



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

De eerstelijns mondzorg door consumenten bekeken

J. Hansen
M. van der Maat
R. Batenburg

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-90-6905-998-3

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2010 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
1 Inleiding	9
2 Onderzoeksvragen en methode	11
2.1 Onderzoeksvragen	11
2.2 Methoden	11
2.2.1 Gegevensverzameling	11
2.2.2 Respons en weging	12
3 Resultaten	15
3.1 Gebitstoestand en aanvullende verzekering	15
3.2 Inschrijvingen bij de tandarts	19
3.3 Volume van zorggebruik	21
3.4 Type zorggebruik	25
3.5 Kennis over de mondzorg	28
3.6 Opvattingen over de mondzorg	30
4 Discussie en slotbeschouwing	35
4.1 Discussie	35
4.2 Slotbeschouwing	36
Literatuur	39
Bijlage 1: Aanvullende tabellen	41

Voorwoord

Het Capaciteitsorgaan wil meer inzicht verkrijgen in de ontwikkeling van het aantal benodigde beroepsbeoefenaren in de mondzorg en in de taakherschikking tussen tandartsen en mondhygiënisten. Dit onderzoek brengt een element daarvan in beeld, namelijk het huidige en verwachte gedrag van (potentiële) gebruikers van mondzorg.

Utrecht, maart 2010

Samenvatting

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in het huidige en toekomstige gedrag van (potentiële) gebruikers van mondzorg, in het bijzonder aangeboden door tandartsen en mondhygiënist. De vragen die in het onderzoek worden beantwoord betreffen drie gebieden: (A) het zorggebruik binnen de mondzorg en de taakverdeling daarbinnen, (B) het kennisniveau van zorggebruikers over de kwaliteit en kosten van mondzorg, en (C) de opvattingen over mondzorg en taakverschuivingen daarbinnen. Het onderzoek is uitgevoerd aan de hand van een enquête onder 1.500 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa) van het NIVEL, met een respons van 64%.

Uit het onderzoek komt naar voren dat mondzorg voor veel consumenten een belangrijk goed is. Zo kiest een overgrote meerderheid van de bevolking ervoor zich aanvullend voor mondzorg te verzekeren en daarnaast is bijna iedereen zonder kunstgebit ingeschreven bij een tandarts. Kijken we naar het type tandartspraktijk waar men zegt te zijn ingeschreven, dan zijn dit in de beleving van consumenten veelal de klassieke tandartspraktijken, zonder aanwezigheid van veel andere beroepsgroepen naast de tandarts en de reguliere tandartsassistent. Specifiek gekeken naar de ervaring met mondhygiënist en preventieassistenten blijkt deze vooralsnog laag te zijn. Zo heeft 37% van de dentate bevolking ervaring met een mondhygiënist en 11% met een preventieassistent. Kijkend naar het type behandelingen dat men verricht, zit de overlap tussen de diverse beroepsgroepen vooral in de periodieke controles en het verwijderen van tandsteen en/of plaque. Voor wat betreft die eerste lijkt het volgens de consumenten vooral zo te zijn dat mondhygiënist aanvullend controleren en niet zozeer dat de ene controle de andere vervangt. Deze eigen onderzoeksplicht is overigens inherent aan het deskundigheidsdomein en verantwoordelijkheid van elke behandelaar. Bij het verwijderen van tandsteen en/of plaque is meer ruimte voor overdracht van werkzaamheden van tandarts naar mondhygiënist. Daarbij geldt dat de mondhygiënist ook langer behandelt dan de andere beroepsgroepen. Daarnaast is de meerwaarde van de mondhygiënist - en deels ook de preventieassistent - gelegen op het terrein van de instructie m.b.t. mondhygiëne; dit aspect van de behandeling lijkt in de ogen van de patiënt bij de reguliere tandartsbehandeling veel minder aan bod te komen. Opvallend is ook dat bepaalde onderdelen van het officiële deskundigheidsgebied van de mondhygiënist in de praktijk volgens de ondervraagde consumenten nog nauwelijks voorkomen. Dit geldt in het bijzonder voor de behandeling van primaire cariës en kleine caviteiten.

Een belangrijk aspect van een goede zorgmarkt wordt verondersteld te liggen in voldoende kennis van de consument om onderbouwde keuzes te maken. Als consumenten wordt gevraagd het bekwaamheidsniveau van de diverse beroepsgroepen aan de hand van de vereiste opleiding te indiceren, dan blijkt de meerderheid van de bevolking redelijk goed op de hoogte. De grotere bevoegdheid tot zelfstandig behandelen van mondhygiënist ten opzichte van preventieassistenten is duidelijk minder bekend onder de consumenten. De meeste onbekendheid bestaat echter over tarieven binnen de mondzorg. Een belangrijke indicator hiervoor is dat ruim tweederde van de bevolking niet weet of de

tandarts dan wel mondhygiënist een hoger tarief heeft. Hoe groot die bekendheid voor een goed werkende markt zou moeten zijn, is lastig te bepalen. Vergelijkbaar onderzoek toonde aan dat consumenten weliswaar weinig zicht hebben op prijs en kwaliteit binnen de mondzorg, maar dat dit geen weerslag heeft op de tevredenheid van consumenten. Het al dan niet transparant zijn van de mondzorg leek dan ook niet erg te leven onder de consumenten (Hendriks, 2009). Kijken we naar ons consumentenpanel en de verschillende leeftijdsgroepen - mede als voorspeller van mogelijk, toekomstig gedrag - dan is het de vraag hoe snel een grote verandering in dit soort opvattingen binnen de mondzorg te verwachten is. Uit de diverse voorgelegde stellingen komt naar voren dat panelleden een tamelijk stabiele voorkeur hebben voor de tandarts boven de mondhygiënist. Het maakt daarbij niet uit of het gaat om het eigen gebit of de mondzorg voor het eigen kind. Verschil maakt wél of men ervaring heeft met een mondhygiënist of niet. De eerste groep heeft een minder uitgesproken voorkeur voor de tandarts, vooral wat betreft tandsteen/tandplaque verwijderen en periodieke controles. Over het algemeen geldt dat de mondhygiënist in de beleving van de consument niet zozeer de plaats van de tandarts inneemt, als wel de tandarts aanvult. De mogelijkheid om überhaupt een keuze in deze te hebben wordt zeer belangrijk gevonden. Een keuze-experiment en de stellingen in de enquête geven aan dat consumenten inderdaad een keuze tussen tandarts en mondhygiënist maken als het om standaardbehandelingen gaat die relatief minder prijzig en complex zijn. Ook hierbij geldt dat consumenten die ervaring hebben met de mondhygiënist, ook significant minder voorkeur heeft voor behandeling door de tandarts.

Een voorspelling of en in welke vorm de taakverdeling binnen de mondzorg in de toekomst verder zal verschuiven is lastig te maken. De eerste aanwijzingen uit dit consumentenonderzoek zijn dat deze ontwikkeling niet snel zal doorzetten wanneer het zorggebruik van de mondhygiënist tot een minderheid van de consumenten beperkt blijft. Bepaalde invloeden op institutioneel niveau zouden hier echter wel verandering in kunnen brengen. Daarbij valt te denken aan stimuleringsmaatregelen richting tandartsen en mondhygiënisten om zich samen op dezelfde locatie te vestigen. Ook bijvoorbeeld voorlichtingscampagnes richting consumenten kunnen ertoe leiden dat consumenten meer informatie krijgen over en ervaring opdoen met andere vormen van mondzorgaanbod. De gevolgen van een eventuele invoering van vrije tarieven op (de behoefte aan) taakverschuiving tenslotte, is onzeker. In andere deelsectoren van de gezondheidszorg, zoals de fysiotherapie en invoering van eigen bijdragen in de zorgverzekering, lijkt het gevolg van vrije tarieven voor de zorgvraag beperkt te zijn. Het ligt dan ook voor de hand om naast prijsmaatregelen vooral naar andere instrumenten te kijken voor het bevorderen van taakherschikking en een gepast gebruik van zorg. Het meest wenselijk lijkt het dat de behandelaars zelf, aangevuld met andere partijen zoals zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties, bijdragen aan een actiever keuzegedrag van consumenten in de eerstelijns mondzorg.

1 Inleiding

De eerstelijns mondzorg wordt gekenmerkt door een grote dynamiek. Zo wordt er sinds enige jaren op gewezen dat er mogelijke knelpunten gaan ontstaan in het aanbod van mondzorg in Nederland. In 2000 werd onder meer geconstateerd dat de vraag naar mondzorg zal toenemen, doordat de bevolking tot op oudere leeftijd het eigen gebit zal behouden en er sprake is van een groeiende wens om een verzorgd en gezond gebit te hebben (Ministerie van VWS, 2000). Door dergelijke vraagontwikkelingen kan het evenwicht tussen vraag en aanbod in de mondzorg verschuiven, waardoor de samenwerking en taakherschikking tussen beroepsgroepen in de mondzorg bevorderd dienen te worden (CVZ, 2004; Commissie Innovatie Mondzorg, 2006). Om deze taakherschikking mogelijk te maken is de afgelopen jaren al een aantal maatregelen genomen om het aanbod in de mondzorg te verstevigen. Zo is de opleiding van mondhygiënist in 2002 uitgebreid van drie naar vier jaar. Met ingang van 2006 - het afstudeerjaar van de eerste mondhygiënist nieuwe stijl - hebben ze ook meer bevoegdheden gekregen, zodat de relatief eenvoudige mondverzorging vaker kan plaatsvinden door mondhygiënist. Naast de preventieve werkzaamheden die zij van oudsher uitvoeren, worden zij ook in staat gebracht om primaire cariës en kleine caviteiten te behandelen. Als gevolg van deze maatregelen zouden tandartsen zich steeds meer kunnen richten op relatief complexere mondzorg, waarvoor dan ook minder tandartsen nodig zouden zijn. Om die reden is de duur van de opleiding van tandartsen in 2007 verlengd van vijf naar zes jaar.

Een belangrijke schakel bij de feitelijke invulling van deze mogelijke taakherschikking is het huidige en verwachte gedrag van (potentiële) gebruikers van mondzorg. Bij taakherschikking is van belang in welke mate en onder welke condities mensen bereid zijn gebruik te maken van de diensten van de lager opgeleide beroepsbeoefenaar (in dit geval de mondhygiënist) in plaats van de hoger opgeleide (in dit geval de tandarts). Op andere terreinen zijn de ervaringen van gebruikers overwegend positief. Dat geldt bijvoorbeeld voor de taakherschikking van huisartsen naar praktijkondersteuners en van medisch specialisten naar nurse practitioners (Heijmans et al., 2009, Laurant, 2007). Deze ervaringen zijn echter niet zonder meer over te dragen naar het domein van de mondzorg. Daar zijn verschillende redenen voor. Zo is er in de tandheelkunde traditioneel een sterke binding tussen mensen en hun tandarts (mogelijk sterker nog dan in de huisartsgeneeskunde). Ter illustratie, zo'n 96% van de ingeschrevenen bij een tandartspraktijk heeft een vaste tandarts en 76% is langer dan vijf jaar bij hun tandarts patiënt (Hendriks, 2009).¹ Een andere factor van betekenis is dat het uitmaakt welke taken herschikt worden (bijvoorbeeld extra voorlichting of feitelijke behandeling) en wat de onderlinge werkrelatie tussen beide beroepsbeoefenaren is. (Potentiële) gebruikers moeten immers vertrouwen hebben in de kwaliteit en competenties van de 'nieuwe' beroepsbeoefenaar en dat vertrouwen lijkt hoger te zijn wanneer tandarts en mondhygiënist onder één dak werken. Zo vinden veel patiënten (85% in 2002) het belangrijk dat de tandarts en mondhygiënist in dezelfde praktijk werken als er taken tussen hen verschuiven. Aan de

¹ Exact vergelijkbare cijfers voor huisartsenzorg zijn niet beschikbaar. Wel verandert de praktijkpopulatie van een huisarts in Nederland gemiddeld met 12% per jaar, deels vanwege natuurlijk verloop (geboorte en sterfte), maar ook verhuizingen tussen gemeenten (Schellevis & Jabaaij, 2006).

eis dat de tandarts dan ook altijd het werk van de mondhygiënist controleert wordt minder belang gehecht: 60% was het hier in 2002 mee eens (Jakobs et al., 2002).

Een bijkomende kwestie is de beschikbaarheid van keuzeinformatie en keuzeruimte voor consumenten. Transparantie over keuze-informatie wordt veelal gezien als een belangrijke randvoorwaarde voor een goed werkende (zorg)markt. Juist in het geval van de gezondheidszorg is er echter vaak sprake van een sterke informatieasymmetrie, waarbij de consument over minder kennis en vergelijkingsmogelijkheden beschikt over medische behandelingen en kwaliteit van zorgverleners (Van Wijnbergen, 2002; NZa, 2007a). Daarbij is ook van belang dat er voldoende keuzeruimte is, zowel voor wat betreft de beschikbaarheid van zorgaanbod als de gehanteerde prijsstelling. Binnen de mondzorg is voorgesteld om per 2010 een experiment te starten met vrije tarieven (NZa, 2009). Als gevolg hiervan kan mogelijk een differentiatie van tarieven en meer algemeen liberalisering van de markt voor mondzorg leiden tot verschuivingen in zorgaanbod tussen beroepsbeoefenaren. Of en in hoeverre zo'n verschuiving optreedt is mede afhankelijk van de verzekeringsdekking die mensen hebben en van de prijselasticiteit van het 'goed' mondzorg. Patiënten laten zich bij de keuze van verzekeringspakketten in sterke mate leiden door kostenoverwegingen (Hansen et al., 2005). Zo wisselen consumenten vooral van zorgverzekeraar vanwege de premiehoogte en minder op de dekking van de aanvullende (mondzorg)verzekering (Vos & De Jong, 2008; NZa, 2009). Dergelijke aspecten zijn eveneens van belang bij het bepalen van toekomstig zorggebruik, te meer aangezien pakketbeslissingen uit het verleden effect kunnen hebben op het consumptieve gedrag van zorggebruikers (Friele et al., 1996).

Hoe (potentiële) gebruikers reageren op deze ontwikkelingen hangt ook samen met een aantal persoonlijke kenmerken die van invloed zijn op het gebruik van tandheelkundige zorg (leeftijd, geslacht, sociaal economische status, gebitstoestand, aanvullende verzekering). Zo liet bovengenoemde studie van Jakobs et al. (2002), uitgevoerd in het kader van het RVZ-advies 'Taakherschikking in de gezondheidszorg', zien dat patiënten met een hogere opleiding of inkomen meer ruimte zien voor taakherschikking naar mondhygiënist, onder meer op het gebied van preventieve controles. Naast deze factoren aan de vraagkant gaat er mogelijk een invloed uit van het tandheelkundige 'marktaanbod' in de omgeving waar mensen wonen. Deze marktomgeving kan mede beschouwd worden in termen van het regionale/lokale marktevenwicht tussen vraag en aanbod. Dit kan onder meer geïndiceerd worden door de tandartsendichtheid en door het aandeel tandartsen dat nieuwe patiënten zoekt. Ze is ook te omschrijven in termen van het type aanbod dat regionaal/lokaal beschikbaar is. In termen van tandartsendichtheid is in het verleden al een invloed op het gebruik van tandheelkundige zorg vastgesteld (Groenewegen & Postma, 1984).

Dit rapport kent verder de volgende opbouw. In hoofdstuk 2 worden de onderzoeksvragen gespecificeerd en wordt de gegevensverzameling toegelicht. Hoofdstuk 3 bevat een bespreking van de gevonden resultaten en hoofdstuk 4 bevat de voornaamste conclusies en discussie.

2 Onderzoeksvragen en methode

2.1 Onderzoeksvragen

De vragen die in het onderzoek zullen worden beantwoord betreffen drie gebieden: (A) het zorggebruik binnen de mondzorg en de taakverdeling daarbinnen, (B) het kennisniveau van zorggebruikers over de kwaliteit en kosten van mondzorg, en (C) de opvattingen over zorggebruik en taakverschuivingen daarbinnen. Een bijzondere positie wordt ingenomen door minderjarigen, waarvoor zorg beschikbaar dient te zijn. Mensen nemen niet alleen beslissingen voor zichzelf maar ook voor hun kinderen. Over het algemeen geldt dat mensen conservatievere beslissingen nemen voor hun kinderen dan voor zichzelf. Om die reden wordt met betrekking tot deelvraag (A) en (C) eveneens gekeken naar de keuzes die mensen maken of denken te gaan maken voor minderjarige kinderen. De nadruk ligt daarbij op het gebruik van zorg bij met name tandartsen en mondhygiënisten, gevolgd door preventieassistenten. Deze laatste verzorgen immers ook een deel van de reguliere mondzorg binnen de tandartspraktijk.

A. Zorggebruik en taakverdeling

Wat is het feitelijk gebruik van zorg van tandartsen, mondhygiënisten en preventieassistenten in een steekproef van de Nederlandse bevolking en hun minderjarige kinderen?

B. Kennis over kwaliteit en kosten van mondzorg

Zijn consumenten op de hoogte van de kwaliteit en kosten van tandheerkundige en van mondhygiënistische zorg en heeft dit invloed op hun keuzes?

C. Opvattingen over mondzorg en taakverdeling daarbinnen

Wat is houding van Nederlanders ten opzichte van tandartsen en mondhygiënisten, mede in relatie tot de wijze waarop zij onderling georganiseerd zijn?

Voor al deze vragen geldt dat bij de beantwoording zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met persoonskenmerken en, waar mogelijk, met de regionale/lokale ‘markt-omgeving’.

2.2 Methoden

2.2.1 *Gegevensverzameling*

Het onderzoek wordt uitgevoerd door middel van een schriftelijke vragenlijst onder een steekproef van de Nederlandse bevolking via het Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa), dat wordt beheerd door het NIVEL. Dit panel vormt een representatieve afspiegeling van de volwassen bevolking van Nederland. Het panel wordt regelmatig verversd om leereffecten te voorkomen

De vragenlijst is opgebouwd uit vragen omtrent de behandelingen die worden uitgevoerd en door wie deze behandelingen uitgevoerd zouden kunnen worden. Hierbij wordt een indeling gehanteerd tussen drie hoofdvormen van tandartsbezoek: periodiek onderzoek, electieve behandelingen en acute afspraken. Voor specifieke verrichtingen wordt zoveel mogelijk aangesloten bij het onderscheid in soorten taken, zoals gehanteerd in het advies over taakdelegatie van de Commissie Innovatie Mondzorg (2006: p. 27). Wel vindt een vertaalslag plaats naar vormen van taakdelegatie die niet alleen juridisch/theoretisch mogelijk zijn, maar daarnaast door patiënten zelf te beoordelen en dus in een vragenlijst te beantwoorden zijn.

In het licht van de vraagstelling van het onderzoek ligt de nadruk op taakherschikking tussen tandarts en mondhygiënist. Uiteraard zijn ook andere beroepen - binnen of buiten de tandartspraktijk - betrokken bij de mondzorg, zoals tandarts- en preventieassistenten. Ook hierover zijn enige additionele vragen gesteld, te meer aangezien niet alle patiënten daadwerkelijk met een mondhygiënist te maken hebben. Wel is bij de vormgeving van de vragenlijst rekening gehouden met het feit dat patiënten mogelijk niet altijd in staat zijn deze diverse groepen van elkaar te onderscheiden. Zo wisselden in eerdere studies enquêtevragen over mondhygiënist en assistenten elkaar af, waardoor het risico ontstaat dat respondenten ook in de beantwoording deze groepen verwarren.

Voor de precieze vraagformuleringen in de enquête is verder gebruik gemaakt van diverse eerdere studies, waaronder onderzoek dat ook binnen het CoPa is uitgevoerd. Voorbeelden van dit laatste zijn onder meer vragen omtrent het geven van informatie door tandartsen (Schouten en Friele, 2001) en omtrent beschikbaarheid en dienstverlening/bejegening van tandartsen (Van der Schee et al., 2003). Daarnaast wordt met enige regelmaat in het CoPa gevraagd hoeveel vertrouwen men in diverse beroepen heeft, waaronder tandartsen, en is in recente jaren gevraagd of en zo ja bij wie men aanvullend verzekerd is, onder meer voor mondzorg (De Jong et al., 2008). Tot slot biedt het CoPa via de woongemeente en viercijferige postcode de mogelijkheid van koppeling aan omgevingskenmerken ('marktomgeving').

2.2.2 Respons en weging

Respons

Dit onderzoek is uitgevoerd onder de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa) in de periode maart/april 2009. In totaal zijn 1500 leden van dit panel benaderd, waarvan 955 een ingevulde vragenlijst hebben teruggestuurd. Dit is een respons van 64%, hetgeen over het algemeen beschouwd kan worden als een hoge respons (Stoop, 2005). Bij CoPa-onderzoek ligt de respons ongeveer tussen de 60 en de 80%. Daarmee is het mogelijk om het onderzoek uit te voeren binnen verschillende subgroepen van de bevolking, waaronder jongeren (vanaf 18 jaar) versus ouderen, maar ook mensen die al dan niet regelmatig gebruik maken van mondzorg.

Weging

Minstens zo belangrijk als de respons is de mogelijke vertekening als gevolg van selectieve non-respons. In tabel 2.1 staan de kenmerken van de respondenten weergegeven. Het blijkt dat de respondenten vaker vrouw dan man zijn en dat vooral respondenten vanaf 45 jaar oververtegenwoordigd zijn. Daarom wordt een weging toegepast naar leeftijdsverdeling en geslacht. Op deze wijze vormt de steekproef een goede afspiegeling

van de leeftijds- en geslachtsverdeling in Nederland. De effecten van deze wegingen zijn weergegeven in tabel 2.1.

Tabel 2.1: Overzicht van de respons

	Enquête ongewogen (n=955)	Enquête gewogen (n=955)	Nederlandse bevolking per 1-12-2008 vanaf 18 jaar (n=12.8 mln.)*
Geslacht			
Man	44%	49%	49%
Vrouw	56%	51%	51%
Leeftijd			
18 tot en met 44 jaar	19%	46%	46%
45 tot en met 64 jaar	48%	35%	35%
65 jaar en ouder	32%	19%	19%

* Bron: CBS, Statline mei 2009.

3 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten voor de hoofdvragen beantwoord, onderverdeeld in paragrafen over het volume en type zorggebruik in de mondzorg (paragraaf 3.3 en 3.4) en over de kennis en opvattingen over de mondzorg (3.5 en 3.6). Voorafgaand worden twee deelthema's besproken, te weten de gebitstoestand en gebruik van tandverzekering (paragraaf 3.1) en het aantal inschrijvingen bij de tandarts (paragraaf 3.2).

3.1 Gebitstoestand en aanvullende verzekering

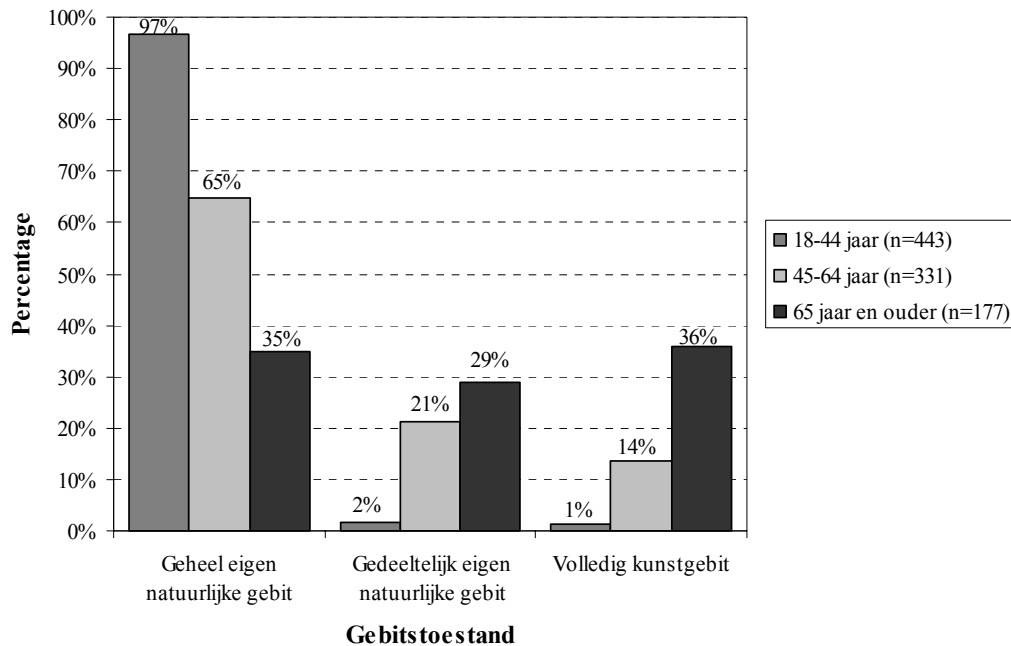
Een belangrijke voorspeller voor het gebruik van mondzorg is het aandeel van de bevolking met een (deels) eigen gebit, de dentate bevolking. Binnen het CoPa Gezondheidszorg is er een klein verschil tussen mannen en vrouwen: vrouwen hebben iets vaker (13%) een volledig kunstgebit dan mannen (11%; zie tabel 3.1). Deze aantallen komen sterk overeen met bevolkingsstatistieken van het CBS: daarin heeft 11% van de mannen en 14% van de vrouwen een volledig kunstgebit (overigens hanteert CBS als leeftijdsgrens 16 jaar en ouder; bij het Consumentenpanel is dit 18 jaar).

Tabel 3.1: Gebitstoestand naar geslacht

	Geheel eigen natuurlijke gebit		Gedeeltelijk eigen natuurlijk gebit (alleen boven of onder)		Volledig kunstgebit	
	percentage	n	percentage	n	percentage	n
Mannen (n=465)	76,1%	354	13,1%	61	10,8%	50
Vrouwen (n=486)	72,4%	351	14,2%	69	13,4%	65

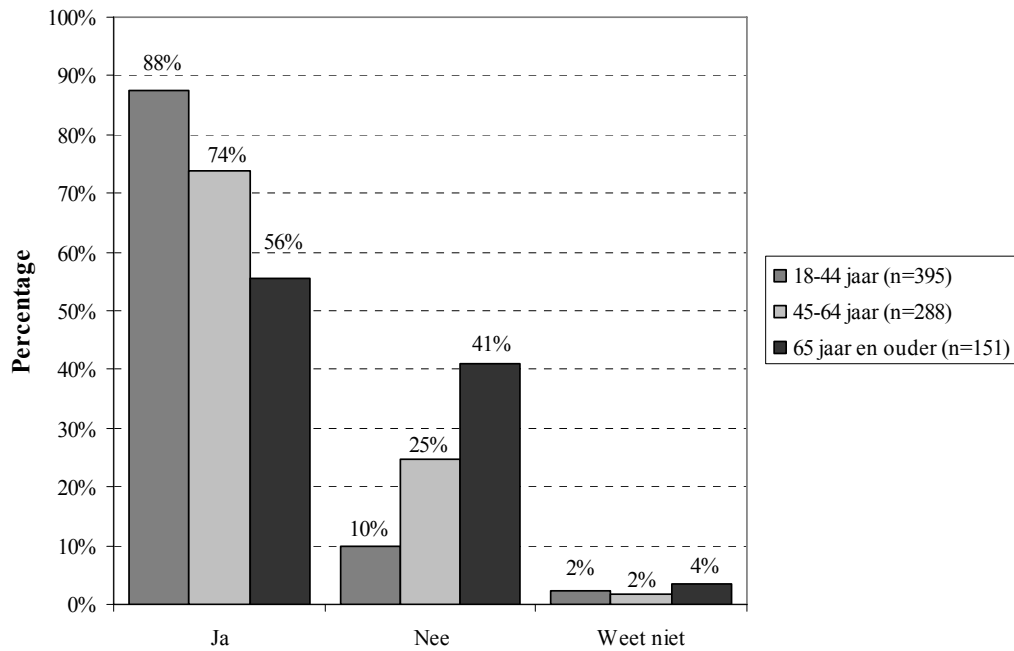
Dit verschil tussen mannen en vrouwen wordt mede veroorzaakt door de hogere levensverwachting van vrouwen. Logischerwijs hebben oudere personen vaker een volledig kunstgebit (figuur 3.1). Mensen van 45 tot 64 jaar hebben in 14% van de gevallen een volledig kunstgebit en mensen van 65 jaar en ouder in 36% van de gevallen.

Figuur 3.1: Gebitstoestand naar leeftijd



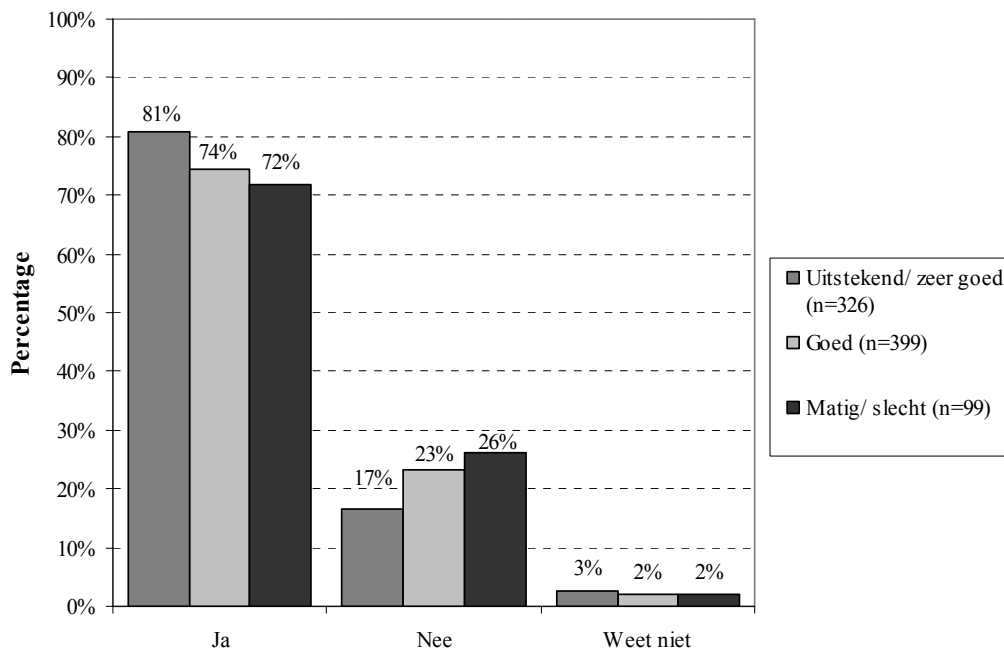
Het belang van een goede mondzorg voor de gezondheidsbeleving van consumenten wordt onderstreept door hun verzekeringsgedrag. Een ruime meerderheid (77%) heeft gekozen voor een aanvullende verzekering voor tandheelkundige hulp. Dit percentage is vrij stabiel door de tijd: in 2007 was het percentage verzekerden eveneens 77% (De Jong et al., 2008). Eén op vijf mensen (21%) geeft aan geen aanvullende tandverzekering te hebben. Slechts een kleine groep mensen (2,4%) weet niet of hij of zij aanvullend verzekerd is voor tandheelkundige hulp. Mannen en vrouwen zijn ongeveer even vaak aanvullend verzekerd. Daarnaast verzekeren mensen zich minder bij voor tandheelkundige hulp als ze ouder worden (figuur 3.2): het percentage aanvullend verzekerden daalt van 88% onder 18-44 jarigen, naar 74% onder 45-64-jarigen en 56% onder 65-plussers. Dit leeftijds patroon komt overeen met resultaten uit eerder onderzoek onder CoPa Gezondheidszorg over de jaren 2006 en 2007 (De Jong et al., 2008).

Figuur 3.2: Verzekerden met een aanvullende tandverzekering naar leeftijd



Opvallend is dat mensen die hun gezondheid als uitstekend of zeer goed beoordelen iets vaker een aanvullende tandverzekering hebben dan mensen die hun gezondheid als matig of slecht beoordelen (figuur 3.3). Ook deze resultaten worden ondersteund door eerder onderzoek (Ibid., 2008). Daarnaast hangt het hebben van een aanvullende tandverzekering zoals verwacht samen met de gebitstoestand: 86% van de personen met een geheel eigen gebit heeft een aanvullende verzekering; voor personen met een deels eigen gebit is dit 70%. Heeft men een volledig kunstgebit, dan heeft 29% een aanvullende tandverzekering.

Figuur 3.3: Percentage mensen met aanvullende tandverzekering naar (zelfgerapporteerde) gezondheidstoestand



Tabel 3.2: Aanvullende tandverzekering naar gebitstoestand

	Aanvullende tandverzekering		Geen aanvullende tandverzekering		Weet niet	
	%	n	%	n	%	n
Geheel eigen gebit	86,0%	533	11,9%	74	2,1%	13
Gedeeltelijk eigen gebit	69,5%	80	25,4%	29	5,2%	6
Kunstgebit	29,0%	28	70,2%	68	0,8%	1

Dat een meerderheid een aanvullende tandverzekering heeft is duidelijk, maar hoe ziet deze verzekering er vervolgens uit? Verzekeren hebben keuze uit verschillende mogelijkheden. De helft (52%) van de mensen heeft gekozen voor een verzekering met een gedeeltelijke vergoeding tot een maximumbedrag. Bij deze verzekering dient de verzekerde per behandeling een gedeelte zelf te betalen. Bijna 30% van de mensen heeft gekozen voor een gehele vergoeding tot een maximumbedrag. Een klein deel van de mensen (7%) heeft gekozen voor de meest uitgebreide vorm van 100% vergoeding zonder maximumbedrag.

De meeste mensen (45%) betalen de rekening voor de mondzorg eerst zelf en krijgen daarna de kosten terug (zie tabel 3.3). In 28% van de gevallen stuurt de behandelaar de rekening rechtstreeks door naar de zorgverzekeraar. 12% van de mensen betaalt de kosten voor tandheelkundige zorg zelf zonder enige vergoeding van de zorgverzekeraar.

Tabel 3.3: Betaling rekening tandheelkundige hulp

	Percentage	N=930
Ik betaal de rekening zelf en krijg de kosten (gedeeltelijk) terug van de verzekeraar	44,8%	417
De behandelaar stuurt de rekening door naar de verzekeraar	28,1%	261
Ik betaal deze zelf en krijg geen teruggave (want niet verzekerd)	11,8%	110
Ik stuur de rekening door naar de verzekeraar	10,4%	97
Anders, namelijk	2,4%	23
Weet niet	2,5%	23

3.2 Inschrijvingen bij de tandarts

Binnen Nederland is het niet strikt noodzakelijk om op naam ingeschreven te staan bij een tandarts. Toch kiest de meerderheid van de Nederlanders (91%) ervoor om vast bij een tandartspraktijk ingeschreven te staan. Ter vergelijking stond een vergelijkbaar aandeel (89%) in 2002 bij de tandarts ingeschreven (Van der Schee et al., 2003). Dat een gedeelte van de mensen niet staan ingeschreven wordt deels verklaard uit het feit dat ze een kunstgebit hebben (zie tabel 3.4). Wanneer alleen de mensen met een (gedeeltelijk) eigen gebit worden bekeken, is 97% ingeschreven bij een tandartspraktijk. Het restant (respectievelijk 9% of 3%) geeft aan niet bij een tandarts ingeschreven te staan.

Tabel 3.4: Respondenten die als patiënten staan ingeschreven bij een tandartspraktijk, in- en exclusief personen met een kunstgebit

	Wel ingeschreven	Niet ingeschreven
Alle respondenten (n=954)	90,6%	9,4%
Exclusief personen met kunstgebit (n=839)	96,6%	3,4%

In theorie is het mogelijk dat consumenten niet ingeschreven staan vanwege een (regionaal of lokaal) tekort aan tandartsen. Kijkend naar de redenen waarom men niet staat ingeschreven, lijkt hiervan nauwelijks sprake te zijn (zie tabel 3.5). De vaakst voorkomende reden om niet ingeschreven te staan is dat men het niet nodig vindt. Daarmee samenhangend vult 32% de categorie ‘anders, namelijk’ in, waarvan de meerderheid zegt te beschikken over een volledig kunstgebit. Slechts een enkeling geeft aan dat men een nieuwe tandarts zoekt en dan vooral vanwege een overgangsfase, zoals sluiting van de praktijk dan wel verhuizing. Hoe lang deze zoekperiode vervolgens duurt is niet bekend. Daarbij geeft niemand aan dat het onmogelijk is om in de gemeente een praktijk te vinden, maar dat sluit niet uit dat er in andere gemeenten wel sprake is van praktijken die geen patiënten aannemen. Hoewel de panelleden verspreid over Nederland wonen, kan het zijn dat juist zeer specifieke regionale verschillen wat betreft onvervulde vraag niet naar voren komen in deze resultaten.

Tabel 3.5: Redenen om niet als patiënt bij een tandartspraktijk ingeschreven te staan

	Percentage	N=80
Ik vind het niet nodig om als patiënt bij een tandarts ingeschreven te staan	56,3%	45
Mijn vorige tandarts is gestopt met zijn/haar praktijk en ik zoek een nieuwe tandarts	6,1%	5
Ik ben zelf weggegaan bij mijn vorige tandarts en zoek een nieuwe tandarts	5,0%	4
Ik ben verhuisd en zoek een nieuwe tandarts	1,0%	1
In mijn woonplaats is geen tandarts die patiënten opneemt	0%	0
Anders	31,6%	25

Vervolgens is het de vraag in welk type tandartspraktijk men ingeschreven staat. De aanwezigheid van andere beroepsgroepen naast de tandarts kan namelijk mede bepalend zijn voor de opvattingen die men heeft over huidige en gewenste taakverschuivingen. Verreweg de meeste personen geven aan dat er een tandarts-assistent in de praktijk aanwezig is (zie tabel 3.6). Een mondhygiënist is ongeveer in de helft van alle praktijken aanwezig, aldus de respondenten. Voor zover bekend is een tandprotheticus of tandtechnicus minder vaak aanwezig, evenals een preventieassistent. Wel geldt als kanttekening dat consumenten niet altijd op de hoogte zullen zijn van de exacte beroepstitel van aanwezige personen in de praktijk. Dit wordt ook geïllustreerd door een vergelijking met NMT-cijfers: uit een peiling onder 418 tandartspraktijken in 2008 blijkt dat in 36% van de praktijken een mondhygiënist werkt en in 50% een preventieassistent (NMT, 2008). Met name van deze laatste groep lijken patiënten nauwelijks op de hoogte, deels omdat het in de praktijk veelal gaat om tandartsassistenten die aanvullende scholing hebben gevolgd.

Tabel 3.6: Aanwezige beroepsgroepen in de tandartspraktijk (meerdere antwoorden mogelijk)

	Percentage	N=933
Tandarts-assistent	86,1%	803
Mondhygiënist	51,3%	478
Tandprotheticus/tandtechnicus	16,8%	157
Preventieassistent	9,1%	85
Anders	4,9%	45
Weet niet	9,0%	92

Op basis van bovenstaande antwoorden is het mogelijk een indeling te maken in verschillende typen praktijken (tabel 3.7). Dit geeft een beter beeld welke combinaties van beroepsgroepen in een tandartspraktijk werken. In 42% van de tandartspraktijken is geen mondhygiënist of preventieassistent aanwezig; in 48% van de praktijken is alleen een mondhygiënist aanwezig. Wel geldt ook nu als overweging dat men met name bij de preventieassistent in beperkte mate op de hoogte is van diens aanwezigheid. De bevindingen weerspiegelen dan ook vooral de percepties van consumenten.

Tabel 3.7: Aanwezige mondhygiënist en/of preventieassistent in de tandartspraktijk

	Percentage	N=841
Geen mondhygiënist of preventieassistent	41,7%	350
Alleen mondhygiënist	48,2%	406
Mondhygiënist én preventieassistent	8,4%	71
Alleen preventieassistent	1,7%	15

3.3 Volume van zorggebruik

Bezoek aan de tandartspraktijk

Van alle respondenten is 11% de afgelopen twee jaar niet naar een tandartspraktijk geweest. Wordt alleen gekeken naar personen met een geheel of gedeeltelijk eigen natuurlijk gebit, dan is 4% de afgelopen twee jaar niet naar de tandartspraktijk geweest. Mensen die de tandarts wel bezochten deden dit gemiddeld 2 keer per jaar. Opgemerkt dient te worden dat het in de vraagstelling gaat om bezoeken aan de tandartspraktijk. De behandeling kan ook door iemand anders dan de tandarts zijn uitgevoerd. Ter vergelijking: binnen het CBS bevolkingspanel is het gemiddelde aantal bezoeken voor personen met een geheel of gedeeltelijk eigen natuurlijk gebit 2,4 per jaar (2,1 voor mannen en 2,7 voor vrouwen).

Tabel 3.8: Aantal bezoeken aan de tandartspraktijk in de laatste twee jaar (exclusief mensen met een kunstgebit)

	Percentage	N=837
0 keer	4,2%	35
1 keer	5,7%	48
2 keer	20,9%	175
3 keer	14,8%	124
4 keer	36,0%	301
5 keer	6,0%	50
6 keer	5,4%	45
7 keer	1,8%	15
8 keer	3,7%	31
10 keer	0,8%	7
Vaker dan 10 keer	0,4%	3
Weet niet	0,2%	2

Zorg verleend door de tandarts

Dat men naar de tandartspraktijk is geweest hoeft niet automatisch te betekenen dat men ook daadwerkelijk door de tandarts zelf behandeld is. In de CBS-statistieken is dit niet te bepalen, aangezien er geen onderscheid gemaakt wordt naar het type behandelaar. 83% van de respondenten zegt het afgelopen jaar voor het laatst te zijn behandeld door de tandarts (tabel 3.9). Dit komt sterk overeen met de CBS-cijfers, waarbij 85% van de bevolking zonder kunstgebit in 2008 naar de tandarts(praktijk) is geweest. Beide manieren van vraagstelling leveren dus sterk overeenkomstige antwoorden op.

Tabel 3.9: Laatste bezoek aan de tandarts (exclusief mensen met een kunstgebit)

	Percentage	N=836
Minder dan één maand	22,7%	190
Langer dan één maand en korter dan drie maanden geleden	20,1%	173
Langer dan drie maanden en korter dan één jaar geleden	45,6%	389
Langer dan één jaar geleden	7,9%	66
Weet niet	2,2%	19

Gaat men naar de tandarts, dan betrof het laatste bezoek meestal (68%) een periodieke controle (tabel 3.10). De meeste contacten met de tandarts zelf duren niet langer dan 20 minuten (80%) (tabel 3.11). Slechts een enkel contact duurt langer dan 30 minuten. Voor vervolgbehandelingen en spoedbehandelingen is de consultduur vaak langer. Bijna de helft (46%) van de vervolgbehandelingen duurt langer dan 20 minuten.

Vergelijking met CBS-cijfers is voor beide onderwerpen niet mogelijk. Wel is de consultduur te vergelijken met informatie, verzameld via de NMT-peilstations. Deelnemende praktijken gaven in 2008 aan gemiddeld 31,9 stoeluren per week te hebben. Gemiddeld zag men 156 patiënten per week, hetgeen neerkomt op een gemiddelde consultduur van 12 minuten per patiënt (NMT, 2008). Hoewel in het CoPa-onderzoek de duur is bevraagd aan de hand van vier antwoordcategorieën en daardoor geen precieze gemiddelde consultduur in minuten kan worden berekend is, lijken beide cijfers redelijk met elkaar overeen te komen.

Tabel 3.10: Aard van het laatste tandartsbezoek

	Percentage	N=890
Periodieke controle	68,1%	606
Vervolgbehandeling na controle	21,1%	187
Spoedbehandeling in verband met acute klachten	10,9%	97

Tabel 3.11: Duur van de laatste tandartsbezoek/behandeling (n=917)

	Minder dan 10 minuten	10-20 minuten	20-30 minuten	Langer dan 30 minuten	Weet niet
Periodieke controle (n=605)	59,4%	35,7%	3,2%	0,9%	0,9%
Vervolgbehandeling na controle (n=187)	6,1%	46,2%	28,3%	18,1%	1,4%
Spoedbehandeling i.v.m. acute klachten (n=97)	14,9%	24,4%	24,4%	11,5%	10,7%
Totaal (n=917)	42,4%	37,6%	11%	5,6%	3,4%

Een vervolgvraag die zich opwerpt is of de behandelduur van tandartsen korter is als eveneens andere beroepsgroepen in de praktijk werken. Inderdaad lijkt hiervan sprake te zijn (tabel 3.12). Als de tandarts zonder preventieassistent of mondhygiënist werkt, dan zijn 20% van de behandelingen langer dan 20 minuten. Werkt er ook een mondhygiënist, dan is hooguit 7% van de contacten met de tandarts langer dan 20 minuten. De aanwezigheid van mondhygiënisten hangt dus samen met een kortere behandelduur van tandartsen, waardoor deze laatste zich kan richten op complexere behandeling of andere (management)taken.

Tabel 3.12: Duur van de laatste tandartsbezoek/behandeling naar tandartspraktijk (n=833)

	Minder dan 10 minuten	10-20 minuten	20-30 minuten	Langer dan 30 minuten	Weet niet
Alleen mondhygiënist (n=403)	40,2%	52,5%	7,3%	0%	0%
Alleen preventieassistent (n=15)	4,8%	34,0%	11,3%	5,3%	1,4%
Zowel mondhygiënist als preventieassistent (n=70)	31,1%	48,3%	7,5%	9,7%	3,4%
Alleen tandarts (n=345)	39,4%	41,0%	12,7%	5,5%	1,4%

Zorg verleend door de mondhygiënist en/of preventie- of tandartsassistent

Voor de meeste patiënten is behandeling door (alleen) de tandarts nog steeds de meest gangbare vorm van eerstelijns mondzorg. Van alle personen zonder kunstgebit zegt 63% nog geen ervaring te hebben met een mondhygiënist. Van de overige personen zegt 22% niet vaker dan drie keer te zijn behandeld door een mondhygiënist. De mensen die contact hebben gehad met de mondhygiënist, hadden gemiddeld 4,7 keer contact.

Aparte behandeling door een preventie- of tandartsassistent - waar de tandarts zelf niet naast stond - is minder gangbaar. 88% van alle personen (zonder kunstgebit) zegt dat dit nog nooit is voorgekomen. De personen die hier wel ervaring mee hebben, geven aan dat een aparte behandeling hooguit een enkele keer is voorgekomen.

Tabel 3.13: Ervaring met behandelingen toegepast door mondhygiënist en preventie- of tandartsassistent van de tandarts (exclusief mensen met een kunstgebit)

	Mondhygiënist		Preventie of tandartsassistent	
	%	n=836	%	n=833
Geen ervaring	62,7%	524	87,5%	729
1 keer behandeld	10,3%	86	4,1%	34
2 keer behandeld	8,3%	69	3,4%	28
3 keer behandeld	3,5%	29	2,0%	17
Vaker behandeld	14,4%	120	1,8%	15
Weet niet	0,9%	7	1,2%	10

In tabel 3.14 is een uitsplitsing opgenomen naar verschillende achtergrondkenmerken. Vooral als er een mondhygiënist in de praktijk werkt heeft men hier ook ervaring mee. Behandeling via mondhygiënisten buiten de praktijk komt nauwelijks voor. Vrouwen lijken meer ervaring te hebben met de mondhygiënist dan mannen: 32% van de mannen

en 42% van de vrouwen heeft ervaring met een behandeling door de mondhygiënist. Leeftijd lijkt in kleine mate een rol te spelen, waarbij ouderen iets vaker ervaring met een mondhygiënist hebben. Hetzelfde geldt voor personen met een aanvullende tandverzekering.

Met de preventieassistent hebben mensen nog zeer weinig ervaring, zodat er ook geen duidelijk beeld tussen subgroepen naar voren komt. Wel zegt logischerwijs een groter aandeel mensen vooral te zijn behandeld door een preventieassistent als men ook weet dat er een preventieassistent in de praktijk aanwezig is.

Tabel 3.14: Ervaring met behandeling door mondhygiënist en/of preventieassistent (exclusief mensen met een kunstgebit)

	Ervaring met mondhygiënist		Ervaring met preventieassistent	
	%	n	%	n
Totaal (n=836, 833)	36,5%	305	11,2%	94
Geslacht				
Mannen	31,6%	134	8,8%	8
Vrouwen	41,2%	173	13,7%	77
Leeftijd				
18 tot en met 44 jaar	31,5%	138	12,1%	52
45 tot en met 64 jaar	41,2%	118	10,4%	30
65 jaar en ouder	43,4%	49	10,1%	12
Opleiding				
Geen/laag	46,1%	38	11,5%	10
Middelbaar	33,1%	152	10,9%	49
Hoog	37,5%	106	11,2%	32
Aanvullende tandverzekering				
Geen	27,8%	34	6,3%	8
Wel	38,7%	238	12,5%	57
Type tandartspraktijk				
Alleen tandarts	13,0%	376	6,0%	439
Alleen mondhygiënist	54,2%	375	10,6%	374
Alleen preventieassistent	25,1%	15	73,4%	15
Mondhygiënist én preventieassistent	70,8%	65	33,6%	61

Dat men door iemand anders dan de tandarts behandeld wordt, betekent niet dat dit standaard zo is. In het geval van mondhygiënisten zegt 43% dat de behandeling langer geleden dan het laatste tandartsbezoek plaatsvond. Blijkbaar werd extra behandeling na het laatste tandartsbezoek niet nodig geacht. In een kwart van de gevallen ging men juist korter geleden apart naar de mondhygiënist. Het combineren van afspraken op dezelfde dag is geen vanzelfsprekendheid.

Tabel 3.15: Laatste behandelingen door mondhygiënist en preventie of tandartsassistent

	Mondhygiënist		Preventie of tandartsassistent	
	%	n=301	%	n=108
Op dezelfde dag als het laatste bezoek aan de tandarts	17,8%	54	21,8%	54
Korter geleden dan bezoek aan tandarts	25,2%	76	9,0%	78
Langer geleden dan bezoek aan tandarts	42,8%	129	40,8%	136
Weet niet	14,3%	43	28,3%	44

Tabel 3.16: Gemiddelde tijd tot laatste behandeling door mondhygiënist en preventie of tandartsassistent

	Mondhygiënist	Preventie of tandartsassistent
Gemiddeld aantal maanden indien korter geleden (n=69)	2,6	2,7
Gemiddeld aantal maanden indien langer geleden (n=119)	11,7	10,3

Met name in het geval van mondhygiënisten speelt de vraag of deze in een eigen praktijk de behandeling heeft uitgevoerd, dan wel in de praktijk van de tandarts. Dit laatste is het meest gangbaar: 79% van de behandelde patiënten geeft aan dat dit in de tandartspraktijk plaatsvond. Voor tandarts- of preventieassistenten is deze vraag niet van toepassing, aangezien zij in principe altijd binnen de tandartspraktijk werken.

Tabel 3.17: Type praktijk waar de mondhygiënist werkzaam is

	Percentage	N=304
In de praktijk van de tandarts	78,9%	240
In een eigen mondhygiënistenpraktijk	20,9%	64
Weet niet	0,1%	1

3.4 Type zorggebruik

Vergelijking tussen verschillende behandelaars

Het bovenstaande geeft wel inzicht in de omvang van werkzaamheden van diverse beroepsgroepen in de mondzorg, maar niet in het type werkzaamheden. Per behandelaar is aan respondenten gevraagd welke behandelingen tijdens het laatste bezoek plaats vonden. Om de vergelijking tussen groepen te vergemakkelijken zijn deze in tabel 3.18 samengevoegd.

Bij tweederde van de bezoeken aan de tandarts zelf vond er een periodieke controle plaats. Dit komt overeen met de bevinding uit tabel 3.10, waar bleek dat 68% van de bezoeken een periodieke controle betrof. Daarnaast werd in 45% van de behandelingen tandsteen en/of plaque door de tandarts verwijderd. Andere behandelingen komen minder vaak voor. In het geval van mondhygiënisten geeft men eveneens regelmatig (33%) aan dat er een periodieke controle plaatsvindt. De belangrijkste verrichting van mondhygiënisten is vooral het weghalen van tandsteen/plaque; dit wordt door 90% van de

bezoekers genoemd (tabel 3.18). Afgezien van mondhygiëne-instructies (23%) komen andere verrichtingen nauwelijks voor. In de beleving van consumenten wordt maar een klein deel van het domein van de mondhygiënist in de praktijk toegepast.

De potentiële overlap in werkzaamheden tussen tandarts, mondhygiënist en preventie-assistent komt eveneens uit tabel 3.18 naar voren. Ongeveer de helft van de personen, behandeld door een preventieassistent geeft aan dat deze eveneens tandsteen/plaque verwijderde. Andere behandelingen komen beduidend minder voor. Overigens noemt een enkeling dat de preventieassistent of tanden of kiezen heeft gevuld. Het is de vraag of dit betekent dat men onterecht bepaalde handelingen heeft verricht, of dat dit eerder betekent dat de preventieassistent de tandarts heeft geassisteerd.

Tabel 3.18: Vergelijking tussen behandelingen toegepast door tandarts, mondhygiënist en preventie of tandartsassistent

	Tandarts n=936)	Mondhygiënist (n=317)	Preventie of tandartsassistent (n=113)
Periodieke controle	65,2%	32,9%	12,7%
Verwijderen van tandsteen en/of plaque	44,8%	90,3%	52,8%
Vullen van tand of kies	19,2%	0%	4,6%
Maken van röntgenfoto's	12,5%	3,9%	19,9%
Trekken van tand of kies	3,6%	*	*
Wortelkanaalbehandeling	3,1%	*	*
Maken van kroon of brug	3,0%	*	*
Aanbrengen beschermingslaag (sealen)	2,4%	4,0%	0%
Instructie m.b.t. mondhygiëne (zoals poetsinstructie)	1,8%	22,9%	16,9%
Fluoridebehandeling	1,2%	3,0%	2,0%
Bleken van tanden	0,3%	1,7%	0,6%
Weet niet	1,6%	1,6%	14,4%
Ik heb geen behandeling ondergaan	3,0%	0%	2,8%
Iets anders, namelijk	9,0%	4,8%	7,6%

* Deze behandelingen zijn niet voorgelegd aan respondenten bij deze beroepsgroep.

Op basis van de cijfers ontstaat het beeld dat er tijdens de periodieke controle ook andere verrichtingen plaatsvinden. Welke dat zijn is weergegeven in tabel 3.19. Zo verwijdert in 57% van de gevallen de tandarts ook tandsteen en/of plaque tijdens de laatste periodieke controle. Overige behandelingen komen vooral voor tijdens extra bezoeken. In het geval van de mondhygiënist is eveneens vaker sprake van periodieke controle, aldus patiënten. Ook dan wordt vooral tandsteen en/of plaque verwijderd (88%) en instructie gegeven over mondhygiëne (19%).

Het feit dat zowel tandarts als mondhygiënist periodieke controles uitvoeren roept de vraag op of er sprake is van aanvullende dan wel vervangende behandeling. Voor een extra beeld hiervan toont tabel 3.20 hoeveel tijd er tussen de periodieke controle door de mondhygiënist en het laatste tandartsbezoek zit. In 19% van deze gevallen voert de mondhygiënist de periodieke controle uit op dezelfde dag als het tandartsbezoek. In de meeste gevallen is de door de mondhygiënist uitgevoerde periodieke controles korter of juist langer geleden verricht dan het bezoek aan de tandarts. Ook dit onderschrijft het

beeld dat beide vormen van periodieke controle zich op iets andere aspecten richten, die naast elkaar kunnen voorkomen.

Tabel 3.19: Verrichtingen die volgens de respondent tijdens de periodieke controle plaatsvinden

	Tandarts (n=652)	Mondhygiënist (n=104)
Verwijderen van tandsteen en/of plaque	57,0%	88,4%
Maken van kroon of brug	12,5%	*
Maken van röntgenfoto's	6,8%	4,5%
Instructie m.b.t. mondhygiëne (zoals poetsinstructie)	3,0%	19%
Vullen van tand of kies	1,6%	0%
Bleken van tanden	1,5%	0,8%
Trekken van tand of kies	1,4%	*
Aanbrengen beschermingslaag (sealen)	1,0%	5,3%
Fluoridebehandeling	0,5%	3,8%
Wortelkanaalbehandeling	0,2%	*
Weet niet	4,4%	0%
Ik heb geen behandeling ondergaan	3,9%	0%
Iets anders, namelijk	2,0%	3,7%

* Deze behandelingen zijn niet voorgelegd aan respondenten bij de mondhygiënist.

Tabel 3.20: Periodieke controle uitgevoerd door mondhygiënist in verhouding tot laatste tandartsbezoek

	Periodieke controle door mondhygiënist	
	percentage	n=103
Op dezelfde dag als het laatste bezoek aan de tandarts	18,8%	19
Korter geleden dan bezoek aan tandarts	33,0%	34
Langer geleden dan bezoek aan tandarts	46,1%	47
Weet niet	2,1%	2

Het laatst belichte onderdeel is de uitgebreidheid van de behandeling. Voor een indicatie is de behandelingsduur van de drie typen zorgverleners vergeleken. Behandeling door tandarts en mondhygiënist verschilt ook naar de duur van de behandeling (tabel 3.21): 43% van de behandelingen door mondhygiënist duren langer dan 20 minuten. In het geval van tandartsen is dit 17% en onder preventieassistenten 12%. De gegevens laten zien dat mondhygiënist aan een vergelijkbaar type activiteiten een grotere tijdsbesteding hebben, mogelijk verklaard wordt door een verschil in werkwijze tussen de verschillende beroepsgroepen.

Tabel 3.21: Vergelijking tussen duur van behandelingen toegepast door tandarts, mondhygiënist en preventie of tandartsassistent

	Tandarts (n=917)	Mondhygiënist (n=317)	Preventie of tandartsassistent (n=111)
Minder dan 10 minuten	42,4%	13,2%	24,9%
10-20 minuten	37,6%	41,6%	42,7%
20-30 minuten	11,0%	33,1%	7,2%
Langer dan 30 minuten	5,6%	10,2%	5,0%
Weet niet	3,4%	1,9%	20,2%

3.5 Kennis over de mondzorg

Een belangrijke randvoorwaarde voor de werking van de zorgmarkt is de kennis van de consument hierover. Als het gaat om tariefverschillen tussen tandarts en mondhygiënist, dan blijken veel mensen hiervan niet op de hoogte (zie tabel 3.22): 70% geeft aan het antwoord niet te weten. Hoger opgeleiden zijn hier iets meer mee bekend. Verder zijn verschillen tussen groepen klein. Ook mensen die al gebruik hebben gemaakt van een mondhygiënist geven nauwelijks andere antwoorden dan mensen zonder feitelijke ervaring hiermee. Een vergelijkbaar beeld komt naar voren in recent onderzoek van Hendriks (2009), waarin 76% aangaf niet op de hoogte te zijn van een door de overheid vastgestelde tarievenlijst voor behandelaars in de mondzorg. Ook bleken patiënten behoefte te hebben aan meer informatie over prijzen van verschillende behandelingen.

Tabel 3.22: Inschatting verschil in tarieven van behandeling door beroepsgroepen

	Geen verschil in tarieven	Tarief tandarts is hoger	Tarief mond- hygiënist is hoger	Weet niet
Totaal (n=933)	4,9%	23,3%	1,7%	70,1%
Geslacht				
Mannen (n=460)	5,0%	24%	0,5%	70,6%
Vrouwen (n=473)	4,8%	22,5%	3,0%	69,7%
Leeftijd				
18 tot en met 44 jaar (n=441)	4,3%	22,9%	1,1%	71,7%
45 tot en met 64 jaar (n=325)	6,3%	27%	2,4%	64,4%
65 jaar en ouder (n=167)	3,7%	16,9%	2,2%	77,2%
Opleiding				
Geen/laag (n=115)	7,6%	14,7%	2,2%	75,6%
Middelbaar (n=498)	4,5%	17,3%	2,3%	76,1%
Hoog (n=303)	4,8%	37,2%	0,8%	57,2%
Aanvullende tandverzekering				
Geen (n=179)	3,0%	27,7%	1,0%	68,3%
Wel (n=637)	5,7%	22,3%	1,7%	70,3%
Ervaring met mondhygiënist				
Geen ervaring (n=613)	3,8%	22,2%	0,7%	73,3%
Ervaring (n=315)	7,0%	25,7%	3,6%	63,7%

Het bekwaamheidsniveau van de verschillende beroepsgroepen, in termen van hun vereiste opleidingsniveau, is wel vrij goed bekend (tabel 3.23). Zo weet 78% van de mensen dat de tandarts een universitaire opleiding heeft gehad. Wat betreft de opleiding voor de mondhygiënist geldt dat vanaf 2002 er een vierjarige HBO-opleiding Mondzorgkunde is. Daarnaast zijn er nog mondhygiënisten werkzaam die eerder zijn opgeleid met een 2- of 3-jarige HBO-opleiding, hetgeen door respondenten op MBO-niveau kan worden geïnterpreteerd. Worden beide samengenomen, dan heeft 89% van de mensen een goede inschatting gemaakt van het opleidingsniveau van de mondhygiënist. Voor de preventieassistent schat 63% in dat het opleidingsniveau LBO of MBO is. Dit komt redelijk overeen met de werkelijkheid: de cursus tot preventieassistent is immers bestemd voor tandartsassistenten die 2 jaar in de praktijk hebben gewerkt of van de MBO opleiding tot assistent afkomen.

Tabel 3.23: Inschatting van het opleidingsniveau van een tandarts, mondhygiënist en preventieassistent

Beroepsgroep	LBO	MBO	HBO	Universiteit	Weet niet
Tandarts (n=928)	0,2%	0,6%	16,7%	78,2%	8,7%
Mondhygiënist (n=922)	0,2%	25,1%	64,3%	3,9%	13,4%
Preventieassistent (n=920)	0,5%	58,1%	22,7%	0,1%	19,9%

Of mondhygiënisten en preventieassistenten zelfstandig mogen behandelen is bij veel mensen onduidelijk: ongeveer eenderde (32%) weet hierop het antwoord dat alleen mondhygiënisten zelfstandig mogen behandelen, 41% zegt het antwoord hierop niet te weten en de overige 27% geeft het verkeerde antwoord (tabel 3.24). Mensen jonger dan 65 jaar en personen met een hogere opleiding (HBO of universiteit) of ervaring met de mondhygiënist zijn het vaakst op de hoogte dat de mondhygiënist meer bevoegdheden heeft om zelfstandig te behandelen dan de preventieassistent.

Tabel 3.24: Inschatting van bevoegdheid tot zelfstandig behandelen

	Geen van beide	Alleen mondhygiënist	Alleen preventie-assistenten	Beide	Weet niet
Totaal (n=930)	20,3%	31,8%	0,2%	7%	40,6%
Geslacht					
Mannen (n=459)	15,2%	29,5%	0,2%	6,5%	48,6%
Vrouwen (n=471)	25,3%	34,1%	0,3%	7,6%	32,9%
Leeftijd					
18 tot en met 44 jaar (n=440)	15,5%	34,5%	0%	6,5%	43,5%
45 tot en met 64 jaar (n=323)	24,4%	35,9%	0,7%	8,5%	30,6%
65 jaar en ouder (n=167)	25,0%	16,8%	0%	5,7%	52,6%
Opleiding					
Geen/laag (n=116)	25,7%	23,4%	1,1%	5,1%	44,0%
Middelbaar (n=501)	19,2%	31,5%	0%	7,2%	42,1%
Hoog (n=301)	20,4%	36,9%	0,3%	7,7%	34,7%
Aanvullende tandverzekering					
Geen (n=180)	22,5%	24,1%	0,5%	6,7%	46,3%
Wel (n=634)	19,8%	34,9%	0,2%	6,5%	38,6%
Ervaring met mondhygiënist					
Geen ervaring (n=614)	21,8%	27,4%	0,2%	5,9%	44,6%
Ervaring (n=311)	17,1%	40,8%	0,2%	9,3%	32,5%

3.6 Opvattingen over de mondzorg

Na beschrijving van het feitelijk gebruik wordt in deze paragraaf nader ingegaan op de opvattingen van de panelleden ten aanzien van het aanbod aan mondzorg in Nederland. Hoewel opvattingen vaak als minder betrouwbaar en meer veranderlijk te boek staan, geven ze wél aan welke *intenties* tot gedrag er onder de bevolking leven. Opvattingen zijn daarmee in zekere zin een voorspeller van mogelijk, toekomstig gedrag.

Heeft men een algemene voorkeur voor de tandarts of mondhygiënist?

In de enquête is een aantal vragen gewijd aan de opvattingen over mondzorg, in het bijzonder welke waarde men hecht aan wie de mondzorgverrichtingen uitvoeren, en waar dit van afhangt. Op basis van de voorgaande cijfers zagen we al dat anno 2009 de mondhygiënist, naast de tandarts, redelijk vaak wordt bezocht. Is het ook zo dat men de mondhygiënist nog vaker zou willen bezoeken? Of is men toch over het algemeen van mening dat de tandarts alle soorten verrichten dient uit te voeren? Tabel 3.25 geeft een overzicht van acht stellingen die aan het panel zijn voorgelegd.

Tabel 3.25: Stellingen over behandeling door tandarts en/of mondhygiënist

Stelling	Volledig mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Volledig mee eens
Ik wil kunnen kiezen of ik door de tandarts of mondhygiënist behandeld wordt (n=916)	1,0%	7,7%	27,7%	41,7%	22%
Het is belangrijk dat tandarts en mondhygiënist in dezelfde praktijk werken (n=914)	2,3%	8,5%	25,5%	48,7%	14,9%
Het moet duidelijk zijn of de tandarts of mondhygiënist voor de behandeling verantwoordelijk is (n=918)	1,9%	2,2%	8,9%	50,9%	36,1%
Tandartsen kunnen meer taken aan de mondhygiënist delegeren (n=912)	2,0%	11,7%	50,4%	33,3%	2,6%
Ik vind het belangrijk dat ik door de tandarts behandeld wordt in plaats van door de mondhygiënist (n=913)	1,5%	10,5%	40,9%	30,5%	16,7%
Voor periodieke controles wil ik zonder tussenkomst van de tandarts terecht bij de mondhygiënist (n=914)	13,9%	36,0%	34,0%	12,6%	3,4%
Eenvoudige tandheelkundige behandelingen kunnen gebeuren door de mondhygiënist (n=910)	7,2%	27,3%	38,9%	23,2%	3,3%
Periodieke controles kunnen worden uitgevoerd door de mondhygiënist (n=910)	15,1%	40,4%	29,4%	13,0%	2,0%

Uit de eerste stelling blijkt dat een kleine meerderheid (64%) het hebben van de keuze belangrijk vindt. Eenzelfde percentage vindt het belangrijk dat tandarts en mondhygiënist in dezelfde praktijk werken; een situatie waarin de keuze dan wel combinatie praktisch vergemakkelijkt wordt. Het vaakst (87%) vindt men dat het duidelijk moet zijn wie verantwoordelijk is voor de behandeling: de tandarts of de mondhygiënist. De mogelijkheid tot keuze is dus belangrijk, maar rondom de mondzorg hecht men in het algemeen veel waarde aan kwaliteitscontrole en transparantie.

De panelleden zijn verdeeld over de taakfunctionele verhouding tussen beide beroepsgroepen. 50% heeft geen mening over de stelling dat tandartsen kunnen meer taken aan de mondhygiënist delegeren. Ook op de apart gestelde vraag (niet in de tabel) “*Mogen mondhygiënist(en) en/of preventie-assistenten zelfstandig behandelen? (Dat wil zeggen: niet onder direct toezicht van een tandarts die eindverantwoordelijk is)*”, zegt 41% “weet niet”; 20% vindt dat geen van beide dat zouden mogen.

Uit tabel 3.25 blijkt ook dat een relatief grote groep van 47% onder het totale panel het belangrijk vindt dat ze door de tandarts in plaats van de mondhygiënist worden behandeld. Wanneer we hierbij echter rekening houden met het feit of panelleden ervaring hebben met de mondhygiënist, is dit percentage aanzienlijk lager, namelijk 36% (zie bijlage 1). Uit de tabel blijkt verder dat over de gehele groep een klein percentage (16%) het expliciet eens is met de stelling dat men bij de mondhygiënist terecht moeten kunnen *zonder* tussenkomst van de tandarts. Dit percentage is echter onder de mondhygiënist-bezoekende personen significant hoger (23%). Met de stellingen dat “*eenvoudige tandheelkundige behandelingen*” en “*periodieke controles*” door de mondhygiënist

kunnen worden uitgevoerd tenslotte, is een minderheid van het totale panel (25% respectievelijk 15%) het expliciet eens. Echter, ook hier scoren de personen die ervaring hebben met de mondhygiënist systematisch hoger (31% en 25%). Overall antwoordt het panel dus óf neutraal op de vergelijkende stellingen, dan wel hebben zij een voorkeur voor de tandarts. Of men ervaring heeft met de mondhygiënist maakt hiervoor echter veel verschil.

Voor welk soort behandeling heeft men voorkeur voor de tandarts of mondhygiënist?
Specifiek is de panelleden naar hun voorkeur voor tandarts of mondhygiënist gevraagd voor wat betreft een aantal soorten verrichtingen. Hiertoe presenteren we tabel 3.26. De handelingen staan geordend op omvang van het antwoord "geen voorkeur/weet niet". Hierdoor staan bovenaan de handelingen waarvoor de panelleden relatief 'indifferent' zijn, en naar onderen toe is de voorkeur voor de tandarts, dan wel de mondhygiënist steeds explicieter.

Tabel 3.26: Antwoorden op de vraag: "Door welke persoon wil u bij voorkeur onderstaande behandelingen laten uitvoeren?"

Behandeling	Tandarts	Mondhygiënist	Geen voorkeur	Weet niet
Maken van röntgenfoto's (n=868)	48,6%	7,1%	42,2%	2,1%
Fluoridenbehandeling (n=829)	23,9%	23,7%	40,8%	11,6%
Instructie over mondhygiëne (n=844)	10,7%	46,6%	38,2%	4,5%
Aanbrengen beschermingslaag (n=845)	39,4%	13,8%	34,8%	12,0%
Bleken van tanden (n=820)	31,2%	15,5%	32,8%	20,5%
Verwijderen van tandsteen en/of plaque (n=874)	45,1%	27,2%	25,8%	1,8%
Periodieke controle (n=893)	88,1%	1,1%	9,3%	1,5%
Vullen van tand of kies (n=870)	95,8%	0,1%	2,4%	1,7%

Uit de tabel blijkt dat er maar een paar behandelingen zijn waarover men indifferent is, dat wil zeggen waar voor de door de grootste groep 'neutraal' op wordt geantwoord. Dit is het geval bij fluoridenbehandeling en het bleken van tanden. Bij alle andere typen behandelingen is de voorkeur voor de tandarts meestal het grootst, vooral bij het vullen van kiezen of tanden en bij de periodieke controle. Bij de andere stellingen liggen de voorkeuren voor tandarts dan wel mondhygiënist ook nog relatief ver uit elkaar. Alleen bij de instructie over mondhygiëne komt (wellicht niet verassend), naar voren dat men hiervoor bij voorkeur naar de mondhygiënist gaat.

Bij het bovenstaande dienen we rekening te houden met het feit of men wel of geen ervaring heeft met een mondhygiënist. Dit maakt met name voor één behandeling veel uit, namelijk het verwijderen van tandsteen en/of plaque. Respondenten die geen ervaring hebben met de mondhygiënist geven hiervoor in 60% van de gevallen de voorkeur aan de tandarts. Maar van de mensen die wél ervaring hebben met de mondhygiënist, geeft slechts in 20% van de gevallen de voorkeur aan de tandarts, en 75% juist de voorkeur aan de mondhygiënist (zie bijlage 1).

Dezelfde vraag is ook voorgelegd aan het deel van het panel dat kinderen heeft. Hiermee hebben we extra gelegenheid om de indifferentie dan wel voorkeurssterkte van de mondzorgconsumenten te bepalen. De onderstaande tabel geeft de resultaten weer, wederom gesorteerd op het percentage dat "geen voorkeur/weet niet" antwoordde. Aangezien het hier over het behandelen van kinderen gaat is het bleken van tanden niet opgenomen, maar het aanmeten of bijstellen beugel wel.

Tabel 3.27: Antwoorden op de vraag: "Als u moet kiezen voor uw kind, door welke persoon wilt u dan onderstaande behandelingen laten uitvoeren?"

Behandeling	Tandarts	Mondhygiënist	Geen voorkeur	Weet niet
Maken van röntgenfoto's (n=326)	46,6%	7,6%	42,9%	2,9%
Fluoridenbehandeling (n=329)	33,9%	24,3%	39,3%	2,4%
Aanbrengen beschermingslaag (n=331)	47,3%	10,5%	32,7%	9,6%
Verwijderen van tandsteen en/of plaque (n=331)	45,8%	19,4%	32,4%	2,4%
Instructie over mondhygiëne (n=332)	17,1%	48,6%	31,9%	2,4%
Periodieke controle (n=334)	83,1%	2,3%	14,0%	1,0%
Aanmeten of bijstellen beugel (n=331)	83,8%	2,1%	10,5%	3,6%
Vullen van tand of kies (n=332)	96,2%	0%	2,4%	1,4%

De volgorde van type behandelingen komt redelijk overeen met de resultaten van respondenten die de keuze voor zichzelf maakten. Ook nu is men over fluoridenbehandeling voor de kinderen het meest indifferent. Het meest expliciet is men in de voorkeur voor de tandarts voor het vullen tanden en kiezen, periodieke controle en voor kinderen het aanmeten/bijstellen van beugels. Ook de instructie over mondhygiëne is nu het soort behandeling dat men bij voorkeur door de mondhygiënist wil laten doen; alhoewel nog een redelijke groep hierbij geen voorkeur heeft. Het verschil dat we zagen tussen personen die wel of geen ervaring hebben met de mondhygiënist is bij deze vraag wat minder groot. Geeft 52% van de mensen zonder ervaring met de mondhygiënist de voorkeur aan de tandarts voor het verwijderen van tandsteen en/of plaque bij hun kind, 68% de mensen die wel ervaring hebben met de mondhygiënist geeft hiervoor juist de voorkeur aan de mondhygiënist.

Speelt prijs en behandelduur een rol bij de keuze voor tandarts of mondhygiënist?

Kunnen we nu ook nog iets zeggen over de achterliggende redenen voor de relatief grote voorkeur voor de tandarts die we over het algemeen onder de respondenten waarnemen? Zijn er bepaalde barrières die mensen ervan weerhouden om voor bepaalde verrichtingen 'over te stappen'; zijn er anderzijds bepaalde redenen om dit juist wel te doen? Het was binnen dit onderzoek onmogelijk om alle mogelijke beweegredenen aan het panel voor te leggen, of deze allemaal te laten noemen. Daarnaast spelen verschillende factoren ook nog eens tegelijkertijd een rol. Het reconstrueren van de afwegingen die consumenten maken is - zo blijkt uit veel onderzoek - een complexe aangelegenheid.

Desondanks kunnen fictieve keuzevoorbeelden helpen om die complexiteit (deels) grijsbaar te maken. In deze enquête is dat gedaan door de respondenten vier 'mondzorg-situaties' voor te leggen, en ze voor elk van deze situaties te vragen of ze een voorkeur

voor behandeling door de tandarts of door de mondhygiënist zouden hebben. De vier situaties verschillen op twee factoren die naar verwachting belangrijk zijn voor deze keuze, namelijk prijs en tijd die voor een consult wordt uitgetrokken. Voor de vier situaties wordt enerzijds onderscheid gemaakt in consulten waarbij er wel of geen prijsverschil is tussen tandarts en mondhygiënist, en anderzijds consulten waarbij er wel of geen verschil is in de duur van de behandeling. Deze verschillen in prijs en behandelduur zijn zo gecombineerd met twee verschillende soorten verrichtingen, dat we globaal kunnen nagaan of prijs en/of duur concreet iets zouden uitmaken voor de voorkeur van de consument. In de onderstaande tabel staan de vier voorgelegde keuzesituaties, met in de cellen het percentage respondenten naar de voorkeur.

Keuzesituatie	Geen prijsverschil		Wel prijsverschil	
	Geen verschil consultduur	Wel verschil consultduur	Geen verschil consultduur	Wel verschil consultduur
	Beide voeren periodieke controle uit voor € 20,- en nemen daarvoor dezelfde tijd	Beide verwijderen tandsteen en polijsten tanden voor € 20,-, maar de mondhygiënist neemt daarvoor 15 i.p.v. 10 minuten	Beide nemen dezelfde tijd voor een periodieke controle, maar mondhygiënist doet dit voor € 10,- i.p.v. € 20,-	De mondhygiënist verwijdert tandsteen en polijsten voor € 30,- i.p.v. € 20,-, maar neemt daarvoor ook 15 i.p.v. 10 minuten
Voorkeur voor:				
Tandarts	79,1	37,2	62,0	57,9
Mondhygiënist	1,6	35,8	21,8	20,8
Geen voorkeur	15,2	20,1	9,2	12,6
Weet niet	4,2	6,9	7,1	8,7

Uit dit keuze-experiment komt allereerst naar voren dat de tandarts binnen het totale panel (net als in de vorige analyses) in drie van de vier situaties de voorkeur geniet. Als we het patroon van de antwoorden op de vier situaties bekijken, dan kiest meer dan 33% van de mensen steeds voor de tandarts. Deze voorkeur is het sterkst als tandarts en mondhygiënist een periodieke controle voor dezelfde prijs en tijd uitvoeren (het verschil is dan 77%). Maar ook in de situatie waarin de mondhygiënist 50% goedkoper is, of de mondhygiënist 50% duurder is maar ook 50% meer tijd neemt is het verschil 40% respectievelijk 37% qua (relatieve) voorkeur voor de tandarts. Alleen wanneer er géén prijsverschil is, én de mondhygiënist 50% meer tijd neemt voor een tandsteen/tandpolijst-behandeling, is de consument bijna indifferent (verschil is maar 1,4% terwijl een relatief grote groep van 20% geen voorkeur heeft). Dit laatste geeft aan dat de ondervraagde panelleden zich toch in beperkte mate laten beïnvloeden, niet door prijs, maar wel door besteedde tijd en daarmee uitgebreidheid van de behandeling.

4 Discussie en slotbeschouwing

4.1 Discussie

Uit het onderzoek komt naar voren dat mondzorg voor veel consumenten een belangrijk goed is. Zo laat een overgrote meerderheid van de bevolking zich aanvullend voor mondzorg verzekeren en daarnaast is bijna iedereen zonder kunstgebit ingeschreven bij een tandarts. Kijken we naar het type tandartspraktijk waar men zegt te zijn ingeschreven, dan zijn dit in de beleving van consumenten veelal de klassieke tandartspraktijken, zonder aanwezigheid van veel andere beroepsgroepen naast de tandarts en de reguliere tandarts-assistent. Specifiek gekeken naar de ervaring met mondhygiënisten en preventie-assistenten blijkt deze vooralsnog laag te zijn. Zo heeft 37% van de dentate bevolking ervaring met een mondhygiënist en 11% met een preventieassistent. Kijkend naar de type behandelingen dat men verricht, zit de overlap tussen de diverse beroepsgroepen vooral in de periodieke controles en het verwijderen van tandsteen en/of plaque. Voor wat betreft die eerste lijkt het volgens de consumenten vooral zo te zijn dat mondhygiënisten aanvullend controleren en niet zozeer dat de ene controle de andere vervangt. Deze eigen onderzoeksplicht is overigens inherent aan het deskundigheidsdomein en verantwoordelijkheid van elke behandelaar.² Bij het verwijderen van tandsteen en/of plaque is meer ruimte voor overdracht van werkzaamheden van tandarts naar mondhygiënist. Daarbij geldt dat de mondhygiënist ook langer behandelt dan de andere beroepsgroepen. Daarnaast is de meerwaarde van de mondhygiënist - en deels ook de preventieassistent - gelegen op het terrein van de instructie m.b.t. mondhygiëne; dit aspect van de behandeling lijkt in de ogen van de patiënt bij de reguliere tandartsbehandeling veel minder aanbod te komen. Opvallend is ook dat bepaalde onderdelen van het officiële deskundigheidsgebied van de mondhygiënist in de praktijk volgens de ondervraagde consumenten nog nauwelijks voorkomen. Dit geldt in het bijzonder voor de behandeling van primaire cariës en kleine caviteiten.

Een belangrijk aspect van een goede zorgmarkt wordt verondersteld te liggen in voldoende kennis van de consument om onderbouwde keuzes te maken. Als consumenten wordt gevraagd het bekwaamheidsniveau van de diverse beroepsgroepen aan de hand van de vereiste opleiding te indiceren, dan blijkt de meerderheid van de bevolking redelijk goed op de hoogte. De grotere bevoegdheid tot zelfstandig behandelen van mondhygiënisten ten opzichte van preventieassistenten is duidelijk minder bekend onder de consumenten. De meeste onbekendheid bestaat over tarieven binnen de mondzorg. Een belangrijke indicator hiervoor is dat ruim tweederde van de bevolking niet weet of de tandarts dan wel mondhygiënist een hoger tarief heeft. Hoe groot die bekendheid voor een goed werkende markt zou moeten zijn, is lastig te bepalen. Vergelijkbaar onderzoek toonde aan dat consumenten weliswaar weinig zicht hebben op prijs en kwaliteit binnen

² Ter illustratie: zo stelt Artikel 17 van de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB; 2006) dat tot het gebied van deskundigheid van de mondhygiënist wordt gerekend: 'het onderzoeken en beoordelen van de staat van het gebit van de patiënt en van de weefsels die het gebit omringen met betrekking tot plaque-gerelateerde aandoeningen, en het op basis van de verkregen gegevens vaststellen van de diagnose en opstellen van een behandelplan'.

de mondzorg, maar dat dit geen weerslag heeft op de tevredenheid van consumenten. Het al dan niet transparant zijn van de mondzorg leek niet erg te leven onder de consumenten (Hendriks, 2009). Kijken we naar ons consumentenpanel en de verschillende leeftijdsgroepen - mede als voorspeller van mogelijk, toekomstig gedrag - dan is het de vraag hoe snel een grote verandering in dit soort opvattingen binnen de mondzorg te verwachten is. Uit de diverse voorgelegde stellingen komt namelijk naar voren dat de panelleden een tamelijk stabiele voorkeur hebben voor de tandarts boven de mondhygiënist. Het maakt daarbij niet uit of het gaat om het eigen gebit of de mondzorg voor het eigen kind. Verschil maakt wél of men ervaring heeft met een mondhygiënist of niet. De eerste groep heeft een minder uitgesproken voorkeur over de tandarts, vooral wat betreft tandsteen/tandplaque verwijderen en periodieke controles. Over het algemeen geldt dat de mondhygiënist in de beleving van de consument niet zozeer de plaats van de tandarts inneemt, als wel de tandarts aanvult. De mogelijkheid om überhaupt een keuze te hebben wordt overigens belangrijk gevonden. Een keuze-experiment en de stellingen in de enquête geven aan dat consumenten inderdaad een keuze tussen tandarts en mondhygiënist maken als het om standaardbehandelingen gaat die relatief minder prijzig en complex zijn.

4.2 Slotbeschouwing

De bevindingen van deze studie roepen de vraag op wat de mogelijke implicaties zijn voor de toekomst, in het bijzonder voor de hoofdvragen van deze studie: wat is de mogelijke taakverschuiving binnen de mondzorg en wat is de kennis en opvattingen van consumenten hierover?

Voor wat betreft een mogelijke taakverschuiving binnen de mondzorg, kan geconstateerd worden dat de mondhygiënist een deel van het werk van de tandarts inmiddels al overneemt. Precieze kwantificering hiervan op basis van deze consumentenpeiling is echter lastig. Fundamenteel is de vraag of en hoe deze taakverschuiving zich zal doorzetten. We zien aan de ene kant dat consumenten vooral een mondhygiënist bezoeken als deze binnen de praktijk van de tandarts gevestigd is. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat consumenten nauwelijks van tandartspraktijk wisselen. De kans lijkt klein dat veel personen zullen overstappen naar praktijken waar een ander, aanvullend aanbod van mondzorg wordt geboden. Wel zouden consumenten meer gebruik kunnen gaan maken van de diensten van de mondhygiënist wanneer deze binnen meer tandartspraktijken aangeboden worden. Om een dergelijke ontwikkeling te stimuleren kan bijvoorbeeld gedacht worden aan stimuleringsmaatregelen, gericht op tandartsen en mondhygiënisten om zich samen op dezelfde locatie te vestigen.

Uit dit onderzoek blijkt verder dat consumenten over het algemeen qua verwachtingen omtrent mondzorg traditioneel ingesteld zijn op de tandarts. Maar ook dat consumenten die ervaring hebben met de mondhygiënist deze traditie veel minder volgen, en voor een aantal behandelingen geen expliciete voorkeur voor de tandarts hebben. Wanneer men meer consumenten kennis en gebruik wil laten maken van de diensten van de mondhygiënist zouden bijvoorbeeld voorlichtingscampagnes of stimuleringsmaatregelen hieraan kunnen bijdragen. Zo wordt inmiddels op beperkte schaal door zorgverzekeraars geëxperimenteerd met zogenaamde 'preferred providers', oftewel praktijken die zijn geselecteerd als voorkeursaanbieders (NZa, 2007b). Onderzoek in de Nederlandse

apothekerssector laat zien dat consumenten zich deels laten leiden door dergelijke prikkels (Boonen et al., 2008). Wel wijzen de onderzoekers er op dat het effect van dergelijke stimuleringsmaatregelen waarschijnlijk kleiner is in deelsectoren waar sprake is van een grotere loyaliteit naar en vertrouwen in de eigen zorgaanbieder, zoals mogelijk het geval is in de mondzorg.

Voor een voorspelling van toekomstontwikkelingen speelt verder mee dat taakverschuiving tussen tandartsen en mondhygiënisten via doorverwijzing plaatsvindt. De houding ten aanzien van samenwerking van beide beroepsgroepen speelt een belangrijke rol in de keuze van de consument om gebruik te maken van de behandeling door een mondhygiënist. Een sterkere groei in taakverschuiving kan plaats vinden wanneer zowel consumenten als verwijzers (i.c. de tandartsen), beter geïnformeerd worden en/of zelf meer ervaring opdoen met de aanvullende rol van mondhygiënisten. Wanneer het zorggebruik van de mondhygiënist tot een minderheid van de consumenten beperkt blijft - zoals we in dit onderzoek constateren - is de verwachting dat een verdere taakverschuiving langzaam zal verlopen.

Een bijkomende ontwikkeling die voor een extra dynamiek kan zorgen is de mogelijke wijziging van vergoedingen en tarieven binnen de mondzorg. In maart 2009 heeft de NZa voorgesteld om op termijn een experiment van vrije tarieven in de mondzorg te starten, mits aan bepaalde randvoorwaarden is voldaan. Het is van groot belang om na een dergelijk experiment vast te stellen of dit gevolgen heeft gehad voor de balans tussen vraag en aanbod in de mondzorg.

Op voorhand kan daarbij gekeken worden wat de ervaringen waren met vergelijkbare maatregelen bij andere beroepsgroepen, zoals de fysiotherapie. In 2005 was een driejarig experiment naar vrije tarieven binnen de fysiotherapie gestart. Na afloop van het experiment constateerde de NZa dat er aan het begin weliswaar een forse verhoging van de tarieven ontstond, maar dat daarna een stabilisatie plaatsvond op een niveau dat zowel voor zorgverzekeraars als fysiotherapeuten aanvaardbaar is. Tegelijkertijd werd een landelijke set van prestatie-indicatoren ontwikkeld en versterkte de relatie tussen fysiotherapeut en verzekeraar. Anno 2007 was het percentage gecontracteerde fysiotherapeuten gestegen naar tussen de 90 en 95% (NZa, 2007c). Bovendien bleek dat het experiment met vrije tarieven (in combinatie met de invoering van vrije toegankelijkheid in 2006) tot hooguit een zeer lichte stijging van medische consumptie leidde.³ Dat de zorgvraag door prijsstijgingen veel minder verandert (een zgn. lage prijselasticiteit), komt ook uit andere studies naar voren. Zo constateerde de RVZ in 2004 dat de invoering van eigen bijdragen in de gezondheidszorg niet leidt tot een evenredige afname van de kosten van de gezondheidszorg (RVZ, 2004, zie ook Sanders et al., 2004, O'Brien, 1989; Van Vliet, 2001).

Wat de gevolgen van vrije tarieven zouden zijn voor de productie en consumptie van mondzorg in Nederland is nog niet goed te overzien. Uit deze studie blijkt in ieder geval dat consumenten maar beperkt gevoelig zijn voor prijsverschillen en primair kiezen voor een kwalitatief hoog en (als het kan) breed aanbod van mondzorg. Dit sluit aan bij een

³ Als gevolg van de invoering van Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF) is het vanaf 2006 niet meer nodig om een verwijzing te ontvangen van de huisarts. Volgens CBS-cijfers (Statline, 2009) steeg tussen 2004 en 2008 het percentage personen met contact met de fysiotherapeut van 17,3% naar 20,0%. Tegelijkertijd daalde het aantal contacten per persoon met contact echter van 16,8 naar 15,7. Er is dus geen duidelijke aanwijzing dat er sprake is van overconsumptie.

belangrijke les van de RVZ-studie dat prijsmaatregelen niet het enige instrument vormen voor het bevorderen van gepast gebruik van zorg. Destijds werd een belangrijke rol weggelegd voor de behandelaar zelf, onder andere door deze, waar mogelijk, ‘evidence based’ protocollen en richtlijnen te laten volgen. Zeer belangrijk is het informeren en de consument/patiënt te betrekken bij de (eventuele) behandeling en doorverwijzing. Met steun van andere ‘agents’ zoals zorgverzekeraars of patiëntenorganisaties kan dit verder bijdragen aan een actiever keuzegedrag van consumenten in de eerstelijns mondzorg.

Literatuur

- Boonen LH, Schut FT, Koolman X. Consumer channeling by health insurers: natural experiments with preferred providers in the Dutch pharmacy market. *Health Economics*;17(3):299-316, 2008.
- Commissie Innovatie Mondzorg (2006). *Innovatie in de Mondzorg*. Leiden, Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven.
- Friele RD, Bakker RHC, Vaessen Y. NIVEL onderzocht tandartsenbezoek in 1995. *Nederlands Tandartsenblad*. 1996;51 (9): 440-443.
- Greß S, Groenewegen PP. Die Plombe ist Privatsache. *Gesundheit und Gesellschaft* 7 (1):36-41, 2004.
- Groenewegen PP, Postma JHM. The supply and utilization of dental services. *Social Science and Medicine* 1984; 19 (4): 451-9.
- Groenewegen PP, JHM Postma. Ontwikkelingen in de geografische spreiding van tandartsen in Nederland tussen 1969 en 1981. *Ned.Tijdschr.Tandheelkd.* (91):237-243, 1984.
- Groenewegen PP, Hansen J, Ter Bekke S. *Professies en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg*, Utrecht:VVAA/Springer, 2007.
- Hansen, J, W Arts en R Muffels. "Solidair tegen (w)elke prijs?: een quasi-experimenteel onderzoek naar de voorkeuren van Nederlanders voor ruimere of beperkte pakketten in de zorgverzekering". *Sociale Wetenschappen* ; 2005, Vol. 48 No. 1/2, p. 61-84.
- Heijmans, MJWM; Spreeuwenberg, P.; Rijken, P.M. *Monitor zorg- en leefsituatie van mensen met astma en mensen met COPD. Trends en ontwikkelingen over de periode 2001 - 2008*. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Hendriks, E. (2009) Consumenten aan de tand gevoeld. Een verkenning van de mondzorg. Amsterdam: TNS NIPO.
- Jakobs C, D van Nobelen, A Broerse. *Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg*. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg. Zoetermeer, 2002.
- Jong J de, Loermans M, Maat M van der. *De aanvullende tandzorgverzekering*. Factsheet NIVEL. 2008.
- Laurant MGH. Changes in skill mix: the impact of adding nurses to the primary care team. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2007
- Ministerie van VWS (2000). Capaciteit mondzorg. Aanbevelingen voor de korte en lange termijn. Eindrapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg. Den Haag, Ministerie van VWS.
- NMT-project Peilstations, Onderzoek Tandheelkundige Consumptie, NMT, 2008.
- NZa. (In) het belang van de consument. Het Consumentenprogramma van de NZa. Visiedocument 2007.
- NZa. Richting geven aan keuzes. Kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan? Visiedocument 2007b.
- NZa. Monitor Fysiotherapie 2007c.
- NZa. Bekostigingsstructuur mondzorg Transparante mondzorg met vrije prijzen; de consument kiest. Visiedocument 2009.
- O'Brien, B. The Effect of Patient Charges on the Utilization of Prescription medicines. *Journal of Health Economics*; 8, 1989, no. 1, p. 109-132.
- RVZ. Gepaste zorg. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zoetermeer, 2004.
- Sanders, FBM, Rijen AJG van en Ottes L. Eigen bijdragen niet zaligmakend. *Medisch Contact*. Nr. 35 - 25 augustus 2004.
- Schee E van der, Sixma H, Willems M. Beschikbaarheid en dienstverlening van tandartsen onder druk? *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*. 2003;110 (5): 181-185.
- Schellevis, F & Jabaaij L. Continuïteit en verhuizende patiënten. *Huisarts & Wetenschap*, 49 (2) februari 2006.

Schouten BC, Friele RD. Informed consent in dental practice: experiences of Dutch patients. *International Dental Journal*. 2001; 51 (1): 52-54.

Stoop, I. The Hunt for the Last Respondent. Nonresponse in sample surveys (proefschrift), Den Haag.

Vliet, RCJA van. Effects of price and deductibles on medical care demand estimated from survey data *Applied Economics*, 33, 2001, no. 12, p. 1515-1524.

Vos, L & Jong J de. Percentage overstappers van zorgverzekeraar 3%. Ouderen wisselen nauwelijks van zorgverzekeraar. Utrecht: NIVEL, 2009.

Wijnbergen, S van. Een beetje marktwerking kan gevaarlijk zijn, *Medisch Contact*, 17 mei 2002.

Bijlage 1: Aanvullende tabellen

Stelling	(Volledig mee oneens)	Neutraal	(Volledig mee eens)
<i>“Ik wil kunnen kiezen of ik door de tandarts of mondhygiënist behandeld wordt”</i> (n=915)	8,7%	27,7%	63,6%
Geslacht			
Mannen (n=450)	9,3%	29,9%	60,9%
Vrouwen (n=465)	8,1%	25,6%	66,3%
Leeftijd*			
18 tot en met 44 jaar (n=443)	10,4%	32,5%	57,1%
45 tot en met 64 jaar (n=320)	7,7%	23,3%	69,0%
65 jaar en ouder (n=153)	6,0%	23,0%	71,0%
Opleiding			
Geen/laag (n=109)	8,3%	30,3%	61,5%
Middelbaar (n=493)	8,3%	28,0%	63,7%
Hoog (n=299)	9,4%	27,1%	63,6%
Aanvullende tandverzekering			
Geen (n=132)	5,3%	28,3%	66,4%
Wel (n=396)	7,8%	25,3%	66,9%
Ervaring met mondhygiënist			
Geen ervaring (n=597)	8,4%	26,5%	65,1%
Ervaring (n=315)	9,4%	29,7%	60,9%
<i>“Het is belangrijk dat tandarts en mondhygiënist in dezelfde praktijk werken”</i> (n=914)	10,8%	25,5%	63,7%
Geslacht*			
Mannen (n=450)	9,2%	30,0%	60,9%
Vrouwen (n=463)	12,4%	21,2%	66,4%
Leeftijd			
18 tot en met 44 jaar (n=441)	12,2%	28,3%	59,5%
45 tot en met 64 jaar (n=321)	11,0%	21,5%	67,5%
65 jaar en ouder (n=151)	6,6%	25,8%	67,6%
Opleiding**			
Geen/laag (n=108)	5,6%	26,0%	68,5%
Middelbaar (n=492)	9,4%	27,6%	63,0%
Hoog (n=299)	15,4%	22,4%	62,2%
Aanvullende tandverzekering*			
Geen (n=130)	5,0%	39,8%	55,2%
Wel (n=394)	9,3%	25,1%	65,6%
Ervaring met mondhygiënist*			
Geen ervaring (n=594)	9,8%	29,4%	60,9%
Ervaring (n=316)	13,0%	18,1%	68,9%

* p-waarde kleiner of gelijk aan 0,005; ** p-waarde groter dan 0,005 maar kleiner dan 0,05.

Stelling	(Volledig mee oneens	Neutraal	(Volledig mee eens
<i>“Het moet duidelijk zijn of de tandarts of mondhygiënist voor de behandeling verantwoordelijk is (n=918)</i>	4,1%	8,9%	87,0%
Geslacht			
Mannen (n=452)	5,6%	8,9%	85,5%
Vrouwen (n=466)	2,7%	8,9%	88,5%
Leeftijd**			
18 tot en met 44 jaar (n=443)	4,6%	11,1%	84,3%
45 tot en met 64 jaar (n=319)	3,1%	5,5%	91,4%
65 jaar en ouder (n=156)	4,9%	9,6%	85,6%
Opleiding			
Geen/laag (n=109)	8,3%	11%	80,7%
Middelbaar (n=494)	3,6%	9,1%	87,3%
Hoog (n=301)	3,3%	8,3%	88,4%
Aanvullende tandverzekering			
Geen (n=130)	2,2%	13,8%	84,0%
Wel (n=397)	4,5%	5,5%	90,1%
Ervaring met mondhygiënist			
Geen ervaring (n=597)	4,3%	8,2%	87,5%
Ervaring (n=317)	3,9%	9,8%	86,4%
<i>“Tandartsen kunnen meer taken aan de mondhygiënist delegeren“ (n=912)</i>	13,7%	50,4%	35,8%
Geslacht*			
Mannen (n=449)	9,6%	54,5%	35,9%
Vrouwen (n=462)	17,8%	46,5%	35,8%
Leeftijd**			
18 tot en met 44 jaar (n=443)	10,7%	51,8%	37,5%
45 tot en met 64 jaar (n=321)	17,3%	45,8%	36,9%
65 jaar en ouder (n=148)	15,1%	56,4%	28,5%
Opleiding			
Geen/laag (n=108)	15,7%	46,3%	38,0%
Middelbaar (n=490)	12,9%	51,4%	35,7%
Hoog (n=299)	14,7%	50,8%	34,5%
Aanvullende tandverzekering			
Geen (n=130)	12,1%	51,1%	36,8%
Wel (n=394)	11,3%	54,0%	34,7%
Ervaring met mondhygiënist*			
Geen ervaring (n=593)	11,6%	53,1%	35,3%
Ervaring (n=314)	17,9%	45,6%	36,5%

* p-waarde kleiner of gelijk aan 0,005; ** p-waarde groter dan 0,005 maar kleiner dan 0,05.

Stelling	(Volledig mee oneens	Neutraal	(Volledig mee eens
<i>“Ik vind het belangrijk dat ik door de tandarts behandeld wordt in plaats van door de mondhygiënist”</i> (n=913)	11,9%	40,9%	47,2%
Geslacht			
Mannen (n=450)	12,2%	43,3%	44,5%
Vrouwen (n=463)	11,7%	38,5%	49,9%
Leeftijd*			
18 tot en met 44 jaar (=441)	11,5%	50,2%	38,4%
45 tot en met 64 jaar (n=319)	14,8%	32,7%	52,5%
65 jaar en ouder (n=153)	7,4%	31,0%	61,7%
Opleiding			
Geen/laag (n=106)	12,4%	31,2%	56,6%
Middelbaar (n=494)	11,9%	42,3%	45,8%
Hoog (n=298)	12,4%	42,0%	45,6%
Aanvullende tandverzekering *			
Geen (n=132)	7,2%	27,0%	65,8%
Wel (n=394)	7,9%	42,1%	50,0%
Ervaring met mondhygiënist*			
Geen ervaring (n=593)	7,5%	37,5%	53,1%
Ervaring (n=315)	20,1%	42,6%	36,3%
<i>“Voor periodieke controles wil ik zonder tussenkomst van de tandarts terecht bij de mondhygiënist”</i> (n=914)	49,9%	34,2%	15,9%
Geslacht			
Mannen (n=451)	49,4%	33,9%	16,7%
Vrouwen (n=463)	50,4%	34,4%	15,2%
Leeftijd			
18 tot en met 44 jaar (n=443)	50,0%	37,1%	12,9%
45 tot en met 64 jaar (n=321)	51,5%	30,7%	17,8%
65 jaar en ouder (n=150)	46,3%	32,7%	21,1%
Opleiding*			
Geen/laag (n=107)	42,1%	39,3%	18,7%
Middelbaar (n=492)	46,1%	36,8%	17,1%
Hoog (n=301)	57,8%	28,9%	13,3%
Aanvullende tandverzekering**			
Geen (n=130)	47,8%	36,5%	15,7%
Wel (n=396)	57,1%	31,2%	11,7%
Ervaring met mondhygiënist*			
Geen ervaring (n=593)	55,1%	32,9%	11,9%
Ervaring (n=315)	40,4%	36,3%	23,3%

* p-waarde kleiner of gelijk aan 0,005; ** p-waarde groter dan 0,005 maar kleiner dan 0,05.

Stelling	(Volledig mee oneens)	Neutraal	(Volledig mee eens)
<i>“Eenvoudige tandheelkundige behandelingen kunnen gebeuren door de mondhygiënist”</i> (n=910)	34,6%	38,9%	26,5%
Geslacht			
Mannen (n=451)	32,9%	42,3%	24,7%
Vrouwen (n=459)	36,2%	35,6%	28,2%
Leeftijd*			
18 tot en met 44 jaar (n=440)	27,0%	43,9%	29,1%
45 tot en met 64 jaar (n=321)	40,8%	33,4%	25,8%
65 jaar en ouder (n=149)	43,5%	36,2%	20,3%
Opleiding*			
Geen/laag (n=106)	34,9%	46,2%	18,9%
Middelbaar (n=490)	33,9%	41,4%	24,7%
Hoog (n=299)	34,8%	32,8%	32,4%
Aanvullende tandverzekering			
Geen (n=130)	34,5%	42,2%	23,2%
Wel (n=393)	35,7%	38,5%	25,9%
Ervaring met mondhygiënist			
Geen ervaring (n=592)	36,1%	39,8%	24,1%
Ervaring (n=314)	31,8%	37,2%	31,0%
<i>“Periodieke controles kunnen worden uitgevoerd door de mondhygiënist”</i> (n=910)	55,6%	29,4%	15,0%
Geslacht*			
Mannen (n=451)	49,7%	34,7%	15,6%
Vrouwen (n=495)	61,3%	24,3%	14,4%
Leeftijd**			
18 tot en met 44 jaar (n=440)	51,4%	33,8%	14,8%
45 tot en met 64 jaar (n=320)	62,1%	23,3%	14,5%
65 jaar en ouder (n=15)	53,7%	29,6%	16,7%
Opleiding*			
Geen/laag (n=108)	47,2%	32,4%	20,4%
Middelbaar (n=491)	53,4%	31,8%	14,9%
Hoog (n=297)	61,6%	24,6%	13,8%
Aanvullende tandverzekering			
Geen (n=130)	59,7%	29,9%	10,4%
Wel (n=293)	38,3%	31,0%	10,8%
Ervaring met mondhygiënist*			
Geen ervaring (n=591)	60,2%	30,1%	9,7%
Ervaring (n=315)	47,1%	27,9%	25,0%

* p-waarde kleiner of gelijk aan 0,005; ** p-waarde groter dan 0,005 maar kleiner dan 0,05.

Behandeling	Voorkeur voor eigen behandeling door tandarts	Voorkeur voor behandeling van kind door tandarts
<i>Maken van röntgenfoto's (n=868, 326)</i>	48,6%	46,6%
Geslacht		
Mannen (n=429, 172)	46,3%	43,1%
Vrouwen (n=439, 154)	50,9%	50,6%
Leeftijd		
18 tot en met 44 jaar (n=437, 299)	40,6%	46,-%
45 tot en met 64 jaar (n=306, 27)	53,2%	53,4%
65 jaar en ouder (n=126, 0)	65,3%	0%
Opleiding^{1b}		
Geen/laag (n=91, 26)	47,3%	63,3%
Middelbaar (n=494, 181)	45,6%	44,1%
Hoog (n=291, 113)	54,6%	45,3%
Aanvullende tandverzekering		
Geen (n=148, 40)	55,7%	57,2%
Wel (n=614, 252)	46,2%	43,3%
Ervaring met mondhygiënist		
Ervaring (n=304, 108)	46,0%	45,0%
Geen ervaring (n=560, 218)	50,2%	47,5%
<i>Fluoridebehandeling (n=829, 329)</i>	23,9%	33,9%
Geslacht		
Mannen (n=414, 172)	25,7%	37,6%
Vrouwen (n=415, 157)	22,1%	29,9%
Leeftijd		
18 tot en met 44 jaar (n=302)	24,8%	33,0%
45 tot en met 64 jaar (n=27)	23,3%	44,3%
65 jaar en ouder (n=0)	21,3%	0%
Opleiding^{1b 2a}		
Geen/laag (n=83, 26)	34,9%	63,3%
Middelbaar (n=459, 189)	25,5%	34,5%
Hoog (n=278, 108)	18,4%	27,9%
Aanvullende tandverzekering		
Geen (n=139, 40)	24,1%	29,8%
Wel (n=592, 255)	24,2%	34,5%
Ervaring met mondhygiënist		
Ervaring (n=286, 103)	16,3%	34,8%
Geen ervaring (n=539, 225)	28,1%	33,5%

1 Significant verschil gevonden bij voorkeur voor behandeling door tandarts.

2 Significant verschil gevonden bij voorkeur voor behandeling van kind door tandarts.

a p-waarde kleiner of gelijk aan 0,005; b p-waarde groter dan 0,005 maar kleiner dan 0,05.

Behandeling	Voorkeur voor eigen behandeling door tandarts	Voorkeur voor behandeling van kind door tandarts
<i>Instructie over mondhygiëne (n=844, 332)</i>	10,7%	57,0%
Geslacht		
Mannen (n=421, 177)	10,3%	16,3%
Vrouwen (n=423, 156)	11,0%	18,1%
Leeftijd		
18 tot en met 44 jaar (n=435, 305)	10,2%	16,6%
45 tot en met 64 jaar (n=298, 27)	11,5%	23,4%
65 jaar en ouder (n=111, 0)	10,4%	0%
Opleiding		
Geen/laag (n=83, 26)	12,1%	21,7%
Middelbaar (n=461, 188)	10,9%	16,4%
Hoog (n=287, 113)	8,0%	14,1%
Aanvullende tandverzekering		
Geen (n=143, 40)	9,0%	22,1%
Wel (n=597, 258)	11,3%	15,9%
Ervaring met mondhygiënist		
Ervaring (n=296, 108)	7,3%	21,1%
Geen ervaring (n=545, 224)	12,6%	15,2%
<i>Aanbrengen beschermingslaag (n=845, 331)</i>	39,4%	47,3%
Geslacht		
Mannen (n=422, 177)	38,2%	45,6%
Vrouwen (n=423, 154)	40,7%	49,2%
Leeftijd		
18 tot en met 44 jaar (n=435, 304)	40,0%	46,4%
45 tot en met 64 jaar (n=300, 27)	40,0%	57,4%
65 jaar en ouder (n=110, 0)	35,7%	0%
Opleiding ^{1a 2b}		
Geen/laag (n=82, 26)	26,8%	69,4%
Middelbaar (n=465, 188)	40,2%	50,2%
Hoog (n=287, 111)	42,5%	39,9%
Aanvullende tandverzekering ^{2b}		
Geen (n=40)	46,0%	64,9%
Wel (n=601, 257)	39,5%	43,3%
Ervaring met mondhygiënist		
Ervaring (n=295, 106)	30,6%	43,1%
Geen ervaring (n=548, 224)	44,2%	49,2%

1 Significant verschil gevonden bij voorkeur voor behandeling door tandarts.

2 Significant verschil gevonden bij voorkeur voor behandeling van kind door tandarts.

a p-waarde kleiner of gelijk aan 0,005; b p-waarde groter dan 0,005 maar kleiner dan 0,05.

Behandeling	Voorkeur voor eigen behandeling door tandarts	Voorkeur voor behandeling van kind door tandarts
<i>Bleken van tanden (n=821)</i>	31,3%	
Geslacht		
Mannen (n=412)	24,8%	
Vrouwen (n=408)	37,8%	
Leeftijd		
18 tot en met 44 jaar (=429)	32,8%	
45 tot en met 64 jaar (n=294)	33,3%	
65 jaar en ouder (n=98)	18,3%	
Opleiding		
Geen/laag (n=74)	28,4%	
Middelbaar (n=1455)	32,8%	
Hoog (n=281)	29,9%	
Aanvullende tandverzekering		
Geen (n=140)	32,4%	
Wel (n=580)	32,0%	
Ervaring met mondhygiënist		
Ervaring (n=284)	22,9%	
Geen ervaring (n=533)	35,7%	
<i>Verwijderen van tandsteen en/of plaque (n=874, 331)</i>	45,1%	45,8%
Geslacht		
Mannen (n=432, 151)	43,2%	79,8%
Vrouwen (n=441, 179)	47,0%	71,6%
Leeftijd		
18 tot en met 44 jaar (n=437, 304)	43,8%	44,8%
45 tot en met 64 jaar (n=306, 27)	47,8%	56,6%
65 jaar en ouder (n=131, 0)	43,3%	0%
Opleiding		
Geen/laag (n=91, 26)	50,6%	63,3%
Middelbaar (n=478, 186)	45,2%	45,9%
Hoog (n=292, 113)	42,5%	45,1%
Aanvullende tandverzekering		
Geen (n=148, 40)	43,7%	55,4%
Wel (n=620, 257)	47,2%	42,5%
Ervaring met mondhygiënist ^{2b}		
Ervaring (n=306, 108)	22,4%	52,3%
Geen ervaring (n=564, 223)	57,6%	32,3%

1 Significant verschil gevonden bij voorkeur voor behandeling door tandarts.

2 Significant verschil gevonden bij voorkeur voor behandeling van kind door tandarts.

a p-waarde kleiner of gelijk aan 0,005; b p-waarde groter dan 0,005 maar kleiner dan 0,05.

Behandeling	Voorkeur voor eigen behandeling door tandarts	Voorkeur voor behandeling van kind door tandarts
<i>Periodieke controle (n=892, 334)</i>	88,1%	83,1%
Geslacht		
Mannen (n=441, 177)	89,0%	86,1%
Vrouwen (n=451, 157)	87,2%	79,7%
Leeftijd		
18 tot en met 44 jaar (n=440, 370)	88,5%	82,5%
45 tot en met 64 jaar (n=308, 27)	89,1%	90,0%
65 jaar en ouder (n=144, 0)	84,5%	0%
Opleiding^{1a 2b}		
Geen/laag (n=104, 26)	78,9%	81,6%
Middelbaar (n=480, 189)	87,3%	78,0%
Hoog (n=296, 113)	91,9%	90,8%
Aanvullende tandverzekering		
Geen (n=157, 40)	88,5%	72,0%
Wel (n=626, 260)	88,1%	84,3%
Ervaring met mondhygiënist		
Ervaring (n=305, 108)	82,0%	82,8%
Geen ervaring (n=584, 226)	91,3%	83,3%
<i>Vullen van tand of kies (n=870, 332)</i>	95,8%	96,2%
Geslacht		
Mannen (n=429, 177)	97,3%	97,3%
Vrouwen (n=440, 156)	94,4%	94,9%
Leeftijd		
18 tot en met 44 jaar (n=437, 305)	97,5%	95,9%
45 tot en met 64 jaar (n=303, 27)	95,6%	100,0%
65 jaar en ouder (n=130, 0)	90,7%	0%
Opleiding^{1b}		
Geen/laag (n=90, 26)	92,2%	100,0%
Middelbaar (n=474, 187)	95,4%	94,9%
Hoog (n=293, 113)	97,6%	97,2%
Aanvullende tandverzekering		
Geen (n=148, 40)	92,8%	100,0%
Wel (n=616, 258)	96,7%	95,7%
Ervaring met mondhygiënist		
Ervaring (n=303, 108)	95,8%	97,0%
Geen ervaring (n=563, 224)	96,0%	96,0%

1 Significant verschil gevonden bij voorkeur voor behandeling door tandarts.

2 Significant verschil gevonden bij voorkeur voor behandeling van kind door tandarts.

a p-waarde kleiner of gelijk aan 0,005; b p-waarde groter dan 0,005 maar kleiner dan 0,05.

Behandeling	Voorkeur voor eigen behandeling door tandarts	Voorkeur voor behandeling van kind door tandarts
<i>Aanmeten of bijstellen beugel (n=331)</i>		83,8%
Geslacht		
Mannen (n=176)		82,8%
Vrouwen (n=155)		84,9%
Leeftijd		
18 tot en met 44 jaar (n=305)		83,4%
45 tot en met 64 jaar (n=26)		88,5%
65 jaar en ouder (n=0)		0%
Opleiding		
Geen/laag (n=26)		93,9%
Middelbaar (n=188)		81,4%
Hoog (n=111)		84,7%
Aanvullende tandverzekering		
Geen (n=40)		92,0%
Wel (n=257)		81,0%
Ervaring met mondhygiënist ^{2a}		
Ervaring (n=107)		92,5%
Geen ervaring (n=224)		79,5%

1 Significant verschil gevonden bij voorkeur voor behandeling door tandarts.

2 Significant verschil gevonden bij voorkeur voor behandeling van kind door tandarts.

a p-waarde kleiner of gelijk aan 0,005; b p-waarde groter dan 0,005 maar kleiner dan 0,05.