

Behoeftanalyse bij armoedeorganisaties in Vlaanderen: hoe ervaren de medewerkers van deze organisaties de mondgezondheidstoestand, noden en barrières bij personen in kansarmoede?

Lambert Martijn, Palmers Ellen, De Visschere Luc

Inleiding

De grote behandelneed voor mondaandoeningen is wereldwijd bekend. Zo bedroeg in 2010 bijvoorbeeld de prevalentie van onbehandeld tandbederf in het blijvend gebit 35.8% in West-Europa en 35.4% wereldwijd (Kassebaum et al. 2015). De spreiding van mondaandoeningen is echter niet gelijk verdeeld, maar vertoont een duidelijke sociale gradiënt (Sanders et al. 2006, Sabbah et al. 2007, Costa et al. 2012). België is hierop geen uitzondering, ondanks de overheidsinitiatieven die tot nu toe werden genomen, zoals het invoeren van de verhoogde tegemoetkoming en de maximumfactuur (Lambert et al. 2017, Lambert et al. 2018). Uit deze sociale ongelijkheid kan blijken dat sociaal kwetsbare doelgroepen moeilijker de weg zoeken en/of vinden naar professionele tandheelkundige zorg.

Het is heel moeilijk om de eigenlijke oorzaak van deze ongelijkheden te bepalen. Vaak is de mondgezondheidsstatus slechts één aspect binnen de wijde waaier aan socio-economische kwetsbaarheden en de hieraan gerelateerde problemen. De meeste personen in (kans)armoede zijn gekend bij verschillende armoede- en welzijnsorganisaties, die hen bijstaan in de meest basale noden. Door de veelal laagdrempelige aanpak en de opgebouwde vertrouwensband, kunnen deze organisaties en hun medewerkers een belangrijke partner zijn in het signaleren van noden en drempels op vlak van mondzorg, maar vanuit hun nabijheid ook bijdragen tot het stimuleren van een goede mondgezondheid.

Om deze reden werden de armoede- en welzijnsorganisaties in Vlaanderen bevroegd naar hun perceptie van de mondgezondheidstoestand van hun cliënten, en de hieraan gekoppelde noden en barrières die zij ervaren. Deze studie gaat uit van het Agentschap Zorg en Gezondheid en werd uitgevoerd door het Vlaams Instituut Gezonde Mond.

Materiaal en Methode

Deze studie presenteert de resultaten van een online bevraging die werd uitgevoerd binnen professionele en vrijwillige medewerkers van armoede- en welzijnsorganisaties in Vlaanderen tussen 04/12/2017 en 01/01/2018.

Samenstellen van de steekproef

Om een representatieve en zo volledig mogelijke steekproef te bekomen, werd gebruik gemaakt van bestaande overheidsdatabanken, aangevuld met contactadressen die door vier medewerkers gericht werden opgezocht op het internet, door het ingeven van relevante zoektermen, alsook door gebruik te maken van gerefereerde weblinks tussen organisaties en de eigen netwerken van de verschillende partners. Alle bijkomende contactgegevens werden samengevoegd tot een uniforme en zo volledig mogelijke lijst van welzijnsorganisaties.

Meetinstrument

Een gevalideerde online vragenlijst werd ontwikkeld in Google forms. Een eerste versie van deze vragenlijst werd samengesteld door een Delphi-groep van vijf medewerkers met ervaring in mondgezondheid, gebaseerd op bestaande wetenschappelijke literatuur. Na het vastleggen van de verschillende domeinen en items, werd de vragenlijst doorgestuurd naar 6 tandheelkundige experts, met de vraag om individueel feedback te geven op de vragenlijst. De experts konden per item aangeven of de vraag relevant en duidelijk was, en desgewenst bijkomende opmerkingen formuleren. In een derde Delphi-ronde werd de bevraging voorgelegd aan 7 experts binnen het welzijnswerk. Dit resulteerde in een uiteindelijke vragenlijst met 18 items, bestaande uit een mix van open en meerkeuzevragen (zie bijlage).

De vragenlijst werd naar alle contactadressen doorgestuurd, begeleid door een korte beschrijving van het doel van het onderzoek. Twee weken na de initiële mail werd een reminder gestuurd om de respons te optimaliseren.

Dataverwerking

De antwoorden op de vragen werden geanalyseerd om verschillen te achterhalen op niveau van de individuele respondent, de organisatie, en de provincie (zie tabel 1). Statistische analyses werden uitgevoerd in SPSS Statistics V24.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Naast beschrijvende analyses werden ook verschillen in proporties onderzocht tussen verschillende subgroepen, door gebruik te maken van kruistabellen en Chi Kwadraat testen. Het significantielevel werd vastgelegd op 0.05.

Ethiek

Alle uitgevoerde procedures binnen deze studie voldeden aan de ethische standaarden van het UZ Gent (Goedkeuring: B670201733146). Het invullen van de vragenlijst was volledig vrijblijvend en anoniem, en dit werd ook zo gecommuniceerd. Alle deelnemers dienden aan te geven of zij vrijwillig deelnamen aan het onderzoek en of zij de begeleidende beschrijving van de studie begrepen. Enkel zij die hier tweemaal positief op antwoordden werden verder opgenomen in de verwerking van de resultaten.

Resultaten:

De vragenlijst werd verzonden naar 762 verschillende organisaties over heel Vlaanderen: 14.4% (n=110) in Brussel-Halle-Vilvoorde, 26.2% (n=200) in Antwerpen, 24.3% (n=185) in Leuven-Limburg, 16.1% in West-Vlaanderen en 18.9% (n=144) in Oost-Vlaanderen, gebaseerd op de postcode van de organisatie. Van de 762 contactadressen bleken er 10 niet valide.

Binnen de twee weken werd de vragenlijst 353 keer ingevuld, waarna een reminder werd verzonden. Twee weken na deze herinneringsmail werd de vragenlijst afgerond met een totaal van 367 deelnemers. Vier van hen gaven aan dat ze ofwel de begeleidende tekst niet begrepen hadden of niet vrijwillig deelnamen, waardoor de resultaten uiteindelijk gebaseerd werden op 363 ingevulde vragenlijsten. Deze 363 deelnemers vertegenwoordigden 203 verschillende organisaties in 129 verschillende steden en gemeenten, wat overeenkomt met een responsratio van 26.6% op organisatieniveau.

De spreiding over de vijf regio's was gelijkaardig tussen de originele mailinglijst en de uiteindelijke antwoorden, zij het met een lichte oververtegenwoordiging van Oost-Vlaanderen en een

ondervertegenwoordiging van de regio Brussel-Halle-Vilvoorde. Dit laatste kan verklaard worden door het feit dat deze regio de kleinste was, en bovendien deels bevolkt wordt door niet-Nederlandstaligen.

De meerderheid van de deelnemers was van het vrouwelijk geslacht, hoogopgeleid en professioneel actief binnen de organisatie. De leeftijd varieerde van 21 tot 81, met een gemiddelde van 39.8 (SD=11.1). De belangrijkste eigenschappen van de deelnemers worden weergegeven in tabel 1.

Regio	Aantal deelnemers (n=363)	%
Brussel-Halle-Vilvoorde	29	8.0%
Antwerpen	99	27.3%
Leuven en Limburg	60	16.5%
West-Vlaanderen	65	17.9%
Oost-Vlaanderen	110	30.3%
Type organisatie		
Overheidsorganisatie	191	52.8%
Organisatie met overheidssubsidies	133	36.7%
Organisatie zonder overheidssubsidies	38	10.5%
Subtype organisatie		
OCMW-centrum	163	48.4%
Medisch centrum	51	15.1%
Niet-gouvernementele armoedeorganisatie	74	22.0%
Jongerenwerk	17	5.0%
Familiehulp	16	4.7%
Ouderenzorg	4	1.2%
Vluchtelingenwerk	11	3.3%
Andere	27	7.5%
Aard van tewerkstelling binnen de organisatie		
Professioneel	328	90.4%
Vrijwilliger	28	7.7%
Zelfstandige	5	1.4%
Student	2	0.6%
Functie binnen de organisatie		
Logistiek	36	9.9%
Sociaal assistent	220	60.6%
Medisch	67	18.5%
Coördinatie	40	11.0%
Geslacht		
Man	61	16.8%
Vrouw	300	82.6%
X	2	0.6%
Jaren ervaring in huidige of vergelijkbare functie		
≤ 5 jaar	143	39.4%
> 5 jaar	220	60.6%

Tabel 1: eigenschappen van de deelnemers (n=363)

Van alle deelnemers antwoordde 18.2% geen kennis te hebben over de mondgezondheidstoestand van hun cliënten, en 30.9% antwoordde “weinig” (tabel 2). Bijna de helft van de respondenten speelde geen of slechts een beperkte rol in het helpen van hun cliënten met vragen over mondgezondheid. Zowel het hebben van een **actieve rol** als het aangeven van voldoende kennis over de mondgezondheid van cliënten, bleken sterk afhankelijk van de functie die door de deelnemer werd uitgevoerd binnen de organisatie. Deelnemers met een medische functie gaven zichzelf de hoogste kennisscore en speelden het vaakst een actieve rol in mondgezondheid ($p < 0.0001$). Vrijwilligers gaven zichzelf op beide aspecten een lagere score dan de professionals ($p < 0.0001$ en $p = 0.002$). Er was ook sprake van een wederzijds verband: deelnemers die zichzelf een lage kennisscore gaven, waren beduidend minder vaak actief betrokken binnen mondgezondheid, en omgekeerd.

De helft van de deelnemers (48.2%) gaf aan te weten waar ze binnen hun organisatie terecht kunnen voor vragen over mondgezondheid. Opnieuw was dit percentage significant lager bij vrijwilligers ($p = 0.03$) en bij personen met een lage kennis over de mondgezondheid van hun cliënten ($p < 0.0001$).

In welke mate bent u op de hoogte van de mondgezondheidstoestand van uw doelgroep?						
	Niet	Weinig	Voldoende	Veel	Zeer veel	P-waarde
Totaal (n=363)	18.2%	30.9%	26.2%	19.6%	5.2%	
Functie binnen de organisatie						
Logistiek (n=36)	44.4%	27.8%	13.9%	11.1%	2.8%	p<0.0001
Sociaal assistent (n=220)	17.3%	35.0%	29.1%	16.4%	2.3%	
Medisch (n=67)	3.0%	26.9%	22.4%	31.3%	16.4%	
Coördinatie (n=40)	25.0%	17.5%	27.5%	25.0%	5.0%	
Aard van tewerkstelling binnen de organisatie						
Vrijwillig (28)	53.6%	21.4%	7.1%	10.7%	7.1%	p<0.0001
Professioneel (328)	15.2%	31.7%	28.4%	20.4%	4.3%	
Actieve rol in het helpen van cliënten met vragen over mondgezondheid						
Geen/weinig (n=169)	32.0%	38.5%	21.9%	7.1%	0.3%	p<0.0001
Voldoende/ (zeer) veel (n=194)	6.2%	24.2%	29.9%	30.4%	5.0%	
In welke mate speelt u een actieve rol in het helpen van uw cliënten op vlak van mondgezondheid?						
	Niet	Weinig	Voldoende	Veel	Zeer veel	P-waarde
Totaal (n=363)	16.8%	29.8%	22.0%	26.2%	5.2%	
Functie binnen de organisatie						
Logistiek (n=36)	36.1%	36.1%	22.2%	5.6%	0.0%	p<0.0001
Sociaal assistent (n=220)	18.2%	32.7%	24.5%	21.8%	2.7%	
Medisch (n=67)	3.0%	17.9%	11.9%	50.7%	16.4%	
Coördinatie (n=40)	15.0%	27.5%	25.0%	27.5%	5.0%	
Aard van tewerkstelling binnen de organisatie						
Vrijwilliger (28)	42.9%	32.1%	10.7%	10.7%	3.6%	p=0.002
Professioneel (328)	14.6%	29.9%	23.5%	27.7%	4.3%	

Kennis over de mondgezondheidstoestand van de cliënten						
geen/weinig (n=178)	29.8%	37.1%	18.5%	12.4%	2.2%	p<0.0001
Voldoende/ (zeer) veel (n=185)	4.3%	22.7%	25.4%	39.5%	8.1%	
Ik weet binnen mijn organisatie waar ik terecht kan met vragen over mondgezondheid						
	Ja	Nee	Ik weet het niet			
Totaal (n=363)	48.2%	35.5%	16.3%			
Aard van tewerkstelling binnen de organisatie						
Vrijwilliger (n=28)	28.6%	39.3%	32.1%	p=0.03		
Professioneel (n=328)	49.4%	35.4%	15.2%			
Kennis over de mondgezondheidsstatus van de cliënten						
Geen/weinig (n=178)	37.1%	38.8%	24.2%	p<0.0001		
Voldoende/ (zeer) veel (n=185)	58.9%	32.4%	8.6%			
Actieve rol in het helpen van cliënten met vragen over mondgezondheid						
Geen/weinig (n=169)	33.1%	45.0%	21.9%	p<0.0001		
Voldoende/ (zeer) veel (n=194)	61.3%	27.3%	11.3%			
Regio						
Brussel-Halle-Vilvoorde (n=29)	62.1%	31.0%	6.9%	p=0.03		
Antwerpen (n=99)	48.5%	33.3%	18.2%			
Leuven-Limburg (n=60)	36.7%	43.3%	20.0%			
West-Vlaanderen (n=65)	60.0%	35.4%	4.6%			
Oost-Vlaanderen (n=110)	43.6%	34.5%	21.8%			

Tabel 2: antwoorden van de totale steekproef (n=363) en verschillen tussen subgroepen voor kennis over de mondgezondheidstoestand van cliënten, de rol van mondgezondheid binnen de dagelijkse werking van de organisatie en de aanwezigheid van aanspreekpunten voor vragen over mondgezondheid.

Perceptie over de mondgezondheid van de doelgroep

Van alle respondenten beschouwde 4.2% de mondgezondheid van hun cliënten als goed of zeer goed, terwijl 64.2% het tegendeel beweerde, zijnde slecht of zeer slecht (tabel 3). Dit percentage was duidelijk geassocieerd met de aan- of afwezigheid van kennis over de actuele mondgezondheidsstatus van de doelgroep. Binnen de groep met een lage kennisscore bestempelde ongeveer de helft de mondgezondheid als slecht of zeer slecht (52.8%), terwijl dit bij de anderen 75.1% was ($p<0.0001$). Ook zij die binnen hun organisatie een actieve rol spelen inzake mondgezondheid, hadden een duidelijk negatiever beeld van de mondgezondheidstoestand van de doelgroep (71.6% vs 55.6%; $p<0.0001$). Significante verschillen werden ook gevonden op basis van de functie binnen de organisatie, en tussen vrijwilligers en professionals.

Vanuit mijn standpunt is de mondgezondheid van de doelgroep van mijn organisatie				p-waarde
<i>Totaal</i>				
Zeer slecht/slecht	goed noch slecht	Goed/zeer goed	Ik weet het niet	
64.2% (n=233)	24.8% (n=90)	4.2% (n=15)	6.9% (n=25)	
<i>Actieve rol in het helpen van cliënten met vragen over mondgezondheid</i>				
<i>Geen actieve rol (score ≤2)</i>				p<0.0001
55.6% (n=94)	28.4% (n=48)	3.6% (n=6)	12.4% (n=21)	
<i>actieve rol (score ≥3)</i>				
71.6% (n=139)	21.6% (n=42)	4.6% (n=9)	2.1% (n=4)	
<i>Kennis over de mondgezondheidstoestand van de doelgroep</i>				
<i>zelfscore ≤2</i>				p<0.0001
52.8% (n=94)	28.7% (n=51)	5.6% (n=10)	12.9% (n=23)	
<i>zelfscore ≥3</i>				
75.1% (n=139)	21.1% (n=39)	2.7% (n=5)	1.1% (n=2)	
<i>Professionele status</i>				
<i>Vrijwilligers</i>				p=0.006
46.4% (n=13)	32.1% (n=9)	0.0% (n=0)	21.4% (n=6)	
<i>Professionele medewerkers</i>				
66.2% (n=217)	23.8% (n=78)	4.3% (n=14)	5.8% (n=19)	
<i>Functie binnen de organisatie</i>				
<i>Logistiek</i>				p=0.005
38.9% (n=14)	38.9% (n=14)	5.6% (n=2)	16.7% (n=6)	
<i>Sociaal werk</i>				
68.2% (n=150)	22.7% (n=50)	2.3% (n=5)	6.8% (n=15)	
<i>Medisch</i>				
61.2% (n=41)	29.9% (n=20)	7.5% (n=5)	0.3% (n=1)	
<i>Coördinatie</i>				
70.0% (n=28)	12.5% (n=5)	7.5% (n=3)	10.0% (n=4)	

Tabel 3: Mondgezondheidsstatus van personen in kansarmoede, zoals deze gepercipieerd wordt door de medewerkers van armoedeorganisaties.

Barrières om toegang te vinden tot mondgezondheidszorg

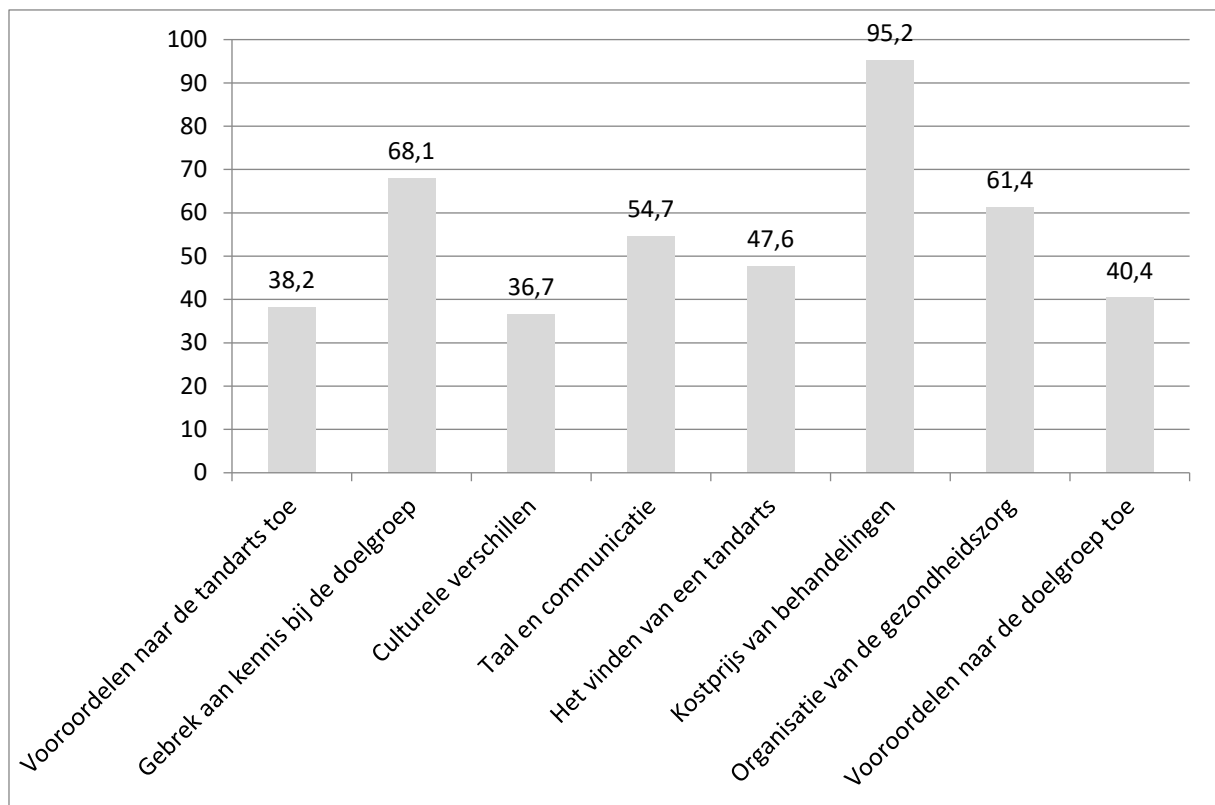
Figuur 1 toont het belang aan van iedere voorgestelde barrière voor alle respondenten. Hierbij bleek het financiële aspect de belangrijkste drempel, aangeduid door 95.2% als een grote of zeer grote drempel. Culturele verschillen tussen zorgverleners en doelgroep hadden de kleinste impact (36.7%). Significante verschillen werden gevonden tussen volgende subgroepen:

-Het vinden van een tandarts was een belangrijker drempel voor de deelnemers die aangaven een actieve rol te spelen in mondgezondheid (53.6% vs 40.5%; $p=0.01$). Gelijkaardige verschillen voor dit item werden gevonden tussen deelnemers met een voldoende hoge kennis over de mondgezondheidstoestand van hun doelgroep (56.5%) en de anderen (38.2%; $p<0.001$). Met betrekking tot de functie binnen de organisatie, gaven de medische profielen het vaakst een hoge score aan dit item (63.6%), vergeleken met de andere groepen ($p=0.02$).

-de behandelingskost vertoonde regionale verschillen als drempel. Daar waar in Oost-Vlaanderen dit element door 98.2% werd aangeduid als belangrijke barrière, was dit beduidend minder in de regio Leuven-Limburg (82.8%; $p=0.001$)

-de organisatie van de gezondheidszorg was een belangrijkere barrière bij de groep met een hogere kennisscore (68.3% vs 54.1%; $p=0.006$).

-vooroordelen van tandartsen t.o.v. de doelgroep werden vaker vermeld binnen de groep met een actieve rol in mondgezondheid (46.1% vs 33.7%; $p=0.02$) en meer kennis over de mondgezondheidsstatus van de doelgroep (47.5% vs 32.9%; $p=0.005$)



Figuur 1: de proportie van alle deelnemers die aangaven dat het betreffende item een grote of zeer grote drempel is voor hun doelgroep.

Discussie

Deze behoefteanalyse had als doel om een stem te geven aan medewerkers van armoedeorganisaties in Vlaanderen en hun visie op de mondgezondheid van hun doelgroep aan te geven. De resultaten gaven aan dat deze medewerkers de mondgezondheidstoestand binnen hun organisatie als zeer zorgwekkend bestempelen. Dit sluit aan bij het groot aantal internationale studies die aantoonen dat de meeste mondgezondheidsproblemen geconcentreerd zijn binnen de minst welvarende subgroepen in de samenleving (Sanders et al., 2006; Sabbah et al., 2007; Vanobbergen et al., 2010; Costa et al., 2012, Schwendicke et al., 2015). Voorts werd het financiële aspect beschouwd als de belangrijkste drempel om toegang te vinden tot professionele zorg.

De totale steekproef omvat 203 verschillende organisaties uit 129 verschillende steden en gemeenten in Vlaanderen en Brussel, en draagt zo in belangrijke mate bij tot de beeldvorming over dit onderwerp in de Vlaamse armoedeorganisaties. Uiteraard dient rekening te worden gehouden met het feit dat deze informatie werd aangereikt via **intermediären** die in de grote meerderheid van de gevallen geen tandheelkundige vooropleiding hadden, wat onvermijdelijk aanleiding kan geven

tot informatie-bias. Het werken met personen in kansarmoede betekent niet automatisch dat de deelnemers zich een accuraat beeld kunnen vormen van de mondgezondheidssituatie en -noden van hun doelgroep. Om dit probleem zoveel als mogelijk te beperken, werden enkele methodologische maatregelen genomen. Eerst en vooral werd iedere deelnemer gevraagd naar zijn of haar functie binnen de organisatie, om van hieruit verschillen te detecteren. Het is immers zeer waarschijnlijk at medewerkers met een medische functie een beter inzicht hebben in de mondgezondheidstoestand van hun cliënten, vergeleken met deelnemers met een eerder coördinerende of logistieke functie. Hiernaast werd aan de deelnemers gevraagd om hun eigen kennis van de mondgezondheidssituatie van hun doelgroep te scoren. Hoewel een zelfscore niet dezelfde waarde heeft als een gevalideerde kennistest, kan aangenomen worden dat personen met een hogere zelfscore wellicht een beter zicht hebben op de effectieve mondgezondheidssituatie.

Het is opvallend dat de deelnemers met een medisch profiel en diegenen met een hoge kennisscore een beduidend negatiever beeld hadden omtrent de mondgezondheidsstatus van hun doelgroep. Het is dan ook mogelijk dat de anderen vanuit onwetendheid de ernst van het probleem onderschatten. Anderzijds is het ook mogelijk dat de deelnemers met meer kennis ter zake hun antwoorden baseren op veralgemeningen. Wanneer zij regelmatig in aanraking komen met mensen met mondgezondheidsproblemen, is de kans groot dat zij het algemeen beeld van de mondgezondheid van hun doelgroep als slecht beschouwen. Een tweede factor die zou kunnen leiden tot een overschatting van het probleem, is dat de organisaties met een hoge nood wellicht meer geneigd waren om te reageren op de vraag om deel te nemen aan de behoefteanalyse, terwijl organisaties die geen tandheelkundige nood ervaren dit wellicht minder zullen doen. Hoe dan ook is een responsratio van 26.6% op organisatieniveau een aanzienlijk resultaat, en het feit dat over alle regio's heen belangrijke noden ervaren worden op het terrein, is een belangrijke vaststelling.

Deze behoefteanalyse suggereert dat de bestaande overheidsmaatregelen (verplichte ziekteverzekering, verhoogde tegemoetkoming, maximumfactuur) de perceptie van een financiële drempel bij personen in kansarmoede niet heeft kunnen wegwerken, aangezien dit door 95.2% van de deelnemers werd aangeduid als een (zeer) belangrijke barrière. Het dient echter onderzocht te worden of dit cijfer effectief te wijten is aan een ontoereikende ondersteuning, dan wel aan onvoldoende kennis over de bestaande ondersteuningsmaatregelen. In elk geval wordt hiermee een sterk signaal gegeven aan de overheid om met de armoedeorganisaties rond de tafel te zitten en gerichte initiatieven uit te werken die de doelgroep daadwerkelijk bereiken.

Naast kwantitatieve resultaten konden de deelnemers ook zelf opmerkingen formuleren omtrent de noden die zij binnen hun organisatie ervaren. Dit werd door 60 personen verder uitgewerkt, en de antwoorden zijn integraal te vinden in **bijlage 2**. Uit deze aanvullingen blijken opnieuw de financiële aspecten dominant, naast het vinden van een tandarts, maar ook de aanwezigheid van angst en het stellen van andere prioriteiten komen als belangrijke elementen naar voor. Andermaal zijn deze signalen een belangrijke uitnodiging om deze thematiek verder uit te werken in gestructureerde focusgroep-gesprekken met alle belanghebbenden.

Door het dalend aantal tandartsen en de vergrijzing binnen het beroep, is het ook belangrijk de **tandarts** mee te betrekken in het verhaal. Door een overvolle agenda ontbreekt vaak de ruimte om zelf mee de verantwoordelijkheid op te nemen voor sociaal kwetsbare patiënten, zeker als deze door afwezigheden onder de radar dreigen te verdwijnen. Net zoals gerichte ondersteuning vereist is om mondgezondheid en regelmatig tandartsbezoek terug in het blikveld van de doelgroep te brengen, is ook gerichte ondersteuning nodig voor de tandarts om personen met extra noden op een comfortabele manier te kunnen helpen. Het integreren van mondhygiënisten in de professionele zorg kan een belangrijke hulp zijn om het werk van de tandarts te verlichten, maar hiernaast zijn ook

andere partners van groot belang binnen een multidisciplinaire aanpak van sociale ongelijkheden in mondgezondheid. Het reduceren van deze ongelijkheden vraagt immers een strategische en gecoördineerde aanpak, zowel op lokaal, nationaal als internationaal vlak (Lee, 2014).

Ook de **vrijwilliger** verdient aandacht binnen dit verhaal. Deze behoefteanalyse toont duidelijk aan dat het moeilijk is om vrijwilligersorganisaties te betrekken in het verhaal van de mondgezondheid. Slechts 7.7% van de ondervraagden waren vrijwillige medewerkers. Bovendien scoorden deze vrijwilligers zichzelf veel lager op vlak van kennis over de mondgezondheid van hun doelgroep, en waren ze hier ook veel minder in betrokken. Slechts 28.6% van hen wist tot wie zich te richten binnen hun organisatie met vragen over mondgezondheid. Uiteraard is het logisch dat vrijwillige medewerkers minder tijd, kennis en mogelijkheden hebben om zich te verdiepen in mondgezondheid, zeker gezien de vele andere noden die zij binnen hun doelgroep dienen aan te pakken. Nochtans is het zeer onwaarschijnlijk dat de cliënten van vrijwilligersorganisaties minder tandheelkundige noden zouden hebben dan de cliënten van professionele organisaties. Om die reden is het zeker aangewezen vanuit de overheid extra ondersteuning te bieden aan armoede-organisaties, en hierbij zeker niet de vrijwilligersorganisaties over het hoofd te zien. Het project **Ieders Mond Gezond**, dat ondersteund wordt vanuit het agentschap Zorg en Gezondheid, kan hierbij een belangrijke hulp bieden, zowel op vlak van informatieverstrekking als begeleiding in het toeleiden naar professionele zorg.

Deze bevraging vraagt om concrete acties vanuit de bevoegde overheden. Voor het uitwerken van deze acties bieden de huidige resultaten wellicht te weinig concrete input. Gerichte focusgroepen kunnen hiervoor soelaas brengen. Als bijkomende tekortkoming van de vragenlijst, dient vermeld te worden dat de factor angst als barrière mogelijk te weinig aandacht kreeg in de vraagstelling. Er werd verondersteld dat angst een plaats kent binnen het domein “vooroordelen naar de tandarts toe”, maar dit werd lang niet door alle deelnemers zo begrepen. Vermoedelijk heeft angst dan ook een grotere impact dan hier weergegeven.

Conclusie

Een grote meerderheid van de medewerkers in armoede- en welzijnsorganisaties in Vlaanderen beschouwt de mondgezondheidstoestand van hun cliënten als slecht of zeer slecht. De financiële barrière kwam bij de deelnemers als belangrijkste drempel naar voor. Vrijwilligers gaven zichzelf duidelijk lagere scores voor kennis over mondgezondheid en actieve betrokkenheid in hulp voor cliënten met vragen over mondgezondheid. Meer gerichte initiatieven zijn nodig om de juiste informatie en concrete acties tot bij de doelgroep te krijgen.

Bijlage 1: GezondeMond Behoefteanalyse

Beste Zorgverlener,

Beste Vrijwilliger,

GezondeMond (Vlaams Kenniscentrum Mondgezondheid) is een nieuwe partnerorganisatie met expertise in gezondheidsbevordering en ziektepreventie inzake mondgezondheid. GezondeMond ontwikkelt methodieken en materialen die personen in staat stellen om de juiste mondgezondheidskeuzes te maken zodat het fysiek, psychisch en sociaal welbevinden van deze personen verhoogd wordt. Meer informatie hierover kan gevonden worden op de website www.gezondemond.be.

In het kader van het ontwikkelen van methodieken om de dagelijkse mondzorg bij kwetsbare groepen in Vlaanderen te verbeteren, zouden wij u graag enkele vragen stellen in verband met de noden en behoeften die u dagdagelijks ervaart met betrekking tot mondgezondheid. We gebruiken de term mondgezondheid in de volledige vragenlijst als overkoepelende term voor zowel de gezondheidstoestand van de tanden en de mond, de dagelijkse mondzorg en mondhygiëne, alsook de administratieve taken die gepaard gaan met de gezondheid van de mond. Het invullen van deze vragenlijst zal ongeveer tien minuten duren en de gegevens worden anoniem verwerkt.

Het invullen van deze vragenlijst vindt plaats op vrijwillige basis. U kan weigeren om deze vragenlijst in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw verdere relatie met de organisatie en op de samenwerking met GezondeMond. Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Alvast dank voor uw medewerking,

Isabel Symens

Coördinator GezondeMond, Vlaams Kenniscentrum Mondgezondheid

Vrijheidslaan 61 – 1081 Brussel

02 413 00 12

isabel.symens@vvt.be

Kruis aan wat past	JA	NEE
Ik begrijp de inleidende tekst over de methode en het doel van dit onderzoek		
Ik vul deze vragenlijst op volledig vrijwillige basis in		

Vragenlijst

1. Type van tewerkstelling?

Gelieve het antwoord aan te duiden dat het best past bij uw situatie.

- Overheidsorganisatie (nationaal, regionaal, lokaal)
- Door de overheid gesubsidieerde organisatie
- Niet door de overheid gesubsidieerde organisatie
- Andere:.....

Wat is de naam van de organisatie of voorziening?

.....

2. Aard van de tewerkstelling

- Betaalde werknemer
- Vrijwilliger
- Andere:

3. Postcode van uw organisatie

.....

4. Wat is uw geslacht?

- Man
- Vrouw
- X

5. Wat is uw leeftijd?

.....

6. Hoeveel jaren bent u actief in uw huidige of vergelijkbare functie?

- Minder dan 1 jaar
- 1-5 jaar
- 6-15 jaar
- 16-25 jaar
- >25 jaar

7. Wat is uw hoogst behaalde diploma?

- Lager onderwijs
- Secundair onderwijs
- Hoger onderwijs
- Universitair onderwijs
- Andere:.....

8. Welke functie oefent u uit in het kader van de huidige bevraging?

- Verpleegkundige
- Zorgkundige
- Opvoeder
- Ergotherapeut
- Kinesist
- Maatschappelijk werker
- Sociaal assistent
- Orthopedagoog
- Logopedist
- Mantelzorger
- Vrijwilliger

- Huisarts
- Andere:.....

9. Mondzorg

	Niet	Weinig	Neutraal	Veel	Zeer veel
In welke mate heeft u momenteel een actieve rol in het helpen van uw doelgroep op vlak van hun mondgezondheid (preventie, toeleiding naar zorg)?					

10. Gelieve een antwoord te geven op volgende stellingen

Indien u tot op dit ogenblik geen rol heeft in mondzorg, gaan volgende stellingen over de mogelijkheid om een rol te spelen in het vaststellen van problemen in de mond.

	Ja	Nee	Ik weet het niet
Ik kan terecht binnen mijn organisatie/voorziening met vragen rond mondgezondheid			
Ik weet binnen mijn privésfeer bij wie ik terecht kan met vragen rond mondgezondheid			

11. Kennis & Vaardigheden

	Geen	Nauwelijks	Een beetje	Voldoende	Uitgebreid	Ik weet het niet
In welke mate bezit u theoretische kennis over mondgezondheid?						
In welke mate bezit u praktische vaardigheden over mondgezondheid						

12. In welke mate bent u vragende partij voor het krijgen van een opleiding over mondgezondheid?

0	1	2	3	4
Ik ben absoluut niet geïnteresseerd			Zeker, ik heb een grote vraag naar een extra opleiding over mondgezondheid	

13. Onder welke vorm zou u deze opleiding graag zien?

- Een opleiding met nadruk op theoretische aspecten
- Een opleiding waarbij praktische aspecten worden getoond
- Een opleiding waarbij praktische aspecten worden inge oefend
- Een opleiding die aangeeft hoe om te gaan met individuele cliënten/personen/patiënten op maat.
- Ik wens geen opleiding te volgen
- Andere:.....

14. In welke mate zouden volgende onderwerpen voor u aan bod moeten komen binnen een mogelijke opleiding?

	Helemaal niet noodzakelijk				Absoluut noodzakelijk
	0	1	2	3	4
1. Mondaandoeningen					
2. Poetsen van natuurlijke tanden					
3. Poetsen van gebitsprothesen					
4. Poetsen van tandimplantaten					
5. Reinigingen tussen de tanden					
6. Mondvriendelijke voeding					
7. Praktische aspecten van het tandartsbezoek					
8. Financiële aspecten van het tandartsbezoek					
9. Preventiestrategieën op basis van fluoride					
10. Het omgaan met patiënten die zorg weigeren					
11. Drempels bij de doelgroep om zorg te vragen					
12. Drempels bij de tandartsen om zorg te verlenen					

Zijn er nog andere onderwerpen die hier niet aan bod komen, die u mist in bovenstaande lijst?

15. In welke mate bent u op de hoogte van de mondgezondheid van de personen die beroep doen op uw organisatie?

0	1	2	3	4
Helemaal niet				Zeer veel

16. Naar mijn oordeel is de mondgezondheid van de doelgroep van onze organisatie:

- Zeer slecht
- Slecht
- Noch goed, noch slecht
- Goed
- Zeer goed
- Ik weet het niet

17. In welke mate ervaart u volgende elementen als een drempel die de toegankelijkheid van de mondzorg belemmert?

	Dit is geen drempel				Dit is een grote drempel
	0	1	2	3	4
Culturele verschillen					
Kennis bij de doelgroep					
Kostprijs					
Organisatie van de gezondheidszorg					
Taal en communicatie					
Vinden van een tandarts					
Vooroordelen bij de doelgroep tegenover tandarts					
Vooroordelen bij de tandarts tegenover de doelgroep					

Kan u uw keuze verder toelichten?

18. In welke mate hebben gezinnen in kansarmoede volgens u nood aan

	Geen Nood				Veel nood	
	0	1	2	3	4	5
Informatie over mondzorg						
Persoonlijke begeleiding bij mondzorg						
Informatie over financiële aspecten						
Persoonlijke begeleiding bij financiële aspecten?						

Informatie over het maken van een afspraak bij de tandarts?						
Persoonlijke begeleiding bij het maken van een afspraak bij de tandarts?						

Ontbreken hier volgens u nog belangrijke noden bij uw doelgroep?

Alvast heel erg bedankt voor uw medewerking aan dit onderzoek.

Bijlage 2: Aanvullingen barrières en noden

Aanvullingen barrières:

1 Heel veel patiënten uit kansarmoede hebben heel veel angst tov de tandarts, er is ook een tekort aan tandartsen in de regio met lang wachttijden als gevolg. De psychologische drempel is bij vele patiënten groter dan de financiële.

Er zijn ook een aantal allochtone gezinnen die het belang van poetsen en mondhygiëne niet kennen

2 We merken dat onze doelgroep vaak een tandartsbezoek uistellen

3 Mensen vrezen dat een bezoek bij de tandarts een pijnlijke aangelegenheid is.

4 Ik werk met anderstalige mama's, waarbij ik zie dat ze niet op de hoogte zijn van consultaties i.k.v. preventieve tandzorg en de kostprijs hiervan.

5 hygiëne is vaak een moeilijk item, mondhygiëne zeker. Bij onze doelgroep is een goed gebit een zeer groot probleem. Geen goede voorlichting, slechte gewoonten, geen financiële middelen. tandartsbezoeken zijn zeer duur en de prijs is vaak niet op voorhand gecommuniceerd.

6 de mensen die wij gratis voeding verschaffen hebben geen financiële draagkracht, dus tandartsbezoek gaat niet.

7 Veel gezinnen hebben het zelf nooit meegekregen dus ook kunnen het niet mee doorgeven aan hun kinderen. Andere dingen aan hun hoofd. (eten, dak, OVERLEVEN)

8 Het is moeilijk voor tandartsen om in een mond te werken die JARENLANG niet verzorgd werd.

9 Drempels voor de doelgroep zijn TORENHOOG....vooral de PRIJS

10 De meesten van onze mensen, willen zeer graag op regelmatige basis de tandarts bezoeken. Ze hebben de financiële middelen niet de consultatietarieven voor te schieten in afwachting van het terugstorten van de mutualiteit. Derdebetalersregeling zijn in onze buurt zeer moeilijk te organiseren door de onwil van tandartsen. is ook moeilijker dan bij dokters omdat tandartsen geen centraal aanspreekpunt hebben.

11 tandarts is duur voor mensen in armoede. Er zijn slechts enkele tandartsen die op afbetaling willen werken

12 Door geldgebrek wordt dit aspect het eerst opzij geschoven.

13 Voor vele is mondhygiëne geen prioriteit

14 Veel cliënten aanzien een tandartsbezoek als niet noodzakelijk of laatst noodzakelijke op hun lijst, gezien ze niet de financiële mogelijkheden hebben en zij dikwijls andere hoge kosten/schulden hebben.

15 De financiële gevolgen weerhouden onze doelgroep tot het ondernemen van actie.

16 Beide groepen hebben vooroordelen over mekaar, vooral wanneer het over het financiële gaat. Bij de kansarmen is er ook schroom om met een attest van het OCMW bij de tandarts te gaan. De kansarmen hebben ook vaak geen structuur wat betreft hygiëne en beseffen het belang ervan niet voldoende.

17 Jazeker, uit eigen ervaring, weet ik dat mensen vaak in de kou staan als er geen geld is om zich te laten helpen, dan mogen je tanden gewoon wegrotten in je mond en krijg je simpelweg de keus om tot je 50ste pijn te hebben.

18 Fedasil doet de opvang van asielzoekers en wij vinden heel moeilijk tandartsen die met onze centra willen samenwerken en heel moeilijk tandartsen die dan ook nog geconventioneerd zijn, daar wij enkel aan de RIZIV prijzen werken.

19 Deze doelgroep gaat meestal niet: te duur, kunnen de nodige stappen niet doen

20 Een tekort aan meewerkende tandartsen in de buurt

21 De kostprijs en de weg via het OCMW, is een grote drempel bij onze doelgroep. Maar ook de taalbarrière en de vooroordelen van de tandartsen daar tegenover. Soms komen er patiënten terug, die amper geholpen zijn. Jammer.

22 Geen transparantie inzake de prijs. Tandextracties niet terugbetaald. Met als gevolg een serieuze rekening na behandeling.

Tandartsen kijken naar hun eigen inkomsten en een cliënt in armoede met kapotte tanden is een vervelende cliënt met een risicovolle behandeling.

Er is een te groot verschil op sociaal communicatieniveau tussen tandartsen en mensen in armoede: Ze zijn niet toegankelijk.

23 Weinig tandartsen willen met onze jongeren werken; ik werk enkel met minderjarigen, dus vaak weinig kennis over tandzorg

24 Kostprijs en oordelen van de tandarts houdt mensen met serieuze problemen tegen. Als iemand beslist om toch de stap te nemen zou dit zo positief mogelijk moeten worden aangepakt zonder veroordeling over de oorzaak en waarom zo lang gewacht enz

25 Veel werk aan de winkel op niveau van faculteit en maatschappij

26 Veel oudere mensen hebben te weinig aandacht voor hygiëne

27 Tandzorg is onbetaalbaar voor armen en al zeker voor mensen zonder gezondheidszorg. Het is heel moeilijk een tandarts te vinden die de derde betalingszorg toepast.

28 Ik begeleid als verpleegkundige dakloze personen: een erg kwetsbare groep die veel andere zorgen hebben dan tandzorg. Preventie is dus niet meer mogelijk. Ze komen vaak hulp zoeken bij ernstige problemen: abscessen, tandprotheses nodig,

29 Angst bij tandarts dat zij niet zullen betaald worden; Weinig of geen begrip als mensen te laat zijn op afspraak of niet opdagen; ...

30 De toegankelijkheid om met bewoners op tandarts bezoek te gaan is soms onmogelijk. Wij werken sedert 2 jaar met Gerodent (tandenmobiel)

31 Ik heb de indruk dat de jongeren met een beperking moeilijker hun weg naar een tandarts vinden. De jongeren met een maatsch. kwetsbare achtergrond hun tandzorg is oké. Alleszins toch binnen den Tube.

32 Cultuur van tandzorgen en financiële drempel gezien beperkt inkomen

33 Kostprijs scoort hoog, omdat ouders niet alle info hebben. Ze gaan ervan uit dat ze het niet kunnen betalen, dus gaan ze niet. Dus ook niet op controles 2*per jaar waardoor dat de slechte mondhygiëne escaleert, er dus ook niets preventief aan kan worden gedaan. Eigenlijk valt dit dus onder dezelfde noemer van "vooroordelen bij de doelgroep tov de tandarts" en "kennis bij de doelgroep".

34 ouders weten soms niet dat een consultatie bij de tandarts voor kinderen volledig terugbetaald wordt. Ze moeten het vaak wel voorschieten en dat is ook een drempel!

35 zeer veel patiënten met verschillende achtergronden verzorgen hun tanden redelijk tot goed, maar er is een aanzienlijk deel dat onvoldoende tot zeer slecht scoort. Verschillende redenen samen kunnen een rol spelen.

36 Wij merken vaak dat wij een afspraak trachten in te plannen met een tandarts maar dat we daar op problemen botsen. Zo wordt een afspraak soms vergeten door cliënten, waardoor tandartsen hun ongenoegen uiten aan ons en nog weinig open staan voor het inplannen van nieuwe afspraken. Tevens vragen steeds meer tandartsen om een attest van ons vooraleer zij tandheelkundige ingrepen willen verrichten, ook wanneer er noodzaak is tot ingrepen.

37 Vooral de kostprijs (gevolg van andere prioritaire financiële keuzes) is belemmerend.

38 Patiënten zijn wel te motiveren om naar de tandarts te gaan, maar geraken er niet omwille van lange wachttijden én financiële drempels (geen derdebetalers, geen mensen met OCM waarborg)

39 Er zijn wederzijdse vooroordelen, dus bij een projectopzet ruim inzetten op drempels én vooroordelen wegnemen bij zowel de doelgroep als de tandartsen is belangrijk.

40 Cliënten leerden niet dat tanden poetsen belangrijk is. Bij gaatjes of pijn, schrik om de tandarts niet te kunnen betalen.

41 ik het ooit een situatie meegemaakt waarbij mijn cliënt op zoek was naar een tandarts. Mijn cliënt heeft een verhoogde tegemoetkoming en op basis daarvan kreeg mijn cliënt geen tandarts te pakken die haar tanden wou verzorgen. het ging om een hoogdringende ingreep, waarbij mijn cliënt uiteindelijk is geholpen in het ziekenhuis mits een OCMW-tussenkost aangezien de kost zo groot was dat mijn cliënt dit niet kon betalen. Het OCMW kwam tussen via 'tussenkost medische redenen'.

42 Onze cliënten zijn niet bezig met preventie. Ze hebben vaak tandproblemen door gebrekkige mondhygiëne, hoge inname suikers en/of druggebruik. Oplossingen zijn vaak duur.

43 Kostprijs van tandheelkundige zorgen en een gebrek aan 'eerstelijnsstandartspraktijken' zijn de grootste drempels voor veel mensen. Hierdoor stellen patiënten consultaties uit en wordt er door patiënten vaak curatief en minder preventief omgegaan met mondzorg. Ook weet de doelgroep vaak niet op voorhand of een tandarts al dan niet geconventioneerd is, met (soms onnodige) grote kosten tot gevolg. Tandartsen werken niet met tolken, wat voor anderstaligen ook een drempel kan betekenen.

44 Mondhygiëne wordt niet als prioriteit gezien voor mensen in een moeilijke financiële situatie of voor mensen met een andere culturele achtergrond

45 Tandartsen zijn erg duur en men moet vaak verschillende tandartsen bellen alvorens men bij een acuut probleem terecht kan.

46 financiële problemen

47 onze patiëntenpopulatie is zeer divers vanwege cultuur, financiële armoede, anderstalig enz.

48 Mensen in kansarmoede hebben andere prioriteiten dan mondzorg en zullen pas aandacht hiervoor hebben wanneer er zich problemen voordoen. Zowel naar preventie toe als naar mondzorg wanneer er zich problemen stellen, is de kostprijs de grootste struikelblok. Afspraken maken met tandartsen rond betaling, loopt niet altijd even vlot en tandartsen staan niet zo open voor de doelgroep.

49 lange wachttijd alvorens een consult mogelijk is

50 Weinig tandartsen die snel nieuwe cliënten willen

51 Veel cliënten hebben een zeer beperkt inkomen en dan is een bezoek aan de tandarts iets wat steeds wordt uitgesteld. Ze denken hierop te kunnen besparen om zo meer inkomen ter beschikking te hebben. Ook merken wij steeds bij kandidaat politieke vluchtelingen, erkende vluchtelingen,... dat het eerste wat zij doen bij aankomst in België vragen naar een afspraak met tandarts gezien er in hun land van herkomst nog minder aandacht besteden aan tand- en mondhygiëne.

52 Is geen prioriteit voor onze doelgroep, financieel is de grootste drempel

53 De kostprijs van een behandeling is een grote drempel. In dat opzicht zou de derde betalingsregel bij tandartsbezoek standaardiseren, zoals bij een huisartsbezoek

54 Kansarme mensen hebben, geen geld voor goede tandzorg, slechte voeding, te weinig kennis

55 er zijn vlot tandartsen te vinden in de gemeente, maar vreemdelingen begrijpen ze niet altijd en tandverzorging kost ook veel geld.

56 Een tandarts vinden is niet echt een probleem bij ons in de buurt. We verwijzen onze cliënten door naar een tandarts waar we mee samenwerken.

We merken dat het financiële voor onze cliënten vaak een grote drempel is om naar de tandarts of andere specialisten te gaan. Mutualiteiten komen wel tussen maar ze moeten vaak op voorhand betalen en dit is moeilijk voor vele.

57 Onze doelgroep is vaak niet bewust van de noodzaak van een gezond gebit. Zij hebben niet de kennis van welke invloed slechte mondhygiëne allemaal heeft op de globale gezondheidstoestand (zowel fysiek als mentaal). Ook de vrees van hoge kostprijs maakt dat onze doelgroep bij aanmelding op onze dienst al jaren niet meer bij een tandarts is geweest. Angst voor het onbekende speelt ook mee.

58 Kansarmen vragen soms een financiële steun aan het OCMW ifv tandverzorging. Vaak is dit echter al wanneer er al veel zichtbare problemen zijn. Vermoedelijk weten cliënten weinig omtrent het belang van een goede mondhygiëne

59 doelgroep = mensen in kwetsbare positie, met weinig financiële armslag, kennis over gezondheid nihil, kansarmen waarbij gezondheid geen prioriteit heeft

60 Geen idee of er vooroordelen zijn bij tandartsen of bij patiënten zelf

Aanvullingen noden

1 te weinig geconventioneerde tandartsen/bereidwilligheid tot 3e betaler

2 wijkgezondheidscentra met tandzorg en preventie ook op het platteland

3 Naar mijn mening zijn gezinnen in kansarmoede enkel bezig met het financiële. Elke dag is het een strijd om genoeg geld hebben om rekeningen te betalen en dergelijke. Hun laatste zorg is 'mondzorg'. Ik denk zelfs niet dat dit wordt gezien als een 'bijzaak'.

4 Buiten het gezondheidsaspect is het ook belangrijk om te laten weten dat een mooi gebit er voor zorgt dat mensen kunnen geactiveerd worden (tewerkstelling)

5 tandartsen in of in samenwerking met een wijkgezondheidscentrum zou voor heel veel mensen de oplossing zijn

6 Neen, maar de cirkel blijft rond, zelfs met kennis van zaken, mondhygiëne blijft onbetaalbaar voor veel mensen en niet enkel uit deze doelgroep! Een zeer spijtige zaak vind ik dat!

7 Zowel het financiële als het dagdagelijkse overleven staat in de weg van gezonde mondzorg. In mijn eigen is er nood aan een globaal gezinsproject waarbij er aan allerlei domeinen wordt gewerkt (bv toeleiding vd kinderen, netwerkvorming andere gezinnen, huistaakbegeleiding, ...) waar ook tandzorg een onderdeel van is

8 Op welke tegemoetkomingen hebben deze mensen recht?

9 Vele zijn niet op de hoogte van het belang van mondhygiëne

10 zicht op kostenraming/offerte voor de behandeling

11 begeleiden naar de tandarts en vervoer naar de tandarts

12 zoals eerder aangegeven, als er geen geld is word je niet geholpen, er is geen derde betalingsregeling voor dit soort zorg en extra verzekeringen voor velen onbetaalbaar en onvoldoende

13 wat bij vb beugel wanneer is het gratis ,hoe mensen het belang ervan laten inzien

14 toegang tot een tandarts

15 De belangrijkste noden van de doelgroep komen niet aan bod in deze vragenlijst. Zaken als informatie, opleiding en begeleiding ondervangen deze noden onvoldoende.

16 Personen in deze doelgroep hebben vele andere problemen die ze prioritair stellen tov mondzorg. Ze komen pas als het al lang veel te laat is.

17 ondersteuning bij het volhouden van de behandeling, nazorg

18 gratis of goedkope tandzorgen

19 Veel personen zonder legaal verblijfsstatuut weten niet waar terecht met hun tandzorgen.

20 vroegtijdige en zeer regelmatige mondscreening,(met kans tot behandeling en opvolging), zijn absoluut noodzakelijk en kunnen veel leed besparen, zeker (ook) in wzc!!

21 Ons publiek is vaak anderstalig en een afspraak maken is dan niet zo evident. Ze zijn ook gewoon om naar de tandarts te gaan als ze al tandpijn hebben en vinden dan niet zo gemakkelijk een tandarts waar ze terecht kunnen.

22 Een op zichzelf staande organisatie/ aanpak van dit probleem is in onze visie geen goede zaak. Wij werken zo geïntegreerd mogelijk. Het ontbreekt ons aan de tijd en de middelen om alle problemen volledig aan te pakken.

23 tekort aan derdebetalerssysteem bij tandartsen!!

24 Vooral de bereidheid van tandartsen om laagdrempeliger te zijn voor deze doelgroep zoals bv. het toepassen van derdebetalersregeling en op korte tijd een afspraak regelen.

25 Een ruime opvolging, gespreid over enkele jaren lijkt erg aangewezen.

26 Blijvende aandacht schenken aan mondhygiëne is noodzakelijk. Wij werken reeds heel wat jaren rond dit thema en merken een verbetering bij diegenen die reeds langer deelnemen aan de activiteiten van de kinderwerking.

27 ook omgekeerd: tandartsen kunnen ook ingelicht worden over onze doelgroep en op die manier meer toegankelijk zijn.

28 Goedkopere zorg bij de tandarts, derdebetalersregeling. Kostprijs tandarts is voor personen in armoede te weinig transparant en bijna onbetaalbaar.

29 Psychische ondersteuning

30 Psychische ondersteuning

31 De doelgroep heeft nood aan toegankelijke betaalbare tandzorg. Derdebetalersregeling lijkt me noodzakelijk

32 preventie - werken tegen terugbetalingstarief derde betaler

33 Ik denk dat de doelgroep onvoldoende zich bewust is van de noodzaak van mondzorg en daarnaast ook onvoldoende gemotiveerd is en over onvoldoende vaardigheden beschikt om mondzorg ook ter harte te nemen.

33 ter info: sommige ocmw's geven financiële steun voor tandzorg. Verschillen per mutualiteit zijn soms ook moeilijk te onderzoeken.

34 er is bij velen weinig geweten over een correcte verzorging van het gebit

35 Wij informeren onze doelgroep regelmatig en hebben het belang van tandartsconsultaties ook mee opgenomen in onze begeleidingen. Wij volgen dit jaarlijks op en voorzien hiervoor ook de nodige financiële tussenkomst indien nodig. Wij hebben hiervoor goede afspraken met plaatselijke tandartsen. Maar indien wij hier geen belang aan zouden hechten, dan vrezen wij dat de medische kosten aanzienlijk zullen groeien. Voor onze doelgroep is vaak tandhygiëne (persoonlijke hygiëne) niet hun dringende vraag, maar onze visie is dat wij dit binnen de begeleiding wel mee opnemen. Dit resulteerde reeds in meer kansen op tewerkstelling, psychisch welbevinden, meer zelfvertrouwen, minder medische kosten, ...

36 persoonlijke begeleiding ontbreekt zeker. Ook informatie over geconventioneerde tandartsen en de wachttijden ontbreken.