



Voorlichting in tandartspraktijken

Voorlichting aan patiënten is een belangrijk onderdeel van de zorgverlening in de tandartspraktijk. Uitleg over de curatieve behandelingen is bij een meerderheid van de praktijken uitsluitend de taak van de tandarts. Informatie over mondverzorging en preventie wordt veelal verzorgd door mondhygiënist en (preventie)assistenten. Opvallend is dat in slechts 39% van de praktijken afspraken worden gemaakt over de aanpak en de inhoud van de voorlichting, de taakverdeling tussen de verschillende zorgverleners en het gebruik van hulpmiddelen. Mogelijk hangt dit samen met het geringere aantal uren dat mondhygiënist en/of preventieassistenten per week actief zijn in de tandartspraktijk en de opvatting van tandartsen dat ruim de tijd moet worden genomen voor uitleg aan de patiënt over een voorgestelde behandeling.

Bruers JJM, Dam BAFM van, Boer JCL den. Voorlichting in tandartspraktijken
Ned Tijdschr Tandheelkd 2008; 115: 519-525

Inleiding

In de jaren '60 van de vorige eeuw was het slecht gesteld met de mondgezondheid in Nederland (Van Loveren en Eijkman, 2003). Publiekscampagnes van de overheid, voorlichting bij de (school)tandarts, aandacht van gezondheidsinstellingen voor mondgezondheid en fluoridegebruik brachten in de 2 decennia daarna een aanzienlijke verbetering. Vanaf 1990 nam de maatschappelijke aandacht voor een collectieve tandheelkundige preventie echter weer sterk af (Van Loveren en Eijkman, 2003). De voorlichting over mondgezondheid werd voornamelijk een taak van de tandarts en een steeds belangrijker onderdeel van diens zorgverlening (Eijkman, 2005). Met de invoering van de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) in 1995 werd geregeld dat een patiënt pas kan instemmen met een behandeling als hij door de tandheelkundige zorgverlener is geïnformeerd over het behandelingsplan ('informed consent'). Hiermee kregen patiënten een actievere rol in de behandelingsbeslissing ('shared decision-making'). De goed geïnformeerde patiënt werd 'partner' in het zorgproces ('patient empowerment') (Van den Borne, 1998; Eijkman en Visser, 2001; Berenschot en Van der Geest, 2005). De *Zorgverzekeringswet* die in 2006 werd ingevoerd, was een exponent van dit denken. Voorlichting speelt in de genoemde wetgeving een centrale rol.

Voorlichting over mondgezondheid wordt gedefinieerd als "elke planmatige activiteit gericht op mondgezondheid, waarbij door middel van communicatie wordt getracht informatie te verstrekken, hulp te bieden bij menings- of besluitvorming, of gedragsproblemen te beïnvloeden" (Eijkman et al, 2006). Patiëntenvoorlichting kan tot doel hebben het voorkomen van gezondheidsproblemen (preventie) en zich richten op de aanpak of genezing ervan. Voor alle doelstellingen is overdracht van kennis noodzakelijk, evenals het bewerkstelligen van een gedragsverandering bij de

patiënt (Pos en Bouwens, 2003). Kennisvermeerdering bij de patiënt en verandering van ongezond en riskant gedrag in een blijvend patroon van goede, gebitsbewuste gewoonten vragen echter geduld en psychologisch inzicht van de tandheelkundige zorgverlener. Van groot belang daarbij is een planmatige en consequente voorlichting (Eijkman et al, 2006), een goede coördinatie tussen verschillende tandheelkundige zorgverleners, een juiste wijze van communiceren met de patiënt en het gebruik van effectieve technieken en materialen (Bensing et al, 2001; Tomlinson en Treasure, 2006).

Sinds enige jaren zijn mondhygiënist, kindertandverzorgenden en (preventie)assistenten vertrouwde medewerkers in tandartspraktijken. Zij nemen vooral de preventieve taken voor hun rekening, waaronder voorlichting over mondgezondheid (Van Dam, 2004; Bruers, 2005). Deze situatie roept de vraag op hoe de tandartsen – als eindverantwoordelijken – denken over patiëntenvoorlichting en vooral hoe zij handelen bij dit onderdeel van de tandheelkundige zorgverlening.

In een onderzoek van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (NMT) is gepeild of binnen tandartspraktijken afspraken worden gemaakt over de verdeling van de voorlichtingstaken, de patiënten (groep) aan wie voorlichting wordt gegeven, de aard, de inhoud en de frequentie van de voorlichting en het gebruik van hulpmiddelen bij de voorlichting (Bruers en Zeegers, 2005). Tevens is onderzocht óf en in welk opzicht tandartspraktijken met afspraken verschillen van tandartspraktijken zonder afspraken in hun aanpak van de voorlichtingstaak.

Materiaal en methode

Al sinds 1995 doet de NMT via het project Peilstations op verschillende manieren onderzoek naar de beroepsuitoefening van tandartsen in Nederland (Bruers en Zeegers, 2005).

Door middel van de zogenaamde omnibusenquôte worden meningen en gedragingen van tandartsen ten aanzien van uiteenlopende actuele onderwerpen in kaart gebracht. Voor deze jaarlijkse enquôte werd in november 2005 een schriftelijke vragenlijst gestuurd aan 636 tandartsen die als peilstation participeerden in het NMT-onderzoek. Omdat er sprake is van uitval om diverse redenen (veroudering, tijdelijk of definitief geen zin/tijd meer), wordt de bestaande onderzoeksgroep (een zogenaamd panel) in de meeste gevallen per editie verversd met een aanvullende steekproef. Ter verversing van dit panel werden via een aselechte steekproef nog eens 114 tandartsen aangeschreven met het verzoek de vragenlijst te beantwoorden. In de vragenlijst werd onder meer geïnformeerd naar de gang zaken in de praktijken van tandartsen rond de voorlichting aan patiënten.

De verzamelde gegevens werden geanalyseerd met behulp van SPSS, in het bijzonder de procedures Crosstabs, Anova, Binary Logistic Regression. Ten behoeve van de logistische regressie is een aantal onafhankelijke variabelen gedichotomiseerd tot dummyvariabelen (met waarde 0 en 1). Verder is een enkele onafhankelijke nominale variabele met meer dan 2 categorieën (plaats van afstuderen) als een 'categorical covariate' in de regressie opgenomen (Norušis, 1997).

Resultaten

Van de in totaal 743 aangeschreven tandartsen retourneerden er 471 (63%) een ingevulde vragenlijst. Er bleken 13 tandartsen niet (meer) actief te zijn in de tandheelkunde. Van de overige 458 tandartsen waren er 449 werkzaam in een eigen praktijk, 5 in de praktijk van een collega en 4 tandartsen werkten in een onderwijs- of andere instelling. De 449 praktijkhoudende tandartsen vormden qua leeftijd, sekse, regio van vestiging, afstudeerplaats en afstudeerjaar een representatieve afspiegeling van de populatie tandartsen van 64 jaar en jonger met een bekend praktijkadres in Nederland. Niet-leden van de NMT waren enigszins ondervetegenwoordigd, omdat het onderzoek een NMT-initiatief was. Voor het onderzoek was dit geen serieuze bedreiging voor de representativiteit. Het percentage niet-leden van de NMT in de populatie is ongeveer 21, in het onderzoek was het 7%. Omdat niet-leden een minderheid vormen, is het effect van een ondervetegenwoordiging kleiner dan in geval van een meerderheid. Bovendien is aangenomen dat er op voorhand bij tandartsen geen directe relatie bestaat tussen NMT-lidmaatschap en opvattingen en gedragingen rond tandheelkundige voorlichting. De uitkomsten bevestigden dit beeld.

Tabel 1. Betrokkenheid van de tandarts(en) bij de voorlichting aan patiënten, in praktijken zonder en met een mondhygiënist en/of preventieassistent.

		Praktijken zonder mondhygiënist/ preventieassistent (n = 181-209)			Praktijken met mondhygiënist/ preventieassistent (n = 218-242)		
		alleen tandarts	tandarts en anderen	alleen anderen	alleen tandarts	tandarts en anderen	alleen anderen
		%	%	%	%	%	%
(Instructie) handmatig poetsen	**	56	38	6	2	70	28
(Instructie) poetsen met elektrische borstel	**	58	34	8	2	55	43
(Instructie) gebruik floss, stokers, ragers	**	60	35	5	2	73	25
Onderhoud van protheses/kunstgebit	*	80	18	2	67	29	4
Verzorging van de tijdelijke dentitie	**	71	24	5	23	62	15
(Verkeerde) voeding (sgewoonten)	**	72	25	3	12	71	16
Gevolgen van roken	**	75	20	5	15	45	40
Fluoridegebruik	**	73	26	1	24	66	10
Gingivaproblemen	**	76	23	1	8	88	4
Parodontale behandeling	**	80	17	3	20	68	12
Endodontische behandeling	*	93	7	-	82	18	< 1
Kroon- en brugwerk	*	93	7	-	84	16	< 1
Orthodontische behandeling	*	95	5	-	84	15	1
Implantologische behandeling	*	97	3	-	90	9	1
Uitneembare protheses		92	7	1	87	13	< 1
Overige tandheelkundige behandelingen	*	89	10	1	73	26	1

* = $p < 0,05$ / ** = $p < 0,00$

Geven van voorlichting

Tabel 1 laat zien dat tandartsen vaak betrokken zijn bij de voorlichting aan patiënten. Van degenen bij wie geen mondhygiënist of preventieassistent in de praktijk werkzaam is (46%), zegt de meerderheid zelf voorlichting te geven, ongeacht het onderwerp. Als er wel een mondhygiënist of preventieassistent in de praktijk actief is (54%), laten de tandartsen het informeren over preventie en mondgezondheid aan deze medewerkers over. Veruit de meeste

tandartsen (> 80%) verzorgen zelf de voorlichting over tandheelkundige behandelingen. Uit tabel 2 wordt duidelijk dat de motieven van tandartsen om voorlichting te geven differentiëren als het gaat om preventie of om tandheelkundige behandelingen. Uit tabel 3 blijkt dat in vrijwel alle praktijken gebitsmodellen en (patiënten)folders worden gebruikt bij de voorlichting. De overgrote meerderheid (87%) gebruikt daarbij patiëntenfolders van het Ivoren Kruis. In 49% van de praktijken worden ook andere voor-

Tabel 2. Belangrijkste motieven van tandartsen om voorlichting te geven over preventie of tandheelkundige behandelingen (n = 450).

	Preventie %	Tandheelkundige behandelingen %
Vergroting kennis/gebitsgezondheidsbewustzijn van de patiënt	91	36
Motivatie van de patiënt	87	21
(Ondersteuning van) gedragsverandering bij de patiënt	77	9
Wegnemen van zorgen of angst bij de patiënt	16	48
Uitleg over behandel mogelijkheden	11	76
Voorbereiding op een uit te voeren behandeling	10	58
Toelichting van een behandelingsplan	7	47
Rechtvaardiging van de kosten van een behandeling	4	14
Ander motief	1	1

Tabel 3. Gedragingen en opvattingen van tandartsen over de wijze waarop voorlichting wordt gegeven in tandartspraktijken (n = 440-451).

Percentage tandartsen dat:	%
Gebruik maakt van (patiënten)folders	96
Gebruik maakt van patiëntenfolders van het Ivoren Kruis	87
Gebruik maakt van gebitsmodellen	88
Gebruik maakt van schriftelijke informatie van internet, kranten, tijdschriften	32
Andere voorlichtingsmiddelen	24
Andere hulpmiddelen gebruikt dan alleen (patiënten)folders en/of gebitsmodellen	49
Patiënten voor een 'second opinion' verwijst naar het tandheelkundige informatiepunt (tip)	20
Het eens is met de opvatting dat voorlichting over preventie eigenlijk alleen zin heeft bij gemotiveerde patiënten bij wie echt een verbetering van de mondhygiëne is te verwachten	39
Het eens is met de opvatting dat als tandheelkundige zorgverleners regelmatig wijzen op het belang van preventie ook minder gemotiveerde patiënten op den duur meer aandacht voor de dentitie krijgen	65
Het eens is met de opvatting dat als een patiënt een bepaalde behandeling wordt voorgesteld er ruim de tijd moet worden genomen voor uitleg	81
Het eens is met de opvatting dat schriftelijke informatie over preventie nooit in de plaats mag komen van mondelinge voorlichting	79
Het eens is met de opvatting dat in de korte tijd die een patiënt bij de tandarts doorbrengt het niet mogelijk is om het preventieve gedrag van een patiënt substantieel te verbeteren	21
Het eens is met de opvatting dat het geven van voorlichting het beste kan worden overgelaten aan daarvoor opgeleide medewerkers	27
Het eens is met de opvatting dat voorlichting een essentieel onderdeel uitmaakt van de tandheelkundige behandeling	91
Het eens is met de opvatting dat binnen een tandheelkundig team duidelijke afspraken moeten worden gemaakt over de vorm en inhoud van voorlichting	64

lichtingsmiddelen aangewend dan alleen (patiënten)folders en/of gebitsmodellen, vooral informatie van internet en/of uit kranten- en tijdschriftartikelen (32%). Verder verwijst 1 op de 5 tandartsen (20%) wel eens een patiënt voor informatie en advies naar het Tandheelkundig Informatiepunt (TIP).

Meningen over voorlichting

Uit tabel 3 komt naar voren dat de meeste tandartsen van mening zijn dat voorlichting een essentieel onderdeel is van de tandheelkundige behandeling (91%). Ook vinden zij dat ruim de tijd moet worden genomen om een voorgestelde behandeling met een patiënt door te spreken (81%) en dat schriftelijke informatie over preventie nooit in de plaats mag komen van mondelinge voorlichting (79%). Een deel van de tandartsen (21%) vindt dat zij een patiënt te kort ziet om diens preventieve gedrag beslissend te verbeteren. Voorlichting over preventie heeft alleen zin bij gemotiveerde patiënten, meent 39% van de geënquêteerde tandartsen, en 65% vindt dat regelmatig wijzen op het belang van preventie op den duur ook effect sorteert bij minder gemotiveerde patiënten. Een minderheid (27%) vindt dat voorlichting het beste kan worden overgelaten aan daarvoor opgeleide medewerkers, terwijl 64% de stelling onderschrijft dat in een tandheelkundig team duidelijke afspraken moeten worden gemaakt over de vorm en de inhoud van voorlichting.

Afspraken over voorlichting

In 39% van de tandartspraktijken zijn afspraken gemaakt over voorlichtingstaken aan patiënten. Deze afspraken betreffen onder meer de inhoud van de voorlichting, de tandheelkundige zorgverlener die de voorlichting geeft, de wijze waarop dit gebeurt en de te gebruiken hulpmiddelen (tab. 4). Opvallend is dat van degenen die hiervoor aangeven dat dergelijke afspraken belangrijk zijn, maar 52% zegt die ook werkelijk gemaakt te hebben.

Tabel 4. Percentage tandartsen dat wel of geen afspraken heeft gemaakt over voorlichtingstaken in tandartspraktijken (n = 445).

Wel, namelijk over*:		39
- de inhoud van de voorlichting	32	
- de zorgverlener die de voorlichting geeft	26	
- de wijze waarop de voorlichting wordt gegeven	26	
- de hulpmiddelen die bij de voorlichting worden gebruikt	26	
- de wijze waarop bepaalde hulpmiddelen worden gebruikt	21	
- de patiënten(groepen) aan wie voorlichting wordt gegeven	12	
- de frequentie waarmee de voorlichting wordt gegeven	9	
Geen:		61
*Meer antwoorden mogelijk		

Tabel 5 laat zien dat tandartsen die in hun praktijk afspraken hebben gemaakt zich in een aantal opzichten statistisch significant onderscheiden van collega's die dat niet hebben gedaan. Het blijkt bijvoorbeeld dat de kans (oddsratio) dat er afspraken zijn gemaakt 6,4% groter is (1,064-1,000) voor elk uur per maand meer dat tandartsen besteden aan kwaliteitsactiviteiten (bij- en nascholing) of gestructureerd intercollegiaal overleg. Anders gezegd: tandartsen die in hun praktijk afspraken hebben gemaakt over het geven van voorlichting, besteden per maand meer uren aan deze kwaliteitsactiviteiten. Op vergelijkbare wijze beredeneerd, blijkt dat een groter deel van deze tandartsen de patiëntenfolders van het Ivoren Kruis gebruikt en zich vaker bedient van andere voorlichtingsmiddelen dan alleen (patiënten)folders en gebitsmodellen. Verder zijn zij vaker van mening dat het regelmatig wijzen op preventie ook bij minder gemotiveerde patiënten de moeite waard is, vinden zij in meer gevallen dat ruim tijd moet worden genomen voor voorlichting en onderschrijven zij vaker de stelling dat schriftelijke informatie over preventie nooit in de plaats mag komen van mondelinge voorlichting. Voor het overige werken zij in de praktijk met meer tandartsen samen, is de omvang van hun praktijk groter, evenals het aantal uren dat mondhygiënist en/of preventieassistenten per week in hun praktijk actief zijn en hebben zij in meer gevallen de beschikking over digitale en panoramische röntgenapparatuur.

Tabel 6 laat zien dat alleen het aantal uren dat mondhygiënist en/of preventieassistenten per week actief zijn en de opvatting dat er ruim tijd moet zijn voor uitleg over het behandelingsplan van invloed zijn op de afspraken over de verdeling van de voorlichtingstaken in de tandartspraktijk. Zo is de kans dat tandartsen dergelijke afspraken hebben gemaakt 4,6% hoger bij elk uur per week meer dat mondhygiënist en/of preventieassistenten in de praktijk werkzaam zijn, terwijl bij tandartsen die vinden dat voor voorlichting ruim de tijd moet worden genomen de kans 2 keer zo groot is dat zij in hun praktijk afspraken hebben gemaakt. Deze 2 kenmerken bepalen ongeveer eenderde deel van de variantie in de verdeling.

Discussie

Over het belang van goede voorlichting aan patiënten is tegenwoordig iedereen het wel eens. Zorgverleners zijn hier toe zelfs juridisch verplicht. In de WGBO omvat het informatieverstrekking over de gezondheidssituatie van de patiënt, uitleg over de noodzakelijke of gewenste behandelingen, en de verschillende behandelmogelijkheden. Uit het NMT-onderzoek blijkt dat tandartsen deze informatieverstrekking over het algemeen zelf voor hun rekening nemen. Dit ligt ook voor de hand omdat zij beschikken over de daarvoor vereiste curatieve kennis en ervaring.

Wat preventieve voorlichting betreft, blijken tandartsen over het algemeen overtuigd van de noodzaak en het belang ervan: een meerderheid denkt zelfs dat regelmatige preventieve voorlichting op den duur ook werkt bij minder gemo-

tiveerde patiënten. Bij de uitvoering van deze voorlichting zijn echter wel enkele kanttekeningen te plaatsen.

De eerste kanttekening geldt de schriftelijke voorlichting. De meeste tandartsen gebruiken de folders van het Ivoren Kruis, maar in bijna de helft van de tandartspraktijken geven

zij patiënten (ook) andere schriftelijke informatie, bijvoorbeeld verkregen via internet of uit tijdschriften (tab. 3). Uit onderzoek blijkt echter dat deze informatie niet structureel wordt gecontroleerd op herkomst en betrouwbaarheid, laat staan dat ze in gevallen 'evidence-based' is (Best en Bedi,

Tabel 5. Resultaten van de bivariate logistische regressieanalyses van de relaties tussen het wel of niet maken van afspraken in de praktijk over voorlichting en enkele tandarts- en praktijkkenmerken, alsook verschillende kenmerken rond het geven van voorlichting (n = 333-445).

	Oddsratio	Wald ¹	Significantie
Tandartskenmerken			
Vrouw ²	0,929	0,081	0,776
Leeftijd	0,995	0,156	0,693
Afstudeerplaats ³	4	4,901	0,428
Lidmaatschap NMT ²	0,813	0,312	0,576
Aantal stoeluren per week	0,997	0,041	0,840
Aantal uren kwaliteitsactiviteiten per maand	**	16,771	0,000
Is het eens met de opvatting dat:			
- voorlichting over preventie eigenlijk alleen zin heeft bij gemotiveerde patiënten, bij wie echt een verbetering van de mondhygiëne is te verwachten ²	0,753	1,964	0,161
- als zorgverleners regelmatig wijzen op het belang van preventie ook minder gemotiveerde patiënten op den duur meer aandacht voor de dentitie krijgen ²	*	5,598	0,018
- als een patiënt een bepaalde behandeling wordt voorgesteld er ruim tijd moet worden genomen voor uitleg ²	*	8,804	0,003
- schriftelijke informatie over preventie nooit in plaats mag komen van mondelinge voorlichting ²	*	5,799	0,016
- in de korte tijd die een patiënt bij de tandarts doorbrengt het niet mogelijk is om het preventieve gedrag van een patiënt substantieel te verbeteren ²	0,896	0,204	0,651
- het geven van voorlichting het beste kan worden overgelaten aan daarvoor opgeleide medewerkers ²	1,388	2,237	0,135
- voorlichting een essentieel onderdeel is van de tandheelkundige behandeling ²	2,122	3,601	0,058
Gebruik Ivoren Kruisfolders ²	*	5,507	0,019
Gebruik andere middelen dan folders en gebitsmodellen ²	*	5,746	0,017
Verwijst patiënten naar TIP ²	1,188	0,506	0,477
Praktijkenkenmerken			
Aantal tandartsen in praktijk	*	6,077	0,014
Praktijkgrootte	**	38,931	0,000
Percentage jeugdigen (0-17 jaar)	0,992	0,716	0,397
Aantal uur per week mondhygiënist en/of preventieassistent in praktijk werkzaam	**	60,088	0,000
Digitale röntgenapparatuur ¹	**	13,136	0,000
Panoramische röntgenapparatuur ¹	**	14,831	0,000

¹ Wald = (regressiecoëfficiënt B / standaardfout van regressiecoëfficiënt B)²; deze maat geeft de sterkte van de samenhang aan: hoe groter, hoe sterker

² = dummyvariabele / ³ = categorical covariate / ⁴ geen uitkomsten / * = p < 0,05 / ** = p < 0,00

		Oddsratio	Wald ¹	Significantie
Constante	**	0,102	42,809	0,000
Aantal uur per week mondhygiënist en/of preventieassistent in de praktijk werkzaam	**	1,046	59,445	0,000
Eens met de opvatting dat als een patiënt een bepaalde behandeling wordt voorgesteld, er ruim tijd moet worden genomen voor uitleg ²	*	3,166	11,320	0,001
Nagelkerke R ²		0,304		

¹ Wald = (regressiecoëfficiënt B / standaardfout van regressiecoëfficiënt B)²; deze maat geeft de sterkte van de samenhang aan: hoe groter, hoe sterker
² = dummyvariabele / * = p < 0,05 / ** = p < 0,00

Tabel 6. Resultaten van de multivariate logistische regressieanalyse over de relaties tussen het wel of niet maken van afspraken in de tandartspraktijk over voorlichting en enkele tandarts- en praktijkkenmerken, alsook verschillende kenmerken rond het geven van voorlichting (n = 286).

2001; Pos en Bouwens, 2003). Verder scoort schriftelijke kennisoverdracht laag bij de bewerkstelling van gedragsverandering (Pos en Bouwens, 2003). Tandartsen zijn wel in ruime meerderheid van mening dat de schriftelijke informatievoorziening nooit de mondelinge voorlichting mag vervangen (tab. 3). Een tweede kanttekening betreft de mondelinge voorlichting. Er bestaan talloze theorieën over mondelinge voorlichting en daarvoor zijn allerlei voorlichtings- en communicatiemodellen ontwikkeld (Eijkman et al, 2006). Het is wenselijk dat tandheelkundige zorgverleners en tandartsen hiervan kennis hebben en in de tandartspraktijk een bewuste (gezamenlijke) keuze maken over de strategie en de aanpak van de voorlichting. Uit het onderzoek blijkt dat in de meeste tandartspraktijken geen afspraken zijn gemaakt over de mondzorgvoorlichting aan patiënten. Dit geldt opmerkelijk genoeg in een aantal gevallen ook voor praktijken waarin mondhygiënisten en preventieassistenten actief zijn. Tegelijkertijd komt uit dit onderzoek naar voren dat naarmate de inzet van deze tandheelkundige medewerkers in een praktijk groter is, ook de kans aanmerkelijk groter is dat er over de voorlichting aan patiënten afspraken zijn gemaakt. Uit tabel 6 blijkt immers dat de kans dat tandartsen dergelijke afspraken maken 4,6% hoger is bij elk uur per week meer dat mondhygiënisten en/of preventieassistenten in de praktijk werkzaam zijn. Gegeven het feit dat deze medewerkers in de desbetreffende praktijken gemiddeld per week 19,9 uur werkzaam zijn, is die kans dus gemiddeld meer dan 90% groter. Pos en Bouwens (2003) wijzen erop dat het effect van mondelinge voorlichting aan patiënten sterk afhankelijk is van de expertise en de motivatie van degene die ze verstrekt. De uitkomsten van dit onderzoek zijn hiermee in overeenstemming. Juist bij tandartsen die aangeven gemotiveerd te zijn om goede voorlichting te geven, komt het vaker voor dat er in de praktijk afspraken zijn gemaakt over voorlichting. Weliswaar laten verschillende andere persoons- en praktijkkenmerken – afzonderlijk in beschouwing genomen (bivariaat) – ook samenhangen zien, maar deze ‘lossen als het ware op’

als wordt gecontroleerd voor de werking van andere kenmerken.

De interactie tussen de zorgverlener/de voorlichter en de patiënt wordt overigens door nog andere factoren beïnvloed (Pos en Bouwens, 2003; Eijkman et al, 2006). De zorgverlener kan er bijvoorbeeld niet zonder meer van uitgaan dat de patiënt de boodschap precies zo interpreteert als de voorlichter voor ogen staat. Mondgezondheidsproblemen hebben voor de patiënt vaak een andere betekenis dan voor de zorgverlener en hangen samen met de levensstijl en ingesleten dagelijkse gewoonten waar de patiënt ook verandering in moet brengen (Van den Borne, 1998). Van groot belang hierbij is dat voorlichtende zorgverleners beschikken over kennis van zaken en dat zij de benodigde specifieke vaardigheden hebben opgedaan (Elder et al, 1999; Hollister en Anema, 2004). Waarschijnlijk is dit in veel tandartspraktijken niet altijd het geval omdat slechts een minderheid van de tandartsen vindt dat voorlichting aan patiënten het beste kan worden verzorgd door specifiek daarvoor opgeleide medewerkers, zoals mondhygiënisten en preventieassistenten dat zijn.

Conclusie

Preventie is een fundamenteel onderdeel van de tandheelkundige zorgverlening. Waar het publiek artsen en veel andere zorgverleners bezoekt als er sprake is van een concrete klacht, ligt aan het regelmatige tandartsbezoek juist het voorkómen van mondgezondheidsklachten ten grondslag. Dit stelt tandartsen in de gelegenheid om met enige continuïteit preventieve voorlichting te geven. De meeste onderzochte tandartsen onderschrijven deze mening en lijken in hun (verklaard) gedrag daaraan ook gevolg te geven. In welke mate en met welke intensiteit zij dat doen, al dan niet samen met hun medewerkers, is binnen dit onderzoek niet aan de orde gesteld. Twee van de 3 tandartsen vinden dat binnen een tandheelkundig team duidelijke afspraken moeten worden gemaakt over de vorm en de inhoud van voorlichting. Toch lijken deze tandartsen er niet altijd in te

slagen om samen met hun medewerkers een doordachte en consequente strategie aan te houden, want ongeveer de helft van hen geeft aan dat zij in de praktijk geen afspraken hebben gemaakt over voorlichting.

Het zou daarom wellicht gewenst zijn als er (meer) aandacht komt voor specifieke ondersteuning van tandartsen in de vorm van bij- en nascholing. Daarbij zou niet alleen gebruikgemaakt kunnen worden van de inhoudelijke expertise die al bestaat op het terrein van de algemene patiëntenvoorlichting, maar ook van de bestaande inzichten om een proces van continue voorlichting aan een heterogene groep patiënten te organiseren en te managen. Daarbij dient onderlinge afstemming en het maken van afspraken over vorm en inhoud van de voorlichting een aandachtspunt te zijn.

Literatuur

- › *Bensing JM, Visser A, Saan H.* Patient education in The Netherlands. *Patient Educ Couns* 2001; 44: 15-22.
- › *Berenschot L, Geest L van der.* Van patiënt tot partner. Breukelen: NYFER, 2005.
- › *Best HA, Bedi R.* Is the current access to health information helping or hindering effective decision-making for dentists and patients? Guidelines for dental practices. *Prim Dent Care* 2001; 8: 77-80.
- › *Borne HW van den.* The patient from receiver of information to informed decision-maker. *Patient Educ Couns* 1998; 34: 89-102.
- › *Bruers JJM.* Samenwerking in de tandheelkundige zorgverlening. In: Feilzer AJ, et al (red.). *Praktijkboek tandheelkunde 7*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.
- › *Bruers JJM, Zeegers GLAM.* The Data Stations project of the Dutch Dental Association. *Adv Dent Res* 2005; 18: 50-52.
- › *Dam BAFM van.* De preventieassistent: gewaardeerde kracht in de tandartspraktijk. *Ned Tandartsenblad* 2004; 59 (08): 34-35.
- › *Eijkman MAJ.* Proefschriften 25 jaar na dato 5. Tandarts en patiëntenvoorlichting: 25 jaar later. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2005; 112: 251-255.
- › *Eijkman MAJ, Duyx MPMA, Visser APh.* Patiëntenvoorlichting en mondgezondheid. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2006.
- › *Eijkman MAJ, Visser APh.* Dental health education: from education to informed decision-making. *Patient Educ Couns* 2001; 42: 101-104.
- › *Elder JP, Ayala GX, Harris S.* Theories and intervention approaches to health behaviour change in primary care. *Am J Prev Med* 1999; 17: 275-284.
- › *Hollister MC, Anema MG.* Health behaviour models and oral health: a review. *J Dent Hyg* 2004; 78: 6.
- › *Loveren C van, Eijkman MAJ.* Preventie op koers? Investeren blijft noodzaak. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2003; 110: 493-499.
- › *Norušis MJ.* SPSS Professional Statistics 7.5. Chicago: SPSS Inc., 1997.
- › *Pos S, Bouwens J.* Patiëntenvoorlichting: een theoretische verkenning. Woerden: NIGZ, 2003.
- › *Tomlinson B, Treasure E.* Provision of prevention to adults in NHS dental practices and attitudes to prevention. *Br Dent J* 2006; 200: 393-397.

Summary

Patient education in a dental practice

Patient education is an important part of the care provided in a dental practice. Explanations concerning dental treatments is in the majority of practices exclusively the responsibility of the dentist. Information about oral hygiene and prevention is generally provided by oral hygienists and prevention assistants. It is striking that agreements are made concerning the form and content of patient education, the division of responsibilities and the use of teaching aids in only 39% of practices. It is possible that this has to do with the relatively few hours that oral hygienists and/or prevention assistants are active each week in the practice, and the judgement of the dentists that sufficient time has to be devoted to discussing a proposed treatment with the patient.

Bron

J.J.M. Bruers, B.A.F.M. van Dam, J.C.L. den Boer
Uit de afdeling Kwaliteit & Onderzoek van de Nederlandse
Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (NMT)
Datum van acceptatie: 6 december 2007
Adres: J.J.M. Bruers, NMT, postbus 2000, 3430 CA Nieuwegein
j.bruers@nmt.nl