

Nulmeting Evaluatieonderzoek
Experiment Art. 36a Wet BIG
Geregistreerd-mondhygiënist

Dr. D.P. De Bruijn-Geraets
M.C.M. Bessems-Beks
Drs. L. Aldenhoven
Dr. Y.J.L. van Eijk-Hustings
Dr. H.J.M. Vrijhoef

Nulmeting Evaluatieonderzoek

Experiment Art. 36a Wet BIG

Geregistreerd-mondhygiënist

In opdracht van:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Subsidienummer: 201800274.086

Maastricht UMC+, KEMTA:

Dr. D.P. De Bruijn-Geraets,

M.C.M. Bessems-Beks,

Drs. L. Aldenhoven,

Dr. Y.J.L. van Eijk-Hustings,

Dr. H.J.M. Vrijhoef.

Maastricht, 15 juni 2020.

Contactinformatie:

Maastricht Universitair Medisch Centrum

Afdeling Klinische Epidemiologie & Medical Technology Assessment

Postbus 5800 | 6202 AZ Maastricht



“Oral health is multi-faceted and includes the ability to speak, smile, smell, taste, touch, chew, swallow and convey a range of emotions through facial expressions with confidence and without pain, discomfort and disease of the craniofacial complex.” [1]

Copyright © 2020

Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, elektronisch of op welke andere wijze dan ook en evenmin worden opgeslagen, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het MUMC+.

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Lijst met veel gebruikte afkortingen	7
Samenvatting.....	9
1 Inleiding	13
1.1 Leeswijzer	13
1.2 Aanleiding tot het onderzoek.....	13
1.3 Achtergrond mondhygiënisten	14
1.4 Doelstelling en onderzoeksvragen	15
2 Methoden.....	16
2.1 Studiedesign	16
2.2 Onderzoeksvariabelen.....	16
2.3 Conceptuele kaders.....	18
2.4 Dataverzameling.....	19
2.4.1 Meetinstrumenten	19
2.4.2 Structuurvariabelen.....	20
2.4.3 Procesvariabelen	22
2.4.4 Uitkomstvariabelen	22
2.5 Onderzoekspopulatie en werving	24
2.6 Data-analyse	26
2.7 Triangulatie van data.....	27
2.8 Meetperiode.....	27
2.9 Ethische overwegingen	27
3 Resultaten	29
3.1 Respons	29
3.2 Structuurvariabelen.....	29
3.2.1 Mondhygiënisten.....	29
3.2.2 Tandartsen.....	30
3.2.3 Patiënten	31
3.2.4 Andere mondzorgverleners dan tandartsen en mondhygiënisten	31
3.2.5 Organisatie	31
3.3 Procesvariabelen	32

3.3.1	Voorlichting over bevoegdheden	32
3.3.2	Deskundigheid en scholingsbudget	33
3.3.3	Handelen volgens richtlijnen	35
3.3.4	Vaststellen bekwaamheid	36
3.3.5	Bijdrage besluitvorming middelen en inzet	36
3.3.6	Samenwerking	37
3.3.7	Dagelijkse werkzaamheden	38
3.3.8	Teamindeling	39
3.3.9	(Interprofessioneel) overleg	40
3.4	Uitkomstvariabelen	41
3.4.1	Ervaren toegankelijkheid en tevredenheid over toegankelijkheid	41
3.4.2	Patiëntgerichtheid van zorg	42
3.4.3	Werkbelasting	43
3.4.4	Beoordeling kwaliteit van mondzorg	44
3.4.5	Gebruik voorbehouden handelingen en procedures	45
3.4.6	Reden voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid	55
3.4.7	Verandering takenpakket en patiëntencontact	56
3.4.8	Verwacht effect op de kwaliteit van zorg	57
3.4.9	Verwacht effect op de toegankelijkheid van zorg	57
4	Voorlopige conclusies en discussie	59
	Referenties	68
	Bijlagen	70
	Bijlage 1: Interviewprotocol expertinterview mondhygiënist	70
	Bijlage 2: Aanvullende tabellen	72
	Bijlage 3: Aanvullende figuren	89

Voorwoord

Over taakherschikking in de (eerstelijns) mondzorg is de afgelopen jaren veel gezegd.

In 2000 is taakherschikking in de mondzorg ingezet met het advies Capaciteit Mondzorg [2] waarin wordt gesproken over de verdere uitbouw van het teamconcept door te kijken naar de mogelijkheden die de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) biedt voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen. In 2016 [3] kondigde het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het voornemen aan om, in het kader van de taakherschikking in de Nederlandse gezondheidszorg, via het experimenteerartikel in de Wet BIG (Artikel 36a) zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan de geregistreerd-mondhygiënist op haar deskundigheidsgebied. Nog eens twee jaar later [4] werd de start van het experiment aangekondigd, en in mei 2019 ging de nulmeting van het experiment van start.

Van deze nulmeting wordt in dit rapport verslag gedaan. Waar in eerdere experimenten in het licht van de Wet BIG en de inzet van bestaande of nieuwe beroepen sprake was/is van een beroepenveld specifieke dynamiek, is hiervan zeker ook sprake bij het experiment rondom de geregistreerd-mondhygiënist. Bij zowel de nulmeting als het experiment wordt getracht de invloed van deze dynamiek op het implementatieproces en de uitkomsten van taakherschikking in beeld te brengen.

Dit rapport beoogt, samen met de rapportage over het experiment (1 juli 2020 tot en met 30 november 2023), de besluitvorming over taakherschikking in de mondzorg via het toekennen van zelfstandige bevoegdheid aan de geregistreerd-mondhygiënist tot het verrichten van voorbehouden handelingen te ondersteunen. Hoewel wij niet verwachten dat het laatste woord over taakherschikking in de mondzorg op korte termijn gezegd zal zijn, hopen wij met dit rapport en het rapport over het experiment de discussie hieromtrent te voeden met betekenisvolle informatie.

Namens het Evaluatieteam Taakherschikking,

Dr. H.J.M. Vrijhoef (projectleider).

Opdrachtgever en subsidiegever van de nulmeting van het Evaluatieonderzoek Experiment Art. 36a Wet BIG Geregistreerd-mondhygiënist, is het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

De nulmeting is begeleid door een klankbordgroep, die is ingesteld door het Ministerie van VWS en bestaat uit de leden:

Dhr. J. Benedictus, Patiëntenfederatie Nederland (PFN);

Dhr. Prof. Dr. J. Bruers, Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT);

Mw. Drs. C. Calkhoven, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS);

Mw. Drs. E. Derckx, Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH), onafhankelijk voorzitter klankbordgroep;

Mw. M. van Gageldonk, Register van Preventieassistenten;

Mw. Drs. J. van Rennes, Hogeschool Inholland Amsterdam;

Mw. M. van Splunter, Nederlandse Vereniging voor mondhygiënist (NVM-mondhygiënist);

Dhr. Drs. J.W. Vaartjes, Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT);

Mw. M.E. de Wit, Nederlandse Vereniging voor Parodontologie.

Daarnaast hebben de volgende deskundigen op het gebied van mondzorg het onderzoeksteam meermaals van advies gediend:

Dhr. dr. W.E.R. Berkhout, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam;

Mw. dr. D.E. Slot, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam;

Mw. drs. M. Bozia, Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam.

Wij bedanken de opdrachtgever in het in ons gestelde vertrouwen voor het uitvoeren van de nulmeting. Ook bedanken wij de leden van de klankbordgroep en de geconsulteerde deskundigen voor hun constructieve bijdragen aan het onderzoek en de totstandkoming van dit rapport. Zonder de bereidwillige medewerking van de respondenten en de beroepsverenigingen NVM-mondhygiënist en KNMT zou dit onderzoek niet tot stand zijn gekomen.

Het onderzoek is verricht door het onderzoeksteam Taakherschikking van het Maastricht UMC+:

Mw. Dr. D.P. De Bruijn-Geraets,

Mw. M.C.M. Bessems-Beks,

Mw. Drs. L. Aldenhoven,

Mw. Dr. Y.J.L. van Eijk-Hustings,

Dhr. Dr. H.J.M. Vrijhoef.

Nulmeting evaluatieonderzoek Experiment [Art.36a Wet BIG](#) geregistreerd-mondhygiënist

Lijst met veel gebruikte afkortingen

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
ANT	Associatie Nederlandse Tandartsen
CBCT	Conebeam CT scan
hbo	Hogere beroepsonderwijs
ICDAS	International Caries Detection and Assessment System
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IQR	Interquartile range (interkwartiel afstand)
KEMTA	Klinische Epidemiologie en Medical Technology Assessment
KNMT	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde
KRM	Kwaliteitsregister Mondhygiënist(en)
LOOM	Landelijk Overleg Opleidingen Mondzorg
MH	Mondhygiënist(en)
MH+exp	MH, die kunnen deelnemen aan het experiment, namelijk 4-jarig opgeleide MH alsook 2-, 3-jarig opgeleide MH die een aanvullende (verkorte) opleiding hebben gevolgd tot hbo Bachelor Mondzorgkunde (upgrading Bachelor)
MH-exp	2-, 3-jarig opgeleide MH, die zonder upgrading tot hbo Bachelor, niet mee kunnen doen aan het experiment
MZV	Andere mondzorgverlener(s) dan mondhygiënist of tandarts
MUMC+	Maastricht Universitair Medisch Centrum
n	Aantal
NVM- mondhygiënist	Nederlandse Vereniging voor mondhygiënist
NVvO	Nederlandse vereniging van Orthodontisten
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Parodontologie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OPG	Orthopantomogram
PFN	Patiëntenfederatie Nederland
QUAL	Qualitative data (kwalitatieve gegevens)
QUAN	Quantitative data (kwantitatieve gegevens)
sd	Standaarddeviatie
TA	Tandarts(en)
T0	Nulmeting
T1	1e nameting
T2	2e nameting

T3	3e nameting
TMS	Toezichthoudend Medewerker Stralingsbescherming
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
WMO	Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen
ZIN	Zorginstituut Nederland

Samenvatting

Inleiding

De geregistreerd-mondhygiënist (MH) krijgt met het van kracht gaan van een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB), per 1 juli 2020 een zelfstandige bevoegdheid voor het toepassen van lokale anesthesie, het behandelen van primaire caviteiten en het gebruik maken van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden. Deze toekenning heeft de status van een tijdelijk experiment en is aan evaluatie onderhevig.

Doelstelling onderzoek

Door middel van een wetenschappelijk onderzoek wil het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) antwoord krijgen op de vragen: In hoeverre is het doelmatig en effectief bij een minstens gelijkblijvende kwaliteit, om een wettelijke zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan geregistreerd-MH met betrekking tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen en, indien er sprake is van effectiviteit en doelmatigheid bij minstens gelijkblijvende kwaliteit, voor welke voorbehouden handelingen geldt dit?

Om de situatie met betrekking tot het handelen van MH, voorafgaand aan het in werking treden van de AMvB in kaart te brengen, is een nulmeting verricht. In voorliggend rapport wordt verslag gedaan van deze nulmeting.

Onderzoeksmethoden

De studie hanteert een 'before and after triangulation design', waarbij op vrijwel identiek wijze kwantitatieve en kwalitatieve data worden verzameld vóór (nulmeting) en na (drie nametingen) de start van het experiment. Aan het einde van het experiment worden alle data aan elkaar gerelateerd, om de onderzoeksvragen sluitend te kunnen beantwoorden.

De variabelen waarover data zijn verzameld, zijn afgeleid van de AMvB en omvatten de domeinen: kwaliteit van zorg (veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid); effectiviteit van het zorgproces (o.a. wordt gebruik gemaakt van de bevoegdheden); doelmatigheid van het zorgproces (o.a. wat is de kosteneffectiviteit); continuïteit van het zorgproces; samenwerking tussen tandartsen (TA); en MH en patiënttevredenheid.

Tijdens de nulmeting zijn met behulp van digitale vragenlijsten kwantitatieve data verzameld bij MH, TA, patiënten (PAT) en andere mondzorgverleners dan MH en TA (MZV). De in Nederland werkzame MH zijn via de Nederlandse Vereniging voor mondhygiënisten (NVM-mondhygiënisten) en de hogescholen met een opleiding Mondzorgkunde, benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Hierbij is gebruik gemaakt van convenience sampling. MH hebben vervolgens TA, PAT en MZV gevraagd om vragenlijsten in te vullen. Vragenlijsten konden worden ingevuld van 28 oktober 2019 tot 26 januari 2020. Aanvullende hierop hebben alle aanwezige MH tijdens het NVM-mondhygiënisten jaarcongres d.d. 15 november 2019 een verkorte versie van de MH-vragenlijst

kunnen invullen. Tevens zijn TA en orthodontisten uit een aselechte steekproef van (ex-)leden van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (KNMT) in maart 2020, gevraagd een verkorte vragenlijst in te vullen.

Kwalitatieve data zijn gedurende de gehele dataverzamelingsperiode (20 mei 2019-29 mei 2020) verkregen via semigestructureerde interviews. Hiervoor zijn: I) expertinterviews met MH en TA uit de dagelijkse praktijk; II) expertinterviews met diverse stakeholders; III) patiënten interviews; en IV) een focusgroep interview met MH gehouden.

Kwantitatieve en kwalitatieve data zijn afzonderlijk alsook in samenhang (triangulatie) geanalyseerd. Kwantitatieve analyses zijn voor MH die op grond van hun opleiding wel (MH+exp) of niet (MH-exp) kunnen deelnemen aan het experiment, apart uitgevoerd. Naast het bepalen van beschrijvende statistische maten, is getoetst of waargenomen verschillen tussen MH+exp en MH-exp, statistisch significant verschillen. Voor de analyse van de kwalitatieve data is gebruik gemaakt van de 'directed content analysis', waarbij de verschillende data schriftelijk zijn vastgelegd en betekenisvolle onderdelen zijn gecategoriseerd.

Resultaten

Aan de diverse onderdelen van de nulmeting hebben in totaal 235 respondenten deelgenomen (vragenlijsten: 145 MH, 29 TA, 7 MZV en 19 PAT; interviews: 23 MH, 1 TA, 2 PAT en 9 stakeholders). De respons is hiermee matig te noemen en de resultaten moeten daarom met enige terughoudendheid worden geïnterpreteerd.

De nulmeting maakt inzichtelijk dat het toepassen van lokale anesthesie, het gebruikmaken van toestellen die ioniserende stralen uitzenden en in mindere mate het behandelen van primaire caviteiten tot het takenpakket van de MH behoren.

In vergelijking met MH-exp voeren meer MH+exp voorbehouden handelingen uit, met een grotere frequentie en met een grotere zelfstandigheid.

Bijna alle MH+exp passen lokale infiltratie anesthesie toe, drie kwart past mandibulaire blokanesthesie toe, de helft maakt röntgenfoto's en bijna een derde behandelt (prepareert en restaureert) primaire caviteiten. Voor MH-exp zijn deze proporties kleiner, drie kwart past lokale infiltratie anesthesie toe, ruim een derde past mandibulaire blokanesthesie toe, vier op de tien maakt röntgenfoto's en minder dan één op de tien behandelt primaire caviteiten.

Het toepassen van mandibulaire blokanesthesie wordt het minst frequent door MH en TA uitgevoerd, het maken en beoordelen van röntgenfoto's het meest frequent. De frequentie waarmee TA voorbehouden handelingen uitvoeren, is vele malen hoger dan de frequentie waarmee MH+exp deze uitvoeren en nog hoger dan de frequentie waarmee MH-exp deze uitvoeren. De duur voor het uitvoeren/delegeren van een voorbehouden handeling (inclusief het verwerken van een opdracht/overlegtijd), is voor TA korter vergeleken met MH.

Als MH+exp lokale anesthesie toepassen, gebeurt dit bij drie kwart na eigen indicatiestelling, waarvan één derde zonder overleg met een TA. Bij één op de drie toepassingen stelt de MH+exp

de indicatie en delegeert de uitvoering van de handeling naar de TA. Als MH-exp lokale anesthesie toepassen, gebeurt dit bij ruim een kwart op eigen indicatie, waarvan het merendeel zonder overleg. TA voeren in drie kwart van de toepassingen van lokale anesthesie na eigen indicatiestelling ook zelf de handeling uit. Als de TA een opdracht geeft om lokale anesthesie te geven, is dat vaker aan een preventieassistent dan aan een MH. Als MH+exp primaire caviteiten behandelen, gebeurt dit bij een kwart van de behandelingen op eigen indicatie, waarbij meestal overleg met een TA plaatsvindt. Het aantal MH-exp die primaire caviteiten behandelt, is te laag om de indicatieprocedure in kaart te brengen. Als MH+exp röntgenfoto's maken, gebeurt dit bij één derde van de handelingen op eigen indicatie, waarvan iets minder dan de helft zonder overleg met een TA. TA maken in twee derde van de gevallen zelf de foto als ze de indicatie hebben gesteld. Als ze een opdracht geven om een foto te maken, is dat meestal aan de preventieassistent. TA beoordelen bijna altijd zelf foto's. Drie kwart van de MH-exp beoordeelt zelf foto's, bij één vijfde na overleg met een TA. Bijna de helft van de MH+exp beoordeelt zelf foto's, waarvan drie kwart na overleg met een TA.

De formele verantwoordelijkheden om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten en de taakverdeling tussen TA en MH, met betrekking tot de voorbehouden handelingen, is (nog) niet overal goed vastgelegd. Dit geldt ook voor externe (buiten de praktijk) samenwerkingsafspraken en in mindere mate interne (binnen de praktijk) samenwerkingsafspraken. Veelal is sprake van ongeschreven afspraken en gewoontevorming. Als interne samenwerkingsafspraken aanwezig zijn, zijn voornamelijk de wijze van patiëntenadministratie, werkinstructies en de taakverdeling opgenomen. In de aanwezige externe samenwerkingsafspraken zijn de informatievoorziening aan PAT, de patiëntenadministratie en de wijze van verwijzing van PAT opgenomen. Eén vijfde van MH+exp en geen MH-exp vinden de externe samenwerkingsafspraken volledig voldoen. Ook bij het handelen volgens richtlijnen is sprake van ongeschreven regels en gewoontevorming, voor het verrichten van voorbehouden handelingen zijn voor de helft van de MH+exp en één derde van de MH-exp algemene schriftelijke regels opgesteld.

Zowel de vorm als de frequentie van overleg tussen MH en TA over een te verrichten voorbehouden handeling, of over een individuele patiënt, varieert sterk. De frequentie varieert van een aantal keren per dag tot maximaal één keer per maand; de vorm van face-to-face, tot telefonisch, tot e-mail. Overleg over een te verrichten voorbehouden handeling duurt (mediaan) vijf minuten, over een individuele patiënt voor MH-exp 7,5 minuten en voor MH+exp vijf minuten. Alle TA vinden dit voldoende, niet alle MH zijn het hiermee eens.

PAT krijgen informatie over het type mondzorgverlener door wie ze behandeld worden, doordat mondzorgverleners badges dragen met naam en functie of dit aan de PAT vertellen. PAT worden minder vaak geïnformeerd over de bevoegdheden van de behandelend mondzorgverlener. Twee derde van de PAT geeft aan informatie te hebben ontvangen over welke mondzorgverlener, welke zorg mag verlenen. Nagenoeg alle PAT zijn van mening dat de gegeven informatie duidelijk was.

Ruim de helft van de PAT hebben zelf telefonisch een afspraak bij de MH gemaakt. Ongeveer één kwart van de PAT heeft de afspraak via de tandartsassistent gemaakt. De meeste PAT zijn (zeer) tevreden over het maken van de afspraak, alsook over de tijd tussen het maken van de afspraak en

het bezoek aan de MH en de wachttijd in de wachtkamer. De meeste PAT vinden dat de MH hun vragen naar tevredenheid beantwoordde en zijn tevreden over de manier waarop de MH met hen omging. De meeste PAT zouden beslist weer teruggaan naar de MH voor een soortgelijke behandeling. PAT geven gemiddeld het rapportcijfer 9 voor de behandeling door de MH.

Voorlopige conclusies

Het toepassen van lokale anesthesie, het gebruikmaken van toestellen die ioniserende stralen uitzenden en in mindere mate het behandelen van primaire caviteiten behoren tot het takenpakket van de MH. Méér MH+exp dan MH-exp, voeren deze handelingen uit, alsook met een grotere frequentie en zelfstandigheid. Het starten van het experiment met MH+exp lijkt hiermee gerechtvaardigd. Aandachtspunten voor het experiment zijn: het formaliseren van samenwerkingsafspraken en het handelen volgens richtlijnen, een duidelijke communicatie naar TA en PAT over de bevoegdheden van de MH, en het vergroten van het draagvlak onder TA. Aandachtspunt voor de evaluatie is de respons op de nametingen teneinde de onderzoeksvragen van het evaluatieonderzoek eenduidig te kunnen beantwoorden. Om een optimale respons te bereiken, is ondersteuning door de koepelorganisaties en hogescholen essentieel.

1 Inleiding

1.1 Leeswijzer

In dit hoofdstuk wordt het onderwerp en de doelstellingen van het evaluatieonderzoek gepresenteerd, alsmede de achtergrondinformatie die tot dit onderzoek hebben geleid. De wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd, wordt besproken in hoofdstuk 2 alsook de onderliggende theoretisch kaders en de herkomst van de verschillende meetinstrumenten. In hoofdstuk 3 worden de onderzoeksresultaten beschreven. In hoofdstuk 4 worden de resultaten in context geplaatst en worden op basis hiervan voorlopige conclusies getrokken. De bijlagen completeren het rapport. Definitieve conclusies en aanbevelingen worden geformuleerd op basis van de resultaten van de nulmeting en vervolgmetingen in het eindrapport.

1.2 Aanleiding tot het onderzoek

De Nederlandse bevolking wordt niet alleen ouder, maar behoudt ook vaker tot op oudere leeftijd de tanden en kiezen. Daarbij is een verzorgd en gezond gebit steeds meer de norm. [5] Onder jeugdigen is, in verschillende leeftijdscategorieën, een sterke toename te zien in gebitsslijtage en een stagnerende mondgezondheid. [6] Daarnaast wordt binnen de mondzorg steeds meer gebruik gemaakt van technologische innovaties. De zorgvraag neemt dus niet alleen verder toe, maar wordt ook complexer en zal een langere periode bestrijken. Ook zal het zwaartepunt verschuiven van curatie naar preventie.

Nederland kent een kwalitatief goede mondzorg. [7] Om aan de toenemende en veranderende zorgvraag te blijven voldoen, is het noodzakelijk om de aanwezige capaciteit aan mondzorgverleners zo effectief en efficiënt mogelijk in te zetten. Dit betekent dat competenties en deskundigheid van de mondzorgverlener aansluiten bij de zorgvraag. Anders (en korter) opgeleide zorgverleners nemen routinematige taken over van hoger opgeleiden, waarbij de kwaliteit van zorg voor de patiënt behouden blijft of wordt verhoogd. [8] Door taken in de mondzorg te herschikken kunnen tandartsen de complexe zorg verlenen en mondhygiënist de focus op preventie leggen.

Om taakherschikking wettelijk te kaderen, is in 2009 de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) gewijzigd. Op grond van het toegevoegde Artikel 36a, het experimenteerartikel, kunnen door middel van een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB), bepaalde beroepen de mogelijkheid krijgen om een aantal in de AMvB beschreven voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren, zonder opdracht van een zelfstandig bevoegde, zoals een arts of tandarts. Deze tijdelijke zelfstandige bevoegdheid, de experimenteerperiode, bedraagt maximaal vijf jaar. Ook de kaders van de zelfstandige bevoegdheid zijn beschreven in de AMvB. De bevoegdheidsgrenzen worden bepaald door de opleiding, de eigen bekwaamheid en het deskundigheidsgebied. Daarnaast geldt de bevoegdheid voor handelingen van een beperkte complexiteit, die veelvuldig voorkomen en waarvan de risico's te overzien zijn. De handelingen dienen te worden uitgeoefend volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en daarvan

afgeleide protocollen. Het experiment moet tevens geëvalueerd worden. Experimenteerberoepen worden opgenomen in een tijdelijk BIG-register en vallen onder het tuchtrecht.

Met ingang van 1 juli 2020, gaat een AMvB van kracht, waardoor, geregistreerd-mondhygiënist een tijdelijke zelfstandige bevoegdheid krijgen voor het:

- injecteren (lokale anesthesie);
- verrichten van heelkundige handelingen (behandelen van primaire caviteiten);
- gebruik maken van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden (het indiceren, maken en beoordelen van röntgenfoto's in het kader van mondonderzoek).

1.3 Achtergrond mondhygiënist

De eerste in Nederland werkzame mondhygiënist werden opgeleid in de Verenigde Staten en Canada. [9, 10] Hun introductie had tot doel de tandarts te ondersteunen bij het geven van voorlichting over mondhygiëne en het uitvoeren van gebitsreiniging. De eerste Nederlandse opleiding, gebaseerd op het Amerikaanse model, ging in 1968 van start en had een 2-jarig curriculum. In 1974 werd het beroep en daarmee ook de opleiding wettelijk erkend in het Mondhygiënist besluit in de Wet op de paramedische beroepen. Door ontwikkelingen in de mondzorg, met nieuwe taken voor de mondhygiënist, werd in 1992 de opleiding verlengd tot 3 jaar. In 2002 werd de opleiding opnieuw aangepast met een 4-jarig curriculum en werd het een hogere beroepsopleiding (hbo). Door bijscholing is het tijdelijk mogelijk geweest voor 2- en 3-jarig opgeleide mondhygiënist ook hun Bachelor graad te halen. Momenteel wordt de 4-jarige hbo-opleiding Mondzorgkunde aangeboden bij Hanzehogeschool Groningen, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Inholland en Hogeschool Utrecht. Alle opleidingen zijn geaccrediteerd door de Nederlandse Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO). Inmiddels zijn meer dan 3500 mondhygiënist werkzaam in Nederland. [11, 12]

Het beroep mondhygiënist heeft zich sinds de beginjaren steeds verder ontwikkeld. De mondhygiënist richt zich op de preventie binnen de vakgebieden parodontologie en cariologie. [13] Dit betreft zowel primaire preventie (voorkomen van ziekte en afwijkingen), als secundaire preventie (zo vroeg mogelijk ingrijpen bij afwijkingen) en tertiaire preventie (beperken van de schade door het behandelen van afwijkingen). De meeste mondhygiënist zijn werkzaam in een algemene tandartspraktijk, maar ook in toenemende mate in een vrije mondhygiënistvestiging, al dan niet in combinatie met een (gespecialiseerde) tandartsenpraktijk. [11, 13] Sinds het Mondhygiënist besluit in 2006, zijn mondhygiënist rechtstreeks toegankelijk voor patiënten en is een verwijzing van een tandarts niet meer noodzakelijk. [14]

Het beroep mondhygiënist is als artikel 34 beroep in de Wet BIG opgenomen en heeft hiermee een beschermde opleidingstitel. Ter voorkoming van titelmisbruik is in 2010 door de Nederlandse Vereniging voor mondhygiënist (NVM-mondhygiënist) het Diploma Register Mondhygiënist opgericht. Als artikel 34 beroep, kan de mondhygiënist zich niet registreren in het BIG-register en is het tuchtrecht niet van toepassing. Om de uitoefening van het beroep mondhygiënist te professionaliseren, is voor hbo geschoolde mondhygiënist in 2009 het Kwaliteitsregister

Mondhygiënist (KRM) ingesteld. [15] In dit register worden deskundigheidsbevorderende activiteiten geregistreerd en getoetst.

Totdat het experiment start, heeft de mondhygiënist een functionele zelfstandigheid voor het toepassen van lokale anesthesie en het behandelen van primaire caviteiten. Dat betekent dat deze handelingen zelfstandig kunnen worden uitgevoerd in opdracht van een tandarts, maar zonder direct toezicht van een tandarts. [16]

Uitsluitend de 4-jarig opgeleide mondhygiënist kunnen meedoen aan het experiment. Voor de 2- en 3-jarig opgeleiden geldt dan wel de functionele zelfstandigheid en blijft de opdrachtrelatie met de tandarts gehandhaafd.

1.4 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het evaluatieonderzoek dient er toe het Ministerie van VWS te ondersteunen in haar besluitvorming met betrekking tot het experiment met de geregistreerd-mondhygiënist, door het experiment te evalueren. De onderzoeksvragen die hierbij centraal staan zijn:

- 1 In hoeverre is het doelmatig en effectief, bij een minstens gelijkblijvende kwaliteit, om een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan de geregistreerd-mondhygiënist voor injecteren (lokale anesthesie), het verrichten van heelkundige handelingen (primaire caviteiten) en het gebruik maken van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden (het indiceren, maken en beoordelen van röntgenfoto's in het kader van mondonderzoek)?
- 2 Indien sprake is van doelmatigheid en effectiviteit bij een minstens gelijkblijvende kwaliteit, voor welke handelingen geldt dit?

Om antwoord te krijgen op de bovengenoemde onderzoeksvragen heeft het Ministerie van VWS aangegeven het onderzoek op te splitsen in twee fasen. In de eerste fase, de nulmeting, wordt de huidige situatie, met een opdracht- en verantwoordelijkheidsrelatie tussen de tandarts en de mondhygiënist, in kaart gebracht. Daarnaast geeft de nulmeting inzicht in onderwerpen die tijdens de tweede fase meer gedetailleerde informatie dienen op te leveren (o.a. bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van het handelen en het experiment). In de tweede fase, het experiment, dient duidelijkheid te worden verkregen over de mate waarin het experiment gepaard gaat met een verandering in de doelmatigheid en effectiviteit van het zorgproces en de eventuele invloed op de kwaliteit van zorg.

De nulmeting (T0) loopt van 20 mei 2019 tot en met 29 mei 2020, het experiment van 1 juli 2020 tot en met 31 december 2023.

2 Methoden

Tijdens de nulmeting en het experiment worden op vrijwel identieke wijze data verzameld ten behoeve van de vergelijkbaarheid tussen de meetmomenten. In dit hoofdstuk worden de methoden voor de nulmeting beschreven. Waar deze afwijken van de methoden voor het experiment wordt dit toegelicht en/of wordt verwezen naar bijlagen.

2.1 Studiedesign

Het evaluatieonderzoek maakt gebruik van een 'before and after triangulation design'. [17] Tijdens de nulmeting (T0) zijn data verzameld, die de situatie beschrijven voorafgaand aan het experiment ('before'). Door op vrijwel identieke wijze data te verzamelen op nog eens drie meetmomenten (T1, T2 en T3) nadat het experiment is gestart ('after'), kunnen beide situaties met elkaar worden vergeleken. Bij dit design is geen sprake van een controlegroep, maar is een expliciete tijdfactor aanwezig en worden veranderingen in de loop van de tijd gemeten.

Hierbij worden zowel *kwalitatieve data (QUAL)* als kwantitatieve data (QUAN) verzameld. *QUAL* (in het vervolg *cursief* weergegeven) en QUAN zijn complementair en worden aan elkaar gerelateerd tijdens de interpretatie, aangeduid als triangulatie (Figuur 1). [18, 19] Triangulatie wordt toegepast om een meer complete interpretatie van de resultaten en een verhoging van de betrouwbaarheid en validiteit van de onderzoeksresultaten te bereiken. Aldus, wordt beoogd de onderzoeksvragen sluitend te beantwoorden. [20]

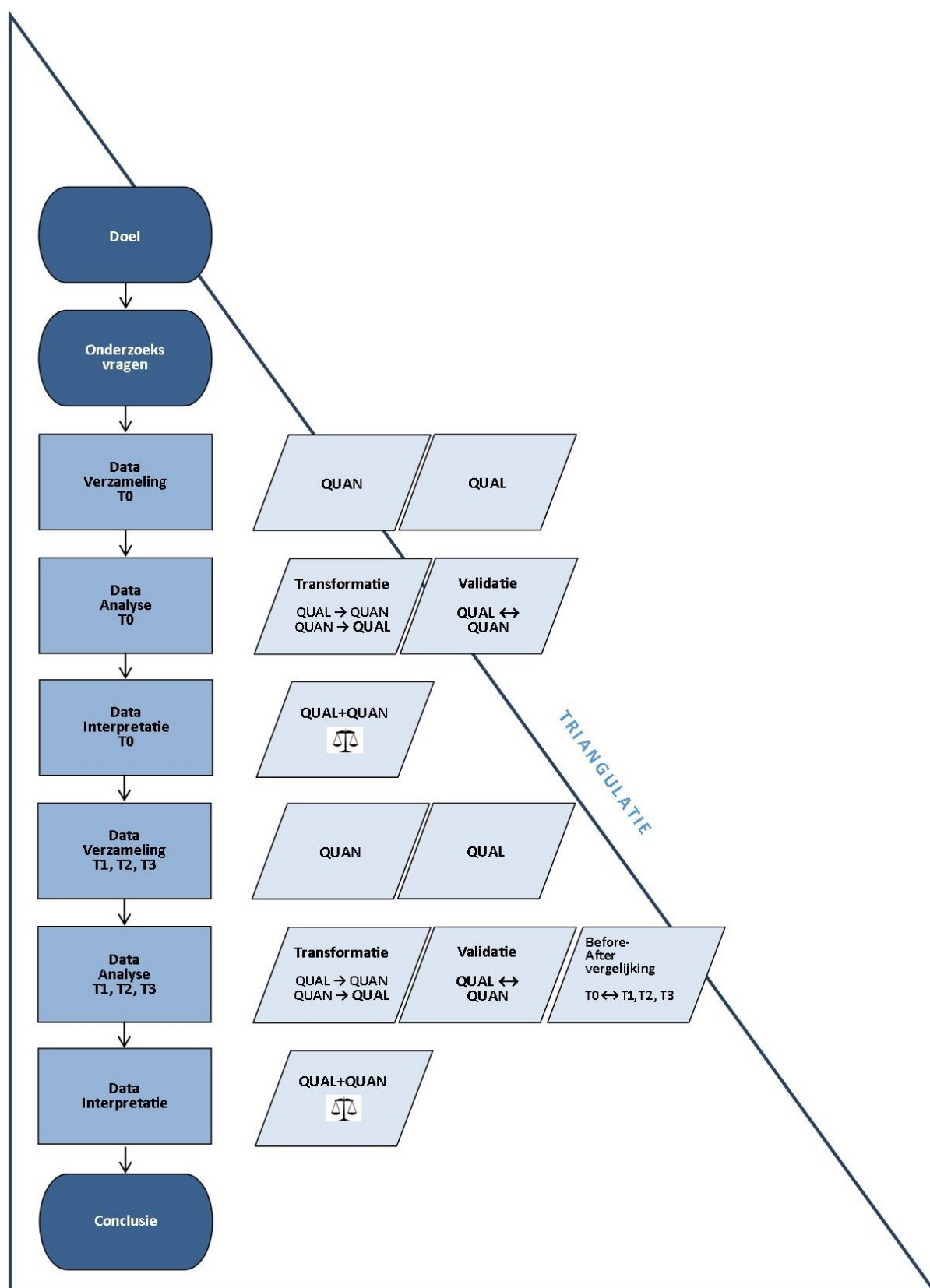
Binnen het studie design worden kwalitatieve data gekwantificeerd (*QUAL* → QUAN) en kwantitatieve data beschreven (QUAN → *QUAL*) volgens het Validating Quantitative Data Model. [17] Ter validatie van de resultaten worden *QUAL data* gekoppeld aan QUAN data. In deze studie hebben QUAN en *QUAL* evenveel belang.

2.2 Onderzoeksvariabelen

Het evaluatieonderzoek richt zich op de volgende variabelen:

- kwaliteit van zorg (veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid);
- effectiviteit van het zorgproces (o.a. wordt gebruik gemaakt van de bevoegdheden);
- doelmatigheid van het zorgproces (o.a. wat is de kosteneffectiviteit);
- continuïteit van het zorgproces;
- samenwerking tussen TA en MH; en
- patiënttevredenheid.

Omdat deze uitkomstvariabelen niet op zichzelf staan, zijn twee conceptuele onderzoekskaders gehanteerd die naast uitkomstvariabelen ook structuur- en procesvariabelen benoemen. Hiermee wordt het interpreteren van de data voor uitkomstvariabelen ondersteund en kan bovendien een vergelijking worden gemaakt met de conclusies en aanbevelingen op basis van eerdere evaluaties van experimenten met taakherschikking voor andere zorgverleners. [21-23]

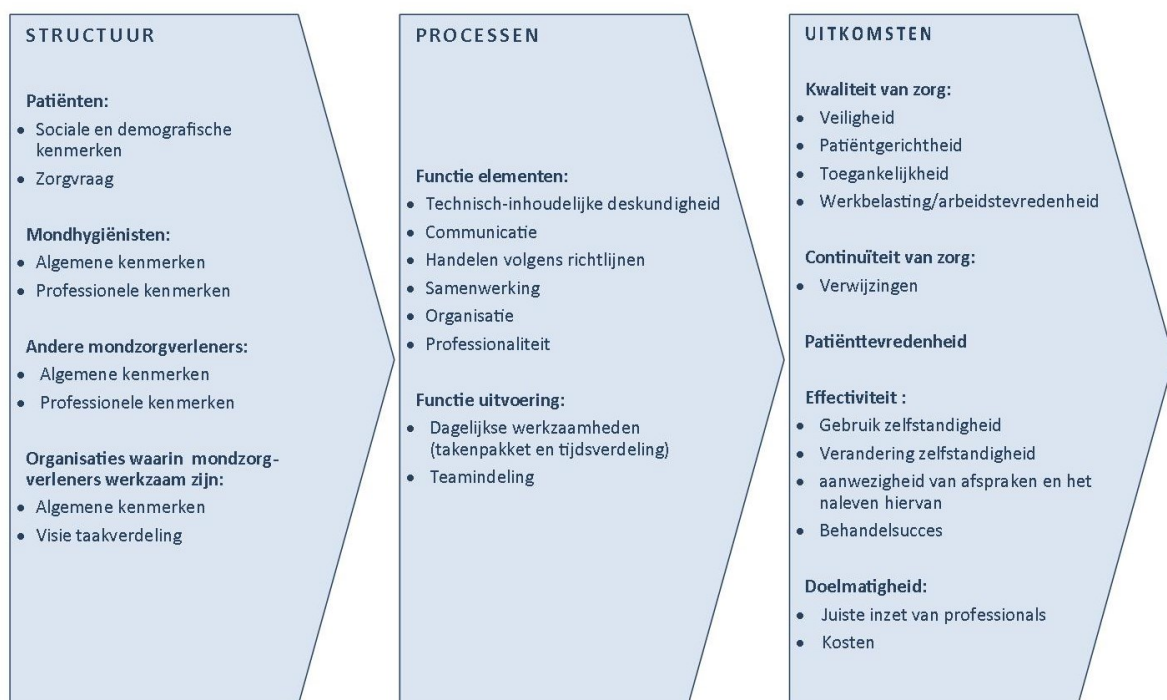


Figuur 1: Before and after triangulation design

2.3 Conceptuele kaders

In het evaluatieonderzoek wordt gebruik gemaakt van twee conceptuele kaders:

- het conceptual Framework for Evaluating Nurse Practitioner Role in Acute Care Settings [24] is gebaseerd op Donabedian's model voor kwaliteit van zorg dat onderscheid maakt tussen structuur, processen en uitkomsten van zorg (Figuur 2). De structuur van zorg is van invloed op de processen en de uitkomsten van zorg, terwijl ook de processen van invloed zijn op de uitkomsten van zorg. Het maakt bijvoorbeeld inzichtelijk dat voor de mate van gebruik van de zelfstandige bevoegdheid sprake moet zijn van een formalisering van de rolverdeling tussen professionals (structuur) en een passende team indeling (processen van zorg). Een ander voorbeeld is dat de ervaren toegankelijkheid van de mondzorg door patiënten afhankelijk is van de organisatiekenmerken en functie uitvoering door mondzorgverleners. Anders gezegd, zonder informatie over structuur- en procesvariabelen is interpretatie van data over uitkomstvariabelen niet eenduidig.



Figuur 2: Onderzoekkader op basis van Sidani & Irvine voor evaluatie experiment MH

- het implementatiemodel van Grol & Wensing [25] maakt het mogelijk om de bevorderende en belemmerende factoren die van invloed zijn op het experiment te duiden. Volgens dit model is het van belang om een onderscheid te maken tussen de kenmerken van: de zorginnovatie (de experimentele bevoegdheid), de doelgroep (mondzorgverleners), patiënten, de sociale context (diverse belanghebbende partijen), de economische, administratieve en organisatorische context (diverse belanghebbende partijen en organisaties waarin mondzorgverleners werkzaam zijn), en de methoden en strategieën van implementatie van de zorginnovatie (opdrachtgever en belanghebbende partijen).

Beïnvloedende factoren op implementatie van een innovatie [19]

Individuele factoren-zorgverlener

Cognitieve factoren
Motivationale factoren

Individuele factoren-patiënt

Cognitieve factoren
Motivationale factoren
Gedragmatige factoren

Sociale factoren

Professionele ontwikkeling
Professionele teams/netwerken

Organisatorische factoren

Organisatiestructuren en werkprocessen
Organisatieprocessen
Beschikbare middelen

Maatschappelijke factoren

Financiële prikkels
Wet- en regelgeving

2.4 Dataverzameling

2.4.1 Meetinstrumenten

Voor het verzamelen van QUAN data zijn vragenlijsten ontwikkeld voor vier doelgroepen: MH, TA, andere mondzorgverleners dan MH, en patiënten, respectievelijk de MH-, TA-, MZV- en PAT-vragenlijsten. De vragenlijsten kunnen als invulbaar pdf-bestand worden gedownload van de internetsite van het evaluatieonderzoek. Op de internetsite staat tevens meer informatie over het onderzoek. De vragenlijsten zijn online geweest van 28 oktober 2019 tot 26 januari 2020. Ten behoeve van het jaarlijkse NVM-mondhygiënist congres d.d. 15 november 2019 is, om een maximale respons te bereiken, de MH-vragenlijst ingekort (MH KORT), zie ook Tabel 1. Ten behoeve van een steekproef uit (ex-)leden van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (KNMT) is op verzoek van de KNMT de TA-vragenlijst ingekort (TA KORT), zie ook Tabel 1. Deze vragenlijst is per e-mail verspreid en kon worden ingevuld van 2 maart tot 2 april 2020.

Daarnaast wordt tijdens het experiment geïnventariseerd welke data uit digitale datasystemen (factoringgegevens) op uitvoerdersniveau beschikbaar zijn.

Voor het verzamelen van QUAL data is gebruik gemaakt van individuele en focusgroep interviews. De individuele interviews zijn semigestructureerd diepte-interviews, waarbij gebruik is gemaakt van een interviewprotocol volgens de Interview Guide Approach en de Standard Open-ended Interview methodiek, ontwikkeld door Patton. [26] Hierbij zijn onderwerpen en thema's voorafgaand aan een interview gespecificeerd, de volgorde en formulering van de vragen zijn door de interviewer tijdens het interview bepaald. Het interviewprotocol voor de MH is weergegeven in

Bijlage 1. Individuele interviews zijn telefonisch afgenomen of, op verzoek van geïnterviewde, face-to-face. De individuele interviews hebben gedurende de hele nulmeting plaatsgevonden.

Een focusgroep voert onder leiding van een gespreksleider (moderator) aan de hand van een semigestructureerd interviewprotocol, een zorgvuldig geplande discussie over ideeën, motieven, belangen en denkwijzen over een omschreven aandachtsgebied. [27] Volgens de methodiek van Hogle [28] blijft de gespreksleider zo veel mogelijk op de achtergrond om discussie en interactie tussen de participanten te stimuleren. Het hele proces wordt gevolgd door een observator. Deze maakt notities en bewaakt de voortgang van het interviewprotocol en kan eventueel bijsturen.

Alle interviews zijn opgenomen met dataregistratieapparatuur. Het interview is vervolgens letterlijk uitgetypt (transcript) en een concept samenvatting van het interview is ter controle voorgelegd aan de geïnterviewde (member check). [29] Er heeft één focusgroep interview met MH plaatsgevonden op 25 november 2019 in Utrecht.

De te hanteren meetinstrumenten zijn allemaal gevalideerd (vragenlijsten) en uitvoerig beproefd (topiclijsten interviews, dataverzameling uit digitale bestanden) in eerder verrichte evaluaties van taakherschikking naar andere professionals. [21-23]

De dataverzameling is hieronder voor de nulmeting nader uitgewerkt per onderdeel van het conceptuele kader van Sidani en Irvine, waarbij het implementatiemodel van Grol & Wensing onder de uitkomst variabelen is geplaatst. In Tabel 1 is een overzicht van de (QUAN) structuur-, proces-, en uitkomstvariabelen in de vragenlijsten opgenomen. De dataverzameling van de (QUAN en QUAL) uitkomstvariabelen voor het gehele evaluatieonderzoek is na te slaan in Tabel 14 in Bijlage 1.

2.4.2 Structuurvariabelen

Hieronder is aangegeven welke structuurvariabelen bij wie en hoe zijn verzameld:

- bij MH en andere mondzorgverleners zijn in de MH (KORT)-, TA (KORT)- en MZV-vragenlijsten data verzameld over geslacht, leeftijd, opleiding, werkervaring, type organisatie waarin zij werkzaam zijn, inschrijving in een kwaliteitsregister, aanwezigheid van (welk type) afspraken over de taakverdeling, samenwerking en delen van informatie over patiënten;
- bij patiënten zijn in de PAT-vragenlijst, data verzameld over sociale en demografische kenmerken (geslacht, leeftijd, etniciteit [30], opleiding, samenstelling huishouden, de inhoudelijke reden voor hun afspraak met mondzorgverlener en type consult (uniek, herhaling, doorverwijzing). Tijdens het experiment worden patiënten ook gevraagd naar hun verzekering voor mondzorg;
- bij NVM-mondhygiënist en opleidingsinstituten is gevraagd naar respectievelijk het aantal ingeschreven en afgestudeerde MH. Tijdens het experiment worden ook data opgevraagd bij het tijdelijk BIG-register;
- over de organisaties waarin mondzorgverleners werkzaam zijn ook in interviews data verzameld bij zowel mondzorgverleners (aantallen mondzorgverleners, praktijktype) als stakeholders;
- tijdens het experiment worden in interviews met stakeholders binnen diverse mondzorgorganisaties data verzameld over de visie betreffende taakverdeling.

Tabel 1: Overzicht variabelen opgenomen in vragenlijsten (T0, T1, T2 en T3)

Variabelen	Aantal vragen	Vragenlijst					
		MH	MH KORT	TA	TA KORT	PAT	MZV
STRUCTUURVARIABLEN							
Persoonlijke kenmerken							
Geboortedatum	1	•	•	•	•	•	•
Geslacht	1	•	•	•	•	•	•
Etniciteit	1					•	
Samenstelling huishouden	1					•	
Mondzorg verzekering	1					•	
Klacht(en)	1					•	
Afspraak bij welke mondzorgverlener	1					•	
Type consult	1					•	
Functie en eventueel aandachtsgebied	2	•	•	•	•		•
Hoogst genoten opleiding	1	•	•	•	•	•	•
Jaren werkervaring in huidige functie	1	•		•			•
Inschrijving registers	1	•					
Type dienstverband	1	•	•		•		
Kenmerken organisatie							
Type praktijk	1	•	•	•	•		•
Postcode praktijk	1	•					
Omvang organisatie (patiënten/ mondzorgverleners, behandelstoelen)	4	•		•			•
PROCESVARIABLEN							
Voorlichting over bevoegdheden	2	•		•		•	•
Bijhouden deskundigheid	1	•		•			•
Bij-/nascholingsbudget	2	•		•			•
Handelen volgens richtlijnen	2	•		•			•
Vaststellen eigen bekwaamheid	2	•		•			•
Vaststellen bekwaamheid anderen	2	•		•			•
Bijdrage besluitvorming middelen en inzet	13	•					•
Samenwerking	6	•		•			•
Dagelijkse werkzaamheden	1	•		•			•
Teamindeling	1	•		•			•
(Interprofessioneel) overleg	9	•					
UITKOMSTVARIABLEN							
Ervaren toegankelijkheid	2					•	
Tevredenheid over toegankelijkheid	2					•	
Patiëntgerichtheid van zorg	6					•	
Objectieve werkbelasting	6	•		•			•
Subjectieve werkbelasting	15	•		•			•
Beoordeling kwaliteit van mondzorg	3					•	
Gebruik voorbehouden handelingen en procedures	17	•	•	•	•		
Reden voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid	7	•	•	•	•		
Verandering takenpakket en patiëntencontact	5	•		•			•
Ervaren effect op de kwaliteit van zorg	9	•		•	•		•
Ervaren effect op de toegankelijkheid van zorg	2	•		•			•

2.4.3 Procesvariabelen

Bij MH, andere mondzorgverleners, patiënten, en belanghebbenden zijn de volgende procesvariabelen verzameld:

- aan MH en andere mondzorgverleners is in de MH-, TA- en MZV-vragenlijsten gevraagd naar functie- elementen: hoe houden zij hun deskundigheid bij (wel/niet conform de eisen van bestaande kwaliteitsregisters), of zij hiervoor een budget hebben, in hoeverre zij handelen volgens richtlijnen, op welke wijze zij hun eigen bekwaamheid vaststellen alsook die van andere mondzorgverleners, wat/wanneer/hoe wordt gecommuniceerd naar patiënten over de inzet en bevoegdheden van MH, welke bijdrage zij leveren aan besluiten over beleid en de toewijzing van middelen voor hun inzet binnen de organisatie waarin zij werkzaam zijn.
Ook is gevraagd naar hun dagelijkse werkzaamheden en feitelijke teamindeling. Onder dagelijkse werkzaamheden wordt verstaan: patiëntgebonden activiteiten (o.a. consultatie en diagnostiek, preventieve mondzorg, gebitsreiniging, verdoving, vullingen, tandvleesbehandelingen (per activiteit wordt gevraagd of deze wordt verricht, hoe vaak, hoeveel tijd hieraan wordt besteed)) en niet- patiëntgebonden activiteiten (o.a. administratie, kennisbevordering, onderzoek, kwaliteitsbeleid (per activiteit wordt gevraagd of deze wordt verricht, hoe vaak, hoeveel tijd hieraan wordt besteed)). Onder teamindeling wordt gevraagd naar de mate van beschikbaarheid van andere mondzorgverleners, de tevredenheid hierover, frequentie van werkoverleg met andere mondzorgverleners, duur van het werkoverleg, frequentie en wijzen van informatiedeling over patiënten met andere mondzorgverleners;
- aan patiënten is in de PAT-vragenlijst gevraagd of zij voorlichting hebben ontvangen over de bevoegdheden van mondzorgverleners (door wie welke zorg mag worden verleend) en de ervaren duidelijkheid hiervan;
- *aan belanghebbende partijen is in interviews gevraagd hoe taakherschikking in de mondzorg is vertaald in functie-elementen en functie-uitvoering (o.a. richtlijnen, protocollen, opleidingseisen, kwaliteitsstandaarden) en in hoeverre dit voldoet aan hun verwachtingen hieromtrent;*
- *data over de teamindeling zijn ook verzameld op basis van individuele interviews en focusgroep interviews met mondzorgverleners;*
- tijdens het experiment worden ook data verzameld over patiëntgebonden activiteiten op basis van digitale datasystemen (factoringgegevens).

2.4.4 Uitkomstvariabelen

Bij MH, andere mondzorgverleners, patiënten, en belanghebbenden zijn de volgende uitkomstvariabelen verzameld:

- aan MH is in de MH (KORT)-vragenlijst gevraagd hoe vaak en in welke mate van zelfstandigheid zij gebruik (gaan) maken van de (experimentele) zelfstandige bevoegdheid om de voorbehouden handelingen te verrichten. Hiervoor is per voorbehouden handeling gevraagd aan te geven hoe vaak deze in een maand wordt verricht, alsook de daarbij gehanteerde indicatieprocedure (indicatie TA vastgelegd in protocol, indicatie TA schriftelijke opdracht, indicatie TA mondelinge opdracht, indicatie MH na overleg met TA, indicatie MH zonder overleg, indicatie MH en delegatie naar andere mondzorgverlener, andere procedure). Indien

Nulmeting evaluatieonderzoek Experiment [Art.36a Wet BIG](#) geregistreerd-mondhygiënist

MH primaire caviteiten behandelen, wordt gevraagd naar de International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) score van de caviteit, bij het maken of beoordelen van röntgenfoto's wordt gevraagd naar het type. Ook is hen gevraagd aan te geven om welke redenen wel of niet gebruik wordt gemaakt van de voorbehouden handelingen en indicatieprocedures (bevorderende en belemmerende factoren), in welke mate de experimentele zelfstandige bevoegdheid hun eigen takenpakket en dat van andere mondzorgverleners verandert, wat voor effect taakherschikking heeft op de kwaliteit van zorg (aantal doorverwijzingen/ calamiteiten/ meldingen) en de toegankelijkheid van de mondzorg;

- aan TA is in de TA (KORT)-vragenlijst gevraagd hoe vaak zij de voorbehouden handelingen verrichten. Hiervoor is per voorbehouden handeling gevraagd aan te geven hoe vaak deze in een maand wordt verricht alsook de daarbij gehanteerde indicatieprocedure en de reden voor wel/geen gebruik maken van bevoegdheid. Ook is hen gevraagd aan te geven hoe vaak zij doorverwijzen naar een mondhygiënist, in welke mate de experimentele zelfstandige bevoegdheid voor MH hun eigen takenpakket en dat van andere mondzorgverleners verandert, wat voor effect taakherschikking heeft op de kwaliteit van zorg (aantal calamiteiten/ meldingen) en de toegankelijkheid van de mondzorg;
- aan patiënten is in de PAT-vragenlijst gevraagd hoe zij de toegankelijkheid van de mondzorg ervaren en hun tevredenheid hierover (mate van ervaren gemak bij het maken van een afspraak; tijd tussen het moment van het maken van afspraak en het moment waarop afspraak plaatsvindt en tevredenheid hierover), de patiëntgerichtheid van de mondzorg (keuzevrijheid voor mondzorgverlener; reden(en) voor keuze mondzorgverlener; mate waarin zorgverlener bekend is met de gezondheidssituatie van de patiënt; bejegening door zorgverlener; ervaren ruimte om mee te beslissen over aspecten van de behandeling; in hoeverre gestelde vragen naar tevredenheid zijn beantwoord), hoe zij de kwaliteit van de ontvangen mondzorg beoordelen (effect van ingreep op klachtvermindering; in welke mate zij ontvangen adviezen opvolgen; in welke mate ongewenste complicaties/ neveneffecten optreden; rapportcijfer);
- aan MH en andere mondzorgverleners is in de MH-, TA- en MZV-vragenlijsten gevraagd naar objectieve en subjectieve werkbelasting (arbeidssatisfactieschaal van McCranie [31, 32] en stellingen op basis van onderzoek Diekstra [33]);
- bij mondzorgverleners anders dan MH en TA, zijn in de MZV-vragenlijst data verzameld over de mate waarin hun takenpakket is veranderd door de experimentele zelfstandige bevoegdheid voor MH (meer/minder patiëntencontacten, meer/minder complexe patiënten, kortere/langere duur patiëntencontacten, meer/minder tijd voor andere activiteiten en welke activiteiten), wat voor effect taakherschikking heeft op de kwaliteit van zorg (aantal calamiteiten/ meldingen) en de toegankelijkheid van de mondzorg;
- *aan belanghebbenden is in interviews gevraagd naar hun percepties en onderbouwing hiervan over het gebruik van de nieuwe bevoegdheden; de bevorderende en belemmerende factoren hierbij; het effect van taakherschikking op: de toegankelijkheid van de mondzorg, de kwaliteit van de mondzorg, en het kosteneffect; in hoeverre taakherschikking het takenpakket van en de samenwerking tussen mondzorgverleners beïnvloedt alsook de vestigingswijze van MH, en tenslotte of taakherschikking in de mondzorg bijdraagt aan 'de juiste zorg op de juiste plek';*
- *aan patiënten is in interviews gevraagd naar hun ervaring over de ontvangen zorg van MH en hun mening over taakherschikking tussen TA en MH;*

- *aan mondzorgverleners en stakeholders is in interviews gevraagd naar bevorderende en belemmerende factoren voor het gebruik maken van nieuwe bevoegdheden, effect op de toegankelijkheid tot de mondzorg, verschuivingen in takenpakket, en inhoud en hoeveelheid verwijzingen en samenwerking;*
- tijdens het experiment worden data op basis van de reguliere administratie door mondzorgverleners verzameld op basis van digitale datasystemen (factoringgegevens);
- tijdens het experiment worden op basis van de reguliere administratie door mondzorgverleners data geëxtraheerd met betrekking tot hun prestaties (o.a. patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten en verrichtingen, röntgenopnames, verwijzingen) en de unitkosten die hieraan zijn verbonden. Hiervoor worden de NZa tarieven gehanteerd, zoals die gelden in 2023 aangezien de beslissing van opdrachtgever over de wetswijziging dan zal plaatsvinden;
- tijdens het experiment worden data op basis van de uitspraken van tuchtcolleges die betrekking hebben op de mondhygiënist en klachten geregistreerd door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) verzameld.

2.5 Onderzoekspopulatie en werving

Ten aanzien van de omvang van de onderzoekspopulatie kan geen powerberekening worden uitgevoerd, omdat geen eerdere bevindingen voorhanden zijn waarop een schatting van het gewenste effect kan worden gemaakt. Er is sprake van een convenience sample op basis van bereikbaarheid, hetgeen werkbaar is vanuit de mogelijkheden voor het verrichten van dit onderzoek.

De onderzoekspopulatie bestaat uit:

- alle MH die een 2-, 3-, of 4-jarige opleiding tot mondhygiënist hebben gevolgd en die werkzaam zijn in Nederland op een zelfstandige locatie of in een praktijk samen met een TA. Tijdens het experiment zullen uitsluitend MH die in het bezit zijn van een Bachelor of Health (tot 2017) of Bachelor of Science (vanaf 2017) en een certificaat stralingsbescherming, en ingeschreven zijn in het tijdelijk BIG-register deel uitmaken van de onderzoekspopulatie;
- patiënten die een voorbehouden handeling hebben ondergaan door aan het onderzoek deelnemende MH, alsook de Nederlandse taal voldoende beheersen, volwassen zijn, en toestemming geven voor deelname;
- mondzorgverleners met wie de, aan het onderzoek deelnemende, MH actief samenwerken (i.e. TA, preventieassistenten, kaakchirurgen en orthodontisten).
- overige partijen ('stakeholders' of belanghebbenden), die betrokken zijn bij de inzet van MH, te weten praktijkmanagers, opleidingsinstituten (Hanzehogeschool Groningen, Hogeschool Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Inholland, Hogeschool Utrecht), belangenverenigingen (Patiëntenfederatie Nederland (PFN), Nederlandse Vereniging Mondhygiënist (NVM-mondhygiënist), KNMT, Nederlandse Vereniging van Orthodontisten (NVvO) en het Landelijk Overleg Opleidingen Mondzorg (LOOM). Tijdens het experiment zijn dit ook Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), Kwaliteits Instituut Mondzorg (KiMo), en overheidsinstituten (Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), IGJ, Zorginstituut Nederland (ZIN)).

Nulmeting evaluatieonderzoek Experiment [Art.36a Wet BIG](#) geregistreerd-mondhygiënist

Door NVM-mondhygiënist en de hogescholen met de opleiding Mondzorgkunde, zijn MH/alumni via e-mail uitgenodigd om na aanmelding bij het onderzoeksteam, deel te nemen aan de nulmeting. Ook is door NVM-mondhygiënist aandacht besteed aan de nulmeting in hun reguliere media (website, ledennieuwsbrief, Twitter, vakblad) en tijdens het jaarlijkse NVM-mondhygiënist congres. Tijdens het experiment zal daarnaast gebruik gemaakt worden van het tijdelijk BIG-register en zullen 4-jarig opgeleide MH die tijdens de nulmeting hebben deelgenomen, opnieuw worden uitgenodigd.

Na aanmelding bij het onderzoeksteam, zijn MH verzocht de MH-vragenlijst van de nulmeting in te vullen.

Iedere deelnemende mondhygiënist is tevens verzocht ten minste 15 en maximaal 30 patiënten te benaderen om de PAT-vragenlijst in te vullen (5-10 patiënten per voorbehouden handeling), alsook ten minste 3 en maximaal 10 mondzorgverleners, met wie frequent wordt samengewerkt ten behoeve van het verrichten van de voorbehouden handelingen (in de eerste en tweede lijn), te benaderen om de TA-vragenlijst dan wel de MZV-vragenlijst in te vullen.

Tijdens het jaarlijkse NVM-mondhygiënist congres, zijn de aanwezige MH door het onderzoeksteam verzocht een verkorte MH-vragenlijst (MH KORT-vragenlijst) in te vullen. Sprekers hebben bij verschillende sessies hiervoor aandacht gevraagd.

Verder zijn door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (KNMT) contactgegevens verstrekt van een aselechte steekproef van 864 praktijkadressen. Deze praktijkadressen zijn getrokken uit een verzameling van alle unieke praktijkadressen in Nederland, uitgezonderd de praktijkadressen, waarin volgens de gegevens van de KNMT, geen enkele tandarts of orthodontist actief is en die lid is (geweest) van de KNMT. De steekproef is gestratificeerd op praktijktype (praktijken met 1 TA-praktijkhouder en 0 TA-medewerkers; praktijken met 1 TA-praktijkhouder en 1 of meer TA-medewerkers; praktijken met 2 of meer TA-praktijkhouders en 0 TA-medewerkers; praktijken met 2 of meer TA-praktijkhouders en 1 of meer TA-medewerkers; praktijken/locaties waar geen TA-praktijkhouder actief is, maar wel 1 of meer TA-medewerkers). De TA/orthodontisten uit de steekproef zijn door het onderzoeksteam uitgenodigd om een verkorte TA-vragenlijst (TA KORT-vragenlijst) in te vullen.

In alle vragenlijsten kunnen deelnemers aangeven of zij mee willen werken aan een individueel interview of een focusgroep interview. Tevens is een separate oproep voor deelname aan interviews verspreid door NVM-mondhygiënist. Tijdens het experiment worden MH en andere mondzorgverleners actief door het onderzoeksteam benaderd om deel te nemen aan een individueel interview. Selectie vindt dan plaats op basis van type dienstverband, type praktijk en regio.

Daarnaast zijn andere stakeholders (experts) benaderd voor deelname aan individuele interviews. Tijdens de selectie van deze experts is de definitie “deskundige” van Meuser & Nagel gehanteerd. [34] Deze omschrijft een deskundige als: “iemand die toegang heeft tot specifieke kennis die anders niet toegankelijk is voor onderzoekers”. [35] Stakeholders die zijn uitgenodigd voor een interview zijn: ANT, KNMT, LOOM, NVM-mondhygiënist, Hanzehogeschool Groningen, Hogeschool Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Inholland Amsterdam, Hogeschool Utrecht en PFN.

Tijdens het experiment worden NZa, IGJ, Zorginstituut (ZIN), praktijkmanagers, zorgverzekeraars, alsook andere stakeholders, voorgedragen door de leden van de klankbordgroep, geïnterviewd.

Potentiële deelnemers voor interviews zijn vooraf schriftelijk en mondeling geïnformeerd over het onderzoek.

2.6 Data-analyse

De analyses van kwantitatieve data verkregen uit de vragenlijsten zijn verricht met SPSS versie 23. Databestanden zijn gecontroleerd op invoerfouten.

Per variabele is de verdeling van waarden visueel beoordeeld aan de hand van qq-plots en met behulp van de Shapiro-Wilks test. Per meting worden/zijn voor continue variabelen gemiddeldes met standaarddeviaties (sd) bepaald. Bij niet-normale verdelingen zijn medianen met interquartile ranges (IQRs) bepaald. Voor categorische variabelen zijn aantallen en percentages bepaald. Waar betekenisvol zijn de resultaten opgesplitst naar subgroepen (bij voorbeeld MH die op basis van hun opleiding wel/niet kunnen deelnemen aan het experiment). Met respectievelijk de Mann-Whitney test en χ^2 toets, met 1 vrijheidsgraad, is getoetst of waargenomen verschillen tussen de subgroepen statistisch significant verschillen, waarbij $\alpha < 0,05$ als statistisch significant wordt beschouwd.

Voor het weergeven van de aantallen verrichte voorbehouden handelingen per maand, is gebruik gemaakt van zowel gemiddeldes (sd) als medianen (IQRs). Omdat gemiddeldes, en daardoor ook de richting van veranderingen, sterk beïnvloed worden door extreme waarden, zijn tevens extreme waarden met gemiddeldes ± 5 sd niet in de analyses meegenomen. Gemiddeldes van aantallen en duur van specifieke handelingen zijn alleen bepaald bij meer dan 5 respondenten. Afhankelijk van de verdeling wordt met het gebruik van linear mixed models (normaal verdeeld) of Friedman toets bepaald of eventueel waargenomen verschillen tussen nulmeting en nametingen in duur en aantal van voorbehouden handelingen significant verschillen ($\alpha = 0,05$).

Voor de analyse van de kwalitatieve data verkregen uit open vragen in de vragenlijsten, individuele en focusgroep interviews is gebruik gemaakt van de 'directed content analysis', waarbij de verschillende data schriftelijk zijn vastgelegd en betekenisvolle onderdelen gecategoriseerd. De data zijn gecategoriseerd volgens de thema's afkomstig uit de conceptuele frameworks, waarna is gezocht naar betekenisvolle patronen en structuren in de data. Per 5 interviews zijn binnen een subpopulatie analyses gedaan voor het vaststellen of sprake is van data-saturatie per code en thema, volgens de methode van Guest et al. [36] Om de betrouwbaarheid ('trustworthiness') van kwalitatieve data te verhogen, zijn individuele en focus groep interviews opgenomen en getranscribeerd en vindt per interview een member check plaats; de geïnterviewde(n) heeft (hebben) een samenvatting van het interview ontvangen ter controle. Bij de analyses van kwalitatieve data is gebruik gemaakt van NVIVO 11 software.

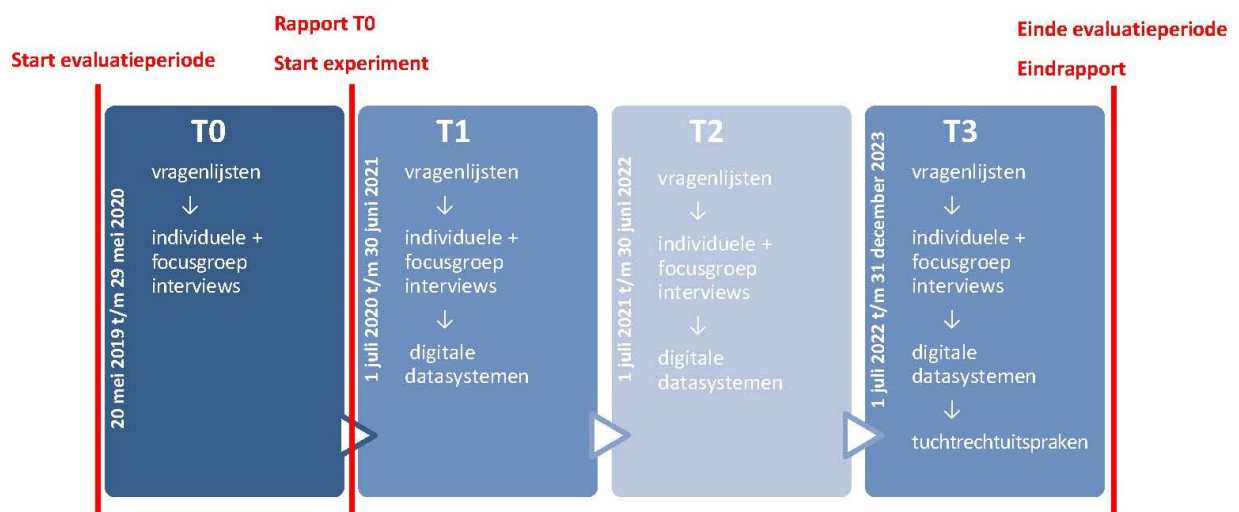
2.7 Triangulatie van data

Ter validatie en interpretatie van zowel kwantitatieve als *kwalitatieve data* zijn de data tijdens de analyse aan elkaar gerelateerd. Hiervoor is in navolging van de methode van Farmer et al. [37] eerst een matrix gemaakt op basis van de conceptuele frameworks. Vervolgens zijn kwantitatieve en *kwalitatieve data* per thema vergeleken. Tenslotte is per thema bepaald in hoeverre kwantitatieve en *kwalitatieve data* wel/geen consistent beeld laten zien en is gezocht naar verklaringen hiervoor. Triangulatie vindt plaats tussen metingen maar ook na de nulmeting, zodat tijdens de nametingen eventueel kan worden geanticipeerd op inhoudelijk en/of methodologisch betekenisvolle zaken uit eerdere metingen.

2.8 Meetperiode

De looptijd van het onderzoek bedraagt vier jaar en zes maanden en bestaat uit een nulmeting (T0) die van 20 mei 2019 tot en met 29 mei 2020 loopt, gevolgd door de drie metingen gedurende het experiment (T1, T2, T3). T1 start direct na de start van het experiment op 1 juli 2020, T2 op 1 juli 2021, T3 op 1 juli 2022 en eindigt op 31 december 2023 (Figuur 3).

Iedere meetperiode omvat de verzameling van kwantitatieve data en *kwalitatieve data*. De vragenlijsten worden aan het begin van iedere meetperiode verstuurd en worden gevolgd door dataverzameling met de ander meetinstrumenten. Het verzamelen van tuchtrechtspraken vindt plaats tijdens T3.



Figuur 3: Meetperiodes in het evaluatieonderzoek

2.9 Ethische overwegingen

Het dagelijks bestuur van de Medisch Ethische Commissie (METC) van het Maastricht UMC+ heeft het onderzoekprotocol van het onderzoek in haar vergadering van 25 juli 2019 besproken en is van mening dat de studie geen onderzoek in het kader van de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) betreft. Het onderzoek betreft de evaluatie van reguliere zorg

Nulmeting evaluatieonderzoek Experiment [Art.36a Wet BIG](#) geregistreerd-mondhygiënist

door zorgprofessionals en is niet verder door de METC in behandeling genomen als zijnde niet-WMO plichtig onderzoek.

Bij aanvang van het onderzoek is aan MH informed consent gevraagd. Ten behoeve van het identificeren van patiënten en andere mondzorgverleners hebben MH informatie van het onderzoeksteam ontvangen, die zij konden delen met patiënten en collega's. Aan geselecteerde patiënten en andere mondzorgverleners is ook informed consent gevraagd alvorens data-verzameling plaatsvond. Dit geldt ook voor belanghebbenden.

Alle verstrekte informatie, persoonlijke gegevens en meningen, zijn uiterst vertrouwelijk verwerkt en ontdaan van mogelijkheden tot identificatie en worden uitsluitend voor dit onderzoek gebruikt.

Data zijn gerapporteerd op anonieme basis; dit impliceert dat data niet zijn te herleiden tot individuen. Data zijn gecodeerd bewaard op een beveiligd netwerk, die alleen toegankelijk is voor het onderzoeksteam. Data worden bewaard gedurende een periode van tenminste 15 jaar, conform de richtlijn van de Vereniging van Samenwerkende Universiteiten omtrent dataverzameling niet-WMO plichtig onderzoek.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden resultaten van zowel kwantitatieve data als kwalitatieve data besproken, conform de gehanteerde data-triangulatie (Figuur 1).

De *kwalitatieve data* zijn cursief gepresenteerd en worden ondersteund met citaten (weergegeven in grijsstint) ter illustratie.

In de teksten worden de volgende afkortingen gebruikt:

- MH: mondhygiënist(en)
- TA: tandarts(en)
- PAT: patiënt(en)
- MZV: andere mondzorgverlener(s) dan TA en MH
- KORT: verkorte vragenlijst
- MH+exp: MH, die kunnen deelnemen aan het experiment, namelijk 4-jarig opgeleide MH alsook 2-, 3-jarig opgeleide MH die een aanvullende (verkorte) opleiding hebben gevolgd tot hbo Bachelor Mondzorgkunde (upgrading Bachelor);
- MH-exp: 2-, 3-jarig opgeleide MH, die zonder upgrading niet mee kunnen doen aan het experiment.

3.1 Respons

In Tabel 2 is de respons op de diverse onderdelen van T0 weergegeven. In totaal hebben 43 MH, 5 TA, 19 PAT en 7 MZV de reguliere vragenlijst (respectievelijk, MH-, TA-, PAT- en MZV-vragenlijst) ingevuld. Ook hebben 103 MH en 23 TA de verkorte vragenlijst ingevuld (respectievelijk MH KORT- en TA KORT-vragenlijst).

Aan individuele interviews hebben 19 MH, 1 TA, 2 PAT en 9 stakeholders (NVM-mondhygiënist, KNMT, NVvO, LOOM, Hanzehogeschool Groningen, Hogeschool Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Utrecht en PFN) meegewerkt. De focusgroep bijeenkomst is bijgewoond door 4 MH.

3.2 Structuurvariabelen

De persoonlijke kenmerken van respondenten van de MH-, MH (KORT)-, TA-, TA (KORT)-, PAT- en MZV-vragenlijsten zijn weergegeven in Tabel 15, Tabel 16 en Tabel 17 in Bijlage 2.

3.2.1 Mondhygiënist

MH-exp die de MH-vragenlijst invulden (n=11) zijn statistisch significant ouder dan MH+exp (n=32) (mediaan (IQR) MH-exp: 55,3 (43,1-64,9) jaar; MH+exp: 32,9 (28,8-36,8) jaar) en hebben statistisch significant meer jaren ervaring in hun functie (gemiddelde (sd) MH-exp: 31,4 (11,2) jaar; MH+exp: 9,6 (7,2) jaar(7,2)) (Tabel 15 in Bijlage 2) Het merendeel van de MH+exp is 4-jarig-opgeleid. In de MH-vragenlijst heeft 12,5% van de MH+exp een 2- of 3-jarig opleiding en een upgrading mondhygiënist Bachelor gevolgd. In de MH KORT-vragenlijst is er een discrepantie: 15,2 % van de MH+exp geeft aan een upgrading te hebben gevolgd, terwijl 6,1% aangeeft een 2- of 3-jarige opleiding te hebben gevolgd.

Nulmeting evaluatieonderzoek Experiment [Art.36a Wet BIG](#) geregistreerd-mondhygiënist

Tabel 2: Respons tijdens de nulmeting (convenience sample)

TO	MH		MH KORT		TA ¹	TA KORT	PAT ¹	MZV ¹	Stakeholder
	-exp	+exp	-exp	+exp					
Werving									
NVM-mondhygiënist ledenregister ^{2,3}	1368	1302	-	-	-	-	-	-	-
Alumni bij Hogescholen ⁴	x	1560 ⁵	-	-	-	-	-	-	-
NVM-mondhygiënist congres	-	-	x	x	-	-	-	-	-
Steekproef KNMT	-	-	-	-	-	864	-	-	-
Uitnodiging onderzoeksteam	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Respons									
Vragenlijsten	11	32	69	33	5	24	19	7	-
Individuele interviews	4	15	-	-	1	-	2	0	9
Focusgroep interviews	3	1	-	-	0	-	-	0	-

- Niet van toepassing

x Niet bekend

1 Werving via MH

2 Peildatum: 24 maart 2020

3 618 2-jarig opgeleide MH (waarvan 14 upgrading Bachelor gevolgd); 799 3-jarig opgeleide MH (waarvan 35 upgrading Bachelor gevolgd); 1253 4-jarig opgeleide MH. Cijfers van 2- en 3-jarig opgeleide MH kunnen vertekend zijn, door eventuele studievertraging 2-jarig opgeleide MH.

4 Peildatum: 3 mei 2020

5 Aantal niet volledig: 1 hogeschool heeft alleen gegevens over afgelopen 5 jaar

Statistisch significant meer MH+exp dan MH-exp in de MH-vragenlijst, zijn ingeschreven in het diplomaregister (MH-exp: 63,6%; MH+exp: 93,8%), ongeveer evenveel MH-exp als MH+exp zijn ingeschreven in het Kwaliteitsregister Mondhygiënist (MH-exp: 90,9%; MH+exp: 87,5%).

Zowel in de MH- als MH KORT-vragenlijst zijn MH-exp vaker zelfstandige/praktijkhouder in vergelijking met MH+exp, in de MH KORT-vragenlijst is dit verschil statistisch significant (MH-vragenlijst MH-exp: 54,5%; MH+exp: 31,3% en MH KORT-vragenlijst MH-exp: 50,7%; MH+exp: 15,2%). MH+exp zijn relatief vaker ZZP op omzetbasis in vergelijking met MH-exp (MH-vragenlijst MH-exp: 9,1%; MH+exp: 43,8% en MH KORT-vragenlijst MH-exp: 10,1%; MH+exp: 30,3%).

In de MH-vragenlijst geeft 51,2% van alle MH aan één of meer aandachtsgebieden te hebben, in de MH KORT-vragenlijst is dit 42,2%. *Aandachtsgebieden die hierbij het meest genoemd worden in beide vragenlijsten zijn: parodontologie, preventie, geriatrie, kindertandheelkunde en PAT met een beperking* (gegevens niet in tabel).

3.2.2 Tandartsen

De vijf respondenten van de TA-vragenlijst hebben een mediane leeftijd (IQR) van 44,2 (34,8-54,7) jaar, twee zijn man (Tabel 16 in Bijlage 2). Eén respondent heeft de opleiding tandheelkunde in het buitenland gevolgd. Gemiddeld (sd) hebben de respondenten 17,0 (13,2) jaren ervaring in hun functie. Twee respondenten zijn zelfstandig praktijkhouder, één is in loondienst en twee zijn werkzaam als ZZP op omzetbasis.

Van de 24 respondenten van de TA KORT-vragenlijst, heeft 12,5% een opleiding tandheelkunde in het buitenland gevolgd; 4,3% is gespecialiseerd (orthodontie) en 4,3% heeft een differentiatie

gevolgd. De meeste respondenten (62,5%) zijn zelfstandig praktijkhouder, gevolgd door ZZP op omzetbasis (41,7%); 8,3% werkt in loondienst en eveneens 8,3% werkt als ZZP op uurtariefbasis.

3.2.3 Patiënten

Acht verschillende MH hebben PAT geworven om de PAT-vragenlijst in te vullen. Drie MH hebben de 4-jarige opleiding gevolgd, één MH de 3-jarige opleiding met een upgradering tot Bachelor, twee MH de 2-jarige opleiding en van twee MH is niet bekend welk type opleiding tot mondhygiënist zij gevolgd hebben. Van de acht MH zijn twee MH zelfstandige praktijkhouder.

De leeftijd (mediaan (IQR)) van de PAT die de PAT-vragenlijst hebben ingevuld is 64,0 (37,0-68,0) jaar en meer dan de helft (57,9 %) is man (Tabel 16 in Bijlage 2). Het opleidingsniveau van de respondenten is grotendeels (83,3 %) mbo of hoger geschoold. Het merendeel van de respondenten (73,7 %) heeft een Nederlandse achtergrond. De PAT zijn voornamelijk (68,4%) voor een vervolgafspraken bij de MH geweest. Voor één vijfde (21,1%) van de PAT was het bezoek een éénmalige afspraak en voor twee PAT (10,5%) betrof het een eerste afspraak.

Bij vier PAT zijn de verrichtingen door de MH gerapporteerd. Het betrof de voorbehouden handelingen lokale anesthesie (n=2), röntgenfoto's (n=1) en behandeling van primaire caviteiten (n=1). PAT rapporteerden de voorbehouden handelingen lokale anesthesie (n=1) en behandeling primaire caviteiten (n=1). Overige, door PAT zelf gerapporteerde behandelingen waren controle van pockets, controle van tandvleesbehandeling, gebitsreiniging, terugplaatsen losgeraakte kroon en periodieke controle niet nader gespecificeerd.

3.2.4 Andere mondzorgverleners dan tandartsen en mondhygiënist

De mediane (IQR) leeftijd van de zeven respondenten van de MZV-vragenlijst is 40,2 (27,9-53,4) jaar (Tabel 16 in Bijlage 2). Alle respondenten zijn vrouw. Vijf respondenten hebben een opleiding tot tandartsassistent gevolgd, vier een cursus preventie assistent. Allen werken in loondienst en hebben gemiddeld (sd) 15,1 (7,8) jaren ervaring in hun functie.

Tijdens de nulmeting hebben zich geen MZV aangemeld voor een interview.

3.2.5 Organisatie

De kenmerken van de praktijken/organisaties, waarin de respondenten de meeste uren werken zijn, is weergegeven in Tabel 17 in Bijlage 2.

De meeste MH die de MH- en MH KORT-vragenlijsten invulden, zijn werkzaam in een algemene tandartsenpraktijk (MH-exp: 54,5%; MH+exp: 68,8%; MH KORT-exp: 49,3%; MH KORT+exp: 60,6%), gevolgd door een mondhygiënistpraktijk, niet in combinatie met een tandartsenpraktijk (MH-exp: 45,5%; MH+exp: 43,8%; MH KORT-exp: 49,3%; MH KORT+exp: 39,4%). MH-exp werken gemiddeld (sd) in 1,0 (0,0) algemene tandartsenpraktijk en 1,0 (0,0) mondhygiënistpraktijk, voor MH+exp is dit respectievelijk 2,4 (3,5) en 3,4 (7,1). Een klein gedeelte van de MH is werkzaam in een gedifferentieerde tandartsenpraktijk, ziekenhuis of gespecialiseerde instelling of een andere instelling, zoals bijvoorbeeld een stichting of zorg aan huis. De vijf respondenten van de TA-vragenlijst werken allen in een algemene tandartsenpraktijk, bij de TA KORT-vragenlijst is dit 91,4% en werkt 16,4% in een gedifferentieerde tandartsenpraktijk. Alle zeven MZV zijn werkzaam in gemiddeld (sd) 1,4 (1,1) algemene tandartsenpraktijken.

Nulmeting evaluatieonderzoek Experiment Art.36a Wet BIG geregistreerd-mondhygiënist

De praktijken van respondenten zijn verspreid over heel Nederland, echter in de provincie Zeeland (n=0), Groningen (n=1) en Drenthe (n=2) zijn geen tot weinig praktijken vertegenwoordigd.

De 19 geïnterviewde MH zijn werkzaam in (solo) mondhygiënistenpraktijken, algemene tandartspraktijken, tandheelkundige ketens, ziekenhuizen en gespecialiseerde klinieken verdeeld over de verschillende regio's in het land.

TA geven aan dat gemiddeld (sd) 7.993,5 (7.699,2) PAT staan ingeschreven in de praktijk, waarin ze de meeste uren werken; het eigen patiëntenbestand bedraagt 1.190,5 (1.696,6) PAT. MH-exp werken in praktijken met gemiddeld (sd) 4.322,9 (3.471,9) patiënten, waarvan 1.005,3 (937,1) eigen PAT; voor MH+exp zijn dit respectievelijk 3.771,0 (2139,8) en 543,9 (408,0) PAT. De verschillen zijn ook terug te zien in het gemiddeld aantal (sd) behandelstoelen van de praktijken, waarin de respondenten werkzaam zijn, voor TA is dat 8,2 (8,4), voor MH-exp 5,3 (6,4) en voor MH+exp 3,9 (1,9).

3.3 Procesvariabelen

3.3.1 Voorlichting over bevoegdheden

In Tabel 18 in Bijlage 2 zijn gegevens opgenomen over voorlichting over bevoegdheden in de MH-, TA- en MZV-vragenlijst. Volgens vrijwel alle mondzorgverleners krijgen PAT informatie over het type mondzorgverlener door wie ze behandeld worden. Het meest genoemd is dat mondzorgverleners badges dragen met hun naam en functie (MH-exp: 50,0%; MH+exp: 79,3%; TA: 80,0%; MZV: 85,7%), of dat dit door de mondzorgverlener zelf aan de PAT wordt verteld ((MH-exp: 0,0%; MH+exp: 48,3%; TA: 40,0%; MZV: 42,9%). *Ook wordt aangegeven dat dit vermeld wordt bij de aanmelding, of door een andere mondzorgverlener wordt verteld.* PAT worden minder vaak geïnformeerd over de bevoegdheden van de behandelend mondzorgverlener (MH-exp: 55,6%; MH+exp: 82,8%; TA: 100,0%; MZV: 71,4%). Als PAT geïnformeerd worden over bevoegdheden (voor alle mondzorgverleners: n<5), vindt dit tijdens het consult, de intake, aanmelding of verwijzing plaats. Dit wordt verteld aan de PAT of de PAT wordt verwezen naar de website van de praktijk, of op een wachtkamerscherm/folder is hierover informatie te vinden.

Tijdens de interviews is ook variatie in de voorlichting om patiënten te informeren over welke mondzorgverlener welke behandeling mag uitvoeren.

MH-exp: "Wij zijn als mondhygiënist opgeleid om alles onder het tandvlees te verzorgen. Tandartsen doen alles wat daar boven is: kronen, brugwerken, verzin het allemaal maar. Wij zorgen dat de basis goed is. Toen wij op de opleiding zaten, was dat echt een garantie. Je bent dan wel vijftien jaar geleden afgestudeerd, naar mijn idee is het de laatste drie jaren echt heel erg chaotisch geworden. En onduidelijk, ook naar de patiënten toe."

Stakeholder: "Dus bij ons staat voorop dat er een goede coördinatie van zorg bestaat, zorg goed georganiseerd is en dat verschillende professionals optimaal samenwerken. En ook de patiënten goed informeren, zodat de patiënt ook goed weet wat er aan de hand is. In ieder geval is het wezenlijk voor de patiënt dat duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is, waar hij terecht kan met allerlei vragen."

MH vragen vrijwel altijd toestemming aan de PAT, indien taken herschikt of gedelegeerd worden (MH-exp: 100,0%, MH+exp: 94,7%), TA niet altijd (TA: 60,0%). *TA lichten toe dat dit “mondeling overlegd wordt” of “duidelijk wordt gemaakt”.*

Uit interviews blijkt dat toestemming vragen wel lastig kan zijn.

MH+exp: “Dus dat vind ik wel lastig hoor. Je wekt wel iets bij de patiënt, wat denk ik niet hoeft. Ik weet dat ik het kan en ik weet ook dat de tandarts het gaat goedkeuren, maar toch moet ik het vragen. Het is een beetje dat ik denk: waar hebben wij vier jaar voor gestudeerd dan? Om nu toestemming te vragen?”

De PAT geven aan dat zij in ongeveer twee derde van de gevallen (63,2%) informatie hebben ontvangen over welke mondzorgprofessional welke zorg mag verlenen en dat deze informatie mondeling is gegeven door de MH (Tabel 3). Eén PAT heeft tevens een folder ontvangen.

Tabel 3: Informatieoverdracht bevoegdheden mondzorgverleners aan PAT

Kenmerk	PAT
Heeft u informatie ontvangen over wie welke behandeling mag doen? (n (%))	
Ja	12 (63,2)
Nee	7 (36,8)
Wijze van informatieoverdracht ¹ (n (%))	
Ik heb een folder ontvangen	1 (8,3)
Ik heb op de website van de praktijk deze informatie gevonden	0 (0,0)
Ik heb op een scherm in de wachtkamer deze informatie gelezen	1 (8,3)
De MH heeft dit verteld	12 (100,0)
Een andere mondzorgverlener heeft dit verteld	0 (0,0)
Duidelijkheid informatie (n (%))	
Ten dele	1 (8,3)
Volledig	11 (91,7)
Volledigheid informatie (n (%))	
Ik had meer informatie willen ontvangen	0 (0,0)
Informatie volledig	12 (100,0)

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

Nagenoeg alle PAT (91,7%), die informatie ontvangen hebben over de bevoegdheden van de mondzorgprofessionals, zijn van mening dat de informatie duidelijk was. *Eén PAT vond de informatie deels duidelijk en licht dit in de vragenlijst toe:*

PAT: “Ze zei wel iets over dat ze alleen kleine gaatjes mag vullen, maar ik heb dat opgevat als uitleg, dat ik daarom naar de tandarts moest de andere dag. Niet zozeer als uitleg van de bevoegdheid.”

3.3.2 Deskundigheid en scholingsbudget

MH houden hun eigen deskundigheid voornamelijk bij door het volgen van bij- en/of nascholing (MH-exp: 63,6%; MH+exp: 96,7%) en het bezoeken van congressen, symposia of vakinhoudelijke vergaderingen (MH-exp: 90,9%; MH+exp (87,5%) (Tabel 4). MH+exp houden daarnaast statistisch significant meer dan MH-exp, hun deskundigheid bij door hun werkervaring (MH-exp 64,6%;

MH+exp 93,8%). Twee TA geven aan werktijd ter beschikking te stellen aan de MH voor het bijhouden van de deskundigheid; één TA stelt een scholingsbudget ter beschikking.

Tabel 4: Bijhouden deskundigheid

Kenmerk	MH		Kenmerk	TA
	-exp	+exp		
Wijze van bijhouden van eigen deskundigheid ¹ (n ja (% ja))			Facilitering van MH in bijhouden deskundigheid (n (%)) ¹	
Werkervaring ²	7 (63,6)	30 (93,8)	Ik faciliteer de MH hier niet in	0 (0,0)
Bij- en/of nascholing	10 (90,9)	31 (96,9)	Ik stel een scholingsbudget ter beschikking	1 (20,0)
Vakliteratuur en andere informatiebronnen	9 (81,8)	25 (78,1)	Ik stel werktijd ter beschikking	2 (40,0)
Intercollegiale consultaties, intervisie en supervisie	5 (45,5)	20 (62,5)	Anders	2 (40,0)
Congressen, symposia, vakinhoudelijke vergaderingen	10 (90,9)	28 (87,5)	Niet van toepassing, ik ben geen praktijkhouder	2 (40,0)
Onderwijs geven/ontwikkelen van scholing	2 (18,2)	3 (9,4)		
Anders ¹	0 (0,0)	0 (0,0)		
Niet van toepassing	1 (9,1)	1 (3,1)		

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² MH-exp/MH+exp: p χ^2 (1)<0,05

Op de vraag of MH voldoende geaccrediteerde punten voor bij- en nascholing kunnen overleggen aan het kwaliteitsregister, geeft 88,1% van alle MH aan dat dit het geval is en 9,5% geeft aan niet ingeschreven te zijn in het kwaliteitsregister (gegevens niet in tabel). *Eén MH+exp geeft aan dat het scholingsaanbod onvoldoende is op het gebied van cariologie.* Er is hierbij geen verschil tussen MH+exp en MH-exp.

Tijdens de interviews is ook gevraagd of en hoe de deskundigheid van de MH up-to-date en aantoonbaar gemaakt kan worden. Hierbij werd meermaals benoemd dat een verplichte registratie een meerwaarde zou kunnen zijn.

MH+exp: "Kijk iedereen, als het goed is, declareert als mondhygiënist natuurlijk op een eigen AGB-code. Op het moment dat je dat doet, dan kan je prima laten zien hoe vaak je welke handeling hebt uitgevoerd. En op het moment dat je dat niet op regelmatige basis doet en geen scholing daarin volgt, kan ik me voorstellen dat het lastiger is om te laten zien dat je daar vaardig in bent. En hetzelfde geldt natuurlijk ook voor je theoretische kennis. Ik denk dat het bijhouden van een kwaliteitsregistratie essentieel is om überhaupt als mondhygiënist up-to-date te blijven. Als je dan specifiek naar de voorbehouden handelingen kijkt, denk ik wel dat die nog belangrijker worden, omdat je die zelfstandigheid helemaal in het experiment moet gaan laten zien en bewijzen."

MH+exp: "Kijk, en we hebben gewoon een register, dus daar kunnen ze natuurlijk prima wat mee doen. Maar ik denk dat het wel heel belangrijk is dat je kunt laten zien dat je je best ervoor doet dat je bekwaam bent. Als jij lekker zit in te dutten tien jaar lang, ben je dan nog wel bekwaam? En dat vind ik gewoon ook bij heel veel tandartsen, als ik daar dan naar kijk, vind ik die dus niet meer bekwaam."

Nulmeting evaluatieonderzoek Experiment Art.36a Wet BIG geregistreerd-mondhygiënist

In een expert interview werd aangegeven dat de vereisten voor opname in het kwaliteitsregister onvoldoende duidelijk waren.

MH-exp: "Ik had genoeg punten omdat ik verschillende cursussen had gevolgd. Ook voor de verdoving, voor de vullingen en bleken etcetera. Alleen, ik deed niet mee aan de regionale vergaderingen en dat soort dingen. En zij vonden dat ik dan ook dat gedaan moest hebben om in aanmerking te komen voor het kwaliteitsregister."

3.3.3 Handelen volgens richtlijnen

Voor het verrichten van voorbehouden handelingen zijn voor de helft van de MH+exp (50,0%) en ongeveer één derde van de MH-exp (36,4%) algemene schriftelijke regels opgesteld (Tabel 5). Ook is sprake van ongeschreven regels en gewoontevorming (MH-exp: 18,2%; MH+exp: 25,0%). Drie van de vijf TA geven ook aan dat sprake is van ongeschreven regels en gewoontevorming. Persoonlijke schriftelijke regels (MH-exp: 18,2%; MH+exp: 9,4%) en helemaal geen regels (MH-exp: 9,1%; MH+exp: 6,3%) komen niet vaak voor.

Als schriftelijke regels aanwezig zijn, staat voornamelijk beschreven welke voorbehouden handelingen verricht mogen worden (MH-exp: 100,0%; MH+exp: 88,2%), in tegenstelling tot de patiëntengroep die behandeld mag worden (MH-exp: 0,0%; MH+exp: 5,9%) en de manier waarop bekwaamheid wordt bepaald (MH-exp: 0,0%; MH+exp: 11,8%). *Daarnaast geven vijf MH+exp aan dat ook de aanvraag voor het geven van anesthesie is opgenomen in de schriftelijke regels.*

Tabel 5: Handelen volgens richtlijnen

Kenmerk	MH		TA ¹
	-exp	+exp	
Richtlijnen/regels voor het verrichten van voorbehouden handelingen ² (n (%))			
Geen regels	1 (9,1)	2 (6,3)	0 (0,0)
Ongeschreven regels en gewoontevorming	2 (18,2)	8 (25,0)	3 (60,0)
Algemene schriftelijke regels	4 (36,4)	16 (50,0)	0 (0,0)
Persoonlijke schriftelijke regels	2 (18,2)	3 (9,4)	0 (0,0)
Weet ik niet	2 (18,2)	3 (9,4)	2 (40,0)
Inhoud schriftelijke richtlijnen/regels			
Welke voorbehouden handelingen verricht mogen worden	4 (100,0)	15 (88,2)	0 (0,0)
Welke specifieke patiëntengroep behandeld mag worden	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)
De manier waarop bekwaamheid wordt bepaald	0 (0,0)	2 (11,8)	0 (0,0)
Anders	0 (0,0)	5 (29,4) ³	0 (0,0)
Voldoen schriftelijke (algemene en persoonlijke) richtlijnen/regels			
Ja, volledig	3 (75,0)	9 (56,3)	0 (0,0)
Ja, deels	1 (25,0)	2 (12,5)	0 (0,0)
Nee	0 (0,0)	5 (31,3)	0 (0,0)

¹ Alleen voor MH werkzaam binnen dezelfde praktijk (interne MH)

² Meerdere antwoorden mogelijk

³ 5x Aanvraag/toestemming anesthesie

Voor de geïnterviewde mondhygiënist zijn richtlijnen/regels voor het uitvoeren van de voorbehouden handelingen veelal mondeling gemaakt.

MH+exp: “Voor anesthesie hebben we een mondelinge afspraak, voor de patiënten binnen de praktijk, dat ik toestemming heb om anesthesie te geven. En wat betreft röntgenfoto’s, als de tandarts op dat moment beschikbaar is om toestemming te verlenen, dan ga ik naar hem toe en anders is de mondelinge afspraak dat ik die toestemming heb om zelf die indicatie te stellen.”

MH+exp (als antwoord op de vraag of de MH nu primaire caviteiten behandelt): “Ja, maar dan in mindere mate en die krijg ik in principe in opdracht van de tandarts. Wanneer de tandarts, het zijn met name jeugdigen, denkt dit kan bij {naam MH}, dan krijg ik die patiënt doorverwezen. Dus dat is in opdracht van de tandarts. Heel af en toe komt het voor dat een patiënt bij mij in de stoel ligt waar bijvoorbeeld een vulling is uitgevallen, of waar net een stukje aangezet moet worden. Dan loop ik naar de tandarts toe om te overleggen of dat kan, of dat mogelijk is. In een hele uitzonderlijke situatie gebeurt het dat er geen overleg bij komt kijken.”

3.3.4 Vaststellen bekwaamheid

Gevraagd naar de wijze waarop tijdens het experiment de eigen bekwaamheid wordt bepaald, geven de meeste MH+exp aan de bekwaamheid te bepalen op grond van de gevolgde opleiding (90,6%) (gegevens niet in tabel). Daarnaast geeft 78,1% % van de MH+exp aan per PAT en 81,3% per handeling te beoordelen of hij/zij bekwaam is. Tevens wordt bekwaamheid periodiek (37,5%), of aan de hand van een protocol (21,9%) of een bekwaamheidsverklaring (25,0%) bepaald. Een klein percentage (12,5%) laat dit aan de verantwoordelijkheid van de TA over.

Ook tijdens interviews komen de bekwaamheidsverklaringen ter sprake.

MH+exp: “Wij hebben gewoon op papier staan dat het goedgekeurd is, het vertrouwen dat ik bekwaam ben om dat te kunnen en bij twijfel doe ik raadplegen.”

Meerdere geïnterviewden zien scholing gecombineerd met ervaring als een basis voor bekwaamheid.

MH+exp: “Door middel van wellicht een portfolio of een cursuscertificaat of een recent diploma. Ik denk dat dat belangrijk is, dat je kan laten zien dat je in ieder geval de handelingen die je uitvoert op regelmatige basis doet.”

Uit een interview blijkt dat er behoefte is aan een richtlijn voor het bepalen van bekwaamheid.

MH-exp: “[...] ik persoonlijk wel fijn zou vinden, dat er toch een soort van richtlijn wordt gemaakt hoe vaak je bepaalde handelingen moet doen om je daar bekwaam en dus ook bevoegd in te maken.”

In de nametingen wordt ook aan de TA gevraagd hoe ze de bekwaamheid van de interne MH bepalen als deze op eigen indicatie een voorbehouden handeling verrichten.

3.3.5 Bijdrage besluitvorming middelen en inzet

In Tabel 19 en Tabel 20 in Bijlage 2 zijn resultaten opgenomen van 12 stellingen over de bijdrage die MH en MZV hebben in de besluitvorming binnen de praktijk over middelen en inzet van personeel. Hierbij zijn geen statistisch significante verschillen waarneembaar tussen MH-exp en MH+exp. Met de stellingen “Ik kan meebeslissen over de wijze waarop het werk wordt gedaan”; “Ik kan (mee) bepalen hoe mijn agenda wordt ingedeeld”; “Ik heb de mogelijkheid om verbeterpunten aan te geven voor de praktijk”; “Ik heb invloed op mondzorgkundige

vernieuwingen binnen de praktijk” en “Ik kan meebeslissen over een zorgplan” is het merendeel van de MH het (helemaal) mee eens (MH-exp respectievelijk: 81,1%; 80,9%; 100,0%; 90,9%; 90,9% en MH+exp respectievelijk: 81,3%; 81,2%; 93,8%; 81,3%; 81,3%). Stellingen waarmee MH het meest (helemaal) oneens zijn, zijn: “Ik heb invloed op de verdeling van het werk onder mij en mijn collega’s” (MH-exp: 36,4%; MH+exp: 16,1%) en “Ik heb inbreng bij de werving en selectie van collega's (MH-exp: 36,4%; MH+exp 34,4%).

MZV zijn het meest (helemaal) eens met de stellingen: “Tijdens het werkoverleg heb ik inspraak bij besluiten die worden genomen” (57,2%) en “Ik heb invloed op de verdeling van het werk onder mij en mijn collega’s” (50,0%). Het meest (helemaal) oneens zijn MZV met de stellingen: “Ik kan meebeslissen over de aanschaf van nieuwe apparatuur” (42,9%) en “Ik heb invloed op mondzorgkundige vernieuwingen binnen de praktijk” (50,0%).

Een MH laat in een interview weten zelf beslissingen te nemen met betrekking tot de inhoud van het takenpakket.

MH+exp: “Ik heb gelukkig zodanig vertrouwen opgebouwd in de jaren met de tandartsen, dat ik zelf ook mag beslissen wat ik wil en wat ik niet wil doen.”

3.3.6 Samenwerking

In interviews geven MH aan dat goede afspraken over samenwerking belangrijk zijn en bijdragen aan een goede afstemming van de zorg en de tevredenheid van professionals.

MH-exp: “Ik heb nu met de tandarts, met wie ik samenwerk, wel heel goede afspraken gemaakt en zo een heel mooie taakverdeling. Ik doe al wat er in het experiment mag in samenspraak met de tandarts en daar zijn we allebei tevreden over.”

stakeholder: “Voor een goed experiment is het belangrijk dat er samenwerkingsafspraken zijn. Hoe communiceer je met elkaar? Hoe deel je samen een behandelplan?”

stakeholder: “[...] een goede uitwisseling van patiëntgegevens, dus een duidelijke samenwerking met de tandarts waarmee je samenwerkt.”

Voor iets meer dan de helft van de MH+exp (51,6%) geldt dat er interne (binnen de praktijk) schriftelijke samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd, is ook sprake van ongeschreven afspraken en gewoontevorming (32,3%), of zijn er helemaal geen interne samenwerkingsafspraken (6,5%) (Tabel 21 in Bijlage 2). Bij MH-exp zijn deze percentages respectievelijk 37,3%; 54,5% en 0,0%. Ook TA geven aan dat sprake is van ongeschreven afspraken en gewoontevorming (twee van de vier TA). MZV weten vaak niet of schriftelijke afspraken aanwezig zijn (drie van de zeven MZV). Als sprake is van (ongeschreven of schriftelijke) interne samenwerkingsafspraken, bevatten deze voornamelijk de wijze van patiëntenadministratie, werkinstructies en de taakverdeling. De wijze van overleg tussen de samenwerkingspartners, de wijze van evaluatie van het zorgplan en de procedure van herschikking van taken zijn vaak geen onderdeel van de interne samenwerkingsafspraken. Interne afspraken over wanneer overleg over individuele PAT nodig is, zijn niet altijd aanwezig. Geen van de TA en MZV geeft aan dat de afspraken niet voldoen, in tegenstelling tot MH waarbij minder dan de helft aangeeft dat de afspraken niet of maar ten dele

voldoen (MH-exp: 44,4%; MH+exp: 19,2%). *Drie MH lichten in de vragenlijst toe dat ze liever de afspraken schriftelijk vastgelegd zien.*

Externe samenwerkingsafspraken worden nog minder schriftelijk vastgelegd (MH-exp: 0,0%; MH+exp: 15,6%; TA: 20,0%; MZV: 14,3%) in vergelijking met interne samenwerkingsafspraken (Tabel 22 in Bijlage 2). Er zijn vaak helemaal geen externe samenwerkingsafspraken (MH-exp: 45,6%; MH+exp: 31,3%; TA: 20,0%; MZV: 0,0%), of er is sprake van ongeschreven afspraken of gewoontevorming (MH-exp: 36,4%; MH+exp: 31,3%; TA: 60,0%; MZV: 14,3%). Vijf van de zeven MZV weten niet of er externe samenwerkingsafspraken bestaan.

Als sprake is van (ongeschreven of schriftelijke) externe samenwerkingsafspraken zijn de meest voorkomende onderdelen PAT gerelateerd, zoals de informatievoorziening aan PAT, de patiëntenadministratie, de wijze van verwijzing van PAT, en voor MH-exp: de wijze van communicatie met PAT en de wijze van informatie-uitwisseling over PAT. Eén vijfde van MH+exp en geen MH-exp vinden de externe samenwerkingsafspraken volledig voldoen.

De interne- en externe samenwerkingsafspraken komen ook ter sprake tijdens de interviews en worden als een belangrijke randvoorwaarde benoemd.

MH+exp: "Nou, ik denk de samenwerking als tandheelkundig professional, dus ook de samenwerking met de tandarts. Ik denk niet zozeer dat ze ons als bedreiging zien, maar dat het hele mondzorgteam eigenlijk met elkaar gaat samenwerken. Dat heeft niet zozeer te maken met het praktisch uitvoeren, maar meer met de samenwerking, communicatie. Ik denk dat daar ook nog wel wat winst te behalen valt."

Stakeholder: "ik denk echt dat samenwerken, vertrouwen en informatiedeling en goede afspraken over omgaan met calamiteiten. Dat dat de belangrijkste voorwaarden zijn voor een goede samenwerking."

Samenwerken gebeurt in de praktijk al.

MH+exp: "Dus de setting is er wel naar. Men staat daar ook voor open, ook omdat het onder één dak is. Dus dat is wel prettig."

Stakeholder: "Die ook gewend zijn om samen te werken, net zoals nu in de opleiding al jaren eigenlijk, al heel goed gebeurt."

3.3.7 Dagelijkse werkzaamheden

In Tabel 6 is een overzicht van de dagelijkse werkzaamheden van verschillende mondzorgverleners opgenomen. Gemiddeld (sd) bestaat het grootste percentage van de werkzaamheden van MH (MH-exp 77,4 (4,8); MH+exp 69,5 (15,0)) en TA (72,6 (6,7)) en MZV (40,0 (37,7)) uit (ondersteuning bij) tandheelkundige handelingen. Ongeveer één tiende van de werkzaamheden van MH (MH-exp: 9,3 (3,5); MH+exp: 9,1 (7,1)) en TA (13,9 (2,7)) bestaat uit overige patiëntgebonden activiteiten, zoals het bijwerken van patiëntendossiers, het opstellen van een zorgplan of het maken van declaraties; bij MZV is dit ongeveer één kwart (23,3 (39,0)). Intercollegiaal overleg over individuele PAT is procentueel gezien, slechts een klein onderdeel van de werkzaamheden (MH-exp: 3,7 (2,7); MH+exp: 4,0 (2,0); TA: 3,3 (1,7); MZV: 5,1 (10,0)). Procentueel gezien voeren MZV (17,3 (20,8)) meer niet-patiëntgebonden administratie uit dan MH (MH-exp: 1,9 (2,1); MH+exp: 8,8 (13,1) en TA (5,5 (5,4))).

Nulmeting evaluatieonderzoek Experiment [Art.36a Wet BIG](#) geregistreerd-mondhygiënist

Tabel 6: Dagelijkse werkzaamheden

Kenmerk	MH		TA	TA KORT	MZV
	-exp	+exp			
Activiteiten (gemiddeld % (sd))					
Patiëntgebonden activiteiten					
(Ondersteuning bij) tandheelkundige handelingen (intake, diagnostiek, behandeling, voorlichting/uitleg PAT)	77,4 (4,8)	69,5 (15,0)	72,6 (6,7)	72,4 (13,4)	40,0 (37,7)
Intercollegiaal overleg over individuele PAT	3,7 (2,7)	4,0 (2,0)	3,3 (1,7)	3,0 (2,1)	5,1 (10,0)
Overige patiëntgebonden activiteiten (bijwerken patiëntendossiers, opstellen zorgplan, declaraties)	9,3 (3,5)	9,1 (7,1)	13,9 (2,7)	7,2 (3,7)	23,3 (39,0)
Niet-patiëntgebonden activiteiten					
Niet-patiëntgebonden administratie	1,9 (2,1)	8,7 (13,1)	5,5 (5,4)	4,6 (4,2)	17,3 (20,8)
Kennisbevordering (bij- en nascholing, congresbezoek, lezen, vakliteratuur, deelname wetenschappelijk onderzoek)	5,2 (4,7)	3,6 (5,3)	3,0 (1,1)	5,4 (4,4)	8,2 (9,8)
Kwaliteitsbeleid (protocollen ontwikkelen)	0,6 (0,8)	1,6 (2,2)	1,2 (1,5)	1,8 (2,1)	4,2 (10,2)
Kennisoverdracht (voorlichting van patiëntengroepen, cursus geven aan andere mondzorgverleners)	2,0 (2,6)	1,9 (5,0)	0,3 (0,7)	2,5 (7,5)	2,0 (4,8)
Andere activiteiten	0 (0,0)	1,5 (5,8) ¹	0 (0,0)	3,0 (9,4) ²	0 (0,0)

¹ Begeleiden stagiaires² Management taken, onderwijs

3.3.8 Teamindeling

In Tabel 7 is de teamindeling van de praktijk, waarin de meeste uren worden gewerkt, voor de respondenten van de MH-, TA- en MZV-vragenlijst opgenomen. TA werken in praktijken met gemiddeld (sd) de meeste medewerkers, MH+exp in praktijken met de minste medewerkers (MH+exp: 12,1 (9,3); MH-exp: 15,4 (18,3); TA: 20,4 (19,7); MZV: 18,7 (14,2)). Dit verschil is voornamelijk te verklaren in het gemiddeld aantal (sd) tandartsassistenten (MH-exp: 7,6 (11,1); MH+exp: 4,6 (5,1); TA: 12,0 (13,4); MZV: 9,1 (8,4)). MH+exp werken in praktijken met de meeste MH (MH-exp: 2,6 (1,9); MH-exp: 4,1 (3,2); TA: 2,6 (2,1); MZV: 2,7 (1,5)).

Een kleine meerderheid van de MH (MH-exp: 54,6%; MH+exp: 65,7%) en vier van de vijf respondenten van de TA-vragenlijst (80,0%) zijn het (helemaal) eens met de stelling: "Mijn rol (de rol van de MH) wordt door iedereen binnen het behandelteam/samenwerkingsverband aanvaard". Vier MH lichten in de vragenlijsten toe dat de TA hun rol niet aanvaardt. Dit wordt bevestigd in interviews.

MH-exp: "Als iedereen zich netjes aan de regels houdt en we, hoe moet ik dat zeggen, bang zijn voor broodnijd, dan is er niets aan de hand. {interviewer: Denkt u dat dat meespeelt?} Ja, absoluut, ik denk dat dat een grote rol speelt."

MH+exp: "Ik had niet het idee dat dat nou echt was wat ik daadwerkelijk ging doen, terwijl de opleiding wel helemaal vol zat met praktische vaardigheden, oefenen vanaf dag één tijdens de opleiding. Ik ben in {plaatsnaam} opgeleid. Begin je al met boren op plaatjes en het prepareren, restaureren van natuurlijke elementen. Qua vaardigheden word je er heel erg op voorbereid. Dan kom je in het werkveld en is het maar net of je in een praktijk terechtkomt, waarbij de tandarts dat ook in zijn praktijk zo het liefst wil doorvoeren of dat ze het gewoon zelf blijven doen."

Nulmeting evaluatieonderzoek Experiment Art.36a Wet BIG geregistreerd-mondhygiënist

Tabel 7: Teamindeling

Kenmerk	MH		TA	MZV
	-exp	+exp		
Teamindeling ¹ (gemiddelde (sd))				
Totaal medewerkers	15,4 (18,3)	12,1 (9,3)	20,4 (19,7)	18,7 (14,2)
Totaal praktijkhouders	1,0 (1,3)	1,0 (0,9)	0,4 (0,5)	0,7 (0,8)
Algemene TA	2,3 (3,4)	2,1 (2,8)	4,6 (3,6)	4,3 (3,3)
waarvan praktijkhouders	0,2 (0,4)	0,6 (0,9)	0,4 (0,5)	0,6 (0,5)
Gedifferentieerde TA	0,2 (0,4)	0,3 (0,8)	0,2 (0,4)	0,4 (0,8)
Aantal praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,1 (0,2)	0,0 (0,0)	0,1 (0,4)
Gespecialiseerde TA	0,6 (1,8)	0,1 (0,3)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
MH	2,6 (1,9)	4,1 (3,2)	2,6 (2,1)	2,7 (1,5)
waarvan praktijkhouders	0,8 (1,4)	0,4 (0,5)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Tandartsassistenten	7,6 (11,1)	4,6 (5,1)	12,0 (13,4)	9,1 (8,4)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Tandtechnici/tandprothetici	0,4 (0,7)	0,2 (0,8)	1,0 (0,7)	0,7 (0,8)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Andere mondzorgverleners ²	1,7 (2,8)	0,8 (1,3)	2,8 (2,6)	1,7 (1,9)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

² Receptionist/balie-assistent, officemanager

3.3.9 (Interprofessioneel) overleg

De frequentie van overleg tussen MH en TA over een te verrichten voorbehouden handeling bij een PAT, varieert sterk van een aantal keren per dag tot 1x per maand of minder (Tabel 23 in Bijlage 2). Er is geen statistisch significant verschil tussen MH-exp en MH+exp. De meeste MH geven aan een aantal keren per week overleg hierover te hebben (MHTotaal: 25,6%). Ook de vorm van het overleg varieert van face-to-face tot telefonisch en via e-mail. MH-exp overleggen (statistisch niet significant) meer via e-mail dan MH+exp (55,6% versus 35,5%). Alle vijf TA geven aan dat het overleg altijd face-to-face is. De mediaan voor de duur van de overlegduur is 5,0 minuten voor zowel MH als TA (IQR MH-exp: 3,0-5,0; MH+exp: 5,0-10,0; TA: 2,5-7,5). Alle TA vinden dit voldoende, tegenover 90,4% van de MH-exp en 71,0% van de MH+exp. MH+exp (20,0%) zijn significant meer ontevreden dan MH-exp (0,0%); 83,3% van de MH-exp en 63,0% van de MH+exp zijn (zeer) tevreden over de overlegduur. *Gevraagd naar een toelichting over de ontevredenheid geven MH aan dat de bereikbaarheid van de TA slecht is.*

De frequentie van overleg tussen MH en TA over een individuele PAT na verwijzing laat een iets ander beeld zien, dan overleg over een voorbehouden handeling. Overleg over een verwijzing is minder frequent en varieert vooral tussen een aantal keer per week en 1x per maand of minder. De meeste MH-exp (45,5%) geven aan 1x per maand of minder overleg te hebben, de meeste MH+exp (37,5%) een aantal keer per week. Dit overleg vindt ook face-to-face, telefonisch en via e-mail plaats, waarbij geen verschil is tussen MH-exp en MH+exp. De mediaan (IQR) voor de duur van het overleg is voor MH-exp 7,5 (3,5-10,0) minuten en voor MH+exp 5,0 (5,0-10,0) minuten. Ook hier zijn MH+exp statistisch significant meer ontevreden dan MH-exp (24,1% versus 0,0%); 75,0% van de MH-exp en 62,1% van de MH+exp zijn (zeer) tevreden over de duur van het overleg

over individuele PAT na verwijzing. *Ontevreden MH lichten toe dat niet altijd teruggebeld/gemailed wordt en dat door drukke agenda's overleg niet altijd mogelijk is.*

De mening van de geïnterviewde MH varieert ten aanzien van hun tevredenheid over het overleg met de tandarts.

Een mondhygiënist werkzaam in een tandartspraktijk licht toe:

MH+exp: "Ja, in principe doe ik altijd overleggen met de tandarts. Soms doe ik zelf verwijzen naar een parodontoloog, als het echt niet nodig is om overleg te hebben. Extracties voor de kaakchirurg overleg ik altijd met de tandarts, maar ik stel zelf de brief op. De tandarts kijkt het even na en we doen even kort het dossier, de casus, bespreken en dan is dat prima. Soms heeft een patiënt een volledige prothese nodig. Ik ben natuurlijk voor de parobehandelingen en soms lukt zo een paro-behandeling gewoon niet, leidt nergens toe. Dan adviseer ik toch een volledige prothese in het werk te gaan stellen, maar dat doe ik dan altijd in overleg met de tandarts. Ze gaan uiteindelijk toch wel akkoord. Het overleg is meer dat het op papier staat dat we overlegd hebben dan dat het daadwerkelijk uitmaakt. Tenzij ik het echt niet weet, maar dat is natuurlijk anders."

Een vrijgevestigde mondhygiënist licht toe:

MH+exp: "Nou ja, het is sowieso belangrijk dat je overleg houdt met de tandarts, waar de patiënten bij zitten, niet dat je in een keer zomaar dingen gaat doen of zo. Wat ik merk, ik stuur wel vaak een rapportage en krijg niet altijd terug wat een tandarts gaat doen. Sommige tandartsen doen het wel, maar sommigen ook niet. Dat vind ik soms wel een beetje lastig, je kan niet altijd zien wat in de tandartsenpraktijk gebeurt of zo."

Het belang van interprofessioneel overleg wordt in verschillende interviews onderschreven

MH+exp: "[...] niet alleen om op dat moment over een behandeling te kunnen overleggen, maar ook dat je weet wat je aan elkaar hebt. Dus ook over elkaars expertise, de basis eigenlijk van interprofessioneel samenwerken, zodat je elkaars expertise en ook de grenzen die daarbij horen goed kent."

Soms benoemt men expliciet de voorkeur om met verschillende disciplines onder één dak te werken.

Stakeholder: "Ik ben echt voor gemeenschappelijk interprofessioneel in medische centra."

Anderen benoemen het voordeel voor patiënten.

MH+exp: "Goede communicatie, goede samenwerking is essentieel. Interprofessioneel zeker, omdat het voorkomt dat de patiënt zowel voor een contrôle naar de tandarts moet en dan naar een mondhygiënist en er een soort overload is aan overbehandeling, dat willen we niet."

3.4 Uitkomstvariabelen

3.4.1 Ervaren toegankelijkheid en tevredenheid over toegankelijkheid

PAT hebben in meer dan de helft van de gevallen (55,6%) zelf telefonisch een afspraak bij de MH gemaakt (gegevens niet in tabel). Ongeveer één kwart van de PAT (27,8%) heeft de afspraak via de

tandartsassistent gemaakt en drie PAT (16,7%) hebben de afspraak op een andere wijze gemaakt, namelijk bij de vorige afspraak of ze zijn persoonlijk naar de praktijk gegaan.

De meeste PAT (88,9%) zijn (zeer) tevreden over het maken van de afspraak (Tabel 8). *Eén PAT is zeer ontevreden over de telefonische bereikbaarheid van de praktijk.*

Tabel 8: Ervaren tevredenheid over toegankelijkheid

Kenmerk	PAT					
	1	2	3	4	5	6
Tevredenheid over (n (%))						
het contact met betrekking tot het maken van een afspraak bij de MH	2 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 ((22,2)	12 (66,7)	0 (0,0)
de tijd tussen het maken van de afspraak en het bezoek aan de MH	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	4 (22,2)	11 (61,1)	2 (11,1)
de lengte van de wachttijd in de wachtkamer	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (33,3)	11 (61,1)	1 (5,6)
de bereikbaarheid van de praktijk (afstand, routebeschrijving, openbaar vervoer, parkeermogelijkheden)	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	6 (31,6)	11 (57,9)	1 (5,3)
de telefonische bereikbaarheid van de praktijk	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (36,8)	10 (52,6)	1 (5,3)

1 Zeer ontevreden
 2 Ontevreden
 3 Deels ontevreden, deels tevreden
 4 Tevredens
 5 Zeer tevreden
 6 Niet van toepassing

Over de tijd tussen het maken van de afspraak en het bezoek aan de mondhygiënist zijn de meeste PAT (zeer) tevreden (83,3%). Het aantal dagen (mediaan ((IQR)) tussen het maken van de afspraak en het bezoek aan de mondhygiënist is 20,5 dag (7,3-84.0). De wachttijd (mediaan, (IQR)) in de wachtkamer is vijf minuten (0.0 – 5.0) en ook hier zijn alle PAT (zeer) tevreden over.

Ook in de interviews zijn patiënten tevreden over de wachttijden.

PAT: “Ja zeer, want meestal als ik binnenkom, en ik zorg dat ik op tijd ben, dan ben ik binnen een minuut al bij de tandarts of bij de mondhygiënist, dus dat gaat helemaal goed.”

PAT: “Ja, ja om de vier maanden dan ga ik inderdaad. Maar als ik opbel van sorry ik heb last, dan kan ik of dezelfde dag of de dag erna terecht. Dat is in het verleden al gebeurd.”

3.4.2 Patiëntgerichtheid van zorg

De (ervaren) patiëntgerichtheid wordt weergegeven in Tabel 24 in Bijlage 2.

De meeste PAT (88,8%) zijn het (helemaal) eens met de stelling dat de MH hun vragen naar tevredenheid beantwoordde. Nagenoeg alle PAT (94,4%) zijn (zeer) tevreden over de manier waarop de MH met hen omging. Ongeveer driekwart van de PAT (72,2%) zou beslist weer naar de MH gaan voor een soortgelijke behandeling en ongeveer één kwart van de PAT (27,3%) zou waarschijnlijk teruggaan bij de MH voor een soortgelijke behandeling. *De redenen genoemd om beslist terug te gaan voor een soortgelijke behandeling bij de MH zijn de ervaren kundigheid van de MH en de duidelijke uitleg en de tijd die de MH nam voor de behandeling:*

PAT: "Ze nam de tijd, legde alles rustig uit en vroeg of alles duidelijk was."

PAT: "Ze doet het goed en weet waar ze mee bezig is en zoals eerder aangegeven, altijd erg vriendelijk en behulpzaam met veel geduld en netheid."

Eén PAT geeft aan waarschijnlijk terug te gaan voor een soortgelijke behandeling en geeft in de toelichting aan waarom hij/zij twijfelt:

PAT: "Mogelijk, als ik er zeker van ben dat het moet gebeuren. Nu twijfel ik wel of dat echt zo was. Kon zeker geen kwaad, maar heb achteraf wel het gevoel gehad dat (mis)gebruik is gemaakt van mijn shock over de behandeling de dag erna."

Eén PAT (5,6%) gaf aan liever door een TA dan door een MH te worden geholpen, omdat hij/zij vertrouwen heeft en een goede verstandhouding met de eigen TA.

Indien nodig kan de MH met de PAT bespreken dat een verwijzing naar een andere mondzorgverlener nodig is voor verdere behandeling. Voor bijna driekwart van de PAT (72,2%) is het niet aan de orde (geweest) dat een doorverwijzing zou plaatsvinden naar een andere mondzorgverlener.

3.4.3 Werkbelasting

- Objectieve werkbelasting

TA werken gemiddeld (sd) de meeste uren per week, namelijk 32,4 (5,3) (Tabel 9). MH+exp werken iets meer uren dan MH-exp en MZV (respectievelijk 31,7 (6,6); 27,6 (5,6) en 28,4 (3,6)). Deze uren zijn bij alle mondzorgverleners over (bijna) 4 dagen verdeeld.

Tabel 9: Objectieve werkbelasting

Kenmerk ¹	MH		TA	TA KORT	MZV
	-exp	+exp			
Werkuren per week (gemiddelde (sd))	27,6 (5,6)	31,7 (6,6)	32,4 (5,3)	36,7 (9,0)	28,4 (3,6)
Werkdagen per week (gemiddelde (sd))	3,6 (0,9)	4,0 (0,9)	4,1 (0,2)	-	3,9 (0,7)
Overwerk (indien geen zelfstandig ondernemer) (n (%))					
Bijna elke dag	1 (10,0)	2 (6,5)	2 (40,0)	-	1 (14,3)
Een aantal keren per week	0 (0,0)	2 (6,5)	0 (0,0)	-	1 (14,3)
Een aantal keren per maand	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	1 (14,3)
(Bijna) nooit	0 (0,0)	8 (25,8)	0 (0,0)	-	1 (14,3)
Niet van toepassing	8 (80,0)	19 (61,3)	3 (60,0)	-	0 (0,0)
Overuren per week (gemiddelde (sd))	1,5 (2,2)	1,5 (1,7)	5,8 (2,3)	-	5,2 (10,2)
Patiëntcontacten per week (mediaan (IQR))	35,0 (30,0-40,0)	39,0 (26,0-51,0)	160,0 (77,5-237,0)	-	30,0 (24,0-60,0)
Duur patiëntcontact in minuten (mediaan (IQR))	40,0 (30,0-45,0)	40,0 (30,0-45,0)	20,0 (15,0-25,0)	-	10,0 (3,0-10,0)

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

Het merendeel van de mondzorgverleners geeft aan dat overwerk voor hen niet van toepassing is. Enkele MH en TA geven aan wel eens over te werken, maar door het geringe aantal respondenten is de informatie hierover nauwelijks betekenisvol.

De mediaan (IQR) van het aantal patiëntcontacten per week is voor MH-exp, MH+exp en MZV ongeveer gelijk, namelijk respectievelijk 35,0 (30,0-40,0), 39,0 (26,0-51,0) en 30,0 (24,0-60,0) en voor tandartsen zo'n vier tot vijf keer hoger namelijk 160,0 (77,5-237,0). De gemiddelde duur (sd) in minuten van het patiëntcontact is voor zowel MH-exp en MH+exp 40,0 (30,0-45,0). Dit is langer dan een patiëntcontact van een TA (20,0 (15,0-25,0)) en van een MZV (10,0 (3,0-10,0)).

- Subjectieve werkbelasting

In Tabel 25 en Tabel 26 in Bijlage 2 zijn resultaten opgenomen van 15 stellingen met betrekking tot subjectieve werkbelasting ervaren door MH, TA en MZV. MH-exp als MH+exp zijn het meest (zeer) tevreden over de mate waarop ze zorg op maat aan PAT geven (MH-exp: 90,9%; MH+exp: 100,0%) en de hoeveelheid tijd die ze per PAT beschikbaar hebben (MH-exp: 100,0%; MH+exp: 87,6%). MH+exp is daarnaast ook (zeer) tevreden met de uitrusting en faciliteiten waarover de MH beschikt (93,8%), de mate van respect die de MH van PAT krijgt (90,7%) en de mate waarin het duidelijk is wat collegae van de MH verwachten (93,8%). Aspecten waar MH het meest (zeer) ontevreden over zijn, betreffen de hoeveelheid tijd die de MH aan het privéleven kan besteden (MH-exp: 36,4%; MH+exp: 15,7%) en de informatie die een TA/andere mondzorgverlener aanlevert als deze een PAT doorverwijst (MH-exp: 27,3%; MH+exp: 25,1%). De resultaten van de stellingen in de TA- en MZV-vragenlijst zijn weinig betekenisvol door het geringe aantal respondenten.

Op de vraag of de werkdruk zal veranderen door de experimentele zelfstandige bevoegdheid wordt tijdens de interviews benoemd dat de mondhygiënist een drukke agenda hebben met hun reguliere taken. Tijdens een focusgroep wordt dit toegelicht:

MH-exp: "Wij hebben niet te klagen over de hoeveelheid werk, de aanwas van werk is groot. Het aantal mensen met tandkundige problemen is ook groot. Daarbij worden tegenwoordig mensen allemaal oud met hun eigen tanden, dus dat maakt dat er heel veel werk is."

MH-exp: "Er komt steeds meer werk daardoor, zeker voor de mondhygiënist. Ik denk dat de mondhygiënist, die in een tandartspraktijk werken en vierjarig opgeleid zijn, van toepassing zouden kunnen zijn omdat zij graag willen boren. Maar je hebt al een overvolle agenda en dan zou je moeten zeggen, doe die "makkelijke" patiënten van mij anders naar de preventieassistent en dan ga ik wel die gaatjes vullen."

3.4.4 Beoordeling kwaliteit van mondzorg

Bijna de helft (47,4%) van de PAT had geen klachten vóór start van de behandeling door de MH. Eén vijfde (21,1%) van de PAT is volledig hersteld en één derde (31,6%) is veel verbeterd sinds het begin van de behandeling door de MH. Alle PAT geven aan dat geen complicaties zijn opgetreden tijdens of vlak na de behandeling door de MH. *Eén PAT geeft aan dat een aanvullende behandeling is uitgevoerd door de TA, namelijk een wortelkanaalbehandeling naar aanleiding van een gaatje.*

De PAT geven gemiddeld (sd) het rapportcijfer 9.1 (0.9) over de tevredenheid van de behandeling door de MH.

De hoge tevredenheid komt ook tot uitdrukking in de interviews.

PAT: "Ja, ik ben inmiddels 74 jaar en je hoopt nog heel lang gewoon met je eigen gebit te kunnen doen. En ik denk dat op deze manier het beter is gewaarborgd dan dat er nooit iemand naar kijkt, dus ik voel me daar happy bij. En iedere keer ga ik heel tevreden weer naar huis. En ik zou ook, als ik een gaatje zou hebben, met een gerust hart aan haar toevertrouwen, want ze doet het heel consciëntieus en heel serieus. Dat zou voor mij nou ook absoluut oké zijn. Daar hoeft ze me echt niet voor naar de tandarts te sturen, dat zou ik dan zomaar heel plezierig vinden hoor."

PAT: "Ja, aan de hand van mijn uitspraken kan ik niet anders zeggen, dan zou ik haar een tien geven (lacht). Ja, want ik heb ook werkelijk niks om iets af te dingen."

Er is vertrouwen in de deskundigheid van de MH.

PAT: "Als ik behandeld zou worden door iemand waarbij ik pijn heb of die onzorgvuldig of slordig zou zijn, dan zou ik daar bedenkingen bij hebben. Dus zij doet de mondhygiëne en de tandarts doet dan de eigenlijke controle. Ik heb de laatste keer al tegen haar gezegd: als u ook de halfjaarlijkse of jaarlijkse controle kan doen, dan vind ik het ook best hoor. Ik heb het gevoel dat ze daar best toe in staat is."

PAT: "Ze heeft bij mij nog geen gaatjes geboord of dat soort dingen, maar ik sta er niet afwijzend tegenover."

Voor grotere ingrepen is echter een tandarts of kaakchirurg de aangewezen persoon.

PAT: "Nee, als het een kleine ingreep is, het is een klein gaatje of dat soort dingen, heb ik daar totaal geen problemen mee. Kijk, als het een grotere ingreep is, je tanden moeten eruit en je moet een prothese, ja dan denk ik dat ik liever naar een tandarts of kaakchirurg ga."

3.4.5 Gebruik voorbehouden handelingen en procedures

De meerderheid van de MH vindt zich uitstekend in staat om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten ((helemaal) mee eens MH-exp: 54,6%, MH+exp: 90,7%); de meerderheid van de TA in de TA KORT-vragenlijst is het hiermee oneens (TA : 54,2%) (Tabel 27 en Tabel 28 in Bijlage 2). De lijst van beschreven voorbehouden handelingen in de aanpassing van de Wet BIG vindt 75,0% van de MH-exp toereikend voor de werksituatie, 56,3% wilt voor bepaalde voorbehouden handelingen kunnen terugvallen op een TA.

Sommige MH vinden het uitvoeren van voorbehouden handelingen vanzelfsprekend. Niet iedereen zal er gebruik van maken. Anesthesie en röntgenfoto's worden gezien als noodzakelijk. Sommige MH spreken de verwachting uit ook primaire caviteiten te gaan behandelen.

MH+exp: "Want waarom is de mondhygiënist opgeleid om bepaalde taken te doen, als ze deze taken vervolgens niet mag uitvoeren. Dat begrijp ik dan niet zo goed, want je hebt daar gewoon voor geleerd."

MH+exp: "Kijk dat het mij niet aan staat is omdat ik mij niet bekwaam voel en dat ik het ook niet leuk vind om te doen."

MH+exp: "Als je een intensieve behandeling nodig hebt, dat gaat eigenlijk altijd met anesthesie. Dan kan je een behandeling goed uitvoeren."

MH-exp: “Ja, je kan gewoon geen goede diagnose stellen als je die foto’s er niet bij hebt voor het gehele paro-protocol.”

MH+exp: “Dat verwacht ik straks wel te gaan doen, als er een beginnend gaatje is. Sommige mensen vragen me wel, kan jij dat niet even doen?”

3.4.5.1 Toepassen van lokale anesthesie (injectie)

Alle TA en een ruime meerderheid van de MH passen lokale anesthesie toe, in de MH KORT-vragenlijst significant meer MH+exp, dan MH-exp (MH-vragenlijst MH-exp: 81,8%; MH+exp: 93,8% en MH KORT-vragenlijst MH-exp: 72,5%; MH+exp: 93,9%) (Tabel 10).

Tabel 10: Toepassen van lokale anesthesie

Kenmerk	MH		MH KORT		TA + TA KORT
	-exp	+exp	-exp	+exp	
Toepassen van lokale anesthesie					
Aantal zorgverleners die voorbehouden handelingen verrichten/delegeren (n (%))	9 (81,8)	30 (93,8)	50 (72,5)	31 (93,9) ¹	27 (100%)
Toepassen van infiltratie anesthesie					
Aantal zorgverleners die voorbehouden handelingen verrichten/delegeren (n (%))	9 (81,8)	30 (93,8)	50 (72,5)	31 (93,9) ¹	27 (100)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (gemiddelde (sd))	4,4 (2,6)	18,1 (21,4) ¹	-	-	83,5 (116,9)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (mediaan (IQ))	5,0 (2,0-7,0)	10,0 (5,8-24,5)	-	-	51,0 (27,3-96,3)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (gemiddelde ³ (sd))	4,4 (2,6)	10,0 (7,4)	-	-	61,1 (40,5)
Duur in minuten (gemiddelde (sd))	5,3 (3,7)	5,0 (4,1)	-	-	2.0 (0,9)
Toepassen van mandibulaire blokanesthesie					
Aantal zorgverleners die voorbehouden handelingen verrichten/delegeren (n (%))	4 (36,4)	26 (81,3) ¹	26 (37,7)	24 (72,7) ¹	27 (100%)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (gemiddelde (sd))	2	6,7 (7,6)	-	-	36,2 (31,5)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (mediaan (IQ))	2	4,0 (2,0-8,5)	-	-	28,5 (15,0-46,0)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (gemiddelde ³ (sd))	2	5,7 (6,0)	-	-	36,2 (31,5)
Duur in minuten (gemiddelde (sd))	2	4,5 (3,1)	-	-	2,7 (1,4)

- Niet van toepassing voor deze vragenlijst

¹ MH-exp/MH+exp: $p \chi^2 (1) < 0,05$

³ Zonder outliers ($\pm 5sd$)

² $n < 5$

Het betreft dan altijd de toepassing van infiltratie anesthesie. Een kleinere groep MH past ook mandibulaire blokanesthesie toe, dit zijn significant meer MH+exp dan MH-exp (MH-vragenlijst MH-exp: 36,4%; MH+exp: 81,3% en MH KORT-vragenlijst MH-exp: 37,7 %; MH+exp: 72,7%).

De frequentie waarmee lokale anesthesie wordt toegepast, varieert sterk tussen alsook binnen de groepen, hetgeen blijkt uit de standaarddeviaties. In Tabel 10 zijn verschillende centrummaten voor de frequenties opgenomen, alleen het gemiddelde (sd) worden besproken. TA passen gemiddeld (sd) 83,5 (116,9) infiltratie anesthesie en 36,2 (31,5) mandibulaire blokanesthesie per

maand toe. MH passen beide types anesthesie minder frequent toe, namelijk MH-exp: 4,4 (2,6) en MH+exp: 18,1 (21,4) infiltratie anesthesie en MH+exp: 6,7 (7,6) mandibulaire blokanesthesie per maand. Het injecteren van een infiltratie anestheticum duurt voor TA gemiddeld 2,0 (0,9) minuten, voor MH-exp 5,3 (3,7) en voor MH+exp 5,0 (4,1) minuten. De gemiddelde (sd) duur van het injecteren van een mandibulaire blokanestheticum is voor TA 2,7 (1,4) minuten en voor MH+exp 4,5 (3,1) minuten. De duur van de handeling is inclusief eventueel overlegtijd of tijd voor het verstrekken van de opdracht. Als de handeling niet door TA of MH zelf wordt uitgevoerd, is de duur uitsluitend de overlegtijd of de tijd voor het verstrekken van de opdracht.

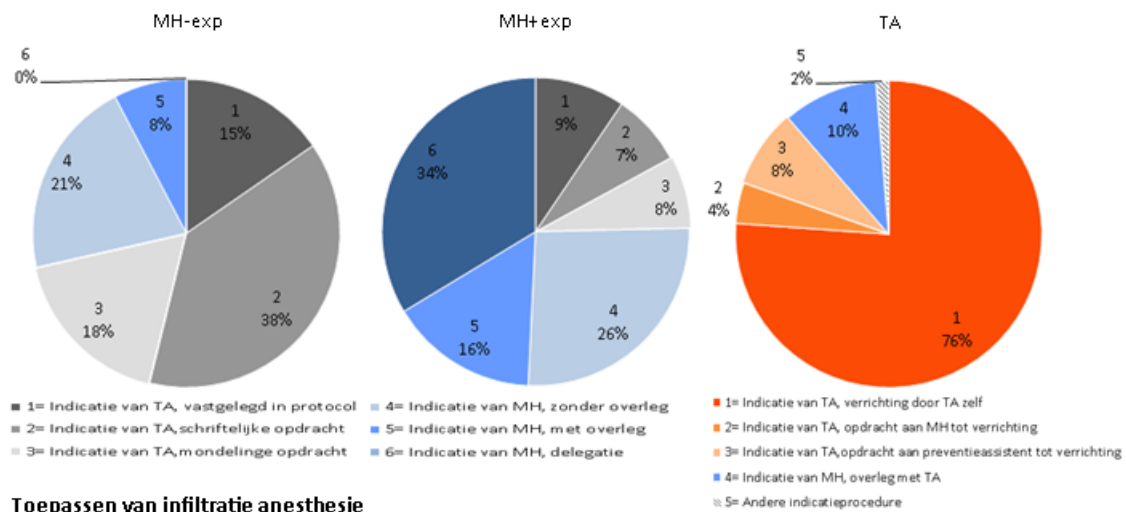
In Figuur 4 is de verdeling van de indicatieprocedures opgenomen voor het toepassen van lokale anesthesie.

Bij driekwart van alle toepassingen van lokale anesthesie, waarbij een TA betrokken is, stelt de TA zelf de indicatie en voert de handeling uit. Bij 4% stelt de TA de indicatie en geeft de MH een opdracht om de handeling uit te voeren, bij 8% krijgt de preventieassistent de opdracht om de handeling uit te voeren. Bij 10% van alle toepassingen van lokale anesthesie waarbij de TA betrokken is, stelt de MH de indicatie en heeft hierover overleg met de TA. Bij 71% en 24% van de toepassingen van lokale anesthesie, waarbij respectievelijk MH-exp en MH+exp betrokken zijn, stelt de TA de indicatie en geeft de MH een opdracht om de handeling uit te voeren, of wordt een protocol doorlopen. Bij 21% van de injecties stelt MH-exp zelf de indicatie zonder overleg met een TA, bij MH+exp is dat 26%. Opvallend is dat bij 34% van de injecties MH+exp de indicatie stelt en de handeling verder delegeert. *Enkele MH+exp lichten toe dat dit naar de TA is.*

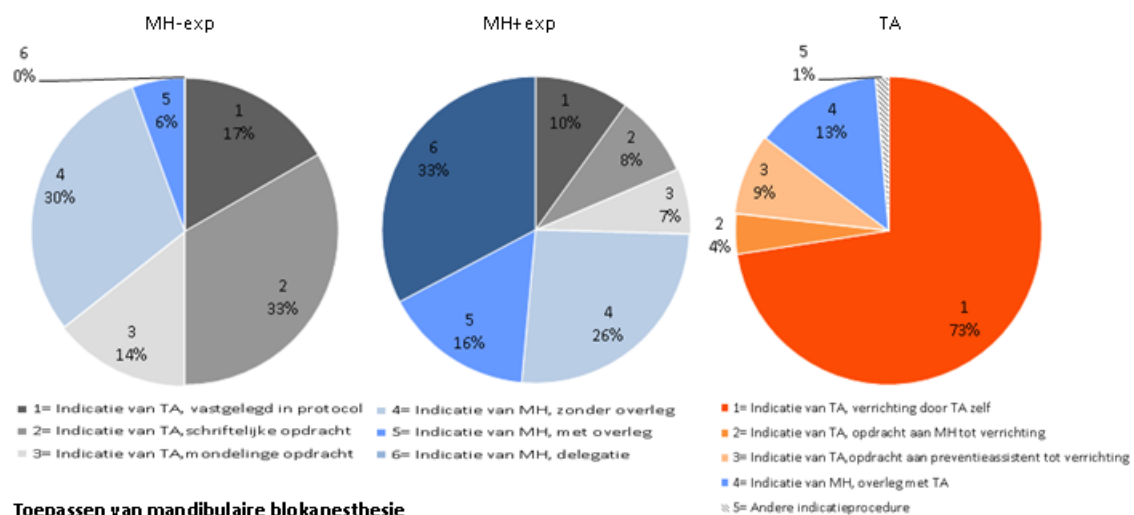
De diagrammen voor toepassingen van infiltratie anesthesie en mandibulaire blokanesthesie zijn vergelijkbaar met dat van (totale) toepassing van lokale anesthesie.

In Figuur 7 in Bijlage 3 zijn de resultaten van de indicatieprocedures voor TA onderverdeeld naar TA die met een MH-exp danwel een MH+exp samenwerken. TA die samenwerken met MH-exp stellen in 92% van de toepassingen van lokale anesthesie waarbij ze betrokken zijn de indicatie en voeren de handeling vervolgens zelf uit, bij 7% van de toepassingen stelt de MH-exp de indicatie en overlegt met een TA. Bij TA die samenwerken met MH+exp zijn deze proporties 69% en 12%. Voor het toepassen van infiltratie anesthesie is het beeld grotendeels gelijk aan het beeld voor het (totale) toepassen van lokale anesthesie, voor het toepassen van mandibulaire blokanesthesie is het beeld voor TA die samenwerken met MH-exp anders. Bij vrijwel alle (99%) toepassingen van mandibulaire blokanesthesie, waarbij de TA betrokken is, stelt de TA de indicatie en voert de handeling zelf uit.

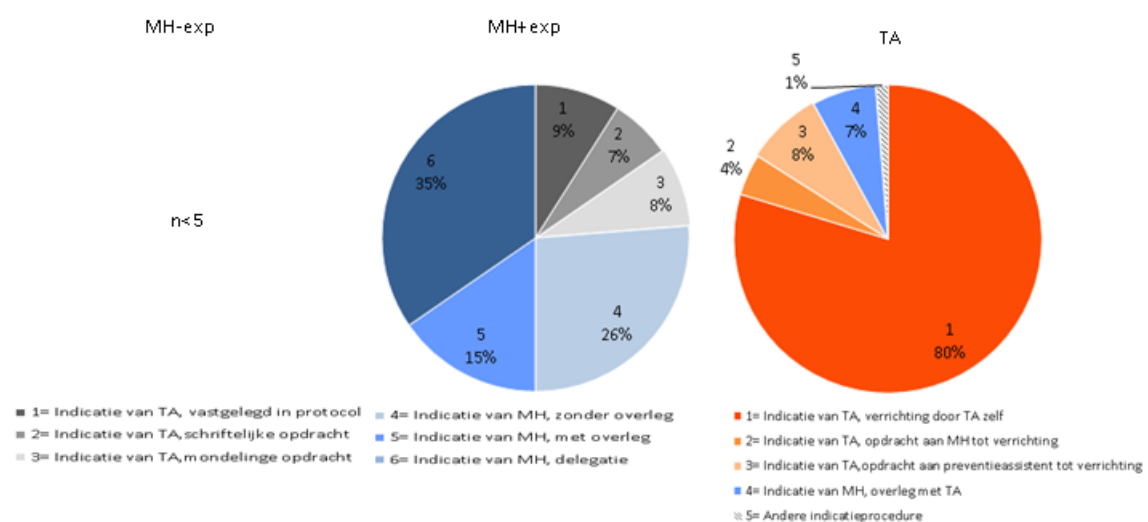
Toepassen van lokale anesthesie



Toepassen van infiltratie anesthesie



Toepassen van mandibulaire blokanesthesie



Figuur 4: Indicatieprocedures toepassen lokale anesthesie

3.4.5.2 Behandelen van primaire caviteiten

Alle TA geven aan primaire caviteiten te behandelen (Tabel 11). Ongeveer één derde van de MH+exp en enkele MH-exp behandelen ook primaire caviteiten, dit verschil is statistisch significant ((MH-vragenlijst MH-exp: 9,1%; MH+exp: 37,5% en MH KORT-vragenlijst MH-exp: 4,3%; MH+exp: 30,3%). Deze proporties zijn voor het prepareren en restaureren van primaire caviteiten gelijk.

Tabel 11: Behandelen van primaire caviteiten

Kenmerk	MH		MH KORT		TA + TA KORT
	-exp	+exp	-exp	+exp	
Behandelen van primaire caviteiten					
Aantal zorgverleners die voorbehouden handelingen verrichten/delegeren (n (%))	1 (9,1)	12 (37,5)	3 (4,3)	10 (30,3) ¹	27 (100)
ICDAS Score ² (n (%)):					
0 ³	0 (0,0)	1 (7,7)	-	-	-
1 ⁴	0 (0,0)	3 (23,1)	-	-	-
2 ⁵	1 (100,0)	7 (53,8)	-	-	-
3 ⁶	1 (100,0)	11 (84,6)	-	-	-
4 ⁷	0 (0,0)	11 (84,6) ¹	-	-	-
5 ⁸	0 (0,0)	4 (30,8)	-	-	-
6 ⁹	0 (0,0)	1 (7,7)	-	-	-
Prepareren van primaire caviteiten					
Aantal zorgverleners die voorbehouden handelingen verrichten/delegeren (n (%))	1 (9,1)	12 (37,5)	2 (2,9)	10 (30,3)	27 (100)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (gemiddelde (sd))	10	15,8 (26,5)	-	-	76,4 (61,4)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (mediaan (IQ))	10	7,0 (2,0-18,5)	-	-	50,0 (20,0-110,0)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (gemiddelde ¹¹ (sd))	10	8,5 (8,4)	-	-	76,4 (61,4)
Duur in minuten (gemiddelde (sd))	10	17,9 (15,5)	-	-	11,2 (9,3)
Restaureren van primaire caviteiten					
Aantal zorgverleners die voorbehouden handelingen verrichten/delegeren (n (%))	1 (9,1)	12 (37,5)	3 (4,3)	10 (30,3) ³	27 (100)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (gemiddelde (sd))	10	15,8 (26,5)	-	-	76,7 (61,6)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (mediaan (IQ))	10	7,0 (2,0-18,5)	-	-	50,0 (20,0-110,0)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (gemiddelde ¹¹ (sd))	10	8,5 (8,4)	-	-	76,7 (61,6)
Duur in minuten (gemiddelde (sd))	10	17,9 (14,9)			12,2 (6,4)

- Niet van toepassing voor deze vragenlijst

¹ MH-exp/MH+exp: $p \chi^2 (1) < 0,05$

² Meerdere antwoorden mogelijk

³ ICDAS Score 0 = Geen bewijs voor cariës na 5 seconden droogblazen

⁴ ICDAS Score 1 = Eerste visuele verandering in glazuur

⁵ ICDAS Score 2 = Waarneming visuele verandering in glazuur

⁶ ICDAS Score 3 = Gelokaliseerde glazuurcariës zonder zichtbaar dentine

⁷ ICDAS Score 4 = Donker doorschemerend dentine

⁸ ICDAS Score 5 = Waarneembare cariës met zichtbare dentine

⁹ ICDAS Score 6 = Uitgebreide waarneembare cariës met zichtbare dentine

¹⁰ n<5

¹¹ Zonder outliers ($\pm 5sd$)

Als MH+exp primaire caviteiten behandelen, dan betreft het caviteiten met alle ICDAS-scores. De ICDAS-scores die het meest genoemd worden zijn score 2 (53,8%), score 3 (84,6%) en score 4 (84,6%).

TA prepareren en restaureren gemiddeld (sd) respectievelijk 76,4 en 76,6 (61,4 en 61,6) primaire caviteiten per maand. Voor MH+exp is dit gemiddelde aantal (sd) gelijk voor prepareren en restaureren, namelijk 15,8 (26,5). Ook de gemiddelde duur (sd) van de handeling is gelijk voor het prepareren en restaureren: 17,9 minuten. TA doen hier gemiddeld korter over, namelijk 11,2 (9,3) voor het prepareren en 12,2 (6,4) voor het restaureren van de primaire caviteiten. Tijden zijn inclusief overlegtijd of tijd voor het verwerken van een opdracht.

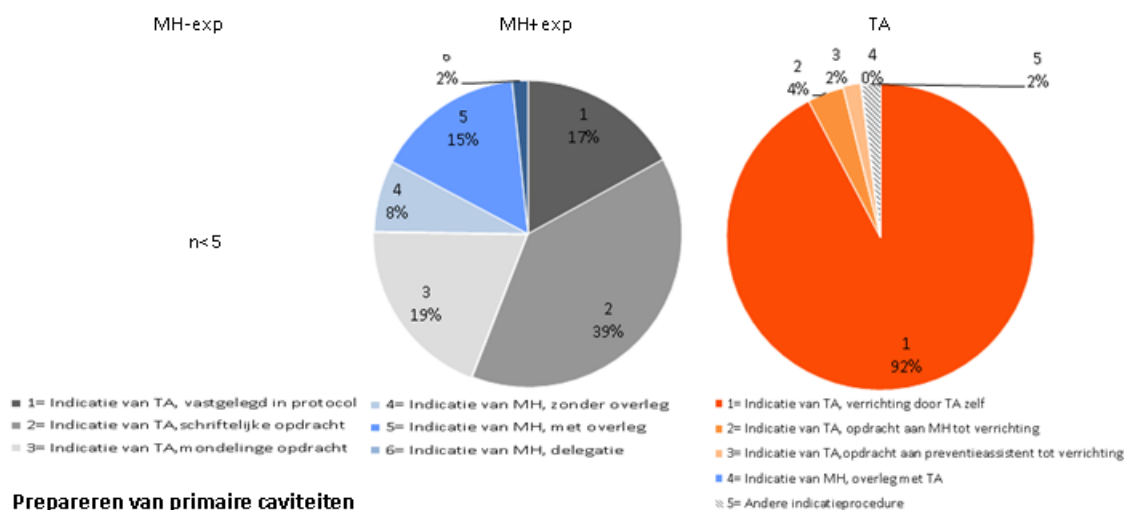
In Figuur 5 is de verdeling van de indicatieprocedures opgenomen voor het behandelen van primaire caviteiten.

Van alle behandelingen van primaire caviteiten, waarbij een TA betrokken is, stelt de TA in 92% de indicatie en voert de handeling zelf uit; bij 0% is er overleg tussen MH en TA als de MH de indicatie stelt. Van alle behandelingen van primaire caviteiten, waarbij een MH+exp betrokken is, stelt de TA in 75% de indicatie en voert de MH+exp de handeling uit, in 25% stelt de MH+exp zelf de indicatie. Niet bij alle behandelingen waarbij de MH+exp de indicatie stelt, voert de MH+exp de behandeling uit, 2% van alle behandelingen worden door de MH na eigen indicatiestelling gedelegeerd.

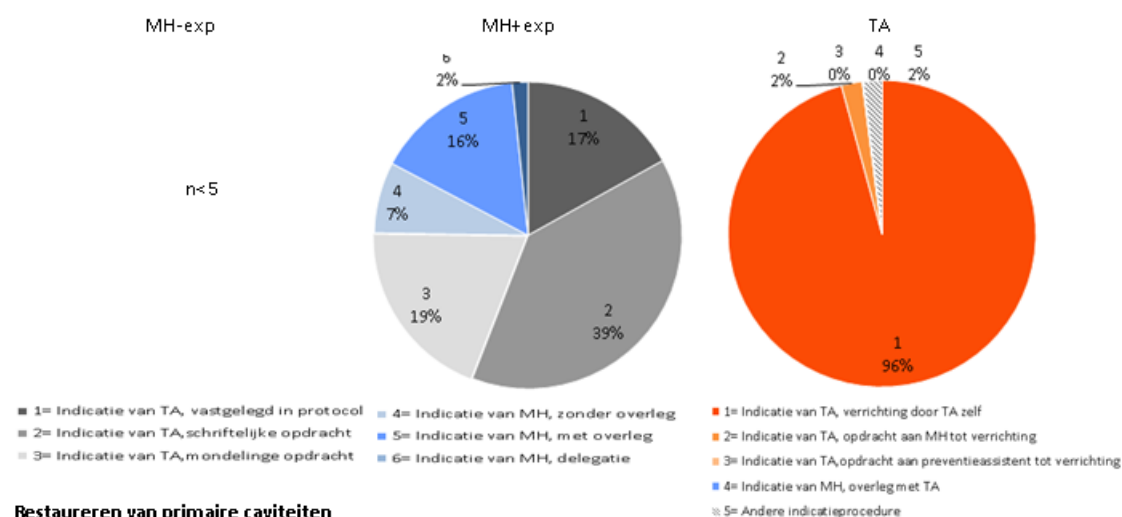
De diagrammen voor het prepareren van primaire caviteiten en het restaureren van primaire caviteiten zijn vergelijkbaar met dat van (totale) behandeling van primaire caviteiten.

In Figuur 8 in Bijlage 3 zijn de resultaten van de indicatieprocedures voor TA onderverdeeld naar TA die met een MH-exp danwel een MH+exp samenwerken. TA die samenwerken met MH-exp stellen in 100% van de behandelingen van primaire caviteiten, waarbij ze betrokken zijn de indicatie en voeren de handeling zelf uit, tegen 89% bij TA die samenwerken met MH+exp. Deze laatste groep TA geeft in 5% van de behandelingen aan een MH en in 3% aan een preventieassistent de opdracht om de behandeling te verrichten. Bij geen enkele behandeling van primaire caviteiten waarbij de TA betrokken is, is er overleg tussen MH en TA nadat de MH de indicatie heeft gesteld. Bij het prepareren van primaire caviteiten voert de TA die samenwerkt met MH+exp vaker zelf de handeling uit in vergelijking met het restaureren (respectievelijk 94% en 84%).

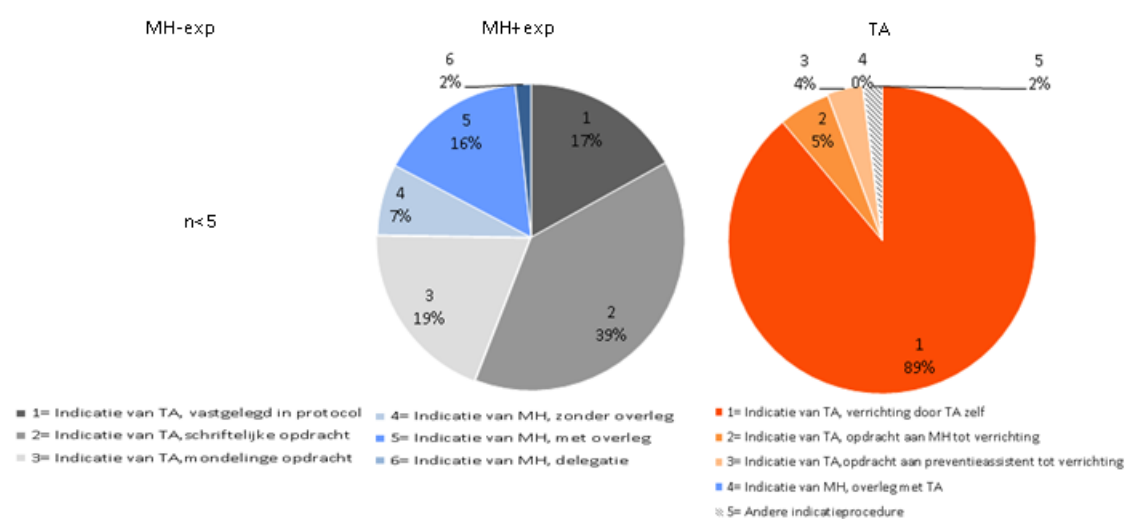
Behandelen van primaire caviteiten



Prepareren van primaire caviteiten



Restaureren van primaire caviteiten



Figuur 5: Indicatieprocedures behandelen van primaire caviteiten

3.4.5.3 Gebruik maken van toestellen die ioniserende stralen uitzenden (röntgentoestellen)

Alle TA en een ruime meerderheid van MH maken gebruik van toestellen die ioniserende stralen uitzenden (MH-vragenlijst MH-exp: 27,7%; MH+exp: 65,6%; MH KORT-vragenlijst MH-exp: 65,2%; MH+exp: 78,8%) (Tabel 12).

Tabel 12: Gebruik maken van toestellen die ioniserende stralen uitzenden

Kenmerk	MH		MH KORT		TA + TA KORT
	-exp	+exp	-exp	+exp	
Gebruik maken van toestellen die ioniserende stralen uitzenden					
Aantal zorgverleners die voorbehouden handelingen verrichten/delegeren (n (%))	8 (72,7)	21 (65,6)	45 (65,2)	26 (78,8)	27 (100)
Maken van röntgenfoto's					
Aantal zorgverleners die voorbehouden handelingen verrichten/delegeren (n (%))	4 (36,4)	15 (46,9)	28 (40,6)	18 (54,5)	27 (100)
Type röntgenfoto ¹ (n (%))					
Solo-opname	4 (100,0)	14 (93,3)	-	-	-
Bitewing	4 (100,0)	15 (100,0)	-	-	-
Panorama foto (Orthopantomogram (OPG))	2 (50,0)	7 (46,7)	-	-	-
Laterale schedelfoto	0 (0,0)	2 (13,3)	-	-	-
Conebeam CT (CBCT)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	-
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (gemiddelde (sd))	²	23,2 (20,3)	-	-	87,6 (58,9)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (mediaan (IQ))	²	20,0 (10,0-30,0)	-	-	80,0 (58,8-109,3)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (gemiddelde ³ (sd))	²	23,2 (20,3)	-	-	79,1 (40,7)
Duur in minuten (gemiddelde (sd))	²	5,1 (2,4)	-	-	2,6 (1,4)
Beoordelen van röntgenfoto's					
Aantal zorgverleners die voorbehouden handelingen verrichten/delegeren (n (%))	7 (63,6)	19 (59,4)	40 (58,8)	23 (69,7)	27 (100)
Type röntgenfoto ³ (n (%))					
Solo-opname	7 (100,0)	19 (100,0)	-	-	-
Bitewing	6 (85,7)	19 (100,0)	-	-	-
Panorama foto (Orthopantomogram (OPG))	6 (85,7)	12 (63,2)	-	-	-
Laterale schedelfoto	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	-
Conebeam CT (CBCT)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	-
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (gemiddelde (sd))	69,1 (88,3)	23,9 (20,6)	-	-	86,1 (62,3)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (mediaan (IQ))	20,0 (15,0-140,0)	18,0 (10,0-30,0)	-	-	79,0 (57,5- 114,5)
Aantal verrichte/gedelegeerde voorbehouden handelingen per maand (gemiddelde ³ (sd))	20,8 (15,0)	23,9 (20,6)	-	-	77,1 (44,5)
Duur in minuten (gemiddelde (sd))	4,8 (3,1)	5,1 (2,7)	-	-	2,1 (1,3)

- ³ Niet van toepassing voor deze vragenlijst

² Zonder outliers (± 5sd)

² n<5

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

Alle TA, 36,4% van de MH-exp en 46,9% van de MH+exp maken röntgenfoto's. Van de MH die röntgenfoto's maken heeft géén MH-exp en 40,0% van de MH+exp een Toezichthoudend Medewerker Stralingsbescherming (TMS)-certificaat (gegevens niet in tabel).

Van de MH+exp die röntgenfoto's maken, geeft 93,3% aan solo-opnames te maken, 100,0% Bitewings, 46,7% panorama foto's en 13,3% laterale schedelfoto's (Tabel 12). TA maken gemiddeld (sd) 87,6 (58,9) röntgenfoto's per maand, het maken van een foto duurt gemiddeld (sd) 2,6 (1,4) minuten. MH+exp maken 23,2 (20,3) röntgenfoto's per maand, het maken van een foto duurt 5,1 (2,4) minuten. Tijden zijn inclusief overlegtijd of tijd voor het verwerken van een opdracht.

Meer dan de helft van de MH beoordelen röntgenfoto's (MH-vragenlijst MH-exp: 63,6%; MH+exp: 59,4%; MH KORT-vragenlijst MH-exp: 58,8%; MH+exp: 69,7%) alsook alle TA.

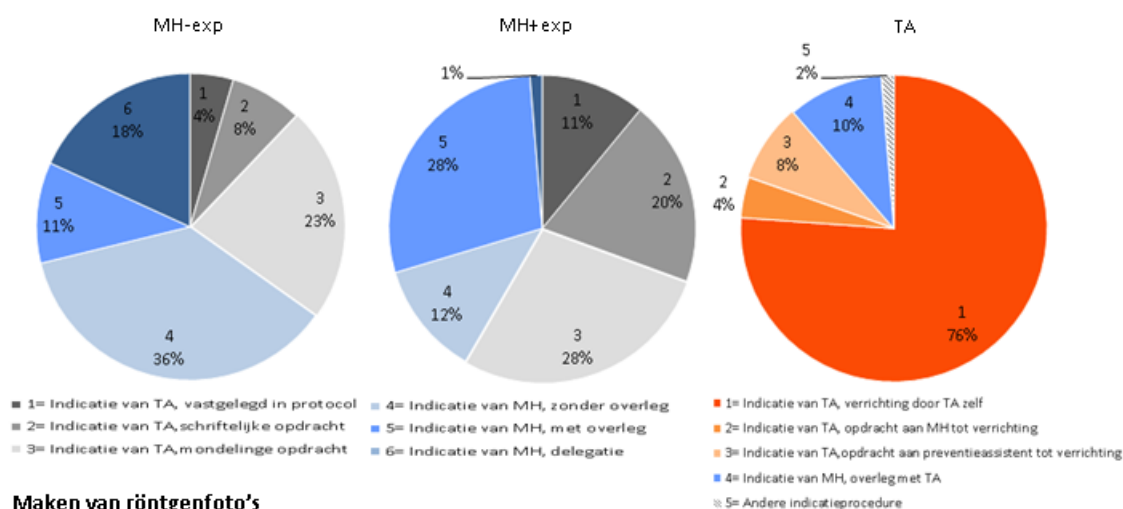
Van de MH, die röntgenfoto's beoordelen, geven alle MH-exp en MH+exp aan dat ze solo-opnames beoordelen, 85,7 % van de MH-exp en 100,0% van de MH+exp Bitewings en 85,7 % van de MH-exp en 63,2% van de MH+exp panorama foto's. MH-exp beoordelen gemiddeld (sd) 69,1 (88,3) foto's per maand, MH+exp 23,9 (20,6) en TA 86,1 (62,3). De gemiddelde duur (sd) voor het beoordelen van een foto (inclusief overlegtijd of tijd voor het verwerken van een opdracht) is voor MH-exp 4,8 (3,1) minuten, voor MH+exp 5,1 (2,7) minuten en voor TA 2,1 (1,3) minuten.

In Figuur 6 is de verdeling van de indicatieprocedures opgenomen voor het toepassen van ioniserende stralen.

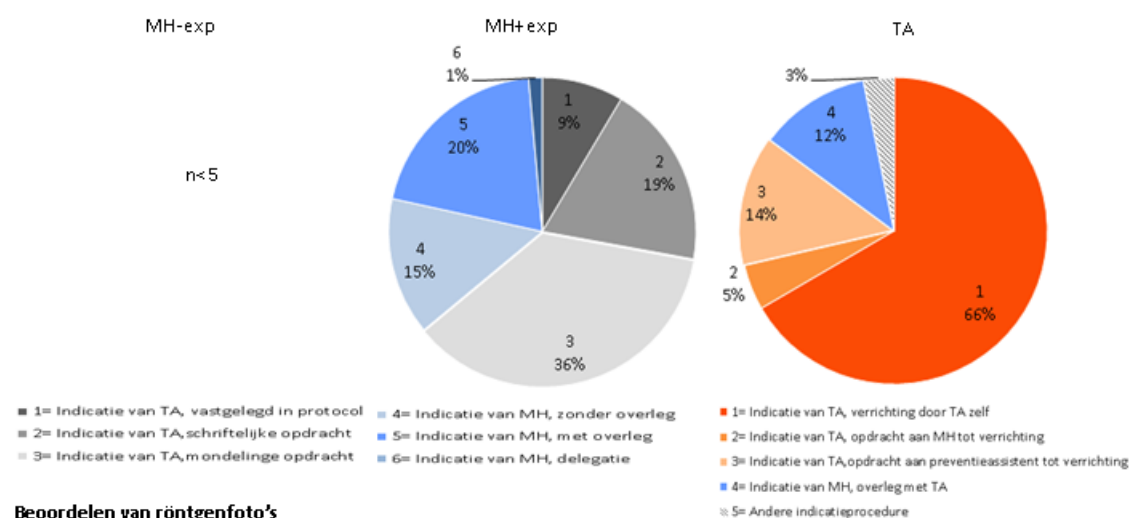
In 76% van de toepassingen van ioniserende stralen, waarbij een TA betrokken is, stelt de TA de indicatie en voert de handeling zelf uit; in 10% heeft de TA overleg met een MH als de MH de indicatie stelt. Bij 35% van de toepassingen van ioniserende stralen waarbij een MH-exp betrokken is, stelt een TA de indicatie, bij MH+exp is dit 59%. Bij het maken van röntgenfoto's, waarbij de TA betrokken is, stelt de TA bij 5% de indicatie zelf en geeft een MH een opdracht om de handeling te verrichten en bij 14% een opdracht aan een preventieassistent; bij 12% hebben de TA en MH overleg als de MH de indicatie stelt. Bij het maken van röntgenfoto's waarbij MH+exp betrokken zijn, stelt de TA in 61% de indicatie. Als de MH+exp de indicatie zelf stelt, heeft de MH+exp in 15% geen overleg met een TA. Bij het beoordelen van de röntgenfoto's, stelt de TA meestal zelf de indicatie en beoordeelt de foto ook zelf (86%). MH-exp beoordelen de foto's in 71% zelf op eigen indicatie.

In Figuur 9 in Bijlage 3 zijn de resultaten van de indicatieprocedures voor TA onderverdeeld naar TA die met een MH-exp danwel een MH+exp samenwerken. TA die samenwerken met MH-exp stellen in 73% van de toepassingen van ioniserende stralen, waarbij ze betrokken zijn, de indicatie en voeren de handeling zelf uit, in vergelijking met 62% bij TA die samenwerken met MH+exp. Deze laatste groep TA geeft in 10% van de toepassingen aan een preventieassistent de opdracht om de toepassing te verrichten. Dit percentage is toe te schrijven aan het maken van de röntgenfoto's (19%) en niet aan het beoordelen van de foto's (0%). Bij het maken van röntgenfoto's, waarbij TA betrokken zijn die samenwerken met MH-exp, stelt in 19% MH-exp de indicatie en overlegt met een TA, bij TA die samenwerken met MH+exp is dit percentage lager, namelijk 9%. Bij het beoordelen van röntgenfoto's zijn deze percentages respectievelijk 13% en 7%.

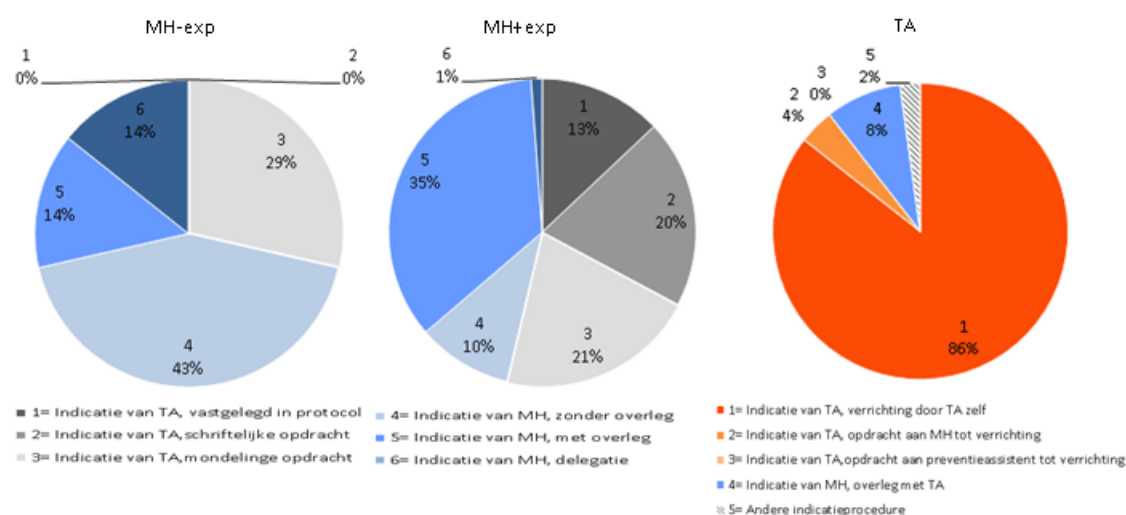
Toepassen van ioniserende straling



Maken van röntgenfoto's



Beeoordelen van röntgenfoto's



Figuur 6: Indicatieprocedures toepassen van ioniserende straling

3.4.6 Reden voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid

MH+exp voelen zich vrij om deel te nemen aan het experiment betreffende de zelfstandige bevoegdheid voor een aantal voorbehouden handelingen, blijkt uit Tabel 27 en Tabel 28 in Bijlage 2. Net als de MH-exp vinden de MH+exp de nieuwe regelgeving een verbetering ten opzichte van eerdere regelgeving en dat deze goed aansluit bij de dagelijkse praktijk. Een klein gedeelte van de MH vinden hun eigen vaardigheden en de meerderheid van de TA vinden de vaardigheden van de MH om voorbehouden handelingen binnen hun vakgebied te verrichten, niet uitstekend. *MH lichten toe dat dit het behandelen van primaire caviteiten betreft.* De formele verantwoordelijkheden om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten en de taakverdeling tussen TA en MH, met betrekking tot de voorbehouden handelingen, is (nog) niet overal goed vastgelegd. MH+exp geven aan dat de zelfstandige bevoegdheid niet door iedereen binnen het behandelteam/samenwerkingsverband wordt aanvaard.

Verschillende MH ervaren het als een beperking dat zij niet voldoen aan de criteria om mee te kunnen doen met het experiment. Sommigen benoemen dat dit komt omdat er geen mogelijkheden zijn om de vereiste opleiding te verkrijgen.

MH-exp: “De driejarig opgeleide MH mochten het ook doen, maar dan moesten ze een post hbo-opleiding hebben gedaan. Maar die post hbo-opleiding, die wordt nergens gegeven.”

MH-exp: “[...] maar dat er geen praktische cursussen zijn voor het leggen van vullingen voor mondhygiënist. Ik heb echt met iedereen contact gehad, en ze zeggen allemaal dat je BIG geregistreerd moet zijn wil je mee kunnen doen aan zo’n cursussen. Dat vind ik dan belachelijk, want als je dan niet die kans krijgt, hoe kun je je dan ontwikkelen?”

Anderen vinden de criteria niet terecht, getuige enkele onderstaande uitspraken.

MH-exp: “Ik mag niet mee doen aan het experiment. Ik heb, nadat ik mijn diploma heb behaald, dus wel cursussen gedaan om anesthesie te mogen geven en om cariës te mogen boren en te mogen vullen.”

Stakeholder: “Persoonlijk vind ik het jammer dat de kunde, de kennis en de ervaring van de twee- en driejarige opgeleide mondhygiënist niet meegenomen worden in het experiment.”

Redenen om wel of niet gebruik te maken van het experiment zijn deels materieel, zoals de aanschaf van een röntgenapparaat.

MH+exp: “In het ziekenhuis ben ik natuurlijk in loondienst, dus dan zou mijn bazin het moeten aanschaffen. Ik weet niet helemaal hoe zij daarin staat. Alleen, ik denk op zich wel dat het dan wel wordt aangeschaft, want je kan daar natuurlijk zoveel jaren mee vooruit. Ik denk dat het de investering waard is.”

MH-exp: “Maar zo’n apparaat is duur. Kijk, als ik een röntgenapparaat ga kopen voor weet ik niet hoeveel geld, dan moet je dat eigenlijk ook wel weer uit zo’n investering halen.”

Ondersteuning door een assistent wordt genoemd waardoor bijvoorbeeld boren beter mogelijk wordt, maar dit betekent ook een kostenpost voor een MH praktijk.

Stakeholder: “[...] de praktijkorganisatie niet altijd zo is, dat het voor een mondhygiënist gemakkelijk is om met een assistent het prepareren en restaureren te doen. Want dat is heel lastig, om dat in je eentje te doen. Je bent vele malen sneller en het gaat veel gemakkelijker als je een assistent aan de stoel naast je hebt.”

Daarnaast hangt het gebruik van de zelfstandige bevoegdheid soms af van het draagvlak in de werkomgeving.

MH+exp: “Voor vrijgevestigde mondhygiënisten, dat zou ik niet weten, dat wordt wel lastig. Ik hoor van bronnen dat veel tandartsen hun patiënten weer terugroepen, dat de mondhygiënist niet mag boren. Sommige tandartsen zijn hier wel relaxed over. Bij de tandartspraktijken waar een mondhygiënist aanwezig is, dat zou wel een juiste beslissing zijn, want dan kunnen ze ook veel werk delegeren aan de mondhygiënist.”

Stakeholder: “[...] durven om op hun werk, ook tegen de eigenaar van de praktijk te zeggen, ik ben een volledig vierjarig opgeleide mondhygiënist en ik heb zo’n stralingscertificaat, ik kan dat volgens mij best zelf doen.”

3.4.7 Verandering takenpakket en patiëntencontact

Ruim de helft van de MH+exp (53,1%), één vijfde van de MH-exp (18,2%) en twee vijfde van de TA (40,0%) verwachten geen verandering in de patiëntencontacten of het takenpakket door het tijdelijk toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de geregistreerd MH (Tabel 13).

Tabel 13: Verandering takenpakket en patiëntencontact

Kenmerk ¹	MH		TA	TA KORT	MZV
	-exp	+exp			
Verwachte veranderingen in patiëntencontacten of takenpakket door zelfstandige bevoegdheid ¹ (n (%))					
Geen verandering	2 (18,2)	17 (53,1) ²	2 (40,0)	-	6 (85,7)
Ik zal minder PAT dan voorheen behandelen voor:	0 (0,0)	2 (6,3)	1 (20,0)	-	-
Ik zal meer PAT dan voorheen behandelen voor:	1 (9,1)	8 (25,0) ³	1 (20,0)	-	-
Ik zal minder dan voorheen, de volgende handelingen bij PAT verrichten:	0 (0,0)	1 (3,1)	0 (0,0)	-	0 (0,0)
Ik zal meer dan voorheen, de volgende handelingen bij PAT verrichten:	2 (18,2)	14 (43,8) ⁴	0 (0,0)	-	0 (0,0)
Ik zal meer dan voorheen, PAT doorverwezen krijgen van de TA/ik zal meer dan voorheen PAT doorverwijzen naar de MH	0 (0,0)	5 (15,6)	1 (20,0)	-	-
Er zal meer dan voorheen een duidelijke afbakening tussen de takenpakketten van de MH, TA en MZV zijn	2 (18,6)	4 (12,5)	1 (20,0)	-	0 (0,0)
Mijn patiëntcontacten zullen langer dan voorheen duren	2 (18,2)	5 (15,6)	0 (0,0)	-	-
Mijn patiëntcontacten zullen korter dan voorheen duren	0 (0,0)	2 (6,3)	1 (20,0)	-	-
Anders	1 (9,1)	4 (12,5) ⁵	0 (0,0)	-	1 (14,3)

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² MH-exp/MH+exp: $p \chi^2 (1) < 0,05$

³ 8x cariës

⁴ 8x lokale anesthesie; 13x röntgenfoto's; 2x behandelen primaire caviteiten

⁵ 3x zorg wordt efficiënter als geen TA aanwezig hoeft te zijn

Eén kwart van de MH-exp (25,0%) verwacht meer PAT te behandelen voor cariës. Eén van de vijf TA verwacht meer wortelkanaalbehandelingen bij PAT uit te moeten voeren. Wat betreft de specifieke handelingen verwachten MH+exp vooral *meer röntgenfoto's te gaan maken* (13/14) en *anesthesie te gaan toepassen* (8/14). Wat betreft het aantal verwijzingen van PAT en de afbakening tussen de takenpakketten van verschillende mondzorgverleners en de duur van de patiëntcontacten verwachten de respondenten weinig tot geen verandering.

Sommige MH denken dat in hun takenpakket niet veel verandert door het experiment.

MH+exp: "Ja, ik denk eigenlijk dat er bij ons niet heel veel zal veranderen, behalve als ik dan een röntgenfoto maak, dat ik deze dan ook zelf kan declareren."

Een TA vreest voor uitholling van het vak.

TA: "[...] zeg maar dag met je handjes tegen primaire cariës, dat wordt voortaan door een ander gedaan. Ja, ik vind dat uitholling van het vak."

3.4.8 Verwacht effect op de kwaliteit van zorg

De meningen van MH en TA over de te verwachten effecten van het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid variëren sterk (Tabel 29 en Tabel 30 in Bijlage 2). Op de stelling "Door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan MH ten aanzien van een aantal handelingen I) wordt de zorg voor bepaalde PAT efficiënter; II) wordt de zorg voor bepaalde PAT kwalitatief beter; III) wordt de zorg voor bepaalde PAT minder veilig; IV) zal het aantal calamiteiten toenemen; V) zal het totaal aantal röntgenfoto's dat per PAT wordt gemaakt afnemen; VI) zullen meer cariës/ parodontologische problemen op röntgenfoto's worden gediagnosticeerd; VII) zullen röntgenfoto's beter uitwisselbaar zijn; VIII) zal voor mij de werkdruk toenemen; en IX) zal voor mij het werk interessanter worden" is geen eenduidig beeld waarneembaar voor beide groepen.

Tijdens het experiment zal deze vraagstelling veranderd worden in het ervaren effect op de kwaliteit van zorg. Zo wordt de stelling "Door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan MH ten aanzien van een aantal handelingen, wordt de zorg voor bepaalde PAT efficiënter" aangepast tot "[...], is de zorg voor bepaalde PAT efficiënter".

Verschillende geïnterviewden verwachten een positief effect op de kwaliteit van de zorg, vooral in termen van efficiëntie en continuïteit.

MH-exp: "Als een patiënt dan bij jou in de stoel zit en het doet zich voor, dan kun je meteen handelen. En anders moet je eerst weer in gesprek met elkaar. Dus het is een stuk efficiëntie."

Stakeholder: "Wij hebben de overtuiging dat op het moment dat de mondhygiënist zelfstandig bevoegd is, dat je meer continuïteit kunt geven in behandelingen."

MH+exp: "ik zou zo'n behandeling willen uitvoeren zodra ik denk, ik heb een persoonlijke vertrouwensband met het kind, dus het lijkt me verstandig dat ik dat ook doe. Je kunt het dan bij één en dezelfde behandelaar houden."

3.4.9 Verwacht effect op de toegankelijkheid van zorg

Ook de meningen van MH over de te verwachte effecten op de toegankelijkheid van zorg lopen uiteen (Tabel 29 en Tabel 30 in Bijlage 2). De resultaten op de stellingen "Door het toekennen van

een zelfstandige bevoegdheid aan MH ten aanzien van een aantal handelingen X) zal het aantal verwijzingen naar de MH toenemen; XI) zal de wachttijd/wachtlijst voor PAT afnemen” geven geen consistent beeld. De stellingen over de toegankelijkheid van zorg zijn voor TA alleen in de TA-vragenlijst opgenomen en niet in de TA KORT-vragenlijst. Door de kleine groep respondenten zijn de resultaten van deze stellingen in de TA-vragenlijst weinig betekenisvol

Tijdens het experiment zal deze vraagstelling veranderd worden in het ervaren effect op de toegankelijkheid van zorg. Zo wordt de stelling “Door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan MH ten aanzien van een aantal handelingen zal het aantal verwijzingen naar de MH toenemen” aangepast tot “[...], neemt het aantal verwijzingen naar de MH toe”.

4 Voorlopige conclusies en discussie

Op 1 juli 2020 gaat een AMvB van kracht waardoor geregistreerde mondhygiënist (MH) een experimentele zelfstandige bevoegdheid krijgen voor het toepassen van lokale anesthesie, het behandelen van primaire caviteiten en het gebruik maken van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden. Om de huidige situatie met betrekking tot het handelen van MH voorafgaand aan het in werking treden van genoemde AMvB in kaart te brengen, is onderhavige nulmeting verricht. Hierbij zijn gegevens verzameld die worden vergeleken met gegevens die tijdens het experiment worden verzameld. Aan het einde van het experiment, wordt inzichtelijk gemaakt in hoeverre het experiment gepaard gaat met een verandering in de doelmatigheid en effectiviteit van het zorgproces en in de kwaliteit van zorg.

De nulmeting is gestart op 20 mei 2019 en is geëindigd op 29 mei 2020. Het experiment loopt van 1 juli 2020 tot en met 31 december 2023.

Aan de diverse onderdelen van de nulmeting hebben in totaal 235 respondenten deelgenomen (vragenlijsten: 145 MH, 29 tandartsen (TA), 7 andere mondzorgverleners dan MH en TA (MZV) en 19 patiënten (PAT); interviews: 23 MH, 1 TA, 2 PAT en 9 stakeholders).

De respons op een totaal aantal van 3569 MH [12, 38] en 7975 TA [39, 40] werkzaam in de gezondheidszorg, is matig te noemen. De gevolgen van de matige respons op het evaluatieonderzoek worden verder in dit hoofdstuk besproken. Het gevolg voor de nulmeting is dat de beschreven resultaten met enige terughoudendheid geïnterpreteerd moeten worden.

Samenvatting resultaten

Ongeveer drie kwart van de **werkzaamheden van MH** bestaat uit (ondersteuning bij) tandheelkundige handelingen. Ongeveer één tiende van de werkzaamheden van MH bestaat uit overige patiëntgebonden activiteiten, zoals het bijwerken van patiëntendossiers, het opstellen van een zorgplan of het maken van declaraties. Intercollegiaal overleg over individuele PAT is slechts een klein onderdeel van deze werkzaamheden.

De **voorbehouden handelingen**: het toepassen van lokale anesthesie, het gebruikmaken van toestellen die ioniserende stralen uitzenden en in mindere mate het behandelen van primaire caviteiten behoren tot het takenpakket van de MH. Hierbij zijn verschillen waarneembaar tussen MH die aan het experiment kunnen deelnemen (MH+exp) en MH die op grond van hun opleiding niet kunnen deelnemen aan het experiment (MH-exp). Deze verschillen hebben betrekking op de proporties MH die de handelingen uitvoeren, de frequenties waarmee de handelingen per maand worden uitgevoerd en de indicatiestelling bij de uitvoering van de handeling.

De **proportie MH die voorbehouden handelingen uitvoert** is verschillend voor elke voorbehouden handeling. Bijna alle MH+exp passen lokale infiltratie anesthesie toe, drie kwart past mandibulaire blokanesthesie toe, de helft maakt röntgenfoto's en bijna een derde behandelt (prepareert en restaureert) primaire caviteiten. Voor MH-exp zijn deze proporties kleiner, drie kwart past lokale infiltratie anesthesie toe, ruim een derde past mandibulaire blokanesthesie toe, vier op de tien

maakt röntgenfoto's en minder dan één op de tien behandelt primaire caviteiten. Van de MH die röntgenfoto's maken heeft geen van de MH-exp een TMS-certificaat en 40 % van de MH+exp heeft wel een TMS-certificaat. Als MH foto's maken, zijn dit solo-opnames en Bitewings. De helft van de MH maakt tevens Panorama foto's, één op de tien MH+exp maakt ook laterale schedelfoto's. Bij het behandelen van primaire caviteiten ligt het zwaartepunt bij caviteiten met ICDAS-scores 2, 3 en 4. Caviteiten met scoren 0 en 6 worden incidenteel behandeld.

De **frequentie waarmee MH voorbehouden handelingen per maand uitvoeren**, is een fractie van de frequentie waarmee TA deze uitvoeren en laat voor elke voorbehouden handeling ook een zeer sterke variatie zien binnen de groepen MH en TA. De frequentie waarmee MH+exp de voorbehouden handelingen uitvoeren, is hoger dan de frequentie waarmee MH-exp deze uitvoeren. Het toepassen van mandibulaire blokanesthesie wordt het minst frequent door MH en TA uitgevoerd, het maken en beoordelen van röntgenfoto's het meest frequent.

De **duur voor het uitvoeren/delegeren van een voorbehouden handeling in minuten** (inclusief het verwerken van een opdracht/overlegtijd), is voor TA korter vergeleken met MH.

Als MH+exp lokale anesthesie toepassen, gebeurt dit bij drie kwart van de toepassingen na eigen **indicatiestelling**, waarvan één derde zonder overleg met een TA. Bij één op de drie toepassingen stelt de MH+exp de indicatie en delegeert de uitvoering van de handeling naar de TA. Als MH-exp lokale anesthesie toepassen, gebeurt dit bij ruim een kwart van de toepassingen op eigen indicatie, waarvan het merendeel zonder overleg. Van alle toepassingen van lokale anesthesie, waarbij een TA betrokken is, voert de TA in drie kwart van de toepassingen na eigen indicatiestelling ook zelf de handeling uit. Als de TA een opdracht geeft om lokale anesthesie te geven is dat vaker aan een preventieassistent dan aan een MH. Bij één op de tien toepassingen van lokale anesthesie waarbij een TA betrokken is, is sprake van overleg tussen MH en TA als de MH de indicatie stelt. De indicatiestelling bij infiltratie anesthesie en mandibulaire blokanesthesie is vergelijkbaar. Als MH+exp primaire caviteiten behandelen, gebeurt dit bij een kwart van de behandelingen op eigen indicatie, waarbij meestal overleg met een TA plaatsvindt. Het aantal MH-exp die primaire caviteiten behandelt, is te laag om de indicatieprocedure in kaart te brengen. TA voeren van één op de tien behandelingen van primaire caviteiten de handeling niet zelf uit. Indicatieprocedures voor het prepareren en restaureren van primaire caviteiten zijn vergelijkbaar. Als MH+exp röntgenfoto's maken, gebeurt dit bij één derde van de handelingen op eigen indicatie, waarvan iets minder dan de helft zonder overleg met een TA. TA maken in twee derde van de gevallen zelf de foto als ze de indicatie hebben gesteld. Als ze een opdracht geven om een foto te maken, is dat meestal aan de preventieassistent. Bij alle totstandkomingen van foto's waarbij de TA betrokken is, is bij één tiende overleg tussen MH en TA als de MH de indicatie stelt. TA beoordelen bijna altijd zelf de foto's. Bij MH-exp stelt bijna drie kwart zelf de indicatie (beoordeelt de foto's), bij één vijfde hiervan overlegt MH-exp met een TA. Bij MH+exp stelt bijna de helft de indicatie (beoordeelt de foto), waarbij het grootste gedeelte (drie kwart) overlegd wordt met een TA. Meer MH+exp, voeren frequenter, en met grotere zelfstandigheid, voorbehouden handelingen uit in vergelijking met MH-exp.

De meeste MH vinden hun **vaardigheden om voorbehouden handelingen** binnen hun vakgebied te verrichten uitstekend. Waar dit niet het geval is, wordt toegelicht dat het hier het behandelen

van primaire caviteiten betreft. De meerderheid van de TA vinden de vaardigheden van de MH om voorbehouden handelingen binnen hun vakgebied te verrichten niet uitstekend. De meerderheid van de MH vindt zich uitstekend in staat om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te (gaan) verrichten. De meerderheid van de TA is het hiermee oneens.

MH+exp geven aan tijdens het experiment hun eigen **bekwaamheid** te bepalen op grond van de gevolgde opleiding. Daarnaast wordt de eigen bekwaamheid ook per PAT en per handeling beoordeeld. Een klein gedeelte bepaalt zelf periodiek de bekwaamheid, of aan de hand van een protocol. Een kwart van de MH heeft een bekwaamheidsverklaring en één op de acht MH laat het bepalen van hun bekwaamheid over aan de verantwoordelijkheid van de TA. Om deskundig te blijven, volgen MH voornamelijk bij- en/of nascholing en nemen deel aan congressen, symposia of vakinhoudelijke vergaderingen. MH+exp houden daarnaast hun deskundigheid bij door hun werkervaring. Bijna alle MH, die ingeschreven zijn in het kwaliteitsregister, kunnen voldoende geaccrediteerde punten overleggen in het kwaliteitsregister. Eén op de tien MH die de MH-vragenlijst invulden, is momenteel niet ingeschreven in het kwaliteitsregister.

MH+exp voelen zich vrij om deel te nemen aan het **experiment** betreffende de zelfstandige bevoegdheid voor een aantal voorbehouden handelingen. MH vinden daarnaast de nieuwe regelgeving een verbetering ten opzichte van eerdere regelgeving en vinden het goed aansluiten bij de praktijk. De lijst van beschreven voorbehouden handelingen in de aanpassing van de Wet BIG vindt drie kwart van de MH-exp toereikend voor de werksituatie. Meer dan de helft van de MH wil voor bepaalde voorbehouden handelingen kunnen terugvallen op een TA.

De formele **verantwoordelijkheden** om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten en de **taakverdeling** tussen TA en MH, met betrekking tot de voorbehouden handelingen, is (nog) niet overal goed vastgelegd. MH+exp geven aan dat de zelfstandige bevoegdheid niet door iedereen binnen het behandelteam/samenwerkingsverband wordt **aanvaard**.

Belangrijke **randvoorwaarde** voor het zelfstandig uitvoeren van voorbehouden handelingen is de aanwezigheid van **samenwerkingsafspraken** tussen de verschillende mondzorgverleners. [41] Samenwerkingsafspraken kunnen worden gemaakt binnen de praktijk (intern) alsook tussen verschillende praktijken (extern). De huidige **interne samenwerkingsafspraken** zijn voor minder dan de helft van de MH schriftelijk vastgelegd, net zo vaak is sprake van ongeschreven afspraken en gewoontevorming. Dit wordt bevestigd door TA. In de interne (ongeschreven of schriftelijke) samenwerkingsafspraken is voornamelijk de wijze van patiëntenadministratie, werkinstructies en de taakverdeling opgenomen. De wijze van overleg tussen de samenwerkingspartners, de wijze van evaluatie van het zorgplan en de procedure van herschikking van taken zijn vaak geen onderdeel van de interne samenwerkingsafspraken, evenals wanneer overleg over individuele PAT nodig is. Minder dan de helft van de MH vindt dat de interne samenwerkingsafspraken niet of maar ten dele voldoen. Vaak wordt als reden opgegeven dat afspraken schriftelijk vastgelegd moeten worden. **Externe samenwerkingsafspraken** worden nog minder schriftelijk vastgelegd (geen MH-exp en 16% van de MH+exp), in vergelijking met interne samenwerkingsafspraken. Er zijn vaak helemaal geen externe samenwerkingsafspraken of er is sprake van ongeschreven afspraken of gewoontevorming. De onderdelen in de externe samenwerkingsafspraken zijn vooral

PAT gerelateerd, zoals de informatievoorziening aan PAT, de patiëntenadministratie, de wijze van verwijzing van PAT en voor MH-exp betreft dit de wijze van communicatie met PAT en de wijze van informatie-uitwisseling over PAT. Eén vijfde van MH+exp en geen MH-exp vinden de externe samenwerkingsafspraken volledig voldoen.

Om zelfstandig voorbehouden handelingen te kunnen uitvoeren, moet het voor de MH ook mogelijk zijn **overleg** te hebben met een TA. De huidige frequentie van overleg tussen MH en TA over een te verrichten voorbehouden handeling bij een PAT, varieert sterk van een aantal keren per dag tot 1x per maand of minder. Ook de vorm van het overleg varieert van face-to-face tot telefonisch en via e-mail. De mediane overlegduur voor MH en TA is vijf minuten. Alle TA vinden dit voldoende, niet alle MH zijn het hiermee eens. MH+exp zijn meer ontevreden over de overlegduur dan MH-exp. Overleg tussen MH en TA over een individuele PAT varieert vooral tussen een aantal keer per week en 1x per maand of minder. Dit overleg vindt ook face-to-face, telefonisch en via e-mail plaats. De mediane duur van dit overleg is voor MH-exp 7,5 minuten en voor MH+exp 5,0 minuten. Hierover zijn MH+exp ook meer ontevreden dan MH-exp.

Een andere randvoorwaarde voor een zelfstandige bevoegdheid, is het **handelen volgens richtlijnen**. [41] Voor het verrichten van voorbehouden handelingen zijn voor de helft van de MH+exp en ongeveer één derde van de MH-exp algemene schriftelijke regels opgesteld. Ook hier is sprake van ongeschreven regels en gewoontevorming, wat bevestigd wordt door TA. Persoonlijke schriftelijke regels en helemaal geen regels komen niet vaak voor.

PAT dienen op de hoogte te zijn over de bevoegdheden van de mondzorgverleners door wie ze behandeld worden. [41] Volgens mondzorgverleners krijgen **PAT informatie** over het type mondzorgverlener door wie ze behandeld worden, doordat mondzorgverleners badges dragen met naam en functie of dit aan de PAT vertellen. PAT worden minder vaak geïnformeerd over de bevoegdheden van de behandelend mondzorgverlener. Als PAT geïnformeerd worden, wordt dit verteld, of de PAT wordt verwezen naar de website van de praktijk, of hierover is op een wachtkamerscherm/folder informatie te vinden. Twee derde van de PAT geeft aan informatie te hebben ontvangen over welke mondzorgverlener, welke zorg mag verlenen en dat deze informatie mondeling is gegeven door de MH. Nagenoeg alle PAT zijn van mening dat de gegeven informatie duidelijk was. MH vragen vrijwel altijd toestemming aan de PAT, indien taken herschikt of gedelegeerd worden, TA niet altijd.

Tijdens de nulmeting is ook het patiëntenperspectief in kaart gebracht met betrekking tot (de tevredenheid over) de **toegankelijkheid en patiëntgerichtheid van de zorg**. PAT hebben in meer dan de helft van de gevallen zelf telefonisch een afspraak bij de MH gemaakt. Ongeveer één kwart van de PAT heeft de afspraak via de tandartsassistent gemaakt. De meeste PAT zijn (zeer) tevreden over het maken van de afspraak, alsook over de tijd tussen het maken van de afspraak en het bezoek aan de MH en de wachttijd in de wachtkamer. Het gemiddelde aantal dagen tussen het maken van de afspraak en het bezoek aan de mondhygiënist is 21, de gemiddelde wachttijd in de wachtkamer is vijf minuten. De meeste PAT vinden dat de MH hun vragen naar tevredenheid beantwoordde en zijn tevreden over de manier waarop de MH met hen omging. Ongeveer driekwart van de PAT zou beslist weer naar de MH gaan voor een soortgelijke behandeling en ongeveer één kwart van de PAT zou waarschijnlijk teruggaan naar de MH voor een soortgelijke

behandeling. Bijna de helft van de PAT had geen klachten vóór de start van de behandeling door de MH. Eén vijfde van de PAT is volledig hersteld en één derde is veel verbeterd sinds het begin van de behandeling door de MH. Alle PAT geven aan dat geen complicaties zijn opgetreden tijdens of vlak na de behandeling door de MH. De PAT geven gemiddeld het rapportcijfer 9 voor de behandeling door de MH.

Ook is tijdens de nulmeting de **werkbelasting** van MH en TA onderzocht. TA werken gemiddeld 32 (contract)uren per week, MH+exp 32 uren, MH-exp 28 uren en MZV 28 uren. Deze uren zijn bij alle mondzorgverleners over (bijna) vier dagen verdeeld. Het merendeel van de mondzorgverleners geeft aan niet over te werken. MH-exp, MH+exp en MZV hebben ongeveer 30 tot 40 patiëntcontacten per week en TA 160. Voor MH duurt dit patiëntcontact ongeveer 40 minuten, voor TA 20 en voor MZV 10 minuten. MH zijn (zeer) tevreden over de mate waarop ze zorg op maat aan PAT geven en de hoeveelheid tijd die ze per PAT beschikbaar hebben. MH+exp zijn daarnaast ook (zeer) tevreden met de uitrusting en faciliteiten waarover ze beschikken, de mate van respect die ze van PAT krijgen en de mate waarin het duidelijk is wat collega's van hen verwachten. Aspecten waar MH het meest (zeer) ontevreden over zijn, betreffen de hoeveelheid tijd die ze aan hun privéleven kunnen besteden en de informatie die een TA/andere mondzorgverlener aanlevert als deze een PAT doorverwijst.

MH hebben binnen de praktijkvoering **invloed op de besluitvorming** over de wijze waarop het werk wordt gedaan, hoe de agenda wordt ingedeeld en over een zorgplan. Daarnaast kunnen ze verbeterpunten aangeven voor de praktijk. Aspecten waar ze minder invloed op hebben, zijn de verdeling van het werk en de werving en selectie van collega's.

Ruim de helft van de MH+exp, één vijfde van de MH-exp en twee vijfde van de TA verwachten geen **verandering in de patiëntencontacten of het takenpakket** door het tijdelijk toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de geregistreerd MH. Eén kwart van de MH+exp verwacht meer PAT te behandelen voor cariës. Wat betreft het aantal verwijzingen van PAT en de afbakening tussen de takenpakketten van verschillende mondzorgverleners en de duur van de patiëntcontacten verwachten de respondenten weinig tot geen verandering. De meningen van MH en TA over de te verwachten effecten van het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid op de **kwaliteit en toegankelijkheid van zorg** variëren sterk. Door deze variatie, in combinatie met de matige respons kan geen eenduidig beeld worden verkregen op stellingen met betrekking tot de verwachte effecten op de efficiëntie, kwaliteit en veiligheid van de zorg, alsook al ook tot de verwachte effecten op het aantal calamiteiten, aantal verwijzingen, aantal röntgenfoto's per PAT, aantal diagnoses m.b.t. cariës/parodontologische problemen; de uitwisselbaarheid van foto's; wachttijd/wachtlijst voor PAT, de werkdruk en de aantrekkelijkheid van het werk.

Beschouwing

Van de MH die de MH (KORT)-vragenlijsten van de nulmeting hebben ingevuld, werkt ongeveer 45% in een mondhygiënistenpraktijk. Dit percentage is hoger dan de 33%, die genoemd wordt in een studie van het NIVEL uit 2019.[38] In deze studie is ook aangegeven dat leden en niet-leden van NVM-mondhygiënist verschillen in leeftijdsopbouw. De groep niet-leden bestaat vooral uit een groter deel jonge MH tot 35 jaar. Bij het werven van MH voor de nulmeting is vooral gebruik

gemaakt van het NVM-mondhygiënist ledenbestand, waardoor het verschil in percentages verklaard kan worden. Een andere verklaring kan zijn, dat MH werkzaam in een mondhygiënist praktijk, meer belang hebben bij het goed verlopen van het onderzoek en het experiment en daardoor eerder bereid zijn deel te nemen aan het onderzoek. Deze verklaring zou kunnen opgaan voor de MH-vragenlijst, waarvoor MH zich moesten aanmelden, maar in mindere mate voor de MH KORT-vragenlijst. Aan alle aanwezigen op een NVM-mondhygiënist symposium is de MH KORT-vragenlijst overhandigd en na invulling meteen opgehaald. Een uitgebreide toetsing op representativiteit op meerdere kenmerken, zoals leeftijdsopbouw in meerdere categorieën is echter niet zinvol door de matige respons. Vertekening van de resultaten is dus niet uit te sluiten. Ook bij de resultaten van PAT, TA en MZV is vertekening niet uit te sluiten, omdat door de matige respons niet op representativiteit getoetst kan worden.

Taakherschikking en taakverdeling zijn zeker niet nieuw binnen de mondzorg. Eerder onderzoek, onder PAT door de PFN, liet zien, dat bij 14% van de PAT in de laatste twee jaar handelingen door de MH zijn uitgevoerd, die eerder door de TA werden gedaan. [42] Ook in een door ANT geïnitieerd onderzoek onder TA, wordt door 57% van de TA aangegeven dat ze minder gecompliceerde taken aan assistenten of MH delegeren.[43]

Wat betreft de uitvoering van voorbehouden handelingen is weinig vergelijkingsmateriaal beschikbaar. In bovengenoemd PFN onderzoek wordt benoemd dat het vullen van kleine gaatjes en maken van röntgenfoto's en lokale anesthesie ook van TA naar MH wordt herschikt, maar is dit niet verder gekwantificeerd. Een onderzoek van Lee et al. toont aan dat tijdens periodieke controles, MH vaker gaatjes zijn gaan vullen over de periode 2009-2012 (van 0% naar 3% van de controles) terwijl het maken van röntgenfoto's ongewijzigd is gebleven (5% van de controles). [44] Tijdens de nulmeting is te zien dat de tijd die een TA nodig heeft voor het uitvoeren van een voorbehouden handeling substantieel korter is dan de tijd die een MH nodig heeft (inclusief verwerkingstijd opdracht of overlegtijd). Dit verschil kan gedeeltelijk verklaard worden door eventuele tijd voor overleg/verwerking opdracht. Het onderzoek van Lee et al. toont echter aan dat als TA zonder preventieassistenten of MH werken, behandelingen langer duren. [44] MH hebben meestal geen assistent ter beschikking, waardoor tijd voor het uitvoeren van handelingen, zoals het behandelen van primaire caviteiten ook langer zou kunnen duren. Daarnaast kan het verschil in routine een rol spelen in het waargenomen verschil in uitvoeringstijd.

Er is meer bekend over het patiënten perspectief op het herschikken van taken in de mondzorg. Een recent onderzoek toont aan dat de helft van PAT bereidwillig is voorbehouden handelingen te laten uitvoeren door een MH, één derde is niet bereidwillig.[45] PAT in de leeftijd 47-91 jaar zijn minder bereidwillig. Voor het behandelen van caviteiten door de MH speelt de ervaring van de PAT geen rol. PAT die ervaring hebben met anesthesie of een röntgenfoto bij de MH, zijn bereidwilliger dan PAT zonder ervaring. Ook Lee et al. vinden dat PAT positiever zijn over taakherschikking van TA naar MH, als ze meer bekend zijn met de MH.[44]

Voorwaarden voor experiment

Uit de nulmeting is gebleken dat interne samenwerkingsafspraken niet altijd schriftelijk zijn vastgelegd maar vooral berusten op gewoontevorming. Externe samenwerkingsafspraken zijn nog

minder geformaliseerd. In de AMvB voor de MH is de samenwerking met TA als voorwaarde opgenomen en dit zal dus als aandachtspunt voor het experiment moeten worden gezien. [41] In het door ANT geïnitieerde onderzoek onder TA, geeft 4% van de TA aan de samenwerking met andere zorgverleners in de mondzorg zoals MH en tandartsassistenten zeer ineffectief te vinden, 8% ineffectief en 19% deels ineffectief. [43] Het recent door de koepelorganisaties ontwikkelde consensus document met samenwerkingsafspraken kan als leidraad dienen voor het optimaliseren van lokale samenwerkingsafspraken.[46]

Verder is uit de nulmeting gebleken dat PAT grotendeels op de hoogte zijn over door welk type mondzorgverlener ze behandeld worden, maar niet over de bevoegdheden van deze mondzorgverlener. Het onderzoek van Lee et al. [44] liet eerder ook zien dat het voor PAT meestal duidelijk is wie ze behandelt, onduidelijkheden hadden vooral betrekking op de MH, tandartsassistenten en preventieassistenten. Tijdens het experiment zal voor de PAT extra onduidelijkheid ontstaan, omdat geregistreerde en niet-geregistreerde MH verschillende bevoegdheden hebben. Ook voor TA zal onduidelijk zijn welke bevoegdheden een MH heeft, vooral als de MH niet in dezelfde praktijk werkzaam is. Heldere communicatie over bevoegdheden is tijdens het experiment essentieel.

Het draagvlak voor het experiment is niet bij alle TA even groot. TA zijn in beginsel bereid om taken af te staan, maar dit geldt niet voor alle taken. Uit de nulmeting blijkt met name dat het draagvlak gering is voor het afstaan van het behandelen van primaire caviteiten. Deels wordt toegelicht dat de professionele overtuiging is toe te schrijven aan de complexiteit om “primaire caviteit” te definiëren, met als gevolg een discussie binnen en tussen beroepsgroepen. Wellicht is dit ook deels toe te schrijven aan specifieke taken die samenhangen met de professionele identiteit. [47] Naast identiteit hangt het mogelijk ook samen met onwetendheid over de resultaten van taakherschikking (of een andere taakverdeling) op relevant geachte uitkomsten. Hier zal de effectmeting inzicht in verschaffen.

Voorwaarden voor evaluatieonderzoek

De matige respons op de nulmeting bemoeilijkt een eenduidige en betrouwbare interpretatie van de resultaten, maar hoeft in beginsel geen bedreiging te zijn voor het slagen van het evaluatieonderzoek. Met het gekozen onderzoeksdesign, waarbij data op verschillende momenten bij verschillende bronnen met verschillende methodes worden verzameld en gecombineerd, is het niet alleen mogelijk effecten van het experiment te meten, maar hieraan ook duiding te geven. Een betrouwbare nulmeting is van toegevoegde waarde, alhoewel eerder in vergelijkbaar evaluatieonderzoek met betrekking tot de klinische technoloog, ook zonder nulmeting betekenisvolle conclusies en aanbevelingen zijn gemaakt. [23]

Een goede respons bij de nametingen is cruciaal

Het is het noodzakelijk dat optimaal gebruik wordt gemaakt van alle mogelijkheden om potentiële respondenten te betrekken bij het evaluatieonderzoek. Tijdens de nulmeting zijn (in tegenstelling tot eerder verrichte evaluatieonderzoeken), vanwege de perceptie van privacy regels in de Algemene Verordening Gegevensbescherming [48], geen contactgegevens van MH gedeeld met het onderzoeksteam, waardoor werving altijd via de NVM-mondhygiënist of hogescholen is

Nulmeting evaluatieonderzoek Experiment [Art.36a Wet BIG](#) geregistreerd-mondhygiënist

verlopen. Onderzoek heeft aangetoond dat een gepersonaliseerde manier van werven en het sturen van reminders de respons kunnen vergroten. [49-51] Als contactgegevens met het onderzoeksteam worden gedeeld, kunnen deze respons bevorderende maatregelen worden toegepast. De privacy van MH kan geborgd worden door een bewerkersovereenkomst. Tijdens het experiment zullen NVM-mondhygiënist en de hogescholen (nogmaals) benaderd worden om een bewerkersovereenkomst aan te gaan. Aan de nametingen kunnen uitsluitend MH+exp deelnemen. Een gedeelte hiervan zal meedoen aan het experiment en dienen zich in te schrijven in het tijdelijk BIG-register. Tijdens het experiment zal contact worden opgenomen met het BIG-register om alle ingeschreven MH te kunnen benaderen, zoals ook in het nog lopende Evaluatieonderzoek Wet BIG Artikel 36a met betrekking tot de Bachelor Medisch Hulpverlener is gebeurd. Gedurende het experiment zullen meer (TMS gecertificeerde) MH van de hogescholen uitstromen, die op grond van hun opleiding aan het experiment kunnen deelnemen, waardoor de respons positief beïnvloed kan worden. Daarnaast zal empowerment kunnen optreden onder MH, die nu nog terughoudend zijn. Het lage draagvlak van TA voor het experiment ten tijde van de nulmeting, heeft vermoedelijk ook invloed gehad op de respons op de vragenlijsten en de bereidheid om mee te werken aan een interview. Het recente overeengekomen samenwerkingsakkoord [46] tussen de koepelorganisaties zou kunnen bijdragen aan een toenemende bereidheid om deel te nemen aan de evaluatie van het experiment.

Bij een goede respons tijdens het experiment, kunnen resultaten verder gestratificeerd worden en kan getoetst worden of de resultaten verschillen tussen de strata. Voorbeelden voor strata zijn setting (MH die in een tandartsenpraktijk werken versus vrijgevestigde MH), en regio (hoge TA-MH ratio versus lage TA-MH ratio).

Aandachtspunt bij de nametingen zal de ICDAS score van de door de MH behandelde caviteiten zijn. Tijdens de nulmeting werd door MH incidenteel aangegeven dat ook caviteiten met ICDAS scores, waarvoor het niet geïndiceerd is om te behandelen, werden behandeld. Er moet hierbij duidelijkheid worden verkregen of alle respondenten de ICDAS systematiek begrijpen. Daarnaast zal een verklaring gezocht worden voor het relatief grote aantal Panorama-foto's die MH maken en beoordelen, omdat deze foto's inhoudelijk niet geschikt zijn voor de diagnostiek die een MH nodig heeft voor de werkzaamheden, inclusief het behandelen van primaire caviteiten. Tevens zal gekeken worden naar de registratie van het prepareren en restaureren van primaire caviteiten. De vrijwel identieke resultaten voor deze handelingen doet vermoeden dat beide handelingen niet los van elkaar geregistreerd kunnen worden.

Voorlopige conclusies

Het toepassen van lokale anesthesie, het gebruikmaken van toestellen die ioniserende stralen uitzenden en in mindere mate het behandelen van primaire caviteiten behoren tot het takenpakket van de mondhygiënist. Mondhygiënist die op grond van hun opleiding (4-jarige HBO of 2/3-jarig opleiding met een upgrading tot Bachelor) mee kunnen doen aan het experiment, voeren in grotere getalen, frequenter, en met grotere zelfstandigheid genoemde voorbehouden handelingen uit, in vergelijking met mondhygiënist die niet kunnen meedoen. Het starten van het experiment met deze groep MH lijkt hiermee gerechtvaardigd. Mondhygiënist die, vanwege hun opleiding, niet in aanmerking komen voor het experiment, voeren ook met regelmaat

zelfstandig voorbehouden handelingen uit en mogen niet uit het oog worden verloren. Voor een goed verloop van het experiment alsook de evaluatie ervan, verdient nog een aantal randvoorwaarden aandacht. Samenwerkingsafspraken en het handelen volgens richtlijnen dienen meer geformaliseerd te worden, een heldere communicatie van MH naar PAT en TA over hun bevoegdheden is noodzakelijk. Het vergroten van het draagvlak onder TA is een aandachtspunt, waaraan het recente samenwerkingsakkoord een belangrijke impuls kan geven. De matige respons op de nulmeting hoeft geen bedreiging te zijn voor het eenduidig kunnen beantwoorden van de onderzoeksvragen van het evaluatieonderzoek aan het einde van het experiment, mits de respons in voldoende mate toeneemt. Om een optimale respons te bereiken, is ondersteuning door de koepelorganisaties en hogescholen essentieel.

Referenties

1. Glick, M., et al., *A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health*. Int Dent J, 2016. 66(6): p. 322-324.
2. *Capaciteit Mondzorg. Aanbevelingen voor de korte en lange termijn. Eindrapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg*. Augustus 2000, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
3. *Brief 'Taakherschikking Mondzorg'*. 7 juni 2016, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
4. *Brief 'Grotere zelfstandige bevoegdheid mondhygiënist*. 25 januari 2018, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
5. den Dekker, J., *Mondzorg in sociaal perspectief*, ed. S. Bohn, van Loghum. 2012, Houten.
6. *Signalement Mondzorg 2018*. 2018, Zorginstituut Nederland: Diemen.
7. <https://www.karger.com/Article/FullText/492676>. 9 juni 2020].
8. Zorg, R.v.d.V.e., *Taakherschikking in de gezondheidszorg 2002*: Zoetermeer.
9. de Maar, F., *Een gebit zonder eind: grepen uit 50 eeuwen geschiedenis van de mondhygiëne*. 1993: Erasmus Publishing.
10. Schaub, R.M.H., *Samenwerken in de mondzorg*. 2008, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
11. Capaciteitsorgaan, *Capaciteitsplan 2021-2024, Deelrapport 3b, Eerste lijns Mondzorg*. 2019: Utrecht.
12. <https://www.staatvandemondzorg.nl/werkers-in-de-mondzorg/mondhygienisten/>. 29 April 2020].
13. *Beroepsprofiel mondhygienisten in Nederland*. 2007, Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist: Nieuwegein.
14. *Wijziging van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en van het Besluit functionele zelfstandigheid*, in Staatsblad 2006 147. 2006.
15. <https://www.kieskrm.nl/>. 9 juni 2020].
16. *Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut*, in Staatsblad 1997 523. 1997.
17. Creswell, J.W. and V.L. Plan Clark, *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, ed. S. Publications. 2006, Thousand Oaks, California: Sage Publications.
18. http://www.corwin.com/upm-data/19291_Chapter_7.pdf. 28 Maart 2020].
19. Morse, J.M., *Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation*. Nurs Res., 1991. 40(2): p. 120-3.
20. Onwuegbuzie, A.J. and R.B. Johnson, *The Validity Issue in Mixed Research*. Research in the Schools, 2006. 13(1): p. 48-63.
21. Bruijn De-Geraets, D., et al., *voorBIGhouden. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant*. 2015, Maastricht UMC+, RVE Patiënt & Zorg: Maastricht.
22. Bruijn De-Geraets, D., et al., *voorBIGhouden 2, Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant: Endoscopie, electieve cardioversie, defibrillatie*. 2016, Maastricht UMC+, RVE Patiënt & Zorg: Maastricht.
23. de Haan, M., et al., *Eindrapportage Evaluatieonderzoek Artikel 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de klinisch technoloog 2014 - 2018*. 2018: Maastricht.
24. Sidani, S. and D. Irvine, *A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings*. J Adv Nurs, 1999. 30(1): p. 58-66.
25. Grol, R. and M. Wensing, *Effective implementation: A model*. In: *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*, ed. R. Grol, M. Wensing, and M. Eccles. 2005, London: Elsevier.

26. Patton, M.Q., *Qualitative evaluation and research methods*. 1990, California, United States: Sage.
27. *Staatsblad* 572. 2011.
28. Ulin, P.R., E.T. Robinson, and E. Tolley, *Qualitative Methods in Public Health*. First edition ed. 2005, San Francisco, California, United States: Jossey-Bass.
29. Carlson, J.A., *Avoiding Traps in Member Checking*. *The Qualitative Report.*, 2010. 15(5): p. 1102 - 1113.
30. www.statline.cbs.nl. 28 Maart 2020].
31. McCranie, E.W., J.L. Hornsby, and J.C. Calvert, *Practice and career satisfaction among residency trained family physicians: a national survey*. *J Fam Pract*, 1982. 14(6): p. 1107-14.
32. Tummers, G.E., J.A. Landeweerd, and G.G. van Merode, *Organization, work and work reactions: a study of the relationship between organizational aspects of nursing and nurses' work characteristics and work reactions*. *Scand J Caring Sci*, 2002. 16(1): p. 52-8.
33. Diekstra, R., et al., *Werken onder druk. Een onderzoek naar omvang en factoren van werkstress in Nederland*. 1994, Den Haag: VUGA.
34. Meuser, M. and U. Nagel, *ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. 2002.
35. De Bruijn-Geraets, D.P., Y.J. Van Eijk-Hustings, and H.J. Vrijhoef, *Evaluating newly acquired authority of nurse practitioners and physician assistants for reserved medical procedures in the Netherlands: a study protocol*. *J Adv Nurs*, 2014. 70(11): p. 2673-82.
36. Guest, G., A. Bunce, and L. Johnson, *How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability*. *Field Methods.*, 2006. 18(1): p. 59 - 82.
37. Farmer, T., et al., *Developing and Implementing a Triangulation Protocol for Qualitative Health Research*. *Qualitative Health Research*, 2006. 16(3): p. 377 - 394.
38. Vis, E., et al., *Het aanbod aan tandartsen en mondhygiënist in Nederland. Een enquête-onderzoek ten behoeve van de raming Eerstelijns Mondzorg 2019 van het Capaciteitsorgaan*. 2019, Nivel: Utrecht.
39. <https://opendata.cbs.nl/statline/?dl=151A1#/CBS/nl/dataset/81551NED/table>. 29 April 2020].
40. <https://www.staatvsnz.nl/kerncijfers/tandartsen-aantal-werkzaam>. 29 April 2020].
41. *Staatsblad* 192. 2019.
42. *Rapport meldactie 'Mondzorg'*. 2016, Patiënten federatie NPCF: Utrecht.
43. *Taakherschikking mondzorg*. 2016, Flycatcher Internet Research: Maastricht.
44. Lee van der, I. and R.S. Batenburg, *De eerstelijns mondzorg door consumenten opnieuw bekeken*. 2012, Nivel: Utrecht.
45. Visser, A., K. Parisius, and M. Zaheri, *Taakherschikking in de mondzorg: wat vinden patiënten?* *Dental Tribune Netherlands Edition*, 2019. November 2019: p. 2.
46. *Samenwerkingsafspraken ten behoeve van experiment geregistreerd mondhygiënist 2020*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
47. Reinders, J.J., *Task shifting, interprofessional collaboration and education in oral health care*. 2018, Groningen.
48. *Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming*. 13 mei 2020]; Verkrijgbaar via: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040940/2018-05-25>.
48. Edwards, P., et al., *Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review*. *Bmj*, 2002. 324(7347): p. 1183.
49. Nakash, R.A., et al., *Maximising response to postal questionnaires--a systematic review of randomised trials in health research*. *BMC Med Res Methodol*, 2006. 6: p. 5.
50. van Gelder, M., et al., *Most response-inducing strategies do not increase participation in observational studies: a systematic review and meta-analysis*. *J Clin Epidemiol*, 2018. 99: p. 1-13.

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewprotocol expertinterview mondhygiënist

Protocol	Expert interview: mondhygiënist
Achtergrond Dit interview protocol is opgesteld t.b.v. de semi gestructureerde expert interviews die in het kader van het evaluatieonderzoek Experiment Art. 36a Wet BIG m.b.t. de inzet van de geregistreerd-mondhygiënist (MH) worden afgenomen. Doel van het interview Het doel van de expertinterviews is tweeledig: 1. Inzicht krijgen in belemmerende en bevorderende factoren bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen door MH. 2. Informatie leveren voor items in de focusgroep interviews of voor aanvullende vragen in de vragenlijsten. Methode Experts Bij zowel vertegenwoordigers van alle betrokken partijen (stakeholders) als een selectie van zorgverleners in de dagelijkse praktijk (casestudies) worden interviews afgenomen. De te interviewen personen (experts) worden geselecteerd op basis van type opleiding, soort dienstverband en praktijktype en stakeholders op basis van organisatie en setting. Voorwaarden voor selectie zijn dat de experts inhoudelijke kennis hebben van het indiceren en/of verrichten van voorbehouden handelingen of bekend zijn met de context waarin MH werkzaam zijn. Model Als gevolg van kracht gaan Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) per 1 juli 2020 ontstaat een (implementatie)proces van veranderingen van bevoegdheden t.a.v. het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Om inzicht te krijgen in de belemmerende en bevorderende factoren, voorafgaand aan de invoering van de AMvB, in dit implementatieproces wordt het implementatie model van Grol en Wensing¹ gehanteerd. Factoren die invloed hebben op een implementatieproces zijn individuele factoren, gerelateerd aan zorgverleners en patiënten; sociale, organisatorische en maatschappelijke factoren (domeinen) gebaseerd op eerder evaluatieonderzoek². Binnen de verschillende theoretische domeinen zijn diverse items te benoemen (zie checklist). Daarnaast kunnen gedurende het onderzoek items aan de domeinen worden toegevoegd. ¹ Grol R, Wensing M. Implementatie: effectieve verbetering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier 2006 (ISBN 90 352 2852 9). ² Bruijn De-Gerards D, Bessems-Beks M, Eijk van-Hustings Y, et al. voorBIGhoudens. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant. Maastricht: Maastricht UMC+, RVE Patiënt & Zorg, 2015.	Voorbereiding De te interviewen personen worden benaderd door leden van de klankbordgroep of het onderzoeksteam of zij bereid zijn mee te werken aan het interview. Na goedkeuring zal het onderzoeksteam algemene informatie over het onderzoek per e-mail toesturen en telefonisch of per e-mail contact opnemen om een afspraak te maken. Hierbij wordt gemiddeld (informatie)brief(j)d: - het een semigestructureerd interview is, - het interview face-to-face of wel telefonisch plaatsvindt, - het interview ca. 1 uur duurt, - eventuele reiskosten worden vergoed, - het interview opgenomen wordt t.b.v. analyse en rapportage en wetenschappelijke publicatie, - resultaten niet voor andere doeleinden gebruikt worden, - resultaten geanonimiseerd worden, - een concept verslag toegestuurd wordt, waarop de geïnterviewde nog correcties en/of aanvullingen kan aanbrengen. Interview Het interview zelf bestaat uit vier onderdelen: - Inleiding: - Kenismaking interviewer - geïnterviewde, - algemene informatie duidelijk of nog vragen? - akkoord met maken geluidsopnamen, - goedkeuring gebruik van resultaten voor rapportage en wetenschappelijke publicatie, invullen algemene vragen. - Open gedeelte interview, bijhouden checklist (vragen afhankelijk van type expert), - Half open gedeelte interview, punten die niet zijn aangekruist bij checklist worden verder uitgediept, vragen afhankelijk van type expert/stakeholder, - Afsluiting: - aspecten vergeten? - dank, - uitleg verdere stappen, - apparatuur uitzetten. Alle interviews worden opgenomen met een digitale voice recorder. Daarnaast worden aantekeningen gemaakt (non verbaal gedrag bij face-to-face interviews). Van elk interview wordt een conceptverslag ter correctie toegestuurd. In het verslag worden citaten met naam vermeld. Voor rapportage worden interviews gecodeerd en verwerkt zonder verwijzing naar personen. Analyse van de interviews zal plaats vinden door 2 personen van het onderzoeksteam m.b.v. NVIVO gebeuren.

Mondhygiënist
Algemene vragen: - Naam: _____ - Organisatie/type praktijk: _____ - Aantal ingeschreven patiënten _____ - Dienstverband: _____ - Opleiding (2/3/4 jarige opleiding): _____ - Samenwerking met: _____ tandartsen _____ preventie-assistenten _____ tandheelkundig specialisten _____ andere collega mondzorgverleners, namelijk _____ Open gedeelte: 1. Welke taken heeft u in uw functie(s) als mondhygiënist binnen de eigen praktijk/tandartsenpraktijk? 2. Met welke andere mondzorgverleners werkt u nauw samen? Is er overlap in taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden? 3. Welke voorbehouden handelingen voert u zelf uit? Wie stelt de indicatie/verwijzing? Ook delegatie en naar wie? 4. Als u kijkt naar de manier hoe u nu voorbehouden handelingen uitvoert, waar bent u tevreden over en waarover niet? 5. Is een zelfstandige bevoegdheid voor een aantal voorbehouden handelingen voor uw dagelijkse werkzaamheden noodzakelijk? Waarom wel/niet? 6. Hoe bent u geïnformeerd over het Experiment Geregistreerd mondhygiënist? Bent u gekend in de besluitvorming? 7. Verwacht u dat u gebruik gaat maken van de experimentele zelfstandige bevoegdheid voor geregistreerd mondhygiënist? Waarom wel/niet? 8. Welke randvoorwaarden zijn nodig om voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren? Zijn deze randvoorwaarden ook te realiseren bij start van het experiment? Waarom wel/niet? Hoe kunnen deze randvoorwaarden worden gerealiseerd? 9. Is de lijst van beschreven voorbehouden handelingen in de aanpassing van de Wet BIG toereikend voor de werksituatie? Welke wel/niet en waarom? 10. Hoe gaat een verandering van en naar een andere mondzorgverlener binnen/ buiten de organisatie in zijn werk? Kunt u een schatting maken van het aantal verwijzingen op jaarbasis? 11. Hoe zit de gewenste situatie voor de toekomst van MH m.b.t. het verrichten van voorbehouden handelingen eruit? Wat is er voor nodig om daar te komen? Wat zijn eventuele belemmeringen?

Checklist: Casestudies MH			
Domein	Subdomein	Item	Aanvullende vragen
☐	Individuele factoren-zorgverlener	Cognitieve factoren	Kennis Is uw kennisniveau om zelfstandig voorbehouden handelingen uit te gaan voeren voldoende of dient het niveau te worden verbeterd? Ersaat u hierbij belemmeringen? Hoe onderhoudt u deze kennis?
☐			Bent u geregistreerd in het kwaliteitsregister? Kunt u voldoende gecrediteerde punten overleggen? Waarom niet?
☐			Gaat u zich registreren in het BIG register? Waarom wel/niet?
☐		Zelfbeoordeling competenties	Hoe bepaalt u of u bekwaam bent om een (voorbehouden) handeling (zelfstandig) uit te voeren bij een patiënt? Welke factoren kunnen hierbij belemmerend of bevorderend werken?
☐		Motivatiele factoren	Algemeen Voldoet het werk als MH aan de verwachtingen die u had toen u met de opleiding begon? Waarom wel/niet? Zijn er interventies nodig om het draagvlak en enthousiasme voor (een zelfstandige bevoegdheid van de) MH te vergroten of te genereren bij welke groep zorgprofessionals?
☐			Wat betekent de wetwijziging voor de positie van de MH?
☐		(On)tevredenheid werkwijze	Kunt u een voorbeeld geven van een moment waarop u erg tevreden was met de werkwijze m.b.t. het uitvoeren van voorbehouden handelingen? En ook een waarop u dat niet was?
☐		Werkdruk	Verwacht u een verandering van de werkdruk als gevolg van de nieuwe zelfstandige bevoegdheid?
☐		Autonomie	Hoe ervaart u uw eigen autonomie in zijn algemeenheid? En specifiek bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen? Is hierbij een verschil tussen u en de preventie assistent (indien van toepassing)?
☐		Kenmerken patiënten	Kunt u iets vertellen over de patiëntengroep waarbij u een voorbehouden handeling uitvoert?
☐	Gedragmatige factoren	Routinematig gedrag	Hoe blijft u bekwaam in het uitvoeren van handelingen die niet vaak voorkomen?
☐		Vaardigheden	Heeft u specifieke scholing gevolgd om voorbehouden handelingen te kunnen uitvoeren? Kunt u hier iets meer over vertellen? Welke?

			Wiss uw vaardigheidsniveau voldoende direct na het afronden van de opleiding? Zo nee, wat is hieraan gedaan?
☐	Sociale factoren	Professionele teams/netwerken	Rol Welke rol neemt u als MH binnen het behandelteam/samenwerkingsverband/netwerk in? Wordt deze rol door iedereen aanvaard? Door wie niet? Welke zijn de eventuele bezwaren?
☐		Professionele ontwikkeling	Autonomie Welke invloed kan de invloeden van de experimentele bevoegdheid hebben op de rol van de MH? Denkt u dat de zelfstandige bevoegdheid door iedereen binnen het behandelteam/samenwerkingsverband/netwerk aanvaard zal worden? Door wie niet? Welke zijn de eventuele bezwaren?
			In welk opzicht verschilt uw eigen autonomie van die van de preventie assistent (indien van toepassing)?
☐	Organisatorische factoren	Organisatiestructuren en werkprocessen	Algemeen Welke standpunten neemt het management/praktijkhouder (indien van toepassing in m.b.t. de nieuwe zelfstandige bevoegdheid)? Welke uw begeleidende tandartsen/collega mondzorgverleners?
☐			Is duidelijk hoe de inbreng van de zelfstandige bevoegdheid binnen de praktijk waarin u werkzaam bent geïntegreerd wordt?
☐			Denkt u voldoende support te krijgen vanuit het management van de praktijk om de zelfstandige bevoegdheid door te voeren?
			Is voor de patient duidelijk door welk type mondzorgverlener hij /zij wordt behandeld? Hoe is dit duidelijk gemaakt?
☐			Taakverdeling Is de taakverdeling m.b.t. voorbehouden handelingen tussen u en de tandartsen of andere collega mondzorgverleners met wie u samenwerkt duidelijk?
☐			Bevoegdheden Zijn er onduidelijkheden in de grenzen van de zelfstandige bevoegdheid?
☐			Verantwoordelijkheden Is voor u duidelijk hoe de verantwoordelijkheidsverdeling is tijdens het experiment (wie is hiervoor verantwoordelijk?)
			Indien van toepassing, hoe wordt naar de patient gecommuniceerd dat u een zelfstandige bevoegdheid krijgt voor een aantal voorbehouden handelingen?
☐			Protocollen Werk u volgens protocollen (werkstructuur)? Welke?
☐			Hoe wordt getoetst of u deze protocollen naleeft?

5

			Zijn ook richtlijnen opgesteld welke voorbehouden handelingen u mag gaan verrichten? Zijn deze voor alle mondhygiënisten binnen de praktijk gelijk (zijn deze dan ook van toepassing op de preventie assistent), of gelden persoonlijke richtlijnen?
☐			Dossiersvorming Bent u tevreden over de manier van (elektronische) dossiersvorming mbt tot voorbehouden handelingen? Wat is goed, wat kan beter? Beschikt u over rechten om op eigen naam aanvullend onderzoek aan te vragen?
			Hoe wordt binnen de praktijk waar u werkzaam bent verrichtingen geregistreerd? Al tijd op naam van de tandarts?
☐	Organisatieprocessen		Veiligheid Op welke manier is geborgd dat aan alle wettelijke eisen mbt het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen, voldaan kan worden?
☐			Overleg Kunt u iets vertellen over de manier van verwijzen door tandartsen met wie u samenwerkt m.b.t. voorbehouden handelingen? Bent u hierover tevreden? Is er verschil met collega zorgverleners?
☐			Heeft u nog met andere zorgverleners overleg over voorbehouden handelingen? Waarover en hoe?
☐	Beschikbare middelen		Faciliteiten Beschikt u over voldoende faciliteiten om zelfstandig voorbehouden handelingen te gaan verrichten (bijv. röntgenapparatuur, boorapparatuur)? Welke niet?
			Additionele kosten Heeft u additionele kosten, als u gebruik wilt gaan maken van de experimentele zelfstandige bevoegdheid?
☐			Inkomen Heeft een nieuwe zelfstandige bevoegdheid invloed op de hoogte van het salaris van de MH? (indien geen praktijkhouder)
			Omzet Heeft een nieuwe zelfstandige bevoegdheid invloed op de praktijkomzet?
☐			Hoe worden de verrichtingen van u als MH geregistreerd? Is er verschil met collega mondzorgverleners?
☐			Ondersteuning Denkt u dat u behoefte heeft aan ondersteuning bij het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen tijdens de experimenteerperiode? In welke vorm mogelijk? Waarom wel/niet?

6

Bijlage 2: Aanvullende tabellen

Tabel 14: Overzicht dataverzameling uitkomstvariabelen (T0, T1, T2 en T3)

Vraag	Variabele	Kwantitatieve data						Kwalitatieve data							
		Instrument		Populatie				Instrument			Populatie				
		Vragenlijst	Digitale data-systemen	MH	TA	MZV	PAT	Vragenlijst	Individueel interview	Focus groep	MH	TA	MZV	PAT	
Hoe vaak voeren MH en TA voorbehouden handelingen uit?	Effectiviteit	•	•	•	•										
In welke mate is hierbij sprake van tussenkomst door een TA?	Effectiviteit	•		•	•				•	•	•	•			
Wat is het effect van de experimentele zelfstandige bevoegdheid voor de MH op de toegankelijkheid van de mondzorg?	Kwaliteit (toegankelijkheid)	•		•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	
Hoe zijn de ervaringen van PAT met de experimentele zelfstandige bevoegdheid voor de mondhygiënist?	Kwaliteit (patiëntgerichtheid)	•					•	•	•					•	
Wat is het effect van de experimentele zelfstandige bevoegdheid voor de MH op de veiligheid van zorg?	Kwaliteit (veiligheid)	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	
Wat is het effect van de experimentele zelfstandige bevoegdheid voor de MH op het takenpakket van mondzorgverleners?	Samenwerking	•	•	•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	
Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen een rol bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen door MH?	Effectiviteit								•	•	•	•	•	•	

Tabel 15: Persoonlijke kenmerken van respondenten van de MH- en MH KORT-vragenlijst

Kenmerk	MH		MH KORT	
	-exp	+exp	-exp	+exp
n (%)	11	32	69	33
Leeftijd (mediaan (IQR))	55,3 (43,1-64,9)	32,9 (28,8-36,8) ¹	-	-
Geslacht (n man (% man))	0 (0,0)	4 (12,5)	-	-
Opleiding				
2-jarig	7 (63,6)	1 (3,1) ²	43 (62,3)	0 (0,0)
3-jarig	4 (36,4)	3 (9,4) ²	26 (37,7)	2 (6,1)
4-jarig	0 (0,0)	28 (87,5) ²	0 (0,0)	31 (93,9)
Opleidingsinstituut (n, %)				
Acta	1 (9,1)	0 (0,0)	-	-
Hanzehogeschool Groningen	0 (0,0)	5 (17,9)	-	-
Hogeschool Arnhem Nijmegen	1 (9,1)	3 (10,7)	-	-
Hogeschool Utrecht	3 (27,3)	11 (39,3)	-	-
Katholieke Universiteit Nijmegen	2 (18,2)	0 (0,0)	-	-
Hogeschool InHolland	0 (0,)	6 (21,4)	-	-
Stichting Opleiding Mondhygiënisten Utrecht	1 (9,1)	0 (0,0)	-	-
Universiteit van Amsterdam	2 (18,2)	0 (0,0)	-	-
Opleider onbekend	1 (9,1)	3 (10,7)	-	-
Aanvullende scholing (n, %) ³				
Upgrading mondhygiënist Bachelor	0 (0,0)	4 (12,5)	0 (0,)	5 (15,2) ²
Kindertandverzorging	2 (18,2)	3 (9,4)	6 (8,4)	4 (12,1)
Mondverzorging voor volwassenen	0 (0,0)	2 (6,3)	1 (1,4)	3 (9,1)
Prepareren/restaureren van primaire caviteiten	2 (18,2)	3 (9,4)	6 (8,7)	3 (9,1)
Lokale anesthesie ¹	7 (63,6)	5 (15,6)	31 (44,9)	5 (15,2)
Toezichthoudend Medewerker Stralingsbescherming	0 (0,0)	18 (56,3) ²	3 (4,3)	2 (6,1)
Andere relevante mondzorgscholing	3 (27,3)	2 (6,3)	4 (5,8)	0 (0,0)
Jaren ervaring in functie (gemiddelde (sd))	31,4 (11,2)	9,6 (7,2) ¹	-	-
Inschrijving in register ³			-	-
Geen	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Diplomaregister	7 (63,6)	30 (93,8) ²	-	-
Kwaliteitsregister Mondhygiënisten	10 (90,9)	28 (87,5)		
Type dienstverband ⁴				
Zelfstandige (praktijkhouder)	6 (54,5)	10 (31,3)	35 (50,7)	5 (15,2) ¹
Loondienst	4 (36,4)	14 (43,8)	27 (39,1)	19 (57,6)
ZZP op uurtariefbasis	1 (9,1)	2 (6,3)	3 (4,3)	0 (0,0)
ZZP op omzetbasis ¹	1 (9,1)	14 (43,8)	7 (10,1)	10 (30,3)
Ander dienstverband	1 (9,1)	1 (3,1)	2 (2,9)	0 (0,0)

¹ P Mann-Whitney U test<0,05² MH-exp/MH+exp: pX2 (1)<0,05³ Meerdere antwoorden mogelijk⁴ Praktijk waarin de meeste uren gewerkt worden

Tabel 16: Persoonlijke kenmerken van respondenten van de TA-, TA KORT-, PAT- en MZV-vragenlijsten

Kenmerk	TA	TA KORT	PAT	MZV
n	5	24	19	7
Leeftijd (mediaan (IQR))	44,2 (34,8-54,7)	-	64,0 (37,0-68,0)	40,2 (27,9-53,4)
Geslacht (n man (% man))	2 (40,0)	-	11 (57,9)	0 (0,0)
Opleiding TA ¹				
Tandheelkunde	4 (80,0)	21 (87,5)		
Tandheelkunde in het buitenland	1 (20,0)	3 (12,5)	-	-
Tandheelkundige differentiatie	0 (0,0)	1 (4,2)	-	-
Tandheelkundige specialisatie	0 (0,0)	1 (4,2)	-	-
Andere opleiding	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-
Hoogst genoten opleiding				
Geen	-	-	1 (4,7)	-
Basisonderwijs	-	-	1 (4,7)	-
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	-	-	5 (23,8)	-
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	-	-	4 (19,0)	-
Middelbaar beroepsonderwijs/ beroepsbegeleidend onderwijs	-	-	5 (23,8)	-
Hoger algemeen voortgezet onderwijs	-	-	2 (9,5)	-
Hoger beroepsonderwijs	-	-	1 (4,7)	-
Wetenschappelijk onderwijs	-	-	1 (4,7)	-
Andere opleiding	-	-	1 (4,7)	-
Opleiding MZV ¹				
Mbo-opleiding tandartsassistent	-	-	-	5 (71,4)
Cursus preventieassistent	-	-	-	4 (57,1)
Andere opleiding	-	-	-	1 (14,3)
Jaren ervaring in functie (gemiddelde (sd))	17,0 (13,2)	-	-	15,1 (7,8)
Type dienstverband				
Zelfstandige (praktijkhouder)	2 (40,0)	15 (62,5)	-	-
Loondienst	1 (20,0)	2 (8,3)	-	7 (100,0)
ZZP op uurtariefbasis	0 (0,0)	2 (8,3)	-	0 (0,0)
ZZP op omzetbasis	2 (40,0)	10 (41,7)	-	0 (0,0)
Ander dienstverband	0 (0,0)	1 (4,2)	-	0 (0,0)
Etniciteit				
Niet westerse achtergrond	-	-	3 (15,8)	-
Westerse achtergrond		-	2 (10,5)	-
Nederlandse achtergrond		-	14 (73,7)	-
Samenstelling huishouden				
Samenwonend/gehuwd zonder thuiswonende kind(eren)	-	-	10 (52,6)	-
Samenwonend/gehuwd met thuiswonende kind(eren)	-	-	2 (11,1)	-
Inwonend bij ouders	-	-	2 (11,1)	-
Alleenwonend	-	-	2 (11,1)	-

- Niet van toepassing voor deze vragenlijst
1 Meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 17: Kenmerken van de organisatie

Kenmerk	MH		MH KORT		TA	TA KORT	MZV
	-exp	+exp	-exp	+exp			
Praktijken waarin werkzaam							
Type praktijk ¹							
Algemene tandartspraktijk (n ja (% ja))	6 (54,5)	22 (68,8)	34 (49,3)	20 (60,6)	5 (100,0)	22 (91,7)	7 (100,0)
Aantal algemene tandartspraktijken ² (gemiddelde (sd))	1,0 (0,0)	2,4 (3,5)	-	-	1,0 (0,0)	1,4 (0,5)	1,4 (1,1)
Gedifferentieerd tandartspraktijk /maatschap tandartsspecialisten (n ja (% ja))	0 (0,0)	4 (12,5)	2 (2,9)	6 (18,2) ³	0 (0,0)	4 (16,7)	0 (0,0)
Gedifferentieerd tandartspraktijk /maatschap tandartsspecialisten ² (gemiddelde (sd))	4	4	-	-	4	4	4
Mondhygiënistenpraktijk (niet in combinatie met tandartspraktijk) (n ja (% ja))	5 (45,5)	14 (43,8)	34 (49,3)	13 (39,4)	0 (0,0)	-	0 (0,0)
Mondhygiënistenpraktijk (niet in combinatie met tandartspraktijk) ² (gemiddelde (sd))	1,0 (0,0)	3,4 (7,1)	-	-	4	-	4
Ziekenhuis of gespecialiseerde instelling (n ja (% ja))	2 (18,2)	2 (6,3)	3 (4,3)	2 (6,1)	0 (0,0)	2 (8,3)	0 (0,0)
Ziekenhuis of gespecialiseerde instelling ² (gemiddelde (sd))	4	4	-	-	4	4	4
Ander type praktijk (n ja (% ja))	1 (9,1)	1 (9,4)	9 (13,0)	2 (6,1)	0 (0,0)	2 (8,3)	0 (0,0)
Ander type praktijk (gemiddelde (sd))	4	4			4	4	4
Provincie praktijk (n (%)) ⁵							
Drenthe	0 (0,0)	1 (3,1)	-	-	0 (0,0)	1 (4,2)	0 (0,0)
Flevoland	2 (18,2)	5 (15,6)	-	-	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Friesland	1 (9,1)	2 (6,3)	-	-	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (14,3)
Gelderland	1 (9,1)	0 (0,0)	-	-	0 (0,0)	4 (16,7)	0 (0,0)
Groningen	0 (0,0)	1 (3,1)	-	-	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Limburg	1 (9,1)	0 (0,0)	-	-	0 (0,0)	2 (8,3)	1 (14,3)
Noord-Brabant	2 (18,2)	3 (9,4)	-	-	1 (20,0)	4 (16,7)	1 (14,3)
Noord-Holland	2 (18,2)	5 (15,6)	-	-	0 (0,0)	6 (25,0)	0 (0,0)
Overijssel	1 (9,1)	1 (3,1)	-	-	2 (40,0)	1 (4,2)	2 (28,6)
Utrecht	1 (9,1)	5 (15,6)	-	-	0 (0,0)	3 (12,5)	0 (0,0)
Zeeland	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Zuid-Holland	2 (18,2)	14 (43,8)	-	-	1 (20,0)	3 (12,5)	2 (28,6)
Aantal ingeschreven PAT in praktijk (gemiddelde (sd)) ⁵	4322,9 (3471,9)	3771,0 (2139,8)	-	-	7993,5 (7699,2)	-	5078,3 (2801,6)
Respondenten met eigen patiëntenbestand (n (%)) ^{5,6}	8 (80,0)	21 (65,7)	-	-	4 (80,0)	-	0 (0,0)
Grootte eigen patiëntenbestand (gemiddelde (sd)) ^{5,6}	1005,3 (937,1)	543,9 (408,0)	-	-	1990,5 (1696,6)	-	4
Aantal behandelstoelen in praktijk (gemiddelde (sd)) ⁵	5,3 (6,4)	3,9 (1,9)	-	-	8,2 (8,4)	-	6,7 (7,4)

- Niet van toepassing

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² Gemiddelde (sd) van respondenten die wel werkzaam zijn in betreffend praktijktype

³ MH-exp/MH+exp: p χ^2 (1)<0,05

⁴ n<5

⁵ Praktijk waarin de meeste uren gewerkt worden

⁶ Eigen patiëntenbestand of vaste groep PAT die langer dan 1 jaar in behandeling zijn bij de mondzorgverlener

Tabel 18: Informatieoverdracht aan PAT

Kenmerk ¹	MH		MH KORT		TA	TA KORT	MZV
	-exp	+exp	-exp	+exp			
Informatie aan PAT over type behandelend mondzorgverlener						-	
Nee	1 (10,0)	0 (0,0)	-	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
Ja	8 (80,0)	29 (90,7)	-	-	5 (100,0)	-	7 (100,0)
Weet ik niet	1 (10,0)	3 (9,4)	-	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
Wijze van informatieoverdracht over type behandelend mondzorgverlener ²							
Mondzorgverleners dragen badges met naam én functie	4 (50,0)	23 (79,3)	-	-	4 (80,0)	-	6 (85,7)
Mondzorgverleners vertellen aan de PAT wat hun functie is	0 (0,0)	14 (48,3) ³	-	-	2 (40,0)	-	3 (42,9)
Andere vorm van informatieoverdracht ⁴	3 (37,5)	6 (20,7)	-	-	1 (20,0)	-	0 (0,0)
Niet van toepassing, werkzaam in een praktijk met alleen MH/TA	2 (25,0)	5 (17,2)	-	-	0 (0,0)	-	-
Informatie aan PAT over bevoegdheden mondzorgverleners							
Nee	3 (33,3)	4 (13,8)	-	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
Ja	5 (55,6)	24 (82,8)	-	-	5 (100,0)	-	5 (71,4)
Weet ik niet	1 (11,1)	1 (3,4)	-	-	0 (0,0)	-	2 (28,6)
Moment waarop PAT geïnformeerd worden over bevoegdheden							
Bij aanmelding	2 (40,0)	4 (16,7)	-	-	0 (0,0)	-	1 (20,0)
Bij de intake	2 (40,0)	14 (58,3)	-	-	1 (20,0)	-	2 (40,0)
Tijdens het consult	2 (40,0)	16 (66,7)	-	-	5 (100,0)	-	3 (60,0)
Anders ⁵	2 (40,0)	7 (29,2)			0 (0,0)	-	1 (20,0)
Wijze van informatieoverdracht over bevoegdheden							
De patiënt krijgt een folder	1 (20,0)	2 (8,3)	-	-	3 (60,0)	-	2 (40,0)
Op de website van de praktijk is informatie over de bevoegdheden te vinden	3 (60,0)	10 (41,7)	-	-	3 (60,0)	-	2 (40,0)
Op een wachtkamerscherf wordt informatie over de bevoegdheden gegeven	1 (20,0)	3 (12,5)	-	-	2 (40,0)	-	3 (60,0)
Dit wordt mondeling door mij verteld	4 (80,0)	20 (83,3)	-	-	4 (80,0)	-	2 (40,0)
Dit wordt mondeling verteld door iemand anders verteld	1 (20,0)	10 (41,7) ⁶	-	-	2 (40,0)	-	2 (40,0)
Anders	1 (20,0)	1 (4,2)					
Toestemming van PAT gevraagd voorerschikking/ delegatie behandeling							
Nee	0 (0,0)	1 (3,1)	-	-	2 (40,0)	-	0 (0,0)
Ja	5 (45,5)	18 (56,3)	-	-	3 (60,0)	-	3 (42,9)
Niet van toepassing	6 (54,5)	13 (40,6)	-	-	0 (0,0)	-	3 (42,9)

- Niet van toepassing

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

² Meerdere antwoorden mogelijk

³ MH-exp/MH+exp: $p \chi^2 (1) < 0,05$

⁴ 3x Vermeld op afspraakkaart

⁵ 6x Bij verwijzing naar TA, MZV, 2x bij bespreken behandeling

⁶ 5x TA

Tabel 19: Bijdrage besluitvorming middelen en inzet: MH

Stellingen	MH-exp						MH+exp					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Ik heb invloed op de verdeling van het werk onder mij en mijn collega's	0 (0,0)	4 (36,4)	0 (0,0)	3 (27,3)	1 (9,1)	3 (27,3)	1 (3,2)	4 (12,9)	10 (32,3)	12 (38,7)	3 (9,7)	1 (3,2)
Ik kan meebepalen wat wel en wat niet tot mijn takenpakket behoort	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,1)	5 (45,5)	3 (27,3)	2 (18,2)	2 (6,3)	2 (6,3)	3 (9,4)	14 (43,8)	11 (34,4)	0 (0,0)
Ik kan meebeslissen over de wijze waarop het werk wordt gedaan	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (45,5)	4 (36,4)	2 (18,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (15,6)	19 (59,4)	7 (21,9)	1 (3,1)
Ik kan (mee) bepalen hoe mijn agenda wordt ingedeeld	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (27,3)	7 (63,6)	1 (9,1)	0 (0,0)	1 (3,1)	5 (15,6)	13 (40,6)	13 (40,6)	0 (0,0)
Tijdens het werkoverleg heb ik inspraak bij besluiten die worden genomen	1 (9,1)	0 (0,0)	3 (27,3)	3 (27,3)	3 (27,3)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,4)	17 (53,1)	9 (28,1)	3 (9,4)
Ik heb rechtstreeks invloed op beslissingen binnen de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,2)	4 (36,4)	5 (45,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (15,6)	11 (34,4)	9 (28,1)	4 (12,5)	3 (9,4)
Ik heb inbreng bij de werving en selectie van collega's	1 (9,1)	3 (27,3)	0 (0,0)	2 (18,2)	3 (27,3)	2 (18,2)	3 (9,4)	8 (25,0)	6 (18,8)	9 (28,1)	3 (9,4)	3 (9,4)
Ik kan meebeslissen over de aanschaf van nieuwe apparatuur	0 (0,0)	2 (18,2)	2 (18,2)	3 (27,3)	4 (36,4)	0 (0,0)	2 (6,3)	3 (9,4)	10 (31,3)	10 (31,3)	5 (15,6)	2 (6,3)
Ik heb de mogelijkheid om verbeterpunten aan te geven voor de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (45,5)	6 (54,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,3)	20 (62,5)	10 (31,3)	0 (0,0)
Ik heb invloed op mondzorgkundige vernieuwingen binnen de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)	5 (15,6)	20 (62,5)	6 (18,8)	0 (0,0)
Ik kan meebeslissen over verwijzingen van PAT	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (9,1)	6 (54,5)	3 (27,3)	0 (0,0)	2 (6,3)	1 (3,1)	6 (18,8)	20 (62,5)	3 (9,4)	0 (0,0)
Ik kan meebeslissen over een zorgplan	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,1)	7 (63,6)	3 (27,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (18,8)	20 (62,5)	6 (18,8)	0 (0,0)

1 Helemaal mee oneens

2 Mee oneens

3 Deels mee oneens, deels mee eens

4 Mee eens

5 Helemaal mee eens

6 Niet van toepassing

Tabel 20: Bijdrage besluitvorming middelen en inzet: MZV

Stellingen	MZV					
	1	2	3	4	5	6
Ik heb invloed op de verdeling van het werk onder mij en mijn collega's	0 (0,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	1 (16,7)
Ik kan meebepalen wat wel en wat niet tot mijn takenpakket behoort	0 (0,0)	1 (14,3)	4 (57,1)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ik kan meebeslissen over de wijze waarop het werk wordt gedaan	0 (0,0)	2 (28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	0 (0,0)	1 (14,3)
Ik kan (mee) bepalen hoe mijn agenda wordt ingedeeld	0 (0,0)	1 (14,3)	3 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (42,9)
Tijdens het werkoverleg heb ik inspraak bij besluiten die worden genomen	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (28,6)	3 (42,9)	1 (14,3)	1 (14,3)
Ik heb rechtstreeks invloed op beslissingen binnen de praktijk	0 (0,0)	2 (28,6)	4 (57,1)	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)
Ik heb inbreng bij de werving en selectie van collega's	0 (0,0)	2 (33,3)	2 (33,3)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ik kan meebeslissen over de aanschaf van nieuwe apparatuur	2 (28,6)	1 (14,3)	2 (28,6)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ik heb de mogelijkheid om verbeterpunten aan te geven voor de praktijk	0 (0,0)	2 (28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	1 (14,3)	0 (0,0)
Ik heb invloed op mondzorgkundige vernieuwingen binnen de praktijk	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ik kan meebeslissen over verwijzingen van PAT	-	-	-	-	-	-
Ik kan meebeslissen over een zorgplan	-	-	-	-	-	-

- 1 Helemaal mee oneens
- 2 Mee oneens
- 3 Deels mee oneens, deels mee eens
- 4 Mee eens
- 5 Helemaal mee eens
- 6 Niet van toepassing
- Niet in deze vragenlijst opgenomen

Tabel 21: Interne samenwerkingsafspraken (binnen de praktijk)

Kenmerk ¹	MH		MH KORT		TA	TA KORT	MZV
	-exp	+exp	-exp	+exp			
<u>Interne</u> schriftelijke samenwerkingsafspraken aanwezig (n (%))							
Nee, solo-praktijk	2 (18,2)	1 (3,2)	-	-	1 (20,0)	-	-
Nee, helemaal geen samenwerkingsafspraken	0 (0,0)	2 (6,5)			0 (0,0)	-	0 (0,0)
Nee, ongeschreven samenwerkingsafspraken en gewoontevorming	6 (54,5)	10 (32,3)	-	-	2 (40,0)	-	1 (14,3)
Ja, schriftelijke samenwerkingsafspraken	3 (37,3)	16 (51,6)	-	-	2 (40,0)	-	3 (42,9)
Weet ik niet	0 (0,0)	2 (6,5)	-	-	0 (0,0)	-	3 (42,9)
Onderdelen <u>interne</u> samenwerkingsafspraken ² (n (%))							
De wijze van behandelen (werkinstructies)	7 (77,8)	20 (76,9)	-	-	3 (75,0)	-	3 (75,0)
De taakverdeling	6 (66,7)	23 (88,5)	-	-	4 (100,0)	-	3 (75,0)
De verantwoordelijkheidsverdeling	6 (66,7)	20 (76,9)	-	-	2 (50,0)	-	4 (100,0)
De informatievoorziening aan PAT	4 (44,4)	16 (61,5)	-	-	1 (25,0)	-	3 (75,0)
De wijze en frequentie van werkoverleg	3 (33,3)	18 (69,2)	-	-	2 (50,0)	-	3 (75,0)
De implementatie van protocollen/richtlijnen in de praktijk	5 (55,6)	17 (65,4)	-	-	4 (100,0)	-	4 (100,0)
De administratie van PAT (rapportage)	8 (88,9)	21 (80,8)	-	-	4 (100,0)	-	3 (75,0)
De wijze van communicatie met PAT	7 (77,8)	14 (53,8)	-	-	2 (50,0)	-	3 (75,0)
De wijze van overleg tussen de samenwerkingspartners	2 (22,2)	5 (19,2)	-	-	1 (25,0)	-	3 (75,0)
Wanneer overleg over individuele PAT nodig is	3 (33,3)	12 (46,2)	-	-	0 (0,0)	-	3 (75,0)
De wijze van (interne en externe) verwijzing van PAT	5 (55,6)	14 (53,8)	-	-	2 (50,0)	-	3 (75,0)
De spoedgevallenzorg	4 (44,4)	13 (50,0)	-	-	2 (50,0)	-	3 (75,0)
Wijze van evaluatie van het zorgplan	1 (11,1)	10 (38,5)	-	-	1 (25,0)	-	3 (75,0)
Wijze van evaluatie van de samenwerkingsafspraken	1 (11,1)	11 (42,3)	-	-	1 (25,0)	-	3 (75,0)
De bereikbaarheid van de praktijk	6 (66,7)	15 (57,7)	-	-	2 (50,0)	-	3 (75,0)
De procedure van herschikking van taken	0 (0,0)	8 (30,8)	-	-	1 (25,0)	-	2 (50,0)
De wijze van informatie-uitwisseling over PAT	6 (66,7)	13 (50,0)	-	-	1 (25,0)	-	2 (50,0)
Andere afspraken	0 (0,0)	7 (26,9) ³	-	-	1 (25,0)	-	0 (0,0)
Voldoen <u>interne</u> samenwerkingsafspraken (n (%))							
Nee ⁴	1 (11,1)	2 (7,7)	-	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
Ja, deels ⁴	3 (33,3)	3 (11,5)	-	-	1 (25,0)	-	1 (33,3)
Ja, volledig	5 (55,6)	21 (80,8)	-	-	3 (75,0)	-	2 (66,7)

- Niet van toepassing voor deze vragenlijst

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

² Meerdere antwoorden mogelijk

³ 7x ISO-werkinstructies

⁴ 3x liever schriftelijk vastleggen

Tabel 22: Externe samenwerkingsafspraken (met andere praktijken)

Kenmerk ¹	MH		MH KORT		TA	TA KORT	MZV
	-exp	+exp	-exp	+exp			
Externe schriftelijke samenwerkingsafspraken aanwezig (n (%))							
Nee, solo-praktijk	-	-	-	-	-	-	-
Nee, helemaal geen samenwerkingsafspraken	5 (45,6)	10 (31,3)			1 (20,0)		0 (0,0)
Nee, ongeschreven samenwerkingsafspraken en gewoontevorming	4 (36,4)	10 (31,3)	-	-	3 (60,0)	-	1 (14,3)
Ja, schriftelijke samenwerkingsafspraken	0 (0,0)	5 (15,6)	-	-	1 (20,0)	-	1 (14,3)
Weet ik niet	2 (18,2)	7 (21,9)	-	-	0 (0,0)	-	5 (71,4)
Onderdelen <u>externe</u> samenwerkingsafspraken ² (n (%))							
De wijze van behandelen (werkinstructies)	3 (75,0)	2 (13,3) ³	-	-	1 (25,0)	-	0 (0,0)
De taakverdeling	3 (75,0)	5 (33,3)	-	-	2 (50,0)	-	1 (50,0)
De verantwoordelijkheidsverdeling	2 (50,0)	1 (6,7) ³	-	-	1 (25,0)	-	0 (0,0)
De informatievoorziening aan PAT	3 (75,0)	7 (46,7) ³	-	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
De wijze en frequentie van werkoverleg	2 (50,0)	0 (0,0) ³	-	-	1 (25,0)	-	0 (0,0)
De implementatie van protocollen/richtlijnen in de praktijk	1 (25,0)	0 (0,0) ³	-	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
De administratie van PAT (rapportage)	3 (75,0)	10 (66,7)	-	-	2 (50,0)	-	1 (50,0)
De wijze van communicatie met PAT	4 (100,0)	1 (6,7) ³	-	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
De wijze van overleg tussen de samenwerkingspartners	2 (50,0)	2 (13,3)	-	-	3 (75,0)	-	0 (0,0)
Wanneer overleg over individuele PAT nodig is	3 (75,0)	3 (20,0) ³	-	-	1 (25,0)	-	0 (0,0)
De wijze van (externe en externe) verwijzing van PAT	2 (50,0)	10 (66,7)	-	-	2 (50,0)	-	0 (0,0)
De spoedgevallenzorg	1 (25,0)	1 (6,7)	-	-	3 (75,0)	-	1 (50,0)
Wijze van evaluatie van het zorgplan	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
Wijze van evaluatie van de samenwerkingsafspraken	1 (25,0)	0 (0,0) ³	-	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
De bereikbaarheid van de praktijk	2 (50,0)	1 (6,7) ³	-	-	2 (50,0)	-	0 (0,0)
De procedure van herschikking van taken	0 (0,0)	1 (6,7)	-	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
De wijze van informatie-uitwisseling over PAT	4 (100,0)	3 (20,0) ³	-	-	1 (25,0)	-	0 (0,0)
Andere afspraken	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
Voldoen <u>externe</u> samenwerkingsafspraken (n (%))							
Nee	2 (50,0)	10 (66,7)	-	-	1 (25,0)	-	1 (50,0)
Ja, deels	2 (50,0)	2 (13,3)	-	-	0 (0,0)	-	0 (0,0)
Ja, volledig	0 (0,0)	3 (20,0)	-	-	3 (75,0)	-	1 (50,0)

- Niet van toepassing voor deze vragenlijst

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

² Meerdere antwoorden mogelijk

³ MH-exp/MH+exp: p χ^2 (1)<0,05

Tabel 23: Overleg tussen MH en TA

Kenmerk	MH		TA	Kenmerk	MH		TA
	-exp	+exp			-exp	+exp	
Frequentie van overleg tussen MH en TA over een te verrichten voorbehouden handeling bij een PAT (n (%))				Frequentie van overleg tussen MH en TA over individuele PAT na doorverwijzing (n ja (% ja))			
Een aantal keren per dag	2 (18,2)	3 (9,4)	1 (20,0)	Een aantal keren per dag	0 (0,0)	1 (3,1)	-
1x per dag	1 (9,1)	5 (15,6)	3 (60,0)	1x per dag	0 (0,0)	1 (3,1)	-
Een aantal keren per week	3 (27,3)	10 (31,3)	0 (0,0)	Een aantal keren per week	2 (18,2)	12 (37,5)	-
1x per week	0 (0,0)	5 (15,6)	0 (0,0)	1x per week	2 (18,2)	8 (25,0)	-
1x per maand of minder	3 (27,3)	8 (25,0)	1 (20,0)	1x per maand of minder	5 (45,5)	7 (21,9)	-
Niet van toepassing	2 (18,2)	1 (3,1)	0 (0,0)	Niet van toepassing	2 (18,2)	3 (9,4)	-
Vorm van dit overleg (n (%)) ¹				Vorm van dit overleg (n (%)) ¹			
Mondeling, face-to-face	5 (55,6)	19 (61,3)	5 (100,0)	Mondeling, face-to-face	6 (66,7)	15 (51,7)	-
Telefonisch	3 (33,3)	15 (78,9)	0 (0,0)	Telefonisch	5 (55,6)	14 (48,3)	-
Via e-mail	5 (55,6)	11 (35,5)	0 (0,0)	Via e-mail	5 (55,6)	15 (51,7)	-
Overlegduur van dit overleg in minuten per PAT (mediaan (IQR))	5,0 (3,0-5,0)	5,0 (5,0-10,0)	5 (2,5-7,5)	Overlegduur van dit overleg in minuten per PAT (mediaan (IQR))	7,5 (3,5-10,0)	5,0 (5,0-10,0)	-
Overlegduur van dit voldoende (n (%))				Overlegduur van dit voldoende (n (%))			
Ja	7 (90,4)	22 (71,0)	5 (100,0)	Ja	8 (88,9)	24 (82,8)	-
Tevredenheid over beschikbaarheid TA voor dit overleg ²				Tevredenheid over beschikbaarheid TA voor dit overleg			
Zeer ontevreden	0 (0,0)	0 (0,0)	-	Zeer ontevreden	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Ontevreden	0 (0,0)	6 (20,0) ³	-	Ontevreden	0 (0,0)	7 (24,1) ⁴	-
Deels ontevreden, deels tevreden	1 (16,7)	5 (16,7)	-	Deels ontevreden, deels tevreden	2 (25,0)	4 (13,8)	-
Tevreden	3 (50,0)	10 (33,3)	-	Tevreden	4 (50,0)	10 (34,5)	-
Zeer tevreden	2 (33,3)	9 (30,0)	-	Zeer tevreden	2 (25,0)	8 (27,6)	-

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² MH-exp/MH+ exp: $p \chi^2 (4) < 0,05$

³ 6x slechte bereikbaarheid TA

⁴ 5x wordt niet altijd teruggebeld of gemaild, 2x door agenda's lukt overleg niet altijd

Tabel 24: Ervaren patiëntgerichtheid

Stellingen	PAT					
	1	2	3	4	5	6
De MH besprak met mij dat ik voor de behandeling doorverwezen zou worden naar een andere mondzorgverlener	0 (0,0)	3 (15,8)	0 (0,0)	1 (5,3)	1 (5,3)	13 (72,2)
De MH vroeg me welke mondzorgverlener mijn voorkeur had	1 (5,6)	2 (11,1)	0 (0,0)	2 (11,1)	0 (0,0)	13 (72,2)
De MH vertelde dat er verschillende opties waren voor de behandeling	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	5 (27,8)	1 (5,6)	9 (50,0)
De MH vertelde precies wat de voor- en nadelen van de behandelmogelijkheden waren	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	8 (44,4)	3 (16,7)	6 (33,3)
De MH hielp me alle informatie te begrijpen	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (26,3)	10 (52,6)	4 (21,1)
De MH vroeg me welke behandelmogelijkheid mijn voorkeur had	1 (5,6)	1 (5,6)	0 (0,0)	5 (26,3)	2 (10,5)	10 (52,6)
De MH en ik hebben verschillende behandelmogelijkheden grondig afgewogen	1 (5,3)	2 (10,5)	1 (5,3)	5 (26,3)	1 (5,3)	9 (47,7)
De MH en ik kozen een behandeling samen	1 (5,3)	2 (10,5)	0 (0,0)	6 (31,6)	2 (10,5)	8 (42,1)
De MH en ik kwamen overeen hoe verder te gaan in de behandeling	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (10,5)	8 (42,1)	5 (26,3)	4 (21,1)
De MH legde tijdens de behandeling uit wat hij/zij ging doen	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (42,1)	10 (52,6)	1 (5,3)
De MH gaf aan wat het resultaat van de behandeling zou zijn	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	9 (47,4)	7 (36,8)	2 (10,5)
De MH beantwoordde mijn vragen naar tevredenheid	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (44,4)	8 (44,4)	2 (11,1)

1 Helemaal mee oneens

2 Mee oneens

3 Deels mee oneens/deels mee eens

4 Mee eens

5 Helemaal mee eens

6 Niet van toepassing

Tabel 25: Subjectieve werkbelasting: MH

Kenmerk	MH-exp						MH+exp					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
De mate waarover ik zorg op maat aan PAT geef	0 (0,0)	1 (9,1)	0 (0,0)	3 (27,3)	7 (63,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (38,7)	19 (61,3)	0 (0,0)
De hoeveelheid tijd die ik per PAT beschikbaar heb	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (63,6)	4 (36,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (12,5)	18 (56,3)	10 (31,3)	0 (0,0)
De hoeveelheid overlegtijd die ik krijg van de TA met wie ik samenwerk	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,1)	3 (27,3)	3 (27,3)	4 (36,4)	0 (0,0)	2 (6,3)	7 (21,9)	11 (34,4)	6 (18,8)	6 (18,8)
De mate van samenwerking tussen mij en de TA binnen de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (40,0)	2 (20,0)	4 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (32,3)	11 (35,5)	10 (32,3)
De mate van samenwerking tussen mij en de overige medewerkers binnen de praktijk	0 (0,0)	1 (9,1)	2 (18,2)	2 (18,2)	4 (36,4)	2 (18,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,4)	16 (50,0)	11 (34,3)	2 (6,3)
De organisatie en het management van de praktijk	0 (0,0)	1 (9,1)	3 (27,3)	3 (27,3)	2 (18,2)	2 (18,2)	0 (0,0)	1 (3,1)	5 (15,6)	21 (65,6)	3 (12,5)	1 (3,1)
De uitrusting en de faciliteiten, waarover ik beschik ¹	0 (0,0)	1 (9,1)	3 (27,3)	2 (18,2)	5 (45,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,3)	20 (62,5)	10 (31,3)	0 (0,0)
De mate van respect die ik van de PAT krijg	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	4 (40,0)	5 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,3)	19 (59,4)	10 (31,3)	1 (3,1)
De hoogte van mijn salaris als MH	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,2)	6 (54,5)	2 (18,2)	1 (9,1)	1 (3,1)	1 (3,1)	3 (9,4)	17 (53,1)	6 (18,8)	4 (12,5)
De hoeveelheid tijd die ik aan mijn privéleven kan besteden	0 (0,0)	4 (36,4)	0 (0,0)	5 (45,5)	2 (18,2)	0 (0,0)	2 (6,3)	3 (9,4)	9 (28,1)	15 (46,9)	3 (9,4)	0 (0,0)
De mate waarin het werk mij uitdaagt te laten zien wat ik kan	0 (0,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	5 (50,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)	3 (9,4)	21 (65,6)	7 (21,9)	0 (0,0)
De mate waarin mij duidelijk is wat collega's van mij verwachten	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,2)	8 (72,7)	0 (0,0)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,3)	27 (84,4)	3 (9,4)	0 (0,0)
De hoeveelheid tijd die mijn werk mij kost	1 (9,1)	0 (0,0)	2 (18,2)	5 (45,5)	2 (18,2)	1 (9,1)	1 (3,1)	3 (9,4)	9 (28,1)	17 (53,1)	2 (6,3)	0 (0,0)
De mogelijkheden om bij- en nascholing te kunnen volgen ¹	0 (0,0)	1 (9,1)	3 (27,3)	3 (27,3)	4 (36,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (12,5)	25 (78,1)	3 (9,4)	0 (0,0)
De informatie die een TA/andere mondzorgverlener aanlevert als deze een PAT naar mij doorverwijst	1 (9,1)	2 (18,2)	4 (36,4)	3 (27,3)	0 (0,0)	1 (9,1)	2 (6,3)	6 (18,8)	16 (50,0)	8 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

1 Zeer ontevreden

2 Ontevreden

¹ MH-exp/MH+exp: $p \chi^2 (3) < 0,05$

3 Deels ontevreden, deels tevreden

4 Tevreden

5 Zeer tevreden

6 Niet van toepassing

Tabel 26: Subjectieve werkbelasting: TA en MZV

Stellingen Mate van tevredenheid over:	TA					MZV								
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6		
De mate waarover ik zorg op maat aan PAT geef	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	6 (85,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De hoeveelheid tijd die ik per PAT beschikbaar heb	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (42,9)	3 (42,9)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De hoeveelheid overlegtijd die ik aan de MH met wie ik samenwerk kan geven	0 (0,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-	-	-
De hoeveelheid overlegtijd die ik krijg van de TA met wie ik samenwerk	-	-	-	-	-	-	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (14,3)	4 (57,1)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De mate van samenwerking tussen mij en de TA binnen de praktijk	-	-	-	-	-	-	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (14,3)	3 (42,9)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De mate van samenwerking tussen mij en de MH binnen de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (42,9)	3 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De mate van samenwerking tussen mij en de overige medewerkers binnen de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (57,1)	2 (28,6)	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (14,3)
De organisatie en het management van de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	4 (57,1)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De uitrusting en de faciliteiten, waarover ik beschik	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	4 (57,1)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De mate van respect die ik van de PAT krijg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	5 (71,4)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De hoogte van mijn salaris als TA/MZV	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (14,3)	2 (28,6)	3 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De hoeveelheid tijd die ik aan mijn privéleven kan besteden	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (71,4)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De mate waarin het werk mij uitdaagt te laten zien wat ik kan	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (57,1)	3 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De mate waarin mij duidelijk is wat collega's van mij verwachten	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	3 (42,9)	2 (28,6)	0 (0,0)	1 (14,3)	1 (14,3)
De hoeveelheid tijd die mijn werk mij kost	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	6 (85,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De mogelijkheden om bij- en nascholing te kunnen volgen	-	-	-	-	-	-	2 (28,6)	1 (14,3)	3 (42,9)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

1 Helemaal mee oneens

2 Mee oneens

3 Deels mee oneens, deels mee eens

4 Mee eens

5 Helemaal mee eens

6 Niet van toepassing

Tabel 27: Gebruik voorbehouden handelingen en procedures en reden voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid: MH

Stellingen	MH-exp						MH+exp					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Gebruik voorbehouden handelingen en procedures												
Ik ben uitstekend in staat om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten	1 (9,1)	1 (9,1)	2 (18,2)	2 (18,2)	4 (36,4)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,4)	14 (43,8)	15 (46,9)	0 (0,0)
De lijst van beschreven voorbehouden handelingen in de aanpassing van de Wet BIG is niet toereikend voor mijn werksituatie	1 (9,1)	3 (27,3)	2 (18,2)	2 (18,2)	2 (18,2)	1 (9,1)	9 (28,1)	15 (46,9)	5 (15,6)	2 (6,3)	0 (0,0)	1 (3,1)
Ik wil voor bepaalde voorbehouden handelingen kunnen terugvallen op een TA	0 (0,0)	1 (9,1)	4 (36,4)	2 (18,2)	2 (18,2)	2 (18,2)	2 (6,3)	7 (21,9)	5 (15,6)	14 (43,8)	4 (12,5)	0 (0,0)
Reden voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid												
Ik ben vrij om deel te nemen aan het experiment betreffende de zelfstandige bevoegdheid voor een aantal voorbehouden handelingen ¹	2 (18,2)	1 (9,1)	2 (18,2)	1 (9,1)	2 (18,2)	3 (27,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (18,8)	9 (28,1)	17 (53,1)	0 (0,0)
De aanpassing van de Wet BIG, waardoor MH een zelfstandige bevoegdheid krijgen t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen zal een verbetering zijn ten opzichte van eerdere regelgeving	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,2)	3 (27,3)	6 (54,5)	0 (0,0)	1 (3,1)	0 (0,0)	1 (3,1)	11 (34,4)	19 (59,4)	0 (0,0)
De aanpassing van de Wet BIG, waardoor MH een zelfstandige bevoegdheid krijgen t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen sluit goed aan op de praktijk	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (9,1)	3 (27,3)	6 (54,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,4)	11 (34,4)	18 (56,3)	0 (0,0)
Mijn vaardigheden om de voorbehouden handelingen binnen mijn vakgebied te verrichten zijn uitstekend ^{1,2}	1 (9,1)	1 (9,1)	2 (18,2)	1 (9,1)	4 (36,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)	4 (12,5)	18 (56,3)	9 (28,1)	0 (0,0)
De formele verantwoordelijkheden om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten zijn (nog) niet goed vastgelegd	0 (0,0)	1 (10,0)	3 (30,0)	3 (30,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	1 (3,1)	9 (28,1)	10 (31,3)	9 (28,1)	1 (3,1)	2 (6,3)
De taakverdeling tussen TA en mij als MH met betrekking tot voorbehouden handelingen is (nog) niet goed vastgelegd	0 (0,0)	3 (27,3)	2 (18,2)	5 (45,5)	0 (0,0)	1 (9,10)	1 (3,1)	7 (21,9)	8 (25,0)	12 (37,5)	3 (9,4)	1 (3,1)
De zelfstandige bevoegdheid t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen, wordt door iedereen binnen het behandelteam/samenwerkingsverband aanvaard ¹	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,1)	4 (36,4)	2 (18,2)	4 (36,4)	1 (3,1)	2 (6,3)	10 (31,3)	13 (40,6)	6 (18,8)	0 (0,0)

1 Helemaal mee oneens

2 Mee oneens

¹ MH-exp/MH+exp: $p \chi^2 (5) < 0,05$

² (helemaal) mee oneens: 5x voor behandelen primaire caviteiten

3 Deels mee oneens, deels mee eens

4 Mee eens

5 Helemaal mee eens

6 Niet van toepassing

Tabel 28: Gebruik voorbehouden handelingen en procedures en reden voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid: TA

Stellingen	TA						TA-KORT					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Gebruik voorbehouden handelingen en procedures												
De MH is uitstekend in staat om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten	0 (0,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	7 (29,2)	6 (25,0)	5 (20,8)	4 (16,7)	2 (8,3)	0 (0,0)
De lijst van beschreven voorbehouden handelingen in de aanpassing van de Wet BIG is niet toereikend voor de werksituatie van de MH	1 (20,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
Reden voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid												
De aanpassing van de Wet BIG, waardoor MH een zelfstandige bevoegdheid krijgen t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen zal een verbetering zijn ten opzichte van eerdere regelgeving	0 (0,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
De aanpassing van de Wet BIG, waardoor MH een zelfstandige bevoegdheid krijgen t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen sluit goed aan op de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
De vaardigheden van de MH om de voorbehouden handelingen binnen zijn/haar vakgebied te verrichten zijn uitstekend	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	5 (20,8)	6 (25,0)	7 (29,2)	4 (16,7)	2 (8,3)	0 (0,0)
De formele verantwoordelijkheden om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten zijn (nog) niet goed vastgelegd voor de MH	1 (20,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
De taakverdeling tussen mij als TA en de MH met betrekking tot voorbehouden handelingen is <i>niet</i> goed vastgelegd	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (16,7)	10 (41,7)	2 (8,3)	4 (16,7)	3 (12,5)	1 (4,2)
De zelfstandige bevoegdheid van de MH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen, wordt door iedereen binnen het behandelteam/ samenwerkingsverband aanvaard	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	3 (13,0)	3 (13,0)	4 (17,4)	6 (26,1)	3 (13,0)	4 (17,4)

1 Helemaal mee oneens

2 Mee oneens

¹ <H-exp/MH+exp:p χ² (5)<0,05

² (helemaal) mee oneens: 5x voor behandelen primaire caviteiten

3 Deels mee oneens, deels mee eens

4 Mee eens

5 Helemaal mee eens

6 Niet van toepassing

Tabel 29: Verwacht effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg: MH

Stellingen, door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan MH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen:	MH-exp						MH+exp					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Kwaliteit van zorg												
wordt de zorg voor bepaalde PAT efficiënter	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,2)	5 (45,5)	4 (36,4)	0 (0,0)	1 (3,1)	1 (3,1)	2 (6,3)	13 (40,6)	15 (46,9)	0 (0,0)
wordt de zorg voor bepaalde PAT kwalitatief beter	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (36,4)	3 (27,3)	4 (36,4)	0 (0,0)	1 (3,1)	3 (9,4)	6 (18,8)	10 (31,3)	12 (37,5)	0 (0,0)
wordt de zorg voor bepaalde PAT minder veilig	5 (45,5)	2 (18,2)	1 (9,1)	3 (27,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (28,1)	20 (62,5)	1 (3,1)	2 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
zal het aantal calamiteiten toenemen	2 (18,2)	3 (27,3)	3 (27,3)	3 (27,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (18,8)	18 (56,3)	7 (21,9)	1 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
zal het totaal aantal röntgenfoto's dat per PAT wordt gemaakt afnemen	1 (9,1)	2 (18,2)	7 (63,6)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (6,3)	11 (34,4)	13 (40,6)	3 (9,4)	2 (6,3)	1 (3,1)
zullen meer cariës/ parodontologische problemen op röntgenfoto's worden gediagnosticeerd	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (9,1)	5 (45,5)	3 (27,2)	1 (9,1)	2 (6,5)	5 (16,1)	3 (9,7)	13 (41,9)	8 (25,8)	0 (0,0)
zullen röntgenfoto's beter uitwisselbaar zijn	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (27,3)	4 (36,4)	3 (27,3)	1 (9,1)	2 (6,3)	1 (3,1)	9 (28,1)	13 (40,6)	7 (21,9)	0 (0,0)
zal voor mij de werkdruk toenemen ¹	0 (0,0)	2 (18,2)	4 (36,4)	2 (18,2)	0 (0,0)	3 (27,3)	3 (9,4)	14 (43,8)	7 (21,9)	7 (21,9)	1 (3,1)	1 (3,1)
zal het werk voor mij interessanter worden ¹	0 (0,0)	2 (18,2)	1 (9,1)	2 (18,2)	4 (36,4)	2 (18,2)	1 (3,2)	0 (0,0)	5 (16,1)	9 (29,0)	16 (51,6)	0 (0,0)
Toegankelijkheid van zorg												
zal het aantal verwijzingen naar de MH toenemen	2 (18,2)	1 (9,1)	4 (36,4)	3 (27,3)	1 (9,1)	0 (0,0)	3 (9,4)	9 (28,1)	11 (34,4)	6 (18,8)	2 (6,3)	1 (3,1)
zal de wachttijd/wachtlust voor PAT afnemen	0 (0,0)	3 (27,3)	2 (18,2)	3 (27,3)	2 (18,2)	1 (9,1)	2 (6,3)	8 (25,0)	12 (37,5)	5 (15,6)	5 (15,6)	0 (0,0)

1 Helemaal mee oneens

2 Mee oneens

3 Deels mee oneens, deels mee eens

4 Mee eens

5 Helemaal mee eens

6 Niet van toepassing

Tabel 30: Verwacht effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg: TA en MZV:

Stellingen, door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan MH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen:	TA						MZV					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Kwaliteit van zorg												
wordt de zorg voor bepaalde PAT efficiënter (TA vragenlijst)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
wordt de zorg voor bepaalde PAT efficiënter (TA KORT-vragenlijst)	9 (37,5)	5 (20,8)	6 (25,0)	2 (8,3)	2 (8,3)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
wordt de zorg voor bepaalde PAT kwalitatief beter (TA vragenlijst)	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
(wordt de zorg voor bepaalde PAT kwalitatief beter (TA KORT-vragenlijst)	9 (37,5)	10 (41,7)	4 (16,7)	0 (0,0)	1 (4,2)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
wordt de zorg voor bepaalde PAT minder veilig (TA vragenlijst)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
wordt de zorg voor bepaalde PAT minder veilig (TA KORT-vragenlijst)	0 (0,0)	3 (12,5)	3 (12,5)	10 (41,7)	8 (33,3)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
zal het aantal calamiteiten toenemen	1 (20,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
zal het totaal aantal röntgenfoto's dat per PAT wordt gemaakt afnemen	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
zullen meer cariës/ parodontologische problemen op röntgenfoto's worden gediagnosticeerd (TA vragenlijst)	0 (0,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
zullen meer cariës/ parodontologische problemen op röntgenfoto's worden gediagnosticeerd (TA KORT-vragenlijst)	4 (17,4)	6 (26,1)	4 (17,4)	4 (17,4)	3 (13,0)	2 (8,7)	-	-	-	-	-	-
zullen röntgenfoto's beter uitwisselbaar zijn	0 (0,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
zal voor mij de werkdruk afnemen	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	3 (50,0)
zal het werk voor mij minder interessant worden	0 (0,0)	4 (80,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	3 (50,0)
Toegankelijkheid van zorg												
zal het aantal verwijzingen naar de MH toenemen	0 (0,0)	4 (80,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-
zal de wachttijd/wachtlijst voor PAT afnemen	0 (0,0)	4 (80,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	-	-

1 Helemaal mee oneens

2 Mee oneens

3 Deels mee oneens, deels mee eens

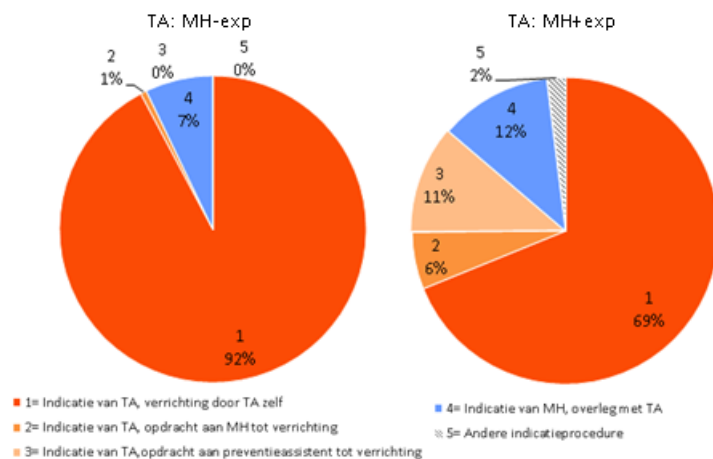
4 Mee eens

5 Helemaal mee eens

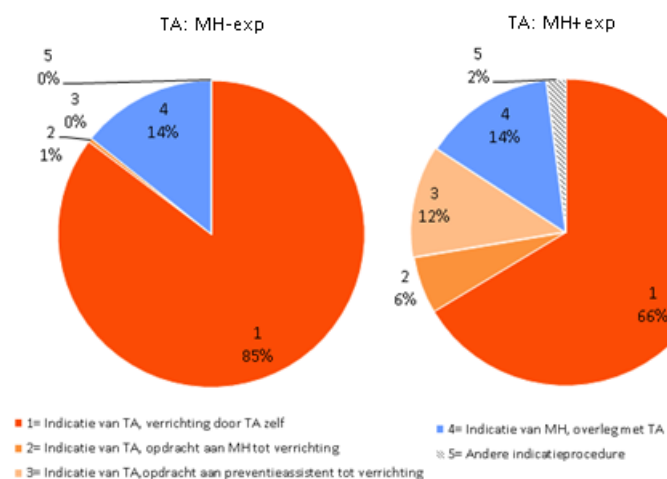
6 Niet van toepassing

Bijlage 3: Aanvullende figuren

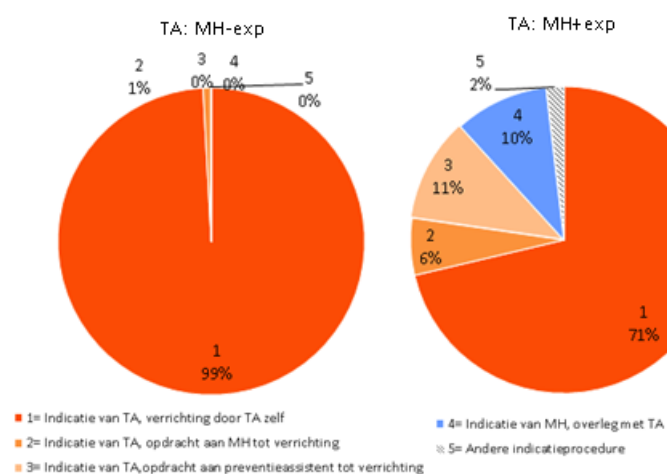
Toepassen van lokale anesthesie



Toepassen van infiltratie anesthesie

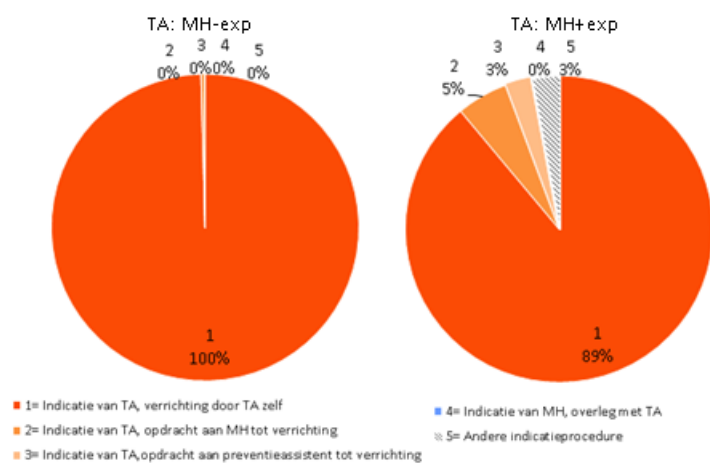


Toepassen van mandibulaire blokanesthesie

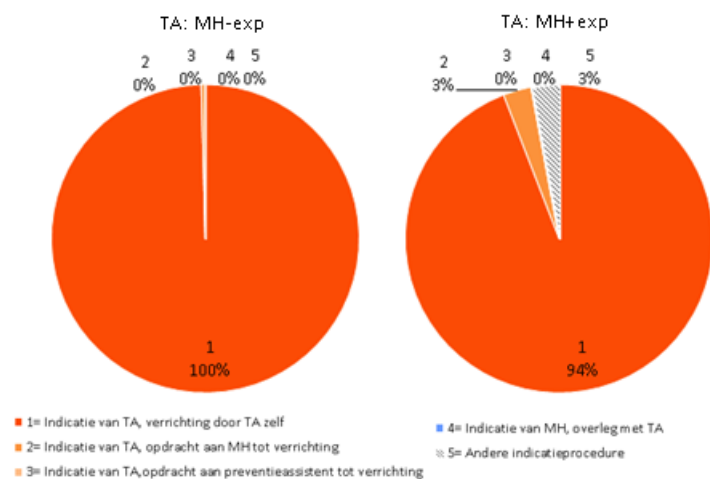


Figuur 7: Indicatieprocedures toepassen van lokale anesthesie TA naar MH-exp/MH+exp

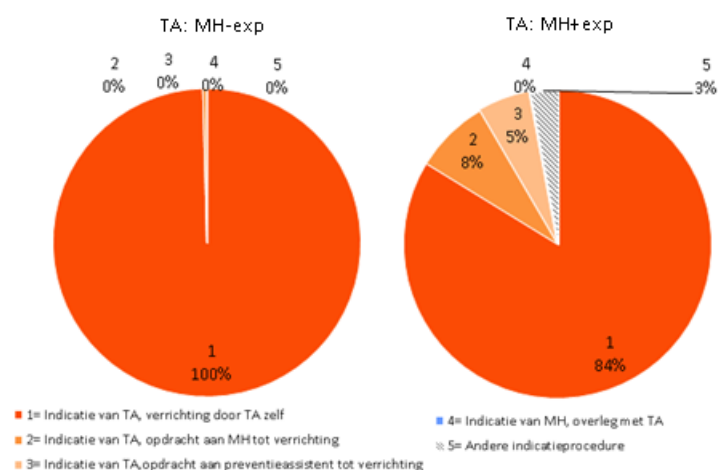
Behandelen van primaire caviteiten



Prepareren van primaire caviteiten

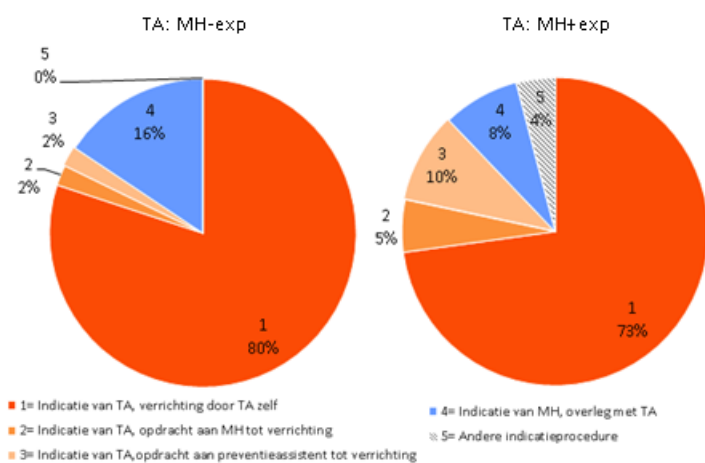


Restaureren van primaire caviteiten

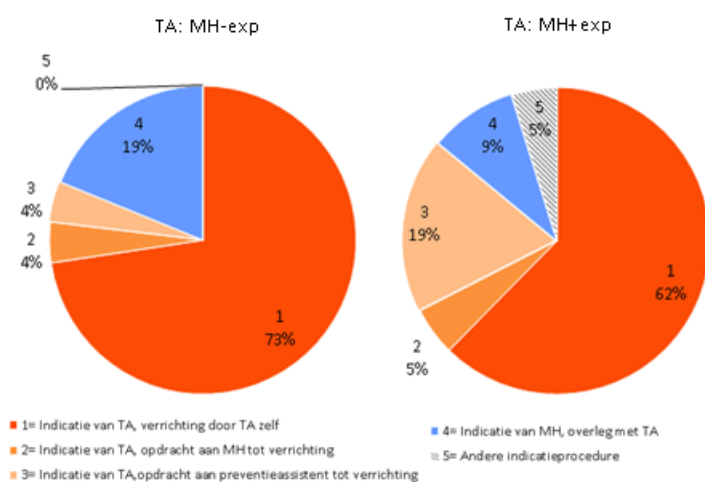


Figuur 8: Indicatieprocedures behandelen primaire caviteiten TA naar MH-exp/MH+exp

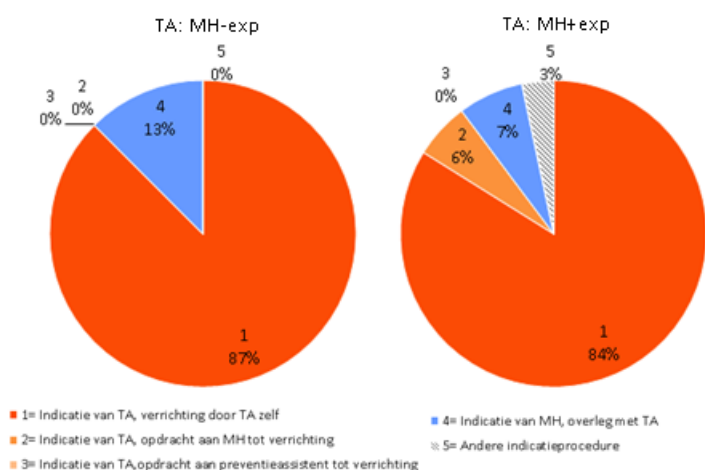
Toepassen van ioniserende straling



Maken van röntgenfoto's



Beoordelen van röntgenfoto's



Figuur 9: Indicatieprocedures toepassen van ioniserende straling TA naar MH-exp/MH+exp