

# TOEGANKELIJKE MONDZORG IN OPLEIDINGSKLINIEK AKMA PRESIKHAAF\_

Dr. Vanessa Hollaar  
Dr. Debra Trampe  
Renee Jenniskens, MSc  
Harriët Onderstal, MA  
Daphne Hachmang, MA

4 april 2024

## VOORWOORD

In dit rapport presenteren we met plezier de aanpak en opbrengsten van het project 'Toegankelijke mondzorg in opleidingskliniek AKMA Presikhaaf'. We hopen dat het anderen inspireert om vanuit verschillende domeinen samen te werken aan brede welvaart: het verkleinen van gezondheidsverschillen en kansenongelijkheid, het aanpakken van klimaatproblemen, het vergroten van sociale cohesie, en alle andere thema's die raken aan brede welvaart.

Ons onderzoeksteam oversteege verschillende domeinen. Praktijkgerichte onderzoekers uit de mondzorg werkten samen met collega's uit het economisch domein. Daarnaast bestond het team uit studenten van de HAN Talent Academy. Deze studenten volgen verschillende opleidingen, van Bedrijfskunde tot Bouwkunde, en van Toegepaste Psychologie tot Financial Control. Deze interdisciplinaire samenwerking was een cruciaal ingrediënt in het succes van het project. Het zorgde voor een brede blik op het thema, en voor frisse invalshoeken.

Naast dat de domein overstijgende samenwerking goed was voor de kwaliteit van het project, was het ook heel leuk en leerzaam. Bij deze bedanken we alle Talent Academy studenten voor hun inzet, enthousiasme en kritische blik: Bibi Aartsen, Tess Bakker, Maud Bedijn, Maarten van der Boor, Tess van Burgstede, Avinash Demmers, Gerjan van Donselaar, Ilse van Eek, Niels Jansen, Olav de Kinderen, Emma van Mil, Janneke Pouw, Stan Vlietstra, Mirthe de Vries, Donna Wessels, Esmay Zevenberg, Jeroen Zijderveld en Amber Zwartjes.

Het HAN zwaartepunt Fair Health, en in het bijzonder het themateam Toegankelijke Informatie en Voorzieningen bedanken we voor de financiële bijdrage aan het project. Daarnaast bedanken we alle wijkpartners in Presikhaaf die hun tijd en energie beschikbaar hebben gesteld aan het huidige project. In het bijzonder zijn we Nabila Zinad dankbaar voor haar enthousiasme voor dit project en de toegang tot haar (grote!) netwerk. Ook de patiënten, medewerkers en studenten van de AKMA zijn we dankbaar voor de waardevolle gesprekken die we in de kliniek met hen mochten voeren. Ook de betrokkenheid van Ingrid Schinkel-Vries waarderen we zeer. Ten slotte zijn we heel dankbaar voor de gesprekken die we gevoerd hebben met de bewoners van Presikhaaf. Dit onderzoek zou een stuk minder waarde hebben zonder hun input.

Rest ons om u veel leesplezier en inspiratie te wensen!



V.l.n.r.: Harriët Onderstal, Debra Trampe, Renee Jenniskens, Vanessa Hollaar, Daphne Hachmang

## INHOUDSOPGAVE

TOEGANKELIJKE MONDZORG IN OPLEIDINGSKLINIEK AKMA PRESIKHAAF .....	1
<b>VOORWOORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>6</b>
<b>1 INLEIDING</b> .....	<b>7</b>
1.1 Toegang tot mondzorg – AKMA opleidingskliniek HAN-Campus Arnhem .....	7
<b>2 THEORETISCH KADER</b> .....	<b>8</b>
2.1 Verschil in toegankelijkheid mondzorg .....	8
2.2 Toegang tot (mond)zorg .....	9
2.3 Onderzoeksvragen .....	10
<b>3 INTERVIEWS MET MAATSCHAPPELIJKE EN ZORGPROFESSIONALS PRESIKHAAF</b> .....	<b>11</b>
3.1 Methode .....	11
3.2 Resultaten .....	11
3.2.1 Subvraag 1: Welke doelgroepen zijn er in Presikhaaf en op welke aspecten zijn ze te onderscheiden? .....	11
3.2.2 Subvraag 2: Hoe staan bewoners van Presikhaaf tegenover gezondheid? .....	12
3.2.3 Subvraag 4: Wensen en belemmeringen met betrekking tot mondzorg .....	14
3.2.4 Subvraag 5: Customer journey huidige AKMA-patiënten .....	16
3.2.5 Subvraag 6: Beeld bij de AKMA .....	17
3.3 Conclusie interviews met maatschappelijke en zorgprofessionals .....	19
<b>4 INTERVIEWS BINNEN DE AKMA</b> .....	<b>20</b>
4.1 Methode .....	20
4.2 Resultaten .....	20
4.2.1 Patiënten .....	20
4.2.2 Studenten .....	21
4.2.3 Medewerkers .....	22
4.3 Conclusies interviews binnen AKMA .....	22
<b>5 ONDERZOEK ONDER BEWONERS PRESIKHAAF</b> .....	<b>23</b>
5.1 Methode .....	23
5.1.1 Procedure .....	23
5.1.2 Vragenlijst .....	24
5.2 Resultaten .....	24

5.2.1	Subvraag 1: respondenten .....	24
5.2.2	Subvraag 2: gezondheid.....	26
5.2.3	Subvraag 3: mondgezondheid.....	27
5.2.4	Subvraag 4: wensen en belemmeringen m.b.t. mondzorg.....	30
5.2.5	Subvraag 5: customer journey.....	31
5.2.6	Subvraag 6: AKMA .....	32
5.3	Conclusie onderzoek onder bewoners Presikhaaf .....	35
<b>6</b>	<b>VINDBAARHEID AKMA .....</b>	<b>36</b>
6.1	Methode .....	36
6.2	Resultaten .....	36
6.2.1	Online vindbaarheid.....	36
6.2.2	Fysieke vindbaarheid op de campus .....	37
6.2.3	Fysieke vindbaarheid in het gebouw .....	38
6.3	Conclusie vindbaarheid AKMA .....	39
<b>7</b>	<b>CONCLUSIES .....</b>	<b>40</b>
7.1	Beantwoorden van hoofdvraag en subvragen .....	40
7.1.1	Subvraag 1: welke doelgroepen zijn er in Presikhaaf, en hoe zijn ze te onderscheiden? .....	40
7.1.2	Subvraag 2: hoe staan bewoners tegenover gezondheid? .....	41
7.1.3	Subvraag 3: hoe staan bewoners tegenover mondgezondheid? .....	41
7.1.4	Subvraag 4: welke wensen en belemmeringen over mondzorg hebben bewoners? .....	42
7.1.5	Subvraag 5: huidige patiënten AKMA en hun customer journey .....	42
7.1.6	Subvraag 6: welke beeld hebben bewoners van AKMA en mondzorg? .....	42
7.1.7	Hoofdvraag: hoe kan de opleidingskliniek AKMA toegankelijk zijn voor alle inwoners van Presikhaaf? .....	43
7.2	Integratie van resultaten met Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang .....	43
7.3	Beperkingen van het onderzoek .....	44
<b>8</b>	<b>ADVIES .....</b>	<b>45</b>
8.1	Bouwen aan vertrouwen .....	46
8.1.1	Een meer sensitieve werkwijze te ontwikkelen waarbij aandacht is voor de financiële situatie en culturele achtergrond van de patiënt.....	46
8.1.2	Processen persoonlijker maken en waar mogelijk tevens personaliseren door aan te passen op de specifieke context en situatie van een patiënt .....	47
8.2	Bekendheid & vindbaarheid van de AKMA.....	47
8.3	Nauwere samenwerking met wijkprofessionals in aanpak gezondheid (en gezondheidsverschillen).....	48
8.3.1	Betaalbaarheid.....	48

<b>9</b>	<b>REFERENTIES .....</b>	<b>50</b>
<b>10</b>	<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>51</b>
10.1	Bijlage 1 Interviewleidraad expertinterviews (hoofdstuk 3).....	51
10.2	Bijlage 2 Vragenlijst bewonersonderzoek (hoofdstuk 5).....	53
10.3	Bijlage 3 Aanpak vindbaarheidsonderzoek (hoofdstuk 6) .....	58

## **SAMENVATTING**

De toegang tot mondzorg is niet voor iedereen gelijk: mensen met een lagere sociaaleconomische status (SES) ontvangen volgens het CBS (2022) minder mondzorg dan mensen met een hogere SES. De Academische Kliniek voor Mondzorg Arnhem (AKMA) wil graag bijdragen aan het vergroten van de mondzorg voor mensen met een kwetsbare positie in de maatschappij. De AKMA is gevestigd in de Arnhemse wijk Presikhaaf, een multiculturele wijk met een lage SES. Het is de gezamenlijke opleidingskliniek van de opleiding Tandheelkunde van het Radboud UMC en de opleiding Mondzorgkunde van de HAN University of Applied Sciences. In deze opleidingskliniek worden patiënten tegen gereduceerd tarief behandeld door studenten, onder begeleiding van docenten van beide opleidingen. Naast bijdragen aan toegankelijke mondzorg wil de AKMA ook graag haar patiëntenbestand vergroten en verbreden. De bewoners van Presikhaaf weten de opleidingskliniek echter onvoldoende te vinden. De vraag hoe de opleidingskliniek de toegankelijkheid van mondzorg in Presikhaaf kan vergroten stond centraal in dit onderzoek.

Om deze vraag te beantwoorden is meer inzicht in de wijkbewoners nodig. We hebben daarom tien verschillende maatschappelijke en zorgprofessionals geïnterviewd van acht verschillende organisaties. Ook hebben we een enquête afgenomen onder bewoners van Presikhaaf. Daarnaast hebben we patiënten, medewerkers en studenten van de AKMA geïnterviewd. Ten slotte hebben we de fysieke en online vindbaarheid van de opleidingskliniek onderzocht.

Uit de onderzoeken blijkt dat de wijk Presikhaaf kent een grote diversiteit aan inwoners kent. Er zijn veel verschillende culturele achtergronden en bijbehorende ideeën en gewoonten over (mond)gezondheid. De wijk heeft een lage sociaal-economische status. De problemen die bewoners ervaren hangen daar grotendeels mee samen: wantrouwen tegen instanties, financiële zorgen en armoede, stress, schaamte, problemen met (mond)gezondheid. Mondzorg wordt vaak gezien als iets curatiefs in plaats van iets preventiefs. Daarnaast spelen financiële overwegingen een rol bij bewoners die niet (regelmatig) naar de tandarts of mondhygiënist gaan. Huidige patiënten van de AKMA zijn positief over de opleidingskliniek, maar de bekendheid onder bewoners en professionals is beperkt. Maar wanneer het concept van de AKMA uitgelegd wordt, reageren zowel bewoners als professionals positief. Er lijkt potentie te zijn voor de AKMA om mondzorg toegankelijker te maken. We adviseren de AKMA te werken aan de bekendheid en vindbaarheid. Vanwege het wantrouwen tegen instanties adviseren we de AKMA ook om te werken aan vertrouwen onder bewoners en professionals, en te investeren in de onderlinge samenwerking tussen professionals, zodat zij bewoners 'warm' kunnen overdragen. Een laatste advies gaat over het aanscherpen van de werkwijze, door aandacht te hebben voor de culturele en financiële achtergrond van patiënten, en om behandelingen (verder) te personaliseren.

## **1 INLEIDING**

### **1.1 Toegang tot mondzorg – AKMA opleidingskliniek HAN-Campus Arnhem**

AKMA is een gezamenlijke opleidingskliniek van de Opleiding Tandheelkunde van het Radboud UMC en de HAN-opleiding Mondzorgkunde in Arnhem (Radboud UMC, z.d.). AKMA is gevestigd op de HAN-campus (Ruitenberglaan 26) in de Arnhemse wijk Presikhaaf. In deze opleidingskliniek worden patiënten uit de omgeving behandeld door studenten Mondzorgkunde en Tandheelkunde onder begeleiding van docenten van beide opleidingen. Patiënten worden tegen gereduceerd tarief behandeld en de behandelingen voor kinderen zijn gratis, vanwege een vergoeding vanuit basisverzekering.

AKMA wil toegankelijk zijn voor iedereen. Met speciale aandacht voor mensen met een kwetsbare positie in de maatschappij, zoals mensen die leven in armoede, nieuwkomers, kinderen, ouderen en kwetsbare groepen in de wijk Presikhaaf. Dat lijkt nu onvoldoende te lukken. Tevens is het patiëntaanbod te klein in deze opleidingskliniek om de studenten van beide opleidingen te kunnen opleiden (patiënten tekort) met ruime patiëntervaring. Het lijkt erop dat de bewoners uit en rondom de wijk Presikhaaf en HAN-studenten de kliniek niet weten te vinden, en dat AKMA onvoldoende toegankelijk voor alle wijkbewoners en burgers is.

Om toegankelijker te worden en een grotere diversiteit aan patiënten te verkrijgen, is het belangrijk om de wensen, (zorg)behoeften en mogelijke belemmeringen van de bewoners met betrekking tot mondzorg in kaart te brengen. Daarnaast is het essentieel om bij zorg- en welzijnsprofessionals te achterhalen wat volgens hen de belangrijkste (mond)gezondheidsproblemen zijn bij wijkbewoners en welke drempels wijkbewoners ervaren in de toegang tot mondzorg.

## 2 THEORETISCH KADER

### 2.1 Verschil in toegankelijkheid mondzorg

Verschillen in toegankelijkheid van de eerstelijnszorg kunnen bijdragen aan een toenemende ongelijkheid en een toename van zorgkosten (Shen & Listl, 2018). Vanuit de basisverzekering worden huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg vergoed en lijken hierdoor laagdrempeliger toegankelijk voor de burger (Mettes et al, 2020). De toegankelijkheid tot de mondzorg daarentegen is ongelijk, met name voor mensen met een laag sociaaleconomisch profiel (Peres et al., 2019).

Deze ongelijke toegang wordt vermoedelijk onder andere veroorzaakt en versterkt doordat de kosten voor mondzorg voor volwassenen niet worden vergoed vanuit de basisverzekering en slechts gedeeltelijk via een aanvullende verzekering. Dit heeft een negatieve invloed op de toegankelijkheid van de mondzorg, zo blijkt uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) met betrekking tot het jaarlijkse tandartsbezoek. Uit cijfers van het CBS bleek daarnaast dat mensen met lagere inkomens in 2020/2021 minder vaak naar de tandarts gingen ongeacht verzekering. Van de mensen met een aanvullende tandartsverzekering gingen degenen met een lager inkomen (82%) minder vaak naar de tandarts dan de hogere inkomens (89%).

Ook bij de volwassenen zonder aanvullende verzekering was hetzelfde verband tussen hoogte van het inkomen en frequentie van tandartsbezoeken zichtbaar. Daar was het verschil zelfs groter: onder de lagere inkomens ging 52% in 2020/2021 tenminste eenmaal naar de tandarts, onder de hogere inkomens was dit 73%. Niet alleen waren de bezoeken minder onder deze groep, ook de (gepercipieerde) mondgezondheid was minder onder volwassenen met een lager inkomen: zij waren minder vaak positief over de gezondheid van hun tanden en tandvlees dan mensen met een hoger inkomen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022).

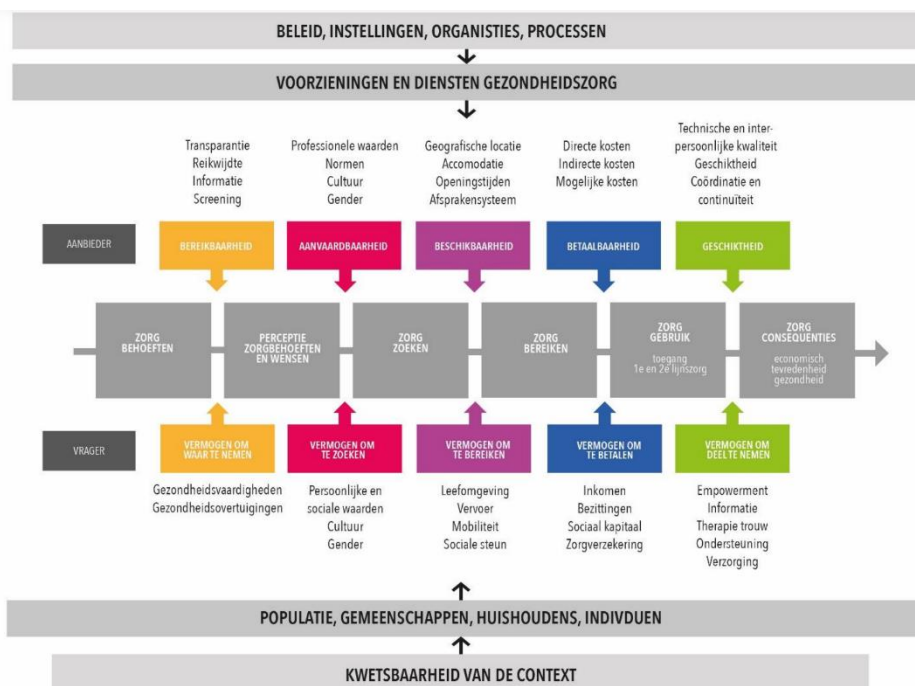
Hoewel mondzorg voor kinderen tussen 0-18 jaar is opgenomen in de basisverzekering, betekent dit niet dat alle kinderen jaarlijks een tandarts bezoeken. In 2020 bezocht 15% van de kinderen tussen de vier en zeventien jaar oud niet een tandarts. Bij peuters was dit percentage zelfs hoger, namelijk 60%. Als kinderen niet naar de tandarts gaan, blijven mogelijke problemen in de mondgezondheid onopgemerkt. Hetgeen op latere leeftijd tot grotere problemen kan leiden in zowel de algemene gezondheid als de mondgezondheid (Pharos, 2022). Daarnaast heeft de leefomgeving invloed op de mondgezondheid van kinderen. Recent Nederlands onderzoek toont aan dat de sociale leefomgeving samenhangt met het risico op het ontwikkelen van cariës (gaatjes). Kinderen met ernstige cariës woonden vaker in postcodegebieden met een groter aantal supermarkten en snackbars dan kinderen zonder cariës (Van Meijeren- van Lunteren, 2023).



## 2.2 Toegang tot (mond)zorg

Toegankelijke zorg wordt door Smits et al. (2002) gedefinieerd als *'personen, die zorg nodig hebben, op tijd en zonder drempels toegang hebben tot zorgverlening'*. Echter is het begrip van toegankelijkheid van zorg complexer om te definiëren en moet er rekening worden gehouden met het perspectief (zorgvrager of zorgaanbieder) van waaruit toegankelijkheid bekeken wordt. Bij toegankelijkheid van zorg en het ontstaan van een zorgproces is er sprake van een interactie tussen aanwezige kenmerken van de zorgvrager en zorgaanbieder in het herkennen van de zorgbehoefte, het daadwerkelijke zorggebruik en de zorguitkomst.

In het hieronder afgebeelde Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang wordt beschreven dat toegankelijkheid van zorg wordt beïnvloed door een interactie tussen zorgbehoefte en -gebruik (Khanassov et al., 2016). In onderzoek naar toegankelijkheid van zorg en het verbeteren van deze toegankelijkheid moet met verschillende (doel)groepen rekening worden gehouden en toegankelijkheid bekeken worden vanuit zowel de zorgvrager en zorgaanbieder (Hollaar, 2022).



Bij de zorgaanbieder spelen vijf dimensies een rol in de toegankelijkheid van zorg. Als eerste speelt de dimensie Beschikbaarheid, zoals de locatie van de zorgaanbieder een rol. Aanvaardbaarheid en geschiktheid, zoals professionele waarden, culturele achtergrond en interpersoonlijke kwaliteiten van de zorgaanbieder zijn van invloed op de toegankelijkheid van de zorg. Ook speelt de Bereikbaarheid, zoals reikwijdte en informatie, en de dimensie Betaalbaarheid hierin een rol. Daarbij zijn er dimensies van de zorgvrager die de toegang tot zorg beïnvloeden. Het gaat hier om de volgorde dimensies: vermogen om

waar te nemen, vermogen om te zoeken, vermogen om te bereiken, vermogen om te betalen en het vermogen om deel te nemen.

Door te inventariseren welke factoren van invloed zijn op de toegankelijkheid van de mondzorg en de toegankelijkheid van de AKMA, kunnen deze factoren ingedeeld worden in deze bovenstaande dimensies. Op deze manier wordt er een beter inzicht verkregen welke factoren bij de zorgaanbieder én welke factoren bij de zorgvrager een rol spelen en kan de toegankelijkheid van mondzorg en de AKMA verbeteren.

### 2.3 Onderzoeksvragen

Het doel van het onderzoek is om aan de hand van de resultaten adviezen te kunnen formuleren op welke manier de opleidingskliniek AKMA een rol kan spelen in het vergroten van de toegankelijkheid van de mondzorg in Presikhaaf. Om deze adviezen nauwkeurig te kunnen formuleren worden verschillende invalshoeken gebruikt. Het onderzoek wordt onder de bewoners uit Presikhaaf, welzijns- en zorgprofessionals uit Presikhaaf en patiënten van AKMA uitgevoerd.

Hiervoor zijn de volgende onderzoeksvragen opgesteld:

**Hoofdvraag: Hoe kan de opleidingskliniek AKMA toegankelijk zijn voor alle inwoners van Presikhaaf?**

**Subvraag 1:** Welke doelgroepen zijn er in Presikhaaf, en op welke aspecten zijn ze te onderscheiden?

**Subvraag 2:** Hoe staan bewoners van Presikhaaf tegenover gezondheid?

**Subvraag 3:** Hoe staan bewoners van Presikhaaf tegenover mondgezondheid?

**Subvraag 4:** Wat zijn wensen en belemmeringen op het gebied van mondzorg van bewoners van Presikhaaf?

**Subvraag 5:** Hoe ziet de customer journey eruit van huidige patiënten van de AKMA en wat zijn kenmerken van de huidige patiënten?

**Subvraag 6:** Welke beelden hebben bewoners van Presikhaaf bij AKMA en mondzorg in het algemeen?

In de volgende hoofdstukken bespreken we de vier onderzoeken die uitgevoerd zijn om de hoofdvraag en subvragen te beantwoorden. In hoofdstuk 3 starten we met interviews met maatschappelijke en zorgprofessionals in Presikhaaf. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 4 de interviews die we met patiënten, studenten en medewerkers van de AKMA hebben afgenomen. In hoofdstuk 5 staat het onderzoek onder bewoners van Presikhaaf centraal. We sluiten het empirisch gedeelte van het rapport in hoofdstuk 6 af met een onderzoek naar de vindbaarheid van de AKMA. Hoofdstuk 7 bevat de conclusies op basis van de vier onderzoeken. In hoofdstuk 8 beschrijven we het advies aan de AKMA op basis van de gevonden resultaten.

### **3 INTERVIEWS MET MAATSCHAPPELIJKE EN ZORGPROFESSIONALS PRESIKHAAF**

Om meer inzicht te krijgen in de diverse doelgroepen en de bekendheid van de AKMA, hebben we maatschappelijke en zorgprofessionals uit Presikhaaf geïnterviewd. Deze professionals werken met diverse doelgroepen in de wijk Arnhem Presikhaaf. De volgende personen/organisaties zijn geïnterviewd:

- Intern Begeleider Basisschool
- Jongerenwerker van Kansenmakers
- Twee medewerkers van ECOvrede, organisatie die mensen in armoede helpt
- Wijkdocent van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
- Medewerker van Gezondheidcentrum Presikhaaf
- Logopedist
- Twee tandarts-docenten, werkzaam bij de AKMA
- Tandarts en mondhygiëniste Mondzorg Presikhaaf

#### **3.1 Methode**

In de weken van 2 oktober 2023 tot en met 24 oktober 2023 hebben we 8 interviews afgenomen, waarin we in totaal 11 zorg- en welzijns/maatschappelijk professionals hebben gesproken. De interviews zijn met toestemming van de geïnterviewden opgenomen. De gehanteerde interviewleidraad is te vinden in bijlage 1. Elk interview is afgenomen door minstens één onderzoeker in samenwerking met één of meerdere studenten van de HAN Talent Academy. De geluidsopnamen zijn getranscribeerd en vervolgens door twee onderzoekers geanalyseerd.

#### **3.2 Resultaten**

Hieronder worden de resultaten van de interviews met de maatschappelijke en zorgprofessionals weergegeven per subvraag.

##### **3.2.1 Subvraag 1: Welke doelgroepen zijn er in Presikhaaf en op welke aspecten zijn ze te onderscheiden?**

Met de eerste deelvraag wordt inzicht gegeven in de achtergrond van de bewoners van Presikhaaf. De professionals geven aan dat de doelgroep heel divers is, met grote verschillen in achtergrond, taal, cultuur, inkomen, mate van opkomen voor jezelf.

*“Niet in één persona te vangen.”* (Jongerenwerker)

Er is een variëteit aan sociale en culturele achtergronden, elk met hun eigen problematieken en gewoonten, waardoor er weinig cohesie in de wijk is. Meerdere geïnterviewden benoemen dat er in Presikhaaf vooral 'een lage sociale klasse' is met verslavingsproblematiek, zoals drugsproblemen, en dat bewoners weinig bestaanszekerheid ervaren.

*"Landingsplek voor veel nieuwkomers en mensen zijn echt gehecht aan hun wijk, er zitten veel generaties in deze wijk"* (Wijkdocent)

*"Er loopt echt een heel divers publiek, maar je ziet duidelijk dat de huidige groep die bij AKMA komt is in vergelijking met Nijmegen veel diverser, en veel grotere problemen, verslaving, chaotische gebitten. Dat zie je in Nijmegen niet. Meer achterstallig onderhoud. Dullaart groep mensen die lang niet geweest zijn en geen geld hebben en die mogen dan hun gebit laten opknappen."* (Docenten tandartsen AKMA)

*"Nederlanders kunnen iets gemakkelijker de weg vinden omdat ze de taal machtig zijn."* (Intern begeleider)

*"Er is zichtbaar een verschil tussen de eerste en tweede generatie mensen in de wijk, mensen van de eerste generatie spreken de taal minder goed en krijgen minder mee".*

*"Het zijn complexe situaties, mensen met schulden, met een laag ontwikkelingsniveau, ze zijn bezig met overleven, niet met preventie". "Ze voelen geen steun vanuit instanties"* (Logopedist en ECOvrede)

### **3.2.2 Subvraag 2: Hoe staan bewoners van Presikhaaf tegenover gezondheid?**

Hier staat de vraag centraal hoe de professionals denken dat bewoners over hun gezondheid denken en wat ze doen om gezond te worden of te blijven. De geïnterviewde maatschappelijke en zorgprofessionals zien dat een deel van de bewoners van Presikhaaf door financiële beperkingen of zelfs armoede zich geen gezond, gevarieerd en voedzaam voedingspatroon eten kunnen permitteren. De mate van aanwezigheid van obesitas onder de bewoners wordt door meerdere professionals benoemd als hoog. Ook bemoeilijken de financiële beperkingen de toegang tot de (zorg)professional die ze nodig hebben. Ook benoemd worden de ingesleten 'verkeerde' gewoonten. Door andere (negatieve) factoren die spelen in het leven van bewoners, zijn die gewoonten moeilijk aan te passen of te veranderen. Veel bewoners zijn niet bezig met preventie, omdat ze bezig zijn met het overleven. Het dagelijks leven gaat met veel stress gepaard, en die stress kost veel energie. Daarnaast wordt er opgemerkt dat vertrouwen in instanties of professionals een erg belangrijke stap is voor de bewoners in het aannemen van hulp of het zoeken van een antwoord op hun eigen hulpvraag.

*“Mensen met geldzorgen leven in stress. Soms hebben mensen naast geldzorgen ook traumatische ervaringen meegemaakt. Bouwen aan vertrouwen is van belang. Grote culturele verschillen maken dat ook nog complexer.” (ECOvrede)*

*“Als ze bijvoorbeeld andere gezondheidsprofessionals nodig hebben, zoals de chiropractor, voor botten en spieren, dan komen ze niet verder dan de fysiotherapeut, want die is nog wel uit het zorgpakket te betalen. Maar de chiropractor is een specialisatie verder.” (ECOvrede)*

*“Als het gaat om psychische gezondheid, dan moeten ze zich vooral begrepen voelen en ze voelen zich vaak niet begrepen of ze ervaren een te grote afstand tussen de Nederlandse cultuur en hun eigen cultuur.” (ECOvrede)*

*“Er heerst een schaamtecultuur, er wordt niet gedeeld waar men mee zit, uit schaamte en angst.” (Intern begeleider)*

*“Deel van tweede generatie denkt niet toekomstgericht en een kleinere groep die bezig is met gezondheid.” (Jongerenwerker)*

*“Mensen mijden zorg, omdat het geld kost, én vanwege het wantrouwen in de instanties.” (Tandarts en Mondhygiënist, Mondzorg Presikhaaf)*

### **Subvraag 3: Hoe staan bewoners van Presikhaaf tegenover mondgezondheid?**

In subvraag 3 staat het denken en de kennis over mondgezondheid van bewoners van Presikhaaf centraal, en wat ze doen om hun mondgezondheid te vergroten of te behouden.

Volgens de meerderheid van de professionals zijn mensen die al langer in Nederland verblijven, wel bekend met de mondzorgprofessional (bijvoorbeeld de tandarts of mondhygiënist). Als bewoners aan mondzorgprofessionals denken, dan denken ze aan gaatjes vullen, curatief ingrijpen en de kosten die een bezoek aan een mondzorgprofessional met zich meebrengt. Een deel van de bewoners heeft achterstallig onderhoud qua mondgezondheid. Ook wordt aangegeven dat een bezoek aan de tandarts of mondhygiënist niet als iets preventiefs gezien wordt, maar dat bewoners vooral naar de tandarts of mondhygiënist gaan bij pijnklachten. Geïnterviewden geven aan dat als er geen voorlichting wordt gegeven door een professional, de kans bestaat dat aangeleerde gewoonten worden doorgegeven op een volgende generatie (bijvoorbeeld: met speen in mond praten, fles mee naar bed).

Gedragsverandering wordt benoemd als een lastig aspect in de leefstijl. De tandarts en mondhygiënist in Presikhaaf noemen ook dat kinderen vaak pas op late leeftijd (7-8 jaar) voor het eerst naar de mondzorgprofessional gaan.

*“Men is zich niet bewust dat mondgezondheid een relatie heeft met de algehele gezondheid op de lange termijn” (Wijkdocent HAN)*

*“Ze komen vaak op late leeftijd (7-8 jaar) als er al veel problemen zijn en dan verwachten de ouders dat we het ‘even’ voor ze oplossen.” (Tandarts en Mondhygiënist Presikhaaf)*

*“Best veel kleuters die met zwarte tanden op school komen, waarschijnlijk nog nooit bij de tandarts geweest (leeftijd van 4 tot 6 jaar) en ook gezinnen waar wel goed gepoetst wordt.”  
(Intern begeleider)*

Een gezonde mond krijgen en houden is lastig als er geen financiële middelen voor zijn. Of als niet bekend is dat mondzorg voor kinderen tot 18 jaar gratis is en vanuit de basisverzekering wordt vergoed. Doordat er een schaamtecultuur heerst, is aankloppen voor hulp is lastig. Professionals geven aan dat veel steun en hulp vanuit familie komt.

*“Bewoners zullen wel denken dat preventie bijdraagt, maar in de overlevingsstand wordt niet op lange termijn gedacht volgens de professionals. Financiële middelen gaan vooral naar voeding, niet naar tandpasta en tandenborstel.” (Intern begeleider)*

*“De mondzorg bij een deel van de tweede generatie jongeren is prima. Ze hebben mondzorgverzekering. Al eten ze ongezond en snoepen ze, ze zitten wel in controlesysteem om het half jaar of jaar, denk ik.” (Jongerenwerker)*

### **3.2.3 Subvraag 4: Wensen en belemmeringen met betrekking tot mondzorg**

Wensen en belemmeringen op het gebied van mondzorg van bewoners van Presikhaaf worden in subvraag 4 uitgevraagd. We gaan hieronder eerst in op de wensen die volgens de geïnterviewden leven onder bewoners. Daarna bespreken we de belemmeringen die de geïnterviewden noemden.

#### Wensen

De geïnterviewden geven aan dat zonder indicatie of registratie naar de mondzorgkliniek kunnen, gratis behandelingen en nazorg (begeleiding van verandergedrag) voor jongvolwassenen boven de 18 jaar wensen zijn die leven bij bewoners. Ook een empathische benadering door de mondzorgprofessional wordt genoemd, net als een mondzorgprofessional die de tijd neemt voor een controle of behandeling, zodat er vertrouwen opgebouwd kan worden. Bij dat laatste kan ook het inzetten van een tolk helpend zijn. Een tolk helpt ook om de communicatie te verbeteren. Andere suggesties die geïnterviewden noemen zijn: een uitnodiging wordt vlak voor de afspraak gestuurd of de afspraak is een vast terugkerend moment. Er wordt verwacht dat een goodybag of ander beloningsmateriaal het bezoek aan de tandarts of mondhygiënist kunnen stimuleren. Om de mondzorg al op jonge leeftijd te verbeteren, wordt de suggestie gedaan om al bij consultatiebureaus, jeugdartsen en op scholen informatie over mondzorg te geven.

*“AKMA zou de tijd moeten nemen, gewoon minimaal 1,5 uur per cliënt. En dan met goede sociale vaardigheden de persoon laagdrempelig meenemen in het proces, vertellen wie de docent is etc. Student kan al contact opnemen/relatie opbouwen met de client door vooraf te bellen.” (ECOVrede)*

*“Tot 18 jaar gaan ze wel naar de tandarts of mondhygiënist, vinden ouders echt heel belangrijk. Daarna mogen ze zelf beslissen. Je krijgt een uitslag, doe dit, doe dat, maar geen nazorg.” (Jongerenwerker)*

*“De eerste zorgverlener die in contact komt met de persoon zou moeten inventariseren of het hele zorgaspect in beeld is: consultatiebureaus, scholen, meer aandacht op zwangere, verloskundige. Niet alleen verwijzen, maar de verbinding sterker maken.” (Tandartsen)*

Belemmeringen:

De belemmeringen die genoemd worden door de geïnterviewden gaan over een aantal aspecten. Ten eerste wordt veel communicatie niet begrepen. Daar is (meer) hulp bij nodig. Het is belangrijk dat bewoners met steeds dezelfde zorgprofessional een gesprek hebben, zodat er vertrouwen opgebouwd kan worden en mensen meegenomen worden in het proces binnen AKMA. Het opbouwen van vertrouwen kost tijd.

Ten tweede zijn er volgens de geïnterviewden bepaalde wensen vanuit de cultuur, waar nu vaak aan voorbij gegaan wordt. Denk aan taal, mondzorg als preventie of pijnbestrijding, niet gewend zijn volgens een strakke agenda te leven, en in korte tijd iemand moeten vertrouwen die je niet kent.

Ook wordt genoemd dat de kosten van een behandeling bij de tandarts of mondhygiënist een belemmering vormen voor tandartsbezoek. Ook de onbekendheid met de AKMA wordt in dit kader genoemd, en als gevolg daarvan het gebrek aan doorverwijzingen naar de AKMA.

*“Iemand neemt geen appels want die kan die niet bijten. Persoon kan wel een gebit krijgen, maar kan eigen bijdrage van 1200 euro nooit betalen.” (ECOVrede)*

Een ander aspect dat genoemd wordt, is schaamte. Er zijn bewoners die in hun land van herkomst hoogopgeleid zijn, en in Nederland praktisch analfabeet zijn, en als zielig behandeld worden. Als ze bijvoorbeeld een instantie moeten benaderen, durven ze dat niet altijd goed, omdat ze niet precies weten hoe het hier werkt. De geïnterviewden noemen ook dat bij een deel van de Islamitische bewoners weerstand bestaat om ‘de vuile was buiten te hangen.’ Een andere belemmerende factor ligt volgens de geïnterviewden in de soms gebrekkige samenwerking tussen (zorg)instanties. Dat leidt tot administratieve rompslomp: contact met de zorgverzekeraar, contact met de gemeente, eventueel een extra fonds die extra gelden wil doneren omdat de mondzorgkosten niet helemaal gedekt wordt.

*“Uit Afrika je papieren boven water moeten krijgen” (ECOVrede)*

Ook geven de geïnterviewden aan dat maatschappelijke en zorgprofessionals aan dat ze onderling meer expertise met elkaar zouden moeten uitwisselen. Als de professionals meer weten van iemands omgeving, kunnen zij iemand beter helpen. Als bekend is wat de uitdagingen zijn in de wijk, kan de professional een ander gesprek voeren en werken aan bewustwording. Een voorbeeld dat gegeven wordt is dat de tandarts ook bewustwordingsmomenten zou kunnen creëren door in te gaan op niet of Er wordt ook genoemd dat de zorginstellingen onderling slecht contact hebben. Het consultatiebureau ziet kinderen die tussen de 3 en 9 maanden oud zijn. Daarna ontstaat een gat, als een kind niet naar de voorschool gaat. Pas als ze 5 jaar zijn, ziet een logopedist ze. Of die vervolgens melding maakt bij de jeugdarts van de GGD is niet bekend.

### **3.2.4 Subvraag 5: Customer journey huidige AKMA-patiënten**

Hoe ziet de customer journey eruit van huidige patiënten van de AKMA en wat zijn kenmerken van de huidige patiënten?

De geïnterviewden geven aan dat de inzet van een ervaringsdeskundige helpend kan zijn, want mond tot mond reclame is een sterke factor in Presikhaaf. Volgens hen komen bewoners in het algemeen liever mee met een bekende of vertrouwenspersoon dan dat ze een instantie alleen bezoeken. Dat geldt ook voor mondzorg.

Zoals hierboven aangegeven, wordt er door onbekendheid met de AKMA (nog) niet doorverwezen naar de opleidingskliniek. Als ideale situatie wordt genoemd dat een mondzorgverlener de nieuwe patiënt begeleidt door het gebouw waar de AKMA gevestigd is, en dat er vooraf duidelijke communicatie is over het proces binnen de AKMA, en dat er altijd een vaste persoon is die de mensen opvangt ij de ingang van het gebouw. Ook wordt de suggestie gedaan om op AKMA-posters steeds hetzelfde gezicht af te beelden (bijvoorbeeld een portier of een balie medewerker), om de herkenbaarheid te verhogen. Er wordt bovendien verwacht dat meer bekendheid en zichtbaarheid van de AKMA een kans biedt om aandacht te krijgen voor mondzorg in het algemeen.

Tevens zouden er volgens de professionals meer ingezet moeten worden op de invloed van de jongere generaties op de oudere binnen het gezin. Net als professionals kunnen jongeren ouderen leren hoe de mondzorg werkt. Daarmee kunnen ze een rol spelen in het 'op weg helpen' van ouderen.

*“De helft van deze wijk gaat niet naar de voorschool, welk kanaal heb je dan om informatie te verstrekken?” (Intern begeleider)*

*“Jongeren met een migratieachtergrond en die van de tweede generatie zijn, die zou je heel makkelijk mee kunnen nemen met jongeren die hier gewoon geboren en/of getogen zijn, dus daar heb je geen taalbarrière of wat dan ook. Tweede generatie inzetten om de eerste generatie te bereiken, dat kan al vanaf 10, 11, 12 jaar.” (Jongerenwerker)*



*“De eerste zorgverlener die in contact komt, moet inventariseren of het hele zorgaspect in beeld is: huisarts, consultatiebureau, tandarts, scholen. Vanuit de AKMA zelf kun je niet alle mensen bereiken in de wijk. Hiervoor is de gemeente, politiek en ook collectieve preventie kanalen nodig. Ik denk daarbij aan de consultatiebureaus.” (Mondhygiënist en tandarts Presikhaaf)*

### **3.2.5 Subvraag 6: Beeld bij de AKMA**

Als laatste hebben we gevraagd naar de bekendheid van de AKMA onder de professionals in de wijk en onder bewoners. Ook vroegen we naar het beeld dat beide groepen hebben van mondzorg in het algemeen.

Enkele maatschappelijke en zorgprofessionals gaven aan de AKMA te (her)kennen of soms met professionals van de AKMA contact te hebben over doorverwijzen, een student- of patiëntcasuïstiek. Een geïnterviewde gaf aan dat zij soms een doorverwijzing kreeg van kindertandheelkunde van het Radboud UMC, niet wetende dat dit de AKMA betrof. Daarnaast werd ook genoemd dat de wijkprofessionals geen eigen verhaal of ervaring hebben met de AKMA, dat zij de opleidingskliniek daardoor ook niet kunnen aanbevelen. Tevens werden kansen en belemmeringen voor de AKMA besproken.

*“Ik ben er wel eens geweest, ik heb een rondleiding gehad... Het is best wel imposant, verstopt, als je er naartoe moet lopen... Trappen, gangetjes, ik loop verkeerd als ik niet met een mondzorg collega ben.” (Wijkdocent HAN)*

*“Kun je nagaan, ik zit al twintig jaar in de wijk, waarin ik echt wel kan zeggen dat wij elkaar kennen, maar de AKMA kende ik niet.” (Medewerker gezondheidscentrum)*

*“Weet dat de AKMA er zit, maar niet precies hoe de setting is” (Mondzorg Presikhaaf)*

*“Ik kan de AKMA niet aanbevelen aan anderen omdat ik het niet goed genoeg ken, ik heb een verhaal nodig en dat heb ik nu niet”. (Wijkdocent)*

*“Als je het eenmaal kent, is het ook helemaal prima” (Logopedist)*

We vroegen de geïnterviewden ook naar hoe zij denken dat bewoners aankijken tegen de AKMA en het feit dat het een opleidingskliniek is. Hier werd vooral benoemd dat de studenten geassocieerd kunnen worden met kwalitatief minder goede zorg. De geïnterviewde professionals vinden het lastig om deze vraag te antwoorden en de AKMA door de ogen van de bewoners te zien. Een deelnemer vond dat de setting een vakkundige uitstraling heeft. Daarnaast werd benoemd dat de zaalsetting van de AKMA waarschijnlijk als heftig ervaren zou worden door de bewoners.

*“Je komt wel binnen en je denkt, hier weten ze wat ze doen, moet je kijken!”*

*“Ik kan me inbeelden dat ze zouden kunnen denken dat er door studenten behandeld wordt en dat het daardoor minder goed van kwaliteit is. Ook dat het daardoor lang duurt, maar dat durf ik niet te zeggen of ze dat als belemmering zien daadwerkelijk.” (Jongerenwerker)*

*“Het kan als onpersoonlijk en heftig ervaren worden, zoveel stoelen en zoveel professionals in opleiding.” (ECOVrede)*

*“Ik denk, dat het drempel verhogend is om naar zo'n plek te gaan in een onderwijsinstelling, bovenin, vooral met kinderen in de leeftijd 0-18 jaar.” (intern begeleider basisschool)*

Door meerdere deelnemers werd de toegankelijkheid, vindbaarheid communicatie, cultuursensitief werken en vertrouwensband opbouwen met de patiënt, als belangrijke ontwikkelpunten voor medewerkers, docenten en studenten betrokken bij de AKMA, tevens ook een ontwikkelpunt voor alle docenten en studenten werkzaam in de zorg en onderwijs. Om vanuit een bestaande vertrouwensband bij een andere professional, bewoners te verwijzen naar AKMA wordt ook vaker benoemd als een positief begin voor het opbouwen van een vertrouwensband.

*“Docenten moeten studenten beter leren wat voor mensen er in de stoel zitten in Presikhaaf. Hoe ga je een verbinding aan met deze mensen?” (Wijkdocent HAN)*

*“Hoe lager je de drempel maakt, hoe meer mensen uiteindelijk steeds makkelijker... de barrières kunnen overstappen om zorg te nemen.” (logopedist)*

*“En kijk als de jeugdarts zegt: ‘fijne mondzorgkliniek, daar kunnen jullie met z'n allen naartoe,’ daar luisteren ze over het algemeen wel naar” (Intern begeleider basisschool)*

### 3.3 Conclusie interviews met maatschappelijke en zorgprofessionals

De interviews met de professionals uit Presikhaaf gaven een vrij congruent beeld van Presikhaaf. Ze geven aan dat de bewoners een diverse groep vormen, met grote verschillen in achtergrond, taal, cultuur, inkomen en mate van opkomen voor jezelf. Er wordt benoemd dat er in deze diverse wijk een variëteit aan problemen speelt, zoals financiële problemen, armoede, stress, schaamte, in de overlevingsstand staan en wantrouwen tegenover instanties. Volgens de professionals belemmeren deze problemen de (mond)gezondheid van de bewoners. Daarnaast zijn ingesleten 'verkeerde' gezondheidsgewoonten moeilijk te veranderen, wat verergerd wordt door alle andere (negatieve) factoren die spelen in het leven van bewoners. Volgens de professionals zijn de bewoners vooral bezig met het overleven op dagelijkse basis, en een stuk minder met preventie.

Volgens de meerderheid van de geïnterviewde professionals zijn bewoners die al langer in Nederland verblijven, bekender met mondzorgprofessionals zoals de tandarts of mondhygiënist. Het beeld ontstaat dat veel bewoners achterstallig onderhoud hebben, de tandarts of mondhygiënist niet als iets preventiefs zien, maar vooral als iets waar ze naartoe gaan bij pijnklachten (curatief). De associaties die bewoners hebben met mondzorgprofessionals draaien volgens de wijkprofessionals dan ook vooral om gaatjes vullen, curatief ingrijpen en de kosten die het bezoek met zich meebrengt.

Kinderen gaan vaak pas op late leeftijd (7-8 jaar) voor het eerst naar de mondzorgprofessional. De geïnterviewde zorgprofessionals zijn bang dat 'verkeerde' gewoonten (zoals kinderen die met een speen in de mond praten of een fles mee naar bed nemen) worden doorgegeven op een volgende generatie. Voorlichting door een professional kan volgens de geïnterviewden voor verandering zorgen, en tegelijkertijd benoemen ze gedragsverandering als een lastig aspect in de leefstijl. Factoren die de mondzorg kunnen bevorderen, liggen volgens de geïnterviewden op het vlak van betere (cultuur sensitieve) communicatie (eventueel met een tolk), werken aan een vertrouwensband door steeds dezelfde professionals in te zetten, vlak voor de afspraak een herinnering sturen, en meer nazorg en beloningsmateriaal aanbieden. In plaats van dat ze alleen naar een instantie zoals bijvoorbeeld de AKMA komen, komen bewoners de eerste keer (keren) graag mee met een kennis, steunpersoon of vertrouwenspersoon. Daarnaast is de inzet van een ervaringsdeskundige overtuigend in mond tot mond reclame.

Om (jonge) kinderen mondzorg te laten ontvangen stellen de geïnterviewden voor om bij consultatiebureaus, jeugdartsen en op scholen informatie over mondzorg te geven. Hiermee samenhangend zien zij een sterkere verbinding tussen professionals in Presikhaaf om de juiste zorg op de juiste plek aan te bieden en om bewoners 'warm' onderling over te dragen. Door onbekendheid met de AKMA verwijzen professionals bewoners nog weinig door naar de opleidingskliniek. Ze staan open voor meer informatie, om zo bewoners meer te kunnen informeren over of door te sturen naar de AKMA.

## 4 INTERVIEWS BINNEN DE AKMA

Om wat meer gevoel te krijgen bij de AKMA, de perceptie ervan en de issues die spelen bij de verschillende stakeholders van de AKMA hebben we een aantal informele interviews uitgevoerd met drie typen AKMA-stakeholders: patiënten, studenten en medewerkers.

### 4.1 Methode

Op de middag van 13 september 2023 was het onderzoeksteam aanwezig op de AKMA. We hadden toestemming om de drie groepen stakeholders te benaderen in de kliniek.

Studenten gingen in groepjes van 3 à 4 de kliniek in. Elk groepje sprak met elk van de drie stakeholders: patiënten, studenten en medewerkers. De insteek van de interviews was open: er werd gesproken over o.a. de gang van zaken binnen de AKMA, met medewerkers en studenten werd gesproken over hun beeld van AKMA-patiënten, met patiënten werd gesproken over hoe ze bij de AKMA terecht gekomen zijn en wat ze van de kliniek vinden.

Van de gesprekken werden geluidsopnamen gemaakt. Niet alle opnamen waren even duidelijk, omdat de er wat achtergrondruis was in de kliniek. De opnamen zijn vervolgens getranscribeerd.

### 4.2 Resultaten

Hieronder geven we per stakeholdergroep de rode draden uit de gesprekken weer. Ze zijn gegroepeerd rond de relevante subvragen.

#### 4.2.1 Patiënten

In totaal hebben we met 3 patiënten gesproken. Het gesprek met een vierde patiënten werd kort na aanvang afgebroken omdat de patiënt naar de behandelruimte werd geroepen door de tandarts.

Subvraag 5. Hoe ziet de customer journey eruit van huidige patiënten en wat zijn kenmerken van de huidige patiënten? Het valt op dat drie van de vier patiënten vertellen dat ze bij de AKMA zijn gekomen omdat ze niet tevreden waren over hun vorige tandarts. Ze zijn over het algemeen tevreden over de AKMA, zowel over de behandelaars als de behandelingen. Eén patiënt noemt dat de behandelingen uitgevoerd worden door steeds wisselende studenten, en voegt toe: *“maar dat heb ik nooit erg gevonden”*. Deze patiënt geeft ook aan dat de behandelingen wat meer tijd kosten dan bij een reguliere kliniek, maar dat daar tegenover staat dat de behandelingen erg zorgvuldig zijn, dat er veel wordt uitgelegd en veel met de patiënt wordt overlegd over (de noodzaak van) behandelingen. *“Zo word je niks opgedrongen”*.

Subvraag 6. Welke beelden hebben bewoners van Presikhaaf bij AKMA en mondzorg in het algemeen? Eén patiënt zegt dat het voor hem lang onduidelijk dat je je gewoon als patiënt kunt aanmelden bij de AKMA. Hij dacht dat de AKMA een kliniek voor kaakchirurgie was en dat je een verwijzing nodig had om binnen te komen. Een andere patiënt vindt het een nadeel dat behandelende

studenten hun patiënten met afgeschermd nummers bellen. In het begin nam de patiënt dan niet op. Nu weet hij dat het iemand van de AKMA kan zijn. Met terugbellen is het soms moeilijk om de behandelende student te pakken te krijgen.

De patiënten weten de AKMA inmiddels te vinden, maar geven wel aan dat het de eerste keer even zoeken kan zijn, *“want het zit wel verstopt”*.

#### **4.2.2 Studenten**

In totaal hebben we met 4 individuele studenten en 3 groepjes studenten gesproken. Het waren zowel studenten Tandheelkunde (Radboud Universiteit) als Mondzorgkunde (HAN).

Subvraag 5. Hoe ziet de customer journey eruit van huidige patiënten en wat zijn kenmerken van de huidige patiënten? Wat betreft de kenmerken van de huidige AKMA patiënten valt op dat de studenten hun patiënten vaak omschrijven in termen van ‘divers’, ook in vergelijking met de opleidingskliniek in Nijmegen. Er komen veel mensen uit Presikhaaf en *“dat merk je ook terug in de mondzorg”*. Patiënten spreken soms geen Nederlands. *“Ja, dan moet je je Engels of Google Translate er even bij pakken.”* Ook worden patiënten die het Nederlands niet (voldoende) machtig zijn gevraagd om zelf een tolk mee te nemen. Er zijn relatief weinig jeugdige patiënten. Ook wordt een gebrek aan een breed scala aan mondzorgproblemen genoemd, waardoor studenten soms niet in staat zijn om de voor hun studie vereiste behandelingen uit te voeren.

Wat betreft de customer journey van de huidige patiënten valt op dat studenten aangeven dat patiënten naar de AKMA komen vanwege de korting op de behandelingen (“Geld is echt een ding”), en dat ze via positieve verhalen, mond tot mond reclame over de AKMA gehoord hebben. De studenten bellen de patiënten anoniem *“zodat je wel een beetje privé bent”*, maar dat leidt ertoe dat patiënten regelmatig niet opnemen (“patiënten bereiken is wel echt een ding”). Afspraken inplannen vanuit de Centrale Patiëntenadministratie (CPA) wordt ervaren als efficiënter.

Subvraag 6. Welke beelden hebben bewoners van Presikhaaf bij AKMA en mondzorg in het algemeen? Wat betreft de zichtbaarheid wordt meerdere keren aangegeven dat die niet heel hoog is: *“Je loopt hier ook niet langs en denkt: hier zit een tandartsenpraktijk”*. Redenen om niet naar de AKMA te komen die genoemd worden door studenten: (1) steeds wisselende behandelaar waardoor er geen band opgebouwd wordt, en (2) angstige mensen kunnen het gevoel hebben dat studenten niet goed weten wat ze doen, wat de angst voor een behandeling vergroot.

### 4.2.3 Medewerkers

In totaal hebben we met 4 medewerkers gesproken. Twee ervan waren behandelaars, twee hadden een ondersteunende rol.

Subvraag 5. Hoe ziet de customer journey eruit van huidige patiënten en wat zijn kenmerken van de huidige patiënten? Er komen vooral patiënten uit Presikhaaf. Veel patiënten zijn al lang patiënt bij de AKMA. Er zijn relatief weinig gezinnen en relatief veel oudere (gepensioneerde) patiënten. Die laatste groep heeft tijd voor de wat langere behandelduur.

Ook medewerkers noemen mond tot mond reclame een belangrijke factor in de instroom van nieuwe patiënten. De korting op behandelingen is een belangrijke factor in de aanmelding bij de AKMA. Ook geeft een medewerker aan dat mondhygiënisten van andere klinieken soms patiënten doorsturen naar de AKMA omdat de patiënt complexe problemen heeft en er bij de AKMA met meerdere specialisten naar een patiënt gekeken wordt. Het aanmeldproces is digitaal, maar als patiënten geen internet hebben of het ingewikkeld vinden, krijgen ze een brief, of wordt het aanmeldingsformulier samen met medewerker aan de balie ingevuld. Er is ook een Engelse versie van het aanmeldingsformulier. Tijdens het intake gesprek wordt de werkwijze van de AKMA en de langere duur van de behandelingen benoemd. De langere duur van de behandelingen heeft tot gevolg dat het gros van de AKMA patiënten bestaat uit mensen die daar tijd voor hebben of willen maken.

Subvraag 6. Welke beelden hebben bewoners van Presikhaaf bij AKMA en mondzorg in het algemeen? De medewerker die iets zegt over de vindbaarheid van de AKMA, zegt: *“We zitten wel in het gebouw van de HAN op de derde verdieping, dus ja, ik kan me voorstellen dat het soms niet eenvoudig te vinden is.... Misschien dat ze het beneden [bij de receptie] af en toe even moeten vragen”*.

### 4.3 Conclusies interviews binnen AKMA

Uit de gesprekken met patiënten, studenten en medewerkers ontstaat een vrij eenduidig beeld van de patiëntenpopulatie, hun customer journey en het bredere beeld dat bewoners van Presikhaaf hebben van de AKMA. De patiënten komen vooral uit Presikhaaf en zijn divers in hun achtergrond. Er is een groep oudere (gepensioneerde) patiënten, er is een groep patiënten die de Nederlandse taal niet (voldoende) machtig is en er zijn weinig gezinnen. Er is bij de aanmelding wat hulp beschikbaar als nieuwe patiënten moeite hebben met het Nederlands, maar voor de behandelingen worden patiënten gevraagd om zelf voor een tolk te zorgen. (Het gebouw van) de AKMA is weinig zichtbaar in de wijk, en patiënten komen vooral bij de AKMA binnen via positieve mond tot mond reclame van vrienden of familie. De korting op behandelingen is één van de belangrijke factoren, zo niet de belangrijkste, in het patiënt worden bij de AKMA. Patiënten zijn positief over de behandelingen bij de AKMA en hebben of maken de tijd voor de wat langere duur van de behandelingen. Ze hebben geen of weinig moeite met de wisselende studenten. Vooral de oudere patiënten zien het bezoek aan de AKMA ook als een

sociale aangelegenheid. Onbekend zijn met de AKMA, weinig tijd hebben en geen of onvoldoende vertrouwen hebben in de behandelende studenten zijn volgens de patiënten, studenten en medewerkers redenen waarom mensen geen patiënt worden bij de AKMA.

## **5 ONDERZOEK ONDER BEWONERS PRESIKHAAF**

Zowel de interviews met de maatschappelijke en zorgprofessionals (hoofdstuk 3) als de informele interviews met de AKMA-betrokkenen (hoofdstuk 4) gaven aan hoe de verschillende stakeholders de bewoners van Presikhaaf zien. De volgende stap om met de bewoners zelf in gesprek te gaan. In dit hoofdstuk beschrijven we de aanpak en resultaten van onderzoek onder bewoners van Presikhaaf.

### **5.1 Methode**

#### **5.1.1 Procedure**

Op woensdag 8 november 2023 zijn de studenten en onderzoekers in duo's Presikhaaf in gegaan. Ze hebben op verschillende locaties bewoners aangesproken. In Winkelcentrum Presikhaaf stonden op verschillende plekken duo's. Ook bij de Turkse supermarkt Güven aan de Honingkamp, in het MFC Presikhaven en de apotheek aan de Volkerak stonden duo's. Ook stond er duo's in Park Presikhaaf en de Stadsboerderij. Vanwege het slechte weer waren daar weinig tot geen bewoners aanwezig. Deze duo's zijn vervolgens naar het Winkelcentrum Presikhaaf gegaan, waar zich wel veel mensen bevonden.

De enquêteurs hadden hun HAN-kaart zichtbaar aan een keycord om de hals. Naast een clipboard en pennen hadden ze papieren vragenlijsten bij zich in vier verschillende talen: Nederlands, Arabisch, Turks en Engels. De selectie van de talen baseerden we op de mate waarin ze voorkomen in de wijk (allecijfers.nl), en op advies van ervaren wijkdocent Nabela Zinad. Op elke vragenlijst stond een duidelijk zichtbare QR-code afgebeeld die naar de online versie (in dezelfde taal) van de vragenlijst leidde. Ook hadden de enquêteurs papieren flyers bij zich. Daarop werd in het Nederlands en Engels het doel van het onderzoek kort beschreven. Ook bevatte de flyer een QR-code naar de Nederlands en Engels online versie van de vragenlijst.

Het doel was om tijdens het uitvoeren van het onderzoek een zo gemêleerd mogelijke steekproef te realiseren. Daarom kregen de enquêteurs de instructie om ervoor te zorgen dat de helft van de mensen die ze aanspraken er op het eerste gezicht Nederlands uitzagen, en de andere helft op het eerste gezicht niet Nederlands leek. Ook vroegen we ze om te letten op spreiding in leeftijd van respondenten. De vragenlijst (zie bijlage 2) bevatte vragen over leeftijd en culturele achtergrond, zodat de diversiteit in de steekproef op elk moment gecontroleerd kon worden.

De enquêteurs benaderden mensen met de vraag "woont u in Presikhaaf?" Bij een bevestigend antwoord gaven ze aan dat ze HAN-studenten zijn en bezig zijn met een onderzoek onder inwoners

van Presikhaaf. Als de persoon aangaf bereid te zijn tot medewerking, stelde één enquêteur uit het duo de vragen, terwijl de andere de antwoorden noteerde op papier of in de online versie van de vragenlijst. Als dank voor hun deelname kregen bewoners een setje met een tandenborstel en een kleine verpakking tandpasta.

Als een persoon aangaf op dat moment geen tijd te hebben voor medewerking, maar op een later moment wellicht wel, dan gaven de enquêteurs een flyer met QR-codes naar de Nederlands en Engels online versie van de vragenlijst. Er is geen informatie over non-respons. Daarnaast is de flyer bij een aantal huizen in de buurt van het MFC Presikhaven in de brievenbus gedaan.

### **5.1.2 Vragenlijst**

Bij het opstellen van de vragenlijst hebben we erop gelet dat het taalgebruik zo eenvoudig mogelijk was. Ook hebben we gelet op de lengte van de zinnen.

De vragenlijst werd geïntroduceerd als een onderzoek naar wat de mensen in Presikhaaf bezighoudt, in het bijzonder met betrekking tot gezondheid. De vragenlijst startte met een aantal achtergrondvragen zoals leeftijd, migratieachtergrond en woonsituatie.

Vervolgens volgde de vragenlijst grofweg de interviewleidraad zoals gebruikt bij de expertinterviews. Er volgden open en gesloten vragen over gezondheid en mondgezondheid, bezoek aan tandarts en/of mondhygiënist door de ondervraagde en zijn/haar eventuele kinderen, en over de AKMA. De complete vragenlijst is te vinden in 2.

Zoals gezegd waren de papieren vragenlijsten beschikbaar in vier verschillende talen: Nederlands, Arabisch, Turks en Engels. De selectie van de talen baseerden we op de mate waarin ze voorkomen in de wijk (allecijfers.nl), en op advies van ervaren wijkdocent Nabela Zinad. Op elke vragenlijst stond een duidelijk zichtbare QR-code afgebeeld die naar de online versie (in dezelfde taal) van de vragenlijst leidde.

## **5.2 Resultaten**

Hieronder bespreken we de resultaten van het onderzoek onder bewoners van Presikhaaf.

### **5.2.1 Subvraag 1: respondenten**

In totaal leverde het onderzoek 41 bruikbare responses op. Daarvan zijn 38 mensen op 8 november 2023 door de studenten ondervraagd, en 3 hebben de online vragenlijst een paar dagen later ingevuld. De volgende vragen geven inzicht in de achtergrond over de bewoners van Presikhaaf, en passen daarmee bij subvraag 1, die luidt: Welke doelgroepen zijn er in Presikhaaf, en op welke aspecten zijn ze te onderscheiden? De tabel hieronder geeft een overzicht van de kenmerken van respondenten, uitgesplitst naar geslacht. Hieronder bespreken we per variabele de resultaten.



Leeftijd. De leeftijd van respondenten varieerde tussen 19 en 82 jaar, met een gemiddelde van afgerond 45 jaar en een SD van afgerond 19. Van de respondenten was de helft tussen 19 en 41 jaar.

Geslacht. Van de respondenten gaf 49% (n=20) aan man te zijn en 44% vrouw (n=18). Eén respondent (2,4%) gaf 'anders' aan en twee respondenten hebben geen geslacht ingevuld.

Taal. We vroegen respondenten via een open vraag in welke taal of talen zij makkelijk een gesprek kunnen voeren. Eén respondent gaf geen antwoord en 13 respondenten noteerden één taal (waarvan 11 Nederlands en 2 Turks). De overige respondenten noteerden twee of meer talen. Als we kijken naar alle genoemde talen, waren de meest genoemde talen:

Nederlands (in 37% van de gevallen genoemd)

Engels (in 25% van de gevallen genoemd)

Anders (in 37% van de gevallen genoemd; denk aan Duits, Turks, Arabisch)

	Man	Vrouw	Totaal
<b>Aantal respondenten</b>	20 (49%)	18 (44%)	41
<b>Leeftijd in jaren</b>	$M = 46, SD = 17$	$M = 45, SD = 21$	$M = 45, SD = 19$ Range: 19-82
<b>Taal</b>	NL: 13 (65%) EN: 12 (60%)	NL: 16 (89%) EN: 9 (45%)	Van alle genoemde talen werd Nederlands in 37% van de gevallen genoemd, Engels in 25% en in 37% van de gevallen werd een andere taal genoemd
<b>Migratieachtergrond</b>	Migratieachtergrond: 13 (65%) Geen migratieachtergrond: 7 (35%)	Migratieachtergrond: 7 (39%) Geen migratieachtergrond: 10 (56%)	Migratieachtergrond: 21 (51%) Geen migratieachtergrond: 17 (41%)
<b>Zelf in NL geboren maar ouder(s) niet</b>	5 (25%)	3 (18%)	9 (24%)
<b>Ouder(s) buiten NL geboren</b>	8 (40%)	4 (24%)	12 (32%)
<b>Woont alleen</b>	2	6	8
<b>Woont met partner</b>	4	3	7
<b>Woont met kind(eren)</b>	1	3	4
<b>Met partner en kind(eren)</b>	7	2	9

Noot: sommige getallen in de tabel verschillen iets van de getallen die in de tekst genoemd worden. Dat komt grotendeels door afrondingsverschillen.

Migratieachtergrond. We vroegen respondenten waar zij en hun ouders geboren zijn. Onderstaande tabel geeft de antwoorden weer.

Bijna de helft van de respondenten (46%) geeft aan dat zij zelf en hun beide ouders in Nederland geboren zijn. Deze respondenten noemen bij de vorige vraag naar taal als eerste 'Nederlands'. De andere respondenten (opgeteld 54%) heeft volgens de definitie van het CBS (z.d.) een migratieachtergrond: ten minste één ouder, of zij zelf zijn in het buitenland geboren.

Antwoordoptie	Percentage respondent	Migratieachtergrond
Ik en mijn ouders zijn in NL geboren	46%	Nee
Ik ben zelf in NL geboren maar (één van) mijn ouders komen uit...	23%	Ja
Ik en mijn ouders zijn geboren in...	31%	Ja

Een t-test liet zien dat het al dan niet hebben van een migratieachtergrond niet samenhangt met leeftijd,  $t(37) = 0.11, p = .92$ . Een Fisher Exact toets toonde aan dat het al dan niet hebben van een migratieachtergrond ook niet samenhangt met geslacht,  $p = .19$ . Dezelfde test liet ook zien dat migratieachtergrond ook niet samenhangt met woonsituatie,  $p = .33$ .

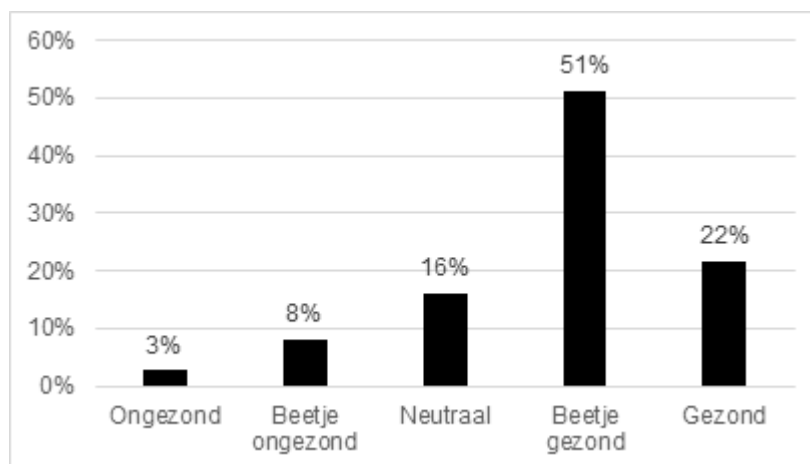
Woonsituatie. Vervolgens vroegen we respondenten naar hun woonsituatie. Onderstaande tabel geeft de antwoorden weer. Uit de toelichting op de categorie 'anders' bleek dat de meerderheid aangaf samen met andere gezinsleden (bijv. oma of opa) of andere huisgenoten (bijv. studenten) te wonen.

Antwoordoptie	Percentage respondent
Ik woon alleen	20%
Ik woon samen met mijn partner	17%
Ik woon samen met mijn kind(eren)	12%
Ik woon met mijn partner en kind(eren)	22%
Anders (andere gezinsleden of huisgenoten)	29%

### 5.2.2 Subvraag 2: gezondheid

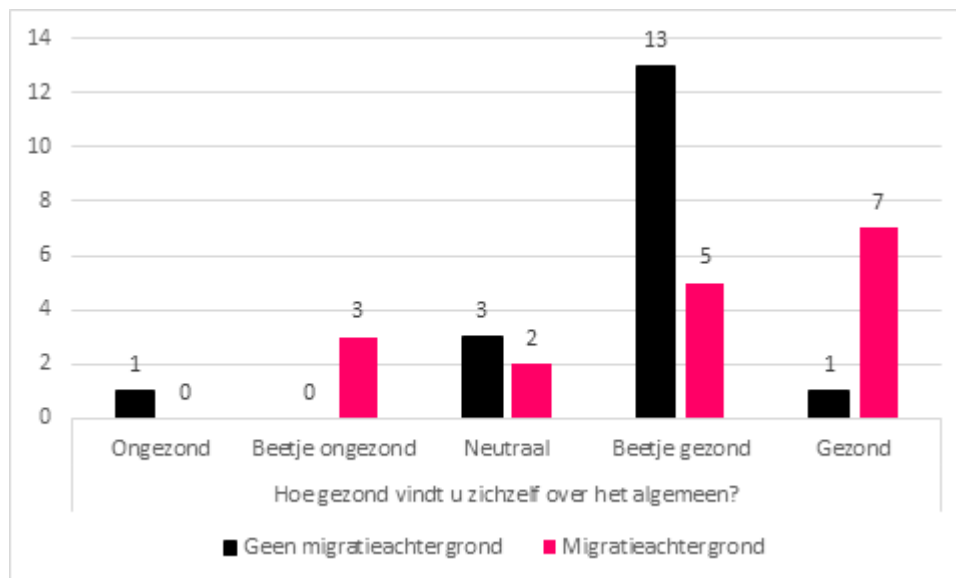
De volgende set vragen uit enquête gingen over (mond-)gezondheid. Deze vragen geven een antwoord op subvraag 2: hoe staan bewoners van Presikhaaf tegenover gezondheid?

Gezondheid. Met behulp van smileys gaven respondenten op een 5-puntschaal aan hoe gezond ze zichzelf vinden. In totaal 4 respondenten (11%) hebben deze vraag niet beantwoord.



In bovenstaande grafiek is te zien dat opgeteld bijna driekwart (73%) van de ondervraagde bewoners hun gezondheid als (een beetje) gezond beoordeelt.

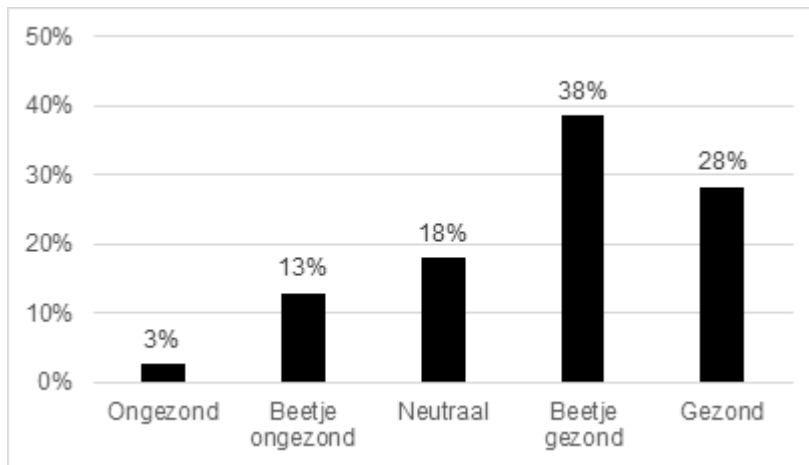
In onderstaande grafiek is de zelf beoordeelde gezondheid gekruist met migratieachtergrond. Het valt op dat veruit de meeste mensen zonder migratieachtergrond aangeven dat ze 'een beetje gezond' zijn, terwijl de beoordelingen van de mensen met een migratieachtergrond diverser zijn. Een Fisher Exact toets liet zien dat het al dan niet hebben van een migratieachtergrond samenhangt met de zelf beoordeelde gezondheid,  $p < .01$ . De 6-puntschaal waarop de zelf beoordeelde gezondheid is gemeten, zouden we ook kunnen behandelen als een ratio variabele. In dat geval is de zelf beoordeelde gezondheid van mensen met een migratieachtergrond iets positiever ( $M = 3.94$ ,  $SD = 1.14$ ) dan die van mensen zonder migratieachtergrond ( $M = 3.72$ ,  $SD = .83$ ). Een independent samples t-test gaf aan dat dit verschil niet significant is,  $t(33) = -0.65$ ,  $p = .52$ .



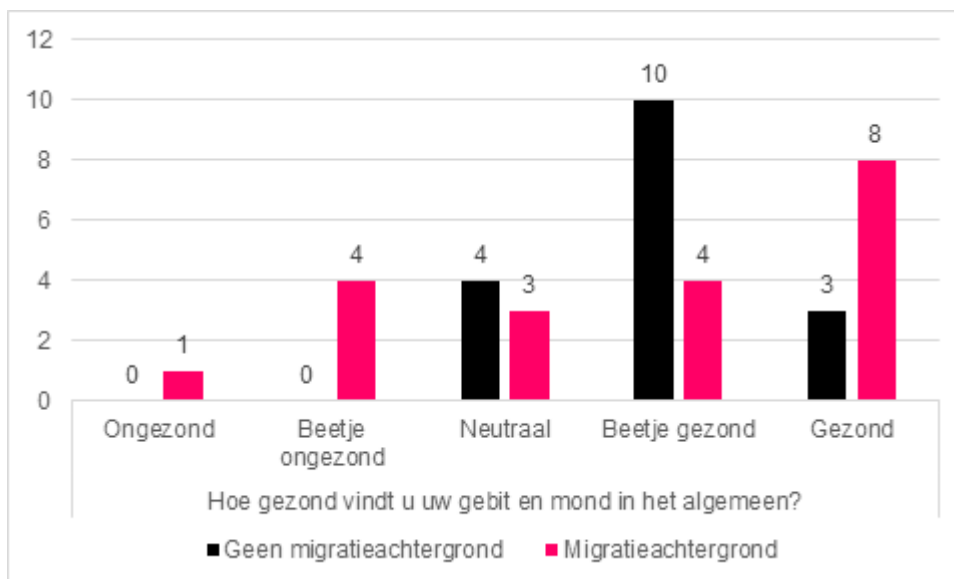
### 5.2.3 Subvraag 3: mondgezondheid

De derde subvraag draait om mondgezondheid en luidt: Welke kennis hebben bewoners van Presikhaaf over mondgezondheid? Hoe denken ze over mondgezondheid, welke kennis hebben ze en wat doen ze om hun mondgezondheid te vergroten/behouden?

Mondgezondheid. Met behulp van dezelfde smileys als de vraag naar gezondheid gaven respondenten op een 5-puntschaal aan hoe gezond ze hun gebit en mond vinden. In totaal 2 respondenten hebben deze vraag niet beantwoord. In onderstaande grafiek is te zien dat de ondervraagde bewoners iets minder positief zijn over hun mondgezondheid: opgeteld zo'n tweederde (66%) beoordeelt hun mondgezondheid als (een beetje) gezond.



In onderstaande grafiek is de zelf beoordeelde gezondheid van het gebit en de mond gekruist met migratieachtergrond. Ook hier valt op dat veruit de meeste mensen zonder migratieachtergrond aangeven dat hun gebit en mond 'een beetje gezond' zijn. De beoordelingen van mensen met een migratieachtergrond zijn diverser. Daarnaast kiezen zij vaker voor de categorie 'gezond' dan mensen zonder migratieachtergrond. Een Fisher Exact toets liet zien dat het al dan niet hebben van een migratieachtergrond samenhangt met de zelf beoordeelde mondgezondheid,  $p < .05$ .

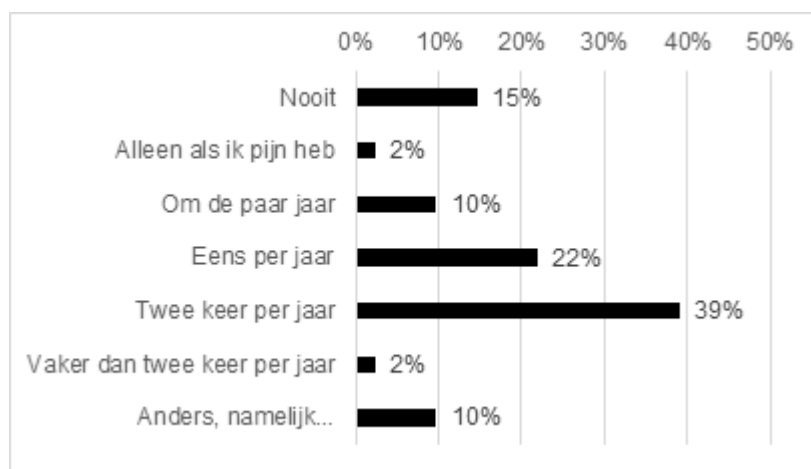


Problemen met gebit of mond. Vervolgens vroegen we of respondenten op dit moment problemen met hun gebit of mond hebben. In totaal antwoordden 23 mensen (56%) 'nee' en 18 (44%) 'ja'. De optie 'anders, namelijk' werd door niemand gekozen. Een Fisher Exact toets liet zien dat er geen relatie was met migratieachtergrond,  $p = 1$ .

Behandeling van problemen. De 18 personen die aangaven dat ze problemen met hun gebit of mond hebben, vroegen we of er iemand is die hun problemen behandelt. Via een meerkeuzevraag vroegen we of de problemen behandeld worden en zo ja, door wie. Van deze 18 personen geven 9 mensen

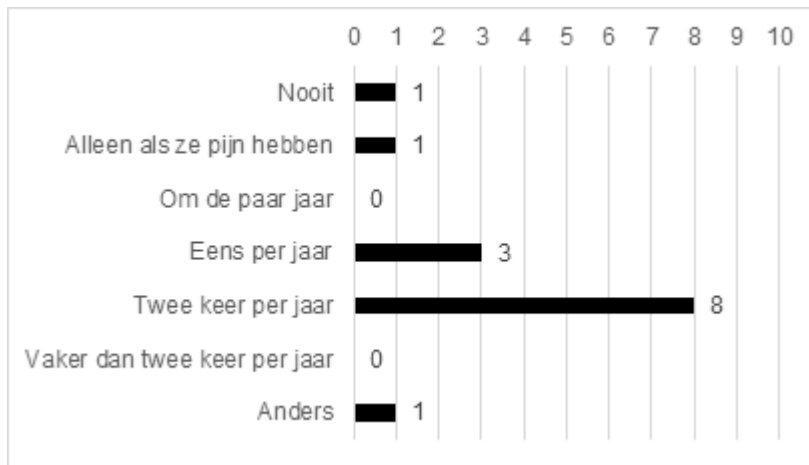
(50%) geeft aan dat niemand hun problemen behandelt. Daarnaast wordt de tandarts (30%) genoemd als degene die de problemen behandelt, en de mondhygiënist (20%). Van de 9 mensen die zeggen dat hun problemen met gebit of mond niet behandeld worden, geven 5 mensen aan dat de reden daarvoor financieel is. De overige 4 mensen geven diverse redenen (bijv. “het gaat vanzelf over”).

Bezoek aan tandarts/mondhygiënist. Vervolgens vroegen we aan alle respondenten of zij naar de tandarts of mondhygiënist gaan. In onderstaande grafiek is te zien dat het grootste deel van de respondenten (39%) twee keer per jaar naar de tandarts zegt te gaan, gevolgd door 22% die aangeeft eens per jaar te gaan. Een Fisher Exact toets liet zien dat er geen relatie was met migratieachtergrond,  $p = .36$ .



Kinderen problemen? Aan de personen die aangaven dat ze kinderen hebben, vroegen we of hun kinderen problemen met hun gebit of mond hebben. Van de 14 respondenten die aangaven kinderen te hebben, antwoordden er 10 dat hun kinderen momenteel geen problemen met hun gebit of mond hebben. De andere 4 respondenten gaven aan dat hun kinderen wel problemen met hun gebit of mond hebben.

Kinderen naar tandarts of mondhygiënist? Vervolgens vroegen we aan de personen met kinderen of hun kinderen naar de tandarts of mondhygiënist gaan. In onderstaande grafiek is te zien dat de meeste (8 van de 14) respondenten aangaven dat hun kind(eren) twee keer per jaar naar de tandarts/mondhygiënist gaan.



*Waarom kinderen niet jaarlijks naar tandarts of mondhygiënist?* Aan de twee personen die aangaven dat hun kinderen niet minstens jaarlijks naar de tandarts gaan, vroegen we waarom dat het geval is. De ene persoon gaf aan dat het te duur is, en de ander gaf twee redenen: het is te duur en ze hebben geen last van hun gebit.

*Waarom kinderen wel jaarlijks naar tandarts of mondhygiënist?* In totaal gaven 11 personen aan dat hun kind(eren) minstens jaarlijks naar de tandarts of mondhygiënist gaan. De meest genoemde reden die zij daarvoor hebben, is om te kijken of hun gebit gezond is (7 keer genoemd). Daarna werd het vaakst genoemd 'om hun gebit gezond te houden' (3 keer genoemd).

*Met wie gaan kinderen naar de tandarts of mondhygiënist?* Van de 11 personen die aangaven dat hun kind(eren) minstens jaarlijks naar de tandarts of mondhygiënist gaan, gaven er 4 aan dat hun kind(eren) met hun moeder naar de tandarts gaan, 3 gaven aan dat ze met vader en moeder gaan en 2 gaven aan dat ze met vader of moeder gaan.

#### **5.2.4 Subvraag 4: wensen en belemmeringen m.b.t. mondzorg**

De vierde subvraag luidt: wat zijn wensen en belemmeringen op het gebied van mondzorg van bewoners van Presikhaaf? De volgende vragen uit de enquête geven hier inzicht in.

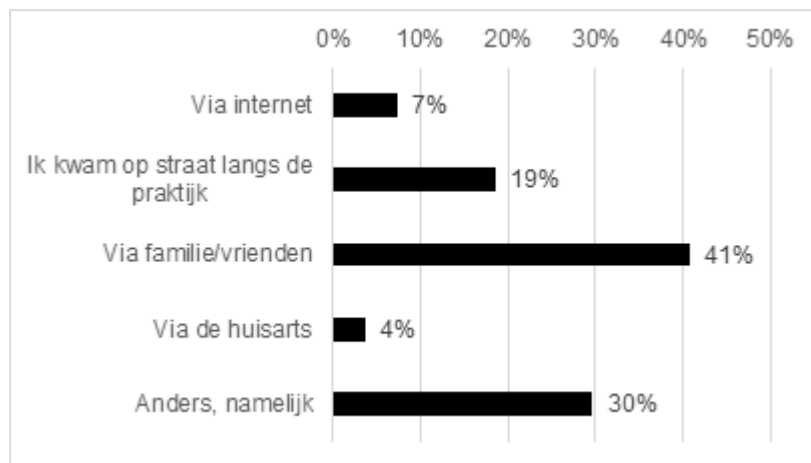
*Waarom niet jaarlijks naar tandarts/mondhygiënist?* In totaal gaven 15 personen aan niet jaarlijks naar de tandarts/mondhygiënist te gaan (zij antwoordden "nooit", "alleen als ik pijn heb", "om de paar jaar" of "anders"). Gevraagd naar de reden, worden twee dingen ongeveer even vaak genoemd: dat jaarlijks naar de tandarts gaan te duur is en dat de respondent een slechte ervaring heeft met een tandarts.

*Waarom wel jaarlijks naar tandarts/mondhygiënist?* In totaal geven 26 personen aan jaarlijks of vaker naar de tandarts/mondhygiënist te gaan (zij antwoordden "eens per jaar", "twee keer per jaar" of "vaker dan twee keer per jaar"). De veruit meest genoemde reden die zij daarvoor hebben, is om te kijken of hun gebit gezond is.

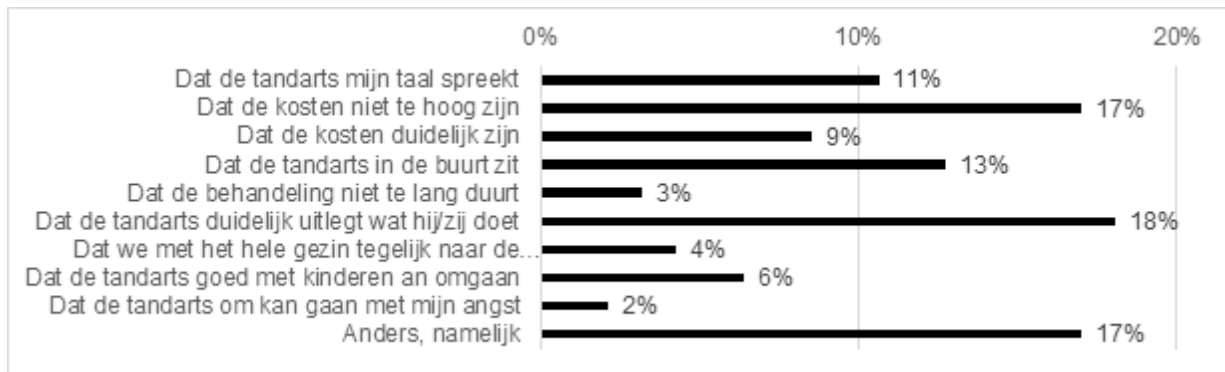
### 5.2.5 Subvraag 5: customer journey

Subvraag 5 luidt: hoe ziet de customer journey eruit van huidige patiënten en wat zijn kenmerken van de huidige patiënten? De respondenten in het onderzoek onder bewoners van Presikhaaf zijn (of waren) geen patiënt bij de AKMA, zoals uit paragraaf 5.2.6 blijkt. Deze subvraag is daarmee niet goed te beantwoorden met de enquête. De vragenlijst bevat echter wel vragen over hoe bewoners hun tandarts/mondhygiënist gevonden hebben, wat zij belangrijk vinden in een tandarts, en of ze ooit een slechte ervaring met een tandarts/mondhygiënist hebben gehad. Daarom bespreken we de resultaten van deze vragen onder het kopje van subvraag 5.

Hoe tandarts/mondhygiënist gevonden? Aan de personen die aangaven dat ze jaarlijks of vaker naar de tandarts of mondhygiënist gaan, vroegen we hoe ze die gevonden hebben. In de onderstaande grafiek is te zien dat de meeste mensen aangeven dat ze hun tandarts of mondhygiënist hebben gevonden via familie of vrienden. De categorie 'anders' is ook relatief groot: 30% van de respondenten koos deze optie. In deze categorie werd het vaakst genoemd dat de huidige tandarts of mondhygiënist gevonden werd via de vorige tandarts of mondhygiënist. Een Fisher Exact toets liet zien dat er geen relatie was met migratieachtergrond,  $p = .07$ .



Wat is belangrijk aan een tandarts of mondhygiënist? Aan alle respondenten werd de vraag gesteld wat zij belangrijk vinden aan een tandarts, naast verstand hebben van het gebit. Er waren meerdere antwoorden mogelijk. In onderstaande grafiek is te zien dat het vaakst werd aangegeven dat een tandarts duidelijk moet uitleggen wat hij/zij doet (18% van alle aangevinkte antwoorden), gevolgd door 'dat de kosten niet te hoog zijn (17%) en 'anders' (ook 17%). Wat betreft de laatste antwoordcategorie: daar werd genoemd dat de tandarts/mondhygiënist vriendelijk/communicatief moet zijn. Ook werden andere aspecten genoemd, zoals snel terecht kunnen voor een afspraak, dataprivacy en dat de tandarts/mondhygiënist goede (poets-)instructie geeft.

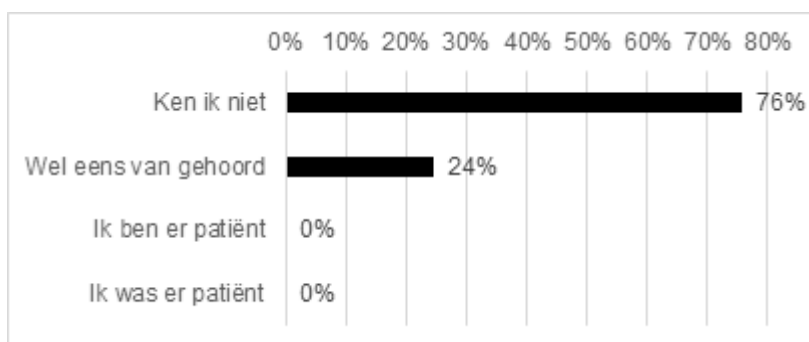


Slechte ervaringen met tandarts. Vervolgens vroegen we: ‘Heeft u wel eens een slechte ervaring met een tandarts gehad? Zo ja, wat gebeurde er?’ Het bleek dat precies de helft van de respondenten aangaf wel eens een slechte ervaring gehad te hebben, en de andere helft niet. De open antwoorden zijn vervolgens gecategoriseerd. Daaruit bleek dat ongeveer de helft van de slechte ervaringen te maken had met een behandeling of tandarts van lage kwaliteit. Respondenten noemden bijvoorbeeld: “Tandarts gaf geen uitleg, zei dat ik me niet moest aanstellen en pakte mijn mond vast” en “De tandarts was niet zorgvuldig, was gehaast.” Daarnaast werd door ongeveer een kwart van de respondenten met een slechte ervaring een ervaring genoemd die te maken had met pijn. Bijvoorbeeld: “De behandeling deed pijn” en “Toen er een kies getrokken werd, werkte de verdoving niet.” Een Fisher Exact toets liet zien dat er geen relatie was met migratieachtergrond,  $p = 1$ .

### 5.2.6 Subvraag 6: AKMA

Het laatste blokje vragen bevatte vragen over de AKMA. Deze vragen zijn opgesteld om een antwoord te krijgen op subvraag 6: welke beelden hebben bewoners van Presikhaaf bij de AKMA?

Bekendheid. We vroegen aan bewoners: ‘Kent u de AKMA, de Academische Kliniek voor Mondzorg Arnhem?’ In onderstaande grafiek is te zien dat ruim driekwart (76%) van de ondervraagde bewoners van Presikhaaf aangeven dat ze de AKMA niet kennen. De overige 24% gaf aan dat ze er wel eens van gehoord hebben. Niemand van de deelnemers aan dit onderzoek is of was er patiënt. Een Fisher Exact toets liet zien dat er geen relatie was met migratieachtergrond,  $p = 1$  en geslacht,  $p = .36$ .





Associaties met AKMA. Van de mensen die aangaven wel eens van de AKMA gehoord te hebben, wilden we graag weten welke spontane gedachten zij hebben over de AKMA. Daarom vroegen we aan de 10 deelnemers die aangaven wel eens van de AKMA gehoord te hebben: 'Wat komt er in u op als u denkt aan de AKMA?' Negen deelnemers hebben deze vraag beantwoord. De associaties van de 9 respondenten zijn hieronder weergegeven.

**Antwoordoptie**

Positieve ervaring

Ik heb de naam wel eens gehoord, verder ken ik het niet

Voor mensen die het krap hebben

Iemand ging er naartoe omdat hij in de bijstand zat

er worden tandartsen opgeleid

Gespecialiseerd, er is veel kennis aanwezig

Goedkoop

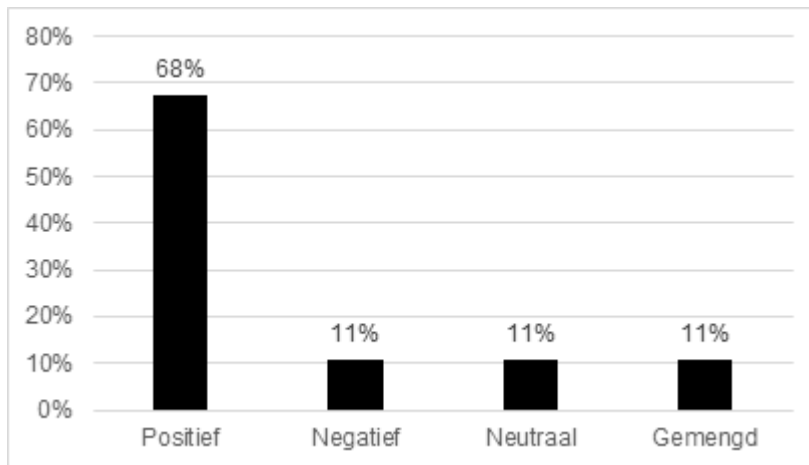
Mijn buurvrouw gaat erheen

Het valt op dat er associaties zijn rondom de prijs van de behandelingen: "Voor mensen die het krap hebben", "Iemand ging er naartoe omdat hij in de bijstand zat" en "goedkoop".

Mening over AKMA. Vervolgens beschreven we de AKMA aan deelnemers op de volgende manier:

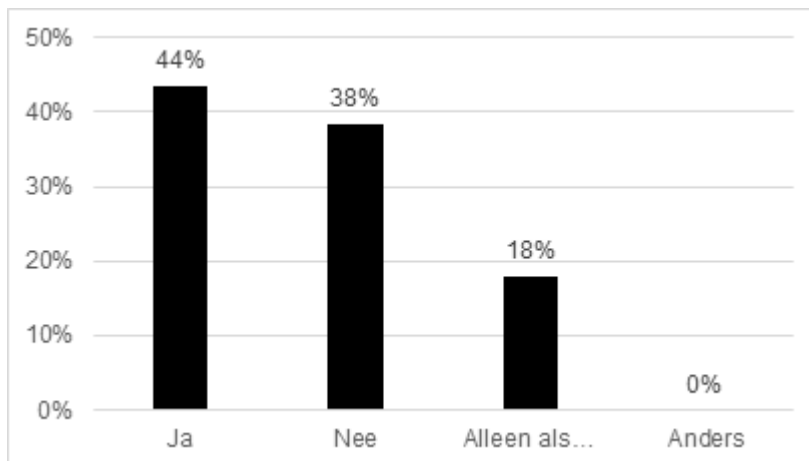
De AKMA is een tandartsenpraktijk. Studenten behandelen patiënten. Ze worden gecontroleerd door ervaren tandartsen en mondhygiënist die ook docenten zijn. De kosten zijn 25% lager dan bij een gewone tandartsenpraktijk. Omdat studenten nog leren, duurt de behandeling vaak wat langer.

Daarna stelden we de vraag: 'Wat vindt u van de AKMA?' De open antwoorden zijn eerst gecodeerd in positief (bijvoorbeeld: "mooi principe"), negatief (bijvoorbeeld: "Ik heb het idee dat studenten meer fouten maken"), neutraal (bijvoorbeeld: "Geen mening") en gemengd (bijvoorbeeld: "Klinkt goed voor reguliere controle, maar voor meer zou ik iemand willen met meer ervaring"). Uit onderstaande grafiek blijkt dat de mening over de AKMA overwegend positief zijn: 68% van de deelnemers reageert positief op de vraag 'Wat vindt u van de AKMA?' Er was geen relatie tussen de mening over de AKMA en migratieachtergrond.



AKMA overwegen. De laatste inhoudelijke vraag was 'Stel dat u een tandarts of mondhygiënist zoekt. Zou u dan naar de AKMA gaan?' In de onderstaande grafiek is te zien dat een kleine meerderheid (44%) van de ondervraagden 'ja' antwoordt, gevolgd door 38% die 'nee' zegt. Uit de toelichting blijkt dat mensen die aangeven de AKMA te overwegen, dat vooral doen vanwege de korting op een behandeling. Ook het helpen van studenten wordt genoemd. Mensen die de AKMA niet overwegen, noemen daar diverse redenen voor. Twee daarvan worden het vaakst genoemd: twijfel over de kwaliteit van de behandeling (vanwege behandeling door studenten) en de wens om bij de huidige tandarts te blijven.

Er was geen relatie tussen het al dan niet overwegen van de AKMA en migratieachtergrond.



### 5.3 Conclusie onderzoek onder bewoners Presikhaaf

Het onderzoek onder bewoners van Presikhaaf leverde een aantal inzichten op. Als eerste is belangrijk om te benoemen dat de steekproef slechts 41 bewoners bevat. Idealiter zou dat een groter aantal zijn. Echter, als we kijken naar de samenstelling van de steekproef in termen van demografische kenmerken, dan valt op dat die flinke gelijkenissen tonen met cijfers over de wijk als geheel, zoals bijvoorbeeld op allecijfers.nl, een website met gegevens die gebaseerd zijn op data van o.a. overheden. Dit geeft vertrouwen dat de opgedane inzichten representatief kunnen zijn voor geheel Presikhaaf. Ook de bevinding dat factoren als migratieachtergrond, leeftijd, geslacht en woonsituatie suggereert dat de steekproef evenwichtig is, ondanks de geringe grootte.

Wat betreft de zelf beoordeelde gezondheid valt op dat die relatief hoog is. Er is een klein verschil tussen mensen met en zonder migratieachtergrond: de eerste groep schat de eigen gezondheid over het algemeen als 'een beetje gezond' in, terwijl de tweede groep diverser lijkt in hun zelfbeoordeling. Hetzelfde patroon is waar te nemen voor mondgezondheid. Mensen die problemen hebben met hun mond of gebit, en die aangeven dat deze problemen niet behandeld worden, geven vooral aan dat de reden hiervoor financieel is. De meeste bewoners gaan twee keer (39%) of één keer per jaar naar de tandarts (22%). Dat doen ze om te kijken of hun gebit (nog steeds) gezond is. De meeste bewoners met kinderen laten hun kinderen twee keer per jaar naar de tandarts gaan. De mensen die nooit naar de tandarts gaan, of alleen als ze pijn hebben, geven aan dat dit financiële redenen heeft. Ook worden slechte ervaringen met een tandarts/mondhygiënist genoemd.

Tandartsen worden vooral gevonden via familie of vrienden, of via de huidige tandarts. Duidelijkheid over kosten en behandelingen waren veel genoemde dingen die bewoners belangrijk vinden aan een tandarts/mondhygiënist. De helft van de bewoners had een slechte ervaring met een tandarts/mondhygiënist. Dat zat vooral in de lage kwaliteit van een behandeling of tandarts zelf.

De AKMA bleek behoorlijk onbekend onder bewoners: slechts 24% gaf aan er wel eens van gehoord te hebben. De associaties van deze mensen met de AKMA gaan vooral over de prijs van de behandelingen bij de AKMA. Nadat we de AKMA hadden omschreven aan mensen die de opleidingskliniek niet kenden, waren de reacties overwegend positief. De mensen die AKMA zouden overwegen, geven aan dat dit vooral is vanwege de korting op een behandeling. De vaakst genoemde redenen om de AKMA niet te overwegen, zijn twijfels over de kwaliteit van de behandeling en de wens om patiënt bij de huidige tandarts/mondhygiënist te blijven.

## 6 VINDBAARHEID AKMA

In het Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang (Khanassov et al., 2016) worden bereikbaarheid en beschikbaarheid genoemd als belangrijke factoren aan de kant van de zorgaanbieder. Deze twee begrippen raken aan de zichtbaarheid en vindbaarheid van (in dit geval) een mondzorgkliniek. De hierboven beschreven onderzoeken suggereren dat de zichtbaarheid en vindbaarheid van de AKMA momenteel niet optimaal zijn. Het huidige onderzoek richt zich daarom op het in kaart te brengen van de vindbaarheid van de AKMA. We kijken daarbij naar zowel de fysieke als de online vindbaarheid.

### 6.1 Methode

Op 13 september 2023 brachten de onderzoekers en de Talent Academy studenten zowel de online vindbaarheid van de AKMA in kaart als de vindbaarheid van de kliniek in het gebouw waar de AKMA is gehuisvest (Ruitenberglaan 26 in Arnhem).

Voor de online vindbaarheid keken twee aparte studentgroepen van elk 3 studenten naar resultaten van verschillende online zoekopdrachten/zoektermen. Vervolgens brachten we in kaart hoe de online journey verliep. De fysieke vindbaarheid van de AKMA brachten we in kaart door middel van de mystery shopping methode. Twee studentgroepen van elk 3 studenten kropen in de huid van een hypothetische nieuwe patiënt die voor het eerst aankomt op de HAN-campus in Arnhem en het doel heeft de AKMA te bezoeken in het gebouw aan de Ruitenberglaan 26. Tenslotte bekeken 2 studentgroepen van elk 3 studenten hoe vindbaar de AKMA is bij binnenkomst in de Ruitenberglaan 26. In bijlage 3 zijn de volledige instructies te vinden.

### 6.2 Resultaten

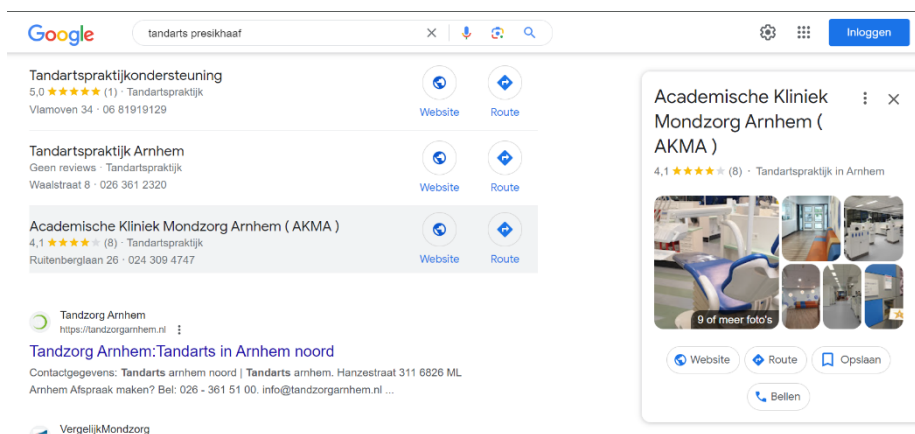
Hieronder bespreken we de resultaten van het vindbaarheidsonderzoek. Dat doen we voor zowel de online als de fysieke vindbaarheid.

#### 6.2.1 Online vindbaarheid

Om de online vindbaarheid van de AKMA te onderzoeken hebben we een aantal zoekopdrachten ingevoerd in de zoekmachine van Google. De tabel hieronder geeft de gebruikte zoekopdrachten weer. Belangrijk om te vermelden is dat de online vindbaarheid onderzocht werd terwijl de studenten zich op Ruitenberglaan 26 bevonden. Dat heeft (in ieder geval) de resultaten voor de zoekopdracht 'tandarts in de buurt' beïnvloed, aangezien Google zoekresultaten laat zien o.a. op basis van locatie van het apparaat waarmee gezocht wordt (Google, z.d.).

Zoekopdracht	Resultaat
Tandarts Arnhem	57 <sup>ste</sup> zoekresultaat (vier-na-onderste resultaat op de eerste pagina), exclusief de vier blokjes met resultaten onder 'Plaatsen'
Tandartskliniek Arnhem	4 <sup>e</sup> resultaat onder 'Plaatsen'
Tandarts Presikhaaf	8 <sup>e</sup> resultaat onder 'Plaatsen'
AKMA Presikhaaf	Eerste resultaat
Goedkope tandarts Arnhem	4 <sup>e</sup> resultaat onder 'Plaatsen'

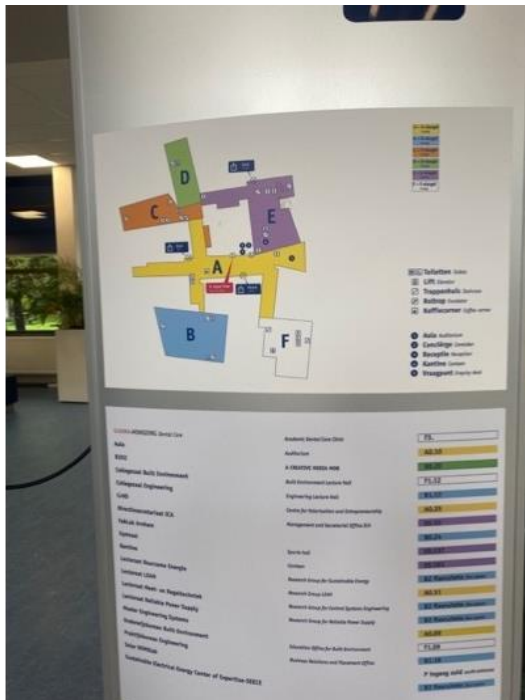
Opvallend is dat de AKMA onder 'Plaatsen' genoemd werd, als de AKMA al genoemd werd. De website van AKMA stond veel lager in de zoekresultaten, of werd überhaupt niet gevonden. Wie onder 'Plaatsen' op de zwarte tekst 'Academische Kliniek Mondzorg Arnhem ( AKMA )' klikt, ziet rechts in beeld een paneel met meer informatie over de AKMA verschijnen, zoals afgebeeld in de figuur hieronder. Daar worden ook vragen gesteld die lang niet allemaal (duidelijk) beantwoord worden. Onderaan is een reviewoverzicht waar mensen de AKMA beoordelen. De gemiddelde beoordeling is een 4,1 (van maximaal 5).



## 6.2.2 Fysieke vindbaarheid op de campus

De AKMA is gevestigd op de HAN-campus in de Arnhemse wijk Presikhaaf, in het HAN-gebouw aan de Ruitenberglaan 26. Het valt op dat de AKMA nergens genoemd wordt op de bewegwijzering op de campus. Er zijn wel bordjes die verwijzen naar de Ruitenberglaan 26, maar de AKMA wordt daar niet genoemd.

### 6.2.3 Fysieke vindbaarheid in het gebouw



Bij binnenkomst in het gebouw aan de Ruitenberglaan 26 is niet direct helder dat de AKMA zich daar bevindt en hoe je daar kunt komen. Bij de ingang is er op een zuil wel een plattegrond van het gebouw afgebeeld (zie figuur hiernaast), maar daar wordt de AKMA niet genoemd. Wie verder rechtdoor het gebouw inloopt, ziet linksboven de receptie een (niet al te groot) scherm. Daar wordt de AKMA rechts onderin genoemd (zie figuur linksonder—de omcirkeling is aan de foto toegevoegd). Dat gebeurt deels in magentakleurige letters, wat de letters slechter leesbaar maakt door het lagere contrast met de witte achtergrond, in vergelijking met zwarte letters. Een pijl wijst de bezoeker naar rechts. Vanaf daar is er op verschillende kruispunten bewegwijzering aan de muur te vinden waarop naar de AKMA verwezen wordt (zie figuur rechtsonder). Dat gebeurt wederom

deels in magentakleurige letters en een magentakleurige afbeelding van een kies. Ook hier is het contrast met de lichte ondergrond van de bewegwijzering lager dan voor de reguliere, donkerdere letters.





Eenmaal voorbij de centrale hal wordt ook in de lift naar de AKMA verwezen. Dat gebeurt op een vergelijkbare manier als de eerder omschreven bewegwijzering in het gebouw, zie figuur links.

Daarnaast is opvallend dat bij binnenkomst in de kliniek de magentakleurige letters uit het HAN logo verdwenen zijn in de uitingen. In plaats daarvan is op meerdere plekken het logo en de kleurstelling van het Radboud UMC zichtbaar. De fysieke merkuitingen van de AKMA lijken een tweedeling te bevatten: in de kliniek zelf overheersen de merkuitingen van het Radboud UMC, terwijl in de andere delen van het gebouw waar de AKMA gehuisvest is alleen het HAN logo zichtbaar is.

### 6.3 Conclusie vindbaarheid AKMA

Dit onderzoek richtte zich op de online en fysieke vindbaarheid van de AKMA. Wat betreft de online vindbaarheid valt op dat de AKMA online alleen goed vindbaar is als de zoekterm 'AKMA Presikhaaf' wordt gebruikt. Voor andere, minder directe, zoektermen verschijnt de AKMA niet prominent in de zoekresultaten.

De fysieke vindbaarheid is ook niet optimaal. Nergens op de HAN-campus wordt in de bewegwijzering verwezen naar de AKMA. In het gebouw waar de AKMA zich bevindt, wordt de kliniek niet genoemd in de plattegrond van het gebouw die bij de ingang staat. Pas op het kleine scherm dat links van de receptie hangt, staat de AKMA aangegeven. De AKMA wordt ook genoemd op de bewegwijzering in het gebouw zelf. Maar de magentakleurige letters uit het HAN-logo die op de bordjes worden gebruikt, vallen enigszins weg tegen de grijze achtergrond van de bewegwijzering. Daardoor is vooral het woord MONDZORG goed te lezen. Daarnaast valt op dat in de kliniek zelf vooral de merkuitingen van de Radbouduniversiteit gebruikt worden.

## 7 CONCLUSIES

Het huidige onderzoek startte vanuit de observatie dat de toegankelijkheid van de mondzorg niet voor iedereen gelijk is: met name mensen met een lage sociaaleconomische status ontvangen minder mondzorg (CBS, 2022; Peres et al, 2019). Verschillen in toegankelijkheid van de eerstelijnszorg kunnen bijdragen aan (verdere) ongelijkheid (Shen & Listl, 2018). Vanuit de motivatie om gezondheidsverschillen te helpen verkleinen, verkende dit onderzoek hoe mondzorg toegankelijker kan worden voor bewoners van de Arnhemse wijk Presikhaaf, een multiculturele wijk met een lage sociaal economische status. In de wijk is een gezamenlijke onderwijspraktijk gevestigd van de opleiding Tandheelkunde van het Radboud UMC en de opleiding Mondzorgkunde van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen: de Academische Kliniek voor Mondzorg Arnhem (AKMA). In deze onderwijspraktijk worden patiënten behandeld door studenten, onder begeleiding van docenten van beide opleidingen. Patiënten worden tegen gereduceerd tarief behandeld. De kliniek wil bijdragen aan de toegankelijkheid van mondzorg, met speciale aandacht voor mensen met een kwetsbare positie in de maatschappij, zoals mensen die leven in armoede, nieuwkomers, kinderen, ouderen en kwetsbare groepen. Echter, bewoners van Presikhaaf weten de praktijk onvoldoende te vinden. De centrale vraag in dit project was daarom 'hoe kan de opleidingskliniek AKMA toegankelijk zijn voor alle inwoners van Presikhaaf?'

Hieronder beantwoorden we de verschillende deelvragen op basis van het uitgevoerde onderzoek. Daarna beantwoorden we de hoofdvraag, en integreren we de bevindingen met het Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang (Khanassov et al., 2016). We eindigen dit hoofdstuk met het benoemen van een aantal beperkingen van het huidige onderzoek.

### 7.1 Beantwoorden van hoofdvraag en subvragen

In deze paragraaf beantwoorden we de zes deelvragen op basis van de uitgevoerde onderzoeken. In paragraaf 6.1.7 beantwoorden we de hoofdvraag van het onderzoek.

#### 7.1.1 Subvraag 1: welke doelgroepen zijn er in Presikhaaf, en hoe zijn ze te onderscheiden?

Meer dan de helft van de bewoners heeft een migratieachtergrond (allecijfers.nl). Consistent hiermee geven de geïnterviewde maatschappelijke en zorgprofessionals aan dat Presikhaaf een grote (culturele) diversiteit aan inwoners kent. Dit komt ook terug in de steekproef van bewoners die de enquête heeft ingevuld (zie hoofdstuk 4): ook in de steekproef heeft ongeveer de helft van de bewoners een migratieachtergrond. Deze groep bewoners heeft gedeeltelijk andere gewoonten en een ander beeld van zorg dan mensen zonder een migratieachtergrond. Uit zowel de interviews met de maatschappelijke en zorgprofessionals als de interviews met AKMA-betrokkenen komt naar voren dat een deel van de bewoners moeite met de Nederlandse taal hebben. Dat blijkt ook uit de enquête onder



bewoners: bijna tweederde van de ondervraagde bewoners geeft aan niet makkelijk een gesprek te voeren in het Nederlands.

Ook benadrukten de maatschappelijke en zorgprofessionals dat er in Presikhaaf bewoners zijn met veel geldzorgen. Zij ervaren hierdoor chronische stress. Dit kan ertoe leiden dat men vooral bezig is met overleven en 'brandjes blussen', en minder met preventie. Ook valt op dat er volgens de experts in de wijk een substantieel deel van de bewoners relatief weinig vertrouwen heeft in instanties of zorgverleners.

### **7.1.2 Subvraag 2: hoe staan bewoners tegenover gezondheid?**

De geïnterviewde maatschappelijke en zorgprofessionals geven aan dat er onder bewoners van Presikhaaf gezondheidsproblemen spelen, zoals obesitas, stress en 'ongezonde gewoonten'. Volgens de geïnterviewde professionals hangen deze problemen samen met de vaak moeilijke levensomstandigheden waar bewoners mee te maken hebben, waarin ze vooral bezig zijn met overleven. Bewoners zelf, echter, geven in de enquête (hoofdstuk 5) aan dat ze zichzelf vrij gezond vinden en beoordelen hun gezondheid als goed. Deze ogenschijnlijke discrepantie kan verschillende oorzaken hebben. Zoals we ook aangeven in hoofdstuk 7.3, heeft een deel van de geïnterviewde maatschappelijke en zorgprofessionals vooral contact met bewoners die hulp nodig hebben op één of meerdere vlakken van hun leven. Dat kan hun beeld van 'de' bewoner van Presikhaaf kleuren. Daarnaast is het mogelijk dat de persoonlijke afname van de enquêtes onder bewoners het geven van (te) optimistische en/of sociaal wenselijke antwoorden in de hand heeft gewerkt.

### **7.1.3 Subvraag 3: hoe staan bewoners tegenover mondgezondheid?**

Uit de verschillende onderzoeken ontstaat het beeld dat een substantieel deel van de bewoners te maken heeft met problemen met het gebit of de mond. Denk bijvoorbeeld aan achterstallig onderhoud. Deze problemen worden lang niet altijd behandeld, blijkt uit het onderzoek onder bewoners. De geïnterviewde professionals geven aan dat geldgebrek voor veel bewoners een reden is om de tandarts of mondhygiënist niet regelmatig te bezoeken. Mondzorg wordt vaak gezien als iets curatiefs, als iets waar ze naartoe gaan bij pijnklachten, in plaats van een manier om problemen met gebit en mond te voorkomen.

Ook wat betreft mondgezondheid is er een discrepantie tussen de observaties van de professionals en de beoordeling van de bewoners zelf: in de enquête geven bewoners aan dat ze hun mondgezondheid als goed beoordelen. De redenen die we onder 7.1.2 noemen voor deze ogenschijnlijke tegenstelling, kunnen ook gelden voor mondgezondheid.

#### **7.1.4 Subvraag 4: welke wensen en belemmeringen over mondzorg hebben bewoners?**

Uit zowel de expertinterviews, als gesprekken met patiënten en de wijkbewoners blijkt, dat mogelijke hoge kosten voor de tandarts en kosten van de behandeling belemmeringen zijn voor het bezoeken van een tandarts. Daarnaast geven bewoners aan dat eerdere slechte ervaringen bij de tandarts, bijvoorbeeld te weinig uitleg over de behandeling, zorgt voor het niet regelmatig bezoeken van een tandarts. Ondanks deze belemmeringen bezoekt 61% van de ondervraagde wijkbewoners minimaal 1 keer per jaar een tandarts.

Geldzorgen, het niet goed spreken van de Nederlandse taal en eerdere slechte ervaringen bij de tandarts zijn drempels voor de Presikhavenaren om regelmatig op controle gaan of hun gebit/mondproblemen aanpakken. Tegelijkertijd zien we dat mond-tot-mond reclame de voornaamste weg was waarop mensen uiteindelijk bij een bepaalde tandarts inschrijven.

Factoren zoals schaamte, culturele invloeden, taalgebruik van zorgverleners dat verder van de doelgroep afstaat spelen een rol. Alle bovengenoemde factoren kunnen een negatieve invloed hebben op het frequent bezoeken van een tandarts en het laten behandelen van gebits- en mondproblemen.

#### **7.1.5 Subvraag 5: huidige patiënten AKMA en hun customer journey**

Subvraag 5. Hoe ziet de customer journey eruit van huidige patiënten en wat zijn kenmerken van de huidige patiënten? Door het uitvoeren van een patient journey, zijn er een aantal belemmeringen gevonden in de online en fysieke vindbaarheid en bereikbaarheid van AKMA. Via online zoekmachines, zoals Google, wordt AKMA slecht gevonden in de resultaten na een zoekactie. De informatie op de bestaande webpagina van AKMA is onduidelijk, zoals het aanmelden als nieuwe patiënt. De fysieke vindbaarheid en bereikbaarheid van AKMA heeft een aantal beperkingen, zoals onduidelijke wegbewijzing buiten en in het gebouw, geen zichtbaarheid van de onderwijskliniek aan de buitenkant van het gebouw en locatie van AKMA in de wijk.

#### **7.1.6 Subvraag 6: welke beeld hebben bewoners van AKMA en mondzorg?**

De AKMA is weinig bekend onder de wijkbewoners: uit het bewonersonderzoek blijkt dat 76% van de ondervraagde Presikhavenaren de AKMA niet kent. Ook onder de geïnterviewde experts is de AKMA weinig bekend. De locatie van de AKMA aan de Ruitenberglaan 26 is van buiten niet zichtbaar. In het gebouw zelf is de bewegwijzering voor verbetering vatbaar.

Naast de lage fysieke vindbaarheid, is ook de online vindbaarheid gering: de website wordt slecht gevonden. Bovendien is communicatie voornamelijk in het Nederlands, terwijl de wijk een uitgesproken multiculturele aard heeft.

Bewoners en wijkprofessionals die onbekend zijn met de AKMA hebben we kort uitgelegd wat de opleidingskliniek inhoudt. Opvallend is dat beide groepen na de uitleg ontvangen te hebben, een overwegend positieve houding tegenover de AKMA te hebben.

### **7.1.7 Hoofdvraag: hoe kan de opleidingskliniek AKMA toegankelijk zijn voor alle inwoners van Presikhaaf?**

De hoofdvraag die centraal stond in het huidige project luidde: hoe kan de opleidingskliniek AKMA toegankelijk zijn voor alle inwoners van Presikhaaf?

Presikhaaf kent een grote diversiteit aan inwoners. De onderzoeken in dit project hebben meer zicht gegeven op de bewoners van de Presikhaaf. Het is een zeer diverse groep mensen met verschillende culturele achtergronden en bijbehorende ideeën en gewoonten over (mond)gezondheid. De problemen die spelen in de wijk hangen samen met de lage sociaal-economische status van de wijk: financiële zorgen, stress, wantrouwen tegen instanties, schaamte, problemen met (mond)gezondheid. Mondzorg wordt vaak gezien als iets curatief in plaats van iets preventiefs. Daarnaast spelen financiële overwegingen een rol bij bewoners die niet (regelmatig) naar de tandarts of mondhygiënist gaan. De verlaagde tarieven die de AKMA hanteert, zouden een rol kunnen spelen in het toegankelijker maken van mondzorg in de wijk. Daarnaast zijn huidige patiënten in het algemeen positief over de AKMA. Maar de AKMA is weinig bekend onder zowel bewoners die er geen patiënt zijn, als onder professionals die werkzaam zijn in de wijk. De huidige patiënten zijn vooral via mond tot mond reclame patiënt geworden bij de praktijk. Wanneer ze uitleg krijgen over het concept van de AKMA (verlaagd tarief, de tijd nemen voor patiënten, etc.), zijn de professionals er positief over. Hetzelfde geldt voor bewoners. Kortom, er lijkt duidelijk potentieel te zijn voor de AKMA in het toegankelijker maken van mondzorg voor bewoners van Presikhaaf. In hoofdstuk 8 geven we advies over hoe de AKMA dit potentieel kan realiseren.

In de paragraaf hieronder relateren we eerst onze bevindingen aan het eerder genoemde Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang (Khanassov et al., 2016). Door aandacht te hebben voor de toegankelijkheid van de opleidingskliniek AKMA, vanuit het perspectief vanuit zowel de zorgvrager als de zorgaanbieder met de bijbehorende dimensies en factoren, kunnen er specifieke acties worden ondernomen om vanuit beide perspectieven verbeteringen te kunnen bewerkstelligen. Op deze manier kan de toegankelijkheid van de AKMA vergroot worden voor de inwoners van Presikhaaf. Hieronder wordt vanuit het Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang de resultaten voor deze twee perspectieven en dimensies nader beschreven en hoe deze kunnen bijdragen aan de vergroten van de toegankelijkheid van de AKMA.

## **7.2 Integratie van resultaten met Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang**

Uit dit onderzoek zijn er resultaten naar voren gekomen, die ingedeeld kunnen worden in de verschillende dimensies van het Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang vanuit het perspectief van de zorgvrager en zorgaanbieder. Voor de zorgvrager is het dimensie Vermogen om te betalen een belangrijke dimensie in de toegankelijkheid van zorg. Voor wijkbewoners uit Presikhaaf zijn financiële beperkingen een reden om een bezoek aan de tandarts te vermijden. Daarnaast spelen de dimensies het Vermogen van waarnemen, te zoeken en te bereiken hierbij een rol. Deze vermogens worden

negatief beïnvloed door stress van het dagelijks leven en het gevoel hebben van 'overleven'. Hierdoor is er niet altijd ruimte bij de wijkbewoners om over hun (mond)gezondheid na te denken. Dit heeft een negatieve invloed op het zoeken en uiteindelijk bereiken van de mondzorg, waarbij laaggeletterdheid, niet precies weten hoe het zorgstelsel werkt en schaamte over geldzorgen een negatieve rol spelen. Mocht een wijkbewoner wel de mondzorg bereiken, dan is het belangrijk dat de wijkbewoner optimaal kan deelnemen aan de behandeling, hetgeen tot de dimensie Vermogen tot deelname behoort. Deze deelname wordt onder andere beïnvloed door de informatie die verstrekt wordt aan de wijkbewoner en zijn/haar empowerment. Empowerment van de wijkbewoner wordt negatief beïnvloed door schaamte. Uit de resultaten blijkt dat (cultuur)sensitieve communicatie van de behandelaar door de wijkbewoners als belangrijk wordt ervaren, zoals een goede uitleg over de behandeling en de kosten. Helaas schiet die (cultuur)sensitieve communicatie nog weleens te kort.

Uit dit onderzoek komen ook resultaten, die vanuit de zorgaanbieder de toegang tot de mondzorg beïnvloeden. Zoals hierboven al besproken is, spelen de zorgkosten vanuit de zorgaanbieder een rol in de toegang van de mondzorg. AKMA als zorgaanbieder zou een herziening (verlaging) van de zorgkosten van de behandelingen in de onderwijskliniek moeten overwegen, om de toegankelijkheid van de mondzorg voor de wijkbewoners te verhogen. Als zorgaanbieder kan AKMA ook nog verbeteringen aanbrengen in de dimensies Bereikbaarheid en Beschikbaarheid, waarin het gaat om het verbeteren van de online vindbaarheid en ook fysieke bereikbaarheid en routing door het HAN-gebouw naar de AKMA. Maar ook beschikbaarheid, zoals de geografische locatie, soort accommodatie en een afspraakstelsel die geschikt is voor alle soorten patiënten en in verschillende talen. Factoren, zoals cultuur, professionele waarden en normen, geschiktheid, interpersoonlijke kwaliteit, zijn belangrijk bij de dimensies Aanvaardbaarheid en Geschiktheid van de zorgaanbieder (behandelaar). Aan deze factoren zouden in het onderwijs van de opleidingen Mondzorgkunde en Tandheelkunde nadrukkelijker aandacht besteed kunnen worden. Toekomstige tandartsen en mondhygiënist worden op deze manier meer bewust van de invloed van bijvoorbeeld hun professionele waarden of interpersoonlijke kwaliteiten voor invloed hebben op de patiënt (zorgvrager) en zij die beter kunnen afstemmen op de wijkbewoners.

### **7.3 Beperkingen van het onderzoek**

De vraag die centraal stond in het huidige project was 'hoe kan de opleidingskliniek AKMA toegankelijk zijn voor alle inwoners van Presikhaaf?' Om deze vraag, en de zes deelvragen, te beantwoorden, zijn vier verschillende onderzoeken uitgevoerd. We hebben maatschappelijke en zorgprofessionals geïnterviewd van acht verschillende organisaties. Ook hebben we een enquête afgenomen onder bewoners van Presikhaaf. Daarnaast zijn er patiënten, medewerkers en studenten van de AKMA geïnterviewd. Ten slotte is de fysieke en online vindbaarheid van de opleidingskliniek onderzocht. De resultaten van de verschillende onderzoeken geven een vrij consistent antwoord op de hoofdvraag en deelvragen. Toch kennen de onderzoeken beperkingen.

Om te beginnen is het mogelijk dat de selectie van geïnterviewde wijkprofessionals (hoofdstuk 3) de resultaten kleurt, omdat we niet met alle verschillende aanwezige maatschappelijke en zorgprofessionals in Presikhaaf gesproken hebben. Onder de geïnterviewde wijkprofessionals bevonden zich tandartsen en mondhygiënist(en) (al dan niet gelieerd aan de AKMA), maar ook relatief veel professionals die vooral in contact komen met bewoners van Presikhaaf die met (extra) veel problemen te maken hebben. Denk aan jongerenwerkers, een medewerker van het gezondheidscentrum en een organisatie die mensen ondersteunt die in armoede leven. De bewoners van Presikhaaf die (relatief) weinig problemen ervaren in het dagelijks leven, zijn over het algemeen minder zichtbaar voor deze partijen.

Het direct met bewoners van Presikhaaf in gesprek gaan vormde een manier om een wat breder beeld van de wijk te schetsen (hoofdstuk 5). Ondanks de relatief kleine steekproef in het bewonersonderzoek lijkt de steekproef op grote lijnen overeen te komen met de samenstelling van de wijk in het algemeen (zie allecijfers.nl). Het voordeel van een grotere steekproef was geweest dat het een sterkere basis had gegeven om persona's te creëren, zodat subvraag 1 wat preciezer beantwoord had kunnen worden. Ten slotte zijn zowel de interviews met AKMA-betrokkenen als het onderzoek naar de vindbaarheid van de AKMA minder systematisch aangepakt dan de andere twee onderzoeken. De oorzaak daarvan lag in de korte tijd waarin het project uitgevoerd is.

## 8 ADVIES

De toegankelijkheid tot de mondzorg is ongelijk, met name voor mensen met een laag sociaaleconomische status (Peres et al, 2019). Verschillen in toegankelijkheid van de eerstelijnszorg (verder) reduceren kunnen bijdragen aan meer verkleinen van en in gelijkheid in gezondheidskosten (Shen & Listl, 2018). Doel van dit project was daarom te onderzoeken hoe de AKMA toegankelijk kan zijn voor alle inwoners van Presikhaaf, met speciale aandacht voor mensen met een kwetsbare positie in de maatschappij, zoals mensen die leven in armoede, nieuwkomers, kinderen, ouderen en kwetsbare groepen.

Presikhaaf kent een grote diversiteit aan inwoners. Dit project heeft meer inzicht gegeven in de diverse doelgroepen in de wijk en op wat er nodig is om deze doelgroep te kunnen helpen met haar mondgezondheid. Daarnaast is het voor toegankelijke mondzorg in Presikhaaf van belang om met *communicatie*, in de *werkwijze* en in (*organisatie*)*processen* te werken aan 1) vertrouwen, 2) bekendheid & vindbaarheid, 3) nauwere samenwerking met wijkprofessionals. Hieronder volgen per thema praktische adviezen en denkrichtingen.

## 8.1 Bouwen aan vertrouwen

Geldzorgen, niet goed spreken van de Nederlandse taal en eerdere slechte ervaringen bij de tandarts zijn drempels voor de Presikhavenaren om regelmatig een mondzorgprofessional te bezoeken voor een gebitscontrole of andere behandelingen aan het gebit uitstellen. Tegelijkertijd lijkt dat mond-tot-mond reclame de voornaamste weg was waarop mensen uiteindelijk bij een bepaalde tandarts inschrijven. Door te bouwen aan vertrouwen kunnen er mensen overtuigd worden om hun gebit te laten behandelen bij de AKMA, te blijven komen voor behandelingen en ontstaat er mogelijk ook een 'ripple-effect' naar bekendheid van de AKMA (zie volgende thema). Dit geldt voor alle subdoelgroepen, maar zeker voor de subdoelgroep die weinig te besteden heeft is dit een cruciaal aspect in de keuze om naar een tandarts te gaan en daar ook te blijven komen. Hieronder werken we twee adviezen uit, die verband houden met de werkwijze (8.1.1) en personalisering (8.1.2).

### 8.1.1 Een meer sensitieve werkwijze te ontwikkelen waarbij aandacht is voor de financiële situatie en culturele achtergrond van de patiënt

#### Financiële situatie

Presikhaaf-West en Presikhaaf-Oost behoren met respectievelijk €20.800 en €24.200 tot de vier Arnhemse wijken met het laagste gemiddelde bruto jaarinkomen (allecijfers.nl). Veel bewoners hebben een laag inkomen en geldzorgen. In de keuze om naar de tandarts te gaan voor controle en het laten behandelen van gebitsproblemen speelt geld een beslissend grote rol. Daarom adviseren we om te: Verkennen van aanpassen van de mogelijkheden van wijze van en moment van betalen van de rekeningen.

In processen rekening houden met geldzorgen door patiënten aan het stuur te zetten en ze opties te geven die ze kunnen overdenken. Eerst mondproblemen identificeren en vervolgens samen de opties door te spreken voor benodigde behandelingen, incl. bijkomende kosten. Samen prioriteren, als nu niet voldoende geld wat is gezien financiële mogelijkheden voor nu beste optie.

Deze werkwijze duidelijk terug laten komen in de boodschap van de ingezette communicatiemiddelen.

#### Culturele achtergrond

Meer dan de helft van de Presikhavenaren heeft een migratieachtergrond (allecijfers.nl). Deze groep Presikhavenaren heeft gedeeltelijk andere gewoontes en perceptie van zorg dan mensen zonder een migratieachtergrond. En bijna tweederde van de ondervraagde doelgroep geeft aan niet makkelijk een gesprek te voeren in het Nederlands. Dit vraagt om een aangepaste benadering en werkwijze, wat te bereiken is door o.a.:

Cultuur sensitieve (young) professionals op te leiden die bewust zijn van andere belevingswereld en rekening kunnen houden met de wijze waarop ze werken, uitleggen, woorden die ze kiezen. Houding en werkwijze getuigen dan van empathisch vermogen en leiden sneller tot het opbouwen van een relatie.

Meer communicatiemateriaal over de AKMA in andere talen en culturen beschikbaar maken.

Waar mogelijk patiënten die moeite hebben met de Nederlandse taal laten behandelen door iemand die de taal van de patiënt spreekt.

### **8.1.2 Processen persoonlijker maken en waar mogelijk tevens personaliseren door aan te passen op de specifieke context en situatie van een patiënt**

Mogelijkheid om langere afspraken in te boeken en/of een vaste behandelaar. Specialisme opbouwen in soorten behandelingen en contexten (angst, patiënten met bepaalde cultuur etc.) en de medewerker daar ook structureel op inzetten (of iemand aannemen die ervaring heeft met of komt uit aantal van meest aanwezig culturen) bij patiënten met grote mondproblematiek, eerdere traumatische ervaringen etc. Oftewel een meer gepersonaliseerde behandelingswijze.

Vaste personen met herkenbare namen en telefoonnummers als eerstelijns contactpersoon/ stem van AKMA. Verkennen of dit bij 1 of 2 vaste medewerkers in de organisatie te beleggen is.

Nabellen wanneer een patient niet komt, en meedenken over de opties.

## **8.2 Bekendheid & vindbaarheid van de AKMA**

Momenteel is er grote onbekendheid over het bestaan van AKMA onder Presikhavenaren. Daarnaast is er sprake van een fysieke en online onvindbaarheid (gebouw niet zichtbaar, in communicatiemiddelen niet zichtbaar, website wordt niet gevonden én in multiculturele wijk is communicatie alleen in Nederlands).

Tevens zijn er verschillende kansen om in de *communicatieboodschap aan te laten sluiten bij de belevingswereld van de doelgroep*:

Er is momenteel weinig communicatie van de AKMA richting bewoners.

- Ontwikkel een communicatieboodschap die beter aansluit bij de denkwijze van de doelgroep (woordkeuze, door doelgroep benoemde voordelen AKMA die matchen met behoeften, USP's van werkwijze AKMA etc.). Daarin zouden in elk geval de zorgvuldigheid van de behandelingen, de uitgebreide uitleg en het proces rondom de kosten en betaling van behandelingen een plek moeten krijgen.
- Website: zorg voor betere vindbaarheid in Google door gebruik door doelgroep gebruikte zoektermen om te werken aan een betere SEO positie. Dit kan (ook) betekenen dat de website moet worden aangeboden in meerdere talen relevant voor wijkbewoners.

*Nieuwe communicatiemiddelen en -momenten voor bekendheid:*

Mond tot mond reclame is nu vaak hoe mensen bij de AKMA terecht komen. Als een bekende het adviseert voelt het goed en veilig. Het is van grote toegevoegde waarde om dit te stimuleren en

versterken. Dit kan bijvoorbeeld door actief te zoeken en te betrekken van ambassadeurs, en ook door meer te doen met positieve reviews in de communicatie.

Er is een grote doorstroom in de wijk, daarom is het belangrijk om via sleutelfiguren (zoals zorgprofessionals) te werken aan bekendheid.

Omdat er weinig steun wordt ervaren vanuit instanties, liefst óók op plekken / via mensen die niet direct geassocieerd worden aan instanties. Bijvoorbeeld communicatiemateriaal hangen of neerleggen op plekken waar de doelgroep veel komt.

*Aangepaste communicatie wanneer doelgroep eenmaal onderweg is naar de AKMA, om de vindbaarheid te vergroten*

- Routing en bewegwijzering op de campus en in het gebouw (Ruitenberglaan 26)
- Herkenbare huisstijl in alle communicatie (waaronder de communicatie in het gebouw)

### **8.3 Nauwere samenwerking met wijkprofessionals in aanpak gezondheid (en gezondheidsverschillen)**

Om de samenwerking met de maatschappelijke en zorgprofessionals in de wijk te versterken, is het te adviseren om zorgprofessionals die Presikhavenaren tegenkomen met (mond)problematiek actief te informeren over het bestaan van de AKMA, en hen te betrekken bij ontwikkelingen binnen de AKMA. Zo ontstaat er meer binding, aanbod en werkwijze van de AKMA kan met hun kennis afgestemd worden op doelgroep én deze personen kunnen als sleutelpersoon/sluis fungeren. Een optie is ook om toe te werken naar een werkwijze waarbij eens in de zoveel tijd gezamenlijk met relevante zorgprofessionals uit de wijk wordt nagedacht over aanpak hoe doelgroepen die (te) weinig zorg krijgen beter bereikt en geholpen kunnen worden. Eventueel zou er ook (anonieme) casusbespreking kunnen plaatsvinden waarbij vanuit verschillende disciplines wordt nagedacht hoe is deze persoon beste geholpen, wat kunnen we voor hem/haar betekenen? Optie is om te verkennen of dit opgepakt zou kunnen worden in de interprofessionele afstudeermodule PZW ([Praktijkinnovatie Zorg en Welzijn \(PZW\) \(han.nl\)](https://www.han.nl/nl/onderzoek-en-ontwikkeling/interprofessionele-afstudeermodule-pzw)).

#### **8.3.1 Betaalbaarheid**

De financiële situatie speelt bij een aanzienlijk deel van de Presikhaafse doelgroep een grote rol in de beslissing al dan niet (frequent) bezoeken van de tandarts en het aanpakken van mondproblemen. Dit onderzoek heeft zich niet gericht op de mogelijkheden om de tarieven van de controles en behandelingen te reduceren. Op dit moment krijgen de volwassen AKMA patiënten 25% behandelkorting. Gezien de grote invloed van dit aspect in de beslissfase om mondzorg af te nemen, adviseren we ten eerste om vervolgonderzoek te doen naar de mogelijkheden van andere business modellen. Te denken valt aan business modellen, waarbij de kosten van de behandeling verder



gereduceerd kunnen worden of wellicht meerdere behandelingen gratis aangeboden kunnen worden.  
Dit zou de betaalbaarheid van de mondzorg voor de patiënten verbeteren.

## 9 REFERENTIES

CBS (z.d.). <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen/migratieachtergrond>

CBS (2022). <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/47/met-lager-inkomen-slechtere-mondgezondheid-en-minder-naar-tandarts>

Google (z.d.).

<https://support.google.com/legal/answer/179386?hl=nl&co=GENIE.Platform%3DDesktop>

Hollaar, V. Verkenning van toegankelijkheid van zorg en sociaal economische gezondheidsverschillen aan de hand van het Conceptueel Raamwerk voor Zorgtoegang. (2022). In opdracht van HAN Fair Health. Online publicatie op, <https://www.han.nl/over-de-han/onze-focus/fair-health/toegankelijke-informatie-en-voorzieningen/DEF-HAN-Verkenning-Toegankelijke-informatie-en-voorzieningen.pdf>

Khanassov, V., Pluye, P., Descoteaux, S., Haggerty, J. L., Russell, G., Gunn, J., & Levesque, J. F. (2016). Organizational interventions improving access to community-based primary health care for vulnerable populations: a scoping review. *International journal for equity in health*, 15(1), 168.

Mettes TG, de Baat C, Burgers JS, Listl S, Bruers JJM. Goede mondzorg verdient een betere integratie in de eerstelijnszorg [Good oral care deserves to be better integrated into primary care]. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2021;128(6):331-338.

Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge [published correction appears in *Lancet*. 2019 Sep 21;394(10203):1010]. *Lancet*. 2019;394(10194):249-260.

Pharos (22 maart 2022). <https://www.pharos.nl/nieuws/vijftien-procent-van-kinderen-gaat-niet-naar-tandarts/>

Radboud Umc (z.d). Academische Kliniek voor Mondzorg Arnhem.

<https://www.radboudumc.nl/onderwijs/scholingen/bachelor-tandheelkunde/voor-alle-studenten/ondersteunende-afdelingen/academische-kliniek-voor-mondzorg-arnhem>

Seitz MW, Listl S, Bartols A, et al. Current Knowledge on Correlations Between Highly Prevalent Dental Conditions and Chronic Diseases: An Umbrella Review. *Prev Chronic Dis*. 2019;16:E132

Shen J, Listl S. Investigating social inequalities in older adults' dentition and the role of dental service use in 14 European countries. *Eur J Health Econ* 2018; 19: 45-57.

Smits, J.P.J.M., Droomers, M. & Westert, G.P. (2002). Sociaal-economische status en toegankelijkheid van zorg in Nederland. RIVM rapport, 279601002. Bilthoven: RIVM.

Van Meijeren-Van Lunteren, A. (2023). Proefschrift: From Disparity to Potential: Nutritional and Social Determinants of Children's Oral Health.

## 10 BIJLAGEN

### 10.1 Bijlage 1 Interviewleidraad expertinterviews (hoofdstuk 3)

<b>Introductie (5-10 min)</b>	Voorstellen. Wij vinden het erg fijn dat u deel wilt nemen aan dit gesprek en onderzoek en hiervoor de tijd wilt nemen. Wij zijn: (naam) Gespreksleider en studenten stellen zich kort voor...
<b>Uitleg over het doel van het onderzoek</b>	Met dit gesprek neemt u deel aan een onderzoek. Het project 'Toegankelijke Mondzorg Arnhem Presikhaaf is een praktijkgericht onderzoek van de Hogeschool Arnhem Nijmegen, opleiding mondzorgkunde en het <u>associate lectoraat Customer Insights</u> van de Academie Business en Communicatie. Samen met een team van gemotiveerde HAN Talent Academy studenten. Het einddoel van dit onderzoek is de (mond) zorg in Arnhem Presikhaaf toegankelijker te maken voor alle doelgroepen in de wijk Presikhaaf. Uw bijdrage is van belang voor het verbinden in de wijk en tevens om uw ervaringen te delen over uw werk in de wijk. Het doel van dit (online) gesprek is om in kaart te brengen hoe de (zorg) professional de bewoner van Arnhem Presikhaaf ziet. Wat (zorg) behoeften en belemmeringen zijn volgens u. Ook wordt er een onderzoek gedaan onder de bewoners van Presikhaaf zelf.
<b>Onderwerpen</b>	Onderwerpen die we gaan bespreken: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algemeen</li> <li>• Bewoners Arnhem Presikhaaf</li> <li>• (mond) gezondheid van bewoners</li> <li>• Wensen en belemmeringen mondzorg</li> <li>• Customer journey AKMA</li> </ul>
<b>Vroegtijdig stoppen</b>	Als u tijdens het gesprek besluit dat u niet meer verder wilt, dan mag u dat te allen tijde aangeven.
<b>Duur groepsgesprek</b>	Het gesprek duurt maximaal 60 minuten. We kunnen eerder stoppen als we uitgesproken zijn of als u zelf eerder wenst te stoppen.
<b>Taken benoemen</b>	Dit staat nog een keer goed uitgelegd in de bijgevoegde brief (brief laten zien), indien u akkoord bent met het deelnemen aan het onderzoek, mag het toestemmingsformulier ondertekenen. Ik (naam noemen) zal het gesprek bij u afnemen, (naam noemen) vult daarbij aan.
<b>Start recording – interview</b>	
<b>Algemeen</b> • Leeftijd • Werkervaring / werken in de wijk	Voorstelrondje: Wat is uw geboortedatum, of leeftijd? Wat is uw werkervaring? Hoelang werkt u in Arnhem Presikhaaf? In wat voor setting werkt u? Werkt u samen in de wijk met andere professionals? Zo ja, met wie? En wat verstaat u onder die samenwerking?

<p><b>Topic 1:</b> <b>Bewoners van Presikhaaf 5 min</b></p>	<p>1) Hoe zou u de bewoners van Presikhaaf beschrijven? 2) Zijn er groepen te onderscheiden onder inwoners van Presikhaaf, en zo ja, op welke aspecten? (Als respondent geen idee heeft: “Denk hierbij aan taal, (leefstijl)gewoonten, zorgbehoefte, zorgbeleving”)</p>
<p><b>Topic 2:</b> <b>Gezondheid van bewoners van Presikhaaf 15 min</b></p>	<p>3) Wat is uw inschatting van de gezondheid van uw cliënten/bewoners van de wijk? 4) Wat zijn volgens u de belangrijkste problemen met betrekking tot (fysieke en psychische) gezondheid van uw cliënten/in deze wijk? 5) Wat doen uw cliënten/bewoners van de wijk om gezond te blijven of te worden?</p>
<p><b>Topic 3:</b> <b>Mondgezondheid van bewoners Presikhaaf</b></p>	<p>6) Waar denken bewoners van Presikhaaf volgens u aan als ze denken aan mondgezondheid? 7) Wat is uw inschatting van de mondgezondheid van uw cliënten/de inwoners van de wijk? 8) Wat zijn volgens u de belangrijkste problemen met betrekking tot mondgezondheid van uw cliënten/in deze wijk? 9) Wat doen uw cliënten/inwoners van de wijk om een gezonde mond te krijgen/behouden? 10) In hoeverre denken uw cliënten/inwoners van de wijk dat regelmatig bezoek aan een tandarts/mondhygiëniste bijdraagt aan mondgezondheid?</p>
<p><b>Topic 4: Wensen en belemmeringen mondzorg</b></p>	<p>11) Wat denkt u dat wensen zijn van bewoners van Presikhaaf op het gebied van mondzorg (zowel thuis als in een kliniek)? 12) Wat denkt u dat belemmeringen zijn van bewoners van Presikhaaf op het gebied mondzorg (zowel thuis als in een kliniek)? 13) Wat moet een mondzorgverlener weten, begrijpen en doen om bewoners van Presikhaaf de best passende mondzorg te verlenen Als respondent niets weet, denk aan: (taal, advies, financiële mogelijkheden etc.)</p>
<p><b>Topic 5: Customer journey</b></p>	<p>14) Kent u de AKMA (academische kliniek mondzorg Arnhem)? 15) Hoe denkt u over AKMA? Zo ja: 16) Verwijst u wel eens door naar AKMA? 17) Wat denken bewoners van Presikhaaf over de AKMA? 18) Wat maakt dat huidige patiënten voor de AKMA kiezen? 19) Wat zijn volgens u mogelijke belemmeringen in het bezoeken van de AKMA? 20) Waar denken bewoners van Presikhaaf volgens u aan als ze denken aan AKMA?</p>
<p><b>Afsluiting</b></p>	<p>Zijn er nog dingen die u kwijt wilt, of wilt aanvullen?</p> <p>Hartelijk dank voor de bijdrage aan dit onderzoek en gesprek. We willen graag de resultaten met u delen en in verbinding blijven met u voor optimale zorg in de wijk. Mocht u daar interesse in hebben, mag u dat natuurlijk zelf aangeven.</p>

## **10.2 Bijlage 2 Vragenlijst bewonersonderzoek (hoofdstuk 5)**

# **TOEGANKELIJKE MONDZORG IN OPLEIDINGSKLINIEK AKMA PRESIKHAAF**

Voor onze studie aan de HAN willen we graag weten wat de mensen in Presikhaaf bezighoudt. We hebben een aantal vragen over gezondheid.

Uw mening is belangrijk voor ons. We vragen u de vragen eerlijk te beantwoorden. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

Niemand komt te weten welke antwoorden u gegeven heeft.  
Het invullen duurt ongeveer 10 minuten.

Alvast bedankt dat u meedoet!

### **1. Woont u in Presikhaaf?**

- Ik woon in Presikhaaf
- Ik werk in Presikhaaf
- Ik ben vaak in Presikhaaf voor familie/vrienden
- Ik ben vaak in Presikhaaf voor hobby of sport
- Anders, namelijk:.....

### **2. Wat is uw leeftijd?**

..... jaar

### **3. Wat is uw geslacht?**

- Man
- Vrouw
- Anders
- Dat zeg ik liever niet

### **4. In welke taal of talen kunt u makkelijk een gesprek voeren?**

.....

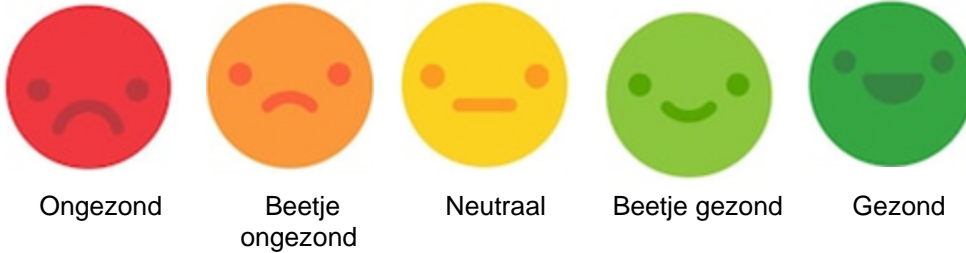
### **5. Zijn uw ouders in Nederland geboren?**

- Ik en mijn ouders zijn in Nederland geboren
- Ik ben zelf in Nederland geboren maar ouders komen uit:.....
- Ik en mijn ouders zijn geboren in:.....
- Anders, namelijk: .....

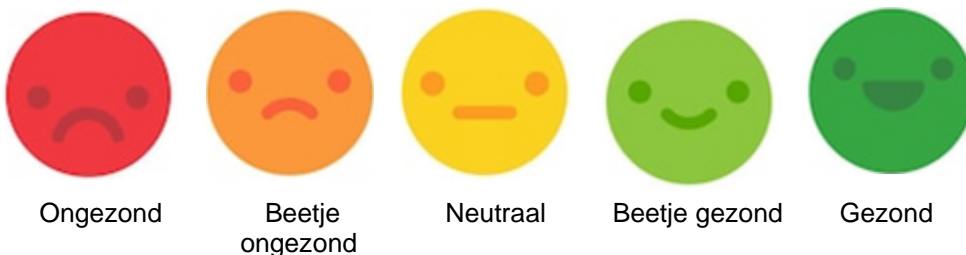
### **6. Met wie woont u in een huis?**

- Ik woon alleen
- Ik woon samen met mijn partner
- Ik woon met mijn kind(eren)
- Ik woon met mijn partner en kind(eren)
- Dat zeg ik liever niet
- Anders, namelijk: .....

7. Hoe gezond vindt u zichzelf in het algemeen?



8. Hoe gezond vindt u uw gebit en mond in het algemeen?



9. Heeft u nu problemen met uw gebit of mond?

- Nee, geen problemen → ga door naar vraag 11
- Ja, namelijk:.....  
→ ga door naar vraag 10
- Anders, namelijk: .....

Heeft u problemen heeft met uw gebit of mond? Beantwoord dan de volgende vraag.

10. Is er iemand die nu uw problemen met uw gebit of mond behandelt?

*U kunt meerdere antwoorden kiezen.*

- Tandarts
- Mondhygiënist
- Orthodontist
- Huisarts
- Ziekenhuis
- Nee,  
omdat:.....
- Dat zeg ik liever niet
- Anders,  
namelijk:.....

11. Gaat u naar de tandarts of mondhygiënist?

- Nooit → ga door naar vraag 12
- Alleen als ik pijn heb → ga door naar vraag 12
- Om de paar jaar → ga door naar vraag 12
- Eens per jaar → ga door naar vraag 14
- Twee keer per jaar → ga door naar vraag 14
- Vaker dan twee keer per jaar → ga door naar vraag 14
- Anders, namelijk: .....

Gaat u niet jaarlijks naar de tandarts of mondhygiënist? Beantwoord dan de volgende vragen.

**12. U gaat niet jaarlijks naar de tandarts of mondhygiënist. Waarom?**

*U kunt meerdere antwoorden kiezen.*

- Het is te duur
- Ik heb geen last van mijn gebit
- Ik heb slechte ervaringen met een tandarts
- De tandarts begrijpt me niet
- Ik ben bang voor de tandarts
- Anders, namelijk:.....

**13. Wanneer zou u wel jaarlijks naar de tandarts of mondhygiënist gaan?**

.....  
.....

→ ga door naar vraag 16

Gaat u jaarlijks (of vaker) naar de tandarts of mondhygiënist? Beantwoord dan de volgende vraag.

**14. U gaat jaarlijks (of vaker) naar de tandarts of mondhygiënist. Waarom?**

*U kunt meerdere antwoorden kiezen.*

- Om te kijken of mijn gebit gezond is
- Om gaatjes te behandelen
- Om mijn gebit gezond te houden
- Het is een gewoonte
- Anders, namelijk:.....

**15. Hoe hebt u uw tandarts of mondhygiënist gevonden?**

- Via internet
- Ik kwam op straat langs de praktijk
- Via familie/vrienden
- Via de huisarts
- Anders, namelijk:.....

Heeft u kinderen? Beantwoord dan de volgende vragen.

**Heeft u geen kinderen? Ga door naar vraag 22.**

**16. Hebben uw kinderen nu problemen met hun gebit of mond?**

- Nee, geen problemen
- Ja,  
namelijk:.....
- Anders,  
namelijk:.....

**17. Gaan uw kinderen naar de tandarts of mondhygiënist?**

- Nooit → **ga door naar vraag 18**
- Alleen als ze pijn hebben → **ga door naar vraag 18**
- Om de paar jaar → **ga door naar vraag 18**
- Eens per jaar → **ga door naar vraag 20**
- Twee keer per jaar → **ga door naar vraag 20**
- Vaker dan twee keer per jaar → **ga door naar vraag 20**
- Anders,  
namelijk:.....

Gaan uw **kinderen niet** jaarlijks naar de tandarts of mondhygiënist? Beantwoord dan de volgende vragen.

**18. Uw kinderen gaan niet jaarlijks naar de tandarts of mondhygiënist. Waarom?**

*U kunt meerdere antwoorden kiezen.*

- Het is te duur
- Ze hebben geen last van hun gebit
- Ze hebben slechte ervaringen met een tandarts
- De tandarts en mijn kinderen begrijpen elkaar niet
- Ze zijn bang voor de tandarts
- Anders, namelijk:

**19. Wanneer zouden uw kinderen wel jaarlijks naar de tandarts of mondhygiënist gaan?**

.....  
.....

Gaan uw **kinderen wel** jaarlijks naar de tandarts of mondhygiënist? Beantwoord dan de volgende vragen.

**20. Uw kinderen gaan jaarlijks of vaker naar de tandarts of mondhygiënist. Waarom?**

*U kunt meerdere antwoorden kiezen.*

- Om te kijken of hun gebit gezond is
- Om gaatjes te behandelen
- Om hun gebit gezond te houden
- Het is een gewoonte
- Anders,

namelijk:.....

**21. Met wie gaan uw kinderen meestal naar de tandarts of mondhygiënist?**

- Met hun moeder
- Met hun vader
- Met hun grootouder(s)
- Ze gaan zelf
- Anders,

namelijk:.....

**22. Een tandarts moet verstand hebben van uw gebit. Wat vindt u nog meer belangrijk aan een tandarts?**

*U kunt meerdere antwoorden kiezen.*

- Dat de tandarts mijn taal spreekt
- Dat de kosten niet te hoog zijn
- Dat de kosten duidelijk zijn
- Dat de tandarts in de buurt zit
- Dat de behandeling niet te lang duurt
- Dat de tandarts duidelijk uitlegt wat hij/zij doet
- Dat we met het hele gezin tegelijk naar de tandarts kunnen
- Dat de tandarts goed met kinderen kan omgaan
- Dat de tandarts om kan gaan met mijn angst
- Anders, namelijk: .....

**23. Heeft u wel eens een slechte ervaring met een tandarts gehad? Zo ja, wat gebeurde er?**

.....  
.....  
.....



**24. Kent u de AKMA, de Academische Kliniek voor Mondzorg Arnhem?**

- Ken ik niet → ga door naar vraag 26
- Wel eens van gehoord → ga door naar vraag 25
- Ik ben er patiënt → ga door naar vraag 25
- Ik was er patiënt → ga door naar vraag 25

Bent u (een beetje) bekend met de AKMA? Beantwoord dan de volgende vragen.

**25. Wat komt er in u op als u denkt aan de AKMA?**

.....  
.....

**26. AKMA**

De AKMA is een tandartsen praktijk. Studenten behandelen patiënten. Ze worden gecontroleerd door ervaren tandartsen en mondhygiënisten die ook docenten zijn. De kosten zijn 25% lager dan bij een gewone tandartsenpraktijk. Omdat studenten nog leren, duurt de behandeling vaak wat langer.

**26. Wat vindt u van de AKMA?**

.....  
.....

**27. Stel dat u een tandarts of mondhygiënist zoekt. Zou u dan naar de AKMA gaan?**

- Ja, omdat:.....
- Nee, omdat:.....
- Alleen als:.....
- Anders, namelijk:.....

**Wilt u nog iets zeggen over dit onderzoek?**

**Als u het leuk vindt om de resultaten van het onderzoek te ontvangen, kunt u hier uw emailadres opschrijven. Dat is uiteraard niet verplicht.**

**Dit is het einde van de vragenlijst.  
Hartelijk dank voor uw deelname!**

**We zijn blij met uw antwoorden.**

## **10.3 Bijlage 3 Aanpak vindbaarheidsonderzoek (hoofdstuk 6)**

### **Online vindbaarheid**

#### **‘Hoe vindbaar is AKMA?’**

Woensdag 13 september 14.30 – 14.55 uur

Groep online

*NB camera gereed!*

Jullie groep heeft de opdracht om te kijken **hoe goed AKMA online vindbaar is.**

1. Wat zullen patiënten googlen/ welke zoekwoorden zullen ze gebruiken?
2. Als je daar op zoekt... Wat vind je dan?
3. Krijg je informatie? Waarom wel of niet, waarover wel, waarover niet?
4. Kan je een afspraak maken? Waarom wel en waarom niet?
5. Kan je de route vinden? Waarom wel of niet?
6. Zou dit gelden voor alle mensen die in Presikhaaf wonen?

#### **Fotografeer alles wat belemmert en wat helpt**

Benoem beknopt de twee belangrijkste bevindingen.

### **Vindbaarheid op de campus**

#### **‘Hoe vindbaar is AKMA?’**

Woensdag 13 september 14.30 – 14.55 uur

Groep campus

NB camera gereed!

Jullie groep heeft de opdracht om te kijken **hoe goed vindbaar AKMA op de campus is.**

Ga ervan uit dat je patiënt bent en voor het eerst op de campus van de HAN aankomt.

1. Bedenk wat de looprichting zou zijn van de meeste patiënten die met het openbaar vervoer, met de auto of lopend aankomen op de campus. Ga vanuit daar kijken hoe goed vindbaar AKMA op de campus is.
2. Wat kom je offline tegen wat de patiënt helpt om AKMA te vinden? Wat helpt, wat helpt niet?
3. Krijg je informatie als je aan mensen die langslopen vraagt waar AKMA is? Wat kom je te weten?
4. Hoe kan je nog meer zoeken?
5. Kan jij als patiënt AKMA vinden het vinden: wat werkt wel, wat werkt niet?
6. Zou dit gelden voor alle mensen die in Presikhaaf wonen?

#### **Fotografeer alles wat belemmert en wat helpt**

Benoem beknopt de 2 belangrijkste bevindingen!

### **Vindbaarheid op in het gebouw**

#### **‘Hoe vindbaar is AKMA?’**

Woensdag 13 september 14.30 – 14.55 uur

Groep campus

NB camera gereed!

Jullie groep heeft de opdracht om te kijken hoe goed vindbaar AKMA in het gebouw is.  
Ga ervan uit dat je patiënt bent en voor het eerst in dit gebouw bent en op zoek naar AKMA.

1. Bedenk hoe mensen die vanuit deze hal voor het eerst AKMA willen bezoeken.
2. Wat kom je offline tegen wat de patiënt helpt om AKMA in het gebouw te vinden? Wat helpt, wat helpt niet?
3. Krijg je informatie als je aan mensen die langslopen vraagt waar AKMA is? Wat kom je te weten?
4. Hoe kan je nog meer zoeken?
5. Kan jij als patiënt AKMA vinden het vinden: wat werkt wel, wat werkt niet?
6. Zou dit gelden voor alle mensen die in Presikhaaf wonen?

Fotografeer alles wat belemmert en wat helpt

Benoem beknopt de 2 belangrijkste bevindingen!

**OPEN UP**  
**NEW** HAN\_ UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES  
**HORIZONS.**