

INFORMELE MONDZORGNETWERKEN IN NEDERLAND



SAMENVATTING ONDERZOEKSRAPPORT



ACTA

MEI 2020

Myrthe van Midde
Dokters van de Wereld

Alice Grasveld & Geert van de Heijden
Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam

SAMENVATTING

ONDERZOEKSRAPPORT 'INFORMELE MONDZORGNETWERKEN IN NEDERLAND'¹

DOEL EN DEFINITIE

Mondzorg voor volwassenen wordt, op enkele uitzonderingen na, niet vergoed uit de basiszorgverzekering. Naar schatting ondervinden 500.000 mensen barrières in de toegang tot mondzorg als gevolg van financiële problemen en de marginale leefomstandigheden waarin zij verkeren.² In verschillende gemeenten werken organisaties samen om deze mensen op een laagdrempelige manier van mondzorg te voorzien. Met dit onderzoek wordt in kaart gebracht welke 'informele mondzorgnetwerken' in Nederland actief zijn en hoe deze worden georganiseerd. Informele mondzorgnetwerken worden gedefinieerd als 'individuen verbonden aan minimaal twee verschillende (zorg)instellingen, fondsen, lokale overheden of andere organisaties, die gezamenlijk optrekken om mondzorg te verlenen aan mensen in een kwetsbare positie, die problemen ondervinden in de toegang tot het reguliere mondzorgcircuit. Activiteiten zijn specifiek gericht op het verlagen van (financiële) barrières in de mondzorg en vinden plaats buiten de reguliere organisatiekaders van de individuele en publieke gezondheidszorg'.

METHODE

Het onderzoek is kwalitatief en exploratief van aard. Elk bij de onderzoekers bekend informeel mondzorgnetwerk, dat tijdens de uitvoering van het onderzoek (tussen september 2019 en februari 2020) aan de definitie voldeed, kwam in aanmerking voor deelname. Mogelijk geeft het onderzoek geen volledig beeld van bestaande informele mondzorgnetwerken. Betrokkenen die een coördinerende rol vervullen werden uitgenodigd voor een semigestructureerd interview. Om sleutelfiguren te identificeren en met hen in contact te komen is gebruik gemaakt van het netwerk van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en Dokters van de Wereld (DvdW), aangevuld met de 'sneeuwbalmethode', waarbij respondenten werden gevraagd naar sleutelfiguren uit hun eigen netwerk. In totaal werden 21 informele mondzorgnetwerken geïnccludeerd en namen 25 respondenten deel aan een interview, waarvan één dubbelinterview. De 24 interviews werden afgenomen door twee onderzoekers op een door de respondent gekozen locatie (12 interviews) of telefonisch (12 interviews). Interviews werden, met toestemming van de respondenten, opgenomen en vervolgens getranscribeerd. Indien een audio opname van het interview niet mogelijk bleek, werd direct daarna een samenvattende transcriptie gemaakt. De data-analyse bestond uit twee fases. Tijdens de eerste fase van dataverzameling (september - oktober 2019) werden aan de hand van zeven interviews codes, kernthema's en categorieën geformuleerd. Tijdens de tweede fase (oktober 2019 - februari 2020) vonden nog eens zeventien interviews plaats. Aan de hand daarvan werden de codes, kernthema's en categorieën uit fase één getoetst en waar nodig geherformuleerd of aangepast.

Deze studie is door de ethische toetsingscommissie van ACTA als niet WMO-plichtig beoordeeld (protocolnummer 202074).

¹ Een uitgebreid rapport met achtergrondinformatie over de 21 informele mondzorgnetwerken is te downloaden van <http://doktersvande-wereld.org/onderzoeksrapport-informele-mondzorgnetwerken-in-nederland>

² Dokters van de Wereld (2019). Startnotitie 'Kiezen voor Elkaar'. Geraadpleegd van https://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2019/04/DVDW2019-Start_MondzorgDEF.pdf

RESULTATEN

Organisatievormen van informele mondzorgnetwerken

Informele mondzorgnetwerken verschillen sterk van elkaar in termen van organisatie en capaciteit. Aan de hand van acht kenmerken (doelstelling, behandelingen,³ locatie, doelgroep, coördinatie, financiering, omvang en bestaansduur) worden vier organisatievormen onderscheiden:

- I. **Eerstelijns hulpposten** die nood- en basale mondzorgbehandelingen bieden aan mensen die buiten het reguliere zorgsysteem vallen. De zorgverlening draait geheel op de inzet van vrijwillige tandartsen en studenten en is afhankelijk van donaties voor materiaalkosten en apparatuur.
- II. **Reguliere tandartspraktijken** die op regelmatige basis behandelingen bieden aan cliënten uit een informeel mondzorgnetwerk. In sommige gevallen zijn afspraken gemaakt over de vergoeding van verleende zorg of materiaalkosten. In andere gevallen wordt de zorg niet vergoed. Behandel mogelijkheden verschillen van nood- tot uitgebreide behandelingen.
- III. **Doelgroep praktijken** zijn specifiek gericht op kwetsbare doelgroepen en maken meestal gebruik van reguliere zorgfinanciering (uitzonderingen op restricties in het basispakket zoals voor volledige gebitsprothesen, Bijzondere Tandheelkunde⁴ en collectieve tandartsverzekeringen). In de meeste gevallen is aanvullende financiering (gemeentesubsidie, fondsen, donaties en/of bijdragen in natura) noodzakelijk om resterende kosten te dekken. Behandelingen zijn veelal gericht op gebitsrehabilitatie.
- IV. **Universitaire centra** koppelen praktijkonderwijs van studenten Tandheelkunde en Mondzorgkunde aan laagdrempelige behandelingen voor mensen in een kwetsbare positie. Behandelingen zijn gericht op gebitsrehabilitatie.

Goede ervaringen: De kracht van informele mondzorgnetwerken

Solidariteit

Informele mondzorgnetwerken zijn gebaseerd op maatschappelijke betrokkenheid en de overtuiging dat ieder mens recht heeft op toegang tot gezondheidszorg, ongeacht persoonlijke en financiële omstandigheden. Deze solidariteitsgedachte leidt ertoe dat, met minimale middelen, creatieve oplossingen worden gevonden om barrières in de toegang tot zorg voor mensen in een kwetsbare positie te verkleinen. Via deze weg werden in 2018 naar schatting 10.000 consulten⁵ verleend aan (onder meer) mensen met een laag inkomen, een lage sociaaleconomische status, schulden of psychiatrische problemen, dak- en thuislozen, ongedocumenteerden, sekswerkers en (ex)verslaafden. De drijvende kracht achter informele mondzorgnetwerken zijn individuen die (vaak onbetaald) een onmisbare rol vervullen door hun betrokkenheid, tijdsbesteding en vaardigheden die nodig zijn om mensen in een kwetsbare positie van mondzorg te voorzien. De impact van een behandeling op de persoonlijke situatie van patiënten is groot, bijvoorbeeld wanneer ernstige pijnklachten worden verholpen of wanneer mensen na een (gedeeltelijke) gebitsrenovatie weer kunnen resocialiseren in de maatschappij, omdat zij zich opnieuw in staat voelen om relaties aan te gaan, plannen te maken of durven te solliciteren op een baan.

3 Behandel mogelijkheden worden gecategoriseerd als 1) noodbehandelingen: spoedzorg en/of pijnbestrijding door middel van extractie, 2) basale behandelingen: eenvoudige, meestal kortdurende behandeltrajecten, 3) Uitgebreide behandelingen: complexe, vaak langdurige behandeltrajecten, 4) Alle behandelingen: alle mogelijke restauratieve behandelingen (incl. kronen en bruggen).

4 Sommige tandartspraktijken kunnen voor individuele patiënten een machtiging voor Bijzondere Tandheelkunde aanvragen bij de zorgverzekeraar. Ook zijn er speciale Centra of Stichtingen voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT en SBT). Echter, niet alle CBT en SBT vallen binnen de definitie van 'informele mondzorgnetwerken'.

5 Waarvan naar schatting 8000 consulten door één van de vrijgevestigde doelgroep praktijken.

Flexibiliteit

Informele mondzorgnetwerken worden op uiteenlopende manieren bekostigd. Aan de ene kant van het spectrum staan informele mondzorgnetwerken die geen financiering ontvangen en geheel draaien op de vrijwillige inzet van tandartsen en bijdragen in natura. Aan de andere kant staan informele mondzorgnetwerken die een financieringssysteem hebben opgezet. In alle gevallen bestaat de financiering uit een combinatie van subsidie en/of steun in natura door maatschappelijke fondsen, gemeenten, zorgverzekeraars, kerkelijke instanties en donaties. Waar mogelijk wordt voor verzekerde patiënten gebruik gemaakt van de regeling Bijzondere Tandheelkunde en collectieve tandzorgverzekeringen. Sommige tandartsen hebben een eigen stichting opgericht om behandelingen, medische materialen, apparatuur of vervoer te kunnen bekostigen. Met deze minimale middelen en een flexibele werkwijze zijn betrokkenen in staat om mondzorg toegankelijker te maken voor mensen in een kwetsbare positie.

Samenwerking

Door krachten te bundelen hebben een aantal netwerken enige vorm van stabiliteit gevonden in de organisatie van mondzorg voor mensen in een kwetsbare positie. Tien (van de 21) netwerken zijn langer dan vijf jaar actief. Bij zes netwerken reserveren sociaal-maatschappelijke organisaties een deel van hun budget, dat deels afkomstig is uit gemeentelijke subsidie voor zorg en ondersteuning, voor tandheelkundige behandelingen. Bij zes andere netwerken is een lokaal overheidsloket (zoals de GGD of loket Bijzondere Bijstand) betrokken bij de financiering van behandelingen, de uitvoering van activiteiten of de afstemming tussen stakeholders. Twee netwerken worden gecoördineerd vanuit vrijgevestigde doelgroep praktijken.

Uitdagingen: Versnippering van mondzorg voor mensen in een kwetsbare positie

Intensieve zorgverlening

Patiënten die de kans krijgen behandeld te worden via een informeel mondzorgnetwerk stellen zich meestal zeer coöperatief op tijdens de behandeling. Tandartsen moeten echter rekening houden met de complexe situaties waar hun patiënten in verkeren. Als gevolg van langdurige onzekere of marginale omstandigheden is de belevingswereld van deze patiënten anders vergeleken met die van 'reguliere' patiënten. Onderliggende gevoelens van angst, schaamte, wanhoop of onzekerheid en een gebrek aan kennis over het mondzorgsysteem kunnen leiden tot onbereikbaar gedrag en onrealistische verwachtingen van de behandeling. Ook komt het vaker voor dat mensen te laat of niet naar de afspraak komen ('no show').

Selecte doelgroepen

Informele mondzorgnetwerken richten zich op een specifieke doelgroep. Aanmeldingen lopen via maatschappelijke partnerorganisaties die vaak tevens fungeren als coördinerende organisaties. Het voordeel van deze 'poortwachtersfunctie' is het snelle bereik van cliënten die reeds bij de samenwerkende organisaties bekend zijn. Het nadeel van een kleinschalige of locatie gebonden aanpak is dat de bereikbaarheid van de gehele doelgroep beperkt blijft.

Beperkte capaciteit

De capaciteit van informele mondzorgnetwerken wordt voor een groot deel bepaald door het beschikbare budget. Netwerken die zich richten op doelgroepen voor wie weinig reguliere voorzieningen bestaan, zoals mensen die niet in aanmerking komen voor Bijzondere Tandheelkunde en ongedocumenteerden, zijn sterk afhankelijk van alternatieve financieringsvormen of onbetaalde dienstverlening. Daarnaast wordt de afstemming tussen partnerorganisaties en cliënten als intensief ervaren. In sommige gevallen vormt dit een beperkende factor voor de groei van het informele mondzorgnetwerk. Dit is met name het geval wanneer geen financiering beschikbaar is voor de behandelkosten of zelfs de materiaalkosten van de behandeling. In sommige gevallen is de behandelruimte beperkt beschikbaar. Bovendien zijn de behandelresultaten vaak gericht op het verhelpen van problemen op de korte termijn, terwijl de oorzaak van de problemen niet wordt aangepakt. Een beperkte capaciteit leidt tot een (zeer) gelimiteerd behandel aanbod of lange wachtlijsten.

Afhankelijk van sleutelfiguren en vrijwilligers

De organisatie en coördinatie van informele mondzorgnetwerken is sterk afhankelijk van sleutelfiguren en vrijwilligers. Hierdoor zijn sommige functies en taken lastig overdraagbaar, met mogelijke consequenties voor de continuïteit van huidige activiteiten.

Daarbij heeft de vrijwillige inzet van (BIG geregistreerde) tandartsen voor het verlenen van tandheelkundige zorg specifieke aandacht, vanwege de mogelijke consequenties voor patiënten en zorgverleners en uiteindelijk voor het mondzorgbeleid. Mensen in een kwetsbare situatie worden hiermee afhankelijk van de bereidheid van tandartsen om (deels) onbetaalde behandelingen te verrichten. Individuele tandartsen worden verantwoordelijk gemaakt voor het oplossen van problemen die worden veroorzaakt door lacunes in het Nederlandse mondzorgsysteem. Bovendien vinden deze tandheelkundige behandelingen plaats buiten gestandaardiseerde administratieve systemen om. In sommige gevallen kan de privacy van patiënten niet worden gewaarborgd (bijvoorbeeld met een beveiligd emailsysteem) en worden gegevens over informele zorg vooralsnog niet meegenomen in de besluitvorming over mondzorgbeleid ten aanzien van mensen in een kwetsbare positie.

Aanbevelingen

Aanbevelingen die betrekking hebben op de organisatie en coördinatie van informele mondzorgnetwerken zijn

1. Het bevorderen van de samenwerking tussen de informele mondzorgnetwerken,
2. Het stimuleren van de uitwisseling van ervaringen en van 'best practices',
3. Het oprichten van een coöperatie van informele mondzorgnetwerken en gezamenlijk optrekken bij acties om de inhoudelijke en organisatorische knelpunten te agenderen bij relevante beroepsgroepen, beleidsmakers en politici.

CONCLUSIE

Dankzij de sterke maatschappelijke betrokkenheid, de kleinschalige en flexibele aanpak en de (onbetaalde) inzet van betrokkenen, zijn informele mondzorgnetwerken met minimale middelen in staat om mondzorg op lokaal niveau beter toegankelijk te maken voor mensen in een kwetsbare positie. De impact van de behandelingen op het persoonlijke leven van patiënten is groot.

Naast deze hoopvolle resultaten worden kanttekeningen geplaatst bij de efficiëntie, capaciteit en structurele borging van informele mondzorgnetwerken. De uitvoering van een behandelplan gericht op gebitsrehabilitatie duurt ongeveer twee jaar en kost 5.000 tot 6.000 euro per patiënt. Daarvan wordt in het eerste behandeljaar gemiddeld 30% en in het tweede behandeljaar gemiddeld 70% van de kosten uitgegeven.⁶ Een dergelijke behandeling kan de kansen op toegang tot het reguliere mondzorgsysteem vergroten. Gezien de grote verschillen in behandel mogelijkheden van informele mondzorgnetwerken is het de verwachting dat gebitsrehabilitatie tot en met een daarop aansluitende aanvullende mondzorgverzekering slechts door een zeer beperkt deel van de doelgroep wordt doorlopen.

Door noodhulp te organiseren buiten het reguliere mondzorgsysteem om kan - ten onrechte - de indruk worden gewekt dat mondzorg toegankelijk is voor degenen die door het reguliere mondzorgsysteem momenteel niet worden bereikt. Informele mondzorgnetwerken richten zich echter op selecte doelgroepen, hebben een (zeer) beperkte capaciteit en zijn sterk afhankelijk van sleutelfiguren en vrijwilligers. Daarnaast kunnen zowel de registratie van consultgegevens als de privacy van patiënten niet altijd worden gewaarborgd. Bovendien is geen sprake van een gecoördineerde afstemming op landelijk niveau, zoals de geografische spreiding van informele mondzorgnetwerken, het bereik van verschillende doelgroepen en de behandel mogelijkheden per doelgroep. Informele mondzorgnetwerken vormen een lokale en tijdelijke oplossing voor een landelijk en structureel probleem.

Voor een systematische waarborging van de toegankelijkheid, kwaliteit en continuïteit van mondzorg is een betere inbedding in reguliere mondzorg- en financieringssystemen noodzakelijk. Het wegnemen van financiële barrières bij acute mondzorg heeft een hoge prioriteit. Daarnaast is aandacht nodig voor de financiële borging van de continuïteit van mondzorg voor mensen in een kwetsbare positie. De gebundelde kennis, expertise en ervaring uit deze evaluatie maken knelpunten in de toegang tot mondzorg inzichtelijk en bieden aanknopingspunten voor oplossingen. Dit kan als basis dienen voor de agendering en beleidsvorming van mondzorg voor mensen in een kwetsbare positie. Als eerste stap in deze richting zou een landelijke coöperatie van informele mondzorgnetwerken kunnen leiden tot een breed gedeelde visie over hoe de toegang tot mondzorg voor mensen in een kwetsbare positie op lokale, regionale en landelijke schaal verbeterd kan worden.

⁶ Persoonlijke communicatie over de voorlopige resultaten van één van de 21 informele mondzorgnetwerken.