

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/369949730>

ONGEWENSTE MIJDING VAN MONDZORG Financiële drempels in de toegankelijkheid van mondzorg

Chapter · March 2023

CITATIONS

0

READS

677

3 authors, including:



Sehida Begovic

Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam

1 PUBLICATION 0 CITATIONS

SEE PROFILE



Geert J.M.G. van der Heijden

Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam

349 PUBLICATIONS 18,281 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Do patients benefit from orthognathic surgery? [View project](#)



Asialink CE and EBM [View project](#)

ONGEWENSTE MIJDING VAN MONDZORG

Financiële drempels in de toegankelijkheid van mondzorg

Mw. Sehida Begovic MSc., Onderzoeker en Tandarts

Dhr. Prof. Dr. Geert van der Heijden, Hoogleraar Sociale Tandheelkunde

Dhr. Prof. Dr. Stefan Listl, Hoogleraar Kwaliteit en Veiligheid van Mondzorg

Amsterdam, 2 maart 2023

Ten geleide

Dit rapport beschrijft het onderzoek naar de groep volwassenen Nederlanders die wegens financiële redenen de mondzorg mijden. Dit onderzoek is in opdracht van de Directie Zorgverzekeringen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport uitgevoerd door medewerkers van ACTA, Radboudumc en Hogeschool van Amsterdam.

Dit rapport is voorbereid door Sehida Begovic tandarts onderzoeker/promovendus en Prof. Dr. Geert van der Heijden, Hoogleraar Sociale Tandheelkunde aan de Universiteit van Amsterdam, beiden werkzaam bij de sectie Maatschappij en Mondgezondheid van het Academisch centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

De projectgroep bestond uit Prof. Dr. Stefan Listl, Hoogleraar Kwaliteit en Veiligheid van Mondzorg, Radboudumc, Prof. Dr. Josef Bruers, Hoogleraar Kwaliteit van mondzorg in de praktijk, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam en Dr. Roeland van Geuns, Emeritus Lector Armoede Interventies, Hogeschool van Amsterdam.

De projectgroep stond onder leiding van prof. dr. Geert van der Heijden. Hij was verantwoordelijk voor de project coördinatie en begeleiding bij de uitvoering ervan, alsmede voor het overleg met de opdrachtgever en de klankbordgroep.

Dit rapport is tot stand gekomen op basis van bronnenonderzoek, wetenschappelijke literatuur, rapporten en beleidsdocumenten, en gesprekken met en consultatie van beleidsmakers en inhoudelijke experts, en ervaringsdeskundige hulpverleners die in de praktijk van het sociale domein, het zorg domein en informele zorgcircuit werken met en betrokken zijn bij de doelgroep van mensen die leven in mondzorgarmoede.

Wij zijn allen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit rapport veel dank verschuldigd voor hun tijd, kennis en suggesties. Tot slot danken wij de leden van de projectgroep voor hun commentaar en suggesties bij eerdere versies van dit rapport of delen daarvan, en de leden van klankbordgroep die eerdere versies van delen van dit rapport van commentaar hebben voorzien.

Verantwoording

De opdracht voor dit onderzoek betrof het beschrijven van een definitie van ongewenste mijding van mondzorg, de kenmerken van mensen die mondzorg mijden en daarbij aantallen mensen en kenmerken van deelgroepen.

In dit rapport wordt een definitie van ongewenste mijding van mondzorg gegeven. Deze definitie is tot stand gekomen op basis van bronnenonderzoek en consultatie van experts en ervaringsdeskundige hulpverleners. Daarbij is een indeling van mondzorg gemaakt in vijf categorieën (zelfzorg, wenselijke, noodzakelijke, urgente mondzorg en noodzorg). Deze indeling is gebaseerd op de gevolgen van mijding (uitstel of afstel) van mondzorg en verwaarlozing van de mondgezondheid, met inbegrip van de aanwezigheid van klachten, de kans op een ongezonde mond, en de planbaarheid en de periodiciteit van mondzorg.

In dit rapport worden de kenmerken van mensen die mondzorg mijden beschreven. Op basis van bronnenonderzoek en consultatie van experts en ervaringsdeskundige hulpverleners is een profiel van de doelgroep gemaakt, dat gebaseerd is op 4 persona karakteristieken: kenmerken, omstandigheden, vindplaatsen en redenen voor mijding.

In dit rapport ontbreken concrete actuele aantallen volwassenen Nederlanders om financiële redenen mondzorg mijden, en de uitsplitsing naar kenmerken en patronen van deelgroepen. Deze data-analyse kon helaas niet gerealiseerd worden, omdat tijdens de data uitvraag bij een van de betrokken partijen belemmeringen voor levering van primaire data bestonden. Conform de opdracht zijn daarom de acties beschreven die nodig zijn om deze data-analyse op een later moment eventueel alsnog te kunnen realiseren. De organisaties van mondzorg professionals, in het bijzonder de partijen van de mondzorg alliantie, kunnen een essentiële bijdrage leveren bij het beschikbaar krijgen van noodzakelijke data om deze analyse mogelijk te maken.

In de bijlage van dit projectverslag is een beknopte beschrijving toegevoegd van de maatregelen en regelgeving in België en Denemarken omtrent zorg voor mensen die om financiële redenen mondzorg mijden (Bijlage E). Daar is een pleidooi van Prof. Dr. Geert van der Heijden aan toegevoegd met de suggestie voor signalering in het sociale domein en de gezondheidszorg van mensen die leven in mondzorgarmoede en hun mondgezondheid verwaarlozen (Bijlage F). Dit in aansluiting op de Wet WAMS (Wetsvoorstel Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein) (1) .

Voorwoord

Een verwaarloosde of een ongezonde mond hangt samen met veronachtzaming van zelfzorg voor de mondhygiëne en mondzorg ter preventie van mondziekten. De ziektelast van een ongezonde mond is aanzienlijk, en heeft grote en doorgaans blijvende impact op het leven, niet alleen op de mondgezondheid, maar ook op de algemene gezondheid en ziekterisico's (2) (3), de productiviteit op de arbeidsmarkt (4), het welzijn en welbevinden en de kwaliteit van leven (5).

Uit steekproef peilingen van de CBS gezondheidsenquête over consumptie van mondzorg, blijkt dat naar schatting 20% van de Nederlanders geen mondzorgprofessional bezoekt (6). Het mijden van mondzorg, het uit- en afstellen van tandartsbezoek, wordt van oudsher toegeschreven aan beperkte gezondheidsvaardigheden en angst voor de tandartsbehandeling. Mensen die langdurig mondzorg uit- of afstellen, om welke reden dan ook, kunnen als gevolg van verwaarlozing van de mondgezondheid, klachten krijgen zoals pijn en ontstekingen. Dit levert schrijnende situaties en omstandigheden op, waarbij behandeling geboden is om complicaties en blijvende schade te beperken. Mensen die meerdere jaren achter elkaar om financiële redenen noodgedwongen en structureel van tandartsbezoek afzien zijn doorgaans aangewezen op noodhulp door een tandarts. De directe kosten daarvan, inclusief die van de noodzakelijke 'nabehandeling', alsmede de indirecte kosten en de sociaal-maatschappelijke kosten voor de samenleving kunnen fors oplopen.

Van de totale directe kosten van mondzorg consumptie wordt naar schatting 70% uit ZVW, aanvullende zorgverzekering en WLZ gefinancierd, en 30% wordt uit eigen zak gefinancierd (7). De kosten van zorg te financieren uit eigen zak, zoals eigen risico en aanvullende eigen bijdragen, zetten een rem op zorgconsumptie. Dit conform de moral hazard theorie, waarbij op basis van een bewuste keuze voor een hoger eigen risico, waarbij de kosten van gedeeltelijk of geheel onverzekerde schade voor eigen rekening zijn, het zorggebruik afremt, en omgekeerd. In België wordt deze kosten dan ook "*remgelden*" genoemd. Het moral hazard principe vormt ook de basis voor het uitsluiten uit het basispakket van zorg die over het algemeen niet strikt noodzakelijk geacht wordt. Daarvoor worden doorgaans aanvullende verzekeringen aangeboden.

Indien mensen niet verzekerd zijn tegen de kosten van mondzorg, of als hun aanvullende polis geroyeerd is wegens achterstand in premiebetaling, en bovendien geen of onvoldoende inkomen en geen financiële buffer of eigen vermogen hebben voor betaling uit eigen zak, worden zij geconfronteerd met catastrofale kosten. Daardoor komen zij in de knel, niet alleen financieel, maar ook wat betreft hun gezondheid, welzijn en welbevinden. Deze mensen zijn voor financiële hulp afhankelijk van charitatieve organisaties en voor zorgverlening zijn zij aangewezen op een onbaatzuchtige opstelling van individuele tandartsen.

Sinds eind 2018 komen uit de samenleving echter diverse signalen, waaronder van hulpverleners uit het sociale domein, over een zorgelijke toename van het aantal mensen dat meerdere jaren (dus structureel) mondzorg om financiële redenen mijdt. Dit betreft mensen die mondzorg niet langer kunnen veroorloven wegens geen of onvoldoende verzekering tegen kosten van mondzorg, en die geen of onvoldoende financiële buffer of eigen vermogen hebben voor de gehele of aanvullende kosten voor eigen rekening. Voorafgaand aan dit onderzoek was uit publiek beschikbare data bekend dat 520 duizend (8%) Nederlandse huishoudens in armoede leefden. Bijna 10% daarvan heeft een zeer laag inkomen. Ruim een-derde van deze huishoudens leeft minstens vier jaar achter elkaar in armoede (8). Voorts hebben ten minste 1,3 miljoen Nederlandse huishoudens ernstige

betalingproblemen en risicovolle of problematische schulden. Hun rekening voor de zorgverzekering laten zij vaak en als eerste onbetaald liggen (9).

Voorafgaand aan dit onderzoek was op basis van publiek beschikbare data (tot en met 2019) bekend dat gemiddeld 3 op 100 Nederlanders (3%) afziet van mondzorg wegens de kosten (10). Maar het afzien van mondzorg wegens kosten blijkt zeer scheef verdeeld te zijn. Van alle volwassen Nederlanders in het hoogste inkomens kwintiel (bovenste 20%) ziet 1 op 100 (1%) af van mondzorg wegens kosten, terwijl dat bij Nederlanders in het laagste inkomens kwintiel (onderste 20%) 1 op 8 (12%) is. In de internationale ranglijst voor afzien van zorg om financiële redenen, staat mondzorg bovenaan, ver voor alle andere vormen van zorg (zoals huisarts, apotheek, overig) (10). Overigens stijgt het aandeel in de kosten van mondzorg die voor eigen rekening zijn in Nederland, net als in andere landen, ver uit boven het aandeel voor eigen rekening voor vrijwel alle andere vormen van zorg (10).

Mensen die mondzorg a priori mijden zien per definitie geen mondzorg professionals, maar wellicht wel andere zorgprofessionals en hulpverleners in sociale domein. Maar daarbij ontbreken concrete mogelijkheden en aanknopingspunten voor het signaleren van verwaarlozing van mondgezondheid en het bieden van passende hulp aan deze doelgroep.

De nationale Ombudsman signaleerde dat vanwege de energiecrisis en inflatie, in vervolg op de COVID epidemie en lockdowns, de kosten voor het levensonderhoud zo sterk gestegen zijn dat mensen door de ondergrens van het sociaal minimum zakken (11). Mondzorg professionals signaleren dat zijn steeds vaker geconfronteerd worden met mensen die wegens geldgebrek noodgedwongen mondzorg niet langer kunnen veroorloven (12): deze mensen worden vanwege mondzorg met catastrofale kosten geconfronteerd. Dit probleem doet zich voor in de hele Nederlandse bevolking, en zeker niet alleen in de stedelijke gebieden. Ook uit informatie van schuldhulpverlening en noodhulpbureaus blijkt steeds meer mensen niet meer voor hun mondgezondheid kunnen zorgen.

Tot 2020, voorafgaande aan de COVID uitbraak, ontvingen noodhulp fondsen een beperkt aantal aanvragen voor financiële noodhulp voor mondzorg. Nadien neemt het aantal aanvragen toe, en sinds de verhoging van de kosten voor levensonderhoud als gevolg van de energiecrisis en inflatie. In 2022 ontving het Fonds Bijzondere Noden Amsterdam al 50% meer aanvragen dan in 2021, en begin 2023 zet deze stijging van het aantal aanvragen door. Deze informatie wijst er op dat steeds minder mensen in staat om voor zichzelf en hun gezin mondzorg te kunnen bekostigen.

De informatie uit de aanvragen bij noodfondsen wijst er ook op dat hulpvragers ook geen middelen voor zelfzorg voor mondhygiëne en preventie van mondziekten (tandenborstel, tandpasta en tandstokers) kunnen veroorloven.

| |
|---|
| Voor wie een tandarts bezoekt, is het geld doorgaans geen probleem. Voor wie geen tandarts bezoekt, is geen geld doorgaans het probleem. |
|---|

Tegen de voorgaande achtergrond over mijding van mondzorg, en mensen die dat doen, is dit onderzoek uitgevoerd.

Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| Managementsamenvatting | 6 |
| 1. Inleiding | 13 |
| 1.1. Achtergrond project ongewenste mijding van mondzorg | 13 |
| 1.2 Opdrachtbeschrijving project | 15 |
| 1.3 Inhoud project | 16 |
| DEELSTUDIE 1: DEFINITIES | |
| 2. Definities van ongewenste mijding van mondzorg | 18 |
| 2.1 Inleiding | 18 |
| 2.2 Methode | 23 |
| 2.3 Resultaten | 25 |
| 2.4 Beantwoording van onderzoeksvragen | 34 |
| 2.5 Voorstel voor definities ongewenste mijding van mondzorg | 40 |
| DEELSTUDIE 2: PATRONEN EN PROFIELEN | |
| 3. Patronen en profielen van ongewenste mijding van mondzorg | 43 |
| 3.1 Inleiding | 43 |
| 3.2 Methode | 45 |
| 3.3 Resultaten | 49 |
| 3.4 Beantwoorden van onderzoeksvragen | 66 |
| Bronnenlijst | |
| Bijlagen A t/m F | |

Managementsamenvatting

Wat zijn definities van mondzorg in de context van ongewenste mijding van mondzorg?

In de onderstaande tabel is mondzorg ingedeeld in vijf categorieën (zelfzorg, wenselijke, noodzakelijke, urgente mondzorg en noodzorg). Deze indeling is in de context van dit project ten behoeve van een definitie van ongewenste mijding van mondzorg gemaakt.

Tot op heden wordt in de praktijk van mondzorg en in de wetenschappelijke literatuur alle mondzorg gewoonlijk als essentieel en noodzakelijk aangemerkt. Maar in de context van dit project, en dan met name ten behoeve van de definitie van ongewenste mijding van mondzorg is dat niet behulpzaam. Vanuit het perspectief van de opdracht voor dit onderzoek om te komen tot een definitie van ongewenste mijding van mondzorg, is deze indeling primair gebaseerd op de gevolgen van mijding (uitstel of afstel) van mondzorg en verwaarlozing van de mondgezondheid. Daarbij is vanzelfsprekend rekening gehouden met de kenmerken van mond(on)gezondheid: de aanwezigheid van klachten en de kans op een ongezonde mond en met de planbaarheid en de periodiciteit van mondzorg. Deze indeling van mondzorg in vijf categorieën is tot stand gekomen op basis van bronnenonderzoek en consultatie van ervaringsdeskundige hulpverleners.

Onder de tabel wordt een definitie met uitleg bij de vijf categorieën gegeven, waarna een definitie volgt van ongewenste mijding van mondzorg gegeven wordt, in antwoord op de vraag daarvoor in de onderzoeksopdracht.

| Categorie | Planbaar | Mondzorg is.. | Periodiek | Bij stadium van mond(on)gezondheid | Klachten (functie, sociaal welzijn) | Gevolg van uitstel en/of afstel |
|-----------|----------|---------------|-----------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 0 | Ja | Zelfzorg | Ja | Alle stadia | Mogelijk, maar liever niet | Verhoogde kans op ongezonde mond |
| 1 | Ja | Wenselijk | Ja | Gezonde mond | Geen | Kans op een ongezonde mond |
| 2 | Ja | Noodzakelijk | Nee | Beginnende mondziekten | Mogelijk | Kans op blijvende schade van de mondgezondheid |
| 3 | Nee | Urgent | Nee | Gevorderde mondziekten * | Waarschijnlijk | Onherroepelijk blijvende schade van de mondgezondheid |
| 4 | Nee | Noodzorg | Nee | Ernstige mondziekten | Zeker | Mogelijk levensbedreigende complicaties |

** Hieronder valt ook spoedeisende mondzorg, bijvoorbeeld wegens een ongeval of het afbreken van een reeds aanwezige vulling of andere constructie in de mond.*

Zelfzorg (Categorie 0) betreft periodiek planbare aandacht voor hygiëne en verzorging van de mond, (zoals tandenpoetsen en het gebruik van tandenstokers) van mensen in alle stadia van mond(on)gezondheid, waarin klachten (zoals pijn of bloedend tandvlees) aanwezig kunnen zijn. Zelfzorg behelst het vermogen van personen, gezinnen en gemeenschappen om de gezondheid te bevorderen, ziekten te voorkomen, de gezondheid te handhaven en met ziekte en handicaps om te gaan, met of zonder de steun van een gezondheidswerker. Het ongewenste gevolg van structureel gebrekkige zelfzorg, of uitstel en afstel van zelfzorg is een verhoogde kans op een ongezonde mond.

***Zelfzorg** is planbaar en behelst het vermogen om de eigen mondgezondheid te bevorderen en ziekten te voorkomen, met of zonder steun van de gezondheidswerker. Gebrekkige zelfzorg verhoogt de kans op een ongezonde mond.*

Wenselijke mondzorg (Categorie 1) betreft planbare zorg voor mensen met een gezonde mond, met een periodiek karakter, die gericht is op controle van de mondgezondheid en het stimuleren van zelfzorg bij de individuele patiënt met een gezonde mond (geen klachten). De rol van de mondzorgprofessional is hierbij om middels individuele instructie en begeleiding en (geïndiceerde- en zorg-gerelateerde-) preventie de zelfzorg te stimuleren. Het doel daarbij is tevens om een verhoogd risico op mondziekten en vroege manifestatie van mondziekten vroegtijdig op te sporen en vast te stellen, om zo noodzakelijke zorg te kunnen indiceren. Het ongewenste gevolg van uitstel of afstel van wenselijke mondzorg is dat de kans op een ongezonde mond groter wordt, omdat instructie en flankering voor zelfzorg ontbreekt en de mondgezondheid niet regelmatig gecontroleerd waardoor indicatie stelling voor noodzakelijke zorg ontbreekt.

***Wenselijke mondzorg** is planbaar en behelst regelmatige controle van de mondgezondheid waardoor de kans op een ongezonde mond wordt beperkt, en noodzakelijke zorg niet of minder snel nodig is.*

Noodzakelijke mondzorg (Categorie 2) vindt plaats op indicatie en is derhalve planbaar, maar deze heeft geen periodiek karakter. Noodzakelijke zorg richt zich op behandeling van beginnende mondziekten om verdere schade aan het gebit te voorkomen. Noodzakelijke zorg omvat ook onderhoud van eerder uitgevoerde noodzakelijke zorg zoals herstel van gefaalde restauraties wegens breuk, slijtage of het opnieuw ontstaan van mondziekten. Om noodzakelijke mondzorg vroegtijdig te indiceren is wenselijke mondzorg van belang zodat verdere voortschrijding van mondziekten wordt beperkt. Nadat met noodzakelijke restauratieve mondzorg gebitsschade is hersteld en het met geïndiceerde ziekte gerelateerde preventie de mondgezondheid is gestabiliseerd, kan met wenselijke zorg worden volstaan. Bij terugkerende manifestatie van mondziekten kan noodzakelijke zorg opnieuw geïndiceerd worden. Het ongewenste gevolg van uitstel en afstel van noodzakelijke mondzorg is een grote kans op blijvende schade van de mondgezondheid.

***Noodzakelijke mondzorg** is planbaar en behelst tijdig ingrijpen bij ziekteprocessen om de kans op blijvende schade aan de mondgezondheid te beperken.*

Urgente mondzorg (Categorie 3) is niet-planbare en niet-periodieke mondzorg die vereist is wanneer uitgebreide mondziekten aanwezig zijn (inclusief schade aan gebit na een ongeval). Het welzijn en welbevinden zijn vaak aangetast door de waarschijnlijk aanwezige klachten en het normale sociale functioneren is belemmerd door pijn. Niet altijd is er sprake van een levensbedreigende situatie of complicatie. Maar bij urgente mondzorg is doorgaans snelheid geboden om ernstige en onherstelbare schade van de gezondheid te voorkomen. Het ongewenste gevolg van uitstel en afstel van urgente mondzorg is grote kans op onherroepelijk blijvende schade van de mondgezondheid, te weten verlies van gebitselementen en kauwfunctie en een verminderde esthetiek. Het welzijn en welbevinden wordt aangetast door ernstige pijn, slechte functie en schaamte. Mijding van urgente mondzorg resulteert in niet-planbare situaties met ernstige pijn en mogelijk ook levensbedreigende complicaties, waarin alleen met noodzorg een oplossing geboden kan worden.

***Urgente mondzorg** is niet-planbaar en is aangewezen in situaties waarin acute manifeste klachten van mondziekten het normale sociale functioneren, welzijn en welbevinden aantasten.*

Noodzorg (Categorie 4) is niet-planbare en niet-periodieke mondzorg die vereist is indien er zonder behandeling levensbedreigende complicaties kunnen optreden als gevolg van (doorgaans langdurig) onbehandelde mondziekten. Hierbij is onmiddellijke actie vereist om een oplossing te bieden. Een patiënt is daarbij doorgaans aangewezen op medisch-specialistische zorg. Het ongewenste gevolg van uitstel en afstel van noodzorg zijn levensbedreigende complicaties.

***Noodzorg** is niet-planbare zorg en is aangewezen indien acuut ingrijpen nodig is om levensbedreigende complicaties van mondziekten te voorkomen.*

Wat is de definitie van ongewenste mijding van mondzorg?

Met voorgaande definities kan **mijding van mondzorg** als volgt worden gedefinieerd:

*Mijden van **zelfzorg** kan resulteren in een ongezonde mond met klachten (pijn, ontstekingen en bloedend tandvlees).*

*Mijding van **wenselijke mondzorg** kan resulteren in situaties waarin noodzakelijke- of meer dan alleen noodzakelijke mondzorg nodig is.*

*Mijding van **noodzakelijke mondzorg** kan resulteren in situaties waarin niet-planbare urgente mondzorg of noodzorg nodig is.*

*Mijding van **urgente mondzorg** kan resulteren in onherroepelijk blijvende schade aan de mondgezondheid, te weten verlies van gebitselementen en kauwfunctie en een verminderde esthetiek.*

*Mijding van **noodzorg** resulteert in levensbedreigende complicaties.*

Ongewenste mijding van mondzorg kan met behulp van bovenstaande definities als volgt worden omschreven

*Van **ongewenste mijding van mondzorg** is sprake als mijding van wenselijke en noodzakelijke mondzorg resulteert in de noodzaak voor urgente mondzorg of noodzorg.*

Als mensen wegens geldgebrek voor langere periode geen wenselijke mondzorg kunnen veroorloven en om dezelfde reden noodzakelijke mondzorg, bijvoorbeeld een eenvoudige vulling bij beginnende tandbederf, wordt uitgesteld, is sprake van **ongewenste mijding van mondzorg wegens financiële redenen**. Deze omstandigheden resulteren op korte of lange termijn in het nodig hebben van urgente mondzorg of noodzorg.

Welke patronen van (mond)zorg mijden zijn bekend?

Het mijden van mondzorg wordt van oudsher toegeschreven aan psychosociale individuele kenmerken van mensen, zoals beperkte gezondheidsvaardigheden en angst voor de tandartsbehandeling. Naast mijding van mondzorg komt ook mijding van vervolgzorg voor. Dan worden de adviezen voor het starten van een behandeling niet opgevolgd, of worden er geen vervolgspraken gemaakt of nagekomen, terwijl na opstarten van de behandeling vervolgzorg wel nodig is. Mijding van zorg, en van mondzorg in het bijzonder, staat vaak niet op zichzelf, hangt samen met sociaal-economische gezondheidsverschillen, gaat gepaard aan bestaansonzekerheid bij sociaal maatschappelijke multi-problematiek, een laag inkomen, werkloosheid, chronische ziekte en multi-morbiditeit met hoge ziektekosten. Mijden van mondzorg vanwege financiële redenen zal doorgaans gelegen zijn in een zorgverzekering zonder of met gedeeltelijke dekking van kosten van mondzorg, in samenhang met een onvoldoende eigen financiële buffer. Naast het vermijden van kosten voor eigen rekening, zijn angst voor tandheelkundige behandelingen, ontevredenheid over zorg en moeite met navigeren in het zorgsysteem en schaamte redenen voor mijden van mondzorg. De beperkte bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorgverleners of zorgpraktijken kan eveneens een reden voor mijding van mondzorg zijn.

Wat zijn de kenmerken en profielen van groepen mensen die mondzorg mijden?

In de onderstaande figuur zijn de kenmerken en profielen van groepen mensen die mondzorg mijden weergegeven. Deze indeling is gebaseerd op een ordening van groepen mensen die mondzorg mijden in vier karakteristieken: de kenmerken, de omstandigheden, de vindplaatsen en de redenen voor mijding. Vanuit het perspectief van de opdracht voor dit onderzoek zijn sociaal maatschappelijke multiproblematiek en bestaansonzekerheid overstijgende karakteristieken voor het profiel van (groepen) mensen die mondzorg mijden. Onder de figuur wordt, in antwoord op de vraag daarvoor in de onderzoeksopdracht, een samenvatting met uitleg gegeven bij de vier karakteristieken.

Deze indeling van kenmerken in karakteristieken is tot stand gekomen op basis van literatuuronderzoek en consultatie van ervaringsdeskundige hulpverleners.



Jongvolwassenen (18-34 jaar) mijden mondzorg vaker dan mensen in andere leeftijdscategorieën. In de geraadpleegde literatuur komt niet naar voren welke geslacht het vaakst mondzorg mijdt. Mensen die mondzorg mijden zijn over het algemeen mensen met een kwetsbare sociaal maatschappelijke positie. Zij hebben een laag opleidingsniveau of een lage startkwalificatie (maximaal mbo1), een laag of geen inkomen, geen vast werk of zijn werkloos, een chronische ziekte, hoge zorgkosten (relatief t.o.v. inkomen), of problematische schulden. Zij hebben meer kans op een leven in armoede, in bestaansonzekerheid en met een lage kwaliteit van leven. Bij een combinatie van voorgaande kenmerken neemt hun kwetsbaarheid en bestaansonzekerheid toe. Hun familieachtergrond wordt op vergelijkbare wijze gekenmerkt. Hun levensomstandigheden veranderen bij ziekte of echtscheiding (eenoudergezinnen), en voor jongeren bij de overgang naar volwassenheid, waardoor hun kwetsbaarheid en bestaansonzekerheid groter worden.

Relatief veel zorgmijding komt onder daklozen en mensen met een niet-westerse migratieachtergrond. Zorgmijders kunnen een slechte gebitstoestand hebben, waarbij men zich schaamt om te lachen. Laaggeletterdheid speelt ook een rol bij zorgmijding. Daarnaast is de aanwezigheid van chronische aandoeningen of problemen met mentale gezondheid een risicofactor.

Voor mensen die laaggeletterd zijn en mensen met beperkte verstandelijke vermogens, is het denkvermogen (verzamelen en afwegen van informatie, het maken van keuzen en nemen van beslissingen) beperkt. Voor mensen die laaggeletterd zijn en mensen met beperkte verstandelijke

vermogens, maar ook voor mensen met beperkte zelfredzaamheid of beperkte gezondheidsvaardigheden om andere redenen, is het doenvermogen (plan maken, in actie komen, vol houden en met tegenslag kunnen omgaan) beperkt. Voor hen is systeem en de organisatie van gezondheidszorg en hulpverlening al snel te complex: zij hebben een informatieachterstand of een onjuist verwachtingspatroon, en weten hun weg niet te vinden.

Naast de gevonden kenmerken in de literatuur is op basis van de analyse van data uit het SUNN dashboard meer duidelijk verkregen over kenmerken van mensen die de afgelopen jaren een aanvraag hebben gedaan voor noodhulp bij financiering van tandartskosten. Vrouwen deden vaker dan mannen een aanvraag voor noodhulp bij financiering van tandartskosten. Aanvragers van deze noodhulp zijn in meerderheid tussen de 20-60 jaar oud en afkomstig uit kleine huishoudens. Zij hebben geen inkomstenbron of ontvangen een (of meerdere) uitkering(en). De data uit het SUNN dashboard bevestigt het beeld over de kenmerken van mensen die mondzorg om financiële redenen mijden.

Waar bevinden en begeven mensen die (mond)zorg mijden zich?

De resultaten van het bronnenonderzoek met betrekking tot vindplaatsen van mensen die (mond)zorg mijden zijn beperkt. Vanzelfsprekend is dat structurele mijders van mondzorg om financiële reden niet in de praktijk van de mondzorgverlener te vinden zijn. Er zijn uiteenlopende formele instellingen en professionele organisaties in het sociale domein die waarschijnlijk in contact staan met mensen die mondzorg mijden, te weten woningcorporaties, scholen, jongerenwerk, gemeentelijke afdeling werk en inkomen, wijkteams en schuldhulpverlening. Ook zien hulpverleners in het zorg domein, te weten huisartsen, praktijk-ondersteuners (POH), apothekers en paramedici, waarschijnlijk mensen die medicatie of zorg om financiële redenen afwijzen en daarnaast al langere tijd om financiële redenen van mondzorg (of vervolgzorg) afzien. Tenslotte is er een aantal andere (veelal vrijwilligers) organisaties in het sociale domein, te weten voedselbanken, noodhulpbureaus, opvanghuizen en charitatieve fondsen.

Waarom verschillen mensen die (mond)zorg mijden om financiële redenen van mensen die dat om andere doen?

Een belangrijk onderscheid tussen mensen die (mond)zorg om financiële redenen mijden en mensen die dat om andere doen, is het wel of niet ervaren van een financiële belemmering voor het bezoeken van de mondzorgverlener. Indien er een behoefte aan mondzorg is en er voldoende financiële middelen zijn om in de kosten van bezoek aan een tandarts te kunnen voorzien, dan kunnen mensen andere beweegredenen hebben die leiden tot mijding van mondzorg. Dit betreft mensen met een zorgbehoefte, al dan niet met klachten, die financieel gezien wel van mondzorg gebruik **kunnen** maken, maar die om andere beweegredenen er voor **kiezen** dit niet te doen.

Mensen die een zorgbehoefte, al dan niet met klachten, en graag van mondzorg gebruik **willen** maken maar voor wie dit vanwege geldgebrek niet mogelijk is, **kunnen niet kiezen**. Zij worden vanwege financiële redenen belemmerd in hun mondzorgconsumptie. In kringen van beleidsmakers

en zorgprofessionals wordt dit zorgmijden genoemd. Maar het gebruik van deze term resulteert voor verkeerde beeldvorming, want dit gedrag betreft geen vrije keuze. Het betreft feitelijk mijden van kosten van mondzorg. Deze mensen worden namelijk geconfronteerd met catastrofale zorguitgaven, die hen geen keuze laten. Voor hen is dan ook niet voldaan aan e voorwaarden en aannames van de moral hazard theorie. Wegens geldgebrek kunnen ze noodgedwongen geen geld besteden aan zelfzorgmiddelen voor mondhygiëne (mondzorg categorie 0). Zij hebben geen geld voor een aanvullende polis van de zorgverzekering, het eigen risico zorgverzekering, of bijbetalingen voor niet verzekerde zorg (mondzorg categorie 1 en 2).

Deze mensen waaronder ook, maar niet uitsluitend, dak- en thuislozen, ongedocumenteerden, of mensen met een verslaving, worden in hun dagelijks leven belemmerd door fysieke, psychische, sociale en maatschappelijke multi-problematiek. Het betreft ook enkele andere duidelijk herkenbare specifieke groepen, zoals mensen met een verstandelijke beperking, GGZ problematiek, en alleenstaande ouders met kinderen, veelal moeders.

Zij leven in structurele bestaansonzekerheid, en kunnen moeilijk meekomen in de samenleving. Het zijn veelal mensen met minimum besteedbaar inkomen of lager en hebben geen vast inkomen uit arbeid of zijn gepensioneerd. Zij zijn laag geletterd, hebben niet de gewenste gezondheidsvaardigheden. Zij zijn als gevolg van chronische stress, als gevolg van hun bestaansonzekerheid, niet in staat zijn adequate beslissingen te nemen of keuzen maken. Zij doen voor hun levensonderhoud een beroep op de voedselbank en charitatieve fondsen, en voor hun bijzondere uitgaven doen ze een beroep op noodhulpfondsen, en de bijzondere bijstand. Bij betalingsachterstanden vragen ze om betalingsregelingen en maken gebruik van schuldhulpverlening. Zij laten facturen en rekeningen van de zorgverzekeraar als eerste ongeopend liggen, of maken gebruik van een collectieve zorgverzekering via een gemeentepolis, waardoor zij echter nauwelijks verzekerd zijn tegen kosten van mondzorg.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond project ongewenste mijding van mondzorg

Er zijn steeds meer signalen over het toenemende aantal mensen dat zich wegens geldgebrek geen mondzorg kan veroorloven. Uit internationaal vergelijkend onderzoek naar mijden van zorg om financiële redenen van OECD blijkt dat in alle EU-landen, Canada en de VS het mijden van tandartsbezoek om financiële redenen, vergeleken met andere zorg, veruit het meest voorkomt (10). Daarnaast bleek dat 3% (1 op 33) van alle Nederlanders (ruim vijfhonderdduizend) de tandarts wegens kosten mijdt. De verschillen zijn groot: dit was het geval bij 1% (1 op 100) van de 20% Nederlanders met het hoogste inkomen (ruim 29.000 mensen) vergeleken met 12% (1 op 8) van de 20% Nederlanders met het laagste inkomen (ruim 348.000 mensen) (10). Deze gegevens dateren uit 2019 en het is de meest actuele data die beschikbaar is over aantallen.

Voor Nederland ontbreekt verdere informatie over catastrofale kosten voor (mond)zorg. Van catastrofale kosten voor mondzorg is sprake wanneer de kosten voor zorg 40% of meer bedragen van het budget dat beschikbaar is voor het dagelijks leven van een gezin. Mensen komen daardoor onder een sociaal minimum en zijn aangewezen op noodhulp, bijvoorbeeld van de voedselbank. Mensen die van het sociaal minimum moeten rondkomen dienen andere uitgaven voor het onderhouden van het dagelijks leven van henzelf en hun gezin noodgedwongen te prioriteren boven kosten van zorg. Bovendien is het voor hen financieel onmogelijk om zich via een aanvullende polis te verzekeren tegen kosten van mondzorg. Voor de eventueel lopende aanvullende verzekering tegen kosten van mondzorg zijn de noodzakelijke bijbetalingen om dezelfde reden onmogelijk. Hun nog lopende aanvullende verzekering tegen kosten van mondzorg wordt al bij 2 maanden betalingsachterstand door de zorgverzekeraar geroyeerd. Na 6 maanden betalingsachterstand worden zij aangemerkt als wanbetaler en aan CAK overgedragen voor verplichte inhouding op loon, pensioen of uitkering of voor inning via het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB) van een bestuursrechtelijke (hogere) premie basispakket. Ook incassokosten en rente worden door de zorgverzekeraar in rekening gebracht (13). De zorgverzekering via de collectieve gemeente polis biedt nauwelijks enige ruimte voor fatsoenlijk tandheelkundig onderhoud.

Als mensen geen of onvoldoende toegang hebben tot betaalbare mondzorg, is er sprake van **mondzorgarmoede**. Ondanks de noodzaak van behandeling door een tandarts wegens klachten, zien zij af van mondzorg, omdat ze noodgedwongen andere uitgaven voor het onderhoud van het dagelijks leven van henzelf en hun gezin dienen te prioriteren boven kosten voor (mond)zorg. Om dezelfde reden hebben zij geen geld voor een aanvullende zorgverzekering, het eigen risico, of kosten voor eigen rekening van niet verzekerde zorg of noodzakelijke bijbetalingen voor mondzorg bij een eventueel aanvullende zorgverzekering. Een collectieve zorgverzekering via een gemeentepolis, biedt nauwelijks enige financiële bescherming tegen kosten van mondzorg. Voldoende zelfzorg voor mondhygiëne is niet mogelijk omdat geld ontbreekt voor het aanschaffen van een tandenborstel, tandpasta en tandenstokers. Deze mensen zitten klem.

Het gaat hierbij om mensen die leven met structurele bestaansonzekerheid, die kampen met een stapeling van sociaaleconomische en sociaal-maatschappelijke problemen. Zij hebben structureel een (te) laag inkomen, leven van het sociaal minimum of minder, leven in armoede of hebben problematische schulden. Zij kunnen de lopende rekeningen voor het onderhoud van hun dagelijks leven (wonen, eten, energie, reis naar/van school of werk) niet betalen en hebben geen financiële

buffer, en ook geen mogelijkheid om die op te bouwen. Hun sociaal maatschappelijke deelname ('participatie') is structureel belemmerd wegens gebrek aan middelen. Zij zijn vanwege chronische stress, als gevolg van hun bestaansonzekerheid, niet in staat om adequate beslissingen te nemen of keuzes te maken. Zij doen voor hun levensonderhoud een beroep op de voedselbank en charitatieve fondsen. Voor minimaal noodzakelijke grotere en eenmalige bijzondere uitgaven doen ze een beroep op de bijzondere bijstand of zijn zij aangewezen op financiële noodhulpfondsen of liefdadigheid. Bij betalingsachterstanden vragen ze om betalingsregelingen, en maken gebruik van schuldhulpverlening.

Naar aanleiding van signalen over toename in aantal mensen dat wegens geldgebrek geen mondzorg kan veroorloven (ook wel mijden van de mondzorg om financiële redenen) hebben het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Zorgverzekeraars Nederland en de Mondzorgalliantie aangegeven meer zicht te willen krijgen op het probleem van de toegang van mondzorg voor minima en kwetsbare groepen en te willen werken aan maatregelen ter verbetering daarvan (14). De Mondzorgalliantie is het samenwerkingsverband van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (KNMT), de NVM-mondhygiënist (NVM) en de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT).

Het ministerie van VWS heeft onderzoekers van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) gevraagd om in samenwerking met het Radboud UMC en de Hogeschool van Amsterdam (HvA) een onderzoek uit te voeren naar 'ongewenste mijding van mondzorg' en mogelijke oplossingen daarvan. Dit rapport bevat een beschrijving van het uitgevoerde onderzoek en de resultaten.

1.2 Opdrachtbeschrijving project

De opdrachtbeschrijving voor dit project in opdracht van VWS was als volgt:

1. Definitie:

- De onderzoekers worden gevraagd om een voorstel te formuleren voor een definitie van 'ongewenste mijding van mondzorg';
- De onderzoekers worden gevraagd om in samenspraak met de betrokken partijen een definitie van 'ongewenste mijding van mondzorg om financiële redenen' vast te stellen (o.a. type mondzorg; preventie, herstel en klachten).

2. Identificatie:

- De onderzoekers worden gevraagd om op basis van de vastgestelde definitie, bestaande literatuur en databronnen (bijvoorbeeld data van zorgverzekeraars en gemeenten), een inschatting te maken van het aantal volwassenen in Nederland dat om financiële redenen ongewenst de mondzorg mijden. Indien het niet mogelijk is om op basis van bestaande literatuur en databronnen een goede inschatting te maken, dan worden de onderzoekers gevraagd om een voorstel te doen om tot nieuwe data te komen;
- De onderzoekers worden gevraagd om op basis van de vastgestelde definitie en beschikbare databronnen een analyse uit te voeren naar het aantal volwassenen in Nederland dat om financiële redenen ongewenst de mondzorg mijdt;
- Indien het niet mogelijk is om op basis van bestaande literatuur en databronnen een goede inschatting te maken, dan worden de onderzoekers gevraagd om een voorstel te doen om tot nieuwe data te komen.

3. Oplossingsrichtingen:

- De onderzoekers worden gevraagd om in afstemming van de betrokken partijen deelgroepen te formuleren die relevant zijn om maatregelen op af te stemmen. Relevante deelgroepen lijken te zijn leeftijd en deelgroepen met bijkomende problematiek, zoals GGZ-problematiek, verstandelijke beperking en verslaving. Ook de deelgroep 'dak- en thuislozen' lijkt relevant om te onderscheiden.
- De onderzoekers worden gevraagd om binnen de totale groep -in samenspraak met de betrokken partijen- deelgroepen te definiëren die relevant zijn voor de te nemen maatregelen.

1.3 Inhoud project

Hierna wordt achtereenvolgens op deze 3 delen afzonderlijk van de projectopdracht ingegaan, met telkens een korte inleiding, een uitwerking van de aanpak en een beschrijving van de resultaten per deelstudie. In tabel 1 is een beknopte omschrijving van het doel en de inhoud per projectonderdeel weergegeven.

Tabel 1: De drie projectdelen van het onderzoek naar ongewenste mijding van mondzorg om financiële redenen.

| Deelstudie | Doel | Omschrijving |
|---------------------------------|--|--|
| 1. DEFINITIES | Wanneer spreken we van 'ongewenste mijding van mondzorg'? | Studie naar informatiebronnen over definitie van mijding van mondzorg en raadplegen expertpanel om tot een algemeen aanvaarde definitie te komen. |
| 2. PATRONEN EN PROFIELEN | Hoeveel en welke volwassenen in Nederland mijden mondzorg om financiële redenen? | Literatuurstudie naar patronen en profielen van het mijden van mondzorg om financiële reden, alsmede identificatie en analyse van primaire- (o.a. CBS, Vektis, factoring bedrijven) en secundaire data (o.a. voedselbanken, SUNN, NIBUD). |
| 3. DEELGROEPEN | Welke deelgroepen zijn te onderscheiden voor te nemen maatregelen? | Op basis van resultaten van voorgaande deelstudies (onderdelen 1 en 2) met betrokken partijen een advies formuleren over afbakening van deelgroepen die relevant zijn voor te nemen maatregelen om ongewenste mijding van mondzorg terug te dringen. |

Deelstudie 1 bevat een literatuur- en bronnenonderzoek naar definities van mondzorg en ongewenste mijding van mondzorg. De resultaten worden gebruikt om in samenspraak met een panel van inhoudelijke experts tot algemeen aanvaarde definities en onderlinge begrenzingen van categorieën van mondzorg te komen. Er zal een advies geformuleerd worden over wanneer en na welke termijn uitstellen van mondzorg als 'ongewenste mijding van mondzorg' beschouwd kan worden.

In deelstudie 2 wordt een literatuurstudie naar patronen en profielen van mondzorg mijden uitgevoerd. Er wordt een beschrijving gegeven van de patronen van mijdingsgedrag en van mensen die mondzorg mijden. Daarnaast wordt in onderdeel 2 getracht om met behulp van primaire data (CBS, VNG, VEKTIS, factoring bedrijven) en secundaire data (o.a. voedselbanken, SUNN, NIBUD) een inschatting te maken van het aantal volwassenen in Nederland dat mondzorg mijdt om financiële redenen.

Na afronding van deelstudie 1 en 2 bleek dat niet alle primaire data geleverd konden worden die vereist zijn om te kunnen bepalen hoeveel volwassenen Nederlanders om financiële redenen mondzorg mijden, en welke patronen en deelgroepen er op basis van hun kenmerken te onderscheiden zijn. In overleg met de opdrachtgever is conform de projectopdracht besloten te

volstaan met een beschrijving van de acties die ondernomen moeten worden om de ontbrekende data alsnog te verkrijgen. Dit met het doel om te kunnen beoordelen wat nodig is om de analyse op een later moment eventueel alsnog te kunnen laten uitvoeren. Voor het onderhevige project zijn vervolgens in de expertbijeenkomsten de mogelijke kenmerken, patronen en deelgroepen verkend. In dit projectverslag zijn deelstudies 1 en 2 beschreven en deelstudie 3 is komen te vervallen. Als aanvulling op het projectverslag zijn op verzoek van de opdrachtgever enkele bijlagen toegevoegd waarin de maatregelen en regelgeving in België en Denemarken omtrent zorg voor mensen die om financiële redenen mondzorg mijden (Bijlage E).

2. Definities van ongewenste mijding van mondzorg

2.1 Inleiding

Om meer zicht te krijgen op het probleem van mijding van zorg is het nodig om tot inzicht te komen over wanneer uitstel van mondzorg als 'ongewenste mijding van mondzorg' beschouwd kan worden. Daarbij kan het helpen om mondzorg in categorieën in te delen waarbij wordt gekeken naar de kenmerken van zorg en potentiële gevolgen van uitstel of afstel van het type mondzorg. Om een voorstel voor een definitie te formuleren worden beschikbare informatiebronnen over definities van mondzorg gezocht en experts geraadpleegd.

Mondgezondheid

Voordat we mijden van mondzorg kunnen omschrijven is het nodig om de definitie van mondgezondheid te begrijpen. Mijden van mondzorg is nadelig voor het beloop van mondziekten en heeft een slechte prognose van de mondgezondheid als gevolg. Mijden van mondzorg is als ongewenst te beschouwen indien de gevolgen van deze mijding nadelig zijn voor de mondgezondheid, en indien deze gevolgen hadden kunnen worden vermeden.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omschrijft 'mondgezondheid' als volgt (15):

“Oral health is the state of the mouth, teeth and orofacial structures that enables individuals to perform essential functions such as eating, breathing and speaking, and encompasses psychosocial dimensions such as self-confidence, well-being and the ability to socialize and work without pain, discomfort and embarrassment. Oral health varies over the life course from early life to old age, is integral to general health and supports individuals in participating in society and achieving their potential.”

Een goede mondgezondheid stelt mensen in staat essentiële functies zoals eten, ademen en spreken uit te voeren, en omvat psychosociale dimensies zoals zelfvertrouwen, welzijn en het vermogen om zonder pijn, ongemak en schaamte te socialiseren en te werken (16). Mondgezondheid varieert in de loop van het leven, van jong tot oud, is onlosmakelijk verbonden met de algemene gezondheid en ondersteunt mensen bij hun deelname aan de samenleving en de verwezenlijking van hun potentieel. Men dient zich te realiseren dat 'mondgezondheid' een dynamisch begrip is, waarin de mond als functionele eenheid (optimale orale functie) en de beleving als individu (psychisch, sociaal, kwaliteit van leven) een rol speelt (17). Daarom dient in de verlening van mondzorg rekening gehouden te worden met de optimale functie van de mond, te weten voldoende kunnen kauwen en spreken en de beleving van het individu daarvan in sociaal functioneren.

Mondzorg

Om mijden van mondzorg te kunnen definiëren is het tevens nodig om te begrijpen wat mondzorg is. Mondzorg is het vakgebied met als taak het herkennen, voorkomen en behandelen van aandoeningen en ziekten (inclusief letsels en vergroeiingen) van de mond, tanden en kiezen en omringende structuren (tandvlees, slijmvliezen en kaken). Mondzorg is gericht op het bevorderen van

een duurzame mondgezondheid als integraal onderdeel van de algemene gezondheid en het individueel welbevinden (17). Daarbij wordt geprobeerd een gezonde, functionele, esthetische en comfortabele mond tot stand te brengen en te behouden, die bestand is tegen natuurlijke veranderingen in iedere levensfase (levensloopbestendig). Om dat te bereiken kunnen verschillende categorieën van mondzorg (curatief en preventief) ingezet worden. De verlening van professionele mondzorg heeft een proactief karakter en kent een cyclisch procesmatig verloop (de 'zorgcyclus'). Dit begint met onderzoek en screening, welke gevolgd kan worden door diagnose en prognose, indicatiestelling, therapie en effectevaluatie (17). Het 'periodiek mondonderzoek' heeft hierin een centrale plaats en is daarmee een wenselijke vorm van zorg. Met een periodiek mondonderzoek kunnen tijdig mondziekten en risico's worden opgespoord en kunnen vervolgstappen worden geïndiceerd. Daarnaast kan zelfzorg worden gestimuleerd en waar nodig bijgestuurd.

Voorts zijn vier fasen van mondzorg te onderscheiden, die elkaar doorgaans opvolgen en op elkaar aansluiten (17):

Eerste fase: Preventie en (vroeg)diagnostiek

De eerste fase kenmerkt zich door periodieke controle, signalering van verhoogd risico op mondziekte, bevordering van de zelfzorg voor een gezonde mond en verlenen van preventieve zorg. Het periodiek mondonderzoek is een belangrijk onderdeel van deze eerste fase van de mondzorgcyclus.

Tweede fase: Mondziekten vaststellen en indicatiestelling voor behandeling

Deze fase kenmerkt zich door curatieve behandeling om een optimale conditie van de mond te waarborgen, als schade aan de mondgezondheid door verschillende mondziekten en slijmvliesafwijkingen is ontstaan.

Derde fase: Functieproblemen vaststellen en indicatiestelling voor behandeling

Deze fase kenmerkt zich door het zorgen voor optimale functie van de mond, als functieproblemen zijn ontstaan, waarbij door preventief of curatief handelen een optimale kauwfunctie gewaarborgd kan blijven.

Vierde fase: Duurzaamheid, comfort en esthetiek

In deze fase wordt gestreefd naar maximaal comfort en esthetiek binnen de technische mogelijkheden van de tandheelkunde.

Bij uitstel of afstel van mondzorg is het voor patiënt en behandelaar moeilijk om een duurzame behandelrelatie op te bouwen waarbij met de vier fasen van mondzorg kan worden gewerkt. Dan is het lastig om tijdig manifeste mondziekten te ontdekken en te behandelen.

Preventie in de mondzorg

Bij het omschrijven van de definities van mondzorg dient ook aandacht te worden besteed aan preventie. Preventie omvat de bevordering van de zelfzorg en het verlenen van preventieve zorg. Preventie vormt een belangrijk onderdeel in de huidige mondzorg (18). Het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te beschermen. Preventie is gericht op ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen, en ziekte in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen (18).

Er zijn meerdere indelingen van preventie in gebruik, waarbij binnen dit onderzoeksproject de indeling van preventie wordt aangehouden waarbij doelgroepen worden onderscheiden naar het ziektestadium: van gezond via verhoogd risico en beginnende klachten naar ziekte (18). Tabel 2 geeft een overzicht weer van de vormen van preventie behorend bij deze fases. Dit overzicht is ontleend aan de indeling in de context van beleid van volksgezondheid, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen collectieve- en individuele preventie.

Tabel 2: Vormen van preventie naar doelgroep

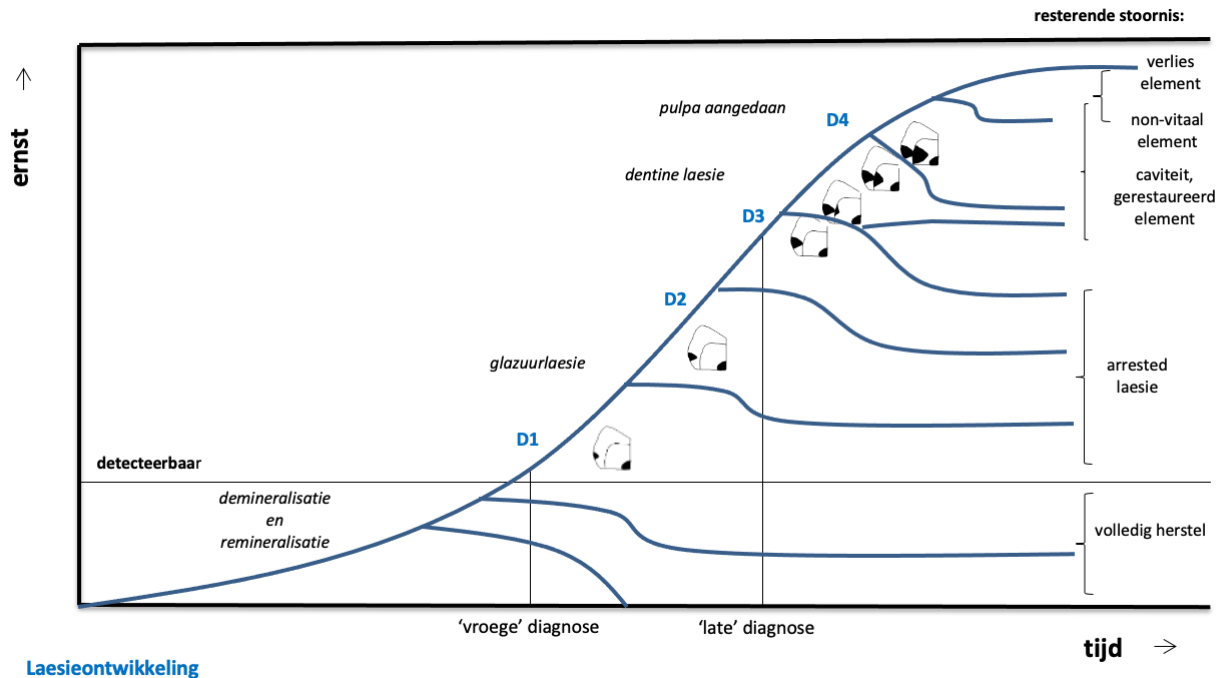
| VORM | DOELGROEP | DOEL |
|------------------------------|---|--|
| COLLECTIEVE PREVENTIE | | |
| Universele preventie | Algehele gezonde bevolking | Ziekte voorkómen & gezondheidsbescherming |
| Selectieve preventie | Bevolkingsgroep met verhoogd ziekterisico | Ziekte voorkómen & gezondheidsbescherming |
| INDIVIDUELE PREVENTIE | | |
| Geïndiceerde preventie | Individu met een beginnende ziekte of verhoogd risico op klachten heeft | Voorkomen van gezondheids-schade als gevolg van voortschrijden van ziekte |
| Zorg-gerelateerde preventie | Individu met manifeste klachten van ziekte | Voorkomen van verergering of complicaties van ziekte & ondersteuning van zelfredzaamheid |

Preventieve zorg in de huidige praktijk van mondzorg betreft individuele preventie. Individuele preventie bestaat uit geïndiceerde preventie die wordt toegepast bij een individu met beginnende ziekte of een verhoogd ziekterisico. Daarmee is preventie een onderdeel van planbare zorg en kan tijdens een periodiek mondonderzoek (controlebezoek) worden geïndiceerd wanneer blijkt dat een persoon bijvoorbeeld beginnende tandvleesontsteking of een beginnend gaatje heeft. Er is dan een verhoogd risico op klachten van ziekte aanwezig. Dan kan worden getracht te voorkomen dat de ziekte erger wordt. Individuele zorg-gerelateerde preventie wordt toegepast wanneer een persoon manifeste klachten van ziekte heeft. Dan kan worden getracht te voorkomen dat de ziektemanifestatie erger wordt of zich uitbreidt naar een andere locatie in de mond, bijvoorbeeld cariës (=tandbederf) in een volgende kies. Zorg-gerelateerde preventie is eveneens planbaar en wordt doorgaans gecombineerd met de behandeling van ziekte, zoals het verwijderen van tandbederf en restaureren (vullen) van een door cariës aangetaste kies.

In Figuur 1 geeft op schematische wijze de ontwikkeling van cariës en de progressie van de ernst van ziekte in tijd in een element (tand of kies) weer. Wanneer er sprake is van een cariës op een plek in een element dan wordt dit een 'laesie' genoemd. Met figuur 1 wordt inzichtelijk dat geïndiceerde preventie kan helpen voorkomen dat ziektemanifestatie (laesieontwikkeling) een kans krijgt. De stadia van de laesie-ontwikkeling zijn weergegeven als D1 t/m D4. Bij D1 en D2 is er sprake van een vroege diagnose, het tandbederf bevindt zich nog in het glazuur. Bij D3 bevindt het tandbederf zich al in het dentine (tandbeen) en bij D4 is de pulpa (zenuwkamer) aangedaan. Wanneer cariës vroeg wordt

gediagnosticeerd (D1, D2), bijvoorbeeld tijdens een periodieke controle, kan geïndiceerde preventie gestart worden om volledige herstel of stabilisatie van cariës te bereiken.

Figuur 1: Schematische weergave Cariës Laesie Progressie, Riët Hummel (27 april 2016) naar Bouter & Van Dongen, 1991.



Wanneer cariës later wordt gediagnosticeerd (D3) is het lastiger om stabilisatie van het cariësproces te bereiken. Er is dan ook een kans dat het element al een caviteit (gat in de tand of kies) als gevolg van het tandbederf heeft, in dat geval dient er met een restauratieve behandeling ingegrepen te worden. Als het ingrijpen tijdig gebeurt kan het element vitaal, behouden en functioneel blijven. Wanneer een laesie te laat wordt gediagnosticeerd (D4) is de kans op infectieuze betrokkenheid van de zenuwkamer aanwezig. Als de zenuw nog niet geïnfecteerd is kan het element worden gerestaureerd, maar als dat niet meer kan dient het element te worden behandeld met een wortelkanaalbehandeling. Niet willen of niet kunnen laten uitvoeren van restauratie of wortelkanaalbehandeling (als gevolg van onvoldoende financiële middelen) leidt tot verlies van het element, omdat op den duur hevige klachten zoals zwelling, een fistel of een abces optreden.

Een stabilisatie van het cariësproces kan bereikt worden met vroege indicatiestelling voor geïndiceerde preventieve maatregelen en beperkte restauratie. Een voorwaarde om deze stabilisatie te kunnen bereiken is wel dat de zelfzorg van de patiënt gestimuleerd wordt en voldoende is.

Vroegtijdige diagnostiek voor andere mondziekten is eveneens van belang, bij volwassenen gaat het daarbij met name om parodontitis, een ernstige vorm van tandvleesontsteking. Deze aandoening in een vroegtijdig stadium behandelen is goed mogelijk, en gewenst omdat parodontitis resulteert in verlies van tanden en kiezen en op termijn tandeloosheid. Maar parodontitis kan meer schade aan de gezondheid kan toebrengen en wordt in verband gebracht met diabetes, hart- en vaatziekten, reumatoïde artritis, alzheimer en vroeggeboorten (19).

Doel en vraagstellingen deelstudie 1

Het doel van dit onderzoek is het verzamelen van informatie om een voorstel te kunnen doen voor een definitie van categorieën van mondzorg en van mijding van mondzorg. Bij de uitvoering van dit onderzoek is gekozen om het begrip essentiële mondzorg te wijzigen naar wenselijke mondzorg. Dit omdat wanneer taalkundig naar de begrippen essentieel en noodzakelijk wordt gekeken er geen duidelijk onderscheid op te merken is tussen de begrippen essentieel en noodzakelijk. In de internationale literatuur worden alle categorieën mondzorg gewoonlijk als essentieel en noodzakelijk aangeduid. Voorts worden beide begrippen in de diverse (online) woordenboeken als synoniemen van elkaar beschreven. Dit kan in praktische toepassingen voor verwarring zorgen bij o.a. beleidsmakers, mondzorgverleners en patiënten van mondzorg. Om deze reden is er in de context van deze project opdracht gekozen om in plaats van het begrip *essentieel* het begrip *wenselijk* te gebruiken.

Naast de uitwerking van wenselijke en noodzakelijke mondzorg wordt ook gezocht naar informatiebronnen over urgente mondzorg en noodzorg. De voorgestelde definities zullen als basis dienen voor een expertpanel om tot een algemeen aanvaarde definitie van mijding van mondzorg te komen.

Het doel van deelstudie 1 is bereikt wanneer de volgende vragen beantwoord zijn:

1.
 - a. Welke mondzorg wordt beschouwd als wenselijk, noodzakelijk, urgent of noodzorg?
 - b. Welke definities zijn voor deze begrippen beschikbaar?
 - c. Waarop zijn deze definities gebaseerd?

2.
 - a. Welke afbakeningen tussen deze categorieën van mondzorg worden gehanteerd?
 - b. Waarop zijn deze afbakeningen gebaseerd?
 - c. Wat is de achtergrond daarvan?

2.2. Methode

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen werden informatiebronnen op systematische wijze opgespoord, geanalyseerd, beschreven en samengevat. Daarbij is zoveel als mogelijk het PRISMA protocol voor Scoping Reviews gevolgd (20). Er is gekozen voor een Scoping Review omdat er nog geen overzicht van de informatiebronnen voorhanden is, en nog niet bekend is welke resultaten reeds beschikbaar zijn waarmee categorieën van mondzorg en de gevolgen van mijden, uitstel of afstel daarvan beschreven kunnen worden.

Zoekstrategie

Om informatiebronnen te lokaliseren is door 1 onderzoeker van ACTA (tussen 15 mei en 1 november 2022) handmatig gezocht op openbare websites van overheidsinstellingen, stichtingen urgente noden (SUNN), websites van partners in de mondzorgalliantie, publieke kennisorganisaties, mensenrechtenorganisaties, onderzoeksinstituten en onderwijsinstellingen.

Daarbij is - waar nodig - gebruik gemaakt van zoekfuncties met trefwoorden: *essentiële mondzorg*, *wenselijke mondzorg*, *noodzakelijke mondzorg*, *urgente mondzorg*, *spoedzorg* en *noodzorg*. Indien de zoektermen geen relevante informatie opleverden, is er gezocht met begrippen en termen die hier synoniemen van zijn. Bijvoorbeeld in plaats van *mondzorg* is dan gezocht naar *zorg*, *tandarts*, *tandheelkunde*, *gebit*, *tanden* en *kiezen*. Voor *urgente mondzorg* zijn *acute-* en *dringende mondzorg* als synoniemen gebruikt.

Daarnaast zijn rapporten over zorgmijding doorzocht die reeds in bezit waren van het ACTA onderzoeksteam. Om internationale documenten op te sporen is met Google Search gezocht naar *essential oral health care*, *necessary oral health care* en *urgent oral health care*. De geraadpleegde soorten van websites en informatiebronnen zijn weergegeven in tabel 3.

Inclusiecriteria

Naast publicaties in wetenschappelijke tijdschriften (al dan niet met peer review) werd grijze literatuur, zoals in eigen beheer uitgegeven studies, rapporten en adviezen, in de analyse betrokken.

Om in de analyse geïnccludeerd te worden moesten de informatiebronnen (zie tabel 3) voldoen aan de volgende criteria:

- Informatiebron geschreven in het Nederlands of Engels
- Informatiebron bevat informatie voor de beschrijving van wenselijke, noodzakelijke, urgente (mond)zorg, of een synoniem daarvan.

Tabel 3: Overzicht informatiebronnen

OVERHEIDSINSTELLINGEN:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Zorginstituut Nederland

STICHTINGEN URGENTE NODEN NEDERLAND:

Fonds Bijzondere Noden Rotterdam
Fonds Bijzondere Noden Amsterdam
Stichting Urgente Noden Nederland

MONDZORGALLIANTIE:

KNMT
Staat van de Mondzorg

ACADEMISCH CENTRUM TANDHEELKUNDE AMSTERDAM:

ACTA Zorgnet

OVERIGE BRONNEN:

ZonMw
Dokters van de Wereld
Nivel
Verwey-Jonker instituut
RMA Health Care

INTERNATIONALE BRONNEN:

Google Search

Rapportage en analyse

De uitkomsten van dit systematische literatuuronderzoek zijn de definities en onderlinge begrenzingen van de verschillende categorieën van mondzorg. Deze zijn samengevat en beschreven door dezelfde onderzoeker van ACTA die naar de bronnen heeft gezocht. Daarna heeft zijn een concept rapportage verzorgd die besproken is met het onderzoeksteam. Vervolgens zijn twee bijeenkomsten georganiseerd waarbij in World-Café vorm (21) aan experts is gevraagd te adviseren over de inhoud van de rapportage en de beschrijving van de categorieën van mondzorg. Het doel van deze twee bijeenkomsten was om bij te dragen aan de beschrijving van ‘ongewenste mijding van mondzorg’. Bijlage A bevat een uitwerking van de expertbijeenkomsten en een overzicht van de deelnemers. De uitkomsten van deze bijeenkomsten zijn verwerkt in de resultaten.

2.3 Resultaten

In totaal zijn 18 informatiebronnen geïdentificeerd en geraadpleegd. De relevante informatie uit de geraadpleegde bronnen is gerubriceerd, en er is geïnterpreteerd en beoordeeld bij welke vorm van zorg (wenselijk, noodzakelijk, urgent, nood) de omschrijving het beste van toepassing geacht werd. Van de 16 informatiebronnen voldeden er 10 aan de inclusiecriteria. De overige 6 informatiebronnen zijn geëxcludeerd omdat zij geen definitie of beschrijving bevatten van wenselijke, noodzakelijke, urgente (mond)zorg, of een synoniem daarvan. Bijlage B bevat een overzicht van de geëxcludeerde bronnen. In tabel 4 is een overzicht van de geïncludeerde bronnen per definitie weergegeven. Er zijn 2 bronnen gevonden met een omschrijving passend bij en gerubriceerd als wenselijke zorg (22) (23), 4 bronnen met een omschrijving passend bij en gerubriceerd als noodzakelijke zorg (22) (23) (24), 5 bronnen met een omschrijving passend bij en gerubriceerd als urgente zorg (23) (25) (26) (27) (28), en 1 bron passend bij en gerubriceerd als noodzorg (29).

Tabel 4: Overzicht geïncludeerde bronnen per definitie

| Bron | Wenselijke zorg | Noodzakelijke zorg | Urgente zorg | Noodzorg |
|---|-----------------|--------------------|--------------|----------|
| Noodhulprijst Tandheelkunde Regeling Medische Hulp asielzoekers (25). | | | X | |
| Fonds Bijzondere Noden Amsterdam. <i>Uitgangspunten voor het verlenen van basale tandheelkundige hulp ten laste van sociale fondsen</i> (26). | | | X | |
| Zorginstituut Nederland. <i>Verzekerde zorg volwassenen</i> (22). | X | X | | |
| Zorginstituut Nederland. <i>Tandarts en mondzorg aan verzekerden jonger dan 18 jaar wel vergoed</i> (22). | X | X | | |
| Leidraad Mondzorg Corona versie 3.0 (21-4-2020) KNMT- ANT (27). | | | X | |
| Benzian et. Al (2021). <i>Pandemic Considerations on Essential Oral Health Care</i> (23). | X | X | X | |
| Rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen. <i>Arts en vreemdeling</i> (24). | | X | | |
| Hollandzorg. <i>Verrichtingenlijst spoedeisende mondzorg</i> (28). | | | X | |
| Nederlandse Zorgautoriteit. <i>Urgentielijst medisch- specialistische zorg</i> (29). | | | | X |

Nadat voor elk van de categorieën mondzorg een beschrijving is geformuleerd, is een groep experts uitgenodigd om de beschrijvingen van de definities verder te formuleren. De bijeenkomsten hebben in

twee rondes plaatsgevonden, waarbij de mogelijkheid is gegeven om online of in Zoom deel te nemen. Bijlage A bevat een verslag van de bijeenkomst en een overzicht van de deelnemers per bijeenkomst.

Categorieën van mondzorg

In de onderstaande tabel is mondzorg ingedeeld in vijf categorieën (zelfzorg, wenselijke, noodzakelijke, urgente mondzorg en noodzorg). Deze indeling is in de context van dit project ten behoeve van een definitie van ongewenste mijding van mondzorg gemaakt.

Tot op heden wordt in de praktijk van mondzorg en in de wetenschappelijke literatuur alle mondzorg gewoonlijk als essentieel en noodzakelijk aangemerkt. Maar in de context van dit project, en dan met name ten behoeve van de definitie van ongewenste mijding van mondzorg is dat niet erg behulpzaam.

Vanuit het perspectief van de opdracht voor dit onderzoek om te komen tot een definitie van ongewenste mijding van mondzorg, is deze indeling primair gebaseerd op de gevolgen van mijding (uitstel of afstel) van mondzorg en verwaarlozing van de mondgezondheid. Daarbij is vanzelfsprekend rekening gehouden met de kenmerken van mond(on)gezondheid: de aanwezigheid van klachten en de kans op een ongezonde mond en met de planbaarheid en de periodiciteit van mondzorg. Deze indeling van mondzorg in vijf categorieën is tot stand gekomen op basis van bronnenonderzoek en consultatie van ervaringsdeskundige hulpverleners.

Onder de tabel wordt een definitie met uitleg bij de vijf categorieën gegeven, waarna een definitie volgt van ongewenste mijding van mondzorg gegeven wordt, in antwoord op de vraag daar voor in de onderzoeksopdracht.

Tabel 5: Categorieën mondzorg ingedeeld aan de hand van de gevolgen van uitstel en/of afstel

| Categorie | Planbaar | Mondzorg is.. | Periodiek | Bij stadium van mond(on)gezondheid | Klachten (functie, sociaal welzijn) | Gevolg van uitstel en/of afstel |
|-----------|----------|---------------|-----------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 0 | Ja | Zelfzorg | Ja | Alle stadia | Mogelijk, maar liever niet | Verhoogde kans op ongezonde mond |
| 1 | Ja | Wenselijk | Ja | Gezonde mond | Geen | Kans op een ongezonde mond |
| 2 | Ja | Noodzakelijk | Nee | Beginnende mondziekten | Mogelijk | Kans op blijvende schade van de mondgezondheid |
| 3 | Nee | Urgent | Nee | Gevorderde mondziekten * | Waarschijnlijk | Onherroepelijk blijvende schade van de mondgezondheid |
| 4 | Nee | Noodzorg | Nee | Ernstige mondziekten | Zeker | Mogelijk levensbedreigende complicaties |

* Hieronder valt ook spoedeisende mondzorg, bijvoorbeeld wegens een ongeval of het afbreken van een reeds aanwezige vulling of andere constructie in de mond.

Beschrijving categorieën van mondzorg

Categorie 0: Zelfzorg

Zelfzorg betreft periodiek planbare aandacht voor hygiëne en verzorging van de mond, (zoals tandenpoetsen en het gebruik van tandenstokers) van mensen in alle stadia van mond(on)gezondheid, waarin klachten (zoals pijn of bloedend tandvlees) aanwezig kunnen zijn. Zelfzorg behelst het vermogen van personen, gezinnen en gemeenschappen om de gezondheid te bevorderen, ziekten te voorkomen, de gezondheid te handhaven en met ziekte en handicaps om te gaan, met of zonder de steun van een gezondheidswerker. De rol van de mondzorgprofessional is daarbij om middels individuele instructie en begeleiding en (geïndiceerde- en zorg-gerelateerde-) preventie de zelfzorg te stimuleren. Het ongewenste gevolg van structureel gebrekkige zelfzorg, of uitstel en afstel van zelfzorg is een verhoogde kans op een ongezonde mond.

Categorie 1: Wenselijke mondzorg

Het Zorginstituut Nederland (22) geeft een omschrijving van mondzorg welke tot de leeftijd van 18 jaar wordt vergoed. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar worden de meeste kosten voor mondzorg volledig vergoed en deze vallen niet onder het eigen risico. Daarbij valt op dat de vergoeding niet afhankelijk is van manifestatie van ziekten, ook controle en algemene preventieve mondzorg ter ondersteuning & bevordering van zelfzorg worden voor deze groep vergoed. Tijdens periodieke controles kan ook röntgendiagnostiek worden toegepast, ook deze wordt vergoed vanuit de basisverzekering voor kinderen tot 18 jaar, behalve wanneer de röntgenfoto's ten behoeve van orthodontie worden vervaardigd. Omdat de vergoeding tot de leeftijd van 18 jaar zowel controle als preventie omvat en er daarbij geen sprake hoeft te zijn van manifestatie van ziekten, is een deel van de vergoede mondzorg bedoeld ter voorkomen van schade en past de inhoud van de vergoeding daarmee bij de omschrijving van wenselijke mondzorg. De zorg is planbaar, periodiek en heeft een lage urgentie. Ook bij volwassenen is het binnen de individuele mondzorg wenselijk om de mondgezondheid te blijven controleren en risico's vroeg op te sporen, maar de wenselijke zorg wordt dan niet vergoed vanuit de basisverzekering. Men kan zich wel aanvullend verzekeren om zo een (deel van) mondzorg vergoed te krijgen.

Tijdens de COVID-19 pandemie is gebleken dat er in de Verenigde Staten geen algemeen aanvaarde definitie bestaat voor verschillende categorieën van mondzorg. In het artikel van Benzian, Beltrán-Aguilar, Mathur & Niederman uit 2020 (23) is een voorstel gedaan voor definities van essentiële zorg. Mede door de definitie in dit artikel is gekozen om te spreken van wenselijke zorg in plaats van essentiële zorg. De definitie die Benzian et. al (23) voorstellen luidt als volgt:

“Essential oral health care covers the most prevalent oral health problems through an agreed set of safe, quality and cost-effective interventions at the individual and community level to promote and protect oral health, as well as prevent and treat common oral diseases, including appropriate rehabilitative services, thereby maintaining health, productivity, and quality of life.”

In het artikel van Benzian et. al (23) zoekt de voorgestelde definitie van wenselijke zorg de grens op met *noodzakelijke mondzorg* omdat deze ook behandeling van voorkomende mondziekten noemt. Daarom is besloten om in de resultaatbeschrijving van dit onderzoek essentiële zorg te vervangen door wenselijke zorg. In hetzelfde artikel (23) wordt ook een omschrijving gegeven van “basic oral health care”, deze luidt als volgt en past beter bij de eerder gevonden kenmerken van wenselijke mondzorg:

“Basic oral health care describes a minimum subset of essential oral health care services that are universally available to everyone in a given population, regardless of the ability to pay. Included quality services are safe, prioritize the most frequent diseases and conditions with best health outcomes at the lowest cost, and can be provided for everyone with the resources available.”

Samenvattend: **Wenselijke mondzorg (Categorie 1)** is een planbare vorm van zorg in situaties waarbij er geen sprake hoeft te zijn van klachten aan de mondgezondheid die de aanleiding zijn om professionele zorg te gebruiken. Daarbij richt de mondzorgprofessional zich tijdens consultatie op het periodiek controleren van de gebitsstoestand van de individuele patiënt met als doel om risico's voor de mondgezondheid vroegtijdig op te sporen. Indien daarvoor aanleiding bestaat kan op basis van bevindingen preventieve zorg geïndiceerd worden om de kans op een ongezonde mond te beperken.

Binnen wenselijke mondzorg wordt een deel van de eerste fase uit de mondzorgcyclus doorlopen, namelijk de regelmatige controle van de mondgezondheid en zelfzorg van een individu. Ondanks wenselijke mondzorg kunnen mondziekten zich manifesteren, bijvoorbeeld bij gebrekkige zelfzorg. Bij uitstel of afstel van wenselijke mondzorg (bijvoorbeeld structureel daarvan afzien wegens financiële redenen) kan de mondgezondheid niet regelmatig worden gecontroleerd waardoor beginnende klachten en mondziekten niet vroegtijdig opgespoord kunnen worden.

Categorie 2: Noodzakelijke mondzorg

Preventie kan tijdens wenselijke mondzorg worden geïndiceerd en kan bestaan uit instructies van de mondhygiëne, evaluatie van de mondhygiëne, gebitsreiniging, niet-restauratieve behandeling van cariës in het melkgebit, eenvoudig bacteriologisch of enzymatisch onderzoek, behandeling van gevoelige tandhalzen en (preventief) toedienen medicament, fluoridebehandeling, mondbeschermer en behandeling van witte vlekken (22). De genoemde behandelingen zijn voorbeelden van geïndiceerde en ziekte-gerelateerde preventie en vormen een belangrijk onderdeel van noodzakelijke zorg.

In het rapport 'Arts en Vreemdeling' van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen (24) wordt een omschrijving gegeven van noodzakelijke zorg:

“De commissie is van oordeel dat die zorg medisch noodzakelijk is, waarvoor een persoon hulp vraagt aan een arts en waarvan de arts bepaalt dat hij die moet leveren om die persoon in goede gezondheid te houden, (medisch) lijden te verminderen of het risico op complicaties te verminderen.”

Daarnaast wordt in het rapport 'Arts en Vreemdeling' (24) het begrip 'medisch noodzakelijke zorg' als volgt gedefinieerd:

“Zorg die volgens professionele richtlijnen of standaarden geïndiceerd is en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. De indicatie komt tot stand op basis van een gedegen analyse van de gezondheidsproblemen en inzicht in de (kosten)effectiviteit van bestaande interventiemogelijkheden. De geïndiceerde interventie is bewezen effectief, dan wel volgens de normen van de beroepsgroep adequaat, en is, voor zover aantoonbaar, kosteneffectief. In geval van een keuzemogelijkheid tussen interventies van gelijke effectiviteit geven veiligheids- en doelmatigheidsargumenten de doorslag.”

Nederlandse zorgaanbieders zijn uit hoofde van hun professionele verantwoordelijkheid verplicht om in voorkomend geval medisch noodzakelijke zorg te verlenen, ongeacht de vraag of en hoe de kosten van die zorgverlening zullen worden vergoed. Er ontbreekt echter aandacht voor mondzorg in het rapport, waardoor naast de omschrijving van medisch noodzakelijke zorg er in het rapport geen omschrijving van noodzakelijke zorg binnen de mondzorg is gedefinieerd. Wel valt op te merken dat de definitie van medisch noodzakelijke zorg bedoeld is om manifeste (mond)ziekten te behandelen om het risico op complicaties te verminderen. Daarmee lijkt dit om planbare zorg te gaan en uitstel of afstel hiervan kan resulteren in een hoge kans op blijvende schade aan de (mond)gezondheid.

Het Zorginstituut Nederland (22) beschrijft de dekking door de basisverzekering van mondzorg voor kinderen jonger dan 18 jaar. Naast controles, röntgendiagnostiek en geïndiceerde preventie wordt ook herstel van directe schade door manifeste mondziekten vergoed. Het gaat dan om planbare restauratie en zorg-gerelateerde preventie om blijvende schade van de mondgezondheid te voorkomen. De dekking omvat incidentele consulten tussen periodieke controles door, behandeling van het parodontium en verzegeling van kauwvlakken, vullingen, wortelkanaalbehandelingen, extracties en anesthesie. Bij klachten worden ook behandelingen van klachten aan het kaakgewricht vergoed en bij missende tanden en kiezen worden uitneembare voorzieningen zoals plaatjes of frameprothesen vergoed. Wanneer er sprake is van niet aangelegde of door ongeval verloren voortanden worden ook kronen, bruggen en implantaten vergoed.

Het Zorginstituut Nederland (22) omschrijft tevens de dekking van de basisverzekering voor mondzorg aan verzekerden van 18 jaar en ouder. De meeste behandelingen worden niet vergoed, echter dekt de basisverzekering wel enkele behandelingen voor volwassenen. Daaronder vallen wel kosten van chirurgische hulp welke is uitgevoerd door de kaakchirurg. Daaronder vallen niet het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, parodontale chirurgie en ongecompliceerde extracties welke ook door een tandarts kunnen worden uitgevoerd. Röntgenonderzoek wordt eveneens vergoed als dat ten behoeve van verzekerde zorg is. Uitneembare voorzieningen zoals gebitsprothesen worden gedeeltelijk vergoed.

In bijzondere gevallen wordt een groot deel van de mondzorg wel vergoed voor volwassenen vanuit de basisverzekering (22). Dat is bijvoorbeeld mogelijk bij een ernstige ontwikkelings- of groeistoornis, maar ook bij een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening die ervoor zorgt dat het gebit zonder mondzorg de normale functie niet kan behouden of terug kan krijgen die het zonder de aandoening wel zou hebben gehad. Daarnaast kan mondzorg mogelijk ook vergoed worden als deze ten gunste komt van een medische behandeling die aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft bij een chronische aandoening, zoals bijvoorbeeld diabetes mellitus, hartaandoeningen of oncologische therapieën. Bij extreme angst voor de tandarts kunnen behandelingen van een angststandarts ook vergoed worden vanuit de basisverzekering. In alle andere gevallen is voor mondzorg vanaf 18 jaar een aanvullende verzekering of een eigen bijdrage nodig.

Benzian et. al (23) stellen een definitie voor essentiële mondzorg voor, die zo beschreven is dat onderdelen van hun definitie als noodzakelijke (in plaats van wenselijke) mondzorg gerubriceerd kunnen worden:

“Essential oral health care covers the most prevalent oral health problems ... to promote and protect oral health, as well as prevent and treat common oral diseases, including appropriate rehabilitative services, thereby maintaining health, productivity, and quality of life.”

Naast preventie wordt in bovengenoemde definitie ook verwezen naar de mogelijkheid om veelvoorkomende mondziekten te behandelen om gezondheid, productiviteit en kwaliteit van leven te onderhouden. Daarmee sluit hun definitie en beschrijving daarvan aan bij planbare zorg, welke nodig is om manifeste mondziekten te behandelen of middels geïndiceerde of zorg-gerelateerde preventie te voorkomen. Daarmee wordt (een hoge kans op) blijvende schade aan de mondgezondheid voorkomen. Met deze kenmerken kan de omschrijving gerubriceerd worden als noodzakelijke mondzorg.

Samenvattend: **Noodzakelijke mondzorg (categorie 2)** vindt plaats op indicatie en is derhalve planbaar, maar deze heeft geen periodiek karakter. Noodzakelijke zorg richt zich op behandeling van beginnende mondziekten om verdere schade aan het gebit te voorkomen. Noodzakelijke zorg omvat ook onderhoud van eerder uitgevoerde noodzakelijke zorg zoals herstel van gefaalde restauraties wegens breuk, slijtage of het opnieuw ontstaan van mondziekten. Om noodzakelijke mondzorg vroegtijdig te indiceren is wenselijke mondzorg van belang zodat verdere voortschrijding van mondziekten wordt beperkt. Nadat met noodzakelijke restauratieve mondzorg gebitsschade is hersteld en het met geïndiceerde ziekte gerelateerde preventie de mondgezondheid is gestabiliseerd, kan met wenselijke zorg worden volstaan. Bij terugkerende manifestatie van mondziekten kan noodzakelijke zorg opnieuw geïndiceerd worden. Het ongewenste gevolg van uitstel en afstel van noodzakelijke mondzorg is een grote kans op blijvende schade van de mondgezondheid.

Categorie 3: Urgente mondzorg

Met het project Noodhulp Tandartskosten worden inwoners van de Gemeente Amsterdam geholpen met een financiële bijdrage voor 'basale tandheelkundige hulp' indien de zorgverzekering of andere voorzieningen geen of onvoldoende uitkomst bieden en er beperkte eigen financiële middelen zijn. De aanvraagprocedure verloopt via het Fonds Bijzondere Noden Amsterdam (FBNA).

Op de website van het FBNA zijn uitgangspunten geformuleerd voor het verlenen van tandheelkundige hulp ten laste van sociale fondsen (26). Het noodfonds vergoedt enkel de meest basale tandheelkundige noodhulp welke gericht is op pijnverlichting, ontstekingsbestrijding, herstel van kauwfunctie en het leveren van eenvoudige hulp ter vervanging van elementen die zich in de esthetische zone bevinden. Deze noodhulp past bij de vorm van urgente mondzorg, omdat er sprake is van manifeste mondziekten of er is een blijvend gevolg opgetreden van eerdere manifeste mondziekten waarbij er urgent te verhelpen klachten zijn ontstaan. Om het probleem op te lossen dient behandeling meestal snel plaats te vinden, de zorg is daarmee niet-planbaar van aard zijn en bij onvoldoende ingrijpen kan er sprake zijn van uitbreiding naar uitgebreide ernstige mondziekten. Een ongezonde mond met uitgebreide mondziekten geeft risico's, zoals abcesvorming als gevolg van onbehandelde cariës. Als een abces in de nek zit, kan dit de slikfunctie of ademhaling in gevaar brengen en levensbedreigend zijn (30).

Onder pijnbestrijding includeert het fonds (26) de volgende behandelingen: extracties, röntgenfoto's, consulten, verdoving, aanbrengen van vullingen, wortelkanaalbehandelingen in tanden en kiezen waarvan behoud gewenst is. Behoud van een tand of kies is bijvoorbeeld gewenst als deze als houvast kan dienen voor een prothetische voorziening of als een tand zich in de esthetische zone bevindt.

Onder herstel van kauwfunctie en behoud van esthetiek doelt het fonds (26) op tanden en kiezen die in esthetisch opzicht een probleem zijn voor het normale (sociale) functioneren.

Vervanging van ontbrekende tanden of kiezen om bovenstaande redenen kan eenvoudig en relatief betaalbaar gebeuren via een plaatprothese of een wat luxere frame-prothese. Daarnaast bestaan er ook vaste oplossingen met kroon- en brugwerk of implantologie, het noodfonds benadrukt in de uitgangspunten voor het verlenen van basale tandheelkundige hulp ten laste van sociale fondsen (26) dat de laatstgenoemde vaste oplossingen niet in aanmerking komen voor vergoeding door sociale fondsen.

Tijdens de COVID-19 periode begin 2020 heeft de KNMT als beroepsorganisatie van tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen richtlijnen omtrent COVID in de tandartspraktijk gepubliceerd (27). Gedurende een periode zijn tandheelkundige praktijken gesloten geweest voor niet-urgente tandheelkundige zorg. Volgens de Leidraad Mondzorg Corona versie 3.0 (21-4-2020) KNMT-ANT (27) waren er mogelijkheden om incidenteel de praktijk te openen voor patiënten met een behoefte voor spoedzorg of noodzakelijke niet-reguliere mondzorg, waarvan de definities in de Leidraad worden omschreven.

Indicaties voor spoed en noodzakelijke niet-reguliere mondzorg in deze richtlijn (27) zijn bloedingen na een behandeling, acute en heftige pijn, gecompliceerde kroonfracturen met pulpa expositie, mogelijk levensbedreigende ontstekingen en dento-alveolaire traumata waar repositie of replantatie noodzakelijk is. Spoedbehandelingen die ook 's avonds, 's nachts en in het weekend mochten worden uitgevoerd omvatten pijn van bijvoorbeeld endodontische klachten ('zenuwpijn'), uitgevallen of afgebroken restauraties, afgebroken gebitselementen en prothese problemen. De richtlijn omschrijft onder noodzakelijke ingrepen die niet onder reguliere mondzorg vallen ook ernstige parodontale infecties, alveolitis, scherpe randen die pijn en/of beschadiging van tong- of wangslimvlies tot gevolg hebben, noodzakelijke nazorg en complicaties na eerdere dento-alveolaire chirurgie, blaren die niet genezen en het focusvrij maken van het gebit.

Het gaat hier in alle gevallen om niet planbare mondzorg waarbij acuut handelen en snelheid is geboden om ernstige en onherstelbare schade van de mondgezondheid te voorkomen, maar er hoeft nog geen sprake te zijn van levensbedreigende complicaties. Om deze reden wordt de genoemde spoedzorg gerubriceerd als urgente zorg.

Op de website van HollandZorg, een aanbieder van zorgverzekeringen voor migranten, is een Verrichtingenlijst Spoedeisende Mondzorg beschikbaar (28). De lijst bevat een opsomming van mondzorgbehandelingen die vergoed worden voor verzekerden die zich in het buitenland bevinden en mondzorg nodig hebben die niet kan wachten tot terugkomst in Nederland. Door het niet planbare aspect van de zorg zonder dat er sprake is van (grote kans op) levensbedreigende complicaties past de lijst bij de rubricering van urgente mondzorg. De lijst bevat anesthesie, incidentele consulten, toeslag voor avond-, nacht- en weekenduren, wortelkanaalbehandelingen, terugzetten elementen na tandheelkundig ongeval, extracties, behandelingen van kaakbreuk, reparaties aan kunstgebitten, vastzetten van uitgevallen niet plastische restauraties of bruggen, tijdelijk kroon en brugwerk, grondige reiniging van wortels, vullingen, maken van foto's en behandeling van tandvleesabcessen.

Vanuit de Regeling Medische Hulp Asielzoekers is een Noodhulplijst Tandheelkunde (25) beschikbaar, waarin een overzicht van mondzorg verrichtingen is opgenomen (addendum 1). De verrichtingen omvatten mogelijkheden om acute ernstige pijnklachten en/of aanzienlijk verlies van de

kauwfunctie te verhelpen. Het uitgangspunt is dat met eenvoudige middelen zoveel mogelijk de functie van het gebit kan worden behouden, waar nodig omvat dit ook behoud van aanwezige functionerende elementen. De Regeling Medische Hulp Asielzoekers (25) benadrukt dat gebitsregulering niet onder de regeling valt en de noodhulprijst (25) bevat geen verrichting voor reguliere periodieke controles of declaratiecodes voor instructies voor zelfzorg. Daarmee kan de lijst gerubriceerd worden als urgente zorg omdat men de mondzorgpraktijk zal bezoeken bij een opgemerkt mondzorgprobleem. Omdat er geen reguliere controles in de lijst zijn opgenomen is het aannemelijk dat wenselijke mondzorg wordt uit- of afgesteld, waardoor noodzakelijke zorg niet tijdens wenselijke zorg kan worden geïndiceerd en de kans daarmee groter wordt dat mondziekten pas worden opgemerkt bij het optreden van een klacht waar urgente zorg voor nodig is.

Samenvattend: **Urgente mondzorg (categorie 3)** is niet-planbare en niet-periodieke mondzorg die vereist is wanneer uitgebreide mondziekten aanwezig zijn. Het welzijn en welbevinden zijn vaak aangetast door de waarschijnlijk aanwezige klachten en het normale sociale functioneren is belemmerd door pijn. Niet altijd is er sprake van een levensbedreigende situatie of complicatie. Maar bij urgente mondzorg is doorgaans snelheid geboden om ernstige en onherstelbare schade van de gezondheid te voorkomen. Het ongewenste gevolg van uitstel en afstel van urgente mondzorg is grote kans op onherroepelijk blijvende schade van de mondgezondheid, te weten verlies van gebitselementen en kauwfunctie en een verminderde esthetiek. Het welzijn en welbevinden wordt aangetast door ernstige pijn, slechte functie en schaamte. Mijding van urgente mondzorg resulteert in niet-planbare situaties met ernstige pijn en mogelijk ook levensbedreigende complicaties, waarin alleen met noodzorg een oplossing geboden kan worden. Vooral als blijkt dat er tussen mondzorgverlener en patiënt moeilijk afspraken gemaakt kunnen worden over vervolfbezoek (planbare vervolgzorg) aan een mondzorgverlener, kan het lastig zijn om met een langere termijn zorgdoel en een passend zorgplan te werken.

Categorie 4: Noodzorg

Bij uitgebreide ernstige mondziekten kan onmiddellijke actie nodig zijn. Een patiënt is dan aangewezen op medisch-specialistische zorg, deze wordt door de basisverzekering vergoed. De zorg is niet planbaar en kan een gevolg zijn van langdurige onbehandelde ernstige mondziekten.

In mei 2020, gedurende de COVID-19 crisis heeft de Nederlandse Zorgautoriteit een urgentielijst medisch-specialistische zorg opgesteld met een urgentie-indeling per medisch specialisme (29). Bij het specialisme Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie zijn de handelingen aangezichtstraumatologie en behandeling van dentogene infecties (van tandheelkundige oorzaak) en pijn zorgsituatie die binnen 24 uur gezien moeten worden (29). Het gaat hier om zorg waarbij onmiddellijke actie nodig is en daarmee kan dit gerubriceerd worden als noodzorg.

In de mondzorg is er geen duidelijk verschil te vinden tussen noodzorg en veel gebruikte synoniemen zoals spoedzorg of acute zorg.

Samenvattend: **Noodzorg (Categorie 4)** is niet-planbare en niet-periodieke mondzorg die vereist is indien er zonder behandeling levensbedreigende complicaties kunnen optreden als gevolg van (doorgaans langdurig) onbehandelde mondziekten. Hierbij is onmiddellijke actie vereist om een

oplossing te bieden. Een patiënt is daarbij doorgaans aangewezen op medisch-specialistische zorg. Het ongewenste gevolg van uitstel en afstel van noodzorg is de kans op levensbedreigende complicaties.

Expertbijeenkomsten

Bovenstaande resultaten zijn in expertbijeenkomsten besproken en na adviezen en commentaar verder aangevuld tot het resultaat zoals hierboven beschreven bereikt was. Bijlage A bevat een uitgebreide uitwerking van de expertbijeenkomsten. Hieronder worden de belangrijkste uitkomsten van de expertbijeenkomsten voor de definities van mondzorg beschreven:

Wat werd door experts herkend en bevestigd?

Door experts werd herkend dat mondzorg uit meer onderdelen bestaat dan noodzorg, zoals we die nu met name zien bij noodfondsen. Het belang van indeling van mondzorg in planbare en niet-planbare en wel en niet periodieke categorieën werd door experts bevestigd.

Wat ontbrak volgens expert en is aangevuld?

Volgens experts ontbrak er een belangrijke vorm van mondzorg aan de categorieën 1 t/m 4: zelfzorg. De categorieën 1 t/m 4 zijn vrijwel geheel gericht op professioneel handelen en sterk tandheelkundig technisch geformuleerd. De verwaarlozing van zelfzorg is verweven met problemen en kenmerken van mensen, de experts zien mensen problemen hebben met de uitvoering van zelfzorg, bijvoorbeeld door het gebrek aan geld voor mondzorgproducten. Na de expertmeetings is daarom categorie 0 toegevoegd (zelfzorg). Daarnaast werd opgemerkt dat de verantwoordelijkheid van zelfzorg niet alleen bij het individu ligt, maar ook bij de samenleving.

2.4. Beantwoording van onderzoeksvragen

Welke mondzorg wordt beschouwd als wenselijk, noodzakelijk, urgent of noodzorg? Welke definities zijn voor deze begrippen beschikbaar?

Na raadplegen van experts is aan de categorieën van mondzorg de categorie “zelfzorg” toegevoegd. Bij de beantwoording van de onderzoeksvraag wordt daarom tevens de categorie zelfzorg genoemd.

Zelfzorg (Categorie 0) betreft periodiek planbare aandacht voor hygiëne en verzorging van de mond, (zoals tandenpoetsen en het gebruik van tandenstokers) van mensen in alle stadia van mond(on)gezondheid, waarin klachten (zoals pijn of bloedend tandvlees) aanwezig kunnen zijn. Zelfzorg behelst het vermogen van personen, gezinnen en gemeenschappen om de gezondheid te bevorderen, ziekten te voorkomen, de gezondheid te handhaven en met ziekte en handicaps om te gaan, met of zonder de steun van een gezondheidswerker. Het ongewenste gevolg van structureel gebrekkige zelfzorg, of uitstel en afstel van zelfzorg is een verhoogde kans op een ongezonde mond. Tabel 6 geeft een overzicht van kenmerken van zelfzorg.

Tabel 6: Kenmerken van zelfzorg

ZELFZORG (CATEGORIE 0)

| | |
|----------------------|---|
| ZIEKTESTADIUM | Zelfzorg is nodig bij alle ziektestadia en andere categorieën van mondzorg. |
| RISICOSTATUS | Bij onvoldoende zelfzorg is het risico op mondziekten groter en kunnen veranderingen in de mondgezondheid optreden. Onvoldoende zelfzorg kan komen door een gebrek aan motivatie of aan financiële middelen om te voorzien in mondzorgproducten zoals tandpasta, een tandenborstel en stokers of ragers voor reiniging tussen de tanden. |
| TERMIJN | Zelfzorg vindt doorlopend plaats, bij voorkeur minimaal twee keer per dag. |
| INVESTERING | Individu: minimaal twee keer per dag poetsen met een fluoride tandpasta en reinigen tussen tanden en kiezen met ragers/tandenstokers of een alternatief. (31) Professionele zorg: Stimuleren van zelfzorg, controleren en bijsturen mondhygiëne, professionele gebitsreiniging zoals het verwijderen van tandsteen. |
| ZORGDOEL | Behoud van een goede mondgezondheid. |

Wenselijke mondzorg (Categorie 1) is een planbare vorm van zorg in situaties waarbij er geen sprake hoeft te zijn van klachten aan de mondgezondheid die de aanleiding zijn om professionele zorg te gebruiken. Daarbij richt de mondzorgprofessional zich tijdens consultatie op het periodiek controleren van de gebitstoestand van de individuele patiënt met als doel om risico's voor de

mondgezondheid vroegtijdig op te sporen. Indien daarvoor aanleiding bestaat kan op basis van bevindingen preventieve zorg geïndiceerd worden om de kans op een ongezonde mond te beperken. De rol van de mondzorgprofessional is daarbij om middels individuele instructie en begeleiding en (geïndiceerde- en zorg-gerelateerde-) preventie de zelfzorg te stimuleren. Tabel 7 geeft een overzicht van kenmerken van wenselijke mondzorg.

Tabel 7: Kenmerken van wenselijke mondzorg

WENSELIJKE MONDZORG (CATEGORIE 1)

| | |
|--------------------------------------|--|
| ZIEKTESTADIUM | Gezonde mond waarbij voor langere tijd (12+ maanden) stabiliteit aanwezig is. |
| RISICOSTATUS | Bij uitstel/afstel van planbare wenselijke mondzorg kunnen veranderingen in de mondgezondheid niet in een vroeg stadium worden opgespoord en kan noodzakelijke zorg niet (tijdig) worden geïndiceerd. |
| TERMIJN | Bij een gezonde mond is voor wenselijke mondzorg regelmatig of periodiek bezoek aan de mondzorgprofessional (controle minimaal eens per jaar) aangewezen, gedurende het hele leven. |
| INVESTERING | Zelfzorg: op peil houden eigen mondhygiëne Professionele zorg: 1. algemene maatregelen ter preventieve van mondziekten en behoud van een gezonde mond, zoals het stimuleren van mondgezond gedrag en het vestigen van goede mondhygiëne; 2. controle van mondgezondheid, gericht op vroegtijdige opsporing van ziekterisico en beginnende ziekteprocessen ter indicatie van noodzakelijke mondzorg. |
| ZORGDOEL | Behoud van een stabiele mondgezondheid zonder klachten omtrent functioneren en sociaal welzijn. |
| ZORGPLAN | Voorkomen dat problemen met de mondgezondheid kunnen ontstaan door de mondgezondheid periodiek te controleren en de zelfzorg te evalueren. |
| VOORBEELDEN VAN BEHANDELINGEN | Periodieke controle, intakes, incidentele consulten, röntgenfoto's, algemene preventie. |
| ZORG UITKOMST | 1. Er is sprake van een stabiele mondgezondheid waarbij 1-2x per jaar een controle van de mondgezondheid plaatsvindt waarbij wenselijke zorg voldoende is. 2. Er is sprake van beginnende manifestatie van mondziekten en noodzakelijke zorg wordt geïndiceerd. |

Noodzakelijke mondzorg (categorie 2) vindt plaats op indicatie en is derhalve planbaar, maar deze heeft geen periodiek karakter. Noodzakelijke zorg richt zich op behandeling van beginnende mondziekten om verdere schade aan het gebit te voorkomen. Noodzakelijke zorg omvat ook onderhoud van eerder uitgevoerde noodzakelijke zorg zoals herstel van gefaalde restauraties wegens breuk, slijtage of het opnieuw ontstaan van mondziekten. Om noodzakelijke mondzorg vroegtijdig te indiceren is wenselijke mondzorg van belang zodat verdere voortschrijding van mondziekten wordt beperkt. Nadat met noodzakelijke restauratieve mondzorg gebitsschade is hersteld en het met geïndiceerde ziekte gerelateerde preventie de mondgezondheid is gestabiliseerd, kan met wenselijke zorg worden volstaan. Bij terugkerende manifestatie van mondziekten kan noodzakelijke zorg opnieuw geïndiceerd worden. Het ongewenste gevolg van uitstel en afstel van noodzakelijke mondzorg is een grote kans op blijvende schade van de mondgezondheid. Tabel 8 geeft een overzicht weer van de kenmerken van noodzakelijke mondzorg.

Tabel 8: Kenmerken van noodzakelijke mondzorg

| NOODZAKELIJKE MONDZORG (CATEGORIE 2) | |
|---|--|
| ZIEKTESTADIUM | Manifeste mondziekten met hoge kans op blijvende schade van de mondgezondheid. Bij tijdig ingrijpen kunnen manifeste mondziekten worden geremd of in een vroeg stadium behandeld worden. |
| RISICOSTATUS | Mond met aanwezigheid van manifeste mondziekten door inadequate zelfzorg en/of mijding van wenselijke zorg waarbij beginnende mondproblemen en ziekte zich heeft kunnen manifesteren. |
| TERMIJN | Manifeste mondziekten kunnen met geïndiceerde preventie en restauratie (1-2 jaar) worden geremd of behandeld. Vervolgens is bij periodiek bezoek en goede zelfzorg wenselijke zorg voldoende (2+ jaar). |
| INVESTERING | Zelfzorg: bevorderen eigen mondhygiëne Professionele zorg: geïndiceerde of zorg-gerelateerde preventie, en geïndiceerde restauratieve behandeling (bij tijdig ingrijpen: minimaal-invasieve restauratie). |
| ZORGDOEL | Veiligstellen voor minimaal 12 maanden om actieve ziekteprocessen stop te zetten en een gezonde mond te stimuleren. Na succesvol 'veiligstellen' kan het zorgdoel verschuiven naar 'behoud'. |

ZORGPLAN

Bereiken van een gezonde, functionele, esthetische en comfortabele mond met preventie en curatieve zorg.

VOORBEELDEN VAN BEHANDELINGEN

Individuele- en zorg-gerelateerde preventie, curatieve zorg zoals parodontale behandelingen, restauratieve behandelingen met vullingen, restauratieve behandelingen met kroon- en brugwerk, wortelkanaalbehandelingen, chirurgische ingrepen, kunstgebitten, implantaten.

ZORG UITKOMST

1. Manifeste mondziekten worden voldoende geremd of behandeld en in de toekomst is wenselijke zorg voldoende.
2. Manifeste mondziekten blijven aanwezig en veroorzaken blijvende schade van de mondgezondheid door onvoldoende zelfzorg of professionele investering.

Naast de definities van wenselijke- en noodzakelijke zorg worden voor een volledig overzicht hieronder ook definities van urgente zorg en noodzorg beschreven.

Urgente mondzorg (categorie 3) is niet-planbare en niet-periodieke mondzorg die vereist is wanneer uitgebreide mondziekten aanwezig zijn. Het welzijn en welbevinden zijn vaak aangetast door de waarschijnlijk aanwezige klachten en het normale sociale functioneren is belemmerd door pijn. Niet altijd is er sprake van een levensbedreigende situatie of complicatie. Maar bij urgente mondzorg is doorgaans snelheid geboden om ernstige en onherstelbare schade van de gezondheid te voorkomen. Het ongewenste gevolg van uitstel en afstel van urgente mondzorg is grote kans op onherroepelijk blijvende schade van de mondgezondheid, te weten verlies van gebitselementen en kauwfunctie en een verminderde esthetiek. Het welzijn en welbevinden wordt aangetast door ernstige pijn, slechte functie en schaamte. Mijding van urgente mondzorg resulteert in niet-planbare situaties met ernstige pijn en mogelijk ook levensbedreigende complicaties, waarin alleen met noodzorg een oplossing geboden kan worden. Vooral als blijkt dat er tussen mondzorgverlener en patiënt moeilijk afspraken gemaakt kunnen worden over vervolfbezoek (planbare vervolg zorg) aan een mondzorgverlener, kan het lastig zijn om met een langere termijn zorgdoel en een passend zorgplan te werken. Tabel 9 geeft een overzicht weer van de kenmerken van urgente mondzorg.

Tabel 9: Kenmerken van urgente mondzorg

URGENTE MONDZORG (CATEGORIE 3)

| | |
|--------------------------------------|--|
| ZIEKTESTADIUM | Mond met gevorderde mondziekten en waarschijnlijk aanwezigheid van klachten. |
| RISICOSTATUS | Bij uitstel/afstel van urgente mondzorg kan onherroepelijke blijvende schade van de mondgezondheid optreden. |
| TERMIJN | Niet van toepassing (de zorg is niet planbaar). |
| INVESTERING | Professionele zorg gericht op behandeling van de gevorderde mondziekte en ziekte-gerelateerde preventie ter voorkoming van herhaling van het probleem. |
| ZORGDOEL | Niet van toepassing. |
| ZORGPLAN | Behandelen van gevorderde mondziekten met curatieve zorg en ziekte-gerelateerde preventie. |
| VOORBEELDEN VAN BEHANDELINGEN | <u>Diverse mogelijkheden.</u> |
| ZORG UITKOMST | Er is sprake van stabilisatie van de mondziekte(n) en bij adequate zelfzorg zal blijvende schade aan de mondgezondheid beperkt of voorkomen kunnen worden. Bij afwezigheid van ziekte kan worden volstaan met periodieke wenselijke zorg, waarbij een hoge frequentie van periodieke controles kan worden toegepast totdat risico's op herhaling van ziekte verlaagd zijn. |

Noodzorg (Categorie 4) is niet-planbare en niet-periodieke mondzorg die vereist is indien er zonder behandeling levensbedreigende complicaties kunnen optreden als gevolg van (doorgaans langdurig) onbehandelde mondziekten. Hierbij is onmiddellijke actie vereist om een oplossing te bieden. Een patiënt is daarbij doorgaans aangewezen op medisch-specialistische zorg. Het ongewenste gevolg van uitstel en afstel van noodzorg is de kans op levensbedreigende complicaties. Tabel 10 geeft een overzicht weer van de kenmerken van noodzorg.

Tabel 10: Kenmerken van noodzorg

| NOODZORG | |
|--------------------------------------|---|
| ZIEKTESTADIUM | Mond met ernstige mondziekte(n) en aanwezigheid van (ernstige) klachten. |
| RISICOSTATUS | Bij uitstel/afstel van noodzorg kunnen mogelijke levensbedreigende complicaties optreden. |
| TERMIJN | Niet van toepassing. |
| INVESTERING | Professionele zorg gericht op eliminatie van de gevorderde mondziekte en voorkomen van fatale complicaties. |
| ZORGDOEL | Niet van toepassing. |
| ZORGPLAN | Elimineren van ernstige mondziekte(n). |
| VOORBEELDEN VAN BEHANDELINGEN | <u>Diverse mogelijkheden.</u> |
| ZORG UITKOMST | Eliminatie van de mondziekte(n) en voorkomen van levensbedreigende gevolgen. |

Waarop zijn deze definities gebaseerd?

De definities zijn gebaseerd op het ziektestadium waarin de mond zich bevindt en welke vorm van zorg daarbij nodig is. Het doel van wenselijke zorg is om de stabiliteit van de mondgezondheid te stimuleren en het doel van noodzakelijke zorg is om in een geïndiceerd stadium de mondgezondheid veilig te stellen en bij succesvol onderbreken van de ontwikkeling van mondziekten te volstaan met wenselijke mondzorg.

Welke afbakeningen tussen wenselijke- en noodzakelijke mondzorg worden gehanteerd en waarop zijn deze gebaseerd? Wat is de achtergrond daarvan?

Uit de geraadpleegde bronnen wordt duidelijk dat er een onderscheid is tussen wenselijke en noodzakelijke mondzorg. Wenselijke mondzorg is zorg die in tegenstelling tot noodzakelijke mondzorg niet afhankelijk is van aanwezigheid van ziekte, maar er op gericht is te voorkomen dat een patiënt gebruik moet maken van noodzakelijke zorg, urgente zorg of noodzorg. In de algemene mondzorgpraktijk omvat wenselijke mondzorg periodieke controles van het gebit al dan niet gecombineerd met röntgendiagnostiek om mogelijke problemen met de mondgezondheid tijdig op te sporen. Noodzakelijke zorg is zorg die wordt geïndiceerd tijdens wenselijke zorg. Noodzakelijke zorg richt zich op behandeling van verhoogde risico's op of schade aan het gebit in een zo vroeg mogelijk stadium. Noodzakelijke zorg omvat ook onderhoud van eerder uitgevoerde noodzakelijke zorg zoals herstel van gefaalde restauraties wegens breuk, slijtage of het opnieuw ontstaan van ziekteprocessen. Indien met noodzakelijke zorg schade van de mondgezondheid is hersteld kan

worden volstaan met wenselijke zorg, tenzij risico voor of aanwezigheid van manifeste mondziekten terugkeert en noodzakelijke zorg weer geïndiceerd wordt.

Bij uitstel of afstel van wenselijke en noodzakelijke zorg is het niet mogelijk om met controles vroege diagnostiek toe te passen waardoor de kans toeneemt dat uitgebreide restauratie of verlies van een tand of kies niet te voorkomen is.

2.5. Voorstel voor definities van ongewenste mijding van mondzorg

Met de beantwoording van de vraagstellingen kunnen voorlopige definities worden geformuleerd voor zelfzorg, wenselijke-, noodzakelijke- en urgente- mondzorg en noodzorg:

Zelfzorg (Categorie 0) betreft periodiek planbare aandacht voor hygiëne en verzorging van de mond, (zoals tandenpoetsen en het gebruik van tandenstokers) van mensen in alle stadia van mond(on)gezondheid, waarin klachten (zoals pijn of bloedend tandvlees) aanwezig kunnen zijn. Zelfzorg behelst het vermogen van personen, gezinnen en gemeenschappen om de gezondheid te bevorderen, ziekten te voorkomen, de gezondheid te handhaven en met ziekte en handicaps om te gaan, met of zonder de steun van een gezondheidswerker. Het ongewenste gevolg van structureel gebrekkige zelfzorg, of uitstel en afstel van zelfzorg is een verhoogde kans op een ongezonde mond.

***Zelfzorg** is planbaar en behelst het vermogen om de eigen mondgezondheid te bevorderen en ziekten te voorkomen, met of zonder steun van de gezondheidswerker.*

Wenselijke mondzorg (Categorie 1) betreft planbare zorg voor mensen met een gezonde mond, met een periodiek karakter, die gericht is op controle van de mondgezondheid en het stimuleren van zelfzorg bij de individuele patiënt met een gezonde mond (geen klachten). De rol van de mondzorgprofessional is daarbij om middels individuele instructie en begeleiding en (geïndiceerde- en zorg-gerelateerde-) preventie de zelfzorg te stimuleren. Het doel daarbij is om een verhoogd risico op mondziekten en vroege manifestatie van mondziekten vroegtijdig op te sporen en vast te stellen, om zo noodzakelijke zorg te kunnen indiceren. Het ongewenste gevolg van uitstel of afstel van wenselijke mondzorg kan de mondgezondheid niet regelmatig worden gecontroleerd waardoor de kans op een ongezonde mond groter wordt.

***Wenselijke mondzorg** is planbaar en behelst regelmatige controle van de mondgezondheid waardoor de kans op een ongezonde mond wordt beperkt, en noodzakelijke zorg niet of minder snel nodig is.*

Noodzakelijke mondzorg (Categorie 2) vindt plaats op indicatie en is derhalve planbaar, maar deze heeft geen periodiek karakter. Noodzakelijke zorg richt zich op behandeling van beginnende mondziekten om verdere schade aan het gebit te voorkomen. Noodzakelijke zorg omvat ook onderhoud van eerder uitgevoerde noodzakelijke zorg zoals herstel van gefaalde restauraties wegens breuk, slijtage of het opnieuw ontstaan van mondziekten. Om noodzakelijke mondzorg vroegtijdig te indiceren is wenselijke mondzorg van belang zodat verdere voortschrijding van mondziekten wordt beperkt. Nadat met noodzakelijke restauratieve mondzorg gebitsschade is hersteld en het met geïndiceerde ziekte gerelateerde preventie de mondgezondheid is gestabiliseerd, kan met wenselijke zorg worden volstaan. Bij terugkerende manifestatie van mondziekten kan noodzakelijke zorg opnieuw geïndiceerd worden. Het ongewenste gevolg van uitstel en afstel van noodzakelijke mondzorg is een grote kans op blijvende schade van de mondgezondheid.

Noodzakelijke mondzorg is planbaar en behelst tijdig ingrijpen bij ziekteprocessen om de kans op blijvende schade aan de mondgezondheid te beperken.

Urgente mondzorg (Categorie 3) is niet-planbare en niet-periodieke mondzorg die vereist is wanneer uitgebreide mondziekten aanwezig zijn. Het welzijn en welbevinden zijn vaak aangetast door de waarschijnlijk aanwezige klachten en het normale sociale functioneren is belemmerd door pijn. Niet altijd is er sprake van een levensbedreigende situatie of complicatie. Maar bij urgente mondzorg is doorgaans snelheid geboden om ernstige en onherstelbare schade van de gezondheid te voorkomen. Het ongewenste gevolg van uitstel en afstel van urgente mondzorg is grote kans op onherroepelijk blijvende schade van de mondgezondheid, te weten verlies van gebitselementen en kauwfunctie en een verminderde esthetiek. Het welzijn en welbevinden wordt aangetast door ernstige pijn, slechte functie en schaamte. Mijding van urgente mondzorg resulteert in niet-planbare situaties met ernstige pijn en mogelijk ook levensbedreigende complicaties, waarin alleen met noodzorg een oplossing geboden kan worden. Vooral als blijkt dat er tussen mondzorgverlener en patiënt moeilijk afspraken gemaakt kunnen worden over vervolfbezoek (planbare vervolg zorg) aan een mondzorgverlener, kan het lastig zijn om met een langere termijn zorgdoel en een passend zorgplan te werken.

Urgente mondzorg is niet-planbaar en is aangewezen in situaties waarin acute manifeste klachten van mondziekten het normale sociale functioneren, welzijn en welbevinden aantasten.

Noodzorg (Categorie 4) is niet-planbare en niet-periodieke mondzorg die vereist is indien er zonder behandeling levensbedreigende complicaties kunnen optreden als gevolg van (doorgaans langdurig) onbehandelde mondziekten. Hierbij is onmiddellijke actie vereist om een oplossing te bieden. Een patiënt is daarbij doorgaans aangewezen op medisch-specialistische zorg. Het ongewenste gevolg van uitstel en afstel van noodzorg is de kans op levensbedreigende complicaties.

Noodzorg is niet-planbare zorg en is aangewezen indien acuut ingrijpen nodig is om levensbedreigende complicaties van mondziekten te voorkomen.

Met voorgaande definities kan **mijding van mondzorg** als volgt worden gedefinieerd:

Mijding van **wenselijke mondzorg** kan resulteren in situaties waarin noodzakelijke- of meer dan alleen noodzakelijke mondzorg nodig is.

Mijding van **noodzakelijke mondzorg** kan resulteren in situaties waarin niet-planbare urgente mondzorg of noodzorg nodig is.

Mijding van **urgente mondzorg** kan resulteren in onherroepelijk blijvende schade aan de mondgezondheid, te weten verlies van gebitselementen en kauwfunctie en een verminderde esthetiek.

Mijding van **noodzorg** resulteert in levensbedreigende complicaties.

Ongewenste mijding van mondzorg kan met behulp van bovenstaande definities als volgt worden omschreven

Van **ongewenste mijding van mondzorg** is sprake als mijding van wenselijke en noodzakelijke mondzorg resulteert in het nodig hebben van urgente mondzorg of noodzorg.

Als men zich wegens geldgebrek voor langere periode geen wenselijke mondzorg kan veroorloven en om dezelfde reden noodzakelijke mondzorg, bijvoorbeeld een eenvoudige vulling bij beginnende tandbederf, wordt uitgesteld, is sprake van **ongewenste mijding van mondzorg wegens financiële redenen**. Deze omstandigheden resulteren op korte of lange termijn in het nodig hebben van urgente mondzorg of noodzorg.

3. Patronen en profielen van ongewenste mijding van mondzorg

3.1 Inleiding

Tot op heden ontbreekt een schatting van het aantal volwassen Nederlanders dat wegens financiële reden mondzorg mijdt. Er blijkt ook nog geen systematisch overzicht te zijn van informatie over de kenmerken van mensen die om financiële redenen mondzorg mijden. Wel is bekend dat gemiddeld 3% van alle volwassen Nederlanders mondzorg mijdt om financiële redenen. Dat zijn ruim 400 duizend volwassenen naar schatting van de OECD (2019) op basis van 13,798 miljoen Nederlanders met een gemiddeld persoonlijk inkomen van €39.490 (10). In het laagste kwintiel inkomen mijdt 12% mondzorg om financiële redenen, dat zijn ruim 300 duizend mensen op basis van 2,76 miljoen mensen met een gemiddeld persoonlijk inkomen van €6.750. Als we kijken naar het hoogste kwintiel inkomen is dat 1%, dat zijn ruim 27 duizend volwassenen op basis van 2,76 miljoen met €94.350 als gemiddeld persoonlijk inkomen (10). Daarmee wordt een sterke sociaaleconomische gradiënt zichtbaar. Verhoudingsgewijs mijden sociaaleconomisch kwetsbare Nederlanders mondzorg om financiële redenen meer dan Nederlanders met een gemiddeld of hoog persoonlijk inkomen.

Om mensen die om financiële redenen mondzorg mijden te identificeren is naast het zicht krijgen op het aantal mensen ook nuttig om meer informatie over hen te verzamelen. Daarbij wordt gekeken naar hun kenmerken: wie zijn het, wat zijn sociaal-demografische kenmerken en welke multi-problematiek is er eventueel nog meer aanwezig. Daarnaast is het relevant om te identificeren waar de (groepen) mensen die zorg mijden zich bevinden of begeven (vindplaatsen of loketten). Met de resultaten kunnen patronen en profielen worden beschreven van mensen die (mond)zorg mijden om financiële redenen. Als tweede deelstudie van het project wordt op basis van bestaande literatuur en databronnen een analyse worden uitgevoerd naar het aantal volwassenen in Nederland dat om financiële redenen ongewenst de mondzorg mijdt en hun kenmerken. Indien het niet mogelijk is om op basis van bestaande literatuur en databronnen een goede inschatting te maken, is aan de onderzoekers gevraagd om een voorstel te doen om tot nieuwe data te komen.

Onderzoeksvragen

Het doel van dit literatuuronderzoek is het beschrijven van kenmerken (patronen en profielen) van mensen die zorg mijden om financiële redenen.

Om het doel van dit literatuuronderzoek te bereiken, wordt antwoord gegeven op de volgende vragen

1. Welke patronen van (mond)zorg mijden zijn bekend?
2. Wat zijn de kenmerken en profielen van (groepen) mensen die (mond)zorg mijden?
3. Waar bevinden en begeven mensen die (mond)zorg mijden zich?
4. Waarin verschillen mensen die (mond)zorg mijden om financiële redenen van mensen die dat om andere redenen doen?

Daarnaast wordt data gezocht waarmee een uitspraak kan worden gedaan over het aantal volwassenen in Nederland die structureel mondzorg mijden om financiële redenen. De centrale vraagstelling daarbij is:

Mensen die langdurig geen mondzorg professional bezoeken: hoeveel zijn dat er, wie zijn het, waar zijn deze te vinden?

3.2. Methode

Literatuuronderzoek naar patronen en profielen van mensen die mondzorg mijden

Onderzoeksdesign

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen werden bestaande informatiebronnen op systematische wijze opgespoord, geanalyseerd, beschreven en samengevat. Daarbij is zoveel als mogelijk het PRISMA protocol voor Scoping Reviews gevolgd (20). Er is gekozen voor een scoping review omdat er nog geen overzicht van de informatiebronnen voorhanden is voor redenen van mijden van mondzorg, en nog niet bekend is welke resultaten reeds beschikbaar zijn over het onderwerp van onderzoek. Tevens geeft een scoping review ook de mogelijkheid om naast peer reviewed publicaties ook grijze literatuur zoals in eigen beheer uitgegeven studies, rapporten en adviezen op te sporen, te analyseren en samen te vatten.

Inclusiecriteria

Een informatiebron werd geïnccludeerd wanneer deze voldeed aan een van de volgende criteria:

- Bevat informatie over patronen en profielen van mijding van mondzorg
- Bevat informatie over kenmerken van mensen die (mond)zorg mijden om financiële redenen
- informatie bevat over vindplaatsen van mensen die (mond)zorg mijden om financiële redenen

Een bron werd geëxcludeerd wanneer deze niet in het Nederlands of Engels geschreven was of geen informatie gaf over volwassenen (18+ jaar).

Zoekstrategie

Om informatiebronnen te lokaliseren is door 1 onderzoeker van ACTA tussen juni 2022 – januari 2023 gezocht op PubMed-MEDLINE, Web of Science en NTVT. Als zoektermen zijn *avoidance dental care*, *avoidance oral care*, *deferred dental care*, *deferred oral care*, *foregoing dental care*, *forgoing oral care* gebruikt. Daarnaast is grijze literatuur toegevoegd, zoals rapportages van NIVEL, Verwey-Jonker Instituut en de daaruit volgende referenties (sneeuwbalmethode).

Tabel 11 bevat de gebruikte zoekstrategie termen voor PubMed-MEDLINE

Selectie van informatiebronnen

Om relevante informatiebronnen te selecteren zijn door 1 onderzoeker van ACTA de titels gescreend en vervolgens zijn de abstracts gelezen. Daarna is van de overgebleven bronnen de volledige tekst gelezen en zijn de bronnen geïnccludeerd wanneer zij voldeden aan de criteria. De geïnccludeerde bronnen zijn gebruikt om de resultaten te beschrijven. Wanneer dat nodig was zijn bronnen besproken met onderzoekers uit het projectteam om consensus te krijgen over de selectie van bronnen en de extractie van data.

Tabel 11. Zoektermen PubMed-MEDLINE

Search: (((((avoidance dental care) OR (avoidance oral care)) OR (deferred dental care)) OR (deferred oral care)) OR (foregoing dental care)) OR (foregoing oral care)

Filters: Abstract, Full text, in the last 10 years

((("avoid"[All Fields] OR "avoidability"[All Fields] OR "avoidable"[All Fields] OR "avoidance"[All Fields] OR "avoidances"[All Fields] OR "avoidant"[All Fields] OR "avoidants"[All Fields] OR "avoided"[All Fields] OR "avoider"[All Fields] OR "avoiders"[All Fields] OR "avoiding"[All Fields] OR "avoids"[All Fields]) AND ("dental care"[MeSH Terms] OR ("dental"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "dental care"[All Fields])) OR ((("avoid"[All Fields] OR "avoidability"[All Fields] OR "avoidable"[All Fields] OR "avoidance"[All Fields] OR "avoidances"[All Fields] OR "avoidant"[All Fields] OR "avoidants"[All Fields] OR "avoided"[All Fields] OR "avoider"[All Fields] OR "avoiders"[All Fields] OR "avoiding"[All Fields] OR "avoids"[All Fields]) AND ("mouth"[MeSH Terms] OR "mouth"[All Fields] OR "oral"[All Fields]) AND "care"[All Fields]) OR (("defer"[All Fields] OR "deferment"[All Fields] OR "deferments"[All Fields] OR "deferred"[All Fields] OR "deferring"[All Fields] OR "defers"[All Fields]) AND ("dental care"[MeSH Terms] OR ("dental"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "dental care"[All Fields])) OR (("defer"[All Fields] OR "deferment"[All Fields] OR "deferments"[All Fields] OR "deferred"[All Fields] OR "deferring"[All Fields] OR "defers"[All Fields]) AND ("mouth"[MeSH Terms] OR "mouth"[All Fields] OR "oral"[All Fields]) AND "care"[All Fields]) OR (("forego"[All Fields] OR "foregoes"[All Fields] OR "foregoing"[All Fields]) AND ("dental care"[MeSH Terms] OR ("dental"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "dental care"[All Fields])) OR (("forego"[All Fields] OR "foregoes"[All Fields] OR "foregoing"[All Fields]) AND ("mouth"[MeSH Terms] OR "mouth"[All Fields] OR "oral"[All Fields]) AND "care"[All Fields])) AND ((y_10[Filter]) AND (fha[Filter]) AND (fft[Filter]))

Identificatie en analyse van primaire- en secundaire data

Doelstelling

Analyse van mensen zonder (kosten van) mondzorgconsumptie: bepaling van hun aantal, en de karakteristieken en profielen van deelgroepen van het aantal mensen dat langdurig geen mondzorgprofessional bezoekt. Met behulp van datakoppeling zijn karakteristieken te beschrijven.

Primaire databronnen

Om karakteristieken te beschrijven werd aan de volgende bronnen om data gevraagd:

CBS beschikt over sociaal demografische en economische microdata - demografische, sociaal-maatschappelijke en sociaal-economische kenmerken van onze doelgroep en deelgroepen - die voor wetenschappelijk onderzoek koppelbaar zijn aan andere datasets. Deze microdata betreffen de kenmerken van mensen, die nodig zijn om deelgroepen mondzorg mijders te kunnen karakteristieken en hun profielen te kunnen bepalen.

VEKTIS heeft informatie over kosten van mondzorg die verzekerd zijn volgens de ZVW (basispakket plus aanvullende verzekering). VEKTIS heeft echter geen informatie over kosten van mondzorg voor eigen rekening. Daarom is het met uitsluitend VEKTIS data het aantal mondzorg mijders niet met zekerheid vast te stellen.

INFOMEDICS, het grootste factoring bedrijf in de mondzorg in Nederland, beschikt over informatie kosten van mondzorgconsumptie die verzekerd zijn volgens de ZVW (basispakket plus aanvullende

verzekering), en kosten van mondzorg voor eigen rekening. INFOMEDICS werkt voor ongeveer 90% van de praktijken en professionals in de Nederlandse mondzorg.

Een combinatie van de informatie van VEKTIS en INFOMEDICS biedt de grootste zekerheid om het aantal volwassen Nederlanders te achterhalen die meerder jaren achter elkaar geen kosten voor mondzorg maken.

Hierbij is data over “eigen bijdragen bij aanvullende zorgverzekering” en “out of pocket betalingen van mensen met en zonder aanvullende zorgverzekering” strikt noodzakelijk. Immers, hun aantal kan alleen door “uitsluiting” bepaald worden. De primaire databronnen voor het project zijn VEKTIS intelligence, en factoring bedrijven (INFOMEDICS is veruit de grootste). Door te bepalen welke mensen kosten van mondzorgconsumptie maken, en deze data te combineren met CBS microdata is te achterhalen wie geen kosten maakt.

Zonder data van INFOMEDICS valt daarom het aantal mensen dat mondzorg mijdt niet met zekerheid vast te stellen, en kunnen hun kenmerken niet worden achterhaald, en is het ook niet mogelijk deelgroepen te karakteristieken en hun profielen te bepalen.

Om de volgende data werd verzocht:

1. CBS data
 - Sociaal economische en demografische achtergrond kenmerken
2. Vektis data
 - Kosten van mondzorgconsumptie
 - o Basispakket
 - o Aanvullende zorgverzekering
 - o WLZ
3. INFOMEDICS data
 - Kosten van mondzorgconsumptie
 - o Eigen bijdragen bij aanvullende zorgverzekering
 - o Out of pocket betalingen (mensen met en zonder aanvullende zorgverzekering)
 - o Basispakket
 - o Aanvullende zorgverzekering
 - o WLZ

Secundaire databronnen

Voorts zijn er bij andere organisaties mogelijk data over de doelgroep en deelgroepen beschikbaar. Hierbij gaat het om organisaties die een “loket” voor hulp bieden aan of een “vindplaats” zijn van kwetsbare burgers in onze samenleving, mensen die leven in armoede en met een sociaal-maatschappelijke achterstand. Dit betreft de zogenaamde secundaire databronnen voor dit project: SUNN, voedselbanken, VNG, NVVK, NIBUD, NIVEL, Pharos/straatdokter. De data van deze organisaties kunnen behulpzaam zijn bij de beschrijving van de kenmerken van onze doelgroep en ter karakterisering van deelgroepen. Deze secundaire data zijn op een andere manier verzameld, en kennen een andere structuur en vorm. Daardoor zijn deze naar verwachting niet aan CBS microdata te koppelen.

3.3. Resultaten

Literatuuronderzoek naar patronen en profielen van mensen die mondzorg mijden

Zoekresultaten

Met zoeken op PubMed zijn 2.642 bronnen geïdentificeerd, waarvan er na het screenen van titels 62 artikelen overbleven waarvan vervolgens de abstracts zijn gelezen. Na het lezen van abstracts bleven er 38 artikelen over voor het lezen van de volledige tekst. Daarvan zijn 19 bronnen geïncorporeerd in de resultaten. Hierna zijn uit eigen bezit 2 rapporten gescreend, gelezen en geïncorporeerd. Op internet zijn nog 7 andere bronnen gevonden waarvan er 4 geïncorporeerd zijn in de resultaten. In bijlage C is een overzicht van de selectie van resultaten weergegeven in een flow-chart. In totaal zijn 24 bronnen gebruikt om de resultaten van het literatuuronderzoek te beschrijven.

Resultaatbeschrijving

Mogelijke kenmerken van zorgmijding om financiële redenen zijn ingedeeld in drie categorieën, zie tabel 12.

Tabel 12. Kenmerken van zorgmijding om financiële redenen

| | |
|---|--|
| 1 | Patronen en gedrag van mijding van mondzorg Bijvoorbeeld gedrag, aard en omvang van mijding. |
| 2 | Profielen van mensen die (mond)zorg mijden om financiële redenen Bijvoorbeeld sociaal-demografische kenmerken en welke multi-problematiek er speelt. |
| 3 | Vindplaatsen van mensen die (mond)zorg mijden Bijvoorbeeld loketten en plaatsen waar men zich bevindt of begeeft. |

In de literatuur is gezocht naar informatie om de kenmerken nader te beschrijven. Aan de hand van de categorieën worden de kenmerken hieronder beschreven. In bijlage D is tevens beschreven welke literatuur een bijdrage heeft geleverd aan de beschrijving van elk kenmerk. De beschrijvingen zijn gebruikt om antwoord te geven op de onderzoeksvragen uit de opdrachtbeschrijving van het ministerie van VWS.

Resultaten: Patronen en gedrag van mijding van (mond)zorg

In deze categorie worden resultaten beschreven die informatie bevatten over patronen en redenen voor mijding van mondzorg. Hieronder worden aan de hand van mogelijke redenen voor mijding de belangrijkste resultaten besproken.

Mijding vanwege financiële redenen of ongeschikte zorgverzekering

Meerdere onderzoeken tonen aan dat mijding van mondzorg om financiële redenen plaatsvindt (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39). Mensen zien dan af van zorg vanwege de verwachting dat er kosten aan het zorggebruik verbonden zijn die zij niet zelf kunnen of willen dragen. De draaglasten zijn dan groter dan de draagkracht (37). Bij draaglast gaat het om schulden, stress in de thuissituatie of gezondheidsproblemen. Draagkracht gaat over hulpbronnen waarover mensen beschikken, zoals geletterdheid, gezondheidsvaardigheden, mobiliteit en sociale contacten om op terug te vallen (37). Een gevolg van een grotere draaglast dan draagkracht voor de mondzorg kan zijn dat mensen de zorg gaan mijden en pas met een urgent probleem in beeld komen. Dat is onwenselijk voor de mensen zelf en kan ook hoge maatschappelijke kosten met zich meebrengen.

Het Verwey-Jonker Instituut merkt in hun rapportage over ongewenste zorgmijding op dat met betrekking tot mondzorg het veel vaker dan wenselijk voorkomt dat kinderen vanwege financiële redenen niet naar de tandarts gaan (37). Men denkt dat dit in Nederland komt doordat ouders niet weten dat mondzorg voor kinderen tot 18 jaar vergoed wordt vanuit de basisverzekering (40).

In een onderzoek naar zelf-gerapporteerde gezondheidsproblemen bij daklozen in Nederland gaf 23% van de participanten aan een financiële drempel te ondervinden bij het gebruik maken van mondzorg, mentale zorg en niet-urgente specialistische zorg (38). De financiële drempel was aanwezig vanwege beperkte eigen middelen of afwezigheid van een zorgverzekering met voldoende dekking (38). Ook voor ouderen dekt het basispakket van de Zorgverzekeringswet de mondzorg in beperkte mate (39). De optionele aanvullende tandartsverzekeringen dekken eveneens niet alle kosten. Aanvullende tandartspolissen kennen uitsluitingen, limieten en eigen bijdragen die als drempel kunnen werken voor het bezoeken van de mondzorgverlener (39).

Een belangrijk detail van zorgmijding is dat zorgmijding vaak niet de enige uitdaging in het leven is van zorgmijders (37). Mijding vanwege financiële redenen gaat samen met andere redenen en andere problematiek. Zorgmijding om financiële redenen gebeurt in het bijzonder bij mensen die meerdere vormen van zorg met een eigen bijdrage nodig hebben en er multi-problematiek aanwezig is, bijvoorbeeld mensen met een chronische aandoening (37).

Ook in het buitenland komt mijden van mondzorg om financiële redenen voor. In een onderzoek uit 2016 naar de ervaringen van Aboriginal Australiërs blijkt dat structurele factoren zoals financiële middelen gezondheidskeuzes en de toegang tot mondzorg in de weg staan (32). Private mondzorg is vanwege de financiële kosten niet voor allen toegankelijk en publieke mondzorg vraagt om een gedeeltelijke betaling uit eigen zak. Daarnaast worden lange wachttijden en lange wachtlijsten van publiek beschikbare mondzorg ook als een van de redenen genoemd om mondzorg te mijden (32). Uit een Canadees onderzoek blijkt ook dat het niet hebben van een (geschikte) tandartsverzekering een reden is om mondzorg te mijden of uit te stellen vanwege financiële redenen (33). Ook wordt benoemd dat mijding als gevolg kan hebben dat er progressieve problemen met de mondgezondheid ontstaan en dat deze veroorzaakt worden door de afwezigheid van behandeling vanwege beperkte financiële middelen (33).

Mijding vanwege beperkte bereikbaarheid en toegankelijkheid

Beperkte bereikbaarheid en toegankelijkheid, al dan niet geaard gaande met beperkte mobiliteit van een individu, kunnen bij kwetsbare ouderen een belangrijke reden zijn om de mondzorg te mijden (42). Dezelfde reden komt ook voor in een onderzoek waarin redenen voor mijding van mondzorg in diverse landen in Europa worden vergeleken voor volwassenen boven de 50 jaar (36).

Bereikbaarheid wordt in dat onderzoek bij 4,6% van Nederlandse respondenten als reden genoemd voor het niet bezoeken van een mondzorgverlener (36).

Daarnaast zien we in meerdere landen dat er regionale verschillen in tandartsbezoek zijn, welke mogelijk veroorzaakt worden en samengaan met de ongelijke geografische verdeling van mondzorgaanbieders, waardoor de mondzorgverlener niet voor iedereen toegankelijk is (34) (41).

Mijding vanwege nalatigheid en ontevredenheid met de zorgverlener

Mijding kan ook veroorzaakt worden door onbegrip voor het belang van mondzorg en een verminderde motivatie voor zelfzorg. Daarmee kan ook gepaard gaan dat eventuele behandelingen die wel plaatsvinden een negatieve indruk achterlaten en daarmee het mijdingsgedrag versterken. Dat kan tijdens tienerjaren beginnen en het hele leven doorgaan, maar kan ook op latere leeftijd ontstaan door nare ervaringen. De mijding lijkt dan in het begin onschuldig en er wordt niet nagedacht over mogelijke lange-termijn effecten van mijding (42).

Mensen mijden ook zorg omdat ze denken dat hun klachten vanzelf verdwijnen en ze niet beseffen dat ze zorg nodig hebben (37). Een ander onderzoek benoemt ook dat er mensen zijn die de mondzorg niet nodig vinden en het nut er niet van inzien (36). Ook zijn er mensen die van mening zijn dat men alleen naar een mondzorgverlener moet als er sprake is van pijn (34).

Bij daklozen kan voorkomen dat zij dagelijks met andere problemen te maken hebben, zoals het op zoek moeten naar onderdak en eten. De mondgezondheid heeft dan een lage prioriteit en soms weet men ook niet de weg te vinden om hulp in te roepen van een tandarts (38). Daarnaast komt mijding ook voor vanwege ontevredenheid met de tandarts, bijvoorbeeld als men het gevoel heeft dat deze de eigen ideeën negeert en niet genoeg uitleg geeft over behandelingen of vragen (42). Mensen kunnen zich dan niet gerespecteerd voelen omdat er niet naar hen wordt geluisterd. Mijding kan ook komen doordat mensen geen vertrouwen hebben in de zorgverlener door negatieve ervaringen uit hun omgeving (34) (37). Dit werd bijvoorbeeld gezien bij mensen die herhaaldelijk onprettige ervaringen met mondzorg hebben gehad in hun kinderjaren (43).

Mijding vanwege schaamte van het eigen gebit of angst voor de behandeling

Mijding kan ook een gevolg zijn als de eigen gebitstoestand negatief wordt beoordeeld waardoor de gedachte bestaat dat de mondzorgverlener negatief oordelend zou kunnen zijn over de slechte gebitstoestand (42). Naar mate er langer zorg wordt gemeden neemt de schaamte toe, met name wanneer het esthetische aangezicht slechter wordt. Door de slechte esthetiek durft men niet te lachen, loopt over straat met een gebogen hoofd en dit heeft impact op de kwaliteit van leven (42). In een onderzoek waarin huisartsen zijn geïnterviewd over mogelijke redenen voor zorgmijding werd door huisartsen genoemd dat zij verwachten dat schaamte over armoede ook een rol speelt bij zorgmijding vanwege financiële redenen (37).

Mijding van mondzorg kan voorkomen bij angst voor de tandarts, bijvoorbeeld wanneer men bang is voor de mentale en psychische effecten die kunnen optreden bij tandartsbezoek, zoals hyperventileren en paniekaanvallen door angst (42) (34) (44) (40). Het komt dan voor dat er dagelijks pijnstilling wordt gebruikt in plaats van dat de mondzorgverlener wordt bezocht (42). Daarnaast kan angst voor de tandarts gepaard gaan met financiële belemmeringen om van mondzorg gebruik te maken, zo werd gezien dat onder mensen met hoge tandartsangst de kosten van de behandeling naast angst de belangrijkste rol speelden in het mijden van mondzorg (44).

Mijding vanwege een groot aanbod aan zorgverleners, zorgverzekeraars en polissen

Een andere reden voor mijding van mondzorg kan het grote aanbod aan zorgverleners, zorgverzekeraars en polissen zijn. Het diverse aanbod aan zorgverleners, zorgverzekeraars en polissen kan leiden tot onduidelijkheid in het maken van een keuze (37). Er kan verminderd zicht zijn op welke zorg binnen de basisverzekering valt, wanneer er sprake is van een eigen bijdrage en welke regelingen er bestaan wanneer het niet mogelijk is om zich de eigen betalingen te voldoen. In het bijzonder kunnen groepen waarin veel sprake is van beperkte gezondheidsvaardigheden moeilijk de weg vinden in het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel (37).

Mijding vanwege kosten van vervolgzorg

Ingeschat wordt dat zorgmijding soms vooral plaatsvindt bij angst voor kosten van vervolgzorg (37). Men bezoekt dan wel de zorgverlener maar kan diens adviezen niet opvolgen. Mensen mijden dan bijvoorbeeld specialistische zorg vanwege het eigen risico. Een specifiek type vervolgzorg betreft de zorg die wordt vergoed vanuit een eventuele aanvullende verzekering. Mensen mijden dan de vervolgzorg omdat zij geen aanvullende verzekering hebben of niet de juiste aanvullende verzekering hebben (37).

Overige factoren

Naast andere redenen kan ook discriminatie geassocieerd zijn met mijding van mondzorg, bijvoorbeeld als iemand een lichamelijke of mentale handicap heeft (45). Mensen met een handicap mijden of stellen vaker zorg uit dan mensen zonder een handicap. Dat gaat meestal gepaard met een gebrek aan financiële middelen (46).

Resultaten: Profielen van mensen die (mond) zorg mijden om financiële redenen

In deze categorie worden resultaten beschreven die informatie bevatten over kenmerken van mensen die zorg mijden. Wat opvalt is dat zorgmijding om financiële redenen nooit op zichzelf staat en voorkomt bij een groep met als gemeenschappelijke eigenschap dat zij meerdere uitdagingen in het dagelijkse leven ervaren (37). Daarbij valt te denken aan laag inkomen, schulden, stress in de thuissituatie, lage gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid. Mensen die zorg mijden om financiële redenen vormen een brede en diverse groep, zij hebben als gemene deler een grotere draaglast dan draagkracht (37). Hieronder worden kenmerken genoemd zoals die in de geraadpleegde literatuur voorkwamen.

Jongvolwassen leeftijd

Jongvolwassenen tussen 18 en 25 jaar, met name die in een wijk wonen met een lage sociaaleconomische status, zijn mensen die grote kans hebben dat zij moeilijk hun weg kunnen vinden in het zorgstelsel (37). Uit een onderzoek naar de inzichten van mijding van huisartsenzorg en vervolgzorg bleek dat jongvolwassenen tussen de 18-39 jaar vaker (24%) hebben afgezien van een bezoek aan de huisarts dan mensen van 40 jaar en ouder (13-16%) (47). Dit werd ook zichtbaar in een onderzoek naar mijding van mondzorg, daar vermeden mensen in de leeftijd van 25-29 jaar mondzorg vaker (43). Daarnaast is de combinatie jongvolwassen leeftijd en het niet volgen van onderwijs (of met een MBO-1 diploma) een kenmerk voor sociaal-maatschappelijke kwetsbaarheid. (48)

Ook in onderzoeken uit het buitenland blijkt een jongvolwassen leeftijd een rol te spelen bij de mijding van (mond)zorg. Uit een Canadees onderzoek naar effecten van mijding van mondzorg om financiële redenen blijkt dat voornamelijk jongvolwassenen in de leeftijdscategorie (20-39 jaar) mondzorg mijden. Daarnaast stellen jongvolwassenen in diezelfde leeftijdscategorie die de mondzorgverlener wel bezoeken ook het vaakst geïndiceerde behandelingen uit vanwege financiële redenen (33). Een jonge leeftijd als kenmerk van mijding kwam ook naar voren in een onderzoek naar mijding van mondzorg onder Duitse volwassenen (49). Uit het onderzoek blijkt dat mijding van mondzorg in de afgelopen 12 maanden vanwege financiële redenen vaker voorkwam bij een jongere leeftijd. Een mogelijke oorzaak daarvan zou kunnen zijn dat jonge mensen makkelijker riskante beslissingen durven te nemen (49). In een onderzoek in Australië bleek dat tussen 1994-2010 mondzorg het meest vanwege financiële redenen werd gemeden door jongvolwassenen en het minst door kinderen en ouderen (50). Jongvolwassenen van 30-34 jaar waren de grootste zorgmijders vanwege financiële redenen. In 2010 meed ruim 45% van de 30-34 jaren mondzorg in de 12 maanden voorafgaand vanwege kosten. Over het algemeen is een piek in zorgmijding vanwege financiële kosten zichtbaar tussen 25-34 jaar en deze neemt daarna geleidelijk af (50).

Gender

Uit de geraadpleegde literatuur komt niet duidelijk naar voren welk gender vaker (mond)zorg mijdt.

In een onderzoek van NIVEL naar ongewenste zorgmijding kwam naar voren dat vrouwen vaker huisartsenzorg mijden (17%) dan mannen (13%) (47). Uit Canadees onderzoek blijkt dat vrouwen met name in de jongvolwassen leeftijd mondzorg vaker mijden of uitstellen vanwege financiële redenen. Uit een ander onderzoek komt eveneens naar voren dat vrouwen vaker mondzorg mijden vanwege kosten (43).

Andere onderzoeken laten zien dat mannen mondzorg vaker mijden dan vrouwen (49) (41). In de leeftijdscategorie van 15-34 jaar mijden mannen mondzorg vaker dan vrouwen op basis van een Belgisch onderzoek naar zelfrapportage van tandartsbezoek in de afgelopen 12 maanden (41). Een studie geeft een mogelijke verklaring daarvoor: vrouwen ervaren meer sociale en psychische effecten van problemen met de mondgezondheid dan mannen (49). Vrouwen ervaren dat mondzorg hun kwaliteit van leven, mentale gesteldheid en welzijn kan beïnvloeden. Mannen ervaren dat minder, dat zou kunnen verklaren waarom mannen in deze studie mondzorg vaker mijden dan vrouwen (49).

Een Zweeds follow-up onderzoek naar volwassenen van 55 tot 75 jaar vond echter geen verschil in mijding van mondzorg om financiële redenen tussen mannen en vrouwen (51).

Sociale klasse, opleiding en inkomen

Mijding van mondzorg is geassocieerd met werkloosheid, met name bij mannen en een en lagere sociale klasse gaat gepaard met mijding van mondzorg, met name bij vrouwen (49). Inkomen is een belangrijke belemmering voor tandartsbezoek (41). Een hoger gemiddeld inkomen van het huishouden blijkt een factor die minder vaak leidt tot mijding van mondzorg vanwege financiële kosten dan lagere inkomens (43) (34). Uit een onderzoek in de VS bleek eveneens dat een hoger inkomen leidde tot het frequenter bezoeken van de mondzorgverlener (52). Uit Canadees onderzoek bleek dat mensen uit de laagste inkomenscategorie mondzorg het vaakst mijden om financiële redenen, maar ook stellen zij na het bezoeken van een mondzorgverlener vervolgbehandelingen vaker uit (33). Uit datzelfde onderzoek bleek ook dat mensen met een laag inkomen en zonder tandartsverzekering ca vier keer vaker de mondzorgverlener mijden of mondzorg uitstellen vanwege kosten.

In Nederland gaven mensen met een laag inkomen (0-1200 euro netto maandinkomen huishouden) vaker aan huisartsenzorg te mijden (47). Ook in Zweden rapporteerden mensen die geen baan hadden of een lage opleiding hadden vaker mijding van mondzorg vanwege kosten (51). Volgens Pharos zijn volwassenen met een bijstandsuitkering een belangrijke risicogroep voor armoede en invloed van armoede op gezondheid en zorggebruik (53).

Een lage opleiding heeft ook invloed op tandartsbezoek. Mensen met een hogere opleiding kunnen zich waarschijnlijk beter voorzien van kennis en vaardigheden van een goede gezondheid. Het is belangrijk om te erkennen dat een hoge opleiding een belangrijk verschil maakt (41). Mensen met een lage opleiding zijn een risicogroep als het gaat om zorgmijding om financiële redenen omdat in die groep meer dan gemiddeld sprake is van laaggeletterdheid en lage gezondheidsvaardigheden (37).

Verder valt op dat mensen uit achterstandswijken vaker hun voorgeschreven geneesmiddelen niet ophalen dan mensen in andere wijken (47).

Huishouden

In een overzicht van Pharos waarin de samenhang tussen armoede, schulden en gezondheid wordt omschreven worden in het bijzonder eenoudergezinnen genoemd als een bekende risicogroep (53). Tweepersoons-huishoudens meden vaker de tandarts dan huishoudens bestaande uit minimaal drie personen. Dit werd verklaard door het mogelijk vaker voorkomen van kinderen in huishoudens van minimaal drie personen met wie de tandarts wel werd bezocht (41). Daarnaast valt op dat alleenstaande ouders met meer en/of oudere kinderen en alleenstaande 50-plussers zonder startkwalificatie een risicogroep zijn voor bestaansonzekerheid (48).

Slechte gebitssituatie, pijn en gevoelens van schaamte

Mijding om financiële redenen kan gepaard gaan met een slechte gebitstoestand, waarbij men zich kan schamen om te lachen (42). Uit Canadees onderzoek blijkt dat mensen die mondzorg mijden vanwege kosten vaker rapporteren een slechte mondgezondheid te hebben ten opzichte van mensen die geen financiële barrière ervaren (33). Datzelfde geldt voor mensen die aangeven vervolgbehandelingen uit te stellen vanwege kosten. Ook rapporteren mijders van mondzorg vaker pijn in de mond te hebben. Mondzorg-mijders en uitstellers vanwege kosten hebben ook vaker

ervaringen met cariës in hun leven: 55% van de mensen die mondzorg mijden vanwege kosten bleken na klinisch onderzoek een behandel noodzaak te hebben, vergeleken met 28% van mensen die mondzorg niet mijden vanwege financiële redenen. Zij hadden het vaakst een restauratieve behandeling nodig (33). Uit een onderzoek in Noorwegen bleek dat mensen die ontevreden zijn met de eigen mondgezondheid bijna 2 keer zo vaak mondzorg mijden vanwege financiële redenen (43).

Onwetendheid

Kenmerkend voor kwetsbare verzekerden, waar mijders van mondzorg tussen kunnen zitten, is het vanwege laaggeletterdheid niet zelf kunnen bepalen welke van de zorgverzekeringen het beste past bij de zorgvraag en de eigen financiële situatie (37). Daarnaast zijn ze vaak onbekend met compensatieregelen waar ze aanspraak op kunnen maken, bijvoorbeeld van de gemeente. Jongvolwassenen tussen 18 en 25 jaar, die in een wijk wonen met een lage sociaaleconomische status, kunnen vaker moeilijk hun weg vinden in het zorgstelsel en de zorgverzekering (37). Zij beschikken veelal niet over een sociaal netwerk met kennis van het zorgverzekeringsstelsel. Het risico bestaat hierdoor dat, wanneer ze zich moeten verzekeren, ze kiezen voor het goedkoopste variant met het hoogste eigen risico. Daarnaast hebben ze vaak ook geen financieel vangnet. Soms zijn ze ook niet bekend met zorgtoeslag en doen zichzelf daarmee te kort (37).

Mentale gezondheid

Bij een toename van gevoelens van depressie wordt mondzorg vaker gemeden, met name bij mannen (49). Door een afgenomen mentale gezondheid en aanwezigheid van psychische stress zou de focus minder op de mondgezondheid kunnen liggen (49).

Chronische aandoeningen

Mensen met (meer) chronische aandoeningen mijden vaker een bezoek aan de medisch specialist dan patiënten zonder chronische aandoeningen (47). Mensen met chronische aandoeningen halen juist wel vaker hun geneesmiddelen op. In het Nivel rapport zijn deze resultaten gebaseerd op analyses van NIVEL Zorgregistraties Huisartsen, gekoppeld aan de declaratiedata van ziekenhuis- en apotheekzorg van Vektis (47). Bijvoorbeeld mensen met diabetes en overgewicht mijden mondzorg vaker (41). Obesitas is een risicofactor voor de algemene gezondheid inclusief mondgezondheid. Bij mijding van mondzorg in combinatie met obesitas is er een verhoogd risico op parodontale ziekten (41).

Migratieachtergrond en nieuwkomers

Enkele geïnterviewden uit het Verwey-Jonker onderzoek noemen ongedocumenteerden als belangrijke groep die zorg mijdt vanwege financiële redenen (37). Ongedocumenteerden kunnen zich niet verzekeren of gebruik maken van compensatieregelingen, daardoor kunnen zij mogelijk geen zorg uit de basisverzekering betalen (37). Daarnaast zijn Niet-Westerse migranten en statushouders risicogroepen voor armoede en invloed daarvan op hun gezondheid en zorggebruik (53). In een onderzoek naar het gebruik van mondzorg onder immigranten in Australië liet zien dat mensen die in een ander land dan Australië geboren waren en daarnaast voornamelijk een andere taal spraken dan

het Engels, veel vaker ongelijkheid ervaren in toegang tot mondzorg en dat financiële moeilijkheden daarvan de grootste reden zijn (54). In een ander onderzoek in Australië werden 33 niet-Engels sprekende moeders met een migratieachtergrond geïnterviewd over hun ervaringen met mondzorg (55). Voor hen was geldgebrek de belangrijkste reden voor het uitstellen of afstellen van mondzorg.

Daklozen

In een onderzoek naar gezondheid onder daklozen gaf een deel van de daklozen aan wel zorg te willen gebruiken maar er vanaf te zien door hun situatie (38). Dat kwam voornamelijk door een gebrek aan geld en een geschikte zorgverzekering, lange wachttijden, moeite met het maken van afspraken en taalbarrières (38).

Schulden

Uit Amerikaans onderzoek bleek dat mensen met een schuld (openstaand bedrag op de creditcard of openstaande zorgkosten) vaker zorg meden (56). Dat was echter niet het geval wanneer het om schulden ging zoals een studieschuld of schulden vanwege de aankoop van een huis of auto. Daarnaast is ook bekend dat mensen met schulden rekeningen van de zorgverzekeraar als eerst laten liggen (57).

Resultaten: Vindplaatsen van mensen die (mond) zorg mijden om financiële redenen

De resultaten met betrekking tot vindplaatsen van mensen die (mond)zorg mijden zijn beperkt. Voorbeelden van partijen die in contact staan met zorgmijders worden genoemd in het rapport van het Verwey-Jonker Instituut, waaronder woningcorporaties, scholen en de afdeling werk en inkomen van gemeenten (37). Daarnaast kan het zijn dat huisartsen in contact staan met mensen die vervolgzorg mijden en apothekers in contact komen met mensen die medicatie afwijzen om financiële redenen (37).

Expertbijeenkomsten

Bovenstaande resultaten zijn in expertbijeenkomsten besproken en na commentaar verder aangevuld. Bijlage A bevat een uitwerking van de expertbijeenkomsten. Hieronder worden de belangrijkste uitkomsten van de expertbijeenkomsten voor de definities van mondzorg beschreven.

Wat werd door experts herkend en bevestigd?

De complexiteit van het Nederlandse zorgsysteem en de multi-problematiek van mijders van zorg werd uitgebreid herkend. Mensen die onvoldoende kennis en vaardigheden hebben, en daarnaast vaak ook chronische stress, kunnen moeilijk navigeren in het systeem en de organisatie van gezondheidszorg. Dit belemmert hun toegang tot zorg. Daarnaast kunnen ze niet goed voorzien in

hun zelfzorg en zoeken ze minder snel hulp. Voor mensen in nood is een opstapeling en verwevenheid van problemen die vertalen in socio-economische verschillen en maatschappelijke uitsluitingsmechanismen. Deze versterken de kans op sociaal maatschappelijke isolatie en problemen als gevolg daarvan. Naast angst voor de zorgverlener kan het imago van tandartsen (gericht op geld verdienen) een rol spelen bij mijdingsgedrag. Daarnaast werd herkend dat mannen en vrouwen even vaak zorg mijden, maar werd toegevoegd dat vrouwen vaker hulp vragen.

Wat ontbrak volgens expert en is aangevuld?

Volgens experts waren de resultaten uit de literatuur over vindplaatsen te beperkt. Daaraan zijn vindplaatsen toegevoegd: voedselbanken, straatdokters, schuldhulpverlening, wijkteams, noodfondsen, thuiszorg.

Daarnaast is het van belang om bij migratieachtergrond zich te realiseren dat dit een erg breed begrip is, het gaat vooral om nieuwkomers, ongedocumenteerden en arbeidsmigranten. Vooral nieuwkomers hebben moeite met navigeren, maar migranten zijn dan weer vaak bekend met het zorgstelsel in het eigen land en hebben daardoor andere verwachtingen van de zorg hier. Vaak hangt ook cultuur samen met risicogedrag, denk aan hoge suikerconsumptie en generationele overdracht van zorgconsumptie. Mannen en vrouwen mijden zorg wellicht even vaak, maar vrouwen vragen vaker hulp.

Identificatie en analyse van primaire- en secundaire data

Resultaten: Primaire data

Vektis en Infomedics

Het aanvankelijke verzoek aan VEKTIS en INFOMEDICS om levering van data over kosten en mondzorgconsumptie aan betrof:

- Data per patiënt per categorie van kosten
- Basispakket
 - o Aanvullende zorgverzekering
 - o WLZ
 - o Eigen bijdragen bij aanvullende zorgverzekering
 - o Out of pocket betalingen (zonder aanvullende zorgverzekering)
- Data per categorie op geaggregeerde niveau: totale kosten per patiënt per jaar
 - o Geen uitsplitsing naar tandheelkundige verrichtingen
- Waarborging anonimiteit van data: data zijn niet naar patiënt of tandarts terug te traceren.

Overwegingen met betrekking tot datalevering:

- oorspronkelijke doel, belang, oogmerk van dataverzameling en beheer, en de grondslag voor de dataverwerking
- sociaal-maatschappelijke grondslagen en publieke baten van het project
- wet en regelgeving van volksgezondheid en gezondheidszorg (inclusief de beroepseed)
- juridische kader voor data delen, waar worden data ondergebracht, waarborgen voor bescherming van privacy, vertrouwelijkheid en veiligheid van data
- wat is nodig voor AVG-proof data delen (data verwerkers overeenkomst?), welke dataverwerking is in context van AVG mogelijk, wie zijn daarbij verwerker en verwerkingsverantwoordelijke.

Gegarandeerde waarborgen

In de context van het project kunnen alle noodzakelijke waarborgen van gegarandeerd worden, te weten:

1. doelbinding van datagebruik
2. privacy bescherming
3. data veiligheid

Ad 1. De waarborgen voor doelbinding van datagebruik wil zeggen dat conform de internationale richtlijnen voor good research practice de data uitsluitend in context van dit project gebruikt worden.

Ad 2. De waarborgen voor vertrouwelijkheid en bescherming van privacy wil zeggen dat conform de AVG de gebruikte data tijdens analyse en rapportage niet tot individu of praktijk herleidbaar zijn.

Ad 3. De waarborgen voor data veiligheid wil zeggen dat conform de AVG toegang tot de gebruikte data afgeschermd is; deze alleen toegankelijk zijn voor de betrokken onderzoekers.

VEKTIS: geen datalevering mogelijk

- Gevraagd werd om microdata van (kosten van) mondzorgconsumptie en aanvullende verzekeringspolis
- Vanuit Vektis is begin september 2022 bericht dat over de wijze waarop de dienstverlening van Vektis voor datalevering voor wetenschappelijk onderzoek nu geregeld is onduidelijkheid over de risico's zou bestaan. Vektis wil deze dienstverlening kunnen garanderen en waar mogelijk uitbreiden en beoogt daartoe eind 2023 de juridische kaders voor dienstverlening met betrekking tot datalevering te versterken. Derhalve is de dienstverlening met betrekking tot datalevering tot eind 2023 beperkt. Dit betekent dat er voorlopig voor nieuwe projecten geen data geleverd worden.

INFOMEDICS: geen opvolging van eerdere toezegging

- Gevraagd werd om microdata over de kosten van mondzorgconsumptie die verzekerd zijn volgens de ZVW (basispakket plus aanvullende verzekering), en kosten van mondzorg voor eigen rekening
- Door Infomedics is, tijdens overleg op 3 augustus 2022 te Almere, enthousiast gereageerd op het verzoek voor levering van data over kosten van mondzorg (zoals hierboven omschreven). Daarbij is toegezegd bij te dragen aan het project. Ze hebben aangegeven dat ze op basis van hun klantenbestand de gevraagde data van mondzorgconsumptie door volwassen Nederlanders kunnen leveren voor 90% van de tandheelkundige praktijken in Nederland. En als motief voor hun bereidheid tot samenwerking geven ze aan dat ze hierdoor kunnen bijdragen aan een positiever imago van hun bedrijf en de beroepsgroep. Daarbij vinden ze de vooropgestelde waarborgen belangrijk, en vinden ze de toegezegde garantie van anonimiteit en niet-herleidbaarheid van data een noodzakelijke voorwaarde.
- In vervolg van dit overleg is echter telefonisch en per mail bericht dat slechts beperkte data leverbaar zijn (3-6 maanden), en dat alleen data beschikbaar kunnen komen van afzonderlijke tandartsen die daarvoor uitdrukkelijk toestemming. De contactpersoon van Infomedics gaf hierover aan wel teleurgesteld te zijn. De argumenten voor deze gewijzigde opstelling van Infomedics betreft bezwaren van hun tandarts-klanten die beducht zouden zijn voor bemoeienis van NZA en zorgverzekeraars op basis van informatie uit het onderzoek. Daarbij aangegeven dat voorafgaande aan datalevering toestemming van tandartsen nodig is.
- Nadien is in overleg gezocht naar mogelijkheden om informatie te ontvangen over verzekeringsplichtigen, die allen bij CAK geregistreerd staan, waarvoor infomedics geen data over (kosten van) mondzorgconsumptie kan leveren.
- Daardoor kunnen na koppeling van deze CAK lijst met CBS micro data de kenmerken, patronen en profielen van mensen (kosten van) mondzorgconsumptie worden geanalyseerd

CBS: microdata beschikbaar voor gebruik

- Gevraagd werd om sociaal demografische en economische microdata
- Procedures, eisen, richtlijnen en voorwaarden zijn beschreven. Gevraagde CBS microdata kunnen beschikbaar komen. De kennis, ervaring en dataplatform van CBS is beschikbaar. CBS zal in overleg en afstemming met onderzoekers data kunnen ontvangen, koppelen en beheren. Een en ander conform de Wet op CBS, dus met in achtname van een strikt regime van voorwaarden, regels en procedures voor het gebruik van de data voor wetenschappelijk onderzoek en statistische analyse. Projectaanvraag bij CBS is mogelijk, maar dit is niet noodzakelijk zo lang als er geen mondzorgconsumptie data beschikbaar zijn.

Resultaten: Secundaire data

FNV leden enquête 2022

Uit een enquête onderzoek van de FNV in 2022, waaraan 5.096 leden deelnamen, bleek dat 40% niet naar de tandarts gaat om kosten te vermijden. Ruim 44% van alle respondenten ervaart 44% gebitsproblemen, en 64% daarvan gaat met deze klachten niet naar tandarts om kosten te vermijden, waardoor bij 94% van hen de klachten zijn verergerd (58) .

Dashboard Stichting Urgente Noden Nederland

Gevraagd werd om data van mensen die noodhulp aanvragen voor mondzorg. In het dashboard is data beschikbaar voor de aangesloten noodhulpfondsen. Dit betreft momenteel ruim 1500 aanvragen voor financiële noodhulp voor tandartskosten. Deze data biedt inzicht in relevante demografische sociaal-maatschappelijke en socio-economische kenmerken van de noodhulp aanvragers. Vanuit SUN Nederland is toegezegd dat deze data gebruikt kunnen worden voor het project.

Hieronder wordt een beschrijving van de data van SUN weergegeven:

Algemene beschrijving

De data in het dashboard hebben betrekking op individuele aanvragen voor noodhulp in tandartskosten tussen 2019-2022. De dataset is verzameld bij 12 noodhulpbureaus, verdeeld over acht Nederlandse provincies: Noord-Holland (Haarlem), Flevoland (Almere), Zuid-Holland (Den Haag, Leiden, Krimpenerwaard, Lekstroom, Nissewaard, Waterweg), Friesland, Groningen-Drenthe, Gelderland (Liemers-Achterhoek, Rheden) en Limburg (Weert). Om de dataset bruikbaar te maken voor analyse is die bewerkt met RStudio. De data is geanalyseerd met behulp van IBM SPSS Statistics versie 27.

De dataset bevat anonieme gegevens van 1.572 aanvragers voor noodhulp in de financiering van tandartskosten in de periode 2019-2022. In 2021 vonden de meeste aanvragen plaats (543) en in 2020 vonden de minste aanvragen plaats (288). Van de aanvragers was 38,8% man en 62,2% vrouw. 46,1% van de aanvragers waren jonger dan 40 jaar en 70,6% van de aanvragers was jonger dan 50 jaar. In totaal had 41,4% van de aanvragers geen inkomen en 36,6% had een inkomen in de vorm van een (of meerdere) uitkering(en). Van de aanvragers had 8,1% inkomen vanuit arbeid en 1,2% had inkomen van DUO.

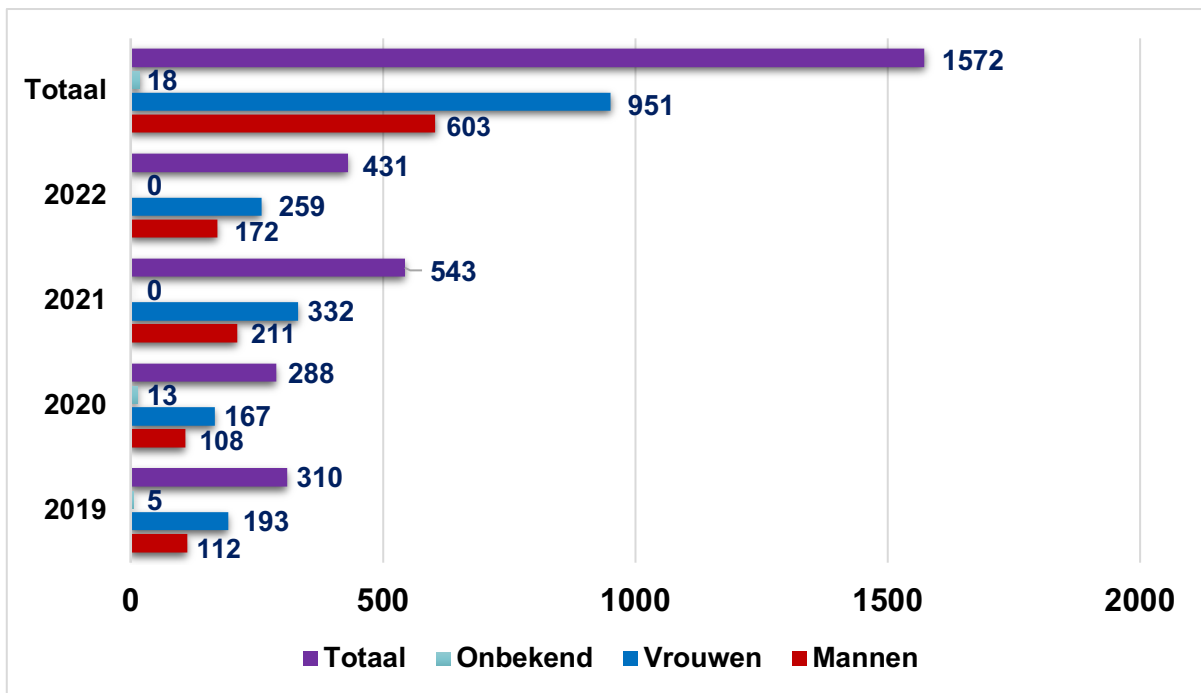
Het minimaal aangevraagde bedrag betrof 20 euro en het maximaal aangevraagde bedrag betrof 8000 euro, met een gemiddeld aangevraagd bedrag van 638,45 euro (std.deviation 821,92 euro).

Het minimaal toegekende bedrag betrof 0 euro en het maximaal toegekende bedrag was 1850 euro, met een gemiddeld toegekend bedrag van 97,56 euro (std.deviation 190,85 euro).

Geslacht

Wat opvalt in figuur 2 is dat vrouwen voor alle jaren een groter aandeel hebben in het aantal noodhulpaanvragen voor tandartskosten. In 2019 t/m 2022 hebben 951 (61%) vrouwen vs. 603 (38%) mannen een aanvraag ingediend voor noodhulp. Van 18 (1%) aanvragers is het geslacht onbekend.

Figuur 2. Aantal noodhulpaanvragen voor Tandartskosten per jaar en totaal (n)

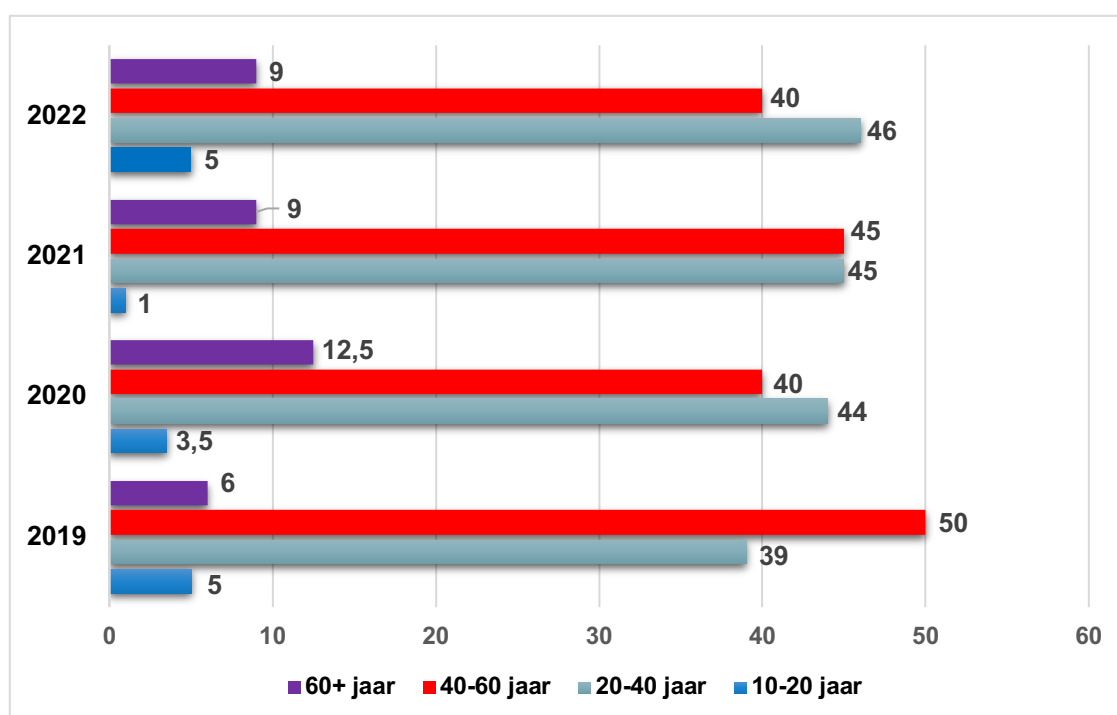


Leeftijd

In 2019 t/m 2022 bevonden 1.364 (86,8%) aanvragers zich in de leeftijdscategorie van 20-40 jaar of 40-60 jaar. In figuur 3 is het percentage zichtbaar van de leeftijdscategorie van aanvragers per jaar.

In 2019 bevonden 123 (39,9%) van de aanvragers zich in de leeftijdscategorie van 20-40 jaar en 159 (51,6%) in de leeftijdscategorie van 40-60 jaar. In 2020 bevonden 118 (42,4%) van de aanvragers zich in de leeftijdscategorie van 20-40 jaar en 115 (41,3%) van de aanvragers zich in de leeftijdscategorie van 40-60 jaar. In 2021 bevonden 230 (42,5%) van de aanvragers zich in de leeftijdscategorie van 20-40 jaar en 245 (45,2%) van de aanvragers zich in de leeftijdscategorie van 40-60 jaar. De percentages waren vergelijkbaar in 2022. In 2022 bevonden 199 (46,4%) van de aanvragers zich in de leeftijdscategorie van 20-40 jaar en 175 (40,8%) van de aanvragers zich in de leeftijdscategorie van 40-60 jaar.

Figuur 3. Leeftijdscategorie in % van het totaal aantal aanvragers per jaar voor noodhulp tandartskosten

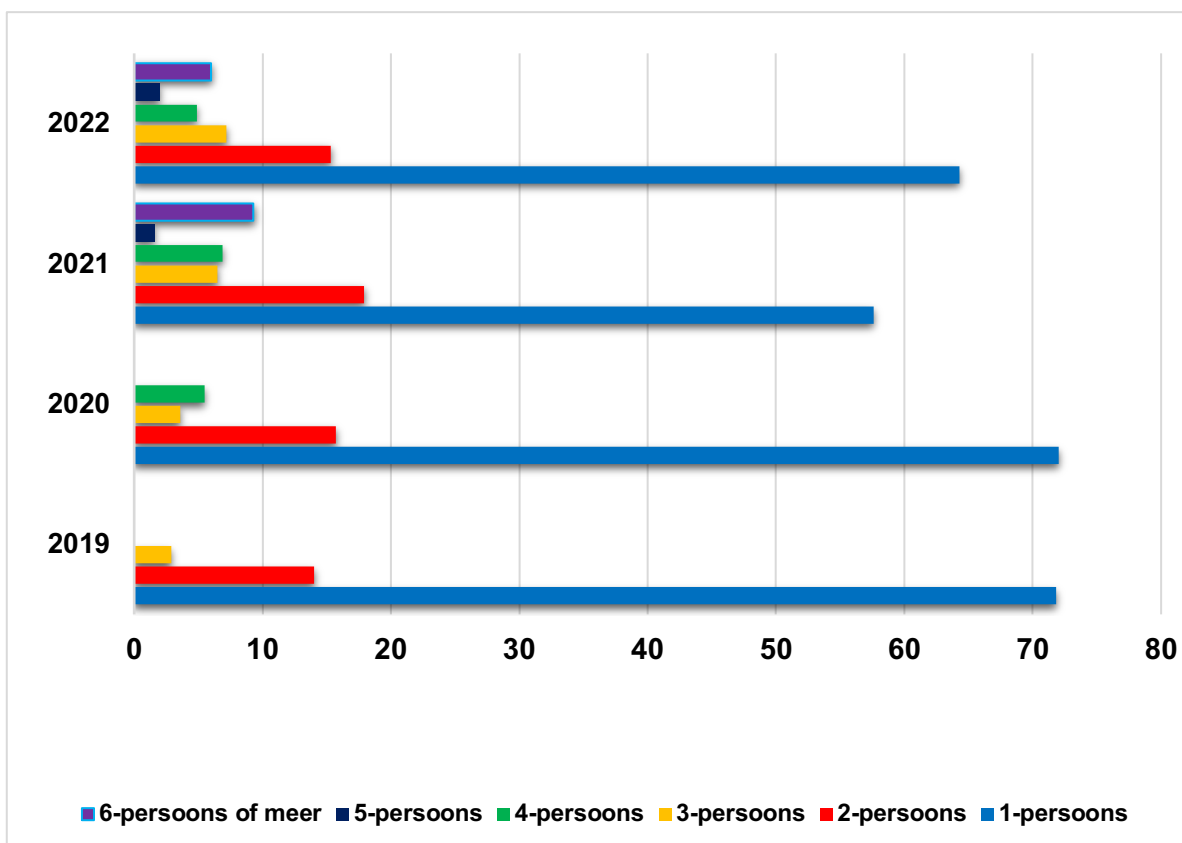


Samenstelling huishouden

Van de aanvragers over alle jaren komen 1-persoons huishoudens veruit het meest voor: over 2019-2022 waren 1022 aanvragers (65%) onderdeel van een 1-persoonshuishouden. Zij werden gevolgd door 2-persoonshuishoudens: in 2019-2022 waren dat 253 aanvragers (16,1% van het totale aantal aanvragers).

In figuur 4 is de samenstelling van huishoudens van aanvragers in % zichtbaar voor 2019, 2020, 2021 en 2022. In 2019 waren 221 aanvragers (71,3%) afkomstig uit een 1-persoonshuishouden en 46 aanvragers (14,8%) waren afkomstig uit een 2-persoonshuishouden. In 2020 waren 208 (72,2%) van de aanvragers afkomstig uit een 1-persoonshuishouden en 43 (14,9%) van de aanvragers uit een 2-persoonshuishouden. In 2021 waren 316 (58,2%) van de aanvragers afkomstig uit een 1-persoonshuishouden en 98 (18%) van de aanvragers uit een 2-persoonshuishouden. In 2022 waren 277 (64,3%) van de aanvragers afkomstig uit een 1-persoonshuishouden en 66 (15,3%) van de aanvragers uit een 2-persoonshuishouden.

Figuur 4. Samenstelling huishoudens van aanvragers (%) naar aantal personen in huishouden

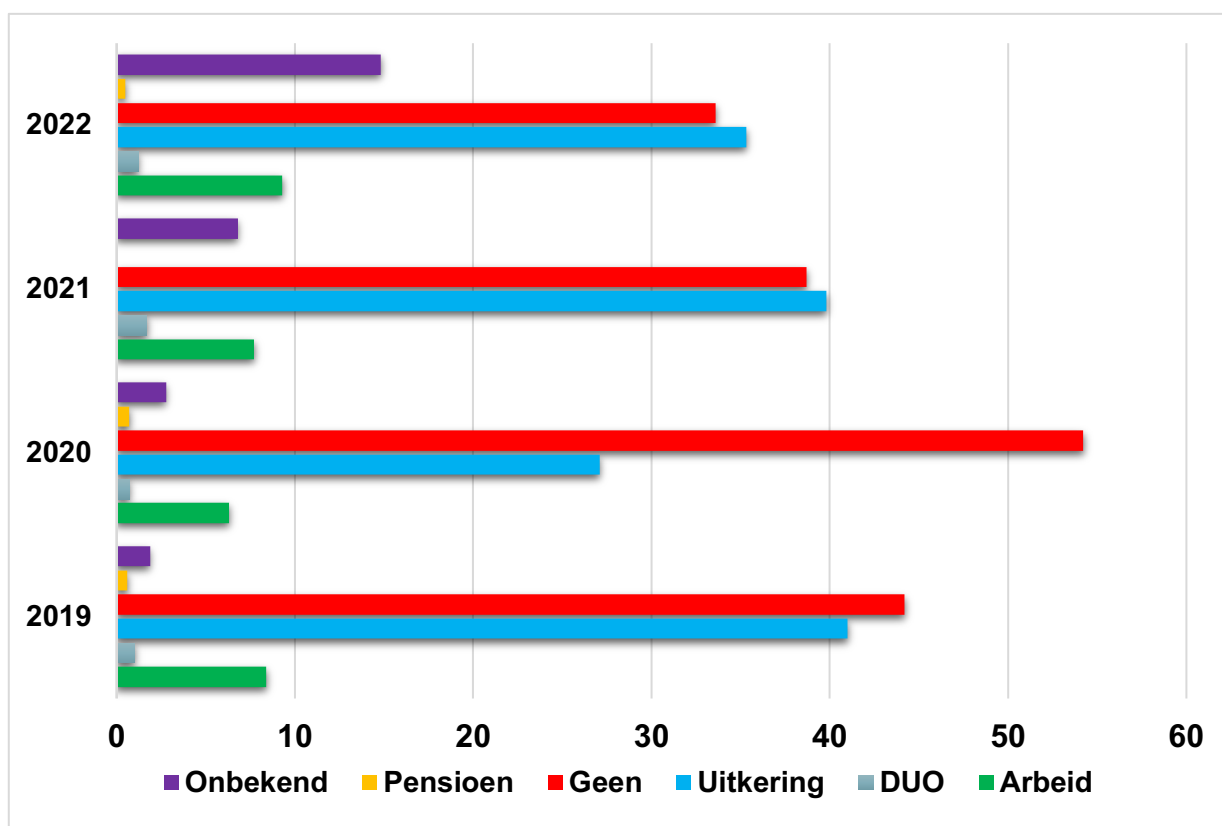


Inkomstenbron

Van de aanvragers over alle jaren (2019-2022) hadden 648 (41,2%) aanvragers geen inkomen. 573 (36,5%) van de aanvragers hadden inkomen uit uitkering(en). 126 aanvragers (8%) hadden inkomen uit arbeid.

In figuur 5 is de inkomstenbron van aanvragers in % zichtbaar voor 2019, 2020, 2021 en 2022. In 2019 hadden 137 aanvragers (44,2%) geen inkomen. 127 aanvragers (41%) hadden inkomen uit uitkering(en). In 2020 hadden 156 aanvragers (54,2%) geen inkomen en 78 aanvragers (27,1%) hadden inkomen uit uitkering(en). In 2021 hadden 210 aanvragers (38,7%) geen inkomen en 216 aanvragers (39,8%) hadden inkomen uit uitkering(en). In 2022 hadden 145 aanvragers (33,6%) geen inkomen en 152 aanvragers (35,3%) hadden inkomen uit uitkering(en).

Figuur 5. Inkomstenbron aanvragers (%) per jaar



Identificatie en analyse van primaire- en secundaire data – Aanbevelingen voor vervolg

Aanbeveling 1:

De belangrijkste hindernis is de belemmering in de dienstverlening met betrekking tot datalevering door INFOMEDICS.

Een relevante en verantwoordelijke rol lijkt weggelegd voor de beroepsgroep en de organisaties van mondzorg professionals. Zij kunnen samen met hun leden een bijdrage leveren aan het mogelijk maken van de analyse en monitoring van mondzorg mijding mogelijk te maken, door de beschikbaarstelling van noodzakelijke data door INFOMEDICS te bevorderen.

Aanbeveling 2:

De andere hindernis is de tijdelijke beperking (tot eind 2023) in de dienstverlening van VEKTIS met betrekking tot datalevering.

VEKTIS heeft belangrijke informatie die dienstbaar is aan de analyse van mensen zonder (kosten van) mondzorgconsumptie: bepaling van hun aantal, en de karakteristieken en profielen van deelgroepen. Bovendien is betrokkenheid van zorgverzekeraars bij toekomstige monitoring van mensen zonder (kosten van) mondzorgconsumptie is wenselijk.

3.4. Beantwoording onderzoeksvragen

Met de resultaten van dit onderzoek kunnen de onderzoeksvragen uit de opdracht worden beantwoord.

Welke patronen van (mond)zorg mijden zijn bekend?

Het mijden van mondzorg wordt van oudsher toegeschreven aan psychosociale individuele kenmerken van mensen, zoals beperkte gezondheidsvaardigheden en angst voor de tandartsbehandeling. Naast mijding van mondzorg komt ook mijding van vervolgzorg voor. Dan worden de adviezen voor het starten van een behandeling niet opgevolgd, of worden er geen vervolgspraken gemaakt of nagekomen, terwijl na opstarten van de behandeling vervolgzorg wel nodig is. Mijding van zorg, en van mondzorg in het bijzonder, staat vaak niet op zichzelf, hangt samen met sociaal economische gezondheidsverschillen, gaat gepaard aan bestaansonzekerheid bij sociaal maatschappelijke multi-problematiek, een laag inkomen, werkloosheid, chronische ziekte en multi-morbiditeit met hoge ziektekosten. Mijden van mondzorg vanwege financiële redenen zal doorgaans gelegen zijn in een zorgverzekering zonder of met gedeeltelijke dekking van kosten van mondzorg, in samenhang met een onvoldoende eigen financiële buffer. Naast het vermijden van kosten voor eigen rekening, zijn angst voor tandheelkundige behandelingen, ontevredenheid over zorg en moeite met navigeren in het zorgsysteem en schaamte redenen voor mijden van mondzorg. De beperkte bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorgverleners of zorgpraktijken kan eveneens een reden voor mijding van mondzorg zijn.

Wat zijn de kenmerken en profielen van (groepen) mensen die (mond)zorg mijden?

In figuur 5 zijn de kenmerken en profielen van groepen mensen die mondzorg mijden weergegeven. Deze indeling is gebaseerd op een ordening van groepen mensen die mondzorg mijden in vier karakteristieken: de kenmerken, de omstandigheden, de vindplaatsen en de redenen voor mijding. Vanuit het perspectief van de opdracht voor dit onderzoek zijn sociaal maatschappelijke multiproblematiek en bestaansonzekerheid overstijgende karakteristieken voor het profiel van (groepen) mensen die mondzorg mijden. Onder de figuur wordt, in antwoord op de vraag daar voor in de onderzoeksopdracht, een samenvatting met uitleg gegeven bij de vier karakteristieken. Deze indeling van kenmerken in karakteristieken is tot stand gekomen op basis van literatuuronderzoek en consultatie van ervaringsdeskundige hulpverleners.

Jongvolwassenen (18-34 jaar) mijden mondzorg vaker dan andere leeftijdscategorieën. In de geraadpleegde literatuur komt niet naar voren welke geslacht het vaakst mondzorg mijdt. Mensen die mondzorg mijden zijn over het algemeen mensen met een kwetsbare sociaal maatschappelijke positie. Zij hebben een laag opleidingsniveau of een lage startkwalificatie (maximaal mbo1), een laag of geen inkomen, geen vast werk of zijn werkloos, een chronische ziekte, hoge zorgkosten (relatief t.o.v. inkomen), of problematische schulden. Zij hebben meer kans op een leven in armoede, in bestaansonzekerheid en met een lage kwaliteit van leven.

Figuur 5. Overzicht kenmerken van mijders van zorg om financiële redenen.



Bij een combinatie van voorgaande kenmerken neemt hun kwetsbaarheid en bestaansonzekerheid toe. Hun levensomstandigheden veranderen bij ziekte of echtscheiding (eenoudergezinnen), en voor jongeren bij de overgang naar volwassenheid, waardoor hun kwetsbaarheid en bestaansonzekerheid groter worden.

Relatief veel zorgmijding komt onder daklozen en mensen met een niet-westerse migratieachtergrond. Zorgmijders kunnen een slechte gebitstoestand hebben, waarbij men zich schaamt om te lachen. Laaggeletterdheid speelt ook een rol bij zorgmijding. Daarnaast is de aanwezigheid van chronische aandoeningen of problemen met mentale gezondheid een risicofactor.

Voor mensen die laaggeletterd zijn en mensen met beperkte verstandelijke vermogens, is het denkvermogen (verzamelen en afwegen van informatie, het maken van keuzen en nemen van beslissingen) beperkt (59). Voor mensen die laaggeletterd zijn en mensen met beperkte verstandelijke vermogens, maar ook voor mensen met beperkte zelfredzaamheid of beperkte gezondheidsvaardigheden om andere redenen, is het doenvermogen (plan maken, in actie komen, vol houden en met tegenslag kunnen omgaan) beperkt (59). Voor hen is systeem en de organisatie van gezondheidszorg en hulpverlening al snel te complex: zij hebben een informatieachterstand of een onjuist verwachtingspatroon, en weten hun weg niet te vinden.

Naast de gevonden kenmerken in de literatuur is op basis van de analyse van data uit het SUNN dashboard meer duidelijk verkregen over kenmerken van mensen die de afgelopen jaren een aanvraag hebben gedaan voor noodhulp bij financiering van tandartskosten. Vrouwen deden vaker dan mannen een aanvraag voor noodhulp bij financiering van tandartskosten. Aanvragers van deze noodhulp zijn in meerderheid tussen de 20-60 jaar oud en afkomstig uit kleine huishoudens. Zij hebben geen inkomstenbron of ontvangen een (of meerdere) uitkering(en). De data uit het SUNN dashboard bevestigt het beeld over de kenmerken van mensen die mondzorg om financiële redenen mijden.

Waar bevinden en begeven mensen die (mond)zorg mijden zich?

De resultaten van het bronnenonderzoek met betrekking tot vindplaatsen van mensen die (mond)zorg mijden zijn beperkt. Vanzelfsprekend is dat structurele mijders van mondzorg om financiële reden niet in de praktijk van de mondzorgverlener te vinden zijn. Er zijn uiteenlopende formele instellingen en professionele organisaties in het sociale domein die waarschijnlijk in contact staan met mensen die mondzorg mijden, te weten woningcorporaties, scholen, jongerenwerk, gemeentelijke afdeling werk en inkomen, wijkteams en schuldhulpverlening. Ook zien hulpverleners in het zorg domein, te weten huisartsen, praktijk-ondersteuners (POH), apothekers en paramedici, waarschijnlijk mensen die medicatie of zorg om financiële redenen afwijzen en daarnaast al langere tijd om financiële redenen van mondzorg (of vervolgzorg) afzien. Tenslotte is er een aantal andere (veelal vrijwilligers) organisaties in het sociale domein, te weten voedselbanken, noodhulpbureaus, opvanghuizen en charitatieve fondsen.

Waarin verschillen mensen die (mond)zorg mijden om financiële redenen van mensen die dat om andere doen?

Een belangrijk onderscheid tussen mensen die (mond)zorg om financiële redenen mijden en mensen die dat om andere doen, is het wel of niet ervaren van een financiële belemmering voor het bezoeken van de mondzorgverlener. Indien er een behoefte aan mondzorg is en er voldoende financiële middelen zijn om in de kosten van bezoek aan een tandarts te kunnen voorzien, dan kunnen mensen andere beweegredenen hebben die leiden tot mijding van mondzorg. Dit betreft mensen met een zorgbehoefte, al dan niet met klachten, die financieel gezien wel van mondzorg gebruik **kunnen** maken, maar die om andere beweegredenen er voor **kiezen** dit niet te doen.

Mensen die een zorgbehoefte, al dan niet met klachten, en graag van mondzorg gebruik **willen** maken maar voor wie dit vanwege geldgebrek niet mogelijk is, **kunnen niet kiezen**. Zij worden vanwege financiële redenen belemmerd in hun mondzorgconsumptie. In kringen van beleidsmakers en zorgprofessionals wordt dit zorgmijden genoemd. Maar het gebruik van deze term resulteert voor verkeerde beeldvorming, want dit gedrag betreft geen vrije keuze. Het betreft feitelijk mijden van kosten mondzorg. Deze mensen worden namelijk geconfronteerd met catastrofale zorguitgaven, die hen geen keuze laten. Wegens geldgebrek kunnen ze noodgedwongen geen geld besteden aan zelfzorgmiddelen voor mondhygiëne (mondzorg categorie 0). Zij hebben geen geld voor een aanvullende polis van de zorgverzekering, het eigen risico zorgverzekering, of bijbetalingen voor niet verzekerde zorg (mondzorg categorie 1 en 2).

Deze mensen waaronder ook, maar niet uitsluitend, dak- en thuislozen, ongedocumenteerden of mensen met een verslaving, worden in hun dagelijks leven belemmerd door sociale, maatschappelijke, psychische en fysieke multi-problematiek. Het betreft ook enkele andere duidelijk herkenbare specifieke groepen, zoals mensen met een verstandelijke beperking, GGZ problematiek, en alleenstaande ouders met kinderen, veelal moeders.

Zij leven in structurele bestaansonzekerheid, en kunnen moeilijk meekomen in de samenleving. Het zijn veelal mensen met minimum besteedbaar inkomen of lager en hebben geen vast inkomen uit arbeid of zijn gepensioneerd. Zij zijn laag geletterd, hebben niet de gewenste gezondheidsvaardigheden. Zij zijn als gevolg van chronische stress, als gevolg van hun bestaansonzekerheid, niet in staat zijn adequate beslissingen te nemen of keuzen maken. Zij doen voor hun levensonderhoud een beroep op de voedselbank en charitatieve fondsen, en voor hun bijzondere uitgaven doen ze een beroep op noodhulpfondsen, en de bijzondere bijstand. Bij betalingsachterstanden vragen ze om betalingsregelingen en maken gebruik van schuldhulpverlening. Zij laten facturen en rekeningen van de zorgverzekeraar als eerste ongeopend liggen (NIBUD). Zij maken gebruik van een collectieve zorgverzekering via een gemeentepolis, waardoor zij nauwelijks verzekerd zijn tegen kosten van mondzorg.

Epiloog

Het beeld dat bij aanvang van het project bestond over het probleem van mondzorg mijding en de doelgroep van mensen die mondzorg vermijden is bevestigd. In de mondgezondheid en mondzorg manifesteert zich een sociaal-economische verschil: mensen mijden de kosten van mondzorg, en dit treft in meerderheid mensen die zich wegens geldgebrek geen mondzorg kunnen veroorloven. Zij hebben geen toegang tot betaalbare kwalitatief goede mondzorg: zij ontberen periodieke controle van hun mondgezondheid, preventieve maatregelen tegen mondziekten, en tijdige behandeling bij beginnende mondziekten. Voorts zijn er signalen dat een deel van de doelgroep in dusdanige financiële problemen verkeert dat zij niet kunnen veroorloven zelfzorg middelen voor mondhygiëne (tandenborstel, tandpasta, tandstokers) aan te schaffen.

Mondzorg mijden: een bewust en vrijwillig gekozen risico?

Het gebruik van het begrip mijden veronderstelt de mogelijkheid van een bewuste keuze om van mondzorg af te zien. Volgens het 'moral hazard' principe zijn de kosten van schade voor eigen rekening als deze het gevolg is van een vrijwillig en bewust gekozen risico.

Indien er een reële zorgbehoefte bestaat, maar wegens structureel geldgebrek noodgedwongen van tandartsbezoek moet worden afgezien, gaat het om mijden van catastrofale zorgkosten (financiële tegenspoed en ellende als gevolg van uitgaven voor de kosten van zorg voor eigen rekening) (60) (61). Hun geldgebrek laat ze geen keuze.

Bij langdurig afzien van mondzorg wegens structureel geldgebrek dreigt verwaarlozing van de mondgezondheid.

Deze mensen zitten in de knel en vertonen zorgconsumptie gedrag dat in kringen van beleidsmakers en zorgprofessionals als zorg mijden wordt aangeduid. Maar het gebruik van deze term resulteert voor verkeerde beeldvorming, want dit gedrag betreft geen vrije keuze. Er is daarom voldoende reden dit langdurig afzien van mondzorg wegens structureel geldgebrek te benoemen als mondzorgarmoede in plaats van mondzorg mijding.

Volgens de WHO voorziet een goed functionerend gezondheidszorgstelsel erin dat alle mensen en groepen in de samenleving worden beschermd tegen bedreigingen van de gezondheid, rechtvaardige toegang tot zorg hebben, worden beschermd tegen de financiële gevolgen van een slechte gezondheid (62), en dat zij kunnen zorgen voor de gezondheid van henzelf en hun gezin, toegang hebben tot essentiële, effectieve en kwalitatief voldoende gezondheidszorg, waar en wanneer zij die nodig hebben, zonder dat zij geconfronteerd worden met financiële tegenspoed en ellende als gevolg van uitgaven voor de kosten van zorg voor eigen rekening (60).

In 2021 heeft de WHO General Council in een resolutie alle de lidstaten gevraagd om, in de context van hun nationale omstandigheden:

- de belangrijkste risicofactoren voor een slechte mondgezondheid en de bijbehorende ziektelast te begrijpen en aan te pakken;
- de integratie van mondgezondheid in hun nationale beleid bevorderen, onder meer door interdepartementaal en intersectoraal werk te bevorderen (63).

Op basis van de informatie uit dit rapport kan geconcludeerd worden dat de organisatie en inrichting van mondzorg in Nederland op dit moment niet aan de beginselen van Universal Health Coverage voldoet (63). Deze lijkt eerder aan te sluiten bij de beginselen van de Inverse care law (64) en bij te dragen aan het Mattheus effect (65) (66).

Wat betreft het volgen van de WHO resolutie over mondzorg (63), komen er vooralsnog verschillende signalen uit de beroepsgroep van mondzorg professionals (67) (68) . En in de preambule van de richtlijn parodontologie in de algemene praktijk (69) worden, in afwijking op de beginselen van UHC, overwegingen meegegeven over niet starten of staken van behandeling indien het aan voldoende beschikbare middelen of voldoende zelfzorg ontbreekt. Hierbij lijkt voldaan te worden aan wat William Schofield heeft beschreven als “*de voorkeur voor de aantrekkelijke cliënt*” (70) (71) (72) .

Een relevante rol en een belangrijke taak lijkt weggelegd voor de beroepsgroep en de organisaties van mondzorg professionals. Zij kunnen een bijdrage leveren aan de samenleving door onbaatzuchtigheid in de mondzorg te bevorderen ten behoeve van mensen die leven in mondzorgarmoede. Voorts kunnen zij een bijdrage leveren aan het mogelijk maken van de beschikbaarstelling van noodzakelijke data om de analyse en monitoring van mondzorg mijding mogelijk te maken: hoeveel mensen mijden mondzorg, en welke deelgroepen zijn te onderscheiden.

Overeenkomstig het integraal zorgakkoord kunnen nationale en lokale beleidsmakers bijdragen aan de verbinding van het sociaal domein met de gezondheidszorg met in begrip van de mondzorg. Daarbij kunnen hulpverleners in het (para)medisch domein en het sociaal domein bijdragen aan signalering en tijdige herkenning van verwaarlozing van de mondgezondheid, mijding van mondzorg en mondzorgarmoede (zie bijlage F).

Verzekeraars kunnen begrijpelijkerwijs geen brandend huis verzekeren (73), maar zij kunnen wel bijdragen aan of bevorderen van passende en tijdige maatregelen om een brand in huis te voorkomen. Overeenkomstig kunnen zorgverzekeraars bijdragen aan mogelijkheden van passende en tijdige maatregelen ter preventie van verwaarlozing van mondgezondheid en mijden van mondzorg.

Bibliografie

1. **Tweede Kamer.** Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein. *Kamerstukken- Wetsvoorstellen*. [Online] [Citaat van: 23 February 2023.] <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?cfg=wetsvoorsteldetails&qry=wetsvoorstel%3A36295#wetgevingsproces>.
2. *Causal Effect of Tooth Loss on Cardiovascular Diseases.* **Matsuyama Y, Jürges H, Listl S.** 1, January 2023, *J Dent Res*, Vol. 102, pp. 37-44.
3. *Causal effect of tooth loss on depression: evidence from a population-wide natural experiment in the USA.* **Matsuyama Y, Jürges H, Dewey M, Listl S.** 38, May 2021, *Epidemiol Psychiatr Sci*, Vol. 30.
4. *Global Economic Impact of Dental Diseases.* **Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W.** 10, October 2015, *J Dent Res*, Vol. 94, pp. 1355-61.
5. *Including oral diseases and conditions in universal health coverage.* **Listl S, Quiñonez C, Vujcic M.** 6, June 2021, *Bull World Health Organ*, Vol. 99.
6. **CBS.** Contacten met de tandarts 2021. [Online] 2021. <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2022/12/contacten-met-de-tandarts-2021>.
7. *Kosten en financiering van de mondzorg.* **van der Wouden P, den Dekker J, van der Heijden GJMG.** 6, June 2019, *Ned Tijdschr Tandheelkd*, Vol. 126, pp. 335-340.
8. **Het Sociaal en Cultureel Planbureau.** *Armoede in Kaart 2018.* Den Haag : sn, 2018.
9. **NIBUD.** *Geldzaken in de Praktijk 2018-2019 deel 1. Financiële problemen.* NIBUD. Utrecht 2019. Utrecht : sn, 2019.
10. **OECD.** *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems.* 2019.
11. **Nationale Ombudsman.** *Sociale minima in de knel.* 2022.
12. **KNMT.** Niet naar de tandarts vanwege geldgebrek- wat nu? *KNMT.* [Online] 30 March 2021. <https://knmt.nl/nieuws/niet-naar-de-tandarts-vanwege-geldgebrek-wat-nu>.
13. **CAK.** Regeling wangbetalers. *Het CAK.* [Online] [Citaat van: 1 December 2022.] <https://www.hetcak.nl/regelingen/wanbetalers> .
14. **Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.** Antwoorden op Kamervragen over noodhulp aan mensen met lage inkomens en mondzorgklachten. *Rijksoverheid.* [Online] 15 June 2022. <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-24bfb6de099114162b0174081901c0d74e82b9e3/pdf>.
15. **World Health Organization.** Oral Health. *World Health Organization.* [Online] [Citaat van: 12 December 2022.] https://www.who.int/health-topics/oral-health#tab=tab_1.
16. *A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health.* **Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujcic M, Watt RG, Weyant RJ.** 12, sl : J Am Dent Assoc., December 2016, *J Am Dent Assoc.*, Vol. 147.

17. *Evidence based klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg. 1. Maatschappelijk, professioneel en zorginhoudelijk perspectief.* **Mettes TG, Barendregt DS, Oosterkamp BCM, Bruers JJM.** 2014, Ned Tijdschr Tandheelkd, Vol. 121.
18. **Rijksoverheid.** Preventie| Wat is preventie? *vzinfo.* [Online] [Citaat van: 18 Augustus 2022.] <https://www.vzinfo.nl/preventie/wat-is-preventie>.
19. **Gelreland Parodontologie.** Parodontitis en gezondheid. *Gelreland Parodontologie.* [Online] [Citaat van: 2 September 2022.] <https://gelreland.nl/patienten/parodontitis-en-gezondheid/>.
20. *PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation.* **Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al.** 7, 2018, Ann Intern Med., Vol. 169.
21. **World Cafe. Involve.** [Online] [Citaat van: 24 November 2022.] <https://involve.org.uk/resources/methods/world-cafe>.
22. **Zorginstituut Nederland.** Tandarts en mondzorg (Zvw). *Zorginstituut Nederland.* [Online] [Citaat van: 4 Juni 2022.] <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/tandarts-en-mondzorg-zvw>.
23. *Pandemic Considerations on Essential Oral Health Care.* **Benzian H, Beltrán-Aguilar E, Mathur MR, Niederman R.** 3, 2021, Journal of Dental Research., Vol. 100.
24. **Pharos. Arts en Vreemdeling. Rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen.** Utrecht : KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medische Specialisten, Pharos, 2007.
25. **RMA Healthcare.** Bijlage 5 bij de Regeling Medische zorg Asielzoekers: Noodhulprijst Tandheelkunde. *Regeling Medische zorg Asielzoekers.* [Online] [Citaat van: 1 Juni 2022.] https://www.rmasielzoekers.nl/Portals/8/20220101_Bijlage%205%20Noodhulprijst%20Tandheelkunde.pdf?ver=KgCFeudsvNDp2oDnbd0BKw%3d%3d.
26. **FBNA.** Uitgangspunten voor het verlenen van basale tandheelkundige hulp ten laste van sociale fondsen. *FBNA.* [Online] February 2022. <https://fbna.nl/wp-content/uploads/2022/02/Uitgangspunten-tandheelkundige-hulp.pdf>.
27. **KNMT-ANT-ONT-NVM.** Leidraad Mondzorg Corona versie 3.0 . [Online] 21 April 2020.
28. **HollandZorg.** Vergoeding spoedeisende tandheelkundige zorg. [Online] 21 October 2022. <https://www.hollandzorg.com/nl/zakelijk/polis/spoedeisende-tandheelkundige-zorg>.
29. **Nederlandse Zorgautoriteit.** Urgentielijst medisch-specialistische zorg. [Online] 29 May 2020. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_306624_22/1/#9efe236a-8d68-4635-8079-b2ed8708fc94.
30. 'Mond is spiegel voor de gezondheid'. *Mijn Gezondheidsgids.* [Online] [Citaat van: 6 September 2022.] <https://www.mijngezondheidsgids.nl/botten-spiere-en-gewrichten/gebit/mond-is-spiegel-gezondheid/>.
31. **Ivoren Kruis.** Tandpoetsen. [Online] 2019. <https://www.mhgeldrop.nl/websites/1/images/mondzorg-tanden-poetsen.pdf>.
32. *The mouth as a site of structural inequalities; the experience of Aboriginal Australians.* **A. Durey D. Bessarab L. Slack-Smith.** S1, December 2022, CDH Journal, Vol. 39.

33. *The potential oral health impact of cost barriers to dental care: findings from a Canadian population-based study.* Thompson, B., Cooney, P., Lawrence, H. et al. 78, 2014, BMC Oral Health, Vol. 14.
34. *Factors affecting oral examinations and dental treatments among older adults in Israel.* . Shahrabani, S. 43, 2019, Isr J Health Policy Res, Vol. 8.
35. *Oral health research funding in relation to disease burden in Australia.* A Ghanbarzadegan, S Ivanovski, AJ Sloan, H Spallek,. 2022, Australian Dental Journal.
36. *Cost-related dental non-attendance in older adulthood: evidence from eleven European countries and Israel.* S, Listl. 2, 2016, Gerodontology, Vol. 33, pp. 253-259.
37. Verwey-Jonker Instituut: N. Hermens, M. Kwakernaak, M. Badou & O. de Zwart. *Ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen. Maatregelen van gemeenten en zorgverzekeraars.* 2020.
38. *Self-perceived health problems and unmet care needs of homeless people in the Netherlands : the need for pro-active integrated care.* Verheul MSc, M., Laere, I. van ., Muijsenbergh, D.M. van . den . and Genugten MSc, W. van . 1, 2020, Journal of Social Intervention: Theory and Practice,, Vol. 29, pp. 21-40.
39. M., Pomp. *Oorzaken en gevolgen van het mijden van mondzorg door kwetsbare ouderen & een voorstel voor een beleidsexperiment.* 2017.
40. *The impact of dental fear on the dental attendance behaviors: A retrospective study.* Alenezi, Ali A1, en Aldokhayel, Hamad S.2. 10, October 2022, Journal of Family Medicine and Primary Care , Vol. 11, pp. 6444-6450.
41. *Barriers to dental visits in Belgium: a secondary analysis of the 2004 National Health Interview Survey.* Kengne Talla P, Gagnon MP, Dramaix M, Leveque A. 1, 2013, J Public Health Dent, Vol. 73, pp. 32-40.
42. *Healthcare avoidance: a qualitative study of dental care avoidance in Germany in terms of emergent behaviours and characteristics.* Gragoll I, Schumann L, Neubauer M, Westphal C, Lang H. 1, 8 November 2021, BMC Oral Health, Vol. 21, p. 563.
43. *Exploring avoidance of dental care due to dental fear and economic burden -A cross-sectional study in a national sample of younger adults in Norway.* Åstrøm AN, Agdal ML, Sulo G. 15 December 2022, Int J Dent Hyg.
44. *What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance.* JM, Armfield. 3, 2013, Community Dent Oral Epidemiol., Vol. 41, pp. 279-287.
45. *Is disability exclusion associated with experiencing an unmet need for health care?* Temple JB, Stiles JA, Utomo A, Kelaher M, Williams R. 2, 2020, Australas J Ageing, Vol. 39, pp. 112-121.
46. *Prevalence and reasons for delaying and foregoing necessary care by the presence and type of disability among working-age adults.* Reichard A, Stransky M, Phillips K, McClain M, Drum C. 1, 2017, Disabil Health J, Vol. 10, pp. 39-47.
47. NIVEL. *Inzicht in zorgmijden. Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken.* 2015.
48. Kenniscentrum Ongelijkheid, Amsterdam. *Amsterdammers met een onzeker bestaan in 10 figuren.* 2023.

49. *Determinants of dental treatment avoidance: findings from a nationally representative study*. Spinler K, Aarabi G, Walther C, et al. 5, 2021, *Aging Clin Exp Res*, Vol. 33, pp. 1337-1343.
50. *Trends in dental visiting avoidance due to cost in Australia, 1994 to 2010: an age-period-cohort analysis*. Chrisopoulos S, Luzzi L, Brennan DS. 381, 3 October 2013, *BMC Health Serv Res*, Vol. 13.
51. *Avoidance of dental appointment due to cost and consequences for oral health-related quality of life: 25-yr follow-up of Swedish adults*. Åstrøm AN, Lie SA, Mastrovito B, Sannevik J. 3, 2021, *Eur J Oral Sci*, Vol. 129.
52. *Predictors of dental care utilization in north-central Appalachia in the USA*. Chen M, Wright CD, Tokede O, Yansane A, Montasem A, Kalenderian E, Beaty TH, Feingold E, Shaffer JR, Crout RJ, Neiswanger K, Weyant RJ, Marazita ML, McNeil DW. 4, 17 April 2019, *Community Dent Oral Epidemiol*, Vol. 47, pp. 283-290.
53. PHAROS. Samenhang armoede, schulden en gezondheid. . [Online] 2021. https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2021/11/JH_Pharos_armoede_kaart_print-A4_geen-snijtekens_v2.pdf.
54. *Immigrants experience oral health care inequity: findings from Australia's National Study of Adult Oral Health*. Mejia GC, Ju X, Kumar S, et al. 13 October 2022, *Aust Dent J*.
55. *Dental hesitancy: a qualitative study of culturally and linguistically diverse mothers*. Marcus K, Balasubramanian M, Short SD, Sohn W. 1, 28 November 2022, *BMC Public Health*, Vol. 22, p. 2199.
56. *Debt and foregone medical care*. Kalousova L, Burgard SA. 2, 2013, *J Health Soc Behav*, Vol. 54, pp. 204-220.
57. VWS. *Verzekerdenmonitor*. Den Haag : sn, 2021.
58. FNV. FNV leden enquête- Veel mensen gaan niet naar de dokter en tandarts omdat het te duur voor ze is. . [Online] February 22 2023. <https://tinyurl.com/yzesv9ne>.
59. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. *Weten is nog geen doen*. Den Haag : sn, 2017.
60. World Health Organization. Universal Health Coverage. *World Health Organization*. [Online] 24 February 2023. https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1.
61. K Xu, DB Evans, G Carrin, AM Aguilar-Rivera. *Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure*. Geneva : WHO, 2005.
62. World Health organization. *Key components of a well functioning health system*. 2010.
63. World Health Organization. WHO Resolution on oral health. *World Health Organization*. [Online] 31 May 2021. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R5-en.pdf.
64. *The inverse care law*. JT., Hart. 7696, 27 February 1971, *Lancet*, Vol. 1, pp. 405-12.
65. *Poverty and Adequacy of Social Security in Europe: a Comparative Analysis*. Deleeck, H., & Van den Bosch, K. 2, 1992, *Journal of European Social Policy*, Vol. 2, pp. 107-120.
66. *The Matthew Effect in Science: The reward and communication systems of science are considered*. Merton, R.K. 3810, 5 January 1968, *Science*, Vol. 159, pp. 56-63.

67. NOS. *Tandartsen zien dat mensen wegblijven van problemen*. 30 November 2022.
68. Sebastiaan van der Wal, tandarts. *"Zorg dat regelgeving vermindert en dat verzekeraars minder macht krijgen. Dat is makkelijker gezegd dan gedaan."*. 2020.
69. D.A.C. van Strydonck, S. Katsamakis, G.A. van der Weijden. *Richtlijn Parodontale Screening, Diagnostiek en Behandeling in de Algemeen Praktijk. Nederlandse Vereniging voor Parodontologie*. [Online] February 2020. <https://www.nvvp.org/nieuws/richtlijn-parodontologie-in-de-algemene-praktijk>.
70. *De persoonlijkheid van de dokter [The physician's personality; paramount for success in therapy]*. JK, Tijdschr. D3649, 5 December 2018, Ned Tijdschr Geneeskd, Vol. 162.
71. De Canon van Sociaal Werk. *De voorkeur voor de aantrekkelijke cliënt: YAVIS & HOUND*. 1964.
72. Schofield, W. *Psychotherapy: The Purchase of Friendship*. Transaction Publishers. sl : Transaction Publishers, 1986.
73. Ditzo. *OpiniePaGina: waarom een brandend huis niet te verzekeren is. Ditzo- een merk van a.s.r.* [Online] 10 February 2017. <https://www.ditzo.nl/blog/brandend-huis-verzekeren>.

Bijlage A

Verslag Expertbijeenkomsten Definities en kenmerken van mijden van mondzorg

29 november en 7 december 2022

World café tafel 1 – Definities

*Vraagstellingen aan deze tafel: Zijn de definities van typen mondzorg duidelijk en hanteerbaar?
Of zijn er aanpassingen van de formulering nodig, zo ja, welke?*

Vragen vanuit de groep over gehanteerde begrippen: Ongewenst en Planbaar

Wat wordt daarmee bedoeld, en vanuit welk perspectief?

Antwoord: Dit zijn begrippen die gebruikt worden vanuit het perspectief van de professional. Het is van belang om de perspectieven van doelgroep en professionals uit elkaar te houden. Maar de definities moeten aansluiten bij doelgroep en begrijpelijk zijn voor mensen uit de doelgroep.

“Ongewenst” heeft niet alleen betrekking op toegankelijkheid en betaalbaarheid van professionele mondzorg maar ook op wanneer je niet in zelfzorg kan voorzien.

Vanuit perspectief van mensen in de doelgroep (met geldgebrek voor het dagelijks leven) gaat het bij planbaarheid en wens om keuzes maken en prioriteren binnen een beperkt budget (=betaalbaarheid van zelfzorg en professionele zorg).

Advies 1: Benadruk het sociaal maatschappelijk aspect van gevolgen van mondziekten.

- Formuleer mondzorg vanuit het begrip van mondgezondheid. Hanteer daarbij een brede definitie van mondgezondheid.
- Professionele preventieve zorg is wel meegenomen in de definities, maar de zelfzorg voor mondhygiëne nog niet. En betaalbaarheid daarvan (budget & prioriteiten) kan een belangrijk knelpunt zijn voor mensen in de doelgroep.
- Sluit bij de definities aan bij het beleidsprobleem: toegankelijkheid en betaalbaarheid.
- Bij de gevolgen van mondziekten ontbreekt een belangrijk sociaal maatschappelijk aspect: Sociaal isolement.
- Mondzorg mijden is langdurig verstoken blijven van mondzorg terwijl de behoefte voor zorg er wel is. Daarbij is de kern van het probleem gelegen in de toegankelijkheid en de betaalbaarheid en niet zo zeer in de definities van mondzorg.
- Het gaat hier natuurlijk om geld. Wat is de cost of inaction, de schade voor de samenleving in termen van verlies in financiële economische waarde (directe kosten van zorg en indirecte kosten sociaal-maatschappelijk).
- Betaalbaarheid is het centrale probleem, daardoor gaan mensen een drempel over (beyond point of return) à blijvende schade (=onnodig verlies van tanden), en dat heeft veel impact op het leven, gezondheid, welzijn en welbevinden.

Advies 2: Voeg enkele aspecten toe aan de indeling van categorieën mondzorg.

- Voeg zelfzorg (mondhygiëne) toe als mondzorg categorie 0. Daaraan zijn immers ook belangrijke risico's verbonden. De verwaarlozing van zelfzorg hangt samen en is verweven

met problemen en kenmerken van mensen. De verantwoordelijkheid voor de zelfzorg ligt bij het individu maar ook bij de samenleving.

- Er zijn allerlei indelingen, waarbij rekening gehouden wordt met een oplopend risico en toename van ernst van invloed van ziekte op het leven van mensen. Sluit aan bij bestaande indeling van gezondheid die op functioneren gericht is (zoals bijvoorbeeld van de WHO) en betrek daarbij de sociaal maatschappelijke dimensies van gezondheid: welbevinden, welzijn, kwaliteit van leven, functioneren en participatie.
- Benader definities van mondzorg overeenkomstig de definitie van positieve gezondheid.
- Gebruik een holistische benadering van mensen en hun leven.
- Ook al regel je (financieel) drempelloze toegang tot de mondzorgprofessional zoals dat het geval was toen de mondzorg onderdeel was van het ziekenfondspakket, zonder adequate zelfzorg en het bewust omgaan met je eigen mondgezondheid, zal dat niet leiden tot grote winst. Dan is het duur en weinig effectief. Zelfzorg toevoegen als categorie nul is een goed voorstel. Ook dit vormt een uitdaging: hoe te stimuleren en te bevorderen.

Advies 3: Redeneer meer vanuit de persoon/burger.

- Bij de formulering van de definities moet meer vanuit de persoon/burger geredeneerd worden. Denken vanuit de persoon om wie het gaat (ervaringsdeskundigen); mensen met uiteenlopende levenssituaties met een gemeenschappelijk probleem: geldgebrek.
- De definities zijn vrij academisch van aard, en zijn geformuleerd vanuit het professioneel perspectief. Ze gaan niet uit van mondgezondheid, maar van schade door mondziekten. Ze zijn te beperkt benaderd, namelijk vanuit de normatieve professionele tweedeling 'ziek of gezond': mogelijk te behandelen schade. Wat de tandarts als zodanig ziet, hoeft niet altijd een probleem te zijn voor een patiënt.
- Je kunt denken aan zoiets als de Eisenhower matrix met functioneel versus esthetisch en pijn dan wel geen pijn bijvoorbeeld. Daarbij staan 'belangrijkheid' en 'urgentie' op de assen. Hierin spelen zowel wat 'functioneel' als wat 'esthetisch' is een rol, en ook bijvoorbeeld de mate van pijn. Dit kan echter verschillende waarden hebben: functioneel is belangrijk maar niet alleen dat, want als de mond er niet 'mooi' uitziet kan dat een negatief effect hebben op het meedoen in de maatschappij. Bij veel pijn en functioneel, evt. esthetisch belang, is dan sprake van urgente zorg, waarbij mijden eigenlijk niet kan maar toch gebeurt.
- Gebruik een holistische benadering van mensen en (de kwaliteit van) hun leven.
- Voor beleid en voorzieningen regeling is een duidelijk begrippenkader nodig. Voor elke doelgroep is een andere benadering en andere informatie nodig.

Advies 4: Geef aandacht aan de complexiteit van het zorgsysteem.

- De onbekendheid met het zorgsysteem is een groot probleem, dus alleen het aanpassen daarvan in de zin dat eventuele financiële drempels worden weggenomen, lost dat niet op.
- Chronische stress bij deze groep leidt ertoe dat men de weg niet weet te vinden, ook niet voor de kinderen waarvoor wel toegang is tot de mondzorgprofessional. Dus als het sociale domein niet op orde is zullen aanpassingen in het zorgdomein niet effectief zijn.
- Overweeg het uitdelen van mondzorgproducten dichtbij mondzorgverleners. Die zijn dan daar te verkrijgen en op te halen, zodat je niet alleen voor klachten naar een mondzorgverlener gaat.
- De samenleving wordt complexer, eenvoud en stabiliteit is nodig. Eenvoudige langdurige voorzieningen lijken de beste oplossingen. Denk aan 'KISS', Keep It Simple, Stupid!

Advies 5: Maak gebruik van sleutelpersonen en ervaringsdeskundigen.

- Gebruik sleutelpersonen en cliëntondersteuners om gezondheidsinformatie dichtbij de mensen in kwestie te brengen. Maak de taal van de definities en omschrijvingen begrijpelijk door toon, korte zinnen, landstaal.
- Maak bij herformulering gebruik van ervaringsdeskundigen. Gebruik voor de definities leken termen, maak er een voor iedereen begrijpelijke formulering van.
- Denk ook aan het betrekken van Tim 'S Jongers als ervaringsdeskundige en mensen met ervaringskennis. Mensen met ervaringskennis kunnen het beide werelden begrijpen en met elkaar verbinden. Aan de ene kant het echte leven, waar de ervaring is, en aan de andere kant de politieke-/beleidswereld waar (ogenschijnlijk onsamenhangende) beleidskeuzes met elkaar afgewogen moeten worden in een soms groter plaatje.

World cafe tafel 2 – Kenmerken van mensen die zorg mijden

Vraagstellingen aan deze tafel: Welke groepen mensen die (mond)zorg mijden zijn te onderscheiden? Wat zijn hun redenen en achtergrondkenmerken?

Genoemde kenmerken (ter overweging bij aanvulling “persona”):

- Mensen met chronische stress, bijvoorbeeld financiële stress in het huishouden waarbij de mond daardoor geen prioriteit is.
- Niet uitsluitend mensen met een migratie-achtergrond, maar bekende mijders zijn wel mensen met een 1^e-generatie migratieachtergrond.
- Mensen die geen hulpvraag hebben en pas met een probleem zich melden. Dit kan ook aangeleerd gedrag zijn > zijn het niet gewend om preventief voor controle naar een mondzorgverlener te gaan.
- Families met generationele armoede
- Studenten en scholieren (18+)
- Evenveel mannen als vrouwen, maar voornamelijk leeftijd tussen 30-50 jaar zijn zichtbaar als aanvragers van noodhulp.
- Ongedocumenteerden en andere onverzekerden
- Mensen waarvoor wegens schulden aanvullende verzekering door zorgverzekeraar is beëindigd
- Mensen met een beperkt verstandelijk vermogen
- Mensen met psychische aandoeningen
- Mensen met een chronische ziekte
- Mensen met een klein sociaal netwerk/isolatie/eenzaamheid
- De zogenaamde “minima”: mensen (30-70 jaar) die in armoede leven
- Armoede en stress hangen samen met gedrag en het maken van keuzes
- Ouderen met alleen AOW of klein pensioen (op of onder armoedegrens)
- Alleenstaande moeders met kinderen
- Meer grote dan kleine gezinnen (4+ kids)
- Meer alleenstaanden dan gezinnen
- Verslaafden: niet alleen de gebruikers van middelen
- Mensen die goede start van hun leven hadden maar door ongeluk & pech in penarie zijn geraakt (dakloos, werkeloos, ziekte/handicap)
- Niet alleen mensen met lage / laagste inkomens, maar ook:

Middeninkomens met onvoldoende dekking door aanvullende zorgverzekering

Middeninkomens met onvoldoende besteedbaar inkomen voor

- Eigen bijdragen (eigen risico)
- Aanvullende zorgverzekering ==> dan is ook orthodontie voor kinderen niet toegankelijk

Toevoeging op vindplaatsen:

- Dak- en thuislozen opvang
- Ouder- en Kindteams (OKT) en Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)
- GGD

Advies 1: Vereenvoudig het complexe zorgsysteem.

- Het zorgsysteem is te complex voor laaggeletterden en mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Zij hebben moeite om de juiste regelingen te vinden. Hoe kunnen we dit vereenvoudigen?
- Denk ook aan toegang tot een vraagbaak: praktische kennis, mensen weten niet of ze verzekerd zijn. Model van thuisarts.nl als een soort rolmodel gebruiken. Mondzorgkosten.nl is nu een relatief complexe website, het taalgebruik maakt het lastig (pictogrammen, terminologieën vereenvoudigen, plaatjes, meerdere talen).
- Verminder informatieachterstanden en doe iets aan het verwachtingspatroon van mensen. Er heerst nu veel onzekerheid over hoge kosten.

Opmerkingen over kenmerken

- Mensen die onvoldoende kennis en vaardigheden en/of chronische stress hebben kunnen "niet navigeren" in het systeem en organisatie van gezondheidszorg. Dit belemmert hun toegang tot zorg. Daarnaast kunnen ze niet goed voorzien in hun zelfzorg en het zoeken van hulp als dat nodig is.
- Voor mensen in nood is er doorgaans ophoping, stapeling en verwevenheid van problemen, met een samenhangend patroon van kenmerken die vertalen in sociaal economische verschillen en maatschappelijke uitsluitingsmechanismen. Deze versterken de kans op sociaal maatschappelijke isolatie en problemen als gevolg daarvan.
- In het systeem van de hulp die aan de doelgroep geboden kan worden heeft de mondzorg een geïsoleerde positie en gefragmenteerde organisatie. Dit kan resulteren in zorgverlamming (hulp die mogelijk is wordt, door gebrek aan afstemming, coördinatie en overleg, niet geboden).
- Mondzorg mijden is een uitdaging, er zijn zoveel verschillende aspecten en kenmerken. Het is van belang om na te gaan wat de gemeenschappelijke delers zijn tussen deze aspecten.
- Vergeet niet dat er sprake kan zijn van getraumatiseerde kinderen, bijvoorbeeld die met ouders meegaan naar het ziekenhuis om als tolk te fungeren.
- Het imago van tandartsen een rol kan spelen in het mijdingsgedrag. Zo leeft het idee dat tandartsen gericht zijn op geld en niet toegankelijk zijn. Daarnaast komt voor angstige mensen de tandarts ook wel erg dichtbij, als je achterover wordt gelegd in de stoel heb je geen controle en geef je je over. Dat kan een drempel vormen.
- Bij de tandarts is er een meer zakelijke benadering dan bij de huisarts. Je krijgt bij de huisarts meer aandacht als mens. De tandarts is minder gefocust op de hele patiënt en neemt daar minder de tijd voor. De tandarts is ook sterk gefocust op techniek.

- Zorg mijden kan ook komen door angst voor de dokter of tandarts. Bijvoorbeeld bij eerdere slechte ervaringen in de zorg in het algemeen en de tandarts in het bijzonder. Soms wordt op scholen de witte jas met 'spannend' geassocieerd

World café tafel 3 – Framing van mijding

Vraagstelling aan deze tafel: Is mijding een terechte omschrijving?

- Mijden is geen terechte omschrijving, omdat:
 - o Mijden suggereert een keuze, maar mensen hebben deze keuze niet. Ze mijden noodgedwongen, de maatschappij maakt de keuze voor je.
 - o Mijding heeft een negatieve lading, meestal mijd je iets wat negatief is. Een bezoek aan de mondzorgverlener hoeft niet negatief te zijn.
 - o Mensen kunnen het echt niet betalen, mijden is de enige optie.
 - o Woordkeuze of toegang zou moeten worden meegenomen in de definitie. Maar denk ook aan woorden als barrière, uitsluiting en verwaarlozing.
 - o Mijding is wel naar de mondzorgverlener willen maar niet kunnen. Zorg voor eigen rekening, verantwoording en risico gaat niet op bij mensen die wel willen maar niet kunnen.
 - o Mijden impliceert een eigen verantwoordelijkheid, maar deze verantwoordelijkheid kan niet gedragen worden met beperkte financiële middelen.
 - o Mijden impliceert een bewuste keuze om de mondzorg niet te consumeren. Als geldgebrek de doorslaggevende reden is om geen tandarts te bezoeken, dan kun je moeilijk van mijden spreken. Er is noodzaak om geld over te houden om in kosten van dagelijks leven te kunnen voorzien. Het is een kwestie van prioriteren om te kunnen overleven!
 - o Goed om het begrip toegankelijkheid hieraan te verbinden. We moeten minder verwachten dat de stap over de drempel wordt gezet en moeten informatie over mondzorg dichterbij de mensen brengen.
 - o Het gaat hier meer over mijden van (het risico op) mondzorgkosten. Mijden gaat over ontwijken, en die kosten wil men ontwijken want de kosten kan men niet maken.
 - o Behalve mijden kan misschien 'financiële (on)bereikbaarheid van de tandheelkundige zorg' worden toegevoegd à dat maakt de definitie misschien vollediger maar de oplossing(en) complexer. Het gaat dan om (reis)afstand tot de praktijk, maar dit kan ook om een 'patiëntenstop' gaan.
 - o Er is in geval van "mijden van mondzorg om financiële reden" zelden dat er sprake is van een bewuste keuze om niet te gaan. Het bij deze framing om een verkeerde vermenging van kunnen en willen. Want het gaat over wel willen maar niet kunnen. Want:
 - Voor wie wel kan en gaat geldt: "het geld is geen probleem"
 - Voor wie wel wil maar niet kan geldt: "geen geld is het probleem"
- Zijn er dan voordelen aan het blijven gebruiken van de term zorgmijding?
 - o De term hoeft geen problemen met zich mee te brengen als duidelijk wordt dat er een onderscheid is tussen wel willen en niet kunnen en niet willen en wel kunnen.

Overige toevoegingen:

- Zorgmijding hoeft niet altijd een probleem te zijn als je zelfzorg goed is. Een voorbeeld daarvan zijn bijvoorbeeld studenten met een gezond gebit. Het kan zijn dat ze zorg mijden omdat ze druk zijn met andere dingen. Later kan het zomaar zijn dat het tandartsbezoek weer wordt opgepakt.
- Voorstel van de groep voor een nieuwe definitie: **mijding van zorg door mensen die geen toegang hebben vanwege financiële redenen.**
- Ongewenste mijding is zeker bij niet urgente mondzorg waarschijnlijk pas achteraf te bepalen, als de kwaal of zorgvraag is ontstaan. Wellicht had dit vermeden kunnen worden bij regulier tandartsbezoek. Als er daadwerkelijk een zorgvraag te identificeren is (pijn, gaatjes, etc. etc) die behandelbaar is en iemand gaat (on)bewust niet naar de tandarts, dan zou er gesproken kunnen worden van “ongewenste mijding”. Bij preventieve mondzorg (cat 1) zonder zorgvraag denk ik dat we niet op voorhand kunnen spreken van ongewenste mijding, anders (cat 2, 3 en 4) wel.
- Mensen met serieuze sociaal-economische of maatschappelijke problemen komen (niet alleen van wegen kosten) vaak al niet toe aan zelfzorg voor mondhygiëne.
- Mensen die zelf onvoldoende (kunnen) zorgen voor mondhygiëne en mensen die pijnklachten noodgedwongen negeren: zij hebben andere prioriteiten in het leven en voorlifsbehoud zijn die voorrang (bestaansonzekerheid, wonen, schulden, inkomen, anders)
- We moeten niet te moeilijk doen over termen à de begrippen en de termen die door beleidsmakers en onderzoekers en burgers gebruikt worden zullen altijd verschillen.
- Bij framing van mijden van zorg gaat het nu vaak over de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt à dat is politiek opportunistische framing.
- Onderscheid is van belang tussen de groep die bewust mijdt vs de groep die onbewust mijdt à maar soms is men ook zo gestrest door de eigen situatie dat men niet bewust de keuze maakt om te mijden. Het kan ook zijn dat andere zaken urgenter en/of belangrijker zijn. Met een krappe beurs moeten er keuzes gemaakt worden. De vaste lasten en eten (voor kinderen) zullen waarschijnlijk voorrang krijgen. Zeker als de perceptie is dat de tandartsrekening wellicht meerdere weekbudgetten zal zijn.
- Structureel gebrek aan geld en bestaanszekerheid levert stress op. En de keuzen die onder stress gemaakt worden zijn anders.
- In de tandartspraktijk zie je patiënten die afzien van vervolgzorg vanwege de kosten van behandeling. Als zorgverlener sta je dan voor een dilemma, wat kan er dan nog wel aan zorg bieden met de middelen die er zijn? Het liefst wil je een volledige behandeling kunnen aanbieden. Meestal gaat het om lager opgeleiden en rokers. Dat zijn juist mensen met een hoger risico op mondziekten.

Centrale afsluiting – welke aspecten zijn nog niet besproken en zijn we wat vergeten?

- Het is van belang om meer bruggen te bouwen tussen het sociale domein en mondzorg, in beleid en praktijk.
- Holistisch aspect kan nog meer vertegenwoordigd en veel beter meegenomen worden bij de definities, dan nu het geval is.
- Momenteel zijn er voor mensen met beperkte middelen goede ervaringen met een kerk, de kerk neemt de kosten dan op zich, maar verder is er weinig mogelijk.

- Het helpt ontzettend om op deze manier (expertmeeting, world-café, ontmoeting en gesprek) ervaringen met elkaar uit te wisselen.
- Voor de groep mensen die onder bijzondere tandheelkunde valt is het beter geregeld, maar het is niet altijd duidelijk voor iedereen wat onder minimale mondzorg wordt verstaan.
- Mondzorg moet in een breder perspectief van de algemene gezondheid geplaatst worden. Het is nu te veel een apart onderdeel.
- In Rotterdam wordt dit jaar weer een Tandartsdag georganiseerd om vrijwillig en kosteloos noodhulp te verlenen. Daar zijn we echt afhankelijk van vrijwilligers en zonder promotie hebben zich al meer tandartsen gemeld om te willen bijdragen dan verwacht.

25 januari 2023

Met de deelnemers van de expert bijeenkomst van 25 januari 2023 zijn de opbrengsten van de vorige bijeenkomsten besproken. Daarna is er een dialoog gevoerd aan de hand van de volgende vraagstellingen:

1. *Zijn eerder genoemde kenmerken volledig? Wat ontbreekt nog?*
2. *Welke deelgroepen zijn te onderscheiden voor te nemen maatregelen om ongewenste mijding terug te dringen?*
3. *Wat zijn mogelijk werkbare oplossingen, instrumenten en maatregelen?*

Hieronder wordt per vraagstelling een uitwerking weergegeven.

Vraagstelling 1: Zijn de eerder genoemde kenmerken volledig? Wat ontbreekt nog?

Kenmerken die nog ontbreken/onvolledig zijn:

- Wat nog ontbreekt zijn vluchtelingen, kwetsbare ouderen en de thuiszorg. Kinderen vallen niet onder de scope van dit onderzoek en kunnen erbuiten worden gelaten maar het is wel belangrijk dat we ons realiseren dat mijding van ouders ook kan resulteren in mijding onder kinderen.
- Bij omstandigheden dient men ook te denken aan mensen met een angststoornis en psychiatrische aandoeningen.
- Alleen migratieachtergrond noemen is erg breed: splits dit in eventuele maatregelen op naar nieuwkomers, ongedocumenteerden en arbeidsmigranten. Vooral nieuwkomers hebben moeite met navigeren. Migranten zijn dan vaak weer bekend met het zorgstelsel in het eigen land en hebben daardoor andere verwachtingen van de zorg hier.
- Cultuur hangt vaak samen met risicogedrag, bijvoorbeeld hoge suikerconsumptie, maar ook het gewoon vinden van het verliezen van tanden waardoor het geld wat beschikbaar is niet aan zorg wordt uitgegeven. Dat noemen we vaak generationele overdracht van zorgconsumptie.
- Redenen van mijdingsgedrag zijn ook mobiliteitsproblematiek en bereikbaarheid zoals vervoer. Er zijn gemeenten die mensen bijvoorbeeld naar een zorgverlener toe brengen als dat nodig is.
- Denk daarnaast ook aan onbekendheid van hulpbronnen die beschikbaar zijn, zoals sociale diensten.

Vraagstelling 2: Welke deelgroepen zijn te onderscheiden voor te nemen maatregelen om ongewenste mijding terug te dringen?

Deelgroepen die opvallen:

- Daklozen
- Mensen met angsten, depressies en psychiatrische problemen.
- Alleenstaande oude mannen en alleenstaande moeders
- Werkenden die de kinderopvang niet kunnen betalen en daardoor in de problemen komen, zij gaan bijvoorbeeld naar de voedselbank.

Opmerkingen over deelgroepen:

- Advies: Zodra we labels gaan plakken op groepen kunnen we groepen gaan missen, dit licht gevoelig. Belangrijker is om gerichte bevindingen te delen, zoals in deze expert bijeenkomsten gebeurt.
- Het is belangrijk om zich te realiseren dat er oneindige combinaties mogelijk zijn tussen alle kenmerken, patronen en profielen.

Vraagstelling 3. Wat zijn mogelijk werkbare oplossingen, instrumenten en maatregelen?

- Het is van belang na te gaan welke informatie er nodig is rond de toegankelijkheid van mondzorg. Communicatie is in ieder geval nodig over: 1. Wat is mondzorg en wat kun je zelf doen? 2. Wat is er beschikbaar aan mogelijkheden voor bekostigen van mondzorg en wat kost de mondzorg? 3. Wat zijn ondersteuningsmogelijkheden als je er niet uit komt?
- Communicatie moet verschillend zijn voor de bevolking en de beroepsgroep.
- Nagaan wat er mogelijk is bij inkomensbeleid van de gemeente m.b.t. verbeteren communicatie over mondzorg.
- Het is van belang om voorbeelden te laten zien van initiatieven die er al zijn, bijvoorbeeld de gratis supermarkt in Amsterdam Nieuw-West en Dentist for Humanity.
- Tandartsen moeten gestimuleerd worden om samenwerking te zoeken met wijkteams en thuiszorg.
- Post van zorgverzekeraars blijft ongeopend bij mensen met schulden, dat is dus geen goed idee om mensen te bereiken met betrekking tot mondzorg.
- Via voedselbanken kunnen waardebonnen worden uitgedeeld die voor mondzorgproducten kunnen worden uitgedeeld. Dan voorzien we in zelfzorg. Leveranciers kunnen gevraagd worden of ze mee willen doen.
- Denk ook aan een publiekscampagne om mondzorg meer in het licht te brengen.
- Basale mondzorg in het basispakket stoppen voor bepaalde groepen en het uitdelen van zorgproducten kan een mooie oplossing zijn. Doorgaan op de manier hoe we dat nu doen helpt ons in ieder geval niet. Daarnaast zou het saneringspakket van Zorg en Zekerheid wellicht voor iedereen een oplossing kunnen zijn.

Deelnemers expertbijeenkomsten 29 november 2022, 7 december 2022 en 25 januari 2023

29 november 2022, locatie: Campus Vrije Universiteit Amsterdam

1. Sandra Kloezen, FRED Foundation
2. Sam van Vliet, Dokters van de Wereld
3. Caroline van Wingaarden, Dokters van de Wereld
4. Anna Tak, Stichting Anders
5. Matthijs Riechelmann, College Adviserend Tandartsen
6. Monique Postma, Stichting Urgente Noden Nederland
7. Denise Duijster, ACTA
8. Michiel van der Linden, ACTA
9. Josef Bruers, ACTA
10. Katarina Jerkovic-Cosic, ACTA en Hogeschool Utrecht

7 december 2022, locatie: Zoom

1. Ramsey Bergman, Fijnder
2. Jan Benedictus, Patiëntenfederatie
3. Rens de Boer, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
4. Rob van Gerven, Voedselbanken Nederland
5. Anna Custers, Hogeschool van Amsterdam
6. Wijnand de Vries, orthodontist
7. Albert-Jan Rijsburger, KNMT
8. Melek Atas, mondhygienist
9. Douwe Dijkstra, Gemeente Amsterdam
10. Michiel van Berckel Smit, Stichting Madifonds

25 januari 2023, locatie: Zoom

Groepsgesprek tussen onderzoekers S. Begovic en G. van der Heijden met:

1. Maria van den Muijsenbergh, RadboudUMC
2. Elianne Honselaar, Zorg en Zekerheid
3. Laurens Tinsel, ZN
4. Anne Brabers, NIVEL

Bijlage B

Overzicht van niet-geïnccludeerde informatiebronnen – deelstudie 2: resultaten

SUNN

| | |
|-----------------------------------|---|
| Fonds Bijzondere Noden Rotterdam | https://www.fbnr.nl/ |
| Stichting Urgente Noden Nederland | https://www.sunnederland.nl/actueel/mondzorg-in-het-basispakket/ |

MONDZORGALLIANTIE

| | |
|-----------------------|---|
| Staat van de Mondzorg | https://www.staatvandemondzorg.nl/ |
|-----------------------|---|

ACADEMISCH CENTRUM TANDHEELKUNDE AMSTERDAM

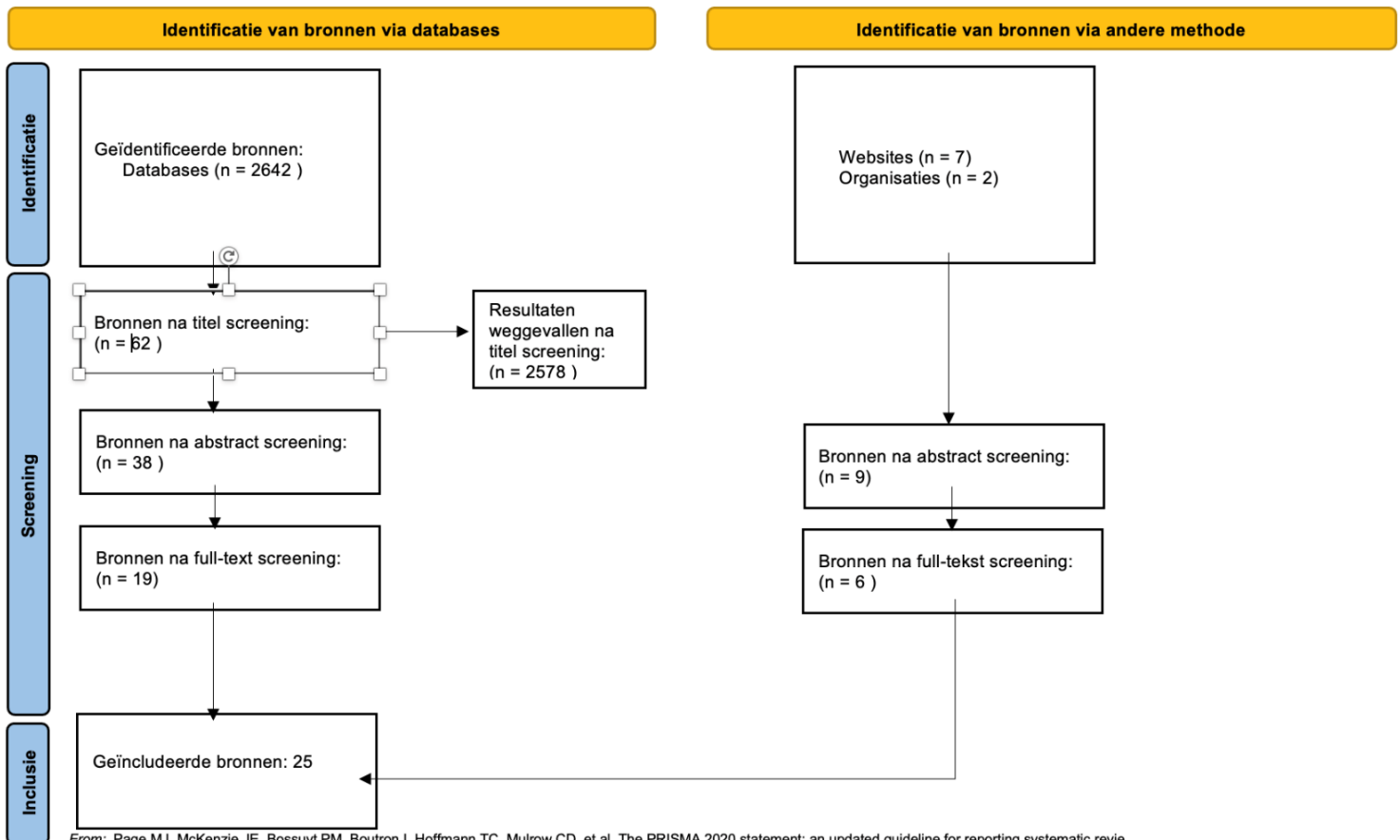
| | |
|--------------|---|
| ACTA Zorgnet | https://www.acta-zorgnet.nl/ |
|--------------|---|

OVERIG

| | |
|-------------------------|---|
| Dokters van de Wereld | https://doktersvandewereld.org/campagnes/mondzorg/ |
| Nivel | https://www.nivel.nl/nl/search?search=tandarts&search_api_datasource=All |
| Verwey-Jonker instituut | https://www.verwey-jonker.nl/wp-content/uploads/2020/10/120200_Ongewenste-zorgmijding-vanwegefinanciele-redenen_WEB.pdf |

Bijlage C

Flow-chart identificatie van bronnen – behorend bij deelstudie 2: resultaten



Bijlage D

Overzicht geïncludeerde bronnen – behorend bij deelstudie 2: resultaten

| Auteur en jaar | Publicatie geeft informatie over categorie... | | |
|---------------------------------|---|---|--|
| | 1. ...patronen en gedrag van mijding | 2. ...kenmerken en profielen van mensen die (mond)zorg mijden | 3. ...vindplaatsen van mensen die (mond) zorg mijden |
| Gragoll et al, 2021. (42) | X | | |
| Åstrøm et al, 2022. (43) | X | X | |
| Åstrøm et a., 2021. (51) | | X | |
| Spinler et al, 2021. (49) | | X | |
| Mejia et al, 2022. (54) | | X | |
| Armfield& Ketting, 2015. (44) | X | | |
| Marcus et al, 2022. (55) | | X | |
| Chen et al, 2019. (52) | | X | |
| Durey et al, 2016. (32) | X | | |
| Thompson et al, 2014 (33) | X | X | |
| Shahrabani, 2019. (34) | X | X | |
| Ghanbarzadegan, 2022. (35) | X | | |
| Chrisopoulos et al, 2013. (50) | | X | |
| Armfield, 2013. (44) | X | | |
| Listl, 2014. (36) | X | | |
| Kalousova& Burgard, 2013. (56) | | X | |
| Temple et al, 2020. (45) | X | | |
| Reichard et al, 2017. (46) | X | X | |
| Alenezi& Aldokhayel, 2022. (40) | X | | |
| Hermens et al, 2020. (37) | X | X | X |
| Verheul et al, 2020. (38) | X | | |
| Pomp, 2017. (39) | X | | |
| NIVEL, 2015. (47) | | X | |
| Pharos, 2021. (53) | | X | |
| Kengne Talla et al, 2013). (41) | X | | |

Bijlage E

Samenvatting van regelingen in verschillende landen

Denemarken

Verordening inzake tandheelkundige zorg (74)

Voor burgers met sociale problemen, burgers die geen gebruik kunnen maken van gewone tandheelkundige zorg, kwetsbare burgers die geen reguliere mondzorg kunnen ontvangen en burgers gebruik maken van voorzieningen voor dak en thuislozen, kunnen op de gemeenten een beroep doen op gratis tandheelkundige zorg.

Deze gratis mondzorg betreft pijnstillende acute behandeling, functieversterkende en functiebehoudende behandelingen (zoals bij verminderde kauwfunctie, kunstgebit, reconstructie van gebitselementen en na ontsierend tandverlies in het front), en nadien adviezen gericht op behoud van resultaat en preventieve begeleiding zoals instructie gericht op zelfzorg en mondhygiëne en informatie over aanwezige of nieuwe mondziekten.

De gemeente is verplicht de reeds begonnen behandeling te voltooien.

Deze gratis tandheelkundige zorg wordt via gemeentelijke (lokale of regionale) sociaal tandheelkundige centra, of in tandheelkundige praktijken waarmee de gemeenten afspraken over deze gratis zorg heeft gemaakt.

Aan de zorgverlenende centra worden eisen gesteld waarbij rekening gehouden wordt met de eisen en behoeften van de doelgroep wat betreft de toegankelijkheid, inclusief bereikbaarheid van de fysieke locatie, de veiligheid en de flexibiliteit, inclusief tijden van openstelling.

Verordening van de Wet Actief Sociaal Beleid (75)

Gemeenten kunnen bijstand verlenen in kosten van medische, farmaceutische en tandheelkundige behandeling die niet onder andere wetgeving gedekt worden. De behandeling wordt geleverd binnen het publiek openbare behandelingssysteem, en dient noodzakelijk te zijn en op medische gronden gerechtvaardigd en verantwoord te zijn.

De gemeenten verstrekken tegemoetkoming in de kosten van tandheelkundige behandeling aan personen die leven van een sociaal minimum, op basis van een pensioen voorziening, financiële bijstand, school- of studietoelage, of een sociale uitkering wegens revalidatie of werkloosheid, dat overeenkomt met het bij wetgeving bepaald niveau van uitkering voor levensonderhoud.

Behoudens een eigen bijdrage van maximaal 600 DKK (€ 80; jaarlijks cumulatief eigen risico) wordt 100% van de kosten van tandheelkundige behandeling vergoed.

De gemeente dient vooraf toestemming te geven indien de behandeling in totaal meet dan 10.000 DKK (€ 1.345) bedraagt; de geldigheid van het besluit van toestemming is 2 maanden.

Het is mogelijk om voorafgaande aan de behandeling een aanvraag in te dienen voor een gemeentelijke subsidie om in de eigen bijdrage te kunnen voorzien.

België

Geconventioneerde tarieven - Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (namens de overheid), bepaalt samen met de ziekenfondsen en de tandartsen welke behandelingen vergoed worden tegen welke tarieven. Een tandarts die volgens deze tarieven werkt is "geconventioneerd". Een niet-geconventioneerde of gedeconventioneerde tandarts gaat niet akkoord met de voorgestelde tarieven en kan zelf bepalen wat de behandel tarieven zijn. Een geheel of partieel geconventioneerde tandarts is verplicht de uren waarop tegen conventietarieven wordt gewerkt in de wachtkamer te afficheren.

Statuut van tegemoetkoming - Mensen met een gemiddeld inkomen en een goede algemene gezondheid hebben een gewoon statuut bij het ziekenfonds. Dat betekent dat het ziekenfonds voor de meeste behandelingen bij de tandarts ongeveer 75% van de kosten terugbetaalt. Mensen met een laag inkomen, een chronische ziekte of invaliditeit hebben bij het ziekenfonds een *statuut van verhoogde tegemoetkoming*, waarbij het ziekenfonds de meeste behandelingen volledig vergoed. Het statuut van verhoogde tegemoetkoming biedt ook andere voordelen (76).

Remgeld - Als patiënt betaal je zelf ook een deel: dat heet het remgeld. Voor een zorgprestatie die in het verzekerde pakket van de verplichte ziekteverzekering zit betaalt een patiënt een eigen bijdrage. Dat is een deel van geconventioneerde tarief, en dit wordt het remgeld genoemd. Zo wordt voor mensen met een *gewoon statuut* voor de meeste tandarts behandelingen, op basis van het geconventioneerde tarief, ongeveer 75% door het ziekenfonds vergoed. Wanneer de jaarlijkse medische kosten een bepaald bedrag overschrijden (de maximumfactuur), betaalt het ziekenfonds alle bijkomende remgelden volledig terug. Deze maximumfactuur is inkomens afhankelijk.

Derdebetalersregeling – De tandarts brengt voor de patiënt alleen het remgeld in rekening. Het overige deel van de zorgkosten wordt direct bij het ziekenfonds gefactureerd.

Mondzorgtraject - Op 18 jaar start automatisch het 'mondzorgtraject'. Dit is een continuïteitsregel die voor alle mensen met een normaal statuut van toepassing is. Dit houdt in dat voor patiënten die het voorgaande kalenderjaar geen tandarts bezochten (dus zonder tandarts kosten) de remgelden verhoogd worden voor alle tandzorg (behalve op tandheelkundige raadplegingen, preventieve zorg, orthodontie, parodontologie, tandheelkundige radiografieën of prestaties met een bijkomend honorarium) (77).

Bijlage F

Gerichte signalering en aanpak van mondzorgarmoede Een Pleidooi

Prof. Dr. Geert van der Heijden, UvA, ACTA, 22 februari 2023

De achtergrond - Mensen die zich om financiële redenen (evident geldgebrek) noch middelen voor zelfzorg, noch periodiek mondonderzoek kunnen veroorloven, leven in mondzorgarmoede. Dit resulteert in schrijnende omstandigheden die gezondheid, welzijn en sociaal maatschappelijke deelname van burgers met gestapelde problemen in de weg staan, maar die relatief eenvoudig en tegen relatief lage kosten te voorkomen zijn.

Mensen die in mondzorgarmoede leven zijn aangewezen op noodzorg wegens mondziekten (mondzorg categorie 4). Maar ook daarvoor ontbreekt het hen aan geld. Uit de recente toename van het aantal aanvragen voor financiële noodhulp voor kosten van mondzorg valt op dat mondzorgarmoede in het sociaal domein en de zorg tot op heden vrijwel geheel buiten het zicht blijft. Er zijn specifieke situaties waarbij de kans op mondzorgarmoede, en in het bijzonder verwaarlozing van mondgezondheid, groot is: Mensen die leven met gestapelde problemen in het sociale domein (multiproblematiek), met gestapelde problemen met gezondheid (multimorbiditeit), of beiden, hebben meer kans op mondzorgarmoede.

Signalering van mondzorgarmoede - In geval van gestapelde problemen (multiproblematiek en/of multimorbiditeit) is signalering van mondzorgarmoede en een *regelluwe voorziening* gewenst ter preventie van verwaarlozing van mondgezondheid wegens geldgebrek.

Verwaarlozing van mondgezondheid wegens evident geldgebrek zich kan of zal voordoen indien:

1. Een professional uit sociaal domein of zorg die al bij een huishouden met gestapelde problemen betrokken is - Cf WAMS - Wetsvoorstel Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein
 - Vermoedt dat er behoefte of noodzaak is aan (meer) zorg of ondersteuning om tot een duurzame oplossing van de problematiek te komen.
 - Constateert dat de noodzakelijke samenwerking tussen partijen niet van de grond komt (handelingsverlegenheid en zorgverlamming)
2. Een inwoner komt met een hulpvraag bij de gemeente (bijv. schuldhulpverlening), een organisatie in het sociaal domein, of een noodhulp stichting (voedselbank, lokaal of regionaal fonds). is - Cf WAMS - Wetsvoorstel Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein
3. Een inwoner kan zich om financiële redenen (evident geldgebrek) geen middelen en materialen voor mondhygiëne (zelfzorg) veroorloven of in afgelopen jaar geen periodiek mondonderzoek (wenselijke mondzorg) veroorloven of beiden.
4. De zorgverzekeraar royeert wegens premie betalingsachterstand de aanvullende polis en/of CAK int wegens wanbetaling de verplichte premie ZVW.

In deze situaties is, ter preventie van schrijnende omstandigheden en noodzorg wegens mondziekten, aandacht voor ondersteuning gewenst, in het bijzonder de beschikbaarheid van middelen en materialen voor zelfzorg en mondhygiëne en een jaarlijks periodiek mondonderzoek.