

Laat je tanden zien!

Evaluatie van een pilootproject rond tandzorg voor mensen in kansarmoede 2014-2015



Inleiding

Vanuit de nood aan tandzorg bij mensen in kansarmoede, werkten we in 2014 en 2015 een pilootproject uit rond basistandzorg in Antwerpen, Mechelen en Malle. ‘Laat je tanden zien’ zette zowel in op preventie als op toegankelijkheid van de zorg.

De methodiek groeide vanuit een jarenlang overleg tussen Antwerpse armoedeorganisaties, stad, OCMW en tandartsen. Een uitgebreid preventietraject werd gekoppeld aan een behandelingstraject bij een particuliere tandarts voor zowel behandelingen als controleafspraken.

We bereikten de doelgroep via organisaties die werken met mensen in kansarmoede. Samen met hen organiseerden we groepsactiviteiten en zij ondersteunden mensen individueel verder bij hun bezoek aan de tandarts. De financiële drempels werden aangepakt via een aangepaste regeling derde betaler. Daarnaast zorgde een projectmedewerker voor de ondersteuning van tandartsen, organisaties en mensen in armoede.

De doelstellingen van het project waren: de zelfzorg bij mensen in armoede verbeteren, samen met de tandartsen de drempels tot de reguliere tandzorg wegwerken, de knelpunten en oplossingen in kaart brengen en de betrokkenen meer inzicht bieden in elkaars situatie.

Met dit rapport willen we onze methodiek toegankelijk maken voor andere instanties die werken rond tandzorg bij kwetsbare groepen. We brengen de knelpunten en succesfactoren in kaart en doen aanbevelingen naar de toekomst toe.

Dit rapport werd geschreven door Logo Antwerpen vzw en besproken met alle partners. Logo Antwerpen is verantwoordelijk voor de inhoud. Andere leden van de stuurgroep kunnen andere accenten leggen, maar onderschrijven de algemene inhoud van dit eindrapport.

Het document is uit verschillende onderdelen opgebouwd: een probleemschets en projectbeschrijving; een beschrijving van de betrokkenen en het project in de praktijk; een analyse van de resultaten; conclusies en concrete aanbevelingen voor armoedeorganisaties en tandartsen en een kort overzicht van de beschikbare materialen. De conclusies en aanbevelingen vind je in hoofdstuk 6, vanaf pagina 51.

Dankwoord

We willen alle betrokkenen bedanken voor hun enorme inzet voor dit project. Het project introduceerde een nieuwe werkwijze en dit vergde heel wat inspanningen van alle betrokkenen. De tandartsen, deelnemers en begeleiders in de organisaties maakten hiervan een zeer leerrijk en waardevol pilootproject.

We werkten met een zeer geëngageerde stuurgroep aan de voorbereidingen, de uitvoering en de coördinatie van het project. Bedankt aan Timor Nonneman (PSC Open Huis), Rita Tutelaars (KTCA), André Mestrum (VVT), Christine Van Meir (KTC), Eddy Van Assche (TCM), Liesbet Meyvis, Ben Bruininkx en Veerle Van Putte (dienst Gezondheid Stad Antwerpen), Sabrina Verbeek (dienst Welzijn Provincie), Dr. Wim Haenen (PGC) en Elke Eggerickx (Logo Antwerpen).

In Mechelen konden we rekenen op de ondersteuning van Logo Mechelen en Kim Peeters (WGC Wel en Wee). De Antwerpse ziekenfondsen stonden ons bij met raad en daad. Een speciale bedanking gaat hierbij naar Sylvia Vermeeren.

Zonder de financiële steun van de dienst Welzijn van de Provincie Antwerpen en de dienst Gezondheid van de Stad Antwerpen was dit project niet mogelijk. We bedanken ook de Rotary's van Antwerpen Oost, Kempenland Malle, Hoogstraten en Antwerpen Oost voor hun gulle sponsoring.

Hanne Celis (projectmedewerker Logo Antwerpen)
David De Vaal (coördinator Logo Antwerpen)



Inhoud

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Probleemschets | 5 |
| 2 | Beschrijving project | 10 |
| | 2.1. Voorgeschiedenis project | 10 |
| | 2.2. Projectdoelstellingen..... | 10 |
| | 2.3. Projectbeschrijving | 10 |
| | 2.4. Evaluatie werkwijze | 12 |
| 3 | Profiel betrokkenen | 15 |
| | 3.1. Armoedeorganisaties | 15 |
| | 3.2. Tandartsen | 16 |
| | 3.3. Mensen in kansarmoede..... | 17 |
| 4 | Laat je tanden zien in de praktijk | 19 |
| | 4.1. Preventietraject | 19 |
| | 4.2. Behandelingstraject | 24 |
| | 4.3. Projectomkadering | 32 |
| | 4.4. Financieel | 33 |
| 5 | Resultaten | 36 |
| | 5.1. Zelfzorg | 36 |
| | 5.2. Koppeling preventie - zorg | 38 |
| | 5.3. Opname in het reguliere zorgcircuit | 39 |
| | 5.4. Projectomkadering | 46 |
| | 5.5. Beeldvorming | 47 |
| | 5.6. Continuïteit | 48 |
| 6 | Conclusies | 51 |
| | 6.1. Samenvatting resultaten - doelstellingen | 51 |
| | 6.2. Beperkingen project en evaluatie | 52 |
| | 6.3. Algemene conclusies en aanbevelingen | 53 |
| | 6.4. Aanbevelingen voor armoedeorganisaties | 58 |
| | 6.5. Aanbevelingen voor tandartsen | 59 |
| 7 | Beschikbare materialen | 61 |

1 Probleemschets

Mensen uit lagere sociaal-economische groepen leven gemiddeld minder lang en zijn vaker ziek dan de doorsnee bevolking¹. Op het vlak van mondgezondheid zien we dat mensen met een lagere sociale status meer mondgezondheidsproblemen hebben, minder vaak naar de tandarts gaan, minder poetsen, minder kennis hebben van tandzorg en voor de tanden ongezondere leef- en eetgewoontes hebben.

Heel wat cijfers illustreren deze mondgezondheidskloof:

- Mensen met een lager opleidingsniveau hebben tot 3 keer vaker geen eigen tanden meer dan mensen met een diploma hoger onderwijs². Bijna de helft van de mensen met een diploma lager onderwijs of zonder diploma geeft aan kauwproblemen te hebben, in vergelijking met 7,7% van de mensen met een diploma hoger onderwijs³.
- De toegang tot tandzorg is ongelijk verdeeld. Van de mensen met een diploma hoger onderwijs gaf 72% in 2013 aan het voorbije jaar naar de tandarts geweest te zijn, bij mensen met een diploma lager onderwijs of geen diploma was dit slechts 36%⁴.
- Heel wat mensen stellen een bezoek aan de tandarts uit omwille van financiële redenen, meer dan een bezoek aan andere artsen of medicatie. Bij de laagste inkomens stelde in het begin van dit decennium 27% van de mensen een bezoek aan de tandarts uit omwille van de kosten⁵.
- Ook op het vlak van mondhygiëne zijn er grote verschillen. In 2013 gaf 64,5% van de mensen met een diploma hoger onderwijs aan minstens 2 maal per dag de tanden te poetsen, tegenover 42,7% van de respondenten met een diploma lager onderwijs of geen diploma⁶.

Naast de gezondheidsproblemen die voortkomen uit een ongezonde mond, zijn er ook heel wat sociale consequenties. Het kan een drempel vormen voor het vinden van werk. Het belemmert sociale relaties en het beïnvloedt het zelfbeeld van mensen in armoede.

Een verklaring voor deze kloof in mondgezondheid bij rijkere en armere Belgen kan niet worden gevonden in één enkele factor.

¹ *Tandzorg bij kansarmen, rapport 2009 -2011*, PSC Open Huis; *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België*, RIZIV en Dokters van de Wereld, 2014

² *Gezondheidsenquête 2013*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid: Geen eigen tanden meer: 4,4% bij diploma hoger onderwijs, 13,4% bij geen diploma of enkel lager onderwijs

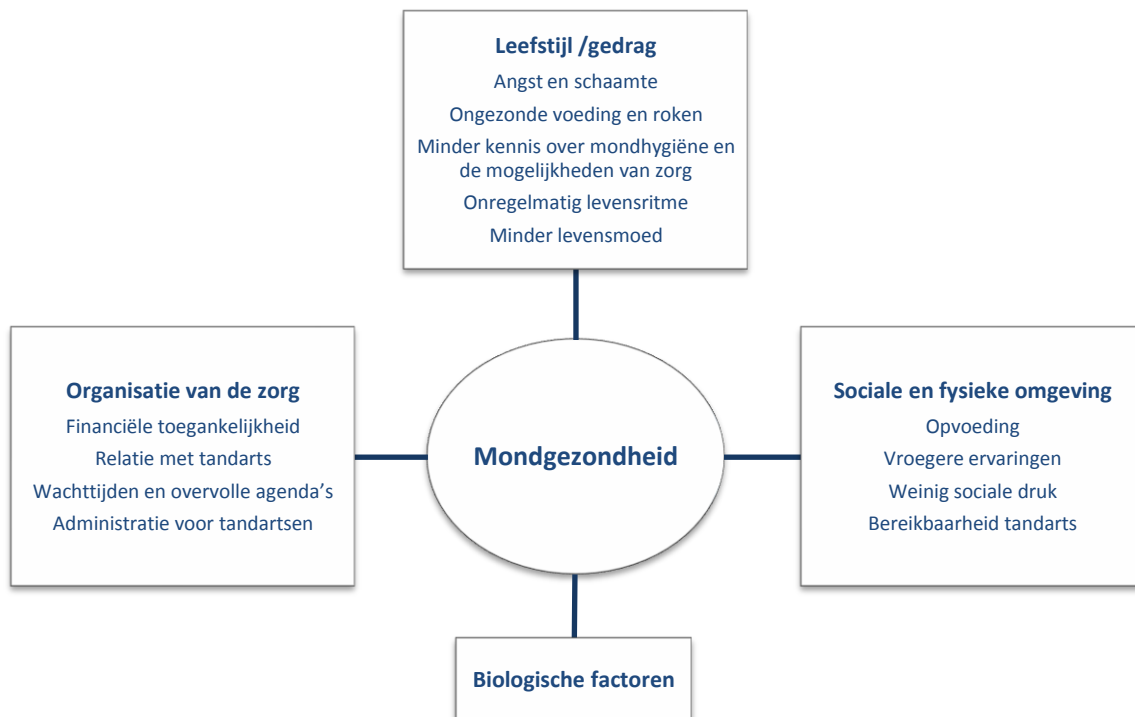
³ *Gezondheidsenquête 2013*, WIV

⁴ *Gezondheidsenquête 2013*, WIV

⁵ *Groenboek over de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in België, Hoofdstuk 3.D. De problematiek van uitstel van zorg*, H. Avalosse, S. Vancorenland, L. Maron, 2014

⁶ *Gezondheidsenquête 2013*, WIV

Model gebaseerd op Lalonde, 1974, determinanten van gezondheid:



De mondgezondheid wordt bepaald door verschillende factoren, zowel biologische factoren als de sociale omgeving, de leefstijl en de organisatie van de zorg spelen hierbij een rol. Op basis van het rapport van PSC Open Huis⁷ en de gesprekken die we bij de start van het project voerden met mensen in armoede, tandartsen en begeleiders van de armoedeorganisaties geven we een overzicht van de belangrijkste drempels die mensen in armoede en tandartsen ervaren.

Drempels voor mensen in armoede: poetsen

Kansarmoede knaagt aan je zelfvertrouwen en eigenwaarde. Het vraagt meer moeite om aandacht aan jezelf te blijven schenken.⁸

Mensen in armoede kregen vaak niet de juiste kennis en vaardigheden aangeleerd als kind. Daardoor poetsen ze soms op een foute manier. Ze krijgen dan toch nog gaatjes en ontstekingen, wat demotiverend werkt.

⁷ De drempels m.b.t. tandzorg voor mensen in kansarmoede werden uitgebreid beschreven in *Tandzorg bij kansarmen, rapport 2009-2011* van PSC Open Huis

⁸ *Tandzorg bij kansarmen, rapport 2009-2011*, PSC Open Huis

Als je lang je tanden niet hebt gepoetst, kan het veel pijn doen en bloeden als je er terug mee begint. Heel wat deelnemers getuigden hierover. Er waren eveneens deelnemers die schrik hadden om te poetsen omdat ze dachten dat het nog erger zou worden.

Deelnemer: “Het doet zeer, dus blijf ik er maar af.”

Begeleider: “Hij wil zijn tanden wel poetsen, maar het bloedt telkens. Hij is erg bang om tanden te verliezen en hij trekt deze angst ook door bij het zien van bloed. Hij denkt dat als zijn tandvlees bloedt, de tanden los gaan komen en uitvallen.”

Het belang van poetsen wordt niet altijd ingezien. De focus ligt dan soms meer op de prothesen. Mensen krijgen het gevoel dat ze er zelf toch niets meer aan kunnen doen.

Tot slot hebben heel wat mensen in armoede een chaotisch levensritme, door werk dat vaak verandert, werk met onregelmatige uren of het gebrek aan werk. Dit zorgt voor weinig structuur waarbij tanden poetsen vaak over het hoofd gezien wordt.

Drempels bij mensen in armoede: tandzorgen

De belangrijkste financiële drempel voor mensen in armoede is het voorschieten van een tandartsbezoek. Zelfs al krijg je het bedrag achteraf volledig terugbetaald (na een week), dan nog lukt het niet om naar de tandarts te gaan.

Daarnaast kan je als patiënt heel moeilijk inschatten hoeveel een behandeling zal kosten. Dit brengt heel wat onzekerheid met zich mee. Zeker als mensen weten dat er wel wat problemen zijn in hun mond, hebben ze schrik voor grote onvoorziene kosten.

Deelnemer: “Het heeft geen zin om naar de tandarts te gaan. Wat als die dan zegt ‘ge hebt dat en dat nodig’ en dan moet gij daar toch het geld voor zoeken.”

Het is heel moeilijk om zelf de tandarts aan te spreken om een financiële regeling te krijgen. Je weet op voorhand niet of dit zal lukken en niet iedereen is in staat dit zomaar te vragen. Dit zorgt voor angst bij onze deelnemers.

Een afspraak maken was voor de meeste deelnemers in dit project geen grote drempel. Voor andere mensen in armoede is dit echter heel wat moeilijker, bijvoorbeeld dak- en thuislozen die vooral van dag tot dag (over)leven. Voor hen zijn vrije consultaties een mogelijkheid.

Wat onze deelnemers wel moeilijk vinden, zijn de lange wachttijden voor je effectief kan gaan. Daarnaast is het vinden van een tandarts soms niet evident: waar vind ik een goede en betaalbare tandarts, hoe moet ik dit regelen?

Er waren in dit project een 12-tal deelnemers met grote tot zelfs panische angst voor de tandarts. Daarnaast waren er heel wat mensen die een lichte schrik hadden en daardoor wel wat weerstand moesten overwinnen om de stap te zetten. Een deel van de angst had te maken met de onzekerheid over de kosten. Daarnaast was er heel wat schrik voor behandelingen en eventuele pijn hierdoor. Veelvoorkomend waren de vrees voor spuiten,

niet goed werkende verdovingen, veel en lange behandelingen, lawaaierige instrumenten en de ongemakkelijke positie met de mond open.

Begeleider: “Ze heeft zeer veel schrik. Ze is zenuwachtig en zit te trillen op haar stoel. Zelfs als de tandarts met lucht en water aan haar tanden komt, ligt ze te bibberen.”

Als zorg heel lang wordt uitgesteld, moeten er vaak moeilijkere en pijnlijkere ingrepen gedaan worden. Omwille van eerdere ervaringen met dergelijke urgentiezorg hebben mensen vaak het beeld van een tandarts die hen pijn doet en die tanden trekt. Daarnaast doen er ook heel wat gruwelverhalen de ronde over enorme spuiten en boren en slechte verzorgingen.

Als mensen al veel tandpijn hadden, merkten we ook dat ze zeer schichtig waren en soms zelfs agressief reageerden.

Mensen in armoede hebben een zeer pessimistisch beeld van hun mond en hebben vaak schrik dat hun tanden getrokken moeten worden. Deze vrees is niet altijd gegrond, maar door een gebrek aan kennis over de andere restauratieve mogelijkheden van tandzorg, is ze wel overheersend.

Sommigen voelen zich beschaamd om naar de tandarts te gaan. Ze hebben schrik voor een terechtwijzing op foutief gedrag.

Deelnemer: “Ik ben al zolang niet naar de tandarts geweest. Wat gaat die zeggen? Ik ga onder mijn voeten krijgen!”

Tot slot hadden mensen soms schrik voor onbegrip bij de tandarts. Dit had in een paar gevallen te maken met anderstaligheid, maar ook met betrokkenheid en luisterbereidheid.

Drempels voor tandartsen

De drempels die naar voren kwamen bij de tandartsen in de voortrajecten hadden te maken met de behandeltrouw van patiënten in armoede, met de betaalbaarheid en administratie bij de regeling derde betaler en met het gebrek aan transparantie en daardoor fraudegevoeligheid van deze regeling.

Veel mensen in armoede wachten lang voor ze naar de tandarts gaan. Een frustratie die bij tandartsen leeft, is dat zij dan de grootste pijn oplossen, maar dat patiënten daarna niet terugkomen voor een vervolgbehandeling. Op die manier kampen deze mensen snel opnieuw met grote problemen en hevige pijnen. De problemen kunnen zo niet ten gronde worden aangepakt en voorkomen.

Tandarts: “Als iemand niet komt voor een vervolgbehandeling, dan weet je als tandarts dat dat binnen de kortste keren erger wordt. Als mensen dan pijn hebben, moet dat weer snel snel opgelost worden.”

Tandartsen ervaren ook meer absenties, afspraken die niet worden nagekomen, bij mensen in armoede. Gemiste afspraken zijn zowel financieel als omwille van andere wachtende patiënten problematisch.

Weinig tandartsen werken met de regeling derde betaler. De nadelen die tandartsen signaleerden bij deze regeling zijn de lange betaaltermijn, een gebrek aan betaalzekerheid omdat men nooit 100% zeker is over het statuut of over de behandelingsgeschiedenis van een patiënt en een grote administratieve last. Als de patiënt rechtstreeks het volledige honorarium betaalt, komt hier voor de tandarts weinig extra papierwerk bij kijken. Bij de regeling derde betaler moet de tandarts wel tijd steken in het opsturen van de getuigschriften en het opvolgen van de betalingen. Daarnaast was de regeling ook fraudegevoelig omdat de patiënt (voor oktober 2015) niet wist wat de tandarts aan het ziekenfonds aanrekende.

2 Beschrijving project

2.1. Voorgeschiedenis project

In PSC Open Huis werd er in 2009 en 2010 gewerkt rond tandzorg. Uit de maandelijkse gesprekken met mensen in armoede, een studiedag en preventieve activiteiten werden aanbevelingen geformuleerd.⁹ Hieruit groeide een overleg tussen PSC Open Huis, Antwerpse tandartsen en OCMW Antwerpen. Het pilootproject 'Laat je tanden zien' werd, samen met Logo Antwerpen, door deze partners ontwikkeld. Verschillende pistes werden doorheen de jaren naar voor gebracht, met als uiteindelijk resultaat de methodiek die we in dit pilootproject uittestten.

2.2. Projectdoelstellingen

De doelstellingen van het pilootproject hebben betrekking op 4 vlakken:

1. Mondhygiëne verbeteren

Een eerste doel is een verbeterde mondgezondheid bij deze specifieke doelgroep. We beogen een toename van het bewustzijn en de kennis over mondgezondheid, verminderen de angst voor poetsen en tandartsen en streven ernaar dat deelnemers hun tanden vaker en beter poetsen.

2. Toegang tot de reguliere tandzorg voorzien

Mensen in kansarmoede nemen deel aan het reguliere tandzorgcircuit. Ze krijgen een volledige behandeling en gaan op controle bij een particuliere tandarts. Mensen kunnen terecht bij hun tandarts en wachten niet meer tot er een probleem is om de stap naar de tandarts te zetten. Er wordt gewerkt aan de toegankelijkheid van de tandzorg door een goede begeleiding en omkadering van de tandartsen en de patiënten.

3. Bevorderen van het inzicht in elkaars situatie

De werelden van mensen in kansarmoede en tandartsen komen dichterbij elkaar. We streven naar inzicht en begrip voor elkaars achtergrond en situatie.

4. In kaart brengen van drempels en oplossingen

De drempels en knelpunten voor zowel preventie als zorg worden uitgebreid in kaart gebracht. Er wordt gezocht naar mogelijke oplossingen op lange termijn.

2.3. Projectbeschrijving

Het project richtte zich niet rechtstreeks naar mensen in kansarmoede, maar werkte via organisaties die mensen in kansarmoede al bereiken. We organiseerden samen met deze armoedeorganisaties een preventietraject, bestaande uit 3 samenkomsten. We startten met twee infosessies, inclusief poetsinstructies en individueel advies door een tandarts.

⁹ *Tandzorg bij kansarmen, rapport 2009 -2011*, PSC Open Huis

We voorzagen in een halfjaarlijkse tandenborstelruil om de tandenborstels te wisselen, het gebruik ervan te controleren en de preventie-informatie te herhalen. Hiervoor werden een tandenspel en een groepsgesprek voorzien. We zetten met het preventietraject in op kennis, vaardigheden, motivatie, stereotypen, gewoontevorming en de sociale omgeving alsook op de praktische drempels.

Nadien konden de deelnemers aan de hand van een individueel behandelplan naar de tandarts in hun buurt. Dit behandelplan bevatte een overzicht van de gehele behandeling én een controleafspraak. De armoedeorganisaties ondersteunden de mensen bij hun bezoek aan de tandarts.

Het behandelplan was de basis van het behandeltraject. Het was bedoeld om duidelijkheid te bieden aan de deelnemers over de behandelingen, de afspraken en de kostprijs. Zo verminderde de onzekerheid bij de patiënt en kon hij/zij de vorderingen en mogelijkheden mee volgen. Via de handtekening werd een engagement op langere termijn aangegaan tussen tandarts en patiënt. Het plan was ook bedoeld als opvolgingsinstrument voor de begeleiders en de projectmedewerker. Naast een planning- en evaluatie-instrument vormde het plan tevens de basis van de financiële regeling: het was bedoeld voor de afrekening met het projectbudget en voor de controle door de provinciaal geneeskundige commissie.

De ondersteuning van de deelnemers gebeurde door de organisaties. Vanuit hun vertrouwenspositie zouden zij de mensen ondersteunen bij de administratieve stappen, ze herinneren aan afspraken en het opvolgen van de behandelingen. Ze werkten individueel verder rond mondhygiëne en pakten drempels met betrekking tot het de tandarts gaan aan.

De financiële regeling was een regeling derde betaler met randvoorwaarden:

- De patiënt moest de kosten niet zelf voorschieten, de tandarts rekende ze rechtstreeks af met het ziekenfonds. Voor de bijkomende kosten, waarvoor er geen RIZIV-terugbetaling bestaat, was er een projectbudget voorzien, bedoeld voor basiszorgen, niet voor prothesen.
- De eerste stap was het in orde brengen van de ziekteverzekering en het opvragen van de behandelingsgeschiedenis, zodat de tandartsen (en de projectmedewerker) konden inschatten wat er al dan niet zou worden terugbetaald en de betaalbaarheid gegarandeerd kon worden.
- De patiënten betaalden 1 euro per afspraak, waarvan ze 0,50 euro als beloning terug zouden krijgen bij hun controleafspraak. Dit bedrag was voor iedereen hetzelfde, los van hun statuut, als solidariteitsbijdrage voor die patiënten waarbij niet alles werd terugbetaald.
- De transparantie en controle werden voorzien door de behandelplannen en door de Provinciaal Geneeskundige Commissie en de projectmedewerker.

Het project werd geleid vanuit een stuurgroep met:

Elke Eggerickx, David De Vaal en Hanne Celis (Logo Antwerpen vzw), Sabrina Verbeek (dienst welzijn, Provincie Antwerpen), Ben Bruininx, Liesbet Meyvis en Veerle Van Putte

(dienst gezondheid, Stad Antwerpen), Timor Nonneman (PSC Open Huis), André Mestrum (VVT), Rita Tutelaars (KTCA), Christine Van Meir (KTC), Eddy Van Assche (TCM) en Dr. Wim Haenen (Provinciaal Geneeskundige Commissie).

Er was een intensieve samenwerking met Logo Mechelen vzw, de Antwerpse ziekenfondsen en het Wijkgezondheidscentrum Wel en Wee Mechelen. Zij stonden de projectmedewerker bij met advies en praktische ondersteuning.

In hoofdstuk 4, vanaf pagina 19, beschrijven we de uitvoering van het project in detail.

2.4. Evaluatie werkwijze

De 4^e doelstelling van dit project was om de knelpunten in kaart te brengen en oplossingen te formuleren. Hiervoor zetten we een uitgebreide evaluatie op, voornamelijk via kwalitatieve technieken, aangevuld met kwantitatieve gegevens. De projectmedewerker en collega's bij Logo Antwerpen zorgden voor de verzameling en analyse van de gegevens.

Door de centrale coördinerende rol van de projectmedewerker had zij een goed zicht op de ontwikkelingen in het project. De betrokkenen werden intensief betrokken bij de uitwerking van het project en koppelden op verschillende momenten kritisch terug naar de projectmedewerker.

Door een zeer nauwgezette registratie van de contacten met alle betrokkenen was het mogelijk een grote hoeveelheid kwalitatieve informatie te verzamelen en zo tot een evenwichtig beeld van het project te komen. De analyse gebeurde thematisch in Nvivo. Ondanks de intense betrokkenheid bij de uitvoering en bij het welslagen of falen van het project, maakte deze werkwijze een afstandelijke houding bij de analyses en beoordeling van de resultaten mogelijk.

Evaluatie- en contactmomenten betrokkenen:

We spraken de tandartsen in groep tijdens 2 peer reviews. Individueel was er zeer frequent contact tussen de tandartsen en de projectmedewerker, telefonisch, per mail of in persoon. Tijdens deze contacten werden de ervaringen met het project, de bekommernissen en knelpunten bevestigd. De meeste tandartsen vulden bij de start van het project ook een korte vragenlijst in over drempels, attitudes en ervaringen met de doelgroep en de regeling derde betaler.

De begeleiders van de organisaties kwamen eveneens 2 keer samen in groep om het project te bespreken en te beoordelen. Daarnaast waren er ook heel wat persoonlijke overlegmomenten om het project voor te bereiden, de trajecten van deelnemers te bespreken en de activiteiten te beoordelen. De projectmedewerker stond door haar brugfunctie tussen tandarts, organisatie en patiënt intensief in contact met de begeleiders.

De deelnemers werden bevraagd tijdens minstens 3 groepsmomenten doorheen het project. Tijdens de infosessies werd er gepeild naar hun kennis en verwachtingen. Tijdens de tandenborstelruil werd de kennis door middel van het spel opnieuw bekeken en werden de ervaringen met de tandarts uitgebreid in groep besproken. In één groep was er daarnaast nog een uitgebreid gesprek om het project te beoordelen. In enkele gevallen waren er ook individuele gesprekken tussen de projectmedewerker en deelnemers.

In de eerste groepen startten we met een individuele papieren vragenlijst om naar de kennis en drempels van deelnemers te peilen. Deze aanpak werkte echter niet goed. Schrijven en lezen is voor sommige van onze deelnemers moeilijk. Het zorgde voor een te schoolse sfeer waar mensen zich beoordeeld voelden. Dit belemmerde de open groepsgesprekken. Er was geen budgettaire ruimte om, als alternatief voor een schriftelijke bevraging, bij alle deelnemers een mondelinge bevraging te doen rond hun individuele kennis en attitude. De drempels, kennis, vaardigheden en ervaringen van deelnemers werden in kaart gebracht via de groepsgesprekken en via de inschattingen van de begeleiders.

In het najaar van 2015 organiseerden we een eindevaluatie vergadering waar tandartsen, begeleiders en patiënten in gesprek gingen. In 3 gemengde groepen werden elementen uit het project geanalyseerd door de betrokkenen. Uiteraard waren niet alle betrokkenen op deze dag aanwezig en we merkten dat vooral diegenen met positieve ervaringen hun verhaal wilden delen. De minder positieve ervaringen kwamen uitgebreider aan bod tijdens de andere contactmomenten.

Registratie medische en andere gegevens:

De tandplakindex werd geregistreerd tijdens de infosessies, bij de start van het behandeltraject bij de tandarts en tijdens de controleafspraak. Via het behandelplan en print-outs van de software werden gegevens genoteerd over de staat van de mond bij de start van het project (odontogram) en de uitgevoerde behandelingen. Informatie over het statuut van mensen en hun behandelgeschiedenis werd opgevraagd via een vragenlijst waarmee mensen naar hun ziekenfonds gingen.

Ethiek:

We legden tijdens de vormingsmomenten en infosessies uitgebreid aan de deelnemers, begeleiders en tandartsen uit waarom de gegevens verzameld werden. Op het behandelplan stond de manier beschreven waarop we deze gegevens verzamelden, de redenen ervoor en de manier waarop ermee zou worden omgegaan. Zowel tandarts als patiënt ondertekenden dit behandelplan.

De projectmedewerker en de verantwoordelijke arts bij de Provinciaal Geneeskundige Commissie hadden toegang tot de kwantitatieve gegevens (o.a. informatie over behandelingen) die verzameld werden in het kader van het project. Deze gegevens werden geanonimiseerd na afronding van de betalingen en het behandelingstraject. De analyse van

de kwalitatieve gegevens gebeurde door de projectmedewerker. Aangezien het om mensen ging met wie de projectmedewerker persoonlijk contact had, gebeurde dit niet anoniem. Zowel de kwalitatieve als kwantitatieve gegevens werden wel volledig anoniem verwerkt in dit rapport.

Opbouw rapport:

We bouwden dit rapport op rond enkele centrale evaluatievragen, gebaseerd op het RE-AIM model¹⁰. Hierbij focusten we op de vragen welke armoedeorganisaties en tandartsen aan de slag gingen met het project (adoptie - hfst. 3.1. p.15 en 3.2. p.16), welke doelgroep we bereikten (reach - hfst. 3.3. p.17), hoe het project er in de praktijk uit zag (implementatie- hfst. 4. p.19), welke resultaten we bereikten (effectiviteit - hfst. 5. p.36) en hoe de continuïteit voorzien was (maintenance - hfst. 5.6. p.48).

¹⁰ RE-AIM kader, VIGeZ, 2014,
http://www.gezondegemeente.be/assets/uploads/pages/lieveractiever/RE-AIM_Liever_Actiever.pdf

3 Profiel betrokkenen

3.1. Armoedeorganisaties

① Welke armoedeorganisaties zijn met het project aan de slag gegaan?

Op basis van onderstaande criteria maakten we een selectie van mogelijke organisaties.

- Mensen in een situatie van kansarmoede bereiken, een vertrouwensband hebben met deelnemers/bezoekers/bewoners/cliënten.
- Mogelijkheid om een groep samen te brengen rond het thema tandzorg. Bij voorkeur een bestaande groepswerking, maar niet noodzakelijk.
- Mogelijkheden om mensen individueel op te volgen: om administratie mee in orde te brengen, mensen te herinneren aan hun afspraken, de bezoeken aan de tandarts te bespreken en afhankelijk van de persoonlijke noden te ondersteunen.
- Organisatie met minstens 1 ‘betaalde kracht’, zodat altijd iemand bereikbaar is.

We kozen binnen deze criteria voor organisaties met verschillende werkwijzen en doelgroepen om een zo gevarieerd mogelijke doelgroep te kunnen bereiken. We bereikten zowel jongeren als ouderen en zowel ‘nieuwe’ Belgen als ‘oude’ Belgen. De organisaties hadden in meer of mindere mate ervaring met administratieve ondersteuning, individuele ondersteuning, acties rond gezondheid en groepswerking.

Het project beoogde 7 organisaties, uiteindelijk werkten we met 11 organisaties. Ze groepeerden zich voor de preventietrajecten in 2 groepen in Mechelen, 1 groep in Malle en 5 groepen in Antwerpen stad.

| Organisatie | Locatie - Type | Doelgroep | |
|--|--|--------------------------------|----|
| De Passant (groep 1 Antwerpen) | Antwerpen-centrum CAW residentieel centrum | Thuisloze mannen | 17 |
| De Plataan (groep 1 Antwerpen) | Antwerpen-centrum CAW residentieel centrum | Thuisloze mannen | 13 |
| Beschut Wonen MIN (groep 2 Antwerpen) | Antwerpen-Noord Beschut wonen - residentieel | Mannen forensische achtergrond | 11 |
| Binnenste Buiten (bij MIN en Open Huis) | Antwerpen-Kiel OCMW-dienst | OCMW-cliënten | 2 |
| Power+ (groep 3 Antwerpen) | Antwerpen-centrum OCMW - ESF project | Jongeren | 12 |
| De Kringwinkel (groep 4 Antwerpen) | Antwerpen-Merksem Sociale economie | Doelgroep-medewerkers | 12 |
| PSC Open Huis (groep 5 Antwerpen) | Antwerpen-Noord Vereniging waar armen het woord nemen | Mensen in armoede | 11 |
| Centrum Kauwenberg (groep 5 Antwerpen) | Antwerpen-centrum Vereniging waar armen het woord nemen | Mensen in armoede | 7 |
| Sociaal Huis Mechelen (groep 1+2 Mechelen) | Mechelen Sociaal Huis (OCMW) | Cliënten van Sociaal Huis | 12 |
| De Lage Drempel (groep 1 Mechelen) | Mechelen Vereniging waar armen het woord nemen | Mensen in armoede | 8 |

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|---|
| De Nieuwe Weg (groep 2 Mechelen) | Mechelen Inloopteam | Moeders met jonge kinderen | 3 |
| Wel en Wee (groep 1+2 Mechelen) | Mechelen Wijkgezondheidscentrum | Bevolking | 3 |
| Sociaal Huis Malle | Malle Sociaal Huis (OCMW) | Cliënten en niet- cliënten | 9 |

3.2. Tandartsen

① Welke tandartsen engageerden zich voor dit project?

We contacteerden de tandartsen via een bijscholing in Antwerpen en in Mechelen, twee informatiebrieven en een artikel in het VVT magazine. Alle tandartsen uit de regio ontvingen informatie over het project. Daarnaast werden tandartsen individueel aangesproken door collega-tandartsen of door de projectmedewerker: persoonlijk, telefonisch of per mail.

37 tandartsenpraktijken, goed voor 43¹¹ individuele tandartsen, engageerden zich. Omwille van de geografische spreiding behandelden niet alle tandartsen patiënten in het project. Er werd steeds gezocht naar een goede bereikbaarheid voor de patiënt. 13 individuele tandartsen behandelden patiënten in Antwerpen (stad en directe omgeving). In de regio Mechelen waren dit 9 tandartsen en in Malle 2 tandartsen. 7 tandartsen begeleidden poetsinstructies in de groepen.

Van de 24 behandelende tandartsen beschikte driekwart over assistentie, meer dan de helft van de deelnemende tandartsen werkte in een solopraktijk¹². Voorafgaand aan het project pasten 3 tandartsen reeds frequent de regeling derde betaler toe, 4 tandartsen gebruikten het af en toe. De rest van de deelnemende tandartsen paste de regeling derde betaler zelden of nooit toe. Voor sommigen was ze helemaal nieuw¹³. Een 4-tal tandartsen had daarnaast reeds ervaring met eerdere projecten rond kansarmoede.

Hoewel het nieuws over dit project breed werd verspreid onder tandartsen was er heel wat koudwatervrees. We bereikten met dit project 43 tandartsen, waarvan 24 behandelende tandartsen. Gezien het aantal tandartsen in de zorgregio's Mechelen (239) en Antwerpen (781¹⁴) is dat niet zoveel.

De redenen die tandartsen gaven om niet aan het project deel te nemen, liepen uiteen: te drukke praktijk, moeilijkheden met de financiële regeling of reeds veel kwetsbare patiënten in de praktijk. Er waren grote geografische verschillen: in drukbevolkte en

¹¹ 43 + 3 stagiaires

¹² 15 tandartsen met assistentie, 5 zonder assistentie, 4 missing; 13 tandartsen werkten in een solopraktijk, 9 tandartsen in groepsverband, 2 missing

¹³ 'frequent gebruik RBD' = toepassing in het verleden voor aandeel patiënten van 50% of meer (3 tandartsen), 'af en toe' = 5%-10% (4 tandartsen), 'zelden of nooit' = 1% (4 tandartsen) of 0% (13 tandartsen)

¹⁴ Cijfers akkoord tussen ziekenfondsen en tandartsen 2015-2016:

<http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/tandartsen/Paginas/toetreding-nationaal-akkoord-tandartsen-ziekenfondsen.aspx#.VnARB03SnIU>

‘armere’ stadsdelen (zoals Antwerpen-Noord) was het moeilijker tandartsen te vinden dan in kleinere gemeentes.

3.3. Mensen in kansarmoede

② Welke doelgroep hebben we bereikt? Wat zijn de kenmerken van onze deelnemers?

Dit project was bedoeld voor alleenstaande volwassenen en volwassenen met kinderen in een situatie van kansarmoede. (Kans)armoede omhelst verschillende dimensies van kwetsbaarheid. We kozen ervoor te werken met armoedeorganisaties die deze mensen rechtstreeks bereiken en over de expertise beschikken om deelnemers te selecteren.

120 volwassenen¹⁵ namen deel aan dit project, 74 mannen en 46 vrouwen. De leeftijd varieerde van 17 tot 78, met een piek tussen 45 en 60 jaar. Daarnaast waren er 6 kinderen betrokken. Kinderen konden ook doorverwezen worden naar de tandarts als de ouders het preventietraject volgden en zelf ook naar de tandarts gingen. Kinderen waren geen prioritaire doelgroep omdat zij via andere kanalen bereikt worden (bv. school).

We richtten ons naar mensen die geen vaste tandarts hadden, zich weinig bewust waren van mondzorg en die een verzorgde mond niet als een voor hen te bereiken mogelijkheid beschouwden.

‘Mensen zonder vaste tandarts’ definieerden we als mensen die al meer dan 2 jaar geen tandarts meer bezocht hadden, met uitzondering van spoedbehandelingen. De helft van de deelnemers die doorverwezen werden naar de tandarts (35 van 68 patiënten), ging de laatste 2 jaar helemaal niet naar de tandarts¹⁶. Enkele patiënten gingen al meer dan 10 jaar niet meer naar de tandarts. Van de 18 patiënten die wel naar de tandarts gingen in de voorbije 2 jaar, ging het bij een 8-tal wel om meer dan een spoedbehandeling.

Tijdens de poetsinstructies en tijdens de eerste behandelingsafspraken werd een tandplakindex genomen op 6 tanden, met een score tussen 0 (geen tandplak) en 3 (overvloedige tandplak). De gemiddelde tandplakindex bij de start van het behandelingstraject was 2¹⁷. Iets meer dan een kwart van de patiënten had een score van 1,5 of minder (beetje tandplak), een derde had de hoogste score van 3 (overvloedige tandplak).

14 patiënten hadden nog al hun eigen tanden bij de start van hun behandelingstraject. De helft van de patiënten miste 5 of meer tanden. 16 patiënten, of een kwart van de behandelde groep, misten reeds de helft of meer van hun tanden¹⁸.

¹⁵ 1 meisje van 17 nam deel aan de preventiesessies en wordt in dit rapport bij de volwassenen gerekend

¹⁶ Voor 15 patiënten beschikte de projectmedewerker niet over duidelijke gegevens

¹⁷ Gemeten door de behandelende tandarts bij 54 patiënten.

¹⁸ 14 van 66 patiënten (2 missings). Naast de ontbrekende tanden waren er heel wat mensen met wortelresten.

Deelnemers moesten aangesloten zijn bij de verplichte ziekteverzekering om een aangepaste regeling derde betaler te kunnen toepassen. De meesten hadden een verhoogde tegemoetkoming¹⁹. Bij de start hadden 20 deelnemers aan het behandeltraject hier geen recht op. Voor 4 deelnemers werd de verhoogde tegemoetkoming binnen het project in orde gebracht, voor de andere 15 was dit niet mogelijk²⁰. De redenen waarom mensen geen verhoogde tegemoetkoming hadden, waren: een inkomen net boven de grens, samenwonen met een partner met een hoger inkomen of een job hebben. In heel wat gevallen ging het om deelnemers in collectieve schuldbemiddeling.

Deze deelnemers ervaren eveneens heel wat financiële drempels met betrekking tot tandzorg. Mensen in collectieve schuldenregelingen houden slechts een zeer klein bestedingsbudget over. Voor mensen met een laag loon blijft tandzorg ook duur. Zeker als er heel wat behandelingen moeten gebeuren door uitstel van verzorging, lopen de kosten hoog op. Een bestedingsbudget van 50 euro per week, na aftrek van vaste kosten en schulden, is geen uitzondering bij onze doelgroep. Door de financiële drempel stelt ook deze groep mensen zorgen uit. Slechts 3 van de patiënten zonder verhoogde tegemoetkoming bij de start van het project was de voorbije 2 jaar naar de tandarts geweest (1 op 6). Dit is minder dan de deelnemers met verhoogde tegemoetkoming. Dit project was dus eveneens noodzakelijk voor mensen zonder verhoogde tegemoetkoming.

4 organisaties waren verbonden aan een OCMW of Sociaal Huis (Sociaal Huis Malle, Sociaal Huis Mechelen, Binnenste Buiten, Power+) en ook in andere organisaties waren er enkele OCMW-cliënten bij de deelnemers. Hierdoor waren heel wat van onze deelnemers verbonden aan een OCMW. Slechts een klein gedeelte van de mensen in armoede, met of zonder verhoogde tegemoetkoming, is echter aangesloten bij een OCMW.

Het project was door zijn opzet met een behandeltraject op lange termijn en controle niet bedoeld voor urgenties. Door de tijd nodig voor de 2 preventiesessies en de administratieve stappen was het hiervoor ook niet geschikt. Sommige deelnemers werden doorverwezen naar het reguliere circuit of het ziekenhuis voor een spoedbehandeling buiten het project.

¹⁹ Aandeel verhoogde tegemoetkoming Vlaamse bevolking = 13%
<http://www.stadsmonitor.be/verhoogde-tegemoetkoming-in-de-ziekteverzekering>

²⁰ De organisaties gingen bij het ziekenfonds na of mensen in aanmerking zouden komen voor de verhoogde tegemoetkoming of op een andere manier de regeling derde betaler konden toepassen. Voor 1 iemand kregen we foutieve informatie over de verhoogde tegemoetkoming.

4 Laat je tanden zien in de praktijk

4.1. Preventietraject

② Welke acties gebeurden er op het vlak van mondgezondheidspromotie en preventie?

Het preventietraject stond open voor alle bezoekers/bewoners/cliënten. Via affiches en mond-tot-mondreclame werd het project bekendgemaakt. De begeleiders spraken daarnaast ook mensen rechtstreeks aan. We organiseerden sessies in 8 groepen, met deelnemers uit 11 organisaties. De eerste groep startte in oktober 2014, de laatste in februari 2015. Er waren tussen de 8 en de 23 deelnemers per sessie.

106 mensen namen deel aan één of beide infosessies. De meeste deelnemers stapten in het project om naar de tandarts te kunnen gaan om een probleem te laten oplossen. Slechts een minderheid nam louter uit interesse deel aan de preventieactiviteiten.



“Ik ben nog zeer jong, ik wil graag een tweede kans om een beter voorkomen te krijgen, dit zal een boost geven aan mijn zelfvertrouwen. Ik wil me niet langer schamen voor een simpele lach en foto's”

Van deze 106 mensen zagen we 64 mensen opnieuw op de tandenborstelruil(en). Tijdens deze opvolgessies kwamen er nog 10 deelnemers extra bij.

De opvolgessies waren heel wisselend van organisatie tot organisatie. Op sommige plaatsen zagen we iedereen terug, op andere plaatsen was dit minder dan de helft. Vooral in groepen die elkaar reeds kenden en waar er een goede dynamiek was bij de eerste sessies, was er veel volk bij de opvolgessies. Van de deelnemers die doorverwezen werden naar de tandarts kwam het grootste deel naar de opvolgessies. Diegenen die niet naar de tandarts gingen, hadden minder behoefte aan deze sessies.

Veel begeleiders gaven aan dat het niet eenvoudig was om deelnemers op drie verschillende vaste tijdstippen samen te brengen. Heel wat deelnemers uit de opvangcentra voor thuisloze mannen waren in tussentijd verhuisd en namen niet verder deel aan het project. De groep met OCMW-cliënten uit Mechelen was ook moeilijk opnieuw in z'n geheel samen te brengen, hoewel velen van hen wel naar de tandarts gingen. Het is een losse groep mensen die weinig contact heeft met elkaar. De eerste sessies waren ook in zeer grote groep, wat het onderlinge contact niet bevorderde. Omdat de meeste sessies overdag plaatsvonden, was ook niet iedereen altijd beschikbaar²¹.

Dat er ondanks dat alles in de andere organisaties toch nog zoveel mensen opnieuw kwamen, duidde voor de begeleiders op het grote belang van het project voor de deelnemers.

²¹ Een uitzondering was Malle, waar de sessies altijd 's avonds plaatsvonden omwille van de werkuren van enkele deelnemers.

Begeleider: "Ik vond die sessies fantastisch, de manier waarop de projectmedewerkster die samen met de tandartsen gemaakt heeft. Het feit dat iedereen van onze groep naar de tweede sessie is gekomen, wil wel zeggen dat ze er iets aan gehad hebben. Ook bijna iedereen was terug aanwezig voor de tandenborstelruil."

Infosessies

Met behulp van een powerpointpresentatie behandelde de eerste infosessie mondhygiëne, mogelijke aandoeningen in de mond en behandelingen bij de tandarts. Tijdens de tweede infosessie, een week later, hadden we het over tandvriendelijke voeding en over de betalingen bij de tandarts. Er was een tandarts aanwezig die individuele poetsinstructies gaf, advies verleende en een screening deed. Er werd ook een quiz gedaan om de eerste infosessie op te frissen. Alle deelnemers kregen een pakketje mee met een tandenborstel, tandpasta, plakverklikker, sticker over poetsen, poetsbeker, folder over een gezonde mond, water en een stuk fruit.



De belangrijkste sterkte van het preventietraject was dat het op maat van de doelgroep gemaakt werd. De inhoud werd thematisch en qua taal aangepast. Bij een groep jonge ouders werd er bijvoorbeeld heel wat informatie over kinderen toegevoegd. De sessies waren interactief opgebouwd, met veel groeps gesprekken, en bevatten veel visuele elementen. Ze vonden plaats op locatie, in een vertrouwde omgeving.

Door het werken in groep stimuleerden deelnemers elkaar. Ze deelden ervaringen, gaven elkaar tips en kregen het gevoel niet alleen te staan met hun moeilijkheden. Na de sessies bleven mensen ook met elkaar in gesprek gaan over tandzorg.

Deelneemster: "In groep leer je van elkaar. Het is fijn om te zien dat je niet alleen bent." (tegen mededeelnemer) "Gij zit hier ook te glunderen nadat ge bij de tandarts bent geweest. Dat is leuk om zien."

Deelnemer: "Ik denk dat het feit dat het bij mij zo goed liep, ook andere mensen geholpen heeft om vol te houden."

We werkten grotendeels met groepen waar mensen elkaar reeds kenden. Zo waren mensen meer op hun gemak om over een intiem thema als mondzorg te praten. Desondanks was de drempel om in groep te praten voor enkelen nog te hoog.

Voor organisaties zonder groepswerking, zoals een wijkgezondheidscentrum, was het moeilijker om mensen samen te brengen voor de sessies. Daarnaast was het in een grote groep met uiteenlopende kennis van het Nederlands, niet evident om iedereen uit de groep mee te krijgen.

De externe lesgever, in dit geval de projectmedewerker, was van belang. Een externe lesgever kan meer expertise over het thema opbouwen dan een maatschappelijk werker of groepsbegeleider. De deelnemers kunnen meer vragen stellen en hebben meer vertrouwen in de deskundigheid van de lesgever.

De poetsinstructies waren essentieel in het preventietraject. De deelnemers waren het meest op hun gemak wanneer de tandarts(e) op een locatie zat waar hij/zij zichtbaar, maar niet verstaanbaar was voor de rest van de groep. Er was meestal een begeleider bij de tandarts om mensen gerust te stellen. De manier waarop de tandarts communiceerde was hierbij van belang: een ontspannen communicatie, openheid voor vragen, een focus op oplossingen en mogelijkheden van zorg, met positieve bekrachtigingen van wat wel goed ging bij het poetsen. Veel mensen hadden een zeer pessimistisch beeld van hun mond, de tandarts maakte dit beeld tijdens de poest instructies realistischer.

Begeleider: "Er was iemand waar ik toch van verschoot. Die is altijd zo wat de slimmerik, zo van bij mij is alles in orde. Toen hij bij de tandarts voor de poetsinstructies was, bleek dat hij toch echt wel schrik had. Bleek dat hij daardoor zo lang niet naar de tandarts is geweest. Hij zag dat iedereen die consultatie deed en hij kon zo zien dat het wel ok was."

Begeleider: "Die infosessies hebben heel goed geholpen, ook het feit dat de tandarts eens is komen kijken zonder iets te doen. Dat heeft er eigenlijk voor gezorgd dat zijn angst overwonnen is."

Tandarts: "Het is een eerste stap in het op gelijke hoogte communiceren. Wanneer mensen naar de poetsinstructies komen, hebben ze het beeld dat de tandarts daar helemaal in de hoogte zit en zij heel laag. Die houding verandert wanneer ze bij u zijn. Soms vertrekken ze zelfs en kloppen ze u op de schouder en zeggen, 'gij zijt ne goeie tandarts'."



Preventieboodschappen

Doorheen het hele preventietraject in de verschillende groepen zagen we welke preventieboodschappen goed bruikbaar zijn:

De basisboodschap van 2 keer per dag 2 minuten poetsen met een zachte (of medium) borstel bleef hangen en werd ondersteund door de zandloper.

Heel wat mensen beseften ook dat bloedend tandvlees kan verbeteren door te poetsen.

Dat mondspoelmiddel geen vervanging is voor poetsen, werd treffend geïllustreerd door de metafoor van een emmer zeepwater die je zonder te schrobben over een vuile auto zou gooien.

Begeleider: “Welke mythes ge doorbreekt tijdens de sessie: ‘t is zoals uw auto, ‘t is niet omdat ge die met listerine afspoelt dat die proper gaat zijn.”

Het belang van een jaarlijks tandartsbezoek is moeilijk aan te brengen aan de hand van financiële argumenten op lange termijn. Mensen in armoede moeten vaak van dag tot dag rekenen om met hun geld rond te komen.²² De boodschap dat je gaatjes pas heel laat zelf voelt, maar dat de tandarts ze wel snel én pijnloos kan verhelpen in een vroeg stadium, was nodig als aanvulling.

Er doen heel wat gruwelverhalen over tandartsbehandelingen de ronde die uitstelgedrag bestendigen. In de sessies konden mensen deze verhalen en angsten vertellen, werden ze gerustgesteld en kregen ze meteen de juiste info.

De basis rond voedsel, dat suiker en zuur de tanden kunnen aantasten, was ook voor iedereen duidelijk. Dat je frisdrank best in één keer drinkt en dat je een rietje kan gebruiken waren hierbij nuttig tips.

De informatie over ons gezondheidszorgsysteem, zoals de verhoogde tegemoetkoming en de regeling derde betaler, was moeilijker om bij iedereen duidelijk te maken. Het is redelijk technisch en verschilt naargelang het statuut van mensen. Daarnaast werd deze informatie ook meestal gegeven tijdens de tweede sessie. Veel deelnemers waren afgeleid door de aanwezigheid van de tandarts. Ze waren zenuwachtig of onderbraken de sessie eventjes om poetsinstructies te krijgen. De informatie over het gezondheidszorgsysteem werd nadien wel individueel herhaald bij de doorverwijzing.

Deelneemster: “Geconventioneerd: als ge dat tegen veel mensen zegt, dan vragen die ‘wat is dat?’. Nu weten we dat. Als ik zoveel jaren terug naar de tandarts was geweest, zeiden ze bij de ziekenkas ‘jamaar ge zijt wel naar nen hele dure geweest, die is niet geconventioneerd’. Weet ik veel of die duur is of geconventioneerd is. Dat heb ik op die sessies geleerd, dat wist ik vroeger niet.”

²² zie ook in *Tandzorg bij kansarmen, rapport 2009 -2011*, PSC Open Huis

Tandenborstelruil

Na 3 à 4 maanden kwamen we opnieuw samen voor een tandenborstelruil. We koppelden daar een groepsgesprek over het bezoek aan de tandarts aan en speelden het grote tandenspel. Dit is een ganzenbordspel ontwikkeld door de Wijkgezondheidscentra van Gent met kennisvragen en doe-opdrachten over o.a. mondhygiëne, tandartsbezoeken en voeding.

Tijdens deze activiteit merkten we dat de opfrissing van de informatie uit de eerste sessies noodzakelijk is. Het grote tandenspel is een goede methodiek om informatie te herhalen en op een toegankelijke manier nieuwe informatie aan te brengen.



Het was goed dat de begeleider van het spel, de projectmedewerker, voldoende achtergrondkennis had om ook extra vragen uit de groep te beantwoorden.

De terugkoppeling over de tandartsbezoeken of de zoektocht naar een tandarts deed de deelnemers deugd. Ze leerden daarbij ook van elkaars verhalen.

Mensen kregen opnieuw een klein pakketje met een tandenborstel, tandpasta en plakverklippers mee. Bedoeling was tijdens deze sessie de oude tandenborstels in te ruilen voor nieuwe en het gebruik ervan te controleren. Omdat bij de eerste groepen bleek dat slechts weinigen hun oude tandenborstel meebrachten, werd dit niet verder gedaan.

In 2 groepen organiseerden we nog een tweede opvolgmoment. Dit waren de groepen die als eersten startten. We organiseerden bij hen een groepsgesprek of een sessie Kleurrijk Gezond, aangepast aan tandvriendelijke voeding.

Er was nog een afsluitende tandenborstelruil gepland in het najaar van 2015, maar die kon niet doorgaan. Omwille van beperkingen in de tewerkstelling van de projectmedewerker moesten we de activiteiten in de laatste maanden van het project lichtjes inkrimpen. Er was daarnaast heel wat onduidelijkheid over de toekomstige toegankelijkheid tot tandzorg, omwille van wijzigingen in de wetgeving en de prijzen voor tandzorg. Hierdoor konden we de deelnemers in het najaar ook niet voldoende informeren over de toekomst.

In totaal bereikten we met de activiteiten in het project 120 volwassenen en 6 kinderen. Sommige groepen waren kleiner dan voorzien en het project vroeg een intensief engagement van begeleiders en deelnemers. De sessies waren ideaal met een groep van 15 deelnemers (voor 8 groepen). Hierdoor bereikten we niet de verwachte 200 deelnemers.

4.2. Behandelingstraject

② Welke acties gebeurden er om de toegang tot tandzorg te voorzien?

4.2.1. Doorstroming preventietraject - behandelingstraject

De doorverwijzingen van het preventietraject naar een tandartsbezoek gebeurden op vraag van de deelnemer. 68 mensen startten een behandelingstraject, 6 hiervan werden tussentijds doorverwezen, de rest stapte in na de infosessies. Daarnaast werden ook 4 kinderen reeds behandeld in 2015 en zijn er voor 2 kinderen afspraken in 2016.

In sommige groepen kon niet iedereen uit het preventietraject ook naar de tandarts. Omwille van schattingen van het projectbudget en een beperkt aantal tandartsen om naar door te verwijzen, konden maximaal 10 mensen per groep (soms verschillende organisaties samen) naar de tandarts. In een paar groepen ging het maximumaantal deelnemers naar de tandarts, in de andere organisaties werden er veel minder mensen doorverwezen dan mogelijk was. Hierdoor kwamen we uiteindelijk uit op minder doorverwijzingen dan de verwachte 100. De redenen hiervoor zijn uiteenlopend. Er was niet overal evenveel interesse, daarnaast gingen heel wat mensen buiten het project naar de tandarts, ging het contact tussen de deelnemer en de organisatie soms verloren en hadden sommige mensen nood aan een prothese (wat in dit project niet voorzien was).

Niet alle deelnemers waren vragende partij om naar de tandarts te gaan. De doorverwijzing gebeurde op vraag van de deelnemers. Bij diegenen van wie de begeleiders wisten dat ze al lang niet meer naar de tandarts waren geweest, bij wie de noden hoog waren²³, die veel angst hadden of die het project financieel het meest nodig hadden, deden de begeleiders extra moeite om hen over de streep te halen.

Daarnaast waren heel wat mensen reeds gestart met een traject bij de tandarts buiten het project of gingen ze zelfstandig op zoek naar een tandarts. Een 14-tal mensen ging naar een tandarts buiten het project. Een aantal mannen in residentiële centra werd voordien reeds ondersteund bij tandartsbezoeken door het OCMW of de voorziening. Een 4-tal mensen ging voor de meest dringende hulp naar het ziekenhuis omdat dit de snelste manier was. Van zodra ze van hun pijn verlost waren, zagen ze het niet altijd meer zitten nog in te stappen in het project. Een 5-tal deelnemers tot slot kende al een tandarts bij wie ze opnieuw terecht konden.

Een andere reden voor het niet doorstromen naar het behandelingstraject was een verhuus van de deelnemer waardoor er minder of geen contact meer was met de organisatie. Eén van de projecten van het OCMW, Power+, zette zijn werking stop tijdens het project.

Prothesen maakten geen deel uit van dit project, maar heel wat deelnemers aan het preventietraject hadden wel een (nieuwe) prothese nodig. Niet in alle organisaties waren er mogelijkheden om een prothese te betalen of een lening te voorzien (zowel remgelden als volledige kost). De vrees om die zelf te moeten betalen, leidde ertoe dat een 3-tal deelnemers het niet zag zitten nog te starten.

²³ De nood werd ingeschat op basis van het verslag van de tandarts die de poetsinstructies gaf en op basis van wie reeds kampte met tandpijn.

Een 3-tal deelnemers tot slot had andere dringendere medische problemen die prioriteit kregen.

Bij de deelnemers die niet meteen na de infosessies konden starten (bv. ziekenfonds niet meteen in orde, lang wachten voor een afspraak), merkten we dat de motivatie om naar de tandarts te gaan minder werd na verloop van tijd. De tandenborstelruil speelde een rol in het blijvend motiveren van deelnemers om te poetsen en naar de tandarts te gaan.

4.2.2. Ziekteverzekering en voorbereidingen

De ondersteuning door de organisaties bestond uit verschillende stappen: deelnemers motiveren voor het preventietraject, de infosessies organiseren, het ziekenfonds regelen, een afspraak met de tandarts maken, ervaringen bespreken, het behandelplan overlopen en de behandelingen en controleafspraak opvolgen.

Na het preventietraject was de eerste stap het in orde brengen van de ziekteverzekering. De meeste deelnemers belden samen met hun begeleider naar het ziekenfonds. In een paar gevallen gebeurde dit per mail of gingen mensen zelf naar het ziekenfonds. Bij 10 deelnemers moest er een extra inspanning geleverd worden om de verhoogde tegemoetkoming in orde te brengen, achterstallige lidgelden te regelen, de schuldbemiddeling in kaart te brengen of ambtelijke schrappingen op te lossen. Bij 1 iemand ging de begeleider mee naar het ziekenfonds. In 5 gevallen was de door het ziekenfonds verstrekte informatie onvolledig of niet correct. 4 mensen konden hun verhoogde tegemoetkoming in orde brengen in de loop van het project²⁴. 15 deelnemers aan het behandelingstraject hadden hier geen recht op.

De wetgeving over de regeling derde betaler veranderde gedurende het project (wet met ingang op 1 oktober 2015). De mogelijkheid om de regeling derde betaler via een verklaring op eer toe te passen in een financiële noodsituatie werd afgeschaft. Dit zorgde voor heel wat moeilijkheden met betrekking tot de behandelingstrajecten. We slaagden erin de meeste behandelingen (op 1 persoon na) rond te krijgen voor de effectieve ingang van de nieuwe wet. Voor de controleafspraak konden we het meestal zo regelen dat de deelnemer zelf zijn algemene consultatie (€ 21,60) voorschoot. De laatste 2 organisaties die instapten, kozen ervoor om vooral die deelnemers voor wie de regeling derde betaler in de toekomst gegarandeerd was (verhoogde tegemoetkoming), door te verwijzen. Andere deelnemers, die het financieel iets beter aankonden, werden rechtstreeks doorverwezen.

²⁴ Bij 1 iemand kregen we foutieve informatie over de verhoogde tegemoetkoming.

4.2.3. Behandelingen

De meeste tandartsen startten de eerste afspraak met een jaarlijks algemeen mondonderzoek²⁵. Er werd een planning opgemaakt voor alle behandelingen en een controleafspraak. De datums voor de afspraken werden soms wel gaandeweg gepland.

De meeste tandartsen gaven tijdens dit jaarlijks mondonderzoek en de daaropvolgende afspraken eveneens poetsinstructies. Sommige patiënten werden door de tandarts streng aangesproken op hun mondhygiëne, in combinatie met positieve bekrachtiging. Andere tandartsen beantwoordden vooral concrete vragen. Enkelen poetsten samen met de deelnemer.

De meeste tandartsen behandelden 1 tot 3 patiënten, 4 tandartsen behandelden 6 tot 8 patiënten. Enkele cijfers:

- Er waren 329 afspraken²⁶. Bij sommigen was een 2-tal afspraken voldoende, anderen hadden tot 13 behandelingsafspraken nodig.
- Hoewel bij de meeste patiënten tandsteen werd verwijderd, werd dit niet bij iedereen aangerekend. Als het niet te veel was, kon dit tijdens het jaarlijks mondonderzoek gedaan worden.
- Bij 49 deelnemers werden er gaatjes gevuld, in totaal ging het om 244 vullingen. Bij de helft van hen ging het om 3 of minder vullingen. Bij 1 iemand werden er 19 vullingen aangebracht, 10 mensen hadden 7 of meer vullingen nodig. Het grootste deel van de vullingen waren 1 vlaks- en 2 vlaksvullingen.
- Er waren eveneens 24 wortelkanaalbehandelingen nodig, bij 13 deelnemers.
- Er moesten 134 extracties gebeuren bij 33 deelnemers. Bij een derde van hen ging het om 8 extracties of meer. Bij 2 van hen gebeurde een bijna volledige extractie in het ziekenhuis.

Er was tot slot zeer veel vraag naar prothesewerk. Voor 17 patiënten werd er een nieuwe prothese gemaakt, bij 5 mensen werden er herstellingen van oude prothesen gedaan. Het projectbudget was enkel bedoeld voor basiszorgen en dus niet voor prothesen. In de praktijk werden de remgelden voor herstellingen van oude prothesen door het project gedragen (omdat deze grotendeels terugbetaald zijn) en werden de kosten voor een nieuwe prothese buiten het projectbudget geregeld. Er werd voor nieuwe prothesen samen met de tandarts en de organisatie telkens naar een oplossing op maat gezocht. Voor patiënten ouder dan 50 jaar kon er via de regeling derde betaler gewerkt worden, waarbij de deelnemers zelf hun remgeld betaalden. Voor patiënten jonger dan 50 jaar werd er waar mogelijk gewerkt met een lening voor de volledige kost.

Begeleider: "Wij zaten wel met die vrees, we wilden niet dat mensen op een bepaald moment ineens zonder tanden zouden zitten. En dan moeten zeggen, 'hier stopt het, eet nu maar yoghurtjes'."

Niet alle behandelingen konden door de tandarts zelf worden uitgevoerd. 5 patiënten werden doorverwezen naar het ziekenhuis of een specialist. De vraag voor een

²⁵ 17 patiënten startten de eerste afspraak met behandelingen

²⁶ Voor 4 patiënten hebben we geen volledige gegevens over de afspraken en de behandelingen.

doorverwijzing kwam bij meerdere extracties, wortelkanaalbehandelingen of bij enorm angstige patiënten. Deze doorverwijzingen waren niet eenvoudig omdat we de kosten niet op voorhand konden inschatten. We hadden in het project geen vaste samenwerking met een stomatoloog of endodontist. De tandartsen deden waar mogelijk zelf ook de meer complexe behandelingen.

4.2.4. Behandelplan

Als plannings- en opvolgingsinstrument schoot het behandelplan tekort. De meeste begeleiders en deelnemers kregen het behandelplan slechts op het einde van de behandelingen. Voor 11 deelnemers was er geen behandelplan.

Inhoudelijk was het behandelplan voor de deelnemers en de begeleiders vaak te technisch. De ondersteuning door de organisaties was vooral gebaseerd op mondelinge contacten tussen deelnemer en begeleider. De afsprakenplanning werd wel benut.

Een aantal deelnemers besprak het financiële plaatje op het behandelplan met de begeleider. Zij schrokken van de bedragen en waren zeer opgelucht dat het kon voor 1 euro i.p.v. voor het volledige bedrag. De meerderheid van de deelnemers had echter geen zicht op de totale kosten. Op enkele uitzonderingen na werden de prijzen ook niet in het tandartskabinet toegelicht.

Voor de tandartsen bracht het behandelplan heel wat extra werk mee. Er kroop tijd in om uit te zoeken hoe het moest worden ingevuld en het was dubbel werk naast het invullen van de eigen software of dossiers. Daarnaast was het niet altijd eenvoudig om op de eerste afspraak al een volledige planning op te stellen. Een gaatje kan groter uitvallen dan verwacht en niet alles is zichtbaar bij overmatige tandsteen. De tandplakindex moest bij het begin en het eind van het traject ingevuld worden, wat eveneens de vraag opriep wie het plan best bijhield.

Naast het behandelplan was er ook een kleiner behandelkaartje met informatie over de afspraken, over het ziekenfonds en een deelnemers en begeleiders een handiger instrument om afspraken te communiceren.

laet je tanden zien!

PERSOONLIJK BEHANDELPLAN

Naam: _____ Voornaam: _____

Geboortedatum: _____

Contactgegevens: _____

Telefoonnummer: _____

Doorverwijzer contactgegevens: _____

Kleefbriefje mutualiteit: _____

ODONTOGRAM IN TE VULLEN:

- voor afwezige elementen X
- voor caries O
- voor klinisch zichtbare ontstekingshaarden I

Projectmedewerker: Hanne Ceis 03/3491606 hanne.ceis@ogghantwerpen.be

TANDPLAK INDEX

Eerste consultatie

| | | | | | | | |
|----|----|----|---------|----|----|----|---------|
| 55 | 52 | 64 | (11-18) | 55 | 52 | 64 | (11-18) |
| 16 | 12 | 24 | (19-30) | 16 | 12 | 24 | (19-30) |
| 44 | 32 | 36 | (31-42) | 44 | 32 | 36 | (31-42) |
| 84 | 72 | 78 | (43-54) | 84 | 72 | 78 | (43-54) |

0 = Geen plak
1 = Plak enkel door sonderen te detecteren
2 = Plak zichtbaar met het blote oog
3 = Overvloed aan tandplak
X = Tand afwezig

Controle afspraak

| | | | | | | | |
|----|----|----|---------|----|----|----|---------|
| 55 | 52 | 64 | (11-18) | 55 | 52 | 64 | (11-18) |
| 16 | 12 | 24 | (19-30) | 16 | 12 | 24 | (19-30) |
| 44 | 32 | 36 | (31-42) | 44 | 32 | 36 | (31-42) |
| 84 | 72 | 78 | (43-54) | 84 | 72 | 78 | (43-54) |

PREVENTIEVE ZORGEN

| | RIZIV - nomenclatuurnummer | Honorarium |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------|
| Tandsteen verwijderen | | |
| 1 ^{ste} kw | | |
| 2 ^{de} kw | | |
| 3 ^{de} kw | | |
| 4 ^{de} kw | | |
| Jaarlijks mondonderzoek met RIZIV | | |
| Verzegeling | | |

RADIOGRAFIE

| | RIZIV - nomenclatuurnummer | Honorarium |
|---------------|-------------------------------|------------|
| Intra-buccaal | 3x7031 | |
| OPG | 3x7053 | |
| | 3x7090 | |

EXTRACTIE EN RESTAURATIEVE ZORGEN

| Tandnummer | Diagnose | Behandeling | RIZIV - nomenclatuurnummer | Honorarium |
|------------|----------|-------------|-------------------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Projectmedewerker: Hanne Ceis 03/3491606 hanne.ceis@ogghantwerpen.be

4.2.5. Ondersteuning door organisaties

De eerste afspraken werden in de meeste gevallen telefonisch gemaakt door de begeleider en deelnemer samen. De tandarts werd gekozen naargelang van de bereikbaarheid. De begeleiders gingen mee op zoek naar manieren om er te geraken, bijvoorbeeld door de bus op te zoeken of door een eerste keer mee te gaan om de weg te vinden. In die gevallen waar er door gebrek aan tandartsen in de buurt een grote afstand moest worden afgelegd, hield ook de tandarts rekening met de uren van de bus.

De documenten die meegenomen werden naar de tandarts zorgden soms voor verwarring: tussen het behandelkaartje en het behandelplan, over de verklaring op eer die bij elke afspraak nodig was²⁷ en over de vragenlijst van het ziekenfonds en de hierop vermelde nomenclatuur.

De begeleiders herinnerden mensen bij het begin van de trajecten aan hun afspraken bij de tandarts, maar bij de meeste deelnemers was dit na verloop van tijd niet meer nodig. Veel begeleiders waren niet op de hoogte van de precieze datums van de afspraken door het ontbreken van het behandelplan. De meeste begeleiders legden ook een grote nadruk op de autonomie van deelnemers om zelf hun planning en afspraken in de hand te houden. Sommigen ervoeren het als betuttelend om mensen hier altijd op aan te spreken.

Meer dan aan een herinnering aan de afspraken hadden deelnemers nood aan het delen van hun ervaringen bij de tandarts. Veel deelnemers kwamen spontaan tonen en vertellen wat er was gebeurd en nog moest gebeuren. Mensen zaten vaak ook nog met heel wat vragen, zoals wat een bepaalde behandeling precies zou inhouden.

Begeleider: “Door die sessies werd tandzorg bespreekbaar gemaakt. Ik vond het wel grappig dat als mensen naar de tandarts waren geweest, ze dikwijls met hand en tand hun mond kwamen laten zien om te tonen wat de tandarts had gedaan. Terwijl ze dat normaal niet zouden gedaan hebben. En ineens was dat dan toch belangrijk en moesten wij alle mondhoeken zien.”

Niet voor alle deelnemers was een even intensieve opvolging noodzakelijk. We konden verschillende ‘profielen’ deelnemers onderscheiden:

Er waren heel wat deelnemers die vooral een duwtje in de rug nodig hadden, maar voor de rest volledig alleen verder konden gaan. Het gaat dan bijvoorbeeld om hulp bij de praktische zaken en de geruststelling dat er zo nodig hulp gevraagd kan worden.

Begeleider: “Zo dat checken van de ziekenkas en die papieren in orde brengen, hij had dat niet alleen gekund. De afspraken bij de tandarts heeft hij wel alleen opgevolgd. Hij kwam het mij zeggen als hij geweest was, wat er gebeurd was en dat hij nog afspraken had. Dat liep goed, dus heb ik dat wat los gelaten.”

Begeleider: “Heel wat mensen zijn wel zelfstandig genoeg om de tandarts zelf te bellen voor een afspraak of te cancelen als het moet. Het is vooral die eerste afspraak, die eerste stap.”

²⁷Mensen zonder verhoogde tegemoetkoming konden de regeling derde betaler gebruiken in een situatie van financiële nood. Hiervoor moesten ze een schriftelijke verklaring op eer maken.

De grootste groep deelnemers had heel wat angst bij de start van het project, maar was na een eerste consultatie vaak al wat gerustgesteld. Zij werden ondersteund in de zin van motiveren en overtuigen om te starten, eventueel een eerste keer meegaan, ervaringen delen, vragen beantwoorden en de planning bespreken. Voor deze groep was het belangrijk terug te koppelen over het bezoek aan de tandarts. Zij hadden ook heel wat vragen over de behandelingen, de betalingen en de communicatie met de tandarts.

Begeleider: “Die 2 deelnemers hadden echt wel veel schrik. De ervaring dat het wel meevalt is enorm belangrijk en dat merkte je ook duidelijk. Ze kunnen nu ook praten over die angst. We moeten vermijden dat de deelnemers snel snel behandeld worden, zonder extra aandacht.”

Begeleidster: “Ze had wat tijd nodig om overtuigd te worden. Ze voelde zich niet op haar gemak om te gaan, had angst. Ze stelde het maken van een afspraak steeds uit. Ik ben de eerste keer mee gegaan en nadien haar man. Daarna lukt het goed alleen, haar man moest zelfs niet meer meegaan. Het viel beter mee dan ze verwacht had.”

Tandarts: “Voor mij was de begeleiding belangrijk omwille van de taal van de patiënt. Maar ik denk vooral bij het eerste contact, bij het eerste bezoek. Omdat er dan een behandelingsplan besproken werd. (...) Dat is toch een heel plaatje, zeker als dat 15 jaar geleden is, komt ge niet toe met 5 minuten. Als mensen dan vertrouwen hebben in het plan, kunnen ze veel minder begeleid bij ons komen. Dan kunnen zij met weinig te verstaan toch komen.”

Bij 14 deelnemers ging de begeleider één of meerdere keren mee naar de tandarts, bij 7 van hen moest er elke keer een begeleider meegaan. Deze laatste groep deelnemers had een panische angst voor de tandarts of had moeite met het begrijpen van de tandarts (o.a. door mentale beperking). Voor hen was een zeer intensieve begeleiding nodig in de zin van motiveren, overtuigen, geruststellen, vragen beantwoorden over mondzorg en behandelingen, meegaan naar de tandarts, samen poetsen, ervaringen delen en angsten bespreken. Daarnaast gingen 10 deelnemers samen met een vriend of familielid naar de tandarts.

Begeleider: “Bij haar was het echt nodig dat ik iedere keer zou meegaan. Om naast haar te zitten en haar hand vast te houden. Ze schiet in paniek bij het idee dat ik niet mee zou kunnen. Ze is zeer schrikkerig en knijpt dan echt in mijn hand.”

Begeleider: “Ik zou ze daar niet gekregen hebben zonder mee te gaan. We maakten vroeger vaak afspraken, maar mensen gingen dan niet. Meegaan geeft veel veiligheid en verkleint de angst. Het feit dat ge daar als dienst bij betrokken zijt is heel belangrijk. Ook om de tandarts wat gerust te stellen.”

Tandarts: “Ik was blij dat de begeleiding erbij was. De minste prikkel voelde ze 1000 keer sterker. De begeleiding kon haar kalmeren. Een vertrouwd iemand, een begeleider die erbij is, is zeker een pluspunt.”

Bij die organisaties die hun cliënten reeds met andere ‘sociale administratie’ ondersteunen, liepen de administratieve voorbereidingen van een tandartsbezoek zeer vlot (CAW residentieel, OCMW/SoHu, WGC, Beschut Wonen). Het ziekenfonds was in deze gevallen al in orde gebracht en er moest enkel gekeken worden naar de behandelingsgeschiedenis.

De vertrouwensband was essentieel voor de ondersteuning door armoedeorganisaties. Mondhygiëne en hygiëne in het algemeen zijn gevoelige onderwerpen die niet zo eenvoudig te bespreken zijn. Daarnaast is veel ook afhankelijk van de manier waarop de contacten verlopen. Als er een regelmatig informeel contact is (bv. in verenigingen, residentiële centra of bij een intensieve begeleiding op andere levensdomeinen) is het gemakkelijker om mensen op een niet betuttelende manier te herinneren aan afspraken en de ervaringen bij de tandarts te delen. Als er telkens een formele afspraak gemaakt moet worden, is de opvolging moeilijker.

De intensiteit van de begeleiding werd eveneens beïnvloed door de tijd en het takenpakket van de begeleiders. Het begeleiden van mensen tot in het tandartskabinet is bijvoorbeeld niet voor alle organisaties mogelijk. Sommige begeleiders in dit project gingen ver buiten hun normale takenpakket om dit toch te doen. In andere gevallen waren er stagiaires die voor een korte periode een deel van de ondersteuning op zich namen.

Met sommige deelnemers is er na verloop van tijd minder contact, bijvoorbeeld in een residentieel centrum na een verhuis of bij een organisatie voor jonge moeders, wanneer de kinderen ouder worden. Daarnaast kampen heel wat mensen in armoede met grote medische problemen die langdurige opnames vereisen, waardoor het contact vaak (tijdelijk) onderbroken wordt. De werking van Power+ werd in de loop van het project stopgezet door het OCMW Antwerpen. De jongeren die door deze dienst begeleid werden, konden nadien slechts beperkt verder worden opgevolgd.

In het algemeen was het contact tussen de begeleiders en tandartsen niet heel intensief en verliep het vlot, bijvoorbeeld bij het maken van de eerste afspraak of om een extra afspraak te maken bij pijn. Als de begeleider mee naar de tandarts ging, werden deze contacten als zeer positief ervaren, zowel door de tandartsen als de begeleiders en deelnemers.

In enkele gevallen waren er moeizamere contacten door gemiste afspraken waarvoor de begeleiders verantwoordelijk werden gehouden, een negatieve houding van de tandarts ten opzichte van patiënten in armoede of anderstaligen, pijn bij deelnemers die bleef duren of moeilijke afspraken over de prijzen van prothesen.

Het werken met een derde (en vierde) betrokkene maakte dat er soms miscommunicatie ontstond. Zo was het niet altijd duidelijk wie de tandarts in geval van vragen het best contacteerde: de patiënt, de begeleider of de projectmedewerker. In enkele gevallen was er ook verwarring over wie gemiste afspraken met de tandarts moest bespreken.

4.2.6. Financiële en administratieve afhandeling

De 1 euro-regeling had heel wat praktische nadelen. Het zorgde voor een administratieve rompslomp voor zowel de tandarts als de projectmedewerker, o.a. bij de afrekening. In sommige gevallen vergaten deelnemers en tandarts de 1 euro, in andere gevallen liet de tandarts de regeling vallen wegens te veel 'gedoe'. Voor een 8-tal deelnemers deed het deugd om iets op tafel te kunnen leggen en niet gewoon gratis te gaan, voor de meesten was de 1 euro minder van belang.

Tandarts: “Het enige ambetante is dat we die 1 euro moeten bijhouden, apart. Dat is wat onnozel. De patiënten vergeten die euro soms ook.”

De financiële afhandeling gebeurde als volgt: de tandarts diende zijn getuigschriften in bij het ziekenfonds. Het resterende bedrag werd door de projectmedewerker teruggestort (o.b.v. factuur, behandelplan of print-out van de software).

Het was voor tandartsen in het begin niet evident om te weten hoe alles in z'n werk ging. Het bleef gedurende het project tijd vragen om alle papierwerk bij te houden. De reacties hierop waren wisselend. Sommige tandartsen gaven aan dat het in het begin wat zoeken was, maar dat het na een paar patiënten wel vlot liep. Voor andere tandartsen bleef het papierwerk heel belastend. Voor tandartsen die met een vaste assistent(e) werken, viel het beter mee dan voor diegenen die alleen werken.

Tandarts: “De administratie ging wel vlot. In het begin is het wat ingewikkeld om uit te zoeken, maar dat is wel gelukt.”

Tandarts: “Ik word echt ongelukkig van die administratieve boel. Dat zit niet in mijn systeem en dat kost tijd. Ik moet daar echt van blazen, al die papieren.”

“Die verklaringen op eer, is dat per afspraak? Dan moet ik nen hele boek opsturen naar het ziekenfonds.”

De tandartsen konden bij de projectmedewerker terecht voor vragen en ondersteuning bij de administratie van deze aangepaste regeling derde betaler. De vaakst gestelde vragen waren:

- Is het nodig een specifieke regeling af te sluiten met het ziekenfonds om regeling derde betaler toe te passen?
- Hoe moet ik het behandelplan invullen? Naar wie en wanneer moet dit opgestuurd worden?
- Hoe moet ik het getuigschrift invullen? Wat moet waar ingevuld worden? Hoe doe ik dit met mijn software?
- Hoe en waar moet ik de getuigschriften indienen?
- De behandelingsgeschiedenis is niet duidelijk, wat moet ik hiermee doen? De terugbetaling is anders dan ik had verwacht.
- Ik heb niet voldoende kleefbriefjes en verklaringen op eer van financiële nood (1 per afspraak).
- Wat is het verschil tussen een financiële noodsituatie en mensen met een verhoogde tegemoetkoming? Het onderscheid en het statuut van een specifieke patiënt waren niet altijd duidelijk voor de tandarts. Dat er per afspraak een verklaring op eer van financiële nood nodig was, zorgde ook voor verwarring.
- Hoe moet ik extracties voor mensen jonger dan 53 jaar aangeven?

Bij problemen met de terugbetaling door het ziekenfonds nam de projectmedewerker contact op met het ziekenfonds. In een 8-tal gevallen was er verwarring over de

terugbetaling van tandsteenverwijdering²⁸, over de behandelingsgeschiedenis of over de terugbetaling aan patiënt of tandarts.

Op de betaaltermijn hadden we geen invloed. De termijn varieerde van een paar weken tot 2 à 3 maanden. Voor de meeste tandartsen is deze periode veel te lang.

De grote meerderheid van de deelnemende tandartsen was niet geconventioneerd²⁹. In dit project werkte iedereen wel aan conventietarief. Bij enkele tandartsen leidde het werken aan conventietarief echter tot discussie, o.a. over de prijs van (standaard kunststof) prothesen.

4.3. Projectomkadering

② Hoe werden de betrokken partners en tandartsen ondersteund?

Naast de preventieactiviteiten die werden uitgevoerd door de projectmedewerker voorzag het project ook in vormingen en intervisiemomenten, individuele ondersteuning en materialen.

Voor de tandartsen was er een inleidende peer review in september 2014 waar het project toegelicht werd, drempels besproken werden en in dialoog gegaan werd met ervaringsdeskundigen over kansarmoede (18 aanwezige tandartsen, plus ervaringsdeskundigen en begeleider). Tijdens een tussentijdse peer review in maart 2015, lag de focus op het uitwisselen van ervaringen tussen de tandartsen onderling en met de projectverantwoordelijken (12 tandartsen).

Naast de individuele gesprekken over het project was er voor de organisaties een eerste vorming over het project, preventiemethodieken en achtergrond over prothesen in november 2014 (12 begeleiders). In maart 2015 volgde een tussentijdse intervisie (10 begeleiders). Tijdens deze intervisie wisselden de begeleiders tips en ervaringen uit over het ondersteunen van deelnemers aan het project.

In oktober 2015 was er een eindevaluatiemoment voor betrokken begeleiders (6), deelnemers (7) en tandartsen (10). Dit was een zeer waardevolle dialoog die de betrokkenen inzicht verschafte in de situatie van anderen.

Begeleider: "Het was een open gesprek, er was luisterbereidheid. Ik had het gevoel dat er langs verschillende kanten geluisterd werd."

Begeleider: "Het was boeiend, ik heb heel veel bijgeleerd. Het was goed dat de tandartsen erbij waren, het was interessant om te horen hoe zij het ervaren hebben. Ik heb wel gemerkt dat ze in een apart milieu zitten."

²⁸ Voor patiënten die het voorafgaande jaar niet naar de tandarts gingen, is er een terugbetaling van 50% van de normale verzekeringstegemoetkoming voorzien voor de tandsteenverwijdering.

²⁹ In Antwerpen is 46,61% geheel of gedeeltelijk geconventioneerd, in Mechelen 51,05%:
<http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/tandartsen/Paginas/toetreding-nationaal-akkoord-tandartsen-ziekenfondsen.aspx#.VoKVnk3SnIU>

De tandartsen en begeleiders werden tijdens het behandelingstraject ook individueel ondersteund:

- administratieve ondersteuning: het beantwoorden van vragen over de ziekteverzekering, verhoogde tegemoetkoming en de regeling derde betaler, ondersteuning bij problemen;
- financiële ondersteuning: het beantwoorden van vragen (o.a. over prijzen bij de tandarts), financiële afrekening en betaling tandartsen, ondersteuning bij financiële afspraken (o.a. over prothesen), ondersteuning bij problemen bij de afhandeling (o.a. terugbetaling ziekenfonds);
- en ondersteuning van de behandelingstrajecten: het beantwoorden van vragen en brugfiguur bij gemiste afspraken, onduidelijkheden over behandelingen of moeilijkheden in de communicatie.

Naast het behandelplan en het behandelkaartje konden de organisaties beschikken over een gids met een beschrijving van het project, een stappenplan met foto's om aan deelnemers uit te leggen hoe ze naar de tandarts konden gaan, tips om mensen te ondersteunen, contactgegevens van tandartsen en ziekenfondsen en de nodige documenten.

Voor de tandarts was er een gelijkaardige gids met een beschrijving van het project, een gedetailleerde uitleg van het behandelplan en de financiële procedure, achtergrondinformatie over de verschillende statuten, een verzamelstaat om de getuigschriften in te dienen en contactgegevens van de organisaties en ziekenfondsen (diensten derde betaler).

Beide gidsen waren een goed instrument aan de hand waarvan de projectmedewerker het project kon toelichten. Voor de begeleiders en enkele tandartsen was het ook handig om de dingen achteraf nog eens na te kijken. De meeste tandartsen namen bij vragen contact op met de projectmedewerker.

Vertrekkende vanuit de vaakst gestelde vragen en de gidsen voor tandartsen en begeleiders maakten we 2 stappenplannen die ook na het project verder gebruikt kunnen worden om mensen in armoede naar de tandarts door te verwijzen. De materialen die we gebruikten voor de preventieactiviteiten worden eveneens ter beschikking gesteld. Meer info hierover vind je in hoofdstuk 7, pagina 61.

4.4. Financieel

① Welke financiering was er voorzien? Hoe is deze financiering ingezet?

Het project werd gefinancierd door de Provincie Antwerpen (49,5%), Stad Antwerpen (26,5%), sponsoring (5,3%) en Logo zelf (18,7%).

- De personeelskosten (bezoldigingen projectmedewerker, dienstverplaatsingen, inzet ander Logo-personeel, financieel beheer, vorming, print- en kantoorkosten, ...) bedroegen afgerond 90.000 euro.
- De werkingskosten (materiaal preventieactiviteiten en behandelingstraject, o.a. tandenspel, infosessies, ondersteuningsgidsen, inhoud pakketje, communicatiemateriaal, kosten intervisiemomenten) bedroegen afgerond 2.600 euro.
- Voor de behandelingen bij de tandarts zal via het projectbudget naar schatting 5.100 euro worden bijgelegd.

De kosten voor de behandelingen in detail:

De totale kost voor alle behandelingen (exclusief nieuwe prothesen) voor 64 van de 68 patiënten samen bedroeg 34.054,98 euro³⁰. Hiervan was 32.284,57 euro louter voor basiszorgen, dus zonder herstellingen aan prothesen.

Het persoonlijke aandeel van de patiënten in deze totale kost bedroeg 5.756 euro. Logo Antwerpen had hier half januari reeds 4.993,84 euro van betaald³¹.

- Dit was gemiddeld 89,94 euro opleg per patiënt.
- Voor 22 van deze 64 patiënten legden we minder dan 5 euro bij, voor 16 van hen was er zelfs helemaal geen tussenkomst nodig vanuit het projectbudget.
- De helft van de patiënten had een extra kost van meer dan 32 euro.
- Voor 10 patiënten betaalden we meer dan 200 euro extra, met een uitschieter tot 690,89 euro.

Een grote kostenpost waren de extracties bij volwassenen jonger dan 53 jaar (36,30 euro).

De tandsteenverwijdering liep voor mensen die al lang niet meer naar de tandarts gingen, op tot 27,84 of 34,8 euro per persoon.

Er waren grote verschillen tussen mensen met en zonder verhoogde tegemoetkoming. Mensen met een verhoogde tegemoetkoming betalen immers geen remgeld voor de meeste behandelingen.

- Het gemiddelde voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming was 60,54 euro.
- Voor patiënten zonder verhoogde tegemoetkoming bedroeg de extra kost gemiddeld 194,96 euro voor remgelden en extracties.

De behandelingsnoden liepen sterk uiteen. Bij sommigen waren er slechts een paar kleine ingrepen nodig, zoals tandsteen verwijderen. Bij anderen moest er heel wat gebeuren. Dit zien we in de totale kosten (kosten exclusief nieuwe prothesen).

³⁰ Dit zijn de cijfers zonder nieuwe prothesen, maar inclusief herstellingen van oude prothesen. Voor 4 patiënten ontbraken nog de nodige gegevens op het moment van de berekening.

³¹ De Voorzorg betaalt een deel terug via de aanvullende verzekering van 2 deelnemers. Een 2-tal tandartsen rekende niet alle kosten volledig door aan het project. Voor 3 patiënten moet er nog een uitbetaling gebeuren in de loop van januari, voor 4 patiënten beschikken we niet over voldoende gegevens.

- Gemiddeld was de totale kost 532,11 euro.
- De hoogste kost bedroeg 1.917,19 euro, de laagste 62,05 euro (enkel een jaarlijks mondonderzoek).
- Bij 9 patiënten lag de totale kost hoger dan 1.000 euro, bij een kwart van de deelnemers hoger dan 715 euro.

We zien in de cijfers van de totale kosten dat mensen zonder verhoogde tegemoetkoming in dit project niet enkel een hoger eigen aandeel in de kosten hadden, maar ook hoge totale kosten³². Van de 9 patiënten met een totale factuur boven de 1.000 euro, had de helft geen verhoogde tegemoetkoming.

De gemiddelde kost per patiënt voor het projectbudget viel lager uit dan geschat bij de start van het project: 90 euro i.p.v. de geschatte 127 euro. Dit verschil kan grotendeels verklaard worden door de tandsteenverwijdering, we verwachtten tussen de 27 en 35 euro opleg voor alle deelnemers. Voor lang niet alle patiënten werd er echter tandsteenverwijdering op 4 kwadranten aangerekend. Daarnaast was die voor heel wat patiënten 100% terugbetaald, als hun traject startte in 2014 en doorliep in 2015 of als ze in het voorbije jaar al naar de tandarts waren geweest. Een aantal deelnemers was ook ouder dan 53 jaar, waardoor een deel van de extracties die we incalculeerden door het ziekenfonds werd betaald.

Een grote kanttekening bij deze cijfers is dat niet iedereen zijn volledige behandeling afwerkte binnen de projectperiode. Mocht dat wel gebeurd zijn, dan zouden de cijfers lichtjes hoger liggen.

³² Gemiddelde totale kost voor mensen met VT: € 498,51, mensen zonder VT: € 652,12

5 Resultaten

② Wat waren de effecten van het project? Wat hebben we bereikt?

Een gezonde mond heeft niet alleen een impact op de mond zelf, hij beïnvloedt de gehele gezondheid en het welzijn van de deelnemers. We zagen enkele deelnemers echt groeien op het vlak van zelfzekerheid, persoonlijke zorg, werk en relaties.

Deelnemer: “Ik ben content dat ik meegedaan heb, ik heb een drive gevonden. Ik voel me veel zelfzekerder naar mensen toe. Lachen durfde ik voordien niet goed en nu wel. (...) In een paar maanden tijd is het een groot verschil, ik voel het en zie het zelf ook.”

Begeleider: “Als ik zo hoor bij de mensen wat dat allemaal heeft teweeggebracht, angsten overwonnen, naar de tandarts kunnen gaan, fier op hun gebit zijn, terug actie durven ondernemen om ook de volgende afspraken te maken, en nog één en nog één. Sommige mensen hadden heel veel afspraken, een stuk of 10. Het was een fantastisch project voor onze mensen.”

Tandarts: “In mijn praktijk was een patiënt die dit op zijn eentje echt niet gekund zou hebben. Als ik zie hoever die gekomen is op die tijd.”

5.1. Zelfzorg

② Bereikten we de doelstelling van een verbeterde zelfzorg bij de doelgroep?

We bereikten met dit project 120 deelnemers, van wie 106 in de eerste infosessies. Het preventietraject maakte mondhygiëne bespreekbaar binnen de organisaties. Mensen spreken elkaar aan op hun mondhygiëne en ook begeleiders gaan gemakkelijker het gesprek aan. Door er intensief rond te werken tijdens de sessies werden de vaardigheden verbeterd en de angst om te poetsen weggenomen (zie ook hfst. 1. p. 5 en hfst. 4.1. p. 19).



Heel wat deelnemers gaven zelf aan meer en beter te zijn beginnen te poetsen. De begeleiders gaven ook aan dat er bij heel wat deelnemers, voornamelijk diegenen die ook naar de tandarts gingen, vooruitgang was.

Deelneemster: “Ik poets nu echt elke dag met de zandloper 2 minuten, met een zachte borstel. Ik poetste voordien ook wel al mijn tanden, maar ik rookte veel. Ik had veel problemen met mijn adem, en dat is nu veel beter.”

Dat zien we ook in de analyse van de tandarts bij de deelnemers die in een behandelingstraject stapten. Voor 32 deelnemers hebben we gegevens over de mondhygiëne bij de start en op het einde van het behandelingstraject. Bij 17 van hen verbeterde het poetsen, bij 13 bleef het poetsgedrag gelijk en bij 2 deelnemers was de plakindex tijdens de controle lichtjes minder.

Mensen in armoede maken vaak een zeer pessimistische inschatting van de staat van hun mond. In een aantal gevallen was de mond er inderdaad zo slecht aan toe dat veel tanden getrokken moesten worden, maar in de meeste gevallen bleek het allemaal beter mee te vallen dan gevreesd. Door de poetsinstructies kregen mensen een meer realistisch beeld. De boodschap dat er nog heel wat ‘gered’ kon worden, stimuleerde mensen tot een betere mondhygiëne. Bij diegenen bij wie een groot deel van de tanden getrokken moesten worden, was de motivatie om te poetsen minder.

Een aantal tandartsen gaf bij de start van de behandelingen aan dat de mond van de patiënten beter meeviel dan verwacht, maar voor een andere tandarts was de behandeling van een fel verwaarloosde mond een grote schok. In het algemeen was het hun ervaring dat de patiënten vooruit gingen.

Hoewel pre- en post-testen rond kennis ontbreken, zagen we tijdens de tandenborstelruil wel dat de basisboodschappen rond poetsen, voeding en tandartsbezoeken bleven hangen. Voor de informatie over ons gezondheidszorgsysteem, is aanvullende individuele uitleg noodzakelijk. We zagen duidelijk het belang van herhaling van preventie-informatie. Niet iedereen heeft alles van de eerste keer mee. De tandenborstelruil gaf velen nog extra duidelijkheid. Mensen hadden er ook nood aan hun ervaringen in groep te delen (zie ook hfst. 4.1. p. 19).

De begeleiders bleven enkele deelnemers ook intensief aansporen om aan hun mondhygiëne te werken. Het ging er dan vooral om de mensen erop aan te spreken. In een paar uitzonderlijke gevallen waar mensen echt moeite hadden met poetsen, deden ze dat samen.

De tandarts speelt een belangrijke rol wat betreft een verbeterde zelfzorg bij onze doelgroep. De meeste patiënten kregen bij de tandarts eveneens poetsadvies, ze konden er vragen stellen en werden bekrachtigd bij goed poetsgedrag. Mensen apprecieerden de uitleg enorm, ook als dit in combinatie met concrete tips op een strenge en kordate manier gebeurde. De informatie die de tandarts rechtstreeks gaf, bouwde voort op de infosessies in groep. Zo bleef de informatie beter hangen.

Deelneemster: “De tandarts heeft in het begin uitgelegd hoe ik moet poetsen en het voorgedaan. Ik ben blij als de tandarts nu zegt dat ik goed gepoetst heb.” De deelneemster was trots om tijdens de sessie (tandenborstelruil) te tonen op het poetsmodel hoe ze het geleerd heeft en hoe ze poetst. Ze gaf ook tips door die ze van de tandarts had gekregen, zoals poetsen met lauw water als je pijn hebt.



5.2. Koppeling preventie - zorg

② Wat zijn de effecten van het preventietraject als voorbereiding op de behandelingen? Hoe stimuleert het behandelingstraject een betere zelfzorg?

Het bespreekbaar maken van tandzorg tijdens het preventietraject en het wegnemen van (een deel van) de angst om naar de tandarts te gaan, waren essentieel om mensen door te verwijzen naar de tandarts.

Door het eerste laagdrempelige contact met een tandarts via de poetsinstructies werd die 'enge' tandarts een mens van vlees en bloed met wie je ook een babbeltje kon slaan. Mensen kregen een meer realistisch beeld van de staat van hun mond en wisten beter wat hen te wachten stond. Door de informatie en gesprekken tijdens de sessies kon het beeld van tandartsen die vooral tanden trekken en gigantische spuiten gebruiken, ook worden bijgesteld.

Begeleider: "De link met de tandarts is verbeterd omdat er al een geruststellende controle is geweest. Ik denk dat het daardoor makkelijker is om iemand echt tot bij de tandarts te krijgen."

Deelnemer: "Ik heb de stap gezet omdat er tijdens de sessie ook een tandarts was die de mond heeft gecontroleerd en gezegd heeft wat er bij mij binnen aan de hand was. Vooronderzoek was cruciaal. Ik heb daar goed naar geluisterd."

De informatie over financiële en praktische drempels hielp mensen om nadien de nodige stappen te zetten om naar de tandarts te gaan. Hoewel de regeling derde betaler een moeilijk concept bleef om uit te leggen, waren de patiënten wel beter geïnformeerd over wat er zou gebeuren, wat hun rechten en de vaakst voorkomende kosten zijn.

Tandarts: "De patiënten uit het project zijn beter geïnformeerd en beter voorbereid dan mijn andere patiënten als ze bij mij toekomen."

Het feit dat hun mond volledig in orde werd gebracht door de tandarts, was voor onze deelnemers een stimulans om hem in orde te houden, om een frisse mond te behouden.

Doordat mensen al heel wat informatie kregen, kon de tandarts focussen op specifieke vragen van de patiënt over mondhygiëne. Preventie-informatie kon zo effectiever gegeven worden en bleef beter hangen. De tandarts heeft soms maar beperkte tijd om tijdens een consultatie intensief aan preventie te doen, daarom is de basis die mensen meekrijgen tijdens infosessies zeer welkom.

De tandartsen gaven aan dat preventie essentieel is voor een goede behandeling. Voor sommigen was dit zelfs een voorwaarde.

Tandarts: "Ik heb echt moeten zeggen tegen die patiënt: 'ik kan er niet aan beginnen als ge niet begint te poetsen. Ik kan niet alle moeite doen voor niets'." "Wij kunnen de dingen wel herstellen, maar als mensen niet poetsen, weet je dat ze binnen de kortste tijd opnieuw problemen hebben."

Preventie en zorg zijn onlosmakelijk verbonden. Mensen zijn meer gemotiveerd om hun mondhygiëne te verbeteren als ze het vooruitzicht hebben op goede en toegankelijke zorg. Zonder oplossingen voor mondaandoeningen is poetsen een pijnlijke en demotiverende opdracht. Anderzijds blijft een volledig behandelde mond niet gezond als er geen goede mondhygiëne is.

5.3. Opname in het reguliere zorgcircuit

② Kreeg de doelgroep toegang tot de reguliere tandzorg?

68 mensen stapten in een behandelingstraject. Daarnaast gingen 14 deelnemers buiten het project naar de tandarts (of ziekenhuis). Bij 51 mensen³³ werden de behandelingen afgewerkt, bij 27 patiënten vond de controleafspraak ook reeds plaats.

10 deelnemers stopten vroegtijdig met de behandelingen. De redenen hiervoor waren uiteenlopend. Soms waren er andere medische problemen die voorrang kregen (bv. een opname in het ziekenhuis of psychiatrie). Een aantal deelnemers zag het niet zitten verder te gaan omwille van een gevoel van een gebrek aan betrokkenheid bij de tandarts of een moeizame communicatie waarbij tandarts en patiënt elkaar niet begrepen. Pijn ervaren tijdens en na de behandeling speelde hierbij ook een rol. 2 patiënten veranderden tijdens het project van tandarts omdat er onvoldoende vertrouwen was. Zij doorliepen het verdere traject bij een andere deelnemende tandarts.

Begeleiding: “Bij ons zijn er wel 2 mensen (die samen gingen) afgehaakt door angst en het gevoel van een gebrek aan concentratie bij de tandarts bij één van hen. De tandarts was bezig met iemand anders tijdens te behandeling, had geen aandacht. Dit gaf het gevoel dat ze niet betrokken was. De pijn bleef ook na de behandeling. Mensen hadden hoge verwachtingen. Eindelijk kunnen we gaan, eindelijk volledig pijnvrij.”

Begeleider: “Alles was verdoofd en dat was de allereerste keer voor haar. Dat was een raar gevoel dat ze niet kende en waar ze fel op reageerde. Ze wou daarna echt niet meer teruggaan.”

Bij één iemand - tijdens een lange wachttijd voor een behandeling in het ziekenhuis - won de angst het van de motivatie. In een 3-tal gevallen was er geen contact meer tussen de organisatie en de deelnemers als gevolg van een verhuis, een conflict of het stopzetten van de werking van de organisatie. Deze deelnemers zouden misschien bij verdere (of intensievere) begeleiding wel verder gegaan zijn.

Er waren 24 gemiste afspraken (patiënt afwezig zonder tijdige verwittiging) tegenover 329 afspraken die wel doorgingen (absenties: 6,8%). Elke gemiste afspraak is problematisch voor tandarts en patiënt, maar dit cijfer valt in vergelijking met absenties bij wijkgezondheidscentra en veel tandartspraktijken wel goed mee.

³³ Voor 2 patiënten hebben we hiervoor onvoldoende informatie

Tandarts: “Ik heb gemerkt dat mensen scrupuleus omgingen met hun afspraken, beter dan andere patiënten. Ik had geen gemiste afspraken, en ze lieten het altijd weten als ze niet konden komen.”

Er was in een 3-tal gevallen discussie met de tandarts over een financiële compensatie voor de gemiste afspraken. We spraken in het project af dat de individuele solidariteitsbijdrage van de patiënt hiervoor gebruikt zou worden. We probeerden vooral een gesprek aan te gaan met de patiënt en de tandarts over de redenen van de gemiste afspraak.

Als er veel tijd tussen de behandelingsafspraken zat (meer dan een maand) of bij de controleafspraak was het risico op een gemiste afspraak hoger.

De controleafspraak is een drempel. Mensen hebben schrik dat er nieuwe behandelingen nodig zijn of zijn na verloop van tijd minder bewust met tandzorg bezig. De controleafspraak is echter essentieel om mensen te laten merken dat een tandartsbezoek bij een regelmatige controle net goed meevalt.

Bij heel wat deelnemers was er veel tijd nodig om alle behandelingen te doen, hierdoor viel de controleafspraak in 14 gevallen buiten de projectperiode (bij 5 patiënten was de behandeling nog niet afgewerkt in december). Anderhalf jaar is zeer kort om preventiesessies te organiseren, mensen door te verwijzen, alle behandelingen af te werken en nog een opvolgcontrole in te plannen. In een 10-tal gevallen werd er geen controleafspraak gepland. Deze deelnemers zitten wel grotendeels in het automatische jaarlijkse recall systeem van de tandarts.

5.3.1. Financiële drempels

② Wat was het effect van het project op de financiële drempels tot tandzorg?

De financiële drempels waren en zijn nog steeds een van de grootste drempels tot tandzorg. Dit project heeft er met zijn aangepaste regeling derde betaler voor gezorgd dat mensen die dit anders niet konden betalen, toch naar de tandarts konden gaan. Velen vreesden of wisten dat er heel wat mis was in hun mond en dat dit veel zou kosten, waardoor ze een bezoek steeds hadden uitgesteld.

Het niet moeten voorschieten is enorm belangrijk. De gemiddelde totale kost (exclusief nieuwe prothesen) bedroeg 532,11 euro³⁴ Bij een aantal patiënten liepen de totale kosten op tot meer dan 1.000 euro voor basiszorgen. Het wegvallen van de bijkomende remgelden en de zekerheid dat alles van basiszorgen betaald werd door het project, nam voor heel wat mensen bijkomend grote onzekerheden weg.

De financiële regeling en de wetenschap dat de 1 euro-regeling slechts tijdelijk was bevorderde de ‘behandelingstrouw’. Mensen wisten dat ze dit enkel in 2014 en 2015 konden doen.

³⁴ Berekening op basis van 64 van de 68 patiënten.

De aangepaste regeling derde betaler in het project gaf de tandarts zekerheid van betaling. De organisaties en de projectmedewerker speelden hier een cruciale rol in. De organisaties creëerden de condities voor een goede toepassing (ziekenfonds in orde brengen, behandelingsgeschiedenis). De projectmedewerker beantwoordde vragen over de regeling, hielp problemen oplossen en voorzag de betalingen uit het projectbudget.

Op de betaaltermijn had het project echter geen invloed en dat blijft een struikelblok.

Daarnaast zorgde dit project er ook voor dat er voldoende vertrouwen ontstond, zodat ook prothesen buiten het project via de regeling derde betaler geregeld konden worden.

Het inzicht van de tandartsen in de financiële drempels van hun patiënten groeide. Heel wat tandartsen vroegen zich bij het begin van het project nog af wat het nut van dit project was voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming, omdat ze alles al terugkrijgen van het ziekenfonds. Zij stonden er voordien niet bij stil dat het honorarium voorschieten onmogelijk is³⁵.

Tandarts: “Ik besef nu wel beter wat een tandartsbezoek betekent. Voordien was een gewone betaling voor mij evident. Ik stond niet zo fel stil bij de kant van de patiënt.”

We merkten dat de omkadering door dit project noodzakelijk was om de patiënten toegang te geven tot de (aangepaste) regeling derde betaler. Armoede staat niet altijd op iemands gezicht te lezen. Een 3-tal tandartsen trok de kwetsbare situatie van deelnemers in twijfel. Deze patiënten zouden zonder de omkadering van het project geen toegang hebben gekregen tot een financiële regeling.

Tandarts: “Die patiënte ziet er niet kansarm uit”

Tandarts: “Ze heeft dit project niet nodig, ze zegt dat ze voor haar zoontje zelf kan betalen, waarom dan niet voor zichzelf?”

Het is voor mensen niet evident telkens opnieuw te moeten vragen om een financiële regeling en het gevoel te krijgen te moeten bedelen.

De veranderende wetgeving rond de regeling derde betaler (afschaffing financiële nood) creëert problemen om de toegang tot tandzorg te voorzien voor mensen zonder verhoogde tegemoetkoming. In dit project ging het over een grote groep kwetsbare mensen (15 van de 68). Ze hadden tandzorg al langer uitgesteld en hadden hogere totale kosten (grotere behandelingsnoden) dan de deelnemers met verhoogde tegemoetkoming (zie hfst 3.3. p.15 en hfst 4.4. p. 33). Zij konden de kosten bij de tandarts ook niet voorschieten en moesten hogere remgelden betalen. We weten niet in welke mate zij binnen de nieuwe wetgeving

³⁵ Dit geldt vooral voor tandartsen die voordien nog niet met de regeling werkten. Voor die tandartsen die al meer ervaring met de RBD en met patiënten in armoede was dit niets nieuws.

op een andere manier in aanmerking komen voor de regeling derde betaler³⁶. Het risico bestaat dat zij in de toekomst uit de boot vallen³⁷.

De verschillende remgelden naargelang van de datum van het laatste tandartsbezoek, maakten de regeling derde betaler complexer. Dit was in het project het geval voor tandsteenverwijdering. In de toekomst zal er een klein remgeld zijn als mensen het jaar voordien niet naar de tandarts gingen. Dit maakt het voor tandartsen moeilijk te weten welk bedrag hij/zij voor een bepaalde patiënt terugbetaald zal krijgen. Een inzicht in de behandelingsgeschiedenis is noodzakelijk.

Uit dit project bleek tevens de nood aan duidelijke informatie over de kostprijs van tandzorgen. De deelnemers kregen hierover informatie in het preventietraject en af en toe via het behandelplan. Tandartstarieven zijn echter te complex voor begeleiders om alleen uit te leggen. Een basiskennis kan wel bijdragen om deelnemers bij de eerste stap naar de tandarts te ondersteunen.

Begeleider: “Wij weten dat ook niet, die prijzen verschillen naargelang van wat ge laat doen. Maar als ge ze zou kunnen zeggen ‘een gewone consultatie om een offerte te laten maken of zo, kost zoveel en ge krijgt er zoveel van terug’ zou dat wel verheldering geven.(...) Ik weet ook wel dat ge niet alles kunt voorspellen, maar als ge een paar richtlijnen hebt, dat zou voor ons gasten een hulp zijn om toch naar de tandarts te gaan.”

Een bijkomend probleem hierbij is de lage conventioneringsgraad bij tandartsen. Dit maakt het moeilijk voor patiënten om te weten hoeveel het zal kosten en hoeveel ze hiervan zelf moeten betalen.

Voor veel tandartsen was het toepassen van de regeling derde betaler nieuw. De correcte informatie en de ‘hulplijn’ van de projectmedewerkster zorgden ervoor dat zij het toch zagen zitten die in het project toe te passen.

We startten in dit project met 7 van de 24 tandartsen die al met de regeling derde betaler hadden gewerkt. Van de tandartsen die voordien nog niet met de regeling hadden gewerkt, zijn er een aantal die dat ook na dit project nog zien zitten voor de patiënten in het project (8 tandartsen) en voor andere patiënten (5 tandartsen).

³⁶ Tijdens het project kwamen deze 15 deelnemers volgens de opgevraagde gegevens niet in aanmerking voor de regeling derde betaler.

³⁷ De afschaffing van de ‘financiële noodsituatie’ voor tandheelkundige zorgen kwam er na vaststellingen van oneigenlijk gebruik van het statuut en onverantwoorde uitgaven. Het VVT is van mening dat indien naast het recht op verhoogde tegemoetkoming tevens de in het KB van 18 september 2015 (BS 23/9/2015) voorziene mogelijkheden voor het gebruik van de derdebetalersregeling grondig onderzocht worden, het aantal niet-rechthebbende beperkt zou zijn.

Voor de andere (8) tandartsen³⁸ is de regeling derde betaler geen optie, omwille van de betaaltermijn en de administratie. Deze tandartsen verkiezen een uitgestelde betaling.

Een uitgestelde betaling kan rechtstreeks via de patiënt, waarbij het getuigschrift wordt meegegeven met de patiënt die de tandarts betaalt na terugbetaling door het ziekenfonds. Dit houdt echter risico's in en het kan moeilijk gebruikt worden bij nieuwe patiënten. De initiële drempel blijft dus bestaan.

Een andere vorm van uitgestelde betaling is een factuur naar het OCMW of de schuldbemiddelingsdiensten. Hierbij is de betaaltermijn vaak korter dan bij de regeling derde betaler en de tandarts kan vaak een hoger bedrag aanrekenen dan de conventietarieven. Er moet ook geen rekening gehouden worden met de behandelingsgeschiedenis. De administratie voor de tandarts is echter gelijkaardig bij de regeling derde betaler en uitgestelde betalingen per facturatie aan een dienst, maar bij de laatste optie is de hoeveelheid werk in totaal groter dan nodig. De tandarts moet een factuur opmaken, opsturen en de betaling opvolgen. De dienst moet het geld dan weer opvragen bij de patiënt die het op zijn beurt moet opvragen bij het ziekenfonds³⁹. Dit zijn heel wat omwegen. Bij de regeling derde betaler moet de tandarts een verzamelstaat opmaken (vergelijkbaar met een factuur) en de betaling opvolgen, zonder extra tussenkomst (en werk) van andere diensten. Daarnaast zijn lang niet alle mensen die nood hebben aan de betalerregeling aangesloten bij een dergelijke dienst.

5.3.2. Praktische drempels

② Wat was het effect van het project op de praktische drempels tot tandzorg?

Het complexe systeem van tandartstarieven en de regeling derde betaler vertaalde zich in de procedures van dit pilootproject. Deelnemers, begeleiders en tandarts moesten heel wat stappen zetten.

De ondersteuning bij het in orde brengen van de ziekteverzekering en de verhoogde tegemoetkoming en de informatie over onze gezondheidszorg tijdens de infosessies waren noodzakelijk voor onze deelnemers. De lijst met tandartsen waar ze terecht konden, die de financiële regeling zouden toepassen en die zich geëngageerd hadden voor het project was eveneens cruciaal. Door een geografische match te maken tussen patiënt en tandarts maakten we tandzorg toegankelijker.

Voor de tandartsen waren de mogelijkheden om de administratie te verminderen beperkt binnen het huidige technische en wettelijke kader. Dit is onder andere zo omwille van het ontbreken van een elektronisch systeem om het statuut en de behandelingsgeschiedenis van patiënten op te vragen en getuigschriften in te dienen. Daarnaast bracht ook het pilootproject op zich extra administratieve last met zich mee door de planning en

³⁸ Voor 1 tandarts weten we niet in welke mate de regeling in de toekomst een optie is.

³⁹ Een uitzondering is formeel budgetbeheer, waar de dienst rechtstreeks over de rekening van de patiënt beschikt. Bij OCMW Antwerpen is facturatie sinds enige tijd niet meer mogelijk. Via het principe van de uitputting van rechten benutten zij eerst alle wettelijke mogelijkheden (waaronder RBD) om mensen te integreren in de bestaande systemen.

registratie van de behandelingen via het behandelplan en het 1 euro-systeem. De last verminderde wel naarmate de tandartsen de procedures meer gewend waren en de organisaties namen eveneens heel wat administratie op zich.

5.3.3. Ondersteuning door organisaties

② Welke aspecten van de ondersteuning door de organisaties hebben de toegankelijkheid verbeterd?

De ondersteuning door de organisaties heeft ervoor gezorgd dat mensen die anders niet naar de tandarts zouden zijn gegaan, dat nu toch deden. Deze ondersteuning was vooral cruciaal om praktische drempels weg te nemen en angst te verminderen. Er werd een veilige context gecreëerd waarin mensen vragen konden stellen, ervaringen konden delen en zo nodig hulp konden vragen.

Deelnemer: “De begeleidster heeft mij ingeschreven omdat ze wist dat ik anders toch niet zou gaan en omdat ik al zolang niet geweest was. Met dit project is er ondersteuning en krijg ik een extra duwtje in de rug.”

Deelnemer: “Ik zou het alleen niet gedaan hebben. Dat duwtje was wel nodig, de hulp bij bellen, me te overtuigen te komen, de maatschappelijk werker die er wat achter zit.”

Begeleider: “We hebben vorig jaar met onze vorige groep het grote tandenspel gespeeld. Maar we kregen nadien niemand doorverwezen naar de tandarts. Zelfs als we via het OCMW konden werken. Met dit project is wel het grootste deel van de groep bij de tandarts geraakt. De ondersteuning heeft een groot verschil gemaakt.”

Afhankelijk van de noden van de deelnemer zag de ondersteuning er anders uit. Een aantal deelnemers had vooral een ‘duwtje in de rug’ nodig. Met het wegnemen van de financiële drempel en de informatie uit het preventietraject zouden zij ook zelfstandig, zonder ondersteuning, naar de tandarts kunnen gaan.

De grootste groep deelnemers had ook angst om naar de tandarts te gaan. Zij waren na de eerste consultatie grotendeels gerustgesteld. Zonder ondersteuning zouden zij niet tot bij de tandarts geraakt zijn. Naast de praktische ondersteuning en de ruggensteun bij de eerste afspraak hadden deze deelnemers er ook nood aan vragen te kunnen stellen, angsten te bespreken, ervaringen te delen (individueel en tijdens de tandenborstelruil) en hulp te vragen bij eventuele problemen. De meesten hielden hun planning zelf bij, bij een kleine groep waren herinneringen aan de afspraken noodzakelijk.

Enkele deelnemers hadden een zeer intensieve ondersteuning nodig. De begeleiders moesten o.a. met hen meegaan naar de tandarts. Omwille van panische angst of een grote kwetsbaarheid konden ze het behandeltraject niet in hun eentje opstarten en volhouden. Zij zullen ook in de toekomst blijvend ondersteuning nodig hebben.

De mogelijkheden van de organisaties om deelnemers te begeleiden verschillen. Bepaalde organisaties hebben meer ervaring op het vlak van administratie. Organisaties met een vaste groep die regelmatig contact houdt en waar een grote vertrouwensband is, konden

de deelnemers beter van dichtbij opvolgen. Bij organisaties met een groot verloop van cliënten was het minder eenvoudig mensen over de hele termijn van het behandelingstraject (met controle) op te volgen.

5.3.4. Contacten tussen tandartsen en patiënten

② Wat zijn de succesfactoren in de relatie tussen tandartsen en patiënten?

De eerste afspraak was cruciaal om vertrouwen op te bouwen en angst weg te nemen. Uit de getuigenissen van deelnemers komen enkele factoren naar voren die een goede relatie tussen tandarts en patiënt kunnen bevorderen: een duidelijke planning, voldoende tijd nemen, uitleg geven en vragen kunnen stellen.

Door een duidelijke planning weten mensen wat ze kunnen verwachten en hoe lang het zal duren. Je kan als patiënt de vooruitgang mee volgen, mee aftellen, je weet wanneer het ergste achter de rug is en wanneer je klaar zal zijn. Dit neemt heel wat onzekerheden weg, zorgt voor meer motivatie en het draagt bij aan de therapietrouw. De tandarts kan verder gaan dan loutere klachtenbehandeling en de volledige mond in orde brengen. De basis voor regelmatige controles op lange termijn wordt gelegd.

Begeleider: "Hij kwam heel enthousiast terug. Hij vond dat hij een hele vriendelijke tandarts had getroffen die ook heel veel uitleg had gegeven. Hij had ook gezegd wat ze op welk moment gingen doen. Hij heeft een heel aantal datums gekregen voor afspraken en die tandarts had goed uitgelegd wat er allemaal ging gebeuren. Die man was heel erg gerustgesteld."

De planning gebeurde in dit project zowel via het behandelplan als via het behandelkaartje. Het behandelplan was echter te complex. In de toekomst is een nieuw behandelkaartje meer geschikt, waarbij op de afsprakenplanning ook financiële informatie komt (zie hfst. 7. p. 61).

Door te werken met een jaarlijks algemeen mondonderzoek kon de tandarts tijd nemen voor de deelnemers. Dat geeft een gevoel van betrokkenheid en respect voor de patiënt. Mensen die al lang niet meer bij de tandarts zijn geweest of schrik hebben, hebben meer tijd nodig om hun verhaal te doen.

Deelnemer: "Tijdens de eerste afspraak inderdaad de uitleg en 'fotokes' en zo. De tweede afspraak was het niet ineens trekken, ze zei 'dat gaan we later doen. We gaan u niet eerst angstig maken'. Dat was gewoon gaatjes vullen en ik voelde niks. En ik zei 'als het dat maar is, dan ga ik nog'."

Begeleider: "Ze blijft heel schrikkerig, 'wat pakt ge' iedere keer als de tandarts een instrument neemt. De tandarts blijft rustig en geduldig, hij geeft veel uitleg. We zijn gisteren anderhalf uur bezig geweest met tandsteen. Het duurt allemaal wat langer."

De behandelingen bij mensen met angst kunnen ook langer duren door eventuele onderbrekingen om extra uitleg te geven of mensen op adem te laten komen. Patiënten

die het gevoel kregen rap rap afgehandeld te worden, hadden veel minder vertrouwen in de tandarts en zagen het niet altijd zitten verder te doen.

Hoewel enkele patiënten graag zonder veel gesprek behandeld werden, was de grote meerderheid van de patiënten gebaat bij de extra uitleg van de tandarts. Hij/zij had het dan over de behandelingen, de gebruikte instrumenten, de planning, preventie-informatie of het financiële plaatje (vooral bij prothesen). De bespreekbaarheid van angsten droeg bij tot een goede vertrouwensrelatie.

Begeleider: “De tandarts heeft dat ook met heel veel respect gedaan. Ze heeft technische taal gebruikt, maar toch wel heel verstaanbaar. Het is dus niet kinderachtig uitgelegd zoals je soms ziet. Ze heeft haar tijd genomen en veel zorg besteed. Dat is een heel positieve ervaring, waar ze in het verleden eerder het gevoel hadden van bij een beul terecht te komen, was dat nu helemaal niet zo. Hun angst komt dikwijls daar wel van en dat is nu niet.”

Niet alle behandelingen zijn eenvoudig uit te leggen. Soms werd het te technisch voor de deelnemers en konden ze niet meer volgen. Eenvoudig taalgebruik is hierbij van belang (begrijpbare taal, zonder kinderachtig te worden). Voor mensen die minder goed Nederlands spraken, hielp het als er de eerste keren iemand mee kwam die kon vertalen.

Een oplossingsgerichte communicatiestijl die de positieve aspecten benadrukt is van groot belang. Veel mensen hebben een negatief beeld van hun mond. Door de nadruk te leggen op de slechte tanden, raken mensen gedemotiveerd. Door de nadruk te leggen op die dingen die nog wel goed zijn en te focussen op de oplossingen, krijgen mensen weer moed.

Het feit dat de tandarts achter het project stond en zich hiervoor engageerde, werkte geruststellend. In die gevallen waar de tandarts zich niet echt gemotiveerd toonde (door te klagen over het project, andere patiënten of de financiën), was het vertrouwen bij de deelnemers en begeleiders minder.

Een laatste aspect is de snelheid van afspraken bij pijn. Als mensen met pijn kampen, is het belangrijk dat daar snel aan verholpen kan worden. Mensen zijn ook pas op hun gemak bij de tandarts als de grootste pijn weg is.

De tandartsen gaven aan dat veel van de deelnemers aan het project enorm gemotiveerd waren. Het was belangrijk dat deelnemers het advies in verband met poetsen opvolgden, op tijd kwamen, het volledige traject volgden en tijdig verwittigden bij afwezigheid.

5.4. Projectomkadering

① Hoe heeft de projectomkadering bijgedragen aan deze resultaten?

De ondersteuning door de projectmedewerker was noodzakelijk. Het was een pilootproject die een nieuwe werkwijze introduceerde bij armoedeorganisaties en tandartsen.

Er was iemand nodig die expertise kon opbouwen over zowel preventie als mondhygiëne, de financiële kant, de behandelingen, de leefsituatie van mensen in armoede en de

werkcontext van tandartsen. De projectmedewerker was beschikbaar voor vragen, fungeerde als brugfiguur en bood praktische ondersteuning.

Zonder deze ondersteuning was het niet mogelijk geweest dit project op een dergelijke intensieve manier uit te voeren, de meer kwetsbare deelnemers te laten instappen en tandartsen te enthousiasmeren.

In de toekomst moeten aspecten van deze ondersteuning, o.a. de financieel-technische bijstand, wel worden overgedragen aan instanties die dit op lange termijn efficiënter kunnen uitwerken.

5.5. Beeldvorming

① Hoe beïnvloedde het project de kennis van de betrokkenen over elkaars situatie?

We probeerden in dit project de betrokkenen in contact te brengen met elkaar en zo inzicht in elkaars achtergrond te stimuleren.

Bij de tandartsen groeide er vooral begrip over de financiële moeilijkheden van mensen in armoede.

Tandarts: “Het voorbeeld van een alleenstaande mama met 2 kinderen, een leefloon en kindergeld. En dan gaan opsommen wat die allemaal moest betalen per maand, huur, elektriciteit. Als alles berekend was, had die vrouw maar 50 euro per week om met haar kindjes te leven. Die kan de tandarts niet voorschieten. Wij begrijpen dat dat een probleem is.”

Tandartsen kregen ook meer inzicht in de algemene leefsituatie van mensen in armoede. De peer reviews en het eindevaluatiemoment speelden daarbij een rol, maar ook de individuele contacten in de tandartspraktijk en de gesprekken met de begeleiders en projectmedewerker leerden tandartsen het verhaal van hun patiënten kennen.

Op enkele uitzonderingen na was de administratie de grootste drempel voor tandartsen. De behandelingen en het contact met de patiënten waren geen probleem. Heel wat patiënten en tandartsen getuigden over een aangename en leerrijke relatie.

Deelnemster: “Ik ben echt op het gemak bij de tandarts. Wij kunnen samen lachen, hij geeft veel uitleg. Tegenover een tandarts waar ge gewoon zit en die niet naar u kijkt. Ik ben echt content.”

Tandarts: “Voor mij is dat ook een leerrijke ervaring. De mensen zo te leren kennen, weten wat hun situatie is.”

Tandarts: “Het behandelen van die patiënten is echt geen probleem. Ik kon met hen zeer goed overweg. Dat zijn lieve mensen.”

Tijdens de preventiesessies, gesprekken met de tandartsen tijdens projectactiviteiten en gesprekken met de projectmedewerker, leerden de begeleiders en mensen in armoede over de drempels bij tandartsen. Deelnemers kregen bijvoorbeeld heel wat inzicht in hoe

een tandartspraktijk werkt en wat het belang is van afspraken maken en tijdig verwittigen bij afwezigheid. Begeleiders kregen meer inzicht in de administratieve en financiële drempels.

Begeleider: “Bijvoorbeeld het betalingsmechanisme, dat is ontzettend complex. Ik heb daar wel begrip voor de tandartsen. Ge denkt ‘die stuurt dat briefje naar de mutualiteit en die krijgt zijn geld’, maar dat is niet gegarandeerd. Bij de huisarts is dat vanzelfsprekender. Ge moogt 10 keer per week naar de huisarts gaan, maar ge moogt geen 10 keer per week naar de tandarts gaan voor dezelfde dingen, dat wordt niet terugbetaald.”

Begeleider: “De financiële toelichting was wel belangrijk om de perceptie dat een tandarts het toch allemaal gemakkelijk verdient te weerleggen. In het algemeen is transparantie bij prijzen wel een pijnpunt.”

Ondanks de verbreding van de kennis over elkaars achtergrond blijven tandartsen en mensen in armoede echter een heel andere leefwereld hebben en dit blijft soms voor conflicten zorgen. Vooral de financiële aspecten blijven op termijn een knelpunt. Hoewel tandartsen beseffen dat voorschieten vaak onmogelijk is, blijft ‘gratis’ tandzorg voor sommigen moeilijk aanvaardbaar. Het is voor hen essentieel dat patiënten beseffen hoeveel behandelingen in de realiteit kosten.

Tandarts: “De bedoeling is dat de mensen weten wat dat kost aan de maatschappij. Ge kunt dat wel leuk vinden dat ge gratis naar de tandarts kunt, maar dat is niet gratis.”

Daarnaast leidden financiële discussies in een enkel geval ook tot onbegrip bij de begeleiders.

Begeleider: “Ik begrijp niet dat die tandarts nu zo ambetant is over die gemiste afspraak en van ons zoveel eist, maar dat die tegelijk wel veel te veel geld gevraagd heeft voor die prothesen. Hij weet dat mensen het niet kunnen betalen en toch vraagt hij zoveel. ‘t Is niet dat hij daar een boterham minder door gaat eten.”

De wederkerigheid van de inspanningen en de zelfzorg zijn voor heel wat tandartsen essentieel alvorens een financiële regeling toe te passen.

Tandarts: “Zonder betere zelfzorg begin ik er niet aan, ze kunnen niet gewoon een goedkope behandeling krijgen zonder er zelf iets aan te doen.” “Ik kan niet alle moeite doen voor niets.”

5.6. Continuïteit

- ❓ **Zullen organisaties en deelnemers rond preventie kunnen blijven werken?
Zullen deelnemers naar de tandarts (kunnen) blijven gaan?**

Er is een verlenging aangevraagd van het project bij de provincie Antwerpen. Naast deze verlenging werden er ook in de pilootfase al stappen ondernomen om de continuïteit op het vlak van preventie en zorg te voorzien.

Preventie:

Logo Antwerpen heeft projectmaterialen herwerkt om uit te lenen aan armoedeorganisaties: het grote tandenspel en een powerpoint met bijbehorende leidraad om infosessies te geven. In hoofdstuk 7, pagina 61, vind je hierover meer informatie.

Toegang tot tandzorgen voor patiënten in het project:

15 patiënten komen met de nieuwe wetgeving niet meer in aanmerking voor de regeling derde betaler. In een paar gevallen zal er gewerkt kunnen worden met een uitgestelde betaling via schuldbemiddeling of wordt er gewerkt aan terugbetalingstarief. In andere gevallen hebben we geen oplossing gevonden.

De meeste deelnemers met verhoogde tegemoetkoming, die hun behandelingstraject afwerkten, zullen verder naar de tandarts kunnen gaan met de regeling derde betaler⁴⁰. 5 patiënten zullen in de toekomst moeten voorschieten. Bij 3 anderen zal er via uitgestelde betaling of facturatie aan een dienst gewerkt worden.

Toegang tot tandzorgen voor andere patiënten:

De begeleiders in de organisaties geven aan nu veel aandachtiger te zijn voor tandzorgen en de drempels hiertoe. Waar er voordien steeds andere prioriteiten de bovenhand haalden tot iemand echt pijn had, staan ze er nu meer bij stil. Er is een beter zicht op de drempels en angsten en meer kennis over wat er nodig is. Organisaties krijgen ook veel vragen van mensen die niet in dit project stapten om opnieuw een dergelijk initiatief te organiseren. Er is heel wat motivatie bij de organisaties om er in de toekomst verder rond te blijven werken.

Begeleidster: "Ik denk dat ook wij, de begeleiders, er meer bij stilstaan. Bij ons is dat niet gewoon vragen 'moet gij niet eens naar de tandarts gaan', maar er een beetje dieper op ingaan en dat zélf ook een beetje bespreekbaar maken. Dat niet te evident te vinden, zo dat ene vraagske, dat dat dan voldoende is."

Begeleider: "Mensen begeleiden doen wij dagelijks. Begeleiden naar de tandarts, dat is iets wat we gaan blijven doen. Bij sommige mensen is het nodig om wat meer effort te doen om die tot bij de tandarts te krijgen. Bij anderen is dat zien dat ze weten waar ze naartoe kunnen en dat ze dat dan zelfstandig kunnen."

Er werd een stappenplan ontwikkeld om organisaties verder te ondersteunen bij de doorverwijzing van mensen in armoede naar de tandarts. Bij dit stappenplan hoort een vragenlijst waarmee patiënten hun statuut en behandelingsgeschiedenis kunnen opvragen bij het ziekenfonds. Er hoort ook een aangepast behandelkaartje bij, als instrument voor een duidelijke planning van de behandelingen (zie hfst. 7. p. 61).

Er zijn meer tandartsen die na dit project de regeling derde betaler zien zitten dan vooraf (15, vooraf 7). Dat is echter nog steeds niet veel. De drempels omtrent administratie en

⁴⁰ Voor de 53 deelnemers met verhoogde tegemoetkoming, is voor 33 deelnemers zeker dat ze verder kunnen via de regeling derde betaler. Andere deelnemers zijn gestopt met de behandelingen, misten hun controleafspraak of kunnen niet meer verder via RBD. Voor 1 iemand weten we het niet.

vooral de betaaltermijn moeten worden aangepakt om een grotere groep over de streep te trekken. Bij die tandartsen waar er veel gemiste afspraken waren, blijven ook andere drempels bestaan. Zij zijn echter in de minderheid, de meeste tandartsen staan positief tegenover de behandelingen en de relatie met de patiënt na dit project.

Voor de tandartsen werd er eveneens een stappenplan ontwikkeld. Hierin staan de verschillende stappen beschreven voor de regeling derde betaler, alsook een hulpadres (zie hfst. 7. p. 61).

6 Conclusies

6.1. Samenvatting resultaten - doelstellingen

De doelstellingen van het pilootproject waren:

- De zelfzorg bij mensen in kansarmoede verbeteren
- Deelname aan het reguliere tandzorgcircuit voorzien, via behandeling door particuliere tandartsen
- Inzicht in elkaars achtergrond bevorderen bij tandartsen en mensen in kansarmoede
- Drempels en mogelijke oplossingen in kaart brengen

Het project in zijn geheel nam voor heel wat mensen in kansarmoede emotionele, praktische en financiële drempels weg voor een betere mondzorg, zowel op het vlak van mondhygiëne/zelfzorg als toegang tot de reguliere tandzorg. We bereikten deelnemers in Antwerpen, Mechelen en Malle, via organisaties zoals OCMW-diensten, residentiële centra, verenigingen waar armen het woord nemen, sociale economie, ...

Informatie over mondhygiëne en tandzorg werd op een laagdrempelige manier toegankelijk gemaakt voor de doelgroep. We bereikten 120 mensen, van wie 106 in de eerste uitgebreide infosessies. De mondhygiëne verbeterde bij de meerderheid van de deelnemers. Zij scoorden beter op de tandplakindex, gemeten door de behandelende tandarts. Het preventietraject bestond uit opeenvolgende interactieve activiteiten/sessies, waardoor we minder mensen bereikten dan voorzien (200), maar wel op een meer intensieve manier konden werken. Voor meer achtergrond verwijzen we naar hoofdstuk 4.1. p. 19 en hoofdstuk 5.1. p. 36.

Mensen in kansarmoede die al lang niet meer naar de tandarts waren geweest, vonden toegang tot het reguliere tandzorgcircuit voor het volledig in orde brengen van hun mond en een controleafspraak. Twee derde van de deelnemers (68) aan de eerste infosessies ging nadien naar de tandarts. 24 tandartsen engageerden zich voor een uitgebreid behandelingstraject en pasten de aangepaste regeling derde betaler toe. Naast het aanpakken van de financiële drempels is een grote verdienste van het project dat het bij heel wat deelnemers hun angst voor de tandarts wegnam. Dat gebeurde door een combinatie van acties: de infosessies, de poetsinstructies, de ondersteuning van de organisaties en de betrokkenheid van de tandartsen. Voor meer achtergrond verwijzen we naar hoofdstuk 4.2. p. 24 en hoofdstuk 5.3. p. 39.

We brachten, zoals uit dit rapport blijkt, heel wat knelpunten en succesfactoren in kaart om op lange termijn te blijven werken rond tandzorg bij mensen in kansarmoede. Met de aanbevelingen in hoofdstuk 6.3. p. 53, vatten we de lessen uit dit pilootproject samen.

Ten slotte bouwden we ook een netwerk uit waarbinnen tandartsen, armoedeorganisaties en mensen in kansarmoede elkaars achtergrond konden leren kennen. De tandartsen kregen meer inzicht in en begrip voor de leefwereld van mensen in kansarmoede. De deelnemers en begeleiders begrepen beter de realiteit van een tandartspraktijk.

6.2. Beperkingen project en evaluatie

We werkten in dit project met een beperkte doelgroep. We bereikten enkel mensen die verbonden waren met één van de organisaties die in een individuele ondersteuning konden voorzien en diegenen wiens ziekteverzekering we in orde konden brengen. Een grote groep mensen viel daar dus buiten. Zij kampen echter met gelijkaardige of zelfs nog grotere drempels die wij niet in kaart konden brengen of waar we geen oplossingen voor konden formuleren.

De tandartsen werden gerekruteerd op basis van vrijwilligheid en hun bereidheid om de financiële regeling toe te passen. De drempel om nieuwe patiënten op te nemen en de regeling derde betaler toe te passen bleek echter heel hoog. De tandartsen die deelnamen aan het project waren relatief beperkt in aantal: 43 tandartsen namen een engagement op, van wie er 24 deelnemers in hun praktijk ontvingen. Er moet in de toekomst verder ingezet worden op het bereiken van alle tandartsen.

We hadden anderhalf jaar vanaf de start van de eerste sessies tot aan het einde van het pilootproject. Dit is een zeer korte termijn voor de preventieactiviteiten, het in orde brengen van het ziekenfonds, de behandelingen bij de tandarts én een controleafspraak. Een heel aantal mensen was dus nog niet op die controleafspraak geweest op het moment dat we dit rapport samenstelden.

Uit onze resultaten leiden we af dat we via deze methodiek mensen op weg kunnen zetten naar zorg op lange termijn. Hun mond wordt weer gezond gemaakt, de mondhygiëne verbetert en de mensen kunnen op controle. Na deze eerste stappen is het mogelijk voor de deelnemers om met minder kosten en minder inspanningen verder te werken aan een gezonde mond. We kunnen deze verdere evolutie echter niet opvolgen en dus geen sluitende uitspraken doen over de integratie in het reguliere zorgcircuit op lange termijn.

Van de 120 deelnemers aan het project werden 68 mensen behandeld. Deze groep is niet groot genoeg om statistisch representatieve conclusies te trekken op basis van de cijfers. We werkten echter met een zeer diverse groep deelnemers en organisaties, zodat we wel een heel brede kwalitatieve evaluatie konden doen.

6.3. Algemene conclusies en aanbevelingen

6.3.1. Preventie



Blijf inzetten op preventie, ook bij volwassenen.

Blijvend werken rond preventie is van essentieel belang voor de mondgezondheid van mensen in kansarmoede. Het gaat dan zowel om het gedrag en de kennis met betrekking tot mondhygiëne, alsook angstreductie en kennis van de tandartspraktijk. Acties moeten op een laagdrempelige manier aangeboden worden. Je bereikt meer als je naar mensen toegaat (vindplaatsgericht) en als je focust op oplossingen en de mogelijkheden van mensen (krachtgericht).

Het werken in groep heeft grote voordelen, mensen stimuleren elkaar zowel tijdens de sessies als erna. Een reeks van meerdere interactieve sessies (herhaling) met een 15-tal mensen die elkaar al een beetje kennen is ideaal. Daarnaast hebben sommige mensen wel een individuele aanpak nodig: niet iedereen voelt zich even goed op z'n gemak in groep en bepaalde informatie wordt best afgestemd op de individuele situatie.

De tandarts speelt een grote rol bij de preventie. De aanwezigheid van een tandarts bij groepssessies is een enorme meerwaarde. De kennis en vaardigheden die mensen opdoen in de groepssessies wordt versterkt door het advies in de tandartspraktijk.

Bij preventieve tandzorg wordt er vaak gefocust op kinderen. Er zijn echter ook heel wat volwassenen die onvoldoende kennis en vaardigheden hebben om voor een gezonde mond te zorgen.

Momenteel is gezondheidspromotie op het vlak van mondzorg niet ingebed in het Vlaamse preventiedecreet. Als dat wel zo zou zijn, zouden er op grote schaal acties kunnen voorzien worden door o.a. de Logo's.

In hoofdstuk 7. p. 61, vind je materialen die je voor groepssessies kan gebruiken. In hoofdstuk 4.1. p. 19, vind je gedetailleerde informatie over de activiteiten in dit pilootproject.

6.3.2. Koppeling preventie en zorg



Maak de link tussen preventie en zorg. Het één werkt niet zonder het ander.

Mensen zijn meer gemotiveerd om hun mondhygiëne te verbeteren na een preventie-activiteit als ze het vooruitzicht hebben op goede en toegankelijke zorg. Het effect van preventieboodschappen is kleiner als er geen koppeling is aan preventieve en curatieve behandelingen in het tandarts kabinet.

Zonder een goede mondhygiëne gaan de effecten van curatieve zorg snel weer verloren. Een tandartsbehandeling verloopt ook veel vlotter als mensen zelf goed voor hun mond zorgen.

Als je de mondgezondheid van mensen in armoede op lange termijn wilt veranderen, moet je dus de drempels tot zelfzorg en tot curatieve zorg gelijktijdig aanpakken.

6.3.3. Toegankelijkheid van de zorg



Zet in op de toepassing van de regeling derde betaler.

Het aanpakken van de financiële drempels tot tandzorg is cruciaal om de toegankelijkheid van de zorg te voorzien. Patiënten in een kwetsbare situatie kunnen de kosten bij de tandarts niet voorschieten. In dit project werkten we een systeem uit waarbij zowel de organisatie, de patiënt als de tandarts inspanningen deden om de financiële drempels weg te nemen en de betalingen vlot te laten verlopen.

Dit systeem was gebaseerd op de regeling derde betaler, waar enkele aanpassingen aan werden gemaakt. Voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming kan dit systeem blijvend gebruikt worden. Voor hen is er 0 euro remgeld voor de meeste behandelingen⁴¹. De tandarts krijgt dus via de regeling derde betaler bijna altijd het volledige conventiehonoraarium betaald door het ziekenfonds.

De tandarts heeft hiervoor informatie nodig over de behandelingsgeschiedenis, omdat enkele behandelingen slechts eenmaal per jaar of per twee jaar terugbetaald worden⁴². Bij gebrek aan een elektronisch systeem waarmee de tandarts de behandelingsgeschiedenis eenvoudig kan nagaan, voorzagen we in het project een document aan de hand waarvan de organisatie dit opvroeg. Dit instrument zal in de toekomst beschikbaar blijven (zie hfst. 7. p. 61).

Tandartsen die de regeling derde betaler nog nooit toepasten, hebben even tijd nodig om aan de procedures te wennen. De weerstand tegen de regeling was aanvankelijk groot. Ondersteuning in de vorm van een adres voor technische en andere vragen, een ‘helpdesk’, is nodig. In het pilotproject werd dit geboden door de projectmedewerker, in de toekomst zijn instanties met meer expertise en een groter bereik beter geschikt, zoals tandartsenverenigingen of ziekenfondsen.

Het indienen van de getuigschriften bij het ziekenfonds en het controleren van de betalingen zorgt voor extra administratie. Van zodra tandartsen daaraan gewend zijn, is deze administratieve last niet groter dan bij uitgestelde betalingen. In tegenstelling tot uitgestelde betalingen biedt de regeling derde betaler wel een volledige betaalgarantie (conventietarief). Vanuit de ervaringen die we opdeden in dit pilotproject, ontwikkelden we een stappenplan voor tandartsen om hen te ondersteunen bij de toepassing van de regeling derde betaler (zie hfst. 7. p. 61).

⁴¹ Uitzonderingen hierop zijn radiografieën (OPG, extra intrabuccale Rx), extracties (tussen 18 en 53 jaar volledig zelf te betalen), tandsteenverwijdering bij gebrek aan een tandartsbezoek het voorbije jaar (50%), prothesewerk en orthodontie. Vanaf 2017 komt er een (zeer) klein remgeld bij als patiënten met verhoogde tegemoetkoming de voorbije jaren niet naar de tandarts gingen.

⁴² OPG (speciale radiografie) tweejaarlijks terugbetaald, algemeen jaarlijks mondonderzoek en DPSI (meting paradontitis) eenmaal per jaar terugbetaald.

De regeling derde betaler blijft voor veel tandartsen problematisch. De betaaltermijn is een struikelblok en moet verminderen. Een elektronisch systeem, zoals dit voor huisartsen reeds ontwikkeld werd, zou de administratieve last volledig kunnen wegnemen en een definitieve oplossing bieden voor de behandelingsgeschiedenis.

Tandartsenverenigingen kunnen hun leden stimuleren om de regeling derde betaler toe te passen en hen hierbij ondersteunen, zodat de knelpunten, in afwachting van een elektronisch systeem, aangepakt kunnen worden.

De regeling derde betaler is eenvoudig toepasbaar voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming. Heel wat mensen met betalingsmoeilijkheden bij de tandarts vallen echter buiten dit statuut. Een aantal van hen kan misschien via één van de andere categorieën in aanmerking komen⁴³, maar dat was in dit project niet voor iedereen het geval. Voorbeelden zijn mensen die door schuldbemiddeling of budgetbeheer slechts een zeer klein bestedingsbudget hebben of mensen die een inkomen hebben dat net boven de grens valt. Het uitstellen van tandzorgen, omwille van het niet kunnen voorschieten, is ook hier een groot probleem. Daarbovenop hebben zij ook hogere remgelden.

Daarnaast blijft ook de automatische toegang tot een financiële regeling moeilijk. De regeling derde betaler is in veel gevallen een gunst waar patiënten voor moeten pleiten. Dit zorgt voor heel wat onzekerheid bij mensen in armoede en is zo een grote bijkomende drempel⁴⁴.



Voorzie een zorgbudget voor de eerste grote herstelbehandelingen.

Bij mensen wiens mond lang verwaarloosd werd, is er vaak heel wat werk om dat in orde te brengen. Het is pas wanneer deze eerste problemen opgelost zijn, dat je mensen op langere termijn in gang kan zetten. Deze eerste zorgen brengen heel wat extra, niet terugbetaalde kosten met zich mee. Hiervoor is dan ook een extra zorgbudget noodzakelijk. Als mensen weer een gezonde mond hebben, is dit ondersteunende budget minder nodig. Voor veel mensen blijft opvolging wel nodig om de inspanningen voor een gezonde mond vol te houden. Anders riskeer je na een aantal jaren opnieuw zware behandelingen te moeten starten.

In hoofdstuk 4.4, pagina 33, vind je, als voorbeeld, het kostenplaatje uit dit project terug. De grootste extra kost ligt bij extracties en remgelden voor mensen zonder verhoogde tegemoetkoming. Een probleem hierbij zijn de leeftijdscategorieën: het trekken van een tand (extractie) en een prothese (valse tanden) worden niet terugbetaald bij volwassen patiënten van respectievelijk jonger dan 53 en 50 jaar⁴⁵. In de toekomst moet er gezocht

⁴³ Voorbeelden van andere categorieën zijn: mensen die reeds 6 maanden volledig werkloos zijn, mensen met een chronische aandoening, gezinnen met een verhoogde kinderbijslag, ...

⁴⁴ De invoering van een veralgemeende verplichte regeling derde betaler is voor het Verbond der Vlaamse Tandartsen niet wenselijk. Omwille van de budgettaire impact, het frauderisico en de administratieve knelpunten pleiten zij voor een vrijwillige toepassing van de regeling.

⁴⁵ Van de 33 deelnemers die tanden lieten trekken waren slechts 9 deelnemers ouder dan 53 jaar. Van de 17 deelnemers die een nieuwe prothese nodig hadden, waren 10 deelnemers 50 jaar of ouder bij het einde van het project.

worden naar manieren waarop deze noodzakelijke zorgen voor kwetsbare patiënten wel terugbetaald kunnen worden. De vrees voor de financiële impact van tanden die getrokken moeten worden weerhoudt heel wat mensen ervan naar de tandarts te gaan.



Zet in op het verbreden van kennis over armoede bij tandartsen, om zo ook andere drempels tot de zorg aan te pakken.

De financiële drempels zijn echter lang niet de enige drempels voor mensen in armoede. Er zijn heel wat praktische en emotionele drempels die we in dit project aanpakten door de ondersteuning van de armoedeorganisaties en door de betrokkenheid en vorming van tandartsen.

We merkten dat een uitgebreide eerste afspraak met een duidelijke behandelplanning helpt bij het maken van financiële afspraken, het verminderen van angst en onzekerheid bij de patiënt, het versterken van het vertrouwen tussen tandarts en patiënt en het bevorderen van de behandelingstrouw. Wanneer de tandarts de tijd nam voor advies en preventie verliepen de behandeltrajecten doorgaans beter.

Tandartsen kwamen via vormingen, uitwisselingsmomenten en de behandelingstrajecten in contact met de leefsituatie van mensen in armoede. Ze begrepen het belang van de financiële regelingen en kregen meer begrip voor de drempels waar mensen mee kampen bij de toegang tot tandzorg.

Met dit project bereikten we slechts een beperkt aantal tandartsen. Om de tandzorg voor mensen in armoede op lange termijn te garanderen, moet er naast het werken aan preventie en attitudes bij de doelgroep ook gewerkt worden aan de verbreding van de kennis over armoede bij tandartsen.

6.3.4. Belang van armoedeorganisaties



Werk samen met armoedeorganisaties om mondgezondheid bij mensen in armoede te verbeteren.

We bereikten onze deelnemers door sessies te organiseren in organisaties waar zij op hun gemak zijn. Deze organisaties waren eveneens essentieel voor de ondersteuning bij de doorverwijzing naar de tandarts. Mensen in armoede hebben nood aan een vertrouwenspersoon waar ze terecht kunnen met vragen over tandzorg, het tandartsbezoek, financiële beslommeringen en angsten. Deze persoon kan hen waar nodig ook helpen bij de afsprakenplanning of meegaan naar het kabinet. Hoewel niet alle deelnemers evenveel ondersteuning nodig hadden, was het effect van het in groep deelnemen aan het project en de mogelijkheid om vragen te stellen aan de begeleiders, niet te onderschatten.

Door via organisaties te werken, met gemotiveerde tandartsen, creëer je een veilige context waarin mensen hun mondgezondheid kunnen verbeteren. Hierbij is maatwerk en

laagdrempeligheid essentieel. Mensen in kansarmoede en armoedeorganisaties zijn enorm divers, er is niet één standaardmethodiek die overal werkt. De expertise van de begeleiders is essentieel om mensen te bereiken. Ondersteunende materialen (zie hfst. 7 p. 61) kunnen de begeleiders hierbij helpen.

Er zijn echter ook heel wat mensen in kansarmoede die niet verbonden zijn aan een organisatie, maar die wel nood hebben aan preventieve en curatieve zorg. Daarnaast is het niet voor alle organisaties haalbaar om een uitgebreid preventietraject en individuele begeleiding te organiseren. Een externe projectmedewerker, stadsdienst of gezondheidsinstantie is essentieel om organisaties te ondersteunen en ook de moeilijker te benaderen doelgroepen te bereiken.

6.3.5. Dialoog tussen betrokkenen



Om de mondgezondheid voor mensen in armoede structureel aan te pakken, moet er een brede dialoog zijn tussen tandartsen, ziekenfondsen, (lokale) besturen, armoedeorganisaties en mensen in armoede.

Dit project groeide uit een intensief overleg tussen armoedeorganisaties, tandartsen en stadsdiensten. Tijdens het project werden er enkele uitwisselingsmomenten georganiseerd tussen tandartsen, begeleiders en deelnemers. De dialoog tussen deze betrokkenen en hun motivatie om hun schouders onder het project te zetten was essentieel om het te doen slagen.

Het verwerven van inzicht in elkaars achtergrondsituatie en drempels is nodig om tot een gedragen project te komen en op lange termijn veranderingsprocessen in gang te zetten. Het project krijgt meer slaagkansen, maar ook de individuele betrokkenen (tandartsen, begeleiders, mensen in armoede) hebben baat bij uitwisseling. Een groter begrip voor elkaar zorgt ervoor dat iedereen zijn inspanningen met meer plezier en langer volhoudt.

In dit project was er heel wat overleg op lokaal niveau, deze dialoog moeten we ook verder zetten op Vlaams en federaal niveau. Een versnippering van de kennis en inzichten is nefast voor de zoektocht naar structurele oplossingen. Hierbij is de vertegenwoordiging van mensen in armoede in het overleg over de toekomst van onze mondgezondheidszorg essentieel. De beheersovereenkomst met de Vlaamse overheid over preventieve mondzorg is hierbij één van de pistes.

6.4. Aanbevelingen voor armoedeorganisaties

Maak de koppeling tussen preventie en zorg! Organiseer preventie-activiteiten en voorzie de mogelijkheid om door te verwijzen naar de tandarts.

Leg contact met de tandartsen in je buurt en overleg hoe je een tandzorgproject het best kan organiseren. Je kan de tandartsen bereiken via lokale studieclubs, via de beroepsverenigingen of individueel (in kleinere gemeentes).

Leg contact met de ziekenfondsen in de buurt. Zij spelen een belangrijke rol bij de technische ondersteuning van organisaties en tandartsen. Daarnaast hebben ze vaak ook al heel wat in huis rond preventie.

Tips voor preventie-acties:

- Organiseer sessies in een vertrouwde setting
- Laat mensen hun verhaal doen, maak de sessies interactief
- Werk krachtgericht: focus op oplossingen en mogelijkheden van mensen
- Leg een link naar tandartsbezoeken en benadruk de jaarlijkse controle
- Nodig een tandarts uit
- In hoofdstuk 4.1, pagina 19, vind je concretere informatie over hoe wij bij ‘Laat je tanden zien’ de preventie-acties organiseerden en welke boodschappen wij gebruikten
- Je kan materiaal ontlene via Logo Antwerpen vzw (zie hfst. 7. p. 61)

Tips voor doorverwijzing naar de tandarts: ondersteuning van de deelnemers

- Bespreek angsten, laat mensen hun ervaringen bij de tandarts delen en wees beschikbaar voor vragen
- Volg waar nodig de planning van de afspraken op. Voorzie een mogelijkheid voor begeleiding in het tandartskabinet
- Bespreek het project met de tandartsen en zorg voor een aanspreekpunt. Voorzie de mogelijkheid voor tandartsen om de leefwereld van mensen in armoede te leren kennen
- In hoofdstuk 4.2, pagina 24, vind je concrete informatie over hoe de doorverwijzing bij ‘Laat je tanden zien’ verliep en welke noden de deelnemers hadden

Tips voor doorverwijzing naar de tandarts: financieel

- Zorg dat mensen de rechten die ze hebben, kunnen gebruiken: bekijk of ze in orde zijn met de verplichte ziekteverzekering, recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, ...
- Voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming:
 - Bespreek de regeling derde betaler met de tandartsen
 - Vraag de behandelingsgeschiedenis op
 - Maak duidelijke afspraken over niet terugbetaalde kosten zoals tanden trekken, remgelden enz. Zoek hiervoor eventueel extra budget
- Voor mensen met een verplichte ziekteverzekering en zonder verhoogde tegemoetkoming: bekijk op voorhand hoe je de financiële drempel kan wegnemen.

- Wat zijn de mogelijkheden voor uitgestelde betaling? Met factuur via OCMW of een andere dienst? Met factuur aan de patiënt? Wie volgt dit op?
- Maak duidelijke afspraken over niet terugbetaalde kosten
- Voor mensen zonder ziekteverzekering: informeer bij je OCMW hoe dit geregeld is en wat de verschillende mogelijkheden zijn
- Op de website van Logo Antwerpen kan je een stappenplan voor doorverwijzing naar de tandarts downloaden (zie hfst. 7. p. 61)

Nuttige adressen:

Logo Antwerpen vzw:

- <http://logoantwerpen.be/content/laat-je-tanden-zien>
- info@logoantwerpen.be, 03/605.15.82

Tandartsen:

- Beroepsverenigingen: www.vvt.be; www.vbt.be
- Individuele tandartsen: www.mijntandarts.be; websites ziekenfondsen (zoekfunctie zorgverleners)

Ziekenfondsen:

- www.devoorzorg.be, neem contact op met de ziekenfondsadviseurs
- www.cm.be
- www.lm.be
- www.vnz.be
- www.oz.be

6.5. Aanbevelingen voor tandartsen

Maak een duidelijke planning met de patiënt.

- Investeer in een uitgebreide eerste afspraak met preventie-informatie en een planning
- Patiënten houden de behandeling beter vol als ze weten welke zorgen ze nodig hebben, hoe lang het zal duren, hoeveel afspraken ze nodig hebben en wat het prijskaartje zal zijn
- Een goede planning bevordert de vertrouwensrelatie en maakt het eenvoudiger om financiële afspraken te maken (zeker voor patiënten zonder verhoogde tegemoetkoming)
- Bij Logo Antwerpen vind je een behandelkaartje dat je hierbij kan ondersteunen (zie hfst. 7. p. 61)

Werk positief en krachtgericht. Mensen hebben zelf vaak een heel pessimistisch beeld van hun mond en schamen zich hiervoor, focus op de goede aspecten en de oplossingen.

Blijf inzetten op preventie in je praktijk.

- Bekijk of er bij jou in de buurt groepsactiviteiten rond tandzorg georganiseerd worden. Bij heel wat lokale organisaties en (gemeente)besturen staat tandzorg hoog op de agenda
- Op de website van Logo Antwerpen zijn materialen voor preventieactiviteiten met groepen verkrijgbaar (zie hfst. 7. p. 61)

Organiseer met de studieclub of peer review-groep een sessie over patiënten in armoede: over hun leefsituatie alsook over de praktische regelingen voor mensen met verschillende statuten.

Voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming is de regeling derde betaler de beste optie om betaalbaarheid te hebben.

- Voor bijna alle behandelingen krijg je het volledige conventiehonoraarium betaald door het ziekenfonds⁴⁶
- Het is niet meer administratie dan een uitgestelde betaling per factuur aan een OCMW of andere dienst
- Voor patiënten die geen verhoogde tegemoetkoming hebben, niet in aanmerking komen voor de regeling derde betaler en niet kunnen voorschieten, blijft de uitgestelde betaling of werken met een factuur de enige optie
- Op de website van Logo Antwerpen kan je een stappenplan downloaden als ondersteuning bij de regeling derde betaler (zie hfst. 7. p. 61)

Nuttige adressen:

- Logo Antwerpen vzw:
<http://logoantwerpen.be/content/laat-je-tanden-zien>
info@logoantwerpen.be, 03/605.15.82
- Technische vragen over nomenclatuur en derde betaler (VVT leden):
andre.mestrum@tandarts.be
- In het stappenplan voor tandartsen, te downloaden via de website van Logo Antwerpen, vind je de contactgegevens van de bevoegde diensten bij de ziekenfondsen

⁴⁶ Uitzonderingen hierop zijn radiografieën (OPG, extra intrabuccale Rx), extracties (tussen 18 en 53 jaar volledig zelf te betalen), tandsteenverwijdering bij gebrek aan tandartsbezoek het voorbije jaar (50%), prothesewerk en orthodontie. Vanaf 2017 komt er een (zeer) klein remgeld bij als patiënten met verhoogde tegemoetkoming de voorbije jaren niet naar de tandarts gingen.

7 Beschikbare materialen

Logo Antwerpen vzw stelt verbeterde versies van de materialen uit het pilootproject ter beschikking. Via de website, <http://logoantwerpen.be/content/laat-je-tanden-zien> kan je onderstaande materialen bekomen:

- Powerpoint ‘Laat je tanden zien’
 - Infosessies voor volwassenen
 - Verschillende modules met een uitgebreide leidraad met inhoudelijke achtergrond en tips (o.a. over angst)
- Het grote tandenspel
 - Ganzenbord met quizvragen en doe-opdrachten, zowel basiskennis als interessante extra kennis
 - Doelgroep: kinderen (6-12j) en volwassenen
- Stappenplan doorverwijzing naar de tandarts
 - Stappenplan om mensen door te verwijzen naar de tandarts, voor mensen met een geldige ziekteverzekering
 - Inclusief vragenlijst voor het ziekenfonds en een behandelkaartje om een goede planning op te stellen samen met de tandarts
- Stappenplan voor de tandarts
 - Stappenplan voor de tandarts om de regeling derde betaler toe te passen
 - Inclusief behandelkaartje en een verzamelstaat om de getuigschriften in te dienen



Elders in Vlaanderen:

Naast de materialen bij Logo Antwerpen zijn er elders in Vlaanderen heel wat opties.

In Gent en omstreken:

- De stad Gent heeft op haar website materialen staan:
 - <https://gezonde.stad.gent/gezondheidszorg/wegwijs-gezondheidszorg/tandarts>
 - <https://gezonde.stad.gent/project/maand-van-de-tand>
- Daarnaast kan je bij de wijkgezondheidscentra (WGC) van Gent ook heel wat preventiematerialen ontlenu, zoals een tandenkoffer, het grote tandenspel, ...
 - <http://www.wgcbbrugsepoort.be/uitleenmateriaal/>
- De stuurgroep tandzorg in Gent ontwikkelde eveneens een folder met alle verschillende betalingsmogelijkheden voor tandartsen in de regio Gent
 - vraag het aan via de WGC, de vakgroep maatschappelijke tandheelkunde Ugent of de stad Gent

Vlaams:

- Op <http://glimlachen.be/> vind je heel wat materialen voor scholen en kinderen

- Op de pagina van de VWGT en de VVT vind je adviezen over mondhygiëne, voeding, roken <http://www.tandarts.be/preventie-in-de-tandheelkunde/adviezen-van-het-vvt>

Ziekenfondsen:

- In West-Vlaanderen voorziet de Bond Moyson heel wat materialen voor verschillende doelgroepen: <http://www.kiezenvoorjetanden.be/>
- Op <http://www.cm.be/tandzorg/index.jsp> vind je ook adviezen voor een gezonde mond

Bijkomende materialen:

Er zijn al heel wat materialen ter beschikking. Er zijn echter nog lacunes:

De infosessie aan de hand van een presentatie vergt heel wat voorbereidend werk en werkt het best met een externe lesgever. Een meer eenvoudige methodiek om groepsgesprekken te voeren of om individuele begeleiding te doen zou handig zijn. Visuele praatplaten over de basisboodschappen kunnen hiervoor ontwikkeld worden.

Er zou in de regio Antwerpen ook gewerkt kunnen worden aan een folder met informatie over betalingsmogelijkheden voor verschillende patiënten. Dit verschilt van regio tot regio, afhankelijk van het OCMW-beleid. In Gent en Leuven werd reeds een dergelijke folder ontwikkeld.

De prijzen bij de tandarts zijn redelijk complex. De prijzen (conventietarieven) verschillen naargelang de behandeling, de leeftijd en het statuut van mensen. Een overzichtelijke weergave van deze prijzen, zodat mensen weten wat ze kunnen verwachten, kan de drempels voor patiënten verlagen.

logo^{ANT}
GEZONDHEID
TROEF

