

Academiejaar 2015-2016

**TOEGANKELIJKHEID VAN DE TANDHEELKUNDE VOOR
OCMW-CLIËNTEN - EEN BEVRAGING VANUIT
ETHISCHE/DEONTOLOGISCHE HOEK**

Fee VERHEIRE

Promotor: Prof. dr. Luc Marks

Co-promotor: Prof. dr. Luc De Visschere

Masterproef voorgedragen in de Tweede Master in het kader van de opleiding tot
TANDARTS

Academiejaar 2015-2016

**TOEGANKELIJKHEID VAN DE TANDHEELKUNDE VOOR
OCMW-CLIËNTEN - EEN BEVRAGING VANUIT
ETHISCHE/DEONTOLOGISCHE HOEK**

Fee VERHEIRE

Promotor: Prof. dr. Luc Marks

Co-promotor: Prof. dr. Luc De Visschere

Masterproef voorgedragen in de Tweede Master in het kader van de opleiding tot

TANDARTS

De auteur(s) en de promotor geven de toelating deze Masterproef voor consultatie beschikbaar te stellen en delen ervan te kopiëren voor persoonlijk gebruik. Elk ander gebruik valt onder de beperkingen van het auteursrecht, in het bijzonder met betrekking tot de verplichting uitdrukkelijk de bron te vermelden bij het aanhalen van resultaten uit deze Masterproef.

29 april 2016

Fee Verheire

Prof. dr. Luc Marks

Voorwoord

Deze masterproef over de toegankelijkheid van de tandarts voor OCMW-cliënten vormt het einde van mijn opleiding tandheelkunde aan de Universiteit van Gent. Ik koos initieel voor dit onderwerp vanwege de actuele waarde. Daarnaast bood het mij ook de mogelijkheid om me te verdiepen in een onderwerp dat naar mijn mening onvoldoende aan bod komt tijdens de opleiding tandheelkunde.

Graag wil ik via deze weg enkele mensen bedanken zonder wie dit werkstuk niet mogelijk was geweest. Op de eerste plaats is dit mijn promotor, prof. dr. Marks, voor de goede begeleiding, motivatie en het gegeven vertrouwen. Daarnaast wil ik ook mijn co-promotor prof. dr. De Visschere bedanken om mij steeds nieuwe inzichten te geven.

Deze masterproef kwam tot stand op basis van vragenlijsten gericht naar de Vlaamse OCMW's. Ik wil daarom ook zeker alle respondenten bedanken voor hun medewerking. Mijn dank gaat in het bijzonder uit naar het OCMW van Maldegem en Kaprijke voor de hulp met het opstellen van de gebruikte vragenlijst en de medewerking aan het pilootproject.

Ten slotte wil ik ook mijn ouders, zus en vriend bedanken voor hun steun gedurende mijn hele opleiding.

Fee Verheire

Gent, april 2016

Inhoudstafel

Abstract	1
Achtergrond	1
Doelstelling	1
Methodologie	1
Resultaten	2
Conclusie	2
1. Inleiding	3
1.1 De OCMW-cliënt	3
1.2 Bestaande sociale maatregelen mondgezondheidszorg België	4
1.2.1 Conventie	5
1.2.2 Regeling (sociale) betalende derde	5
1.2.3 Verhoogde tegemoetkoming	6
1.2.4 De maximumfactuur	6
1.3 Aanvullende rol OCMW	6
1.3.1 Begeleiding	6
1.3.2 Ten laste name	6
1.3.3 Dringende medische hulp	6
1.3.4 Asielzoeker in Lokaal Opvanginitiatief	7
1.4 Doelstelling	7
2. Methodologie	8
2.1 Literatuurstudie	8
2.2 Data-verzameling	8
2.3 Data-verwerking	9
2.4 Data-analyse	9
3. Resultaten	11
3.1 Beschrijvende statistiek	11
3.1.1 Karakteristieken van het OCMW	11
3.1.2 Drempels	13
3.1.3 Toegankelijkheid	16
3.2 Statistische analyse	17
3.2.1 Karakteristieken van het OCMW	17

3.2.2 Drempels	21
3.2.3 Toegankelijkheid.....	22
4. Discussie en conclusie	25
4.1 Responspercentage en kadering studieopzet	25
4.2 Interne validatie	25
4.3 Karakteristieken van het OCMW	26
4.3.1 Richtlijnen.....	26
4.3.2 Wachtdienst	27
4.3.3 Conventie	27
4.3.4 Regeling betalende derde	28
4.4 Drempels.....	29
4.4.1 Drempels van de OCMW-cliënt ten opzichte van de (tand)arts	29
4.4.2 Drempels van de tandarts ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënten ..	30
4.4.3 Drempels die het OCMW ondervindt in de communicatie met de OCMW-cliënt en tandarts	31
4.5 Toegankelijkheid	32
4.6 Beperkingen studieontwerp en niet-besproken enquêtevragen	33
4.7 Aanbevelingen	34
Referentielijst.....	35

Bijlagen

Bijlage 1: Begeleidende brief

Bijlage 2: Enquête

Bijlage 3: Logboek resultaten

Lijst van figuren

Figuur 1: Structuur mondgezondheidszorg België.....	4
Figuur 2: Geografische spreiding	11
Figuur 3: Richtlijnen per deelgroep van het OCMW-cliënteel	19
Figuur 4: Ten laste name kosten tandheelkundige behandeling per deelgroep van het OCMW- cliënteel	20
Figuur 5: Boxplot: Mate waarin tandartsen weigerachtig staan ten opzichte van een behandeling per type OCMW-cliënteel.....	22

Lijst van tabellen

Tabel 1: Gemiddeld aantal OCMW-begunstigden per maand per steunmaatregel.....	4
Tabel 2: Geografische spreiding.....	11
Tabel 3: Overzicht van de karakteristieken van de OCMW's	12
Tabel 4: Tandheelkundige attitude OCMW	13
Tabel 5: Overzicht drempels ervaren door OCMW-cliënteel, tandarts en OCMW.....	15
Tabel 6: Overzicht toegankelijkheid van de (tand)arts	16
Tabel 7: Statistische analyse verband grootte grondgebied en tandheelkundige attitude, toegankelijkheid en samenwerkingsverbanden	17
Tabel 8: Statistische analyse invloed tandheelkundige attitude op de toegankelijkheid van en de samenwerking met de tandarts	18
Tabel 9: Verband snelheid betaling tandarts en financiële drempel	19
Tabel 10: Kruistabel samenwerking met geconventioneerde hulpverleners: arts vs. tandarts	20
Tabel 11: Kruistabel samenwerking met hulpverleners die de regeling betalende derde willen toepassen: arts versus tandarts.....	21
Tabel 12: Kruistabel financiële drempel: arts versus tandarts	21
Tabel 13: Kruistabel toegankelijkheid van de zorg in urgenties: arts versus tandarts	23
Tabel 14: Kruistabel toegankelijkheid van de zorg in niet-dringende situaties: arts versus tandarts	23
Tabel 15: Kruistabel toegankelijkheid van de zorg in urgenties versus niet-dringende consultaties (voor arts en tandarts).....	24

Abstract

Achtergrond

Uit de internationale literatuur blijkt dat mensen met een lage socio-economische status minder gebruik maken van de gezondheids- en mondzorg, ondanks een hogere nood. In België bestaan er verschillende maatregelen die deze socio-economische ongelijkheid willen opvangen. Er bestaan echter geen data over hoe deze socio-economisch gedepriveerde populatie in België de toegankelijkheid van de tandarts ervaart.

Doelstelling

De doelstelling van deze studie is driedelig.

- Nagaan van de toegankelijkheid van de huisarts en tandarts voor OCMW-cliënten en het eventuele verschil tussen beide.
- Nagaan welke drempels en moeilijkheden het OCMW ervaart bij zowel hun cliënteel als de tandarts.
- Inzicht verwerven in de werking van het OCMW bij de ondersteuning van hun cliënten met medische of tandheelkundige noden: samenwerkingsverbanden, richtlijnen, adviserende en financierende rol.

Methodologie

De gegevens voor deze studie werden bekomen aan de hand van een schriftelijke bevraging van de Vlaamse OCMW's in december 2014. De gebruikte vragenlijst werd opgesteld op basis van een explorerend gesprek met het OCMW van Maldegem en Kaprijke, de ervaring van prof. dr. Luc Marks en prof. dr. Luc De Visschere en een literatuuronderzoek. De vragenlijst onderging een validatieprocedure door middel van een pilootstudie.

De vragenlijst en begeleidende brief werden schriftelijk verstuurd naar de secretaris van elk Vlaams OCMW (uitgezonderd deze die reeds deelnamen aan het pilootproject), begeleid van een gefrankeerde antwoordenvolp. Aangezien het responspercentage na deze eerste oproep voldoende hoog was (62,7%), werd er besloten geen tweede oproep te houden.

De verkregen data werden met SPSS verwerkt en statistisch geanalyseerd.

Resultaten

Er werden 192 ingevulde vragenlijsten ontvangen (responspercentage 62,7%). Er werden geen vragenlijsten uitgesloten.

Financiële beperkingen en het gebrek aan aandacht voor mondhygiëne vormen de belangrijkste drempels voor een tandartsbezoek bij het OCMW-cliënteel. OCMW-cliënten ervaren een grotere financiële drempel voor de tandarts dan de arts. Bovendien hebben ze slechts een beperkte kennis van de sociale maatregelen die mondzorg laagdrempeliger maken. De toegankelijkheid van de zorg levert meer problemen op in urgenties dan in niet-dringende situaties. De arts is in beide situaties beter toegankelijk dan de tandarts.

Gemiddeld 21,6% tot 34,9% van de tandartsen staat weigerachtig ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënteel, met de hoogste cijfers voor cliënten zonder wettig verblijf. Financiële overwegingen en extra administratieve lasten vormen bij de tandarts de belangrijkste drempels voor het behandelen van OCMW-cliënteel. OCMW's met een snellere betaling van de tandarts ondervinden een positievere houding bij de lokale tandartsen.

Slechts 37,1% van de OCMW's heeft een goede tandheerkundige attitude. Er zijn verbeteringen mogelijk qua richtlijnen, motivatie van de OCMW-cliënt en vlotheid van de betaling van de tandarts. Ook beperken OCMW's hun samenwerkingen niet tot hulpverleners die geconventioneerd zijn of de regeling betalende derde willen toepassen.

De toegankelijkheid van de tandarts blijkt moeilijk beïnvloedbaar. Onderzoek van deze parameter toont geen statistisch significant verband met de tandheerkundige attitude van het lokale OCMW, noch met de kennis van de OCMW-cliënt.

Conclusie

De resultaten van deze studie bevestigen dat er in Vlaanderen extra inspanningen nodig zijn om de tandarts toegankelijker te maken voor personen met beperkte financiële middelen. Hiervoor dienen de OCMW-cliënten geïnformeerd en gemotiveerd te worden. Daarnaast kan de interactie tussen het OCMW en de tandarts efficiënter gemaakt worden o.a. qua richtlijnen, terugbetalingsperiode en samenwerkingsverbanden. Ten slotte dient deze doelgroep aantrekkelijker gemaakt te worden voor de tandarts, bijvoorbeeld door een vermindering van de administratieve lasten en een vlottere afhandeling van de betaling. Om beleidsmatige veranderingen te kunnen maken is verder onderzoek nodig (tevens in Brussel en Wallonië) en zou ook het standpunt van de tandartsen geëxploreerd moeten worden.

1. Inleiding

In de internationale literatuur werd het verband tussen socio-economische status en mondgezondheid reeds herhaaldelijk aangetoond (1). Ondanks de grotere behandelneed van personen met een laag inkomen, stappen deze minder vaak naar de tandarts (2, 3). Dit verschil is het grootst wat betreft preventieve consultaties (4). Ook in België wordt er vastgesteld dat mensen in armoede slechts de helft zo vaak op preventief mondonderzoek gaan i.v.m. anderen (5). Mogelijke barrières die aan de basis hiervan liggen zijn o.a. financiële problemen, taal, praktische zaken zoals vervoer en het hebben van andere prioriteiten (6, 7). De slechtere mondgezondheid van deze groep kan een negatieve impact hebben op hun levenskwaliteit (8). Zo ervaren personen met een laag inkomen hierdoor nefaste effecten op zowel hun zelfvertrouwen, sociale contacten en tewerkstelling als op hun algemene gezondheid (9, 10). Deze gevonden ongelijkheid lijkt sociaal onrechtvaardig en ethisch incorrect. Het probleem werd het afgelopen decennium dan ook onder de aandacht gebracht door meerdere instanties zoals o.a. de World Health Organisation (WHO), ‘Healthy people 2010’, ‘Health 2020’ en Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (11).

1.1 De OCMW-cliënt

Het Openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn (OCMW) is een dienst van de Belgische federale overheid die op lokaal niveau maatschappelijke dienstverlening aanbiedt. Het OCMW biedt ondersteuning aan personen die over onvoldoende middelen beschikken voor een menswaardig bestaan. Om steun te kunnen ontvangen van het OCMW moet voldaan worden aan bepaalde voorwaarden qua nationaliteit, bereidheid tot werken, leeftijd, verblijfplaats, bestaansmiddelen en uitputting van sociale rechten (12).

De geboden steun kan variëren van o.a. psychosociale en medische hulp, rechtsbijstand en werkverschaffing, tot schuldbemiddeling en leefloon. Via deze steunmaatregelen bereikt het OCMW een groot publiek (Tabel 1).

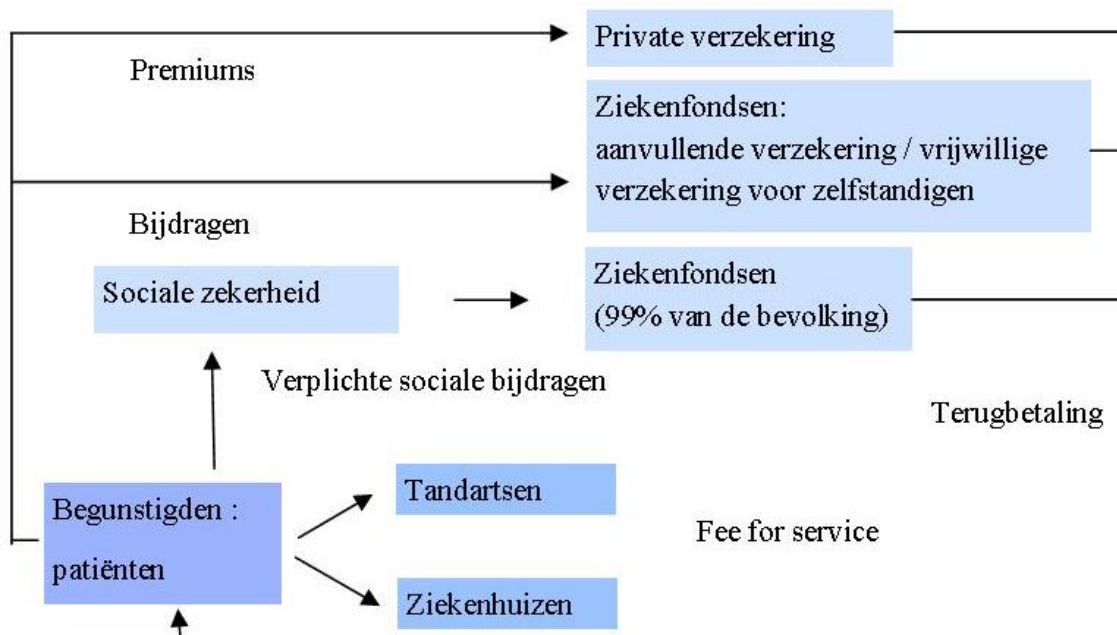
Daarnaast staat het OCMW ook in voor hulpverlening aan specifieke doelgroepen, zoals asielzoekers en vreemdelingen.

Maatregel	Gemiddeld aantal begunstigen per maand	Jaar
Recht op maatschappelijke integratie	108 924	2013
Leefloon	98 843	
Installatiepremie	7 763	
Recht op maatschappelijke hulp	42 474	2012
Financiële steun	26 738	
Medische hulp	13 414	

Tabel 1: Gemiddeld aantal OCMW-begunstigen per maand per steunmaatregel (13)

1.2 Bestaande sociale maatregelen mondgezondheidszorg België

De Belgische mondgezondheidszorg wordt grotendeels in private tandheelkundige praktijken uitgeoefend. Ze is gebaseerd op een fee-for-service systeem waarbij de patiënt de tandarts betaalt voor geleverde diensten. Elke Belg is verplicht zich aan te sluiten bij een mutualiteit, die dan een volledige of partiële terugbetaling voorziet voor deze zorgen. Elke werkende Belgische inwoner moet hiervoor een financiële bijdrage leveren aan de sociale zekerheid (Figuur 1). De terugbetaling voor restauratieve en bepaalde preventieve zorgen, minimale orale chirurgie en uitneembare gebitsprothesen bedraagt 75% van het totale bedrag voor volwassenen en 100% voor kinderen. Andere behandelingen zoals implantaten, indirecte restauraties, parodontale behandelingen of orthodontische behandelingen worden beperkt of niet terugbetaald (14). Daarnaast bestaan er verschillende maatregelen om de (mond)gezondheidszorg beter toegankelijk te maken (15).



Figuur 1: Structuur mondgezondheidszorg België (16)

1.2.1 Conventie

Geconventioneerde (tand)artsen aanvaarden de akkoorden die tussen de zorgverlener en de overheid/ziekenfondsen worden afgesloten. Deze akkoorden liggen aan de basis van de officiële basishonoraria voor de terugbetaling. Geconventioneerde zorgverleners rekenen de officiële tarieven aan. De zorgverlener kan er ook voor kiezen deels geconventioneerd te werken, afhankelijk van de plaats of het tijdstip.

Niet-geconventioneerde artsen aanvaarden dit akkoord niet en mogen een ereloonsupplement aanrekenen dat niet terugbetaald wordt. Elke zorgverlener moet zijn patiënten inlichten over zijn statuut (17).

1.2.2 Regeling (sociale) betalende derde

Bij dit systeem moet de patiënt enkel het remgeld en eventuele ereloonsupplementen zelf betalen. Het overige deel wordt rechtstreeks door het ziekenfonds aan de zorgverlener betaald. De wetgeving over de toepassing van de regeling betalende derde door tandartsen is complex. De maatregel mag niet gebruikt worden voor raadplegingen, preventieve en conserverende behandelingen en radiografieën bij volwassenen. In een aantal uitzonderingssituaties is de toepassing echter wel toegestaan zoals o.a. bij het recht op verhoogde tegemoetkoming, bij personen die meer dan zes maanden werkloos zijn en bij personen met een chronische aandoening (18). Ten tijde van het afnemen van deze enquête kon de regeling betalende derde ook nog toegepast worden in financiële noodsituaties bij personen die anders geen recht zouden hebben op deze regel. Deze uitzondering werd echter recent afgeschaft (15).

Voor andere situaties waarin de toepassing niet verboden is, kan de regel enkel gebruikt worden na een akkoord van de tandarts met het Nationaal Intermutualistisch College (NIC). Door dit akkoord aan te gaan, wordt de tandarts er echter toe verplicht de regel overal toe te passen waar het bij wet is toegestaan (18). In 2014 gingen slechts 42 tandartsen een dergelijk akkoord aan (19).

Huisartsen konden tot voor kort de maatregel ook toepassen bij een gelijkaardig cliënteel. Ten tijde van het afnemen van deze enquête konden niet-geconventioneerde huisartsen nog weigeren de regeling betalende derde toe te passen. Sinds 1 oktober 2015 werden ze echter bij wet verplicht om de regel toe te passen bij alle rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming en met het statuut 'chronische aandoening' (15).

1.2.3 Verhoogde tegemoetkoming

Individuele met een laag gezinsinkomen kunnen bij hun mutualiteit het statuut van verhoogde tegemoetkoming aanvragen. Daarnaast wordt dit statuut ook automatisch toegepast bij personen die een sociale uitkering (leefloon) ontvangen. Door deze verhoogde tegemoetkoming vanuit de mutualiteiten wordt het aandeel van de kostprijs voor de patiënt zelf verlaagd (15).

1.2.4 De maximumfactuur

De maximumfactuur (MAF) beperkt de maximale uitgaven voor medische kosten van een gezin tot een bepaalde jaarlijkse drempel. Deze drempel is afhankelijk van het inkomen van het gezin. Gezinnen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming hebben automatisch ook recht op de sociale MAF. Deze beperkt de maximale jaarlijkse medische kosten tot 450 euro per gezinslid. Het overschreden bedrag wordt terugbetaald door het ziekenfonds (15).

Voor aanvullende informatie wordt verwezen naar de website van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (15) en van de Belgische sociale zekerheid (20).

1.3 Aanvullende rol OCMW

1.3.1 Begeleiding

In het kader van ‘Maatschappelijke dienstverlening’ kan elke cliënt van het OCMW ondersteuning vragen van een maatschappelijk assistent. Deze kan de OCMW-cliënt begeleiden in zijn zoektocht naar medische hulpverlening. Dit kan o.a. door hem te wijzen op het recht op een verhoogde tegemoetkoming, het aanvragen van de regeling betalende derde, van een afbetalingsplan of een ten laste name (20).

1.3.2 Ten laste name

Het OCMW zal in eerste instantie voor de laagst mogelijke financiële inbreng van de patiënt zorgen o.a. via een eventuele verhoogde tegemoetkoming bij het ziekenfonds. Indien de patiënt daarna problemen heeft met het betalen van zijn eigen inbreng van de medische kosten, kan deze een ten laste name aanvragen bij het OCMW. Het OCMW kiest dan op basis van de financiële en medische toestand van de patiënt om al dan niet (een deel van) de medische kosten op zich te nemen (21).

1.3.3 Dringende medische hulp

Personen die illegaal in België verblijven, hebben volgens KB 12.12.1996 recht op ‘Dringende Medische Hulp’ (22). Dit begrip omvat zowel preventieve als curatieve zorgen, en kan ook

bestaan uit medische zorgen door huisarts of tandarts. Een persoon zonder wettig verblijf kan hiervoor een medische kaart aanvragen bij het OCMW. Met dit document biedt het OCMW de zorgverlener de zekerheid gedurende een bepaalde termijn en voor bepaalde prestaties in te staan voor de kosten van de behandeling (23).

1.3.4 Asielzoeker in Lokaal Opvanginitiatief

De medische kosten van asielzoekers die in een Lokaal Opvanginitiatief (LOI) van een bepaald OCMW verblijven, worden gedekt door dat OCMW (24).

1.4 Doelstelling

Uit de internationale literatuur blijkt dat mensen met een lage socio-economische status minder gebruik maken van de gezondheids- en mondzorg, ondanks een hogere nood (1-3). In België bestaan er verschillende maatregelen die deze socio-economische ongelijkheid willen opvangen. Er bestaan echter geen data over hoe deze socio-economisch gedepriveerde populatie in België de toegankelijkheid van de tandarts ervaart. In deze masterproef wordt de bovenstaande problematiek geëxploreerd door middel van een enquête bij de Vlaamse OCMW's.

De volgende doelstellingen worden nagestreefd:

- Nagaan van de toegankelijkheid van de huisarts en tandarts voor OCMW-cliënten en het eventuele verschil tussen beide.
- Nagaan van mogelijke drempels en moeilijkheden op verschillende domeinen:
 - o Drempels van de OCMW-cliënt t.o.v. de (tand)arts.
 - o Drempels van de tandarts t.o.v. het behandelen van OCMW-cliënten.
 - o Drempels die het OCMW ondervindt in de communicatie met bovenstaande partijen.
- Inzicht verwerven in de werking van het OCMW bij de ondersteuning van hun cliënten met medische of tandheelkundige noden: samenwerkingsverbanden, richtlijnen, adviserende en financierende rol.

2. Methodologie

2.1 Literatuurstudie

Door middel van een literatuuronderzoek werd gezocht naar het profiel en de behandelneed van de OCMW-cliënt, de bestaande sociale maatregelen in België en de methodologie en resultaten van bestaande studies. Er werd gebruik gemaakt van de databases Pubmed, TRIP, Web of Science en Google Scholar. Volgende zoektermen werden gebruikt: ‘refugee’, ‘poverty’, ‘homeless’, ‘public assistance’, ‘social work’, ‘social class’, ‘dentistry’, ‘dentist’, ‘health services accessibility’, ‘oral health’ en ‘health care disparities’. De referenties van de gevonden artikels werden ook bekeken volgens de sneeuwbalmethode.

Daarnaast werd de site van de programmatorische overheidsdienst Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid (POD-MI) geraadpleegd voor cijfermateriaal en wetgeving omtrent de OCMW-cliënt in België (12). Ook de site van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (15), de site van de Belgische Sociale Zekerheid (20) en Medimmigrant (23) werden gebruikt voor informatie over de bestaande sociale maatregelen in België.

2.2 Data-verzameling

De gegevens voor deze experimentele studie werden verzameld d.m.v. een vragenlijst. Deze werd opgesteld o.b.v. een explorerend gesprek met OCMW Maldegem en Kaprijke, de ervaring van prof. dr. Luc Marks en prof. dr. Luc De Visschere en een literatuuronderzoek (6, 7, 10, 25).

De vragenlijst bestond uit 37 vragen die gerangschikt werden naargelang het type antwoordmogelijkheden en binnen deze categorieën verder naargelang de inhoud van de vragen. Het eerste deel bestond uit acht vragen die niet duidelijk geclassificeerd konden worden naargelang de antwoordmogelijkheden (zoals o.a. de grootte van het grondgebied en de betalingstermijn bij een ten laste name). Het tweede deel bestond uit 22 stellingen waarbij het OCMW op een schaal van 1 (sterk niet akkoord) tot 6 (sterk wel akkoord) een standpunt kon innemen. Het was ook mogelijk om voor de optie ‘geen informatie’ te kiezen. De stellingen werden verder onderverdeeld in vijf inhoudelijke topics: ‘toegankelijkheid’, ‘de tandarts’, ‘visie patiënt’, ‘samenwerkingsverbanden’ en ‘bijkomende rol OCMW’. Het laatste deel bestond uit zeven vragen waarbij gevraagd werd een percentage aan te duiden op een continue schaal van nul tot honderd procent.

De vragenlijst onderging een validatieprocedure d.m.v. een pilootstudie. Hierbij werden twee OCMW's gevraagd de enquête te laten invullen door twee afzonderlijke medewerkers, en dit op twee verschillende tijdstippen. Op basis hiervan werd de inter- en intra-assessor reliability nagegaan. Deze studie werd goedgekeurd door het ethisch comité van het Universitair Ziekenhuis Gent ref. B670201523200.

De vragenlijst en de begeleidende brief werden in december 2014 schriftelijk verstuurd naar de secretaris van elk Vlaams OCMW (uitgezonderd deze die reeds deelnamen aan het pilootproject), begeleid van een gefrankeerde antwoordenvolp. Aangezien de respons na deze eerste oproep voldoende hoog was (62,7%), werd er geen tweede oproep gehouden.

2.3 Data-verwerking

De verkregen data werden ingegeven in SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

2.4 Data-analyse

De data-analyse gebeurde door middel van SPSS 22.0.

De categorische variabelen werden geëxploreerd aan de hand van frequentietabellen. Ter beschrijving van de continue variabelen werden het minimum, maximum, gemiddelde, mediaan en de standaarddeviatie berekend (Bijlage 3).

Het significantieniveau werd vastgelegd op 0,05. De nulhypothese stelde steeds dat er geen significant verband of verschil bestond tussen bepaalde variabelen.

Om te vermijden dat er met te kleine getallen gewerkt zou worden, werd de variabele 'grootte van het grondgebied van het OCMW' van vijf categorieën naar drie categorieën gehercodeerd. Ook werden de variabelen die oorspronkelijk door een schaal van 'sterk niet akkoord' tot 'sterk wel akkoord' werden beantwoord, gehercodeerd tot de opties 'niet akkoord', 'akkoord' en 'geen informatie'. Voor de statistische analyses werden de OCMW's die de optie 'geen informatie' aanduiden, niet geïnccludeerd in de hypothesetest.

De chi-kwadraat test werd gebruikt om bepaalde associaties tussen categorische variabelen na te gaan. Voorwaarden voor de toepassing van deze test zijn dat niet meer dan twintig procent van de cellen een waarde kleiner dan vijf mag bevatten en dat geen enkele cel de waarde nul mag bevatten. Wanneer er niet aan deze voorwaarden voldaan werd, werd de Fisher's exact test gebruikt. Daarnaast werden er ook kruistabellen opgesteld.

Voor de vergelijking van proporties afkomstig uit gepaarde steekproeven, werden de McNemar-test en Cochran's Q-test gebruikt. Waar nuttig werden er ook kruistabellen en staafdiagrammen opgesteld.

De Mann-Whitney U test, de Friedman-test en de Kruskal-Wallis-test werden gebruikt voor hypothesetesten van continue variabelen. Bij de Friedman-test werden de gegevens tevens grafisch weergegeven aan de hand van een boxplot.

In de beschrijving van de resultaten werd de oorspronkelijke volgorde van de vragen niet behouden. De vragen werden hiervoor herschikt in drie categorieën:

- Karakteristieken van het OCMW (vraag 1 t.e.m. 6, 22 t.e.m. 30)
- Toegankelijkheid (vraag 9 t.e.m. 15)
- Drempels
 - o Drempels van de OCMW-cliënten t.o.v. de (tand)arts (vraag 7, 19 t.e.m. 21 en 37).
 - o Drempels die de tandarts ervaart ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënten (vraag 8 en 31 t.e.m. 36).
 - o Drempels die het OCMW ondervindt in de communicatie met beide partijen (vraag 16 t.e.m. 18).

Er werd besloten om vraag 2, 3, 14 en 15 niet verder te bespreken. Bij vraag 2 en 3 was het bekomen percentage OCMW's dat samenwerkt met eigen voorzieningen of een wijkgezondheidscentrum te laag om relevante statistische uitspraken te kunnen doen. Bij vraag 14 en 15 werd er te vaak gekozen voor de antwoordoptie 'geen informatie', respectievelijk 36,3% en 40%. De resultaten van deze enquêtevragen zijn wel beschikbaar in bijlage 3.

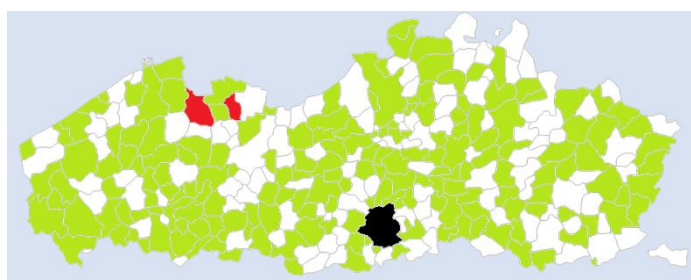
3. Resultaten

3.1 Beschrijvende statistiek

Voor deze studie werden 306 Vlaamse OCMW's gecontacteerd. Hiervan stuurden er 192 de beantwoorde vragenlijst terug, wat het responspercentage van deze studie op 62,7% brengt. Er kwam procentueel meer respons uit West-Vlaanderen en minder uit Limburg (Tabel 2, Figuur 2). Daarnaast werden ook acht vragenlijsten ontvangen waarvan de oorsprong niet achterhaald werd. Er werden geen vragenlijsten uitgesloten.

Provincie	Responspercentage
Antwerpen	55,7%
West-Vlaanderen	70,6%
Oost-Vlaanderen	57,8%
Limburg	52,3%
Vlaams-Brabant	61,5%

Tabel 2: Geografische spreiding



Figuur 2: Geografische spreiding

Legende: ■ Brussel
■ Participerende gemeentes
■ Gemeentes pilootproject

3.1.1 Karakteristieken van het OCMW

Het grootste aandeel van de participerende OCMW's heeft een grondgebied van minder dan 25 000 inwoners (75,5%), terwijl de grotere OCMW's met een grondgebied van meer dan 50 000 inwoners een minderheid vormen (5,2%) (Tabel 3). Na vergelijking van deze gegevens met de bekende bevolkingsaantallen per Vlaamse gemeente (26), blijkt dat er verhoudingsgewijs een grotere respons was van de OCMW's met een groter grondgebied. Het responspercentage bedraagt namelijk >80% bij de OCMW's met een grondgebied van >50 000 inwoners, versus <60% bij deze met een grondgebied van <25 000 inwoners.

Het percentage OCMW's met richtlijnen omtrent de procedure voor tussenkomst in tandheelkundige behandelingen varieert naargelang het type OCMW-cliënt. OCMW's hebben vaker richtlijnen voor cliënten in asielprocedure (63,0%) en zonder wettig verblijf (58,2%) dan voor deze onder leefloon (36,8%) en budgetbeheer (36,2%). Slechts 26,6% van de OCMW's heeft richtlijnen voor alle situaties. Daarentegen heeft meer dan 30% veralgemeend geen richtlijnen.

Karakteristieken van de OCMW's			
Grootte van het grondgebied van het OCMW (aantal inwoners)	< 25 000: 75,5% 25 000 – 50 000: 19,3% > 80 000: 5,2%		
Richtlijnen binnen het OCMW omtrent de procedure voor tussenkomst in tandheelkundige behandelingen	Leefloon: 36,8% Budgetbeheer: 36,2% Asielprocedure 63,0% Zonder wettig verblijf 58,2%		
Aanraden van de wachtdienst voor tandartsen in urgenties	Nee: 40,7% Occasioneel: 47,1% Systematisch 12,2%		
Wachtperiode voor de betaling van de tandarts bij een ten laste name	< 1 week: 8,2% < 1 maand: 65,8% > 1 maand: 26,1%		
Stellingen:			
	Niet akkoord	Akkoord	Geen informatie
<i>Ons OCMW werkt enkel samen met...</i>			
Geconventioneerde artsen	43,7%	44,7%	11,6%
Geconventioneerde tandartsen	42,1%	42,6%	15,3%
Artsen die de regeling betalende derde willen toepassen	75,4%	18,8%	5,8%
Tandartsen die de regeling betalende derde willen toepassen	74,9%	16,8%	8,4%
<i>Ons OCMW biedt eerder zelden financiële hulp via een ten laste name (al dan niet terugvorderbaar) voor een tandheelkundige behandeling als aanvulling bij een bemiddeling voor onze cliënten..</i>			
Onder leefloon	63,2%	32,6%	4,2%
Onder budgetbeheer	64,2%	31,1%	4,7%
In asielprocedure	71,6%	23,2%	5,3%
Zonder wettig verblijf	54,0%	38,1%	7,9%
Aanmoedigen preventief tandartsconsult	44,5%	47,1%	8,4%

Tabel 3: Overzicht van de karakteristieken van de OCMW's

Deze studie toont dat 59,3% van de OCMW's hun cliënteel het gebruik van de wachtdienst voor tandartsen in urgenties aanraadt, maar dat dit slechts bij een minderheid systematisch gebeurt (12,2%).

Daarnaast geven de OCMW's aan dat bij een ten laste name de betaling van de tandarts meestal binnen een maand gebeurt, maar bij 26,1% van de OCMW's kan deze wachttermijn langer oplopen.

Respectievelijk 11,6% en 15,3% van de OCMW's heeft geen informatie over de samenwerking met geconventioneerde artsen en tandartsen. Van de OCMW's die hier wel zicht op hebben,

werkt ongeveer de helft enkel samen met geconventioneerde hulpverleners. Een minderheid van de OCMW's werkt enkel samen met artsen (18,8%) of tandartsen (16,8%) die de regeling betalende derde willen toepassen.

De meerderheid van de OCMW's is het niet eens met de stelling dat er eerder zelden een ten laste name gebeurt van tandheelkundige kosten, met cijfers die variëren tussen 54,0% en 71,6% naargelang het type OCMW-cliënt. Een ten laste name van tandheelkundige kosten door het OCMW gebeurt het meest frequent voor cliënten in asielpcedure en het minst frequent voor cliënten zonder wettig verblijf.

Op basis van deze karakteristieken kan de tandheelkundige attitude van de OCMW's worden nagegaan. De vereisten hiervoor worden beschreven in tabel 4. Arbitrair worden hierin drie categorieën onderscheiden: de OCMW's met een slechte, matige en goede attitude. Slechts 17 OCMW's voldoen aan alle vernoemde voorwaarden.

Vereisten dental minded OCMW		Percentage
Richtlijnen in minstens 3 situaties		36,4
Snelle betaling van de tandarts bij een ten laste name (< 1 maand)		73,9
Aanraden wachtdienst in urgenties (op occasionele of systematische basis)		59,3
Aanmoedigen van een preventief tandartsconsult		51,4

Aantal voldane voorwaarden	Tandheelkundige attitude OCMW	Percentage
≤ 1	Slecht	25,2
2	Matig	37,7
≥ 3	Goed	37,1

Tabel 4: Tandheelkundige attitude OCMW

3.1.2 Drempels

3.1.2.1 Drempels van de OCMW-cliënt ten opzichte van de (tand)arts

Financiële moeilijkheden (92,1%) en het gebrek aan aandacht voor mondhygiëne (77,2%) vormen volgens de OCMW's bij hun cliënteel de belangrijkste drempels voor een tandartsbezoek. Angst, schaamte en een mogelijke taalbarrière spelen een minder grote rol (Tabel 5). Ook het expliciet navragen of de OCMW's financiële moeilijkheden als een drempel zien, bevestigt deze conclusie. De grote meerderheid van de OCMW's is akkoord met deze stelling, met resultaten die meer uitgesproken zijn voor de tandarts (92,7%) dan de arts (80,6%). Daarnaast zijn ook een gebrek aan kennis en sociale discriminatie mogelijke barrières. De OCMW's schatten de kennis van hun cliënteel omtrent de maatregelen die tandzorg laagdrempeliger maken namelijk laag in (gemiddeld 34,9%). De verkregen cijfers variëren sterk

per OCMW, van nul tot honderd procent, met een hoge standaarddeviatie. Daarnaast vermeldt 19,4% van de OCMW's dat hun cliënten zich benadeeld voelen door de tandarts omwille van hun sociale status.

3.1.2.2 Drempels van de tandarts ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënten

Bij het navragen welke drempels het OCMW ervaart bij de tandarts ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënteel, valt op dat er veel ontbrekende waarden zijn (n=30) en dat vaak voor de antwoordoptie 'geen zicht' wordt gekozen (n=55). Financiële overwegingen (54,9%) en extra administratief werk (39,5%) vormen de belangrijkste drempels. Socioculturele factoren en een lage werkverdoening spelen een kleinere rol.

De OCMW's geven sterk uiteenlopende cijfers voor de mate waarin tandartsen in hun grondgebied weigerachtig staan t.o.v. het behandelen van OCMW-cliënteel. Dit uit zich in een grote spreiding. De verkregen gemiddelden variëren tussen 21,6% en 34,9% naargelang het type OCMW-cliënt. De mediaan is wel gelijk voor alle types OCMW-cliënten, namelijk 20%. Dit alles wijst erop dat de verkregen percentages scheef naar rechts verdeeld zijn.

De OCMW's geven aan dat 55,7% van de tandartsen in hun grondgebied op de hoogte is van de toe te passen procedure voor OCMW-cliënteel en 65,6% van de tandartsen past deze correcte procedure toe. Bij deze twee vragen valt opnieuw de grote spreiding op.

3.1.2.3 Drempels die het OCMW ondervindt in de communicatie met de OCMW-cliënt en tandarts

De OCMW's kunnen bij het ondersteunen van een medische of tandheelkundige zorgvraag van hun cliënteel, problemen ondervinden in de communicatie met zowel de tandarts als hun cliënteel. Slechts een minderheid van de OCMW's rapporteert problemen in de communicatie met de tandarts (15,3%). Daarnaast zijn er ook discussies mogelijk met de tandarts over de noodzakelijkheid van een behandeling. Dit wordt opgemerkt door 27,2% van de OCMW's. Deze discussies treden vaker op met de OCMW-cliënt, namelijk 46,8% van de OCMW's rapporteert dit.

OCMW-cliënteel			
Drempels van het OCMW-cliënteel ten opzichte van de tandarts	Financiële drempels 92,1% Angst 37,0% Geen aandacht voor mondhygiëne 77,2% Schaamte 20,1% Taalbarrière 20,1% Andere 4,2% Geen zicht 5,8%		
Mate waarin het OCMW-cliënteel op de hoogte is van de maatregelen om tandzorg laagdrempeliger te maken.	Gemiddelde: 34,9 Standaarddeviatie: 20,47		
Stellingen:			
Stelling	Niet akkoord	Akkoord	Geen informatie
Wij hebben van onze cliënten al vernomen dat zij zich benadeeld voelen door de tandarts omwille van hun sociale status.	65,4%	19,4%	15,2%
Financiële moeilijkheden vormen een drempel voor ons cliënteel om naar een arts te stappen.	17,8%	80,6%	1,6%
Financiële moeilijkheden vormen een drempel voor ons cliënteel om naar een tandarts te stappen.	5,8%	92,7%	1,6%
Tandarts			
Drempels van de tandarts ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënteel	Financiële overwegingen 54,9% Extra administratief werk 39,5% Socioculturele factoren 4,9% Weinig werkverdoening 8,0% Andere 6,2% Geen zicht 34,0%		
Mate waarin de tandartsen weigerachtig staan ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënten	Leefloon 23,8% (21,81%) Budgetbeheer 21,6% (20,49%) Asielprocedure 27,6% (25,30%) Zonder wettig verblijf 34,9% (30,87%)		
Mate waarin de tandartsen op de hoogte zijn van de te volgen procedure bij OCMW-cliënten	Gemiddelde 55,7% Standaarddeviatie 25,80%		
Mate waarin de tandartsen de correcte procedure toepassen bij OCMW-cliënten	Gemiddelde 65,6% Standaarddeviatie 23,03%		
OCMW			
Stelling	Niet akkoord	Akkoord	Geen informatie
Er treden vaak discussies op met de tandarts omtrent de noodzakelijkheid van de behandeling.	58,6%	27,2%	14,1%
Onze organisatie ondervindt communicatieproblemen met de tandartsen.	77,4%	15,3%	7,4%
Er treden vaak discussies op met de cliënt omtrent de noodzakelijkheid van de behandeling.	41,1%	46,8%	12,1%

Tabel 5: Overzicht drempels ervaren door OCMW-cliënteel, tandarts en OCMW

3.1.3 Toegankelijkheid

De toegang tot tandheelkundige zorg in urgenties verloopt in 48,2% van de OCMW's moeizaam. Voor medische zorg geeft dit problemen in 33,5% van de OCMW's. Er worden minder moeilijkheden ervaren in niet-dringende situaties. Ook hier scoort de toegankelijkheid van de tandarts minder goed dan deze van de arts. Dit wordt bevestigd door het verschil in beide partijen expliciet na te vragen. De meerderheid van de OCMW's antwoordt hierop dat de (huis)arts beter bereikbaar is voor hun cliënteel dan de tandarts (77,4%).

Stelling	Niet akkoord	Akkoord	Geen informatie
Onze cliënten vinden in urgenties moeilijk snel toegang tot adequate medische zorg.	62,3%	33,5%	4,2%
Onze cliënten vinden in urgenties moeilijk snel toegang tot adequate tandheelkundige zorg.	43,5%	48,2%	8,4%
Onze cliënten vinden bij niet-dringende consultaties moeilijk toegang tot een arts .	76,4%	20,9%	2,6%
Onze cliënten vinden bij niet-dringende consultaties moeilijk toegang tot een tandarts .	58,6%	37,7%	3,7%
De (huis)arts is beter bereikbaar voor onze cliënten dan de tandarts.	16,8%	77,4%	5,8%

Tabel 6: Overzicht toegankelijkheid van de (tand)arts

3.2 Statistische analyse

3.2.1 Karakteristieken van het OCMW

3.2.1.1 Invloed van de grootte van het OCMW

Uit de Fisher's Exact Test blijkt dat er geen statistisch significant verband bestaat tussen de grootte van het grondgebied van de OCMW's en hun tandheeskundige attitude (Tabel 7). Bij het nader evalueren van de parameters van deze tandheeskundige attitude, wordt er enkel een statistisch significant verband gevonden met het hebben van richtlijnen omtrent de procedure voor tussenkomst in tandheeskundige behandelingen. Grote OCMW's hebben voor alle types OCMW-cliënten significant vaker richtlijnen.

Er bestaat in deze studie geen statistisch significant verband tussen de grootte van het grondgebied van een OCMW en de toegankelijkheid van de (tand)arts, zowel in urgenties als in niet-dringende situaties. OCMW's met een groter grondgebied ondervinden dus niet meer moeilijkheden qua toegankelijkheid van medische en/of tandheeskundige diensten. In grote OCMW's vormt taal statistisch significant vaker een drempel voor de tandarts.

Nulhypothese: Er is geen verband tussen de grootte van het grondgebied van de OCMW's en...	p-waarde	H ₀ weerlegd	n
De tandheeskundige attitude	0,153	Nee	159
Het hebben van richtlijnen voor cliënten...			
onder leefloon	<0,001	Ja	190
onder budgetbeheer	0,006	Ja	188
in asielprocedure	0,023	Ja	189
zonder wettig verblijf	0,024	Ja	189
Het aanraden van het gebruik van de wachtdienst voor tandartsen in urgenties	0,258	Nee	189
De wachtperiode tot de betaling van de tandarts bij een ten laste name	0,434	Nee	184
Het aanraden van een preventief tandartsconsult	0,553	Nee	175
Het ervaren van een taalbarrière	<0,001	Ja	189
De toegankelijkheid van ...			
de arts in urgenties	0,887	Nee	183
de tandarts in urgenties	0,488	Nee	175
de arts in niet-dringende situaties	0,109	Nee	186
de tandarts in niet-dringende situaties	0,571	Nee	184
De samenwerking met...			
Geconventioneerde artsen	0,657	Nee	168
Geconventioneerde tandartsen	0,803	Nee	161
Artsen die de regeling betalende derde toepassen	0,047	Ja	180
Tandartsen die de regeling betalende derde toepassen	0,022	Ja	175

Tabel 7: Statistische analyse verband grootte grondgebied en tandheeskundige attitude, toegankelijkheid en samenwerkingsverbanden

Er bestaat geen statistisch significant verschil in de samenwerking met geconventioneerde hulpverleners. Daarentegen werken grote OCMW's wel vaker exclusief samen met artsen en tandartsen die de regeling betalende derde willen toepassen.

3.2.1.2 Invloed van de tandheelkundige attitude van het OCMW

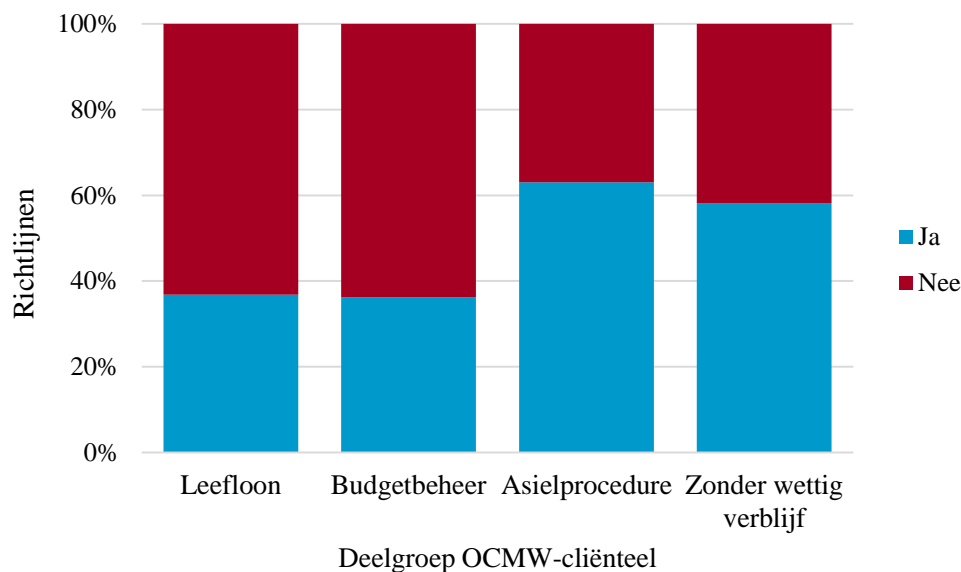
Een goede tandheelkundige attitude van een OCMW (Tabel 4) zou hypothetisch een positief effect kunnen hebben op de samenwerking met de lokale tandartsen en hun motivatie om OCMW-cliënteel te behandelen. Bovendien zou deze attitude ook de toegankelijkheid van de tandarts voor het OCMW-cliënteel kunnen verbeteren. Statistische analyse op basis van de Fisher's Exact-test en de Kruskal-Wallis-test toont in deze studie echter geen statistisch significant positief effect van een goede tandheelkundige attitude (Tabel 8).

Nulhypothese: Er bestaat geen verband tussen de tandheelkundige attitude van de OCMW's en...	p-waarde	H ₀ weerlegd	N
De toegankelijkheid van de tandarts in...			
urgenties	0,574	Nee	146
niet-dringende situaties	0,796	Nee	155
Het hebben van communicatieproblemen met de tandarts	0,251	Nee	151
De mate waarin tandartsen weigerachtig staan ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënten...			
onder leefloon	0,417	Nee	143
in budgetbeheer	0,218	Nee	143
in asielprocedure	0,454	Nee	144
zonder wettig verblijf	0,319	Nee	135

Tabel 8: Statistische analyse invloed tandheelkundige attitude op de toegankelijkheid van en de samenwerking met de tandarts

3.2.1.3 Invloed van het type OCMW-cliënt op het hebben van richtlijnen omtrent de procedure voor tussenkomst in tandheelkundige behandelingen

Figuur 3 toont aan dat OCMW's vaker richtlijnen hebben omtrent de procedure voor tussenkomst in tandheelkundige behandelingen voor cliënten in een asielprocedure (63,0%) en zonder geldige verblijfsvergunning (58,2%) dan voor cliënten onder leefloon (36,8%) of budgetbeheer (36,2%). De Cochran's Q-test toont een statistisch sterk significant verschil aan ($p < 0,001$) in het hebben van richtlijnen tussen de verschillende categorieën OCMW-cliënten ($n=184$). De paarsgewijze vergelijkingen tonen geen statistisch significant verschil tussen de cliënten onder leefloon en budgetbeheer onderling, noch tussen de cliënten in asielprocedure en deze zonder wettig verblijf. Het OCMW-cliënteel kan qua richtlijnen m.a.w. opgesplitst worden in twee groepen: de cliënten onder leefloon en budgetbeheer (gemiddeld 36,5%) versus de cliënten in asielprocedure en zonder wettig verblijf (gemiddeld 60,6%).



Figuur 3: Richtlijnen per deelgroep van het OCMW-cliënteel

3.1.2.4 Invloed van de wachperiode tot betaling van de tandarts bij een ten laste name op de ervaren financiële drempel

Onderstaande kruistabel toont dat OCMW's met een snelle afhandeling van de betaling van de tandarts bij een ten laste name, minder financiële drempels ervaren bij de lokale tandartsen ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënteel (Tabel 9). Dit verschil is statistisch significant ($p=0,016$, $n=157$).

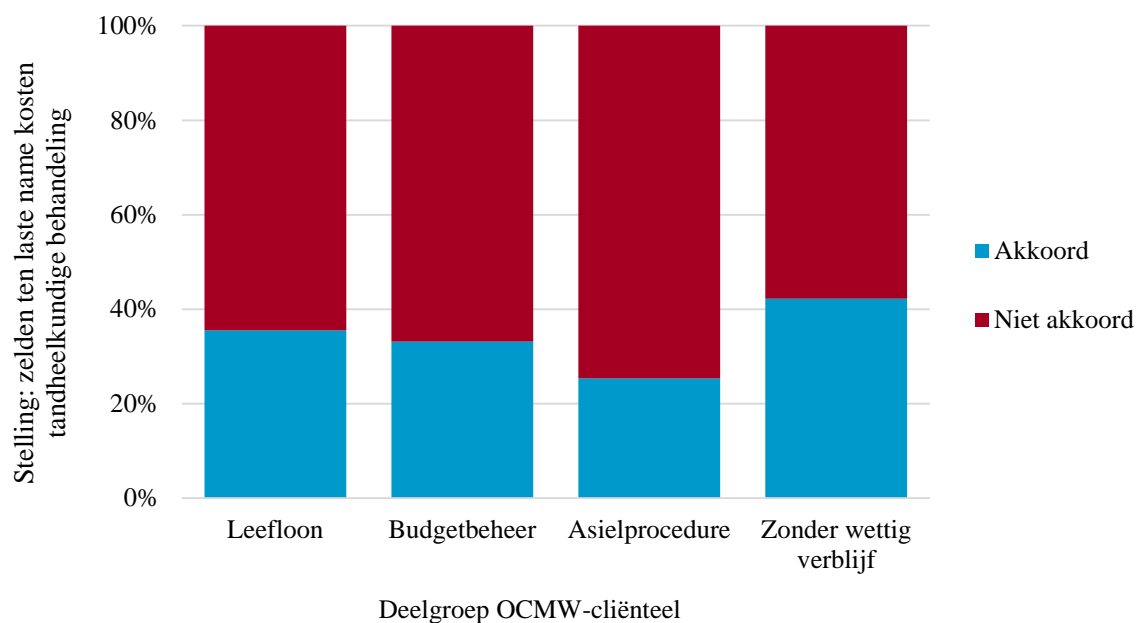
		Financiële overwegingen zijn een drempel voor de tandarts om OCMW-cliënteel te behandelen.	
		Nee	Ja
Wachperiode betaling tandarts bij een ten laste name	<1 week	81,8%	18,2%
	<1 maand	44,8%	55,2%
	>1 maand	34,1%	65,9%
	Totaal	44,6%	55,4%

Tabel 9: Verband snelheid betaling tandarts en financiële drempel

3.1.2.5 Invloed van het type OCMW-cliënt op de frequentie van een ten laste name

Uit figuur 4 blijkt dat de OCMW's het minder vaak eens zijn met de stelling dat ze zelden de kosten van een tandheelkundige behandeling ten laste nemen voor cliënten in asielprocedure, dan voor de andere categorieën. Voor cliënten zonder wettig verblijf zijn ze dan weer vaker akkoord. De Cochran's Q-test geeft aan dat het gevonden verschil statistisch sterk significant is ($p<0,001$). Paarsgewijze vergelijkingen tonen dat de statistisch significante verschillen zich situeren tussen de cliënten onder leefloon of zonder wettig verblijf enerzijds, en de cliënten in

asielprocedure anderzijds (n=166). Een ten laste name van de kosten van een tandheelkundige behandeling door het OCMW gebeurt m.a.w. frequenter voor OCMW-cliënten in asielprocedure, dan voor deze onder leefloon of zonder wettig verblijf.



Figuur 4: Ten laste name kosten tandheelkundige behandeling per deelgroep van het OCMW-cliënteel

3.2.1.6 Samenwerking van het OCMW met de arts versus de tandarts

Uit tabel 10 blijkt dat het aantal OCMW's dat enkel samenwerkt met geconventioneerde tandartsen (50,6%) gelijkaardig is aan deze die enkel samenwerken met geconventioneerde artsen (49,7%). De McNemar test bevestigt dit en is inderdaad niet in staat om een statistisch significant verschil aan te tonen in de samenwerking met geconventioneerde hulpverleners voor artsen t.o.v. tandartsen ($p=1,00$).

Tabel 11 toont tevens slechts kleine verschillen in het aantal OCMW's dat enkel samenwerkt met artsen die de regeling betalende derde willen toepassen (19,4%), i.v.m. de cijfers voor deze samenwerking met tandartsen (18,3%). De McNemar test kan ook hier geen significant verschil aantonen ($p=0,687$).

Stelling: Ons OCMW werkt enkel samen met geconventioneerde...		tandartsen		Totaal
		niet akkoord	akkoord	
artsen	niet akkoord	77	4	81
	akkoord	3	77	80
Totaal		80	81	161

Tabel 10: Kruistabel samenwerking met geconventioneerde hulpverleners: arts versus tandarts

Stelling: Ons OCMW werkt enkel samen met ... die de regeling betalende derde willen toepassen.		tandartsen		Totaal
		niet akkoord	akkoord	
artsen	niet akkoord	139	2	141
	akkoord	4	30	34
Totaal		143	32	175

Tabel 11: Kruistabel samenwerking met hulpverleners die de regeling betalende derde willen toepassen: arts versus tandarts

3.2.2 Drempels

3.2.2.1 Drempels van de OCMW-cliënt ten opzichte van de (tand)arts

3.2.2.1.1 Financiële drempel van het OCMW-cliënteel voor de arts versus de tandarts

Uit tabel 12 blijkt dat meer OCMW's financiële drempels ervaren voor de tandarts (94,1%) dan voor de arts (81,9%). Slechts 5,9% van de OCMW's ervaart geen financiële drempel om naar de arts noch de tandarts te stappen. Bij 12,2% van de OCMW's vormen financiële moeilijkheden een drempel voor de tandarts, maar niet voor de arts. Daarentegen antwoordt geen enkel OCMW het omgekeerde. De McNemar test toont een statistisch sterk significant verschil ($p < 0,001$) aan in het aantal OCMW's dat financiële drempels ervaart voor de tandarts t.o.v. de arts.

Stelling: Financiële moeilijkheden vormen een drempel voor ons cliënteel om naar een ... te stappen.		tandarts		Totaal
		niet akkoord	akkoord	
arts	niet akkoord	11	23	34
	akkoord	0	154	154
Totaal		11	177	188

Tabel 12: Kruistabel financiële drempel: arts versus tandarts

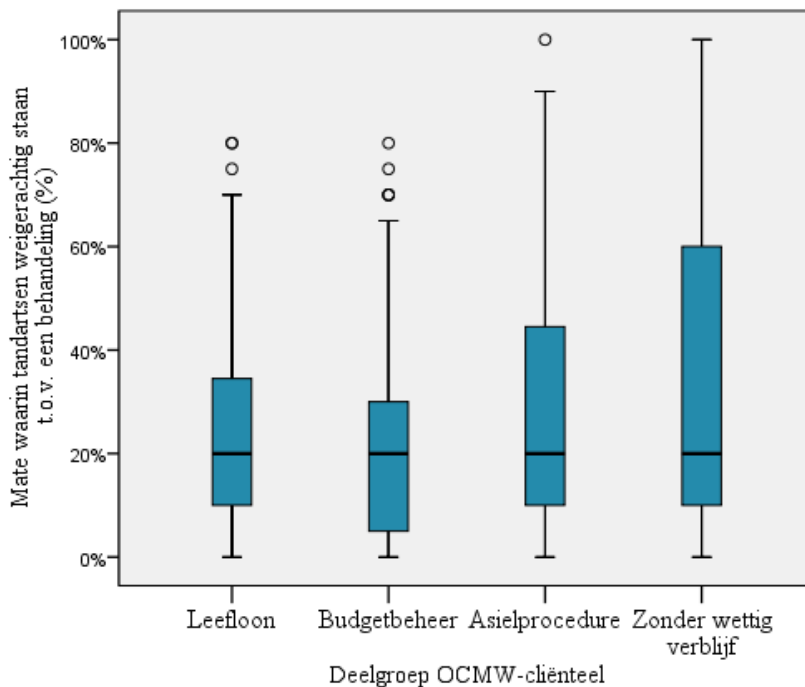
3.2.2.1.2 Invloed van de kennis omtrent sociale maatregelen op de ervaren financiële drempel

De Mann-Whitney U test is niet in staat om een statistisch significant verband ($p = 0,741$) aan te tonen tussen de ingeschatte kennis van het OCMW-cliënteel omtrent maatregelen om mondzorg laagdrempeliger te maken en de mate waarin zij financiële moeilijkheden als een drempel voor de tandarts ervaren ($n = 175$). De OCMW's die financiële beperkingen niet als een drempel beschouwen voor een tandartsbezoek, schatten de kennis van hun cliënteel als gemiddeld 34,7% (SD 20,26) in. Bij de OCMW's die wel een financiële drempel ervaren, is dit gemiddeld 32,1% (SD 24,66).

3.2.2.2 Drempels van de tandarts ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënten

3.2.2.2.1 Invloed van het type OCMW-cliënt op de mate waarin tandartsen weigerachtig staan t.o.v. een behandeling

De Friedman-test geeft aan dat er een statistisch sterk significant verband ($p < 0,001$) bestaat tussen de mate waarin tandartsen weigerachtig staan ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënten en het type OCMW-cliënt ($n=155$). Paarsgewijze vergelijkingen tonen dat de statistisch significante verschillen zich situeren tussen de cliënten zonder wettig verblijf enerzijds en de cliënten onder leefloon ($p < 0,001$) en budgetbeheer ($p < 0,001$) anderzijds. Daarnaast bestaat er ook een statistisch significant verschil tussen de cliënten onder budgetbeheer en deze in asielprocedure ($p=0,019$).



Figuur 5: Boxplot: Mate waarin tandartsen weigerachtig staan ten opzichte van een behandeling per type OCMW-cliënteel

3.2.3 Toegankelijkheid

3.2.3.1 Toegankelijkheid van de arts versus de tandarts

3.2.3.1.1 In urgenties

Uit onderstaande kruistabel blijkt dat in urgenties 52,6% van de OCMW's problemen ondervindt qua toegankelijkheid van de tandarts, ten opzichte van 35,4% die problemen ondervindt qua toegankelijkheid van de arts. 4,0% van de OCMW's ondervindt enkel moeilijkheden qua toegankelijkheid van de arts en niet van de tandarts, terwijl 21,1% van de OCMW's geen moeilijkheden ondervindt qua toegankelijkheid van de arts maar wel van de

tandarts. Daarnaast geven de OCMW's in dit onderzoek vaker aan geen zicht te hebben op het ervaren van moeilijkheden bij het vinden van tandheelkundige hulp (n=16) dan medische hulp (n=8). De McNemar test toont een statistisch sterk significant verschil ($p < 0,001$) aan tussen het ervaren van moeilijkheden bij het vinden van tandheelkundige hulp in urgenties ten opzichte van medische hulp.

Stelling: Onze cliënten vinden in urgenties moeilijk snel toegang tot de...		tandarts		Totaal
		niet akkoord	akkoord	
arts	niet akkoord	76	37	113
	akkoord	7	55	62
Totaal		83	92	175

Tabel 13: Kruistabel toegankelijkheid van de zorg in urgenties: arts versus tandarts

3.2.3.1.2 In niet-dringende situaties

Dezelfde trend is ook zichtbaar voor niet-dringende situaties (Tabel 14). Hier blijkt dat 39,1% van de OCMW's moeilijk toegang vindt tot een tandarts, ten opzichte van 21,7% voor de arts. 2,7% ondervindt enkel moeilijkheden qua toegankelijkheid van medische zorg en niet van tandheelkundige zorg. Omgekeerd ondervindt 20,1% van de OCMW's enkel moeilijkheden bij de toegang tot een tandarts en niet tot een arts.

De McNemar test toont een statistisch sterk significant verschil ($p < 0,001$) aan tussen het ervaren van moeilijkheden qua toegankelijkheid van de tandarts ten opzichte van de arts in niet-dringende situaties.

Stelling: Onze cliënten vinden bij niet-dringende consultaties moeilijk snel toegang tot een...		tandarts		Totaal
		niet akkoord	akkoord	
arts	niet akkoord	107	37	144
	akkoord	5	35	40
Totaal		112	72	184

Tabel 14: Kruistabel toegankelijkheid van de zorg in niet-dringende situaties: arts versus tandarts

3.2.3.2 Toegankelijkheid in urgenties versus niet-dringende situaties

De OCMW's rapporteren vaker moeilijkheden bij het vinden van **medische** hulp in urgenties (34,8%) dan in niet-dringende situaties (22,1%). Daarnaast ondervindt 20,4% enkel problemen in urgenties en 7,7% enkel in niet-dringende situaties. De McNemar test toont aan dat er een statistisch significant verschil ($p = 0,002$) bestaat in de ervaren moeilijkheden qua toegankelijkheid van de arts tussen een urgente en een niet-urgente klacht.

Dezelfde trend geldt voor de toegankelijkheid van de **tandarts**. Ook hier worden vaker moeilijkheden gerapporteerd in urgenties (53,2%) dan in niet-dringende situaties (39,3%). De McNemar test geeft aan dat dit verschil statistisch significant is ($p=0,001$). De OCMW's geven bovendien vaker aan geen zicht te hebben op deze problematiek voor urgenties ($n=16$) dan voor niet-dringende situaties ($n=7$).

Stelling: Onze cliënten vinden in ... moeilijk snel toegang tot de arts .		niet-dringende consultaties		Totaal
		niet akkoord	akkoord	
urgenties	niet akkoord	104	14	118
	akkoord	37	26	63
Totaal		141	40	181

Stelling: Onze cliënten vinden in ... moeilijk toegang tot een tandarts .		niet-dringende consultaties		Totaal
		niet akkoord	akkoord	
urgenties	niet akkoord	68	13	81
	akkoord	37	55	92
Totaal		105	68	173

Tabel 15: Kruistabel toegankelijkheid van de zorg in urgenties versus niet-dringende consultaties (voor arts en tandarts)

4. Discussie en conclusie

4.1 Responspercentage en kadering studieopzet

Deze masterproef had tot doel de toegankelijkheid van de tandarts voor OCMW-cliënten te exploreren, eventuele drempels te identificeren en inzicht te verwerven in de werking en de rol van het OCMW binnen dit kader. Via een vragenlijst gericht naar de secretaris van elk Vlaams OCMW werden de benodigde gegevens verzameld. Hierbij werd er een hoog responspercentage verkregen (62,7%). Dit percentage ligt merkkelijk hoger dan de 35,7% (SD 18,8%) die als het gemiddelde responspercentage voor vragenlijsten gericht naar organisaties door Baruch et al. werd vastgesteld (27). Deze hoge coöperatie van de OCMW's kan wijzen op een sterke interesse in de onderzochte problematiek.

In het verleden werd er in het buitenland reeds onderzoek uitgevoerd naar de toegankelijkheid van medische en tandheelkundige zorg voor personen met een laag inkomen, in asielpedure of zonder wettig verblijf. Deze studies waren echter voornamelijk gericht op de perceptie van ofwel de hulpverleners (25, 28, 29) ofwel de patiënt (6, 10). Met dit onderzoek bereikten we de tussenpersonen die in contact staan met beide partijen, namelijk de sociale hulpverleners. Het gekozen studieopzet maakte het ook mogelijk om onrechtstreeks een grotere doelgroep te bereiken dan met enquêtes naar de OCMW-cliënten zelf bereikt had kunnen worden. Wallace et al. betrokken reeds sociale hulpverleners in hun bevraging van de toegankelijkheid van de tandarts, maar dit werd op een kleinere schaal (n=13) uitgevoerd d.m.v. interviews met open vragen (7).

4.2 Interne validatie

Om de interne validiteit van de gebruikte vragenlijst na te gaan, werden een aantal topics op verschillende wijzen ondervraagd. Dit was zo voor het ervaren van financiële moeilijkheden als een drempel voor de tandarts, en voor de perceptie dat de huisarts beter bereikbaar is dan de tandarts. Dit eerste topic werd op twee wijzen ondervraagd. Enerzijds was er een meerkeuzevraag waarbij de OCMW's konden aangeven wat zij als een drempel ervaren voor een tandartsbezoek van hun cliënteel. Financiële moeilijkheden was hierbij een van de mogelijkheden. Daarnaast werd er ook in een andere vraag expliciet gevraagd of ze financiële moeilijkheden al dan niet als een drempel ervaren. In de meerkeuzevraag gaf 54,9% van de OCMW's aan financiële moeilijkheden als een drempel te beschouwen, in de schaalvraag daarentegen was 92,7% van de OCMW's het hiermee eens. Alhoewel in beide situaties een

meerderheid financiële moeilijkheden als een drempel ziet, bestaan er toch duidelijke procentuele verschillen tussen de twee vraagstellingsmethoden.

Om de perceptie omtrent het verschil in toegankelijkheid van de arts en de tandarts na te gaan, werd de vraag enerzijds gesteld voor beide hulpverleners apart. Daarnaast werd er expliciet gevraagd of ze de (huis)arts beter bereikbaar vonden dan de tandarts. Statistische analyse op basis van het eerste type vraagstelling toont aan dat zowel in urgenties als in niet-dringende situaties de arts als beter bereikbaar dan de tandarts beschouwd wordt. Ook de expliciete vraagstelling leidt tot dezelfde conclusie (77,4% akkoord). Alhoewel de concrete percentages dus verschillen afhankelijk van de vraagstellingswijze, geeft dit geen aanleiding tot andere conclusies.

4.3 Karakteristieken van het OCMW

4.3.1 Richtlijnen

Als eerste item werd het hebben van richtlijnen omtrent de procedure voor tussenkomst in tandheelkundige behandelingen nagevraagd. Hieruit blijkt dat OCMW's vaker richtlijnen hebben voor hun cliënten in asielprocedure en deze zonder wettig verblijf dan voor hun cliënten die een leefloon ontvangen of onder budgetbeheer staan. Dit verschil kan wellicht deels verklaard worden door een verschil in wetgeving voor deze cliënten.

Voor cliënten zonder wettig verblijf is deze regulering goed omschreven. De cliënt kan na een sociaal onderzoek van het OCMW een medische kaart verkrijgen. Deze betalingsverbintenis dient hij voor te leggen aan de hulpverlener als garantie op betaling. Nadien bezorgt de hulpverlener de factuur en een attest van de verstrekte Dringende Medische Hulp aan het OCMW. Het OCMW dient dan binnen de 45 dagen het POD-MI in te lichten, die de verrichte hulp terugbetaalt binnen bepaalde welomschreven beperkingen (23).

Ook voor asielzoekers in procedure bestaan er bij wet vastgelegde procedures. De betaling van hun medische kosten is afhankelijk van de wijze van opvang. Fedasil betaalt de medische kosten voor asielzoekers die toegewezen zijn aan een opvangcentrum, federaal opvanginitiatief of een opvangplaats beheerd door NGO's. Het OCMW komt enkel tussen voor personen die verblijven in een LOI of die geen toegewezen opvangstructuur hebben (bijvoorbeeld door een tekort aan opvangcapaciteit of een verblijf bij familie). Hiertoe start het OCMW met een sociaal onderzoek. Daarna wordt de cliënt doorverwezen naar een zorgverstrekker met een betalingsverbintenis. Vervolgens vraagt het OCMW een terugbetaling van deze kosten aan bij de POD-MI. Ook hier staat opnieuw goed omschreven welke kosten terugbetaald worden, en welke ten laste van het OCMW zelf vallen.

De situatie voor cliënten met de Belgische nationaliteit en betalingsmoeilijkheden is enigszins anders. Deze personen dienen aangesloten te zijn bij een mutualiteit die reeds een groot deel van de kosten terugbetaalt. Het OCMW kan, na een sociaal onderzoek, dan nog aanvullende steun verlenen indien de cliënt het remgeld of het ereloonsupplement van een niet-geconventioneerde (tand)arts niet kan betalen, of voor behandelingen die niet onder de RIZIV-nomenclatuur vallen (zoals extracties voor de 53^e verjaardag). Deze kosten kan het OCMW niet terugvorderen van de POD-MI (21). De cliënt kiest bovendien meestal zelf zijn hulpverlener en vaak is het de tandarts die bij betalingsproblemen contact opneemt met het OCMW.

4.3.2 Wachtdienst

Deze studie toont aan dat slechts weinig OCMW's het gebruik van de wachtdienst voor tandartsen systematisch aanraden wanneer hun cliënten zich presenteren met acute tandpijn. Dit zou verklaard kunnen worden door een gebrek aan kennis, maar ook door financiële en praktische motieven. Ten eerste is de wachtdienst enkel bereikbaar in het weekend en op feestdagen, binnen beperkte uren (30). De tandarts van wacht wordt ook steeds aangesteld voor een bepaalde streek waardoor dit voor transportproblemen kan zorgen. Daarnaast moet men een betalend nummer contacteren en kan de hulpverlener een urgentiesupplement aanrekenen. Alhoewel het gebruik van de wachtdienst dus een mogelijke oplossing kan zijn voor een acute hulpvraag, is dit voor de OCMW-clieënten niet de eenvoudigste of goedkoopste optie. Het is daarom belangrijk de nadruk te leggen op preventie.

4.3.3 Conventie

In een ideale situatie zou het OCMW om financiële redenen enkel samenwerken met geconventioneerde hulpverleners. In de realiteit blijkt dit echter niet steeds het geval. Een mogelijke verklaring is dat 40,5% van de Vlaamse tandartsen in het jaar 2015-2016 een toetreding tot het akkoord met de ziekenfondsen heeft geweigerd. In de provincie Antwerpen loopt dit aantal zelfs op tot meer dan de helft van de tandartsen (31). Doordat een groot deel van de tandartsen de conventie niet accepteert, kan het praktisch moeilijk worden voor de OCMW's om hun cliënteel te verwijzen naar een geconventioneerde tandarts. Bovendien gebeurt het ook dat cliënten eerst zelf naar een tandarts stappen met een bepaalde hulpvraag en pas later een steunaanvraag indienen bij het OCMW. De OCMW-clieënt kiest hierbij niet steeds voor een geconventioneerde hulpverlener. Dit komt doordat vele OCMW-clieënten niet op de hoogte zijn van het onderscheid tussen een al dan niet geconventioneerde hulpverlener, of niet weten hoe ze het statuut van hun tandarts kunnen nagaan.

Er zijn minder artsen die een toetreding tot het akkoord artsen-ziekenfonds weigeren. In 2015 weigerde slechts 8,19% van de Vlaamse huisartsen het akkoord. Gemiddeld 20,74% van de specialisten kozen de conventie niet te accepteren, met grote verschillen per discipline (32). Ondanks het feit dat er meer geconventioneerde huisartsen dan tandartsen zijn, werken er niet meer OCMW's enkel samen met deze artsen. Dit kan wellicht ook verklaard worden door de vrije artsenkeuze die in België geldt, waarbij de OCMW-cliënt zelf zijn huisarts kiest en hier opnieuw geen rekening houdt met het statuut van de arts. Het is hier dus opnieuw belangrijk om de OCMW-cliënt op maat gesneden informatie aan te bieden om zo mogelijke financiële drempels te verlagen.

4.3.4 Regeling betalende derde

Slechts 16,8% van OCMW's werkt enkel samen met tandartsen die regeling betalende derde willen toepassen. Eenzelfde trend is zichtbaar voor de artsen. Dit zijn opvallend lage cijfers. Dit is problematisch aangezien de regeling betalende derde de belangrijkste maatregel vormt om de financiële drempel voor een medische/tandheelkundige behandeling te verlagen.

Uit gegevens van het Intermutualistisch Agentschap blijkt dat in 2012 39,3% van de actieve tandartsen in België minstens één verstrekking attesteerde via de regeling sociale betalende derde (33). 60,7% van de tandartsen paste de regel dus nooit toe bij patiënten die zich in een occasionele financiële noodsituatie bevonden zonder recht te hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Recente cijfers van het Intermutualistisch Agentschap tonen aan dat in 2014 16% van alle tandheelkundig geattesteerde RIZIV nomenclatuur werd verrekend via de (al dan niet sociale) derde betaler. Uit dezelfde data bleek ook dat voor patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming slechts 52,4% van de geattesteerde prestaties via de regeling betalende derde werden verrekend (34). Doordat weinig tandartsen de regeling betalende derde toepassen, wordt het moeilijk voor het OCMW om exclusief met die tandartsen samen te werken.

Toen dit onderzoek werd uitgevoerd, konden niet-geconventioneerde huisartsen de toepassing van de regeling betalende derde weigeren. Geconventioneerde artsen dienden de regel enkel toe te passen wanneer hun patiënt hiernaar vroeg. Het is mogelijk dat OCMW-cliënten dit vaak niet deden door enerzijds schaamte en anderzijds een gebrek aan kennis. De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten en 'Artsenkrant' exploreerden deze problematiek in 2015, voor de wijziging in de wetgeving. Hun online enquête toonde aan dat meer dan een vijfde van de huisartsen de regel nooit toepaste (35). Slechts 42% van de huisartsen gaf aan de regel toe te passen bij patiënten met beperkte financiële middelen. Het is niet verbazend dat weinig artsen

deze regel wouden toepassen. Dezelfde enquête toonde namelijk aan dat 48% van de Vlaamse huisartsen ontevreden was over het systeem. Aangehaalde oorzaken waren lange betalingstermijnen en administratieve overlast.

Het lage gebruik van de regeling betalende derde kan dus wellicht verklaard worden door enerzijds weinig hulpverleners die dit willen toepassen en anderzijds weinig patiënten die er effectief naar vragen. De recente wijziging in de wetgeving waardoor alle huisartsen, ook de niet-geconventioneerde, verplicht worden de regeling betalende derde toe te passen bij alle rechthebbenden op verhoogde tegemoetkoming zal het gebruik van de regel sterk doen toenemen. De patiënt dient nu niet langer zelf naar de toepassing van de maatregel te vragen, maar dit gebeurt automatisch via een softwaresysteem. Op deze manier verhoogt de toegankelijkheid van de huisarts. Gelijkaardige aanpassingen voor de tandarts werden echter niet doorgevoerd. In tegendeel, recent werd het toepassen van de regeling betalende derde door tandartsen bij personen in een financiële noodsituatie maar zonder recht op verhoogde tegemoetkoming, verboden (15). Deze maatregel leek namelijk in een aantal gevallen tot fraude door de tandarts te leiden. Indien de overheid tandartsen wil stimuleren om de regeling betalende derde ook vaker toe te passen, zal dit moeten gebeuren via een wettelijke verplichting of het aantrekkelijker maken van de maatregel door een vermindering van de administratieve lasten en een snellere betaling.

4.4 Drempels

4.4.1 Drempels van de OCMW-cliënt ten opzichte van de (tand)arts

Dit onderzoek toont aan dat financiële moeilijkheden voor de OCMW-cliënt de belangrijkste drempel vormen voor een tandartsbezoek. Dit ligt in lijn met eerder gepubliceerde studies door o.a. Wallace et al. (7) en Wall et al. (36). Nochtans bestaan er in België meerdere maatregelen om deze financiële drempel zo laag mogelijk te maken. Zo kunnen personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming van het ziekenfonds beroep doen op de regeling betalende derde. Zij dienen dan enkel het remgeld te betalen voor behandelingen die voorzien zijn van een RIZIV-nomenclatuur. Dit remgeld bedraagt nul euro voor bijvoorbeeld het jaarlijks mondonderzoek en alle conserverende behandelingen. Uit deze masterproef blijkt echter dat de meerderheid van de OCMW-cliënten niet op de hoogte is van deze maatregelen. Informatieve campagnes zouden dus een eerste stap kunnen vormen om het OCMW-cliënteel sneller bij de tandarts te krijgen. Hierbij is het uiterst belangrijk dat de informatie op maat van de kwetsbare doelgroep wordt gemaakt en hen daadwerkelijk bereikt. De sociale hulpverleners van het OCMW kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. Hierbij moet wel de kanttekening gemaakt

worden dat deze studie niet kon aantonen dat een verhoogde kennis van de sociale maatregelen effectief drempel verlagend werkt.

Alhoewel een taalbarrière niet als een grote drempel naar voor komt voor de gehele populatie (gemiddeld 20,1%), blijkt dit wel een duidelijk probleem te zijn in de grote OCMW's. In de OCMW's met een grondgebied van meer dan 50 000 inwoners wordt dit namelijk door 70,0% als een drempel bestempeld.

4.4.2 Drempels van de tandarts ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënten

Volgens de ondervraagde OCMW's zijn financiële overwegingen en extra administratieve lasten de belangrijkste drempels bij de tandartsen ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënteel. Weinig werkvoladoening en socioculturele factoren spelen in mindere mate een rol. Studies door Bedos et al. (25) en door de United States General Accounting Office (37) beamen deze resultaten. Zij geven daarnaast ook gemiste afspraken aan als een storende factor voor de tandartsen.

Deze drempels reflecteren zich in weinig enthousiasme om de doelgroep te behandelen. Dit onderzoek toont aan dat gemiddeld 21,6% tot 34,9% van de tandartsen een negatieve houding heeft ten opzichte van het behandelen van OCMW-cliënten. Dit zijn vrij hoge cijfers. Bij vergelijking met de literatuur blijkt de situatie in andere landen niet beter te zijn. Desprès ondervond in Frankrijk in 2010 dat 39,1% van de gecontacteerde tandartsen weigerde personen met een laag inkomen en een aanvullende ziekteverzekering te behandelen (29). Ook in de VS is dit probleem gekend. Een studie van de United States Government Accountability Office kon in hetzelfde jaar aantonen dat in 27 van de 39 Amerikaanse staten minder dan de helft van de tandartsen een cliënt behandelde met een aanvullende ziekteverzekering omwille van financiële redenen (38).

Daarnaast blijkt uit dit onderzoek ook dat tandartsen vaker weigerachtig staan t.o.v. het behandelen van cliënten zonder wettig verblijf dan cliënten onder leefloon en budgetbeheer. Ook staan er volgens het OCMW significant meer tandartsen weigerachtig ten opzichte van het behandelen van cliënten in asielprocedure dan onder budgetbeheer. Tandartsen lijken dus vaker weigerachtig te staan ten opzichte van OCMW-cliënten zonder de Belgische nationaliteit. Het is mogelijk dat dit cijfer hoger ligt doordat deze doelgroep extra inspanningen en tijd vergt van de tandarts qua communicatie, door het verschil in taal en socioculturele waarden. Daarnaast zou ook racisme een rol kunnen spelen. De literatuur geeft hierover geen uitsluitel.

De verkregen spreiding van deze gegevens is zeer groot. Het percentage tandartsen dat cliënten weigert varieert van nul tot honderd procent, afhankelijk van de gemeente. In bepaalde gemeenten is het probleem dus zeer groot.

Een oplossing voor de beschreven frustraties zou ervoor kunnen zorgen dat minder tandartsen weigerachtig staan t.o.v. het behandelen van OCMW-cliënteel. Zo toont de uitgevoerde statistisch analyse aan dat een snelle betaling van de tandarts de financiële drempel voor hen significant verlaagt. Een ander voorbeeld komt uit de VS, waar er werd geëxperimenteerd met een ‘dental case manager’ (39). Deze tussenpersoon leidt de tandartsen op qua administratieve procedures en helpt hen met betalingsproblemen. Hij werkt ook met de tandartscliënten samen, identificeert mogelijk drempels en helpt hen om afspraken te maken en te houden. Greenberg et al. ondervond dat deze ‘dental case manager’ enerzijds meer tandartsen aanzet om de doelgroep te behandelen en anderzijds ook meer personen met een laag inkomen effectief bij de tandarts krijgt.

De invloed van de OCMW-medewerkers op de houding van de tandarts lijkt beperkt te zijn. OCMW’s met een goede tandheelkundige attitude ondervinden bij de tandartsen in hun grondgebied toch geen positievere houding of minder communicatieproblemen.

4.4.3 Drempels die het OCMW ondervindt in de communicatie met de OCMW-cliënt en tandarts

Tijdens de communicatie van de OCMW-medewerker met zowel de OCMW-cliënt als de tandarts zijn er discussies en moeilijkheden mogelijk. Ook in de interactie van de OCMW-cliënt met de tandarts kunnen er problemen voorkomen. Met de afgenomen enquête werden deze pistes geëxploreerd. Er werd zowel voor de communicatie van het OCMW met de tandarts als deze met de cliënt gevraagd of er vaak discussies optreden qua noodzakelijkheid van de behandeling. Deze discussies zouden in twee situaties kunnen optreden. Enerzijds kan dit van toepassing zijn voor personen zonder wettig verblijf die zich aanbieden met een medische kaart. De tandarts kan hierbij zelf beslissen of hij een bepaalde tandheelkundige behandeling als noodzakelijk inschat en ten laste laat nemen door het OCMW. Indien een persoon zonder wettig verblijf met een behandelvraag komt die volgens de tandarts medisch gezien niet noodzakelijk is, kan hij er voor kiezen de gevraagde attesten niet in te vullen en de kosten ten laste van de persoon zelf te laten vallen. Daarnaast kan er ook gediscussieerd worden wanneer de OCMW-cliënt een financiële tegemoetkoming vraagt van het OCMW. Het OCMW kan hierbij beslissen of ze de behandeling noodzakelijk vindt en zal bijvoorbeeld niet tegemoetkomen in een ‘luxe-behandelingen’ zoals kroon- en brugwerk. Uit deze studie blijkt dat dit in 27,2% van de

OCMW's frequent discussies oplevert met de tandarts, ten opzichte van 46,8% met de patiënt. Mogelijk is dit te verklaren doordat tandartsen door hun scholing een beter zicht hebben op de medische noodzakelijkheid. Patiënten bekijken dit echter vanuit hun eigen leefwereld en zijn daarom niet steeds objectief.

Een tweede mogelijke bron van discussies en communicatieproblemen is de ingewikkelde administratieve procedure. OCMW's geven aan dat een groot deel van de tandartsen niet op de hoogte is van de toe te passen procedures, namelijk 44,3%. Dit zou aanleiding kunnen geven tot communicatieproblemen, maar in de realiteit blijkt dit mee te vallen (15,3%). De onduidelijkheid over de wetgeving die bij alle partijen leeft, wordt bijvoorbeeld gereflecteerd in een artikel in de wintereditie van 'çava?', een regionaal magazine van de Christelijke Mutualiteit (40). Hierin wordt geschreven dat de regeling betalende derde voor bepaalde doelgroepen verplicht is voor tandartsen. Deze vage uitspraak is echter niet correct, de tandarts is tot nu toe vrij om voor elke doelgroep de toepassing van deze regel te weigeren.

Uit bovenstaande gegevens kan besloten worden dat de samenwerking met de tandartsen ondanks een gebrek aan kennis weinig aanleiding geeft tot problemen. Discussies treden vaker op tussen het OCMW en zijn cliënten. Daarom is het belangrijk deze niet enkel te informeren over de mogelijke ondersteunende rol die het OCMW kan spelen, maar ook over de behandelingen waarvoor dit geldt.

4.5 Toegankelijkheid

Deze studie toont aan dat de huisarts zowel in urgenties als in niet-dringende situaties beter bereikbaar is dan de tandarts. Dit kan wellicht grotendeels verklaard worden door de financiële drempel die hoger ligt voor een tandartsbezoek dan voor een huisartsbezoek. De kosten van een tandheelkundige behandeling zijn vaak onvoorspelbaar doordat de OCMW-cliënt niet steeds op voorhand weet welke behandeling de tandarts zal uitvoeren. Bovendien kunnen de kosten voor een tandheelkundige behandeling snel oplopen zonder de toepassing van de regeling betalende derde. Door de veranderde wetgeving sinds het uitvoeren van deze studie zal het gebruik van de regeling betalende derde sterk toenemen bij de huisarts. Zo kan het verschil in financiële drempel nog verder toenemen.

Daarnaast heeft België ook te kampen met een beginnend tandartsentekort (41). Dit tekort is deels te verklaren door een vergrijzing van het beroep, 59% van de tandartsen is ouder dan 50 jaar. Er is ook een vervrouwelijking van het beroep opgetreden. Vrouwen werken ,door de combinatie met hun gezin, echter gemiddeld minder. Ten slotte houden mensen steeds langer hun gebit. Dit alles leidt ertoe dat er in bepaalde streken wachttijden kunnen zijn voor een

tandartsafspraken. Als we rekening houden met het feit dat mensen met een laag inkomen voornamelijk naar de tandarts gaan in acute situaties, dan kunnen deze wachttijden een probleem vormen. België kent in bepaalde gemeenten ook een huisartsentekort, maar dit levert wellicht minder problemen op aangezien de OCMW-cliënt via het spreekuur ook zonder afspraak bij de arts terecht kan.

4.6 Beperkingen studieontwerp en niet-besproken enquêtevragen

Een eerste beperking die het gekozen studieontwerp met zich meebrengt, is de doelgroep van de enquête, de OCMW-medewerkers. Enerzijds kunnen zij inzicht bieden in de situatie van zowel hun cliënteel als de tandarts, anderzijds weten ze niet steeds wat er precies in de leefwereld van beide partijen omgaat. Dit wordt voor bepaalde vragen gereflecteerd in een groot aantal ontbrekende waarden en een frequente keuze voor de optie ‘geen informatie’. Zo zijn er dertig ontbrekende waarden voor de vraag welke drempels tandartsen ervaren voor het behandelen van OCMW-cliënteel. Van de OCMW’s die de vraag wel invulden, geeft 34% aan geen zicht hierop te hebben. Ook op de vragen omtrent de bereikbaarheid van de tandarts voor kinderen en 65+ers antwoordt respectievelijk 36,3% en 40,0% geen informatie te hebben. Er werd dan ook beslist om de resultaten van deze vragen niet verder te bespreken en analyseren. In de bespreking van de resultaten werd ook niet verder ingegaan op de enquêtevragen omtrent de samenwerking met eigen voorzieningen en wijkgezondheidscentra omdat de verkregen cijfers te laag waren om relevante analyses te kunnen uitvoeren.

Uit deze vragenlijst blijkt dat slechts weinig OCMW’s samenwerken met eigen voorzieningen bij het vinden van medische of tandheelkundige hulp voor hun cliënteel (5,7%). Dit is niet verrassend aangezien Vlaanderen slechts een beperkt aantal ziekenhuizen bevat die gelinkt zijn aan een OCMW. Hetzelfde geldt voor samenwerkingen met wijkgezondheidscentra voor medische (7,9%) en tandheelkundige (4,7%) diensten. Vlaanderen kent 23 wijkgezondheidscentra, verspreid over 12 steden (42). Momenteel heeft enkel wijkgezondheidscentrum Botermarkt te Gent een tandarts in dienst. Andere wijkgezondheidscentra kunnen hun cliënteel echter wel indirect verder helpen via doorverwijzingen naar lokale tandartsen. Dit zou kunnen verklaren waarom toch negen OCMW’s aangeven samen te werken met wijkgezondheidscentra voor tandheelkundige diensten.

Een toename van het aantal wijkgezondheidscentra in Vlaanderen en van hun tandheelkundige medewerkers, zou de toegankelijkheid van (mond)zorg positief kunnen beïnvloeden. Wijkgezondheidscentra hebben namelijk het verhogen van de toegankelijkheid van de zorg als

doel. Bovendien bieden zij voor medische diensten – na inschrijving van de patiënt in het forfaitair systeem – gratis zorg aan. Dit zou de belangrijkste drempel bij de zoektocht naar zorg voor het OCMW-cliënteel kunnen oplossen, namelijk de financiële drempel. Door tandartsen mag dit forfaitair betalingssysteem niet toegepast worden.

Een tweede beperking van het studieontwerp is dat er enkel met gesloten vragen gewerkt werd. Het is mogelijk dat op die manier relevante en mogelijk verrassende informatie gemist werd door er niet expliciet naar te vragen. Dergelijke informatie was mogelijk wel via open interviews naar boven gekomen.

4.7 Aanbevelingen

In eerste instantie is er verder onderzoek nodig. Om beleidsmatige veranderingen te kunnen maken, moet een beeld verkregen worden van de situatie in het hele land. Hiervoor moet de problematiek dus ook in Brussel en Wallonië onderzocht worden. Daarnaast zou het ook interessant zijn om de visie van de tandartsen te exploreren. Uit de resultaten van dit onderzoek voor Vlaanderen blijkt alvast dat er extra inspanningen nodig zijn om de tandarts toegankelijker te maken voor personen met beperkte financiële middelen. Hiervoor dienen de OCMW-cliënten enerzijds geïnformeerd en gemotiveerd te worden. Daarnaast kan de interactie tussen het OCMW en de tandarts ook efficiënter gemaakt worden o.a. qua richtlijnen, terugbetalingsperiode en samenwerkingsverbanden. Ten slotte dient deze doelgroep aantrekkelijker gemaakt te worden voor de tandarts, bijvoorbeeld door een vermindering van de administratieve lasten en een vlottere terugbetaling. Het beperkte gebruik van de regeling betalende derde door de tandarts dient herbekeken te worden voor de onderzochte doelgroep.

Referentielijst

1. Schwendicke F, Doerfer CE, Schlattmann P, Page LF, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic Inequality and Caries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Dent Res*. 2015;94(1):10-8.
2. Tchicaya A, Lorentz N. Socioeconomic inequalities in the non-use of dental care in Europe. *Int J Equity Health*. 2014;13:7.
3. Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rosen M. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community Dentist Oral Epidemiol*. 2001;29(3):167-74.
4. Grignon M, Hurley J, Wang L, Allin S. Inequity in a market-based health system Evidence from Canada's dental sector. *Health Policy*. 2010;98(1):81-90.
5. Henin E. Rechthebbenden op het leefloon: vinden zij hun weg in het gezondheidssysteem? *CM-Informatie*. 2013(253):25-36.
6. O'Donnell CA, Higgins M, Chauhan R, Mullen K. "They think we're OK and we know we're not". A qualitative study of asylum seekers' access, knowledge and views to health care in the UK. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:75.
7. Wallace BB, Macentee MI. Access to dental care for low-income adults: perceptions of affordability, availability and acceptability. *Journal of community health*. 2012;37(1):32-9.
8. Ford PJ, Cramb S, Farah CS. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Australian Dental Journal*. 2014;59(2):234-9.
9. Sgan-Cohen HD, Mann J. Health, oral health and poverty. *Journal of the American Dental Association (1939)*. 2007;138(11):1437-42.
10. Bedos C, Levine A, Brodeur JM. How People on Social Assistance Perceive, Experience, and Improve Oral Health. *J Dent Res*. 2009;88(7):653-7.
11. Lee JY, Divaris K. The Ethical Imperative of Addressing Oral Health Disparities A Unifying Framework. *J Dent Res*. 2014;93(3):224-30.
12. POD Maatschappelijke Integratie. [cited 2015 13 feb.]. Available from: <http://www.mi-is.be/be-nl/start>.
13. POD Maatschappelijke Integratie. Statistisch rapport. 2015 Jan. Report No.: 10.
14. Pine CM, Harris R. *Community Oral Health*. 2 ed: Quintessence Publishing Co. Ltd; 2007.
15. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Financiële toegankelijkheid van uw gezondheidszorg. [updated 18/09/2014; cited 2015 22 feb.]. Available from: <http://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/default.aspx#.VOmaVIuG-3M>.
16. Vanobbergen J. The Belgian Oral Health Care System (part of General Health Care System). *Community Oral Health p462*: Quintessence Publishing Co. Ltd; 2007.
17. Belgische Federale Overheidsdiensten. Artsenhonoraria: Wat is een geconventioneerde arts? [cited 2015 22 feb.]. Available from: http://www.belgium.be/nl/gezondheid/medische_kosten/medische_honoraria.

18. Gezondheidsdienst Stad Gent. Een tand vooruit: infobrochure voor de tandarts over de verschillende betalingsmogelijkheden. Tom Balthazar, schepen van Sociale Zaken en Milieu; 2010.
19. Badie N. Akkoord tandarts-NIC. In: Verheire F, editor. E-mail2015.
20. De Sociale Zekerheid. Sociale zekerheid voor de burger: Gezondheid, hulp en OCMW [cited 2015 28 feb.]. Available from: https://www.socialsecurity.be/CMS/nl/citizen/displayThema/health/SANTH_4.xml.
21. POD Maatschappelijke Integratie. Mediprima: de hervorming van de medische hulp uitgevoerd door de OCMW's. 2013.
22. Koninklijk besluit betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven, KB 12.12.1996 (1996).
23. Druyts E, Evenepoel V, Neuckens D, Somers E, Crauwels F, Vanvinckenroye M. Dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf: Handleiding voor OCMW's en zorgverstrekkers. vzw Medimmigrant; 2006.
24. Kruispunt Migratie-Integratie. Medische kosten per verblijfssituatie [cited 2015 22 feb.]. Available from: <http://www.kruispuntmi.be/thema/vreemdelingenrecht-internationaal-privaatrecht/sociaal-medisch/wie-betaalt-welke-medische-kosten/medische-kosten-per-verblijfssituatie>.
25. Bedos C, Loignon C, Landry A, Allison PJ, Richard L. How health professionals perceive and experience treating people on social assistance: a qualitative study among dentists in Montreal, Canada. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:9.
26. Wettelijke bevolking per gemeente 2011-2015 [Internet]. 2015 [cited 28/01/2016]. Available from: http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/bevolking_-_cijfers_bevolking_2010_-_2012.jsp.
27. Baruch Y, Holtom BC. Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human relations.* 2008;61(8):1139-60.
28. Pegon-Machat E, Tubert-Jeannin S, Loignon C, Landry A, Bedos C. Dentists' experience with low-income patients benefiting from a public insurance program. *European journal of oral sciences.* 2009;117(4):398-406.
29. Desprès C. La couverture maladie universelle, une légitimité contestée: analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires. *Pratiques et Organisation des Soins.* 2010;41:33-43.
30. Verbond der Vlaamse Tandartsen vzw. Wachtdienst algemeen tandarts [cited 2015 30 nov.]. Available from: <http://www.tandarts.be/wachtdienst>.
31. Adhesion accord dento-mutualiste: tableau arrondissement 2015-2016 [Internet]. 2015 [cited 17/10/2015]. Available from: http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuele_zorgverleners/tandartsen/Paginas/toetreding-nationaal-akkoord-tandartsen-ziekenfondsen.aspx#.ViJN8v77LDc.
32. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Toetreding tot het akkoord artsen-ziekenfondsen 2015 [cited 2015 19 oct.]. Available from: <http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuezorgverleners/artsen/verzorging/Paginas/toetreding-akkoord-artsen-ziekenfondsen-2015.aspx#.VwmCCf4aDDc>.

33. Guillaume J. Toepassing sociale derde betaler door tandartsen in 2012. In: Verheire F, editor. E-mail: Het Inter mutualistisch Agentschap; 2015.
34. Guillaume J. Toepassing RDB in 2014 door tandartsen - 5 boekhoudkundige kwartalen. In: Verheire F, editor. E-mail: Het Inter mutualistisch Agentschap; 2015.
35. De Pape N. Meeste huisartsen tegen uitbreiding derde betaler. Artsenkrant. 2015 13/03/2015:1,6-7.
36. Thomas Wall MA, M.B.A.; Kamyar Nasseh, Ph.D, Marko Vujicic, Ph.D. Research brief: Most important barriers to dental care are financial, not supply related. 2014.
37. United States General Accounting Office. Factors contributing to low use of dental services by low-income populations. 2000 oct. Report No.: 00-149.
38. United States Government Accountability Office. Oral health: Efforts Under Way to Improve Children's Access to Dental Services, but Sustained Attention Needed to Address Ongoing Concerns 2010 nov. Report No.: 11-96.
39. Greenberg BJ, Kumar JV, Stevenson H. Dental case management: increasing access to oral health care for families and children with low incomes. Journal of the American Dental Association (1939). 2008;139(8):1114-21.
40. CM regio Mechelen-Turnhout. Zonder financiële drempels naar de huisarts. çava. 2015 dec.:52-5.
41. Vlaamse Beroepsvereniging voor Tandartsen. Tandartsentekort wordt acuut. 2015 [updated 04/03/2015; cited 2015 17 oct.]. Available from: <http://www.vbt2punt0.be/verkiezingsthemas/tandartsentekort-wordt-acuut>.
42. Vereniging van wijkgezondheidscentra. Waar vind ik een wijkgezondheidscentrum? [02/10/2015]. Available from: <http://www.vwgc.be/index.php?page=7&titel=Waar?%20&style=bruin>.

Bijlage

Bijlage 1: Begeleidende brief



FACULTEIT GENEESKUNDE EN
GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN

Geachte Heer/Mevrouw,

Mijn naam is Fee Verheire en in het kader van mijn masterproef als opleidingsonderdeel in de opleiding tandheelkunde, voer ik onder begeleiding van promotor prof. Marks en co-promotor prof. De Visschere onderzoek naar de toegankelijkheid van de tandheelkundige zorg voor OCMW-cliënten.

Hiervoor wens ik een enquête uit te voeren bij alle Vlaamse OCMW's.

Ik zou u daarom willen vragen de bijgevoegde vragenlijst in te vullen en terug te sturen in de bijgevoegde envelop. Het invullen van de enquête neemt ongeveer 10 minuten in beslag.

De antwoorden worden anoniem verwerkt en met strikte vertrouwelijkheid behandeld.

Uw deelname is volledig vrijwillig en zal uw arbeidsrelatie niet beïnvloeden.

Uw medewerking is belangrijk om een voldoende hoge respons te bekomen en zo een representatief beeld te verkrijgen omtrent de problematiek van de toegankelijkheid van de tandheelkundige zorg.

Indien u nog vragen of opmerkingen over de enquête of het onderzoek heeft, kunt u mij steeds bereiken via mail op fee.verheire@ugent.be.

Hoewel het helemaal niet te verwachten valt dat u ook maar enige schade ondervindt van deelname, is een foutloze aansprakelijkheidsverzekering afgesloten, cfr. de Belgische wetgeving. Deze studie werd goedgekeurd door het Ethisch Comité van het UZ Gent.

Dank bij voorbaat voor uw inzet en tijd,

Fee Verheire

Studente eerste master tandheelkunde

UGent

Bijlage 2: Enquête

Naam OCMW: _____

Optioneel:

E-mailadres: _____

Telefoonnummer: _____

Het invullen van deze gegevens is optioneel en strikt vertrouwelijk. In geval van onduidelijkheden kunnen deze gebruikt worden om contact op te nemen.

1. Hoe groot is het **grondgebied** van uw OCMW?
 - < 10 000 inwoners
 - 10 000 – 25 000 inwoners
 - 25 000 – 50 000 inwoners
 - 50 000 – 80 000 inwoners
 - > 80 000 inwoners

2. Werkt uw OCMW samen met **eigen voorzieningen** zoals bv. een OCMW-ziekenhuis bij het vinden van ...
 - a. medische hulp voor uw cliënteel?
 - Nee
 - Occasioneel
 - Systematisch

 - b. tandheelkundige hulp voor uw cliënteel?
 - Nee
 - Occasioneel
 - Systematisch

3. Werkt uw OCMW samen met **wijkgezondheidscentra...**
 - a. voor medische diensten
 - Nee
 - Occasioneel
 - Systematisch

 - b. voor tandheelkundige diensten
 - Nee
 - Occasioneel
 - Systematisch

4. Bestaan er **richtlijnen** binnen uw OCMW omtrent de procedure voor tussenkomst in tandheelkundige behandelingen voor cliënten...
 - a. Onder leefloon?
 - Ja
 - Nee

- b. Met budgetbeheer?
 - Ja
 - Nee

 - c. In asielprocedure?
 - Ja
 - Nee

 - d. Zonder geldige verblijfsvergunning?
 - Ja
 - Nee
5. Raadt u vanuit het OCMW in urgenties uw cliënten het gebruik van de **wachtdienst** voor tandartsen aan?
- Nee
 - Occasioneel
 - Systematisch
6. Hoelang duurt het gewoonlijk tot uw OCMW bij een **ten laste name** het goedgekeurde bedrag betaalt aan de tandarts?
- Minder dan een week
 - Minder dan een maand
 - Langer dan een maand
7. Merkt uw OCMW bij uw **cliënteel** drempels op voor het consulteren van een tandarts? Zo ja, duid dan de desbetreffende drempels aan (meerdere antwoorden mogen).
- Financiële drempels
 - Angst voor de tandarts
 - Geen aandacht voor mondgezondheid (deels door vele andere zorgen)
 - Schaamte
 - Taalbarrière
 - Andere: _____
 - Wij hebben hier geen zicht op.
8. Merkt uw OCMW drempels op bij de **tandartsen** om OCMW-cliënteel te behandelen? Zo ja, duid dan de desbetreffende drempels aan (meerdere antwoorden mogen).
- Financiële overwegingen
 - Extra administratief werk
 - Socioculturele factoren
 - Weinig werkverdoening
 - Andere: _____
 - Wij hebben hier geen zicht op.

Geef via een kruisje bij het gepaste cijfer aan in welke mate uw OCMW het eens is met volgende stellingen:

Toegankelijkheid

9. Onze cliënten vinden in urgenties moeilijk snel toegang tot adequate medische zorg.

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Sterk niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Eerder wel akkoord	Akkoord	Sterk wel akkoord	Geen informatie

10. Onze cliënten vinden in urgenties moeilijk snel toegang tot adequate tandheelkundige zorg.

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Sterk niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Eerder wel akkoord	Akkoord	Sterk wel akkoord	Geen informatie

11. Onze cliënten vinden bij niet-dringende consultaties moeilijk toegang tot een arts.

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Sterk niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Eerder wel akkoord	Akkoord	Sterk wel akkoord	Geen informatie

12. Onze cliënten vinden bij niet-dringende consultaties moeilijk toegang tot een tandarts.

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Sterk niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Eerder wel akkoord	Akkoord	Sterk wel akkoord	Geen informatie

13. De (huis)arts is beter bereikbaar voor onze cliënten dan de tandarts.

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Sterk niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Eerder wel akkoord	Akkoord	Sterk wel akkoord	Geen informatie

14. Bij onze cliënten merken we dat de tandarts beter bereikbaar is voor kinderen dan voor volwassenen.

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Sterk niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Eerder wel akkoord	Akkoord	Sterk wel akkoord	Geen informatie

15. Bij onze cliënten merken we dat de tandarts minder goed bereikbaar is voor 65+ers dan voor volwassenen <65j.

1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
Sterk niet akkoord	Niet akkoord	Eerder niet akkoord	Eerder wel akkoord	Akkoord	Sterk wel akkoord	Geen informatie

De tandarts

16. Er treden vaak discussies op met de tandarts omtrent de 'noodzakelijkheid' van de behandeling.

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet
akkoord | Niet
akkoord | Eerder niet
akkoord | Eerder wel
akkoord | Akkoord | Sterk wel
akkoord | Geen
informatie |

17. Onze organisatie ondervindt communicatieproblemen met de tandartsen.

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet
akkoord | Niet
akkoord | Eerder niet
akkoord | Eerder wel
akkoord | Akkoord | Sterk wel
akkoord | Geen
informatie |

Visie patiënt

18. Er treden vaak discussies op met de patiënt omtrent de 'noodzakelijkheid' van de behandeling.

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet
akkoord | Niet
akkoord | Eerder niet
akkoord | Eerder wel
akkoord | Akkoord | Sterk wel
akkoord | Geen
informatie |

19. Wij hebben van onze cliënten al vernomen dat zij zich benadeeld voelen door de tandarts omwille van hun sociale status (discriminatie, negatieve attitude, minder moeite doen etc.).

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet
akkoord | Niet
akkoord | Eerder niet
akkoord | Eerder wel
akkoord | Akkoord | Sterk wel
akkoord | Geen
informatie |

20. Financiële moeilijkheden vormen een drempel voor ons cliënteel om naar een arts te stappen.

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet
akkoord | Niet
akkoord | Eerder niet
akkoord | Eerder wel
akkoord | Akkoord | Sterk wel
akkoord | Geen
informatie |

21. Financiële moeilijkheden vormen een drempel voor ons cliënteel om naar een tandarts te stappen.

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet
akkoord | Niet
akkoord | Eerder niet
akkoord | Eerder wel
akkoord | Akkoord | Sterk wel
akkoord | Geen
informatie |

Samenwerkingsverbanden

22. Ons OCMW werkt enkel samen met geconventioneerde artsen.

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet
akkoord | Niet
akkoord | Eerder niet
akkoord | Eerder wel
akkoord | Akkoord | Sterk wel
akkoord | Geen
informatie |

23. Ons OCMW werkt enkel samen met geconventioneerde tandartsen.

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet
akkoord | Niet
akkoord | Eerder niet
akkoord | Eerder wel
akkoord | Akkoord | Sterk wel
akkoord | Geen
informatie |

24. Ons OCMW werkt enkel samen met artsen die de regeling betalende derde willen toepassen.

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet
akkoord | Niet
akkoord | Eerder niet
akkoord | Eerder wel
akkoord | Akkoord | Sterk wel
akkoord | Geen
informatie |

25. Ons OCMW werkt enkel samen met tandartsen die de regeling betalende derde willen toepassen.

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet
akkoord | Niet
akkoord | Eerder niet
akkoord | Eerder wel
akkoord | Akkoord | Sterk wel
akkoord | Geen
informatie |

Bijkomende rol OCMW

26. Wij moedigen als OCMW een 'preventief tandartsconsult' aan bij ons cliënteel.

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet
akkoord | Niet
akkoord | Eerder niet
akkoord | Eerder wel
akkoord | Akkoord | Sterk wel
akkoord | Geen
informatie |

27. Ons OCMW biedt eerder zelden financiële hulp via een ten laste name (al dan niet terug vorderbaar) voor een tandheelkundige behandeling als aanvulling bij een bemiddeling voor onze cliënten onder leefloon.

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet
akkoord | Niet
akkoord | Eerder niet
akkoord | Eerder wel
akkoord | Akkoord | Sterk wel
akkoord | Geen
informatie |

28. Ons OCMW biedt eerder zelden financiële hulp via een ten laste name (al dan niet terug vorderbaar) voor een tandheelkundige behandeling als aanvulling bij een bemiddeling voor onze cliënten onder budgetbeheer.

- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet akkoord | Niet akkoord | Eerder niet akkoord | Eerder wel akkoord | Akkoord | Sterk wel akkoord | Geen informatie |

29. Ons OCMW biedt eerder zelden financiële hulp via een ten laste name (al dan niet terug vorderbaar) voor een tandheelkundige behandeling als aanvulling bij een bemiddeling voor cliënten in asielprocedure.

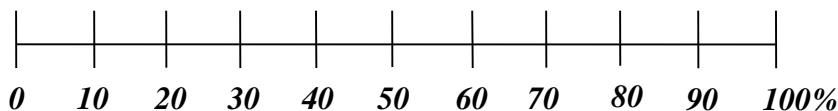
- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet akkoord | Niet akkoord | Eerder niet akkoord | Eerder wel akkoord | Akkoord | Sterk wel akkoord | Geen informatie |

30. Ons OCMW biedt eerder zelden financiële hulp via een ten laste name (al dan niet terug vorderbaar) voor een tandheelkundige behandeling als aanvulling bij een bemiddeling voor cliënten zonder wettig verblijf.

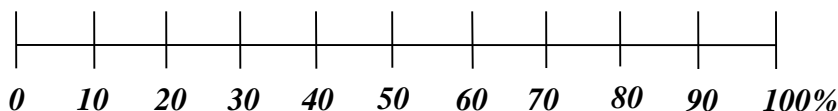
- | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> |
| Sterk niet akkoord | Niet akkoord | Eerder niet akkoord | Eerder wel akkoord | Akkoord | Sterk wel akkoord | Geen informatie |

Geef via een streepje op onderstaande schaalverdeling het standpunt van uw OCMW aan.

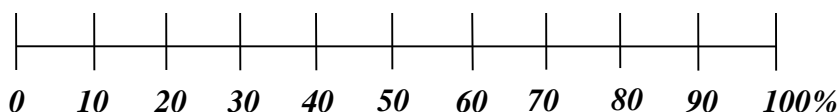
31. In welke mate staan er tandartsen in uw grondgebied weigerachtig t.o.v. het behandelen van cliënten onder leefloon?



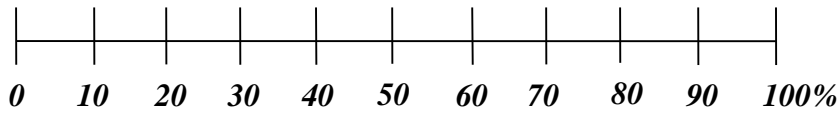
32. In welke mate staan er tandartsen in uw grondgebied weigerachtig t.o.v. het behandelen van cliënten onder budgetbeheer?



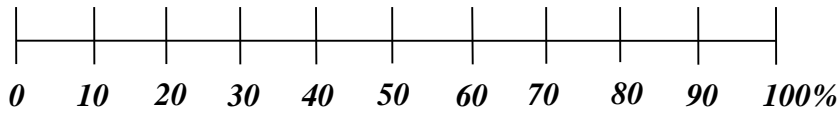
33. In welke mate staan er tandartsen in uw grondgebied weigerachtig t.o.v. het behandelen van cliënten in asielprocedure?



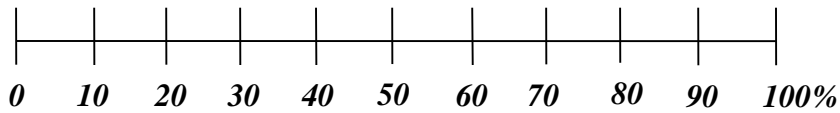
34. In welke mate staan er tandartsen in uw grondgebied weigerachtig t.o.v. het behandelen van cliënten zonder wettig verblijf?



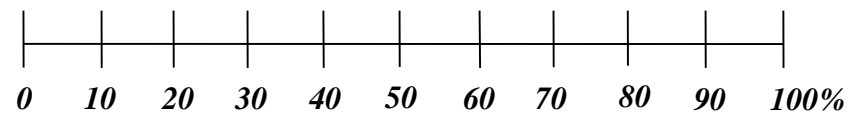
35. In welke mate zijn de tandartsen in uw grondgebied op de hoogte van de te volgen praktische procedure bij OCMW-clieñten?



36. In welke mate passen de tandartsen in uw grondgebied de correcte praktische procedures toe bij het behandelen van OCMW-clieñten?



37. In welke mate is uw cliënteel is op de hoogte van de maatregelen om tandzorg laagdrempeliger te maken (regeling betalende derde, gratis jaarlijks mondonderzoek voor -18j, etc.)?



Bijlage 3: Logboek resultaten

1. Hoe groot is het **grondgebied** van uw OCMW?

	Frequentie	Percentage
< 10 000	47	24,5
10 000 - 25 000	98	51
25 000 - 50 000	37	19,3
50 000 - 80 000	5	2,6
> 80 000	5	2,6
Totaal	192	100,0

2. Werkt uw OCMW samen met **eigen voorzieningen** zoals bv. een OCMW-ziekenhuis bij het vinden van ...?

Medische hulp		
	Frequentie	Percentage
Nee	181	94,3
Occasioneel	5	2,6
Systematisch	6	3,1
Totaal	192	100,0

Tandheelkundige hulp		
	Frequentie	Percentage
Nee	181	94,3
Occasioneel	7	3,6
Systematisch	4	2,1
Totaal	192	100,0

3. Werkt uw OCMW samen met **wijkgezondheidscentra**...?

Voor medische diensten		
	Frequentie	Valide percentage
Nee	176	92,1
Occasioneel	8	4,2
Systematisch	7	3,7
Totaal	191	100,0
Missing	1	
Totaal	192	

Voor tandheelkundige diensten		
	Frequentie	Percentage
Nee	183	95,3
Occasioneel	6	3,1
Systematisch	3	1,6
Totaal	192	100,0

4. Bestaan er **richtlijnen** binnen uw OCMW omtrent de procedure voor tussenkomst in tandheelkundige behandelingen voor cliënten...?

Leefloon		
	Frequentie	Valide percentage
Nee	120	63,2
Ja	70	36,8
Totaal	190	100,0
Missing	2	
Totaal	192	192

Asielprocedure		
	Frequentie	Percentage
Nee	70	37,0
Ja	119	63,0
Totaal	189	100,0
Missing	3	
Totaal	192	

Budgetbeheer		
	Frequentie	Valide percentage
Nee	120	63,8
Ja	68	36,2
Totaal	188	100,0
Missing	4	
Totaal	192	

Zonder wettig verblijf		
	Frequentie	Percentage
Nee	79	41,8
Ja	110	58,2
Totaal	189	100,0
Missing	3	
Totaal	192	

5. Raadt u vanuit het OCMW in urgenties uw cliënten het gebruik van de **wachtdienst** voor tandartsen aan?

	Frequentie	Valide percentage
Nee	77	40,7
Occasioneel	89	47,1
Systematisch	23	12,2
Totaal	189	100,0
Missing	3	
Totaal	192	

6. Hoelang duurt het gewoonlijk tot uw OCMW bij een **ten laste name** het goedgekeurde bedrag betaalt aan de tandarts?

	Frequentie	Valide Percentage
< 1 week	15	8,2
< 1 maand	121	65,8
> 1 maand	48	26,1
Totaal	184	100,0
Missing	8	
Totaal	192	

7. Merkt uw OCMW bij uw **cliënteel** drempels op voor het consulteren van een tandarts? Zo ja, duid dan de desbetreffende drempels aan (meerdere antwoorden mogen).

	Cases					
	Valide		Missing		Totaal	
	Aantal	Percentage	N	Percentage	N	Percentage
Drempels_cliënteel	189	98,4%	3	1,6%	192	100,0%
Drempels_tandarts	162	84,4%	30	15,6%	192	100,0%

	Antwoorden	Percentage
	N	
Financiële drempels	174	92,1%
Angst	70	37,0%
Geen aandacht voor mondhygiëne	146	77,2%
Schaamte	38	20,1%
Taalbarrière	38	20,1%
Andere	8	4,2%
Geen zicht	11	5,8%

8. Merkt uw OCMW drempels op bij de **tandartsen** om OCMW-cliënteel te behandelen? Zo ja, duid dan de desbetreffende drempels aan (meerdere antwoorden mogen).

	Antwoorden	Percentage
	N	
Financiële overwegingen	89	54,9%
Extra administratief	64	39,5%
Socioculturele factoren	8	4,9%
Weinig werkverdoening	13	8,0%
Andere	10	6,2%
Geen zicht	55	34,0%

9. Onze cliënten vinden in urgenties moeilijk snel toegang tot adequate medische zorg.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	4	2,1	
Niet akkoord	52	27,2	
Eerder niet akkoord	63	33,0	62,3
Eerder wel akkoord	30	15,7	
Akkoord	29	15,2	
Sterk wel akkoord	5	2,6	33,5
Geen informatie	8	4,2	
Totaal	191	100,0	
Missing	1		
Totaal	192		

10. Onze cliënten vinden in urgenties moeilijk snel toegang tot adequate tandheelkundige zorg.

	Frequentie	Valide percentage	
Sterk niet akkoord	2	1,0	
Niet akkoord	27	14,1	
Eerder niet akkoord	54	28,3	43,5
Eerder wel akkoord	42	22,0	
Akkoord	34	17,8	
Sterk wel akkoord	16	8,4	48,2
Geen informatie	16	8,4	
Totaal	191	100,0	
Missing	1		
Totaal	192		

11. Onze cliënten vinden bij niet-dringende consultaties moeilijk toegang tot een arts.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	11	5,8	
Niet akkoord	80	41,9	
Eerder niet akkoord	55	28,8	76,4
Eerder wel akkoord	22	11,5	
Akkoord	11	5,8	
Sterk wel akkoord	7	3,7	20,9
Geen informatie	5	2,6	
Totaal	191	100,0	
Missing	1		
Totaal	192		

12. Onze cliënten vinden bij niet-dringende consultaties moeilijk toegang tot een tandarts.

	Frequentie	Valide percentage	
Sterk niet akkoord	4	2,1	
Niet akkoord	51	26,7	
Eerder niet akkoord	57	29,8	58,6
Eerder wel akkoord	34	17,8	
Akkoord	24	12,6	
Sterk wel akkoord	14	7,3	37,7
Geen informatie	7	3,7	
Totaal	191	100,0	
Missing	1		
Totaal	192		

13. De (huis)arts is beter bereikbaar voor onze cliënten dan de tandarts.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	1	,5	
Niet akkoord	15	7,9	
Eerder niet akkoord	16	8,4	16,8
Eerder wel akkoord	42	22,1	
Akkoord	64	33,7	
Sterk wel akkoord	41	21,6	77,4
Geen informatie	11	5,8	
Totaal	190	100,0	
Missing	2		
Totaal	192		

14. Bij onze cliënten merken we dat de tandarts beter bereikbaar is voor kinderen dan voor volwassenen.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	4	2,1	
Niet akkoord	37	19,5	
Eerder niet akkoord	36	18,9	40,5
Eerder wel akkoord	26	13,7	
Akkoord	15	7,9	
Sterk wel akkoord	3	1,6	23,2
Geen informatie	69	36,3	
Totaal	190	100,0	
Missing	2		
Totaal	192		

15. Bij onze cliënten merken we dat de tandarts minder goed bereikbaar is voor 65+ers dan voor volwassenen <65j.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	5	2,6	
Niet akkoord	42	22,1	
Eerder niet akkoord	46	24,2	48,9
Eerder wel akkoord	9	4,7	
Akkoord	10	5,3	
Sterk wel akkoord	2	1,1	11,1
Geen informatie	76	40,0	
Totaal	190	100,0	
Missing	2		
Totaal	192		

16. Er treden vaak discussies op met de tandarts omtrent de ‘noodzakelijkheid’ van de behandeling.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	3	1,6	
Niet akkoord	47	24,6	
Eerder niet akkoord	62	32,5	58,6
Eerder wel akkoord	29	15,2	
Akkoord	20	10,5	
Sterk wel akkoord	3	1,6	27,2
Geen informatie	27	14,1	
Totaal	191	100,0	
Missing	1		
Totaal	192		

17. Onze organisatie ondervindt communicatieproblemen met de tandartsen.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	9	4,7	
Niet akkoord	77	40,5	
Eerder niet akkoord	61	32,1	77,4
Eerder wel akkoord	21	11,1	
Akkoord	8	4,2	15,3
Geen informatie	14	7,4	
Totaal	190	100,0	
Missing	2		
Totaal	192		

18. Er treden vaak discussies op met de patiënt omtrent de ‘noodzakelijkheid’ van de behandeling.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	3	1,6	
Niet akkoord	23	12,1	
Eerder niet akkoord	52	27,4	41,1
Eerder wel akkoord	48	25,3	
Akkoord	35	18,4	
Sterk wel akkoord	6	3,2	46,8
Geen informatie	23	12,1	
Totaal	190	100,0	
Missing	2		
Totaal	192		

19. Wij hebben van onze cliënten al vernomen dat zij zich benadeeld voelen door de tandarts omwille van hun sociale status (discriminatie, negatieve attitude, minder moeite doen etc.).

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	6	3,1	
Niet akkoord	64	33,5	
Eerder niet akkoord	55	28,8	65,4
Eerder wel akkoord	20	10,5	
Akkoord	17	8,9	19,4
Geen informatie	29	15,2	
Totaal	191	100,0	
Missing	1		
Totaal	192		

20. Financiële moeilijkheden vormen een drempel voor ons cliënteel om naar een arts te stappen.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	1	,5	
Niet akkoord	10	5,2	
Eerder niet akkoord	23	12,0	17,8
Eerder wel akkoord	54	28,3	
Akkoord	60	31,4	
Sterk wel akkoord	40	20,9	80,6
Geen informatie	3	1,6	
Totaal	191	100,0	
Missing	1		
Totaal	192		

21. Financiële moeilijkheden vormen een drempel voor ons cliënteel om naar een tandarts te stappen.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	1	,5	
Niet akkoord	4	2,1	
Eerder niet akkoord	6	3,1	5,8
Eerder wel akkoord	51	26,7	
Akkoord	52	27,2	
Sterk wel akkoord	74	38,7	92,7
Geen informatie	3	1,6	
Totaal	191	100,0	
Missing	1		
Totaal	192		

22. Ons OCMW werkt enkel samen met geconventioneerde artsen.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	4	2,1	
Niet akkoord	60	31,6	
Eerder niet akkoord	19	10,0	43,7
Eerder wel akkoord	29	15,3	
Akkoord	36	18,9	
Sterk wel akkoord	20	10,5	44,7
Geen informatie	22	11,6	
Totaal	190	100,0	
Missing	2		
Totaal	192		

23. Ons OCMW werkt enkel samen met geconventioneerde tandartsen.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	4	2,1	
Niet akkoord	60	31,6	
Eerder niet akkoord	16	8,4	42,1
Eerder wel akkoord	27	14,2	
Akkoord	35	18,4	
Sterk wel akkoord	19	10,0	42,6
Geen informatie	29	15,3	
Totaal	189	100,0	
Missing	2		
Totaal	191		

24. Ons OCMW werkt enkel samen met artsen die de regeling betalende derde willen toepassen.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	10	5,2	
Niet akkoord	97	50,8	
Eerder niet akkoord	37	19,4	75,4
Eerder wel akkoord	14	7,3	
Akkoord	15	7,9	
Sterk wel akkoord	7	3,7	18,8
Geen informatie	11	5,8	
Totaal	191	100,0	
Missing	1		
Totaal	192		

25. Ons OCMW werkt enkel samen met tandartsen die de regeling betalende derde willen toepassen.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	9	4,7	
Niet akkoord	100	52,6	
Eerder niet akkoord	34	17,9	74,9
Eerder wel akkoord	15	7,4	
Akkoord	11	5,8	
Sterk wel akkoord	6	3,2	16,8
Geen informatie	16	8,4	
Totaal	191	100,0	
Missing	1		
Totaal	192		

26. Wij moedigen als OCMW een ‘preventief tandartsconsult’ aan bij ons cliënteel.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	7	3,7	
Niet akkoord	32	16,8	
Eerder niet akkoord	46	24,1	44,5
Eerder wel akkoord	44	23,0	
Akkoord	37	19,4	
Sterk wel akkoord	9	4,7	47,1
Geen informatie	16	8,4	
Totaal	191	100,0	
Missing	1		
Totaal	192		

27. Ons OCMW biedt eerder zelden financiële hulp via een ten laste name (al dan niet terug vorderbaar) voor een tandheelkundige behandeling als aanvulling bij een bemiddeling voor onze cliënten onder leefloon.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	10	5,3	
Niet akkoord	59	31,1	
Eerder niet akkoord	51	26,8	63,2
Eerder wel akkoord	35	18,4	
Akkoord	25	13,2	
Sterk wel akkoord	2	1,1	32,6
Geen informatie	8	4,2	
Totaal	190	100,0	
Missing	2		
Totaal	192		

28. Ons OCMW biedt eerder zelden financiële hulp via een ten laste name (al dan niet terug vorderbaar) voor een tandheelkundige behandeling als aanvulling bij een bemiddeling voor onze cliënten onder budgetbeheer.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	8	4,2	
Niet akkoord	56	29,5	
Eerder niet akkoord	58	30,5	64,2
Eerder wel akkoord	31	16,3	
Akkoord	24	12,6	
Sterk wel akkoord	4	2,1	31,1
Geen informatie	9	4,7	
Totaal	190	100,0	
Missing	2		
Totaal	192		

29. Ons OCMW biedt eerder zelden financiële hulp via een ten laste name (al dan niet terug vorderbaar) voor een tandheelkundige behandeling als aanvulling bij een bemiddeling voor cliënten in asielprocedure.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	14	7,4	
Niet akkoord	67	35,3	
Eerder niet akkoord	55	28,9	71,6
Eerder wel akkoord	22	11,6	
Akkoord	17	8,9	
Sterk wel akkoord	5	2,6	23,2
Geen informatie	10	5,3	
Totaal	190	100,0	
Missing	2		
Totaal	192		

30. Ons OCMW biedt eerder zelden financiële hulp via een ten laste name (al dan niet terug vorderbaar) voor een tandheelkundige behandeling als aanvulling bij een bemiddeling voor cliënten zonder wettig verblijf.

	Frequentie	Valide Percentage	
Sterk niet akkoord	8	4,2	
Niet akkoord	54	28,6	
Eerder niet akkoord	40	21,2	54,0
Eerder wel akkoord	24	12,7	
Akkoord	28	14,8	
Sterk wel akkoord	20	10,6	38,1
Geen informatie	15	7,9	
Totaal	189	100,0	
Missing	3		
Totaal	192		

31 – 34 In welke mate staan er tandartsen in uw grondgebied weigerachtig t.o.v. het behandelen van cliënten onder

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Mediaan	Std. deviatie
Leefloon	171	0	80	23,8	20	21,81
Budgetbeheer	172	0	80	21,6	20	20,49
Asielprocedure	170	0	100	27,6	20	25,30
Zonder wettig verblijf	158	0	100	34,9	20	30,87
Valide aantal (listwise)	155					

35. – 36. In welke mate zijn de tandartsen in uw grondgebied procedure bij OCMW-cliënten?

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Mediaan	Std. deviatie
Op de hoogte	175	5	100	55,7	50	25,80
Passen de correcte procedure toe	170	10	100	65,6	70	23,03
Valide aantal (listwise)	168					

37. In welke mate is uw cliënteel is op de hoogte van de maatregelen om tandzorg laagdrempeliger te maken (regeling betalende derde, gratis jaarlijks mondonderzoek voor -18j, etc.)?

	N	Minimum	Maximum	Gemiddelde	Mediaan	Std. deviatie
Kennis OCMW-cliënteel	178	0	100	34,9	30	20,47

