



A.M. van Luijk¹
G. Hosseini Nejad²

Agressie in de tandartspraktijk*

Samenvatting

Trefwoorden:

- Sociale tandheelkunde
- Beroepsrisico
- Agressie

Uit 'een algemene groepspraktijk in Almere en 'de sectie Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

*Dit artikel is tot stand gekomen naar aanleiding van een scriptie die gemaakt is in het kader van een afstudeerproject bij de sectie Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het ACTA, onder begeleiding van prof. dr. M.A.J. Eijkman.

Datum van acceptatie: 15 maart 2002.

Adres:
A.M. van Luijk
Schoolstraat 32
1354 HP Almere
avluijk@interestate.nl

In dit verkennend kwalitatief onderzoek wordt geïnterviewd in welke vormen agressie in de Nederlandse tandartspraktijk voorkomt. Aan de hand van een vragenlijst zijn 8 tandartsen en 1 tandartsassistente geïnterviewd die persoonlijk zijn benaderd of reageerden op een advertentie. Het onderzoek laat zien dat agressie in verschillende vormen in tandartsenpraktijken voorkomt en een grote invloed heeft op de slachtoffers. Agressief gedrag is vooral te verwachten bij patiënten die openstaande rekeningen hebben, therapieontrouw zijn, meermalen te laat komen of zonder te berichten niet op hun afspraak verschijnen. Agressie komt ook vaak voor als patiënten pijnklachten hebben en niet of niet meteen geholpen kunnen worden. De indruk bestaat dat agressief gedrag meer voorkomt bij patiënten die onder invloed van alcohol of drugs zijn, psychische problemen hebben of contacten hebben in het criminele milieu. Hoewel agressie in absolute zin weinig lijkt voor te komen, heeft het grote gevolgen voor de slachtoffers ervan. Het lijkt daarom zinvol om te onderzoeken welke rol tandartsen en hun hulppersoneel kunnen spelen bij het voorkomen van agressie.

LUIJK AM VAN, HOSSEINI NEJAD G. Agressie in de tandartspraktijk. Ned Tijdschr Tandheelkd 2002; 109: 222-226.

Inleiding

De meeste publicaties over agressie in de eerstelijnsgezondheidszorg betreffen agressie tegen huisartsen en hun hulppersoneel. Nog niet zo lang geleden kwamen openlijke meningsverschillen tussen patiënten en artsen weinig voor, vermoedelijk vanwege de vanzelfsprekende autoriteit van de arts. Maar in 1997 bleek dat er in Nederland een toenemende trend was waar te nemen van agressie tegen huisartsen en hun assistente(n). In de zuidelijke provincies werden zelfs 9 op de 10 praktijken met agressie geconfronteerd (Continue Morbiditeitsregistratie, 1998). Uit een enquête die in 1998 naar 9.000 leden van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband werd gestuurd, bleek dat ruim een kwart van de huisartsen gedurende hun loopbaan één of meer keren te maken had gehad met fysiek geweld (Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband, 1998). Maar artsen praten er niet graag over. Uit angst om een etiket opgeplakt te krijgen zoeken ze vaak de schuld bij zichzelf (Aginus en Kalies, 1998).

Voor het begrip agressie bestaan verschillende omschrijvingen. In Van Dale's Groot Woordenboek der Nederlandse Taal is agressie 'bedreiging of aantasting met geweld'. In een onderzoek naar agressie in de huisartsenpraktijk is agressie gedefinieerd als 'een attitude van een patiënt, die bij de arts of de assistent een gevoel oproept niet meer in volledige vrijheid een handelwijze te kunnen kiezen' (Schipper-Smit, 1993). Agressie op het werk wordt ook wel gedefinieerd als 'een voorval waarbij een werknemer wordt lastig gevallen, bedreigd of aangevallen onder omstandigheden die rechtstreeks verband houden met het werk' (Arbowet, art. 3, lid 4). Er bestaan dus lichtere vormen van agressie, zoals 'lastig vallen' en zwaardere, zoals 'aanvallen' en 'aantasting met geweld'.

De oorzaken van agressie kan men indelen in drie categorieën: 1. agressie als een onlosmakelijk met de

natuur verbonden fenomeen, 2. agressie als een al dan niet aangeleerde reactie op een frustrerende gebeurtenis en 3. de agressie als een fysiologische reactie op gevaar (Rubsaam, 1998a). Bepaalde attitudes van patiënten zouden sneller kunnen uitmonden in gewelddadig gedrag (Akkerman *et al*, 1997), zoals een oneigenlijke hulpvraag (verlangen naar een behandeling die de arts onnodig vindt), een dreigende houding tegenover de arts, seksuele intimidatie, therapieontrouw (gedrag van de patiënt komt niet overeen met medisch advies) (Akkerman *et al*, 1997). Agressie in de tandartspraktijk wordt ook wel toegeschreven aan angst voor de tandarts. Het belangrijkste preventieve instrument tegen agressie zou dan zijn het tegengaan van angst bij de patiënt (Rubsaam, 1998b).

Er blijkt weinig onderzoek te zijn verricht naar agressie in tandartspraktijken. Uit een inventariserend onderzoek dat in februari 1994 is gehouden naar de opzet en het functioneren van tandheelkundige spoedgevallendiensten in Nederland, kwam naar voren dat in het kader van agressie het meest gesproken werd over 'bedreiging' dan wel 'dreigementen' (Van Dam *et al*, 1994). Drie tandartsen maakten melding van 'intimidatie', hetgeen in feite een vorm van bedreiging is. Tijdens hun spoeddiensten hadden 13 tandartsen wel eens te maken gehad met dronken en/of verslaafde patiënten. Er waren 12 meldingen van problemen met patiënten aan de telefoon, variërend van een agressieve of onbeschofte benadering via de telefoon tot 'telefoonterreur'. Ook was er sprake van vernieling en bevuiling van de praktijk, vechten, daadwerkelijk geweld, slaan en molesteren.

Het doel van het hier beschreven kwalitatief opgezette onderzoek was een breder inzicht te krijgen in het fenomeen agressie in de tandartsenpraktijk. De resultaten zijn dus niet gebaseerd op statistische procedures of andere manieren van kwantificeren. De data zijn via interviews verkregen (Lagro-Jansen en Terluin, 1998).

Materiaal en methode

Om in contact te komen met tandartsen die ervaringen hadden met agressie is een oproep geplaatst in 2 verschillende tandartsbladen. Gevraagd werd om 'tandartsen die ervaring hadden met agressieve patiënten'. De eerste oproep stond in Tandartspraktijk (april 1999) en omdat hierop weinig reacties volgden, is daarna in het Nederlands Tandartsenblad (juli 1999) een zelfde oproep geplaatst.

Op basis van literatuuronderzoek werd een vragenlijst met 34 vragen opgesteld. Hierin kwamen de volgende aspecten aan de orde: agressief gedrag, bedreiging of (verbale) dreigementen, intimidatie (seksueel misbruik), het dreigen bij eventueel niet behandelen, problemen die zich vooral 's avonds voordoen, telefoonterreur, dronkenschap of alcoholgebruik, en scheldpartijen. Deze vragenlijst is op bruikbaarheid getoetst door middel van een aantal proefinterviews. Uiteindelijk resulteerde dit in een definitieve vragenlijst met 20 vragen (tab. 1).

Resultaten

Algemeen

Er kwamen in eerste instantie 2 en na het plaatsen van de tweede oproep nog eens 4 reacties binnen. Daarnaast werden 3 tandartsen rechtstreeks benaderd. In totaal werden 8 tandartsen en 1 tandartsassistent geïnterviewd, te weten 4 vrouwen en 5 mannen. De gemiddelde tijdsduur per interview was 20 minuten. De leeftijd van de respondenten varieerde tussen de 24 en 59 jaar, met een gemiddelde van 42 jaar. De tandartsen kwamen uit verschillende kleine en grote steden, 3 tandartsen uit de provincie Zuid-Holland, 2 uit Utrecht en 3 uit Noord-Holland. Hun praktijkervaring varieerde tussen 3 en 26 jaar. De tandartsassistent had 8 jaar ervaring. Er werkten 6 tandartsen fulltime en 3 parttime. Allen werkten met een of meer assistenten en soms ook met meerdere collegae.

Vier van de 8 respondenten hadden geen beveiliging in hun praktijk. De overigen hadden één of meer vormen van beveiliging, zoals een alarmbel ter afschrikking of ook wel een alarm met een directe verbinding naar de politie. Eén tandarts had het telefoonnummer van de politie in de telefoon voorgeprogrammeerd. Eén tandarts had een geheim privé-nummer.

Ervaring met agressie

Alle respondenten waren gedurende hun gehele loopbaan wel eens uitgescholden door een patiënt. Het aantal keren per tandarts varieerde van 1 tot 5. De oorzaken van schelden waren meningsverschillen over het te laat komen op een afspraak of het niet eens zijn met de rekening (casus 1). Eén tandarts vond uitschelden niet echt bedreigend. Anders is het met het uiten van dreigementen. Dit kwam bij alle respondenten voor,

Casus 1.

"Er stond een rekening open en ze hadden een afspraak. Ik (assistente) moest bellen en zeggen dat de afspraak niet door kon gaan. Ze moesten eerst de rekening betalen en dan pas konden ze worden geholpen. Die meneer was het helemaal niet met mij eens en hij ging behoorlijk door de telefoon tekeer. Hij zei: "Ik kom met mijn kind en ze moet behandeld worden". Ik zei: "U mag best komen, maar uw kind wordt niet behandeld tenzij u contant gaat betalen." Hij zei: "Nou, ik kom vanmiddag en ik zal geld meenemen en ik betaal het wel."
Hij kwam met zo'n sarcastische lach de behandelkamer binnen. Het kind ging in de stoel zitten. Er werd helemaal niets over de betaling gezegd en als assistente moet je dat wel aankaarten, dus begon ik erover. Toen keek hij mij aan en ontplofte: "Wie denk je dat je bent, je bekijkt het maar!" riep hij en liep de deur uit. Zijn kind, een meisje van 5, liep huilend achter hem aan en zei: "Pappa, dit is niet wat we afgesproken hadden. Je zou wel betalen." Toen kwam hij weer binnen en zei: "mijn dochter wil dat het betaald wordt." En hij gooidde het geld zo op tafel.

van een enkele keer tot zeer regelmatig. Er is geen verschil tussen grote en kleine steden. Eén respondent meldde dat een patiënt dreigde de praktijk te zullen vernielen. Een ander maakte zelfs melding van het dreigement neergestoken te zullen worden.

Van de 9 respondenten hadden er 6 verschillende malen agressief gedrag meegemaakt, uiteenlopend van 1 tot 3 keer in de afgelopen jaren. Bij 1 van de geïnterviewden is het tot daadwerkelijk fysiek geweld gekomen met lichamelijk letsel tot gevolg (een blauw oog).

Tabel 1. De gehanteerde vragenlijst.

1. Hoe oud bent u?
2. In welke stad praktiseert u?
3. Hoe lang bent u als tandarts werkzaam?
4. Werkt u fulltime of parttime?
5. Werkt u met een assistent/andere collega of alléén?
6. Is uw praktijk voorzien van beveiliging? (In de vorm van een videobeveiliging, geheim telefoonnummer, overval alarm of neemt u uw echtgeno(o)t(e) 's nachts mee naar de praktijk?
7. Hoe vaak heeft u agressief gedrag c.q. fysiek geweld meegemaakt?
8. Hoe vaak bent u verbaal bedreigd?
9. Hebt u wel eens een patiënt uit uw praktijk gezet?
10. Bent u seksueel geïntimideerd (misbruikt) en/of gechanteerd?
11. Wordt u wel eens bedreigd bij eventueel niet behandelen?
12. Bent u via de telefoon door een patiënt agressief of onbeschoft benaderd?
13. Bent u wel eens uitgescholden door een patiënt?
14. Hebt u last van telefoonterreur? (Patiënten die op het privé-nummer bellen?)
15. Heeft u wel eens problemen met dronken en/of verslaafde patiënt gehad?
16. Draait u nachtdiensten?
17. Heeft u wel eens tijdens nacht-/weekend-diensten problemen gehad?
18. Hoe vaak bent u na al boven genoemde problemen naar de politie gestapt?
19. Hoe vaak bent u door de politie serieus genomen?
20. Denkt u dat er behoefte is aan een klachtencommissie?

Casus 2.

“Op een donderdagmiddag belde een onbekende mij op. Ze vroeg of ik haar vriend met kiespijn kon helpen. Op dat moment had ik een volle agenda, dus ik zei: “Nou, niet nu meteen, maar ik kan hem wel over anderhalfuur (dus eind van de dag) behandelen.” Een kwartier later zag ik hen tot mijn verbazing in de gang staan, toen ik een patiënt ging halen. Hij zei: “Je moet mij nu helpen!” Ik zei: “Nu?! Ik moet eerst kijken of ik wel kan, want er zijn ook andere patiënten die geholpen moeten worden.” Hij begon te vloeken en zei: “Gvd, hier doen ze ook al niets!” Vervolgens zei hij tegen zijn vriendin: “Kom we gaan weer”. Hij liep vloekend de wachtkamer uit en sloeg de glazen deur zo hard dicht dat een stuk van de sponning brak. Ik riep (had ik dat maar niet gedaan): “Hou je wel een beetje in!” Die laatste opmerking nam hij mij kwalijk, maar hij kon niet meer terug omdat de deur met een elektrisch slot dicht gaat. Hij begon tegen de deur te beuken, maakte het slot kapot en kwam zo door de vrij lange gang achter mij aan. Ik heb er toen voor gekozen om door het raam naar buiten te gaan. Zijn vriendin wist hem uiteindelijk te kalmeren.

Terwijl ik buiten stond heb ik tegen hem gezegd te gaan zitten en zich te gedragen, zodat ik verdoving kon geven. Dan was hij in ieder geval van de pijn af en konden we verder zien. Hij ging akkoord. Ik zei: “Bovendien vind ik dat je de boel vernield hebt.” Ik verzamelde moed en zei verder: “Ik wil je papieren zien en je moet de schade vergoeden.” Intussen had ik hem verdoofd en de politie gebeld. Binnen no time waren ze aanwezig en vroegen me of ik hem verder wilde behandelen. Ik zei: “Ik wil hem best behandelen, maar hij moet zich gedragen”. Ze gingen met hem praten en kwamen even later lachend terug en zeiden: “We hebben tegen hem gezegd dat hij beter een ander kan zoeken, want deze tandarts is zo boos dat hij je pijn gaat doen.” Ik zei: “Dat is niet waar, ik wil alleen dat hij zich gedraagt”. Uiteindelijk is hij elders hulp gaan zoeken. Ik heb hem nooit aangeklaagd.”

Bij de overige geïnterviewden varieerde het agressieve gedrag van provocatie – zoals het uitdrukken van een sigarettenpeuk op het praktijkmeubilair – tot bedreiging met een steekwapen.

Op de vraag of men wel eens een patiënt uit de praktijk had gezet, antwoordden meerdere tandartsen positief met een spreiding van 1 tot meer dan 10 keer per tandarts. Redenen voor het uit de praktijk zetten van patiënten waren: het onredelijk zijn van de patiënt tegenover de tandarts of de assistent, weinig of nooit op de afspraak komen en het niet betalen van de rekening. Vooral agressieve patiënten werden uit de praktijk gezet.

Niemand was seksueel geïntimideerd en/of gechansteerd. Twee vrouwelijke collegae vertelden echter dat sommige mannen uit moslimculturen onplezierig met vrouwen omgingen en dat ze te lang naar vrouwen keken. Vrouwelijke collegae voelen zich daardoor min of meer geïntimideerd: “Wat wij als intimidatie zien, zijn van die buitenlandse mannen die ons toch als minderwaardig zien. Je bent vrouw en je hebt niets te vertellen. Ze zijn soms niet eerder tevreden dan dat ze een man te spreken hebben gekregen. Soms willen ze de chef van de kliniek spreken en dan kom ik, een vrouw dus”, aldus een van de respondenten.

Bedreigen naar aanleiding van het niet behandelen van patiënten kwam tamelijk veel voor, uiteenlopend van af en toe tot 6 keer per jaar. Het kwam ook in avond- en weekenddiensten voor, vooral als de patiënten te horen kregen dat er geen tijd voor hen was. Hierbij werd de tandarts verbaal bedreigd. Het gaat dan meestal om patiënten die binnen lopen zonder dat ze

een eigen tandarts hebben (casus 2). Ze hebben pijn en willen geholpen worden.

Op 1 na zijn alle respondenten door de telefoon onbeschoft benaderd, uiteenlopend van 3 keer per jaar tot wekelijks of zelfs dagelijks. Het lijkt erop dat patiënten via de telefoon een grotere mond durven op te zetten. Er was zelfs 1 keer sprake van bedreiging van het hele gezin. Drie van de geïnterviewden hadden telefoongeris mee gemaakt (patiënten die op het privé-nummer bellen). Eén tandarts werd gedurende 1 à 2 weken steeds thuis gebeld, met als gevolg dat hij daar jarenlang last van heeft gehad.

De algemene indruk was dat agressieve patiënten in veel gevallen mensen zijn die op dat moment dronken en/of onder invloed van drugs zijn, psychische problemen hebben of uit het criminele circuit afkomstig zijn. Toch hadden de meeste respondenten geen problemen gehad met dronken en/of verslaafde patiënten. Eén van de geïnterviewden behandelde deze patiënten niet als ze onder invloed waren. Het is vooral moeilijk om met verslaafden een afspraak te maken.

Twee vrouwelijke en 2 mannelijke respondenten hadden tijdens nachtdiensten problemen gehad. Eén man had van tevoren de politie erbij gehaald, waardoor de situatie niet uit de hand liep. De vrouwen hadden geen hulp ingeroepen. Na het in beide gevallen goed afgelopen incident was 1 vrouw de volgende ochtend niet in staat om te werken. Eén van de vrouwelijke tandartsen had geen nachtdiensten, maar wel avonddiensten. Twee andere vrouwelijke collegae hadden geen avond- en weekenddiensten. Ze hadden dit zo met hun collegae geregeld. De overigen hadden gemiddeld 11 hele dagen avond- en weekenddiensten per jaar, met een spreiding van 2 tot 25 dagen dienst per jaar. Een telefonisch consult tijdens diensten komt meestal tot stand na doorschakeling van de patiënten via de dokterscentrale. De tandarts die de patiënt dan aan de telefoon krijgt blijft anoniem; dit uit veiligheid voor de tandartsen.

Aangifte en klachten

Vijf respondenten hadden bij de politie aangifte gedaan (2 vrouwen en 3 mannen). Het betrof aangifte van mishandeling, dreigen met geweld op het huisadres, telefoongeris en bedreiging met een slagmes. Eén van de tandartsen kon geen aangifte doen omdat de identiteit van de patiënt onbekend was, een andere vrouwelijke respondent had geen aangifte gedaan omdat de politie het te druk had met andere zaken. Eén van de mannelijke respondenten werd bij de eerste aangifte van telefoongeris wel serieus genomen, maar bij de tweede aangifte niet. “Dan trekt u de stekker er maar uit” was het eenvoudige antwoord. Een tandartsassistent had 2 maal aangifte gedaan en was in beide gevallen wel serieus genomen, misschien wel mede omdat ze in één van de incidenten een blauw oog had opgelopen. In de meeste gevallen is er op advies van de politie besloten om geen aan-

gifte te doen, omdat men hierdoor het risico loopt dat de patiënten zich willen wreken.

Over de vraag of er behoefte is aan een klachtencommissie, zijn de meningen verdeeld. De voorstanders zijn van mening dat een klachtencommissie een goede plaats is om je verhaal kwijt te kunnen. Ook kunnen mensen van een klachtencommissie advies geven over wat je in bepaalde situaties wel of juist niet moet doen.

De tegenstanders zijn van mening dat er al te veel klachtencommissies in Nederland zijn. Ze hebben het idee dat een klachtencommissie niet echt zal helpen. Beter zou zijn dat de gezondheidswerkers er onderling over praten.

Discussie

Opmerkelijk in dit onderzoek is dat er een zeer geringe respons kwam op de 2 oproepen. Dat kan erop duiden dat agressie in de Nederlandse tandartspraktijk weinig voorkomt, maar het kan ook een teken zijn van onderregistratie. Uit onderzoek bij de Sociale Dienst in Amsterdam, waar 68% van de ondervraagde personeelsleden te maken had gehad met agressie, bleek dat slechts 1 op de 6 incidenten werd geregistreerd (Huber *et al*, 1996). De geringe respons van de tandartsen kan ook betekenen dat men er niet over wil praten. Dit laatste is een bekende reactie na een traumatische ervaring: men probeert de herinnering aan een stressvolle gebeurtenis zoveel mogelijk te vermijden. Andere kenmerken van een posttraumatisch stressyndroom zijn bijvoorbeeld het onvermogen om belangrijke aspecten van de gebeurtenis te herinneren, slaapproblemen, concentratieproblemen, versterkte schrikreacties en gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen (American Psychiatric Association, 1994). Een andere reden voor de geringe respons kan ook zijn dat tandartsen zich schamen dat ze het zo ver hebben laten komen. Bovendien kan de angst bestaan dat de privacygevoelige informatie toch op een of andere manier uitlekt.

Een goede opvang na het trauma, onder andere in de vorm van belangstelling van de directe omgeving, met collega's en eventueel professionele hulp, kan bijdragen tot verwerking van het trauma. Ongeveer de helft van de geïnterviewde tandartsen geeft aan behoefte te hebben aan een klachtencommissie, waar men niet alleen zijn verhaal kwijt kan, maar ook verdere adviezen kan krijgen. Dit sluit aan bij onderzoek onder huisartsen, waarvan 60% behoefte heeft aan een klachtencommissie (Akkerman *et al*, 1997). Het doen van aangifte bij de politie werd soms door de politie zelf ontraden vanwege de kans op repercussies. Hoewel dit advies misschien begrijpelijk is, draagt het niet bij tot de traumaverwerking, omdat de frustratie bij het slachtoffer dan kan blijven bestaan en het slachtoffer in een negatieve spiraal terecht kan komen van frustratie, cynisme en uiteindelijk burn-out.

De indruk van de meeste geïnterviewden is dat agressief gedrag vooral voorkomt bij patiënten onder

Tabel 2. Adviezen bij dreiging van agressie (Bron: Van der Velden, 2000).

Niet de patiënt in onzekerheid laten wachten
Geen onbegrip uitstralen
De patiënt met respect blijven behandelen
Niet het eigen gelijk willen bewijzen
Fouten eerlijk toegeven
Geen verwijten maken
Niet geduld verliezen
Aangeven wat er wel en niet kan
Hulp vragen van een onafhankelijke derde in het gesprek

invloed van alcohol of drugs, patiënten met psychische problemen en patiënten met contacten in het criminele milieu. Een regelmatig terugkerende aanleiding voor agressie is ook een openstaande rekening. Ook worden sommige patiënten agressief als zij klachten hebben en niet of niet direct geholpen kunnen worden. Agressieve patiënten zijn meestal therapieontrouw of meerdere malen te laat zonder dit te melden of ze komen helemaal niet op de geplande afspraken. Afgezien van het feit dat de respondenten geen seksuele intimidatie hebben meegemaakt, komen de typeeringen van de agressieve patiënt in grote lijnen overeen met eerder onderzoek waarin werd geconstateerd dat een oneigenlijke hulpvraag, een dreigende houding, seksuele intimidatie en therapieontrouw het meest aanleiding geven tot agressief gedrag van een patiënt (Akkerman *et al*, 1997).

Agressief gedrag wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt door angst voor de tandarts. Bij een gevoel van angst ontstaat fysiologisch gezien een 'fight or flight'-reactie. Hieruit zou het mijden van het tandartsbezoek verklaarbaar zijn, en ook de neiging tot agressie bij confrontatie met de tandarts. Daaruit volgt dat bij het ontstaan van agressie ook de houding van de tandarts of de assistent een rol kan spelen. Een andere benadering van de patiënt zou wellicht in een aantal gevallen agressie kunnen voorkomen. Zo is bekend dat een angstige patiënt minder angst heeft als deze van tevoren weet wat de behandeling inhoudt. Wanneer het daarvoor te laat is, valt escalatie soms ook wel te voorkomen met tactisch optreden. Een aantal tips hiervoor staat genoemd in tabel 2.

Bij agressief gedrag komt fysiek geweld blijkens de gegevens van dit onderzoek in verschillende vormen voor, bijvoorbeeld in de vorm van vernielingen in de praktijk. Soms was er zelfs lichamelijk letsel (blauw oog). Naast fysiek geweld is ook vaak sprake van verbale bedreiging. Bijna alle geïnterviewden waren meerdere malen door de telefoon bedreigd of uitgescholden, uiteenlopend van 3 keer per jaar tot een dagelijks telefoonterreur. Dit komt overeen met een eerdere inventarisatie onder tandartsen (Van Dam *et al*, 1994).

Aangezien agressie in de tandartsenpraktijk een sterk negatieve invloed heeft op het hele tandheelkundige team verdient verder onderzoek naar de incidentie en verschijningsvormen van agressie aanbeveling. Daarbij lijkt het zinvol om na te gaan welke rol de tandarts en tandartsassistent kunnen spelen bij het ontstaan en vooral het voorkómen van agressie.

Literatuur

- AGINUS A, KALIES W. Voorzitterscolumn: geweld gebeurt. Medisch Contact 1998; 53: 998.
- AKKERMAN J, BLEUMINK GH, BREDA SWG VAN, BUSSCHBACH JJ VAN, MOSTERT S. Slaat de huisarts terug? Over de behoefte aan een klachtencommissie voor dokters. Medisch Contact 1997; 52: 505.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
- CONTINUE MORBIDITEITSREGISTRATIE. Aggressie tegen de huisarts. Jaarverslag 1997 van de peilstations. Ned Tandartsenbl 1998; 53: 1225.
- DAM BAF VAN, ROSSUM GMJM VAN, BRUERS JM. Opzet en functioneren van tandheelkundige spoedgevallendiensten. Intern rapport. Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, 1994.
- HUBER J, POLL N, SOOMEREN P VAN. Lastige cliënten, wat doe je ermee? Den Haag: SDU, 1996.
- LAGRO-JANSEN T, TERLUIJN B. Als het verhaal telt. Huisarts en wetenschap 1998; 41: 271-273.
- RUBSAAM J. Aggressie en geweld in de tandartsenpraktijk. Een theoretische beschouwing. Ned Tandartsenbl 1998a; 53: 60.
- RUBSAAM J. Aggressie en geweld in de tandartsenpraktijk: voorkomen, signaleren, hanteren. Ned Tandartsenbl 1998b; 53: 148.
- SCHIPPER-SMIT M. Arts, agressie en angst. Medisch Contact 1993; 48: 1446.
- LANDELIJKE VERENIGING VAN ARTSEN IN DIENSTVERBAND. Symposium 'Geweld in de praktijk van de arts?' Medisch Contact 1998; 53: 1446-1448.
- VELDEN PG VAN DER, KLEBER RJ, HAZEN JHM, EIKENBROEK HJ. Lastige klanten. Zaltbommel: Thema, 2000.

Summary

Key words:

- Public health dentistry
- Professional risk
- Aggression

Violence in the general dental practice

In this study on aggression in the dental practice, 8 dentists and 1 dental nurse who had experienced aggression in their dental practice, were interviewed and filled out a questionnaire. They had responded to a call in 2 Dutch dental journals or were contacted through personal communication.

The interviews show that aggression in particular can be expected in patients having not paid their expense account, non compliant patients, or in patients who often come too late or even do not show up at their appointments. Aggression also can appear when patients with toothache are told they cannot be helped immediately. Aggression seems predominantly connected to people under influence of alcohol or drugs, psychiatric patients and people having contacts in criminal circuits.

Although the incidence seems relatively low, the occurrence of aggression always has a great impact on the dental team. Therefore it seems useful to study how dentists and their auxiliaries could act to prevent aggression.