

EINDRAPPORT
EVALUATIEONDERZOEK
EXPERIMENT
ART. 36A WET BIG
GEREGISTREERD-
MONDHYGIËNIST

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



Copyright © 2024

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+.

Eindrapport Evaluatieonderzoek experiment Artikel 36a Wet BIG Geregistreerd Mondhygiënist

In opdracht van:

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Subsidienummer: 201800274.086

Dr. E.P.J.G. Neis,

Dr. D.P. De Bruijn-Geraets,

M.C.M. Bessems-Beks,

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

Dr. H.J.M. Vrijhoef.

Maastricht, Maart 2024

Contactinformatie:

Maastricht Universitair Medisch Centrum

Kwaliteit, Innovatie en Onderzoek,

Afdeling Klinische Epidemiologie & Medical Technology Assessment

Postbus 5800 | 6202 AZ Maastricht



Inhoudsopgave

Eindrapport Evaluatieonderzoek experiment Artikel 36a Wet BIG Geregistreerd Mondhygiënist....	1
Voorwoord	5
Lijst met veel gebruikte afkortingen	7
Samenvatting.....	9
Inleiding.....	9
Onderzoeksmethoden.....	9
Resultaten	10
Conclusies.....	15
Aanbevelingen.....	16
1 Inleiding.....	17
1.1 Leeswijzer	17
1.2 Aanleiding tot het onderzoek.....	17
1.3 Achtergrond mondhygiënisten	17
1.4 Wettelijke kaders	18
1.5 Doelstelling en onderzoeksvragen	20
2 Methoden.....	21
2.1 Studiedesign	21
2.2 Onderzoeksvariabelen.....	21
2.3 Conceptuele kaders.....	22
2.4 Dataverzameling.....	23
2.4.1 Meetinstrumenten	23
2.4.2 Structuurvariabelen.....	25
2.4.3 Procesvariabelen	25
2.4.5 Uitkomstvariabelen	27
2.5 Onderzoekspopulatie en werving	29
2.6 Data-analyse.....	30
2.7 Triangulatie van data.....	32
2.8 Meetperiode.....	32
2.9 Ethische overwegingen	32
3 Resultaten	34
3.1 Respons	34
3.2 Structuurvariabelen.....	35
3.2.1 (Geregistreerd)-mondhygiënisten.....	35

3.2.2	Tandartsen.....	36
3.2.3	Patiënten	36
3.2.4	Andere mondzorgverleners dan geregistreerd-mondhygiënisten en tandartsen	37
3.2.5	Organisatie	37
3.3	Procesvariabelen	37
3.3.1	Voorlichting over bevoegdheden van mondzorgverleners.....	37
3.3.2	Deskundigheid.....	39
3.3.3	Handelen volgens richtlijnen.....	39
3.3.4	Vaststellen bekwaamheid	40
3.3.5	Bijdrage besluitvorming middelen en inzet	41
3.3.6	Samenwerking.....	41
3.3.7	Dagelijkse werkzaamheden.....	43
3.3.8	Teamindeling	43
3.3.9	(Interprofessioneel) overleg.....	44
3.4	Uitkomstvariabelen	45
3.4.1	Ervaren toegankelijkheid van zorg	45
3.4.2	Ervaren patiëntgerichtheid van zorg.....	45
3.4.3	Werkbelasting	46
3.4.4	Kwaliteit/veiligheid van zorg	46
3.4.5	Gebruik voorbehouden handelingen en procedures	48
3.4.6	Redenen voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid.....	59
3.4.7	Tijdsbesteding voorbehouden handelingen.....	62
3.4.8	Verandering takenpakket en patiëntencontact	63
3.4.9	Ervaren effect op de kwaliteit van zorg	63
3.4.10	Ervaren effect op de toegankelijkheid van zorg.....	64
3.5	Triangulatie van data.....	64
4	Discussie en conclusies.....	66
4.1	Leeswijzer	66
4.2	Doelstelling en onderzoeksvragen	66
4.3	Beschouwing resultaten	66
4.3.1	Effectiviteit	66
4.3.2	Doelmatigheid	68
4.3.3	Kwaliteit en veiligheid	69
4.3.4	Randvoorwaarden voor een zelfstandige bevoegdheid	70
4.4	Methodologische beschouwing	71

4.5	Eindconclusie.....	72
5	Aanbevelingen.....	74
	Referenties	75
	Bijlagen	77
	Bijlage 1: Interviewprotocol expertinterview mondhygiënist	77
	Bijlage 2: Interviewprotocol focusgroepinterview.....	79
	Bijlage 3: Tabellen	81
	Bijlage 4: Aanvullende figuren.....	137

Voorwoord

Mondgezondheid is belangrijk zowel voor de mond als de algehele gezondheid. Goede mondgezondheid vraagt om toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige en persoonsgerichte zorg. Hiertoe is het belangrijk dat de betrokken mondzorgverleners op doeltreffende wijze met elkaar samenwerken.

Het belang van samenwerking ten behoeve van mondgezondheid staat volop in de aandacht vanuit o.a. het beleid rondom 'Juiste Zorg op de Juiste Plek' en 'Passende Zorg'. Om te zorgen dat alle inwoners van Nederland de zorg krijgen die zij nodig hebben, moeten zorgaanbieders en zorgverzekeraars de zorg duurzaam organiseren in de regio. Het verplaatsen van zorg waar mogelijk, bijvoorbeeld door taakherschikking, is hiervan onderdeel.

In 2018 heeft de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het voornemen uitgesproken om in het kader van taakherschikking via het experimenteerartikel van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) te onderzoeken in hoeverre toekenning van een zelfstandige bevoegdheid aan (geregistreerd-) mondhygiënist tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen doelmatig en effectief is onder (tenminste) gelijkblijvende kwaliteit.

De informatie in dit eindrapport is bedoeld ter ondersteuning van de besluitvorming over taakherschikking in de mondzorg via het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan (geregistreerd-) mondhygiënist tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen. Hiertoe doet dit eindrapport op zo zorgvuldig mogelijke wijze verslag van de evaluatie van het in 2019 begonnen 'experiment artikel 36a Wet BIG Tijdelijke zelfstandige bevoegdheid mondhygiënist'.

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

Het evaluatieonderzoek is verricht door het onderzoeksteam Taakherschikking van het Maastricht UMC+ bestaande uit:

Mw. Dr. E.P.J.G. Neis,

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

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

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

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

Bij de uitvoering van het evaluatieonderzoek is het onderzoeksteam begeleid door een klankbordgroep, die is ingesteld door het Ministerie van VWS en bestaat uit de leden:

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

Mw. A. van Boxtel, Landelijk Overleg Opleidingen Mondzorgkunde (LOM), Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (vanaf 01.10.21);

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

Mw. drs. C. Calkhoven, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS, tot 01.12.21);

Mw. drs. E. Derckx, Stichting Kwaliteit en Ontwikkeling Huisartsenzorg (KOH), onafhankelijk voorzitter klankbordgroep (tot 21.02.24);

Mw. Drs. L.L.M. Ensink (VWS, tot 01.05.22);

Mw. M. van Gageldonk, Register van Preventieassistenten;

Dhr. drs. M. de Haan, Zorginstituut Nederland, onafhankelijk voorzitter klankbordgroep (vanaf 21.02.24)

Mw. Drs. C.A. Heutink, VWS (vanaf 01.12.21);

Mw. drs. J. van Rennes, LOM, Hogeschool Inholland Amsterdam (tot 01.10.21);

Mw. M. van Splunter, Nederlandse Vereniging van mondhygiënisten (NVM-mondhygiënisten tot 10.11.2023);

Dhr. drs. J.W. Vaartjes, KNMT /Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT, tot 01.04.22);

Mw. L.I. Velthoven-Verlinden MSc, NVM-mondhygiënisten (vanaf 10.11.2023);

Mw. drs. M.E. de Wit, Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP);

Mw. ir. M. D. Wijnhoud (VWS).

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 (ACTA);

Mw. prof. dr. D.E. Slot, (ACTA);

Mw. drs. M. Bozia, (ACTA).

Wij bedanken de opdrachtgever in het in ons gestelde vertrouwen voor het uitvoeren van het evaluatieonderzoek. 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-mondhygiënisten en KNMT zou dit onderzoek niet tot stand zijn gekomen.

Het onderzoeksteam,

Maastricht, Maart 2024.

Lijst met veel gebruikte afkortingen

ACTA	Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
ANT	Associatie Nederlandse Tandartsen
CBCT	Conebeam CT scan
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
GMH	BIG- geregistreerd(e) mondhygiënist(en)
HBO	Hoger beroepsonderwijs
ICDAS	International Caries Detection and Assessment System
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
KEMTA	Klinische Epidemiologie en Medical Technology Assessment
KNMT	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde
KRM	Kwaliteitsregister Mondhygiënisten
LOOM	Landelijk Overleg Opleidingen Mondzorg
MH	Mondhygiënist(en)
MH+exp	MH, die na BIG-registratie zouden 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); en in het bezit zijn van een Toezichthoudend Medewerker Stralingsbescherming (TMS)-certificaat
MH-exp	4-jarig opgeleide MH zonder TMS-certificering, alsook 2-, 3- jarig opgeleide MH, die zonder upgrading tot hbo Bachelor en TMS-certificering, niet mee kunnen doen aan het experiment
MZV	Andere mondzorgverlener(s) dan geregistreerd-mondhygiënisten of tandartsen
MUMC+	Maastricht Universitair Medisch Centrum
n	Aantal
NVM- mondhygiënisten	Nederlandse Vereniging voor mondhygiënisten
NVvO	Nederlandse vereniging van Orthodontisten
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Parodontologie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OPG	Orthopantomogram
PAT	Patiënt(en)
PFN	Patiëntenfederatie Nederland
QUAL	<i>Qualitative data (kwalitatieve gegevens)</i>
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

Hoewel Nederland een kwalitatief goede mondzorg kent, dreigt een capaciteitsprobleem. Om aan de toenemende en veranderende zorgvraag te blijven voldoen, is het noodzakelijk de aanwezige capaciteit aan mondzorgverleners zo effectief en efficiënt mogelijk in te zetten. Een oplossingsrichting hiervoor is taakherschikking: het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen met het oog op doelmatige inzet van kunde en capaciteit.

Op 1 juli 2020 is een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) van kracht gegaan en is het experiment voor geregistreerd-mondhygiënisten gestart. Geregistreerd-mondhygiënisten hebben een tijdelijke zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van drie voorbehouden handelingen:

- het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties met middelen ten behoeve van geleidings- of infiltratie-anesthesie ter ondersteuning van het onderzoek;
- het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen;
- het toepassen van ioniserende straling in het kader van het onderzoek.

Mondhygiënisten kunnen zich onder voorwaarden inschrijven in het tijdelijk BIG-register. Uitsluitend de in het register opgenomen mondhygiënisten mogen de titel 'geregistreerd-mondhygiënist' voeren.

De onderzoeksvragen die in het evaluatieonderzoek 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?

Onderzoeksmethoden

Om antwoord te krijgen op de onderzoeksvragen is het onderzoek opgesplitst in twee fasen: de periode voorafgaande aan het experiment waarin de nulmeting (T0) heeft plaatsgevonden en de experimenteerperiode met drie nametingen (T1, T2, en T3).

De nulmeting heeft plaatsgevonden van 20 mei 2019 tot en met 29 mei 2020. Op 1 juli 2020 is een AMvB van kracht gegaan en is het experiment voor geregistreerd-mondhygiënisten gestart, gelijk met de evaluatie van het experiment. De evaluatie eindigt op 31 maart 2024.

Het evaluatieonderzoek maakt gebruik van een 'before and after triangulation design'. Tijdens de T0 zijn data verzameld, die de situatie beschrijven voorafgaand aan het experiment ('before'). Op T1, T2 en T3 zijn op vrijwel identieke wijze data verzameld, die de situatie beschrijven na de start van het experiment ('after'). Dit maakte het mogelijk beide situaties met elkaar te vergelijken.

De variabelen die centraal staan in het evaluatieonderzoek, zijn de effectiviteit, doelmatigheid en kwaliteit van zorg (waaronder continuïteit van zorg). Omdat deze (uitkomst)variabelen 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.

Voor het verzamelen van kwantitatieve (QUAN) data is gebruikt gemaakt van vragenlijsten. Voor vier doelgroepen, namelijk geregistreerd-mondhygiënisten (GMH), tandartsen (TA), andere mondzorgverleners dan geregistreerd-mondhygiënisten/tandartsen (MZV) en patiënten (PAT), zijn respectievelijk de GMH-, TA-, MZV- en PAT-vragenlijsten ontwikkeld. De TA, MZV en PAT zijn door de GMH benaderd om deel te nemen aan het onderzoek en de betreffende vragenlijst in te vullen. De MH KORT- en TA KORT-vragenlijsten zijn ontwikkeld voor respectievelijk alle MH werkzaam in Nederland en een steekproef van tandartsen uit (ex-)leden van de KNMT.

Voor het verzamelen van kwalitatieve (QUAL, in het vervolg cursief weergegeven) data is gebruik gemaakt van individuele diepte-interviews bij (G)MH, TA, PAT en vertegenwoordigers van betrokken partijen (stakeholders) zoals beroepsverenigingen, management van organisaties en opleidingsinstituten. Daarnaast hebben focusgroep interviews en documentanalyse van tuchtrechtspraken plaatsgevonden.

Het dagelijks bestuur van de Medisch Ethische Commissie (METC) van het Maastricht UMC+ heeft op 25 juli 2019 besloten, dat het een niet-WMO plichtig onderzoek betreft.

Resultaten

Respons

Vanwege de lage respons tijdens T1 en T2, ligt bij het bespreken van de QUAN resultaten de nadruk op de resultaten van T3. Waar relevant en mogelijk wordt ook ingegaan op de resultaten van de andere metingen.

Op T3 hebben 116 GMH de GMH-vragenlijst ingevuld, 531 (G)MH de MH KORT-vragenlijst, 21 TA de TA-vragenlijst, 95 TA de TA KORT-vragenlijst, 23 MZV de MZV-vragenlijst en 39 PAT de PAT-vragenlijst. Ter inventarisatie van de redenen om niet deel te nemen aan het evaluatieonderzoek zijn 550 GMH aangeschreven. De voornaamste reden bleek “tijdgebrek door reguliere werkzaamheden” (53,8%) gevolgd door “te lange vragenlijst” (22,8%).

In de evaluatieperiode hebben in totaal 57 (G)MH, 14 TA, 2 MZV, 14 PAT en 21 stakeholders aan individuele interviews deelgenomen. Daarnaast hebben 18 (G)MH deelgenomen aan een focusgroep interview.

Structuurvariabelen

De gemiddelde (sd) leeftijd van de GMH tijdens T3 is 32,8 (8,5) jaar en 14 (12,1%) GMH zijn man. GMH die zelfstandig praktijkhouder zijn, zijn statistisch significant ouder dan GMH in loondienst (gemiddelde leeftijd (sd) respectievelijk 39,6 (8,8) en 28,7 (7,6) jaar. Het gemiddelde (sd) aantal jaar ervaring in de functie van GMH is 8,4 (8,2) jaar. De meerderheid is ingeschreven in het diplomaregister (82,8%) en in het Kwaliteitsregister Mondhygiënisten (72,9%). GMH geven aan meerdere dienstverbanden naast elkaar te hebben. Bijna de helft van de GMH is werkzaam als ZZP, vaker op omzetsbasis (43,1%) dan op uurtariefbasis (3,4%). Daarnaast is 32,8% werkzaam als zelfstandige praktijkhouder en 36,6% in loondienst. Tijdens T3 zijn 10 GMH praktijkhouder van een praktijk met uitsluitende mondhygiënisten.

De 21 TA die door de GMH benaderd zijn om de TA-vragenlijst in te vullen hebben een gemiddelde (sd) leeftijd van 46,5 (16,6) jaar en de man/vrouw verdeling is vrijwel gelijk. De TA hebben gemiddeld (sd) 19,2 (12,6) jaar ervaring in hun functie. Dertien (61,9%) TA zijn zelfstandig praktijkhouder, één (4,8%) is in loondienst en acht (38,1%) zijn werkzaam als ZZP (twee op uurtariefbasis en zes op omzetbasis).

De gemiddelde (sd) leeftijd van de 39 patiënten die deelgenomen hebben aan T3 is 45,3 (15,4) jaar. Van hen zijn 15 (38,5%) man. Bijna alle (97,4%) PAT zijn mbo of hoger geschoold en 87,2% heeft een Nederlandse achtergrond. Meer dan de helft (64,1%) heeft een aanvullende ziektekostenverzekering voor tandzorg.

De gemiddelde (sd) leeftijd van de 17 respondenten van de MZV-vragenlijst is 30,0 (14,8) jaar en 88,2% is vrouw. Ruim de helft (58,8%) heeft een opleiding tot tandartsassistent gevolgd, 17,7% een opleiding tot MH (niet BIG-geregistreerd) en 52,9% een cursus preventie-assistent. Acht respondenten werken als preventie-assistent, vijf als tandartsassistent, en drie als niet geregistreerd MH. Bijna alle MZV (94,1%) werken in loondienst, en twee (11,8%) als ZZP op omzetbasis. De respondenten hebben gemiddeld (sd) 9,1 (9,2) jaar ervaring in hun functie.

Procesvariabelen

- Voorlichting over bevoegdheden

Volgens vrijwel alle mondzorgverleners krijgen PAT informatie over het type mondzorgverlener door wie ze behandeld worden. De wijze van informatieoverdracht vindt met name plaats via de badges met naam en functie die mondzorgverleners dragen. PAT worden minder vaak geïnformeerd over de bevoegdheden van de behandelend mondzorgverlener. Als PAT geïnformeerd worden over bevoegdheden, vindt dit voornamelijk plaats tijdens het consult. *Het belang van voorlichting over bevoegdheden wordt in interviews onderschreven.*

- Deskundigheid

GMH houden hun eigen deskundigheid voornamelijk bij door het volgen van bij- en/of nascholing, hun werkervaring, het bestuderen van vakliteratuur en andere informatiebronnen, het bezoeken van congressen, symposia of vakinhoudelijke vergaderingen, en intercollegiale consultaties, intervisie en supervisie.

Zes TA geven aan werktijd ter beschikking te stellen aan de GMH voor het bijhouden van de deskundigheid, en vijf TA stellen een scholingsbudget ter beschikking.

- Handelen volgens richtlijnen

Voor het verrichten van voorbehouden handelingen zijn volgens bijna de helft van de GMH algemene schriftelijke regels opgesteld en volgens één vierde is sprake van ongeschreven regels en gewoontevorming. Twee vijfde van de TA geeft aan dat er algemene schriftelijke regels zijn opgesteld, en bijna een kwart van de TA geeft aan dat er sprake is van ongeschreven regels en gewoontevorming. Van de GMH die werken als ZZP geeft de helft aan dat er voor hen helemaal geen regels met betrekking tot voorbehouden handelingen zijn opgesteld. Als schriftelijke regels zijn vastgelegd, staat hierin voornamelijk beschreven welke voorbehouden handelingen door wie verricht mogen worden.

Op de vraag of de schriftelijke richtlijnen/regels voldoen, geeft vier vijfde van de GMH en bijna alle van de TA aan dat ze grotendeels voldoen. Van de GMH die werken als ZZP geeft de helft aan dat de richtlijnen/regels niet voldoen.

- Vaststellen bekwaamheid

De wijze waarop de eigen bekwaamheid voor het verrichten van voorbehouden handelingen op eigen indicatie, wordt bepaald, is afhankelijk van de situatie: per handeling of per patiënt (of beide) beoordelen GMH of zij bekwaam zijn. TA bepalen de bekwaamheid van de GMH voornamelijk op basis van de door de GMH genoten opleiding. Ruim een derde van de TA geeft aan dat GMH zelf verantwoordelijk zijn voor het vaststellen van hun bekwaamheid. Van de GMH die zelfstandig praktijkhouder zijn, geeft ruim de helft aan dat ze een bekwaamheidsverklaring hebben.

- Bijdrage besluitvorming middelen en inzet

GMH in loondienst en/of werkzaam als ZZP zijn het minder vaak (helemaal) eens met de stellingen die vragen in hoeverre GMH een bijdrage hebben in de besluitvorming binnen de praktijk over middelen en inzet van personeel in vergelijking met GMH die werkzaam zijn als zelfstandig praktijkhouder.

- Interne samenwerkingsafspraken

Volgens ruim een kwart van de GMH zijn interne (binnen de praktijk) schriftelijke samenwerkingsafspraken aanwezig. Van de GMH die werkzaam zijn als ZZP, geeft twee vijfde aan dat geen interne (schriftelijke of ongeschreven) samenwerkingsafspraken bestaan. Als sprake is van (schriftelijke of ongeschreven) interne samenwerkingsafspraken, bevatten deze volgens de GMH voornamelijk de wijze van behandelen/werkinstructies, de taakverdeling en de administratie van patiënten rapportage. Voor GMH ZZP bevat dit voornamelijk afspraken over wanneer overleg over individuele patiënten noodzakelijk is en de wijze waarop de interne samenwerkingsafspraken worden geëvalueerd.

TA geven aan dat voornamelijk schriftelijke samenwerkingsafspraken bestaan. De interne samenwerkingsafspraken bevatten volgens TA voornamelijk afspraken over de taakverdeling, de verantwoordelijkheidsverdeling en de administratie van patiënten rapportage.

Twee derde van de MZV geeft aan dat schriftelijke samenwerkingsafspraken aanwezig zijn. In de interne samenwerkingsafspraken zijn volgens MZV de wijze van behandelen/werkinstructies opgenomen, en de wijze van informatie-uitwisseling over patiënten.

- Externe samenwerkingsafspraken

Externe samenwerkingsafspraken worden minder vaak schriftelijk vastgelegd in vergelijking met interne samenwerkingsafspraken. Er zijn vaak helemaal geen externe samenwerkingsafspraken of er is sprake van ongeschreven afspraken of gewoontevorming. Onder de MZV weet de helft niet of er externe samenwerkingsafspraken bestaan.

Van de GMH die praktijkhouder zijn van een praktijk met alleen MH (n=10), geven negen GMH aan dat schriftelijke externe samenwerkingsafspraken aanwezig zijn.

In interviews wordt aangegeven dat goede afspraken over samenwerking kunnen bijdragen aan een goede afstemming van de zorg en tevredenheid van professionals.

- Dagelijkse werkzaamheden

Gemiddeld besteden GMH de meeste tijd aan (ondersteuning bij) tandheeskundige handelingen en overige patiëntgebonden activiteiten zoals het bijwerken van patiëntendossiers, het opstellen van een zorgplan of het maken van declaraties. Bij MZV is dit vergelijkbaar. De werkzaamheden van de TA bestaan voornamelijk uit tandheeskundige handelingen.

- (Interprofessioneel) overleg

De frequentie van overleg tussen GMH en TA over een te verrichten voorbehouden handeling bij een patiënt, varieert sterk van een aantal keren per dag tot 1x per maand of minder. De meeste GMH en TA geven aan een aantal keren per week overleg hierover te hebben. De vorm van het overleg vindt met name mondeling face-to-face plaats. De frequentie van overleg tussen GMH en TA over een individuele patiënt na verwijzing laat een iets ander beeld zien; de meeste GMH geven aan 1x per maand of minder overleg te hebben over een individuele patiënt. De vorm van overleg na verwijzing ziet ook iets anders uit: er wordt minder mondeling, face-to-face en meer via email overlegd. De meerderheid van de GMH vindt dit voldoende. De meerderheid van de GMH is (zeer) tevreden over de beschikbaarheid van de TA voor dit overleg.

Uitkomstvariabelen

- Ervaren toegankelijkheid

PAT zijn overwegend (zeer) tevreden over het contact met betrekking tot het maken van een afspraak bij de GMH. Ook ten aanzien van de tijd tussen het maken van de afspraak en het bezoek aan de GMH zijn PAT (zeer) tevreden.

- Ervaren patiëntgerichtheid van zorg

Nagenoeg alle PAT zijn het (helemaal) eens dat de GMH tijdens de behandeling uitlegde wat hij/zij ging doen en beantwoordde de GMH volgens de meeste PAT hun vragen naar tevredenheid.

- Objectieve werkbelasting

TA werken gemiddeld (sd) de meeste uren per week, namelijk 34,6 (7,6). GMH werken gemiddeld 32,9 (8,3) uur per week en MZV 31,8 (9,4) uur per week en deze uren zijn bij alle mondzorgverleners over 4-5 dagen verdeeld.

De mediaan (IQR) van het aantal patiëntcontacten per week is voor TA 45,0 (28,5-61,5), voor GMH 40,0 (30,0-50,0) en voor MZV 50,0 (37,0-63,0). De mediane duur (IQR) van het patiëntcontact is volgens GMH voor een eerste consult 45,0 (31,3-58,5) minuten en voor een vervolgsconsult 30,0 (19,4-40,6) minuten. Voor TA en MZV is geen onderscheid gemaakt tussen eerste en vervolgsconsult, de duur van een consult is gemiddeld 20,0 (12,5-27,5) minuten voor TA en 30,0 (28,1-31,8) minuten voor MZV.

- Subjectieve werkbelasting

GMH zijn vooral (zeer) tevreden over de mate waarop ze zorg op maat aan patiënten geven, de hoeveelheid tijd die ze per patiënt beschikbaar hebben en de mate van respect die ze van patiënten krijgen. Ze zijn iets minder tevreden over de informatie die tandartsen en/of andere mondzorgverleners aanleveren als deze een patiënt doorverwijzen.

TA zijn met name (zeer) tevreden over de mate van samenwerking met de mondhygiënist binnen de praktijk, de mate waarover ze zorg op maat aan patiënten geven en de hoeveelheid tijd die ze per patiënt ter beschikking hebben. MZV geven aan (zeer) tevreden te zijn over de mate van samenwerking tussen hen en de tandartsen binnen de praktijk en met de mate waarin ze zorg op maat aan patiënten geven. Het meest (zeer) ontevreden zijn TA met de hoeveelheid tijd die zij aan hun privéleven kunnen besteden. MZV zijn voornamelijk (zeer) ontevreden over hun salaris.

- Veiligheid van zorg

Ruim een derde van de PAT is volledig hersteld na behandeling door de GMH en twee vijfde is veel verbeterd sinds het begin van de behandeling door de GMH. Alle PAT geven aan dat geen complicaties zijn opgetreden tijdens of vlak na de behandeling door de GMH en geven gemiddeld het rapportcijfer 9,4 (0,6) over de tevredenheid van de behandeling door de GMH.

De hoge tevredenheid over de behandeling door de GMH wordt bevestigd tijdens de interviews met PAT.

Om kwaliteit/veiligheid te borgen wordt in interviews benoemd dat achterwacht regelen, samenwerking, vertrouwen naar elkaar en grenzen van eigen kunnen aangeven belangrijke aspecten zijn.

In de periode van 01.07.2020 tot 07.12.2023 zijn door de (regionale en centrale) tuchtcolleges uitspraken gedaan binnen de gezondheidszorg. Specificatie binnen deze uitspraken op de zoektermen mondhygiënist(e), geregistreerd mondhygiënist(e), mondzorgkundige en mondzorgverlener levert 33 resultaten op, waarvan 8 zowel door zowel het regionale als centrale tuchtcollege in behandeling zijn genomen. Dit resulteerde in 25 unieke casussen. Na het doornemen van de samenvattingen van de casussen en (indien mogelijk relevant) na het doornemen van de volledige uitspraken, is in geen enkele casus de mondhygiënist de beklagde tegen wie de klacht is ingediend. Ook is geen enkele klacht te relateren aan het verrichten van voorbehouden handelingen.

- Gebruik voorbehouden handelingen en procedures

Injectie van anesthesie

Bijna alle GMH zijn betrokken bij het injecteren van infiltratie anesthesie, alsook mandibulaire blokanesthesie. De betrokkenheid geldt bij zowel de indicatiestelling als de uitvoering. Bij infiltratie anesthesie ligt de nadruk meer op de indicatiestelling; bij mandibulaire blokanesthesie op de uitvoering. Als GMH betrokken zijn bij de indicatiestelling is dat vooral zonder overleg met een TA (ruim twee derde van de injecties). Opdrachtverstrekking van een TA aan een GMH om een injectie uit te voeren komt ook voor (een zesde van de injecties), opdrachten worden dan meestal voor groepen PAT gegeven. TA verrichten meer injecties van anesthesie per maand in vergelijking met een GMH en hebben iets minder tijd nodig voor een injectie.

Behandelen van primaire caviteiten

Vergeleken met de andere voorbehouden handelingen, zijn minder GMH betrokken (indiceren en uitvoeren) bij het prepareren en restaureren van primaire caviteiten. De helft van de GMH laat de uitvoering van de behandeling over aan de TA. In vergelijking met de andere voorbehouden handelingen wordt de handeling meer uitgevoerd door de GMH, na indicatiestelling in overleg met een TA, alsook in opdracht van een TA. Als een opdracht door een TA aan de GMH wordt gegeven om de behandeling uit te voeren, is dat vooral per PAT. Wie de indicatie stelt en wie de behandeling uitvoert is afhankelijk van de International Caries Detection and Assessment System (ICDAS)-scores, het klinische beeld en de röntgenfoto's. Ongeveer een derde van alle handelingen wordt door de GMH uitgevoerd na eigen indicatiestelling zonder overleg met een TA. TA behandelen meer primaire caviteiten per maand dan GMH, met een kortere duur per behandeling.

Toepassen van ioniserende straling

Het overgrote deel van de GMH is betrokken bij het maken (en beoordelen) van röntgenfoto's en met name van solo-opnames en bitewings. MH stellen de indicatie hiervoor zonder overleg met een TA. Ook worden PAT verwezen naar een TA voor het maken van een foto, met name door GMH die werkzaam zijn in een MH-praktijk. *Kwalitatieve data tonen aan dat niet alle GMH beschikken over*

röntgenapparatuur, omdat de kosten voor aanschaf ervan (voor de tijdsperiode van het experiment) hoog zijn. Vooral individuele praktijken lopen aan tegen deze beperking. GMH blijken soms ontevreden over de bereidheid van de TA om foto's te delen, maar ook geven de foto's niet altijd de informatie die de GMH nodig heeft voor hun eigen behandeling omdat ze voor een ander doel gemaakt zijn.

- Tijdsbesteding voorbehouden handelingen

Er zijn kleine, maar statistisch niet significante, verschillen in duur van een voorbehouden handeling tussen de procedure waarbij de TA de indicatie stelt en een opdracht geeft aan de GMH tot uitvoering, en de procedure waarbij de GMH de indicatie stelt en de handeling uitvoert met of zonder overleg met een TA.

Conclusies

GMH maken frequent gebruik van de mogelijkheden die de AMvB heeft geschapen om zelfstandig anesthesie te injecteren en ioniserende straling toe te passen (indiceren, uitvoeren, delegeren), waarmee de maatregel voor deze twee voorbehouden handelingen effectief is gebleken. De mogelijkheden voor het behandelen van primaire caviteiten worden echter nog niet in volle omvang benut: hoewel het indiceren van primaire caviteiten veelvuldig wordt toegepast, ligt de uitvoering nog vaak bij de TA.

Zorgprocessen met betrekking tot het injecteren van infiltratie anesthesie en het toepassen van ioniserende straling worden efficiënter ingericht en worden uitgevoerd door de hiertoe geschikte mondzorgverlener. Hoewel gesproken wordt van tijdswinst als gevolg van het wegvallen van opdrachtverstrekkingen en overlegmomenten, is onduidelijk of de maatregel effect heeft op kosten en doelmatigheid.

Hoewel er duidelijk zorgen worden geuit, is in dit onderzoek geen aanleiding gevonden om te veronderstellen dat de patiëntveiligheid in de onderzochte populatie in het geding is. De zorgen betreffen minder het injecteren van anesthesie en toepassen van ioniserende straling. Voornaamste bron van zorg is het behandelen van primaire caviteiten.

Eindconclusie

Samenvattend laten de resultaten van dit onderzoek zien dat een grote groep GMH frequent gebruik maakt van de zelfstandige bevoegdheid met betrekking tot injectie van anesthesie en het toepassen van ioniserende straling, bij gelijkblijvende kwaliteit. Voor het toepassen van lokale anesthesie en het toepassen van ioniserende straling lijkt voldoende draagvlak aanwezig en is sprake van een legalisering van de bestaande praktijk. Een zelfstandige bevoegdheid biedt voor GMH in een grotere praktijk tevens de mogelijkheid om deze taken door middel van opdrachtverstrekking verder te delegeren.

Voor het behandelen van primaire caviteiten is het bestaande draagvlak te gering om tot een zelfstandige bevoegdheid te komen.

Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en conclusies worden de volgende aanbevelingen gedaan:

Aanbeveling	Voor wie?
1. Creëer voor de GMH een definitieve zelfstandige bevoegdheid voor het toepassen van anesthesie (injecties toedienen) en het maken van röntgenfoto's voor wat betreft solo- en bitewing opnamen.	VWS
2. Behoud een functionele zelfstandigheid voor de GMH, met betrekking tot het behandelen van primaire caviteiten.	VWS
3. Vergroot de uitwisseling van patiëntgegevens, waaronder röntgenfoto's, tussen mondzorgverleners die niet in eenzelfde praktijk werken, aangezien dit kan bijdragen aan efficiëntie in de mondzorg.	NVM- mondhygiënist, KNMT
4. Aanwezigheid van protocollen is een cruciaal onderdeel in de begrenzing van de zelfstandige bevoegdheid van de GMH voor het verrichten van de voorbehouden handelingen. De AMvB stelt dat landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen dienen te worden gevolgd. Daarbij moet een protocol niet alleen als een werkinstructie gezien worden, maar ook als een weerslag van de samenwerking tussen de GMH, TA en andere mondzorgprofessionals. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden dienen hierbij opgetekend te worden. De samenwerkingsafspraken zijn onderbelicht en laten te veel ruimte voor onduidelijkheden. Verplicht de aanwezigheid van samenwerkingsafspraken tussen GMH en TA.	VWS, NVM- mondhygiënist, KNMT
5. Richt een blijvend kwaliteitsregister in voor de GMH, waarin scholing verplicht wordt geregistreerd, op basis waarvan op gezette tijden herregistratie in het kwaliteitsregister kan plaatsvinden.	NVM- mondhygiënist
6. Met het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid wordt de grootste belemmering om zelfstandig voorbehouden handelingen uit te voeren, weggenomen. Op lokaal niveau kunnen zich nog (nieuwe) belemmeringen opwerpen, die op termijn verdere taakherschikking in de weg kunnen staan. Om op belemmeringen te anticiperen, dienen landelijke afspraken gemaakt te worden, waarbij de wetgeving leidend dient te zijn.	NVM- mondhygiënist, KNMT
7. Het moet voor patiënten duidelijk zijn welke bevoegdheden de behandelend mondzorgverlener heeft. Binnen het werkveld dienen inspanningen gedaan te worden om de informatieverstrekking hierover te optimaliseren.	GMH, TA, NVM- mondhygiënist, KNMT

1 Inleiding

1.1 Leeswijzer

In dit hoofdstuk wordt de achtergrondinformatie beschreven die tot dit onderzoek heeft geleid, alsook de onderliggende wettelijke kaders. Afsluitend worden de daaruit voortvloeiende doelstellingen en onderzoeksvragen gepresenteerd. In hoofdstuk 2 worden de methoden en meetinstrumenten beschreven die gebruikt zijn om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, en de herkomst van de verschillende meetinstrumenten. De onderzoeksresultaten staan beschreven in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 worden de resultaten in de bestaande context geplaatst en worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan. De bijlagen completeren het rapport van dit onderzoek.

1.2 Aanleiding tot het onderzoek

De Nederlandse bevolking wordt steeds ouder en behoudt tot op oudere leeftijd de tanden en kiezen, waarbij een verzorgd en gezond gebit steeds meer als norm geldt. [1] Daarnaast is onder jeugdigen een toename te zien in gebitsslijtage en een stagnerende mondgezondheid. [2] Ook wordt binnen de mondzorg steeds meer gebruik gemaakt van technologische innovaties. Door deze ontwikkelingen is niet alleen sprake van een toenemende zorgvraag, maar ook van een complexere zorgvraag die individueel gezien een langere periode zal bestrijken. Het zwaartepunt van de mondzorg zal hierbij verschuiven van curatie naar preventie.

Hoewel Nederland een kwalitatief goede mondzorg kent [3], dreigt een capaciteitsprobleem. Om aan de toenemende en veranderende zorgvraag te blijven voldoen, is het noodzakelijk de aanwezige capaciteit aan mondzorgverleners zo effectief en efficiënt mogelijk in te zetten. Met taakherschikking moet een betere aansluiting worden gevonden tussen de competenties en deskundigheid van diverse mondzorgverleners en de zorgvraag, waarbij anders (en korter) opgeleide mondzorgverleners routinematige taken overnemen van hoger opgeleiden. De veelgebruikte definitie van taakherschikking is afkomstig van de Raad voor Volksgezondheid (RVZ): “[...] het structureel herverdelen van taken inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen met het oog op doelmatige inzet van kunde en capaciteit”. [4]

Taakherschikking kan een positief effect hebben op de kwaliteit, toegankelijkheid en continuïteit van zorg. [4, 5] Binnen de mondzorg wordt taakherschikking specifiek ingezet om inefficiënte zorg te verbeteren. [6]

Het Capaciteitsorgaan, dat onderzoekt en adviseert over de (opleidings-)capaciteit aan zorgprofessionals, heeft geschat dat tandartsen 15% van hun werk de komende 10 jaar kunnen verdelen naar mondhygiënist en preventie-assistenten (elk 7,5%), maar geeft ook aan dat het lastig is te becijferen hoeveel werk er precies wordt verdeeld. [7]

1.3 Achtergrond mondhygiënist

De eerste in Nederland werkzame mondhygiënist werden opgeleid in de Verenigde Staten en Canada. [8, 9] 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

Mondhygiënisten 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 met langere beroepsvoorbereidende stages. In 2002 werd de opleiding opnieuw aangepast met een 4-jarig curriculum en werd het officieel een hogere beroepsopleiding (hbo). Bij de 2- en 3- jarige opleiding maakte het behandelen van primaire caviteiten geen deel uit van de opleiding. Het geven van anesthesie daarentegen, maakte reeds sinds 1997 onderdeel uit van de opleiding; het maken van röntgenfoto's is altijd onderdeel van de opleiding geweest. Door bijscholing is het tijdelijk (2008, 2009) mogelijk geweest voor 2- en 3-jarig opgeleide mondhygiënisten ook hun Bachelor graad te halen.

Bij de aanmelding Mondzorgkunde geldt een numerus fixus. De opleiding wordt aangeboden door de Hogeschool Inholland in Amsterdam (102 plaatsen), de HAN University of Applied Sciences in Nijmegen en in Arnhem (72 plaatsen), de Hanzehogeschool Groningen (55 plaatsen) en de Hogeschool Utrecht (102 plaatsen). In totaal gaat het voor het studiejaar 2024-2025 om 331 opleidingsplaatsen. Het Capaciteitsorgaan heeft voor de periode 2024-2027 geadviseerd het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden tot 353. [7] Genoemde opleidingen zijn geaccrediteerd door de Nederlandse Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO).

Het beroep mondhygiënist heeft zich sinds de beginjaren steeds verder ontwikkeld in Nederland. De mondhygiënist richt zich op de preventie binnen de vakgebieden parodontologie en cariologie [10], waaronder het voorkomen van tandvleesaandoeningen en cariës. Hieronder valt het screenen op afwijkingen, het stellen van een diagnose en het opstellen van een behandelplan binnen het eigen deskundigheidsgebied. De behandeling bestaat onder meer uit het instrueren van de juiste mondverzorging, het geven van voorlichting over gebitsaandoeningen en juiste voedingsgewoonten en het verwijderen van plaque en tandsteen. Voor zover bekwaam, kunnen mondhygiënisten in opdracht van de tandarts ook primaire cariës behandelen. De meeste mondhygiënisten zijn werkzaam in een algemene tandartspraktijk, maar ook in toenemende mate in een vrije mondhygiënistenvestiging, al dan niet in combinatie met een (gespecialiseerde) tandartsenpraktijk. [7, 10] Sinds het Mondhygiënisten besluit in 2006, zijn mondhygiënisten rechtstreeks toegankelijk voor patiënten en is een verwijzing van een tandarts niet meer noodzakelijk. [11] Op 1 januari 2022 waren er naar schatting 3.900 mondhygiënisten werkzaam in Nederland. [12]

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 van mondhygiënisten (NVM-mondhygiënisten) het Diploma Register Mondhygiënisten opgericht. Om de uitoefening van het beroep mondhygiënist te professionaliseren, is in 2000 het vrijwillige Kwaliteitsregister Mondhygiënisten (KRM) ingesteld. [13] In dit register worden deskundigheid bevorderende activiteiten geregistreerd en getoetst. Tot 2009 was NVM-mondhygiënisten aangesloten bij het kwaliteitsregister Paramedici. Vanaf 2009 heeft de vereniging het kwaliteitsregister in eigen beheer voortgezet.

1.4 Wettelijke kaders

In het rapport “voorbehouden handelingen tegen het licht” bleek dat taakherschikking ernstig belemmerd werd door gebrekkige flexibiliteit als gevolg van de vereiste opdrachtrelatie tussen artsen en andere zorgprofessionals bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen. [14]

Om op deze belemmeringen te anticiperen en taakherschikking te borgen, is in 2009 de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) gewijzigd.

Op grond van het experimenteerartikel 36a (Art. 36a) kunnen, door middel van een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB), bepaalde beroepsgroepen de mogelijkheid krijgen om tijdelijk (voor de duur van 5 jaar), een aantal in de AMvB beschreven voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren, zonder opdracht van een zelfstandig bevoegde. De zelfstandige bevoegdheid betreft de indicatiestelling alsook de uitvoering en delegatie van de voorbehouden handeling. De bevoegdheid geldt uitsluitend voor die handelingen, die tot het expertise- en deelgebied van de functieuitoefening van de professional behoren. 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 richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen. De afgeleide protocollen worden gezien als een weergave van de gemaakte afspraken ten aanzien van de samenwerking tussen professionals van verschillende disciplines. Experimenteerberoepen worden opgenomen in een tijdelijk BIG-register en vallen onder het tuchtrecht.

Op 1 juli 2020 is een AMvB van kracht gegaan en is het experiment voor geregistreerd-mondhygiënisten gestart. [6] Mondhygiënisten kunnen zich onder voorwaarden inschrijven in het tijdelijk BIG-register. Uitsluitend de in het register opgenomen mondhygiënisten mogen de titel 'geregistreerd-mondhygiënist' voeren. Een mondhygiënist komt in aanmerking voor de (tijdelijke) BIG-registratie als deze in bezit is van:

- een diploma van de hbo-opleiding Mondzorgkunde, uitgereikt in het jaar 2006 of later;
- beschikt over een certificaat stralingsbescherming (Toezichthoudend Medewerker Stralingsbescherming Tandheelkunde (TMS)).

Geregistreerd-mondhygiënisten hebben een tijdelijke zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van drie voorbehouden handelingen [6]:

- het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties met middelen ten behoeve van geleidings- of infiltratie-anesthesie ter ondersteuning van het onderzoek;
- het behandelen van primaire caviteiten door middel van preparatie ten behoeve van restauratie met plastische vulmaterialen;
- het toepassen van ioniserende straling in het kader van het onderzoek.

Voor aanvang van het experiment, hadden mondhygiënisten een functionele zelfstandigheid voor het toepassen van lokale anesthesie en het behandelen van primaire caviteiten. [11] Dat betekent dat de handelingen zelfstandig kunnen worden uitgevoerd in opdracht van een tandarts, maar zonder direct toezicht van een tandarts. Om duidelijkheid te scheppen over welke voorbehouden handelingen functioneel zelfstandig mogen worden uitgevoerd en onder welke voorwaarden, is in 2009 door NVM-mondhygiënisten de 'Richtlijn opdrachtrelatie voorbehouden handelingen tandarts-mondhygiënist' ontwikkeld. [15] Voor het toepassen van ioniserende straling (geen functionele zelfstandigheid) is, naast een opdracht, bij de uitvoering altijd toezicht en de mogelijkheid van tussenkomst door de tandarts vereist.

Mondhygiënisten die niet in het tijdelijk BIG-register zijn ingeschreven hebben tijdens het experiment nog steeds een functionele zelfstandigheid voor het toepassen van lokale anesthesie en het behandelen van primaire caviteiten.

De zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van de bij het Besluit aangewezen voorbehouden handelingen [6], die de focus is van het experiment, is dus verstrekkender dan de functioneel

zelfstandige bevoegdheid die mondhygiënisten hebben op grond van het 'Besluit functionele zelfstandigheid'. [11]

1.5 Doelstelling en onderzoeksvragen

In 2019 heeft het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) een subsidie verleend aan het Maastricht UMC+ voor het verrichten van een evaluatieonderzoek naar de effecten van de toekenning van de zelfstandige bevoegdheid aan geregistreerd-mondhygiënisten. Dit evaluatieonderzoek staat vermeld als voorwaarde in de AMvB. [6]

Het doel van het evaluatieonderzoek is het Ministerie van VWS informatie te bieden voor haar besluitvorming over het al dan niet continueren van de zelfstandige bevoegdheid, zoals deze in de AMvB is beschreven. [6]

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?

2 Methoden

Om antwoord te krijgen op de bovengenoemde onderzoeksvragen is het onderzoek opgesplitst in twee fasen: de periode voorafgaande aan het experiment waarin de nulmeting (T0) heeft plaatsgevonden en de experimenteerperiode met drie nametingen (T1, T2, en T3). Tijdens de nulmeting werd de situatie waarin mondhygiënisten voorbehouden handelingen uitvoerden in kaart gebracht, de focus van de nametingen lag op het bepalen van 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.

Voorafgaand en tijdens het experiment zijn op vrijwel identieke wijze data verzameld ten behoeve van de vergelijkbaarheid tussen de meetmomenten. In dit hoofdstuk worden de methoden voor zowel de nulmeting als de nametingen beschreven. Waar de methoden verschillen wordt dit toegelicht en/of verwezen naar de bijlagen.

2.1 Studiedesign

Het evaluatieonderzoek maakt gebruik van een 'before and after triangulation design'. [16] Tijdens de nulmeting (T0) zijn data verzameld, die de situatie beschrijven voorafgaand aan het experiment ('before'). Tijdens de experimenteerperiode (T1, T2 en T3) zijn op vrijwel identieke wijze data verzameld, die de situatie beschrijven na de start van het experiment ('after'). Dit maakte het mogelijk beide situaties met elkaar te vergelijken. 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.

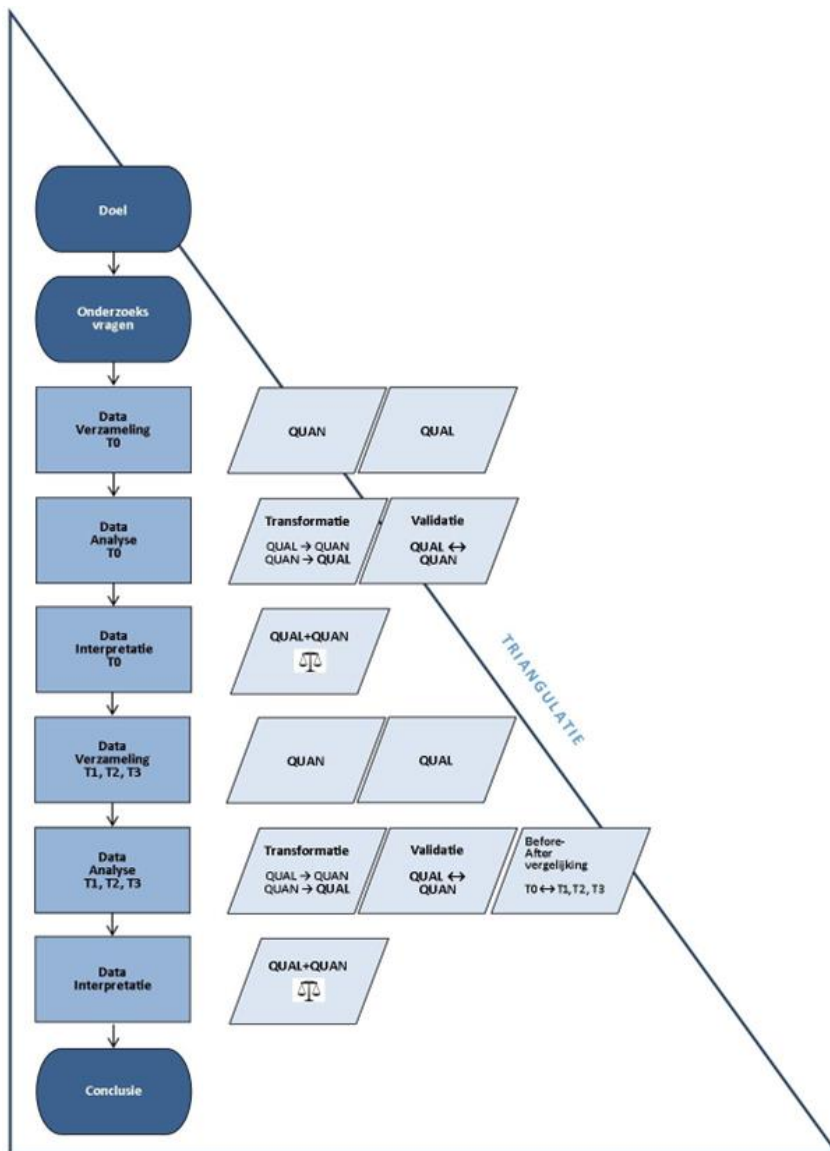
Hierbij zijn zowel *kwantitatieve data* (*QUAL*, in het vervolg *cursief* weergegeven) als kwantitatieve data (*QUAN*) verzameld. Binnen het studie design zijn waar mogelijk *kwantitatieve data* gekwantificeerd (*QUAL* → *QUAN*) en kwantitatieve data beschreven (*QUAN* → *QUAL*) volgens het Validating Quantitative Data Model. [16] *QUAL* en *QUAN* zijn complementair en zijn aan elkaar gerelateerd tijdens de interpretatie, aangeduid als triangulatie (Figuur 1)[16, 17] Triangulatie is toegepast om een meer complete interpretatie van de resultaten te realiseren en een verhoging van de betrouwbaarheid en validiteit van de onderzoeksresultaten, meet als uiteindelijk doel de onderzoeksvragen sluitend te beantwoorden. [18] In deze studie hebben *QUAN* en *QUAL* evenveel belang.

2.2 Onderzoeksvariabelen

De variabelen die centraal staan in het evaluatieonderzoek, zoals vastgelegd in de AMvB [6], zijn:

- Effectiviteit van zorg;
- Doelmatigheid van zorg;
- Kwaliteit van zorg (waaronder continuïteit van zorg).

Omdat deze (uitkomst)variabelen 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. [19-22]

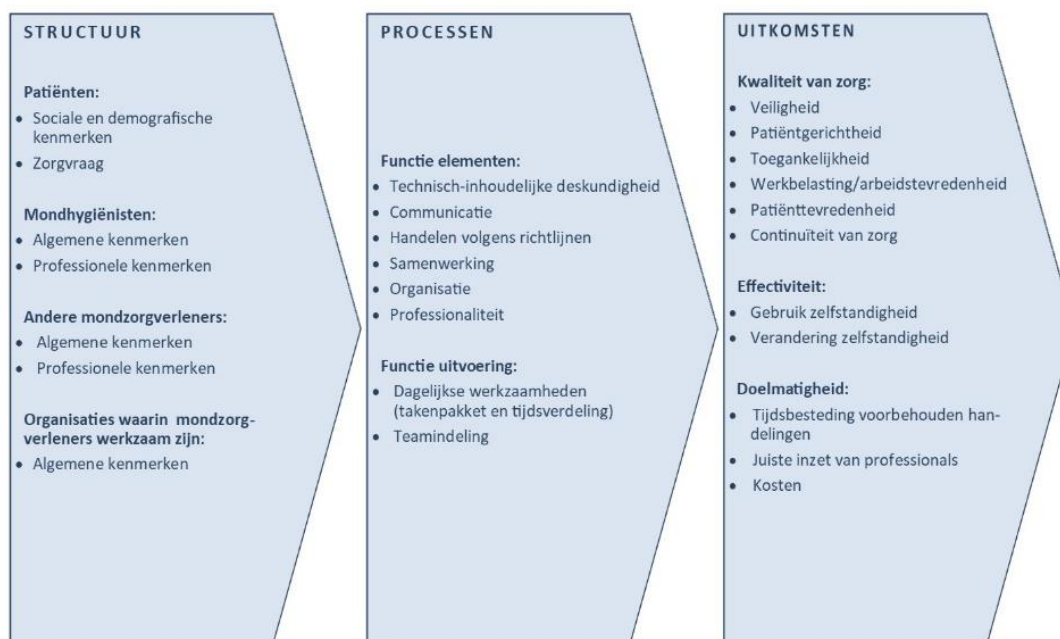


Figuur 1: Before and after triangulation design

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 [23] 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 GMH

Het implementatiemodel van Grol & Wensing [24] 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 doelgroep (mondzorgverleners, patiënten), de sociale context (diverse belanghebbende partijen), de economische, administratieve en organisatorische context (diverse belanghebbende partijen en organisaties waarin mondzorgverleners werkzaam zijn). Daarnaast zijn ook de implementatie-methoden en -strategieën (opdrachtgever en belanghebbende partijen), alsook de kenmerken van de innovatie zelf (de experimentele bevoegdheid), van belang voor een succesvolle implementatie, zoals de verenigbaarheid (verandering die de innovatie vereist in bestaande praktijkroutines), de aantrekkelijkheid en de duidelijkheid.

Beïnvloedende factoren op implementatie van een innovatie [24]

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

Kenmerken van de innovatie

Verenigbaarheid/aantrekkelijkheid/duidelijkheid

2.4 Dataverzameling

2.4.1 Meetinstrumenten

Voor het verzamelen van QUAN-data is uitsluitend gebruikt gemaakt van vragenlijsten. Voor vier doelgroepen, namelijk geregistreerd-mondhygiënist (GMH), tandartsen (TA), andere mondzorgverleners dan geregistreerd-mondhygiënist/tandartsen (MZV) en voor patiënten (PAT), zijn respectievelijk de GMH-, TA-, MZV- en PAT-vragenlijsten ontwikkeld, zie ook Tabel 1. Tijdens T0

was nog geen sprake van BIG-registratie en is de MH-vragenlijst verspreid onder alle mondhygiënisten. Tijdens T0, T1 en T2 hebben respondenten de vragenlijsten kunnen invullen via een invulbaar pdf-bestand (eventueel in afgedrukte vorm), via de website van het evaluatieonderzoek. Voor T3 is gebruik gemaakt van de online tool SurveyMonkey en kon op verzoek een pakket vragenlijsten op papier naar de GMH gestuurd worden.

- Voor de jaarlijkse NVM-mondhygiënisten congressen is de GMH-vragenlijst ingekort met als doel de betrokkenheid ten aanzien van voorbehouden handelingen te bepalen voor een grotere groep in Nederland werkzame mondhygiënisten die niet voldoen aan de eisen om deel te kunnen nemen aan het experiment. Deze vragenlijst is verspreid onder alle aanwezige mondhygiënisten, zowel geregistreerd als niet geregistreerd (MH KORT). Om een maximale respons te bereiken is de MH KORT-vragenlijst tijdens de nametingen ook via de opleidingen mondzorgkunde en de beroepsvereniging NVM-mondhygiënisten digitaal verspreid via SurveyMonkey.
- Op verzoek van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (KNMT) is ook de TA-vragenlijst ingekort (TA KORT), ten behoeve van een steekproef uit (ex-) leden van de (KNMT), zie ook Tabel 1. Deze vragenlijst is tijdens T0 per e-mail verspreid en tijdens T1, T2, T3 via SurveyMonkey.
- Ten slotte zijn non-respons metingen onder GMH met behulp van SurveyMonkey uitgevoerd op T1, T2 en T3.
- Data uit digitale datasystemen (factoringgegevens) op uitvoerdersniveau zijn niet beschikbaar gebleken door de beperking van digitale systemen om registratie van verrichtingen op het niveau van zorgverleners (wie heeft welke verrichting uitgevoerd) niet eenduidig mogelijk is geweest.

Voor het verzamelen van QUAL-data is gebruik gemaakt van individuele diepte-interviews bij GMH, TA, PAT en vertegenwoordigers van betrokken partijen (stakeholders) zoals beroepsverenigingen, management van organisaties en opleidingsinstituten. Daarnaast hebben focusgroep interviews en documentanalyse plaatsgevonden ten behoeve van de QUAL-dataverzameling.

- *De individuele interviews zijn semigestructureerde diepte-interviews, waarbij gebruik is gemaakt van een interviewprotocol volgens de Interview Guide Approach en de Standard Open-ended Interview methodiek, ontwikkeld door Patton. [25] 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 GMH is weergegeven in Bijlage 1. Individuele interviews zijn telefonisch afgenomen of, op verzoek van geïnterviewde, face-to-face of via beeldbellen. 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). [26] Participanten die in de beginfase van het onderzoek zijn geïnterviewd, kregen aan het einde van de evaluatieperiode nogmaals de samenvatting van het interview toegestuurd met het verzoek aan te geven of en welke veranderingen na het interview in de loop van de tijd zijn opgetreden.*
- *Focusgroepen hebben als doel aan de hand van een semigestructureerd interviewprotocol (Bijlage 2), een zorgvuldig geplande discussie over ideeën, motieven, belangen en denkwijzen over een omschreven aandachtsgebied te voeren. [26] Volgens de methodiek van Hogle [28] blijft de gesprekleider (moderator) zo veel mogelijk op de achtergrond om de discussie en interactie tussen de participanten te stimuleren, terwijl het hele proces wordt*

gevolgd door een observator. Deze maakt notities en bewaakt de voortgang van het interviewprotocol en kan eventueel bijsturen. Ook van de focusgroep bijeenkomsten zijn transcripten gemaakt en heeft een member check plaatsgevonden.

- *Documentanalyse is het op systematische wijze analyseren en beoordelen van (online) documenten op informatie over een specifiek onderwerp en vanuit een specifieke onderzoeksvraag. In dit onderzoek zijn tuchtrechtspraak geanalyseerd.*

De te hanteren meetinstrumenten zijn allemaal uitvoerig beproefd in eerder verrichte evaluaties van taakherschikking naar andere professionals (topiclijsten interviews, vragenlijsten). [19-22]

De dataverzameling is hieronder nader uitgewerkt per onderdeel van het conceptuele kader van Sidani en Irvine. Het conceptuele kader geeft weer welke factoren van invloed kunnen zijn op het zorgproces en kwaliteit van zorg ten aanzien van het structuur-proces-uitkomst model. Het implementatiemodel van Grol & Wensing is onder de uitkomst variabelen 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 3 in Bijlage 3.

2.4.2 Structuurvariabelen

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

- In de GMH (KORT)-, TA (KORT)- en MZV-vragenlijsten zijn data verzameld over geslacht, leeftijd, opleiding, functie en type organisatie waarin de mondzorgverlener werkzaam is. In de GMH (KORT)- en TA (KORT)-vragenlijst is ook gevraagd naar het type dienstverband; in de GMH-, TA- en MZV-vragenlijst naar de werkervaring en omvang van de organisatie. Tenslotte is in de GMH-vragenlijst gevraagd naar de inschrijving in registers en de postcode van de praktijk waarin de mondzorgverlener werkzaam is. Postcodes worden gekoppeld aan provincies waarvan de tandartsratio's (het aantal inwoners per (werkzame) tandarts bekend zijn [28];
- In de PAT-vragenlijst zijn 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 (eenmalig, eerste of vervolgsconsult)). Tijdens het experiment zijn PAT ook gevraagd naar hun verzekering voor mondzorg;
- Bij NVM-mondhygiënist en de opleidingsinstituten is tijdens de nulmeting gevraagd naar respectievelijk het aantal ingeschreven en afgestudeerde MH, omdat het tijdelijk BIG-register nog niet operationeel was tijdens de nulmeting. Tijdens de experimenteerperiode is het aantal GMH bij het tijdelijk BIG-register opgevraagd. Daarnaast heeft het BIG-register gegevens op
- geaggregeerd niveau aangeleverd over man/vrouw verhouding, leeftijd en regio waar GMH werkzaam zijn;
- *Persoonlijke kenmerken van respondenten van de kwalitatieve dataverzameling zijn verzameld maar worden niet weergegeven in deze rapportage, omdat gepresenteerde data (bijvoorbeeld citaten) mogelijk te herleiden zijn tot individuen.*

2.4.3 Procesvariabelen

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

- aan (geregistreerd) MH en andere mondzorgverleners is in de GMH-, 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

Tabel 1: Dataverzameling

Variabelen	Aantal vragen	Vragenlijst					
		GMH	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 van mondzorgverleners	2	•		•		•	•
Deskundigheid	3	•		•			•
Handelen volgens richtlijnen	2	•		•			•
Vaststellen bekwaamheid	2	•		•			•
Bijdrage besluitvorming middelen en inzet	13	•					•
Samenwerking	6	•		•			•
Dagelijkse werkzaamheden	1	•		•			•
Teamindeling	1	•		•			•
(Interprofessioneel) overleg	9	•		•			
UITKOMSTVARIABLEN							
Ervaren toegankelijkheid van zorg	4					•	
Ervaren patiëntgerichtheid van zorg	6					•	
Objectieve werkbelasting	6	•		•			•
Subjectieve werkbelasting	15	•		•			•
Kwaliteit/veiligheid van zorg	3					•	
Gebruik voorbehouden handelingen en procedures	17	•	•	•	•		
Reden voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid	7	•	•	•	•		
Tijdsbesteding voorbehouden handelingen	17	•		•			
Verandering takenpakket en patiëntencontact	5	•		•			•
Ervaren effect op de kwaliteit van zorg	9	•		•	•		•
Ervaren effect op de toegankelijkheid van zorg	2	•		•			•

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 (geregistreerd) 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 werd 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.*

2.4.5 Uitkomstvariabelen

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

- aan (geregistreerd) 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 (geregistreerd) MH zonder overleg, indicatie (geregistreerd) MH en delegatie naar andere mondzorgverlener, andere procedure). Indien 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 delegatieprocedure 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 (geregistreerd) MH en andere mondzorgverleners is in de GMH-, TA- en MZV-vragenlijsten gevraagd naar objectieve en subjectieve werkbelasting (arbeidsatisfactieschaal 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 (geregistreerd) MH en hun mening over taakherschikking tussen TA en GMH;*
 - *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 is 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 unit-kosten 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 zijn data op basis van de uitspraken van tuchtcolleges die betrekking hebben op voorbehouden handelingen in de mondzorg en meer specifiek verricht door de mondhygiënist verzameld.

2.5 Onderzoekspopulatie en werving

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

De onderzoekspopulatie bestond uit:

- tijdens de nulmeting: 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: uitsluitend MH die in het bezit zijn van een Bachelor of Health (tot 2017) of Bachelor of Science (vanaf 2017) en een certificaat stralingsbescherming (TMS), en ingeschreven stonden in het tijdelijk BIG-register: GMH;
- tijdens de nulmeting alsook de experimenteerperiode: patiënten die een voorbehouden handeling hebben ondergaan door een aan het onderzoek deelnemende (G)MH, alsook de Nederlandse taal voldoende beheersten, volwassen waren of ouder/verzorger van minderjarige, en toestemming gaven voor deelname;
- tijdens de nulmeting alsook de experimenteerperiode: mondzorgverleners met wie de, aan het onderzoek deelnemende, (G)MH actief samenwerkten (i.e. TA, gedifferentieerde TA, gespecialiseerde TA, niet BIG-geregistreerde mondhygiënist, preventieassistenten en tandartsassistenten).
- tijdens de nulmeting: overige partijen (stakeholders of belanghebbenden), die betrokken waren bij de inzet van (G)MH, te weten praktijkmanagers, opleidingsinstituten (Hanzehogeschool Groningen, Hogeschool Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Inholland, Hogeschool Utrecht), belangenverenigingen, Patiënten Federatie Nederland (PFN), Nederlandse Vereniging Mondhygiënist (NVM-mondhygiënist), Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), en het Landelijk Overleg Opleidingen Mondzorg (LOOM). Tijdens de experimenteerperiode fuseerde de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) met de KNMT, en waren bovendien het Kwaliteits Instituut Mondzorg (KIMO), de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) en de overheidsinstituten (Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), en Zorginstituut Nederland (ZIN) betrokken.

Met betrekking tot de werving, zijn MH/alumni door NVM-mondhygiënist en de hogescholen met de opleiding Mondzorgkunde via e-mail uitgenodigd om na aanmelding bij het onderzoeksteam, deel te nemen aan de nulmeting en de MH-vragenlijst in te vullen. 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 dit congres, zijn de aanwezige MH namelijk door het onderzoeksteam verzocht een verkorte MH-vragenlijst (MH KORT-vragenlijst) in te vullen. Sprekers hebben bovendien bij verschillende sessies hiervoor aandacht gevraagd. De daaropvolgende jaren is er tijdens dit congres onder de MH een papieren versie van de Quickscan verspreid. Tijdens de experimenteerperiode is gebruik gemaakt van het tijdelijk BIG-register en werd er een digitale versie gemaakt in SurveyMonkey, welke de 4-jarig opgeleide GMH rechtstreeks konden invullen. Meermaals zijn er reminders verstuurd via o.a. nieuwsflitsen.

Iedere deelnemende GMH werd 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 werd 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. 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 tijdens de nulmeting T0 en de drie opvolgende meetmomenten (T1, T2, T3).

In alle vragenlijsten konden deelnemers aangeven of zij mee wilden werken aan een individueel interview of een focusgroep interview. Tevens werd een separate oproep voor deelname aan interviews verspreid door NVM-mondhygiënist. Tijdens het experiment werden (G)MH en andere mondzorgverleners actief door het onderzoeksteam benaderd om deel te nemen aan een individueel interview. Selectie vond 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”. 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 werden 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.

Non respondenten werden via e-mail benaderd om in SurveyMonkey een vragenlijst in te vullen naar de reden van non-respons.

2.6 Data-analyse

De analyses van kwantitatieve data verkregen uit de vragenlijsten zijn verricht met SPSS-versie 28. 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 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.

Met respectievelijk de Mann-Whitney U toets (2 groepen), Kruskal Wallis toets (> 2 groepen) en χ^2 toets, is nagegaan of waargenomen verschillen tussen meetmomenten en 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 gemiddeldes (sd) ongeacht eventuele scheefverdeling. Omdat gemiddeldes, en

daardoor ook de richting van veranderingen, sterk beïnvloed worden door extreme waarden, zijn extreme waarden met gemiddeldes $\pm 5sd$ niet in de analyses meegenomen. Gemiddeldes van aantallen, indicatieprocedures en duur van specifieke handelingen zijn alleen bepaald bij meer dan 10 respondenten.

Doordat het aantal respondenten, dat tijdens minimaal twee metingen de vragenlijst heeft ingevuld, te beperkt bleek, is longitudinale analyse voor deze data niet uitvoerbaar. Uitspraken worden daarom op groepsniveau gemaakt.

Ook zijn het relevante sub-analyses zoals van GMH die praktijkhouder zijn van een praktijk met uitsluitend mondhygiënist, of van GMH werkzaam in een hoge/lage tandartsratio vanwege een te lage respons tijdens T3 ook niet (overal) mogelijk gebleken.

Voor de verschillende voorbehouden handelingen zijn profielen opgesteld en gevisualiseerd met grafieken.

A: Percentage MH, dat betrokken is bij de voorbehouden handeling. Dit zijn data verkregen uit de MH KORT-vragenlijst verspreid onder alle MH.

B: Gemiddeld aantal (sd) verrichte voorbehouden handelingen per maand door de GMH (data verkregen uit GMH-vragenlijst) en TA (data verkregen uit TA- en TA KORT vragenlijsten). Dit betreffen gemiddeldes (sd) zonder outliers van $>5sd$. In dit kader wordt bij B en C onder verrichten verstaan het indiceren en/of uitvoeren en/of delegeren van de voorbehouden handeling.

C: gemiddelde duur (sd) van een door GMH (GMH-vragenlijst) en TA (TA- en TA KORT-vragenlijst) verrichte voorbehouden handeling in minuten (inclusief eventuele overlegtijd of tijd om de opdracht te verstrekken). Dit betreffen gewogen gemiddeldes. Bij het wegen van gemiddeldes is gebruik gemaakt van de formule $\sum(n_i \times d_i) / n_{tot}$. Hierbij is n_i het aantal verrichte voorbehouden handelingen voor indicatieprocedure i , d_i de duur van de handeling voor indicatieprocedure i en n_{tot} het totale aantal verrichte voorbehouden handelingen, voor alle indicatieprocedures. (Bij deze gemiddeldes zijn geen outliers van $>5sd$.)

D: indicatieprocedure (GMH-vragenlijst). Bij het bepalen van de verdeling van de indicatie/delegatieprocedures zijn wegingsfactoren gebruikt volgens de formule: wegingsfactor voor indicatie/delegatieprocedure $i = n_i / n_{tot}$. Hierbij is n_i het aantal verrichte voorbehouden handelingen voor indicatieprocedure i en n_{tot} het totale aantal verrichte voorbehouden handelingen, voor alle indicatieprocedures. Per respondent en per voorbehouden handeling is de som van alle wegingsfactoren altijd 1. Per voorbehouden handeling en per indicatieprocedure is een somscore bepaald. Per voorbehouden handeling is de verdeling van de somscores van de indicatieprocedures weergegeven.

E: Delegatieprocedure (TA- en TA KORT-vragenlijst), zie D.

Voor de analyse van de kwalitatieve data welke is verkregen uit de open vragen in zowel de vragenlijsten, de individuele- en ook de 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. [35] Om de betrouwbaarheid ('trustworthiness') van kwalitatieve data te verhogen, zijn de individuele- en focusgroep interviews

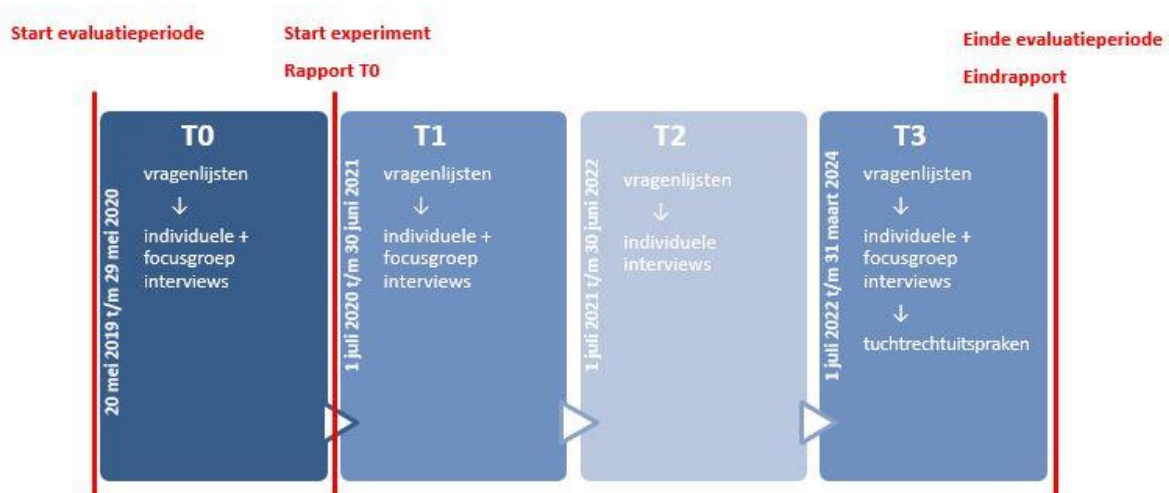
opgenomen en getranscribeerd en vond per interview een member check plaats; de geïnterviewde(n) heeft (hebben) een samenvatting van het interview ontvangen ter controle. Ook is de data van 5 categorieën steekproefsgewijs onderzocht of er consensus behaald was. Bij de analyses van kwalitatieve data is gebruik gemaakt van NVIVO 12 software.

2.7 Triangulatie van data

In het onderzoek zijn ter validatie en interpretatie methodische triangulatie van QUAN en QUAL toegepast (mixed methods design). Deze data zijn tijdens de dataverzameling en analyse aan elkaar gerelateerd. Hiervoor is in navolging van de methode van Farmer et al. [36] eerst een matrix gemaakt op basis van de twee conceptuele frameworks (theoretische triangulatie) (Zie Tabel 1.) Na het bespreken van QUAN en QUAL afzonderlijk, zijn QUAN en QUAL per thema vergeleken. Per thema is bepaald in hoeverre QUAN en QUAL wel/geen consistent beeld laten zien en is gezocht naar verklaringen hiervoor. De gezamenlijke interpretatie van QUAN en QUAL is per thema uitgewerkt in de matrix (paragraaf 3.5).

2.8 Meetperiode

Het onderzoek heeft vier jaar en tien maanden geduurd. De nulmeting (T0) heeft van 20 mei 2019 tot en met 29 mei 2020 plaatsgevonden, gevolgd door de drie metingen gedurende het experiment (T1, T2, T3). T1 is gestart direct na aanvang van het experiment op 1 juli 2020, T2 op 1 juli 2021 en T3 op 1 juli 2022. Met het opleveren van het rapport is het onderzoek op 31 maart 2024 geëindigd (Figuur 3). In elke meetperiode (T0-T3) zijn kwantitatieve data en *kwalitatieve data verzameld*. Het verzamelen van tuchtrechtuitspraken heeft plaatsgevonden tijdens T3.



Figuur 3: Meetperiodes in het evaluatieonderzoek

Een overzicht van de specifieke data van de diverse vormen van dataverzameling per meetperiode is opgenomen in Tabel 5, Bijlage 3.

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 was van mening dat de studie geen onderzoek in het kader van de Wet Medisch-wetenschappelijk

Onderzoek met mensen (WMO) betref. Het onderzoek betreft de evaluatie van reguliere zorg 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 (G)MH informed consent gevraagd. Ten behoeve van het identificeren van patiënten en andere mondzorgverleners hebben (G)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 de resultaten van het evaluatieonderzoek weergegeven met behulp van zowel kwantitatieve data als kwalitatieve data, conform de gehanteerde data-triangulatie (Figuur 1). De presentatie van de resultaten van het onderzoek is ingedeeld in structuur, proces en uitkomsten.

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)
- GMH: BIG-geregistreerd mondhygiënist(en)
- TA: tandarts(en)
- PAT: patiënt(en)
- MZV: andere mondzorgverlener(s) dan GMH en TA
- 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); en in het bezit zijn van een Toezichthoudend Medewerker Stralingsbescherming (TMS)-certificaat;
- MH-exp: 2-, 3-jarig opgeleide MH, die zonder upgrading en TMS-certificering niet mee kunnen doen aan het experiment.

3.1 Respons

In Tabel 2 is de respons op de diverse onderdelen van het evaluatieonderzoek weergegeven.

Tijdens het experiment is het aantal BIG-registraties toegenomen, maar tijdens T1 en T2 is de respons bij GMH (GMH-vragenlijst) en daardoor ook van TA, MZV en PAT achtergebleven bij deze toename. Bij het bespreken van de QUAN resultaten ligt de nadruk op de resultaten van T3. Waar relevant en mogelijk wordt ook ingegaan op de resultaten van de andere metingen. Voor de MH KORT-vragenlijst is de respons relatief hoog tijdens alle metingen (Tabel 2).

Op T3 hebben 116 GMH de GMH-vragenlijst ingevuld, 531 (G)MH de MH KORT-vragenlijst, 21 TA de TA-vragenlijst ingevuld, 95 de TA KORT-vragenlijst, 23 MZV de MZV-vragenlijst en 39 PAT de PAT-vragenlijst ingevuld. Ter inventarisatie van de redenen om niet deel te nemen aan het evaluatieonderzoek zijn 550 GMH zijn aangeschreven. De voornaamste reden bleek “tijdgebrek door reguliere werkzaamheden” (53,8%) gevolgd door “te lange vragenlijst” (22,8%). Van de 145 GMH stelden zes dat de vragenlijst te moeilijk was. In 4,1% van de gevallen bleken GMH weerstand te ervaren voor deelname aan het Evaluatieonderzoek (Tabel 6, Bijlage 3).

In de evaluatieperiode hebben in totaal 57 (G)MH, 14 TA, 2 MZV, 14 PAT en 21 stakeholders aan individuele interviews deelgenomen. Daarnaast hebben 18 (G)MH deelgenomen aan een focusgroep interview.

Tabel 2: Respons tijdens het evaluatieonderzoek (aantallen personen)

	T0	T1	T2	T3	
BIG-registraties MH	-	138	457	721	
Respons					
MH	MH-exp	MH+exp	GMH	GMH	GMH
MH-vragenlijst	11	32	19	41	116
MH KORT vragenlijst	69	33	234	418	531
Non respons vragenlijst	-	-	28	122	145
Individuele interviews	4	15	5	12	21
Focusgroep interviews	3	1	8	0	6
TA					
TA-vragenlijst	5	8	8	8	21
TA KORT-vragenlijst	26	14	18	18	95
Individuele interviews	1	1	1	0	12
MZV					
MZV-vragenlijst	7	11	11	7	23
Individuele interviews	0	2	2	0	0
PAT					
PAT-vragenlijst	19	41	41	23	39
Individuele interviews	2	5	5	4	3
Stakeholder					
Individuele interviews	9	5	5	6	1

- Niet van toepassing

3.2 Structuurvariabelen

De persoonlijke kenmerken van respondenten van de GMH-, TA-, TA (KORT)-, PAT- en MZV-vragenlijsten zijn weergegeven in, Tabellen 7-11 en 49 in Bijlage 3.

3.2.1 (Geregistreerd)-mondhygiënisten

De gemiddelde (sd) leeftijd van de 116 GMH die de T3 GMH-vragenlijst hebben ingevuld is 32,8 (8,5) jaar. Onder hen zijn 14 (12,1%) mannen. GMH die zelfstandig praktijkhouder zijn, zijn statistisch significant ouder dan GMH in loondienst (gemiddelde leeftijd (sd) respectievelijk 39,6 (8,8) en 28,7 (7,6) jaar; gegevens niet in tabel). Van de GMH is 87,1% 4-jarig opgeleid, 5,2% genoten de 3-jarige opleiding en 4,3% de 2-jarige opleiding. Van de GMH heeft 63,8% de aanvullende scholing "Toezichthoudend Medewerker Stralingsbescherming" gevolgd. *Sommige GMH merkten hierbij op dat de scholing tijdens de opleiding aan bod is gekomen.* Het gemiddelde (sd) aantal jaar ervaring in de functie van GMH is 8,4 (8,2) jaar. De grote meerderheid van de GMH is ingeschreven in het diplomaregister (82,8%) en in het Kwaliteitsregister Mondhygiënisten (72,9%). GMH geven aan meerdere dienstverbanden naast elkaar te hebben. Bijna de helft van de GMH is werkzaam als ZZP, vaker op omzetbasis (43,1%) dan op uurtariefbasis (3,4%). Daarnaast is 32,8% werkzaam als zelfstandige praktijkhouder en 36,6% in loondienst.

Tijdens T3 zijn 10 GMH praktijkhouder van een praktijk met uitsluitende mondhygiënisten.

Uit gegevens van het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) blijkt dat meer dan de helft van de GMH, die ingeschreven staan in het BIG-register, in de leeftijdscategorie 26-35 jaar valt (Tabel 8, in Bijlage 3). In vergelijking met T1 zijn tijdens T3 meer GMH jonger dan 35 jaar en minder GMH ouder dan 45 jaar. Toetsen op statistische significantie is niet mogelijk, omdat

gegevens op geaggregeerd niveau zijn aangeleverd. Tijdens T3 is het percentage mannelijke GMH ingeschreven in het BIG-register (12,6%), vergelijkbaar met het percentage mannelijke GMH respondenten (12,1%).

De (G)MH KORT vragenlijst zijn door 531 personen ingevuld. Bijna de helft (48,8%) heeft de 4-jarige opleiding mondzorgkunde afgerond en een derde (34,7%) heeft als aanvullende scholing "Toezichthoudend Medewerker Stralingsbescherming" gevolgd (tabel 49, Bijlage 3). Meer dan de helft (59,5%) van de (G)MH is werkzaam in een algemene tandartspraktijk en ruim een derde (35,4%) is werkzaam in een mondhygiënistpraktijk (Tabel 13, Bijlage 3). Van de G(MH)-kort is ruim een derde (36,9%) zelfstandig praktijkhouder en twee vijfde (41%) in loondienst. Een derde (31,2%) is werkzaam als ZZP, waarvan de meerderheid (84,9%) op omzetbasis. Ongeveer de helft (46,7%) voldoet niet aan de opleidingseisen voor de BIG-registratie om deel te kunnen nemen aan het experiment. Een minderheid (14,7%) voldoet wel aan de opleidingseisen voor de BIG-registratie, maar gaat niet meedoen met het experiment (Tabel 49, Bijlage 3).

3.2.2 Tandartsen

De 21 respondenten van de TA-vragenlijst hebben een gemiddelde (sd) leeftijd van 46,5 (16,6) jaar. Van hen is 47,6% man (Tabel 9, Bijlage 3). Drie (14,3%) TA hebben een tandheekkundige opleiding in het buitenland gevolgd. Twee (6,6) TA hebben daarnaast een tandheekkundige differentiatie genoten, drie (14,3%) een tandheekkundige specialisatie. De TA hebben gemiddeld (sd) 19,2 (12,6) jaar ervaring in hun functie. Dertien (61,9%) respondenten zijn zelfstandig praktijkhouder, één (4,8%) is in loondienst en acht (38,1%) zijn werkzaam als ZZP (twee op uurtariefbasis en zes op omzetbasis).

De TA-kort vragenlijst is door 95 TA ingevuld, waarvan 11 (11,6%) TA een tandheekkundige opleiding in het buitenland gevolgd hebben. Zestien (16,8%) TA hebben een tandheekkundige differentiatie gevolgd en één (1,1%) TA een tandheekkundige specialisatie. Twee (2,1%) TA een andere opleiding, niet gespecificeerd.

Van de TA-kort zijn 63 (66,3%) zelfstandig praktijkhouder, acht (8,4%) in loondienst en 33 (34,7%) zijn werkzaam als ZZP (acht op uurtariefbasis en 25 op omzetbasis). Drie (3,2%) TA hebben een ander dienstverband, niet gespecificeerd.

3.2.3 Patiënten

De gemiddelde (sd) leeftijd van de 39 patiënten die op T3 de PAT-vragenlijst hebben ingevuld is 45,3 (15,4) jaar. Van hen zijn 15 (38,5%) PAT mannelijk (Tabel 10, Bijlage 3). Bijna alle (97,4%) PAT zijn mbo of hoger geschoold. Het merendeel (87,2%) heeft een Nederlandse achtergrond.

De PAT zijn voornamelijk (81,6%) voor een vervolgspraak bij de GMH geweest. Voor twee PAT (5,3%) betrof het bezoek een éénmalig consult en voor vijf PAT (13,2%) betrof het een eerste consult. In de meerderheid van de gevallen (71,1%) maakte de PAT de afspraak bij de GMH op eigen initiatief en in 28,9% van de gevallen werd de PAT doorverwezen door een andere mondzorgverlener.

Meer dan de helft (64,1%) heeft een aanvullende ziektekostenverzekering voor tandzorg. Bij zeven PAT (28,0%) betreft het een naturapolis, en bij 11 PAT (44,0%) een restitutiepolis. Ongeveer een kwart van de PAT weet niet of ze een aanvullende verzekering heeft.

Op de vraag of het niet vergoeden van alle kosten van de mondhygiënist een reden is om behandelingen niet te ondergaan/voort te zetten, geeft 86,1% van de PAT aan dat het niet het geval is (gegevens niet in tabel).

3.2.4 Andere mondzorgverleners dan geregistreerd-mondhygiënist en tandartsen

De gemiddelde (sd) leeftijd van de 17 respondenten van de MZV-vragenlijst is 30,0 (14,8) jaar (Tabel 11, Bijlage 3). De meeste respondenten (88,2%), zijn vrouw. Ruim de helft (58,8%) heeft een opleiding tot tandartsassistent gevolgd, 17,7% een opleiding tot MH (maar zijn niet BIG-geregistreerd) en 52,9% een cursus preventie-assistent. Acht respondenten werken als preventie-assistent, vijf als tandartsassistent, en drie als niet geregistreerd MH. Bijna alle MZV (94,1%) werken in loondienst, en twee (11,8%) als ZZP op omzetbasis. De respondenten hebben gemiddeld (sd) 9,1 (9,2) jaar ervaring in hun functie.

3.2.5 Organisatie

De kenmerken van de praktijken/organisaties, waarin de respondenten op de T3 GMH-vragenlijst de meeste uren werken zijn weergegeven in Tabel 12 in Bijlage 3. Driekwart (75,0%) van de GMH is werkzaam in een algemene tandartsenpraktijk, 27,6% in een gedifferentieerd tandartspraktijk, 23,3% in een ziekenhuis of gespecialiseerde instelling en 9,5% in een mondhygiënistpraktijk (niet in combinatie met een tandartspraktijk). GMH werken gemiddeld (sd) in 4,0 (2,3) verschillende praktijken. De praktijken zijn met name gevestigd in Zuid-Holland (21,6%) en Noord-Holland (17,2%). De GMH werken in praktijken met mediaan (IQR) 3750, (1303-7625) ingeschreven patiënten, waarvan 650 (275-1000) eigen patiënten (of vaste groep PAT die langer dan 1 jaar in behandeling zijn bij de GMH) en 4,0 (2,0-6,0) behandelstoelen.

Van de 21 respondenten van de TA-vragenlijst op T3 werkt 76,2% in een algemene tandartsenpraktijk 33,3% in een gedifferentieerde tandartspraktijk (Tabel 10, Bijlage 3). De praktijken zijn met name gevestigd in Limburg (28,6%) en Noord-Brabant (23,8%). TA geven aan dat mediaan (IQR) 4000 (2500-4925) patiënten staan ingeschreven in de praktijk, waarin ze de meeste uren werken; 61,7% heeft een eigen patiëntenbestand met een mediane (IQR) grootte van 2200 (875-2663) patiënten. Het mediane (IQR) aantal behandelstoelen bedraagt 4 (3-5).

Bij de TA KORT-vragenlijst blijken 86,3% van de 95 respondenten werkzaam te zijn in een algemene tandartsenpraktijk en 25,3% in een gedifferentieerde tandartsenpraktijk (Tabel 14, Bijlage 3).

MZV die de MZV-vragenlijst op T3 hebben ingevuld, zijn gemiddeld (sd) werkzaam in 1,8 (1,8) algemene tandartsenpraktijken (Tabel 15, Bijlage 3). De praktijken zijn met name verspreid over Noord-Brabant (29,4%), Zuid-Holland (29,4%) en Limburg (23,5%). MZV geven aan dat mediaan (IQR) 3750 (2875-5750) patiënten staan ingeschreven in de praktijk, waarin ze de meeste uren werken; van de MZV heeft 29,4% een eigen patiëntenbestand.

Uit de PAT-vragenlijst op T3 blijkt dat de GMH bij wie PAT onder behandeling zijn (geweest), voor meer dan de helft van de gevallen (56,4%) werkzaam zijn in een tandartspraktijk. Veertien (35,9%) PAT zijn onder behandeling van een GMH die werkzaam is in een mondhygiënist praktijk en drie (7,7%) PAT geven aan dat het een ander type praktijk betreft, niet verder gespecificeerd (gegevens niet in tabel).

3.3 Procesvariabelen

3.3.1 Voorlichting over bevoegdheden van mondzorgverleners

In Tabellen 16-18 in Bijlage 3 zijn gegevens opgenomen over voorlichting over bevoegdheden van mondzorgverleners aan PAT volgens respondenten van respectievelijk de MH-, TA- en MZV-vragenlijst. Volgens vrijwel alle mondzorgverleners krijgen patiënten informatie over het type

mondzorgverlener door wie ze behandeld worden (GMH: 87,1%; TA: 100%; MZV: 100%). De wijze van informatieoverdracht vindt met name plaats via de badges met naam en functie, die mondzorgverleners dragen (GMH: 69,3%; TA: 73,6%; MZV: 82,4%). Daarnaast vertellen mondzorgverleners het zelf aan PAT (GMH 60,3%; TA: 57,9%; MZV: 67,4%). PAT worden minder vaak geïnformeerd over de bevoegdheden van de behandelend mondzorgverlener (GMH: 65,5%; TA: 63,2%; MZV: 82,3%). Als PAT geïnformeerd worden over bevoegdheden, vindt dit voornamelijk plaats tijdens het consult (GMH: 65,8%; TA: 58,3%; MZV: 47,1%) en bij de intake (GMH: 60,5%; TA: 58,3%; MZV: 52,9%). Dit wordt doorgaans mondeling door de mondzorgverlener verteld aan de PAT (GMH: 82,9%; TA: 58,3%; MZV: 47,1%), of de PAT wordt verwezen naar de website van de praktijk (GMH: 57,9%; TA: 50,0%; MZV: 35,3%).

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

Praktijkmanager 70: "En over het algemeen blijft een patiënt altijd bij diegene bij wie die behandeld is. Daar willen we eigenlijk ook niet in rouleren. Dus het is een vaste mondhygiëniste, vaste preventie-assistente. Eh, ja verslechtert de situatie, dan wordt er vanuit de preventie-assistente een seintje gegeven naar de tandarts dat er een doorverwijzing komt naar de mondhygiënist."

Stakeholder 25: "Wij vinden dan dat mensen moeten weten wie hun behandelaar is en wat je van een behandelaar mag verwachten. Dus dat hele geïntegreerde mondzorg aanpak, mondzorgprofessionals, daar zou een patiënt goed over geïnformeerd moeten worden."

Van de GMH geeft 60,3% aan toestemming aan patiënten te vragen voor herschikking van de behandeling, 14,7% geeft aan geen toestemming hiervoor te vragen en 23,3% geeft aan dat dit niet van toepassing is. Een vergelijkbaar patroon is te zien bij MZV: 64,7% vraagt toestemming, 11,8% vraagt géén toestemming en 23,5% geeft aan dat dit niet van toepassing is. In vergelijking met GMH en MZV vragen TA minder vaak toestemming aan de patiënten, namelijk 52,6%. 21,1% vraagt géén toestemming en 26,4% geeft aan dat dit niet van toepassing is.

GMH 31: "Dus misschien dat het ook wel fijner is voor de patiënt en de ouders, omdat ze iemand zien die echt alle uitleg kan geven, de totale behandeling."

GMH 51: "Ik weet bij welke tandarts of mondhygiënist ze zijn geweest en aan de hand daarvan ga ik met die persoon in gesprek en kijk ik: wat zijn de wensen, wat zie ik, zie ik dingen waardoor ik wel moet doorverwijzen. Maar dat gaat altijd wel in overleg met de patiënt, ik moet altijd dan toestemming hebben van de patiënt of die dat wil natuurlijk. Als de patiënt zegt van 'nou als het hier kan vind ik dat wel heel fijn', hoeven ze ook weer niet naar verschillende behandelaars toe en je hebt toch een vertrouwensband met een patiënt. En ik ben bekwaam, ik ben bevoegd, ik heb ervoor gestudeerd en ik doe het al enige jaren. Dus ja, waarom zou ik het dan niet doen, als de patiënt het ook fijn vindt."

Een stakeholder geeft tijdens een interview aan dat de patiënt degene is die uiteindelijk beslist wie de behandeling zal uitvoeren.

Stakeholder 49: "En uiteindelijk is het de patiënt die beslist, vind ik. De patiënt is in de lead en die geeft aan wat die prettig vindt en bij welke behandelaar hij graag de behandeling zou willen laten uitvoeren, dat is niet de praktijkhouder die dat beslist. Wanneer er in de praktijk onvoldoende draagvlak is voor dit experiment, dan zal die informatieverschaffing ook minder naar de patiënt toe gebracht worden."

De PAT geven aan dat zij in 86,8% van de gevallen informatie hebben ontvangen over welke mondzorgverlener welke zorg mag verlenen en dat deze informatie met name mondeling is gegeven

door de GMH (81,8%) (Tabel 19, Bijlage 3). Alle PAT, die informatie ontvangen hebben over de bevoegdheden van de mondzorgverleners, zijn van mening dat de informatie duidelijk en volledig was.

3.3.2 Deskundigheid

GMH houden hun eigen deskundigheid voornamelijk bij door het volgen van bij- en/of nascholing (87,1%), hun werkervaring (87,1%), het bestuderen van vakliteratuur en andere informatiebronnen (81,0%), het bezoeken van congressen, symposia of vakinhoudelijke vergaderingen (69,8%), en intercollegiale consultaties, intervisie en supervisie (53,4%) (Tabel 20, Bijlage 3).

Zes (28,6%) TA geven aan werktijd ter beschikking te stellen aan de GMH voor het bijhouden van de deskundigheid, en 5 (23,8%) TA stellen een scholingsbudget ter beschikking (Tabel 21, Bijlage 3).

Tijdens de interviews is naar voren gekomen dat GMH hun deskundigheid enerzijds bijhouden middels (na)scholingen en anderzijds de frequentie van uitvoering van de voorbehouden handeling(en) (praktijkervaring).

MZV 35: “Binnen onze organisatie? Een percentage van de loonsom van de medewerkers wordt beschikbaar gesteld aan scholing, sowieso twee keer per jaar (o.a. congressen en individuele scholing).”

TA 91: “Ze volgen sowieso bij- en nascholing; we hebben niet een bepaald budget, maar als ze een cursus hebben gezien, of als er een congres is, mogen ze daar gewoon naartoe. Ze moeten natuurlijk hun punten kunnen halen.”

TA 97: “Het maken van een vulling is echt geen hoge wiskunde... als je het op een gegeven moment een aantal keer gedaan hebt, wordt het een vaardigheid die je hebt.”

Ook is uitgevraagd of en hoe de deskundigheid van de GMH up-to-date en aantoonbaar gemaakt kan worden. Een vorm van kwaliteitsregistratie werd herhaaldelijk als meerwaarde beschouwd.

MH3: “De bekwaamheid kun je wellicht aantonen door middel van een portfolio of een cursuscertificaat of een recent diploma. Ik denk dat dat belangrijk is, dat je kan laten zien dat je de handelingen die je uitvoert in ieder geval op regelmatige basis doet. En, dat je daarin scholingen volgt. Ik denk ook dat het kwaliteitsregister een heel mooi instrument is, omdat je daarin een erkende scholing goed bij kan houden.”

MH5: “Wat ik persoonlijk wel fijn zou vinden is, als er toch een soort van richtlijn wordt gemaakt van hoe vaak je bepaalde handelingen moet doen om je dan toch wel bekwaam in en dus ook bevoegd in te maken. Waar ik me zorgen over maak is een mondhygiënist die al jaren niet heeft geoord.”

Een GMH gaf aan tijdens een interview dat niet alle cursussen opgevoerd kunnen worden in het kwaliteitsregister KRM.

GMH 32: “Het puntensysteem is nu best wel onduidelijk ingedeeld, dus je moet wel een bepaald aantal punten halen. Je moet 50 punten halen, geregistreerde punten, en dat zijn echt alleen scholingen. Daar valt niet alles onder. Vanuit het werk wordt er best wel veel georganiseerd voor cursussen vanuit dental best practice, maar niet alle cursussen die zij aanbieden zijn de geregistreerde punten. Ik heb in totaal veel punten de afgelopen drie jaar, maar ik heb nog maar de helft van de geregistreerde punten, dus dat is nog wel eens lastig.”

3.3.3 Handelen volgens richtlijnen

Voor het verrichten van voorbehouden handelingen zijn volgens 47,4% van de GMH algemene schriftelijke regels opgesteld en volgens één vierde is sprake van ongeschreven regels en gewoontevorming (25,9%) (Tabel 22, Bijlage 3). Ook 42,9% van de TA geeft aan dat er algemene schriftelijke regels zijn opgesteld, en 23,8% van de TA geeft aan dat sprake is van ongeschreven

regels en gewoontevorming (Tabel 23, Bijlage 3). Persoonlijke schriftelijke regels (GMH: 9,5%; TA: 9,5%) en helemaal geen regels (GMH: 5,2%; TA: 19,0%) komen minder vaak voor. Van de GMH die werken als ZZP geeft de helft (50,0%) aan dat er voor hen helemaal geen regels met betrekking tot voorbehouden handelingen zijn opgesteld (gegevens niet in tabel).

Als schriftelijke regels zijn vastgelegd, staat hierin voornamelijk beschreven welke voorbehouden handelingen door wie verricht mogen worden (GMH: 98,5%; TA: 100%). De manier waarop bekwaamheid wordt bepaald en welke patiëntengroep behandeld mag worden door wie, worden volgens de GMH in respectievelijk 28,8% en 12,1% van de gevallen in de schriftelijke regels beschreven.

Op de vraag of de schriftelijke (algemene en persoonlijke) richtlijnen/regels voldoen, geeft 81,8% van de GMH en 90,9% van de TA aan dat ze grotendeels voldoen; 4,5% van de GMH geeft aan dat de richtlijnen/regels niet voldoen. Bij GMH die werken als ZZP geeft 50,0% aan dat de richtlijnen/regels niet voldoen (gegevens niet in tabel).

Uit interviews komt naar voren dat het gebruik van protocollen duidelijkheid schept over de werkwijze die gehanteerd wordt binnen praktijken.

Stakeholder 44: "Iedereen werkt in hetzelfde patiëntendossier, dus het is heel transparant wat er is gebeurd en door wie. We hebben een heel strak protocol van hoe de patiënt wordt behandeld. En uiteraard wordt gecommuniceerd met de tandarts. Dus stel dat ik een patiënt zie en ik voorzie dat er iets behandeld moet worden dat niet parodontaal is, dan stuur ik een brief naar de tandarts. Stel dat de patiënt bij de mondhygiënist is, en zij ziet ook ergens cariës of zij ziet iets dat niet klopt, dan wordt ook een brief gemaakt om te communiceren aan de tandarts. Dus er zijn heel duidelijke afspraken binnen de praktijk, zo handelen wij altijd. Duidelijk wie wat moet doen. Wij zien de tandarts als de hoofdbehandelaar, de kapitein op het schip, en die delegeert aan mij de parodontale zorg die ik samen met mijn team behandel. "

GMH 108: "We hebben verschillende protocollen. In principe werken we zoveel mogelijk volgens de protocollen. Je kan er natuurlijk van afwijken, maar proberen zoveel mogelijk de protocollen aan te houden."

GMH 65: "Wij werken met protocollen binnen de praktijk. We werken allemaal op dezelfde wijze, zowel de tandarts als de geregistreerde mondhygiënisten. Niet-geregistreerde MH hebben nog steeds meer overleg met de tandarts. Maar, wij werken allemaal volgens dezelfde protocollen."

3.3.4 Vaststellen bekwaamheid

De wijze waarop de eigen bekwaamheid voor het verrichten van voorbehouden handelingen op eigen indicatie, wordt bepaald, is afhankelijk van de situatie: per handeling (76,7%) of per patiënt (70,7%) (of in combinatie) beoordelen GMH of zij bekwaam zijn (Tabel 24, Bijlage 3). Daarnaast geeft 69,8% van de GMH aan de bekwaamheid te bepalen op grond van de door hen genoten opleiding. TA bepalen de bekwaamheid van de GMH voornamelijk op basis van de door de GMH genoten opleiding (62,4%) (Tabel 25, Bijlage 3). Van de GMH laat 5,2% het vaststellen van hun bekwaamheid aan de verantwoordelijkheid van de TA over (bij de GMH in loondienst bij een TA-praktijk is dit 83,3%; gegevens niet in tabel); 36,4% van de TA geeft aan dat GMH zelf verantwoordelijk zijn voor het vaststellen van hun bekwaamheid. Van de GMH die zelfstandig praktijkhouder zijn, geeft 62,5% aan, dat ze een bekwaamheidsverklaring hebben (gegevens niet in tabel).

Over de vraag hoe men de bekwaamheid bepaalt, kwam het volgende naar voren uit de interviews:

GMH 51: "Dat zijn meerdere dingen, dat is die overleggen met de andere behandelaars om mij heen. En in de algemene praktijk is dat de tandarts. Maar dat is ook het management, dat zijn ook de patiënten zelf, hoe ervaren zij het. Maar ook: ik zit in een ICO-groep met mijn collega's. Wij komen één keer in de 6 weken bijeen voor overleg. Daarnaast doe ik cursussen en reviews."

GMH 66: “Voor de röntgen moet je elke twee jaar een herhaling doen ... en dat geldt eigenlijk ook voor de anesthesie en het boren.”

Focusgroep 2: “De bekwaamheid is echt wel vanuit begeleiding en ervaring. Ik bedoel, ik was niet zo zelfverzekerd met mijn handelingen als ik nu ben na jaren de handelingen uitgevoerd te hebben, zowel met parodontaal als met restaureren. Oefening baart kunst. Iedere patiënt is natuurlijk anders. Ervaring is wel gewoon heel erg belangrijk, ik denk niet dat mijn vaardigheid zo goed was na mijn studie als dat het nu is. En ook met begeleiding uiteraard, dat ik altijd wel met vragen gewoon terecht kan. Dan heb ik wel gewoon achter de hand de visie van de tandarts.”

3.3.5 Bijdrage besluitvorming middelen en inzet

In Tabellen 50-53 in Bijlage 3 zijn de resultaten opgenomen met betrekking tot 12 stellingen over de bijdrage die GMH en MZV hebben in de besluitvorming binnen de praktijk over middelen en inzet van personeel. Stellingen waar GMH het met name (helemaal) mee eens zijn betreffen: “Ik kan meebepalen wat wel en wat niet tot mijn takenpakket behoort” (76,7%); “Ik kan (mee) bepalen hoe mijn agenda wordt ingedeeld” (85,9%); “Ik heb de mogelijkheid om verbeterpunten aan te geven voor de praktijk” (84,9%) en “Ik kan meebeslissen over een zorgplan” (87,9%). (Helemaal) oneens wordt voornamelijk aangegeven bij de stellingen: “Ik heb invloed op de verdeling van het werk onder mij en mijn collega’s” (12,2%); “Ik heb inbreng bij de werving en selectie van collega’s” (24,4%) en “Ik kan meebeslissen over de aanschaf van nieuwe apparatuur” (12,2%). GMH in loondienst en/of werkzaam als ZZP zijn het minder vaak (helemaal) eens met de stellingen die vragen in hoeverre GMH een bijdrage hebben in de besluitvorming binnen de praktijk over middelen en inzet van personeel in vergelijking met GMH die werkzaam zijn als zelfstandig praktijkhouder (gegevens niet in tabel).

Stellingen waar MZV het met name (helemaal) mee eens zijn betreffen: “Ik heb de mogelijkheid om verbeterpunten aan te geven voor de praktijk” (87,5%) en “Ik kan meebepalen wat wel en wat niet tot mijn takenpakket behoort” (62,5%).

3.3.6 Samenwerking

- **Interne samenwerkingsafspraken**

Volgens 28,4% van de GMH zijn interne (binnen de praktijk) schriftelijke samenwerkingsafspraken aanwezig. Voor het grootste deel van de GMH (39,7%) geldt dat géén interne schriftelijke samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd, maar juist sprake is van ongeschreven samenwerkingsafspraken en gewoontevorming (Tabel 26, Bijlage 3). Van de GMH geeft 12,1% aan dat er helemaal geen interne (schriftelijke of ongeschreven) samenwerkingsafspraken bestaan. Van de GMH die werkzaam zijn als ZZP geeft 44,4% aan dat er geen interne (schriftelijke of ongeschreven) samenwerkingsafspraken bestaan (gegevens niet in tabel). Als sprake is van (schriftelijke of ongeschreven) interne samenwerkingsafspraken, bevatten deze volgens de GMH voornamelijk de wijze van behandelen/werkinstructies (78,5%), de taakverdeling (77,2%) en de administratie van PAT/rapportage (77,2%). Voor GMH ZZP bevat dit voornamelijk afspraken over wanneer overleg over individuele patiënten noodzakelijk is (48,5%) en de wijze waarop de interne samenwerkingsafspraken worden geëvalueerd (44,0%; gegevens niet in tabel). Van de GMH vindt 5,1% dat de interne samenwerkingsafspraken niet voldoen.

TA daarentegen geven aan dat er juist voornamelijk schriftelijke samenwerkingsafspraken (60,0%) zijn (Tabel 27, Bijlage 3). Van de TA geeft 25% aan dat sprake is van ongeschreven afspraken en gewoontevorming. De interne samenwerkingsafspraken bevatten volgens TA voornamelijk afspraken betreffende de taakverdeling (82,4%), de verantwoordelijkheidsverdeling (58,8%) en de administratie van PAT/rapportage (58,8%). Eén TA (4,8%) geeft aan dat de samenwerkingsafspraken niet voldoen.

Twee derde van de MZV geeft aan dat schriftelijke samenwerkingsafspraken aanwezig zijn (66,7%), een kwart weet niet of er interne samenwerkingsafspraken bestaan (23,6%) (Tabel 28, Bijlage 3). In de interne samenwerkingsafspraken zijn volgens MZV in 84,6% van de samenwerkingsafspraken de wijze van behandelen/werkinstructies opgenomen, en de wijze van informatie-uitwisseling over PAT in 30,8% van de interne samenwerkingsafspraken. Geen MZV geeft aan dat de afspraken niet voldoen.

- **Externe samenwerkingsafspraken**

Externe samenwerkingsafspraken worden minder vaak schriftelijk vastgelegd (GMH: 19,1%; TA: 5,1%; MZV: 41,1%) in vergelijking met interne samenwerkingsafspraken (Tabellen 29-31, Bijlage 3). Er zijn vaak helemaal geen externe samenwerkingsafspraken (GMH: 19,1%; TA: 44,4%; MZV: 0,0%), of er is sprake van ongeschreven afspraken of gewoontevorming (GMH: 31,1%; TA: 33,3%; MZV: 5,9%). Onder de MZV weet de helft (52,9%) niet of er externe samenwerkingsafspraken bestaan.

Als sprake is van (schriftelijke of ongeschreven) externe samenwerkingsafspraken zijn de meest voorkomende onderdelen, naast de taakverdeling, patiënt-gerelateerd. Volgens de GMH en de MZV bevatten de samenwerkingsafspraken met name: taakverdeling (GMH: 48,2%; MZV: 62,5%), de informatievoorziening aan patiënten (GMH: 44,8%; MZV: 62,5%), en de patiëntenadministratie/-rapportage (GMH: 48,2%; MZV: 62,5%). Daarnaast bevatten de afspraken volgens de GMH de wijze van (interne en externe) verwijzing van patiënten (46,6%). Volgens de TA bevatten de samenwerkingsafspraken met name: de taakverdeling (71,4%), de verantwoordelijkheidsverdeling (42,8%), de patiëntenadministratie/-rapportage (42,8%) en de wijze van (interne en externe) verwijzing van patiënten (42,8%). Terwijl 63,9% van de GMH en 87,5% van de MZV de externe samenwerkingsafspraken volledig vinden voldoen, vindt 28,6% van de TA dat de afspraken volledig voldoen. De overige 72,4% van de TA vindt de afspraken deels voldoen.

Van de GMH die praktijkhouder zijn van een praktijk met alleen MH (n=10), geeft 90,0% aan dat schriftelijke externe samenwerkingsafspraken aanwezig zijn (gegevens niet in tabel). Al deze GMH geven aan dat alle aspecten (100,0%) zoals genoemd in Tabel 29, Bijlage 3, aan bod komen in de externe samenwerkingsafspraken, behalve de taak (80,0%)- en verantwoordelijkheidsverdeling (75,0%).

In interviews wordt aangegeven dat goede afspraken over samenwerking kunnen bijdragen aan een goede afstemming van de zorg en tevredenheid van professionals.

Stakeholder 20: "Wij denken dat het bijdraagt aan gelijkwaardigheid, je blijft verschillende zorgverleners, maar je bent complementair aan elkaar en in dat traject wat je nu heel erg ziet dat het heel hiërarchisch is ingesteld, terwijl wij vinden dat het veel meer interdisciplinair en ook interprofessioneel allemaal opgepakt en samengewerkt moet worden en dan maakt het niet uit of je een arts bent of een hbo-paramedicus. Ik denk dat die zelfstandigheid bijdraagt aan een stuk gelijkwaardigheid, doelmatig en effectiever inzetten van de (G)MH en uiteindelijk hopen wij daarmee dat ook de (G)MH wat meer naar de voorkant van het zorgproces komt."

Tijdens de interviews is besproken hoe de samenwerkingsafspraken mogelijk tot stand (zijn) (ge)komen.

GMH: "Met degene met wie ik (op afstand) samenwerk, heb ik gesproken over hoe we de communicatie voor ons zien, onderling zijn we tot samenwerkingsafspraken gekomen. Het gaat dan veelal over wat ik aan documentatie naar de tandarts stuur. Ik heb afgesproken de status te mailen en de tandarts mailt de röntgenopnamen naar mij (ik heb momenteel nog geen röntgenapparatuur in mijn eigen praktijk, omdat onduidelijk is of het experiment wel/niet slaagt."

GMH 55: "Er zijn verschillende scenario's. Ik kan mij voorstellen dat het contact met de behandelaar of tandarts heel lastig kan zijn en in die zin ook heel erg belemmerend kan zijn voor de vrijgevestigde mondhygiënist. En vooral met dit experiment. Ja... het is even een brainstorm

over hoe dat contact met die tandarts beter kan verlopen of de afspraken beter kunnen worden nagekomen dan. Ik heb laats ook nog een Webinar gevolgd over de uitwisseling van een vrijgevestigde mondhygiënist met een behandelaar, en in dit geval dan een tandarts. Vandaar dat ik zei die röntgenfoto's is ook een ding. Maar daar lijkt niet heel veel verbetering in te komen, helaas. Dus in dat scenario denk ik dat er nog wel veel te behalen is. Alleen hoe en met welke handvaten durf ik zo gauw niet te zeggen."

Stakeholder 24: "Dat is ook de reden waarom wij mondzorgkunde studenten en de tandheelkunde studenten samen opleiden vanuit het teamconcept. In principe wordt die mondhygiënist en die tandarts opgeleid om met elkaar samen die zorgbehoefte van die patiënt om daar invulling aan te geven. En dat betekent ook dat je elkaars vakgebied moet kennen en dat je elkaars deskundigheid moet kennen en dat men weet waar de grenzen juist liggen waar je verwijzingen moet doen. Studenten moeten elkaar feedback geven ook op die samenwerking en dat eigenlijk allemaal als voorbode om dat werkelijk straks in die praktijk ook te gaan doen."

Een GMH geeft aan dat door elkaar te kennen en te weten welke expertise men in huis heeft de samenwerking met externe tandartsen al jaren prettig verloopt.

GMH 34: "In het begin, ik doe het werk nu bijna 23-24 jaar, ben ik langs de tandartsen geweest en heb ik me voorgesteld en gezegd hoe ik werk, welke patiënten ik graag wil hebben en wat mijn sterke kanten zijn. En sindsdien sturen tandartsen gewoon naar mij door. En ik doe dan de correspondentie weer terug wat mijn behandelplan is etc. Ik heb soms ook dat ik specifieke vragen heb, wil je naar die en die specifieke elementen kijken. Want ik wil dat eigenlijk dicht maken, kan dat? En dat is gewoon een rijdende trein geworden. Dus ik krijg nu van bijna 36 tandartsen in de regio, krijg ik patiënten doorgestuurd."

3.3.7 Dagelijkse werkzaamheden

In tabellen 32-34, Bijlage 3 is de verdeling van de dagelijkse werkzaamheden van de GMH, TA en MZV opgenomen. Gemiddeld (sd) besteden GMH de meeste tijd aan (ondersteuning bij) tandheelkundige handelingen, namelijk 57,6% (24,6) en overige patiëntgebonden activiteiten 17,0% (14,9), zoals het bijwerken van patiëntendossiers, het opstellen van een zorgplan of het maken van declaraties.

GMH 52: "In die zin zijn er wel gewoon mondelinge afspraken gemaakt over de werkzaamheden, de tandarts doet in principe de controle. Ik kan eventueel ook een controle overnemen, mocht dat nodig zijn. We maken samen röntgenfoto's, dat stemmen we af wat nodig is voor de patiënt of de patiënt eerst bij mij in de stoel ligt of eerst bij de tandarts. Ik doe alles gericht op paro, dus alle pockets dieper dan 6 millimeter doe ik. En als het alleen maar gaat over een simpele gebitsreiniging, om het zo maar te zeggen, dan wordt dat gedaan door óf de tandarts óf de preventie-assistent."

Bij MZV is dit vergelijkbaar: 46,7% (29,7) (ondersteuning bij) tandheelkundige handelingen en 16,8% (13,8) uit overige patiëntgebonden activiteiten. De werkzaamheden van de TA bestaan voornamelijk uit tandheelkundige handelingen, namelijk 70,4% (14,9).

Procentueel gezien wordt weinig tijd besteed aan kwaliteitsbeleid, oftewel het ontwikkelen van protocollen, het laagst (GMH: 1,8% (2,8), TA: 3,4% (5,6), MZV: 3,5% (6,9)). TA geven aan dat kennisoverdracht (voorlichting aan patiëntengroepen, cursus geven aan andere mondzorgverleners) niet tot hun werkzaamheden behoort (0,0%) in tegenstelling tot GMH (5,2% (9,6)) en MZV (5,7% (12,1)). Intercollegiaal overleg over individuele patiënten is, procentueel gezien, een zeer klein onderdeel van de werkzaamheden (GMH: 5,9% (4,8), TA: 6,0% (5,6), MZV: 8,1% (7,4)).

3.3.8 Teamindeling

In Tabellen 35-37, Bijlage 3 is de teamindeling van de praktijk, waarin de meeste uren worden gewerkt, voor de respondenten van de GMH-, TA- en MZV-vragenlijst opgenomen. GMH werken

gemiddeld (sd) met de meeste medewerkers (17,8 (11,2)); dan MZV (15,1 (10,9)); en ten slotte TA (14,7 (10,5)). Het gemiddeld aantal (sd) tandartsassistenten is dan ook het hoogst binnen het team van de GMH (5,5 (4,0)) en de MZV 5,4 (4,0). Het gemiddeld aantal (sd) tandartsassistenten binnen het team van de TA telt daarentegen 4,2 (3,5). GMH werken met de meeste MH samen (GMH: 2,8 (1,6); TA: 2,2 (1,5); MZV: 2,3 (1,6)).

Stakeholder 23: "Dus er zijn heel veel tandartsen die nu het werkveld inkomen die niet beter weten dan dat ze samenwerken met de mondhygiënist en dat ze ook heel goed weten; wij kunnen niet zonder elkaar, we zijn bijna zo'n Siamese tweeling. Je kunt bijna niet alleen als mondhygiëniste werken. Je hebt die tandarts nodig en die tandarts heeft de mondhygiënist nodig."

GMH 53: "Ik doe ze alle drie (voorbehouden handelingen). Wat ik merk, qua cariës behandelen, ik werk nu vijf jaar in deze praktijk en het begint een beetje te landen bij de tandartsen dat ze dat ook in onze agenda kunnen plaatsen. Ik werk met een ander mondhygiëniste samen, dat wij die taken over kunnen nemen. Dat moet nog een beetje vorm krijgen, omdat patiënten het ook niet zo gewend zijn om bij de mondhygiënisten dingen te krijgen. Bijvoorbeeld wat wel goed gaat is de kindjes, dus het preventieve vlak, als je dan een keer een kind met cariës hebt, dan is het wat vanzelfsprekender dat wij dat dan op ons planning krijgen. Qua anesthesie, daar hebben we eigenlijk, altijd al op eigen initiatief mogen doen. Niet dat we dat lukraak deden, maar de tandarts zei altijd van: 'jullie zien het beter tijdens de behandeling of iets nodig is', maar dan heb ik het meer over het paro verhaal dan over cariës. En röntgenfoto's, die maak ik in mijn eigen praktijk wel op eigen initiatief, in de tandartspraktijk heb ik in mijn kamer geen röntgenbuis, dus ik moet altijd naar de tandarts toe, dus dat is altijd nog in samenspraak, dus daar is niet zo heel veel in veranderd, maar dat is om de setting er niet naar is. Ik zit in een ruimte waar geen röntgenbuis hangt, dus ik moet altijd mijn kamer gebruiken als het is, maar als het nodig is dan mag het."

3.3.9 (Interprofessioneel) overleg

De frequentie van overleg tussen GMH en TA over een te verrichten voorbehouden handeling bij een patiënt, varieert sterk van een aantal keren per dag tot 1x per maand of minder (Tabellen 38 en 39, Bijlage 3). De meeste GMH (28,7%) en TA (27,8%) geven aan een aantal keren per week overleg hierover te hebben. De vorm van het overleg vindt volgens de GMH met name mondeling face-to-face plaats (81,0%), maar ook telefonisch (30,0%) en via e-mail (26,0%). Bijna alle TA (94,4%) geven aan dat het overleg mondeling, face-to-face plaatsvindt. De mediane overlegduur (IQR) volgens GMH en TA komen overeen: namelijk 5,0 (2,4-7,6) minuten volgens GMH en 5,0 (2,4-7,6) minuten volgens TA. Van de GMH vindt 92,1% de overlegduur voldoende, en 88,9% van de TA vindt dit ook. Meer dan de helft van de GMH (56,7%) is dan ook zeer tevreden over de beschikbaarheid van TA voor overleg. Daarnaast is 38,1% tevreden en 1,1% is ontevreden.

De frequentie van overleg tussen GMH en TA over een individuele patiënt na verwijzing laat een iets ander beeld zien; de meeste GMH (37,2%) geven aan 1x per maand of minder overleg te hebben over een individuele patiënt. De vorm van overleg na verwijzing ziet ook iets anders uit: er wordt minder mondeling, face-to-face (60,3%) en meer via email (28,4%) overlegd. De mediane (IQR) duur van het overleg komt wel overeen: 5,0 (2,4-7,6) minuten. Van de GMH vindt 92,1% dit overleg voldoende. De meerderheid van de GMH is tevreden (41,4%) alsook zeer tevreden (46,4%) over de beschikbaarheid van de TA voor dit overleg.

3.4 Uitkomstvariabelen

3.4.1 Ervaren toegankelijkheid van zorg

PAT geven aan dat zij in meer dan de helft van de gevallen (62,2%) mondeling, tijdens het vorige bezoek, een afspraak bij de GMH hebben gemaakt. Voor 21,6% van de PAT is de afspraak telefonisch vastgelegd en voor 16,2% van de PAT heeft de tandartsassistent de afspraak gemaakt (gegevens niet in tabel).

PAT zijn overwegend (zeer) tevreden (83,8%) over het contact met betrekking tot het maken van een afspraak bij de GMH (Tabellen 68 en 69, Bijlage 3). Ook ten aanzien van de tijd tussen het maken van de afspraak en het bezoek aan de GMH zijn PAT (zeer) tevreden (86,5%). PAT zijn merendeels (zeer) tevreden (82,3%) over de telefonische bereikbaarheid van de praktijk.

PAT 76: "... als je een afspraak plant om kwart over acht zit je op het laatst om zestien over in de stoel" en "als ik één afspraak kan maken bij één iemand, die alles kan doen, dan is dat voor mij makkelijker dan eerst een afspraak bij de TA en dan weer een afspraak bij de mondhygiënist."

PAT 58: "De bereikbaarheid van de praktijk is prima, ik heb snelle antwoorden als ik een berichtje stuur en dan heb ik dezelfde dag antwoord en in de wachtkamer is het gewoon vijf of tien minuten wat je soms moet wachten, maar niks abnormaals eigenlijk."

3.4.2 Ervaren patiëntgerichtheid van zorg

Nagenoeg alle PAT (97,3%) zijn het (helemaal) eens met de stelling dat de GMH tijdens de behandeling uitlegde wat hij/zij ging doen (Tabellen 70 en 71, Bijlage 3). Ook beantwoordde de GMH volgens de meeste PAT (86,2%) hun vragen naar tevredenheid.

PAT 58: "Heel tevreden, met name ook dat ze het zo goed uitlegt ook allemaal. Stap voor stap vertelt ze wat ze gaat doen."

PAT 60: "Ja ze heeft van tevoren verteld wat ze ging doen. Uitvoerige toelichting gegeven, van waarom het nodig was dat het gedaan werd en dat was duidelijk. En het resultaat moet ik zeggen, dat was er ook naar; tijdens de controle begin dit jaar bleek dus dat er een forse verbetering in de behandeling is."

PAT 76: "Nou, ook heel tevreden. Mijn gebit gaat er duidelijk op vooruit nadat dit gebeurd is en alles wordt uitgelegd wat er gedaan wordt. Elke handeling die ze verricht wordt van tevoren even toegelicht, soms een tikje overdreven. Maar eigenlijk wel heel goed, dat je gewoon weet wat ze gaat doen."

GMH 67: "Ik wil ook wel de patiënt de mogelijkheid geven, vooral als het voor de patiënt beter is, of die twijfelt, dat ze toch voor lokale anesthesie kiezen. Dat ik efficiënt de behandeling kan doen, sneller de behandeling kan doen, waarschijnlijk een beter resultaat, omdat mensen gewoon goed kunnen meewerken, als u begrijpt wat ik bedoel. Als patiënten helemaal gaan draaien, daar kan je niet zoveel mee."

Een stakeholder benoemt het belang van duidelijke informatie aan patiënten over de mondzorgverlener die de patiënt behandelt.

Stakeholder 25: "Wij vinden dan dat mensen moeten weten wie hun behandelaar is en wat je van een behandelaar mag verwachten. Dus dat hele geïntegreerde mondzorg aanpak, mondzorgprofessionals, daar zou een patiënt goed over geïnformeerd moeten worden."

Indien nodig, kan de GMH met de patiënt bespreken dat een verwijzing naar een andere mondzorgverlener nodig is voor verdere behandeling. Voor de meerderheid van de PAT (64,9%) 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 34,6 (7,6) (Tabel 37. Bijlage 3). GMH werken gemiddeld 32,9 (8,3) uur per week en MZV 31,8 (9,4) uur per week (Tabellen 40 en 42, Bijlage 3). Deze uren zijn bij alle mondzorgverleners over 4-5 dagen verdeeld.

De meerderheid van de TA (72,7%) en GMH (57,7%) geeft aan dat overwerk voor hen niet van toepassing is (dit kan zijn omdat ze praktijkhouder zijn). Als overwerk wel van toepassing is, komt dat bijna nooit voor volgens 59,1% van de GMH, 40,0% van de TA en 29,4% van de MZV. Als GMH overwerken is dit gemiddeld (sd) 2,4 (1,7) uur per week, voor de MZV is dit 7,6 (10,9) uur per week.

De mediaan (IQR) van het aantal patiëntcontacten per week is voor TA 45,0 (28,5-61,5), voor GMH 40,0 (30,0-50,0) en voor MZV 50,0 (37,0-63,0). De mediane duur (IQR) van het patiëntcontact is volgens GMH voor een eerste consult 45,0 (31,3-58,5) minuten en voor een vervolgconsult 30,0 (19,4-40,6) minuten. Voor TA en MZV is geen onderscheid gemaakt tussen eerste en vervolgconsult, de duur van een consult is gemiddeld 20,0 (12,5-27,5) minuten voor TA en 30,0 (28,1-31,8) minuten voor MZV.

- Subjectieve werkbelasting

In Tabel 50-59, Bijlage 3, zijn resultaten opgenomen van 15 stellingen met betrekking tot de subjectieve werkbelasting ervaren door GMH, TA en MZV. GMH zijn vooral (zeer) tevreden over de mate waarop ze zorg op maat aan patiënten geven (98,1%), de hoeveelheid tijd die ze per patiënt beschikbaar hebben (87,6%) en de mate van respect die ze van patiënten krijgen (94,3%). Waar ze iets minder tevreden over zijn, is de informatie die tandartsen en/of andere mondzorgverleners aanleveren als deze een patiënt doorverwijzen (10,5% (zeer) ontevreden). Waar de TA met name (zeer) tevreden over zijn is de mate van samenwerking met de mondhygiënist binnen de praktijk, de mate waarover ze zorg op maat aan patiënten geven en de hoeveelheid tijd die ze per patiënt ter beschikking hebben (alles 100,0%). MZV geven aan (zeer) tevreden te zijn over de mate van samenwerking tussen hen en de tandartsen binnen de praktijk (100,0%) en met de mate waarin ze zorg op maat aan patiënten geven (94,5%). Het meest (zeer) ontevreden zijn TA met de hoeveelheid tijd die zij aan hun privéleven kunnen besteden (36,4%). MZV zijn voornamelijk (zeer) ontevreden over hun salaris (33,3%).

Op de vraag of de werkdruk is veranderd door de experimentele zelfstandige bevoegdheid wordt wisselend gereageerd tijdens de interviews:

GMH 79: "Veel drukker, veel volle agenda's. Veel meer mensen die graag dan liever bij mij willen dan bij de TA, als we het hebben over de voorbehouden handelingen."

GMH 65: "Wat ik wel fijn vind dat is vooral het werk efficiënter maakt. Effectiever niet hè, want in de opleiding is er niks veranderd, we zijn niet betere of slechtere mondhygiënist geworden door het experiment. Maar het is wel een stuk efficiënter gemaakt voor de meeste mensen, denk ik. Dat je meer kan richten op je werk en minder op het papierwerk gedeelte."

3.4.4 Kwaliteit/veiligheid van zorg

Uit de PAT-vragenlijst blijkt dat een vijfde (21,6%) geen klachten had vóór start van de behandeling door de GMH. Ruim een derde (37,8%) is volledig hersteld na behandeling door de GMH en twee vijfde (40,5%) is veel verbeterd sinds het begin van de behandeling door de GMH. Alle PAT geven aan dat geen complicaties zijn opgetreden tijdens of vlak na de behandeling door de GMH (gegevens niet in tabel).

De PAT geven gemiddeld (sd) het rapportcijfer 9.4 (0.6) over de tevredenheid van de behandeling door de GMH.

De hoge tevredenheid over de behandeling door de GMH komt ook tot uitdrukking in de interviews.

PAT 29: "Absoluut een negen. Weet je ze denkt ook mee. Als er iets aan de hand is dan zegt ze van oh dat kunnen we even doen, we kijken eerst wel even, oh dat is wel gedekt dus we kunnen het nu doen."

PAT 40: "Ja samenvattend was het transparant, duidelijk en ja zorgzaam. Met zorgzaam bedoel ik dat ze de tijd nam voor me. Ik zou daar wel een negen voor willen geven."

PAT 82: "Dit zijn zulke lieve jonge mensen die met je meedenken, die helpen, die gaan kijken van die heeft een zorgverzekering en denk daaraan. Ook met betrekking tot je verzekering, daar besteden ze ook veel tijd aan. Ik zou bijna zeggen een tien plus."

Tijdens de interviews met mondzorg professionals zijn kwaliteit en veiligheid op verschillende wijzen aan bod gekomen. Om kwaliteit/veiligheid te borgen wordt benoemd dat achterwacht regelen en samenwerking belangrijke aspecten zijn.

GMH 33: (Aanvulling n.a.v. herhaalde membercheck febr. 2023) "Ook heb ik sinds kort me aangemeld bij een spoedgevallendienst. Als mijn patiënten klachten krijgen na een behandeling kunnen die daar behandeld worden, als ze niet bij hun tandarts terecht kunnen."

GMH 56: "Want je wilt juist die samenwerking. Je wilt dat je kunt overleggen, dat het een open structuur wordt en dat er geen hiërarchie komt in wie wat wel en niet doet. En ik denk dat de vereniging van tandartsen daar ook echt in mindset moeten gaan aanpassen."

GMH 14: (Aanvulling n.a.v. herhaalde membercheck febr. 2023): "Ik restaureer nog steeds niet aangezien ik geen achterwacht kan krijgen."

Het borgen van kwaliteit en veiligheid wordt ook benoemd in relatie tot het vertrouwen naar elkaar en grenzen van eigen kunnen aangeven.

GMH 64: "Als je de mogelijkheid krijgt in de praktijk om allerlei handelingen uit te voeren, dan werkt dat gewoon perfect. Dan kan zij (TA) bij wijze van spreken een vrije dag nemen, zoals zij dat nu ook heeft op de vrijdag als ik daar werk. Ik werk daar alleen met mijn assistent, zij (TA) is dan wel gewoon mijn achterwacht, maar zij hoeft dan niet in de behandelkamer te gaan staan. Ze vertrouwt me het toe en het functioneert. En is er iets dan zal ik haar bellen, wil je alsjeblieft komen, dat ze binnen een kwartier bij me is. Het draait gewoon zo'n dag, helemaal onder mijn hoede en dat vind ik gewoon fijn. Voor de patiënten is het ook fijner, die hoeven niet dan extra een keer terug te komen, als ik bepaalde dingen niet mag doen als de tandarts niet aanwezig is. Het functioneert gewoon."

GMH 73: "Ik denk dat het vooral ook voor jezelf belangrijk is dat je goed weet waar je eigen grenzen liggen, en dat zal misschien, ja bij de ene wat verder zijn dan bij de ander. En dat hangt misschien ook van de tandarts af waar je mee samenwerkt, waar je patiënten van doorverwezen krijgt, in hoeverre die het acceptabel vindt dat je het doet."

In de periode van 01.07.2020 tot 07.12.2023 zijn door de (regionale en centrale) tuchtcolleges uitspraken gedaan binnen de gezondheidszorg.

Specificatie binnen deze uitspraken op de zoektermen mondhygiënist(e), geregistreerd mondhygiënist(e), mondzorgkundige en mondzorgverlener levert 33 resultaten op, waarvan 8 zowel door zowel het regionale als centrale tuchtcollege in behandeling zijn genomen. Dit resulteerde in 25 unieke casussen (Tabel 44, Bijlage 3)

Na het doornemen van de samenvattingen van de casussen en (indien mogelijk relevant) en na het doornemen van de volledige uitspraken, is in geen enkele casus de mondhygiënist de beklagde tegen wie de klacht is ingediend.

Ook is geen enkele klacht te relateren aan het verrichten van voorbehouden handelingen.

De meeste onderzochte klachten hebben betrekking op overdrachtmomenten (continuïteit van zorg) en één klacht had betrekking op verantwoordelijkheidsverdeling. Van de klachten met betrekking tot continuïteit van zorg is één klacht gegrond verklaard (tegen een tandarts) en deze heeft geresulteerd in een waarschuwing. De andere klachten zijn ongegrond verklaard, dit betreft ook de klacht met betrekking tot de verantwoordelijkheidsverdeling.

3.4.5 Gebruik voorbehouden handelingen en procedures

De meerderheid van de GMH acht zich uitstekend in staat om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten (90,9% (helemaal) mee eens); de helft van de TA vindt dit van de GMH (56,3% (helemaal) mee eens) (Tabellen 60 en 61, Bijlage 3).

Meer dan de helft van de GMH en een derde van de TA vinden de lijst van beschreven voorbehouden handelingen waarvoor een zelfstandige bevoegdheid geldt, toereikend voor de werksituatie van de GMH (respectievelijk 60,2% en 31,3% (helemaal) mee eens). En een vijfde van de GMH en de helft van de TA zijn het hiermee deels mee eens (respectievelijk 18,4% en 56,3%).

Iets minder dan de helft van de GMH wil voor bepaalde handelingen terug kunnen vallen op een tandarts (43,4% (helemaal) mee eens).

In de interviews met GMH wordt vaker aangegeven dat de zelfstandige bevoegdheid gedragen wordt binnen de organisatie en de directe collega's waar zij mee samenwerken.

GMH 31: "Ja, in onze praktijk is het natuurlijk echt super fijn dat het zo kan en zijn de tandartsen ook heel erg blij mee, ze geven ons ook echt het vertrouwen. Voorheen hebben we dus ook cariës behandeld, dus ze weten ook dat we het kunnen. De lijntjes zijn heel kort bij ons en de organisatie. Zij geven ons vast vertrouwen en als er iets is of wat dan ook, dan zijn zij er altijd. We kunnen altijd overleggen als dat nodig is. En daar staan wij ook voor open, ze gaan er helemaal in mee."

GMH 32: "Gaat bij ons eigenlijk wel heel erg soepel. Het is natuurlijk wel dubbel, want we hebben een aantal kindertandverzorgenden die echt al 30-40 jaar in dienst zijn en hebben heel veel ervaring wat betreft kindertandheelkunde. Ik heb het van hun geleerd, waarbij ik stage heb gelopen. Nu mag ik dingen zelfstandig en zij niet. Daar is in het begin een beetje lacherig over gedaan, dat ik dingen mocht beslissen wat zij wel of niet mogen doen. We zijn een samenwerkend team, dus zij begrijpen dat ook heel goed. We kunnen ook goed overleggen en als ik ergens wel of niet mee eens ben, dan staan zij daar ook helemaal voor open. Zij begrijpen ook dat dat nou eenmaal gewoon de regelgeving is, net zoals de preventieassistenten en tandartsen begrijpen dat ook heel goed. Die zien ons dat al jaren wel goed doen, maar niet zelfstandig en die vinden het nu alleen maar fijn dat een deel verantwoordelijk en iedere keer aansturen uit hun handen is genomen. Dus ja iedereen staat er wel heel erg voor open en denkt er ook goed in mee."

GMH 107: "Zowel mondhygiënist, patiënten, behandelaren staan er eigenlijk allemaal 100% achter. Nou hebben wij voornamelijk wel hele jonge tandartsen in dienst. ... de meest zitten op tien á vijftien jaar ervaring als tandarts. En zij weten eigenlijk niet beter dan dat de mondhygiënist ook waardevol kan zijn voor het behandelen van caviteiten, controles en reinigingen met verdovingen. De patiënten zijn dus ook, doordat we meerdere vierjarig

opgeleide mondhygiënisten hebben en twee met een BIG-registratie, eigenlijk niet anders gewend dan dat ze bij een mondhygiënist komen voor andere behandelingen.”

Tijdens de interviews wordt vaker aangegeven dat voor de voorbehouden handeling primaire caviteiten beter is om de indicatiestelling bij één professional te laten, namelijk de tandarts.

Stakeholder 47: “De algemene teneur is absoluut dat zeker zo'n parodontale behandeling, is gewoon vaak pijnlijk en dan is het niet goed als er belemmeringen zijn om lokale anesthesie te geven. Dus daar is men over het algemeen zeker positief over. Wat betreft cariës behandeling is het toch wel, in ieder geval dat de regie en de indicatiestelling bij de tandarts zou moeten blijven. Er is vooral zorg dat meerdere mensen gaan indiceren over cariës behandeling, terwijl we in de mondzorg veel meer richting preventie moeten.”

TA 94: “ik vind eigenlijk dat je altijd het belang van de patiënt in het achterhoofd moet houden en dat stukje restauratief vind ik daar lastig bij omdat dat toch zo'n overlappingsgebied kent: waar ga je dan wel en waar ga je niet aan beginnen? Wat voor mij het experiment ook een beetje uitlokt, is dat er weer partijen tegenover elkaar komen te staan in plaats van dat ze samen als zorgverlener het beste voor de consument/cliënt/patiënt doen. Dus ja... wat mij betreft blijft het een experiment. En is daarna de deur voor het restauratieve stukje gewoon dicht.”

TA 99: “kijk de oorsprong is dat zij zich volledig zouden toeleggen op de ziektes rondom het tandvlees. Ja, en ik zie de tandheekunde in twee vakgebieden. En de een is dus het cariës en de zenuwbehandeling, ten gevolge van te diepe cariës. Als je te veel weg boort dan moet je een kroon maken. Dat is een vakgebied. En het andere vakgebied is het ophangapparaat waar de wortels in ophangen. En dat noemen we dan periodontium en dat hangt samen met poetsgedrag van de patiënt. En als dat ontstoken is, dan moet je dat behandelen. En die behandeling, daar zijn zij (mondhygiënisten) voor opgeleid.”

TA 97: “Een tandarts heeft toch meer ervaring met het inschatten van cariës. En ik denk... we moeten natuurlijk ook niet de patiënt vergeten. Het gaat uiteindelijk om patiëntenzorg. “

TA 90: “Ik kan me voorstellen dat een mondhygiënist die onder 1 dak zit met een tandarts, dat die inderdaad meer kan en mag.... Omdat er dan toch een soort eindverantwoordelijke is. Maar het experiment wil natuurlijk dat ze (GMH) dat zelf zijn.”

GMH 51: “Ik denk dat dat voornamelijk bij het vullen van gaatjes is. Ik denk dat daar de meeste weerstand in zit. Ja. Ik denk dat de röntgenfoto's op nummer twee komt en anesthesie wordt niet zo heel moeilijk over gedaan. Maar ik denk dat het restaureren en prepareren, vroeger maakte dat ook de tandarts, dus ja ik snap het ook wel. “

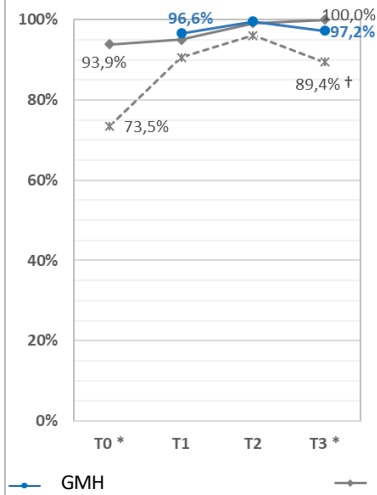
3.4.5.1 Toepassen van lokale anesthesie (injectie)

- **Injectie van infiltratie anesthesie**

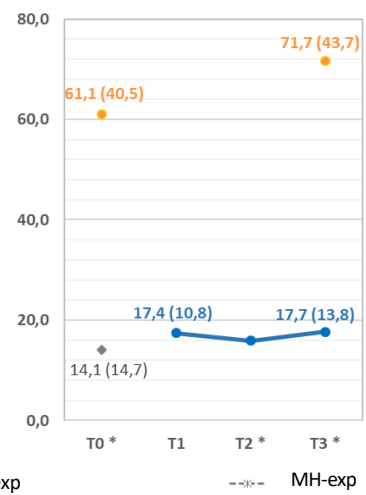
Uit de MH KORT-vragenlijsten, verspreid onder alle mondhygiënisten blijkt dat (bijna) alle GMH (T3: 97,2%) en MH+exp (T3: 100,0%) alsook een ruime meerderheid van de MH-exp (T3: 89,4%) wel eens betrokken zijn bij het injecteren van infiltratie anesthesie (Figuur 4A).

Voor de MH-exp geldt dat het percentage MH dat betrokken is bij de handeling statistisch significant is toegenomen van T0 naar T3, desondanks is het percentage tijdens T3 statistisch significant lager vergeleken met GMH en MH+exp. De betrokkenheid geldt voor alle groepen MH, met name bij de indicatiestelling en in iets mindere mate bij de uitvoering (Figuur 11, Bijlage 4). Als GMH betrokken

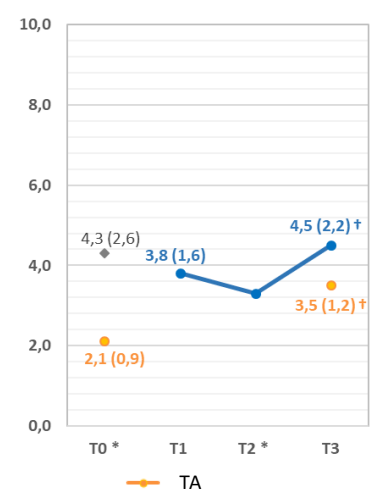
A: Percentage MH, dat betrokken is bij de voorbehouden handeling



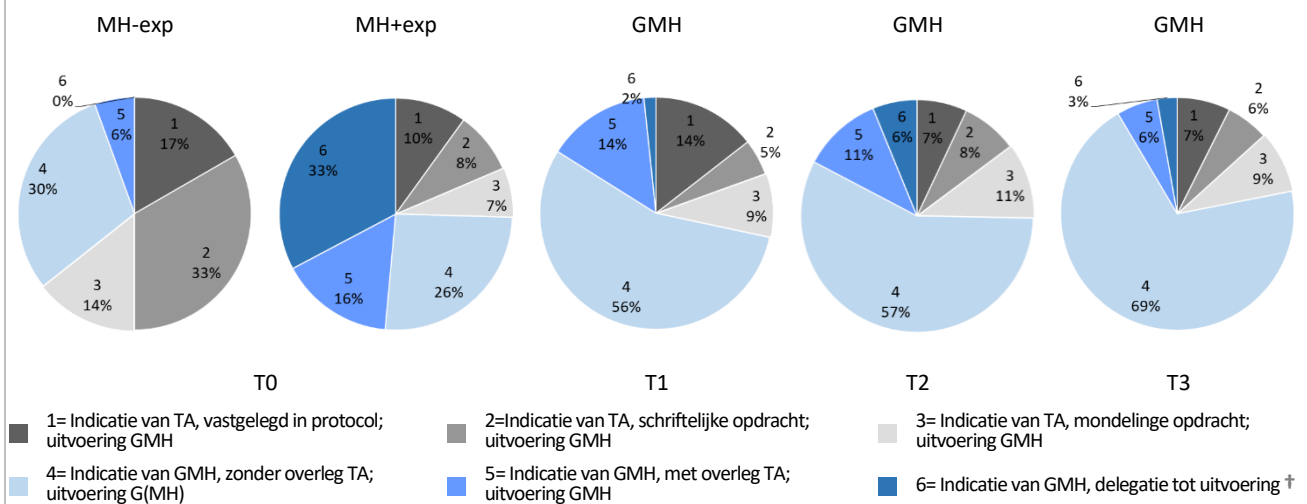
B: Gemiddeld aantal (sd) verrichte voorbehouden handelingen per maand door GMH en TA



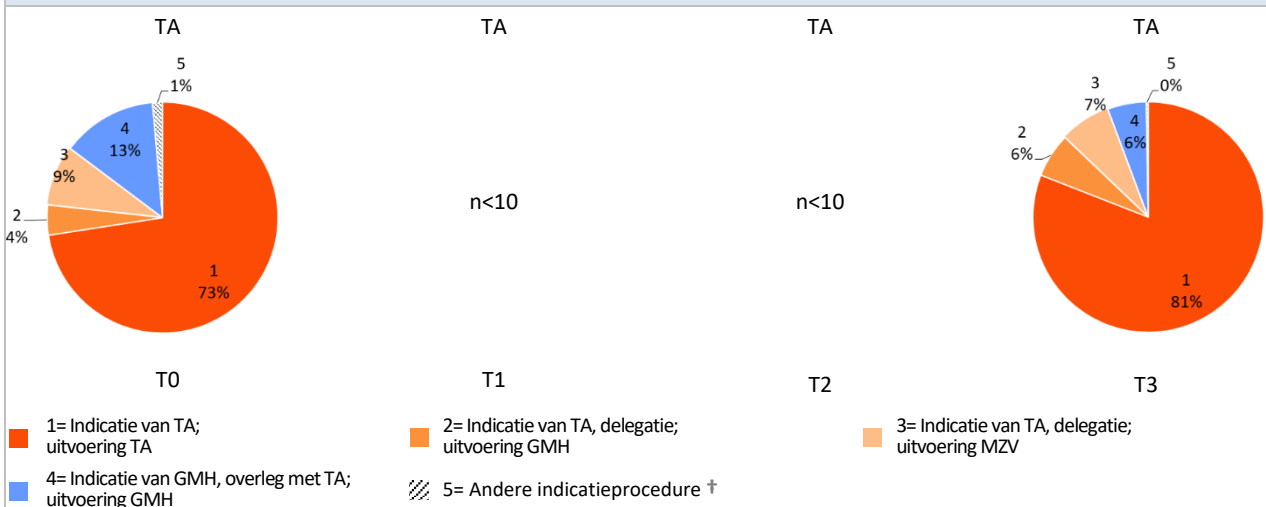
C: Gemiddelde duur (sd) van een door GMH en TA verrichte voorbehouden handeling in minuten (inclusief eventuele overlegtijd of tijd om de opdracht te verstrekken)



D: Indicatieprocedures GMH



E: Delegatieprocedures TA



Figuur A-E: † : statistisch significant verschil tussen metingen

* : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 4: Profiel injectie van infiltratie anesthesie

zijn bij de indicatiestelling, is dat (tijdens T2 en T3) vooral zonder overleg met een tandarts, waarbij het percentage tijdens T3 statistisch significant lager is dan tijdens T2. Ook een groot gedeelte van de MH-exp en MH+exp geeft aan wel eens de indicatie te stellen zonder overleg met een TA. De proportie GMH die wel eens een opdracht van een TA krijgt om een injectie van infiltratie anesthesie uit te voeren, is tijdens beide nametingen statistisch significant lager dan de proportie MH-exp/MH+exp. Opdrachten worden meestal voor groepen patiënten gegeven.

Bijna alle GMH zijn betrokken bij het injecteren van infiltratie anesthesie, de frequentie waarmee is laag vergeleken met TA. GMH verrichten (indiceren en/of uitvoeren en/of delegeren) gemiddeld (sd) 17,7 (13,8) injecties per maand en TA 71,7 (43,7) (Figuur 1B).

Van alle injecties van infiltratie anesthesie, wordt 69% door de GMH zelf uitgevoerd, zonder overleg met een TA (indicatieprocedure 4, Figuur 4D). Deze proportie is niet verschillend voor praktijkhouders (77%) en GMH in loondienst (61%) alsook voor GMH werkzaam in een MH-praktijk (79%) en TA-praktijk (68%) (Figuur 12, Bijlage 4).

Een minderheid van de GMH geeft aan dat voordat de injectie wordt uitgevoerd overleg plaatsvindt met een tandarts (6%; indicatieprocedure 5) (Figuur 4D). Dit geven de TA ook aan (Figuur 4E): veruit bij de meeste injecties waarbij de TA de indicatie stelt, voert hij/zij de injectie vervolgens zelf uit (delegatieprocedure 1; 81%). Bij een klein gedeelte van de handelingen geeft de TA een opdracht om de injectie uit te voeren aan de MZV (delegatieprocedure 3, 7%) of GMH (delegatieprocedure 2, 6%). Bij 6% van de injecties, waarbij de TA betrokken is, vindt op verzoek van de GMH overleg plaats over de handeling (delegatieprocedure 4).

Het kost de TA statistisch significant minder tijd om een injectie van infiltratie anesthesie te verrichten dan de GMH (respectievelijk 3,5 (1,2) minuten versus 4,5 (2,2) minuten) (Figuur 4C).

- **Injectie van mandibulaire blokanesthesie**

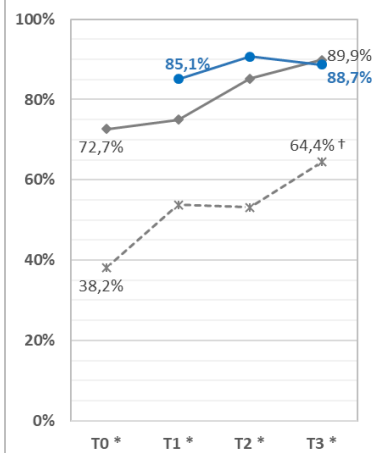
Het overgrote deel van de MH geeft aan betrokken te zijn bij injectie van mandibulaire blokanesthesie (Figuur 5A). Ook hier zijn statistisch significant minder MH-exp (64,4%) betrokken bij de handeling dan MH+exp (89,9%) en GMH (88,7%), ondanks een statistisch significante toename in de tijd. De betrokkenheid geldt bij alle groepen bij de indicatiestelling en vooral de uitvoering (Figuur 13, Bijlage 4).

De meerderheid van de MH stelt ook de indicatie zonder overleg met een TA. Het percentage dat wel eens overlegt met een TA is het laagst voor een GMH (13,6%) en het hoogst voor een MH-exp (18,2%); statistisch significant meer GMH (30,3%) en MH+exp (42,5%) stellen de indicatie volgens een protocol/samenwerkingsafspraken in vergelijking met MH-exp (25,8%). Een zesde van de GMH krijgt ook een opdracht van een TA om de injectie uit te voeren, bij de MH-exp en MH+exp zijn de proporties hoger (Figuur 14, Bijlage 4).

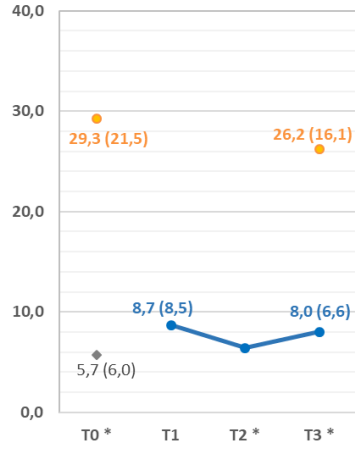
TA verrichten ongeveer driemaal zo veel injecties van mandibulaire blokanesthesie per maand, dan GMH (gemiddelde (sd) 26,2 (16,1) versus 8,0 (6,6) (Figuur 5B).

Ongeveer drie kwart van de injecties worden door de GMH zelf uitgevoerd, op eigen indicatie en zonder overleg met een TA (indicatieprocedure 4, Figuur 5D). Deze proportie is statistisch significant toegenomen in de tijd. De proportie injecties uitgevoerd na een opdracht van een TA blijft in de tijd gelijk (indicatieprocedure 2 en 3). Sub-analyse naar type praktijk en type dienstverband laat hierin geen verschillen zien (Figuur 15, Bijlage 4).

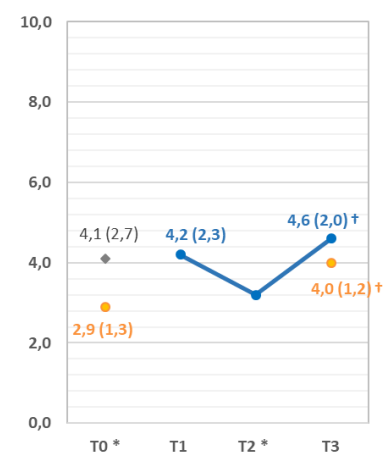
A: Percentage MH, dat betrokken is bij de voorbehouden handeling



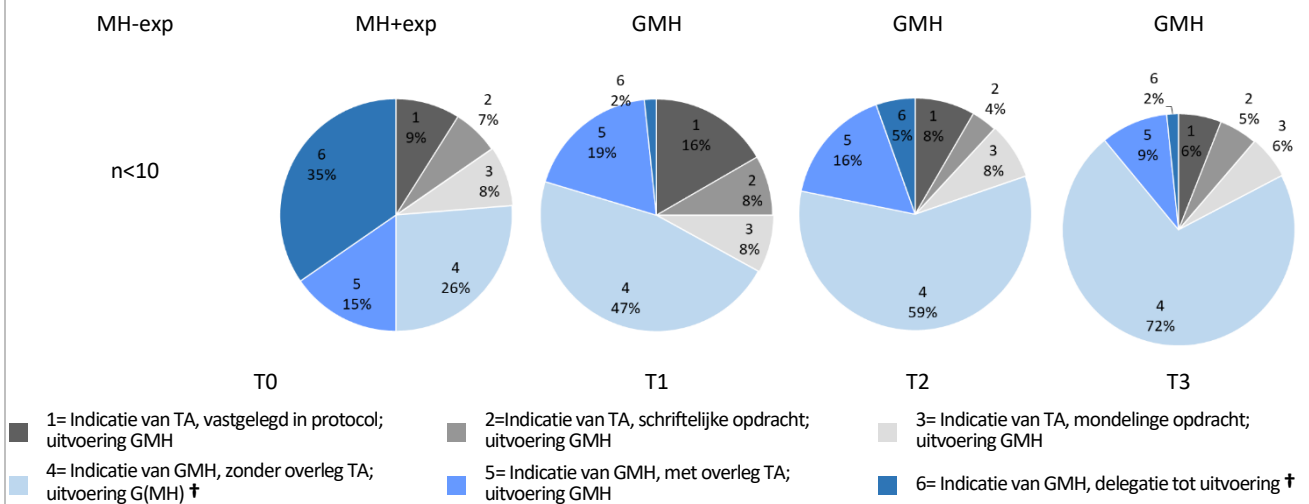
B: Gemiddeld aantal (sd) verrichte voorbehouden handelingen per maand door GMH en TA



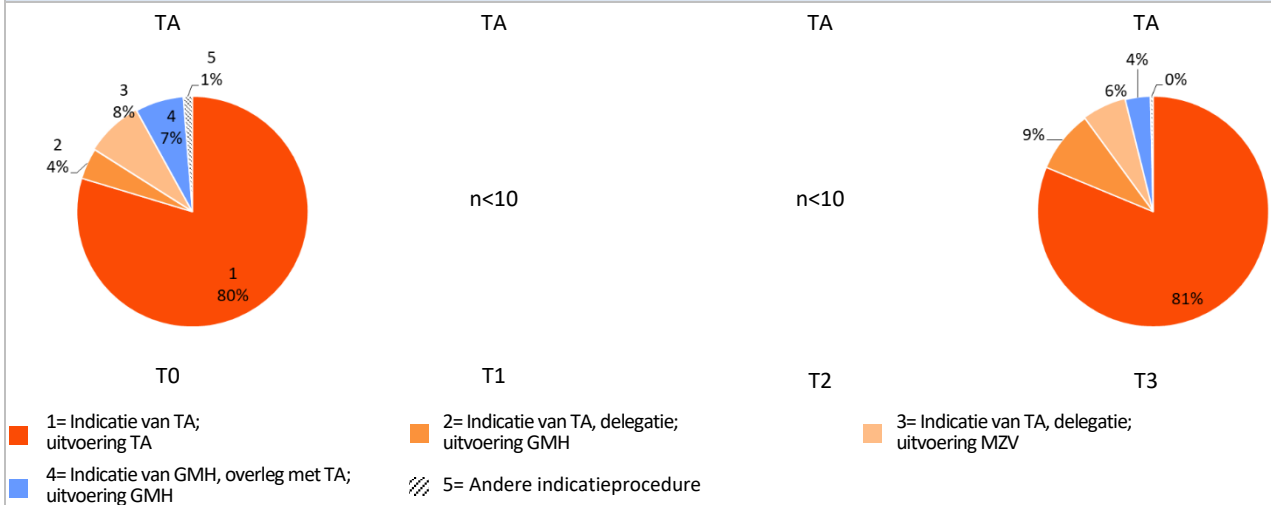
C: Gemiddelde duur (sd) van een door GMH en TA verrichte voorbehouden handeling in minuten (inclusief eventuele overlegtijd of tijd om de opdracht te verstrekken)



D: Indicatieprocedures GMH



E: Delegatieprocedures TA



Figuur A-E: † : statistisch significant verschil tussen metingen

* : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 5: Profiel injectie van mandibulaire blokanesthesie

Ook vanuit het perspectief van de TA blijkt dat weinig overlegd wordt. Bij 4% van de injecties waarbij de TA betrokken is, vindt overleg plaats op verzoek van de GMH; dit was 7% tijdens T0 (Figuur 2E). De grote meerderheid (81%) van de injecties voert de TA zelf uit nadat hij/zij de indicatie heeft gesteld. Net als bij injectie van mandibulaire blokanesthesie is een verschil te zien tussen resultaten van de TA-en TA KORT vragenlijst waarbij respondenten van de TA KORT vragenlijst meer aangeven de handeling zelf uit te voeren in vergelijking met de respondenten van de TA vragenlijst (Figuur 16, Bijlage 4).

De gemiddelde tijd (sd) die een injectie van mandibulaire blokanesthesie kost is voor GMH en TA nagenoeg gelijk; 4,6 (2,0) en 4,0 (1,2) minuten (Figuur 5C).

3.4.5.1 Behandelen van primaire caviteiten

- Prepareren van primaire caviteiten

Vergeleken met andere voorbehouden handelingen zijn minder MH betrokken bij het prepareren (en restaureren, zie verder) van primaire caviteiten. Vooral GMH zijn betrokken bij het prepareren: 64,1% van de GMH tegen 12,3% van de MH-exp en 48,8% van de MH+exp, deze verschillen zijn statistisch significant (Figuur 6A).

De betrokkenheid is bij alle groepen zowel bij de indicatiestelling als bij de uitvoering van het prepareren (Figuur 16, Bijlage 4). Terwijl verhoudingsgewijs meer GMH zonder overleg de indicatie stellen, stellen MH-exp en MH+exp de indicatie in overleg met een TA. Verhoudingsgewijs weinig MH-exp (4,7%) krijgen een opdracht van een TA om een caviteit te prepareren, in vergelijking met MH+exp (28,2%) en GMH (27,1%). Als een opdracht gegeven wordt, is dat vooral per patiënt. Na indicatiestelling geeft ongeveer de helft van alle groepen MH aan, dat de patiënt (ook) naar een TA wordt verwezen voor het prepareren van caviteiten. Een kleine groep GMH (3,7%) delegeert ook de uitvoering naar een MZV. Enkele MH-exp (0,9%) en MH+exp (1,2%) zeggen dit ook te doen.

In vergelijking met andere voorbehouden handelingen, wordt het prepareren van primaire caviteiten meer uitgevoerd door de GMH, na indicatiestelling in overleg met een TA (22%, indicatieprocedure 5); alsook in opdracht van een TA (indicatieprocedure 2 en 3, totaal 30%) (Figuur 6D). Daarnaast wordt een tiende van deze handelingen gedelegeerd. *Uit de toelichting blijkt dat sommige GMH hier verwijzen naar een TA mee bedoelen*, wat in lijn is met bovenstaand. Het percentage handelingen uitgevoerd op eigen indicatie zonder overleg is (statistisch niet significant) hoger voor praktijkhouders (41%) dan voor GMH in loondienst (23%) en voor GMH werkzaam in een MH praktijk (46%) dan in een TA-praktijk (27%) (Figuur 18, Bijlage 4, indicatieprocedure 4).

Als GMH betrokken zijn bij het prepareren en/of restaureren van primaire caviteiten, dan betreft het caviteiten met alle ICDAS-scores (Tabel 44, Bijlage 3). Scores die het meest genoemd worden zijn score 3 (61,0%), score 4 (79,9%) en score 5 (61,0%)¹.

1

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

ICDAS Score 1 = Eerste visuele verandering in glazuur

ICDAS Score 2 = Waarneming visuele verandering in glazuur

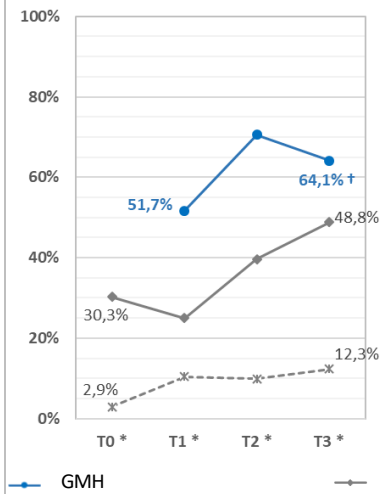
ICDAS Score 3 = Gelokaliseerde glazuurcariës zonder zichtbaar dentine

ICDAS Score 4 = Donker doorschemerend dentine

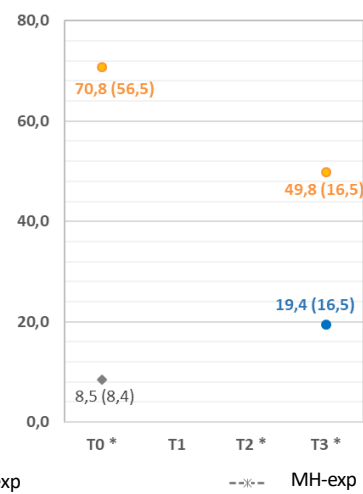
ICDAS Score 5 = Waarneembare cariës met zichtbare dentine

ICDAS Score 6 = Uitgebreide waarneembare cariës met zichtbare dentine

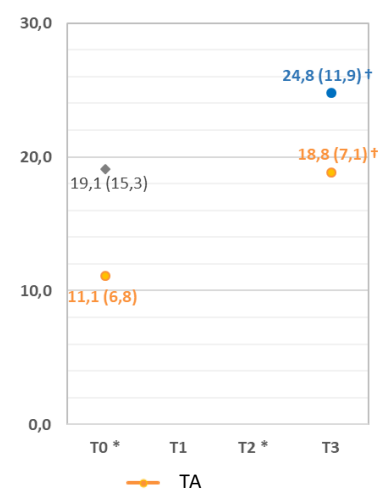
A: Percentage MH, dat betrokken is bij de voorbehouden handeling



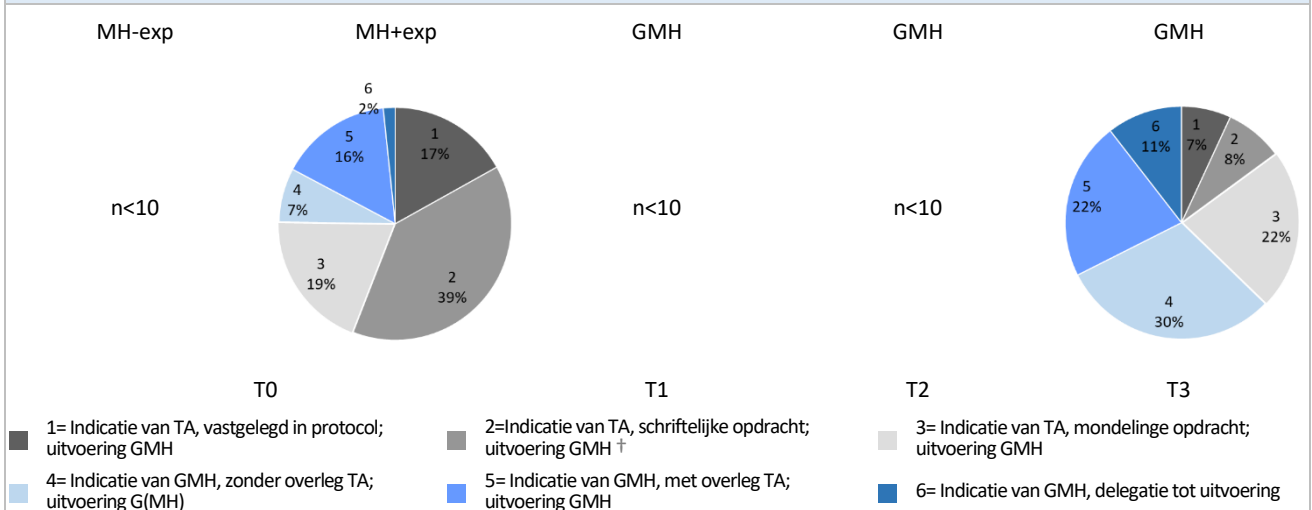
B: Gemiddeld aantal (sd) verrichte voorbehouden handelingen per maand door GMH en TA



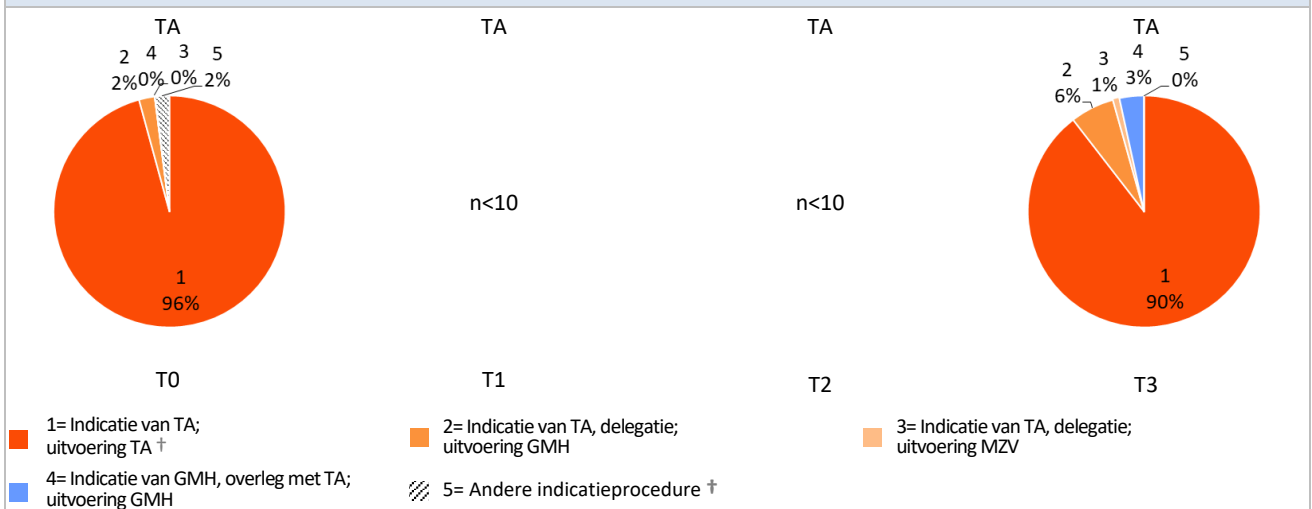
C: Gemiddelde duur (sd) van een door GMH en TA verrichte voorbehouden handeling in minuten (inclusief eventuele overlegtijd of tijd om de opdracht te verstrekken)



D: Indicatieprocedures GMH



E: Delegatieprocedures TA



Figuur A-E: † : statistisch significant verschil tussen metingen

* : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 6: Profiel prepareren van primaire caviteiten

Van de GMH geeft 36,2% aan dat de indicatieprocedure afhankelijk is van de ICDAS-score (gegevens niet in tabel). *Toegelicht wordt dat vanaf ICDAS-score 5 de patiënt voor behandeling wordt verwezen naar een TA; bij sommige GMH geldt dit ook al bij ICDAS-score 4. Verder wordt aangegeven dat de beslissing om wel/niet zelf te behandelen ook afhankelijk is van het klinisch beeld en/of röntgenfoto's.*

“Bij 4 en interdentale caviteiten maak ik ook een x-ray om te kijken of het geen ICDAS 5 is. Ik prepareer bijna nooit meer ICDAS 4, meer 1-3.”

Uit de delegatieprocedures blijkt dat de TA 90% van de handelingen zelf uitvoert. Sub-analyse laat een verschil zien tussen de TA-vragenlijst (66%) en de TA KORT-vragenlijst (95%) (Figuur 19, Bijlage 4), een klein aantal (6%) wordt naar een GMH gedelegeerd, sporadisch naar een MZV (Figuur 3E).

Ook bij het prepareren van caviteiten is te zien dat de TA gemiddeld (sd) meer handelingen verricht per maand dan de GMH (49,8 (16,5) versus 19,4 (16,5)), met een statistisch significant kortere duur (18,8 (7,1) minuten versus 24,8 (11,9) minuten) (Figuren 6B en C).

- **Restaureren van primaire caviteiten**

De proporties MH die primaire caviteiten restaureren zijn vergelijkbaar met de proporties voor prepareren van primaire caviteiten (Figuur 7A). Ook de resultaten voor de betrokkenheid, indicatiestelling, opdrachtverstrekking en uitvoering zijn vergelijkbaar (Figuur 20, Bijlage 4).

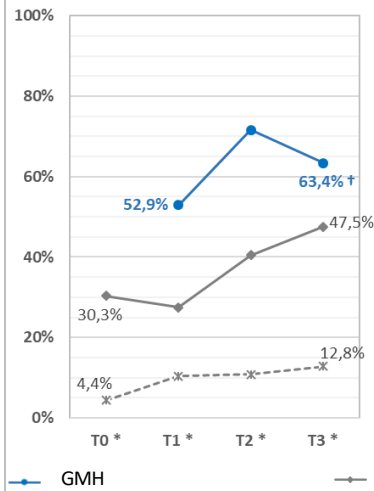
De manier waarop de indicatie gesteld wordt bij het restaureren komt grotendeels overeen met het prepareren van primaire caviteiten (Figuur 7D): een vijfde van de handelingen wordt door de GMH uitgevoerd na indicatiestelling in overleg met een TA (indicatieprocedure 5) en een kwart na een opdrachtverstrekking door de TA (indicatieprocedure 2 en 3). Sub-analyses laten eenzelfde beeld als bij het prepareren van primaire caviteiten zien (Figuren 21 en 22, Bijlage 4).

Volgens GMH gaan prepareren en restaureren hand in hand en wordt geen onderscheid gemaakt in indicatiestelling. Een GMH ziet wel verschil in risico tussen prepareren en restaureren:

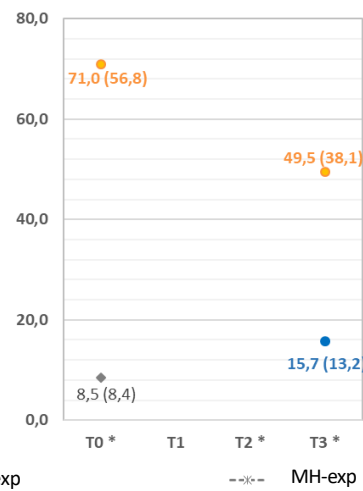
“Restaureren van diepe restauraties is doorgaans geen probleem. Bij het prepareren bestaat er een risico op expositie”

Het gemiddeld (sd) aantal door GMH verrichte handelingen per maand geeft een ander beeld: de frequentie van het restaureren (15,7 (13,2)) is lager dan van het prepareren (19,4 (16,5)), terwijl de frequentie bij TA voor prepareren en restaureren vergelijkbaar is tijdens T3 (Figuur 7B). Ook de duur is afwijkend: het prepareren duurt gemiddeld (sd) 24,8 (11,9) minuten en het restaureren (21,4 (11,0)), terwijl voor de TA geen verschil in duur is tussen prepareren en restaureren (Figuur 7C).

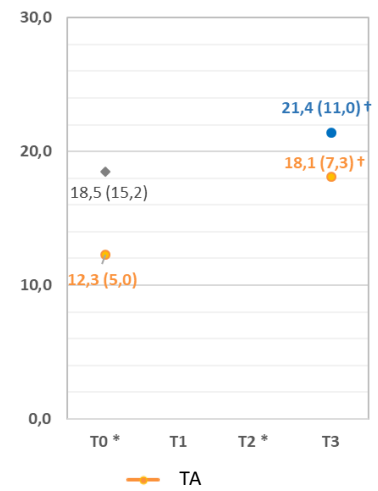
A: Percentage MH, dat betrokken is bij de voorbehouden handeling



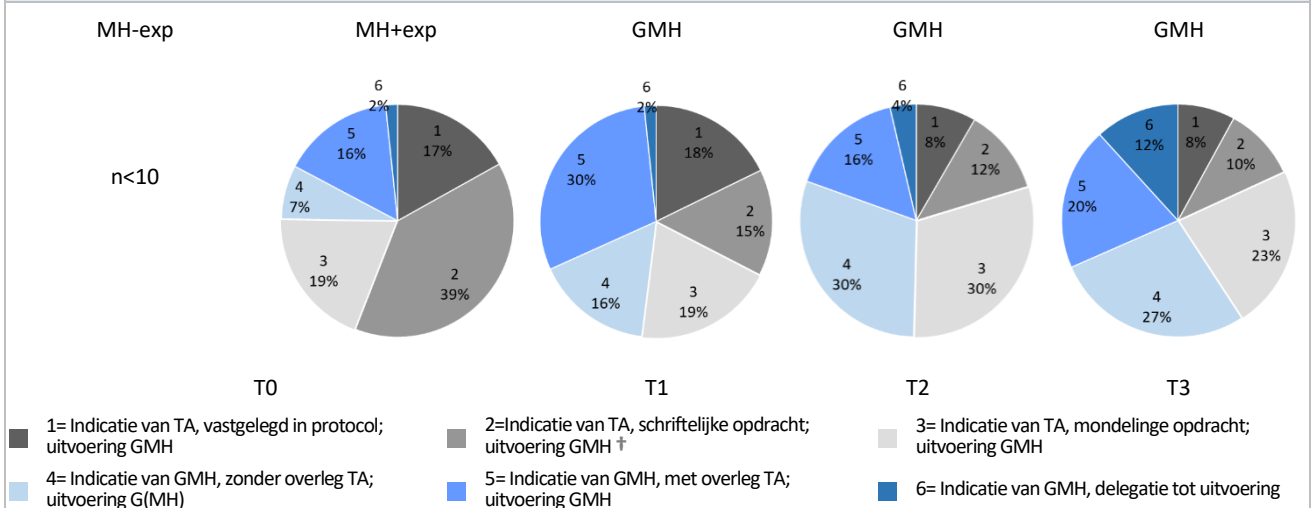
B: Gemiddeld aantal (sd) verrichte voorbehouden handelingen per maand door GMH en TA



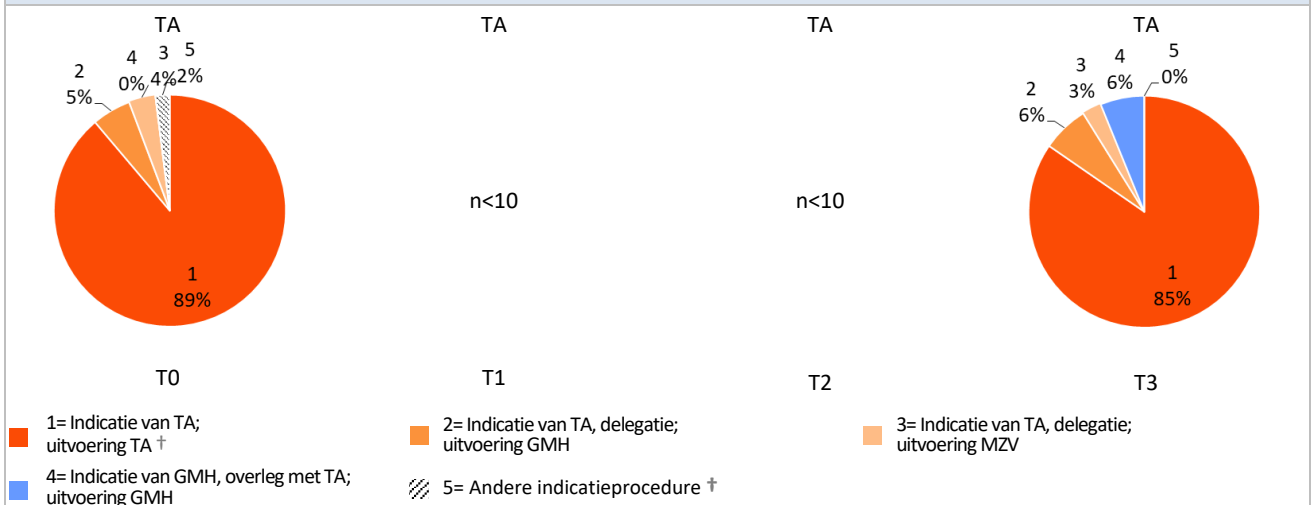
C: Gemiddelde duur (sd) van een door GMH en TA verrichte voorbehouden handeling in minuten (inclusief eventuele overlegtijd of tijd om de opdracht te verstrekken)



D: Indicatieprocedures GMH



E: Delegatieprocedures TA



Figuur A-E: † : statistisch significant verschil tussen metingen

* : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 7: Profiel restaureren van primaire caviteiten

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

- Maken van röntgenfoto's

Het overgrote deel van de GMH (87,3%) en MH+exp (80,0%) geeft aan betrokken te zijn bij het maken van röntgenfoto's, tegenover de helft van de MH-exp (47,6%) (Figuur 8). Bij de MH+exp is sprake van een statistisch significante toename tijdens de experimenteerperiode.

Ook bij het maken van röntgenfoto's geldt deze betrokkenheid zowel bij de indicatiestelling als de uitvoering (Figuur 22, Bijlage 4). De meeste GMH geven aan betrokken te zijn bij het maken van solo-opnames en bitewings (Tabel 41, Bijlage 3). Terwijl verhoudingsgewijs veel GMH de indicatie zonder overleg met een TA stellen, stellen veel MH-exp en MH+exp de indicatie in overleg met een TA. Ook krijgen meer MH-exp en MH+exp een opdracht van een TA in vergelijking met een GMH. Als MH betrokken zijn bij het maken van röntgenfoto's, voeren de meeste MH de handeling zelf uit.

TA maken gemiddeld (sd) per maand meer röntgenfoto's dan GMH (respectievelijk 86,1 (66,5) en 18,5 (16,0)); de duur is vergelijkbaar (respectievelijk 5,0 (2,3) minuten en 5,9 (2,4) minuten) (Figuren 8B en C).

Van alle foto's die een GMH maakt, wordt bij 39% de indicatie gesteld zonder overleg met een TA, bij 16% wordt na de indicatiestelling de uitvoering gedelegeerd (Figuur 8D, indicatieprocedure 4). Sub-analyse laat zien dat met name GMH werkzaam in een MH-praktijk (34%) het maken van foto's delegeren, in dit geval verwijzen naar een TA.

GMH: "Ik vervaardig de foto's niet zelf. Hiervoor verwijs ik patiënten terug naar hun eigen tandarts of kaakchirurg (in het geval van implantaten)."

TA delegeren het maken van röntgenfoto's naar MZV (26%, delegatieprocedure 3) en GMH (6%, delegatieprocedure 2) Volgens 55,2% van de GMH is de indicatieprocedure afhankelijk van het type foto (gegevens niet in tabel). *Welke röntgenopname wordt gemaakt is weer afhankelijk van het doel. Zo worden bitewings toegepast voor cariës opsporing, solo-opnames voor pijnklachten, parodontale problemen en bij vermoeden van agnesiën. De meeste GMH geven aan dat een OPG en röntgenschedelprofielfoto altijd in overleg met een TA worden gemaakt, meestal worden ze door de TA zelf gemaakt. Bij solo-opnames wordt ook regelmatig overlegd. Wordt een solo-opname gemaakt als gevolg van een trauma wordt altijd overleg gepleegd met een TA. Ook wordt aangegeven dat in een protocol is vastgelegd welke foto, wanneer moet worden gemaakt.*

GMH: "alleen bitewings vallen onder onze restrictie."

GMH: "Solo's n.a.v. endodontisch behandelde elementen of bv pijnklachten zijn op indicatie van de tandarts. Voor cariësdagnostiek en parodontale diagnostiek zijn op eigen indicatie."

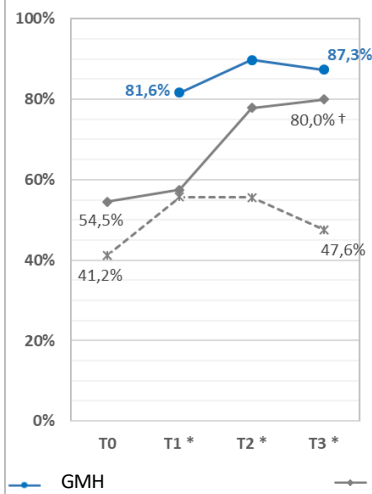
GMH: "Meestal staat er in de kaart dat er bij een volgend bezoek röntgenfoto's gemaakt moeten worden. Soms wordt het nog ter plekke besloten"

GMH: "Ligt vast in het protocol."

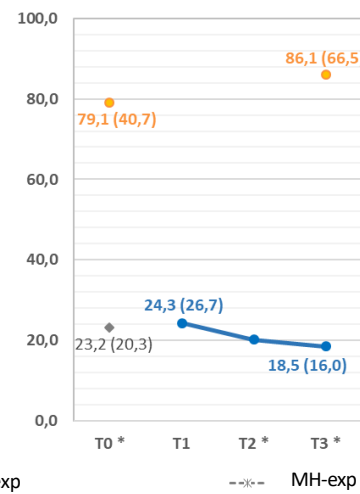
- Beoordelen van röntgenfoto's

Drie kwart van de MH-exp (79,6%) en MH+exp (72,8%) zijn betrokken bij de beoordeling van röntgenfoto's, alsook bijna alle GMH (94,3%) (Figuur 9A). Van de MH die betrokken zijn, geeft 98,0% van de GMH aan zelf de foto's te beoordelen, 30,3% laat de TA de foto's beoordelen (meerdere antwoorden mogelijk; gegevens niet in tabel). Voor de MH+exp zijn deze percentages respectievelijk 88,3% en 72,5%, voor de MH-exp 84,6% en 71,1%.

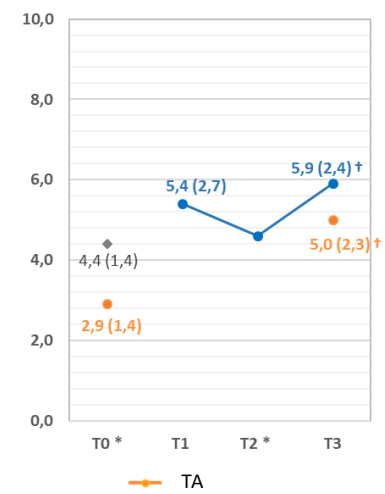
A: Percentage MH, dat betrokken is bij de voorbehouden handeling



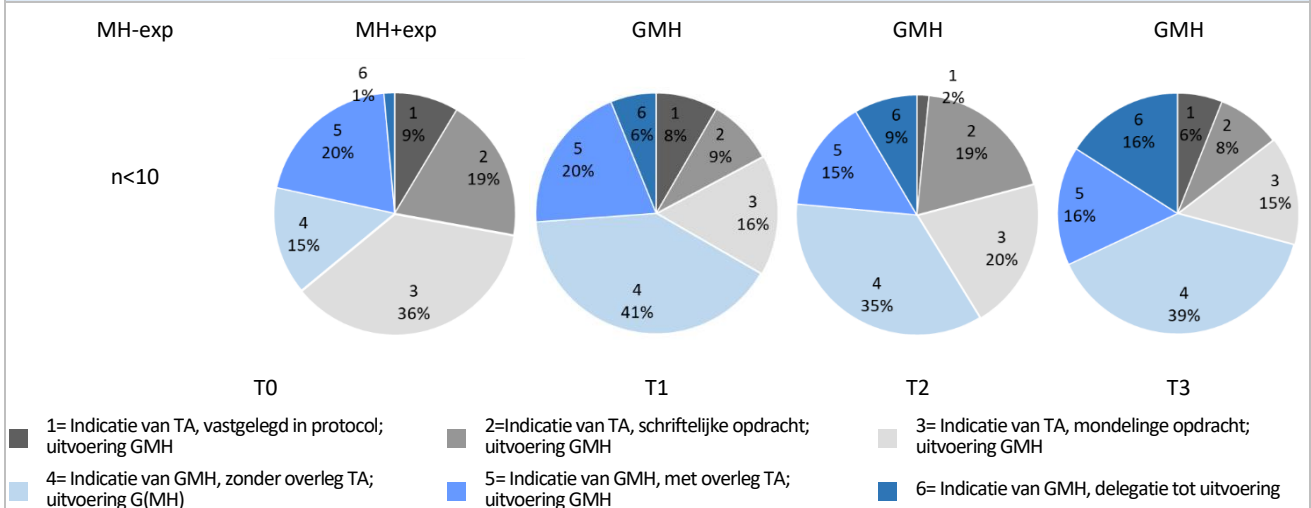
B: Gemiddeld aantal (sd) verrichte voorbehouden handelingen per maand door GMH en TA



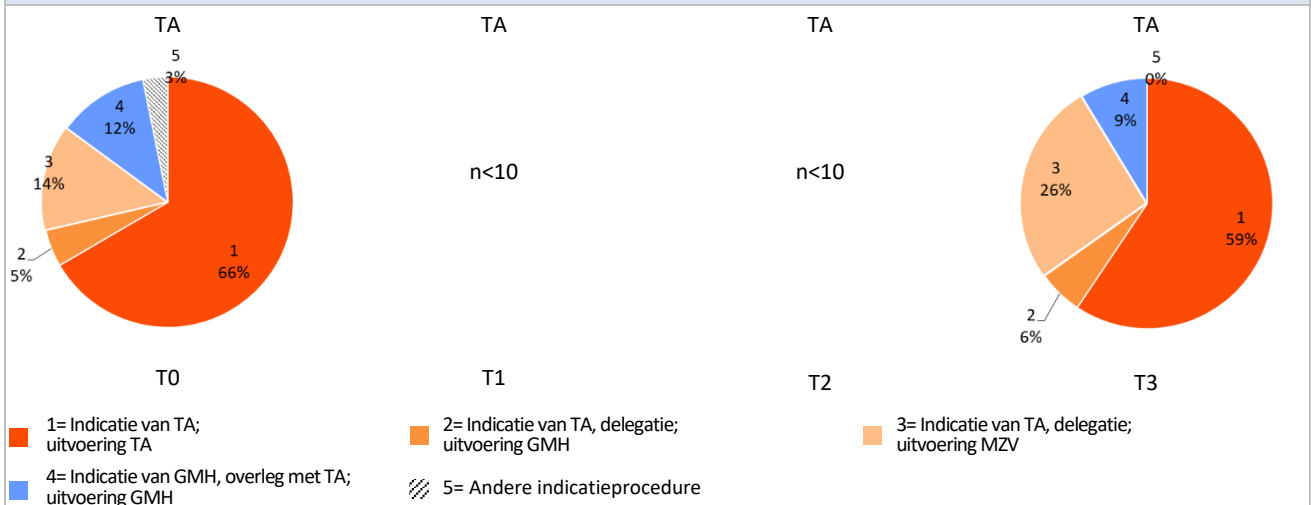
C: Gemiddelde duur (sd) van een door GMH en TA verrichte voorbehouden handeling in minuten (inclusief eventuele overlegtijd of tijd om de opdracht te verstrekken)



D: Indicatieprocedures GMH



E: Delegatieprocedures TA



Figuur A-E: † : statistisch significant verschil tussen metingen

* : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 8: Profiel maken van röntgenfoto's

Terwijl bij het maken van de foto's door de GMH, in 16,0% van de foto's bij de indicatiestelling overlegd wordt met een TA, wordt bij het beoordelen in 25,6% van de foto's overlegd (gegevens niet in tabel). Welk type foto beoordeeld wordt, laat geen eenduidig beeld zien, met name voor solo-opnames.

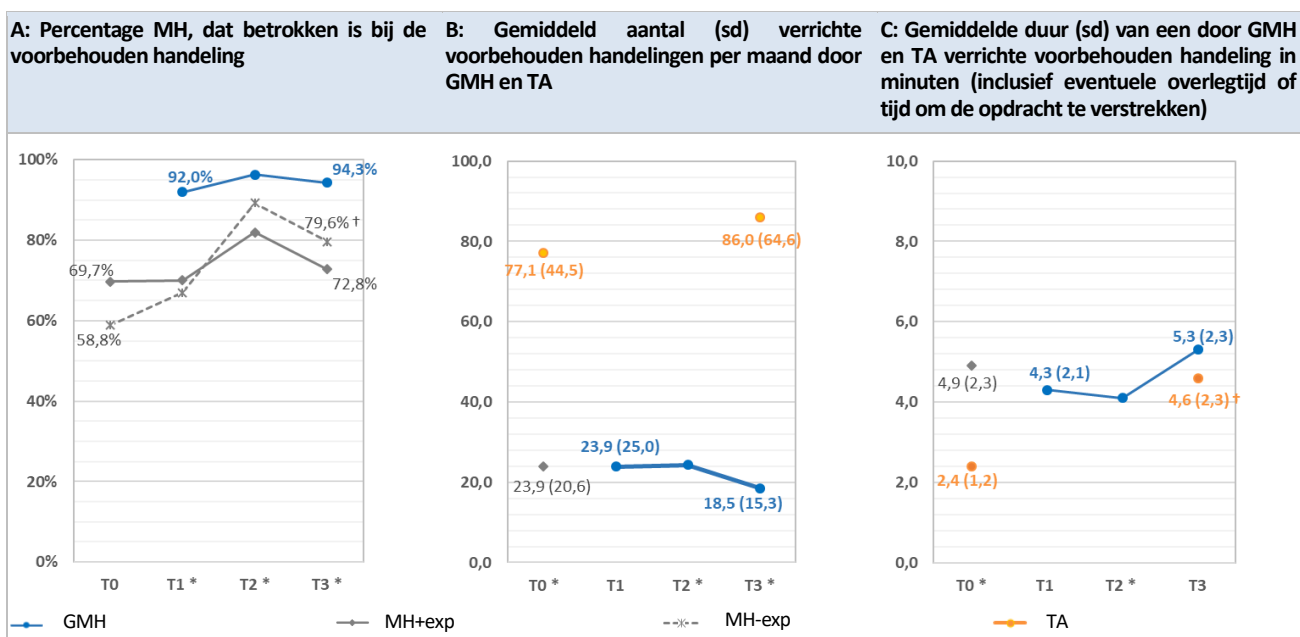
GMH: "ik beoordeel solo's vaak samen met een tandarts, op OPT's beoordeel ik alleen of de M3's zijn aangelegd."

GMH: "Solo en bw mag ik beoordelen."

GMH: "Solo's laat ik meestal door de tandarts beoordelen."

GMH: "Bij OPT let ik alleen op botniveau en eventueel apicale zwartingen. Overige diagnostiek van de OPT ligt bij de tandarts."

TA beoordelen frequenter foto's dan GMH (gemiddelde (sd) respectievelijk 86,0 (64,6) en 18,5 (15,3) foto's per maand), terwijl de duur voor het beoordelen vergelijkbaar is (gemiddelde (sd) respectievelijk 4,5 (2,3) en 5,3 (2,3) minuten inclusief eventuele overlegtijd) (Figuren 9B en C).



Figuur A-C: † : statistisch significant verschil tussen metingen * : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 9: Profiel beoordelen van röntgenfoto's

3.4.6 Redenen voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid

De meerderheid van de GMH voelde zich vrij om deel te nemen aan het experiment betreffende de zelfstandige bevoegdheid voor een aantal voorbehouden handelingen (90,8% (helemaal) mee eens) (Tabel 60, Bijlage 3).

Bijna alle GMH vinden de nieuwe regelgeving een verbetering ten opzichte van eerdere regelgeving (92,9% (helemaal) mee eens). Verder is 85,9% het er (helemaal) mee eens dat deze nieuwe regelgeving goed aansluit bij de dagelijkse praktijk.

GMH vinden hun eigen vaardigheden om de voorbehouden handelingen binnen hun vakgebied te verrichten uitstekend (86,9% (helemaal) mee eens); een klein gedeelte van de GMH (11,1%) is het deels oneens en deels eens met de stelling. Van de TA beoordelen 68,8% de vaardigheden van de GMH uitstekend en 25,0% is het hier deels mee eens.

De meeste GMH zijn het er (helemaal) mee eens dat de formele verantwoordelijkheden om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten (nog) niet goed zijn vastgelegd (20,4%), net als de helft van de TA.

Ook de taakverdeling tussen GMH en TA met betrekking tot voorbehouden handelingen is volgens een kwart van de GMH en een achtste van de TA niet goed vastgelegd (respectievelijk 28,5% en 12,6 % (helemaal) mee eens).

GMH 31: "Er is binnen onze praktijk besloten dat ook GMH een taakdelegatie formulier moeten tekenen, omdat zij wat betreft andere voorbehouden handelingen wel nog onder toezicht van een tandarts vallen. Op dit formulier zijn bepaalde hokjes aangevinkt als 'zelfstandig bevoegd en bekwaam' (anesthesie geven, restaureren, bite-wings indiceren en maken) en andere hokjes als enkel 'bekwaam, maar niet bevoegd' (zoals in mijn geval extraheren van melkelementen, solo's beoordelen, verwijzen naar MKA). Bij die laatste categorie zal er altijd overleg/samenwerking zijn met de tandarts."

GMH 53: "Qua anesthesie, daar hebben we eigenlijk, altijd al op eigen initiatief mogen doen, niet dat we dat zo lukraak deden, maar de tandarts zei dan ook altijd: 'jullie zien het beter tijdens de behandeling of iets nodig is'. Dan heb ik het meer over het paro verhaal dan over cariës. En röntgenfoto's, die maak ik in mijn eigen praktijk wel op eigen initiatief. In de tandartspraktijk heb ik in mijn kamer geen röntgenbuis, dus ik moet altijd naar de tandarts toe, dus dat is altijd nog in samenspraak. Daar is niet zo heel veel in veranderd, maar dat is omdat de setting er niet naar is. Ik zit in een ruimte waar geen röntgenbuis hangt, dus ik moet altijd mijn kamer gebruiken als het is, maar als het nodig is dan mag het."

Volgens de GMH alsook de TA wordt de zelfstandige bevoegdheid t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen over het algemeen door iedereen binnen het behandelteam/ samenwerkingsverband aanvaard (respectievelijk 71,4% en 68,8% (helemaal) mee eens).

GMH 107: "Zowel mondhygiënist, patiënten, behandelaren staan er eigenlijk allemaal 100% achter. Nou hebben wij voornamelijk wel hele jonge tandartsen in dienst. De meesten hebben tien á vijftien jaar ervaring als tandarts. En zij weten eigenlijk niet meer beter dat de mondhygiënist ook waardevol kan zijn voor het behandelen van caviteiten, controles, reinigingen met verdovingen. De patiënten zijn dus ook, doordat we meerdere vierjarig opgeleide mondhygiënist hebben en twee met een BIG-registratie, eigenlijk niet anders gewend dat ze bij een mondhygiënist komen voor andere behandelingen."

Het aanvaarden van de zelfstandige bevoegdheid van de GMH door behandelteam/samenwerkingsverband hangt nauw samen met afspraken over uitwisseling van patiëntgegevens en samenwerking.

Stakeholder 21: "Ik denk als randvoorwaarde een goede uitwisseling van patiëntgegevens. Dus duidelijke afspraken met de tandarts waar je mee samenwerkt. Het moet niet zo zijn dat de mondhygiënist de tandarts gaat overnemen, je moet het samen doen. Dus een goede samenwerking, ook communicatie en ook digitale communicatie op het gebied van patiëntgegevens moet goed geregeld zijn."

Met name voor infiltratie anesthesie wordt de noodzaak gezien om voor de GMH te regelen dat er geen belemmeringen zijn om een behandeling goed te kunnen uitvoeren.

Stakeholder 47: "de algemene teneur is absoluut dat zo'n behandeling door een mondhygiënist, zeker zo'n parodontale behandeling, is gewoon vaak pijnlijk en dan is het niet goed als er belemmeringen zijn om lokale anesthesie te geven. Dus daar is men over het algemeen zeker positief over."

Een vrijgevestigde mondhygiënist geeft tijdens een interview aan dat er nog winst te behalen valt wat betreft de informatie naar tandartsen over de zelfstandig bevoegdheid van GMH.

GMH 53: *“Ik vind het wel fijn dat het (zelfstandige bevoegdheid) er is, ik hoop alleen dat er nog meer informatie naar de tandartsen gaat, dat zij ook gaan inzien dat we een team vormen ook al staan we dan als vrijgevestigde GMH buiten de praktijk. Dat je het met ze allen moet doen, omdat ze het niet alleen kunnen redden. Dat meer informatie daar naartoe gaat, dat de weerstand afgenomen wordt. Ik weet dat dat een meerjarenplan is, maar heel veel tandartsen die geven nu aan ‘nu zijn jullie er ineens’. Dan denk ik, ik heb dit diploma in 2007 gehaald, hoezo ineens? Ik hoop dat er iets meer publiciteit komt om ook de zorgen weg te nemen bij de tandartsen.”*

Het al dan niet onder één dak werken is een punt van aandacht als het gaat om de veiligheid van de zorg en uitwisseling van patiëntgegevens.

TA 99: *“Kijk, als jij een mondhygiënist bent in dienst van een tandarts en je kunt een deur verder de patiënt parkeren of in ieder geval verder laten behandelen, dan vind ik dat wat anders. Maar als iemand gewoon in zijn eigen praktijkruimte ergens weet ik waar zit en geen directe verbinding heeft met een tandarts die dat dan zou kunnen oplossen of die daarvoor tijd kan maken. Want we zitten met een ondercapaciteit van tandartsen en ik snap dat mondhygiënist een deel van die behandelingen dan over kan nemen. Maar van de andere kant zijn er minder mensen om het op te kunnen vangen.”*

GMH 78: *“Zowel de tandarts kan heel snel bij mij terecht bij vragen over parobehandelingen en initiële behandelingen. Maar ik kan ook heel snel naar een tandarts terecht als ik iets in een mond zie, waarvan ik denk: ‘oh, hier kan de tandarts ook even naar kijken’. Dat we samenwerken en dat vind ik juist het mooie in de praktijk, dat we dat kunnen doen.”*

Stakeholder 47: *“Een heel belangrijke belemmering is op het moment dat er geen tandartsen en mondhygiënisten met elkaar onder één dak werken, want dan krijg je toch ook allerlei praktische problemen: hoe ga je dossiers uitwisselen? Is dat nog wel veilig? Dat de mondhygiënist röntgenfoto's heeft gemaakt en de tandarts op een andere plek op een ander moment denkt ‘Ik wil wel foto's hebben’. Hoe ga je dat allemaal delen met elkaar? Dat is allemaal niet zo eenvoudig gezien de privacywetgeving.”*

Op de vraag of men gebruik (gaat) maken van de zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen zoals deze in het experiment zijn opgenomen geven bijna alle GMH (99,0%) aan dat ze gebruik (gaan) maken van de zelfstandige bevoegdheid voor injectie van infiltratie anesthesie en een iets lager percentage (86,6%) geeft dit aan voor mandibulaire blokanesthesie (gegevens niet in tabel). Voor het maken van röntgenfoto's geeft de meerderheid (82,8%) van de GMH aan deze zelfstandige bevoegdheid te (gaan) gebruiken en dat geldt ook in grote mate (89,9%) voor het beoordelen van röntgenfoto's. Voor het prepareren en restaureren van primaire caviteiten geeft de GMH aan de zelfstandige bevoegdheid minder te (gaan) gebruiken (resp. 63,5% en 62,5%) in vergelijking met de voornoemde voorbehouden handelingen.

Op de vraag in de vragenlijst *“Voor welke voorbehouden handelingen binnen het deskundigheidsgebied van de GMH vindt volgens afspraak altijd overleg plaats met een tandarts, geeft de meerderheid van de GMH aan dat overleg plaatsvindt in situaties waarbij men twijfelt in zijn algemeenheid. Specifiek wordt benoemd dat overleg plaatsvindt in onder andere de volgende situaties: bij solo-opname ten behoeve van trauma en OPG-opname; diepe cariës; overleg prettig vindt vanwege nog weinig ervaring; bij prepareren en restaureren van primaire caviteiten; bij beoordelen van röntgenfoto's; afstemmen van cariësbeleid en röntgenindicatie (beide kanten op MH-TA en TA-MH).*

Op de vraag voor welke voorbehouden handeling(en) de GMH het niet verantwoord vindt om deze op eigen indicatie te verrichten wordt vaker aangegeven dat, mits de mondhygiënist bevoegd én bekwaam is, dat het voor alle voorbehouden handelingen verantwoord is. Voor het prepareren en restaureren van primaire caviteiten is het antwoord niet eenduidig om voor deze voorbehouden handeling de indicatie door de GMH te laten doen. In de toelichting wordt onder andere gemeld: is

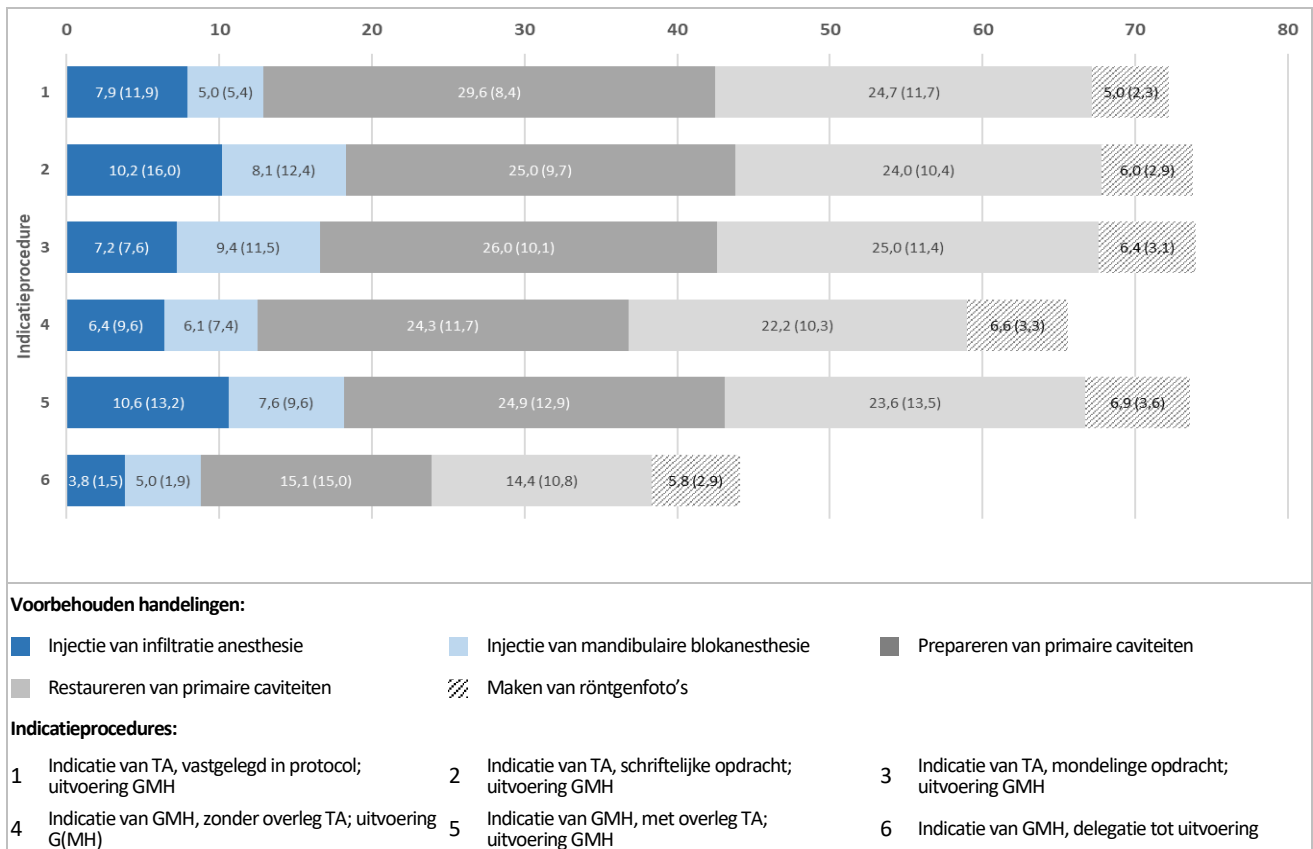
niet verantwoord als de GMH deze handeling te weinig uitvoert; geen röntgenfoto ter beschikking heeft; niet verantwoord zonder toezicht/opdracht van tandarts; niet behandelen van Icdas 5 en 6 caviteiten; grote primaire caviteiten in verband met risico op pulpa expositie.

Op de vraag voor welke voorbehouden handeling zou een zelfstandige bevoegdheid voor de GMH ook wenselijk zijn wordt genoemd: behandelen van (kleine) secundaire caviteiten; extractie melkelementen en loszittende eenwortelige parodontitis elementen; endo-start; indicatie van OPG; recept voorschrijven; verwijzing naar eerste- en tweede lijn (bijv. logopedist; orthodontist). Daarnaast wordt aangegeven dat de behandeling bleken wenselijk zou zijn.

3.4.7 Tijdsbesteding voorbehouden handelingen

Sub-analyse van de duur van een voorbehouden handeling per indicatieprocedure volgens de GMH is alleen mogelijk voor de data van T3. Voor sub-analyse per delegatieprocedure zijn te weinig data beschikbaar voor alle metingen.

Uit figuur 10 blijkt dat bij alle voorbehouden handelingen indicatieprocedure 6 het kortst duurt. Indicatieprocedure 6 houdt in dat de indicatie door een GMH wordt gesteld en de uitvoering wordt gedelegeerd. Bij deze duur wordt geen tijd voor de uitvoering meegerekend, wel tijd om te overleggen en/of de opdracht te verstrekken. Na indicatieprocedure 6 duurt indicatieprocedure 4 het kortst, behalve bij injectie van mandibulaire blokanesthesie en het maken van röntgenfoto's. Bij indicatieprocedure 4 is de tijd voor uitvoering wel inbegrepen: de GMH voert de handeling zelf uit, nadat hij/zij de indicatie heeft gesteld zonder overleg met een TA. Langer duurt de indicatieprocedure waarbij de TA de indicatie stelt, een mondelinge dan wel schriftelijke opdracht geeft en de GMH vervolgens de handeling uitvoert (indicatieprocedures 2 en 3), en de indicatieprocedure waarbij de GMH de indicatie stelt na overleg met een TA en vervolgens de handeling zelf uitvoert (indicatieprocedure 5).



Figuur 10: Gemiddelde (sd) duur van een voorbehouden handeling per indicatieprocedure tijdens T3, in minuten

3.4.8 Verandering takenpakket en patiëntencontact

Ruim één derde van de GMH (34,5%), de helft van de TA (50,0%), en bijna alle MZV (88,2%) ziet geen verandering in de patiëntencontacten of het takenpakket door het tijdelijk toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de GMH (Tabellen 46-48, Bijlage 3)

Ruim één kwart van de GMH (29,3%) geeft aan vaker voorbehouden handelingen bij PAT te hebben verricht dan voorheen. *Toegelicht wordt dat het gaat om het toedienen van anesthesie (8x), het maken van röntgenfoto's (13x) en het behandelen van primaire caviteiten (2x).*

Van de GMH geeft 16,4% aan meer dan voorheen PAT doorverwezen te krijgen door de TA; 18,8% van de TA geeft aan meer dan voorheen PAT te verwijzen naar de GMH.

Van de TA stellen 25,0%, van de GMH 19,0% en van de MZV 5,9% meer dan voorheen, de takenpakketten van de GMH, MZV en de TA duidelijker zijn afgebakend.

GMH 96: "Zeker omdat bij onze praktijk, overal eigenlijk, is het gewoon moeilijk om aan tandartsen te komen en zijn hun agenda's ook vooral vrijgehouden voor handelingen die ik niet kan en mag doen, zoals grote restauraties en extractie en nabehandelingen. Doordat ik en mijn mede geregistreerd mondhygiënist, de andere taken overnemen, zoals vullinkjes en de andere voorbehouden handelingen hebben zij meer tijd voor wat wij niet kunnen. We werken gewoon heel nauw samen, we bespreken heel veel dingen. Hebben vaak overleg met elkaar, we bespreken casussen, we weten van elkaar wat iedereen kan en bevoegd en bekwaam voor is en op die manier kunnen we de taken heel mooi verdelen. Waardoor zij ook die verantwoordelijkheid aan ons durven te geven."

3.4.9 Ervaren effect op de kwaliteit van zorg

Van de GMH is 86,9% het (helemaal) mee eens dat door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid voor een aantal voorbehouden handelingen de zorg voor bepaalde PAT efficiënter is, tegenover 56,3% van de TA (Tabellen 72-79, Bijlage 3). Met de stelling dat de zorg door de zelfstandige bevoegdheid kwalitatief beter is, zijn 86,9% van de GMH en 31,3% van de TA het (helemaal) mee eens. Dat de zorg voor PAT door de zelfstandige bevoegdheid minder veilig is, wordt door de meerderheid van de GMH en TA tegengesproken (GMH: 89,9%, TA: 68,8% (helemaal) mee oneens), alsook dat het aantal calamiteiten is toegenomen (GMH: 83,6%, TA: 68,8% (helemaal) mee oneens). Terwijl de helft van de GMH denkt dat er meer cariës/ parodontologische problemen op röntgenfoto's worden gediagnosticeerd (56,6% (helemaal) mee eens), is een derde van de TA deze mening toegedaan (37,9% (helemaal) mee eens). Ook denken meer GMH dat de röntgenfoto's beter uitwisselbaar zijn (58,6% (helemaal) mee eens), in vergelijking met TA (37,5% (helemaal) mee eens).

De meerderheid van de GMH zijn niet van mening dat voor hen de werkdruk is toegenomen (13,3% (helemaal) mee eens) als gevolg van de zelfstandige bevoegdheid, maar wel dat het werk interessanter is geworden (88,9% (helemaal) mee eens). Een derde van de TA ziet de eigen werkdruk afnemen (37,0% (helemaal) mee eens), maar geen enkele TA vindt dat het werk minder interessant is geworden (0,0% (helemaal) mee eens). MZV ervaren niet dat voor hen de werkdruk is afgenomen (25,0% (helemaal) mee eens), of dat het werk minder interessant is (13,4% (helemaal) mee eens).

Uit de interviews komt naar voren dat er een positief effect werd verwacht, dan wel is bemerkt, op de kwaliteit van de zorg, vooral in termen van efficiëntie en continuïteit.

GMH 107: "Ik denk ook dat daar de meeste winst zit voor de patiënt. De patiënt ligt minder lang in de stoel. Dus is ook minder belastend in dat opzicht voor de patiënt. En ja, ook met alle handen die we al te kort komen in de zorg ... maakt het wel dat de tijd die we hebben, waardevoller wordt benut."

GMH 83: “Nu merk je gewoon dat die korte lijn er echt is met de patiënt, waarbij je gewoon echt de juiste zorg kan bieden die de patiënt op dat moment nodig heeft.”

Stakeholder 48: “als ik het vanuit een patiënten perspectief bekijk, hoe minder een patiënt hoeft te wisselen van behandelaar hoe beter het is.”

3.4.10 Ervaren effect op de toegankelijkheid van zorg

De meningen van GMH en TA over de te verwachten effecten op de toegankelijkheid zijn in lijn (Tabellen 72-79, Bijlage 3). 47,0% van de GMH en 39,6% van de TA zijn het (helemaal) eens met de stelling “Door het toekennen van zelfstandige bevoegdheid aan de GMH ten aanzien van een aantal voorbehouden handelingen neemt het aantal verwijzingen naar de GMH toe”. Met de stelling “Door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de GMH ten aanzien van een aantal voorbehouden handelingen neemt de wachttijd/wachtlister voor patiënten af” is 44,4% van de GMH en 31,3% van de TA het (helemaal) mee eens.

Gebruik maken van elkaars expertise kan een positief effect hebben op de toegankelijkheid van de mondzorg.

GMH 64: “... want zij (TA) heeft niet voor niets een patiëntenstop en zij wil ruimte creëren voor complexere behandelingen te doen, zij wou een MH nieuwe stijl, die en restauratief werk en ook parodontale werkzaamheden verricht zodat zij lucht krijgt in de agenda.”

Stakeholder 20: “heb ik ben er ook van overtuigd door dit door te voeren binnen de mondzorg, die mondzorg met zo’n capaciteitsvraagstuk ook beter bediend kan worden. Je kan de GMH beter inzetbaar maken. Dus ook naar patiëntengroepen gaan waar de tandarts niet zo snel z’n praktijk voor uitkomt, de ouderen thuis bijvoorbeeld. Maar ik denk oprecht dat als je ook buiten het feit dat het goedkoper is om mondhygiënisten op te leiden, dat je ze dus beter kunt gebruiken, dat het ook echt wel zin heeft om in te zetten op preventie. Want als je ook durft te investeren in preventie met elkaar, dan heb je uiteindelijk ook minder curatie en minder curatief opgeleide zorgverleners nodig. En dat ze er moeten zijn, staat als een paal boven water.”

3.5 Triangulatie van data

In tabel 3 zijn de resultaten van de triangulatie van de data weergegeven. De beoordeling wordt verder uitgewerkt in de discussie (Hoofdstuk 4).

Tabel 3: Triangulatie van data

STRUCTUURVARIABLEN	
Persoonlijke kenmerken	n.v.t.
Kenmerken organisatie	n.v.t.
PROCESVARIABLEN	
Voorlichting over bevoegdheden van mondzorgverleners	-/+
Deskundigheid	-/+
Handelen volgens richtlijnen	-/+
Vaststellen-bekwaamheid	+
Bijdrage besluitvorming middelen en inzet	+
Samenwerking	-/+
Dagelijkse werkzaamheden	n.v.t.
Teamindeling	n.v.t.
(Interprofessioneel) overleg	+
UITKOMSTVARIABLEN	
Ervaren toegankelijkheid van zorg	+
Ervaren patiëntgerichtheid van zorg	+
Werkbelasting:	
• objectieve werkbelasting	+
• subjectieve werkbelasting	+
Kwaliteit/veiligheid van zorg	+
Gebruik voorbehouden handelingen en procedures*:	
• toepassen van lokale van anesthesie (injectie)	+
• behandelen van primaire caviteiten	-/+
• gebruik maken van toestellen die ioniserende straling	+
Tijdsbesteding voorbehouden handelingen	n.a.
Reden voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid	n.v.t.
Verandering takenpakket en patiëntencontact	+
Ervaren effect op de kwaliteit van zorg	+
Ervaren effect op de toegankelijkheid van zorg	+

- + Voldoende tot goed geborgd bij *: effectief
 -/+ Aandachtspunt bij *: onvoldoende effectief
 - Onvoldoende geborgd bij *: niet effectief
 n.v.t. Niet van toepassing
 n.a. Niet aantoonbaar

4 Discussie en conclusies

4.1 Leeswijzer

In dit rapport is verslag gedaan van de resultaten van het evaluatieonderzoek naar de effecten van het toekennen van een tijdelijke zelfstandige bevoegdheid aan geregistreerd-mondhygiënist, zoals beschreven in de AMvB. [6] In dit hoofdstuk worden eerst de doelstelling en de onderzoeksvragen nog kort weergegeven. Vervolgens worden de belangrijkste bevindingen per voorbehouden handeling gepresenteerd en hieraan duiding gegeven. Aan de hand van de variabelen effectiviteit, doelmatigheid, en kwaliteit, alsook randvoorwaarden hiervoor worden de data geïnterpreteerd en worden deelconclusies gegeven. Na de methodologische beschouwing, wordt de eindconclusie gepresenteerd met de daaruit voortvloeiende aanbevelingen (Hoofdstuk 5).

In dit hoofdstuk worden de afkortingen gebruikt, die ook in de andere hoofdstukken zijn doorgevoerd, namelijk GMH (geregistreerd-mondhygiënist); TA (tandarts); MZV (mondzorgverleners anders dan GMH en TA); PAT (patiënten): T0 (nulmeting, voorafgaand aan de toekenning van de zelfstandige bevoegdheid); T1 (eerste nameting); T2 (tweede nameting) en T3 (derde nameting).

4.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Het doel van het evaluatieonderzoek is de opdrachtgever, het Ministerie van VWS, informatie te bieden voor haar besluitvorming betreffende de geschiktheid van de maatregel, alsook in het maken van eventuele aanpassingen en/of continuering van de tijdelijke maatregel voor de voorbehouden handelingen: injectie van geleidings- en infiltratie anesthesie; het behandelen van primaire caviteiten en het toepassen van ioniserende straling.

De onderzoeksvragen, die centraal staan, luiden:

In hoeverre is het doeltreffend en doelmatig om zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan geregistreerd mondhygiënist met betrekking tot het verrichten van voorbehouden handelingen? en, indien sprake is van effectiviteit en doelmatigheid bij minstens gelijkblijvende kwaliteit, voor welke voorbehouden handelingen geldt dit?

4.3 Beschouwing resultaten

4.3.1 Effectiviteit

Voor het bepalen van de effectiviteit van de toekenning van de zelfstandige bevoegdheid is gekeken naar de mate waarin gebruik wordt gemaakt van deze bevoegdheid.

- **Injectie van anesthesie**

Bijna alle GMH zijn betrokken bij het injecteren van infiltratie anesthesie, alsook mandibulaire blokanesthesie. De betrokkenheid geldt bij zowel de indicatiestelling als de uitvoering. Bij infiltratie anesthesie ligt de nadruk meer op de indicatiestelling; bij mandibulaire blokanesthesie op de uitvoering. Als GMH betrokken zijn bij de indicatiestelling is dat vooral zonder overleg met een TA (ruim twee derde van de injecties). Opdrachtverstrekking van een TA aan een GMH om een injectie uit te voeren komt ook voor (een zesde van de injecties), opdrachten worden dan meestal voor groepen PAT gegeven.

TA verrichten meer injecties van anesthesie per maand in vergelijking met een GMH en hebben iets minder tijd nodig voor een injectie.

- **Behandelen van primaire caviteiten**

Vergeleken met de andere voorbehouden handelingen, zijn minder GMH betrokken (indiceren en uitvoeren) bij het prepareren en restaureren van primaire caviteiten. De helft van de GMH laat de uitvoering van de behandeling over aan de TA. In vergelijking met de andere voorbehouden handelingen wordt de handeling meer uitgevoerd door de GMH, na indicatiestelling in overleg met een TA, alsook in opdracht van een TA. Als een opdracht door een TA aan de GMH wordt gegeven om de behandeling uit te voeren, is dat vooral per PAT. Wie de indicatie stelt en wie de behandeling uitvoert is afhankelijk van de International Caries Detection and Assessment System (ICDAS)-scores, het klinische beeld en de röntgenfoto's. Ongeveer een derde van alle handelingen wordt door de GMH uitgevoerd na eigen indicatiestelling zonder overleg met een TA. TA behandelen meer primaire caviteiten per maand dan GMH, met een kortere duur per behandeling.

GMH werkzaam in een mondhygiënistpraktijk beschikken niet altijd over de apparatuur om primaire caviteiten te behandelen, omdat de kosten voor aanschaf ervan (voor de tijdsperiode van het experiment) hoog zijn. Ook voeren GMH in een gedifferentieerde praktijk niet altijd cariës behandelingen uit. Met name zorgen over onvoorziene omstandigheden, zoals exposities, spelen een grote rol bij de terughoudendheid om deze voorbehouden handeling vaker uit te voeren. Uit de nulmeting bleek bovendien ook dat het draagvlak gering is voor het behandelen van primaire caviteiten door GMH. Uit kwalitatieve data komt naar voren dat de definitie en afbakening van primaire caviteiten onduidelijk is. Veelal wordt vermeld dat onder een schijnbare beperkte laesie toch een groter probleem kan spelen, waardoor behandeling (boren) verder (dieper) nodig is, dan aanvankelijk gedacht. Blijkbaar is dit vooraf niet voldoende te constateren en zijn de risico's hierop moeilijk in te schatten. Om exposities te voorkomen, wordt de GMH over het algemeen afgeraden om erg grote en diepe restauraties te prepareren/restaureren. Maar waar de grens hierbij wordt getrokken blijft onduidelijk.

- **Toepassen van ioniserende straling**

Het overgrote deel van de GMH is betrokken bij het maken (en beoordelen) van röntgenfoto's en met name van solo-opnames en bitewings. MH stellen de indicatie hiervoor zonder overleg met een TA. Ook worden PAT verwezen naar een TA voor het maken van een foto, met name door GMH die werkzaam zijn in een MH-praktijk. Kwalitatieve data tonen aan dat niet alle GMH beschikken over röntgenapparatuur, omdat de kosten voor aanschaf ervan (voor de tijdsperiode van het experiment) hoog zijn. Vooral individuele praktijken lopen aan tegen deze beperking. GMH blijken soms ontevreden over de bereidheid van de TA om foto's te delen, maar ook geven de foto's niet altijd de informatie die de GMH nodig heeft voor hun eigen behandeling omdat ze voor een ander doel gemaakt zijn.

GMH en TA zien geen verandering in hun patiëntencontacten of het takenpakket door het tijdelijk toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de GMH. Wel geven GMH aan dat ze meer dan voorheen anesthesie injecteren en röntgenfoto's maken.

Hoewel het Besluit Mondhygiënist, reeds sinds 2006 de opleiding, deskundigheid en functionele bevoegdheid van MH voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen regelt, kent het draagvlak

hiervoor nog steeds de nodige uitdagingen. De toekenning van de zelfstandige bevoegdheid betekent voor een deel van de GMH een legalisering van de dagelijkse werkwijze, terwijl het andere GMH perspectief heeft geboden hun functie verder te ontwikkelen. Dit blijkt ook uit het onderzoeksresultaat dat een deel van de GMH aangeeft meer voorbehouden handelingen te hebben verricht dan voor de start van het experiment.

Desondanks is de zelfstandige bevoegdheid nog niet overal volledig doorgevoerd. Uit kwalitatieve data komt naar voren, dat onder de oudere generatie TA, het vertrouwen in de competenties van de GMH nog moet groeien. Tegenwoordig wordt de opleiding tandheelkunde en mondzorgkunde nadrukkelijk gecombineerd, met de gedachte dat het zinvol is om al tijdens de opleiding te leren samen werken en inzicht te hebben in elkaars competenties. Er wordt gesproken van een groter draagvlak onder de jongere TA.

Ook spelen lokale belemmeringen, zoals welwillendheid binnen de organisatie en zichtbaarheid van de GMH, hierbij een rol. De van oudsher bestaande hiërarchie is belemmerend voor een meer interprofessionele werkwijze. Zo is een formalisering van de rolverdeling (structuur) van invloed op de mate van gebruik van de zelfstandige bevoegdheid (uitkomst) samen met een passende team indeling (proces). Een kwart van de TA stelt dat er, meer dan voorheen, een duidelijke afbakening tussen de takenpakketten van de mondzorgprofessionals is gevormd, dat bijdraagt aan het doelmatig en effectiever inzetten van mondzorgprofessionals.

Hoewel dit onderzoek zich primair richt op GMH, blijkt uit de data dat het injecteren van anesthesie, het maken van röntgenfoto's en in mindere mate het behandelen van primaire caviteiten tot het takenpakket van niet geregistreerde MH behoort. Deze handelingen worden door hen uitgevoerd in opdracht van een TA (functioneel bevoegd voor injecteren van anesthesie en maken van röntgenfoto's).

Deelconclusie effectiviteit

GMH maken frequent gebruik van de mogelijkheden die de AMvB heeft geschapen om zelfstandig anesthesie te injecteren en ioniserende straling toe te passen (indiceren, uitvoeren, delegeren), waarmee de maatregel voor deze twee voorbehouden handelingen effectief is gebleken. De mogelijkheden voor het behandelen van primaire caviteiten worden echter nog niet in volle omvang benut: hoewel het indiceren van primaire caviteiten veelvuldig wordt toegepast, ligt de uitvoering nog vaak bij de TA.

4.3.2 Doelmatigheid

Zorgprocessen rondom het uitvoeren van injectie van anesthesie en het toepassen van ioniserende straling tijdens het experiment worden efficiënter ingericht en worden uitgevoerd door de hiertoe geschikte mondzorgverlener, hetgeen indicatoren zijn voor doelmatige zorg. Uit de kwalitatieve data blijkt, dat naar mening van mondzorgverleners de efficiëntieslag waarover wordt gesproken, verband houdt met de ervaren tijdswinst die het gevolg is van het wegvallen van opdrachtverstrekkingen en overlegmomenten. Daarnaast wordt uitsluitend overlegd als de GMH het in bepaalde situaties nodig achten, zoals bij het behandelen van primaire caviteiten. In dit onderzoek is slechts in beperkte mate aangetoond dat tijdswinst optreedt door het wegvallen van opdrachtverstrekkingen en overlegmomenten. Echter, in het huidige stelsel voor financiering is het tijdsaspect niet kostenbepalend maar of de verrichting wel of niet wordt uitgevoerd. [37]

Voorafgaand aan het evaluatieonderzoek werd verondersteld dat een zelfstandige bevoegdheid voor de GMH voor het toepassen van ioniserende straling zou leiden tot een toename van het aantal

röntgenfoto's. Dit onderzoek geeft hierover geen uitsluitel. Door zowel GMH als TA wordt aangegeven dat röntgenfoto's soms noodzakelijk zijn voor het indiceren van de juiste behandeling. Een uitwisseling van beschikbare gegevens kan bijdragen aan efficiëntie maar is niet vanzelfsprekend. Zoals eerder vermeld, blijkt uit de kwalitatieve data dat dit soms wordt veroorzaakt door de noodzaak voor specifieke röntgenfoto's voor specifieke behandeldoelen, waardoor deze niet altijd uitwisselbaar zijn. Daarnaast blijkt soms sprake van een gebrek aan welwillendheid om samen te werken.

Inzicht in veranderingen in het aantal verrichtingen en de mate waarin dit door het experiment wordt beïnvloed, alsook in de verwijzingen naar andere professionals kan bijdragen aan een beoordeling van doelmatigheid. Echter, uitspraken hierover kunnen niet worden gedaan. Het verkrijgen van informatie uit registratiesystemen is voor dit onderzoek niet mogelijk gebleken.

De resultaten geven geen eenduidig antwoord op de doelmatigheid van de toekenning van de zelfstandige bevoegdheid.

Deelconclusie doelmatigheid

Zorgprocessen met betrekking tot het injecteren van infiltratie anesthesie en het toepassen van ioniserende straling worden efficiënter ingericht en worden uitgevoerd door de hiertoe geschikte mondzorgverlener. Hoewel gesproken wordt van tijdsinstaat als gevolg van het wegvallen van opdrachtverstrekkingen en overlegmomenten, is onduidelijk of de maatregel effect heeft op kosten en daarmee op doelmatigheid.

4.3.3 Kwaliteit en veiligheid

Uit dit onderzoek blijkt dat de risico's van het uitvoeren van de voorbehouden handelingen door GMH, door zowel GMH als TA, worden onderkend. Bij inventarisatie van tuchtrechtspraak is geen aanleiding gevonden om te veronderstellen dat de patiëntveiligheid in het geding is. Toch wordt in de interviews veel gesproken over risico's. Hierbij gaat het om veronderstellingen; zo wordt vermeld dat "men bang is dat..." en niet over wat mis is gegaan. De zorgen betreffen minder het injecteren en toepassen van ioniserende straling. Voornaamste bron van zorg is het behandelen van primaire caviteiten.

PAT blijken zeer tevreden te zijn over de ontvangen zorg door de GMH (patiëntgerichtheid). Aspecten die meewegen in hun tevredenheid zijn veelal gericht op de adequate uitvoering van de (be)handeling door de GMH, de deskundigheid van de GMH, en de manier van bejegening.

Ook ervaren PAT de toegankelijkheid van zorg door de GMH als overwegend positief. Wel is sprake van variatie in de mogelijkheid om een afspraak op korte termijn in te plannen, in de telefonische bereikbaarheid en in de locatie waar de GMH praktijk houdt. Dit laat zien dat de toegang tot GMH niet voor iedereen gelijk is. Wellicht is dit afhankelijk van woonplaats of regio waar de PAT woont, of de aanwezigheid van individuele praktijken versus een samenwerkingsverband. In dit onderzoek zijn te weinig data om hier duidelijkheid in te verschaffen.

Er is geen sprake van een onverantwoorde hoge werkbelasting, die invloed zou kunnen hebben op de kwaliteit van zorg. De gemiddelde arbeidsduur van GMH en TA komt overeen met de gemiddelde arbeidsduur van alle Nederlandse werknemers. [38] In de gewerkte uren hebben TA iets meer patiëntcontacten dan GMH; bij GMH duren de patiënt contacten langer. Overwerk bij hen komt slechts sporadisch voor. In hoeverre een zelfstandige bevoegdheid bijdraagt aan een reductie van werkbelasting bij TA is niet te concluderen op basis van dit onderzoek.

De werktevredenheid onder de respondenten van dit onderzoek is hoog. Uit de data blijkt verder dat GMH een positief effect ervaren door de zelfstandige bevoegdheid. Enerzijds doordat het werk interessanter wordt, anderzijds doordat dit bijdraagt aan efficiëntie van het zorgproces. Dit is in lijn met het beoogde doel van het huidige experiment alsook met bevindingen uit eerdere onderzoeken. [4, 14, 19-22]

Deelconclusie kwaliteit

Hoewel er duidelijk zorgen worden geuit, is in dit onderzoek geen aanleiding gevonden om te veronderstellen dat de patiëntveiligheid in de onderzochte populatie in het geding is. De zorgen betreffen minder het injecteren van anesthesie en toepassen van ioniserende straling. Voornaamste bron van zorg is het behandelen van primaire caviteiten.

4.3.4 Randvoorwaarden voor een zelfstandige bevoegdheid

Belangrijkste randvoorwaarde voor het zelfstandig kunnen uitvoeren van voorbehouden handelingen is dat de mondzorgverlener hiertoe bekwaam is. GMH zijn zich terdege bewust van hun eigen grenzen. Per PAT en de behandeling die deze ondergaat, wordt nagegaan of ze zichzelf bekwaam achten de behandeling uit te voeren. GMH in loondienst bij een TA praktijk laten het vaststellen van hun bekwaamheid echter nog regelmatig over aan de TA. Toch geven TA zelf aan dat de GMH zelf verantwoordelijk is voor het vaststellen van hun bekwaamheid.

GMH houden hun eigen deskundigheid en vaardigheden voornamelijk bij door het volgen van bij- en/of nascholing en door de voorbehouden handelingen frequent uit te voeren (praktijkervaring): GMH besteden meer dan de helft van hun tijd aan het behandelen van PAT. Zowel GMH als TA vinden de vaardigheden van de GMH om voorbehouden handelingen uit te voeren goed. Een manier waarop deskundigheid aantoonbaar gemaakt kan worden, ontbreekt echter. Uit de kwalitatieve data blijkt dat een verplichte registratie van deskundigheid bevorderende activiteiten en de toetsing van de actualiteit hiervan, van toegevoegde waarde zou zijn.

De AMvB stelt dat “het belang van de patiënt ermee gediend is dat helder is met welk type mondhygiënist het van doen heeft, de zelfstandig bevoegde of de functioneel zelfstandige. [6]” PAT blijken goed te worden geïnformeerd over het type mondzorgverlener door wie ze behandeld worden, maar minder goed over de bevoegdheden van de behandelend mondzorgverlener.

Voorbehouden handelingen dienen te worden uitgeoefend volgens landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide lokale protocollen. De afgeleide protocollen worden gezien als een weergave van de gemaakte afspraken ten aanzien van de samenwerking tussen professionals van verschillende disciplines. Afspraken worden echter maar voor de helft van de GMH schriftelijk vastgelegd; er is sprake van ongeschreven regels en gewoontevorming. Afspraken zijn meestal algemeen van aard en niet op maat gemaakt voor individuele GMH. In schriftelijke afspraken is met name de werkwijze en welke voorbehouden handelingen mogen worden verricht, vastgelegd

Lokale protocollen vormen een cruciaal onderdeel in de begrenzing van de zelfstandige bevoegdheid van de GMH voor het verrichten van voorbehouden handelingen. Echter, het ontwikkelen van protocollen als onderdeel van kwaliteitsbeleid, blijkt het minst van de dagelijkse werkzaamheden van de mondzorgprofessionals te beslaan. In grotere ketens is dit goed geregeld. [39] Wellicht dat kwaliteitsondersteuning vanuit de beroepsvereniging hierin kan bijdragen.

Samenwerkingsafspraken tussen mondverleners binnen eenzelfde praktijk worden niet goed schriftelijk vastgelegd, of er zijn helemaal geen interne samenwerkingsafspraken. Vooral voor GMH die als ZZP werkzaam zijn binnen de praktijk zijn samenwerkingsafspraken niet op orde.

Samenwerkingsafspraken tussen mondverleners buiten de eigen praktijk ontbreken grotendeels of zijn gebaseerd op gewoontevorming. Om de mondzorg onderling zo goed mogelijk te kunnen afstemmen zijn samenwerkingsafspraken van essentieel belang, zeker als gewerkt wordt vanuit verschillende locaties. Het vastleggen van samenwerkingsafspraken dient daarom als aandachtspunt gezien te worden. Samenwerkingsafspraken kunnen immers invloed hebben op de veiligheid van zorg (uitkomst), de uitwisseling van gegevens en daarmee de continuïteit van zorg.

Hoe in de praktijk de samenwerking vorm krijgt, is volgens de Boer et al. afhankelijk van de doelen om samen te werken, maar ook van de leiderschapsstijl. De leiderschapsstijl is weer van invloed of verantwoordelijkheden worden overgedragen of niet. [40]

Zonder uitzondering wordt aangegeven dat samenwerking vooral in een samenwerkingsverband moet plaatsvinden. Dit dient 'achtervang' te garanderen, de mogelijkheid om een collega te consulteren, vanuit een specifieke expertise mee te kijken met een collega en/of mee te werken aan een oplossing van een probleem. Dit kan van belang zijn in het geval van een grotere laesie onder een, op het oog, primaire caviteit, maar ook indien sprake is van complexe parodontale problemen. Om de mondzorg verder om te vormen van een curatieve naar meer preventieve zorgverlening, is samenwerking tussen verschillende zorgverleners met verschillende expertise noodzakelijk. Voor de wijze waarop een dergelijk samenwerkingsverband kan worden vormgegeven, zijn in dit onderzoek verschillende voorbeelden gegeven, waaronder: de individuele praktijk die in een regio samenwerkt met andere individuele praktijken; groepspraktijken waarin meerdere professionals onder één dak samenwerken en lidmaatschap van calamiteitendiensten. Ook is variatie in opvatting over wie praktijkeigenaar dient te zijn of welke expertise precies samen moet komen onder één dak, vermeld.

Professionals worden in toenemende mate opgeleid om interprofessioneel samen te werken en te functioneren in teamverband. Het doel is optimale mondzorg voor de patiënt. Ieder teamlid heeft zijn rol en maakt maximaal gebruik van zijn bekwaamheden en bevoegdheden en kent eigen en elkaars grenzen. Kenmerkend voor interprofessionele samenwerking is het gezamenlijk vaststellen van behandeldoelen en -plan. Betere samenwerking leidt tot doelmatiger inzet van mondzorgprofessionals. [41]

4.4 Methodologische beschouwing

De kracht van dit evaluatieonderzoek ligt in de zeer brede scope. Niet alleen is naar effectiviteit, doelmatigheid en kwaliteit van de toekenning van de zelfstandige bevoegdheid gekeken, maar ook naar verschillende randvoorwaarden hiervoor. Daartoe zijn op verschillende manieren data verzameld, die gezamenlijk tot de conclusies hebben geleid (triangulatie van kwalitatieve en kwantitatieve data). Op verschillende domeinen (effectiviteit, doelmatigheid, kwaliteit van zorg en randvoorwaarden) en niveaus (MZV/GMH/TA en PAT) zijn gegevens verzameld. De gekozen meetinstrumenten zijn eerder beproefde methoden, ingebed in gevalideerde theoretische kaders. [19-24]

Desondanks is een aantal methodologische kanttekeningen te maken.

De respons op de vragenlijsten tijdens T1 en T2 is laag gebleken, ondanks de inzet van de beroepsverenigingen om het belang van deelname aan het onderzoek te benadrukken. Mogelijk dat coronamaatregelen invloed op de respons hebben gehad. Vergelijking tussen T0 en T3 is lastig, omdat tijdens T0 nog geen sprake was van een BIG-register en dus ook niet van GMH. Tijdens T0 zijn daarom data verzameld bij alle mondhygiënisten. De populatie tijdens T3 (uitsluitend GMH) zou als een deelpopulatie van T0 gezien kunnen worden, maar slechts enkele GMH hebben zowel tijdens T0 als T3 de vragenlijst ingevuld. Het is dan ook onmogelijk gebleken met behulp van longitudinale

analyses uitspraken te doen op individueel niveau. Alle in dit rapport beschreven resultaten zijn gebaseerd op groepsniveau (tijdens T3). Dergelijke resultaten zijn altijd afhankelijk van de groepssamenstelling. De groepssamenstelling moet daarom representatief zijn voor de totale groep GMH. Gegevens van het BIG-register laten zien dat de GMH die de vragenlijsten hebben ingevuld, wat betreft leeftijd en geslacht vergelijkbaar zijn met de GMH in het BIG-register.

Daarnaast bevestigen gegevens uit interviews met 126 participanten, waaronder TA, PAT, MZV en stakeholders, de resultaten van de vragenlijsten (triangulatie). Bij de interviews is sprake van convenience sampling, een doelbewuste steekproef van participanten die ervaring hebben met de onderzochte voorbehouden handelingen.

De respons tijdens T3 was mede door deze triangulatie voldoende omvangrijk, maar toch te laag om sub-analyses te doen naar setting, zoals bij voorbeeld van individueel werkzame GMH of GMH die praktijkhouder zijn van een praktijk met uitsluitend mondhygiënist versus GMH in loondienst van een TA-praktijk; of GMH werkzaam in een regio met een lage TA-ratio versus een regio met een hoge TA-ratio.

Het verkrijgen van informatie over individuele verrichtingen uit registratiesystemen is voor dit onderzoek niet mogelijk gebleken.

Door GMH te vragen TA, MZV en PAT te benaderen voor deelname aan het evaluatieonderzoek kan selectiebias optreden. Bij PAT zien we inderdaad dat sprake is van selectiebias: de onderzochte populatie bestaat uit meer autochtone en hoger opgeleide PAT dan de totale Nederlandse bevolking [30], waardoor generalisatie van bevindingen naar de Nederlands bevolking beperkt is. Verder is de groep TA niet representatief voor de totale populatie TA, omdat zij direct samenwerken met GMH. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs een nadeel te zijn, zij zijn uiteindelijk ervaringsdeskundigen als het gaat om ervaringen en samenwerking met GMH. In interviews zijn ook TA die niet nauw samenwerken met een GMH aan het woord geweest, waardoor ook deze opvattingen zijn weergegeven in dit onderzoek.

Het hier gepresenteerde evaluatieonderzoek kan gezien haar brede scope en kanttekeningen een informatieve bijdrage leveren aan de besluitvorming rondom de zelfstandige bevoegdheid.

4.5 Eindconclusie

De mondzorg richt zich in toenemende mate op preventie. Bij een herschikking van taken is het noodzakelijk dat voldoende mondzorgverleners voor preventieve taken beschikbaar blijven.

Gebaseerd op de resultaten van dit onderzoek is het effectief gebleken om een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen aan de GMH voor het injecteren van anesthesie en het toepassen van ioniserende straling. Een zelfstandige bevoegdheid voor de GMH biedt de mogelijkheid om een deel van de taken te delegeren naar andere mondzorgverleners én dat mondzorgverleners zich kunnen richten op taken van een complexiteit die recht doet aan het competentieniveau, zoals dat is verkregen in hun opleiding.

Om deze overdracht van taken te laten slagen, is een goede samenwerking van essentieel belang, zo ook openheid naar elkaar. De kern van samenwerking is immers: van elkaars expertise en affiniteit gebruik maken. Daarvoor is het even belangrijk dat duidelijkheid wordt verschaft binnen welk wettelijk kader dat mogelijk is. Samenwerkingsafspraken en het handelen volgens richtlijnen dienen daarbij meer geformaliseerd te worden. Voor de wijze waarop een dergelijk samenwerkingsverband is vormgegeven, zijn in dit onderzoek verschillende voorbeelden gegeven.

De meningen over de noodzaak van een zelfstandige bevoegdheid voor primaire caviteiten in het bijzonder lopen uiteen. Het missen van draagvlak in dezen ligt niet aan het competentieniveau van de GMH, maar aan het gebrek aan definiëring en vooral afbakening van primaire caviteiten. Indien zelfstandige bevoegdheid voor cariologie wordt toegekend, opent dit de weg voor opdrachtverstrekking en delegatie naar andere mondzorgverleners.

Samenvattend laten de resultaten van dit onderzoek zien dat een grote groep GMH frequent gebruik maakt van de zelfstandige bevoegdheid met betrekking tot het toepassen van lokale anesthesie door het geven van injecties en het toepassen van ioniserende straling, bij gelijkblijvende kwaliteit.

Voor het toepassen van lokale anesthesie en het toepassen van ioniserende straling lijkt voldoende draagvlak aanwezig en is sprake van een legalisering van de bestaande praktijk. Een zelfstandige bevoegdheid biedt voor GMH in een grotere praktijk tevens de mogelijkheid om deze taken door middel van opdrachtverstrekking verder te delegeren.

Voor het behandelen van primaire caviteiten is het bestaande draagvlak te gering om tot een zelfstandige bevoegdheid te komen.

5 Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en conclusies worden de volgende aanbevelingen gedaan:

Aanbeveling	Voor wie?
1. Creëer voor de GMH een definitieve zelfstandige bevoegdheid voor het toepassen van anesthesie (injecties toedienen) en het maken van röntgenfoto's voor wat betreft solo- en bitewing opnamen.	VWS
2. Behoud een functionele zelfstandigheid voor de GMH, met betrekking tot het behandelen van primaire caviteiten.	VWS
3. Vergroot de uitwisseling van patiëntgegevens, waaronder röntgenfoto's, tussen mondzorgverleners die niet in eenzelfde praktijk werken, aangezien dit kan bijdragen aan efficiëntie in de mondzorg.	NVM- mondhygiënist, KNMT
4. Aanwezigheid van protocollen is een cruciaal onderdeel in de begrenzing van de zelfstandige bevoegdheid van de GMH voor het verrichten van de voorbehouden handelingen. De AMvB stelt dat landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen dienen te worden gevolgd. Daarbij moet een protocol niet alleen als een werkinstructie gezien worden, maar ook als een weerslag van de samenwerking tussen de GMH, TA en andere mondzorgprofessionals. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden dienen hierbij opgetekend te worden. De samenwerkingsafspraken zijn onderbelicht en laten te veel ruimte voor onduidelijkheden. Verplicht de aanwezigheid van samenwerkingsafspraken tussen GMH en TA.	VWS, NVM- mondhygiënist, KNMT
5. Richt een blijvend kwaliteitsregister in voor de GMH, waarin scholing verplicht wordt geregistreerd, op basis waarvan op gezette tijden herregistratie in het kwaliteitsregister kan plaatsvinden.	NVM- mondhygiënist
6. Met het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid wordt de grootste belemmering om zelfstandig voorbehouden handelingen uit te voeren, weggenomen. Op lokaal niveau kunnen zich nog (nieuwe) belemmeringen opwerpen, die op termijn verdere taakherschikking in de weg kunnen staan. Om op belemmeringen te anticiperen, dienen landelijke afspraken gemaakt te worden, waarbij de wetgeving leidend dient te zijn.	NVM- mondhygiënist, KNMT
7. Het moet voor patiënten duidelijk zijn welke bevoegdheden de behandelend mondzorgverlener heeft. Binnen het werkveld dienen inspanningen gedaan te worden om de informatieverstrekking hierover te optimaliseren.	GMH, TA, NVM- mondhygiënist, KNMT

Referenties

1. den Dekker, J., Mondzorg in sociaal perspectief, ed. S. Bohn, van Loghum. 20212, Houten.
2. Signalement Mondzorg 2018. 2018, Zorginstituut Nederland: Diemen.
3. <https://www.karger.com/Article/FullText/492676>. geraadpleegd jan 2024.
4. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Taakherschikking in de gezondheidszorg 2002: Zoetermeer.
5. Tuyl, L., et al., Visies op taakherschikking; Een inventariserend onderzoek naar de diversiteit, kansen en belemmeringen van taakherschikking in Nederland. 2020, Nivel: Utrecht.
6. Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid geregistreerd-mondhygiënist, in Staatsblad 192. 2019.
7. Capaciteitsorgaan, Capaciteitsplan 2024-2027, Deelrapport 3b, Eerste lijns Mondzorg. 2023: Utrecht.
8. de Maar, F., Een gebit zonder eind: grepen uit 50 eeuwen geschiedenis van de mondhygiëne. 1993: Erasmus Publishing.
9. Schaub, R.M.H., Samenwerken in de mondzorg. 2008, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
10. Beroepsprofiel mondhygienisten in Nederland. 2019, Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten: Nieuwegein.
11. Wijziging van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut en van het Besluit functionele zelfstandigheid, in Staatsblad 147. 2006.
12. <https://www.vzinfo.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/aanbod/tandartsenzorg>. geraadpleegd jan 2024
13. <https://www.kieskrm.nl/>, geraadpleegd jan 2024.
14. Dute, J.C.J., et al., Voorbehouden handelingen tegen het licht 2009: AMC/Universiteit van Amsterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde.
15. Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten, Richtlijn opdrachtrelatie voorbehouden handelingen tandarts-mondhygiënist. 2009.
16. Creswell, J.W. and V.L. Plan Clark, Designing and Conducting Mixed Methods Research, ed. S. Publications. 2006, Thousand Oaks, California: Sage Publications.
17. Morse, J.M., Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. Nurs Res., 1991. 40(2): p. 120-3.
18. Onwuegbuzie, A.J. and R.B. Johnson, The Validity Issue in Mixed Research. Research in the Schools, 2006. 13(1): p. 48-63.
19. 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.
20. 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.
21. de Haan, M., et al., Eindrapportage Evaluatieonderzoek Artikel 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de klinisch technoloog 2014 - 2018. 2018, Maastricht UMC+, RVE Patiënt & Zorg Maastricht.
22. Bruijn De-Geraets, D., et al., Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Bachelor Medisch Hulpverlener. 2021, MUMC+, KEMTA: Maastricht.
23. 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.
24. 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.
25. Patton, M.Q., Qualitative evaluation and research methods. 1990, California, United States: Sage.
26. Carlson, J.A., Avoiding Traps in Member Checking. The Qualitative Report., 2010. 15(5): p. 1102 - 1113.
27. Richie, J. & Lewis, J. (2003). Qualitative Research Practice; A Guide For Social Science Students and Researchers. Sage. London, United Kingdom.
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. <https://www.staatvandemondzorg.nl/werkers-in-de-mondzorg/mondhygienisten/>. geraadpleegd jan 2024.
30. <http://www.statline.cbs.nl>. geraadpleegd jan 2024.
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. 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.
36. Farmer, T., et al., Developing and Implementing a Triangulation Protocol for Quantitative Health Research. *Qualitative Health Research*, 2006. 16(3): p. 377 - 394.
37. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/mondzorg/registreren-en-declareren/welke-regels-gelden-voor-de-mondzorg-in-2024>. geraadpleegd jan 2024.
38. Kromhout, J. Souren, M. *Arbeidsduur: hoeveel uren werken mensen in Nederland? 2024*, CBS.
39. *Goed bestuur bij mondzorgketens*. 2020, Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: Utrecht.
40. den Boer et al., Collaboration between general dental practitioners and dental hygienists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.*, 2022. 22(501).
41. <https://pure.rug.nl/ws/portalfiles/portal/14518769/thesis.pdf>. geraadpleegd jan 2024.

Bijlagen

Bijlage 1: Interviewprotocol expertinterview mondhygiënist

Protocol
Expert interview: mondhygiënist
Evaluatieonderzoek Experiment Art. 36a Wet BIG
geregistreerd 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 Grof 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 evaluatieonderzoek.² Binnen de verschillende theoretische domeinen zijn diverse items te benoemen (zie checklist). Daarnaast kunnen gedurende het onderzoek items aan de domeinen worden toegevoegd.

¹ Grof R, Wensing M. Implementatie: effectieve verbetering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier 2006 (ISBN 90 352 2852 9).

² Bruijn De-Geraets D, Bessems-Beks M, Eijk van-Hustings Y, et al., voorBIGhouden. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant. Maasricht: Maasricht UMCv, RVE Patiënt & Zorg, 2015.

1

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)briefje dat:

- het een semi gestructureerd interview is,
- het interview face-to-face ofwel 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:
 - Kennismaking 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.

2

Mondhygiënist

Algemene vragen:

- Naam: _____ - Aantal behandelstelen _____
- Organisatie/type praktijk: _____ - Functie: _____
- Aantal ingeschreven patiënten _____
- Dienstverband: _____
- Opleiding (2/3/4 jarige opleiding): _____

Binnen praktijk buiten praktijk

- 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 verwijzing 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?

3

Checklist: Casestudies MH

Domein	Subdomein	Item	Aanvullende vragen	
<input type="checkbox"/>	Individuele factoren-zorgverlener	Cognitieve factoren	Kennis	Is uw kennisniveau om zelfstandig voorbehouden handelingen uit te gaan voeren voldoende of dient het niveau te worden verhoogd?
				Ervaart u hierbij belemmeringen? Hoe onderhoudt u deze kennis?
<input type="checkbox"/>				Bent u geregistreerd in het kwaliteitsregister? Kunt u voldoende geprocedeerde punten overleggen? Waarom niet?
				Gaat u zich registreren in het BIG register? Waarom wel/niet?
<input type="checkbox"/>		Motivationale factoren	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?
				Algemeen
<input type="checkbox"/>				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 wetswijziging voor de positie van de MH?
<input type="checkbox"/>			(De)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
<input type="checkbox"/>			Autonomie	Hoe ervaart u 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)?
<input type="checkbox"/>			Kenmerken patiënten	Kunt u iets vertellen over de patiëntengroep waarbij u een voorbehouden handeling uitvoert?
				Routinematig gedrag
<input type="checkbox"/>	Sociëtagmatige factoren		Vaardigheden	Heeft u specifieke schillingen gemiddeld om voorbehouden handelingen te kunnen uitvoeren? Kunt u hier iets meer over vertellen? Welke?

4

			Wis uw vaardigheidsniveau voldoende direct na het afronden van de opleiding? Zo nee, wat is hiervan gedaan?
<input type="checkbox"/>	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?
<input type="checkbox"/>	Professionele ontwikkeling		Autonomie Welke invloed kan de inbreng 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)?
<input type="checkbox"/>	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?
<input type="checkbox"/>			Taakverdeling Is de taakverdeling m.b.t. voorbehouden handelingen tussen u en de tandartsen of andere collega mondzorgverleners met wie u samenwerkt duidelijk?
<input type="checkbox"/>			Bevoegdheden Zijn er anderszins in de grenzen van de zelfstandige bevoegdheid?
<input type="checkbox"/>			Verantwoordelijkheden Is voor u duidelijk hoe de verantwoordelijkheidsverdeling is tijdens het experiment (wie is waarvoor verantwoordelijk?)
<input type="checkbox"/>			Indien van toepassing, hoe wordt naar de patient gecommuniceerd dat u een zelfstandige bevoegdheid krijgt voor een aantal voorbehouden handelingen?
<input type="checkbox"/>			Protocollen Werkt u volgens protocollen (werkstructuur)? Welke?
<input type="checkbox"/>			Hoe wordt getoetst of u deze protocollen naleeft?

5

			Zijn ook richtlijnen opgesteld welke voorbehouden handelingen u mag gaan verrichten? Zijn deze voor alle mondzorgverleners binnen de praktijk gelijk (zijn deze dan ook van toepassing op de preventie assistent, of gelden persoonlijke richtlijnen)?
<input type="checkbox"/>			Dossievorming Bent u tevreden over de manier van (elektronische) dossievorming 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? Altijd op naam van de tandarts?
<input type="checkbox"/>	Organisatieprocessen		Veiligheid Op welke manier is geborgd dat aan alle wettelijke eisen mbt het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen, voldaan kan worden?
<input type="checkbox"/>			Overleg Kent 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?
<input type="checkbox"/>			Heeft u nog met andere zorgverleners overleg over voorbehouden handelingen? Waarover en hoe?
<input type="checkbox"/>	Beschikbare middelen		Faciliteiten Beschikt u over voldoende faciliteiten om zelfstandig voorbehouden handelingen te gaan verrichten (bijv. röntgenapparatuur, hoortapparatuur)? Welke niet?
<input type="checkbox"/>			Additionele kosten Heeft u additionele kosten, als u gebruik wilt gaan maken van de experimentele zelfstandige bevoegdheid?
<input type="checkbox"/>			Inkomen Heeft een nieuwe zelfstandige bevoegdheid invloed op de hoogte van het salaris van de MH? (indien geen praktijkhouder)
<input type="checkbox"/>			Omzet Heeft een nieuwe zelfstandige bevoegdheid invloed op de praktijkomzet?
<input type="checkbox"/>			Hoe worden de verrichtingen van u als MH geregistreerd? Is er verschil met collega mondzorgverleners?
<input type="checkbox"/>			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: Interviewprotocol focusgroep interview

Protocol
Focusgroep interviews
Evaluatieonderzoek Art.36a Wet BIG
"Experiment geregistreerd mondhygiënist"

Achtergrond

Dit protocol is opgesteld t.b.v. de focusgroep interviews die in het kader van het Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG m.b.t. het "Experiment geregistreerd Mondhygiënist" worden afgenomen. Algemene informatie over het Evaluatieonderzoek en het focusgroep interview is opgenomen in bijlage 1.

Doel van het interview

Het doel van de focusgroep interview is tweeledig:

1. Inzicht krijgen in de situatie waarin alle mondhygiënist voorbehouden handelingen uitvoeren en in de belemmerende en bevorderende factoren die hierbij een rol (kunnen) spelen;
2. Inzicht krijgen in de positionering van de mondhygiënist en in de belemmerende en bevorderende factoren die hierbij een rol (kunnen) spelen.

Methode

Focusgroepen

De online focusgroepen bestaan uit maximaal 4-6 deelnemers met bij voorkeur een gemiddelde samenstelling van mondhygiënist, tandartsen, preventieassistenten en parodontologen.

Als gevolg van de invoering van de 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 in dit implementatieproces wordt het implementatie model van Grof en Wensing¹ gehanteerd.

Factoren die invloed hebben op een implementatieproces zijn individuele factoren, gerelateerd aan zorgverleners en patiënten; sociale, organisatorische en maatschappelijke factoren (theoretische domeinen). Gebaseerd op eerder evaluatieonderzoek² zijn binnen de verschillende theoretische domeinen diverse items te benoemen (zie checklist). Daarnaast kunnen gedurende het onderzoek

¹ Grof R, Wensing M. Implementatie: effectieve verbetering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier 2006 (ISBN 90 352 2852 9).

² Buijs D, Gerards D, Beersma-Roks M, Eijk van-Hutligen Y, et al. voorlichting. Eindrapportage Evaluatieonderzoek Art. 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant. Maasricht: Maasricht OMC, RIVM Pictet & Zing, 2015.

1

nieuwe items aan de domeinen worden toegevoegd op basis van tussentijdse kwalitatieve en kwantitatieve resultaten.

Centrale thema's

Bij de focusgroep interview wordt gebruik gemaakt van een semistruktuurde interview gids waarin 3 centrale thema's (afgeleid van de doelen) zijn te benoemen, namelijk: de situatie waarin mondhygiënist voorbehouden handelingen verrichten, de positionering van de mondhygiënist, bevorderende en belemmerende factoren t.a.v. de situatie en positionering. De thema's komen tot uiting in centrale vragen (in de interviewgids met blauw weergegeven). In deze vragen worden alle domeinen/items behandeld van het implementatiemodel volgens Grof¹. Daar waar de discussie niet goed op gang komt of waar bepaalde items onvoldoende belicht worden, zijn hulpvragen opgesteld (curatief weergegeven in interviewgids en checklist).

Voorbereiding interview

Na een oproep van het onderzoeksteam om deel te nemen aan het focusgroep interview, kunnen kandidaten zich aanmelden. Het onderzoeksteam stuurt vervolgens algemene informatie over het onderzoek en specifieke informatie over focusgroep interviews (bijlage 1) en een voorstel voor een datum en tijd per e-mail naar de kandidaten. Kandidaten geven dan aan of zij akkoord gaan. Bij voldoende aanmeldingen (minimaal 3) ontvangen de deelnemers een definitieve bevestiging. De interviews zullen online plaatsvinden via MS teams.

Focusgroep interview

Een online focusgroep interview duurt maximaal 1,5 uur inclusief pauze. Voorafgaand aan het interview worden de focusgroepleden verzocht een korte vragenlijst in te vullen m.b.t. persoonskenmerken (bijlage 2). Van elk interview wordt een concept verslag ter correctie naar alle deelnemers toegestuurd. In het verslag worden citaten met naam vermeld. Voor rapportage worden gegevens geodeerd en verwerkt zonder verwijzing naar personen. De interviews worden door 2 personen m.b.v. NVIVO geanalyseerd.

¹ Grof, Wensing, Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg

2

Interviewgids

1. Opening focusgroep

Deelnemers worden voorafgaande aan de bijeenkomst verzocht een korte vragenlijst m.b.t. persoonsgegevens via SurveyMonkey in te vullen.

Moderator(en): +10 min

- a. heet iedereen welkom en stelt zichzelf voor; vertelt over de taken van de moderator(en).
- b. vraagt of er nog vragen zijn n.a.v. de toegesonden algemene informatie over het onderzoek.
- c. kondigt aan dat ieder zich straks kort voorstelt (naam en functie).
- d. vermeldt het doel van de focusgroep interview: "inzicht krijgen in: de situatie waarin mondhygiënist voorbehouden handelingen uitvoeren, de positionering van de mondhygiënist en de belemmerende en bevorderende factoren t.a.v. de situatie en positionering."
- e. vermeldt de opzet van de focusgroep:
 - deelnemers kunnen op elkaar reageren, elkaar stimuleren en inspireren, zodat andere relevante informatie naar voren kan komen dan bijvoorbeeld bij een expert interview.
 - er wordt gewerkt met een interviewgids, met enkele vastgestelde vragen, maar ook met voldoende ruimte om andere relevante zaken naar voren te brengen.
- f. praktische zaken:
 - geplande duur is totuur (max. 1,5 uur) en indien gewenst halverwege een korte pauze.
 - het interview wordt opgenomen in Teams.
 - alle informatie wordt anoniem verwerkt, in artikelen of rapporten worden geen namen genoemd.
 - zullen we je en jou zeggen?
 - graag de GSM op stil zetten.
- g. spelregels:
 - we respecteren elkaar; voel je vrij om op elkaar te reageren; laat elkaar uitspreken voor je reageert; Er zijn geen slechte of foute antwoorden, alleen soms verschillen van ervaringen of meningen. Wees niet te bedeesd, graag kritisch. Voel je vrij om te spreken.
 - ieder heeft twijfelachtig; wat betekent dat hetgeen we hier van elkaar horen en zien onder de privacyregels valt- en persoonsgegevensrelateerde informatie is buiten deze groep dus geheim.
- h. vraagt of er nog vragen zijn over het focusgroep interview.

2. Start interview

Moderator stelt a.d.h.v. de vragenlijst, eerst de openingsvraag. Zij vraagt door en bewaakt dat alle deelnemers in voldoende mate aan het woord komen.

3

3. Vragenlijst

3.1 Kennismakingsronde ±10 min

- Kort voorstellen (naam, functie, werkgever)
- Wat is voor u de voornaamste reden (kort) om deel te nemen aan deze focusgroept bijeenkomst?

3.2 De situatie waarin mondhygiënist voorbehouden handelingen verrichten

Hoe is de uitvoering van voorbehouden handelingen bij jullie op de werkplek geregeld? ±20 min

- Wie voert voorbehouden handelingen uit? Alle of selectie van voorbehouden handelingen? Wie indicieert?
- Is er een verdeling van patiëntengroepen?
- Kan de mondhygiënist met iemand overleggen bij twijfel? Met wie?
- Zijn er protocollen (persoonlijke regels)? Hoe zijn deze tot stand gekomen? In welke mate zijn deze behulpzaam bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen?
- Is het behaaidheidsniveau van de mondhygiënist toereikend voor de dagelijkse praktijk?

3.3 Bevorderende en belemmerende factoren t.a.v. deze situatie ±15 min

Welke bevorderende en belemmerende factoren ervaart u bij het uitvoeren van voorbehouden handelingen?

- Checklist nalepen en op niet vermelde items doorvragen

3.4 Positionering van de Mondhygiënist

Hoe is de functie van mondhygiënist binnen de organisatie vormgegeven? ±20 min

- Welke taken voert een mondhygiënist in zijn/haar functie uit?
- Hoe verhoudt de functie van de mondhygiënist zich tot de functie van collega mondzorgverleners?
- Is er overlap wat betreft taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden?
- Is draagvlak voor het experiment?
- Welke invloed heeft de invoering van de AMVB hebben op de taken van de mondhygiënist?

4

- Kunnen alle verichtingen door de mondhygiënist op eigen naam worden gedeclareerd? Welke eventueel niet?

3.5 Bevorderende en belemmerende factoren t.a.v. het experiment

Welke bevorderende en belemmerende factoren spelen een rol bij de invoering van het experiment?
±15 min

3.6 Samenvatting en voorlopige conclusie ±10 min

- Samenvatting van de vragen en belangrijkste ideeën. Compleet? Adequaat?
- Wat is belangrijk met betrekking tot dit onderwerp en is nog niet ter sprake gekomen?

3.7 Afsluiting en dank ±5 min

- Hoe heeft u het focusgroep interview ervaren?
- Toelichting van vervolg (andere onderdelen evaluatieonderzoek, rapportage).
- Dank

Bijlage 3: Tabellen

Tabel 4: 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 1: Overzicht data van dataverzameling

Dataverzameling	T0	T1	T2	T3
GMH-, TA-, PAT en MZV- vragenlijsten	28.10.2019-26.01.2020	13.07.2020-09.10.2020	01.08.2021-30.09.2021	11.08.2022-07.10.2022
MH KORT-vragenlijst	NVM najaarscongres 15.11.2019	17.05.2021-20.06.2021	16.11.2021-16-12.2021; NVM najaarscongres 12.11.2021	18.10.2022-22.11.2022; NVM najaarscongres 23.09.2022
TA KORT-vragenlijst	02.03.2020-02.04.2020	14.09.2020-26.10.2020	02.08.2021-30.09.2021	12.10.2022-15.11.2022
Inventarisatie non respons	-	18.11.2020-16-12-2020	15.10.2021-31.10.2021	29.11.2022- 20.12.2022
<i>Individuele interviews</i>	continue	continue	continue	continue
<i>Focusgroep interviews</i>	25.11.2019	29.01.2021+ 12.02.2021	-	31.01.2023+ 06.03.2023
Inventarisatie tuchtrechtspraken		-	-	07.12.2023-31.12.2023

Tabel 2: Inventarisatie redenen voor GMH om niet deel te nemen aan dataverzameling met vragenlijsten

Kenmerk	T1	T2	T3
	GMH	GMH	GMH
Aangeschreven non-responders (n)	119	417	550
Respons (n _{tot})	28	122	145
Redenen om niet deel te nemen aan dataverzameling met vragenlijsten ¹ (n (%))			
Tijdgebrek	9 (32,1)	56 (45,9)	78 (53,8)
Covid-19 gerelateerde werkdruk	6 (21,4)	7 (5,7)	-
Het is mij niet duidelijk wat ik precies moet doen	3 (10,1)	22 (18,0)	24 (16,6)
Te lange vragenlijst	5 (17,9)	18 (14,8)	33 (22,8)
Te moeilijke vragenlijst	4 (14,3)	5 (4,1)	6 (4,1)
Geen gebruik zelfstandige bevoegdheid GMH	3 (10,7)	4 (3,3)	8 (5,5)
Ik ervaar weerstand voor deelname aan het Evaluatieonderzoek	-	-	6 (4,1)
Privéomstandigheden	7 (25,0)	32 (26,2)	24 (6,6)
Anders	21 (75,0)	20 (16,4)	28 (19,3)

¹ Meerdere antwoorden mogelijk
 - Niet van toepassing voor deze vragenlijst

Tabel 3: Persoonlijke kenmerken van respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk	T0			T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH	GMH
n _{tot}	11	32	43	19	41	116
Leeftijd (gemiddelde (sd))	54,4 (9,7)	33,9 (7,2) ²	39,1 (11,9)	33,1 (7,2)	33,2 (7,3)	32,8 (8,5)
Geslacht (n man (% man))	0 (0,0)	4 (12,5)	4 (9,3)	2 (10,5)	8 (19,5)	14 (12,1)
Opleiding						
2-jarig	7 (63,6)	1 (3,1) ³	8 (18,6)	2 (10,5)	1 (2,4)	5 (4,3)
3-jarig	4 (36,4)	3 (9,4) ³	7 (16,3)	0 (0,0)	2 (4,9)	6 (5,2)
4-jarig	0 (0,0)	28 (87,5) ³	28 (65,1)	17 (89,5)	38 (92,7)	101 (87,1)
Opleidingsinstituut (n (%))						
Acta/ Universiteit van Amsterdam	3 (27,3)	0 (0,0)	3 (7,0)	1 (5,3)	0 (0,0)	-
Hanzehogeschool Groningen	0 (0,0)	5 (17,9)	5 (11,6)	3 (15,8)	5 (12,2)	-
Hogeschool Arnhem Nijmegen	1 (9,1)	3 (10,7)	4 (11,8)	5 (26,3)	12 (29,3)	-
Hogeschool Utrecht	3 (27,3)	11 (39,3)	14 (32,5)	6 (31,6)	14 (34,1)	-
Hogeschool InHolland	0 (0,0)	6 (21,4)	6 (14,0)	4 (21,1)	5 (12,5)	-
Stichting Opleiding Mondhygiënist Utrecht	1 (9,1)	0 (0,0)	1 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Katholieke Universiteit Nijmegen	2 (18,2)	0 (0,0)	2 (5,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Opleider onbekend	1 (9,1)	3 (10,7)	4 (11,8)	0 (0,0)	5 (12,2)	116 (100,0) ⁴
Aanvullende scholing ¹ (n (%))						
Upgrading mondhygiënist Bachelor	0 (0,0)	4 (12,5)	5 (11,6)	2 (10,5)	4 (9,8)	10 (8,6)
Kindertandverzorging	2 (18,2)	3 (9,4)	5 (11,6)	2 (10,5)	3 (7,3)	5 (4,3)
Mondverzorging voor volwassenen	0 (0,0)	2 (6,3)	2 (4,7)	2 (10,5)	3 (7,3)	3 (2,6)
Prepareren/restaureren van primaire caviteiten	2 (18,2)	3 (9,4)	5 (11,6)	2 (10,5)	2 (4,9)	12 (10,3)
Lokale anesthesie	7 (63,6)	5 (15,6) ³	12 (27,9)	2 (10,5)	3 (7,3)	21 (18,1)
Toezichthoudend Medewerker Stralingsbescherming	0 (0,0)	18 (56,3) ³	18 (41,9)	17 (89,5)	34 (82,9)	74 (63,8)
Andere relevante mondzorgscholing	3 (27,3)	2 (6,3)	5 (11,6)	3 (15,8)	1 (2,4)	7 (6,0)
Jaren ervaring in functie (mediaan (IQR))	30,0 (20,0-44,0)	9,0 (4,3-12,5)	10 (2,5-17,5)	8,7 (4,8-10,8)	6,9 (4,0-10,8)	6,1 (1,1-11,1)
Jaren ervaring in functie (gemiddelde (sd))	31,4 (11,2)	9,6 (7,2) ²	15,1 (12,7)	8,9 (5,2)	8,5 (7,4)	8,4 (8,2)
Inschrijving in register ¹ (n (%))						

Tijdelijk BIG-register	-	-	-	19 (100,0)	41 (100,0)	116 (100,0)
Diplomaregister	7 (63,6)	30 (93,8) ³	37 (86,0)	19 (100,0)	36 (87,8)	96 (82,8)
Kwaliteitsregister Mondhygiënisten	10 (90,9)	28 (87,5)	38 (88,4)	15 (78,9)	28 (68,3)	73 (72,9)
Type dienstverband ¹ (n (%))						
Zelfstandige (praktijkhouder)	6 (54,5)	10 (31,3)	16 (37,2)	7 (36,8)	14 (35,9)	38 (32,8)
Loondienst	4 (36,4)	14 (43,8)	18 (41,9)	8 (42,1)	21 (53,8)	39 (36,6)
ZZP op uurtariefbasis	1 (9,1)	2 (6,3)	3 (7,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	4 (3,4)
ZZP op omzetbasis	1 (9,1)	14 (43,8) ³	15 (34,9)	8 (42,1)	12 (30,8)	50 (43,1)
Ander dienstverband	1 (9,1)	0 (0,0)	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,7) ⁵

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² MH-exp/MH+exp: p MW<0,05

³ MH-exp/MH+exp: p X2 (1) <0,05

⁴ Niet van toepassing voor deze vragenlijst

⁵ 1x ambulante mondzorg,

Tabel 4: Persoonlijke kenmerken van GMH ingeschreven in het BIG-register

Kenmerk	T1	T2	T3
n _{tot}	138	457	721
Leeftijdsklasse (n,%)			
≤ 25	10 (7,2)	82 (17,9)	108 (15,0)
26-35	82 (59,4)	258 (56,5)	427 (59,2)
36-45	33 (23,9)	90 (19,7)	150 (20,8)
46-55	11 (8,0)	22 (4,8)	29 (4,0)
56-65	2 (1,4)	5 (1,1)	7 (1,0)
≥66	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Man-vrouw verhouding (n,%)			
man	30 (21,7)	66 (14,4)	91 (12,6)
vrouw	108 (78,3)	391 (85,6)	630 (87,4)

Tabel 5: Persoonlijke kenmerken van respondenten van de TA- en TA KORT-vragenlijsten

Kenmerk	T0	T1	T2	T3	T0	T1	T2	T3
	TA				TA KORT			
n _{tot}	5	8	8	21	26	14	18	95
Leeftijd (gemiddelde (sd))	44,6 (10,2)	40,4 (8,6)	33,9 (7,8)	46,5 (16,6)	-	-	-	-
Geslacht (n man (% man))	2 (40,0)	5 (62,5)	2 (25,0)	10 (47,6)	-	-	-	-
Opleiding TA ¹ (n (%))								
Tandheelkunde	4 (80,0)	5 (62,5)	7 (87,5)	19 (90,5)	23 (88,5)	13 (92,9)	17 (94,4)	76 (80,0)
Tandheelkunde in het buitenland	1 (20,0)	3 (37,5)	1 (12,5)	3 (14,3)	3 (11,5)	1 (7,1)	1 (5,6)	11 (11,6)
Tandheekundige differentiatie	0 (0,0)	1 (12,5)	4 (40,0)	2 (6,6)	1 (3,8)	4 (28,6)	1 (5,6)	16 (16,8)
Tandheekundige specialisatie	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (14,3)	1 (3,8)	0 (0,0)	2 (11,1)	1 (1,1)
Andere opleiding	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	(0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,1)	2 (2,1)
Jaren ervaring in functie (gemiddelde (sd))	17,0 (13,2)	15,0 (8,3)	8,7 (7,6)	19,2 (12,6)	-	-	-	-
Type dienstverband ¹ (n (%))								
Zelfstandige (praktijkhouder)	2 (40,0)	6 (75,0)	4 (50,0)	13 (61,9)	16 (61,5)	9 (64,3)	10 (55,6)	63 (66,3)
Loondienst	1 (20,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (4,8)	3 (11,5)	1 (7,1)	2 (11,1)	8 (8,4)
ZZP op uurtariefbasis	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	2 (9,5)	2 (7,7)	1 (7,1)	1 (5,6)	8 (8,4)
ZZP op omzetbasis	2 (40,0)	1 (12,5)	6 (75,0)	6 (28,6)	11 (42,3)	4 (28,6)	9 (50,0)	25 (26,3)

Ander dienstverband	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (5,6)	3 (3,2)
---------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

- Niet van toepassing voor deze vragenlijst
- 1 Meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 6: Persoonlijke kenmerken van respondenten van de PAT-vragenlijsten

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	PAT			
n _{tot}	19	41	23	39
Leeftijd (mediaan (IQR))	63,0 (37,0-67,0)	32,0 (27,0-55,0)	58,0 (41,0-69,0)	46,9 (20,0-69,0)
Leeftijd (gemiddeld (sd))	55,3 (18,4)	39,1 (17,7)	55,7 (17,4)	45,3 (15,4)
Geslacht (n man (% man))	11 (57,9)	17 (41,5)	12 (52,2)	15 (38,5)
Hoogst genoten opleiding (n %)				
Geen (basisschool niet afgemaakt)	1 (4,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)
Basisonderwijs	1 (4,7)	3 (7,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Lager of voorbereidend beroepsonderwijs	5 (23,8)	1 (2,5)	1 (4,3)	0 (0,0)
Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	4 (19,0)	3 (7,5)	5 (21,7)	0 (0,0)
Middelbaar beroepsonderwijs/ beroepsbegeleidend onderwijs	5 (23,8)	11 (27,5)	10 (43,5)	13 (34,2)
Hoger algemeen voortgezet onderwijs	2 (9,5)	3 (7,5)	3 (13,0)	6 (15,8)
Hoger beroepsonderwijs	1 (4,7)	10 (25,0)	2 (8,7)	13 (34,2)
Wetenschappelijk onderwijs	1 (4,7)	6 (15,0)	2 (8,7)	5 (13,2)
Andere opleiding	1 (4,7)	3 (7,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Etniciteit (n %)				
Niet westerse achtergrond	3 (15,8)	8 (19,5)	2 (8,7)	4 (10,3)
Westerse achtergrond	2 (10,5)	2 (4,9)	1 (4,3)	1 (2,6)
Nederlandse achtergrond	14 (73,7)	29 (74,4)	20 (87,0)	34 (87,2)
Samenstelling huishouden (n %)				
Samenwonend/gehuwd zonder thuiswonende kind(eren)	10 (52,6)	14 (34,1)	10 (43,5)	8 (21,1)
Samenwonend/gehuwd met thuiswonende kind(eren)	2 (11,1)	8 (19,5)	7 (30,4)	13 (34,2)
Inwonend bij ouders	2 (11,1)	9 (22,0)	0 (0,0)	3 (7,9)
Alleenwonend	2 (11,1)	6 (14,6)	3 (13,0)	12 (31,6)
Eenouder-huishouden	0 (0,0)	1 (2,4)	3 (13,0)	2 (5,3)
Andere samenstelling	2 (11,1)	3 (7,3)	0 (0,0)	1 (2,7)
Aanvullende ziektekostenverzekering tandzorg (n %)				
Ja	-	29 (70,7)	16 (69,6)	25 (64,1)
Naturapolis	-	10 (35,7)	1 (6,7)	7 (28,0)
Restitutiepolis	-	6 (21,4)	6 (40,0)	11 (44,0)
Weet niet	-	12 (42,9)	8 (53,3)	7 (28,0)
Type consult (n %)				
Eenmalig consult	4 (21,1)	8 (19,5)	2 (8,7)	2 (5,3)
Eerste consult	2 (10,5)	2 (4,9)	6 (26,1)	5 (13,2)
Vervolg consult	13 (68,4)	31 (75,6)	15 (65,2)	31 (81,6)
Afspraak GMH (n %)				
Eigen initiatief PAT	10 (55,6)	21 (52,5)	9 (39,1)	27 (71,1)
Doorverwezen andere mondzorgverlener	8 (44,4)	19 (47,5)	14 (60,9)	11 (28,9)
Voorbehouden handeling ¹ (n %)				
Anesthesie	1 (5,9)	4 (10,5)	10 (45,5)	19 (51,4)
Röntgenfoto	2 (11,8)	10 (26,3)	1 (4,5)	11 (29,7)
Primaire caviteit	3 (17,6)	7 (18,4)	5 (22,7)	17 (45,9)
Combinatie/meerdere voorbehouden handelingen	0 (0,0)	5 (13,1)	0 (0,0)	0 (0,0)

Niet gespecificeerd	11 (64,7)	12 (31,6)	6 (27,3)	11 (29,7)
- Niet van toepassing voor deze vragenlijst				
1 Meerdere antwoorden mogelijk				

Tabel 7: Persoonlijke kenmerken van respondenten van de MZV-vragenlijsten

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	MZV			
n _{tot}	7	11	6	17
Leeftijd in jaren (gemiddelde (sd))	37,3 (14,7)	37,6 (13,2)	35,5 (13,8)	30,0 (14,8)
Geslacht (n man (% man))	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)
Functie ¹ (n (%))				
Tandartsassistent	4 (57,1)	3 (30,0)	4 (66,7)	5 (29,4)
Preventie-assistent	4 (57,1)	6 (60,0)	1 (16,7)	8 (47,1)
Niet geregistreerd MH	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (17,6)
Anders	1 (14,3) ²	2 (20,0) ²	1 (16,7) ²	1 (5,9) ²
Opleiding MZV ¹ (n (%))				
Mbo-opleiding tandartsassistent	5 (71,4)	7 (63,6)	4 (80,0)	10 (58,8)
Cursus preventie assistent	4 (57,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (52,9)
4-jarig MH opleiding	0 (0,0)	1 (9,1)	0 (0,0)	2 (11,8)
3-jarig MH opleiding	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)
2-jarig MH opleiding	0 (0,0)	3 (27,3)	1 (20,0)	0 (0,0)
Andere opleiding	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Jaren ervaring in functie (gemiddelde (sd))	15,1 (7,8)	11,5 (12,8)	8,3 (8,0)	9,1 (9,2)
Type dienstverband ¹ (n (%))				
Loondienst	7 (100,0)	10 (90,9)	6 (100,0)	16 (94,1)
ZZP op uurtariefbasis	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
ZZP op omzetbasis	0 (0,0)	1 (9,1)	0 (0,0)	2 (11,8)
Ander dienstverband	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9) ³

- Niet van toepassing

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² 1x kindertandverzorgende, 3x praktijkmanager

³ Praktijkhouder MH-praktijk

Tabel 8: Organisatiekenmerken van respondenten van de GMH-vragenlijsten

Kenmerk	T0			T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH	GMH
n _{tot}	11	32	43	19	41	116
Type praktijk waarin werkzaam ¹						
Algemene tandartspraktijk						
Werkzaam in betreffende praktijk (n ja (% ja))	6 (54,5)	22 (68,8)	28 (65,1)	12 (63,2)	24 (60,0)	87 (75,0)
Aantal praktijken ² (gemiddelde (sd))	1,0 (0,0)	2,4 (3,5)	1,4 (2,7)	1,7 (1,2)	1,6 (0,8)	2,7 (1,4)
Praktijkorganisatie (n (%))						
Zelfstandige praktijk	-	-	-	-	-	58 (66,7)
Ketenpraktijk	-	-	-	-	-	7 (8,0)
Gedifferentieerd tandartspraktijk /maatschap tandartsspecialisten						
Werkzaam in betreffende praktijk (n ja (% ja))	0 (0,0)	4 (12,5)	4 (9,3)	2 (10,5)	6 (15,4)	32 (27,6)
Aantal praktijken ² (gemiddelde (sd))	4	4	4	4	1,0 (0,0)	1,6 (0,7)
Praktijkorganisatie (n (%))						
Zelfstandige praktijk	-	-	-	-	-	5 (15,6)
Ketenpraktijk	-	-	-	-	-	6 (18,8)
Mondhygiënistpraktijk (niet in combinatie met tandartspraktijk)						

Werkzaam in betreffende praktijk (n ja (% ja))	5 (45,5)	14 (43,8)	19 (44,3)	5 (26,3)	13 (32,5)	11 (9,5)
Aantal praktijken ² (gemiddelde (sd))	1,0 (0,0)	3,4 (7,1)	1,2 (4,2)	1,0 (0,0)	1,0 (0,0)	1,5 (0,6)
Praktijkorganisatie (n (%))						
Zelfstandige praktijk	-	-	-	-	-	5 (45,5)
Ketenpraktijk	-	-	-	-	-	6 (54,5)
Ziekenhuis of gespecialiseerde instelling						
Werkzaam in betreffende praktijk (n ja (% ja))	2 (18,2)	2 (6,3)	4 (9,3)	0 (0,0)	4 (10,0)	27 (23,3)
Aantal praktijken ² (gemiddelde (sd))	4	4	4	4	4	1,6 (0,9)
Praktijkorganisatie (n (%))						
Zelfstandige praktijk	-	-	-	-	-	6 (22,2)
Ketenpraktijk	-	-	-	-	-	5 (18,5)
Ander type praktijk						
Werkzaam in betreffende praktijk (n ja (% ja))	1 (9,1)	1 (9,4)	3 (7,0)	6 (31,6)	6 (15,0)	27 (23,3)
Aantal praktijken ² (gemiddelde (sd))	4	4	4	1,0 (0,0)	1,0 (0,0)	1,7 (1,7)
Praktijkorganisatie (n (%))						
Zelfstandige praktijk	-	-	-	-	-	6 (22,2)
Ketenpraktijk	-	-	-	-	-	2 (7,4)
Totaal aantal verschillende praktijken waarin werkzaam (gemiddelde (sd))	1,3 (0,6)	3,8 (7,9)	3,1 (6,8)	1,8 (1,1)	1,7 (0,8)	4,0 (2,3)
Provincie praktijk ⁵ (n (%))						
Drenthe	0 (0,0)	1 (3,1)	1 (2,3)	1 (5,3)	3 (7,5)	3 (2,6)
Flevoland	2 (18,2)	5 (15,6)	7 (16,3)	1 (5,3)	0 (0,0)	3 (2,6)
Friesland	1 (9,1)	2 (6,3)	3 (7,0)	1 (5,3)	1 (2,5)	0 (0,0)
Gelderland	1 (9,1)	0 (0,0)	1 (2,3)	1 (5,3)	6 (15,0)	15 (12,9)
Groningen	0 (0,0)	1 (3,1)	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)
Limburg	1 (9,1)	0 (0,0)	1 (2,3)	1 (5,3)	2 (5,0)	11 (9,4)
Noord-Brabant	2 (18,2)	3 (9,4)	5 (11,6)	4 (21,1)	9 (22,5)	15 (12,9)
Noord-Holland	2 (18,2)	5 (15,6)	7 (16,3)	1 (5,3)	2 (5,0)	20 (17,2)
Overijssel	1 (9,1)	1 (3,1)	2 (4,7)	1 (5,3)	0 (0,0)	4 (3,4)
Utrecht	1 (9,1)	5 (15,6)	6 (14,0)	1 (5,3)	3 (7,5)	10 (8,6)
Zeeland	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3)	2 (5,0)	0 (0,0)
Zuid-Holland	2 (18,2)	14 (43,8)	16 (37,2)	6 (31,6)	11 (27,5)	25 (21,6)
Aantal ingeschreven PAT in praktijk ⁵ (mediaan (IQR))	3900 (800-8125)	4300 (1872-4915)	4300 (1615-5000)	3722 (2200-10000)	4000 (1864-8714)	3750,0 (1303-7625)
Respondenten met eigen patiëntenbestand ^{5 6} (n (%))	8 (80,0)	21 (65,7)	29 (67,4)	11 (57,9)	21 (51,3)	78 (67,2)
Grootte eigen patiëntenbestand ^{5 6} (mediaan (IQR))	800 (310-1738)	500 (20-1000)	600 (225-1000)	1685 (250-1900)	700 (375-1220)	650 (275-1000)
Aantal behandelstoelen in praktijk ⁵ (mediaan (IQR))	3,0 (1,0-7,0)	4,0 (2,0-4,0)	4,0 (2,0-5,0)	4,0 (3,0-5,0)	4,0 (2,0-6,0)	4,0 (2,0-6,0)

- Niet van toepassing

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

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

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

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 9: Organisatiekenmerken van respondenten van de GMH KORT-vragenlijsten

Kenmerk	T0			T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	(G)MH	(G)MH	(G)MH	(G)MH
n _{tot}	69	33	-	234	418	531
Type praktijk waarin werkzaam ¹						
Algemene tandartspraktijk (n ja (% ja))	34 (49,3)	20 (60,6)	-	146 (62,7)	292 (69,9)	304 (59,5)
Gedifferentieerd tandartspraktijk /maatschap tandartsspecialisten (n ja (% ja))	2 (2,9)	6 (18,2) ³	-	32 (13,7)	51 (12,2)	57 (11,2)
Mondhygiënistenpraktijk (niet in combinatie met tandartspraktijk) (n ja (% ja))	34 (49,3)	13 (39,4)	-	88 (37,8)	129 (30,9)	181 (35,4)
Ziekenhuis of gespecialiseerde instelling (n ja (% ja))	3 (4,3)	2 (6,1)	-	13 (5,6)	32 (7,7)	34 (6,7)
Ander type praktijk (n ja (% ja))	9 (13,0)	2 (6,1)	-	7 (3,0)	16 (3,8)	25 (4,9)
Ander type praktijk (mediaan (IQR))	-	-	-			

- Niet van toepassing

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

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

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

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 10: Organisatiekenmerken van respondenten van de TA-vragenlijsten

Kenmerk	T0	T1	T2	T3	T0	T1	T2	T3
	TA				TA KORT			
n _{tot}	5	8	8	21	26	14	18	95
Type praktijk waarin werkzaam ¹								
Algemene tandartspraktijk (n ja (% ja))	5 (100,0)	7 (87,5)	6 (75,0)	16 (76,2)	22 (84,6)	13 (92,9)	16 (88,9)	82 (86,3)
Aantal algemene tandartspraktijken ² (gemiddelde (sd))	1,0 (0,0)	1,3 (0,8)	1,3 (0,8)	2,1 (0,3)	1,4 (0,5)	1,7 (1,7)	4,6 (8,1)	-
Gedifferentieerd tandartspraktijk /maatschap tandartsspecialisten (n ja (% ja))	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (50,0)	7 (33,3)	5 (19,2)	1 (7,1)	3 (16,7)	24 (25,3)
Gedifferentieerd tandartspraktijk /maatschap tandartsspecialisten ² (gemiddelde (sd))	4	4	4	1,7 (0,8)	1,4 (0,9)	4	4	-
Ziekenhuis of gespecialiseerde instelling (n ja (% ja))	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	3 (14,3)	2 (7,7)	1 (7,1)	0 (0,0)	19 (20,0)
Ziekenhuis of gespecialiseerde instelling ² (gemiddelde (sd))	4	4	4	4	4	4	4	-
Ander type praktijk (n ja (% ja))	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (11,6)
Ander type praktijk (gemiddelde (sd))	4	4	4	4	4	4	4	-
Provincie praktijk ⁵ (n (%))								
Drenthe	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,8)	0 (0,0)	1 (6,7)	-
Flevoland	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Friesland	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Gelderland	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	3 (14,3)	4 (15,4)	1 (7,7)	1 (6,7)	-
Groningen	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,7)	-
Limburg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (28,6)	2 (7,7)	1 (7,7)	0 (0,0)	-
Noord-Brabant	1 (20,0)	4 (50,0)	3 (37,5)	5 (23,8)	4 (15,4)	5 (38,5)	4 (26,7)	-
Noord-Holland	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (9,5)	6 (23,1)	2 (15,4)	1 (6,7)	-
Overijssel	2 (40,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (7,7)	2 (15,4)	1 (6,7)	-
Utrecht	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	2 (9,5)	4 (15,4)	0 (0,0)	3 (20,0)	-
Zeeland	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	-
Zuid-Holland	1 (20,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	2 (9,5)	3 (11,5)	2 (15,4)	3 (20,0)	-

Aantal ingeschreven PAT in praktijk ⁵ (mediaan(IQR))	4	3722 (2750- 5075)	4576 (2450- 13000)	4000 (2500- 4925)	-	-	-	-
Respondenten met eigen patiëntenbestand ^{5 6} (n (%))	4 (80,0)	6 (75,0)	3 (37,5)	13 (61,9)	-	-	-	-
Grootte eigen patiëntenbestand ^{5 6} (mediaan (IQR))	4	2500 (2125- 3759)	4	2200 (875- 2663)	-	-	-	-
Aantal behandelstoelen in praktijk ⁵ (mediaan (IQR))	6 (3-15)	3 (3-4)	4 (2-13)	4 (3-5)	-	-	-	-

- Niet van toepassing
- 1 Meerdere antwoorden mogelijk
- 2 Gemiddelde (sd) van respondenten die wel werkzaam zijn in betreffend praktijktype
- 3 MH-exp/MH+exp: $p \chi^2 (1) < 0,05$
- 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 11: Organisatiekenmerken van respondenten van de MZV-vragenlijsten

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	MZV			
n _{tot}	7	11	6	17
Type praktijk waarin werkzaam ¹				
Algemene tandartspraktijk (n ja (% ja))	7 (100,0)	9 (81,8)	5 (83,3)	16 (94,1)
Aantal algemene tandartspraktijken ² (gemiddelde (sd))	1,4 (1,1)	1,3 (0,5)	1,0 (0,0)	1,8 (1,8)
Gedifferentieerd tandartspraktijk /maatschap tandartsspecialisten (n ja (% ja))	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (16,7)	4 (23,5)
Gedifferentieerd tandartspraktijk /maatschap tandartsspecialisten ² (gemiddelde (sd))	4	4	4	4
Mondhygiënistenpraktijk (niet in combinatie met tandartspraktijk) (n ja (% ja))	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (16,7)	2 (11,8)
Mondhygiënistenpraktijk (niet in combinatie met tandartspraktijk) ² (gemiddelde (sd))	4	4	4	4
Ziekenhuis of gespecialiseerde instelling (n ja (% ja))	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	2 (11,8)
Ziekenhuis of gespecialiseerde instelling ² (gemiddelde (sd))	4	4	4	4
Ander type praktijk (n ja (% ja))	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (5,9)
Ander type praktijk (gemiddelde (sd))	4	4	4	4
Provincie praktijk ⁵ (n (%))				
Drenthe	0 (0,0)	1 (9,1)	2 (33,3)	0 (0,0)
Flevoland	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Friesland	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Gelderland	0 (0,0)	2 (18,2)	2 (33,3)	1 (5,9)
Groningen	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)
Limburg	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (23,5)
Noord-Brabant	1 (14,3)	5 (45,5)	1 (16,7)	5 (29,4)
Noord-Holland	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Overijssel	2 (28,6)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Utrecht	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)
Zeeland	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Zuid-Holland	2 (28,6)	2 (18,2)	0 (0,0)	5 (29,4)
Aantal ingeschreven PAT in praktijk ⁵ (mediaan(IQR))	4	3722 (1500-8000)	4	3750 (2875-5750)
Respondenten met eigen patiëntenbestand ^{5 6} (n (%))	1 (16,7)	5 (45,5)	1 (16,7)	5 (29,4)
Grootte eigen patiëntenbestand ^{5 6} (mediaan (IQR))	4	4	4	4

Aantal behandelstoelen in praktijk ⁵ (mediaan (IQR))	4	4 (3-5)	4	4 (3-7)
---	---	---------	---	---------

- Niet van toepassing
1 Meerdere antwoorden mogelijk
2 Gemiddelde (sd) van respondenten die wel werkzaam zijn in betreffend praktijktype
3 MH-exp/MH+exp: $p \chi^2 (1) < 0,05$
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 12: Informatieoverdracht aan PAT volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk ¹	T0			T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH	GMH
n_{tot}	11	32	43	19	41	116
Informatie aan PAT over type behandelend mondzorgverlener (n (%))						
Nee	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (7,8)
Ja	8 (80,0)	29 (90,7)	37 (86,0)	19 (100,0)	41 (100,0)	101 (87,1)
Weet ik niet	1 (10,0)	3 (9,4)	4 (9,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (3,4)
Wijze van informatieoverdracht over type behandelend mondzorgverlener ² (n (%))						
Mondzorgverleners dragen badges met naam én functie	4 (50,0)	23 (79,3)	27 (81,1)	11 (57,9)	24 (58,5)	70 (69,3)
Mondzorgverleners vertellen aan de PAT wat hun functie is	0 (0,0)	14 (48,3) ³	15 (40,5)	9 (47,4)	22 (53,7)	61 (60,3)
Andere vorm van informatieoverdracht	3 (37,5) ⁴	6 (20,7) ⁴	6 (16,2)	3 (15,8) ⁴	4 (9,8) ⁴	4 (3,7) ⁴
Niet van toepassing, werkzaam in een praktijk met alleen MH/TA	2 (25,0)	5 (17,2)	7 (16,3)	3 (15,8)	8 (19,5)	15 (14,9)
Informatie aan PAT over bevoegdheden mondzorgverleners (n (%))						
Nee	3 (33,3)	4 (13,8)	7 (16,3)	3 (15,8)	7 (17,1)	25 (21,6)
Ja	5 (55,6)	24 (82,8)	29 (67,4)	14 (73,7)	29 (70,7)	76 (65,5)
Weet ik niet	1 (11,1)	1 (3,4)	2 (4,7)	2 (10,5)	5 (12,2)	14 (12,1)
Moment waarop PAT geïnformeerd worden over bevoegdheden ² (n (%))						
Bij aanmelding	2 (40,0)	4 (16,7)	22 (78,6)	7 (46,7)	5 (16,1)	33 (43,4)
Bij de intake	2 (40,0)	14 (58,3)	16 (57,1)	10 (66,7)	15 (48,4)	46 (60,5)
Tijdens het consult	2 (40,0)	16 (66,7)	18 (64,3)	11 (73,3)	20 (65,5)	50 (65,8)
Anders	2 (40,0) ⁵	7 (29,2) ⁵	9 (31,0)	3 (20,0) ⁵	5 (16,7) ⁵	19 (25,0) ⁵
Wijze van informatieoverdracht over bevoegdheden ² (n (%))						
De patiënt krijgt een folder	1 (20,0)	2 (8,3)	3 (10,3)	1 (6,7)	2 (6,3)	9 (11,8)
Op de website van de praktijk is informatie over de bevoegdheden te vinden	3 (60,0)	10 (41,7)	13 (44,8)	8 (53,3)	17 (53,1)	44 (57,9)
Op een wachtkamerscherf wordt informatie over de bevoegdheden gegeven	1 (20,0)	3 (12,5)	4 (13,8)	4 (26,7)	6 (18,8)	24 (31,6)
Dit wordt mondeling door mij verteld	4 (80,0)	20 (83,3)	24 (82,8)	14 (93,3)	25 (78,1)	63 (82,9)
Dit wordt mondeling verteld door iemand anders verteld	1 (20,0)	10 (41,7)	11 (37,9)	11 (73,3)	11 (34,4)	34 (44,7)
Anders	1 (20,0)	1 (4,2)	2 (6,7)	1 (6,7)	0 (0,0)	1 (1,3)
Toestemming van PAT gevraagd voor herschikking/ delegatie behandeling (n (%))						
Nee	0 (0,0)	1 (3,1)	1 (2,3)	6 (33,3)	4 (10,3)	17 (14,7)
Ja	5 (45,5)	18 (56,3)	23 (53,5)	10 (55,6)	28 (71,8)	70 (60,3)
Niet van toepassing	6 (54,5)	13 (40,6)	19 (44,4)	2 (11,1)	7 (17,9)	27 (23,3)

- 1 Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt
2 Meerdere antwoorden mogelijk
3 MH-exp/MH+exp: $p \chi^2 (1) < 0,05$
4 Vermeld op afspraakkaart, via scherm/bord in wachtkamer
5 Bij verwijzing naar TA, bespreken behandeling

Tabel 13: Informatieoverdracht aan PAT volgens respondenten van de TA-vragenlijst

Kenmerk ¹	T0	T1	T2	T3
	TA			
n _{tot}	5	8	8	19
Informatie aan PAT over type behandelend mondzorgverlener (n (%))				
Nee	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ja	5 (100,0)	8 (100,0)	8 (100,0)	19 (100)
Weet ik niet	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Wijze van informatieoverdracht over type behandelend mondzorgverlener ² (n (%))				
Mondzorgverleners dragen badges met naam én functie	4 (80,0)	6 (75,0)	7 (87,5)	14 (73,6)
Mondzorgverleners vertellen aan de PAT wat hun functie is	2 (40,0)	6 (75,0)	6 (75,0)	11 (57,9)
Andere vorm van informatieoverdracht	1 (20,0)	3 (37,5)	0 (0,0)	3 (15,7)
Niet van toepassing, werkzaam in een praktijk met alleen MH/TA	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Informatie aan PAT over bevoegdheden mondzorgverleners (n (%))				
Nee	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (21,1)
Ja	5 (100,0)	6 (75,0)	7 (87,5)	12 (63,2)
Weet ik niet	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (15,8)
Moment waarop PAT geïnformeerd worden over bevoegdheden ² (n (%))				
Bij aanmelding	0 (0,0)	3 (50,0)	2 (33,3)	5 (41,8)
Bij de intake	1 (20,0)	5 (83,3)	4 (66,7)	7 (58,3)
Tijdens het consult	5 (100,0)	5 (83,3)	4 (66,7)	7 (58,3)
Anders	1 (20,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	3 (25,0)
Wijze van informatieoverdracht over bevoegdheden ² (n (%))				
De patiënt krijgt een folder	3 (60,0)	2 (33,3)	1 (14,3)	2 (16,7)
Op de website van de praktijk is informatie over de bevoegdheden te vinden	3 (60,0)	3 (50,0)	3 (42,9)	6 (50,0)
Op een wachtkamerschermbord wordt informatie over de bevoegdheden gegeven	2 (40,0)	3 (50,0)	5 (71,4)	4 (33,3)
Dit wordt mondeling door mij verteld	4 (80,0)	6 (100,0)	6 (85,7)	7 (58,3)
Dit wordt mondeling verteld door iemand anders	2 (40,0)	5 (83,3)	3 (42,9)	4 (33,0)
Anders	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)
Toestemming van PAT gevraagd voor herschikking/ delegatie behandeling (n (%))				
Nee	2 (40,0)	2 (25,0)	3 (37,5)	4 (21,1)
Ja	3 (60,0)	6 (75,0)	5 (62,5)	10 (52,6)
Niet van toepassing	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (26,4)

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

² Meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 14: Informatieoverdracht aan PAT volgens respondenten van de MZV-vragenlijst

Kenmerk ¹	T0	T1	T2	T3
	MZV			
n _{tot}	7	11	6	17
Informatie aan PAT over type behandelend mondzorgverlener (n (%))				
Nee	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ja	7 (100,0)	11 (100,0)	6 (100,0)	17 (100,0)
Weet ik niet	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Wijze van informatieoverdracht over type behandelend mondzorgverlener ² (n (%))				
Mondzorgverleners dragen badges met naam én functie	6 (85,7)	7 (63,6)	4 (66,7)	14 (82,4)

Mondzorgverleners vertellen aan de PAT wat hun functie is	3 (42,9)	9 (81,8)	4 (66,7)	11 (67,4)
Andere vorm van informatieoverdracht	0 (0,0)	3 (27,3)	1 (16,7)	4 (23,5) ³
Informatie aan PAT over bevoegdheden mondzorgverleners (n (%))				
Nee	0 (0,0)	2 (18,2)	1 (16,7)	1 (5,9)
Ja	5 (71,4)	9 (81,8)	5 (83,3)	14 (82,3)
Weet ik niet	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)
Moment waarop PAT geïnformeerd worden over bevoegdheden ² (n (%))				
Bij aanmelding	1 (16,7)	5 (55,6)	2 (40,0)	4 (23,5)
Bij de intake	3 (50,0)	6 (66,7)	4 (80,0)	9 (52,9)
Tijdens het consult	3 (50,0)	4 (44,4)	5 (100,0)	8 (47,1)
Anders	1 (16,7)	1 (11,1)	1 (20,0)	1 (5,9) ⁴
Wijze van informatieoverdracht over bevoegdheden ² (n (%))				
De patiënt krijgt een folder	2 (33,3)	3 (33,3)	2 (40,0)	2 (11,8)
Op de website van de praktijk is informatie over de bevoegdheden te vinden	2 (33,3)	4 (44,4)	3 (60,0)	6 (35,3)
Op een wachtkamerscherm wordt informatie over de bevoegdheden gegeven	3 (50,0)	3 (33,3)	0 (0,0)	6 (35,3)
Dit wordt mondeling door mij verteld	2 (33,3)	5 (55,6)	4 (80,0)	8 (47,1)
Dit wordt mondeling verteld door iemand anders verteld	2 (33,3)	5 (55,6)	4 (80,0)	1 (5,9)
Anders	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Toestemming van PAT gevraagd voor herschikking/ delegatie behandeling (n (%))				
Nee	0 (0,0)	3 (27,3)	1 (16,7)	2 (11,8)
Ja	3 (50,0)	6 (54,4)	5 (83,3)	11 (64,7)
Niet van toepassing	3 (50,0)	2 (18,2)	0 (0,0)	4 (23,5)

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

² Meerdere antwoorden mogelijk

³ Bij het plannen van de afspraak

⁴ Als de patiënt hierna vraagt

Tabel 15: Informatieoverdracht bevoegdheden mondzorgverleners volgens respondenten van de PAT-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	PAT			
n _{tot}	19	41	22	38
Heeft u informatie ontvangen over wie welke behandeling mag doen? (n (%))				
Ja	12 (63,2)	35 (85,4)	16 (72,7)	33 (86,8)
Nee	7 (36,8)	6 (14,6)	6 (27,3)	5 (13,2)
Wijze van informatieoverdracht ¹ (n (%))				
Ik heb een folder ontvangen	1 (8,3)	0 (0,0)	2 (12,5)	0 (0,0)
Ik heb op de website van de praktijk deze informatie gevonden	0 (0,0)	3 (8,6)	1 (6,3)	2 (6,1)
Ik heb op een scherm in de wachtkamer deze informatie gelezen	1 (8,3)	1 (2,9)	2 (12,5)	3 (9,1)
De MH heeft dit verteld	12 (100,0)	35 (100,0)	7 (43,8)	27 (81,8)
Een andere mondzorgverlener heeft dit verteld	0 (0,0)	2 (5,7)	9 (56,3)	4 (12,1)
Anders, namelijk poster wachtkamer	-	-	-	1 (3,0)
Duidelijkheid informatie (n (%))				
Ten dele	1 (8,3)	1 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)
Volledig	11 (91,7)	34 (97,1)	16 (100,0)	33 (100,0)
Volledigheid informatie (n (%))				
Ik had meer informatie willen ontvangen	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Informatie volledig	12 (100,0)	35 (100,0)	16 (100,0)	33 (100,0)
---------------------	------------	------------	------------	------------

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 16: Bijhouden deskundigheid volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk	T0			T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH	GMH
n_{tot}	11	32	43	19	41	116
Wijze van bijhouden van eigen deskundigheid ¹ (n (%))						
Werkervaring	7 (63,6)	30 (93,8) ²	37 (86,0)	18 (94,7)	37 (90,2)	101 (87,1)
Bij- en/of nascholing	10 (90,9)	31 (96,9)	41 (95,3)	19 (100,0)	38 (92,7)	101 (87,1)
Vakliteratuur en andere informatiebronnen	9 (81,8)	25 (78,1)	34 (79,1)	15 (78,9)	36 (87,8)	94 (81,0)
Intercollegiale consultaties, intervisie en supervisie	5 (45,5)	20 (62,5)	25 (58,1)	12 (63,2)	26 (63,4)	62 (53,4)
Congressen, symposia, vakinhoudelijke vergaderingen	10 (90,9)	28 (87,5)	38 (88,4)	18 (94,7)	30 (73,2)	81 (69,8)
Onderwijs geven/ontwikkelen van scholing	2 (18,2)	3 (9,4)	5 (11,6)	3 (15,8)	7 (17,1)	20 (17,2)
Anders	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,3) ³	2 (4,9) ⁴	6 (5,2)
Niet van toepassing	1 (9,1)	1 (3,1)	2 (4,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,0

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

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

³ Vrijwilligers werk in {naam land}, waarbij de voorbehouden handelingen uitgevoerd worden in een onderwijs setting.

⁴ Feedback collega's; evaluatie binnen praktijk bij medewerkers en patiënten

Tabel 17: Facilitering van GMH in bijhouden deskundigheid volgens respondenten van de TA-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	TA			
n_{tot}	5	8	8	21
Facilitering van GMH in bijhouden deskundigheid ¹ (n (%))				
Ik faciliteer de GMH hier niet in	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	1 (4,8)
Ik stel een scholingsbudget ter beschikking	1 (20,0)	1 (12,5)	2 (33,3)	5 (23,8)
Ik stel werktijd ter beschikking	2 (40,0)	3 (37,5)	4 (66,7)	6 (28,6)
Anders	2 (40,0)	2 (25,0)	3 (50,0)	2 (9,6) ²
Niet van toepassing, ik ben geen praktijkhouder	2 (40,0)	2 (25,0)	2 (33,3)	7 (33,3)

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² Ontwikkelingsgesprekken

Tabel 18: Handelen volgens richtlijnen volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk	T0			T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH	GMH
n_{tot}	11	32	43	19	41	116
Richtlijnen/regels voor het verrichten van voorbehouden handelingen (n (%))						
Geen regels	1 (9,1)	2 (6,3)	3 (7,0)	1 (5,3)	3 (7,3)	6 (5,2)
Ongeschreven regels en gewoontevorming	2 (18,2)	8 (25,0)	10 (23,3)	5 (26,3)	13 (31,7)	30 (25,9)
Algemene schriftelijke regels	4 (36,4)	16 (50,0)	20 (46,5)	6 (31,6)	16 (39,0)	55 (47,4)
Persoonlijke schriftelijke regels	2 (18,2)	3 (9,4)	5 (11,6)	4 (21,1)	5 (12,2)	11 (9,5)
Weet ik niet	2 (18,2)	3 (9,4)	5 (11,6)	3 (15,8)	4 (9,8)	10 (8,6)
Inhoud schriftelijke richtlijnen/regels ¹ (n (%))						
Welke voorbehouden handelingen verricht mogen worden	4 (100,0)	19 (100,0)	24 (96,0)	8 (100,0)	19 (90,5)	65 (98,5)

Welke specifieke patiëntengroep behandeld mag worden	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (5,0)	1 (12,5)	7 (33,3)	8 (12,1)
De manier waarop bekwaamheid wordt bepaald	0 (0,0)	2 (11,8)	2 (10,0)	2 (25,0)	8 (38,1)	19 (28,8)
Anders	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Voldoen schriftelijke (algemene en persoonlijke) richtlijnen/regels (n (%))						
Ja, volledig	3 (75,0)	9 (56,3)	12 (60,0)	9 (90,0)	19 (90,5)	54 (81,8)
Ja, deels	1 (25,0)	2 (12,5)	3 (15,0)	0 (0,0)	2 (9,5)	8 (12,1)
Nee	0 (0,0)	5 (31,3)	5 (25,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	3 (4,5)

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 19: Handelen volgens richtlijnen volgens respondenten van de TA-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	TA			
n _{tot}	5	8	8	21
Richtlijnen/regels voor het verrichten van voorbehouden handelingen ² (n (%))				
Geen regels	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	4 (19,0)
Ongeschreven regels en gewoontevorming	3 (60,0)	2 (25,0)	1 (12,5)	5 (23,8)
Algemene schriftelijke regels	0 (0,0)	2 (25,0)	3 (37,5)	9 (42,9)
Persoonlijke schriftelijke regels	0 (0,0)	2 (25,0)	1 (12,5)	2 (9,5)
Weet ik niet	2 (40,0)	1 (12,5)	2 (25,0)	2 (9,5)
Inhoud schriftelijke richtlijnen/regels ^{1,2} (n (%))				
Welke voorbehouden handelingen verricht mogen worden	3	3	3	11 (100,0)
Welke specifieke patiëntengroep behandeld mag worden	3	3	3	3
De manier waarop bekwaamheid wordt bepaald	3	3	3	3
Anders	3	3	3	3
Voldoen schriftelijke (algemene en persoonlijke) richtlijnen/regels ² (n (%))				
Ja, volledig	3	3	5 (100,0)	10 (90,9)
Ja, deels	3	3	0 (0,0)	1 (9,1)
Nee	3	3	0 (0,0)	0 (0,0)

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² Alleen voor MH werkzaam binnen dezelfde praktijk (interne MH)

³ n<5

Tabel 20: Wijze van vaststellen van hun eigen bekwaamheid volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH
n _{tot}	11	32	43	116
Wijze van vaststellen van bekwaamheid m.b.t. het verrichten van voorbehouden handelingen op eigen indicatie ¹ (n ja (% ja))				
Niet van toepassing	5 (45,5)	1 (3,1)	6 (14,0)	0 (0,0)
Dit laat ik over aan de verantwoordelijkheid van de TA met wie ik samenwerk	1 (9,1)	4 (12,5)	5 (11,6)	1 (5,3)
Ik veronderstel de bekwaamheid op grond van de door mij gevolgde opleiding	2 (18,2)	29 (90,6)	31 (72,1)	15 (78,9)
Ik bepaal periodiek (bijvoorbeeld eens per jaar) voor welke handelingen ik bekwaam ben	1 (9,1)	12 (37,5)	13 (30,2)	6 (31,6)

Ik beoordeel per patiënt of ik bekwaam ben om de handeling te verrichten	1 (9,1)	25 (78,1)	26 (60,5)	17 (89,5)	33 (80,5)	82 (70,7)
Ik beoordeel per handeling of ik bekwaam ben om de handelingen te verrichten	3 (27,3)	26 (81,3)	29 (67,4)	15 (78,9)	36 (87,8)	89 (76,7)
Ik heb een bekwaamheidsverklaring voor een of meerdere voorbehouden handelingen	1 (9,1)	8 (25,0)	9 (20,9)	2 (10,5)	9 (22,0)	10 (8,7)
Ik bepaal aan de hand van een protocol of ik bekwaam ben	0 (0,0)	7 (21,9)	7 (16,3)	4 (21,1)	10 (24,4)	13 (11,2)
Anders	0 (0,0)	2 (6,3) ²	2 (4,7) ²	0 (0,0)	2 (4,9) ²	2 (1,7) ²

- Niet van toepassing
1 Meerdere antwoorden mogelijk
2 Overleg met tandarts; frequentie van handeling

Tabel 21: Wijze van vaststellen van de bekwaamheid van de GMH volgens respondenten van de TA-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	TA			
n _{tot}	5	8	8	19
Wijze van vaststellen van bekwaamheid van de GMH m.b.t. het verrichten van voorbehouden handelingen op eigen indicatie ¹ (n (%))				
Niet van toepassing	-	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,2)
Dit laat ik over aan de verantwoordelijkheid van de GMH met wie ik samenwerk	-	3 (37,5)	5 (62,5)	7 (36,4)
Ik veronderstel de bekwaamheid op grond van de door de GMH gevolgde opleidingen	-	6 (75,0)	6 (75,0)	12 (62,4)
Ik bepaal periodiek (bijvoorbeeld eens per jaar) voor welke handelingen de GMH bekwaam is	-	3 (37,5)	2 (25,0)	4 (20,8)
Ik beoordeel per patiënt of de GMH bekwaam is om de handeling te verrichten	-	1 (12,5)	0 (0,0)	3 (15,6)
Ik beoordeel per handeling of de GMH bekwaam is om de handeling te verrichten	-	4 (50,0)	3 (37,5)	5 (26,0)
Ik ga ervan uit dat de instelling waar ik werk heeft gewaarborgd dat de GMH bekwaam is	-	1 (12,5)	3 (37,5)	3 (15,6)
Anders ⁵	-	2 (25,0)	2 (25,0)	2 (10,4)

- Niet van toepassing
1 Meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 22: Interne samenwerkingsafspraken (binnen de praktijk) volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk	T0			T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH	GMH
n _{tot}	11	32	42	19	41	116
<u>Interne</u> schriftelijke samenwerkingsafspraken aanwezig ¹ (n (%))						
Nee, solo-praktijk	2 (18,2)	1 (3,2)	3 (7,0)	1 (5,3)	1 (2,4)	13 (11,2)
Nee, helemaal geen samenwerkingsafspraken	0 (0,0)	2 (6,5)	2 (4,8)	1 (5,3)	4 (9,8)	14 (12,1)
Nee, ongeschreven samenwerkingsafspraken en gewoontevorming	6 (54,5)	10 (32,3)	16 (38,1)	6 (31,6)	14 (34,1)	46 (39,7)

Ja, schriftelijke samenwerkingsafspraken	3 (37,3)	16 (51,6)	19 (45,2)	10 (52,6)	22 (53,7)	33 (28,4)
Weet ik niet	0 (0,0)	2 (6,5)	2 (4,8)	1 (5,3)	0 (0,0)	10 (8,6)
Onderdelen <u>interne</u> samenwerkingsafspraken ^{1 2} (n (%))						
De wijze van behandelen (werkinstructies)	7 (77,8)	20 (76,9)	27 (64,3)	15 (93,8)	29 (80,6)	62 (78,5)
De taakverdeling	6 (66,7)	23 (88,5)	29 (69,0)	14 (87,5)	32 (88,9)	61 (77,2)
De verantwoordelijkheidsverdeling	6 (66,7)	20 (76,9)	26 (61,9)	14 (87,5)	30 (83,3)	52 (65,8)
De informatievoorziening aan PAT	4 (44,4)	16 (61,5)	20 (47,6)	11 (68,8)	27 (75,0)	54 (68,4)
De wijze en frequentie van werkoverleg	3 (33,3)	18 (69,2)	21 (50,0)	9 (56,3)	24 (66,7)	43 (54,4)
De implementatie van protocollen/richtlijnen in de praktijk	5 (55,6)	17 (65,4)	22 (52,4)	13 (81,3)	26 (72,2)	56 (70,9)
De administratie van PAT (rapportage)	8 (88,9)	21 (80,8)	29 (69,0)	14 (87,5)	29 (80,6)	61 (77,2)
De wijze van communicatie met PAT	7 (77,8)	14 (53,8)	21 (50,0)	7 (43,8)	16 (44,4)	40 (50,6)
De wijze van overleg tussen de samenwerkingspartners	2 (22,2)	5 (19,2)	7 (16,7)	7 (43,8)	19 (52,8)	34 (43,0)
Wanneer overleg over individuele PAT nodig is	3 (33,3)	12 (46,2)	15 (35,7)	7 (43,8)	19 (52,8)	34 (43,0)
De wijze van (interne en externe) verwijzing van PAT	5 (55,6)	14 (53,8)	19 (45,2)	10 (62,5)	21 (58,3)	47 (59,5)
De spoedgevallenzorg	4 (44,4)	13 (50,0)	17 (40,5)	11 (68,8)	23 (63,9)	33 (41,8)
Wijze van evaluatie van het zorgplan	1 (11,1)	10 (38,5)	11 (26,2)	10 (62,5)	19 (52,8)	34 (43,0)
Wijze van evaluatie van de samenwerkingsafspraken	1 (11,1)	11 (42,3)	12 (28,6)	6 (37,5)	13 (36,1)	26 (32,9)
De bereikbaarheid van de praktijk	6 (66,7)	15 (57,7)	21 (50,0)	7 (43,8)	15 (41,7)	32 (40,5)
De procedure van herschikking van taken	0 (0,0)	8 (30,8)	8 (19,0)	7 (41,2)	11 (30,6)	29 (36,7)
De wijze van informatie-uitwisseling over PAT	6 (66,7)	13 (50,0)	27 (64,3)	9 (52,9)	17 (47,2)	35 (44,3)
Andere afspraken	0 (0,0)	7 (26,9) ³	7 (16,6)	0 (0,0)	1 (2,8) ⁵	1 (1,3) ⁸
Voldoen <u>interne</u> samenwerkingsafspraken ¹ (n (%))						
Nee	1 (11,1) ⁴	2 (7,7) ⁴	3 (8,6)	1 (6,3) ⁶	1 (2,8) ⁷	4 (5,1) ⁴
Ja, deels	3 (33,3) ⁴	3 (11,5) ⁴	6 (17,1)	1 (6,3) ⁴	7 (19,4) ⁴	12 (15,2) ⁴
Ja, volledig	5 (55,6)	21 (80,8)	26 (74,3)	14 (87,5)	28 (87,5)	63 (79,7)

¹ *Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt*

² *Meerdere antwoorden mogelijk*

³ *ISO-werkinstructie*

⁴ *liever schriftelijk vastleggen*

Tabel 23: Interne samenwerkingsafspraken (binnen de praktijk) volgens respondenten van de TA-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	TA			
n _{tot}	5	8	8	20
<u>Interne</u> schriftelijke samenwerkingsafspraken aanwezig ¹ (n (%))				
Nee, solo-praktijk	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nee, helemaal geen samenwerkingsafspraken	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nee, ongeschreven samenwerkingsafspraken en gewoontevorming	2 (40,0)	3 (37,5)	3 (37,5)	5 (25,0)
Ja, schriftelijke samenwerkingsafspraken	2 (40,0)	4 (50,0)	5 (62,5)	12 (60,0)
Weet ik niet	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	3 (15,0)
Onderdelen <u>interne</u> samenwerkingsafspraken ^{1 2} (n (%))				

De wijze van behandelen (werkinstructies)	3 (75,0)	4 (57,1)	7 (87,5)	9 (52,9)
De taakverdeling	4 (100,0)	5 (71,4)	8 (100,0)	14 (82,4)
De verantwoordelijkheidsverdeling	3 (60,0)	5 (71,4)	3 (37,5)	10 (58,8)
De informatievoorziening aan PAT	1 (25,0)	6 (85,7)	5 (62,5)	9 (52,9)
De wijze en frequentie van werkoverleg	2 (50,0)	4 (57,1)	5 (62,5)	6 (35,9)
De implementatie van protocollen/richtlijnen in de praktijk	4 (100,0)	5 (71,4)	7 (87,5)	9 (42,9)
De administratie van PAT (rapportage)	4 (100,0)	6 (85,7)	5 (62,5)	10 (58,8)
De wijze van communicatie met PAT	2 (50,0)	2 (28,6)	3 (37,5)	5 (29,4)
De wijze van overleg tussen de samenwerkingspartners	1 (25,0)	4 (57,1)	3 (37,5)	3 (17,6)
Wanneer overleg over individuele PAT nodig is	0 (0,0)	3 (42,9)	4 (50,0)	6 (35,9)
De wijze van (interne en externe) verwijzing van PAT	2 (50,0)	6 (85,7)	8 (100,0)	9 (52,9)
De spoedgevallenzorg	2 (50,0)	5 (71,4)	8 (100,0)	8 (47,1)
Wijze van evaluatie van het zorgplan	1 (25,0)	2 (28,6)	5 (52,5)	9 (52,9)
Wijze van evaluatie van de samenwerkingsafspraken	1 (25,0)	2 (28,6)	1 (12,5)	6 (35,9)
De bereikbaarheid van de praktijk	2 (50,0)	2 (28,6)	5 (62,5)	6 (35,9)
De procedure van herschikking van taken	1 (25,0)	3 (42,9)	5 (62,5)	5 (29,4)
De wijze van informatie-uitwisseling over PAT	1 (25,0)	4 (57,1)	6 (75,0)	9 (52,9)
Andere afspraken	1 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)
Voldoen <u>interne</u> samenwerkingsafspraken ¹ (n (%))				
Nee	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (4,8)
Ja, deels	1 (25,0)	2 (28,6)	1 (12,5)	3 (17,6)
Ja, volledig	3 (75,0)	5 (71,4)	6 (75,0)	13 (76,5)

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

² Meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 24: Interne samenwerkingsafspraken (binnen de praktijk) volgens respondenten van de MZV-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	MZV			
n _{tot}	7	11	6	17
<u>Interne</u> schriftelijke samenwerkingsafspraken aanwezig ¹ (n (%))				
Nee, helemaal geen samenwerkingsafspraken	0 (0,0)	2 (18,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nee, ongeschreven samenwerkingsafspraken en gewoontevorming	1 (14,3)	3 (27,3)	1 (16,7)	2 (11,8)
Ja, schriftelijke samenwerkingsafspraken	3 (42,9)	4 (36,4)	4 (66,7)	11 (66,7)
Weet ik niet	3 (42,9)	2 (18,2)	1 (16,7)	4 (23,6)
Onderdelen <u>interne</u> samenwerkingsafspraken ^{1 2} (n (%))				
De wijze van behandelen (werkinstructies)	3 (75,0)	7 (100,0)	4 (80,0)	11 (84,6)
De taakverdeling	3 (75,0)	7 (100,0)	5 (100,0)	9 (69,2)
De verantwoordelijkheidsverdeling	4 (100,0)	6 (85,7)	4 (80,0)	9 (69,2)
De informatievoorziening aan PAT	3 (75,0)	5 (71,4)	5 (100,0)	9 (69,2)
De wijze en frequentie van werkoverleg	3 (75,0)	5 (71,4)	5 (100,0)	4 (30,8)

De implementatie van protocollen/ richtlijnen in de praktijk	4 (100,0)	3 (42,9)	5 (100,0)	9 (69,2)
De administratie van PAT (rapportage)	3 (75,0)	5 (71,4)	4 (80,0)	7 (53,8)
De wijze van communicatie met PAT	3 (75,0)	3 (42,9)	5 (100,0)	8 (61,5)
De wijze van overleg tussen de samenwerkingspartners	3 (75,0)	3 (42,9)	4 (80,0)	8 (61,5)
Wanneer overleg over individuele PAT nodig is	3 (75,0)	4 (57,1)	3 (80,0)	7 (53,8)
De wijze van (interne en externe) verwijzing van PAT	3 (75,0)	5 (71,4)	5 (100,0)	6 (46,2)
De spoedgevallenzorg	3 (75,0)	6 (85,7)	5 (100,0)	5 (38,5)
Wijze van evaluatie van het zorgplan	3 (75,0)	3 (42,9)	4 (80,0)	5 (38,5)
Wijze van evaluatie van de samenwerkingsafspraken	3 (75,0)	2 (28,6)	4 (80,0)	5 (38,5)
De bereikbaarheid van de praktijk	3 (75,0)	3 (42,9)	3 (60,0)	6 (46,2)
De procedure van herschikking van taken	2 (50,0)	2 (28,6)	4 (80,0)	3 (23,1)
De wijze van informatie-uitwisseling over PAT	2 (50,0)	4 (57,1)	4 (80,0)	4 (30,8)
Andere afspraken	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Voldoen <u>interne</u> samenwerkingsafspraken¹ (n (%))				
Nee	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ja, deels	1 (33,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (9,1)
Ja, volledig	2 (66,7)	5 (71,4)	5 (100,0)	10 (90,9)

- Niet van toepassing
¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt
² Meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 25: Externe samenwerkingsafspraken (met andere praktijken) volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk	T0			T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH	GMH
n _{tot}	11	32	43	19	41	116
<u>Externe</u> schriftelijke samenwerkingsafspraken aanwezig¹ (n (%))						
Nee, solo-praktijk	-	-	-	-	-	-
Nee, helemaal geen samenwerkingsafspraken	5 (45,6)	10 (31,3)	15 (34,8)	1 (5,3)	6 (15,4)	22 (19,1)
Nee, ongeschreven samenwerkings- afspraken en gewoontevorming	4 (36,4)	10 (31,3)	14 (32,5)	9 (47,4)	12 (30,8)	36 (31,1)
Ja, schriftelijke samenwerkingsafspraken	0 (0,0)	5 (15,6)	5 (11,6)	4 (21,1)	9 (23,1)	22 (19,1)
Weet ik niet	2 (18,2)	7 (21,9)	9 (20,9)	5 (26,3)	12 (30,8)	35 (30,4)
Onderdelen <u>externe</u> samenwerkingsafspraken^{1 2} (n (%))						
De wijze van behandelen (werkinstructies)	3 (75,0)	2 (13,3) ³	5 (11,9)	3 (27,3)	6 (30,0)	21 (36,2)
De taakverdeling	3 (75,0)	5 (33,3)	8 (19,0)	6 (54,4)	9 (45,0)	28 (48,2)
De verantwoordelijkheidsverdeling	2 (50,0)	1 (6,7) ³	3 (07,1)	2 (18,2)	10 (50,0)	21 (36,2)
De informatievoorziening aan PAT	3 (75,0)	7 (46,7) ³	10 (23,8)	4 (36,4)	8 (40,0)	26 (44,8)
De wijze en frequentie van werkoverleg	2 (50,0)	0 (0,0) ³	2 (04,8)	1 (9,1)	3 (15,0)	3 (5,2)
De implementatie van protocollen/ richtlijnen in de praktijk	1 (25,0)	0 (0,0) ³	1 (02,4)	1 (9,1)	4 (20,0)	6 (10,4)
De administratie van PAT (rapportage)	3 (75,0)	10 (66,7)	13 (31,0)	8 (72,7)	14 (70,0)	28 (48,2)
De wijze van communicatie met PAT	4 (100,0)	1 (6,7) ³	5 (11,9)	5 (45,5)	12 (60,0)	15 (25,8)

De wijze van overleg tussen de samenwerkingspartners	2 (50,0)	2 (13,3)	4 (09,5)	4 (36,4)	10 (52,6)	23 (39,6)
Wanneer overleg over individuele PAT nodig is	3 (75,0)	3 (20,0) ³	6 (14,3)	2 (18,2)	6 (30,0)	20 (34,4)
De wijze van (interne en externe) verwijzing van PAT	2 (50,0)	10 (66,7)	12 (28,6)	7 (63,6)	15 (75,0)	27 (46,6)
De spoedgevallenzorg	1 (25,0)	1 (6,7)	2 (04,8)	2 (18,2)	9 (45,0)	21 (36,2)
Wijze van evaluatie van het zorgplan	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (00,0)	3 (27,3)	5 (25,0)	10 (17,2)
Wijze van evaluatie van de samenwerkingsafspraken	1 (25,0)	0 (0,0) ³	1 (02,4)	0 (0,0)	5 (25,0)	7 (12,0)
De bereikbaarheid van de praktijk	2 (50,0)	1 (6,7) ³	3 (07,1)	4 (36,4)	5 (25,0)	17 (29,5)
De procedure van herschikking van taken	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (02,4)	0 (0,0)	3 (15,0)	8 (13,8)
De wijze van informatie-uitwisseling over PAT	4 (100,0)	3 (20,0) ³	5 (11,9)	6 (54,5)	8 (40,0)	25 (43,2)
Andere afspraken	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Voldoen <u>externe</u> samenwerkingsafspraken¹ (n (%))						
Nee	2 (50,0) ⁴	10 (66,7) ⁴	12 (63,2)	1 (9,1)	0 (0,0)	8 (13,1)
Ja, deels	2 (50,0) ⁴	2 (13,3) ⁴	4 (21,1)	1 (9,1)	6 (28,6)	14 (23,0)
Ja, volledig	0 (0,0)	3 (20,0)	3 (15,8)	9 (81,8)	15 (71,4)	39 (63,9)

- Niet van toepassing

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

² Meerdere antwoorden mogelijk

³ MH-exp/MH+exp: p χ^2 (1) < 0,05

Tabel 26: Externe samenwerkingsafspraken (met andere praktijken) volgens respondenten van de TA-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	TA			
n_{tot}	5	8	8	19
Externe schriftelijke samenwerkingsafspraken aanwezig¹ (n (%))				
Nee, helemaal geen samenwerkingsafspraken	1 (20,0)	1 (12,5)	2 (25,0)	8 (44,4)
Nee, ongeschreven samenwerkingsafspraken en gewoontevorming	3 (60,0)	4 (50,0)	2 (25,0)	6 (33,3)
Ja, schriftelijke samenwerkingsafspraken	1 (20,0)	2 (25,0)	4 (40,0)	1 (5,6)
Weet ik niet	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	3 (16,7)
Onderdelen <u>externe</u> samenwerkingsafspraken^{1 2} (n (%))				
De wijze van behandelen (werkinstructies)	1 (25,0)	2 (40,0)	2 (33,3)	0 (0,0)
De taakverdeling	2 (50,0)	3 (60,0)	2 (33,3)	5 (71,4)
De verantwoordelijkheidsverdeling	1 (25,0)	3 (60,0)	2 (33,3)	3 (42,8)
De informatievoorziening aan PAT	0 (0,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	2 (28,6)
De wijze en frequentie van werkoverleg	1 (25,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De implementatie van protocollen/richtlijnen in de praktijk	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De administratie van PAT (rapportage)	2 (50,0)	4 (80,0)	6 (100,0)	3 (42,8)
De wijze van communicatie met PAT	0 (0,0)	2 (40,0)	3 (50,0)	0 (0,0)
De wijze van overleg tussen de samenwerkingspartners	3 (75,0)	3 (60,0)	4 (66,7)	1 (14,2)
Wanneer overleg over individuele PAT nodig is	1 (25,0)	1 (20,0)	1 (16,7)	2 (28,4)
De wijze van (interne en externe) verwijzing van PAT	2 (50,0)	3 (60,0)	5 (83,3)	3 (42,8)

De spoedgevallenzorg	3 (75,0)	2 (60,0)	2 (33,3)	1 (14,2)
Wijze van evaluatie van het zorgplan	0 (0,0)	1 (20,0)	1 (16,7)	1 (14,2)
Wijze van evaluatie van de samenwerkingsafspraken	0 (0,0)	1 (20,0)	1 (16,7)	0 (0,0)
De bereikbaarheid van de praktijk	2 (50,0)	2 (40,0)	1 (16,7)	0 (0,0)
De procedure van herschikking van taken	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
De wijze van informatie-uitwisseling over PAT	1 (25,0)	3 (60,0)	5 (83,3)	2 (28,4)
Andere afspraken	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,2)
Voldoen <u>externe</u> samenwerkingsafspraken ¹ (n (%))				
Nee	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)
Ja, deels	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	5 (72,4)
Ja, volledig	3 (75,0)	6 (100,0)	3 (50,0)	2 (28,6)

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

² Meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 27: Externe samenwerkingsafspraken (binnen de praktijk) volgens respondenten van de MZV-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	MZV			
n _{tot}	7	11	6	17
<u>Externe</u> schriftelijke samenwerkingsafspraken aanwezig ¹ (n (%))				
Nee, helemaal geen samenwerkingsafspraken	0 (0,0)	4 (36,4)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nee, ongeschreven samenwerkingsafspraken en gewoontevorming	1 (14,3)	1 (9,1)	1 (16,7)	1 (5,9)
Ja, schriftelijke samenwerkingsafspraken	1 (14,3)	3 (27,3)	2 (33,3)	7 (41,1)
Weet ik niet	5 (71,4)	3 (27,3)	3 (50,0)	9 (52,9)
Onderdelen <u>externe</u> samenwerkingsafspraken ^{1 2} (n (%))				
De wijze van behandelen (werkinstructies)	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (33,3)	4 (50,0)
De taakverdeling	1 (50,0)	3 (75,0)	1 (33,3)	5 (62,5)
De verantwoordelijkheidsverdeling	0 (0,0)	2 (50,0)	2 (66,7)	3 (37,5)
De informatievoorziening aan PAT	0 (0,0)	2 (50,0)	2 (66,7)	5 (62,5)
De wijze en frequentie van werkoverleg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)
De implementatie van protocollen/richtlijnen in de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)
De administratie van PAT (rapportage)	1 (50,0)	2 (50,0)	1 (33,3)	5 (62,5)
De wijze van communicatie met PAT	0 (0,0)	2 (50,0)	1 (33,3)	3 (37,5)
De wijze van overleg tussen de samenwerkingspartners	0 (0,0)	2 (50,0)	3 (100,0)	2 (25,0)
Wanneer overleg over individuele PAT nodig is	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)
De wijze van (interne en externe) verwijzing van PAT	0 (0,0)	3 (75,0)	1 (33,3)	2 (25,0)
De spoedgevallenzorg	1 (50,0)	1 (25,0)	1 (33,3)	3 (37,5)
Wijze van evaluatie van het zorgplan	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (33,3)	1 (12,5)
Wijze van evaluatie van de samenwerkingsafspraken	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (33,3)	1 (12,5)
De bereikbaarheid van de praktijk	0 (0,0)	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (12,5)
De procedure van herschikking van taken	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)

De wijze van informatie-uitwisseling over PAT	0 (0,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	3 (37,5)
Andere afspraken	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Voldoen <u>externe</u> samenwerkingsafspraken ¹ (n (%))				
Nee	1 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ja, deels	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (33,3)	1 (12,5)
Ja, volledig	1 (50,0)	3 (75,0)	2 (66,7)	7 (87,5)

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

² Meerdere antwoorden mogelijk

Tabel 28: Dagelijkse werkzaamheden volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk	T0			T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH	GMH
n _{tot}	11	32	43	19	41	116
Activiteiten (gemiddeld % (sd))						
Patiëntgebonden activiteiten						
(Ondersteuning bij) tandheelkundige handelingen (intake, diagnostiek, behandeling, voorlichting/uitleg PAT)	77,4 (4,8)	69,5 (15,0)	71,3 (13,8)	66,1 (27,4)	59,8 (25,6)	57,6 (24,6)
Intercollegiaal overleg over individuele PAT	3,7 (2,7)	4,0 (2,0)	3,9 (2,1)	4,6 (5,1)	6,3 (8,7)	5,9 (4,8)
Overige patiëntgebonden activiteiten (bijwerken patiëntendossiers, opstellen zorgplan, declaraties)	9,3 (3,5)	9,1 (7,1)	9,1 (6,5)	13,4 (12,9)	14,5 (11,4)	17,0 (14,9)
Niet-patiëntgebonden activiteiten						
Niet-patiëntgebonden administratie	1,9 (2,1)	8,7 (13,1)	7,2 (11,9)	4,1 (6,0)	5,3 (6,2)	6,6 (7,2)
Kennisbevordering (bij- en nascholing, congresbezoek, lezen, vakliteratuur, deelname wetenschappelijk onderzoek)	5,2 (4,7)	3,6 (5,3)	3,9 (5,1)	4,5 (5,1)	6,7 (6,9)	5,2 (9,6)
Kwaliteitsbeleid (protocollen ontwikkelen)	0,6 (0,8)	1,6 (2,2)	1,4 (2,0)	1,1 (2,0)	1,8 (2,3)	1,8 (2,8)
Kennisoverdracht (voorlichting van patiëntengroepen, cursus geven aan andere mondzorgverleners)	2,0 (2,6)	1,9 (5,0)	1,9 (4,5)	0,7 (1,4)	3,8 (11,6)	5,2 (9,6)
Andere activiteiten	0 (0,0)	1,5 (5,8) ¹	1,2 (5,1)	0 (0,0)	0,1 (0,2) ²	2,0 (8,7)

¹ Begeleiden stagiaires

² Onderwijs, begeleiden stagiaires

Tabel 29: Dagelijkse werkzaamheden volgens respondenten van de TA- en TA KORT vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3	T0	T1	T2	T3
	TA				TA KORT			
n _{tot}	5	8	8	17	26	14	18	95
Activiteiten (gemiddeld % (sd))								
Patiëntgebonden activiteiten								
(Ondersteuning bij) tandheelkundige handelingen (intake, diagnostiek, behandeling, voorlichting/uitleg PAT)	72,6 (6,7)	72,8 (9,9)	82,0 (3,1)	70,4 (14,9)	72,8 (13,1)	81,7 (6,6)	72,1 (13,1)	71,9 (17,1)
Intercollegiaal overleg over individuele PAT	3,3 (1,7)	3,9 (1,6)	3,1 (1,5)	6,0 (5,6)	2,9 (2,1)	2,1 (1,5)	4,0 (2,9)	4,4 (3,1)
Overige patiëntgebonden activiteiten (bijwerken patiëntendossiers, opstellen zorgplan, declaraties)	13,9 (2,7)	9,4 (4,0)	7,1 (1,5)	8,2 (6,4)	7,4 (3,6)	5,5 (3,0)	7,1 (4,4)	11,1 (6,9)

Niet-patiëntgebonden activiteiten								
Niet-patiëntgebonden administratie	5,5 (5,4)	5,6 (2,5)	4,0 (2,9)	7,3 (4,8)	4,6 (4,0)	5,3 (5,1)	7,9 (11,1)	7,4 (8,7)
Kennisbevordering (bij- en nascholing, congresbezoek, lezen, vakliteratuur, deelname wetenschappelijk onderzoek)	3,0 (1,1)	3,4 (1,4)	2,4 (0,6)	5,9 (6,1)	5,3 (4,4)	4,0 (2,7)	4,0 (3,1)	5,1 (4,2)
Kwaliteitsbeleid (protocollen ontwikkelen)	1,2 (1,5)	1,6 (1,1)	1,1 (1,2)	3,4 (5,6)	1,8 (2,1)	0,7 (1,3)	2,2 (3,5)	3,2 (8,6)
Kennisoverdracht (voorlichting aan patiëntengroepen, cursus geven aan andere mondzorgverleners)	0,3 (0,7)	2,9 (6,2)	0,2 (0,5)	0 (0,0)	2,2 (7,2)	0,6 (1,5)	1,7 (3,8)	2,5 (5,4)
Andere activiteiten	0 (0,0)	0,3 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	2,8 (9,0)	0 (0,0)	1,0 (2,5)	0,1 (0,5)

Tabel 30: Dagelijkse werkzaamheden volgens respondenten van de MZV-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	MZV			
n _{tot}	7	11	6	17
Activiteiten (gemiddeld % (sd))				
Patiëntgebonden activiteiten				
(Ondersteuning bij) tandheelkundige handelingen (intake, diagnostiek, behandeling, voorlichting/uitleg PAT)	40,0 (37,7)	57,0 (27,0)	72,6 (19,3)	46,7 (29,7)
Intercollegiaal overleg over individuele PAT	5,1 (10,0)	6,8 (5,8)	1,7 (2,1)	8,1 (7,4)
Overige patiëntgebonden activiteiten (bijwerken patiëntendossiers, opstellen zorgplan, declaraties)	23,3 (39,0)	16,5 (15,6)	18,9 (20,7)	16,8 (13,8)
Niet-patiëntgebonden activiteiten				
Niet-patiëntgebonden administratie	17,3 (20,8)	8,5 (11,4)	2,9 (2,3)	5,5 (7,0)
Kennisbevordering (bij- en nascholing, congresbezoek, lezen, vakliteratuur, deelname wetenschappelijk onderzoek)	8,2 (9,8)	4,7 (5,9)	2,4 (2,7)	8,2 (17,7)
Kwaliteitsbeleid (protocollen ontwikkelen)	4,2 (10,2)	2,9 (6,2)	0,9 (1,1)	3,5 (6,9)
Kennisoverdracht (voorlichting van patiëntengroepen, cursus geven aan andere mondzorgverleners)	2,0 (4,8)	3,8 (6,3)	0,6 (1,2)	5,7 (12,1)
Andere activiteiten	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6,6 (13,7)

Tabel 31: Teamindeling volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk	T0		T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH
n _{tot}	11	32	43	19	41
Teamindeling ^{1,2} (gemiddelde (sd))					
Totaal medewerkers	15,4 (18,3)	12,1 (9,3)	13,0 (12,1)	14,5 (12,0)	17,5 (19,1)
Totaal praktijkhouders	1,0 (1,3)	1,0 (0,9)	1,0 (1,0)	1,0 (0,7)	1,0 (0,9)
Algemene TA	2,3 (3,4)	2,1 (2,8)	2,2 (2,9)	2,8 (2,3)	3,1 (2,7)
waarvan praktijkhouders	0,2 (0,4)	0,6 (0,9)	0,5 (0,8)	0,5 (0,6)	0,5 (0,8)
Gedifferentieerde TA	0,2 (0,4)	0,3 (0,8)	0,3 (0,7)	0,3 (0,5)	0,6 (0,8)

waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,1 (0,2)	0,1 (0,2)	0,1 (0,3)	0,1 (0,3)	0,2 (0,7)
Gespecialiseerde TA	0,6 (1,8)	0,1 (0,3)	0,2 (0,9)	0,1 (0,2)	0,3 (0,6)	0,8 (1,3)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0 (0,0)	0,1 (0,2)	0,0 (0,0)	0,1 (0,4)
MH	2,6 (1,9)	4,1 (3,2)	3,7 (2,9)	2,6 (1,7)	1,7 (2,4)	2,8 (1,6)
waarvan praktijkhouders	0,8 (1,4)	0,4 (0,5)	0,5 (0,8)	0,2 (0,5)	0,2 (0,4)	0,5 (0,8)
GMH	-	-	-	-	1,4 (1,0)	2,0 (2,0)
waarvan praktijkhouders	-	-	-	-	0,2 (0,4)	0,3 (0,6)
Tandartsassistenten	7,6 (11,1)	4,6 (5,1)	5,3 (7,1)	7,2 (7,2)	7,2 (8,2)	5,5 (4,0)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,2 (0,5)
Tandtechnici/tandprothetici	0,4 (0,7)	0,2 (0,8)	0,3 (0,7)	0,4 (1,0)	0,6 (1,3)	0,8 (1,2)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,1 (0,3)
Andere mondzorgverleners ³	1,7 (2,8)	0,8 (1,3)	1,0 (1,8)	1,2 (1,9)	2,7 (6,3)	1,8 (2,5)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0 (0,0)	0,1 (0,2)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)

- Niet van toepassing

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

³ Receptionist/baliemedewerker, manager, kindertandverzorgende, administratief medewerker

Tabel 32: Teamindeling volgens respondenten van de TA-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	TA			
n _{tot}	5	8	8	19
Teamindeling ^{1,2} (gemiddelde (sd))				
Totaal medewerkers	23,2 (21,8)	12,8 (11,4)	17,9 (10,1)	14,7 (10,5)
Totaal praktijkhouders	0,4 (0,5)	0,8 (0,5)	2,0 (2,6)	2,5 (3,9)
Algemene TA	4,6 (3,6)	2,1 (1,8)	3,6 (1,7)	3,3 (2,4)
waarvan praktijkhouders	0,4 (0,5)	⁴	1,7 (0,6)	⁴
Gedifferentieerde TA	0,2 (0,4)	0,4 (0,7)	1,1 (0,8)	0,6 (0,9)
waarvan praktijkhouders	⁴	⁴	⁴	⁴
Gespecialiseerde TA	0,0 (0,0)	0,1 (0,4)	0,5 (0,9)	0,6 (1,0)
waarvan praktijkhouders	⁴	⁴	⁴	⁴
MH	2,6 (2,1)	2,5 (2,3)	0,6 (0,7)	1,1 (1,5)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0 (0,0)	⁴	⁴
GMH	-	-	2,1 (1,2)	2,2 (1,5)
waarvan praktijkhouders	-	-	0 (0,0)	⁴
Tandartsassistenten	12,0 (13,4)	5,6 (5,9)	8,0 (6,9)	4,2 (3,5)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	⁴
Tandtechnici/tandprothetici	1,0 (0,7)	0,4 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
waarvan praktijkhouders	⁴	⁴	⁴	⁴
Andere mondzorgverleners ³	2,8 (2,6)	1,6 (1,6)	1,9 (1,6)	1,8 (3,2)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,2 (0,4)	⁴	⁴

- Niet van toepassing

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

³ Receptionist/baliemedewerker, manager, kindertandverzorgende, administratief medewerker

⁴ n<5

Tabel 33: Teamindeling volgens respondenten van de MZV-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	MZV			
n _{tot}	7	11	6	17
Teamindeling ^{1,2} (gemiddelde (sd))				
Totaal medewerkers	18,7 (14,2)	16,4 (14,7)	15,8 (12,2)	15,1 (10,9)
Totaal praktijkhouders	0,7 (0,8)	0,6 (0,7)	0,5 (0,5)	3,5 (4,5)
Algemene TA	4,3 (3,3)	2,4 (2,6)	3,0 (2,0)	2,4 (1,9)
waarvan praktijkhouders	0,6 (0,5)	0,5 (0,5)	0,5 (0,5)	0,7 (0,8)
Gedifferentieerde TA	0,4 (0,8)	1,5 (2,5)	0,8 (1,0)	0,9 (1,6)

Aantal praktijkhouders	0,1 (0,4)	0,1 (0,3)	0 (0,0)	0,4 (0,8)
Gespecialiseerde TA	0,0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,2 (1,9)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,3 (0,7)
MH	2,7 (1,5)	2,6 (2,4)	1,7 (1,2)	1,2 (1,5)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
GMH	-	1,5 (1,4)	1,6 (1,5)	2,3 (1,6)
waarvan praktijkhouders	-	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,6 (1,1)
Tandartsassistenten	9,1 (8,4)	7,1 (7,9)	7,0 (6,2)	5,4 (4,0)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,4 (1,1)
Tandtechnici/tandprothetici	0,7 (0,8)	0,6 (1,2)	0,7 (1,0)	0,4 (0,8)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,1 (0,2)
Andere mondzorgverleners ²	1,7 (1,9)	1,4 (1,7)	1,1 (1,9)	1,2 (1,6)
waarvan praktijkhouders	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,5 (1,5)

- Niet van toepassing

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

³ Receptionist/baliemedewerker, manager, kindertandverzorgende, administratief medewerker

Tabel 34: Overleg tussen MH en TA volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk	T0			T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH	GMH
n _{tot}	11	32	43	19	41	108
Overleg over een te verrichten voorbehouden handeling bij een PAT						
Frequentie overleg (n (%))						
Een aantal keren per dag	2 (18,2)	3 (9,4)	5 (11,6)	8 (42,1)	9 (22,0)	19 (17,6)
1x per dag	1 (9,1)	5 (15,6)	6 (14,0)	1 (5,3)	7 (17,1)	8 (7,4)
Een aantal keren per week	3 (27,3)	10 (31,3)	13 (30,2)	4 (21,1)	9 (22,0)	31 (28,7)
1x per week	0 (0,0)	5 (15,6)	5 (11,6)	1 (5,3)	2 (4,9)	13 (12,0)
1x per maand of minder	3 (27,3)	8 (25,0)	11 (25,6)	4 (21,1)	12 (29,3)	29 (26,9)
Niet van toepassing	2 (18,2)	1 (3,1)	3 (7,0)	1 (5,3)	2 (4,9)	8 (7,4)
Vorm van overleg ¹ (n (%))						
Mondeling, face-to-face	5 (55,6)	19 (61,3)	24 (60,0)	16 (88,9)	31 (79,5)	81 (81,0)
Telefonisch	3 (33,3)	15 (78,9)	18 (45,0)	7 (38,9)	16 (41,0)	30 (30,0)
Via e-mail	5 (55,6)	11 (35,5)	16 (40,0)	4 (22,2)	14 (35,9)	26 (26,0)
Overlegduur in minuten per PAT (mediaan (IQR)) ³	5,0 (3,0-5,0)	5,0 (5,0-10,0)	5,0 (2,5-7,5)	3,5 (2,0-5,0)	10,0 (4,5-10,0)	5,0 (2,5-7,5)
Overlegduur voldoende (n (%))						
Ja	7 (90,4)	22 (71,0)	32 (74,4)	18 (100,0)	37 (94,9)	99 (99,0)
Tevredenheid over beschikbaarheid TA voor overleg ² (n (%))						
Zeer ontevreden	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (2,6)	0 (0,0)
Ontevreden	0 (0,0)	6 (20,0) ³	6 (16,7)	0 (0,0)	2 (5,3) ³	1 (1,1)
Deels ontevreden, deels tevreden	1 (16,7)	5 (16,7)	6 (16,7)	1 (6,7)	1 (2,6)	4 (4,1)
Tevreden	3 (50,0)	10 (33,3)	13 (36,1)	4 (26,7)	9 (23,7)	37 (38,1)
Zeer tevreden	2 (33,3)	9 (30,0)	11 (30,6)	9 (60,0)	25 (65,8)	55 (56,7)
Overleg over individuele PAT na doorverwijzing naar TA						
Frequentie overleg (n (%))						
Een aantal keren per dag	0 (0,0)	1 (3,1)	1 (2,3)	1 (5,6)	6 (14,6)	9 (9,1)
1x per dag	0 (0,0)	1 (3,1)	1 (2,3)	1 (5,6)	0 (0,0)	10 (10,1)
Een aantal keren per week	2 (18,2)	12 (37,5)	12 (27,9)	6 (33,3)	11 (26,8)	24 (24,1)
1x per week	2 (18,2)	8 (25,0)	10 (23,3)	2 (11,1)	8 (19,5)	21 (11,1)
1x per maand of minder	5 (45,5)	7 (21,9)	12 (27,9)	5 (27,8)	10 (24,4)	37 (37,2)
Niet van toepassing	2 (18,2)	3 (9,4)	5 (11,6)	3 (16,7)	6 (14,6)	3 (3,0)
Vorm van overleg ¹ (n (%))						
Mondeling, face-to-face	6 (66,7)	15 (51,7)	21 (48,8)	11 (73,3)	26 (74,3)	70 (60,3)
Telefonisch	5 (55,6)	14 (48,3)	19 (44,2)	7 (46,7)	12 (34,3)	32 (27,6)
Via e-mail	5 (55,6)	15 (51,7)	20 (46,5)	5 (33,3)	13 (37,1)	33 (28,4)

Overlegduur van in minuten per PAT (mediaan (IQR)) ³	7,5 (3,5-10,0)	5,0 (5,0-10,0)	5,0 (2,5-7,5)	5,0 (2,5-5,5)	7,5 (5,0-10,0)	5,0 (2,4-7,6)
Overlegduur voldoende (n (%))						
Ja	8 (88,9)	24 (82,8)	32 (84,2)	13 (100,0)	30 (96,8)	93 (92,1)
Tevredenheid over beschikbaarheid TA voor overleg (n (%))						
Zeer ontevreden	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ontevreden	0 (0,0)	7 (24,1) ⁴	7 (18,9) ⁴	0 (0,0)	1 (2,9) ⁴	1 (1,0) ⁴
Deels ontevreden, deels tevreden	2 (25,0)	4 (13,8) ⁴	6 (16,2) ⁴	0 (0,0)	2 (5,7) ⁴	11 (11,1) ⁴
Tevreden	4 (50,0)	10 (34,5)	14 (37,8)	6 (46,2)	12 (34,3)	41 (41,4)
Zeer tevreden	2 (25,0)	8 (27,6)	10 (27,0)	7 (53,8)	20 (57,1)	46 (46,4)
¹ Meerdere antwoorden mogelijk ² MH-exp/MH+ exp: $p \chi^2 (4) < 0,05$ ³ Bij mondeling of telefonisch overleg ⁴ Slechte bereikbaarheid TA. Niet terugbellen of mailen						

Tabel 35: Overleg tussen MH en TA volgens respondenten van de TA-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	TA			
n _{tot}	5	8	8	18
Overleg over een te verrichten voorbehouden handeling bij een PAT				
Frequentie overleg (n (%))				
Een aantal keren per dag	1 (20,0)	2 (25,0)	2 (25,0)	1 (5,6)
1x per dag	3 (60,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	3 (16,7)
Een aantal keren per week	0 (0,0)	4 (50,0)	3 (37,5)	5 (27,8)
1x per week	0 (0,0)	1 (12,5)	2 (25,0)	4 (22,2)
1x per maand of minder	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (5,6)
Niet van toepassing	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (22,2)
Vorm van overleg ¹ (n (%))				
Mondeling, face-to-face	5 (100,0)	8 (100,0)	8 (100,0)	17 (94,4)
Telefonisch	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	2 (11,1)
Via e-mail	0 (0,0)	2 (25,0)	1 (12,5)	0 (0,0)
Overlegduur in minuten per PAT (mediaan (IQR)) ²	5,0 (2,5-7,5)	5,0 (5,0-8,8)	5,0 (5,0-5,0)	5 (1,4-8,7)
Overlegduur voldoende (n (%))				
Ja	5 (100,0)	8 (100,0)	8 (100,0)	16 (88,9)
¹ Meerdere antwoorden mogelijk ² Bij mondeling of telefonisch overleg				

Tabel 36: Objectieve werkbelasting volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk	T0		T1	T2	T3	
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH	
n _{tot}	11	32	43	19	41	116
Werkuren per week (gemiddelde (sd))	27,6 (5,6)	31,7 (6,6)	30,6 (6,6)	34,3 (7,3)	31,5 (7,5)	32,9 (8,3)
Werkdagen per week (gemiddelde (sd))	3,6 (0,9)	4,0 (0,9)	3,9 (0,9)	4,2 (0,8)	4,0 (1,0)	4,2 (1,2)
Overwerk (indien geen zelfstandig ondernemer) ¹ (n (%))						
Bijna elke dag	1 (10,0)	2 (6,5)	3 (7,3)	1 (5,3)	5 (12,5)	4 (3,8)
Een aantal keren per week	0 (0,0)	2 (6,5)	2 (4,9)	1 (5,3)	1 (2,5)	9 (8,7)
Een aantal keren per maand	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (2,4)	1 (5,3)	6 (15,0)	5 (4,8)
(Bijna) nooit	0 (0,0)	8 (25,8)	8 (19,5)	5 (26,3)	11 (27,5)	26 (25,0)
Niet van toepassing	8 (80,0)	19 (61,3)	27 (65,9)	11 (57,9)	17 (42,5)	60 (57,7)
Overuren per week ^{1 2} (gemiddelde (sd))	1,5 (2,2)	1,5 (1,7)	1,5 (1,7)	0,8 (0,4)	2,4 (1,5)	2,4 (1,7)
Patiëntcontacten per week ¹ (mediaan (IQR))	35,0 (30,0-40,0)	39,0 (26,0-51,0)	36 (26,0-46,0)	45,0 (30,0-75,0)	40,0 (24,0-60,0)	40,0 (30,0-50,0)
Duur patiëntcontact in minuten ¹ (mediaan (IQR))	40,0 (30,0-45,0)	40,0 (30,0-45,0)	40,0 (32,5-47,5)	30,0 (30,0-40,0)	-	-

Duur eerste consult in minuten ¹ (mediaan (IQR))	-	-	-	42,5 (30,0-60,0)	45,0 (31,3-58,5)
Duur vervolgsconsult in minuten ¹ (mediaan (IQR))	-	-	-	25,0 (15,0-40,0)	30 (19,4-40,6)

- Niet van toepassing

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

² Overuren van respondenten die aangeven over te werken

Tabel 37: Objectieve werkbelasting volgens respondenten van de TA (KORT)-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3	T0	T1	T2	T3
	TA				TA KORT			
n _{tot}	5	8	8	18	26	14	18	95
Werkuren per week (gemiddelde (sd))	32,4 (5,3)	38,9 (7,8)	36,3 (6,5)	34,6 (7,6)	37,3 (9,1)	37,5 (8,1)	40,7 (7,5)	34,0 (7,8)
Werkdagen per week (gemiddelde (sd))	4,1 (0,2)	4,6 (0,8)	4,5 (0,5)	4,4 (8,2)	-	-	-	-
Overwerk (indien geen zelfstandig ondernemer) ¹ (n (%))								
Bijna elke dag	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	-	-	-	-
Een aantal keren per week	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (5,6)	-	-	-	-
Een aantal keren per maand	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	-	-	-	-
(Bijna) nooit	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,1)	-	-	-	-
Niet van toepassing	3 (60,0)	6 (85,7)	6 (100,0)	13 (72,7)	-	-	-	-
Overuren per week ¹ (mediaan (IQR))	²	²	²	²	-	-	-	-
Patiëntcontacten per week ¹ (mediaan (IQR))	160,0 (75-77,5)	90,0 (60,0-64,0)	65,0 (30,0-45,3)	45,0 (28,5-61,5)	-	-	-	-
Duur patiëntcontact in minuten ¹ (mediaan (IQR))	20,0 (15,0-15,0)	20,0 (15,0-15,0)	20,0 (10,0-20,0)	20,0 (12,5-27,5)	-	-	-	-

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

² n<5

Tabel 38: Objectieve werkbelasting volgens respondenten van de MZV-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	MZV			
n _{tot}	7	11	6	16
Werkuren per week (gemiddelde (sd))	28,4 (3,6)	30,9 (7,1)	34,6 (6,2)	31,8 (9,4)
Werkdagen per week (gemiddelde (sd))	3,9 (0,7)	3,9 (0,8)	4,5 (0,8)	4,2 (1,5)
Overwerk ¹ (indien geen zelfstandig ondernemer) (n (%))				
Bijna elke dag	1 (14,3)	3 (27,3)	0 (0,0)	5 (29,4)
Een aantal keren per week	1 (14,3)	2 (18,2)	2 (33,3)	2 (11,8)
Een aantal keren per maand	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (16,7)	4 (23,5)
(Bijna) nooit	4 (57,1)	6 (54,5)	3 (50,0)	5 (29,4)
Niet van toepassing	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Overuren per week ¹ (gemiddelde (sd))	²	²	²	7,6 (10,9)
Patiëntcontacten per week ¹ (mediaan (IQR))	30,0 (24,0-60,0)	43,0 (18,0-61,0)	75,0 (61,0-150,0)	50,0 (37,0-63,0)
Duur patiëntcontact in minuten ¹ (mediaan (IQR))	10,0 (3,0-20,0)	20,0 (10,0-30,0)	25,0 (8,8-30,0)	30,0 (28,1-31,8)

¹ Praktijk/organisatie waarin meeste uren gewerkt wordt

² n<5

Tabel 39: Tuchtrect analyse

Zoekterm:	Totaal aresultaten	Aantal resultaten na screening van samenvatting ¹	Aantal resultaten m.b.t. voorbehouden handelingen ²	Aantal resultaten m.b.t. toegankelijkheid van zorg ³	Aantal resultaten m.b.t. continuïteit van zorg ⁴
Mondhygiënist	11	11	-	-	6
Mondhygiëniste	18 (5 dubbel)	18	-	-	9
Geregistreerd mondhygiënist	2 (2 dubbel)	2	-	-	0
Geregistreerd mondhygiëniste	1 (1 dubbel)	1	-	-	0
Mondzorgkundige	0	0	-	-	0
Mondzorgverlener	1	1	--		0

¹ Criterium: zorgverlener (zoekwoord) bij het zorgproces betrokken

² Criterium: zorgproces met voorbehouden handelingen

³ Criterium: wachttijden, bereikbaarheid

⁴ Criterium: overdracht

Tabel 40: ICDAS Score volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk	T0			T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH	GMH
n _{tot}	11	32	43	19	41	116
ICDAS Score ^{1,2} (n (%)):						
0 ⁵	0 (0,0)	1 (7,7)	1 (2,4)	3 (20,0)	2 (8,0)	6 (10,2)
1 ⁶	0 (0,0)	3 (23,1)	3 (7,3)	2 (13,3)	5 (20,0)	12 (20,3)
2 ⁷	1 (100,0)	7 (53,8)	8 (19,5)	3 (20,0)	6 (24,0)	17 (28,8)
3 ⁸	1 (100,0)	11 (84,6)	12 (29,3)	5 (33,3)	15 (60,0)	36 (61,0) ⁴
4 ⁹	0 (0,0)	11 (84,6) ³	11 (26,8)	13 (86,7)	23 (92,0)	47 (79,9)
5 ¹⁰	0 (0,0)	4 (30,8)	4 (9,8)	13 (86,7)	16 (64,0)	36 (61,0) ⁴
6 ¹¹	0 (0,0)	1 (7,7)	1 (2,4)	7 (46,7)	10 (40,0)	15 (25,4)

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² Indien betrokken bij het prepareren/restaureren van primaire caviteiten

³ MH-exp/MH+exp: p χ^2 (1)<0,05

⁴ T0-T3: p χ^2 (3)<0,05

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

⁶ ICDAS Score 1 = Eerste visuele verandering in glazuur

⁷ ICDAS Score 2 = Waarneming visuele verandering in glazuur

⁸ ICDAS Score 3 = Gelokaliseerde glazuurcariës zonder zichtbaar dentine

⁹ ICDAS Score 4 = Donker doorschemerend dentine

¹⁰ ICDAS Score 5 = Waarneembare cariës met zichtbare dentine

¹¹ ICDAS Score 6 = Uitgebreide waarneembare cariës met zichtbare dentine

Tabel 41: Type röntgenfoto volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk	T0			T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH	GMH
n _{tot}	11	32	43	19	41	116
Maken van röntgenfoto's ¹²						
Type röntgenfoto ¹ (n (%))						
Solo-opname	4 (100,0)	14 (93,3)	18 (94,7)	19 (100,0)	32 (100,0)	77 (93,9)
Bitewing	4 (100,0)	15 (100,0)	19 (100,0)	18 (94,7)	29 (90,6)	80 (97,6)
Panorama foto (Orthopantomogram (OPG))	2 (50,0)	7 (46,7)	9 (47,4)	9 (47,7)	11 (34,4)	29 (35,4)
Laterale schedelfoto	0 (0,0)	2 (13,3)	2 (10,5)	1 (5,3)	0 (0,0)	4 (4,9)
Conebeam CT (CBCT)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)
Beoordelen van röntgenfoto's ¹³						
Type röntgenfoto ³ (n (%))						
Solo-opname	7 (100,0)	19 (100,0)	26 (100,0)	16 (84,2)	36 (92,3)	79 (94,0)
Bitewing	6 (85,7)	19 (100,0)	15 (96,2)	18 (94,7)	39 (100,0)	8 (95,2)

Panorama foto (Orthopantomogram (OPG))	6 (85,7)	12 (63,2)	18 (69,2)	8 (42,1)	20 (51,3)	34 (40,5) ⁴
Laterale schedelfoto	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	1 (1,2)
Conebeam CT (CBCT)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,6)	1 (1,2)

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² Indien betrokken bij het maken van röntgenfoto's

³ Indien betrokken bij het beoordelen van röntgenfoto's

⁴ T0-T3: $p \chi^2 (3) < 0,05$

Tabel 42: Verandering in patiëntencontacten of takenpakket volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Kenmerk	T0			T1	T2	T3
	MH-exp	MH+exp	MH	GMH	GMH	GMH
n_{tot}	11	32	43	19	41	116
Verwachte veranderingen in patiëntencontacten of takenpakket door zelfstandige bevoegdheid ^{1,2} (n (%))						
Geen verandering	2 (18,2)	17 (53,1) ³	19 (44,2)	15 (78,9)	20 (50,0)	40 (34,5)
Ik behandel minder PAT dan voorheen voor:	0 (0,0)	2 (6,3)	2 (4,7)	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (0,9)
Ik behandel meer PAT dan voorheen voor:	1 (9,1)	8 (25,0) ³	9 (20,9)	3 (15,8)	10 (25,0)	29 (25,0)
Ik verricht minder dan voorheen, de volgende handelingen bij PAT:	0 (0,0)	1 (3,1)	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)
Ik verricht meer dan voorheen, de volgende handelingen bij PAT:	2 (18,2)	14 (43,8)	16 (37,2)	2 (10,5) ⁶	14 (35,0)	34 (29,3)
Ik krijg meer dan voorheen, PAT doorverwezen van de TA	0 (0,0)	5 (15,6)	5 (11,6)	0 (0,0)	8 (20,0)	19 (16,4)
Er is meer dan voorheen een duidelijke afbakening tussen de takenpakketten van de MH, TA en MZV	2 (18,6)	4 (12,5)	6 (14,0)	0 (0,0)	6 (15,0)	22 (19,0)
Mijn patiëntcontacten duren langer dan voorheen	2 (18,2)	5 (15,6)	7 (16,3)	1 (5,3)	6 (15,0)	10 (8,6)
Mijn patiëntcontacten duren korter dan voorheen	0 (0,0)	2 (6,3)	2 (4,6)	0 (0,0)	3 (7,5)	2 (1,7)
Anders	1 (9,1)	4 (12,5)	5 (11,6)	0 (0,0)	3 (7,5)	6 (5,2)

- Niet van toepassing

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² Dit is de vraagstelling bij T1-T3; bij T0 is in de toekomstige tijd gesproken, bv "Ik zal minder dan voorheen, PAT behandelen voor:..."

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

Tabel 43: Verandering in patiëntencontacten of takenpakket volgens respondenten van de TA-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	TA			
n_{tot}	5	8	8	16
Verwachte veranderingen in patiëntencontacten of takenpakket door zelfstandige bevoegdheid ¹ (n (%))				
Geen verandering	3 (60,0)	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (50,0)
Ik behandel minder PAT dan voorheen voor:	1 (25,0)	0 (0,0)	5 (62,5)	3 (18,8)
Ik behandel meer PAT dan voorheen voor:	1 (25,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)
Ik verricht minder dan voorheen, de volgende handelingen bij PAT:	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (6,3)
Ik verricht meer dan voorheen, de volgende handelingen bij PAT:	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)

Ik verwijs meer dan voorheen PAT door naar de GMH	1 (25,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	3 (18,8)
Er is meer dan voorheen een duidelijke afbakening tussen de takenpakketten van de MH, TA en MZV	1 (25,0)	1 (12,5)	2 (25,0)	4 (25,0)
Mijn patiëntcontacten duren langer dan voorheen	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)
Mijn patiëntcontacten duren korter dan voorheen	1 (25,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (6,3)
Anders	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (12,5) ²	0 (0,0)

¹ Meerdere antwoorden mogelijk

² Dit is de vraagstelling bij T1-T3; bij T0 is in de toekomstige tijd gesproken, bv "Ik zal minder dan voorheen, PAT behandelen voor:..."

Tabel 44: Verandering takenpakket en patiëntencontact in patiëntencontacten of takenpakket volgens respondenten van de MZV-vragenlijst

Kenmerk	T0	T1	T2	T3
	MZV			
n _{tot}	7	11	6	17
Verwachte veranderingen in patiëntencontacten of takenpakket door zelfstandige bevoegdheid ¹ (n (%))				
Geen verandering	6 (85,7)	9 (90,0)	3 (50,0)	15 (88,2)
Ik verricht minder dan voorheen, de volgende handelingen bij PAT:	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7) ¹	0 (0,0)
Ik verricht meer dan voorheen, de volgende handelingen bij PAT:	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)
Er is meer dan voorheen een duidelijke afbakening tussen de takenpakketten van de MH, TA en MZV	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	1 (5,9)
Anders	1 (14,3)	1 (10,0)	2 (33,3)	1 (5,9)

¹ Dit is de vraagstelling bij T1-T3; bij T0 is in de toekomstige tijd gesproken, bv "Ik zal minder dan voorheen, de volgende handelingen bij PAT verrichten....."

Tabel 45: Persoonlijke kenmerken van respondenten van de MH KORT-vragenlijst

Kenmerk	T0			T1			T2			T3		
	MH-exp	MH+exp	GMH	MH-exp	MH+exp	GMH	MH-exp	MH+exp	GMH	MH-exp	MH+exp	GMH
n _{tot}	69	33	-	106	41	87	148	78	192	257	92	161
Opleiding (n (%))												
2-jarig	43 (62,3)	0 (0,0)	-	-	-	-	61 (41,2)	5 (6,5)	8 (4,2)	106 (41,2)	2 (2,2)	10 (6,2)
3-jarig	26 (37,7)	2 (6,1)	-	-	-	-	55 (37,2)	4 (5,2)	12 (6,3)	119 (46,3)	3 (3,3)	19 (11,8)
4-jarig	0 (0,0)	31 (93,9)	-	-	-	-	32 (21,6)	67 (87,0)	170 (88,5)	32 (12,5)	87 (94,6)	130 (80,7)
Opleiding in buitenland	0 (0,0)	0 (0,0)	-	-	-	-	0 (0,0)	1 (1,3)	2 (1,0)			2 (1,2)
Aanvullende scholing ¹ (n (%))												
Upgrading mondhygiënist Bachelor	0 (0,0)	5 (15,2) ³	-	-	-	-	7 (4,7)	15 (19,2)	25 (13,0)	2 (0,8)	29 (31,5)	48 (29,8)
Kindertandverzorging	6 (8,4)	4 (12,1)	-	-	-	-	20 (13,5)	11 (14,1)	32 (16,7)	28 (10,9)	15 (16,3)	38 (23,6)
Mondverzorging voor volwassenen	1 (1,4)	3 (9,1)	-	-	-	-	14 (9,5)	16 (20,5)	33 (17,2)	26 (10,1)	28 (30,4)	33 (20,5)
Behandelen van primaire caviteiten	6 (8,7)	3 (9,1)	-	-	-	-	30 (20,3)	28 (35,9)	56 (29,2)	41 (16,0)	35 (38,0)	61 (37,9)
Lokale anesthesie	31 (44,9)	5 (15,2) ³	-	-	-	-	71 (48,0)	36 (50,0)	67 (34,1)	163 (63,4)	40 (43,5)	70 (43,5)
Toezichhoudend Medewerker Stralingsbescherming	3 (4,3)	2 (6,1)	-	-	-	-	11 (7,4)	29 (37,2)	178 (92,7)	18 (7,0)	22 (23,9)	137 (85,1)
Andere relevante mondzorgscholing	4 (5,8)	0 (0,0)	-	-	-	-	11 (7,4)	4 (5,1)	7 (3,6)	25 (9,7)	6 (6,5)	6 (3,7)
Reden geen inschrijving in BIG-register ¹ (n (%))												
Ik voldoe niet aan de opleidingseisen,	-	-	-	-	-	-	116 (79,5)	0 (0,0)	-	233 (90,7)	5 (5,4)	-
maar zou <u>wel</u> met het Experiment willen meedoen	-	-	-	-	-	-	9 (27,3)	0 (0,0)	-	-	-	-
maar wil ook <u>niet</u> met het Experiment meedoen	-	-	-	-	-	-	24 (72,7)	0 (0,0)	-	-	-	-
Ik voldoe wel aan de opleidingseisen voor BIG-registratie, maar ik ga niet meedoen met het Experiment GMH	-	-	-	-	-	-	0 (0,0)	39 (50,6)	-	1 ((0,4)	34 (37,0)	-
Ik ben nu nog niet BIG-geregistreerd, maar ga dit wel binnen 1 jaar doen	-	-	-	-	-	-	5 (3,5)	33 (42,3)	-	4 (1,6)	25 (28,4)	-
Is niet noodzakelijk, in de praktijk indiceer en voer ik al voorbehouden handelingen zelfstandig uit	-	-	-	-	-	-	30 (20,8)	11 (14,1)	-	22 (8,9)	24 (27,3)	-
Andere reden	-	-	-	-	-	-	11 (7,6)	1 (1,3)	-	7 (2,8)	5 (5,7)	-
Type dienstverband ¹ (n (%))												
Zelfstandige (praktijkhouder)	35 (50,7)	5 (15,2) ³	-	48 (45,7)	10 (25,0)	30 (34,5)	50 (34,0)	13 (16,7)	56 (29,3)	123 (47,9)	21 (22,8)	44 (27,3)
Loondienst	27 (39,1)	19 (57,6)	-	44 (41,9)	15 (37,5)	30 (34,5)	74 (50,3)	42 (53,8)	82 (42,9)	98 (38,1)	49 (53,3)	62 (38,5)

ZZP op uurtariefbasis	3 (4,3)	0 (0,0)	-	2 (1,9)	0 (0,0)	8 (9,2)	2 (1,4)	4 (5,2)	9 (4,7)	8 (3,1)	1 (1,1)	15 (9,3)
ZZP op omzetbasis	7 (10,1)	10 (30,3) ³	-	21 (20,0)	18 (45,0)	32 (36,8)	29 (19,7)	21 (27,3)	69 (36,1)	45 (17,6)	30 (32,6)	60 (37,3)
Ander dienstverband	2 (2,9)	0 (0,0)	-	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,0)	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)

- Niet van toepassing/ niet gevraagd

1 Meerdere antwoorden mogelijk

2 MH-exp/MH+exp: p MW<0,05

3 MH-exp/MH+exp: p X2 (1)<0,05

Tabel 46: Bijdrage besluitvorming middelen en inzet volgens respondenten van de GMH-vragenlijst

Stellingen	T0																	
	MH-exp						MH+exp						MH					
	1	2	3	4	5	6	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)	1 (2,4)	8 (19,0)	10 (23,8)	15 (35,7)	4 (9,5)	4 (9,5)
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)	2 (4,7)	2 (4,7)	4 (9,3)	19 (44,2)	14 (32,6)	2 (4,7)
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)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (11,6)	24 (55,8)	11 (25,6)	3 (7,0)
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)	0 (0,0)	1 (2,3)	5 (11,6)	16 (37,2)	20 (46,5)	1 (2,3)
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)	1 (2,3)	0 (0,0)	6 (14,0)	20 (46,5)	12 (27,9)	4 (9,3)
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)	0 (0,0)	5 (11,6)	13 (30,2)	13 (30,2)	9 (20,9)	3 (7,0)
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)	4 (9,3)	11 (25,6)	6 (14,0)	11 (25,6)	6 (14,0)	5 (11,6)
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)	2 (4,7)	5 (11,6)	12 (27,9)	13 (30,2)	9 (20,9)	2 (4,7)
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)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,7)	25 (58,1)	16 (37,2)	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)	0 (0,0)	1 (2,3)	6 (14,0)	26 (60,5)	10 (23,3)	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)	2 (4,7)	2 (4,7)	7 (16,3)	26 (60,5)	6 (14,0)	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)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (16,3)	27 (62,8)	9 (20,9)	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 47: Bijdrage besluitvorming middelen en inzet volgens respondenten van de GMH-vragenlijst (vervolg)

Stellingen	T1						T2						T3					
	GMH																	
	1	2	3	4	5	6	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)	2 (11,1)	2 (11,1)	8 (44,4)	5 (27,8)	1 (5,6)	2 (5,0)	1 (2,5)	9 (22,5)	20 (50,0)	4 (10,0)	4 (10,0)	5 (5,1)	7 (7,1)	18 (18,2)	36 (36,4)	23 (23,2)	10 (10,1)
Ik kan meebepalen wat wel en wat niet tot mijn takenpakket behoort	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,1)	9 (50,0)	7 (38,9)	0 (0,0)	2 (5,0)	2 (5,0)	2 (5,0)	19 (47,5)	14 (35,0)	1 (2,5)	2 (2,0)	3 (3,0)	15 (15,2)	22 (22,2)	54 (54,5)	3 (3,0)
Ik kan meebeslissen over de wijze waarop het werk wordt gedaan	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	8 (44,4)	7 (38,9)	0 (0,0)	1 (2,5)	1 (2,5)	8 (20,0)	18 (45,0)	11 (27,5)	1 (2,5)	1 (1,0)	5 (5,1)	14 (14,3)	40 (40,8)	36 (36,7)	2 (2,0)
Ik kan (mee) bepalen hoe mijn agenda wordt ingedeeld	0 (0,0)	1 (5,9)	2 (11,8)	7 (41,2)	7 (41,2)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	5 (12,5)	15 (37,5)	18 (45,0)	1 (2,5)	3 (3,0)	0 (0,0)	7 (7,1)	30 (30,3)	55 (55,6)	4 (4,0)
Tijdens het werkoverleg heb ik inspraak bij besluiten die worden genomen	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	9 (50,0)	6 (33,3)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	10 (25,0)	14 (35,0)	12 (30,0)	3 (7,5)	2 (2,0)	0 (0,0)	12 (12,2)	34 (34,7)	36 (36,7)	14 (14,3)
Ik heb rechtstreeks invloed op beslissingen binnen de praktijk	1 (5,6)	0 (0,0)	4 (22,2)	6 (33,3)	6 (33,3)	1 (5,6)	1 (2,6)	0 (0,0)	10 (25,6)	16 (41,0)	10 (25,6)	2 (5,1)	4 (4,0)	5 (5,1)	22 (22,2)	31 (31,3)	36 (36,4)	1 (1,0)
Ik heb inbreng bij de werving en selectie van collega's	1 (5,6)	2 (11,1)	3 (16,7)	7 (38,9)	4 (22,2)	1 (5,6)	4 (10,3)	4 (10,3)	9 (23,1)	9 (23,1)	8 (20,5)	5 (12,8)	7 (7,1)	17 (17,3)	22 (22,4)	16 (16,3)	24 (24,5)	12 (12,2)
Ik kan meebeslissen over de aanschaf van nieuwe apparatuur	1 (5,6)	1 (5,6)	2 (11,1)	8 (44,4)	5 (27,8)	1 (5,6)	3 (7,5)	0 (0,0)	14 (35,0)	13 (32,5)	9 (22,5)	1 (2,5)	7 (7,1)	5 (5,1)	16 (16,2)	34 (34,3)	36 (36,4)	1 (1,0)
Ik heb de mogelijkheid om verbeterpunten aan te geven voor de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (61,1)	7 (38,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,0)	2 (5,0)	19 (47,5)	16 (40,0)	1 (2,5)	1 (1,0)	2 (2,0)	8 (8,1)	37 (37,4)	47 (47,5)	4 (4,0)

Ik heb invloed op mondzorgkundige vernieuwingen binnen de praktijk	1 (5,6)	0 (0,0)	3 (16,7)	7 (38,9)	7 (38,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	10 (25,0)	15 (37,5)	14 (35,0)	0 (0,0)	2 (2,0)	3 (3,1)	11 (11,2)	38 (38,8)	42 (42,9)	2 (2,0)
Ik kan meebeslissen over verwijzingen van PAT	1 (5,6)	0 (0,0)	4 (22,2)	7 (38,9)	5 (27,8)	1 (5,6)	0 (0,0)	2 (5,0)	5 (12,5)	20 (50,0)	12 (30,0)	1 (2,5)	3 (3,0)	3 (3,0)	11 (11,1)	38 (38,4)	40 (40,4)	4 (4,0)
Ik kan meebeslissen over een zorgplan	0 (0,0)	2 (11,1)	1 (5,6)	10 (55,6)	5 (27,8)	0 (0,0)	1 (2,5)	2 (5,0)	7 (17,5)	14 (35,0)	15 (37,5)	1 (2,5)	2 (2,0)	1 (1,0)	6 (6,1)	42 (42,4)	45 (45,5)	3 (3,0)

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 48: Bijdrage besluitvorming middelen en inzet volgens respondenten van de MZV-vragenlijst

Stellingen	T0						T1					
	MZV											
	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)	2 (33,3)	0 (0,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
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)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,2)	9 (81,8)	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)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,2)	9 (81,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
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)	1 (9,1)	0 (0,0)	4 (36,9)	4 (36,9)	2 (18,2)	0 (0,0)
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)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (27,3)	5 (45,5)	3 (27,3)	0 (0,0)
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)	1 (9,1)	1 (9,1)	1 (9,1)	5 (45,5)	2 (18,2)	1 (9,1)
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)	1 (9,1)	3 (27,3)	2 (18,2)	1 (9,1)	4 (36,4)	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)	1 (9,1)	2 (18,2)	1 (9,1)	5 (45,5)	2 (18,2)	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)	1 (20,0)	2 (18,2)	2 (18,2)	3 (27,3)	3 (27,3)	1 (9,1)

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)	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (9,1)	6 (54,5)	3 (27,3)	0 (0,0)
	1 Helemaal mee oneens		3 Deels mee oneens, deels mee eens					5 Helemaal mee eens				
	2 Mee oneens		4 Mee eens					6 Niet van toepassing				

Tabel 49: Bijdrage besluitvorming middelen en inzet volgens respondenten van de MZV-vragenlijst (vervolg)

Stellingen	T2						T3					
	MZV											
	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	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	1 (16,7)	2 (33,3)	1 (6,3)	2 (12,5)	5 (31,3)	5 (31,3)	1 (6,3)	0 (0,0)
Ik kan meebepalen wat wel en wat niet tot mijn takenpakket behoort	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	3 (18,8)	8 (50,0)	2 (12,5)	0 (0,0)
Ik kan meebeslissen over de wijze waarop het werk wordt gedaan	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	3 (50,0)	1 (17,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (37,5)	7 (43,8)	1 (6,3)	0 (0,0)
Ik kan (mee) bepalen hoe mijn agenda wordt ingedeeld	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	2 (33,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	1 (6,3)	1 (6,3)	4 (25,0)	5 (31,3)	2 (12,5)	0 (0,0)
Tijdens het werkoverleg heb ik inspraak bij besluiten die worden genomen	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	3 (50,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (43,8)	4 (25,0)	3 (18,8)	0 (0,0)
Ik heb rechtstreeks invloed op beslissingen binnen de praktijk	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	2 (33,3)	1 (6,3)	2 (12,5)	6 (37,5)	3 (18,8)	2 (12,5)	0 (0,0)
Ik heb inbreng bij de werving en selectie van collega's	1 (16,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	1 (16,7)	2 (12,5)	3 (18,8)	3 (18,8)	6 (37,5)	1 (6,3)	0 (0,0)
Ik kan meebeslissen over de aanschaf van nieuwe apparatuur	0 (0,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	2 (12,5)	1 (6,3)	5 (31,3)	4 (25,0)	2 (12,5)	0 (0,0)
Ik heb de mogelijkheid om verbeterpunten aan te geven voor de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	4 (66,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	10 (62,5)	4 (25,0)	0 (0,0)
Ik heb invloed op mondzorgkundige vernieuwingen binnen de praktijk	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	3 (50,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	2 (12,5)	6 (37,5)	4 (25,0)	2 (12,5)	0 (0,0)
	1 Helemaal mee oneens		3 Deels mee oneens, deels mee eens					5 Helemaal mee eens				
	2 Mee oneens		4 Mee eens					6 Niet van toepassing				

Tabel 50: Subjectieve werkbelasting: GMH

Stellingen	T0																	
	MH-exp						MH+exp						MH					
Mate van tevredenheid over:	1	2	3	4	5	6	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)	0 (0,0)	1 (2,4)	0 (0,0)	15 (35,7)	26 (61,9)	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)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (9,3)	25 (58,1)	14 (32,6)	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)	0 (0,0)	2 (4,7)	8 (18,6)	14 (32,6)	9 (20,9)	10 (23,3)
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)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (34,1)	13 (31,7)	14 (34,1)
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)	0 (0,0)	1 (2,3)	5 (11,6)	18 (41,9)	15 (34,9)	4 (9,3)
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)	0 (0,0)	2 (4,7)	8 (18,6)	24 (55,8)	6 (14,0)	3 (7,0)
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)	0 (0,0)	1 (2,3)	5 (11,6)	22 (51,2)	15 (34,9)	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)	0 (0,0)	1 (2,4)	2 (4,8)	23 (54,8)	15 (35,7)	1 (2,4)
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)	1 (2,3)	1 (2,3)	5 (11,6)	23 (53,5)	8 (18,6)	5 (11,6)
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)	2 (4,7)	7 (16,3)	9 (20,9)	20 (46,5)	5 (11,6)	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)	0 (0,0)	2 (4,8)	5 (11,9)	26 (61,9)	9 (21,4)	0 (0,0)
De mate waarin mij duidelijk is wat collegae 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)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (9,3)	35 (81,4)	3 (7,0)	1 (2,3)
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)	2 (4,7)	3 (7,0)	11 (25,6)	22 (51,2)	4 (9,3)	1 (2,3)
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)	0 (0,0)	1 (2,3)	7 (16,3)	28 (65,1)	7 (16,3)	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)	3 (7,0)	8 (18,6)	20 (46,5)	11 (25,6)	0 (0,0)	1 (2,3)

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 51: Subjectieve werkbelasting: GMH (vervolg)

Stellingen	T1						T2						T3					
	GMH																	
	1	2	3	4	5	6	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)	6 (33,3)	12 (66,7)	0 (0,0)	1 (2,6)	0 (0,0)	1 (2,6)	11 (28,2)	26 (66,7)	0 (0,0)	2 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	23 (21,9)	80 (76,2)	0 (0,0)
De hoeveelheid tijd die ik per PAT beschikbaar heb	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (22,2)	8 (44,4)	6 (33,3)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	4 (10,0)	16 (40,0)	19 (47,5)	0 (0,0)	2 (1,9)	1 (1,0)	10 (9,5)	34 (32,4)	58 (55,2)	0 (0,0)
De hoeveelheid overlegtijd die ik krijg van de TA met wie ik samenwerk	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	10 (55,6)	4 (22,2)	1 (5,6)	0 (0,0)	2 (5,0)	1 (2,5)	18 (45,0)	14 (35,0)	5 (12,5)	2 (1,9)	1 (1,0)	8 (7,6)	45 (42,9)	36 (34,3)	13 (12,4)
De mate van samenwerking tussen mij en de TA binnen de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (61,1)	5 (27,8)	2 (11,1)	0 (0,0)	2 (5,0)	1 (2,5)	12 (30,0)	18 (45,0)	7 (17,5)	2 (1,9)	1 (1,0)	5 (4,8)	32 (30,8)	44 (42,3)	20 (19,2)
De mate van samenwerking tussen mij en de overige medewerkers binnen de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (44,4)	9 (50,0)	1 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (7,5)	15 (37,5)	20 (50,0)	2 (5,0)	2 (1,9)	0 (0,0)	8 (7,6)	35 (33,3)	51 (48,6)	9 (8,6)
De organisatie en het management van de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (22,2)	10 (55,6)	3 (16,7)	1 (5,6)	0 (0,0)	6 (15,0)	7 (17,5)	16 (40,0)	10 (25,0)	1 (2,5)	3 (2,9)	1 (1,0)	12 (11,4)	39 (37,1)	42 (40,0)	8 (7,6)
De uitrusting en de faciliteiten, waarover ik beschik ¹	0 (0,0)	1 (5,6)	3 (16,7)	8 (44,4)	6 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	6 (15,0)	18 (45,0)	15 (37,5)	0 (0,0)	1 (1,0)	3 (2,9)	8 (7,6)	40 (38,1)	53 (50,5)	0 (0,0)
De mate van respect die ik van de PAT krijg	0 (0,0)	1 (5,9)	1 (5,9)	9 (52,9)	6 (35,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (7,5)	21 (52,5)	15 (37,5)	1 (2,5)	1 (1,0)	1 (1,0)	4 (3,8)	44 (41,9)	55 (52,4)	0 (0,0)
De hoogte van mijn salaris als MH	0 (0,0)	2 (11,1)	5 (27,8)	8 (44,4)	3 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	5 (12,5)	22 (55,0)	10 (25,0)	2 (5,0)	0 (0,0)	4 (3,8)	17 (16,2)	50 (47,6)	29 (27,6)	5 (4,8)
De hoeveelheid tijd die ik aan mijn privéleven kan besteden	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (22,2)	10 (55,6)	4 (22,2)	0 (0,0)	1 (2,5)	1 (2,5)	12 (30,0)	21 (52,5)	5 (12,5)	0 (0,0)	2 (1,9)	3 (2,9)	14 (13,3)	54 (51,4)	30 (28,6)	2 (1,9)
De mate waarin het werk mij uitdaagt te laten zien wat ik kan	1 (5,6)	0 (0,0)	3 (16,7)	10 (55,6)	4 (22,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	8 (20,0)	22 (55,0)	8 (20,0)	1 (2,5)	1 (1,0)	4 (3,8)	19 (18,1)	45 (42,9)	36 (34,3)	0 (0,0)
De mate waarin mij duidelijk is wat collegae van mij verwachten	0 (0,0)	1 (5,6)	3 (16,7)	11 (61,1)	3 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,0)	3 (7,5)	27 (67,5)	7 (17,5)	1 (2,5)	2 (1,9)	0 (0,0)	11 (10,5)	60 (57,1)	27 (25,7)	5 (4,8)
De hoeveelheid tijd die mijn werk mij kost	0 (0,0)	1 (5,6)	1 (5,6)	14 (77,8)	2 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,0)	7 (17,5)	27 (67,5)	4 (10,0)	0 (0,0)	3 (2,9)	1 (1,0)	15 (14,3)	62 (59,0)	23 (21,9)	1 (1,0)
De mogelijkheden om bij- en nascholing te kunnen volgen ¹	0 (0,0)	3 (16,7)	2 (11,1)	9 (50,0)	4 (22,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (10,0)	7 (17,5)	20 (50,0)	8 (20,0)	1 (2,5)	3 (2,9)	6 (5,7)	25 (23,8)	42 (40,0)	27 (25,7)	2 (1,9)
De informatie die een TA/andere mondzorgverlener aanlevert als deze een PAT naar mij doorverwijst	2 (11,1)	0 (0,0)	6 (33,3)	7 (38,9)	1 (5,6)	2 (11,1)	0 (0,0)	8 (20,0)	11 (27,5)	19 (47,5)	2 (5,0)	0 (0,0)	4 (3,8)	7 (6,7)	32 (30,8)	45 (43,3)	16 (15,4)	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 52: Subjectieve werkbelasting: TA

Stellingen	T0						T1					
	TA											
	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)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)	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)	0 (0,0)	6 (75,0)	2 (25,0)	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)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	5 (62,5)	1 (12,5)	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)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	5 (62,5)	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)	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50,0)	0 (0,0)
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 (12,5)	1 (12,5)	4 (50,0)	2 (25,0)	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 (12,5)	1 (12,5)	6 (75,0)	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 (12,5)	3 (37,5)	4 (50,0)	0 (0,0)
De hoogte van mijn salaris als TA	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	3 (37,5)	3 (37,5)	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)	2 (25,0)	2 (25,0)	3 (37,5)	1 (12,5)	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)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (75,0)	1 (12,5)	0 (0,0)
De mate waarin mij duidelijk is wat collegae van mij verwachten	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	2 (25,0)	3 (37,5)	2 (25,0)	0 (0,0)
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)	2 (25,0)	2 (25,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

1 Zeer ontevreden
 2 Ontevreden

3 Deels ontevreden, deels tevreden
 4 Tevreden

5 Zeer tevreden
 6 Niet van toepassing

Tabel 53: Subjectieve werkbelasting: TA (vervolg)

Stellingen Mate van tevredenheid over:	T2						T3					
	TA											
	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 (50,0)	4 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	5 (27,8)	12 (66,7)	0 (0,0)
De hoeveelheid tijd die ik per PAT beschikbaar heb	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (75,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	10 (55,6)	5 (27,8)	0 (0,0)
De hoeveelheid overlegtijd die ik aan de MH met wie ik samenwerk kan geven	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	3 (37,5)	4 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (22,2)	11 (61,1)	3 (16,7)	0 (0,0)
De mate van samenwerking tussen mij en de MH binnen de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	7 (87,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	4 (22,2)	13 (72,2)	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)	1 (12,5)	7 (87,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	8 (44,4)	9 (50,0)	0 (0,0)
De organisatie en het management van de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	6 (75,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	3 (16,7)	11 (61,1)	3 (16,7)	0 (0,0)
De uitrusting en de faciliteiten, waarover ik beschik	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	5 (62,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	9 (50,0)	8 (44,4)	0 (0,0)
De mate van respect die ik van de PAT krijg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (62,5)	3 (37,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,1)	7 (38,9)	9 (50,0)	0 (0,0)
De hoogte van mijn salaris als TA	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	4 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	11 (61,1)	5 (27,8)	0 (0,0)
De hoeveelheid tijd die ik aan mijn privéleven kan besteden	0 (0,0)	1 (12,5)	2 (25,0)	3 (37,5)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (33,3)	2 (11,1)	6 (33,3)	3 (16,7)	0 (0,0)
De mate waarin het werk mij uitdaagt te laten zien wat ik kan	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	5 (62,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,1)	10 (55,6)	6 (33,3)	0 (0,0)
De mate waarin mij duidelijk is wat collegae van mij verwachten	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (75,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	13 (72,2)	2 (11,1)	0 (0,0)
De hoeveelheid tijd die mijn werk mij kost	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	4 (50,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (16,7)	4 (22,2)	9 (50,0)	2 (11,1)	0 (0,0)

1 Zeer ontevreden
2 Ontevreden

3 Deels ontevreden, deels tevreden
4 Tevreden

5 Zeer tevreden
6 Niet van toepassing

Tabel 54: Subjectieve werkbelasting: MZV

Stellingen	T0						T1					
	MZV											
Mate van tevredenheid over:	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 (14,3)	0 (0,0)	6 (85,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (36,4)	7 (63,6)	3 (50,0)
De hoeveelheid tijd die ik per PAT beschikbaar heb	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (42,9)	3 (42,9)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,1)	2 (18,2)	4 (36,4)	4 (36,4)	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)	1 (9,1)	2 (18,2)	3 (27,3)	4 (36,4)	1 (9,1)
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)	0 (0,0)	5 (45,5)	6 (54,5)	0 (0,0)
De mate van samenwerking tussen mij en de MH binnen de praktijk	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (42,9)	3 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (36,4)	7 (63,6)	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)	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (36,4)	7 (63,6)	0 (0,0)
De organisatie en het management van de praktijk	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	4 (57,1)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (36,4)	3 (27,3)	4 (36,4)	0 (0,0)
De uitrusting en de faciliteiten, waarover ik beschik	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	4 (57,1)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,1)	6 (54,5)	4 (36,4)	0 (0,0)
De mate van respect die ik van de PAT krijg	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	5 (71,4)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (63,6)	4 (36,4)	0 (0,0)
De hoogte van mijn salaris als MZV	1 (14,3)	1 (14,3)	2 (28,6)	3 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (36,4)	1 (9,1)	3 (27,3)	3 (27,3)	0 (0,0)
De hoeveelheid tijd die ik aan mijn privéleven kan besteden	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (71,4)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,1)	3 (27,3)	5 (45,5)	2 (18,2)	0 (0,0)
De mate waarin het werk mij uitdaagt te laten zien wat ik kan	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (57,1)	3 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,2)	6 (54,5)	3 (27,3)	0 (0,0)
De mate waarin mij duidelijk is wat collegae van mij verwachten	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	3 (42,9)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (9,1)	7 (63,6)	3 (27,3)	0 (0,0)
De hoeveelheid tijd die mijn werk mij kost	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	6 (85,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (18,2)	7 (63,6)	2 (18,2)	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)	2 (18,2)	0 (0,0)	2 (18,2)	3 (27,3)	4 (36,4)	0 (0,0)

1 Zeer ontevreden

2 Ontevreden

3 Deels ontevreden, deels tevreden

4 Tevreden

5 Zeer tevreden

6 Niet van toepassing

Tabel 55: Subjectieve werkbelasting: MZV (vervolg)

Stellingen	T2						T3					
	MZV											
Mate van tevredenheid over:	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)	2 (33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (52,9)	6 (35,3)	1 (5,9)
De hoeveelheid tijd die ik per PAT beschikbaar heb	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (16,7)	2 (33,3)	2 (33,3)	0 (0,0)	2 (11,8)	2 (11,8)	7 (41,2)	4 (23,5)	1 (5,9)
De hoeveelheid overlegtijd die ik krijg van de TA met wie ik samenwerk	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	2 (33,3)	2 (33,3)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (17,6)	8 (47,1)	6 (35,3)	0 (0,0)
De mate van samenwerking tussen mij en de TA binnen de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	3 (50,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (50,0)	8 (50,0)	0 (0,0)
De mate van samenwerking tussen mij en de MH binnen de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (50,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (50,0)	6 (37,5)	0 (0,0)
De mate van samenwerking tussen mij en de overige medewerkers binnen de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	7 (41,2)	9 (52,9)	0 (0,0)
De organisatie en het management van de praktijk	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	2 (33,3)	3 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (29,4)	7 (41,2)	5 (29,4)	0 (0,0)
De uitrusting en de faciliteiten, waarover ik beschik	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	8 (47,1)	7 (41,2)	0 (0,0)
De mate van respect die ik van de PAT krijg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (66,7)	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,8)	11 (64,7)	3 (17,6)	1 (5,9)
De hoogte van mijn salaris als MZV	0 (0,0)	2 (33,3)	1 (16,7)	3 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	4 (23,5)	2 (11,8)	7 (41,2)	2 (11,8)	0 (0,0)
De hoeveelheid tijd die ik aan mijn privéleven kan besteden	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (23,5)	10 (58,8)	2 (11,8)	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)	6 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (17,6)	12 (70,6)	2 (11,8)	0 (0,0)
De mate waarin mij duidelijk is wat collegae van mij verwachten	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	11 (64,7)	5 (29,4)	0 (0,0)
De hoeveelheid tijd die mijn werk mij kost	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	3 (17,6)	11 (64,7)	2 (11,8)	0 (0,0)
De mogelijkheden om bij- en nascholing te kunnen volgen	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	3 (50,0)	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (18,8)	10 (62,5)	3 (18,8)	0 (0,0)

1 Zeer ontevreden
2 Ontevreden

3 Deels ontevreden, deels tevreden
4 Tevreden

5 Zeer tevreden
6 Niet van toepassing

Tabel 56: Gebruik voorbehouden handelingen en procedures en redenen voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid: GMH

Stellingen	TO																	
	MH-exp						MH+exp						MH					
	1	2	3	4	5	6	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)	1 (2,3)	1 (2,3)	5 (11,6)	16 (37,2)	19 (44,2)	1 (2,3)
De lijst van beschreven voorbehouden handelingen waarvoor een zelfstandige bevoegdheid geldt 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)	10 (23,3)	18 (41,9)	7 (16,3)	4 (9,3)	2 (4,7)	2 (4,7)
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)	2 (4,7)	8 (18,6)	9 (20,9)	16 (37,2)	6 (14,0)	2 (4,7)
Redenen 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,)	2 (4,7)	1 (2,3)	8 (18,6)	10 (23,3)	19 (44,2)	3 (7,0)
De tijdelijke zelfstandige bevoegdheid t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen is een verbetering 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)	1 (2,3)	0 (0,0)	3 (7,0)	14 (32,6)	25 (58,1)	0 (0,0)
De tijdelijke zelfstandige bevoegdheid 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)	0 (0,0)	1 (2,3)	4 (9,3)	14 (32,6)	24 (55,8)	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)	1 (2,3)	2 (4,7)	6 (14,0)	19 (44,2)	13 (30,2)	2 (4,7)
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)	1 (2,4)	10 (23,8)	13 (31,0)	12 (28,6)	3 (7,1)	3 (7,1)

De taakverdeling tussen TA en mij als GMH 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)	1 (2,3)	10 (23,3)	10 (23,3)	17 (39,5)	3 (7,0)	2 (4,7)
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 (2,3)	2 (4,7)	11 (25,6)	17 (39,5)	8 (18,6)	4 (9,3)

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 57: Gebruik voorbehouden handelingen en procedures en redenen voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid: GMH (vervolg)

Stellingen	T1						T2						T3					
	GMH																	
	1	2	3	4	5	6	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	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (55,6)	8 (44,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,0)	16 (40,0)	22 (50,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (1,0)	5 (5,1)	22 (22,2)	68 (68,7)	2 (2,0)
De lijst van beschreven voorbehouden handelingen waarvoor een zelfstandige bevoegdheid geldt is niet toereikend voor mijn werksituatie	3 (17,6)	7 (41,2)	1 (5,9)	3 (17,6)	22 (11,8)	1 (5,9)	9 (23,1)	15 (38,5)	10 (25,6)	2 (5,1)	3 (7,7)	0 (0,0)	31 (31,6)	28 (28,6)	18 (18,4)	8 (8,2)	3 (3,1)	10 (10,2)
Ik wil voor bepaalde voorbehouden handelingen kunnen terugvallen op een TA	0 (0,0)	3 (16,7)	6 (33,3)	7 (38,9)	2 (11,1)	0 (0,0)	1 (2,5)	5 (12,5)	12 (30,0)	17 (42,5)	5 (12,5)	0 (0,0)	11 (11,1)	9 (9,1)	32 (32,3)	23 (23,2)	20 (20,2)	4 (4,0)
Redenen 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	0 (0,0)	1 (5,6)	0 (0,0)	10 (55,6)	7 (38,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	2 (5,0)	10 (25,0)	27 (67,5)	0 (0,0)	2 (2,0)	1 (1,0)	6 (6,1)	26 (26,5)	63 (64,3)	0 (0,0)
De tijdelijke zelfstandige bevoegdheid t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen is een verbetering ten opzichte van eerdere regelgeving	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (33,3)	12 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	14 (35,0)	25 (62,5)	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	4 (4,0)	14 (14,1)	78 (78,8)	2 (2,0)
De tijdelijke zelfstandige bevoegdheid t.a.v. een aantal voorbehouden	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (33,3)	11 (61,1)	1 (5,6)	0 (0,0)	1 (2,5)	3 (7,5)	14 (35,0)	22 (55,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	2 (2,0)	9 (9,1)	17 (17,2)	68 (68,7)	2 (2,0)

handelingen sluit goed aan op de praktijk																		
Mijn vaardigheden om de voorbehouden handelingen binnen mijn vakgebied te verrichten zijn uitstekend	0 (0,0)	1 (5,6)	1 (5,6)	10 (55,6)	6 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (10,0)	18 (45,0)	18 (45,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	11 (11,1)	39 (39,4)	47 (47,5)	1 (1,0)
De formele verantwoordelijkheden om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten zijn (nog) niet goed vastgelegd	4 (23,5)	5 (29,4)	5 (29,4)	2 (11,8)	0 (0,0)	1 (5,9)	5 (12,5)	15 (37,5)	10 (25,0)	8 (20,0)	2 (5,0)	0 (0,0)	13 (13,3)	33 (33,7)	29 (29,6)	14 (14,3)	6 (6,1)	3 (3,1)
De taakverdeling tussen TA en mij als MH met betrekking tot voorbehouden handelingen is (nog) niet goed vastgelegd	3 (16,7)	7 (38,9)	5 (27,8)	3 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (15,0)	15 (37,5)	11 (27,5)	7 (17,5)	0 (0,0)	1 (2,5)	15 (15,3)	26 (26,5)	23 (23,5)	22 (22,4)	6 (6,1)	6 (6,1)
De zelfstandige bevoegdheid t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen, wordt door iedereen binnen het behandelteam/ samenwerkingsverband aanvaard ¹	1 (5,6)	0 (0,0)	3 (16,7)	7 (38,9)	7 (38,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (10,0)	5 (12,5)	17 (42,5)	12 (30,0)	2 (5,0)	0 (0,0)	5 (5,1)	15 (15,2)	31 (31,3)	40 (40,4)	8 (8,1)
	1 Helemaal mee oneens			3 Deels mee oneens, deels mee eens						5 Helemaal mee eens								
	2 Mee oneens			4 Mee eens						6 Niet van toepassing								

Tabel 58: Gebruik voorbehouden handelingen en procedures en redenen voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid: TA

Stellingen	T0						T1					
	TA											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Gebruik voorbehouden handelingen en procedures												
De GMH 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)	0 (0,0)	1 (12,5)	6 (75,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)
De lijst van beschreven voorbehouden waarvoor een zelfstandige bevoegdheid geldt is niet toereikend voor de werksituatie van de GMH	1 (20,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	3 (37,5)	2 (25,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Redenen voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid												
De tijdelijke zelfstandige bevoegdheid t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen is een verbetering ten opzichte van eerdere regelgeving	0 (0,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	0 (0,0)	3 (37,5)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)
De tijdelijke zelfstandige bevoegdheid t.a.v. een aantal voorbehouden	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	2 (25,0)	2 (25,0)	3 (37,5)	0 (0,0)	0 (0,0)

handelingen sluit goed aan op de praktijk												
De vaardigheden van de GMH 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)	0 (0,0)	1 (12,5)	4 (50,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	1 (12,5)
De formele verantwoordelijkheden om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten zijn (nog) niet goed vastgelegd voor de GMH	1 (20,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	2 (25,0)	2 (25,0)	2 (25,0)	0 (0,0)
De taakverdeling tussen mij als TA en de GMH 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)	0 (0,0)	2 (25,0)	3 (37,5)	2 (25,0)	0 (0,0)	1 (12,5)
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)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	3 (37,5)	2 (25,0)	0 (0,0)
	1 Helemaal mee oneens		3 Deels mee oneens, deels mee eens				5 Helemaal mee eens					
	2 Mee oneens		4 Mee eens				6 Niet van toepassing					

Tabel 59: Gebruik voorbehouden handelingen en procedures en redenen voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid: TA (vervolg)

Stellingen	T2						T3					
	TA											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Gebruik voorbehouden handelingen en procedures												
De GMH is uitstekend in staat om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (62,5)	3 (37,5)	0 (0,0)	1 (6,3)	0 (0,0)	6 (37,5)	5 (31,3)	4 (25,0)	0 (0,0)
De lijst van beschreven voorbehouden waarvoor een zelfstandige bevoegdheid geldt is niet toereikend voor de werksituatie van de GMH	0 (0,0)	4 (50,0)	3 (37,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	4 (25,0)	9 (56,3)	2 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)
Redenen voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid												
De tijdelijke zelfstandige bevoegdheid t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen is een verbetering ten opzichte van eerdere regelgeving	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (50,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (18,8)	7 (43,8)	3 (18,8)	3 (18,8)	0 (0,0)
De tijdelijke zelfstandige bevoegdheid t.a.v. een aantal voorbehouden	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	2 (25,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	1 (6,3)	6 (37,5)	5 (31,3)	3 (18,8)	0 (0,0)

handelingen sluit goed aan op de praktijk												
De vaardigheden van de GMH om de voorbehouden handelingen binnen zijn/haar vakgebied te verrichten zijn uitstekend	1 (12,5)	0 (0,0)	2 (25,0)	5 (62,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	4 (25,0)	7 (43,8)	4 (25,0)	0 (0,0)
De formele verantwoordelijkheden om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten zijn (nog) niet goed vastgelegd voor de GMH	3 (37,5)	3 (37,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (18,8)	5 (31,3)	5 (31,3)	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	3 (37,5)	4 (50,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	9 (56,3)	3 (18,8)	1 (6,3)	1 (6,3)	0 (0,0)
De zelfstandige bevoegdheid van de GMH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen, wordt door iedereen binnen het behandelteam/samenwerkingsverband aanvaard	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	2 (25,0)	5 (62,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	4 (25,0)	6 (37,5)	5 (31,3)	0 (0,0)
	1	2	3	4	5	6		5	6			
	Helemaal mee oneens		Deels mee oneens, deels mee eens				Helemaal mee eens					
	Mee oneens		Mee eens				Niet van toepassing					

Tabel 60: Gebruik voorbehouden handelingen en procedures en redenen voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid: TA KORT

Stellingen	T0						T1					
	TA KORT											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Gebruik voorbehouden handelingen en procedures												
De GMH is uitstekend in staat om op eigen indicatie voorbehouden handelingen te verrichten	7 (28,0)	6 (24,0)	6 (24,0)	4 (16,0)	2 (8,0)	0 (0,0)	3 (25,0)	1 (8,3)	6 (50,0)	0 (0,0)	2 (16,7)	0 (0,0)
Redenen voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid												
De vaardigheden van de GMH om de voorbehouden handelingen binnen zijn/haar vakgebied te verrichten zijn uitstekend	5 (20,0)	6 (24,0)	8 (32,0)	4 (16,0)	2 (8,0)	0 (0,0)	3 (27,3)	1 (9,1)	6 (54,5)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
De taakverdeling tussen mij als TA en de GMH met betrekking tot voorbehouden handelingen is <i>niet</i> goed vastgelegd	4 (16,0)	11 (44,0)	2 (8,0)	4 (16,0)	3 (12,0)	1 (4,0)	2 (16,7)	4 (33,3)	3 (25,0)	1 (8,3)	2 (16,7)	0 (0,0)
De zelfstandige bevoegdheid van de GMH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen, wordt door iedereen	3 (12,5)	4 (16,7)	4 (16,7)	6 (25,0)	3 (12,5)	4 (16,7)	4 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	0 (0,0)	1 (12,5)

binnen het behandelteam/ samenwerkingsverband aanvaard													
1 Helemaal mee oneens	5	3	Deels mee oneens, deels mee eens	5	Helemaal mee eens	6	Niet van toepassing						
2 Mee oneens		4	Mee eens										

Tabel 61: Gebruik voorbehouden handelingen en procedures en redenen voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid: TA KORT (vervolg)

Stellingen	T2						T3					
	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	7 (41,2)	4 (23,5)	4 (23,5)	1 (5,9)	0 (0,0)	1 (5,9)	8 (20,0)	5 (12,5)	17 (42,5)	5 (12,5)	5 (12,5)	0 (0,0)
Reden voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid												
De vaardigheden van de MH om de voorbehouden handelingen binnen zijn/haar vakgebied te verrichten zijn uitstekend	3 (37,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	2 (25,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	8 (20,0)	8 (20,0)	12 (30,0)	7 (17,5)	4 (10,0)	1 (2,5)
De taakverdeling tussen mij als TA en de MH met betrekking tot voorbehouden handelingen is <i>niet goed</i> vastgelegd	1 (12,5)	3 (37,5)	2 (25,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	2 (5,1)	15 (38,5)	5 (12,8)	7 (17,9)	10 (25,6)	0 (0,0)
De zelfstandige bevoegdheid van de MH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen, wordt door iedereen binnen het behandelteam/samenwerkingsverband aanvaard	4 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	0 (0,0)	1 (12,5)	3 (7,7)	8 (20,5)	9 (23,1)	8 (20,5)	5 (12,8)	6 (15,4)
1 Helemaal mee oneens	5	3	Deels mee oneens, deels mee eens	5	Helemaal mee eens	6	Niet van toepassing					
2 Mee oneens		4	Mee eens									

Tabel 62: Gebruik voorbehouden handelingen en procedures en redenen voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid: MZV

Stellingen	T0						T1					
	MZV											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Redenen voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid												
De taakverdeling tussen mij als MZV en de andere MZV is (nog) niet goed vastgelegd	1 (14,3)	4 (57,1)	1 (14,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (40,0)	5 (50,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

De taakverdeling tussen mij als MZV en de GMH is (nog) niet goed vastgelegd	1 (14,3)	4 (57,1)	1 (14,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (40,0)	5 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)
	1 Helemaal mee oneens		3 Deels mee oneens, deels mee eens					5 Helemaal mee eens				
	2 Mee oneens		4 Mee eens					6 Niet van toepassing				

Tabel 63: Gebruik voorbehouden handelingen en procedures en reden voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid: MZV (vervolg)

Stellingen	T2						T3					
	MZV											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Reden voor wel/geen gebruik zelfstandige bevoegdheid												
De taakverdeling tussen mij als MZV en de andere MZV is (nog) niet goed vastgelegd	2 (33,3)	3 (50,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (60,0)	1 (6,7)	0 (0,0)	1 (6,7)	4 (26,7)
De taakverdeling tussen mij als MZV en de GMH is (nog) niet goed vastgelegd	3 (50,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (18,8)	7 (43,8)	1 (6,3)	0 (0,0)	1 (6,3)	4 (25,0)
	1 Helemaal mee oneens		3 Deels mee oneens, deels mee eens					5 Helemaal mee eens				
	2 Mee oneens		4 Mee eens					6 Niet van toepassing				

Tabel 64: Ervaren tevredenheid over toegankelijkheid: PAT

Stellingen Mate van tevredenheid over:	T0						T1					
	PAT											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
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)	6 (14,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (12,2)	30 (73,2)	0 (0,0)
De tijd tussen het maken van de afspraak en het bezoek aan de GMH	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	4 (22,2)	11 (61,1)	2 (11,1)	4 (9,8)	1 (2,4)	1 (2,4)	6 (14,6)	29 (70,7)	0 (0,0)
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)	2 (5,0)	0 (0,0)	2 (5,0)	9 (22,5)	25 (62,5)	2 (5,0)
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)	4 (10,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	10 (25,0)	25 (62,5)	0 (0,0)
De telefonische bereikbaarheid van de praktijk	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (36,8)	10 (52,6)	1 (5,3)	5 (12,2)	1 (2,4)	2 (4,9)	11 (26,8)	21 (51,2)	1 (2,4)
	1 Zeer ontevreden		3 Deels ontevreden, deels tevreden					5 Zeer tevreden				
	2 Ontevreden		4 Tevreden					6 Niet van toepassing				

Tabel 65: Ervaren tevredenheid over toegankelijkheid: PAT (vervolg)

Stellingen Mate van tevredenheid over:	T2						T3					
	PAT											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Het contact met betrekking tot het maken van een afspraak bij de GMH	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (13,0)	20 (87,0)	0 (0,0)	4 (10,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,7)	30 (81,1)	2 (5,4)
De tijd tussen het maken van de afspraak en het bezoek aan de GMH	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (26,1)	17 (73,9)	0 (0,0)	3 (8,1)	0 (0,0)	1 (2,7)	7 (18,9)	25 (67,6)	1 (2,7)
De lengte van de wachttijd in de wachtkamer	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,3)	4 (17,4)	18 (78,3)	0 (0,0)	3 (8,1)	0 (0,0)	1 (2,7)	11 (29,7)	21 (56,8)	1 (2,7)
De bereikbaarheid van de praktijk (afstand, routebeschrijving, openbaar vervoer, parkeermogelijkheden)	1 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (21,7)	17 (73,9)	0 (0,0)	2 (5,4)	0 (0,0)	1 (2,7)	6 (16,2)	26 (70,3)	2 (5,4)
De telefonische bereikbaarheid van de praktijk	1 (4,3)	0 (0,0)	1 (4,3)	6 (26,1)	14 (60,9)	1 (4,3)	2 (5,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (29,7)	20 (54,1)	4 (10,8)

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

Tabel 66: Ervaren patiëntgerichtheid: PAT

Stellingen	T0						T1					
	PAT											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
De GMH 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)	1 (2,5)	1 (2,5)	0 (0,0)	3 (7,5)	5 (12,5)	30 (75,0)
De GMH 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)	1 (2,5)	2 (5,0)	0 (0,0)	4 (10,0)	7 (17,5)	28 (65,0)
De GMH 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)	1 (2,5)	0 (0,0)	1 (2,5)	15 (37,5)	14 (35,0)	9 (22,5)
De GMH 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)	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (35,0)	16 (40,0)	9 (22,5)
De GMH hielp me alle informatie te begrijpen	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (26,3)	10 (52,6)	4 (21,1)	1 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (17,5)	28 (70,0)	4 (10,0)

De GMH 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)	2 (5,0)	0 (0,0)	1 (2,5)	8 (20,0)	18 (45,0)	11 (27,5)
De GMH 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)	3 (7,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (25,0)	11 (27,5)	16 (40,0)
De GMH en ik kozen een behandeling samen	1 (5,3)	2 (10,5)	0 (0,0)	6 (31,6)	2 (10,5)	8 (42,1)	1 (2,6)	1 (2,6)	2 (5,1)	13 (33,3)	11 (28,2)	11 (28,2)
De GMH 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)	1 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	15 (36,6)	17 (41,5)	8 (19,5)
De GMH 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)	1 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (14,6)	32 (78,0)	2 (4,9)
De GMH 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)	1 (2,4)	1 (2,4)	0 (0,0)	16 (39,0)	18 (43,9)	5 (12,2)
De GMH beantwoordde mijn vragen naar tevredenheid	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (44,4)	8 (44,4)	2 (11,1)	1 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (26,8)	28 (68,3)	1 (2,4)

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 67: Ervaren patiëntgerichtheid: PAT (vervolg)

Stellingen	T2						T3					
	PAT											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
De GMH besprak met mij dat ik voor de behandeling doorverwezen zou worden naar een andere mondzorgverlener	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,3)	3 (13,0)	19 (82,6)	0 (0,0)	1 (2,7)	1 (2,7)	2 (5,4)	9 (24,3)	24 (64,9)
De GMH vroeg me welke mondzorgverlener mijn voorkeur had	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (13,0)	1 (4,3)	19 (82,6)	1 (2,7)	1 (2,7)	2 (5,4)	3 (8,1)	8 (21,6)	22 (59,5)
De GMH vertelde dat er verschillende opties waren voor de behandeling	1 (4,3)	2 (8,7)	2 (8,7)	5 (21,7)	6 (26,1)	7 (30,4)	1 (2,7)	1 (2,7)	0 (0,0)	11 (29,7)	17 (45,9)	7 (18,9)
De GMH vertelde precies wat de voor- en nadelen van de behandelmogelijkheden waren	1 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (30,4)	10 (43,5)	5 (21,7)	1 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (24,3)	22 (59,5)	5 (13,5)
De GMH hielp me alle informatie te begrijpen	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (21,7)	15 (65,2)	3 (13,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (10,8)	29 (78,4)	4 (10,8)

De GMH vroeg me welke behandelmogelijkheid mijn voorkeur had	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (8,7)	13 (56,5)	8 (34,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,7)	5 (13,5)	22 (59,5)	9 (24,3)
De GMH en ik hebben verschillende behandelmogelijkheden grondig afgewogen	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (13,0)	12 (52,2)	8 (34,8)	1 (2,7)	0 (0,0)	2 (5,4)	7 (18,9)	16 (43,2)	11 (29,7)
De GMH en ik kozen een behandeling samen	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (17,4)	10 (43,5)	9 (39,1)	2 (5,4)	0 (0,0)	4 (10,8)	7 (18,9)	17 (45,9)	7 (18,9)
De GMH en ik kwamen overeen hoe verder te gaan in de behandeling	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (21,7)	11 (47,8)	7 (30,4)	1 (2,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (21,6)	22 (59,5)	6 (16,2)
De GMH legde tijdens de behandeling uit wat hij/zij ging doen	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (26,1)	16 (69,6)	1 (4,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (8,1)	33 (89,2)	1 (2,7)
De GMH gaf aan wat het resultaat van de behandeling zou zijn	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (17,4)	16 (69,6)	3 (13,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (16,2)	28 (75,7)	3 (8,1)
De GMH beantwoordde mijn vragen naar tevredenheid	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (13,0)	19 (82,6)	1 (4,3)	2 (5,6)	2 (5,6)	0 (0,0)	2 (5,6)	29 (80,6)	1 (2,8)

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 68: Ervaren effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg: GMH

Stellingen, door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan MH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen:	TO																	
	MH-exp						MH+exp						MH					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Kwaliteit van zorg*																		
Is 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)	1 (2,3)	1 (2,3)	4 (9,3)	18 (41,9)	19 (44,2)	0 (0,0)
Is 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)	1 (2,3)	3 (7,0)	10 (23,3)	13 (30,2)	16 (37,2)	0 (0,0)
Is 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)	14 (32,6)	22 (51,2)	2 (4,7)	5 (11,6)	0 (0,0)	0 (0,0)

zijn het aantal calamiteiten toegenomen	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)	8 (18,6)	21 (48,8)	10 (23,3)	4 (9,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
is het totaal aantal röntgenfoto's dat per PAT wordt gemaakt afgenomen	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)	3 (7,0)	13 (30,2)	20 (46,5)	4 (9,3)	2 (4,7)	1 (2,3)
zijn meer cariës/parodontologische problemen op röntgenfoto's 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)	2 (4,8)	6 (14,3)	4 (9,5)	18 (42,9)	11 (26,2)	1 (2,4)
zijn röntgenfoto's beter uitwisselbaar	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)	2 (4,7)	1 (2,3)	12 (27,9)	17 (39,5)	10 (23,3)	1 (2,3)
is voor mij de werkdruk toegenomen	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)	3 (7,0)	16 (37,2)	11 (25,6)	9 (20,9)	1 (2,3)	3 (7,0)
is voor mij het werk interessanter geworden	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)	1 (2,4)	2 (4,8)	6 (14,3)	11 (26,2)	20 (47,6)	2 (4,8)
Toegankelijkheid van zorg*																		
is het aantal verwijzingen naar de GMH toegenomen	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)	5 (11,6)	10 (23,3)	15 (34,9)	9 (20,9)	3 (7,0)	1 (2,3)
is de wachttijd/wachttijl voor PAT afgenomen	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)	2 (4,7)	11 (25,6)	14 (32,6)	8 (18,6)	7 (16,3)	1 (2,3)

1 Helemaal mee oneens

2 Mee oneens

* Dit is de vraagstelling tijdens T1-T3; tijdens T0 is sprake van toekomstige tijd (verwachte effecten) bv "zal de zorg voor bepaalde PAT veiliger worden"

3 Deels mee oneens, deels mee eens

4 Mee eens

5 Helemaal mee eens

6 Niet van toepassing

Tabel 69: Ervaren effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg: GMH (vervolg)

Stellingen, door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan MH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen:	T1						T2						T3					
	GMH																	
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Kwaliteit van zorg*																		

Is de zorg voor bepaalde PAT efficiënter	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (44,4)	10 (55,6)	0 (0,0)	1 (2,5)	1 (2,5)	3 (7,5)	12 (30,0)	22 (55,0)	1 (2,5)	0 (0,0)	3 (3,0)	6 (6,1)	30 (30,3)	56 (56,6)	4(4,0)
Is de zorg voor bepaalde PAT kwalitatief beter	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (23,5)	8 (47,1)	4 (23,5)	1 (5,9)	2 (5,0)	0 (0,0)	4 (10,0)	14 (35,0)	19 (47,5)	1 (2,5)	0 (0,0)	2 (2,0)	7 (7,1)	38 (38,4)	48 (48,5)	4 (4,0)
Is de zorg voor bepaalde PAT minder veilig	12 (66,7)	5 (27,8)	0 (0,0)	1 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (50,0)	14 (35,0)	2 (5,0)	1 (2,5)	3 (7,5)	0 (0,0)	61 (61,6)	28 (28,3)	4 (4,0)	2 (2,0)	1 (1,0)	3 (3,0)
zijn het aantal calamiteiten toegenomen	11 (61,1)	6 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	26 (65,0)	10 (25,0)	0 (0,0)	2 (5,0)	1 (2,5)	1 (2,5)	56 (57,1)	26 (26,5)	6 (6,1)	2 (2,0)	1 (1,0)	7 (7,1)
is het totaal aantal röntgenfoto's dat per PAT wordt gemaakt afgenomen	5 (27,8)	5 (27,8)	3 (16,7)	2 (11,1)	0 (0,0)	3 (16,7)	3 (7,5)	11 (27,5)	10 (25,0)	5 (12,5)	2 (5,0)	9 (22,5)	10 (10,1)	21 (21,2)	38 (38,4)	10 (10,1)	4 (4,0)	16 (16,2)
zijn meer cariës/ parodontologische problemen op röntgenfoto's gediagnosticeerd	3 (16,7)	4 (22,2)	2 (11,1)	4 (22,2)	2 (11,1)	3 (16,7)	2 (5,0)	3 (7,5)	10 (25,0)	12 (30,0)	3 (7,5)	10 (25,0)	3 (3,0)	1 (1,0)	28 (28,3)	37 (37,4)	19 (19,2)	11 (11,1)
zijn röntgenfoto's beter uitwisselbaar	0 (0,0)	1 (5,6)	1 (5,6)	8 (44,4)	4 (22,2)	4 (22,2)	1 (2,5)	7 (17,5)	1 (2,5)	20 (50,0)	6 (15,0)	5 (12,5)	3 (3,0)	2 (2,0)	22 (22,2)	36 (36,4)	22 (22,2)	14 (14,1)
is voor mij de werkdruk toegenomen	4 (22,2)	9 (50,0)	3 (16,7)	2 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (23,1)	16 (41,0)	7 (17,9)	4 (10,3)	1 (2,6)	2 (5,1)	25 (25,5)	31 (31,6)	26 (26,5)	9 (9,2)	4 (4,1)	3 (3,1)
is voor mij het werk interessanter geworden	0 (0,0)	1 (5,6)	2 (11,1)	6 (33,3)	9 (50,0)	0 (0,0)	2 (5,0)	0 (0,0)	5 (12,5)	11 (27,5)	21 (52,5)	1 (2,5)	1 (1,0)	0 (0,0)	6 (6,1)	25 (25,3)	63 (63,6)	4 (4,0)
Toegankelijkheid van zorg*																		
is het aantal verwijzingen naar de GMH toegenomen	2 (11,1)	5 (27,8)	2 (11,1)	4 (22,2)	0 (0,0)	5 (27,8)	4 (10,0)	10 (25,0)	7 (17,5)	10 (25,0)	4 (10,0)	5 (12,5)	3 (3,1)	13 (13,3)	29 (29,6)	27 (27,6)	19 (19,4)	7 (7,1)
is de wachttijd/wachtlijst voor PAT afgenomen	2 (11,1)	2 (11,1)	3 (16,7)	7 (38,9)	2 (11,1)	2 (11,1)	1 (2,5)	5 (12,5)	9 (22,5)	12 (30,0)	5 (12,5)	8 (20,0)	7 (7,1)	13 (13,1)	26 (26,3)	21 (21,2)	23 (23,2)	9 (9,1)

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

* Dit is de vraagstelling tijdens T1-T3; tijdens T0 is sprake van toekomstige tijd (verwachte effecten) bv "zal de zorg voor bepaalde PAT veiliger worden"

Tabel 70: Ervaren effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg: TA

Stellingen, door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan MH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen:	T0						T1					
	TA											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Kwaliteit van zorg*												

Is de zorg voor bepaalde PAT efficiënter	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	3 (37,5)	2 (25,0)	0 (0,0)
Is de zorg voor bepaalde PAT kwalitatief beter	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	4 (50,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	0 (0,0)
Is de zorg voor bepaalde PAT minder veilig	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	4 (50,0)	1 (12,5)	0 (0,0)
zijn het aantal calamiteiten toegenomen	1 (20,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	3 (37,5)
is het totaal aantal röntgenfoto's dat per PAT wordt gemaakt afgenomen	0 (0,0)	4 (80,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)
zijn meer cariës/ parodontologische problemen op röntgenfoto's gediagnosticeerd	0 (0,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	2 (25,0)
zijn röntgenfoto's beter uitwisselbaar	0 (0,0)	2 (40,0)	0 (0,0)	2 (40,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	3 (37,5)
Is voor mij de werkdruk afgenomen	0 (0,0)	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	2 (25,0)
is het werk voor mij minder interessant geworden	0 (0,0)	4 (80,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	2 (25,0)
Toegankelijkheid van zorg*												
is het aantal verwijzingen naar de GMH toegenomen	0 (0,0)	4 (80,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	3 (37,5)	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (12,5)
is de wachttijd/wachtlust voor PAT afgenomen	0 (0,0)	4 (80,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	2 (25,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	2 (25,0)

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

* Dit is de vraagstelling tijdens T1-T3; tijdens T0 is sprake van toekomstige tijd (verwachte effecten) bv "zal de zorg voor bepaalde PAT veiliger worden"

Tabel 71: Ervaren effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg: TA (vervolg)

Stellingen, door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan MH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen:	T2						T3					
	TA											
Kwaliteit van zorg*	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Is de zorg voor bepaalde PAT efficiënter	0 (0,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	3 (37,5)	3 (37,5)	0 (0,0)	2 (12,5)	1 (6,3)	4 (25,0)	4 (25,0)	5 (31,3)	0 (0,0)

Is de zorg voor bepaalde PAT kwalitatief beter	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (75,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	1 (12,5)	2 (12,5)	4 (25,0)	5 (31,3)	2 (12,5)	3 (18,8)	0 (0,0)
Is de zorg voor bepaalde PAT minder veilig	4 (50,0)	3 (37,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (25,0)	7 (43,8)	3 (18,8)	0 (0,0)	2 (12,5)	0 (0,0)
zijn het aantal calamiteiten toegenomen	4 (50,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (37,5)	5 (31,3)	2 (12,5)	1 (6,3)	0 (0,0)	1 (6,3)
is het totaal aantal röntgenfoto's dat per PAT wordt gemaakt afgenomen	2 (25,0)	6 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	8 (50,0)	5 (31,3)	1 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
zijn meer cariës/ parodontologische problemen op röntgenfoto's gediagnosticeerd	2 (25,0)	2 (25,0)	4 (50,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (12,5)	4 (25,0)	3 (18,8)	5 (31,3)	1 (6,3)	0 (0,0)
zijn röntgenfoto's beter uitwisselbaar	2 (25,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	3 (18,8)	3 (18,8)	2 (12,5)	4 (25,0)	0 (0,0)
Is voor mij de werkdruk afgenomen	1 (12,5)	2 (25,0)	2 (25,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	1 (12,5)	3 (18,8)	6 (37,5)	1 (6,3)	5 (31,3)	1 (6,3)	0 (0,0)
is het werk voor mij minder interessant geworden	5 (62,5)	3 (37,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (37,5)	8 (50,0)	2 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Toegankelijkheid van zorg*												
is het aantal verwijzingen naar de GMH toegenomen	0 (0,0)	5 (62,5)	0 (0,0)	3 (37,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,3)	4 (25,0)	3 (18,8)	5 (31,3)	1 (6,3)	0 (0,0)
is de wachttijd/wachtlust voor PAT afgenomen	0 (0,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	7 (87,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (18,8)	5 (31,3)	3 (18,8)	4 (25,0)	1 (6,3)	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

* Dit is de vraagstelling tijdens T1-T3; tijdens T0 is sprake van toekomstige tijd (verwachte effecten) bv "zal de zorg voor bepaalde PAT veiliger worden"

Tabel 72: Ervaren effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg: TA KORT

Stellingen, door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan MH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen:	T0						T1					
	TA											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Kwaliteit van zorg*												
Is de zorg voor bepaalde PAT efficiënter	9 (37,5)	5 (20,8)	6 (25,0)	2 (8,3)	2 (8,3)	0 (0,0)	6 (46,2)	4 (30,8)	2 (15,4)	1 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Is de zorg voor bepaalde PAT kwalitatief beter	10 (40,0)	11 (44,0)	3 (12,0)	1 (4,0)	1 (4,2)	0 (0,0)	6 (46,2)	3 (23,1)	3 (23,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)

Is de zorg voor bepaalde PAT minder veilig	0 (0,0)	3 (12,5)	3 (12,5)	10 (41,7)	9 (36,0)	0 (0,0)	2 (15,4)	2 (15,4)	3 (23,1)	1 (7,7)	5 (38,5)	0 (0,0)
zijn meer cariës/ parodontologische problemen op röntgenfoto's gediagnosticeerd	4 (16,7)	7 (29,2)	4 (16,7)	4 (17,4)	3 (12,5)	2 (8,3)	2 (15,4)	4 (30,8)	0 (0,0)	2 (15,4)	0 (0,0)	5 (38,5)

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

* Dit is de vraagstelling tijdens T1-T3; tijdens T0 is sprake van toekomstige tijd (verwachte effecten) bv "zal de zorg voor bepaalde PAT efficiënter worden"

Tabel 73: Ervaren effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg: TA KORT (vervolg)

Stellingen, door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan MH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen:	T2						T3					
	TA											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Kwaliteit van zorg*												
Is de zorg voor bepaalde PAT efficiënter	4 (50,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (26,3)	9 (23,7)	9 (23,7)	7 (18,4)	1 (2,6)	2 (5,3)
Is de zorg voor bepaalde PAT kwalitatief beter	4 (44,4)	2 (22,2)	2 (22,2)	0 (0,0)	1 (11,1)	0 (0,0)	9 (23,1)	14 (35,9)	9 (23,1)	5 (12,8)	0 (0,0)	2 (5,1)
Is de zorg voor bepaalde PAT minder veilig	2 (22,2)	2 (22,2)	1 (11,1)	0 (0,0)	4 (44,4)	0 (0,0)	1 (2,6)	10 (25,6)	11 (28,2)	3 (7,7)	12 (30,8)	2 (5,1)
zijn meer cariës/ parodontologische problemen op röntgenfoto's gediagnosticeerd	3 (37,5)	2 (25,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	7 (17,9)	13 (33,3)	5 (12,8)	6 (15,4)	1 (2,6)	7 (17,9)

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

* Dit is de vraagstelling tijdens T1-T3; tijdens T0 is sprake van toekomstige tijd (verwachte effecten) bv "zal de zorg voor bepaalde PAT efficiënter worden"

Tabel 74: Ervaren effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg: MZV

Stellingen, door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan MH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen:	T0						T1					
	MZV											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

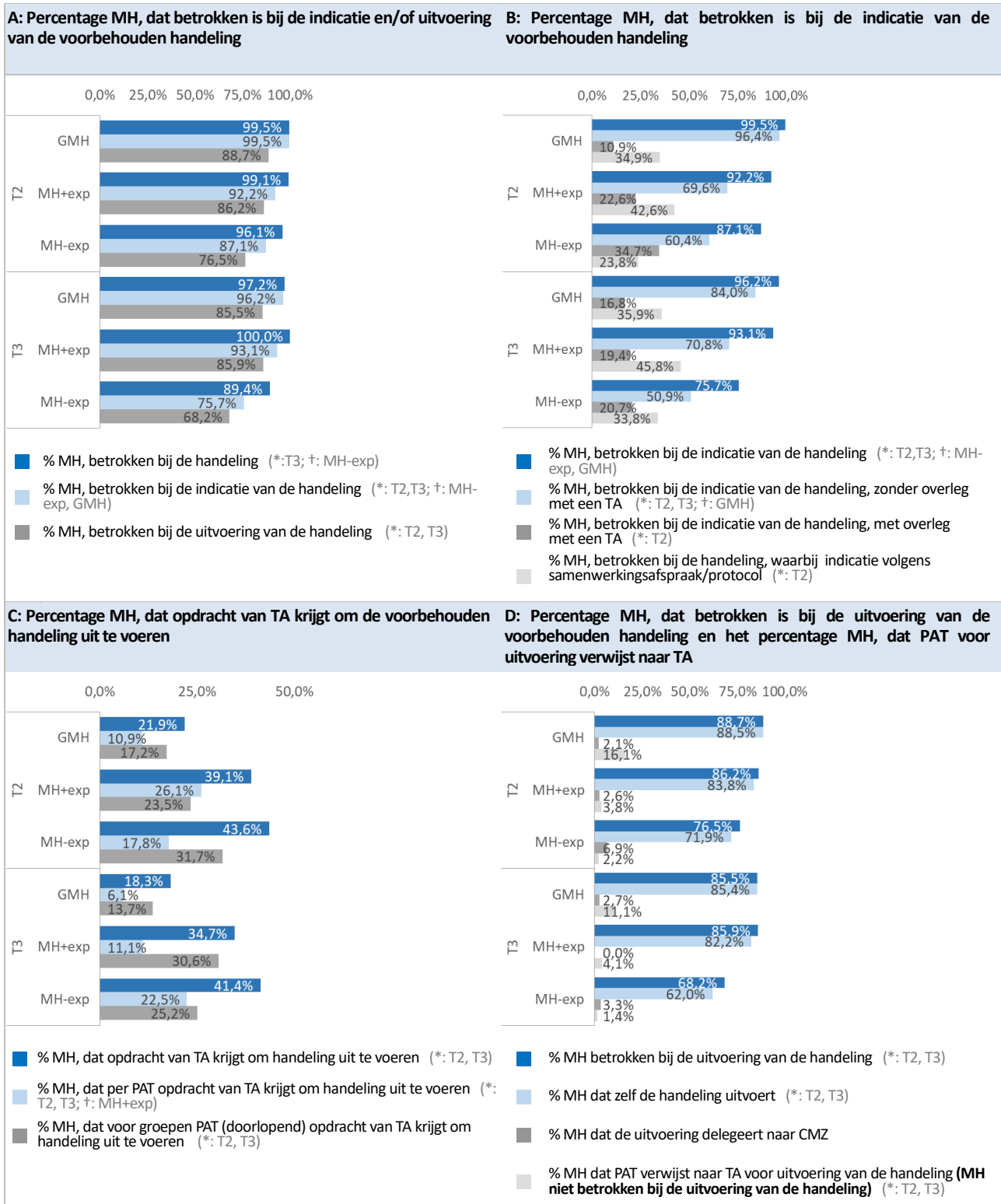
Kwaliteit van zorg*												
is voor mij de werkdruk afgenomen	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	3 (30,0)	1 (10,0)	1 (10,0)	2 (20,0)	3 (30,0)
is het werk voor mij minder interessant geworden	2 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	3 (50,0)	4 (40,0)	4 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	1 (10,0)
	1 Helemaal mee oneens		3 Deels mee oneens, deels mee eens		5 Helemaal mee eens							
	2 Mee oneens		4 Mee eens		6 Niet van toepassing							
	* Dit is de vraagstelling tijdens T1-T3; tijdens T0 is sprake van toekomstige tijd (verwachte effecten) bv "zal voor mij de werkdruk afnemen"											

Tabel 75: Ervaren effect op de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg: MZV (vervolg)

Stellingen, door het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan MH t.a.v. een aantal voorbehouden handelingen:	T2						T3					
	MZV											
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Kwaliteit van zorg*												
is voor mij de werkdruk afgenomen	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	4 (66,7)	2 (12,5)	4 (25,0)	3 (18,8)	2 (12,5)	2 (12,5)	3 (18,8)
is het werk voor mij minder interessant geworden	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (66,7)	2 (13,3)	8 (53,3)	0 (0,0)	1 (6,7)	1 (6,7)	3 (20,0)
	1 Helemaal mee oneens		3 Deels mee oneens, deels mee eens		5 Helemaal mee eens							
	2 Mee oneens		4 Mee eens		6 Niet van toepassing							
	* Dit is de vraagstelling tijdens T1-T3; tijdens T0 is sprake van toekomstige tijd (verwachte effecten) bv "zal voor mij de werkdruk afnemen"											

Bijlage 4: Aanvullende figuren

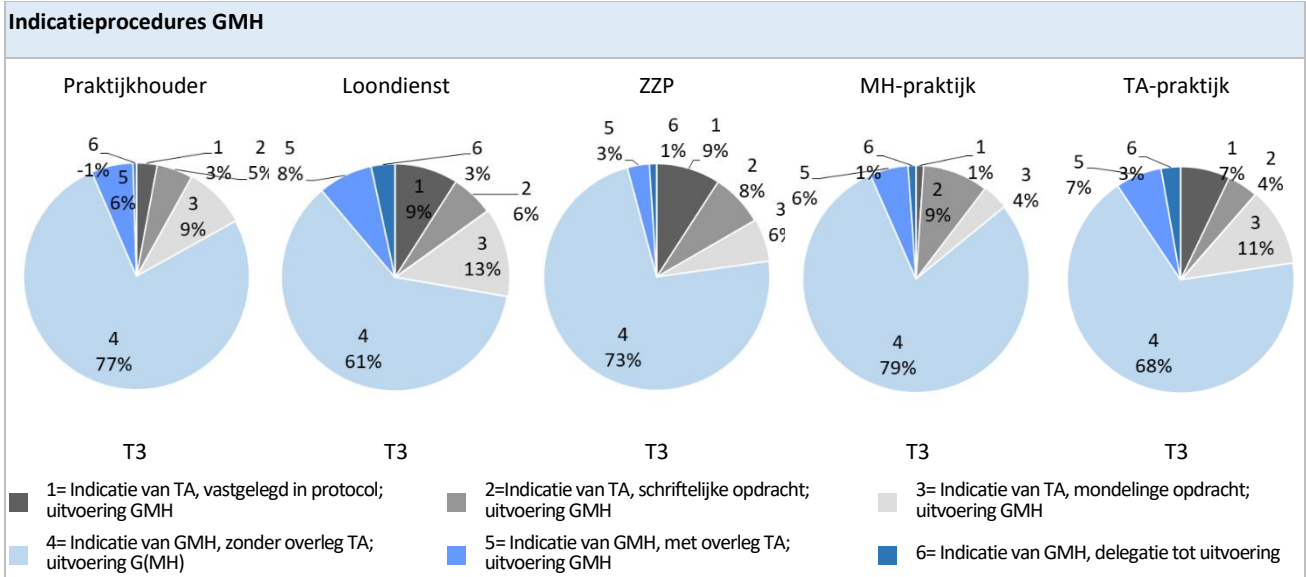
- Injectie van infiltratie anesthesie



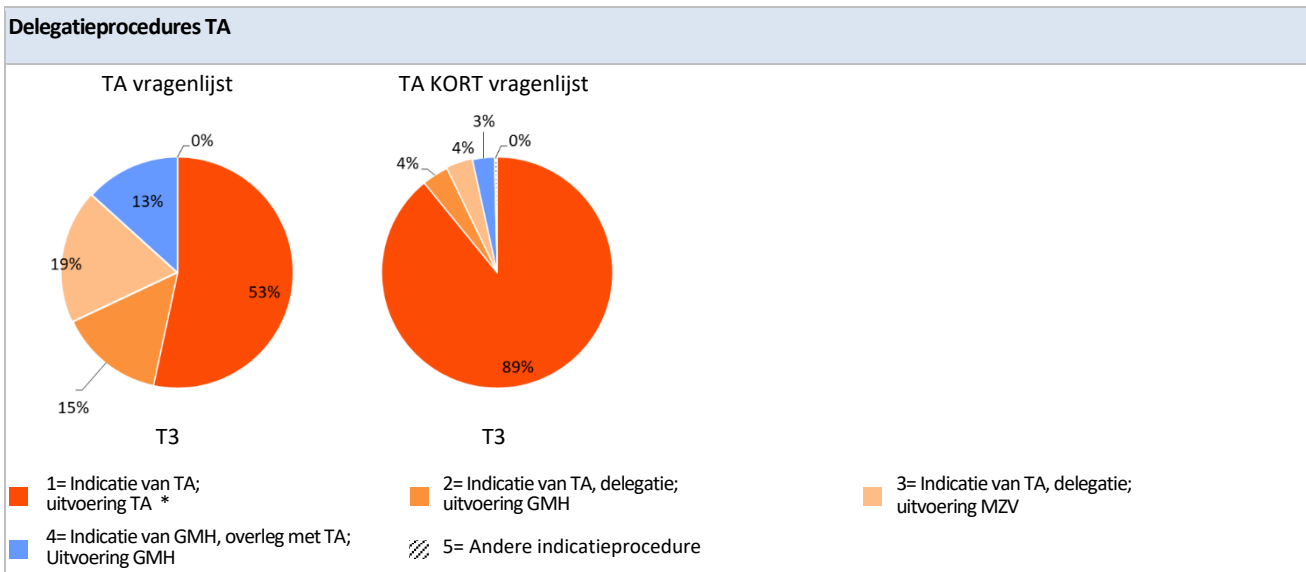
Figuur A-D: † : statistisch significant verschil tussen metingen

* : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 11: Betrokkenheid van GMH bij injectie van infiltratie anesthesie

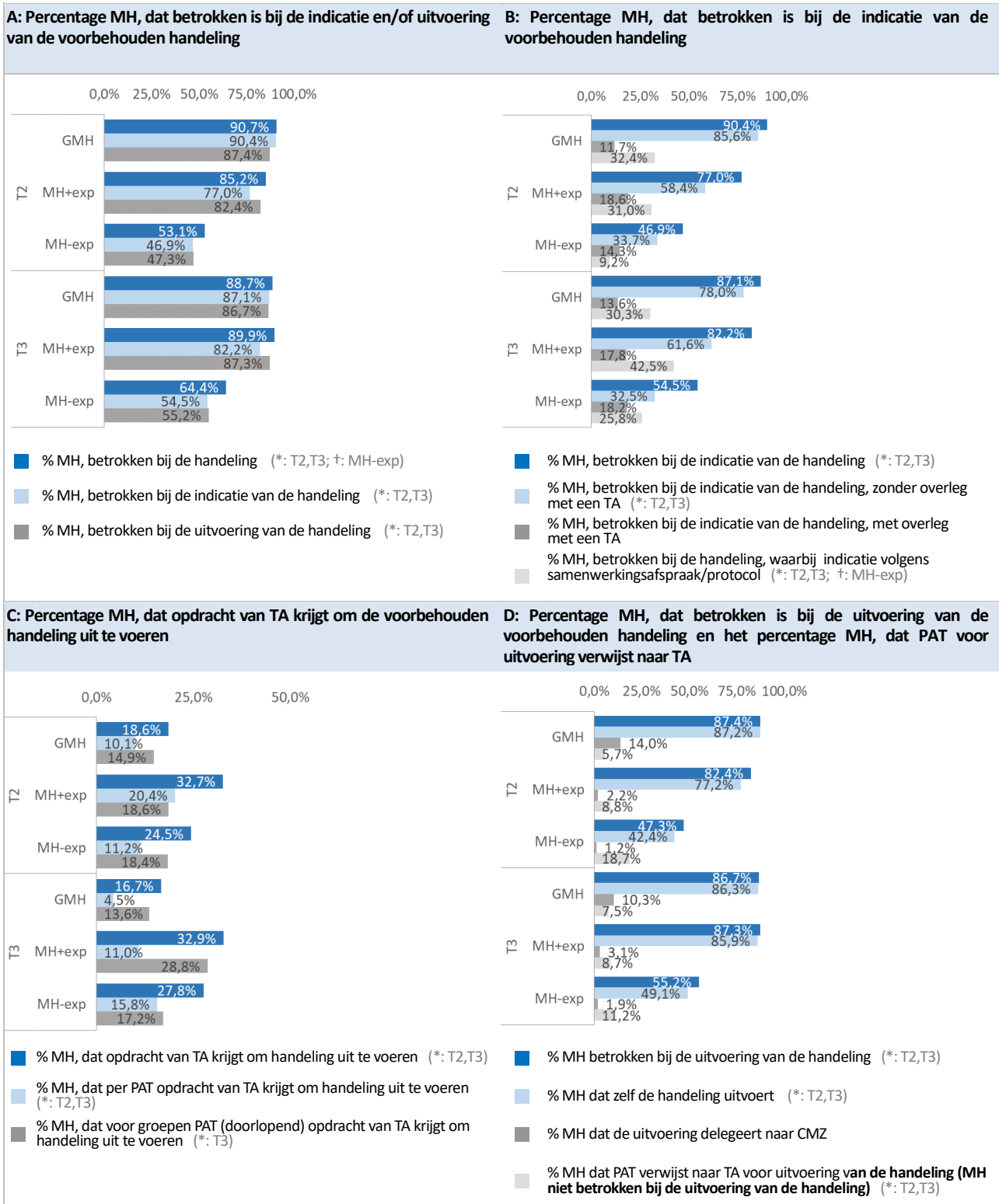


Figuur 12: Indicatieprocedures injectie van infiltratie anesthesie volgens respondenten van de GMH-vragenlijsten per type dienstverband, type praktijk en TA dichtheid, tijdens T3



Figuur 13: Delegatieprocedures injectie van infiltratie anesthesie volgens respondenten van de TA- en TA KORT vragenlijsten afzonderlijk, tijdens T3

- Injectie van mandibulaire blokanesthesie

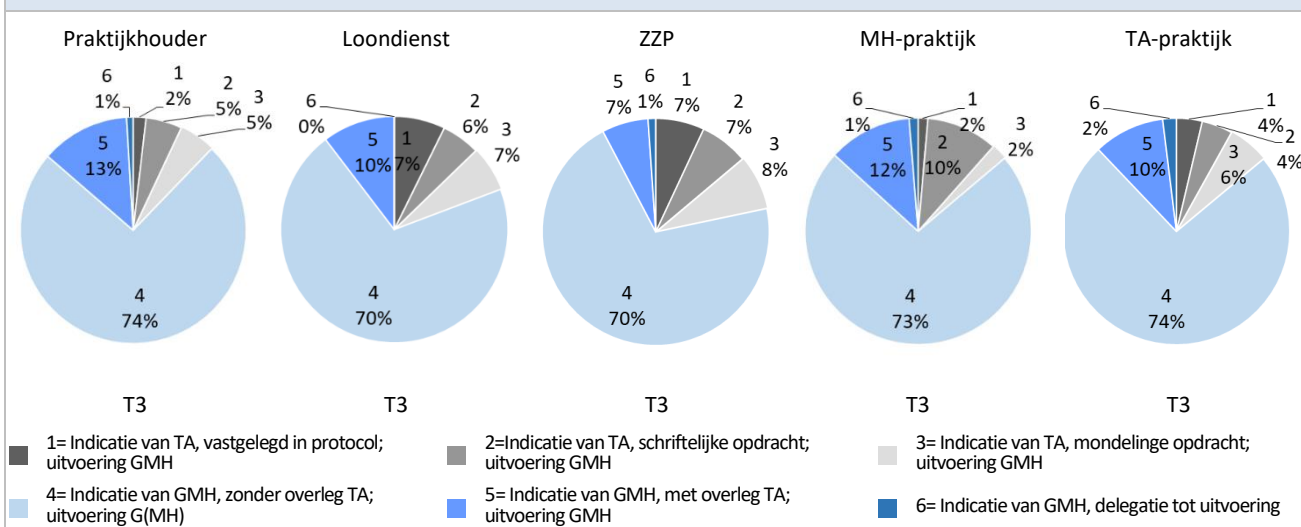


Figuur A-D: † : statistisch significant verschil tussen metingen

* : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 14: Betrokkenheid van GMH bij injectie van mandibulaire blokanesthesie

Indicatieprocedures GMH

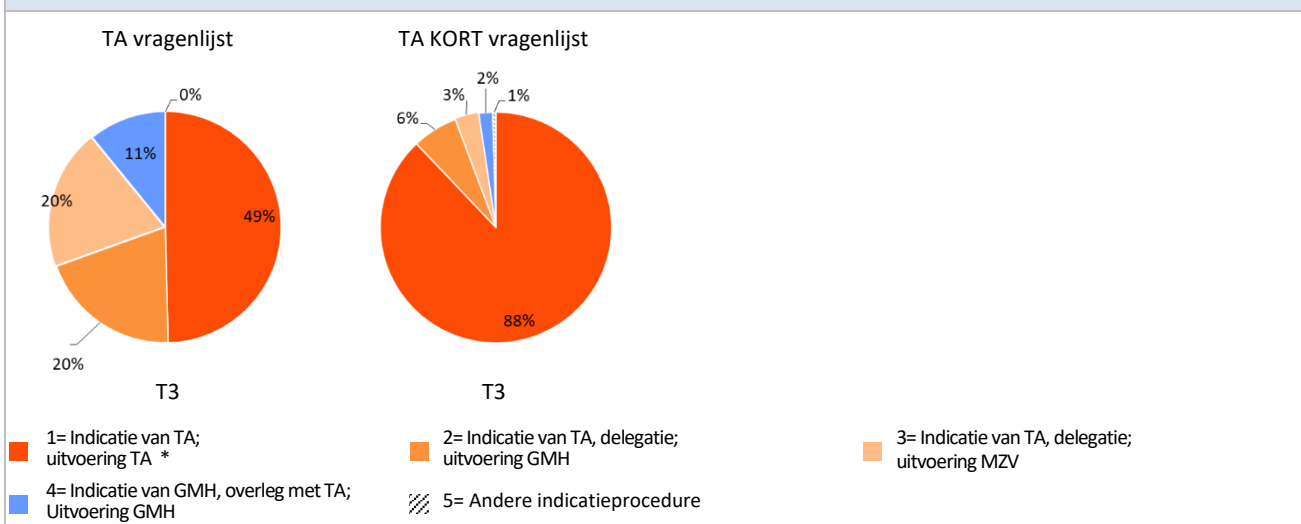


† : statistisch significant verschil tussen metingen

* : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 15: Indicatieprocedures injectie van mandibulaire blokanesthesie volgens respondenten van de GMH-vragenlijsten per type dienstverband, per type praktijk en TA dichtheid, tijdens T3

Delegatieprocedures TA

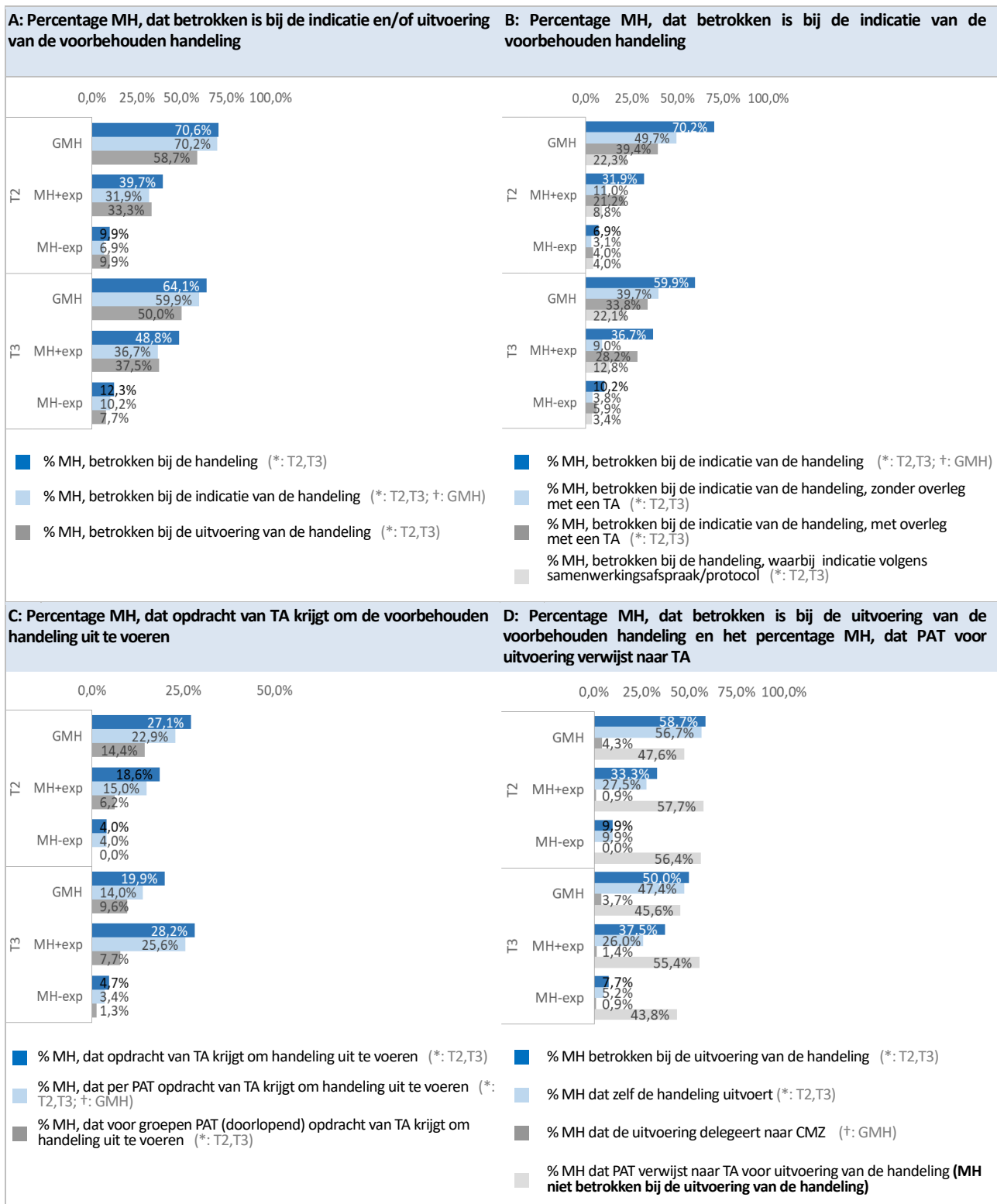


† : statistisch significant verschil tussen metingen

* : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 16: Delegatieprocedures injectie van mandibulaire blokanesthesie volgens respondenten van de TA- en TA KORT vragenlijsten afzonderlijk, tijdens T3

- Prepareren van primaire caviteiten

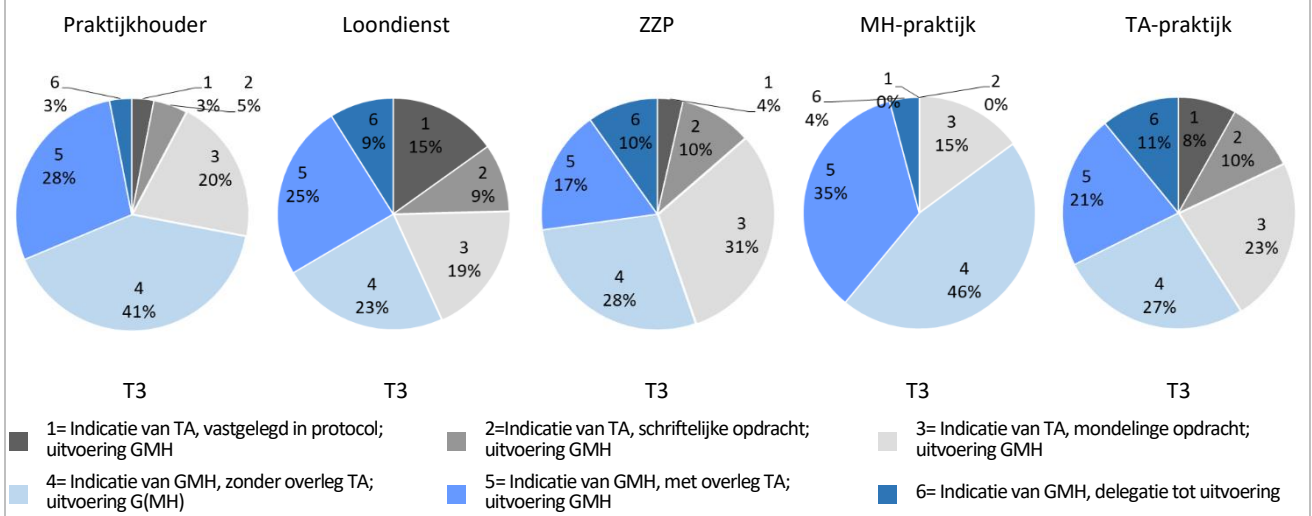


Figuur A-D: † : statistisch significant verschil tussen metingen

* : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 17: Betrokkenheid van GMH bij het prepareren van primaire caviteiten

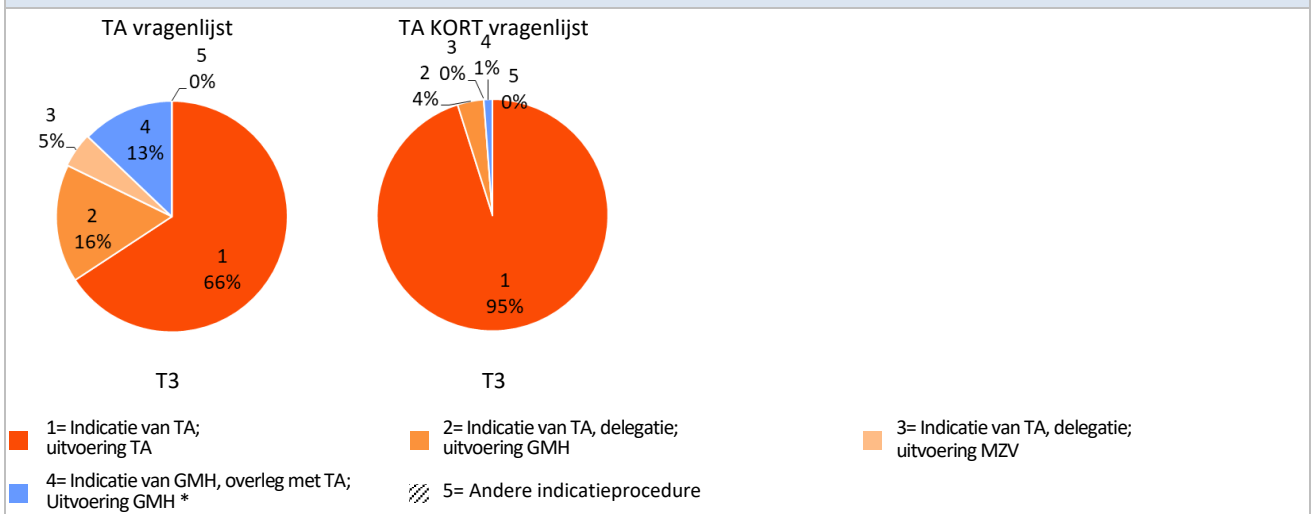
Indicatieprocedures GMH



† : statistisch significant verschil tussen metingen * : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 18: Indicatieprocedures prepareren van primaire caviteiten volgens respondenten van de GMH-vragenlijsten per type dienstverband en type praktijk, tijdens T3

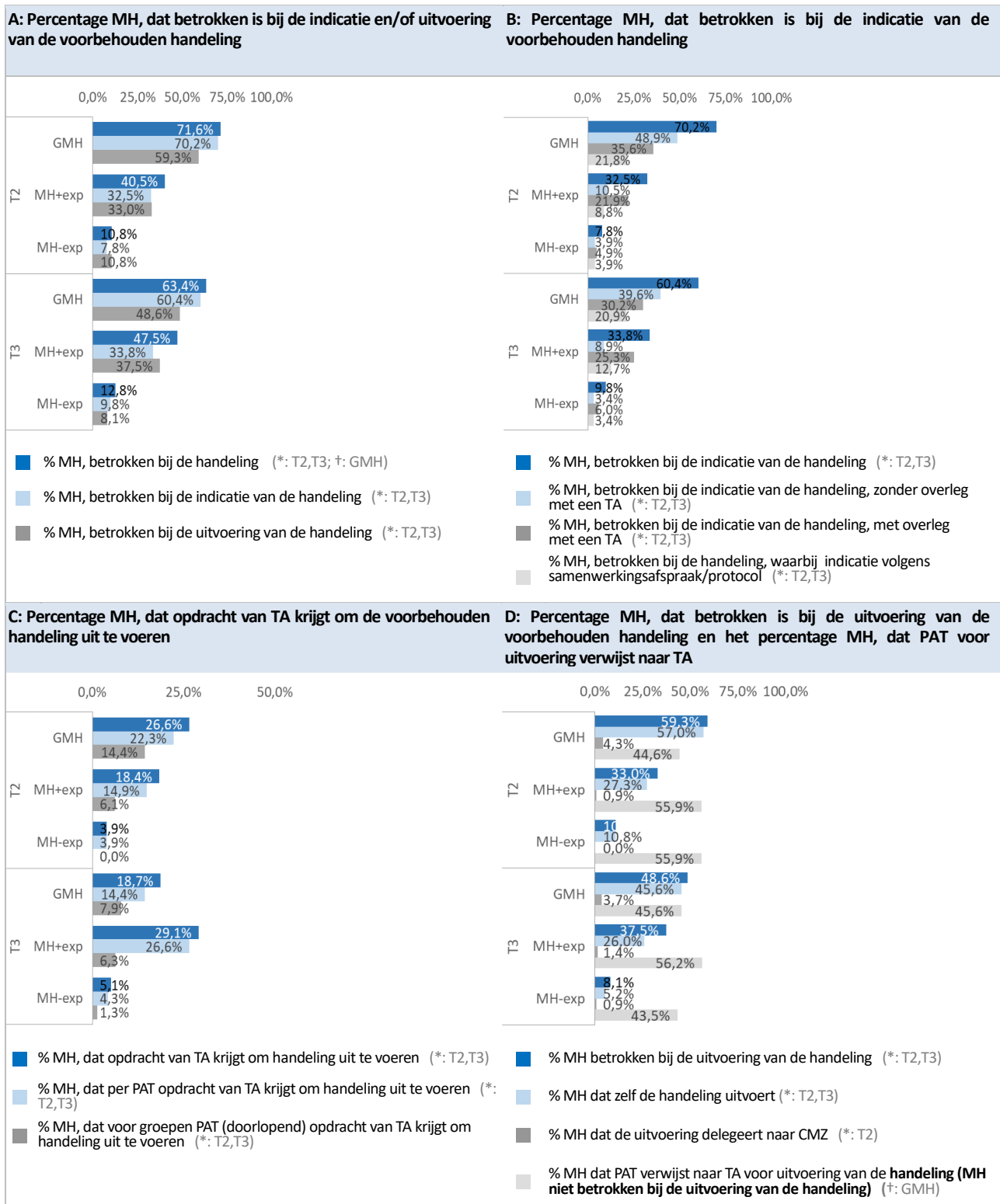
Delegatieprocedures TA



† : statistisch significant verschil tussen metingen * : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 19: Delegatieprocedures prepareren van primaire caviteiten volgens respondenten van de TA- en TA KORT vragenlijsten afzonderlijk, tijdens T3

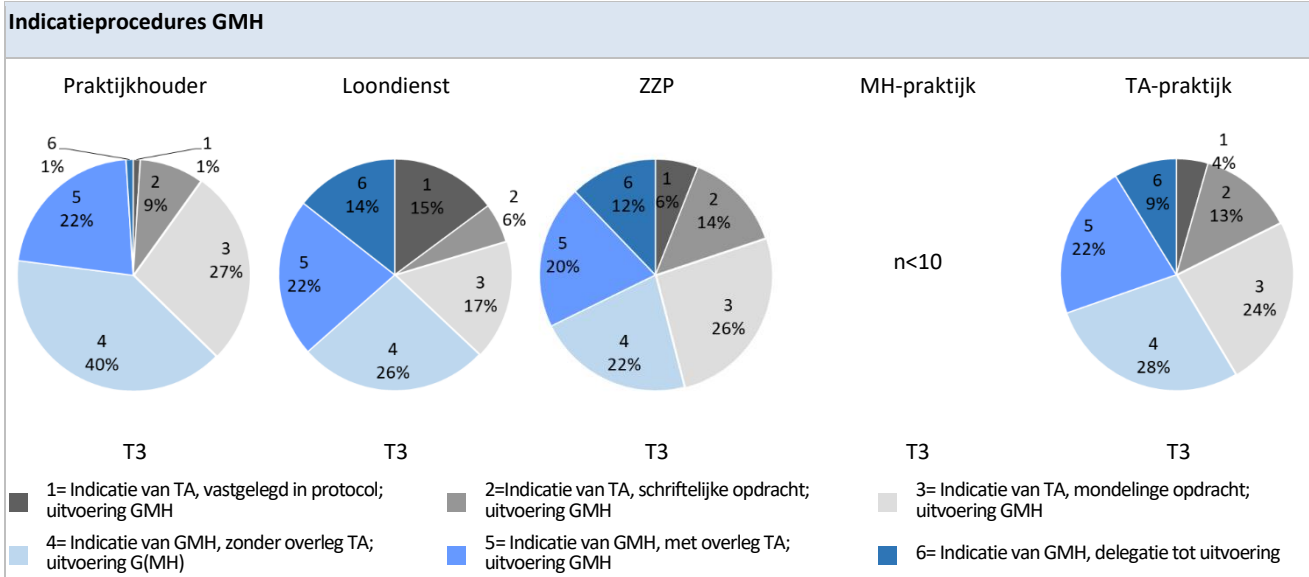
- Restaureren van primaire caviteiten



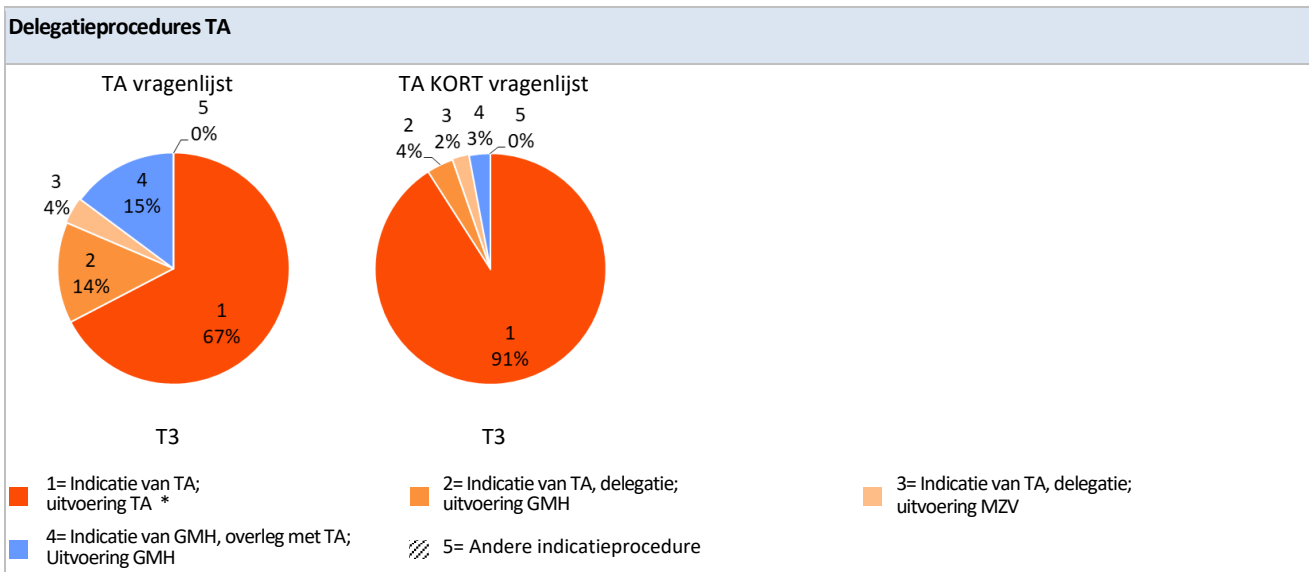
Figuur A-D: † : statistisch significant verschil tussen metingen

* : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 20: Betrokkenheid van GMH bij het restaureren van primaire caviteiten

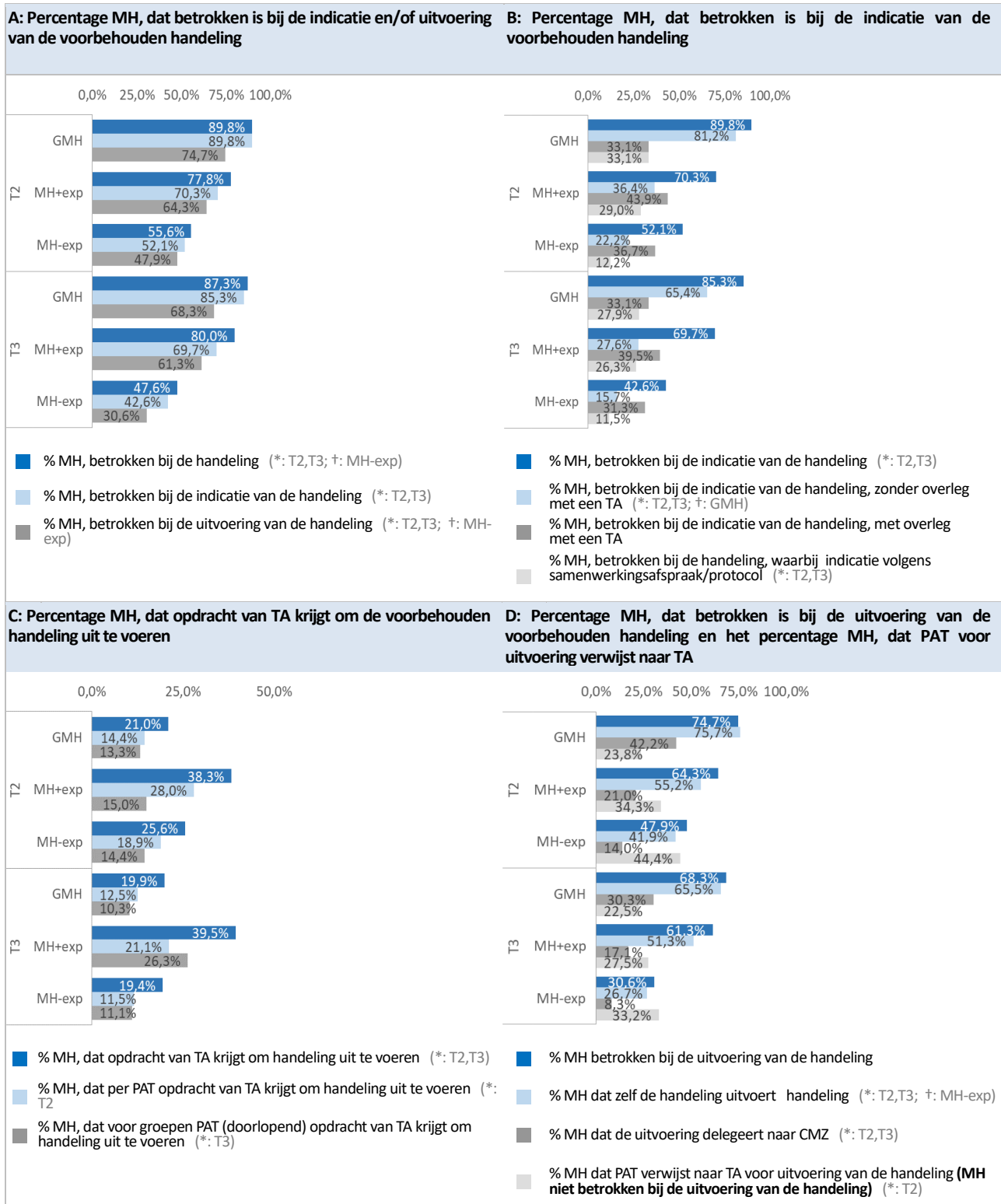


Figuur 21: Indicatieprocedures restaureren van primaire caviteiten volgens respondenten van de GMH-vragenlijsten per type dienstverband en per type praktijk, tijdens T3



Figuur 22: Delegatieprocedures restaureren van primaire caviteiten volgens respondenten van de TA- en TA KORT vragenlijsten afzonderlijk, tijdens T3

- Maken van röntgenfoto's

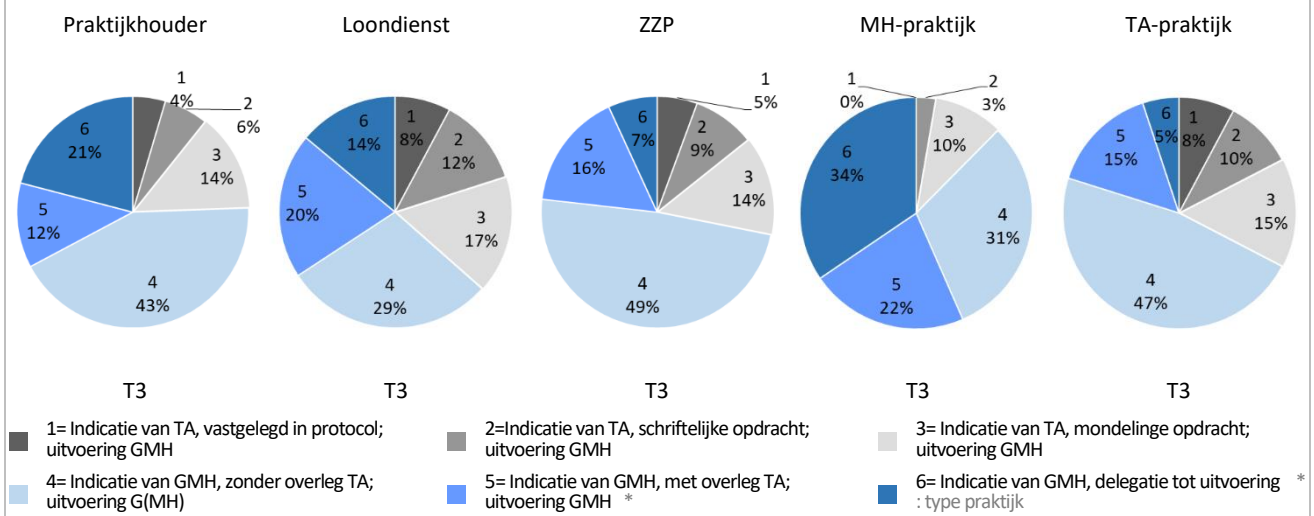


Figuur A-D: †: statistisch significant verschil tussen metingen

*: statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 23: Betrokkenheid van GMH bij het maken van röntgenfoto's

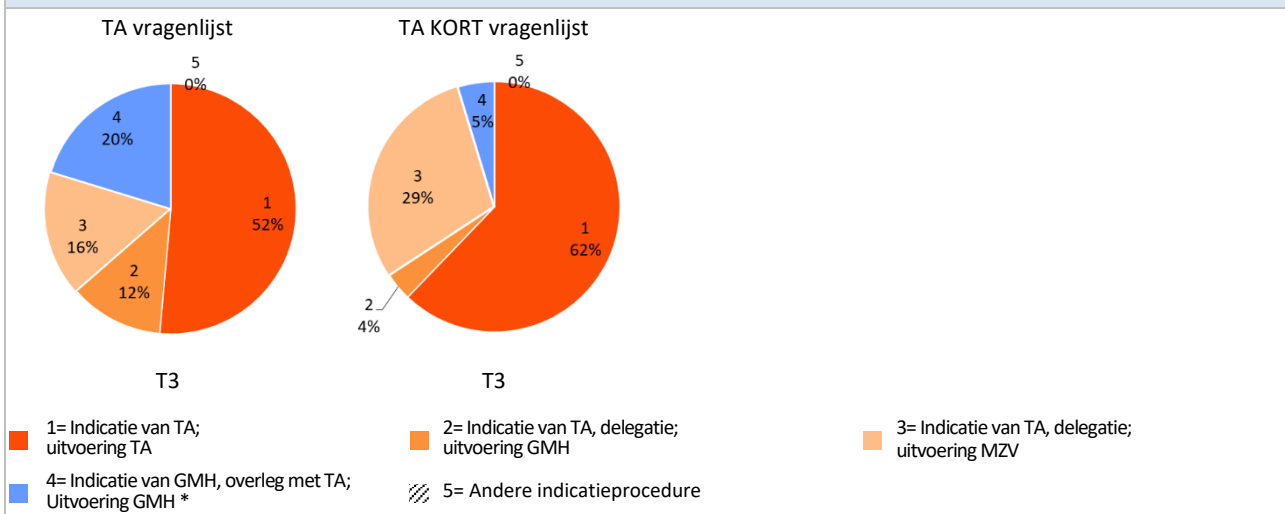
Indicatieprocedures GMH



† : statistisch significant verschil tussen metingen * : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 24: Indicatieprocedures maken van röntgenfoto's volgens respondenten van de GMH-vragenlijsten per type dienstverband en type praktijk, tijdens T3

Delegatieprocedures TA



† : statistisch significant verschil tussen metingen * : statistisch significant verschil tussen groepen

Figuur 25: Delegatieprocedures maken van röntgenfoto's volgens respondenten van de TA- en TA KORT vragenlijsten afzonderlijk, tijdens T3

Contactgegevens:

Maastricht UMC+

Projectteam Taakherschikking, afdeling KEMTA

Postbus 5800

6202 AZ Maastricht

E-mail: onderzoek.taakherschikking@mumc.nl