helpen bij de opzet?

Stel dat er een tandarts uit Nederland komt: Hoe zit dat in Tanzania, kunnen jullie toestemming krijgen dat deze tandarts in Tanzania mag werken?