



## **Toegang tot mondzorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland. Een overzicht van lokale particuliere initiatieven.**



*Extern document*

## **Verantwoording**

De kleinschalige en informele structuur maakt particuliere mondzorg initiatieven kwetsbaar voor veranderingen. Zo kan een plotselinge toeloop van (ongedocumenteerde) cliënten uit andere regio's een zware belasting vormen met risico's voor het voortbestaan van een initiatief.

Om deze reden is een 'interne' en 'externe' versie van dit document gemaakt. De interne versie wordt niet verspreid buiten Dokters van de Wereld.

**De voorliggende externe versie bevat geen direct herleidbare en mogelijk gevoelige informatie en is bedoeld voor verspreiding onder belangstellenden.**

*Dokters van de Wereld*

*Loes van de Langenberg & Myrthe van Midde*

*Amsterdam, september 2017*

# **Inhoudsopgave**

## **1. Inleiding**

## **2. Methode**

2.1 Dataverzameling

2.2 Definitie van spoedeisende zorg

## **3. Algemene bevindingen**

3.1 Omvang van het probleem

3.2 Gehanteerde criteria

3.3 Geboden zorg

## **4. Barrières bij de uitvoering van particuliere mondzorg initiatieven**

4.1 Financiële barrières

4.2 Logistieke barrières

4.3 Gebrek aan preventieve zorg

4.4 Gebrek aan continuïteit

4.5 Gebrek aan informatie

## **5. Samenvatting van bevindingen**

## **6. Sterke punten en limitaties**

## **7. Conclusie**

## **Geraadpleegde bronnen**

## Lijst van tabellen

Tabel 1: Vergoeding tandheelkundige zorg onverzekerbare vreemdelingen in Nederland

Tabel 2: Aantal tandartsconsulten verleend per jaar tussen 2014 en 2016 (geanonimiseerd)

Tabel 3: Gehanteerde criteria voor het verlenen van mondzorg in 2016 (geanonimiseerd)

Tabel 4: Overzicht van type behandelingen per initiatief in 2016 (geanonimiseerd)

## 1. Inleiding

Sinds de inwerkingtreding van de Koppelingswet in 1998 worden ongedocumenteerde migranten die in Nederland verblijven uitgesloten van sociale basisvoorzieningen, zoals het recht op bijstand, een huurcontract, een pensioen of de mogelijkheid een bankrekening of zorgverzekering af te sluiten. Deze uitsluiting heeft negatieve gevolgen voor de woon- en leefsituatie van ongedocumenteerden (Bakker et al, 2012). Een uitzondering op de Koppelingswet is het recht op toegang tot medisch noodzakelijke zorg. Via een vergoedingsregeling hebben zorgverleners de mogelijkheid om rekeningen van betalingsonmachtige ongedocumenteerde patiënten te declareren. Van 1998 tot 2009 kon op deze manier ook een groot aantal tandheelkundige behandelingen worden gedeclareerd. In 2009 werd de huidige vergoedingsregeling gekoppeld aan het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw, artikel 122a). Hierdoor is financiële compensatie voor tandartsen die ongedocumenteerde patiënten behandelen niet meer mogelijk. Uitzonderingen vormen bijzondere tandheelkunde of het laten aanmeten van een volledige prothese. Deze behandelingen vallen wel binnen het basispakket en zorgverleners kunnen maximaal 80% van de oninbare vorderingen declareren (tabel 1). De totale behandelkosten zijn echter hoog, waardoor een eigen bijdrage van 20% voor veel ongedocumenteerden niet haalbaar is.

Tabel 1. Vergoeding van tandheelkundige zorg onverzekerbare vreemdelingen in Nederland

- Patiënt moet jonger zijn dan 18 jaar
  - De behandeling van een volledig uitneembare prothese
  - Bijzondere tandheelkunde
- De bijdrage is 80% van de oninbare vordering.

Bron: Centraal Administratie Kantoor, april 2017

Het gebrek aan financiële middelen voor medisch noodzakelijke mondzorg, zowel bij de zorgverlener als bij de ongedocumenteerde patiënt, leidt tot een financiële barrière om zorg te bieden of te vragen, ook wanneer het gaat om spoedeisende klachten. Uit een assessment van Dokters van de Wereld en Artsen zonder Grenzen dat in 2014 werd uitgevoerd blijkt dat deze organisaties de toegang tot mondzorg voor ongedocumenteerden na 2009 als problematisch ervaren. Van de 289 toegangsproblemen die tussen januari en oktober 2015 bij één van de spreekuurlocaties van Dokters van de Wereld in Amsterdam werden gemeld, had 19% betrekking op mondzorg.

In 2010 constateerde het Breed Medisch Overleg, een coalitie van maatschappelijke organisaties gericht op de toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten, dat ongedocumenteerden met pijn of andere mondklachten het zoeken naar hulp uitstelden met mogelijk ernstige gevolgen hebben

voor de gezondheid<sup>1</sup>. De verwachting van het BMO was dat een gebrek aan toegang tot mondzorg zou leiden tot een toename van veel duurdere specialistische zorg. Een maatschappelijke ontwikkeling die werd gesignaleerd was het ontstaan van lokale, particuliere initiatieven die pogingen ondernamen om de toegang tot mondzorg voor deze kwetsbare mensen te verbeteren.

Ondanks de gesignaleerde problematiek is beperkt onderzoek gedaan naar de gevolgen van de versoering van de vergoeding van mondzorg voor ongedocumenteerden. Aantallen zijn onbekend, aangezien toegangsproblemen van ongedocumenteerde mensen niet landelijk worden gemonitord. Daarnaast bestaat er geen actueel overzicht van na 2010 van kleinschalige particuliere initiatieven die gericht zijn op het toegankelijker maken van mondzorg voor ongedocumenteerde migranten. Om meer inzicht te krijgen in de huidige situatie staan bij dit onderzoek de volgende vraagstellingen centraal:

- 1) *Welke particuliere initiatieven bestaan er om de toegang tot mondzorg voor ongedocumenteerde migranten te verbeteren? Hoe worden deze initiatieven uitgevoerd?*
- 2) *Wat is er bekend over de omvang van toegangsproblemen bij mondzorg aan ongedocumenteerden?*
- 3) *Welke barrières ondervinden particuliere initiatieven met betrekking tot het toegankelijker maken van mondzorg aan ongedocumenteerde migranten?*

De kleinschalige en informele structuur maakt lokale, particuliere initiatieven kwetsbaar voor veranderingen. Zo kan een plotselinge toeloop van (ongedocumenteerde) cliënten uit andere regio's een zware belasting vormen met risico's voor het voortbestaan van een initiatief. Om deze reden zijn de betrokken organisaties en respondenten in deze externe versie van het rapport geanonimiseerd. Bevindingen die direct herleidbare of gevoelige informatie bevatten, zijn om dezelfde reden geschrapt.

## **2. Methode**

### **2.1 Dataverzameling**

Het voorliggende onderzoek is kwalitatief van aard. De data is verzameld door middel van semigestructureerde interviews. Daarnaast zijn gegevens opgevraagd van het aantal tandartsconsulten opgevraagd (tabel 2). Voor en het afnemen van de interviews (door LvdL) en de ontwikkeling van vragen- en topiclijsten is gebruik gemaakt van de methodiek van Mortelmans

---

<sup>1</sup> Naast ernstige infecties kunnen onbehandelde tandheelkundige problemen ook leiden tot andere gezondheidsproblemen (Thomas et al., 2015). Voorbeelden van complicaties van gebitsproblemen zijn diabetes mellitus type 2, hart en vaatziekten, auto-immuunziekten, maagdarmproblemen en zwangerschapscomplicaties.

(2013). Om in contact te komen met voor DvdW onbekende initiatieven gericht op mondzorg is gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode. In 2016 en 2017 werden 12 initiatieven gesignaleerd in 9 verschillende steden. In 2016 werd één van deze initiatieven tijdelijk stil gelegd en in 2017 werd één nieuw initiatief opgezet. Negen initiatieven in zeven steden namen aan dit onderzoek deel. Tien interviews werden afgenomen bij vijf medewerkers van steunorganisaties, drie tandartsen en twee medewerkers van een lokale GGD. Vijf van deze interviews werden telefonisch afgenomen. De overige interviews zijn opgenomen en getranscribeerd, waarvoor respondenten per email toestemming hebben gegeven.

Drie initiatieven hebben niet aan dit onderzoek deelgenomen. In twee gevallen ontvingen de onderzoekers geen respons op het interview verzoek. In één geval raakte het initiatief bij de onderzoekers bekend tijdens het afrondingsproces van dit rapport.

## **2.2 Definitie spoedeisende zorg**

Tandheelkundige richtlijnen geven geen eenduidige definitie van spoedeisende mondzorg. De Praktijklijn Spoedgevallendienst van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van Tandheelkunde (KNMT), gebaseerd op gedragsregels voor tandartsen, geeft aan dat een tandarts zijn hulp niet mag weigeren als er sprake is van een tandheelkundige noodsituatie die dringend ingrijpen vergt. Een definitie van voor één tandheelkundige noodsituatie wordt echter niet gegeven. De Regeling Zorg Asielzoekers (RZA) geeft wel een definitie voor het begrip 'noodhulp': 'Het verhelpen van acute ernstige pijnklachten en/of aanzienlijk verlies van de kauwfunctie, waarbij uitgangspunt voor de hulp is het met zo eenvoudig mogelijke middelen zoveel mogelijk behouden van de actuele functie van het gebit, inclusief het behoud van de aanwezige functionele elementen'. Hieronder wordt nadrukkelijk niet verstaan: gebitsregulering en fronttandvervanging bij jongeren tot en met 22 jaar.

## **3. Algemene bevindingen**

Hieronder worden enkele algemene bevindingen geschetst die een overzicht geven van de omvang en praktische uitvoering van particuliere initiatieven gericht op het verbeteren van de toegang tot mondzorg aan (onder meer) ongedocumenteerde migranten. De bevindingen in onderstaande tabellen hebben betrekking op het jaar 2016, met uitzondering van een schatting van het aantal geboden tandartsconsulten waarvan de gegevens van 2014 tot en met 2016 worden weergegeven.

### 3.1 Omvang van het probleem

Het aantal ongedocumenteerden dat in Nederlandse steden verblijft niet bekend. Volgens de respondenten is in de relatief kleinere steden sprake van een min of meer vaste groep ongedocumenteerden die bekend zijn bij de gemeente. In de grotere steden wordt uitgegaan van grotere groepen waarbij bovendien sprake zou zijn van een hogere mobiliteit tussen gemeenten. Dit kan verklaren waarom het aantal geboden tandartsconsulten per stad sterk uiteenloopt (tabel 2). Ter illustratie werden in 2016 in twee van de grotere gemeente ongeveer 200 behandelingen verricht. In de kleinste gemeente ging het in datzelfde jaar om 5 behandelingen. In 2016 werden in totaal, voor zover geregistreerd, 960 behandelingen geboden. Verwijzingen van spoedeisende klachten werden niet structureel geregistreerd en zijn daarom niet apart vermeld in tabel 2. Wel werden in 2016 door één initiatief 100 spoedverwijzingen naar een opleidingsinstituut geregistreerd.

Tabel 2. Aantal tandartsconsulten verleend per jaar tussen 2014 en 2016 (geanonimiseerd)

Plaats en organisatie	2014	2015	2016
1.	onbekend	Onbekend	240 (schatting)
2.	99	162	97 (tot september)
3.	onbekend	70	74
4.	96	98	79
5.	3	37	43
6.	200 (schatting)	200 (schatting)	200 (schatting)
7.	onbekend	Onbekend	10
8.	108	188	212
9.	onbekend	Onbekend	5
<b>Totaal</b>	onbekend	onbekend	<b>960</b> (schatting)

Opvallend is de bevinding dat de verschillende initiatieven weinig op de hoogte zijn van elkaars activiteiten. Er bestaat geen platform voor uitwisseling van geleerde lessen en 'good practices'. Daarnaast hebben enkele respondenten verzocht om specifieke resultaten van dit onderzoek confidentieel te houden. De verwachting bestaat dat, wanneer een initiatief bekend raakt binnen een bredere kring, de vraag om mondzorg sterk zal toenemen terwijl hier onvoldoende (financiële) draagkracht voor bestaat.



### 3.2 Gehanteerde criteria

Alle initiatieven hanteren zowel administratieve als medische criteria. Met administratieve criteria worden aspecten als de juridische status en de woonplaats van de ongedocumenteerde bedoeld. Bij zes van de tien organisaties is een ongedocumenteerde status van de cliënt een voorwaarde voor hulp via het particuliere mondzorg initiatief. Drie steunorganisaties stellen geen criteria aan juridische status (ongedocumenteerd zijn) of woonachtig zijn in de betreffende stad en bieden zorg aan iedereen die onverzekerd is en om hulp vraagt. Het controleren van zowel de juridische status als de verblijfplaats van cliënten zijn volgens hen praktisch gezien onhaalbaar, gezien de aanloop van cliënten die zich bij hen meldt. Dit in tegenstelling tot drie steunorganisaties in relatief kleinere gemeentes. Deze organisaties bieden alleen mondzorg aan ongedocumenteerde migranten die in de gemeente woonachtig zijn. Omdat ongedocumenteerden die in deze gemeente wonen worden geregistreerd en dus 'in beeld' zijn, is het hanteren van deze voorwaarde ook praktisch uitvoerbaar.

Medische criteria hebben betrekking op de gebitsproblemen van de cliënt. Alle initiatieven zijn gericht op pijnbestrijding en hanteren daarbij de criteria pijn- en kauwklachten (tabel 3). In sommige gevallen is een bepaalde mate van spoed een strikte voorwaarde voor een behandeling. Bij enkele steunorganisaties wordt de triage (medische beoordeling van de klachten) uitgevoerd door vrijwilligers betrokken bij de uitvoerende organisatie. In de praktijk betekent dit vaak dat patiënten die aangeven pijn of kauwklachten te hebben, zonder verdere tandheelkundige triage worden doorverwezen naar een tandarts. Drie organisaties laten de triage uitvoeren door een arts. Respondenten geven aan dat dit goed werkt omdat discussie achteraf over de noodzakelijkheid van zorg op deze manier kan worden voorkomen.

De verschillende respondenten hanteren geen eenduidige (medische) definitie voor 'spoedeisende' klachten of -zorg. Andere termen die vaak worden gebruikt zijn 'acute klachten' of 'noodhulp'. De geïnterviewde tandartsen spreken van 'ondragelijke pijn waarbij niet direct ingrijpen onmenselijk is'. Zoals beschreven in de inleiding worden deze termen niet eenduidig gedefinieerd in tandheelkundige richtlijnen.

Tabel 3. Gehanteerde criteria voor het verlenen van mondzorg aan kwetsbare mensen in 2016 (geanonimiseerd)

Plaats en organisatie	Pijn en/ of kauwklachten	Ongedocumenteerd	Aantoonbaar inwoner gemeente
1.	ja	nee	nee
2.	ja	ja	nee
3.	ja	ja	nee
4.	ja	ja	ja
5.	ja	ja	ja
6.	ja	nee	nee
7.	ja	nee	nee
8.	ja	ja	nee
9.	ja	ja	ja

### 3.3 Geboden mondzorg

Tussen de onderzochte initiatieven zijn verschillen waarneembaar met betrekking tot de behandelingen die worden geboden. In sommige gevallen worden alleen extracties van gebitselementen uitgevoerd. Een belangrijke reden om te kiezen voor het beperken van de behandeling tot extracties is dat het bieden van gratis mondzorg aan ongedocumenteerden een gevoelig punt is, aangezien er in Nederland ook andere groepen worden gesignaleerd die ernstige kwetsbaarheden ondervinden in de toegang tot mondzorg. Verschillende respondenten verwachtten dat het bieden van tandsparende behandelingen aan ongedocumenteerden zal leiden tot protest vanuit de samenleving. Sinds mondzorg niet meer wordt vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekering moeten alle Nederlanders zelf voor mondzorg betalen. Naast maatschappelijke overwegingen zijn de kosten van een tandsparende behandeling voor sommige initiatieven een belangrijke factor om de zorg te beperken.

Niet alle steunorganisaties en tandartsen vinden extractie als standaard behandeling een acceptabele oplossing. De argumentatie voor het bieden van tandsparende behandelingen varieert. Eén tandarts is van mening dat iedereen, als dit vanuit medisch oogpunt mogelijk is, recht heeft op tandsparende mondzorg. Een andere tandarts gaf aan dat het verschil in kosten tussen extractie of een vulling relatief klein is. In sommige gevallen is de (jonge) leeftijd of esthetiek (bijvoorbeeld in geval van een voortand) de reden om geen extractie uit te voeren.

Net als het geval is bij spoedeisende klachten (zie 3.2) wordt de betekenis van 'tandsparende behandelingen' op verschillende manieren verwoord en uitgelegd. De specifieke behandelingen die worden geboden verschillen per initiatief en in sommige gevallen per tandarts verbonden één

initiatief. Zoals eerder omschreven verschilt de manier waarop de noodzakelijkheid van behandelingen wordt vastgesteld. Belangrijk te vermelden is dat de principiële overweging om naast extracties ook tandsparende behandelingen te verlenen geen ‘garantie’ geeft voor de beschikbaarheid en toegankelijkheid hiervan voor ongedocumenteerde migranten. Dit onderzoek geeft dan ook geen bevindingen weer over het aantal tandsparende behandelingen dat daadwerkelijk werd verleend.

Tabel 4. Overzicht van type behandelingen per initiatief in 2016 (geanonimiseerd)

Plaats en organisatie	Extractie	Tandsparende behandelingen	Partiële prothese	Volledige prothese
1.	Ja	nee	nee	nee
2.	Ja	ja	ja	ja
3.	ja	Ja <sup>2</sup>	nee	nee
4.	ja	ja	ja	ja
5.	ja	ja	nee	nee
6.	ja	ja	ja	ja
7.	ja	Nee <sup>3</sup>	ja	ja
8.	ja	ja	ja	ja
9.	ja	ja	nee	nee

<sup>2</sup> Echter: extractie is de meest voorkomende behandeling

<sup>3</sup> Sinds 2017 zijn tandsparende behandelingen mogelijk door samenwerking met een andere tandarts

## 4. Barrières bij de uitvoering van particuliere mondzorg initiatieven

Respondenten benoemden vijf belangrijke barrières bij het verbeteren van de toegang tot mondzorg aan ongedocumenteerden via particuliere initiatieven. Dit betreft respectievelijk financiering, logistiek, gebrek aan preventieve zorg, gebrek aan continuïteit van zorg, en gebrek aan informatie bij zowel ongedocumenteerden als tandartsen.

### 4.1 Financiële barrières

Alle respondenten benoemden financiering als de grootste barrière bij het verbeteren van de toegang tot mondzorg. De betrokken steunorganisaties draaien grotendeels op vrijwilligers, terwijl de coördinatie door een professional wordt uitgevoerd. Over het aantal betaalde FTE's en de

bekostiging hiervan zijn geen gegevens bekend. Wel zijn algemene gegevens bekend over de bekostiging van behandelingen. Vier van de negen onderzochte initiatieven ontvangen gemeentelijke subsidie en vier initiatieven ontvangen particuliere subsidie om de behandelkosten van de geboden (spoedeisende) mondzorg te dekken. Hiervan ontvangen twee initiatieven subsidie van zowel de gemeente als particuliere fondsen. Drie initiatieven ontvangen geen subsidie voor het compenseren van mondzorgbehandelingen. Door deze drie initiatieven wordt in één geval standaard een eigen bijdrage van de cliënt gevraagd, in één geval wordt geen eigen bijdrage gevraagd en in één geval in dien mogelijk. Vaak heeft het verzoek om een eigen bijdrage een symbolische functie, aangezien het uitgangspunt voor het opzetten van het initiatief is dat veel ongedocumenteerde migranten over onvoldoende financiële middelen beschikken om mondzorg behandelingen te bekostigen.

In vijf gevallen (waaronder de drie initiatieven die geen subsidie ontvangen voor de vergoeding van behandelingen) verlenen de tandartsen gratis zorg. Behandelingen worden vrijwillig verleend en materialen en indirecte kosten (zoals huur van de praktijk) worden door tandartsen zelf bekostigd. In vier gevallen verrichtten de vrijwillige tandartsen naast extractie (in principe) ook tandsparende behandelingen.

#### **4.2 Logistieke barrières**

De tweede barrière die door respondenten veel genoemd werd is de logistiek. Het regelen van de zorg is erg tijdsintensief. Zeven steunorganisaties en twee lokale GGD'en regelen de administratie met betrekking tot financiën en afspraken. Volgens de coördinator van het Friendly Network in Amsterdam kost het regelen van één consult gemiddeld 45 minuten. Een veel genoemd probleem is het nakomen van afspraken door cliënten. De ervaring leert dat ongedocumenteerden niet altijd stipt op een gemaakte afspraak verschijnen en soms wordt de afspraak in het geheel niet nagekomen. De steunorganisaties noemen hiervoor verschillende oorzaken. Deze variëren van vervoersproblemen (vaak door een gebrek aan geld voor een vervoersbewijs) tot de dagelijkse omstandigheden waarin iemand verkeert (zoals onzekerheid over een slaapplek, eten, dagelijkse verzorging en de afhankelijkheid van derden). Eén van de respondenten verwoordde dit als 'het leven van probleem naar probleem'. Soms zou de reden eenvoudiger zijn, namelijk omdat de pijn op het moment van de afspraak is verdwenen.

De logistiek wordt nog complexer bij het bieden van spoedeisende hulp. In de praktijk blijkt dat spoedhulp niet altijd kan worden geboden, bijvoorbeeld omdat spreekuren eens per week worden gehouden, of omdat niet direct een plek beschikbaar is bij de samenwerkende tandartspraktijken. In sommige gevallen wordt doorverwezen naar een opleidingsinstituut. De opleidingsinstituten hanteren vaak een lager tarief dan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In twee gevallen ontvangen

de initiatieven een vergoeding van de gemeente voor spoedeisende behandelingen. In één geval moet de patiënt een bijdrage betalen van 10 euro.

#### **4.3 Gebrek aan preventieve zorg**

Met name de geïnterviewde tandartsen benoemen het gebrek aan preventieve zorg als een groot probleem. Preventie bevat meerdere elementen; een goede mondhygiëne (het meerdere keren per dag poetsen en flossen van het gebit), regelmatige tandartscontroles en behandelingen door een mondhygiënist. Respondenten benoemen de mondhygiëne van ongedocumenteerde migranten over het algemeen als slecht. Tandartsen geven hiervoor verschillende oorzaken. Ten eerste kan de leefsituatie van de cliënt zo complex zijn dat mondhygiëne geen prioriteit krijgt. Ten tweede ontbreken de mogelijkheden en middelen om het gebit dagelijks te verzorgen. Daarnaast is door het gebrek aan preventieve controles bij een tandarts geen mogelijkheid om in een vroeg stadium in te grijpen en zo grotere problemen te voorkomen.

#### **4.4 Gebrek aan continuïteit**

Tandartsen geven aan dat de incidentele hulp die wordt geboden, vaak onvoldoende is om gebitsklachten te bestrijden. Continuïteit van mondzorg wordt gezien als noodzakelijk omdat reguliere controles en behandelingen nodig zijn om een gebit in goede conditie te kunnen behouden.

#### **4.5 Gebrek aan informatie**

Tot slot is een belangrijk probleem het gebrek aan kennis bij de ongedocumenteerden en de tandartsen over de wet- en regelgeving. Steunorganisaties signaleren dat mensen lang met mondklachten blijven rondlopen. Verschillende medewerkers van steunorganisaties zijn van mening dat meer kennis over mogelijkheden van mondzorg de toegang kan verbeteren omdat men sneller geneigd is om hulp te vragen wanneer dit nodig is. Hier staat tegenover dat sommige respondenten verzoeken om de bevindingen van dit onderzoek intern te houden, vanwege een verwachte toestroom van cliënten van buiten de gemeente wanneer details over de verschillende mondzorg initiatieven meer bekendheid zouden krijgen.

Daarnaast geven de medewerkers van steunorganisaties aan dat veel tandartsen in Nederland slecht op de hoogte zijn van het recht op zorg voor ongedocumenteerde migranten. Zo bestaat het (onterechte) idee dat het verlenen van zorg aan deze groep strafbaar is. Hoewel sommige behandelingen bij wijze van uitzondering voor vergoeding in aanmerking komt (zie inleiding), zou deze informatie bij veel tandartsen niet bekend zijn.

## 5. Samenvatting

Nadat het financiële vangnet voor mondzorg voor ongedocumenteerden in 2009 grotendeels wegviel, hebben verschillende steunorganisaties op lokaal niveau initiatieven opgezet om mondzorg voor deze kwetsbare groep toegankelijk te houden. Negen initiatieven hebben meegewerkt aan een interview. De resultaten hebben betrekking op de situatie in 2016. Naast een samenvatting van voorgaande hoofdstukken, wordt in dit hoofdstuk ingegaan op enkele algemene overeenkomsten en verschillen in organisatie en uitvoering van de 9 onderzochte initiatieven. Op verzoek van respondenten worden details van deze bevindingen niet apart besproken.

Naar aanleiding van dit onderzoek werden in 2016 en 2017 12 particuliere mondzorg initiatieven gesignaleerd in 9 verschillende steden. Eén van de initiatieven werd in 2016 tijdelijk stil gelegd. In 2017 werd één nieuw initiatief gestart. In 2016 hebben de initiatieven samen naar schatting 960 consulten uitgevoerd. De wachttijd voor een tandartsconsult varieerde in 2016 van 0 tot 9 weken. Drie initiatieven hadden de mogelijkheid om spoedgevallen door te verwijzen naar een opleidingsinstituut voor tandheelkunde, welke in twee gevallen worden vergoed door de gemeente. Het totaal aantal verwijzingen van spoedgevallen in 2016 is niet bekend.

Uit de interviews blijkt dat steunorganisaties een bemiddelende rol vervullen tussen ongedocumenteerden en tandartsen. De praktische invulling van deze rol verschilt echter. De meeste steunorganisaties vormen de spil van het initiatief door coördinerende, fondsenwervende en administratieve taken uit te voeren. Twee initiatieven werden gecoördineerd en uitgevoerd door een lokale GGD. In één geval werd het initiatief gestart door een steunorganisatie, waarna de coördinatie en uitvoering werden overgedragen aan een lokale GGD. Daarnaast bestaan er verschillen in de uitvoering, zoals gehanteerde criteria voor welke personen voor mondzorg in aanmerking komen. Deze criteria kunnen administratief en medisch van aard zijn. Administratieve criteria zijn gericht op de juridische situatie en verblijfplaats van de cliënt. Niet alle onderzochte initiatieven richten zich enkel op ongedocumenteerde migranten. In sommige gevallen worden ook dak- en thuislozen en mensen met andere kwetsbaarheden geholpen om toegang tot mondzorg te krijgen. Medische criteria blijken wel eenduidig te zijn. Alle initiatieven richten zich op pijnbestrijding en stellen de voorwaarde dat de cliënt last heeft van pijn aan het gebit en/of kauwklachten. Bij de meeste particuliere initiatieven was een groep tandartsen betrokken (variërend van 5 tot 12 tandartsen). Drie initiatieven waren afhankelijk van één behandelend tandarts. Vijf initiatieven draaiden op de inzet van vrijwillige tandartsen. De tandartsen betrokken bij de overige vier initiatieven ontvingen een standaard of maximaal bedrag per (spoed)behandeling.

Tussen de negen onderzochte initiatieven zijn verschillen waarneembaar met betrekking tot de behandelingen die worden geboden. Sommige initiatieven richten zich alleen op het bieden van

spoedeisende mondproblemen. Andere initiatieven bieden naast extracties ook tandsparende behandelingen gericht op pijnbestrijding, zoals het vullen van gaatjes of wortelkanaalbehandelingen. Daarnaast bieden vijf initiatieven de mogelijkheid om een (partiële) protheses te laten aanmeten. Voor spoedeisende behandelingen bestaan vier samenwerkingsverbanden met opleidingsinstituten voor tandartsen in academische ziekenhuizen. Opvallend is dat de termen 'spoedeisende klachten' (ook wel 'nood- of acute klachten' genoemd) niet eenduidig werden gehanteerd. Ook de term 'tandsparende behandelingen' werd door respondenten niet eenduidig toegepast en wordt in dit onderzoek gebruikt als verzamelterm voor alle behandelingen die, naast extracties, zijn gericht op het behoud van gebitselementen.

Barrières die door steunorganisaties werden ervaren hadden met name betrekking op financiën en complexe logistiek. Daarnaast werd een gebrek aan preventieve mondzorg, de discontinuïteit van mondzorg en een gebrek aan informatie over het recht op zorg en (beperkte) vergoedingsmogelijkheden bij zowel ongedocumenteerden als tandartsen gesignaleerd. De grootste en meest dringende barrière was het gebrek aan financiën om de mondzorg behandelingen te kunnen bekostigen. In 2016 ontvingen zes initiatieven subsidie van een gemeente of particuliere fondsen voor de uitvoering van mondzorgbehandelingen. Over de hoogte en structurele aard van de subsidies zijn geen gegevens bekend. In twee gevallen wordt de subsidie achteraf verstrekt voor de verwijzing van spoedeisende klachten naar een tandheelkundig opleidingsinstituut. Drie initiatieven ontvingen geen subsidie voor de bekostiging van mondzorg behandelingen. Eind 2016 staakte één van de grotere initiatieven haar activiteiten vanwege een combinatie van te uitgebreide administratie, onhaalbare wederzijdse verwachtingen van tandartsen en patiënten en een gebrek aan uitzicht op financiering voor coördinatie en de bekostiging van niet-spoedeisende medisch noodzakelijke behandelingen.

Opvallend is de bevinding dat de verschillende initiatieven weinig op de hoogte bleken te zijn van elkaars activiteiten. Er bestaat geen platform voor uitwisseling van geleerde lessen en 'good practices'. Daarnaast verzochten enkele respondenten de interviewer om specifieke resultaten van dit onderzoek confidentieel te houden. De verwachting bestaat dat, wanneer een initiatief bekend raakt binnen een bredere kring, de vraag om mondzorg sterk zal toenemen terwijl hier onvoldoende (financiële) draagkracht voor bestaat.

## **6. Sterke punten en limitaties**

Dit onderzoek is gericht op het in kaart brengen van bestaande particuliere initiatieven die zich richten op het toegankelijk maken van mondzorg voor ongedocumenteerde migranten. De resultaten geven per initiatief in grote lijnen weer hoe de coördinatie, administratie, tandartsconsulten en

financiering werd vormgegeven. Hieruit worden enkele belangrijke verschillen tussen de initiatieven zichtbaar. Een dergelijk rapport werd voor het laatst in 2010 uitgebracht, waardoor een gebrek aan informatie ontstond over de huidige stand van zaken rond toegankelijkheid van mondzorg voor ongedocumenteerden.

Een limitatie is de globale insteek van dit onderzoek. De gehanteerde onderzoeksmethode is met name gericht op een overzicht van de doelstellingen, richtlijnen en (geschatte) resultaten van de particuliere initiatieven. De feitelijke uitvoering hiervan kan niet uit de resultaten worden afgeleid. Zo geeft de principiële overweging om naast spoedeisende hulp en extracties ook tandsparende behandelingen te bieden, geen informatie over de daadwerkelijke beschikbaarheid en toegankelijkheid hiervan. Daarnaast kunnen uit dit onderzoek geen resultaten worden afgeleid over de sociale dynamiek tussen ongedocumenteerde cliënten, tandartsen en medewerkers van steunorganisaties en GGD'en en de gevolgen hiervan voor de toegankelijkheid van mondzorg.

## **7. Conclusie**

Particuliere mondzorg initiatieven zijn sterk afhankelijk van financiering, gemeentelijke ondersteuning en de inzet van vrijwilligers. Meer dan de helft van de onderzochte initiatieven werden gedragen door tandartsen die kosteloos behandelingen verrichtten. Eén initiatief werd tijdelijk stil gelegd als gevolg van een gebrek aan structurele financiering ter compensatie van mondzorgbehandelingen de complexe coördinatie en administratieve taken. Verschillen tussen de initiatieven worden met name zichtbaar met betrekking tot subsidiemogelijkheden voor de bekostiging van tandartsconsulten, administratieve criteria voor het bieden van mondzorg, zoals de juridische status en woonplaats van cliënten en het aantal verrichte behandelingen per jaar.. Het merendeel van de initiatieven beoogt naast pijnbestrijding door middel van extractie van een gebitselement ook tandsparende behandelingen te bieden. Over de betekenis van veel gebruikte termen met betrekking tot de ernst van mondklachten en de bijbehorende behandelingen bestaat onduidelijkheid. De termen 'tandsparende' behandelingen en 'spoedeisende' klachten (ook wel acute- of nood klachten genoemd) worden op verschillende manieren gehanteerd. Opvallend is dat spoedeisende klachten niet expliciet worden gedefinieerd in tandheeskundige richtlijnen. Tot slot is weinig sprake van uitwisseling en informatieoverdracht tussen de initiatieven. Deze bevinding wordt bevestigd door het verzoek van enkele respondenten om details uit dit onderzoek confidentieel te houden, uit angst voor een plotselinge toename van cliënten uit andere regio's, die noodgedwongen een beroep doen op de kleinschalige en kwetsbare structuur van lokale, particuliere mondzorginitiatieven.



## Geraadpleegde bronnen

Akker, C. van der (2015) Dataverzameling Dokters van de Wereld (intern document).

Bakker, P.F., Henneman, L. & Devillé, W.L.J.M. (2012). *De toegang tot gezondheidszorg voor ongedocumenteerden onder artikel 122a*. Utrecht: Nivel.

Breed Medisch Overleg. (2010). *Tandheelkundige zorg voor ongedocumenteerde migranten: 'Voor hun kiezen...'*. Geraadpleegd op:

<http://www.stichtinglos.nl/sites/default/files/los/files/BMO%20inventarisatie%20%27Voor%20hun%20kiezen...%27%2011febr10.pdf>

Chauvin, P., Simonnot, N., Vanbiervliet, F., Vicart, M. & Vuillermoz, C. (2015). Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada. Parijs: Médecins du Monde.

Gil-González, D., Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Agudelo-Suárez, A.A., Castejón Bolea, R. & Ronda-Pérez, E. (2015). Is health a right for all? An umbrella review of the barriers to health care access faced by migrants. *Ethnicity & Health*, 20(5), 523-541.

Hamel, W., De Boer, J. (2014). *Aan de kaak stellen*. Afstudeeronderzoek voor Stichting Inlia. Hanzeschool Groningen.

Kroneman, M., Boerma, W., Van den Berg, M., Groenewegen, P., De Jong, J., Van Ginneken, E. (2016) Netherlands Health system review. *Health Systems in Transition*. 18 (2).

Jongkees, M. (2011). Aspiring High in the Low lands. *IC- Digest*, 40-42.

*Assessment of unmet needs regarding access to health of undocumented persons in the Netherlands* (2014). Amsterdam: Médecins du Monde the Netherlands & Médecins Sans Frontières the Netherlands

Mortelmans, D. (2013). *Handboek Kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Nederland. Uitgeverij Acco.

Rechel, B., Mladovsky, P., Devillé, W. L. J. M., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M. (2011). (Eds.). *Migration and health in the European Union*. Berkshire: McGraw-Hill.

Thomas, R.Z., Loos, B.G., Teeuw, W., Kunnen, A., Winkelhoff, A.J. van, Abbas, F. (2015). Parodontitis en systemische ziekten – van wetenschap naar praktijk. *Ned Tijdschrift Tandheelkunde* 122: 542-548.

Van der Bijl, N., Van der Kleij, M.B., Tuzgöl-Broekhoven, A.J.H., Van Dorst, P.C., Saeijs, J.J., De la Rambelje, J., Beer, S. (2013). Medische zorg vreemdelingen. Over toegang en continuïteit van medische zorg voor asielzoekers en uitgeprocedeerde asielzoekers. Rapport van de nationale ombudsman 2013-125.

Veenema, T., Wiegers, T., & Devillé, W. (2009). Toegankelijkheid van gezondheidszorg voor 'illegalen' in Nederland: een update. Utrecht: Nivel.

Watjer, R., Roosmalen, J. van & Janmaat, L. (2016) Health care seeking practices of undocumented migrants in the Netherlands : a qualitative exploration of health care seeking behaviour. Amsterdam: Vrije Universiteit en Dokters van de Wereld.

Zonneveld, E.H. (2010). "That's how I live with it, I don't have a choice." A study on undocumented migrants' health seeking behaviour for dental problem in the Netherlands. Amsterdam: University of Amsterdam. *heelkunde* 122: 542-548