

ONDERZOEK

HET TANDHEELKUNDIG GEZONDHEIDSPROJECT

EEN PATIËNTENEVALUATIE

M. A. J. VAN GROENESTIJN, sociologe
 C. J. MAAS-DE WAAL, sociaal psychologe
 P. A. MILEMAN B.D.S.
 J. N. SWALLOW M.D.S.

*Uit de Subfaculteit Tandheelkunde
 van de Universiteit van Amsterdam.*

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Gedragwetenschappen – Hulpkrachten

Inleiding

De interesse voor het inzetten van hulpkrachten bij het verlenen van tandheelkundige hulp vindt zijn oorsprong in het signaleren van een tekort aan tandheelkundige hulp, een te lage tandarts-patiëntratio (met als nevenprobleem een te geringe geografische spreiding van tandartsen) en te hoge kosten voor tandheelkundige behandeling. Aangezien een vergroting van de tandartsendichtheid op zichzelf niet noodzakelijk hoeft te resulteren in een wezenlijke verbetering van de tandheelkundige verzorging, werd de aandacht steeds meer gericht op de tandheelkundige opleidingen als zodanig (Barmes, 1978; Beirun, 1978; Cohen, 1978).

Zo kwam ook aan de Universiteit van Amsterdam de discussie op gang over een differentiatie van de tandheelkundige opleiding (nota 'Het differentiatieproject', 1974) met als uitgangspunt de noodzakelijkheid van de diagnostiek van de mond als geheel en de noodzakelijkheid van geïntegreerde behandelplannen.

Deze discussie resulteerde in het voorstel enerzijds om in de tandheelkundige opleiding voor specialisten een centrale plaats te reserveren met het oog op een verantwoorde diagnose en een geïntegreerd behandelplan, anderzijds om mondhygiënist op te gaan leiden tot hulpkrachten die in teamverband zouden kunnen gaan werken onder supervisie van een tandarts. In februari 1974 werd door de Subfaculteit van de Universiteit van Amsterdam een programma opgesteld om hulpkrachten op te leiden tot het verrichten van een aantal taken die tot dan toe

altijd waren verricht door een tandarts.

Het tandheelkundig gezondheidsproject (T.G.P.)

In april 1976 werd in de Jordaan in Amsterdam een experimentele buurtgebonden tandheelkundige kliniek gevestigd, het Tandheelkundig Gezondheidsproject.*).

Het experimentele lag daarin dat er gewerkt wordt in een team, bestaande uit hulpkrachten (de Curatieve Medewerksters = C.M.) enkele tandartsen en een aantal Assistent-Medewerksters (Swallow, 1975). Het betreft een buurtgebonden kliniek, en wel bedoeld voor de bewoners van de Jordaan**, ongeacht de wijze van ziektekostenverzekering, dus zowel voor mensen die lid zijn van een ziekenfonds als voor particulier verzekerden***). Het werk van de C.M.'s, mondhygiënist met een extra opleiding van 3 maanden, betreft zowel de

*). Universiteit van Amsterdam, Subfaculteit Tandheelkunde.

**). Begrensd door de volgende grachten: Brouwersgracht (exclusief de evenzijde), Singelgracht, Prinsengracht (exclusief de onevenzijde), Leidsegracht (exclusief de onevenzijde).

***). Voor gesaneerde ziekenfondsleden worden de in het verzekeringspakket opgenomen behandelingen vergoed door de Amsterdamse Vereniging ten behoeve van de Tandheelkundige verzorging van Ziekenfondsverzekerden (A.T.Z.)

Voor particulier verzekerden geldt het middentarief van de C.O.B.I.T. (Commissie Onderzoek en Begeleiding Inkomen en Tarieven, 1974).

Samenvatting:

In het Tandheelkundig Gezondheidsproject wordt gewerkt in een team bestaande uit hulpkrachten, assistent-medewerksters en tandartsen. De tandarts delegeert aan de hulpkracht taken, die zowel reversibel als irreversibel van aard kunnen zijn. In dit artikel wordt nagegaan of de patiënten in staat zijn tandheelkundige behandeling, verricht door hulpkrachten, te accepteren. De eerste 1000 patiënten kregen een vragenlijst toegestuurd.

Van de respondenten vulde 99% in tevreden te zijn over de manier waarop ze bij het T.G.P. behandeld worden, 5% was ook ontevreden. Als redenen van tevredenheid werden het meest genoemd: goede uitstekende, prima behandeling (29%); vriendelijke mensen, prettige sfeer (25%); persoonlijke aandacht, menselijk, geen nummer (24%) pijnloos, plaatselijke verdoving (20%).

Een aantal aspecten van de tandheelkundige behandeling werd aan de respondenten ter beoordeling voorgelegd. Het merendeel werd door meer dan 90% als (zeer) tevreden gescored.

De weinige negatieve opmerkingen betroffen voornamelijk de administratie en de receptie. Van de patiënten ging 99% voor het T.G.P. er was, niet regelmatig naar de tandarts. Bijna de helft van de patiënten is er via kennissen, vrienden, familie toegekomen om patiënt te worden bij het T.G.P., 14% omdat het zo dichtbij is, 14% had een tandarts nodig. Van de mannen zou 55% niet naar de tandarts zijn gegaan als het T.G.P. er niet was geweest (van de vrouwen 45%). Van de onregelmatige bezoekers zou 67% niet zijn gegaan. Uit de gegevens blijkt dat minstens 25% van de patiënten de C.M.'s beschouwen als vrouwelijke tandartsen. De tandheelkundige hulp werd door de patiënten als zeer positief gewaardeerd. Op welke factoren deze beoordeling berust is moeilijk hard te maken. Wel kan men op basis hiervan concluderen dat de hulpkrachten in de ogen van de patiënten voldoen als volwaardige hulpverleners van tandheelkundige hulp.

traditioneel aan hulpkrachten toevertrouwde reversibele taken (zoals polijsten, tandsteen verwijderen, het schoonmaken van het gebit, het geven van voorlichting, poetsinstructie e.d.) als ook irreversibele werkzaamheden zoals het prepareren en vullen van tanden en kiezen en het toedienen van een plaatselijke verdoving (zie bijlage I).

De werkzaamheden verricht door de C.M.'s worden na voltooiing gecontroleerd door de tandartsen. De diagnose blijft een taak van de tandarts, evenals het opstellen van het behandelplan. De meer specialistische behandelingen (kroon- en brugwerk, endodontische behandelingen) worden verricht door de tandarts zelf. De Assistent-Medewerksters werden aan de stoel opgeleid in de 'four-handed dentistry'*).

Het team waarmee in de Jordaan werd begonnen bestond uit vier tandartsen, zeven Curatieve Medewerksters (na enkele maanden uitgebreid met 3 C.M.'s tot 10) en negen Assistent-Medewerksters. Een experiment met hulpkrachten met een dergelijk ver doorgevoerd takenpakket (m.n. de irreversibele verrichtingen) was vóór 1976 slechts éénmaal in praktijk gebracht nl. in Boston, V.S. (Lobene, 1974).

Het doel van het Amsterdamse experiment was te onderzoeken of taken die gewoonlijk door tandartsen worden uitgevoerd gedelegeerd kunnen worden aan hulpkrachten en na te gaan wat de invloed hiervan is op het werk van de tandarts en zijn opleiding. Of deze delegatie bevredigend verloopt, kan worden getoetst aan de hand van de volgende criteria:

- de kwaliteit, de standaard van het werk verricht door de C.M.'s (Swallow, 1975; Lobene, 1974);
- acceptatie van de kant van de professie (Marten, Meskin, 1971);
- acceptatie van de kant van de patiënten (Marters e.a., 1975; Sisty en Henderson, 1974).

Door deze drie criteria heen loopt als conditionerende factor het kostenaspect (Allred en Hobdell, 1974; Tan en Van Gemert, 1977; Hawkin, 1977).

In dit artikel beperken wij ons tot het derde criterium nl. een evaluatie van

de behandeling door de patiënten. Het doel van deze evaluatie was na te gaan of de patiënten in staat zijn tandheelkundige behandeling verricht door Curatieve Medewerksters, hulpkrachten met een lagere opleiding dan een traditionele tandarts, te accepteren.

Het evalueren van tandheelkundige behandeling

Zoals hierboven uiteengezet, staat in het experimentele project 'het werken in een team met hulpkrachten' centraal. Het wezen van een experiment echter houdt in dat aan een object (b.v. aan een groep mensen) een bepaalde stimulus wordt toegediend met gelijk blijven van alle overige factoren, zodat het effect van die bepaalde stimulus gemeten kan worden, eventueel door vergelijking met een controlegroep die verstoken is gebleven van die betreffende stimulus.

In het onderhavige geval is er van een experiment in die zin geen sprake. Het effect van het werken in een team met hulpkrachten op de tevredenheid van de patiënten is moeilijk zuiver te meten, omdat het vertroebeld wordt door allerlei bijkomstige factoren, die voor de patiënten meer of minder van belang kunnen zijn. Zoals het feit dat iedereen die in de Jordaan woont patiënt kan worden, mensen van daarbuiten niet; het gegeven dat zowel ziekenfondspatiënten als particulier verzekerden behandeld worden zonder onderscheid; de aanvankelijke regeling dat ook niet-gesaneerde ziekenfondspatiënten vrijwel kosteloos behandeld konden worden, het feit dat het grotendeels vrouwen zijn die de behandeling uitvoeren etc. Een ander punt waarop gewezen moet worden is het scala van kenmerken en eigenschappen van tandheelkundige behandeling c.q. van de tandarts/medewerker die bepalend kunnen zijn voor de (on)tevredenheid van de patiënt met de tandheelkundige behandeling. Zo bleken naast factoren als vakbekwaamheid en kwaliteit van het werk, ook sociaal-affectieve eigenschappen en persoonlijke kwaliteiten van de tandarts, evenals de opvatting over de taak van een tandarts, een rol te spelen

bij het beoordelen van de tandarts (Van Groenestijn e.a., 1978; McKeithen, 1966). De evaluatie van de tandheelkundige behandeling is daarom in wat ruimer verband geplaatst. In de discussie komen wij hierop terug.

Materiaal en methode

In mei 1977, na een jaar patiëntenbehandeling werd besloten de eerste 1000 patiënten een vragenlijst te sturen om hun mening over de kliniek en over de behandeling te kunnen vastleggen. De anonimiteit werd in een begeleidend schrijven gegarandeerd. Voordat de kliniek in april 1976 werd geopend is een steekproef^{*)} – aselekt getrokken uit het bevolkingsregister van de Gemeente Amsterdam – van de bewoners van de Jordaan voor een interview benaderd in het kader van een survey-onderzoek om een beeld te krijgen van de basissituatie voordat er een experimentele kliniek werd gevestigd. Na dit interview werden de respondenten uitgenodigd voor een vrijblijvend tandheelkundig onderzoek op de kliniek bedoeld om de tandheelkundige gezondheid van de bevolking en de behoefte aan behandeling (enigszins) te kunnen inschatten. Na dit onderzoek werden de patiënten in de gelegenheid gesteld zich in te laten schrijven als patiënt. Een aantal van de eerste 1000 patiënten waren dus al een jaar daarvoor mondeling geïnterviewd. Uit de antwoorden van de patiënten op de vraag hiernaar in de vragenlijst bleek dat dit voor 25% van de respondenten het geval was.

Enkele van de basisgegevens verkregen door middel van bovengenoemde survey zullen ter illustratie bij de bespreking van deze evaluatie worden weergegeven. Let wel, louter ter illustratie, aangezien een verschil in aard van de populatie nl. enerzijds een aselekt steekproef van de Jordaanbewoners, anderzijds een selecte groep mensen als de patiëntenpopulatie geen directe vergelijking van overeenkomstige gegevens toelaat.

Iedere patiënt die op het T.G.P. binnenkomt wordt door een tandarts onderzocht die de diagnose stelt en een behandelplan opstelt. Al naar gelang de aard van de benodigde behandeling, wordt de patiënt aan een C.M. toegewezen voor behandeling of ingeboekt voor een tandarts of beiden. Alle patiënten kregen echter dezelfde vragen-

*) Een beschrijving van de concrete gang van zaken binnen de kliniek, de opzet e.d. is weergegeven in het Nederlands Tandartsenblad (Swallow, 1977).

*) Het betrof een aselekt steekproef van 5% van de bewoners van 15 – 65 jaar en van 1% van de bewoners van 65 jaar en ouder (Maas-De Waal e.a., 1979).

lijst toegestuurd, waarin de volgende onderwerpen aan de orde kwamen:

Sociaal-demografische variabelen zoals: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, beroep, wijze van ziektekostenverzekering.

Tandheelkundige basisgegevens zoals: het tandheelkundig gedrag in het verleden, redenen om al of niet een tandarts te bezoeken.

Redenen om bij het T.G.P. patiënt te worden: doel van het bezoek, zonder T.G.P. wel/niet naar de tandarts.

(On)Tevredenheid over de wijze van behandelen op het T.G.P.: waarom tevreden c.q. ontevreden, het beoordelen van een aantal aspecten van tandheelkundige behandeling.

Over de C.M. en het team: omschrijving C.M., door welk type medewerker het meest behandeld, welke behandeling(en), voorkeur voor man/vrouw, wisselen van medewerker.

Negatieve ervaringen, suggesties, meningen.

De gegevens werden gecodeerd, geponst en vervolgens uitgewerkt per computer met behulp van het programma SPSS (Nie e.a., 1975). Mogelijke verbanden werden geanalyseerd aan de hand van kruistabellen. Toetsing vond plaats door middel van de Chi-kwadraat-toets. De sterkte van het verband werd uitgedrukt in de bijbehorende associatiematen.

Resultaten

Beschrijving van de populatie

Het totaal aantal bruikbare vragenlijsten bedroeg 676, een response van ruim 70% (35 patiënten bleken onbereikbaar te zijn, verhuisd, overleden e.d.); 54% van de respondenten waren vrouwen. Gelet op de leeftijdsverdeling (zie tabel I), valt op dat de leeftijdsgroep 25 - 34 jaar het sterkst vertegenwoordigd is (41%); in totaal is 70% van de patiënten 35 jaar of jonger. In tabel I wordt de leeftijdsopbouw van de onderzoekspopulatie vergeleken met de leeftijdsverdeling van de Jordaan*) in zijn geheel. Hieruit blijkt dat de categorie 25 - 34 jaar zeer sterk vertegenwoordigd is, de leeftijdsgroep 65+ is, zoals te verwachten was, sterk ondervertegenwoordigd. De va-

riabele, leeftijd, zal voornamelijk als dichotome variabele worden gehanteerd met als de 2 categoriën 'jonger dan 35 jaar' en '35 jaar en ouder'. Een belangrijk gegeven is de wijze van ziektekostenverzekering: 86% van de patiënten is lid van een ziekenfonds, 14% is particulier verzekerd. In de basis-survey was de verdeling 75% - 25% (landelijk 70% - 30%). Uit een momentopname in januari 1977 bleek dat 13% van de patiënten particulier verzekerd was en 87% lid was van een ziekenfonds (Swallow, 1977). Er zijn dus duidelijk meer ziekenfondsleden patiënt geworden bij het T.G.P. Tussen de variabelen leeftijd, geslacht en wijze van ziektekostenverzekering bleken onderling geen significante verbanden te bestaan.

De variabele 'beroep' is gebaseerd op het beroep van het hoofd van het huishouden en gecategoriseerd op basis van de beroepenklapper van het ITS (Nijmegen, 1975). In de vragenlijst werd gevraagd het beroep op twee wijzen te specificeren (loondienst/zelfstandig en leidinggevend/niet-leidinggevend). Studierend werd als aparte categorie beschouwd (zie tabel II). De indeling

naar beroep hebben wij vergeleken met de verdeling van de steekproef van de basis-survey. Zowel bij de patiëntenevaluatie als bij de basis-survey blijkt 70% van de respondenten te behoren tot de categorieën lagere employé of (on)geschoolde arbeider. Van de patiënten behoort echter 35% tot de categorie geschoold en 9% tot de categorie ongeschoold werknemer, van de steekproef bleek dit resp. 27% en 15% te betreffen.

De categorie 'ongeschoold werk' is dus bij de patiënten ondervertegenwoordigd, terwijl de categorie geschoold werk oververtegenwoordigd is. Van de patiënten zijn minder dan 10% studenten. Het grootste gedeelte van de patiënten behoort tot de categorie geschoold werknemer of lagere employé (59%).

Tandheelkundige basisgegevens

Gevraagd werd: ging U voordat U op het T.G.P. patiënt werd, ieder halfjaar voor controle naar de tandarts? Zo neen, waarom niet?

Van de respondenten bleek 50% regelmatig naar de tandarts te zijn gegaan voordat

Tabel I. Verdeling van de leeftijd in patiëntenpopulatie en Jordaan.

Leeftijd	Populatie		
	Patiëntenpopulatie	Jordaan*)	
15-19	81	12%	5%
20-24	112	17%	14%
25-34	275	41%	26%
35-44	84	12%	11%
45-54	58	9%	12%
55-64	42	6%	14%
65+	24	4%	19%
15+	Totaal 676	100%	101% (17,233)

*) Gegevens uit het Statistisch Jaarboek van Amsterdam (1975).

Tabel II. Verdeling van de beroepen in patiëntenpopulatie en steekproef Jordaan.

Beroep	Populatie		
	Patiëntenpopulatie	Steekproef Jordaan	
Ongeschoold werk	53	9%	15%
Geschoold	211	35%	27%
Lagere employé	147	24%	28%
Kleine zelfstandige	30	5%	3%
Middelbare employé	73	12%	11%
Hogere beroepen	39	7%	7%
Studenten	51	8%	9%
Totaal	604*)	100%	100% (478)**)

*) Gegevens uit het Statistisch Jaarboek van Amsterdam (1975).

*) Niet ingevuld/geen antwoord 72.

***) Niet ingevuld/geen antwoord 35.

Tabel III. Waarom niet regelmatig naar de tandarts (vóórdat het T.G.P. er was).

	Absoluut	%
Bang	101	30
Niet nodig, alleen bij pijn	18	5
Kan geen tandarts vinden	90	27
Gemakzucht, nonchalance, luiheid	51	15
Te duur	51	15
Kunstgebit	35	10
Slechte behandeling, ziekenfonds	7	2
Slechte ervaringen met het ziekenfonds	14	4
Te vlug trekken ziekenfonds	6	2
Niet tevreden met de behandeling	4	1
Geen aandacht, onpersoonlijk, onvriendelijk	3	0,1
Niet veel tijd voor patiënt	2	0,1
Te lang wachten ziekenfonds	1	0,3
Alleen nare verhalen gehoord	2	0,1
Mijn gebit te slecht, opgegeven	2	0,1
Saneringskaart verlopen	4	1
Geen tijd, onregelmatige dienst	1	0,3
Lang in buitenland	6	2
Tandarts ging verhuizen, weg	4	1
	Totaal	323 ^{*)}
	weet niet	11
	n.v.t. (wel ieder ½ jaar)	342

^{*)} Een aantal respondenten hebben meer dan één reden opgegeven.

Tabel IV. Reden om bij het T.G.P. patiënt te worden.

	Absoluut	%
Via kennissen, vrienden, bureu	310	49
Dichtbij	89	14
Had tandarts nodig	92	14
Behandeling ziekenfonds slecht	80	13
Ontevreden over vroegere tandarts	25	4
Financiële redenen, tandarts elders te duur	72	11
Dames op bezoek gehad, stond me goed aan, interessant, uitgenodigd	40	6
Goede behandeling, prima, uitstekend	48	8
Menselijke behandeling, veel aandacht, geen nummer	27	4
Behandeling onder plaatselijke verdoving, pijnloos	24	4
Vertrouwen in systeem van T.G.P., het principe, de opzet	38	6
Via Jordaankrant, Echo, Radiostad Amsterdam, T.V.	16	3
Centrum gehele dag open, korte wachttijd, direct geholpen	12	2
De geboden mogelijkheden, de uitgebreide behandeling	3	1
	Totaal	633 ^{*)}
Missing 43		

^{*)} De meeste respondenten hebben meer dan één reden opgegeven.

zij patiënt werden bij het T.G.P., 49% van de patiënten ging daarvoor niet regelmatig. Deze variabele bleek significant verband te houden met leeftijd; van de mensen jonger dan 35 ging 56% regelmatig, van de mensen boven de 35 ging 40% regelmatig¹⁾. Van de respondenten van de basis-survey (steekproef Jordaen) ging 47% in het verleden

regelmatig naar de tandarts, 30% ging alleen af en toe en 20% was meer dan 10 jaar niet naar de tandarts geweest. Vrouwen gingen significant meer regelmatig in het verleden dan mannen. In de patiëntenpopulatie vinden wij echter geen significant verband tussen vroeger (niet) regelmatig tandartsbezoek en geslacht. Van de respondenten van de basis-survey ging van de categorie 20-24 jaar in het verleden 74% regelmatig en van de categorie 25-34 jaar 61%. De overeenkomstige categorieën T.G.P.-patiënten gingen voor 65% resp.

49% regelmatig voordat het T.G.P. er was. De respondenten gingen dus vroeger meer onregelmatig dan de mensen van de steekproef. Het T.G.P. vervult dus een duidelijke functie voor de relatief jonge mensen die tevoren niet regelmatig de tandarts bezochten, de jonge mensen die niet regelmatig gingen zijn oververtegenwoordigd. Bij de ouderen (zonder kunstgebit) lopen de survey- en de patiëntenpopulatie met betrekking tot dit gegeven niet zo ver uiteen (44%R resp. 49%R). Aan de patiënten die niet regelmatig de tandarts bezochten voordat het T.G.P. er was, werd gevraagd naar de reden waarom zij niet regelmatig gingen. Een aantal antwoorden waren voorgestructureerd (eerste 6 antwoorden van tabel III) eronder was ruimte gereserveerd voor een eigen formulering van het antwoord of een aanvulling. Veel respondenten hebben meer dan één reden opgegeven. De meest genoemde reden was 'omdat ik bang ben voor de tandarts', genoemd door 101 patiënten (30%). Op de tweede plaats kwam de reden 'omdat ik geen tandarts kan vinden', genoemd door 27%. Gemakzucht en financiële redenen werden genoemd door 15% van de respondenten; 35 personen (10%) gaven als reden dat zij een kunstgebit droegen.

Reden om bij het T.G.P. patiënt te worden

Aan de patiënten werd gevraagd wat voor hen precies de reden was om bij het T.G.P. patiënt te worden en niet ergens anders. Uit tabel IV blijkt dat bijna de helft van de patiënten via kennissen, vrienden, familieleden ertoe is gekomen om patiënt te worden. Kennelijk heeft de mond-op-mondreclame in de Jordaen een belangrijke functie vervuld. Daarnaast werd veel als reden genoemd dat de kliniek zo dichtbij is (14%) en dat men een tandarts nodig had (14%). Een meer negatieve motivatie was het antwoord dan men ontevreden was over de ziekenfondsklinieken^{*)}, men vond de behandeling via het ziekenfonds slecht (13%). Financiële redenen werden genoemd door 11% van de patiënten. De genoemde redenen 'goede, prima behandeling', 'menselijke, persoonlijke behandeling' en 'plaatselijke verdoving', verwijzen naar ervaringen met het T.G.P., die men

^{*)} In Amsterdam vindt tandheelkundige behandeling, vergoed door het ziekenfonds, plaats in de ziekenfondsklinieken, beheerd door het A.T.Z. (Amsterdamse Vereniging ten behoeve van de Tandheelkundige verzorging van Ziekenfondsverzekerden). Particuliere patiënten worden behandeld in de privé praktijk van een tandarts.

¹⁾ $\chi^2 = 14,75$; $df = 1$; $p < 0,01$; $PHI = 0,15$; $N = 664$.

nog niet heeft opgedaan als men de beslissing neemt om zich in te laten schrijven. Men heeft wellicht op grond van informatie van andere patiënten (kennissen, burens) besloten om patiënt te worden. Dit antwoord verwijst dan naar de reden waarom men het T.G.P. heeft aanbevolen. Een andere mogelijkheid is dat men achteraf aangeeft waarom men achter zijn/haar keuze voor het T.G.P. staat. De werkelijke reden waarom men patiënt wil worden, is dan niet duidelijk.

Het antwoord dat als zevende in tabel IV staat genoteerd vereist enige toelichting. Een aantal patiënten (25%) waren voordat de kliniek geopend werd benaderd voor een interview in verband met de basis-survey door twee medewerksters, die hen aan het einde van het gesprek uitnodigden voor een kort tandheelkundig onderzoek op het T.G.P. Dit onderzoekje verplichtte hen tot niets, maar bood hen daarentegen wel de gelegenheid zich in te schrijven als patiënt van het T.G.P.: 6% van de patiënten noemde de uitnodiging of het gesprek met de dames als reden waarom zij bij het T.G.P. patiënt waren geworden.

In de vragenlijst werd ook gevraagd naar het doel van het bezoek aan het T.G.P.: 86% van de patiënten wilde het gebit helemaal laten opknappen, 1% kwam alleen in verband met pijnklachten en 12% van de respondenten kwam voor een kunstgebit of in verband met klachten aan het kunstgebit. Van deze 12% wilde 3% het gebit, indien mogelijk, laten opknappen (zo niet dan een kunstgebit).

Het doel van het bezoek bleek significant verband te houden met leeftijd. Van de mensen jonger dan 35 jaar gaf 96% als doel op een totaal behandelplan, van de mensen boven de 35 was dit aantal 69%, terwijl 30% naar het T.G.P. kwam in verband met een kunstgebit²⁾. Ook bleek het al of niet regelmatig naar de tandarts gaan, in de tijd vóór het T.G.P. er was, een significant onderscheid te laten zien met betrekking tot het doel van het bezoek³⁾. Van de regelmatige bezoekers kwam nu 97% voor het laten opknappen van het gebit, van de niet-regelmatige bezoekers kwam 78% voor een totaal behandelplan en 22% voor een kunstgebit.

Een andere vraag die in dit verband besproken kan worden luidde: 'zoudt U, als het T.G.P. er niet was geweest ook voor deze behandeling(en) naar de tandarts zijn gegaan? Uit de antwoorden blijkt dat 46% van de patiënten zeker weet dat zij niet zouden

Tabel V. Waarom tevreden over de manier waarop men op het T.G.P. wordt behandeld.

	Absoluut	%	Leeft.**)	Geslacht	ZF/Part.	(niet) Reg.
Goede prima behandeling	195	29	p<.01			
Deskundige behandeling, kwaliteit	38	6				
Zorgvuldige behandeling	107	16	p<.01			p<.01
Goede behandelmethode	5	1				
Moderne technieken	10	2				p<.05
Zorgvuldige controle	41	6				
Controle op elkaar	8	1	p<.05			
Röntgenfoto's	28	4				
Pijnloos	133	20	p<.05			
Gerustgesteld, op gemak	96	14		p<.05		
Geen angst, niet bang (meer)	36	5		p<.05		
Persoonlijk, menselijk	159	24	p<.01			
Voldoende tijd	83	12	p<.01			
Vriendelijk, prettig	169	25	p<.05			
Goede service	22	3	p<.01			
In overleg	14	2	p<.05		p<.05	
Uitleg	94	14	p<.01		p<.05	p<.05
Voorlichting, instructie	37	6	p<.05			
Betaalbaar	17	3				p<.05
Afspraakstelsel	47	7	p<.05			
Efficiënt, snel	17	3			p<.05	p<.05
Mondhygiëne, preventie, schoonmaken	20	3	p<.05		p<.05	p<.05
Uitgebreid verstrekkend	16	2			p<.05	
Totaal 667*)						

*) De meeste respondenten hebben een aantal redenen genoemd.

**) Per antwoord categorie getoetst voor de vier basisvariabelen met behulp van χ^2 -verdeling.

zijn gegaan, 8% is er onzeker over. Deze variabele houdt geen significant verband met leeftijd, noch met de wijze van ziektekostenverzekering. Wel gaf geslacht een onderscheid te zien⁴⁾. Van de mannen zou 55% niet naar de tandarts zijn gegaan als het T.G.P. er niet was geweest. Van de vrouwen zou 45% zonder T.G.P. niet naar de tandarts zijn gegaan. Ten aanzien van de mannen heeft het T.G.P. blijkbaar het meeste effect, de sterkste invloed. Met (niet) regelmatig tandartsbezoek bleek eveneens een significant verband te bestaan⁵⁾. Van de regelmatige bezoekers zou 34% zonder T.G.P. niet zijn gegaan, van de onregelmatige bezoekers 67% niet. Blijkbaar gaat van het T.G.P., met name ten aanzien van onregelmatige bezoekers, een sterke stimulerende werking uit om iets aan het gebit te laten doen.

Tevredenheid over de wijze van behandelen op het T.G.P.

De tevredenheid van de patiënten werd op twee manieren in de vragenlijst aan de orde gesteld. Als eerste werd gevraagd of men tevreden is over de manier waarop men binnen het T.G.P. wordt behandeld. Men

kon zowel met ja als met neen antwoorden en er werd voor beide antwoordmogelijkheden een grote ruimte opengelaten om met eigen woorden een nadere toelichting te geven. Het tweede deel over dit onderwerp bestond uit een opsomming van een aantal (14) aspecten van tandheelkundige behandeling resp. kwaliteiten van de medewerkster/tandarts.

Per aspect konden de respondenten door middel van een kruisje aangeven of zij met betrekking tot dit aspect (zeer) tevreden dan wel neutraal of (zeer) ontevreden waren. De antwoorden op de open vraag over tevredenheid gaven het volgende beeld te zien: 99% van de patiënten zegt tevreden te zijn, 5% hiervan is ook ontevreden. De kruistabellen met leeftijd, geslacht en wijze van ziektekostenverzekering laten nauwelijks verschillen zien.

Steeds zijn 99-100% van de groepen tevreden. Opvallend is alleen dat van de particulier verzekerden weliswaar 100% tevreden is, maar 14% daarvan ook ontevreden. In tabel V is een overzicht gegeven van de redenen, waarom men (zeer) tevreden is. De toelichting die het meest werd gegeven en wel door 29% van de respondenten was een meer algemene omschrijving als 'vanwege de goede, uitstekende, voortreffelijke behandeling'. Het antwoord dat door 25% van de respondenten werd genoemd luidde: 'vriendelijke mensen', 'prettige sfeer', 'prettig geholpen' e.d.; 24% van de patiënten noemden 'persoonlijke aan-

²⁾ $\chi^2 = 113,69$; $df = 2$; $p < 0,01$; Cramer's V = $\cdot 42$; $N = 642$.

³⁾ $\chi^2 = 53,48$; $df = 2$; $p < 0,01$; Cramer's V = $\cdot 29$; $N = 641$.

⁴⁾ $\chi^2 = 6,35$; $df = 1$; $p < 0,05$; PHI = $0,34$; $N = 599$.

⁵⁾ $\chi^2 = 66,12$; $df = 1$; $p < 0,01$; Cramer's V = $0,44$; $N = 566$.

dacht, menselijk, geen nummer, goed contact; 20% van de respondenten bleek een '(bijna) pijnloze behandeling, plaatselijke verdoving' expliciet op prijs te stellen. Een 'zorgvuldige, nauwkeurige behandeling' werd genoemd door 16% van de patiënten. Een duidelijke, goede uitleg van de behandeling werd genoemd door 14% van de respondenten, evenals het gevoel 'gerustgesteld, op z'n gemak gesteld' te worden (14%). De meeste respondenten noemden meer dan één aspect waarop zij hun tevredenheid baseerden.

De toelichting die de patiënten gaven als reden voor hun tevredenheid hebben wij per categorie gerelateerd aan de vier basisvariabelen, leeftijd, geslacht, ziekenfonds/particulier en (niet) regelmatig tandartsbezoek (zie tabel V). Voor iedere categorie is aangegeven wanneer de verschillende groepen een significant verschil te zien gaven in de antwoorden (gebaseerd op de χ^2 -toets). Hieronder zullen de significante verschillen worden besproken voorzover zij percentages van 10% of hoger betreffen.

De meeste verschillen (7x) waren te zien in verband met de variabele leeftijd. De ouderen (≥ 35 jaar) noemden meer het algemene antwoord: 'een goede, prima, uitstekende behandeling' (37%-25%), terwijl de mensen jonger dan 35 meer concrete aspecten van de behandeling naar voren haalden, zoals vriendelijkheid (28%-18%), persoonlijke aandacht (27%-16%), pijnloos (23%-14%), zorgvuldig (19%-10%), uitleg (18%-5%) en voldoende tijd voor de patiënt (16%-5%). Geslacht bleek alleen significant te verschillen met betrekking tot het aspect 'geruststellen, op gemak stellen'; 18% van de vrouwen noemde deze factor als reden voor hun tevredenheid tegen 11% van de mannen. De wijze van ziektekostenverzekering gaf eveneens één significant verschil te zien dat boven de 10% uitkwam, en wel met betrekking tot de factor 'uitleg'. Van de particulier verzekerden gaf 21% 'uitleg' als reden voor tevredenheid, van de ziekenfondsverzekerden 13%. Regelmatig resp. niet-regelmatig tandartsbezoek vóór het T.G.P. werd geopend, bleek met twee aspecten significant samen te hangen: 21% van de regelmatige bezoekers kenschetsten de behandeling als 'zorgvuldig, nauwkeurig' tegen 11% van de niet-regelmatige bezoekers, terwijl 'uitleg' door resp. 18% en 10% van deze groepen werd genoemd. Mogelijk constateren de regelmatige bezoekers ten aanzien van deze twee punten een verschil met vroeger.

Van de respondenten waren 38 ook ontevreden over het T.G.P., 2 personen waren alleen ontevreden. Waarom zij ontevreden waren is te zien in tabel VI. Zes mensen vonden de verplichte verdoving vervelend. Deze antwoorden zijn echter van

minder belang, omdat de afzonderlijke categorieën door minder dan 1% van de totale patiëntenpopulatie zijn genoemd.

Aan de respondenten werd in de vragenlijst een aantal aspecten van tandheelkundige behandeling voorgelegd. De respondenten konden aankruisen of zij er zeer tevreden over waren, tevreden, neutraal, ontevreden of zeer ontevreden (Sisty en Henderson, 1974). De patiënten bleken tevreden tot zeer tevreden te zijn over vrijwel alle opgesomde aspecten (zie tabel VII). De meeste aspecten werden door meer dan 90% als tevreden of zeer tevreden beoordeeld. Over de kwaliteit van de behandeling was 80% zelfs zeer tevreden.

Het aspect waarover de meeste mensen ontevreden bleken te zijn was de administratie en de receptie; 39 mensen (6%) waren hierover (zeer) ontevreden, 91% was hierover positief. Met betrekking tot het aspect 'poetsinstructie, voorlichting' werd door 22 respondenten (4%) het antwoord (zeer) ontevreden aangekruist (12% neutraal). De 'uitleg' werd door 17 patiënten (3%) als negatief beoordeeld, 96% was (zeer) tevreden; 11 patiënten (2%) waren (zeer) ontevreden over de plaatselijke verdoving die men bij elke behandeling krijgt, 93% was hierover (zeer) tevreden; 40 patiënten hadden hierover geen mening (missing value), mogelijk omdat ze geen plaatselijke verdoving hadden gehad of in verband met een kunstgebit. Opvallend is het grote aantal 'missing values' bij de aspecten: hulp bij pijnklachten, preventie, kosten en instructie/voorlichting. Vooral de ouderen gaven hier veelal geen antwoord. De jongeren (≤ 35 jaar) gaven relatief méér het antwoord neutraal. Voor de overige aspecten bestaan er geen significante verschillen met betrekking tot leeftijd mits wij tevreden en zeer tevreden te zamen nemen. Wel bleek dat de mensen boven 35 jaar significant meer zeer tevreden antwoorden, terwijl de jongeren meer het antwoord tevreden kozen. Ten aanzien van de kwaliteit en de administratie be-

stond dit verschil ten aanzien van leeftijd niet.

Geslacht bleek niet significant te verschillen met betrekking tot het beoordelen van de aspecten. De variabele ziekenfonds/particulier liet wel significante verschillen zien ten aanzien van enkele aspecten van tandheelkundige behandeling. Het comfort werd door ziekenfondsleden meer als zeer tevreden beoordeeld terwijl particulier verzekerden relatief meer tevreden antwoorden. Ten aanzien van bekwaamheid werd door particulier verzekerden significant meer het antwoord neutraal aangekruist (12% tegenover 4% bij ziekenfondsleden), evenals met betrekking tot de kwaliteit van de behandeling (particulier 8% neutraal, ziekenfonds slechts 2%). Ten aanzien van de kosten was 59% van de ziekenfondsleden zeer tevreden in tegenstelling tot particulier verzekerden (24%), terwijl van de particulier verzekerden 5% ontevreden bleek te zijn tegenover 4% van de ziekenfondsleden. Ten aanzien van 'poetsinstructie en voorlichting' bestond dezelfde tendens. De ziekenfondsleden zijn meer tevreden (51% tegenover 38%) terwijl van de particulier verzekerden 9% ontevreden was tegen 2% van de ziekenfondsleden.

Over de C.M. en het team

Aan de patiënten werd gevraagd of zij zouden kunnen omschrijven wat een Curatieve Medewerkster is: 341 respondenten (50%) bleken hiertoe niet in staat; 335 personen gaven wel een omschrijving (zie tabel VIII). De exact juiste omschrijving werd gegeven door 12% van de 335 patiënten, dat wil zeggen 'een mondhygiëniste met aanvullende opleiding, zodat zij kan boren en vullen onder leiding van een tandarts' of soortgelijke formuleringen; 4% van de patiënten noemde de juiste persoon b.v. iemand die bij mij vullingen legt, of noemde de naam van één van de C.M.'s; 37% noemde de juiste behandelingstaken en vermeld-

Tabel VI. Waarom ontevreden over de manier waarop men op het T.G.P. wordt behandeld.

	Absoluut	%*)
Verplichte verdoving vervelend	6	16
Te veel röntgenfoto's	2	5
Te weinig uitleg	5	15
Geen aandacht voor preventie, geen goede voorlichting	2	5
Tijd tussen behandelingen te lang, aantal behandelingen te hoog	5	15
Te lang wachten (in de stoel, in de wachtkamer e.d.)	5	15
Klachten receptie, administratie	4	10
Napijn (boren, trekken)	4	10
Onpersoonlijk, nonchalance t.o.v. patiënt	3	7
Behandeling te vermoeiend, comfort viel tegen	3	7
Ontevreden over kunstgebit	3	7
	Totaal 38	

*) Bij totaal <100 niet zinvol te percenteren.

Tabel VII. Beoordeling aspecten van tandheelkundige behandeling.

Aspecten	Zeervrededen		Tevreden		Neutraal weet niet		Ontevreden		Zeervrededen		Geen antwoord
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
Tijd nodig voor de behandeling per bezoek	410	62	227	34	16	2	7	1	1	1	9
Ondervonden comfort tijdens de behandeling	472	71	179	27	9	1	3	.5	2	.3	11
Uitleg van de medewerkster tijdens de behandeling	476	72	159	24	13	2	14	2	3	.5	11
Belangstelling, persoonlijke aandacht van de medewerkster	475	71	171	26	15	2	4	.6	1	.2	10
De bekwaamheid van de medewerkster	453	68	171	26	34	5	4	.6	1	.2	13
Kwaliteit van de behandeling	529	80	113	17	18	3	1	.2	1	.2	14
De plaatselijke verdoving die U bij elke behandeling krijgt	472	74	120	19	33	5	10	2	1	.2	40
Aandacht besteed aan het voorkómen van tandbederf (schoonmaken, tandsteen verwijderen e.d.)	494	78	115	18	16	3	6	.9	1	.2	44
De tijd die U moet wachten in de wachtkamer	353	53	276	42	28	4	4	.6	2	.3	13
Organisatie van afspraken via de receptie, administratie	353	53	248	38	22	3	28	4	11	2	14
Kosten van de behandeling	351	56	164	26	102	16	5	.8	2	.3	52
Mogelijkheid U op Uw gemak, gerustgesteld te voelen tijdens de behandeling	476	72	171	26	17	3	—	—	2	.3	10
Geboden hulp bij pijnklachten (buiten de afspraken om)	241	44	84	15	225	41	3	.5	—	—	123
Tijd besteed aan voorlichting, over manier van poetsen, voeding e.d.	307	49	221	36	73	12	19	3	3	.5	53

de dat het niet een all-round tandarts betrof. Deze antwoorden verschillen met de eerstgenoemde, omdat in het eerste geval nauwkeurig werd aangegeven hoe de C.M.'s zijn opgeleid en in het laatste geval niet; 3% omschreef de C.M. als een hulp-tandarts, een medewerkster van de tandarts. Tabel VIII overziende, blijkt 49% (1 en 3) een juiste omschrijving gegeven te hebben (ev. 53% 1-2-3). Van de gehele patiëntenpopulatie is dit slechts 24%. De antwoorden 8 t/m 11 geven aan dat 20% van deze patiënten geen concrete voorstelling heeft van de hoedanigheid en/of het werk van een Curatieve Medewerkster.

In de vragenlijst werd ook gevraagd door wie men het meest werd behandeld? De antwoordmogelijkheden waren: mannelijke tandarts, vrouwelijke tandarts, curatieve medewerkster en mondhygiëniste; 46 personen antwoordden 'weet niet' of 'missing'.

Ondanks het feit dat de antwoorden voor-gestructureerd waren, gaven toch een aantal patiënten een dubbelantwoord; 11% van de respondenten antwoordde 'mannelijke tandarts', 30% 'vrouwelijke tandarts' en 18% 'mondhygiëniste'.

Het percentage dat C.M. aankruiste bedroeg 34%. Dit is relatief laag wanneer het

wordt bekeken in relatie tot de soort behandelingen die men zegt gehad te hebben. Gevraagd werd aan te kruisen welke behandelingen men bij het T.G.P. had gehad en hoeveel van elke soort. B.v. 3 vullingen en 1 kroon. Op grond van deze gegevens hebben wij de patiënten ingedeeld in 3 categorieën, nl. alleen door een C.M. behandeld, zowel door een C.M. als door een tandarts behandeld en alleen door een tandarts behandeld. Deze indeling leverde over het algemeen weinig moeilijkheden op, de behandelingen lagen duidelijk uit elkaar voor de verschillende patiënten:

(bijna)alleen C.M.	46%
C.M. en tandarts	46%
(bijna)alleen tandarts	7%

Tabel VIII. Omschrijving Curatieve Medewerkster.

	Absoluut	%
Juiste omschrijving		
(mondhygiëniste met aanvullende opleiding)	40	12
Juiste <i>persoon</i> genoemd, zonder omschrijving	14	4
Juiste behandelingstaken genoemd, zonder omschrijving	125	37
Hulptandarts, medewerkster van de tandarts	9	3
Studente tandheelkunde	15	5
Assistente	33	10
Mondhygiëniste	17	5
Iemand die geneest, verzorgt	40	12
Medewerkster onder toezicht	10	3
Iemand die preventief werkt ten aanzien van tandbederf	6	2
Medewerkster die toezicht houdt	9	3
Anderszins	17	5
Totaal	335	

Beide bovengenoemde variabelen ('door wie behandeld' en 'soort behandeling') hebben wij tegen elkaar afgezet (zie tabel IX). De dubbele antwoorden op de eerste vraag ('door wie') hebben wij hierbij buiten de analyse gehouden (46 personen).

Beide variabelen houden significant verband met elkaar. Uit de tabel valt af te lezen dat een aantal patiënten die naar alle waarschijnlijkheid het meest door een C.M. behandeld zijn, deze C.M. beschouwen als een vrouwelijke tandarts (35%). De soort behandeling zal door de patiënt zelf niet altijd juist weergegeven zijn, maar ondanks de grove meting, menen wij te mogen aannemen dat 1/4 tot 1/3 deel van de patiënten de C.M.'s beschouwen als vrou-

Tabel IX. Door wie behandeld in relatie tot de soort behandeling.

door wie*)	soort beh. **)		C.M. + tandarts		Tandarts		Tot.
	C.M.						
Mannelijke tandarts	6	2%	25	10%	36	78%	67
Vrouwelijke tandarts	95	35%	81	32%	6	13%	182
C.M.	105	39%	96	38%	4	9%	205
Mondhygiëniste	62	23%	50	20%	0	—	112
	268		252		46		566

$\chi^2 = 220,36$; $df = 6$; $p < 0,01$; Cramer's $V = 0,44$.

*) Geen antwoord, weet niet 46.

dubbele antwoorden 46.

**) Geen antwoord 18.

welijke tandartsen. Een aantal patiënten zei het meest behandeld te zijn door een mondhygiëniste (20%). Van de patiënten die alleen door een C.M. behandeld zouden zijn, waren dit er 62 (23%).

Een ander punt dat in de vragenlijst aan de orde kwam was het geslacht van degene die de tandheelkundige behandeling verricht. Gevraagd werd: 'heeft U voorkeur voor een man of een vrouw?'. Van de respondenten bleek 78% geen voorkeur te hebben, 19% prefereerde een vrouw. Dezelfde vraag werd gesteld aan de respondenten van de basis-survey. Hier lag de verdeling in omgekeerde richting: 82% had geen voorkeur en 12% verkoos een man. Bij de patiënten van het T.G.P. is een duidelijke verschuiving te zien naar meer voorkeur voor een vrouw (C.M.-effect). Deze variabele bleek significant verband te houden met leeftijd en geslacht. Van de jongere patiënten (< 35 jaar) geeft 21% de voorkeur aan een vrouw, voor 78% maakt het geslacht van de medewerker niets uit; van de ouderen geeft 14% de voorkeur aan een vrouw en 7% aan een man; 26% van de mannelijke patiënten prefereert een vrouw, 73% heeft geen voorkeur. Van de vrouwelijke patiënten prefereert 13% een vrouw en 5% een man, terwijl 82% geen voorkeur heeft.

Uit de interacties tussen leeftijd en geslacht blijkt dat met name jongere mannen er de voorkeur aan geven behandeld te worden door een vrouw (28%). Van de jongere vrouwen is dit percentage 15%.

Een consequentie van het werken in een team, is dat de patiënten te maken krijgen met meerdere medewerk(st)ers. Afhankelijk van de aard van de behandeling wordt de behandeling verricht door een tandarts of een C.M., maar ook bij afwezigheid van een C.M. (ziekte e.d.) kan de behandeling door een ander worden overgenomen. Wij vroegen daarom aan de patiënten wat zij ervan vinden wanneer zij niet steeds door dezelfde persoon worden behandeld, maar af en toe ook door iemand anders. Van de respondenten bleek 55% dit als vervelend

te ervaren, 42% maakt het niets uit. Deze variabele bleek significant verband te houden met leeftijd. Van de mensen jonger dan 35, vindt 59% het vervelend (38% maakt het niets uit), van de ouderen 43% (53% maakt het niets uit). Mogelijk hangt dit samen met de aard van de behandeling; ouderen zullen eerder een specifieke behandeling nodig hebben en dragen meer een kunstgebit, zodat zij gebonden zijn aan behandeling door een tandarts. Jongeren die meer door de C.M.'s behandeld worden, hebben mogelijk meer ervaren wat het betekent te wisselen van medewerk(st)er.

Negatieve ervaringen, suggesties, meningen

Aan de patiënten werd gevraagd eventuele negatieve ervaringen neer te schrijven, opgedaan vóór, tijdens of na de behandeling op het T.G.P.; 127 respondenten (19%) bleken negatieve ervaringen te hebben opgedaan (81% niet). Leeftijd en wijze van ziektekostenverzekering bleken significant verband te houden met deze variabelen. Jongere patiënten en particulieren gaven meer blijk van negatieve ervaringen (43% t.o. 26%, resp. 35% t.o. 16%), wellicht omdat zij zich het meest kritisch opstelden ten opzichte van de tandheelkundige dienstverlening.

Hoe deze negatieve punten inhoudelijk weergegeven werden (open vraag) wordt duidelijk in tabel X. De inhoudelijke klachten zelf gaven mede door de kleine aantallen geen significante verschillen te zien. De meest genoemde klacht betrof de administratie en de receptie. De administratie zou slecht gevoerd worden, 'rapporten zijn vaak zoek, rommelig, lang wachten aan de balie, slechte organisatie, receptioniste onvriendelijk' e.d. antwoorden werden genoemd door 24% van de mensen met klachten, dat wil zeggen door 5% van de totale patiëntenpopulatie; 22 patiënten (18%) hadden klachten over de behandeling zoals een plaatselijke verdoving die niet werkte, napijn na boren en/of trekken, pijn bij het afzuigen, overdoen van een vulling vervelend, te veel röntgenfoto's e.d. (3% van de

totale groep); 18 (14%) patiënten noemden als negatieve ervaring de lange wachttijd voor weer een afspraak gemaakt kon worden, het moeilijk afspraken maken met de tandarts (tandarts te druk bezet), het te lang moeten wachten op een halfjaarlijkse controle e.d. (3% van de totale groep); 10 patiënten noemden de lange wachttijd in de wachtkamer en/of lange wachttijd zonder nadere aanduiding.

Een hierop volgende vraag in de vragenlijst luidde als volgt: 'heeft U enige opmerkingen of voorstellen waardoor wij onze diensten kunnen verbeteren?'. Honderden-twaalf patiënten (17%) gaven enige suggesties; 20 patiënten bepleitten een verbetering van de administratie en de receptie; 9 respondenten zouden de behandelingen vlugger achter elkaar willen ondergaan, 9 personen zouden meer voorlichting over poetsen, voeding e.d. willen hebben. Achtmaal werd voorgesteld meer uitleg te geven bij de behandeling. Verder zou volgens 8 personen de behandeling korter, efficiënter moeten zijn. Op grond van beide bovenstaande vragen, negatieve ervaringen en suggesties (veelal elkaars spiegelbeeld) wordt duidelijk dat de administratie en receptie allereerst voor verbetering in aanmerking komen. De meeste overige suggesties zijn zeer incidenteel genoemd en zullen afzonderlijk op hun waarde beoordeeld moeten worden.

Discussie

Het doel van deze evaluatie was na te gaan of de patiënten in staat zijn tandheelkundige behandeling verricht door hulpkrachten met een lagere opleiding dan een traditionele tandarts c.q. door Curatieve Medewerksters, te accepteren. Een cruciale vraag in dit verband lijkt te zijn 'Bent U tevreden over de manier waarop U op het T.G.P. wordt behandeld?' Van de respondenten antwoordde 99% bevestigend, 5% hiervan was ook ontevreden: een zeer gunstige beoordeling dus van de tandheelkundige behandeling die grotendeels werd verricht door hulpkrachten.

Wanneer echter niet wordt ingegaan op de reden waarom de patiënten tevreden zijn, blijft onduidelijk waaraan het voldoen van de kliniek, het succes van de kliniek, naar de mening van de patiënten moet worden toegeschreven. Het oordeel van de patiënt zal afhangen van de verwachtingen die hij erop nahoudt ten aanzien van tandheelkundige verzorging en tandartsen,

Tabel X. Negatieve ervaringen opgedaan vóór, tijdens of na behandeling op het T.G.P.

	Absoluut	%
Administratie, receptie	30	24
Lange wachttijd	10	8
Te weinig aandacht preventie	6	5
Afspraak maken moeilijk, te lang wachten op tandarts, ½-jaarlijkse controle te laat	18	14
Voorlichting over kosten ontbreekt	3	2
Kosten te hoog	1	.8
Behandeltijd te lang	9	7
Te weinig uitleg, informatie	7	5
Verplichte verdoving vervelend	8	6
Klachten over behandelruimte	10	8
Ervaren van onpersoonlijkheid	9	7
Klachten over de behandeling	22	18
Instrumenten incompleet e.d.	3	2
Anderszins	8	7
Totaal 127 patiënten		

verwachtingen die mede gebaseerd zullen zijn op ervaringen met tandartsen in het verleden. Iedere patiënt zal voor zichzelf bewust of onbewust een of meer criteria hanteren waaraan hij de tandheelkundige behandeling toetst alvorens zijn oordeel over de behandeling uit te spreken.

Het gegeven dat ongeveer de helft van de patiënten voordat zij bij het T.G.P. patiënt werden, niet regelmatig naar de tandarts ging, wijst erop dat het T.G.P. voor veel patiënten voorziet in een behoefte. Of deze toeloop te maken heeft met het feit dat er hulpkrachten werken en niet alleen traditionele tandartsen wordt op grond van de gegevens nauwelijks bevestigd. Wat duidelijk blijkt is dat het T.G.P. voorziet in een behoefte en wel op zo'n manier dat het merendeel van de patiënten tevreden is. Tandheelkundige verzorging verricht door hulpkrachten, met een lagere opleiding dan een tandarts wordt door deze groep patiënten ten volle geaccepteerd. Wordt van de kant van de professie wel eens gesproken over een opgeroepen behoefte aan tandheelkundige hulp, beter lijkt het in het onderhavige geval te spreken van een opgeroepen behoefte aan een bepaald soort tandheelkundige hulp. In het verlengde hiervan ligt de vraag, waarom is het T.G.P. in de Jordaan een succes geworden, op grond van welke factoren wordt het project als positief

gewaardeerd. Zou iedere tandheelkundige kliniek in de Jordaan een succes geworden zijn? Van de respondenten noemde 29% als reden van tevredenheid de goede, prima, uitstekende behandeling. Daarnaast noemde 25% van de patiënten het aspect 'vriendelijkheid, prettige omgang, prettige sfeer' en 24% de factor 'persoonlijke aandacht, menselijk, geen nummer'. Deze twee categorieën van affectieve eigenschappen stonden hoog genoteerd bij de omschrijving van de 'ideale' tandarts, waarnaar werd gevraagd in de basis-survey. Blijkbaar is het voor de patiënten ook zeer belangrijk hoe zij als persoon worden behandeld (Scarrott, 1969; Goulding, 1965).

Een andere veel genoemde reden was de plaatselijke verdoving die bij iedere behandeling wordt gegeven, de vrijwel pijnloze behandeling (20%). Boven genoemde aspecten hangen waarschijnlijk samen met de meest genoemde reden van het niet regelmatig bezoeken van de tandarts nl. 'bang zijn', genoemd door 30% van de niet regelmatige bezoekers. Op het T.G.P. werd deze angst voor de meeste patiënten waarschijnlijk weggenomen door een vriendelijke, persoonlijke en vrijwel pijnloze behandeling. Een ander positief punt is de bereikbaarheid van de kliniek en de herkenbaarheid. Van de respondenten die niet regelmatig gingen gaf 20% als reden hiervoor op dat

ze het niet nodig vonden regelmatig te gaan of een meer negatieve formulering van 'gemakzucht, luiheid'. Wanneer men mensen wil motiveren tot regelmatig tandartsbezoek dan zullen mogelijke barrières weggenomen moeten worden. Een centrale rol speelt hierbij de bereikbaarheid, zowel in geografische als in sociaal-psychologische zin. De professie kwam, in het geval van het T.G.P., naar de patiënten toe in plaats van andersom. Het centrum is herkenbaar in de buurt, bovendien wordt er op afspraak gewerkt. Het kan motiverend werken wanneer de familieleden, burens, kennissen allen in de gelegenheid zijn om patiënt te worden van dezelfde kliniek (Dummett, 1969). De ziekenfondsklinieken in Amsterdam zijn weliswaar ook wijksgewijze opgezet, maar deze zijn veelal volgeboekt en/of nemen geen patiënten aan die niet gesaneerd zijn. Bovendien spreekt het systeem van nummertjes trekken en wachten in wachtkamers niet zo erg aan, zoals enkele patiënten vermeldden. Van de respondenten zei 50% patiënt bij het T.G.P. te zijn geworden 'via kennissen, vrienden, burens', 14% gaf als reden dat het T.G.P. zo dichtbij was. Hieruit laat zich afleiden dat de buurtgewijze aanpak zeer stimulerend heeft gewerkt om zich bij het T.G.P. als patiënt aan te melden. Van de particuliere patiënten die niet regelmatig gingen, gaf 40% hiervoor als reden dat ze geen tandarts konden vinden, een andere 40% ging niet om financiële redenen en 26% niet omdat ze bang waren. Particuliere patiënten moeten bij het T.G.P. een behoorlijke prijs betalen, nl. afgestemd op het middentarief van de COBIT. Ondanks de kosten blijven ze toch patiënt. Hoe dit zich ontwikkelt op langere termijn moet nog blijken. De particuliere patiënten noemden significant meer dan ziekenfondspatiënten als reden van hun tevredenheid de factor 'uitleg' (21%-13% ZF). Mogelijk geeft deze uitleg vertrouwen in de behandeling en zekerheid dat het geld goed besteed wordt. Van de patiënten zou 67% niet naar de tandarts zijn gegaan als het T.G.P. er niet was geweest; 26% van deze mensen gaf hiervoor als reden dat het te duur is om

naar een tandarts te gaan (particulieren 37% – ziekenfondsverzekerden 25%). Ook veel ziekenfondsleden gaven als reden dat een particuliere tandarts te duur is. Voor niet-gesaneerde ziekenfondsleden blijkt het in de praktijk moeilijk te zijn een tandarts te vinden. Een ziekenfondskliniek neemt niet-gesaneerden veelal niet aan, een particuliere tandarts is veel te duur.

Het is opmerkelijk dat 50% van de personen niets neer schreef bij de vraag naar een omschrijving van een C.M. Bij het eerste bezoek aan het T.G.P. namelijk, werd de patiënt volledig geïnformeerd over de aard van het project en de gang van zaken in de kliniek. Iedere patiënt werd bij het eerste bezoek zowel door een C.M. ontvangen en behandeld (voor het schoonmaken van het gebit en het polijsten van de vullingen, het nemen van röntgenfoto's e.d.) als door een tandarts (voor het onderzoeken van het gebit en het afnemen van de anamnese). Het lag in de bedoeling de patiënt bij dit eerste bezoek zoveel mogelijk vertrouwd te maken met het idee van het werken in een team, waarbij de tandarts het behandelplan opstelt en de C.M. het, voorzover het op haar terrein ligt, uitvoert. Bovendien werd aan de patiënten bij het eerste bezoek een introductiebrief uitgereikt, waarin de gehele procedure binnen het T.G.P. werd beschreven. Mogelijk is de uitzonderlijke naam van Curatieve Medewerkster (C.M.) er debet aan dat men die naam niet zo sterk associeert met de hulpkrachten van het T.G.P. Uit bovenstaande blijkt dat het van belang is na te gaan wat er van de informatie die aan patiënten wordt gegeven, overkomt. Als de mensen louter het woord C.M. niet kennen, hoeft dat geen probleem te zijn. Wel is het twijfelachtig wanneer patiënten denken door een tandarts behandeld te worden, terwijl het in feite geen tandarts is. Juist dit gegeven maakt het evalueren van 'hulpkrachten' door de patiënten problematisch. Wellicht leent het eerste bezoek (spanning van de kant van de patiënt, onwennigheid, angst voor het onbekende) zich niet voor informatie-overdracht en verdient het de voorkeur dit naar een tweede of derde bezoek te

verschuiven. Uit de gegevens bleek dat minstens een vierde of derde deel van de patiënten de C.M.'s als vrouwelijke tandarts beschouwt. Dit is gemakkelijk te verklaren omdat de C.M. voor de patiënt (geheel) voldoet aan het beeld van een tandarts. Hiermee kan ook het gedrag van de C.M.'s verband houden. In relatie met de patiënt gedragen zij zich mogelijk als 'kleine' tandartsen. Een duidelijk effect van het werken met C.M.'s is de verschuiving in de voorkeur voor het geslacht van de medewerker/tandarts (m.n. bij mannen <35 jaar, o.a. studenten). Mogelijk was deze voorkeur wederzijds, omdat de C.M.'s zich het meest positief opstelden bij de behandeling van deze groepen patiënten. Sisty en Henderson (1974) vonden dat van hun onderzoeksgroep 90% geen voorkeur uitsprak voor het geslacht van de medewerker, van de overige 10% prefereerde men over het algemeen het geslacht van degene die hem/haar behandeld had. Dit is ook het geval met de T.G.P.-patiënten. De meeste negatieve reacties hadden betrekking op de administratie en de receptie. Ogenschijnlijk heeft dit punt weinig te maken met het werken met hulpkrachten. Indirect echter staat het hiermee wel in verband. Het werken met hulpkrachten brengt met zich mee dat er gewerkt wordt in een team. De tandarts verricht taken die een voorwaarde zijn om de C.M.'s aan het werk te houden zoals diagnose en behandelplan opstellen, hulp bij complicaties, (eind)controle e.d.

De patiënten klaagden erover dat de tijd tussen de behandelingen te lang was, dat ze te lang op een afspraak met de tandarts moesten wachten, dat ze moeilijk een afspraak konden maken, dat de administratie een rommelige indruk maakte, dat de oproep voor de halfjaarlijkse controle te laat kwam e.d. Mogelijk is de omvang van de administratieve kant van het project aanvankelijk wat onderschat. Niet genoeg kan echter benadrukt worden dat de receptie en de administratie voor de patiënt het eerste contact met de kliniek betekenen en dat hierop al de goede bedoelingen kunnen afstuiten. Mogelijk is hierin verbetering te brengen

door meer ervaren en/of meer geschoolde krachten voor de administratie/receptie aan te trekken. Met name de klachten over de administratie/receptie en over de vertraging in het verloop van de behandelingenreeks, zijn wellicht te verhelpen door een betere organisatie en een nauwkeuriger planning. Ook een uitgebalanceerde C.M.-tandartsratio zal vertragingen in de behandeling zoveel mogelijk moeten kunnen voorkomen.

Zoals in de inleiding al duidelijk werd gemaakt is een evaluatie van het Tandheelkundig Gezondheidsproject door de patiënten moeilijk toe te spitsen op de delegatie van taken aan hulpkrachten. De patiënt ervaart de tandheelkundige behandeling als een totaalgebeuren, waarbij de kwalificatie van degene die de behandeling verricht voor hem van meer of minder belang zal zijn. De tevredenheid van de patiënten bleek met name te berusten op de volgende constatering:

1. goede, prima, uitstekende behandeling;
2. pijnloos, plaatselijke verdoving;
3. persoonlijk, menselijk, geen nummer;
4. vriendelijk, prettige sfeer.

Deze meest genoemde redenen zijn voornamelijk geen typische kwaliteiten van een hulpkracht. Voor de patiënt is het belangrijker 'hoe' bij behandeld wordt dan door 'wie'.

Andere meer of minder latente, bewuste redenen van tevredenheid kunnen zijn het feit dat men behandeld wordt door vrouwelijke medewerkers, dat men voorheen geen tandarts kon vinden, dat men zich prettig voelt in handen van een team (in verband met controle op elkaar), dat men het gevoel heeft niet te veel te betalen, het feit dat ziekenfonds- en particuliere patiënten door dezelfde groep mensen worden behandeld, het feit dat de kliniek in de buurt is gevestigd etc. Laatstgenoemde aspecten zouden kunnen dienen als argumenten tegen het veronderstelde bewijs dat hulpkrachten zouden voldoen als een nieuwe vorm van tandheelkundige dienst-

Bijlage

Taken uitgevoerd door de Curatieve Medewerkster (onder leiding van en op initiatief van de tandarts die verantwoordelijk is voor de kwaliteitscontrole).

Het maken van intra- en extra-orale röntgenfoto's alsmede panoramische opnamen.

Het initieel in kaart brengen van gebits-elementen en van paradontale afwijkingen.

Plaque- en tandsteenindices registreren.

Alginaatafdrukken en afdrukken op rubberbasis maken.

Gingiva-retractiedraad aanbrengen.

Gebitselementen scalen en polijsten.

Gebitselementen fluorideren.

Infiltratie- en geleidingsanesthesie geven.

Elementen excaveren en tijdelijke vullingen aanbrengen inclusief het gebruik van voorgevormde kronen.

Klasse I-, II- en V-caviteiten prepareren voor amalgaam inclusief het gebruiken van retentiepinnen.

Onder cofferdam deze caviteiten van een onderlaag voorzien en restaureren met amalgaam.

Klasse III- en IV-caviteiten prepareren voor composietmaterialen.

Onder cofferdam deze caviteiten van een onderlaag voorzien en restaureren met composietmaterialen.

Restauraties polijsten.

Indirecte pulpa-overkapping in diep carieuze elementen uitvoeren.

Directe pulpa-overkappingsmiddelen aanbrengen voorafgaande aan endodontische behandeling, door de tandarts uit te voeren.

Het mede verzorgen van tandheelkundige gezondheidsopvoeding.

niet nadelig is beïnvloed, eerder het tegendeel.

Summary:

Title: The Tandheelkundig Gezondheids Project (Dental Health Project). A patients' evaluation.

In the Tandheelkundig Gezondheids Project dental auxiliaries, dental assistants and dentists work together in a team. The dentist delegates tasks both reversible and irreversible to the auxiliary. To find out more about the patients' reactions to this type of care, the first 1000 patients were sent a questionnaire.

99% of the respondents answered to be satisfied with the care given at the T.G.P. at the same time however 5% was dissatisfied. Most mentioned considerations for satisfaction were: 'a good, excellent, first-rate treatment' (29%); 'friendly people, a good atmosphere' (25%); 'personal attention', 'human, no number' (24%); 'painless, local anaesthetic' (20%). Furthermore the respondents were asked to give their judgement about a number of aspects of the dental care. More than 90% scored '(very) satisfied' in most cases. A few negative reactions were seen although they were mostly related to the category administration, reception.

49% of the patients did not go to a dentist regularly before they visited the T.G.P. Nearly 50% became a patient of the T.G.P. through information they got from their friends, acquaintances, family or relatives. 14% thought the clinic was very conveniently situated from where they lived. 14% were in great need for a dentist. 55% of the male patients and 45% of the female patients should not have gone to a dentist if the T.G.P. had not been there. Of the non-regular attenders 67% should not have gone if the T.G.P. had not been there. From the data we learn that at least 25% of the patients regard the C.M. as a female dentist.

The dental care was evaluated by the patients and the outcome was very positive. Although it is difficult to find out upon what factors their opinions have been based, according to the patients we can conclude, that the auxiliaries function well as providers of dental care.

Literatuur:

1. Allred, H., Hobdell, M. H. (1974): Current experiments in the delivery of dental services. *Int Dent J* 24: 457.
2. Barmes, D. E. (1978): A progress report on adult data analysis in the WHO/USPHS International collaborative study. *Int Dent J* 28: 348.
3. Beirun, P. (1978): Dental care delivery in Norway. In: International dental care delivery systems. Ed. Ingle, J. J. and Bleir, P., Bellinger Publishing Company. Cambridge, Massachusetts. P. 125.
4. C.O.B.I.T. rapport (1975): Ned Tandartsenbl 30/24: 1025.

5. Cohen, L. (1978): Dental care in seven nations. In: International dental care delivery systems. Ed. Ingle, J. J. and Bleir, P., Bellinger Publishing Company. Cambridge, Massachusetts. P. 201.
6. Dummett, C. O. (1969): Understanding the underprivileged patient. *Special contributions. J Am Dent Assoc* 79: 1363.
7. Goulding, P. C. (1965): What the public thinks of the dentist and of dental health. *J Am Dent Assoc* 70: 1211.
8. Hankin, R. A. (1977): The cost of providing restorative dentistry in an alternative delivery mode. *J Public Hlth Dent* 37: 217.
9. Instituut voor Toegepaste Sociologie (1975): Beroepenklapper ter klassificering van beroepen. Nijmegen.
10. Lobene, R. R., Berman, K., Chaisson, L. B., Karelis, H. A., Nolan, L. F. (1974): The Forsyth experiment in training of advances skills hygienists. *J Dent Educ* 38: 369.
11. Maas-de Waal, C. J., van Groenestijn, M. A. J., Mileman, P. A., Swallow, J. N. (1979): Een survey-onderzoek naar attitudes en gedrag ten aanzien van de tandheelkundige gezondheid en gezondheidszorg. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 86: 285.
12. Martens, L. V., Meskin, L. H. (1971): The current character of practice and the expectations of dental students. *J Public Hlth Dent* 31: 268.
13. Martens, L. V., Modlin, L. D., Diangelis (1975): Patient views on team dentistry and expanded duties. *Dent Hygienists* 49: 305.
14. McKeithen, E. J. (1966): The patient's image of the dentist. *J Am Coll Dent* 33: 87.
15. Nie, H. H., Hull, C. H., Jenkins, J. G., Steinbrenner, K., Bent, D. H. (1970): Statistical package for the social sciences. McGraw-Hill, New York.
16. Nota 'Het Differentiatie Project' (1974): Universiteit van Amsterdam.
17. Scarrott, D. M. (1969): Attitudes to dentists. *Br Dent J* 16: 583.
18. Sisty, N. L., Henderson, W. G. (1974): A comparative study of patient evaluations of dental treatment performed by dental and expanded-function dental hygiene students. *J Am Dent Assoc* 88: 985.
19. Swallow, J. N. (1975): Het Tandheelkundig Gezondheids Projekt, First Report. Universiteit van Amsterdam.
20. Swallow, J. N. (1977): Het Tandheelkundig Gezondheids Projekt, Second Interim Report. Universiteit van Amsterdam.
21. Swallow, J. N. (1977): Het Tandheelkundig Gezondheids Projekt. *Ned Tandartsenbl* 32/5: 164.
22. Tan, H. H., van Gemert, H. G. (1977): Time utilization, productivity and costs of solo and extended duty auxiliary dental practice. *Dent Oral Epidemiol* 5: 151.

Mei 1979.

Adres: Mevr. Drs. M. A. J. van Groenestijn, Marnixstraat 152¹, 1016 TE Amsterdam.

verlening. Het valt echter niet te ontkennen dat de tevredenheid van de patiënten door deze alternatieve opzet