

OPERATIONALISATIE KWALITEITSINDICATOREN MONDZORG



REGIOPLAN
BELEIDSONDERZOEK

OPERATIONALISATIE
KWALITEITSINDICATOREN
MONDZORG

- eindrapport -

Dr. J.C. van Rij
Dr. M.C. Paulussen-Hoogeboom
Dr. B. van den Berg

Amsterdam, maart 2012
Regioplan publicatienr. 2172

Regioplan Beleidsonderzoek
Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam
Tel.: +31 (0)20 - 5315315
Fax : +31 (0)20 - 6265199

Onderzoek, uitgevoerd door Regioplan
Beleidsonderzoek in opdracht van het ministerie
van VWS.

INHOUDSOPGAVE

| | |
|---|-----------|
| Managementsamenvatting | I |
| 1 Inleiding | 1 |
| 2 Resultaten tandartsen | 3 |
| 2.1 Achtergrondinformatie..... | 3 |
| 2.2 Indicator 1: periodieke controle..... | 7 |
| 2.3 Indicator 2: actief beleid | 9 |
| 2.4 Indicator 3: fluoridebehandeling..... | 12 |
| 2.5 Indicator 4: sealen..... | 14 |
| 2.6 Indicator 5: röntgenfoto's | 17 |
| 2.7 Indicator 6: nieuwe cariës | 19 |
| 2.8 Indicator 7: DMFT/dmft-score | 21 |
| 2.9 Indicator 8: DPSI-score..... | 24 |
| 2.10 Indicator 9: Hand- en hoekstukken | 28 |
| 2.11 Indicator 10: levensduur van eigen restauraties | 31 |
| 2.12 Indicator 11: PROMS | 32 |
| 2.13 Indicator 12: gemiddelde behandelbehoefte orthodontie .. | 37 |
| 2.14 Indicator 13: gemiddelde behandelduur orthodontie | 40 |
| 2.15 Indicator 14: inschrijving kwaliteitsregister(s) | 42 |
| 2.16 Indicator 15: voorbehouden handelingen | 45 |
| 2.17 Indicator 16: implantologie en prothetiek..... | 48 |
| 2.18 Indicator 17: kwalificaties assistenten..... | 51 |
| 2.19 Indicator 18: patiëntendossier..... | 54 |
| 3 Resultaten vrijgevestigde mondhygiënisten | 61 |
| 3.1 Achtergrondinformatie..... | 61 |
| 3.2 Indicator 1: periodieke controle..... | 64 |
| 3.3 Indicator 2: actief beleid | 66 |
| 3.4 Indicator 3: fluoridebehandeling..... | 69 |
| 3.5 Indicator 4: sealen..... | 70 |
| 3.6 Indicator 5: röntgenfoto's | 71 |
| 3.7 Indicator 6: nieuwe cariës | 75 |
| 3.8 Indicator 7: DMFT-score | 77 |
| 3.9 Indicator 8: DPSI-score..... | 80 |
| 3.10 Indicator 9: hand- en hoekstukken..... | 84 |
| 3.11 Indicator 10: vervanging/levensduur van eigen restauraties | 88 |
| 3.12 Indicator 11: PROMS | 89 |
| 3.13 Indicator 12 gemiddelde behandelbehoefte orthodontie ... | 94 |
| 3.14 Indicator 13: gemiddelde behandelduur orthodontie | 95 |
| 3.15 Indicator 14: inschrijving kwaliteitsregister..... | 95 |
| 3.16 Indicator 15: voorbehouden handelingen | 99 |
| 3.17 Indicator 16: implantologie en volledige protheses..... | 100 |
| 3.18 Indicator 17: kwalificaties tandartsassistenten..... | 101 |
| 3.19 Indicator 18: patiëntendossier..... | 104 |

| | | |
|-----------------|---|------------|
| 4 | Resultaten tandprothetici | 111 |
| 4.1 | Achtergrondinformatie..... | 111 |
| 4.2 | Indicator 1: periodieke controle..... | 112 |
| 4.3 | Indicator 2: actief beleid..... | 112 |
| 4.4 | Indicator 3: fluoridebehandeling..... | 114 |
| 4.5 | Indicator 4: sealen..... | 115 |
| 4.6 | Indicator 5: röntgenfoto's | 116 |
| 4.7 | Indicator 6: nieuwe cariës | 117 |
| 4.8 | Indicator 7: DMFT/dmft-score | 117 |
| 4.9 | Indicator 8: DPSI-score..... | 118 |
| 4.10 | Indicator 9: Hand- en hoekstukken | 119 |
| 4.11 | Indicator 10: levensduur van eigen restauraties | 120 |
| 4.12 | Indicator 11: PROMS | 121 |
| 4.13 | Indicator 12: gemiddelde behandelbehoefte orthodontie .. | 126 |
| 4.14 | Indicator 13: gemiddelde behandelduur orthodontie | 127 |
| 4.15 | Indicator 14: inschrijving kwaliteitsregister(s) | 127 |
| 4.16 | Indicator 15: voorbehouden handelingen | 128 |
| 4.17 | Indicator 16: implantologie en volledige prothese..... | 129 |
| 4.18 | Indicator 17: kwalificaties assistenten..... | 130 |
| 4.19 | Indicator 18: opname van gegevens in het patiënten- dossier..... | 131 |
| Bijlagen | | 135 |
| Bijlage 1 | Indicatoren vastgesteld door Stuurgroep Zichtbare Mondzorg (begin 2011)..... | 137 |
| Bijlage 2 | Statistisch betrouwbaar onderscheiden | 141 |
| Bijlage 3 | Kenmerken respondenten patiëntenvragenlijst | 143 |

MANAGEMENTSAMENVATTING

Het meten van de kwaliteit van mondzorg is niet eenvoudig. Desalniettemin is de laatste jaren een belangrijke stap voorwaarts gemaakt. Er is een indicatorenset ontwikkeld en deze set is door Regioplan in opdracht van de Stuurgroep Zichtbare Mondzorg uitgewerkt en getest in een pilot. In de voorliggende managementsamenvatting zetten we de belangrijkste bevindingen op een rij. De pilot had tot doel de meting van kwaliteitsindicatoren te testen, verder uit te werken en zo mogelijk te verbeteren. De set die er nu ligt, is bruikbaar, maar dient te worden doorontwikkeld; meten van kwaliteit is een continu proces. Daartoe formuleren we een aantal aanbevelingen. We maken hierbij een onderscheid tussen de korte termijn: een landelijke uitrol in 2012, en de middellange termijn: 2013-2014. Allereerst dient op de korte termijn een keuze gemaakt te worden uit de huidige indicatoren, zodat kan worden gewerkt aan een landelijke uitrol in de mondzorg in 2012. Voor de middellange termijn zijn twee zaken van belang: (1) digitale wijze van dataverzameling gekoppeld aan (2) een daarmee samenhangende kwaliteitsvisie: wat zijn de kwaliteitsnormen in de mondzorg? Welke normen hanteren we? Wat registreren we? Deze visie dient bestuurlijk door de koepels, maar ook door de vragende partijen te worden gedragen. Zonder normenstelsel is en blijft het moeilijk een kwaliteitsmeting op waarde te schatten.

Het veldwerk

In deze pilot zijn gegevens verzameld bij:

- 54 tandartspraktijken;
- 33 praktijken van vrijgevestigde mondhygiënisten;
- 63 tandprothetische praktijken.

De uitvraag is gedaan op het 'praktijkniveau', gegevens zijn verzameld over praktijken en dus (nog) niet over individuele zorgverleners. Tandartspraktijken en vrijgevestigde mondhygiënisten is gevraagd om gegevens over een aantal patiënten (tandartsen maximaal 60 dossiers, mondhygiënisten maximaal 30 dossiers) aan te leveren. In totaal zijn 1576 patiëntendossiers van tandartspraktijken (van 35 praktijken) en 750 patiëntendossiers van 28 mondhygiënisten geïncludeerd. Daarnaast hebben patiënten die gedurende de veldwerkperiode de praktijk hebben bezocht een korte vragenlijst ingevuld. Voor de tandartsen lag het aantal ingevulde vragenlijsten op 765, voor de mondhygiënisten op 468 en voor de tandprothetici op 255. Deze zogenaamde PROMs-enquête is niet een-op-een te leggen op de patiëntendossiers. Het zijn niet noodzakelijk dezelfde patiënten.

De voor de pilot verzamelde gegevens op praktijkniveau vormen geen representatieve steekproef. Zorgverleners of praktijken konden zich namelijk zelf aanmelden. Representativiteit is in de pilotfase niet nagestreefd. Van groter belang werd de vraag geacht of de ontwikkelde kwaliteitsmeting valide en betrouwbare antwoorden oplevert en eenvoudig kan worden uitgevoerd, zonder dat dit leidt tot een zware belasting van het veld.

Voordat wordt ingegaan op de resultaten, vatten we in het onderstaande kader de belangrijkste aanbevelingen samen:

Aanbevelingen op basis van de pilot

Aanbeveling korte termijn:

- Kies een beperkt aantal indicatoren om verder uit te werken voor een landelijke uitvraag in 2012 en (eventueel) 2013. Sorteert bij de keuze van indicatoren voor op de langetermijnagenda: registreren en via administratieve systemen uitvragen.
- Overweeg een kortere vragenlijst te gebruiken. Maak een verschil tussen 'nice to know' en 'need to know'. Niet alle gegevens worden intensief gebruikt.
- Besteed extra aandacht aan werving van praktijken en de (non-)respons. De doorlooptijd van het veldwerk kan iets worden opgerekt. Er is echter meer effect te verwachten van gericht nabellen en gerichte acties van de overkoepelende organisaties richting de individuele praktijken.

Ontwikkelagenda 2013-2014

- Verbeter de registratie: een probleem is dat een aantal indicatoren niet eenduidig en op eenzelfde wijze wordt geregistreerd. Dit leidt tot ruis in de metingen omdat verschillende zorgverleners verschillend registreren, waardoor gegevens niet of moeilijk tussen zorgverleners vergelijkbaar zijn.
- Automatiseer de uitvraag: in de pilot is gewerkt met patiëntendossiers. Dit is een zeer arbeidsintensieve oplossing. In de toekomst is het wenselijk een uitvraag via een digitaal (en automatisch) systeem te laten verlopen. Dit is een fikse uitdaging voor de branche, gezien de grote verscheidenheid aan systemen en registraties.
- Meer uitkomst(gerelateerde) indicatoren opnemen. Op dit moment zijn veel indicatoren procesgericht. Het verdient de voorkeur om te onderzoeken of hier meer uitkomstgerichte indicatoren kunnen worden ingezet. Het is daarnaast gewenst om meer indicatoren te ontwikkelen die informatie verschaffen over de 'verbetering van de mond door de mondzorg'. Bijvoorbeeld door het laten registreren van primaire en secundaire cariës en het laten vaststellen van de levensduur van een (eigen) restauratie. Momenteel is het niet mogelijk hierover betrouwbare gegevens te verzamelen, omdat niet of slecht wordt geregistreerd.
- Ontwikkel kwaliteitsnormen. Een duidelijk gedefinieerde kwaliteitsnorm ontbreekt. Wat is goed en wat is minder goed? Denk aan: fluoridebehandelingen, sealen of röntgenfoto's. Daarover wordt nu vaak verschillend gedacht. Dit maakt de interpretatie van cijfers zeer ingewikkeld. Veelal wordt bij gebrek aan een norm gekeken naar het gemiddelde en de spreiding. Dit vinden wij minder wenselijk, omdat dit tot impliciete normering leidt. Het is maar de vraag of het gemiddelde de norm moet zijn. Het verdient dus aanbeveling om eigen kwaliteitsnormen te definiëren.
- Ontwikkel indicatorensets voor specifieke beroepsgroepen. Op dit moment is de set zeer algemeen en vooral gericht op de tandartspraktijken. Dit doet onrecht aan specifieke beroepsgroepen en specialismen binnen de mondzorg. Ook met het oog op uiteindelijk wellicht kwaliteit op zorgverlenersniveau te verzamelen, verdient maatwerk voor de verschillende aanbieders aandacht.

In de overzichtstabel op de volgende pagina's vatten we de belangrijkste bevindingen samen.

Samenvattend is ons voorstel voor tandartspraktijken:

- acht indicatoren hebben prioriteit voor de uitvraag 2012 (kolom 'prioriteit': 'ja');
- drie ontwikkelvoorstellen (ook met het oog op digitale uitvraag: langere termijn);
- zeven heroverweeg/twijfelgevallen voor de korte termijn.

Samenvattend is ons voorstel voor praktijken voor mondhygiëne:

- zeven indicatoren hebben prioriteit voor de uitvraag 2012 (kolom 'prioriteit': 'ja');
- twee ontwikkelvoorstellen;
- vier heroverweeg/twijfelgevallen voor de korte termijn;
- vijf indicatoren die niet zouden moeten worden uitgevraagd bij vrijgevestigde mondhygiënisten.

Samenvattend is ons voorstel voor praktijken voor tandprothetiek:

- vier indicatoren uitvragen in 2012.

Tabel S.1 Uitleg kolommen overzichtstabellen

| | Indicator | Score | Soort | Validiteit | Registratie | Correctie | Prioriteit | Ontwikkelaar |
|------------------|------------------------|--------------------|---|--|--|--|---|--|
| Nummer indicator | Omschrijving indicator | Score op indicator | Proces-, structuur- of uitkomst-indicator | Is er een (aangetoonde) relatie met kwaliteit? | Zijn registraties onderling vergelijkbaar? | Is correctie voor verschillen in cliëntpopulaties wenselijk? | Heeft de uitvraag van de indicator volgens de stuurgroepleden prioriteit (gezien de informatie die de indicator oplevert) | Is er een ontwikkelvoorstel op basis van pilot, praktijktest, experts en interviews? |

Tabel S.2 Tandartspraktijken (algemeen)

| | Indicator | Score | Soort | Validiteit | Registratie | Correctie | Prioriteit | Ontwikkelaar |
|---|---|-----------------------------|--------------|-------------------|--------------------|------------------|-------------------|---|
| 1 | Percentage jeugdige/volwassen patiënten waarbij binnen de meetperiode een periodieke controle (C11, C12) is uitgevoerd. | Jeugd: 98,1% Volw: 94,8% | Uitkomst | Voldoet bijna | Voldoet | Geen | Ja | Definitie en registratie in het systeem van de 'actieve patiënt'. |
| 2 | Actief beleid om (jeugdige) patiënten te stimuleren tot geregeld periodiek mondonderzoek | Jeugd: 62,5% Volw: 66,4% | Proces | Voldoet bijna | Voldoet | Ses | Ja | Definitie en registratie in het systeem van de 'actieve patiënt'. |
| 3 | Percentage van de patiënten onder de 18 jaar (dat in de meetperiode een consult heeft gehad) waarbij een fluoride-behandeling is toegepast. | 48,0% | Uitkomst | Voldoet bijna | Voldoet | Ses | Ja | Ontwikkel norm: wanneer is sprake van over- of onderbehandeling? |

Vervolg tabel S.2 Tandartspraktijken (algemeen)

| Indicator | Score | Soort | Validiteit | Registratie | Correctie | Prioriteit | Ontwikkelforstel |
|--|--|--|-----------------|-----------------|-----------|------------|--|
| 4 Percentage patiënten onder de 18 jaar (dat in de meetperiode een consult heeft gehad) waarbij is geseald | 23,6% | Uitkomst | Voldoet bijna | Voldoet | Geen | Ja | Ontwikkel norm: wanneer is sprake van over- of onderbehandeling? |
| 5 Gemiddeld aantal röntgenfoto's per patiënt per jaar (uitgesplitst naar jonger dan 18 of 18 en ouder) | Gemidd volw: 1,42 Gemidd jeugd: 0,58 Bitewing volw: 0,69 Bitewing jeugd: 0,41 | Proces | Voldoet | Voldoet | Geen | Ja | Onduidelijk is of een foto voor preventie dan wel behandeling wordt genomen. Ontwikkel norm voor over- of onderbehandeling. |
| 6 Aantal nieuwe cariës bij patiënten in de praktijk (die de afgelopen x jaar de praktijk hebben bezocht) | 31,5% legt reden restauratie vast | Proces (in pilot als proces uitgevraagd wel of niet vast gelegd) | Voldoet bijna | Voldoet | Geen | Ontwikkel | Verbeter registraties en leg ook redenen vast. |
| 7 Gemiddelde DMFT-score van patiënten in de praktijk | 4,6% legt DMFT vast | Proces (in pilot als proces uitgevraagd wel of niet vast gelegd) | Voldoet niet | Voldoet | Geen | ? | Heroverweeg uitvraag. Meer een epidemiologische maat. |
| 8 Gemiddelde DPSI-score van patiënten in de praktijk | 49,10 vast gelegd 39,7% score >= 1 39,3% actie ondernomen | Proces Uitkomst Uitkomst | Voldoet (bijna) | Voldoet (bijna) | Praktijk | Ja | Vraag als uitkomstindicator uit en overweeg jongeren mee te nemen. Bepaal norm voor vervolgacties bij een score. |

Vervolg tabel S.2 Tandartspraktijken (algemeen)

| Indicator | Score | Soort | Validiteit | Registratie | Correctie | Prioriteit | Ontwikkelaar | Ontwikkelaar |
|-----------|--|--|--------------------|---------------|---------------------------|------------|--------------|---|
| 9 | Aantal aanwezige handen hoekstukken in de praktijk | Gemiddeld per praktijk 17,6 | Proces | Voldoet niet | Voldoet niet (mist types) | Geen | ? | Vereenvoudig de vraag. |
| 10 | Gemiddelde vervanging van eigen restauraties/ levensduur van eigen restauraties | - | Uitkomst | - | - | - | Ontwikkel | Ontwikkel registratie: volgens stuurgroep belangrijk gezien relatie met kwaliteit. |
| 11 | Indicatoren op basis van PROMS | 23,0% pijnklachten 33,4% napijn | Uitkomst en proces | Voldoet niet | Voldoet niet | Geen | Ja | Ontwikkel PROMS. Voldoet nog niet als 'Patient Reported Outcome Measurement'. |
| 12 | Gemiddelde behandelbehoefte orthodontie | Jeugd: 23,2% Volw: 1,6% | Proces | Voldoet niet | Voldoet | Geen | ? | Heroverweeg noodzaak uitvraag. |
| 13 | Gemiddelde behandelduur orthodontie | 13 maanden | Uitkomst | Voldoet bijna | Voldoet | ? | ? | Heroverweeg noodzaak uitvraag. |
| 14 | Inschrijving in KRM/KRT | 58,7% (KRT) | Proces/structuur | Voldoet bijna | Voldoet | Praktijk | ? | - |
| 15 | Aantal voorbehouden handelingen in de praktijk dat wordt uitgevoerd door een medewerker die geen tandarts is | Foto's: 63% (in 67,8% schriftelijk vastgelegd) Anesthesie: 34,7% | Proces | Voldoet | Voldoet | ? | Ontwikkel | Koppel handelingen aan registraties. Wel is hier gevaar voor sociaal wenselijke antwoorden. |

Vervolg tabel S.2 Tandartspraktijken (algemeen)

| | Indicator | Score | Soort | Validiteit | Registratie | Correctie | Prioriteit | Ontwikkelforstel |
|----|--|--|--------------|-------------------|--------------------|------------------|-------------------|---|
| 16 | Aantal behandelingen per jaar (volume) voor implantologie en volledige protheses | Gem. per praktijk 24,9 volledig 25,2 partieel 11,9 implantaat gedragen | Proces | Voldoet | Voldoet | ? | Ontwikkel | Registratie + automatische uitvraag |
| 17 | Percentage van de tandartsassistenten dat het mbo-diploma tandartsassistent of een vergelijkbare kwalificatie met certificaat heeft behaald. | 90% van de assistenten 43% van de praktijken | Structuur | Voldoet bijna | Voldoet bijna | Geen | ? | Bepaal norm voor 'opleiding in praktijk' |
| 18 | Opname van gegevens in het digitale dossier | 0-100% (afhankelijk van behandeling/diagnose) | Structuur | Voldoet niet | Voldoet bijna | Geen | Ja | Bepaal gegevens (norm) die in het digitale dossier moeten zitten. |

Tabel S.3 Vrijgevestigde mondhygiënisten

| | Indicator | Score | Soort | Validiteit | Registratie | Correctie | Prioriteit | Ontwikkelforstel |
|---|---|--|--------------|-------------------|--------------------|------------------|-------------------|--|
| 1 | Percentage jeugdige/volwassen patiënten waarbij binnen de meetperiode een periodieke controle (C11, C12) is uitgevoerd. | Geen | Uitkomst | - | - | - | ? | Definitie en registratie in het systeem van de 'actieve patiënt'. |
| 2 | Actief beleid om (jeugdige) patiënten te stimuleren tot geregeld periodiek mondonderzoek | 50,2% | Proces | Voldoet bijna | Voldoet niet | (Ses) | Ja | Definitie en registratie in het systeem van de 'actieve patiënt'. |
| 3 | Percentage van de patiënten onder de 18 jaar (dat in de meetperiode een consult heeft gehad) waarbij een fluoride-behandeling is toegepast. | Geen | Uitkomst | - | - | - | Ja | Ontwikkel norm: wanneer is sprake van over- of onderbehandeling? |
| 4 | Percentage patiënten onder de 18 jaar (dat in de meetperiode een consult heeft gehad) waarbij is geseald | Geen | Uitkomst | - | - | - | Ja | Ontwikkel norm: wanneer is sprake van over- of onderbehandeling? |
| 5 | Gemiddeld aantal röntgenfoto's per patiënt per jaar (uitgesplitst naar jonger dan 18 of 18 en ouder) | Gemidd volw: 0,22 Bitewing volw: 0,08 | Proces | Voldoet | Voldoet bijna | Geen | Ja | Onduidelijk is of een foto voor preventie dan wel behandeling wordt genomen. Ontwikkel norm voor over- of onderbehandeling. |

Vervolg tabel S.3 Vrijgevestigde mondhygiënisten

| | Indicator | Score | Soort | Validiteit | Registratie | Correctie | Prioriteit | Ontwikkelforstel |
|----|--|---|--|-------------------|---------------------------|------------------|-------------------|--|
| 6 | Aantal nieuwe cariës bij patiënten in de praktijk (die de afgelopen x jaar de praktijk hebben bezocht) | Geen | Uitkomst | - | - | - | Nee | |
| 7 | Gemiddelde DMFT-score van patiënten in de praktijk | 1,9% legt DMFT vast | Proces (in pilot als proces uitgevraagd wel of niet vast gelegd) | Voldoet niet | Voldoet | Geen | Nee | Heroverweeg uitvraag. Meer een epidemiologische maat. |
| 8 | Gemiddelde DPSI-score van patiënten in de praktijk | 78,8% vast gelegd 75,4% score >= 1 70,6% actie ondernomen | Proces Uitkomst Uitkomst | Voldoet (bijna) | Voldoet (bijna) | Praktijk | Ja | Vraag als uitkomstindicator uit en overweeg jongeren mee te nemen. Bepaal norm voor vervolgacties bij een score. |
| 9 | Aantal aanwezige handen hoekstukken in de praktijk | Gemiddeld per praktijk 7 | Proces | Voldoet niet | Voldoet niet (mist types) | Geen | ? | Vereenvoudig de vraag. |
| 10 | Gemiddelde vervanging van eigen restauraties/ levensduur van eigen restauraties | Geen | Uitkomst | - | - | - | Nee | |
| 11 | Indicatoren op basis van PROMS | 23,7% pijnklachten 35,4% napijn | Uitkomst en proces | Voldoet niet | Voldoet niet | Geen | Ja | Ontwikkel PROMS. Voldoet nog niet als 'Patient Reported Outcome Measurement' |

Vervolg tabel S.3 Vrijgevestigde mondhygiënisten

| | Indicator | Score | Soort | Validiteit | Registratie | Correctie | Prioriteit | Ontwikkelforstel |
|----|--|---|----------------------|-------------------|--------------------|------------------|-------------------|---|
| 12 | Gemiddelde behandelbehoefte orthodontie | Geen | Proces | - | - | - | Nee | - |
| 13 | Gemiddelde behandelduur orthodontie | Geen | Uitkomst | - | - | - | Nee | - |
| 14 | Inschrijving in KRM/KRT | 66,4% (KRM) | Proces/ structuur | Voldoet bijna | Voldoet | Praktijk | ? | - |
| 15 | Aantal voorbehouden handelingen in de praktijk dat wordt uitgevoerd door een medewerker die geen tandarts is | Geen | Proces | - | - | - | Nee | - |
| 16 | Aantal behandelingen per jaar (volume) voor implantologie en volledige protheses | Geen | Proces | - | - | - | Nee | - |
| 17 | Percentage van de tandartsassistenten dat het mbo-diploma tandartsassistent of een vergelijkbare kwalificatie met certificaat heeft behaald. | 12,5% van de praktijken | Structuur | Voldoet bijna | Voldoet bijna | Geen | ? | Bepaal norm voor 'opleiding in praktijk' |
| 18 | Opname van gegevens in het digitale dossier | 0-100% (afhankelijk van behandeling/diagnose) | Structuur | Voldoet niet | Voldoet bijna | Geen | Ja | Bepaal gegevens (norm) die in het digitale dossier moeten zitten. |

Tabel S.4 Tandprothetici

| | Indicator | Score | Soort | Validiteit | Registratie | Correctie | Prioriteit | Ontwikkelforstel |
|----|--|--|--------------------|-------------------|--------------------|------------------|-------------------|--|
| 2 | Actief beleid om (jeugdige) patiënten te stimuleren tot geregeld periodiek mondonderzoek | 63,8% | Proces | Voldoet bijna | Voldoet niet | (Ses) | Ja | Definitie en registratie in het systeem van de 'actieve patiënt'. |
| 11 | Indicatoren op basis van PROMS | 33,4% pijnklachten 28,6% napijn | Uitkomst en proces | Voldoet niet | Voldoet niet | Geen | Ja | Ontwikkel PROMS. Voldoet nog niet als 'Patient Reported Outcome Measurement' |
| 16 | Aantal behandelingen per jaar (volume) voor implantologie en volledige prothesen | Gem. per praktijk 199,2 volledig 38,1 partieel 68 implantaat-gedragen | Proces | Voldoet | Voldoet | Geen | Ja | Registratie + automatische uitvraag. |
| 18 | Opname van gegevens in het digitale dossier | 0-100% (afhankelijk van behandeling/diagnose) | Structuur | Voldoet niet | Voldoet bijna | Geen | Ja | Bepaal gegevens (norm) die in het digitale dossier moeten zitten. |

1 INLEIDING

Om de kwaliteit van de mondzorg zichtbaar te maken, is in 2008 de stuurgroep Zichtbare Zorg Mondzorg opgericht. De stuurgroep heeft tot doel om kwaliteitsinformatie over mondzorg te ontwikkelen, te implementeren en te borgen zodat patiënten of consumenten, zorgaanbieders, toezichthouders en zorgverzekeraars in staat zijn een onderbouwde keuze te maken ten aanzien van zorgverleners (patiënt), inkoop (verzekeraar), gericht toezicht (IGZ), spiegelinformatie (zorgverleners) en/of beleid (overheid).

Informatie over de kwaliteit van mondzorg dient in de toekomst op drie niveaus te worden verzameld, aan de hand van:

1. indicatoren over de professionele kwaliteit van de beroepsbeoefenaar; dit betreft zowel zorginhoudelijke indicatoren als proces- en structuurindicatoren;
2. patiëntervaringen: gemeten via betrouwbare en gevalideerde patiëntervaringsonderzoeken;
3. etalageplus-informatie: informatie over het aanbod van zorg, waarvan cliënten hebben aangegeven dat zij deze nodig hebben om hun keuze op te baseren; etalageplus-informatie hoeft geen indicator van kwaliteit te zijn, maar geeft aan wat cliënten willen weten.

Beroepsbeoefenaren in de mondzorg

Mondzorg wordt door verschillende beroepsbeoefenaren geleverd. De drie belangrijkste groepen zijn tandartsen (inclusief orthodontisten) (circa 8000), mondhygiënisten (bijna 3000) en tandprothetici (rond de 350).

De Stuurgroep Zichtbare Zorg Mondzorg wil in de eerste helft van 2012 de noodzakelijk geachte kwaliteitsinformatie op orde hebben. In 2009 is door de stuurgroep gewerkt aan een gezamenlijke visie op de kwaliteit van mondzorg en de daarop berustende uitgangspunten, domeinen en thema's. Dit visiedocument is mede het uitgangspunt geweest voor het formuleren van een informatieset van kwaliteitsindicatoren waarmee de kwaliteit van de zorg inzichtelijk moet worden gemaakt.

Doel

Het voorliggende onderzoek heeft tot doel om een indicatorenset te ontwikkelen waarmee de kwaliteit van mondzorg, zoals geleverd door de drie onderscheiden typen beroepsbeoefenaren, namelijk tandartsen, mondhygiënisten en tandprothetici vergelijkbaar, valide, betrouwbaar en haalbaar kan worden gemeten. De set met indicatoren is vastgesteld in de Stuurgroep (begin 2011). RegioPlan heeft deze set als uitgangspunt genomen.

Aanpak

Het onderzoek valt uiteen in twee fasen:

1. het operationaliseren van de gekozen kwaliteitsindicatoren (samen met het veld in een expertmeeting en een praktijktest);
2. het uitvoeren van een pilot waarin de validiteit, betrouwbaarheid en haalbaarheid van de ontwikkelde kwaliteitsindicatoren met betrekking tot de kwaliteit van zorg wordt getoetst en een advies wordt geformuleerd over een definitieve set.

Metten van kwaliteit van de mondzorg

Er bestaat geen gouden standaard voor het meten van kwaliteit van mondzorg. Wel bestaat gedragen inzicht over de criteria die een rol spelen bij de geleverde zorg. Dit gaat deels over de directe kwaliteit, de uitkomst van de zorg: zoals meer of minder cariës. Maar in veel gevallen om de structuur en het proces die kwaliteitsbevordering beogen: zoals opname van gegevens in een digitaal dossier. In de kern komt in deze visie kwaliteit van de zorg tot uitdrukking in termen van structuur, proces of uitkomst. Om dit waar te maken dienen die vooraf gekozen indicatoren valide en met zo min mogelijk vertekening (ruis of bias) te worden gemeten.

Proces en vervolg

Het startpunt van het onderzoek vormde een set met kwaliteitsindicatoren zoals deze is ontwikkeld door de leden van de Stuurgroep Zichtbare Mondzorg. Deze lijst gaf de informatiebehoefte weer (zie bijlage 1). Gedurende het proces is echter aan deze set gesleuteld, alsmede aan de wijze waarop informatieverzameling moet plaatsvinden. Na een expertmeeting, consultatie van de Stuurgroep, en een praktijktest is een pilot set samengesteld. De pilot set is door ITS Nijmegen in november-december 2011 in het veld getest. Ter validatie van de uitgezette vragenlijsten zijn (door Regioplan) ook enkele telefonische interviews afgenomen. Na deze pilot is het nu zaak de volgende stap te maken om tot een landelijke uitrol te komen.

Leeswijzer

In de hoofdstukken 2 tot en met 4 worden achtereenvolgens de onderzoeksresultaten van de indicatorensets voor tandartsen, vrijgevestigde mondhygiënist en tandprotheticci gepresenteerd.

2 RESULTATEN TANDARTSEN

2.1 Achtergrondinformatie

2.1.1 Algemene vragenlijst, respons en kenmerken deelnemende praktijken

De algemene vragenlijst is 'benaderd' door 70 praktijken. De analyses hebben echter plaatsgevonden op de gegevens van 54 praktijken, aangezien 16 praktijken nagenoeg geen enkele vraag bleken te hebben beantwoord.

Bij ruim 45 procent van de praktijken gaat het om solopraktijken (1 tandarts werkzaam in de praktijk). Het hoogste aantal tandartsen per praktijk ligt op 10 (dit kwam 1x voor). Gemiddeld zijn er per praktijk 2,2 tandartsen werkzaam. Samen werken zij gemiddeld 80,1 uur per week (36,4 uur per tandarts).

Tabel 1 Tandartsen werkzaam in de praktijk

| Aantal tandartsen werkzaam in de praktijk | % (n) |
|---|-----------|
| 1 | 46,3 (25) |
| 2 | 31,5 (17) |
| 3 | 9,3 (5) |
| 4 of meer | 12,9 (7) |

In 2 praktijken is een orthodontist werkzaam. Er zijn in de pilotpraktijken geen kaakchirurgen werkzaam. In 18 van de 54 praktijken (33,3%) zijn er tandartsen actief als gedifferentieerd tandarts (gemiddeld 1 per praktijk).

Tabel 2 Gedifferentieerde tandartsen, werkzaam in de praktijk

| Gedifferentieerde tandartsen, 1 of meer werkzaam in de praktijk | % (n) |
|---|----------|
| Endodontoloog (maximaal 2) | 7,4 (4) |
| Gnatholoog (maximaal 1) | 5,6 (3) |
| Implantoloog (maximaal 1) | 13,0 (7) |
| Orthodontie-tandarts (maximaal 1) | 11,1 (6) |
| Parodontoloog (maximaal 1) | 3,7 (2) |
| Pedodontoloog (maximaal 1) | 5,6 (3) |
| Tandarts angstbegeleiding (maximaal 1) | 9,3 (5) |
| Gerodontoloog (maximaal 1) | 1,9 (1) |
| Andere differentiatie (maximaal 4)* | 9,3 (5) |

* Biologisch, cosmetische tandheelkunde, endodontie, prothetisch implantologie, prothetist (in totaal 5 personen).

De deelnemende praktijken hebben samen 193.000 patiënten onder behandeling (gemiddeld 3574 patiënten per praktijk).

Tabel 3 Praktijkgrootte

| Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per praktijk | n |
|--|------|
| Solopraktijken | 2441 |
| Praktijken met 2 tandartsen | 3011 |
| Praktijken met 3 tandartsen | 4786 |
| Praktijken met 4 of meer tandartsen | 8124 |

Bij iets meer dan de helft van pilotpraktijken zijn geen mondhygiënisten werkzaam. Bij ongeveer een derde van praktijken is 1 mondhygiënist werkzaam.

Tabel 4 Mondhygiënisten werkzaam in de praktijk.

| Aantal mondhygiënisten werkzaam in de praktijk | % (n) |
|--|-----------|
| 0 | 53,7 (29) |
| 1 | 31,5 (17) |
| 2 | 7,4 (4) |
| 3 of meer | 14,8 (4) |

Tabel 5 Assistenten werkzaam in de praktijk

| Aantal assistenten werkzaam in de praktijk | % (n) |
|--|-----------|
| <i>Tandartsassistent (uitsluitend als zodanig actief)</i> | |
| 0 | 13,0 (7) |
| 1 | 25,9 (14) |
| 2 | 20,4 (11) |
| 3 of meer | 40,9 (22) |
| <i>Preventieassistent (uitsluitend als zodanig actief)</i> | |
| 0 | 77,8 (42) |
| 1 | 14,8 (8) |
| 2 of meer | 7,4 (4) |
| <i>Tandarts- en preventieassistent (gecombineerd actief)</i> | |
| 0 | 63,0 (34) |
| 1 | 16,7 (9) |
| 2 of meer | 20,3 (11) |

Tabel 6 Andere medewerkers, werkzaam in de praktijk

| Medewerkers, (1 of meer werkzaam in de praktijk) | % (n) |
|--|-----------|
| Secretaresse/administratief medewerker | 20,4 (11) |
| Receptionist/telefonist | 35,2 (19) |
| Praktijkmanager | 31,5 (17) |
| Tandtechnicus | 9,3 (5) |
| Schoonmaker | 55,6 (30) |
| Andere medewerker | 7,4 (4) |

Er zijn twee praktijken (beiden solopraktijken) waar geen assistenten werkzaam zijn. In de ene praktijk zijn, behalve de tandarts, nog een mondhygiënist en een schoonmaker werkzaam, en in de andere praktijk een receptionist/telefonist en een schoonmaker.

Tabel 7 Gebruik tandheelkundige software

| Software | % (n) |
|-------------------|-----------|
| Exquise | 40,7 (22) |
| Simplex | 20,4 (11) |
| Complan | 13,0 (7) |
| Novadent | 11,1 (6) |
| Robadent | 3,7 (2) |
| JDSwind! | 3,7 (2) |
| Anders, namelijk* | 7,4 (4) |

* Evolution (2x), Integra, Integra4.

2.1.2 Dossiervragenlijst, respons en kenmerken patiënten

De dossiervragenlijst is ingevuld voor 1576 patiënten, afkomstig van 35 praktijken. Praktijken zijn geïnstrueerd om uit het afsprakenboek (de agenda) de laatste 30 patiënten in de leeftijd van 2 tot 18 jaar te selecteren, evenals de laatste 30 patiënten in de leeftijd vanaf 18 jaar. Het was dus de bedoeling dat er per praktijk in totaal 60 dossiers werden geselecteerd.

Voor 23 van de 35 praktijken geldt dat er inderdaad 60 dossiervragenlijsten (30 jeugdossiers/30 volwassenendossiers) zijn ingevuld.

Voor 5 praktijken geldt dat zij in totaal slechts enkele (1 t/m 5) dossiervragenlijsten hebben ingevuld. Voor de overige 7 praktijken geldt dat zij in totaal 10 tot en met 51 dossiervragenlijsten hebben ingevuld. Alle ingevulde dossiervragenlijsten zijn meegenomen in de analyses.

Tabel 8 Respons dossiervragenlijst

| Totaal aantal ingevulde dossiervragenlijsten per praktijk | Aantal ingevulde dossiervragenlijsten jeugdige patiënten per praktijk | Aantal ingevulde dossiervragenlijsten volwassen patiënten per praktijk | Aantal praktijken |
|---|---|--|-------------------|
| 60 | 30 | 30 | 23 (65,7%)* |
| 10 t/m 51 | 0 t/m 20 | 0 t/m 31 | 7 (20%) |
| 1 t/m 5 | 0 t/m 4 | 0 t/m 3 | 5 (14,3) |

* Voor 1 praktijk geldt dat er 26 jeugdossiers en 34 volwassenendossiers zijn ingevuld. Voor 2 praktijken geldt dat er 30 jeugdossiers en 31 volwassenendossiers zijn ingevuld, waardoor het totaal aantal ingevulde dossiervragenlijsten op 61 uitkwam.

Wanneer we kijken naar de overlap in praktijken bij de respons voor beide vragenlijsten, blijkt dat er 1 praktijk is die wel een dossiervragenlijst heeft ingevuld (slechts 1), maar niet de algemene vragenlijst.

Tabel 9 Achtergrondkenmerken patiënten dossiervragenlijst (N=1576)

| Kenmerk | % (n) |
|---|------------|
| <i>Geslacht</i> | |
| Man | 49,4 (778) |
| Vrouw | 50,6 (798) |
| <i>Leeftijd</i> | |
| 0 t/m 11 jaar | 25,7 (405) |
| 12 t/m 17 jaar | 23,5 (370) |
| 18 t/m 29 jaar | 7,2 (114) |
| 30 t/m 44 jaar | 13,1 (206) |
| 45 t/m 64 jaar | 21,3 (336) |
| 65 t/m 79 jaar | 7,6 (120) |
| 80 jaar en ouder | 1,6 (25) |
| <i>Sociaal economische status (n=1562*)</i> | |
| Laag | 7,8 (122) |
| Laag-midden | 33,4 (522) |
| Hoog-midden | 38,1 (595) |
| Hoog | 20,7 (323) |

* Voor het bepalen van de sociaal economische status van patiënten is gebruikgemaakt van de statuscores van postcodegebieden zoals deze zijn bepaald door het SCP. Een statusscore is een maat voor de sociale status van een postcodegebied, of het negatief daarvan: de sociale achterstand. Deze maat is samengesteld uit drie elementen: inkomen, werkgelegenheid en opleidingsniveau.

2.1.3 Patiëntenvragenlijst

Iedere praktijk die deelnam aan de pilot is gevraagd aan 100 patiënten een inlogcode voor een digitale vragenlijst mee te geven. Met behulp van deze vragenlijst werd indicator 11: Patient Related Outcome Measures (PROMs) gemeten. De resultaten staan beschreven bij indicator 11.

2.1.4 Resultaten per indicator

In paragraaf 2.2 tot en 2.19 worden de resultaten van de indicatorset voor tandartsen gerapporteerd. Per indicator worden 5 tabellen (a t/m e) weergegeven:

- Tabel a omvat de indicatoren zoals beschreven in de oorspronkelijke indicatorlijst, waarover de stuurgroep in april 2011 overeenstemming heeft bereikt.
- In tabel b wordt de operationalisatie van de indicator weergegeven.
- Tabel c geeft de beoordeling van de indicator op een aantal methodologische criteria weer. Deze beoordeling heeft plaatsgevonden aan de hand van de conceptindicatorstandaard (versie 1.50, d.d. 12 januari 2012). Voor de beoordeling op het criterium 'statistisch betrouwbaar onderscheiden' is gebruikgemaakt van tabel 3 op pagina 31 van de indicatorstandaard. Deze tabel is ook opgenomen in bijlage 2.
- In tabel d rapporteren we de bevindingen uit de pilot.
- Tabel e, ten slotte, omvat ons advies omtrent de indicator.

2.2 Indicator 1: periodieke controle

Tabel 1a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Percentage van de patiënten onder de 18 jaar dat ten minste eenmaal per jaar wordt gezien. |
| Type indicator | Uitkomstindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie noodzakelijk aangezien er een verband bestaat tussen (frequentie en moment van eerste) tandartsbezoek en achtergrondkenmerken van patiënten (o.a. ses). |

Tabel 1b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Relatie tot kwaliteit | Uitkomstindicator die iets zegt over de doelmatigheid en doeltreffendheid van de mondzorg. Bij patiënten onder de 18 jaar is het gebruikelijk/wenselijk dat hiervoor één of twee keer per jaar een periodieke controle wordt verricht. Wanneer het percentage van een praktijk onder het gemiddelde percentage uitkomt (benchmark) dan kan dit een indicatie zijn dat de kwaliteit van zorg mogelijk onvoldoende is. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | <ul style="list-style-type: none"> • 'Gezien' is geoperationaliseerd als 'gezien voor periodieke controle (C11 of C12)'. • 'Onder de 18 jaar' is geoperationaliseerd als: '2 tot 18 jr'. • De stuurgroep heeft besloten dat er, ter aanvulling, ook een indicator voor volwassenen (18 jaar en ouder) berekend moest worden. |
| Indicator 1J | Percentage patiënten in de leeftijd van 2 tot 18 jaar waarbij binnen de meetperiode een periodieke controle (C11, C12) is uitgevoerd. |
| Indicator 1V | Percentage patiënten van 18 jaar of ouder waarbij binnen de meetperiode een periodieke controle (C11, C12) is uitgevoerd. |
| Type indicator | Uitkomstindicator. |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossiervragenlijst). |
| Vraag zoals gesteld | Is bij deze patiënt in de meetperiode* een periodieke controle (C11 of C12) uitgevoerd? (ja/nee) |
| Inclusiecriteria | Indicator jeugd: patiënten in de leeftijd van 2 tot 18 jaar. Indicator volwassenen: patiënten van 18 jaar en ouder. |
| Teller | Totaal aantal jeugdige patiënten waarbij in de meetperiode een periodieke controle is uitgevoerd.** Totaal aantal volwassen patiënten waarbij in de meetperiode een periodieke controle is uitgevoerd.** |
| Noemer | Totaal aantal jeugdige patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld.** Totaal aantal volwassen patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld.** |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Ses, geslacht. |

* De meetperiode loopt van 1 oktober 2010 tot 1 oktober 2011.

** Maximaal 30 per praktijk.

Tabel 1c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|---|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet bijna Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de mate waarin patiënten worden gezien voor periodieke controle en kwaliteit van de mondzorg door tandartsen. Tegelijkertijd is er echter geen reden om aan het bestaan van deze relatie te twifelen. |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies. |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet De indicatorwaarden voor jeugdige en volwassen patiënten hangen niet samen met ses of geslacht. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Voldoet niet Voor zowel de jeugdindicator als de volwassenenindicator geldt een maximaal aantal observaties van 30 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde voor jeugd (98,1%) geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen 640 en 2300 waarnemingen per praktijk nodig zijn. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde voor volwassenen (94,8%) geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen 160 en 580 waarnemingen per praktijk nodig zijn. |

Tabel 1d1 Bevindingen indicator 1J

| | |
|----------------------------|----------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 98,1% (n=33)* |
| Minimum indicatorwaarde | 75% (n=1)** |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n=26)*** |
| Standaarddeviatie | 5,2 |
| Score -1 sd | 92,9% |
| Score +1 sd | 103,3% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 33 praktijken.

** De minimum indicatorwaarde komt 1 keer voor.

*** De maximum indicatorwaarde komt 26 keer voor.

Tabel 1d2 Bevindingen indicator 1V

| | |
|----------------------------|----------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 94,8% (n=32)* |
| Minimum indicatorwaarde | 52,4% (n=1)** |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n=13)*** |
| Standaarddeviatie | 8,9 |
| Score -1 sd | 85,9% |
| Score +1 sd | 103,7% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 32 praktijken.

** De minimum indicatorwaarde komt 1 keer voor.

*** De maximum indicatorwaarde komt 13 keer voor

Aanvullende bevinding

De stuurgroep heeft aangegeven dat het belangrijk is om ook de inspanning van de zorgverlener te meten teneinde deze uitkomstindicator in de juiste context te plaatsen. De inspanning door de zorgverlener is gemeten bij indicator 2. Er blijkt alleen bij volwassenen een significante correlatie te bestaan tussen deze twee indicatoren: hoe hoger het percentage patiënten aan wie een oproep/herinnering is verstuurd, hoe hoger het percentage patiënten dat tijdens de meetperiode een periodieke controle heeft ondergaan.

Tabel 1e Advies

| | |
|--------------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Wanneer weer besloten wordt tot uitvraag via de dossiers, zal het selecteren daarvan anders (random) moeten verlopen. In de pilot zijn dossiers gelicht van de laatste 30 patiënten die de praktijk hebben bezocht. Dit zou een hoge indicatorscore in de hand kunnen werken. • Bij random selectie van dossiers zal ook het veronderstelde verband van de indicatoren met ses beter onderzocht kunnen worden. • Gebruik nieuwe code 2012 (A111 periodieke controle). |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> • Ontwikkel een definitie voor de groep patiënten die het beste als noemer kan fungeren bij deze indicator. Experts waren het erover eens dat de doelpopulatie niet uit alle ingeschreven patiënten, maar uit alle 'actieve' patiënten zou moeten bestaan. • Alle tandartsen moeten deze actieve patiënten in hun systeem kunnen selecteren, opdat deze informatie automatisch uit de systemen kan worden gehaald.* • Deze indicator scoort, door het plafondeffect, slecht op statistisch betrouwbaar onderscheiden. Dit betekent dat er veel waarnemingen per praktijk nodig zijn om afwijkingen op te sporen. De stuurgroep moet beslissen of zij dit acceptabel vindt. |

* NB: Uit de praktijktest kwam naar voren dat jeugdige en volwassen patiënten zoals die in deze pilot zijn gedefinieerd, niet uit alle systemen kunnen worden gehaald. Ook dit aspect van patiëntselectie verdient dus aandacht.

2.3 Indicator 2: actief beleid

Tabel 2a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Al dan niet voeren van een actief beleid om (jeugdige) patiënten te stimuleren tot geregeld periodiek mondonderzoek. |
| Type indicator | Procesindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd. |

Tabel 2b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Het voeren van actief beleid om patiënten te stimuleren tot geregeld periodiek mondonderzoek zegt iets over de mate waarin preventie aandacht krijgt in de praktijk. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit. |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | <ul style="list-style-type: none"> • 'Periodiek mondonderzoek' is geoperationaliseerd als 'periodieke controle'. • De stuurgroep heeft besloten dat er aparte indicatoren berekend moesten worden voor jeugdige en volwassen patiënten. |
| Indicator 2J | Percentage patiënten in de leeftijd van 2 tot 18 jaar waaraan binnen de meetperiode een oproep en/of herinnering voor periodieke controle is verstuurd. |
| Indicator 2V | Percentage patiënten van 18 jaar of ouder waaraan binnen de meetperiode een oproep en/of herinnering voor periodieke controle is verstuurd. |
| Type indicator | Procesindicator. |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossiervragenlijst). |
| Vraag zoals gesteld | Is aan deze patiënt gedurende de meetperiode* een oproep en/of herinnering voor periodieke controle verstuurd? (ja/nee) |
| Inclusiecriteria | Indicator jeugd: patiënten in de leeftijd van 2 tot 18 jaar. Indicator volwassenen: patiënten van 18 jaar en ouder. |
| Teller | Aantal jeugdige patiënten waaraan in de meetperiode een oproep en/of herinnering voor periodieke controle is verstuurd.** Aantal volwassen patiënten waaraan in de meetperiode een oproep en/of herinnering voor periodieke controle is verstuurd.** |
| Noemer | Totaal aantal jeugdige patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld.** Totaal aantal volwassen patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld.** |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Geen. |

* De meetperiode loopt van 1 oktober 2010 tot 1 oktober 2011.

** Maximaal 30 per praktijk.

Tabel 2c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|-------------------|---|
| Inhoudsvaliditeit | <p>Voldoet bijna</p> <p>Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de mate waarin de tandarts actief beleid voert en de mate waarin patiënten de praktijk bezoeken voor periodieke controle. Tegelijkertijd is er echter geen reden om aan het bestaan van deze relatie te twijfelen. Bovendien is de veronderstelde relatie in de pilotdata gevonden (zie de aanvullende bevindingen bij indicator 1).</p> |
|-------------------|---|

Vervolg tabel 2c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|--|
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies. |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Voldoet bijna Voor zowel de jeugdindicator als de volwassenenindicator geldt een maximaal aantal observaties van 30 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde voor jeugd (62,5%) en volwassenen (66,4%) geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. Voor de jeugdindicator geldt dat 23 van de 33 praktijken (70%) 30 patiënten hebben geïncludeerd en daarmee de score 'voldoet bijna' behalen. Voor de volwassenenindicator geldt dat 24 van de 32 praktijken (75%) 30 patiënten hebben geïncludeerd en daarmee de score 'voldoet bijna' behalen. |

Tabel 2d1 Bevindingen indicator 2J

| | |
|----------------------------|----------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 62,5% (n=33)* |
| Minimum indicatorwaarde | 0% (n=8)** |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n=10)*** |
| Standaarddeviatie | 43,0 |
| Score -1 sd | 19,5% |
| Score +1 sd | 105,5% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 33 praktijken.

** De minimum indicatorwaarde komt 8 keer voor.

*** De maximum indicatorwaarde komt 10 keer voor.

Tabel 2d2 Bevindingen indicator 2V

| | |
|----------------------------|---------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 66,4% (n=32)* |
| Minimum indicatorwaarde | 0% (n=6)** |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n=7)*** |
| Standaarddeviatie | 40,0 |
| Score -1 sd | 26,4% |
| Score +1 sd | 106,4% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 32 praktijken.

** De minimum indicatorwaarde komt 6 keer voor.

*** De maximum indicatorwaarde komt 7 keer voor.

Tabel 2e Advies

| | |
|--------------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Verschillende respondenten (praktijken) gaven tijdens de telefonische interviews aan dat zij na een behandeling vaak direct een nieuwe afspraak maken. Overweeg daarom een extra antwoordmogelijkheid: direct een nieuwe afspraak gemaakt. Voor de pilot is door de stuurgroep gekozen voor een smalle definitie van actief beleid (alleen gericht op eigen patiënten). De stuurgroep zal een beslissing moeten nemen of aanpassing van deze definitie gewenst en/of mogelijk is. |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> Ontwikkel een definitie voor de groep patiënten die het beste als noemer kan fungeren bij deze indicator. Dit zullen waarschijnlijk 'actieve patiënten' zijn. Alle tandartsen moeten deze actieve patiënten in hun systeem kunnen selecteren, opdat de gewenste informatie automatisch uit de systemen kan worden gehaald. |

2.4 Indicator 3: fluoridebehandeling

Tabel 3a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Percentage patiënten onder de 18 jaar (dat in de meetperiode een consult heeft gehad) waarbij een fluoridebehandeling is toegepast. |
| Type indicator | Uitkomstindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie noodzakelijk. |

Tabel 3b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Relatie tot kwaliteit | Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de mate waarin jeugdige patiënten worden gefluorideerd en de kwaliteit van de zorg door tandartsen. Tussen de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit. |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Geen. |
| Indicator 3J | Percentage patiënten van 2 tot 18 jaar waarbij in de meetperiode een fluoridebehandeling is toegepast. |
| Type indicator | Uitkomstindicator. |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossiervragenlijst). |
| Vraag zoals gesteld | Is bij deze patiënt in de meetperiode* een fluoridebehandeling (M10, M20, of M21) toegepast? (ja/nee) |
| Inclusiecriteria | Jeugd: patiënten in de leeftijd van 2 tot 18 jaar. |

Vervolg tabel 3b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|--|
| Teller | Totaal aantal jeugdige patiënten waarbij in de meetperiode een fluoridebehandeling is toegepast.** |
| Noemer | Totaal aantal jeugdige patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld.** |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Geslacht, ses. |

* De meetperiode loopt van 1 oktober 2010 tot 1 oktober 2011.

** Maximaal 30 per praktijk.

Tabel 3c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|--|---|
| Inhoudsvaliditeit | <p>Voldoet bijna</p> <p>Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de mate waarin jeugdige patiënten worden gefluorideerd en de kwaliteit van de zorg door tandartsen. Tussen de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie.</p> <p>De stuurgroep heeft aangegeven dat het belangrijk is om ook het aantal nieuwe cariës (indicator 6) bij deze indicator te betrekken, teneinde deze in de juiste context te plaatsen. Echter, door de manier waarop het aantal nieuwe cariës op dit moment is geoperationaliseerd, is dit niet mogelijk.</p> |
| Registratievergelijkbaarheid | <p>Voldoet</p> <p>De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> |
| Populatievergelijkbaarheid (geslacht, ses) | <p>Voldoet bijna</p> <p>De indicatorwaarde hangt, over alle patiënten (N=1576) gezien, samen met ses. Jeugdige patiënten met een 'laag midden' ses zijn vaker gefluorideerd (59%) dan patiënten met een 'lage', 'hoog midden' of 'hoge' ses (44 tot 46%). Hiervoor is in de pilot niet gecorrigeerd.</p> <p>De indicatorwaarde hangt niet samen met geslacht.</p> |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | <p>Voldoet bijna</p> <p>Voor deze jeugdindicator geldt een maximaal aantal observaties van 30 per praktijk.</p> <p>Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde voor jeugd (48%), geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn.</p> <p>23 van de 33 praktijken (70%) hebben 30 patiënten geïnccludeerd en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald.</p> |

Tabel 3d Bevindingen indicator 3J, ongecorrigeerd

| | |
|----------------------------|---------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 48,0% (n=33)* |
| Minimum indicatorwaarde | 0% (n=5)** |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n=2)*** |
| Standaarddeviatie | 34,7 |
| Score -1 sd | 13,3% |
| Score +1 sd | 82,7% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 33 praktijken.

** De minimum indicatorwaarde komt 5 keer voor.

*** De maximum indicatorwaarde komt 2 keer voor.

Tabel 3e Advies

| | |
|--------------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Gebruik nieuwe codes 2012 (C611 beslijpen en/of fluorideren melkelement, en C811 fluoridebehandeling boven- en ondergebit). • Corrigeer, indien nodig, voor ses. Dit kan d.m.v. stratificatie. Dit heeft echter als nadeel dat er per praktijk per ses-groep (te) weinig patiënten overblijven. Bij wegen (casemixen) geldt dit nadeel niet. |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> • Alle tandartsen moeten jeugdige en volwassen patiënten in hun systeem kunnen selecteren, opdat de gewenste informatie automatisch uit de systemen kan worden gehaald. • Indien men inzicht wil verkrijgen in onder- of overbehandeling, is ontwikkelen van een norm hiervoor noodzakelijk. |

2.5 Indicator 4: sealen

Tabel 4a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Percentage patiënten onder de 18 jaar (dat in de meetperiode een consult heeft gehad) waarbij is geseald. |
| Type indicator | Uitkomstindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie noodzakelijk. |

Tabel 4b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|--|
| Relatie tot kwaliteit | Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de mate waarin jeugdige patiënten worden geseald en de kwaliteit van de zorg door tandartsen. Tussen de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit. |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | Geen. |
| Indicator 4J | Percentage patiënten van 2 tot 18 jaar waarbij in de meetperiode is geseald. |
| Type indicator | Uitkomstindicator. |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossiervragenlijst). |
| Vraag zoals gesteld | Is bij deze patiënt in de meetperiode* geseald (V30 of V35)? (ja/nee) |
| Inclusiecriteria | Jeugd: patiënten in de leeftijd van 2 tot 18 jaar. |
| Teller | Totaal aantal jeugdige patiënten waarbij in de meetperiode is geseald.** |
| Noemer | Totaal aantal jeugdige patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld.** |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Geslacht, ses. |

* De meetperiode loopt van 1 oktober 2010 tot 1 oktober 2011.

** Maximaal 30 per praktijk.

Tabel 4c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|------------------------------|---|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet bijna Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de mate waarin bij jeugdige patiënten wordt geseald en de kwaliteit van de zorg door tandartsen. Tussen de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie. De stuurgroep heeft aangegeven dat het belangrijk is om ook het aantal nieuwe cariës (indicator 6) bij deze indicator te betrekken, teneinde deze in de juiste context te plaatsen. Echter, door de manier waarop het aantal nieuwe cariës op dit moment is geoperationaliseerd, is dit niet mogelijk. |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies. |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet De indicatorwaarde hangt niet samen met ses of geslacht. |

Vervolg tabel 4c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|---|
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Voldoet bijna Voor deze jeugdindicator geldt een maximaal aantal observaties van 30 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde voor jeugd (23,6%), geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. 23 van de 33 praktijken (70%) hebben 30 patiënten geïncludeerd en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald. |
|---------------------------------------|---|

Tabel 4d Bevindingen indicator 4J

| | |
|----------------------------|---------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 23,6% (n=33)* |
| Minimum indicatorwaarde | 0% (n=7)** |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n=1)*** |
| Standaarddeviatie | 22,2 |
| Score -1 sd | 1,4% |
| Score +1 sd | 45,8% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 33 praktijken.

** De minimum indicatorwaarde komt 7 keer voor.

*** De maximum indicatorwaarde komt 1 keer voor.

Aanvullende bevinding

De indicatorwaarde van 'sealen' hangt samen met de indicatorwaarde van 'fluorideren'. Hoe hoger het percentage patiënten waarbij is gefluorideerd, hoe hoger het percentage waarbij is geseald.

Tabel 4e Advies

| | |
|--------------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | Gebruik nieuwe code 2012 (C511 sealen per element). |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> • Alle tandartsen moeten jeugdige en volwassen patiënten in hun systeem kunnen selecteren, opdat de gewenste informatie automatisch uit de systemen kan worden gehaald. • Indien men inzicht wil verkrijgen in onder- of overbehandeling, is ontwikkelen van een norm hiervoor noodzakelijk. |

2.6 Indicator 5: röntgenfoto's

Tabel 5a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Gemiddeld aantal röntgenfoto's per patiënt per jaar (uitsplitsen naar soort foto's). |
| Type indicator | Procesindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd. |

Tabel 5b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|--|
| Relatie tot kwaliteit | Voor het aanvullend onderzoek bij periodieke controle wordt gebruikgemaakt van röntgenopnamen (met name bitewings). Hoewel de individuele gezondheidsrisico's van tandheelkundige radiologie beperkt zijn, is het uiteraard zaak de patiënt zo min mogelijk aan straling bloot te stellen. In de richtlijn periodiek mondonderzoek van de NMT wordt zowel bij jeugd tot 18 jaar als bij volwassenen met een hoog risico op cariësprogressie een frequentie van 1x per 24 maanden realistisch geacht. Voor patiënten met een laag risico op cariësprogressie wordt 1x per 36 of 48 maanden ook verdedigbaar geacht. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit. |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <ul style="list-style-type: none"> • Er is voor gekozen alleen te vragen naar intra-orale foto's (X10) omdat dit type het meest gebruikt wordt voor cariësdagnostiek. Er is een doorvraag opgenomen over bitewings. • Bij deze procesindicator moet worden onderzocht of de indicatorwaarde samenhangt met de inschrijvingsduur van de patiënt. Dit om rekening te houden met de mogelijkheid dat er bij nieuwe (recent ingeschreven) patiënten meer foto's worden gemaakt t.b.v. diagnostiek. |
| Indicator 5R | Gemiddeld aantal röntgenfoto's (X10) per patiënt per jr. |
| Indicator 5B | Gemiddeld aantal bitewings per patiënt per jaar. |
| Type indicator | Procesindicator. |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossiervragenlijst). |
| Vraag zoals gesteld | <ul style="list-style-type: none"> • Hoeveel keer is bij deze patiënt in de meetperiode* een röntgenfoto (X10) gemaakt? • Hoe vaak ging het om een bitewing? |
| Inclusiecriteria | Alle patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld. |
| Teller | Totaal aantal röntgenfoto's dat in de meetperiode is gemaakt. |
| Noemer | Totaal aantal patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld.** |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Inschrijvingsduur, leeftijdscategorie, geslacht, ses. |

* De meetperiode loopt van 1 oktober 2010 tot 1 oktober 2011.

** Maximaal 60 per praktijk.

Tabel 5c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|---|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet Er is wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de mate waarin gebruikt wordt gemaakt van röntgenfoto's/bitewings en de kwaliteit van de zorg door tandartsen (zie de richtlijn periodiek mondonderzoek van de NMT). |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies. |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet De indicatorwaarde hangt samen met inschrijfduur, maar in onverwachte richting: hoe langer de patiënten staan ingeschreven bij de praktijk, hoe meer röntgenfoto's/bitewings er tijdens de meetperiode zijn gemaakt. Deze samenhang wordt verklaard door de leeftijd van de patiënten: hoe ouder de patiënt, hoe meer foto's er worden gemaakt. Om dit te corrigeren heeft stratificatie naar leeftijdscategorie plaatsgevonden. De indicatorwaarde hangt niet samen met ses of geslacht. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Kan niet beoordeeld worden De indicatorwaarde betreft geen percentage maar een gemiddeld aantal. |

Tabel 5d1 Bevindingen indicator 5R

| | Jeugd | Volwassenen |
|----------------------------|--------------|--------------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 0,58 (n=33)* | 1,42 (n=32)** |
| Minimum score | 0,0 (n=4) | 0,33 (n=1) |
| Maximum score | 1,5 (n=1) | 2,67 (n=1) |
| Standaarddeviatie | 0,41 | 0,55 |
| Score -1 sd | 0,17 | 0,87 |
| Score +1 sd | 0,99 | 1,97 |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 33 praktijken.

** De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 32 praktijken.

Tabel 5d2 Bevindingen indicator 5R

| | Jeugd | Volwassenen |
|----------------------------|--------------|--------------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 0,41 (n=33)* | 0,69 (n=32)** |
| Minimum score | 0,0 (n=6) | 0,0 (n=3) |
| Maximum score | 1,33 (n=1) | 2,0 (n=1) |
| Standaarddeviatie | 0,36 | 0,47 |
| Score -1 sd | 0,05 | 0,22 |
| Score +1 sd | 0,77 | 1,16 |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 33 praktijken.

** De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 32 praktijken.

Tabel 5e Advies

| | |
|--------------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Heroverweeg de uitvraag van deze indicator: welke vraag wordt er mee beantwoord? Het feit dat de meetperiode 1 jaar beslaat, bemoeilijkt een effectieve uitvraag van deze indicator. • Als de stuurgroep besluit deze indicator te handhaven, buig deze dan om naar een percentage zodat de statistische betrouwbaarheid bepaald kan worden. • Indien men besluit tot uitvraag: gebruik nieuwe code 2012 (A311 Maken en beoordelen kleine röntgenfoto). • Indien met besluit tot uitvraag: overweeg of 5B weer moet worden uitgevraagd. Als het zo is dat voor cariësdagnostiek eigenlijk alleen bitewings worden gebruikt, overweeg dan het uitvragen van alleen indicator 5B. |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> • Inbouwen in software zodat de gewenste informatie automatisch uit de systemen kan worden gehaald. • De stuurgroep heeft aangegeven dat deze indicator kan worden gebruikt om onder- of overbehandeling in kaart te brengen, en dat het belangrijk is dat de beroepsgroep zich hierover op termijn uitspreekt. |

2.7 Indicator 6: nieuwe cariës

Tabel 6a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Aantal nieuwe cariës bij patiënten in de praktijk (die de afgelopen x jaar de praktijk hebben bezocht). |
| Type indicator | Uitkomstindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie noodzakelijk |

Tabel 6b Operationalisatie in pilot

| | |
|-----------------------|--|
| Relatie tot kwaliteit | Deze indicator zegt iets over de doeltreffendheid van de mondzorg. De ontwikkeling van cariës kan duiden op onvoldoende kwaliteit van de mondzorg. Een groot deel van deze zorg ligt bij de patiënt zelf. Een deel daarvan ligt ook bij de tandarts. Hierbij gaat het om voorlichting en preventieve behandelingen zoals fluoridebehandeling en sealen. Deze indicator krijgt meer waarde als deze verschillende jaren achtereenvolgend wordt gemeten. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit. |

Vervolg tabel 6b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|---|
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <ul style="list-style-type: none"> • Indicator moet zowel primaire als secundaire cariës (nieuwe cariës) omvatten. • Doelpopulatie moet bestaan uit actieve patiënten. • Primaire cariës kan door de jaren heen in verband worden gebracht met preventieve activiteiten van de tandarts of mondhygiënist. • Secundaire cariës zegt iets over de kwaliteit van het werk van de tandarts (restauraties) • Uit de praktijktest bleek dat tandartsen en mondhygiënist primaire en secundaire cariës niet als zodanig registreren. Er wordt waarschijnlijk alleen geregistreerd dat er is gerestaureerd (declaratiesysteem). Ook wordt de reden van een restauratie niet geregistreerd. Daarom is ervoor gekozen om in de pilot na te gaan bij welk percentage tandartspraktijken de redenen voor restauraties worden vastgelegd. |
| Indicator 6 | Percentage praktijken dat de redenen voor restauraties vastlegt. |
| Type indicator | Procesindicator. |
| Niveau van uitvragen | Praktijkniveau (algemene vragenlijst). |
| Vraag zoals gesteld | <ul style="list-style-type: none"> • Legt u de redenen voor restauraties vast? (ja/nee) • Zo ja: Welke redenen voor restauraties legt u vast? (primaire cariës/secundaire cariës/esthetiek/slijtage/vervanging/breuk/trauma/wortelkanaalbehandeling) |
| Inclusiecriteria | Alle deelnemende tandartspraktijken. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Geen. |

Tabel 6c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet bijna Registratie van de redenen voor restauraties mag worden verondersteld samen te hangen met een goede kwaliteit van de zorg. |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies. |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Kan niet worden beoordeeld Het betreft hier een indicator op praktijkniveau. |

Tabel 6d1 Bevindingen indicator 6

| | |
|-----------------|-------|
| Teller | N=17 |
| Noemer | N=54 |
| Indicatorwaarde | 31,5% |

Tabel 6d2 Redenen voor restauraties die worden vastgelegd (meerdere antwoorden mogelijk)

| | % (aantal praktijken) |
|-------------------------|-----------------------|
| Primaire cariës | 25,9 (14) |
| Secundaire cariës | 29,6 (16) |
| Esthetiek | 24,1 (13) |
| Slijtage/vervangng | 24,1 (13) |
| Breuk | 27,8 (15) |
| Trauma | 29,6 (16) |
| Wortelkanaalbehandeling | 22,2 (12) |
| Anders, namelijk* | 7,4 (4) |

* Twee praktijken geven hier aan dat zij dit van plan zijn of een tijd gedaan hebben. Beide praktijken merken op dat mooi zou zijn als de praktijksoftware in dit soort zaken zou kunnen voorzien. Één praktijk geeft aan restauraties te overleggen met de patiënt. Één praktijk geeft verwijdering toxisch kwik als reden.

Tabel 6e Advies

| | |
|--------------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | Niet uitvragen als uitkomstindicator, noch als procesindicator. |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> • Uit de pilotresultaten blijkt dat op dit moment in bijna 70 procent van de praktijken de redenen voor restauraties niet worden vastgelegd. • Bepaal binnen de stuurgroep of deze indicator gehandhaafd moet worden. Zo ja, bepaal vervolgens wat tandartsen vast moeten leggen en op welke wijze. Betrek hierbij ook indicator 10 (levensduur van eigen restauraties). • Overleg vervolgens met softwareleveranciers over de mogelijkheid om dit in de systemen in te bouwen, teneinde de gewenste informatie automatisch uit de systemen te kunnen halen. |

2.8 Indicator 7: DMFT/dmft-score

Tabel 7a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Gemiddelde DMFT/dmft-score van patiënten in de praktijk. |
| Type indicator | Uitkomstindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd. |

Tabel 7b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|--|
| Relatie tot kwaliteit | De DMFT/dmft-score kan in samenhang met andere indicatoren iets zeggen over de doeltreffendheid van de mondzorg. Het moment waarop de DMFT/dmft-score wordt vastgesteld kan worden gezien als een nulmeting. Verandering in de gemiddelde score in de tijd kan een indicatie zijn voor de kwaliteit. Naast totale score is ook een uitsplitsing in DMFT/dmft-getallen zinvol, omdat ook een verschuiving tussen deze categorieën een indicatie kan zijn voor de kwaliteit van de mondzorg. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit. |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | Tijdens de praktijktest bleek dat een groot deel van de tandartsen zeer waarschijnlijk geen DMFT/dmft-scores registreert. Daarom is ervoor gekozen om in de pilot na te gaan welk percentage tandartsen en mondhygiënisten wel DMFT/dmft-scores bepaalt en vastlegt. |
| Indicator 7 | Percentage patiënten waarvoor in de meetperiode de DMFT/dmft-score is bepaald en vastgelegd. |
| Type indicator | Procesindicator. |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossiervragenlijst). |
| Vraag zoals gesteld | Is bij deze patiënt in de meetperiode* de DMFT/dmft bepaald en vastgelegd? (ja/nee) |
| Inclusiecriteria | Alle patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld |
| Teller | Totaal aantal patiënten waarvoor in de meetperiode de DMFT/dmft-score is vastgelegd.** |
| Noemer | Totaal aantal patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld.** |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Geen. |

* De meetperiode loopt van 1 oktober 2010 tot 1 oktober 2011.

** Maximaal 60 per praktijk.

Tabel 7c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|------------------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet niet Binnen de stuurgroep bestaat consensus: registratie van de DMFT/dmft-score mag worden verondersteld samen te hangen met een goede kwaliteit van de zorg. Buiten de stuurgroep is dit een discussiepunt. |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies. |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore. |

Vervolg tabel 7c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|--|
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Voldoet niet Voor deze indicator geldt een maximaal aantal observaties van 60 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (4,6%), geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 160 en 580 waarnemingen per praktijk nodig zijn. |
|---------------------------------------|--|

Tabel 7d Bevindingen indicator 7

| | |
|----------------------------|----------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 4,6% (n=35)* |
| Minimum indicatorwaarde | 0,0% (n=23)** |
| Maximum indicatorwaarde | 66,7% (n=1)*** |
| Standaarddeviatie | 12,2 |
| Score -1 sd | -8,6% |
| Score +1 sd | 16,8% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 35 praktijken.

** De minimum indicatorwaarde komt 23 keer voor.

*** De maximum indicatorwaarde komt 1 keer voor.

Tabel 7e Advies

| | |
|--------------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | Niet uitvragen als uitkomstindicator, noch als procesindicator. |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> • Heroverweeg het initiële idee van de DMFT/dmft-score als uitkomstindicator. De tandartsen in de praktijktest werken niet met de DMFT/dmft omdat ze, naar eigen zeggen, niets doen met de score. Het is een epidemiologische maat en volgens hen niet van waarde voor individuele tandartsen of hun patiënten. Ook in de nabelronde is dit onderwerp meerdere malen aan de orde gekomen. Dit beeld wordt bevestigd door de resultaten van de pilot, waaruit blijkt dat in slechts 12 van 54 (22%) deelnemende praktijken DMFT/dmft-scores worden bepaald en vastgelegd. • Neem ook de tijdsinvestering die het kost om voor alle patiënten de DMFT/dmft te bepalen in de overweging. • Indien wordt besloten deze indicator te handhaven: overleg met softwareleveranciers over de mogelijkheid om dit in de systemen in te bouwen, teneinde de gewenste informatie automatisch uit de systemen te kunnen halen. |

2.9 Indicator 8: DPSI-score

Tabel 8a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Gemiddelde DPSI-score van patiënten in de praktijk. |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie nodig, aangezien parodontologie praktijken meer paro-patiënten (met hogere DPSI-scores) hebben. |

Tabel 8b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Het gaat hier om het percentage patiënten in de praktijk dat in de verschillende DPSI-categorieën valt. Momenteel wordt de DPSI-score nog niet standaard bepaald in de algemene praktijk. Omdat de DPSI-score, in samenhang met andere indicatoren, iets kan zeggen over de kwaliteit van de mondzorg is het (op termijn) wenselijk dat de DPSI-score voor alle patiënten (ook voor kinderen) wordt vastgesteld. Het moment waarop de DPSI-score wordt vastgesteld, kan worden gezien als een nulmeting. Het uitvragen van de percentages patiënten in de verschillende DPSI-categorieën krijgt meer waarde naarmate deze indicator langer wordt uitgevraagd. Een verschuiving tussen de DPSI-categorieën kan dan een indicatie zijn voor de kwaliteit van de mondzorg. |
| Kwaliteitsdomein | Doeltreffendheid/doelmatigheid. |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <ul style="list-style-type: none"> • Alleen uitvragen bij volwassen patiënten. • Vraag na of de DPSI-score is bepaald en vastgelegd en naar eventuele vervolgacties. • Onderzoek of de indicatorwaarde voor DPSI-score 1 of hoger samenhangt met de inschrijvingsduur van de patiënt. Dit om rekening te houden met de mogelijkheid dat bij nieuwe (recent ingeschreven) patiënten de DPSI-score vaker wordt bepaald. |
| Indicator 8a | Percentage patiënten van 18 jaar en ouder waarvoor in de meetperiode de DPSI-score is bepaald en vastgelegd. |
| Indicator 8b | Percentage patiënten van 18 jaar en ouder waarvoor in de meetperiode de DPSI-score is bepaald en vastgelegd, de DPSI-score 1 of hoger was. |
| Indicator 8c | Percentage patiënten van 18 jaar en ouder waarvoor in de meetperiode de DPSI-score is bepaald en vastgelegd, de DPSI-score 1 of hoger was, en vervolgactie is ondernomen. |
| Type indicator | Uitkomstindicator (8b) en procesindicator (8a en 8c). |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossiervragenlijst). |

Vervolg tabel 8b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|---|
| Vragen zoals gesteld | <p>a) Is bij deze patiënt in de meetperiode de DPSI-score bepaald en vastgelegd? (ja/nee) <i>procesindicator</i></p> <p>b) Was de DPSI-score van deze patiënt 1 of hoger? (ja/nee) <i>uitkomstindicator</i></p> <p>c) Heeft u naar aanleiding van die geconstateerde parodontale situatie bij deze patiënt op enigerlei wijze actie ondernomen? (ja/nee) <i>procesindicator</i></p> <p>d) Welke actie(s) heeft u ten aanzien van deze patiënt ondernomen? (meer antwoorden mogelijk)</p> <ul style="list-style-type: none"> o mondgezondheid besproken met patiënt; o patiënt voorlichting en instructie gegeven; o gebit van patiënt gereinigd; o overhangende restauraties bij patiënt bijgewerkt; o paroprotocol bij patiënt gestart; o patiënt verwezen naar tandarts; o patiënt verwezen naar parodontoloog; o andere actie, namelijk... |
| Inclusiecriteria | Volwassenen: patiënten van 18 jaar en ouder. |
| Teller | <p>Voor a: Alle volwassen patiënten waarvoor de DPSI-score in de meetperiode is bepaald en vastgelegd.</p> <p>Voor b: Alle volwassen patiënten waarvoor de DPSI-score in de meetperiode is bepaald en vastgelegd, en waarbij de DPSI-score 1 of hoger was.</p> <p>Voor c: Alle volwassen patiënten waarvoor de DPSI-score in de meetperiode is bepaald en vastgelegd, waarbij de DPSI-score 1 of hoger was en waarvoor men op enigerlei wijze actie heeft ondernomen.</p> |
| Noemer | Totaal aantal volwassen patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | <p>Inschrijvingsduur (indicator 8a).</p> <p>Mate waarin de differentiatie parodontologie is vertegenwoordigd in de praktijk, geslacht en ses (indicator 8b).</p> |

Tabel 8c Beoordeling methodologische criteria (voor a, b en c)

| | |
|-------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | <p>a) Voldoet De relatie tussen het al dan niet bepalen van de DPSI-score en de zorguitkomsten is niet omschreven, maar er is geen reden om te twifelen aan deze relatie.</p> <p>b) Voldoet bijna Er is geen wetenschappelijke literatuur voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de DPSI-score en de kwaliteit van de mondzorg. In de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie.</p> <p>c) Voldoet De relatie tussen de mate waarin actie ondernomen wordt en de zorguitkomsten is niet omschreven, maar er is geen reden om te twifelen aan deze relatie.</p> |
|-------------------|--|

Vervolg tabel 8c Beoordeling methodologische criteria (voor a, b en c)

| | |
|---------------------------------------|---|
| Registratievergelijkbaarheid | <p>a) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> <p>b) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> <p>c) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> |
| Populatievergelijkbaarheid | <p>a) Voldoet De indicatorwaarde hangt niet samen met inschrijvingsduur.</p> <p>b) Voldoet bijna De indicatorwaarde hangt samen met de mate waarin de differentiatie parodontologie is vertegenwoordigd in de praktijk. Aangezien in slechts 1 pilotpraktijk een parodontoloog werkzaam is, is hiervoor in de pilot niet gecorrigeerd. De indicatorwaarde hangt niet samen met geslacht of ses.</p> <p>b) Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore.</p> |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | <p>a) Voldoet bijna Voor deze indicator geldt een maximaal aantal observaties van 30 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (49%), geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. 24 van de 32 praktijken (75%) hebben 30 patiënten geïnccludeerd en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald.</p> <p>b) Voldoet bijna Voor deze indicator geldt een maximaal aantal observaties van 30 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (39,7%), geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. 24 van de 32 praktijken (75%) hebben 30 patiënten geïnccludeerd en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald.</p> <p>c) Voldoet bijna Voor deze indicator geldt een maximaal aantal observaties van 30 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (39,3%), geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. 24 van de 32 praktijken (75%) hebben 30 patiënten geïnccludeerd en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald.</p> |

Tabel 8d1 Bevindingen indicator 8 (a t/m c)

| | a) DPSI-score bepaald en vastgelegd | b) DPSI-score 1 of hoger | c) Actie ondernomen |
|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 49,0% (n=32)*% | 39,7% (n=32)* | 39,3% (n=32)* |
| Minimum indicatorwaarde | 0% (n=5) | 0% (n=6) | 0% (n=6) |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n=2) | 100% (n=1) | 100% (n=1) |
| Standaarddeviatie | 36,7 | 33,9 | 33,7 |
| Score -1 sd | 12,3% | 5,8% | 5,6%% |
| Score +1 sd | 58,7% | 73,6% | 73,0% |

* De indicatorwaarden van a, b en c zijn alle gebaseerd op de gegevens van 32 praktijken.

Tabel 8d2 Ondernomen acties bij patiënten met DPSI-score 1 of hoger (N=315 patiënten)

| | % (n) |
|--|------------|
| Mondgezondheid besproken met patiënt | 85,4 (269) |
| Patiënt voorlichting en instructie gegeven | 76,8 (242) |
| Gebit van patiënt gereinigd | 69,8 (220) |
| Overhangende restauraties bij patiënt bijgewerkt | 8,9 (28) |
| Paroprotocol bij patiënt gestart | 16,5 (52) |
| Patiënt verwezen naar mondhygiënist | 33,3 (105) |
| Patiënt verwezen naar parodontoloog | 1,9 (6) |
| Andere actie, namelijk...* | 5,4 (17) |

* Waaronder: advies immmediaat prothese (2x) een of meerdere extracties (5x), afspraak met preventie-assistente (2x), vervolg paroprotocol (3x).

Tabel 8e Advies

| | |
|--------------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Alleen uitvragen als uitkomstindicator (8b), aangezien de helft van de praktijken de DPSI-score van patiënten blijkt te registreren (zie indicator 8a). Ook uitvragen bij jeugdige patiënten, aangezien In de prestatiebeschrijvingsbeschikking voor 2012 wordt vermeldt dat het bepalen van de DPSI-score tot de prestatie periodieke controle (A111) behoort. Ga na of het wenselijk is om uit te vragen wat de daadwerkelijke DPSI-score is (zoals ook eigenlijk de bedoeling was). Zo ja, ga na of het wenselijk is de scores van alle sextanten uit te vragen (in de praktijktest werd meerdere malen opgemerkt dat de DPSI-score alleen iets zegt over het 'slechtste' sextant en dus niet per definitie een meting is van de kwaliteit van de zorg). |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> DPSI-scores kunnen niet in ieder systeem worden vastgelegd. Overleg hierover met softwareleveranciers t.b.v. automatische uitvraag. |

2.10 Indicator 9: Hand- en hoekstukken

Tabel 9a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Aantal aanwezige hand- en hoekstukken in de praktijk |
| Type indicator | Procesindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 9b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|--|
| Relatie tot kwaliteit | Deze informatie geeft een indicatie van het niveau van infectiepreventie in de praktijk. Hand- en hoekstukken zijn kostbaar. De inspectie merkt in de praktijk dat als men veel heeft geïnvesteerd in hand- en hoekstukken, men hygiëne belangrijk vindt en de hygiëne en infectiepreventie ook op andere punten op orde heeft. |
| Kwaliteitsdomein | Veiligheid. |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | Vraag naar aantal aanwezige hand- en hoekstukken is aangevuld met vragen over de aanwezigheid, merk en type van thermodesinfector, hoekstukkensterilisator, hoekstukkenreiniger en vacuümsterilisator. |
| Indicator 9a | Aantal in de praktijk aanwezige hand- en hoekstukken. |
| Indicator 9b | Aanwezigheid thermodesinfector in de praktijk. |
| Indicator 9c | Aanwezigheid hoekstukkensterilisator in de praktijk. |
| Indicator 9d | Aanwezigheid hoekstukkenreiniger in de praktijk. |
| Indicator 9e | Aanwezigheid vacuümsterilisator in de praktijk. |
| Type indicator | Procesindicator. |
| Niveau van uitvragen | Praktijkniveau (algemene vragenlijst). |
| Vragen zoals gesteld | <ul style="list-style-type: none"> • Is er een thermodesinfector in de praktijk aanwezig? Ja/nee • Indien ja > Welk merk en type thermodesinfector is in de praktijk aanwezig? • Is er een hoekstukkensterilisator in de praktijk aanwezig? Ja/nee • Indien ja > Welk merk en type hoekstukkensterilisator is in de praktijk aanwezig? • Is er een hoekstukkenreiniger (bv. Assistina) in de praktijk aanwezig? Ja/nee • Indien ja > Welk merk en type hoekstukkenreiniger is in de praktijk aanwezig? • Is er een vacuümsterilisator in de praktijk aanwezig? Ja/nee • Indien ja > Welk merk en type vacuümsterilisator is in de praktijk aanwezig? • Welk merk hand- en hoekstukken is er aanwezig in de praktijk? <ul style="list-style-type: none"> ○ Sirona ○ W&H ○ KaVo ○ BA International ○ Anders |

Vervolg tabel 9b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|--|
| Vragen zoals gesteld | <ul style="list-style-type: none"> U heeft aangegeven dat er in de praktijk hand- en hoekstukken van het merk [...] aanwezig zijn. Wilt u in het onderstaande overzicht aangeven welke typen hand- en hoekstukken er aanwezig zijn in de praktijk door per type het aantal en het serienummer in te vullen? |
| Inclusiecriteria | Alle deelnemende tandartspraktijken. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Geen. |

Tabel 9c Beoordeling methodologische criteria (a en b tot en met e)

| | |
|---------------------------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | <p>a) Voldoet niet De relatie tussen het aantal hand- en hoekstukken en het niveau van infectiepreventie is niet onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast bestaat er verdeeldheid onder deskundigen het bestaan van deze relatie. Het gaat hier om een aanname.</p> <p>b t/m e) Voldoet bijna De relatie tussen de aanwezige apparatuur het niveau van infectiepreventie is niet onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek. Tegelijkertijd is er geen reden om aan het bestaan van deze relatie te twifelen.</p> |
| Registratievergelijkbaarheid | <p>a) Voldoet niet Het opvragen van aantal hand- en hoekstukken zonder serienummers kan sociaal wenselijke antwoorden in de hand werken. Aan de andere kant kan het opvragen van serienummers irritatie opwekken, met als gevolg dat men deze niet aanlevert.</p> <p>b t/m e) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> |
| Populatievergelijkbaarheid | <p>a) Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore.</p> <p>b t/m e) Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore.</p> |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | <p>a) Kan niet beoordeeld worden Het betreft hier een indicator op praktijkniveau.</p> <p>b t/m e) Kan niet beoordeeld worden Het betreft hier indicatoren op praktijkniveau.</p> |

Tabel 9d1 Bevindingen indicator 9a (N=54 praktijken)

| | % (n) |
|--|--------------|
| Vraag niet beantwoord | 20,4 (11) |
| 1 t/m 10 | 31,5 (17) |
| 11 t/m 20 | 22,2 (12) |
| 21 t/m 30 | 13,0 (7) |
| 30 of meer* | 13,0 (7) |
| Totaal aantal hand- en hoekstukken alle praktijken | 755 |
| Gemiddeld aantal hoekstukken per praktijk (755/43) | 17,6 |

* Het maximaal aantal opgegeven hand- en hoekstukken is 74.

Tabel 9d2 Bevindingen indicator 9b t/m 9e

| | % (n) |
|--|--------------|
| <i>Thermodesinfector aanwezig in praktijk (n=54)</i> | 81,5 (44) |
| Merk thermodesinfector | |
| Miele | 79,5 (35) |
| Anders | 20,5 (9) |
| <i>Hoekstukkensterilisator aanwezig in praktijk (n=53)</i> | 47,2 (25) |
| Merk hoekstukkensterilisator | |
| DAC | 36,0 (9) |
| Anders | 64,0 (16) |
| <i>Hoekstukkenreiniger aanwezig in praktijk (n=53)</i> | 60,4 (32) |
| Merk hoekstukkenreiniger | |
| Assistina | 34,3 (11) |
| W&H | 28,1 (9) |
| Anders | 37,5 (12) |
| <i>Vacuümsterilisator aanwezig in praktijk (n=53)</i> | 88,7 (47) |
| Merk vacuümsterilisator | |
| Melag | 36,2 (17) |
| W&H Lisa | 27,6 (13) |
| Anders | 36,2 (17) |

Tabel 9e Advies

| | |
|---------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Overleg met de inspectie wat relevant is om uit te vragen. Als de inspectie zich alleen richt op het aantal: vraag dan bij 9a ook alleen het aantal hand- en hoekstukken per praktijk uit, en niet de merken, typen en serienummers. • Indien indicator 9a nogmaals wordt uitgevraagd: vul de lijst met hand- en hoekstukken aan, deze was niet compleet. • Overweeg bij de indicatoren 9b t/m 9e om te vragen naar de datum waarop de verschillende apparatuur voor de laatste keer is getest. • Overleg met de inspectie wat relevant is om uit te vragen wat betreft de apparatuur. • Publiceer geen merknamen van de apparatuur. |
|---------------------------------|--|

Vervolg tabel 9e Advies

| | |
|--------------------------------------|---|
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> Ga, gezien de beperkte inhoudsvaliditeit, van indicator 9a na of er een andere indicator mogelijk is voor het meten van niveau van infectiepreventie. In de nabelronde is dit onderwerp ook meerdere malen aan de orde gekomen. |
|--------------------------------------|---|

2.11 Indicator 10: levensduur van eigen restauraties

Tabel 10a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Gemiddelde vervanging van eigen restauraties/ levensduur van eigen restauraties. |
| Type indicator | Uitkomstindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd. |

Tabel 10b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|---|
| Relatie tot kwaliteit | De levensduur van restauraties zegt iets over de kwaliteit ervan. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit. |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Uit de praktijktest kwam naar voren dat tandartsen hoogstwaarschijnlijk alleen registreren dat er een restauratie is uitgevoerd. Niet of het om een nieuwe restauratie of een vervanging gaat en ook niet wat de reden van vervanging is. Om die reden was het niet mogelijk om deze indicator uit te vragen en is deze indicator voor de pilot komen te vervallen. |
| Indicator 10 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vragen zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

Omdat ervoor is gekozen deze indicator in de pilot niet uit te vragen komen tabellen 10c en 10d te vervallen.

Tabel 10e Advies

| | |
|---------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | Niet uitvragen. |
| Ontwikkelloos | <ul style="list-style-type: none"> Bepaal binnen de stuurgroep of deze indicator gehandhaafd moet worden. Zo ja, bepaal vervolgens wat tandartsen vast moeten leggen en op welke wijze. Betrek hierbij ook indicator 6 (nieuwe cariës). Overleg vervolgens met softwareleveranciers over de mogelijkheid om dit in de systemen in te bouwen. |

2.12 Indicator 11: PROMs

Tabel 11a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Indicatoren op basis van PROMs (Patient Reported Outcome Measures). |
| Type indicator | Uitkomstindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd. |

Tabel 11b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Met de uitvraag van PROMs wordt beoogd informatie over de medische effectiviteit van de geleverde zorg op patiëntniveau beschikbaar te maken. PROMs zijn eenvoudige vragenlijsten voor patiënten die in kaart brengen of de klachten van patiënten verminderd zijn door de behandeling. PROMs komen niet in de plaats van bestaande instrumenten voor het meten van de patiëntperceptie over zorg zoals de CQ, maar vormen een aanvulling op metingen die cliëntgerichtheid en patiënttevredenheid vaststellen. |
| Kwaliteitsdomein | Doeltreffendheid/doelmatigheid en patiëntgerichtheid. |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | De oorspronkelijke 9 vragen die worden genoemd in de indicatorlijst van april 2011 zijn waar nodig aangepast op de beroepsgroep mondhygiënist. Ook zijn vragen over achtergrondkenmerken toegevoegd. |
| Type indicator | Uitkomst- en procesindicatoren. |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (patiëntvragenlijst). |

Vervolg tabel 11b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Vragen zoals gesteld | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bent u man of vrouw? 2. Hoe oud bent u? 3. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? 4. Wat zijn de vier cijfers van uw postcode? 5. Wat was de reden voor uw bezoek aan de mondhygiënist? 6. Heeft uw mondhygiënist met u uw mondgezondheid besproken? 7. Indien een behandeling noodzakelijk was, zijn er eventuele alternatieve behandelingen met u besproken? 8. Is aan u uitgelegd hoe u de tussenruimte tussen de tanden en kiezen schoon moet houden? 9. Trekken de mondhygiënist en eventuele andere medewerkers schone handschoenen aan in uw bijzijn? 10. Trekken de mondhygiënist en eventuele andere medewerkers een schoon mondkapje aan in uw bijzijn? 11. Vindt u de praktijk schoon? 12. Heeft u gedurende de afgelopen 12 maanden pijnklachten gehad in uw mond? (altijd/meestal/vaak/soms) 13. Had u na de behandeling napijn? (Alleen indien reden bezoek is niet periodieke controle) (ja, veel napijn/ja een beetje napijn/nee, geen napijn) 14. Leek de mondhygiënist tijdens uw bezoek deskundig en professioneel? 15. Weet u door wie (welke functie) u bent behandeld? 16. Op welke wijze bent u hierover geïnformeerd? <p>Vragen 1 t/m 5 van de patiëntvragenlijst zijn gesteld om achtergrondinformatie te verkrijgen ten behoeve van eventuele correcties. Vragen 12 en 13 hebben betrekking op Patiënt Reported Outcome Measures en worden derhalve als indicatoren 11A en 11B uitgewerkt in tabel c, 11d1, 11d2 en 11e. Vragen 6 t/m 11 en vragen 14 t/m 16 kunnen worden beschouwd als cliëntervaringsvragen. Hierover wordt gerapporteerd in tabel 11d3.</p> |
| Indicator 11A | Percentage patiënten dat de afgelopen 12 maanden pijnklachten heeft gehad in de mond. |
| Indicator 11B | Percentage patiënten dat na de behandeling (geen periodieke controle) napijn had. |
| Inclusiecriteria | Tandartsen hebben gedurende de pilotperiode aan maximaal 100 volwassen patiënten een inlogcode en wachtwoord uitgereikt voor het invullen van de vragenlijst.* |
| Teller | Aantal respondenten van 18 jaar en ouder dat de vraag bevestigend heeft beantwoord. |
| Noemer | Totaal aantal respondenten van 18 jaar en ouder dat de vraag heeft beantwoord. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Leeftijdscategorie, geslacht, ses. |

* Zie bijlage 3 voor de achtergrondkenmerken van de patiënten die de PROMs-vragenlijst hebben ingevuld.

Tabel 11c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|--|--|
| <p>Inhoudsvaliditeit</p> | <p>a) Voldoet bijna Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen deze vraag en de kwaliteit van de zorg door tandartsen. Tussen de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie.</p> <p>b) Voldoet bijna Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen deze vraag en de kwaliteit van de zorg door tandartsen. Tussen de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie.</p> |
| <p>Registratievergelijkbaarheid</p> | <p>a) Voldoet niet De indicator is niet scherp omschreven en is voor meerdere interpretaties vatbaar. Wat moet men verstaan onder meestal, vaak en soms? En wat wordt er precies bedoeld met pijnklachten? Daarnaast zijn de gegevens per cliënt niet in een systeem traceerbaar (zie pag 23 van de indicatorstandaard).</p> <p>a) Voldoet niet De indicator is niet scherp omschreven en is voor meerdere interpretaties vatbaar. Wat moet men bijvoorbeeld verstaan onder veel of een beetje? En wat wordt er precies bedoeld met napijn? Daarnaast zijn de gegevens per cliënt niet in een systeem traceerbaar (zie pag. 23 van de indicatorstandaard).</p> |
| <p>Populatievergelijkbaarheid</p> | <p>a) Voldoet De indicatorwaarde hangt niet samen met leeftijd, geslacht of ses.</p> <p>b) Voldoet De indicatorwaarde hangt niet samen met leeftijd, geslacht of ses.</p> |
| <p>Statistisch betrouwbaar onderscheiden</p> | <p>a) Voldoet niet Voor deze indicator geldt een maximaal aantal observaties van 100 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (23,0%), geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. 9 van de 36 praktijken (25%) hebben 30 patiënten of meer geïnccludeerd en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald.</p> <p>b) Voldoet niet Voor deze indicator geldt een maximaal aantal observaties van 100 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (33,4%), geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. Geen van de praktijken heeft 30 patiënten of meer geïnccludeerd. Alle praktijken hebben daarmee de score "voldoet niet" behaald.</p> |

Tabel 11d1 Bevindingen indicator 11A

| | |
|----------------------------|----------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 23,0% (n=36)* |
| Minimum indicatorwaarde | 0,0% (n=5)** |
| Maximum indicatorwaarde | 52,6% (n=1)*** |
| Standaarddeviatie | 14,3 |
| Score -1 sd | 8,7% |
| Score +1 sd | 37,3% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 36 praktijken.

** De minimum indicatorwaarde komt 5 keer voor.

*** De maximum indicatorwaarde komt 1 keer voor.

Tabel 11d2 Bevindingen indicator 11B

| | |
|----------------------------|---------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 33,4% (n=33)* |
| Minimum indicatorwaarde | 0,0% (n=6)** |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n=1)*** |
| Standaarddeviatie | 25,6 |
| Score -1 sd | 7,8% |
| Score +1 sd | 59,0% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 33 praktijken.

** De minimum indicatorwaarde komt 6 keer voor.

*** De maximum indicatorwaarde komt 1 keer voor.

Tabel 11d3 Bevindingen procesindicatoren PROMs

| | Teller (vraag bevestigend beantwoord) | Noemer | Indicatorwaarde |
|--|---|--------|-----------------|
| Heeft uw mondhygiënist met u uw mondgezondheid besproken? | 643 | 765 | 84,1% |
| Indien een behandeling noodzakelijk was, zijn er eventuele alternatieve behandelingen met u besproken? | 244 | 390 | 62,6% |
| Is aan u uitgelegd hoe u de tussenruimte tussen de tanden en kiezen schoon moet houden? | 586 | 686 | 85,4% |
| Trekken de mondhygiënist en eventuele andere medewerkers schone handschoenen aan in uw bijzijn? | 625 | 762 | 82,0% |
| Trekken de mondhygiënist en eventuele andere medewerkers een schoon mondkapje aan in uw bijzijn? | 450 | 752 | 59,8% |
| Vindt u de praktijk schoon? | 755 | 764 | 98,8% |
| Leek de mondhygiënist tijdens uw bezoek deskundig en professioneel? | 758 | 764 | 99,2% |
| Weet u door wie (welke functie) u bent behandeld? | 732 | 764 | 95,8% |
| Op welke wijze bent u hierover geïnformeerd? | | | |
| De behandelaar droeg een naambordje met naam en functie | 46 | 731 | 6,3% |
| Er hangen foto's van de medewerkers met naam en functie | 51 | 731 | 7,0% |
| De medewerker(s) door wie ik ben behandeld heeft mij geïnformeerd | 257 | 731 | 35,2% |
| Anders, namelijk* | 377 | 731 | 51,6% |

* Bijvoorbeeld: al langere tijd onder behandeling van tandarts, derhalve bekend met behandelaar, solopraktijk, informatie verkregen van de tandarts, naambordje op de deur.

Tabel 11e Advies

| | |
|--------------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Bespreek de inhoudsvaliditeit van indicatoren 11A en 11B in de stuurgroep. Wanneer de stuurgroep besluit indicatoren 11A en 11B in 2012 uit te vragen, dan dient de registratievergelijkbaarheid en de statistische betrouwbaarheid van beide indicatoren verbeterd te worden. Wanneer de stuurgroep besluit indicatoren 11A en 11B in 2012 uit te vragen, en er is in 2012 geen sprake van een CQI-vragenlijst, dan adviseren wij de procesindicatoren van de PROMs eveneens uit te vragen. |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> Overweeg de procesindicatoren PROMs op te nemen in CQI-vragenlijst. Vul de PROMs aan met meer uitkomstindicatoren. |

2.13 Indicator 12: gemiddelde behandelbehoefte orthodontie

Tabel 12a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Voor orthodontie: gemiddelde behandelbehoefte. |
| Type indicator | Procesindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd. |

Tabel 12b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Deze indicator geeft een indicatie van de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de orthodontistische mondzorg en kan worden gebruikt als spiegelinformatie. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit. |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <p>Vanuit de NZA werd gesuggereerd de ICON te gebruiken om de behandelbehoefte te bepalen. Uit de praktijktest kwam echter naar voren dat het zinvol is om ook te inventariseren in hoeverre andere instrumenten worden gebruikt.</p> <p>Deze indicator zou aanvankelijk worden uitgevraagd bij orthodontiepraktijken, maar vanwege een te beperkte indicatorenset voor orthodontie (deze zou dan alleen indicatoren 12 en 13 bevatten) is besloten deze indicator uit te vragen bij algemene tandartspraktijken.</p> |
| Indicator 12 | Percentage patiënten dat in de meetperiode orthodontisch is behandeld. |
| Type indicator | Procesindicator. |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossierlijst). |

Vervolg tabel 12b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Vragen zoals gesteld | <ul style="list-style-type: none"> • Is deze patiënt in de meetperiode* orthodontistisch behandeld? (ja in deze praktijk/ja elders/nee) • Zo ja: op welke wijze is de behandelbehoefte van de patiënt vastgesteld? (m.b.v. de ICON/m.b.v. de DAI/ m.b.v. de IOTN/anders) • Indien ICON gebruikt om de behandelbehoefte vast te stellen: wat was de score van de ICON? |
| Inclusiecriteria | Alle patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld |
| Teller | Totaal aantal patiënten dat in de meetperiode orthodontistisch is behandeld.** |
| Noemer | Totaal aantal patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld.** |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Geslacht, leeftijdscategorie en ses. |

* De meetperiode loopt van 1 oktober 2010 tot 1 oktober 2011.

** Maximaal 60 per praktijk.

Tabel 12c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet bijna Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waarin een relatie tussen de door tandartsen waargenomen/vastgestelde behandelbehoefte en de algemene kwaliteit van de zorg door tandartsen wordt beschreven. In de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie. |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies. |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet De indicatorwaarde hangt samen met de leeftijdscategorie. Om dit te corrigeren heeft stratificatie naar leeftijdscategorie plaatsgevonden. De indicatorwaarde hangt niet samen met ses en/of geslacht. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Voldoet niet Voor zowel de jeugdindicator als de volwassenen-indicator geldt een maximaal aantal observaties van 30 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde voor het stratum jeugd (23,2%) geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. 23 van de 33 praktijken (70%) hebben 30 patiënten geïncludeerd en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde voor het stratum volwassenen (1,6%) geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 640 en 2300 waarnemingen per praktijk nodig zijn. |

Tabel 12d1 Bevindingen indicator 12

| | Jeugd | Volwassenen |
|----------------------------|---------------|--------------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 23,2% (n=33)* | 1,6% (n=32)** |
| Minimum score | 0% (n=4) | 0% (n=24) |
| Maximum score | 50% (n=4) | 10% (n=2) |
| Standaarddeviatie | 15,0 | 3,0 |
| Score -1 sd | 8,2% | -1,4% |
| Score +1 sd | 38,2% | 4,6% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 33 praktijken.

** De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 32 praktijken.

Tabel 12d2 Wijze waarop de behandelbehoefte van de patiënt is vastgesteld (N=26)*

| | % (n) |
|--|--------------|
| Aan de hand van de ICON (Index of Complexity Outcome and Need) | 11,5 (3) |
| Aan de hand van de DAI (Dental Aesthetic Index) | 0 (0) |
| Aan de hand van de IOTN (Index of Orthodontic treatment and Need) | 7,7 (2) |
| Anders, namelijk** | 80,8 (21) |

* Van de 187 patiënten die orthodontisch zijn behandeld, werd 14% (n=26) behandeld in de eigen praktijk en 86 procent (n=161) elders.

** Waaronder: Op advies tandarts (7x) gezamenlijk overleg (5x), geen (5x), naar aanleiding van vraag/klacht patiënt (2x).

Tabel 12e Advies

| | |
|--------------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Heroverweeg de uitvraag van deze indicator. Indien men tot uitvraag besluit: beschrijf de veronderstelde relatie met kwaliteit ter verbetering van de inhoudsvaliditeit. Beslis ook wat wenselijk is m.b.t. tot het bepalen van de behandelbehoefte: is het de bedoeling dat de tandarts dit doet, of moet het door een orthodontist gebeuren? • Indien men tot uitvraag besluit: het stratum voor volwassenen scoort, door het plafondefect, slecht op statistisch betrouwbaar onderscheiden. Dit betekent dat er veel waarnemingen per praktijk nodig zijn om afwijkingen op te sporen. De stuurgroep moet beslissen of zij dit acceptabel vindt. |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | Overweeg het ontwikkelen van een indicatorset orthodontie, specifiek voor orthodontiepraktijken. |

2.14 Indicator 13: gemiddelde behandelduur orthodontie

Tabel 13a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Voor orthodontie: gemiddelde behandelduur. |
| Type indicator | Uitkomstindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie nodig aangezien sommige orthodontiepraktijken meer doen aan bijzondere tandheelkunde. |

Tabel 13b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Deze indicator geeft een indicatie van de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de orthodontische mondzorg. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit. |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <ul style="list-style-type: none"> Deze indicator zou aanvankelijk worden uitgevraagd bij orthodontiepraktijken, maar vanwege een te beperkte indicatorset voor orthodontie (deze zou dan alleen indicatoren 12 en 13 bevatten) is besloten deze indicator uit te vragen bij algemene tandartspraktijken. Besloten is ook de wijze waarop de patiënten behandeld zijn uit te vragen, aangezien de mogelijke samenhang hiervan met behandelduur. |
| Indicator 13 | Gemiddelde behandelduur in maanden. |
| Type indicator | Uitkomstindicator. |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossiervragenlijst). |
| Vraag zoals gesteld | <ul style="list-style-type: none"> Is de behandeling van deze patiënt al beëindigd? (ja/nee, de behandeling moet nog beginnen/nee, de behandeling loopt nog) Zo ja >Hoe lang heeft de behandeling van deze patiënt geduurd? (... maanden) |
| Inclusiecriteria | Totaal aantal patiënten dat in de meetperiode* orthodontisch is behandeld in de eigen praktijk. |
| Teller | Totaal aantal maanden dat de behandelingen van de patiënten in de noemer heeft geduurd. |
| Noemer | Totaal aantal patiënten dat in de meetperiode orthodontisch is behandeld en waarvan de behandeling is beëindigd. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Behandelwijze, leeftijdscategorie, geslacht, ses NB: Nu de indicator alleen wordt uitgevraagd bij algemene praktijken is de correctie voor bijzondere tandheelkunde vervallen. |

* De meetperiode loopt van 1 oktober 2010 tot 1 oktober 2011.

Tabel 13c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|---|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet bijna Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waarin een relatie tussen de door tandartsen waargenomen/vastgestelde behandelbehoefte en de algemene kwaliteit van de zorg door tandartsen wordt beschreven. In de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie. |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies. |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet niet Eventuele samenhang van de indicatorwaarde met behandelwijze, geslacht, leeftijd of ses kon niet worden onderzocht als gevolg van te kleine aantallen. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Kan niet beoordeeld worden De indicatorwaarde betreft geen percentage maar een gemiddeld aantal. |

Tabel 13d1 Bevindingen indicator 13

| | |
|-----------------|--------------|
| Teller | N=92 |
| Noemer | N=7 |
| Indicatorwaarde | 13,1 maanden |

Tabel 13d2 Welke behandeling werd bij deze patiënt toegepast (N=7)

| | |
|---|----------|
| Behandeling met vacuümgevormde apparatuur. | 0 (0) |
| Behandeling met uitsluitend of voornamelijk uitneembare apparatuur. | 0 (0) |
| Behandeling met partieel vaste apparatuur. | 14,3 (1) |
| Behandeling met volledig vaste apparatuur in onder- en bovenkaak. | 57,1 (4) |
| Behandeling met vaste linguale apparatuur. | 14,3 (1) |
| Behandeling met vacuümgevormde, uitneembare, partieel vaste, volledig vaste en linguale apparatuur. | 14,3 (1) |

Tabel 13e Advies

| | |
|--------------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Heroverweeg de uitvraag van deze indicator gezien het kleine aantal patiënten met een afgeronde behandeling. • Indien men tot uitvraag besluit: beschrijf de veronderstelde relatie met kwaliteit ter verbetering van de inhoudsvaliditeit. • Indien men tot uitvraag besluit: overweeg een andere manier van uitvragen (die leidt tot een percentage), zodat de statistische betrouwbaarheid van de indicator kan worden beoordeeld. |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | Overweeg het ontwikkelen van een indicatorset orthodontie, specifiek voor orthodontiepraktijken. |

2.15 Indicator 14: inschrijving kwaliteitsregister(s)

Tabel 14a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| Omschrijving | Inschrijving KRT. |
| Type indicator | Structuurindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd. |

Tabel 14b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Het KRM stelt kwaliteitseisen aan tandartsen ten aanzien van bij- en nascholing. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit. |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <ul style="list-style-type: none"> • Toevoeging vraag naar mondhygiënisten in de praktijk die uitsluitend staan ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Mondhygiënisten (KRM). • Toevoeging vraag naar mondhygiënisten in de praktijk die uitsluitend staan ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). • Toevoeging van de vraag hoeveel zorgverleners werkzaam in de praktijk er zijn aangesloten bij de Stichting Garantiefonds Mondzorg (SGM). • Toevoeging van de vraag hoeveel van de tandartsen die werkzaam zijn in de praktijk in het bezit zijn van een certificaat stralingsdeskundige op niveau 5 A/M. |
| Indicator 14a | Percentage tandartsen in de praktijk dat staat ingeschreven bij het KRT. |
| Indicator 14b | Percentage tandartsen dat minimaal in het bezit is van het certificaat stralingsdeskundige niveau 5 A/M. |
| Indicator 14c | Percentage mondhygiënisten dat staat ingeschreven bij het KRM. |

Vervolg tabel 14b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Indicator 14d | Percentage mondhygiënisten met een KP basisregistratie. |
| Indicator 14e | Percentage mondhygiënisten met een KP kwaliteitsregistratie. |
| Indicator 14f | Percentage zorgverleners in de praktijk dat is aangesloten bij de SGM. |
| Type indicator | Structuurindicator. |
| Niveau van uitvragen | Praktijkniveau (algemene vragenlijst). |
| Vragen zoals gesteld | <ul style="list-style-type: none"> • Hoeveel tandartsen die werkzaam zijn in de praktijk staan ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Tandartsen (KRT)? • Hoeveel mondhygiënisten die werkzaam zijn in de praktijk staan ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Mondhygiënisten (KRM)? • Hoeveel mondhygiënisten die werkzaam zijn in de praktijk staan <i>uitsluitend</i> ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)? (Basisregistratie:mondhygiënisten/Kwaliteitsregistratie:..... mondhygiënisten) • Hoeveel zorgverleners die in de praktijk werkzaam zijn, zijn aangesloten bij de Stichting Garantiefonds Mondzorg (SGM)? • Hoeveel van de tandartsen die werkzaam zijn in de praktijk zijn in het bezit van een certificaat stralingsdeskundige op niveau 5 A/M? |
| Inclusiecriteria | Alle deelnemende tandartspraktijken. |
| Teller | a) aantal tandartsen dat is ingeschreven bij het KRT; b) aantal tandartsen met certificaat stralingsdeskundige; c) aantal mondhygiënisten dat is ingeschreven bij het KRM; d) aantal mondhygiënisten met een KP basisregistratie; e) aantal mondhygiënisten met een KP kwaliteitsregistratie; f) aantal zorgverleners in de praktijk dat is aangesloten bij de SGM. |
| Noemer | a+b) aantal tandartsen werkzaam in de praktijk. c+d+e) aantal mondhygiënisten werkzaam in de praktijk. e) aantal zorgverleners werkzaam in de praktijk. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Geen. |

Tabel 14c Beoordeling methodologische criteria (a t/m f)

| | |
|---------------------------------------|---|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet bijna Kwaliteitsregisters stellen eisen ten aanzien van bij- en nascholing. Er is echter geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen inschrijving bij kwaliteitsregisters en de kwaliteit van de mondzorg. Tegelijkertijd mag het bestaan van de deze relatie wel worden verondersteld. |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies. |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore`. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Kan niet worden beoordeeld Het betreft een indicatorwaarde op praktijkniveau. |

Tabel 14d1 Bevindingen indicator 14a en 14b

| | 14a) % tandartsen KRT | 14b) % tandartsen met stralingscertificaat |
|----------------------------|------------------------------|---|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 58,7% (n=54)*% | 91,3% (n=54)*% |
| Minimum indicatorwaarde | 0% (n=15) | 28,6% (n=1) |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n=27) | 100% (n=44) |
| Standaarddeviatie | 44,9 | 19,3 |
| Score -1 sd | 13,8% | 80,0% |
| Score +1 sd | 103,6% | 110,6% |

Tabel 14d2 Bevindingen indicator 14c, d en e

| | 14d) % mondhygiënisten KRM | 14d) % mondhygiënisten KP-basis | 14d) % mondhygiënisten KP-kwaliteit |
|----------------------------|-----------------------------------|--|--|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 48,8% (n=25)*% | 52,0% (n=21)*% | 39,4% (n=21)*% |
| Minimum indicatorwaarde | 0% (n=11) | 0% (n=9) | 0% (n=12) |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n=11) | 100% (n=10) | 100% (n=8) |
| Standaarddeviatie | 48,2 | 48,7 | 49,0 |
| Score -1 sd | 0,6% | 3,3% | -9,6% |
| Score +1 sd | 97% | 100,7% | 88,4% |

Tabel 14d3 Bevindingen indicator 14f - zorgverleners aangesloten bij SGM (N=54)

| | % praktijken (n) |
|--|------------------|
| Geen enkele zorgverlener | 63,0 (34) |
| Een deel van de zorgverleners | 7,4 (4) |
| Alle zorgverleners (praktijk als geheel) | 29,6 (16) |

Tabel 14e Advies

| | |
|--------------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | Heroverweeg de verschillende indicatoren: welke registers moeten leidend zijn? Vraag alleen inschrijving bij deze registers uit. NB: Indicator 14 zal geen deel uitmaken van landelijke uitvraag in 2012 (aangezien de inschrijving bij kwaliteitsregisters deel uitmaakt van de etalage plus informatie). |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | Verskillende respondenten hebben opgemerkt dat de KRM en KRT wel eisen stellen ten aanzien van bij- en nascholing maar dat dit systeem nog niet optimaal werkt. Verbeter ten behoeve van de inhoudsvaliditeit de werkwijze KRM en KRT, zodat het ook daadwerkelijk eisen stelt aan de kwaliteit van de mondhygiënist en tandartsen die er staan ingeschreven. |

2.16 Indicator 15: voorbehouden handelingen

Tabel 15a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Aantal voorbehouden handeling in de praktijk dat wordt uitgevoerd door een medewerker die niet een tandarts is. |
| Type indicator | Procesindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen. |

Tabel 15b Operationalisatie in pilot

| | |
|-----------------------|--|
| Relatie tot kwaliteit | Het delegeren van voorbehouden handelingen zegt niet direct iets over de kwaliteit van zorg, maar wel iets over de <i>span of control</i> . De wijze waarop deze wordt ingevuld, zegt vervolgens weer iets over de kwaliteit van de zorg. Een betrouwbare indicator voor voorbehouden handelingen is van groot belang voor de IGZ, m.b.t. haar toezichthoudende taken. |
| Kwaliteitsdomein | Veiligheid en effectiviteit. |

Vervolg tabel 15b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | Uit de praktijktest kwam naar voren dat het aantal voorbehouden handelingen waarvoor taakdelegatie plaatsvindt hoogstwaarschijnlijk niet op patiëntniveau wordt geregistreerd. Daarom is besloten om op praktijkniveau voor verschillende voorbehouden handelingen uit te vragen of hier taakdelegatie voor plaatsvindt en zo ja, hoe deze is vastgelegd. |
| Indicator 15a | Percentage praktijken waarvoor geldt dat er taakdelegatie plaatsvindt t.a.v. verschillende voorbehouden handelingen. |
| Indicator 15b | Percentage praktijken waarvoor geldt dat de taakdelegatie van voorbehouden handelingen is vastgelegd. |
| Type indicator | Procesindicator. |
| Niveau van uitvragen | Praktijkniveau (algemene vragenlijst) |
| Vraag zoals gesteld | Vindt binnen de praktijk taakdelegatie plaats ten aanzien van: (het maken van röntgenfoto's/het geven van anesthesie/het prepareren van restauraties/het voorschrijven van medicatie/hechten/het uitvoeren van wortelkanaalbehandelingen/het uitvoeren van parodontale chirurgie)? Zo ja > Wilt u (voor elke voorbehouden handeling) aangeven op welke wijze de taakdelegatie is vastgelegd? (niet/mondeling/ja,schriftelijk/ja schriftelijk conform IGZ circulaire. |
| Inclusiecriteria | Alle deelnemende tandartspraktijken. |
| Teller | a) Aantal praktijken waar taakdelegatie plaatsvindt. b) Aantal praktijken waar de taakdelegatie plaatsvindt op verschillende manier is vastgelegd. |
| Noemer | a) Aantal deelnemende praktijken. b) Aantal praktijken waar taakdelegatie plaatsvindt. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Geen. |

Tabel 15c Beoordeling methodologische criteria (a en b)

| | |
|-------------------|---|
| Inhoudsvaliditeit | <p>a) Voldoet Het feit dat er wel of geen taakdelegatie plaatsvindt, zegt op zichzelf niets over de kwaliteit van de zorg. De wijze waarop taakdelegatie plaatsvindt wel.</p> <p>b) Voldoet De mate van zorgvuldigheid waarmee de taakdelegatie plaatsvindt zegt iets over de kwaliteit. De IGZ heeft hier een circulaire over opgesteld.</p> |
|-------------------|---|

Vervolg tabel 15c Beoordeling methodologische criteria (a en b)

| | |
|---------------------------------------|--|
| Registratievergelijkbaarheid | a) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies. b) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies. |
| Populatievergelijkbaarheid | a) Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore. b) Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | a) Kan niet worden beoordeeld Het betreft een indicatorwaarde op praktijkniveau. b) Kan niet worden beoordeeld Het betreft een indicatorwaarde op praktijkniveau. |

Tabel 15d1 Voorbehouden handelingen waarvoor taakdelegatie plaats vindt (N=49)*

| | % (n) |
|---|--------------|
| Het maken van röntgenfoto's | 63,3 (31) |
| Het geven van anesthesie | 34,7 (17) |
| Het uitvoeren van extracties | 10,2 (5) |
| Het prepareren van caviteiten/restauraties | 14,3 (7) |
| Het voorschrijven van medicatie | 18,4 (9) |
| Hechten | 10,2 (5) |
| Het uitvoeren van wortelkanaalbehandelingen | 10,2 (5) |
| Het uitvoeren van parodontale chirurgie | 8,2 (4) |

* 5 praktijken hebben deze vraag niet beantwoord.

Voor het maken van röntgenfoto's vindt in bijna twee derde van de praktijken taakdelegatie plaats. Voor het geven van anesthesie vindt in ongeveer een derde van de praktijken taakdelegatie plaats. De andere voorbehouden handelingen worden beduidend minder vaak gedelegeerd.

Tabel 15d2 Wijze waarop de taakdelegatie van voorbehouden handelingen is vastgelegd

| | Niet of mondeling | Schriftelijk | Schriftelijk conform IGZ-circulaire |
|---|-------------------|--------------|-------------------------------------|
| Het maken van röntgenfoto's | 32,3 (10) | 45,2(14) | 22,6 (7) |
| Het geven van anesthesie | 35,3 (6) | 52,9 (9) | 11,8 (2) |
| Het uitvoeren van extracties | 60,0 (3) | 40,0 (2) | 0,0 (0) |
| Het prepareren van caviteiten/restauraties | 57,2 (6) | 42,9 (3) | 0,0 (0) |
| Het voorschrijven van medicatie | 66,6 (6) | 22,2 (2) | 11,1 (1) |
| Hechten | 60,0 (3) | 40,0 (2) | 0,0 (0) |
| Het uitvoeren van wortelkanaalbehandelingen | 60,0 (3) | 40,0 (2) | 0,0 (0) |
| Het uitvoeren van parodontale chirurgie | 50,0 (2) | 50,0 (2) | 0,0 (0) |

De taakdelegatie voor zowel het maken van röntgenfoto's als het geven van anesthesie is in ruim twee derde van de gevallen schriftelijk vastgelegd.

Tabel 15e Advies

| | |
|--------------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | Op dezelfde wijze uitvragen |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> Bepaal binnen de stuurgroep wat tandartsen vast zouden moeten leggen omtrent voorbehouden handelingen en op welk niveau. Overleg vervolgens met softwareleveranciers over de mogelijkheid om dit in de systemen in te bouwen, teneinde de gewenste informatie automatisch uit de systemen te kunnen halen. |

2.17 Indicator 16: implantologie en prothetiek

Tabel 16a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Aantal behandelingen per jaar (volume) voor implantologie en volledige prothese. |
| Type indicator | Procesindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen benoemd. |

Tabel 16b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Relatie tot kwaliteit | Het aantal behandelingen per jaar zegt iets over mate van routine die men heeft. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit, veiligheid. |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | De indicator is tweeledig: Wat betreft de indicator voor implantologie is besloten uit te vragen of de implantologen die werkzaam zijn in de praktijk voldoen aan de eisen van de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI). Een volumenorm maakt namelijk deel uit van de ze eisen. Wat betreft de indicator voor protheses is (analoog aan de uitvraag van deze indicator bij tandprothetici) een uitsplitsing gemaakt naar volledige protheses, partiële protheses en implantaat gedragen protheses. |
| Indicator 16a | Percentage implantologen werkzaam in de praktijk dat voldoet aan de eisen van de NVOI. |
| Indicator 16b | Aantal volledige protheses dat gedurende de meetperiode is vervaardigd. |
| Indicator 16c | Aantal partiële protheses dat gedurende de meetperiode is vervaardigd. |
| Indicator 16d | Aantal implantaat gedragen protheses dat gedurende de meetperiode is vervaardigd. |
| Type indicator | Procesindicator. |
| Niveau van uitvragen | Praktijkniveau (algemene vragenlijst). |
| Vraag zoals gesteld | <ul style="list-style-type: none"> • Hoeveel implantologen die werkzaam zijn in de praktijk voldoen aan de eisen zoals gesteld door de Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI)? • Hoeveel volledige protheses zijn gedurende de meetperiode vervaardigd in de praktijk (alleen boven of onderprotheses mogen ook meetellen)? • Hoeveel partiële protheses zijn gedurende de meetperiode vervaardigd in de praktijk? • Hoeveel implantaat gedragen protheses zijn gedurende de meetperiode vervaardigd in de praktijk? |
| Inclusiecriteria | Alle deelnemende praktijken. |
| Teller | a) aantal implantologen dat voldoet aan de eisen van de NVOI. b) aantal volledige protheses binnen de meetperiode vervaardigd. b) aantal partiële protheses binnen de meetperiode vervaardigd. b) aantal implantaat gedragen protheses binnen de meetperiode vervaardigd. |
| Noemer | a) Aantal implantologen werkzaam in de praktijk. b) N.v.t. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Geen. |

Tabel 16c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | <p>a) Voldoet Het aantal behandelingen (volume) dat men verricht mag verondersteld worden samen te hangen met de kwaliteit van de zorg. Een volumenorm maakt ook onderdeel uit van de eisen van de NVOI.</p> <p>b, c en d) Voldoet Het aantal behandelingen (volume) dat men verricht mag verondersteld worden samen te hangen met de kwaliteit van de zorg.</p> |
| Registratievergelijkbaarheid | <p>a) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> <p>b, c en d) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> |
| Populatievergelijkbaarheid | <p>a) Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore.</p> <p>b, c en d) Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore.</p> |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | <p>a) Kan niet beoordeeld worden De indicatorwaarde betreft een percentage op praktijkniveau.</p> <p>b, c en d) Kan niet beoordeeld worden De indicatorwaarde betreft een aantal en geen percentage.</p> |

Tabel 16d1 Bevindingen indicator 16a

In 7 van de 54 deelnemende praktijken (13%) is 1 implantoloog werkzaam. Voor al deze praktijken geldt een indicatorscore van 100% aangezien alle 7 implantologen voldoen aan de eisen van de NVOI.

Tabel 16d2 Bevindingen indicator 16

| | A Volledige prothesen | B Partiële prothesen | C Implantaat gedragen prothesen |
|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|--|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 24,9 (n=54)* | 25,2 (n=54)* | 11,9 (n=54)* |
| Minimum score | 1 (n=2) | 0 (n=1) | 0 (n=13) |
| Maximum score | 102 (n=1) | 126 (n=1) | 170 (n=1) |
| SD | 23,7 | 25,5 | 27,2 |
| Score -1 sd | 1,2 | -0,3 | -15,3 |
| Score +1 sd | 48,6 | 50,7 | 39,1 |

* De indicatorwaarden zijn gebaseerd op de gegevens van 54 praktijken.

Tabel 16e Advies

| Tabel 16e Advies | |
|--------------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | Op dezelfde wijze uitvragen |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> • Overleg met softwareleveranciers over de mogelijkheid om de informatie over aantallen vervaardigde protheses in de systemen in te bouwen t.b.v. automatische uitvraag. • Ontwikkel een volumenorm voor prothetiek in algemene tandartspraktijken. |

2.18 Indicator 17: kwalificaties assistenten

Tabel 17a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| Tabel 17a Omschrijving (indicatorlijst april 2011) | |
|--|--|
| Omschrijving | Percentage van de tandartsassistenten dat het mbo-diploma 'tandartsassistent' of een vergelijkbare kwalificatie met certificaat heeft behaald. |
| Type indicator | Structuurindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd. |

Tabel 17b Operationalisatie in pilot

| Tabel 17b Operationalisatie in pilot | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Deze informatie geeft een indicatie van de kwaliteit van het werk van de tandartsassistent. Ook biedt het keuze-informatie voor de patiënt. |
| Kwaliteitsdomein | Veiligheid. |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Toevoeging van vragen naar kwalificaties van preventieassistenten en assistenten die gecombineerd actief zijn. |
| Indicator 17a | Percentage tandartsassistenten dat in het bezit is van mbo-diploma 'tandartsassistent'. |
| Indicator 17b | Percentage tandartsassistenten dat in het bezit is van EVC's. |
| Indicator 17c | Percentage preventieassistenten dat in het bezit is van cursus 'preventieassistent'. |
| Indicator 17d | Percentage tandarts/preventieassistenten dat in het bezit is van zowel mbo-diploma 'tandartsassistent' als de cursus 'preventieassistent'. |
| Indicator 17e | Percentage tandarts/preventieassistenten dat in het bezit is van zowel EVC's als de cursus 'preventieassistent'. |
| Type indicator | Structuurindicator. |
| Niveau van uitvragen | Praktijkniveau (algemene vragenlijst). |

Vervolg tabel 17b Operationalisatie in pilot

| | |
|---------------------------------|---|
| Vragen zoals gesteld | <ul style="list-style-type: none"> • Kunt u per tandartsassistent die <u>uitsluitend als zodanig werkzaam</u> is in uw praktijk aangeven over welke kwalificaties hij of zij beschikt? (mbo-diploma/ LOI opleiding/EVC's/opgeleid in de praktijk) • Kunt u per preventieassistent die <u>uitsluitend als zodanig werkzaam</u> is in uw praktijk aangeven over welke kwalificaties hij of zij beschikt? (mbo-diploma/ cursus preventieassistent/EVC's/opgeleid in de praktijk) • Kunt u per tandarts- en preventieassistent die <u>gecombineerd actief</u> is, aangeven over welke kwalificaties hij of zij beschikt? (mbo-diploma/LOI opleiding/cursus preventieassistent/EVC's/opgeleid in de praktijk) |
| Inclusiecriteria | Alle tandartsassistenten en preventieassistenten die werkzaam zijn in de praktijk. |
| Teller | <ol style="list-style-type: none"> a) Alle tandartsassistenten in de praktijk die in het bezit zijn van mbo-diploma 'tandartsassistent'. b) Alle tandartsassistenten in de praktijk die in het bezit zijn van EVC's. c) Alle preventieassistenten in de praktijk die in het bezit zijn van cursus 'preventieassistent'. d) Alle tandarts-/preventieassistenten in de praktijk dat in het bezit zijn van zowel mbo-diploma 'tandartsassistent' als de cursus 'preventieassistent'. e) Alle tandarts-/preventieassistenten in de praktijk die in het bezit zijn van zowel EVC's als de cursus 'preventieassistent'. |
| Noemer | <ol style="list-style-type: none"> a) Totaal aantal tandartsassistenten dat werkzaam is in de praktijk. b) Totaal aantal tandartsassistenten dat werkzaam is in de praktijk. c) Totaal aantal preventieassistenten dat werkzaam is in de praktijk. d) Totaal aantal tandarts-/preventieassistenten dat werkzaam is in de praktijk. e) Totaal aantal tandarts-/preventieassistenten dat werkzaam is in de praktijk. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen. |

Tabel 17c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|---|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet bijna: Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige samenhang blijkt tussen opleiding van assistenten en de kwaliteit van hun werk. Tegelijkertijd is er echter geen reden om aan het bestaan van deze relatie te twijfelen. |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet bijna: De indicator is helder en precies voor mbo-diploma, LOI-opleiding en cursus preventieassistent. De antwoordcategorieën 'EVC's' en 'opgeleid in de praktijk' zijn minder helder en wellicht voor meerdere interpretaties vatbaar. |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Kan niet worden beoordeeld De indicatorwaarde betreft een percentage op praktijkniveau. |

Tabel 17d1 Bevindingen indicator 17a en 17b

| | Tandartsass. met mbo-diploma (a) | Tandartsass. met EVC's (b) |
|----------------------------|---|-----------------------------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 43,0% (n= 47)* | 6,1% (n= 47)* |
| Minimum indicatorwaarde | 0% (n= 19)** | 0% (n= 43)** |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n= 14)*** | 100% (n= 2)*** |
| Standaarddeviatie | 42,8 | 21,9 |
| Score -1 sd | 0,2% | -15,8% |
| Score +1 sd | 85,8% | 28% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de 47 praktijken waar tandartsassistenten werkzaam zijn.

Tabel 17d2 Bevindingen indicator 17c

| | Preventieassistenten met cursus (c) |
|----------------------------|--|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 76,4% (n= 12)* |
| Minimum indicatorwaarde | 0% (n= 2)** |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n= 9)*** |
| Standaarddeviatie | 42,9 |
| Score -1 sd | 33,5% |
| Score +1 sd | 119,3% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de 12 praktijken waar tandartsassistenten werkzaam zijn.

Tabel 17d3 Bevindingen indicator 17d en 17e

| | Combi-ass. met mbo-diploma & cursus (d) | Combi-ass. met EVC's & cursus (e) |
|----------------------------|---|---|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 47,0% (n=20)*% | 5,0% (n=20)*% |
| Minimum indicatorwaarde | 0% (n=8) | 0% (n=19) |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n=5) | 100% (n=1) |
| Standaarddeviatie | 42,7 | 22,4 |
| Score -1 sd | 4,3% | -17,4% |
| Score +1 sd | 89,7% | 27,4% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de 20 praktijken waar assistenten gecombineerd werk werkzaam zijn als tandarts- en preventie assistent.

Tabel 17e Advies

| | |
|---------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | Geef een toelichting op de antwoord-categorieën 'EVC's' en 'opgeleid in de praktijk'. |
| Langetermijnontwikkelvoorstel | Geen. |

2.19 Indicator 18: patiëntendossier

Tabel 18a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Opname van gegevens in het digitale dossier (screening, diagnose, risico-inschatting, medische anamnese of ASA-score). |
| Type indicator | Structuurindicator. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd. |

Tabel 18b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Het gaat hier om de volledigheid van het patiëntendossier. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit. |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <ul style="list-style-type: none"> Uit de praktijktest bleek dat niet alle tandartsen en mondhygiënisten werken met een digitaal dossier. Daarom is gevraagd naar het dossier in het algemeen. De lijst met gegevens waarnaar is gevraagd, is aangevuld tijdens het operationalisatietraject. |
| Type indicator | Structuurindicator. |
| Indicator 18a | Percentage patiënten waarvoor de medische anamnese is vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18b | Percentage patiënten waarvoor de tandheelkundige anamnese is vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18c | Percentage patiënten waarvoor de status praesens is vastgelegd in het patiëntendossier. |

Vervolg tabel 18b Operationalisatie in pilot

| | |
|---------------|--|
| Indicator 18d | Percentage patiënten waarvoor de data waarop periodieke controles/verrichtingen zijn uitgevoerd, zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18e | Percentage patiënten waarvoor de klachten/hulpvragen van de patiënt zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18f | Percentage patiënten waarvoor de uitgevoerde onderzoeken zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18g | Percentage patiënten waarvoor de röntgenfoto's zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18h | Percentage patiënten waarvoor de diagnose- en indicatiestelling zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18i | Percentage patiënten waarvoor het behandelplan/zorgplan is vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18j | Percentage patiënten waarvoor de uitgevoerde verrichtingen zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18k | Percentage patiënten waarvoor de behandelaars die de verrichtingen hebben uitgevoerd zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18l | Percentage patiënten waarvoor de informatie over complicaties/fouten bij behandelingen is vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18m | Percentage patiënten waarvoor de (mondzorg)adviezen zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18n | Percentage patiënten waarvoor de (tussentijdse) evaluaties van behandeltrajecten zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18o | Percentage patiënten waarvoor de rapportages van bacteriologisch onderzoek zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18p | Percentage patiënten waarvoor de DMFT/dmft-scores zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18q | Percentage patiënten waarvoor de DPSI-scores zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18r | Percentage patiënten waarvoor de plaque-scores zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18s | Percentage patiënten waarvoor de bloedingsindices zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18t | Percentage patiënten waarvoor gegevens in het kader van verwijzing zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18u | Percentage patiënten waarvoor voorgeschreven medicatie is vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18v | Percentage praktijken dat een standaard vragenlijst gebruikt bij de medische anamnese. |
| Indicator 18w | Percentage praktijken dat bij ieder consult een update maakt van de medische anamnese. |
| Indicator 18x | Percentage praktijken waarbij de gegevens te allen tijde voor een andere tandarts (inclusief waarnemers) binnen de praktijk toegankelijk zijn. |
| Indicator 18y | Percentage praktijken dat bij opbouw van het (digitale) patiëntendossier gebruik heeft gemaakt van de NMT-praktijkrichtlijn patiëntendossier. |

Vervolg tabel 18b Operationalisatie in pilot

| Type indicator | Structuurindicator. |
|----------------------|--|
| Niveau van uitvragen | 18 a t/m u: Patiëntniveau (dossievragenlijst). 18 v t/m y: Praktijkniveau (algemene vragenlijst). |
| Vragen zoals gesteld | <p>Wilt u aangeven of onderstaande gegevens voor deze patiënt zijn vastgelegd in zijn of haar patiëntendossier?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medische anamnese • Tandheelkundige anamnese • Status praesens • De data waarop een periodieke controles/verrichtingen zijn uitgevoerd • Klachten/hulpvragen van de patiënt • Uitgevoerde onderzoeken • Röntgenfoto's • Diagnose- en indicatiestelling • Behandelplan / zorgplan • Uitgevoerde verrichtingen • Behandelaar(s) die de verrichtingen heeft/hebben uitgevoerd • Informatie over complicaties/fouten bij behandelingen • (Mondzorg)adviezen • (Tussentijdse) evaluaties van behandeltrajecten • Rapportages van bacteriologisch onderzoek • DMFT/dmft-scores • DPSI-scores • Plaque-score • Bloedingindices • Gegevens in het kader van verwijzing • Voorgeschreven medicatie <p>Antwoordcategorieën: ja/nee/n.v.t. Vragen algemene vragenlijst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gebruikt u bij de medische anamnese een standaard vragenlijst? (ja/nee) • Op welk moment maakt u een update van de medische status? (bij ieder consult/alleen bij bepaalde ingrepen) • Zijn de gegevens van patiënten te allen tijde voor een andere mondhygiënist (inclusief waarnemers) binnen de praktijk toegankelijk? (ja/nee) • Heeft u bij de opbouw van het (digitale) patiëntendossier gebruikgemaakt van de NMT-praktijkrichtlijn patiëntendossier? (ja/nee) |
| Inclusiecriteria | Indicator 18a t/m u: alle patiënten waarvoor een dossievragenlijst is ingevuld. Indicator 18 v t/m y: alle deelnemende praktijken. |
| Teller | <ul style="list-style-type: none"> • Indicator 18 a t/m u: het aantal patiënten waarvoor dit gegeven is vastgelegd in het patiëntendossier. • Indicator 18 v t/m y: het aantal praktijken dat bevestigend heeft geantwoord. |

Vervolg tabel 18b Operationalisatie in pilot

| | |
|----------------------------------|---|
| Noemer | <ul style="list-style-type: none"> Indicator 18 a t/m u: totaal aantal patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld minus het aantal patiënten waarvoor is aangegeven dat het betreffende gegeven niet van toepassing is. Indicator v t/m y: totaal aantal praktijken. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren | Geen. |

Tabel 18c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|------------------------------|---|
| Inhoudsvaliditeit | <p>a t/m y) Voldoet bijna: Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen het registreren van gegevens en de kwaliteit van de zorg door mondhygiënisten. Tussen de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie.</p> |
| Registratievergelijkbaarheid | <p>a t/m u) Voldoet niet:</p> <ul style="list-style-type: none"> De antwoordcategorieën 'nee' en 'n.v.t.' zijn niet eenduidig. Het mogelijk dat men 'nee' heeft ingevuld als het wel is voorgekomen of de informatie wel voorhanden is, maar de informatie niet is geregistreerd in het dossier (zo is de antwoordcategorie bedoeld). Maar het is ook mogelijk dat men 'nee' heeft ingevuld als de informatie niet voorhanden was of het niet is voorgekomen (men had dan moeten kiezen voor het antwoord 'n.v.t.'). <p>v) Voldoet bijna Het is niet duidelijk wat hier moet worden verstaan onder een standaard vragenlijst.</p> <p>w, x en y) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> |
| Populatievergelijkbaarheid | <p>a t/m y) Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore.</p> |

Vervolg tabel 18c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|--|--|
| <p>Statistisch betrouwbaar onderscheiden</p> | <p>A, b, c, h, i, l, n, o, q, r, s, t, u) Voldoet bijna Voor de pilot geldt dat de deelnemende praktijken in principe 60 waarnemingen moesten aanleveren. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarden voor deze indicatoren, geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. In de pilot hebben 23 van de 35 praktijken 60 of meer geïncludeerd en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald.</p> <p>D, e, f, g, j, k, m, p) Voldoet niet Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde voor deze indicatoren geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 90 en 2300 waarnemingen per praktijk nodig zijn. Praktijken is in de pilot gevraagd 60 patiënten te includeren en hebben daarmee de score 'voldoet niet' behaald.</p> <p>v t/m y) Kan niet worden beoordeeld Het betreft hier indicatoren op praktijkniveau.</p> |
|--|--|

Tabel 18d1 Bevindingen indicatoren a t/m u

| | Indicator- waarde | Minimum score | Maximum score | SD | Score - 1 sd | Score + 1 sd |
|---|----------------------|------------------|------------------|-------|--------------|-----------------|
| 18a Medische anamnese | 73,8% (n=35) | 0,0% (n=2) | 100,0% (n=14) | 34,7% | 39,1% | 108,5% |
| 18b Tandheelkundige anamnese | 74,7% (n=35) | 0,0% (n=3) | 100,0% (n=16) | 35,8% | 38,9% | 110,5% |
| 18c Status praesens | 81,7% (n=35) | 0,0% (n=2) | 100,0% (n=19) | 35,3% | 46,4% | 117,0% |
| 18d De data waarop periodieke controles/verrichtingen zijn uitgevoerd | 100% (n=35) | 98,3% (n=1) | 100,0% (n=34) | 0,3% | 99,7% | 100,3% |
| 18e Klachten/hulpvragen van de patiënt | 94,3% (n=35) | 50,0% (n=1) | 100,0% (n=26) | 13,8% | 80,5% | 108,1% |
| 18f Uitgevoerde onderzoeken | 93,7% (n=35) | 3,8% (n=1) | 100,0% (n=28) | 18,5% | 75,2% | 112,2% |
| 18g Röntgenfoto's | 92,6% (n=35) | 61,4% (n=1) | 100,0% (n=170) | 11,4% | 81,2% | 104,0% |
| 18h Diagnose- en indicatiestelling | 87,3% (n=35) | 0,0% (n=2) | 100,0% (n=20) | 24,9% | 62,4% | 112,2% |
| 18i Behandelplan/zorgplan | 79% (n=35) | 0,0% (n=2) | 100,0% (n=15) | 30,6% | 48,4% | 109,6% |
| 18j Uitgevoerde verrichtingen | 99,6% (n=35) | 95,0% (n=1) | 100,0% (n=32) | 1,2% | 98,4% | 100,8% |
| 18k Behandelaar(s) die de verrichtingen heeft/hebben uitgevoerd | 94% (n=35) | 0,0% (n=2) | 100,0% (n=30) | 23,5% | 70,5% | 117,5% |
| 18l Informatie over complicaties/fouten bij behandelingen | 63,3% (n=35) | 0,0% (n=5) | 100,0% (n=14) | 40,9% | 22,4% | 104,2% |
| 18m (Mondzorg)adviezen | 90,9% (n=35) | 0,0% (n=1) | 100,0% (n=19) | 19,1% | 71,8% | 110,0% |
| 18n (Tussentijdse) evaluaties van behandeltrajecten | 56,7% (n=35) | 0,0% (n=7) | 100,0% (n=11) | 42,5% | 14,2% | 99,2% |
| 18o Rapportages van bacteriologisch onderzoek | 26% (n=35) | 0,0% (n=19) | 100,0% (n=5) | 37,5% | -11,5% | 63,5% |
| 18p DMFT/dmft-scores | 9% (n=35) | 0,0% (n=25) | 100,0% (n=1) | 22,1% | -13,1% | 31,1% |
| 18q DPSI-scores | 49,1% (n=35) | 0,0% (n=6) | 100,0% (n=4) | 35,1% | 14,0% | 84,2% |
| 18r Plaque-scores | 33,4% (n=35) | 0,0% (n=12) | 100,0% (n=3) | 37,8% | -4,4% | 71,2% |
| 18s Bloedingindices | 23,9% (n=35) | 0,0% (n=15) | 100,0% (n=3) | 33,8% | -9,9% | 57,7% |
| 18t Gegevens in het kader van verwijzing | 75,9% (n=35) | 0,0% (n=2) | 100,0% (n=18) | 33,7% | 42,2% | 109,6% |
| 18u Voorgescreven medicatie | 54,9% (n=35) | 0,0% (n=9) | 100,0% (n=11) | 42,9% | 12,0% | 97,8% |

Tabel 18d2 Bevindingen indicatoren v t/m y

| | % (n) |
|---|-----------|
| 18v Percentage praktijken dat een standaard vragenlijst gebruikt bij de medische anamnese. | 92,6 (50) |
| 18w Percentage praktijken dat bij ieder consult een update maakt van de medische anamnese. | |
| bij ieder consult | 44,4 (24) |
| alleen bij bepaalde ingrepen | 31,5 (17) |
| anders, namelijk* | 24,1 (13) |
| 18x Percentage praktijken waarbij de gegevens te allen tijde voor een andere tandarts (inclusief waarnemers) binnen de praktijk toegankelijk zijn. | 87,9 (29) |
| 18y Percentage praktijken dat bij de opbouw van het (digitale) patiëntendossier gebruik heeft gemaakt van de NMT-praktijkrichtlijn patiëntendossier | 50,0 (27) |

* Waaronder: (minimaal) 1 keer per jaar (2x), bij periodieke controle (4x), indien er aanleiding voor is (2x).

Tabel 18e Advies

| | |
|---------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Vraag op dezelfde manier uit. • Wellicht toelichting bij antwoord-categorie n.v.t. • Duidelijk aangeven dat het hier niet alleen gaat om de meetperiode, maar in het algemeen. • Overweeg om toe te voegen: parodontaal status en (uitslag) kweek. |
| (Eventueel) ontwikkelvoorstel | <ul style="list-style-type: none"> • Streef naar een automatische uitvraag van deze indicator, waarbij (selectie) van de uitgevraagde informatie verplicht en op eenduidige wijze wordt ingevuld in de systemen. |

3 RESULTATEN VRIJGEVESTIGDE MONDHYGIËNISTEN

3.1 Achtergrondinformatie

3.1.1 Algemene vragenlijst, respons en kenmerken deelnemende praktijken

In totaal hebben 33 vrijgevestigde mondhygiënisten de algemene vragenlijst (grotendeels) ingevuld. Alle 33 praktijken zijn meegenomen in de analyses. Een klein aantal van deze praktijken had niet de complete vragenlijst ingevuld.

Bij 15 van de 33 praktijken is er één mondhygiënist werkzaam (solopraktijk). Bij de overige praktijken zijn er meerdere mondhygiënisten werkzaam (groepspraktijk), zie tabel 1. Gemiddeld zijn deze mondhygiënisten 33,4 uur per week werkzaam in de praktijk.

Tabel 1 Mondhygiënisten werkzaam in de praktijk.

| Aantal mondhygiënisten werkzaam in de praktijk | % (n) |
|--|-----------|
| 1 | 45,5 (15) |
| 3 tot 7 | 42,4 (14) |
| 7 of meer | 12,1 (4) |

Tabel 2a Andere medewerkers werkzaam in de praktijk

| Medewerkers, 1 of meer werkzaam in de praktijk | % (n) |
|--|------------|
| Tandarts | 12,1 (4) |
| Tandartsassistent | 12,1 (4) |
| Preventieassistent | 9,1 (3) |
| Secretaresse/administratief medewerker | 30,3 (10) |
| Receptionist | 30,3 (10) |
| Praktijkmanager | 12,1 (4) |
| Schoonmaker | 54,65 (18) |

De deelnemende praktijken hebben samen 80.674 patiënten onder behandeling (gemiddeld 2.444 patiënten per praktijk, sd= 1.971).

Tabel 2b Praktijkgrootte

| Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per praktijk | M; SD |
|--|--------------|
| Solopraktijken | 1.233; 1.005 |
| Praktijken met 2 tot 5 mondhygiënisten | 3.127; 1.358 |
| Praktijken met 5 of meer mondhygiënisten | 3.865; 2.692 |

Tabel 2 Gebruik tandheelkundige software deelnemende mondhygiënisten

| Software | N |
|-----------|----|
| Exquise | 12 |
| Simplex | 10 |
| Novadent | 3 |
| Robadent | 2 |
| Complan | 2 |
| TabDents | 2 |
| Dentio | 1 |
| Evolution | 1 |

3.1.2 Dossiervragenlijst, respons en kenmerken patiënten

De dossiervragenlijst is ingevuld voor 750 patiënten, verdeeld over 28 praktijken voor mondhygiëne. Aan de mondhygiënisten die deelnamen aan de pilot is gevraagd of de praktijk zich voornamelijk richt op jeugdige patiënten (0 tot 18 jaar) of op volwassen patiënten (vanaf 18 jaar en ouder). Afhankelijk hiervan zijn de praktijken geïnstrueerd om ofwel de laatste 30 jeugdige patiënten uit het afsprakenboek te selecteren, ofwel de laatste 30 volwassen patiënten te selecteren.

Geen van de deelnemende praktijken richt zich op jeugdige patiënten. Alle deelnemende praktijken zijn daarom geïnstrueerd om voor de laatste 30 volwassen patiënten uit het afsprakenboek de dossiervragenlijst in te vullen. Een enkele praktijk heeft ook voor een aantal jeugdige patiënten de dossiervragenlijst ingevuld (n=16). Deze zijn niet meegenomen in de analyses. Daarnaast waren er zes praktijken die geen of slechts enkele dossiervragenlijsten hadden ingevuld. Deze praktijken zijn buiten beschouwing gelaten in de analyses. In totaal bevatte het analysebestand 725 patiënten, verdeeld over 22 praktijken. De achtergrondkenmerken van deze patiënten staan vermeld in tabel 3.

Tabel 3 Achtergrondkenmerken patiënten dossiervragenlijst

| Tabel achtergrondkenmerken respondenten patiëntenvragenlijst (n= 725) | |
|---|------------|
| Kenmerk | % (n) |
| Man | 43,6 (316) |
| Leeftijd | |
| 18 t/m 29 jaar | 7,7 (56) |
| 30 t/m 44 jaar | 20,0 (406) |
| 45 t/m 64 jaar | 56,0 (406) |
| 65 t/m 79 jaar | 14,1 (102) |
| 80 jaar en ouder | 2,2 (16) |

Vervolg tabel 3 Achtergrondkenmerken patiënten dossiervragenlijst

| Tabel achtergrondkenmerken respondenten patiëntenvragenlijst (n= 725) | |
|--|--------------|
| Kenmerk | % (n) |
| Sociaal economische status (n= 716)* | |
| - Laag | 10,2 (73) |
| - Laag-midden | 23,9 (171) |
| - Hoog-midden | 41,8 (299) |
| - Hoog | 24,2 (173) |

* Voor het bepalen van de sociaaleconomische status van patiënten is gebruikgemaakt van de statusscores van postcodegebieden zoals deze zijn bepaald door het SCP. Een statusscore is een maat voor de sociale status van een postcodegebied, of het negatief daarvan: de sociale achterstand. Deze maat is samengesteld uit drie elementen: inkomen, werkgelegenheid en opleidingsniveau.

3.1.3 Patiëntenvragenlijst

Iedere praktijk die deelnam aan de pilot is gevraagd aan honderd patiënten een inlogcode voor een digitale vragenlijst mee te geven. Met behulp van deze vragenlijst werd indicator 11: Patient Related Outcome Measures (PROMs) gemeten. De resultaten staan beschreven bij indicator 11.

3.1.4 Resultaten per indicator

In paragraaf 3.2 tot en met 3.18 worden de resultaten van de indicatorset voor mondhygiënisten gerapporteerd. Per indicator worden vijf tabellen (a t/m e) weergegeven:

- Tabel a omvat de indicatoren zoals beschreven in de oorspronkelijke indicatorlijst, waarover de stuurgroep in april 2011 overeenstemming heeft bereikt.
- In tabel b wordt de operationalisatie van de indicator weergegeven.
- Tabel c geeft de beoordeling van de indicator op een aantal methodologische criteria weer. Deze beoordeling heeft plaatsgevonden aan de hand van de concept-indicatorstandaard (versie 1.50, d.d. 12 januari 2012). Voor de beoordeling op het criterium 'statistisch betrouwbaar onderscheiden' is gebruikgemaakt van tabel 3 op pagina 31 van de indicatorstandaard.
- In tabel d rapporteren we de bevindingen uit de pilot.
- Ten slotte omvat tabel e ons advies omtrent de betreffende indicator.

3.2 Indicator 1: periodieke controle

Tabel 1a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Percentage van de patiënten onder de 18 jaar dat ten minste 1 maal per jaar wordt gezien. |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie noodzakelijk aangezien er een verband bestaat tussen (frequentie en moment van eerste) tandartsbezoek en achtergrondkenmerken van patiënten (o.a. ses). |

Tabel 1b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Relatie tot kwaliteit | Uitkomstindicator die iets zegt over de doelmatigheid en doeltreffendheid van de mondzorg. Bij patiënten onder de 18 jaar is het gebruikelijk/wenselijk dat hiervoor één of twee keer per jaar een periodieke controle wordt verricht. Wanneer het percentage van een praktijk onder het gemiddelde percentage uitkomt (benchmark), dan kan dit een indicatie zijn dat de kwaliteit van de zorg mogelijk onvoldoende is. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | <ul style="list-style-type: none"> • 'Gezien' is geoperationaliseerd als 'gezien voor periodieke controle (C11 of C12)'. • "Onder de 18 jaar is geoperationaliseerd als: 2 tot 18 jr". |
| Indicator 1J | Percentage patiënten in de leeftijd van 2 tot 18 jaar waarbij binnen de meetperiode een periodieke controle (C11, C12) is uitgevoerd. |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossier vragenlijst) |
| Vraag zoals gesteld | Is bij deze patiënt in de meetperiode* een periodieke controle (C11 of C12) uitgevoerd? (ja/nee) |
| Inclusiecriteria | Indicator jeugd: patiënten in de leeftijd van 2 tot 18 jaar. |
| Teller | Totaal aantal jeugdige patiënten waarbij in de meetperiode een periodieke controle is uitgevoerd. |
| Noemer | Totaal aantal jeugdige patiënten waarvoor een dossiervragenlijst is ingevuld. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Ses, geslacht |

* De meetperiode loopt van 1 oktober 2010 tot 1 oktober 2011.

Bij is de vraag over periodieke controle alleen gesteld in de dossiervragenlijst voor jeugdige patiënten. Bij de vrijgevestigde mondhygiënist zijn er in totaal zestien dossiervragenlijsten ingevuld voor patiënten onder de 18 jaar. Deze patiënten kwamen van zes verschillende praktijken. Ook in de algemene vragenlijst heeft geen enkele praktijk aangegeven zich primair te richten op jeugdige patiënten. Om die reden is ervoor gekozen de jeugdige patiënten bij de mondhygiënist buiten beschouwing te laten. Dit betekent dat er voor indicator 1 in deze pilot voor de mondhygiënist geen uitspraken kunnen

worden gedaan. Tabel 1c (beoordeling methodologische criteria) en tabel 1d (bevindingen indicator 1) komen daarmee te vervallen.

Tabel 1e Advies indicator 1: periodieke controle

| | |
|--------------------------------------|--|
| Aandachtspunten/ opmerkingen | Mondhygiënisten voeren in principe geen periodieke controles uit. Bij mondhygiënisten gaat het om een parodontale recall. Een patiënt die in het parodontologieprotocol zit (DPSI 3 of 4), zou op regelmatige basis moeten worden gezien (ongeacht leeftijd). |
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Heroverweeg het doel van deze indicator bij mondhygiënisten: is deze 1) gericht periodieke controle bij jeugdige patiënten (preventie jeugd) of 2) gericht op de frequentie waarmee patiënten worden gezien. Indien doel 1: overweeg om deze indicator te laten vervallen voor vrij-gevestigde mondhygiënisten. Als het doel is 2: overweeg om op patiëntniveau na te gaan of een patiënt in parodontologieprotocol zit. Zo ja, vraag hoe vaak de patiënt in de meetperiode is gezien. • Indien data weer middels het lichten van dossiers worden verzameld, dienen de dossiers niet op basis van het afsprakenboek te worden geselecteerd, maar at random. Selectie uit afsprakenboek werkt een hoge score voor indicator 1 en daarmee een laag onderscheidingsvermogen in de hand. • Bij random selectie van dossier zal ook het veronderstelde verband van de indicator met ses moeten worden onderzocht. • Gebruik nieuwe code 2012 (A111 periodieke controle). |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> • Het ontwikkelvoorstel is afhankelijk van het doel van indicator 1. • Ontwikkel een definitie voor de groep patiënten die het beste als noemer kan fungeren bij deze indicator. Experts waren het erover eens dat de doelpopulatie niet uit alle ingeschreven patiënten, maar uit alle ‘actieve’ patiënten zou moeten bestaan. • Alle mondhygiënisten moeten deze gedefinieerde groep actieve patiënten in hun systeem kunnen selecteren, opdat deze informatie automatisch uit de systemen kan worden gehaald.* |

* NB: Uit de praktijktest kwam naar voren dat jeugdige en volwassen patiënten zoals die in deze pilot zijn gedefinieerd, niet uit alle systemen kunnen worden gehaald. Ook dit aspect van patiëntselectie verdient dus aandacht.

3.3 Indicator 2: actief beleid

Tabel 2a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Al dan niet voeren van een actief beleid om (jeugdige) patiënten te stimuleren tot geregeld periodiek mondonderzoek. |
| Type indicator | Procesindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 2b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|--|
| Relatie tot kwaliteit | Het voeren van actief beleid om patiënten te stimuleren tot geregeld periodiek mondonderzoek zegt iets over de mate waarin preventie aandacht krijgt in de praktijk. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <ul style="list-style-type: none"> Bij de mondhygiënist is een oproep niet gericht op het stimuleren van geregeld periodiek mondonderzoek. Het gaat bij de mondhygiënist om een oproep of herinnering voor behandeling (recall). 'Periodiek mondonderzoek' is daarom geoperationaliseerd als 'behandeling (recall)'. De stuurgroep heeft besloten deze indicator ook uit te vragen onder volwassen patiënten. |
| Indicator 2 | Percentage patiënten van 18 jaar of ouder waaraan in de meetperiode een oproep of herinnering voor behandeling (recall) is gestuurd. |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossievragenlijst) |
| Vraag zoals gesteld | Is aan deze patiënt gedurende de meetperiode* een oproep of herinnering voor behandeling (recall) verstuurd? Ja/nee |
| Inclusiecriteria | Alle patiënten van 18 jaar en ouder |
| Teller | Totaal aantal patiënten waaraan een oproep of herinnering voor behandeling is verstuurd. |
| Noemer | Totaal aantal patiënten waarvoor een dossievragenlijst is ingevuld. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecorrigeerd | Geen |

* De meetperiode loopt van 1 oktober 2010 tot 1 oktober 2011.

Tabel 2c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | <p>Voldoet bijna</p> <p>Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waarin de positieve relatie tussen actief beleid en periodieke controle of recall (mh) is aangetoond. Er is echter geen reden om aan het bestaan tussen deze relatie te twijfelen. Het voeren van een actief beleid om patiënten te stimuleren tot geregeld periodiek mondonderzoek is positief gecorreleerd. Indicator 1: het percentage patiënten dat in de meetperiode is gezien (dit blijkt uit de analyses van de gegevens die zijn aangeleverd door de tandartsen).</p> |
| Registratievergelijkbaarheid | <p>Voldoet niet</p> <ul style="list-style-type: none"> • De doelpopulatie is niet scherp afgebakend (wie zou een oproep moeten ontvangen, wie zou een herinnering moeten ontvangen?). • Er mist een antwoordmogelijkheid, namelijk de mogelijkheid dat er direct een nieuwe afspraak is gemaakt. Maar ook hier geldt dat niet duidelijk is omschreven voor wie er wel en voor wie niet direct een nieuwe afspraak zou moeten worden gemaakt. • Ook is het niet duidelijk of alle mondhygiënisten in het patiëntendossier registreren of er een oproep en/of herinnering is verstuurd. Een deel van de mondhygiënisten maakt bijvoorbeeld direct na de behandeling een nieuwe afspraak. |
| Populatievergelijkbaarheid | <p>Voldoet bijna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patiënten met hoge DPSI (3 of 4, paroprotocol) zouden in ieder geval een parodontale recall moeten hebben gekregen. Praktijken met veel patiënten in paroprotocol zouden hoger scoren op deze indicator. Correctie voor patiënten in paroprotocol is daarom noodzakelijk. Deze correctie is op basis van huidige data niet goed mogelijk, omdat alleen onderscheid kan worden gemaakt tussen DPSI=0 en DPSI=1 of hoger. Slechts een klein aantal patiënten had DPSI kleiner dan 1 (n= 25), dit is dus geen onderscheidend afkappunt. • Omdat men bij oudere patiënten en patiënten met een lagere ses een slechtere mondgezondheid zou kunnen verwachten, is ook gecorrigeerd voor leeftijd en ses. Voor beide factoren is in deze pilot geen significante relatie gevonden met het al dan niet versturen van een uitnodiging of herinnering voor een recall/behandeling. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | <p>Voldoet bijna</p> <p>Voor de pilot geldt dat de deelnemende praktijken in principe 30 waarnemingen moesten aanleveren. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (50,2%) geldt dat er voor een oordeel over statistische betrouwbaarheid als 'voldoet bijna' de zorgaanbieder tussen de 30 en 200 waarnemingen moet aanleveren. In de pilot hebben 20 van de 23 praktijken 30 (of meer) waarnemingen aangeleverd en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald.</p> |

Tabel 2d Bevindingen indicator 2

| | |
|----------------------------|---------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 50,2% (n=23)* |
| Minimumscore | 0,0% (n=7)** |
| Maximumscore | 100,0% (n=5) |
| SD | 46,7% |
| Score -1 sd | 3,5% |
| Score +1 sd | 96,9% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 23 praktijken.

** De minimum indicatorwaarde komt 7 keer voor.

*** De maximum indicatorwaarde komt 5 keer voor.

Tabel 2e Advies

| | |
|-----------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Verschillende respondenten in de pilot gaven aan dat zij na een behandeling vaak direct een nieuwe afspraak maken. Overweeg daarom een extra antwoordmogelijkheid: direct een nieuwe afspraak gemaakt (i.p.v. oproep verstuurd). Wijzig vraag of de DPSI-score 1 of hoger was (zie indicator 8). Vraag de geregistreeerde DPSI-score uit zodat indicator 2 hiervoor kan worden gecorrigeerd. Pas correctie voor DPSI-score toe en bevestig afwezigheid relatie actief beleid met factoren leeftijd en ses. Voor de pilot is door de stuurgroep gekozen voor een smalle definitie van actief beleid (alleen gericht op eigen patiënten). De stuurgroep zal een beslissing moeten nemen of aanpassing van deze definitie gewenst en/of mogelijk is. |
| Ontwikkelvoorstel langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> Overweeg het uitvragen van de parodontale status (naast of in plaats van DPSI-score?) van de patiënt. Of en op welke termijn er een nieuwe afspraak wordt gemaakt, hangt mede af van de parodontaal status van de patiënt, breng de uitkomst van deze indicator in verband met parodontale status patiënt. Ontwikkel een definitie voor de groep patiënten die het beste als noemer kan fungeren bij deze indicator. Dit zullen waarschijnlijk 'actieve patiënten' zijn. Alle mondhygiënisten moeten deze actieve patiënten in hun systeem kunnen selecteren, opdat de gewenste informatie automatisch uit de systemen kan worden gehaald. Zorg ervoor dat de mondhygiënisten op een eenduidige in het patiëntendossier registreren of er een nieuwe afspraak is gemaakt, op welke wijze en of men een herinnering heeft verstuurd. |

3.4 Indicator 3: fluoridebehandeling

Tabel 3a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Percentage patiënten onder de 18 jaar (dat in de meetperiode een consult heeft gehad) waarbij een fluorideapplicatie is toegepast. |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie noodzakelijk |

Tabel 3b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de mate waarin bij jeugdige patiënten wordt gefluorideerd en de kwaliteit van de zorg door mondhygiënist. Onder de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Niet alleen of, maar ook hoe vaak het is toegepast in de meetperiode. |
| Indicator 3 | Percentage patiënten van 2 tot 18 jaar waarbij in de meetperiode 1 of meer keer een fluoridebehandeling is toegepast. |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossierlijst) |
| Vraag zoals gesteld | Hoeveel keer is bij deze patiënt in de meetperiode een fluoridebehandeling toegepast? (0 keer/1 keer/2 keer/meer dan 2 keer) |
| Inclusiecriteria | Patiënten van 2 tot 18 jaar |
| Teller | Alle patiënten onder de 18 jaar waarbij in de meetperiode een fluoridebehandeling is toegepast. |
| Noemer | Alle patiënten onder de 18 jaar. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | ses, type praktijk |

Omdat geen enkele praktijk voor mondhygiëne die heeft deelgenomen aan de pilot zich primair richt op jeugdige patiënten, komt indicator 3 in de pilot te vervallen voor de vrijgevestigde mondhygiënist. Tabel 3c (beoordeling methodologische criteria) en Tabel d (bevindingen indicator 3) komen daarmee te vervallen.

Tabel 3e Advies

| | |
|-----------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Besluit of er ook kwaliteitsinformatie beschikbaar moet komen voor jeugdige patiënten bij de mondhygiënist. • Indien dit noodzakelijk is, dan zouden er ook dossiers moeten worden geselecteerd voor jeugdige patiënten door mondhygiënisten. • Maak in dat geval voor indicator 3 gebruik van de nieuwe prestatiecode 2012 (C611 beslijpen en/of fluorideren melkgebit en C811 fluoridebehandeling boven- en ondergebit). |
| Ontwikkelvoorstel langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> • Alle mondhygiënisten moeten jeugdige en volwassen patiënten in hun systeem kunnen selecteren, opdat de gewenste informatie automatisch uit de systemen kan worden gehaald. • Indien men inzicht wil verkrijgen in onder- of overbehandeling, is ontwikkelen van een norm hiervoor noodzakelijk. |

3.5 Indicator 4: sealen

Tabel 4a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Percentage patiënten onder de 18 jaar (dat in de meetperiode een consult heeft gehad) waarbij is geseald. |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie noodzakelijk |

Tabel 4b Beschrijving indicator 4: sealen

| Operationalisatie in pilot | |
|---|--|
| Relatie tot kwaliteit | Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de mate waarin bij jeugdige patiënten wordt geseald en de kwaliteit van de zorg door de mondhygiënist. Onder de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Niet alleen of, maar ook hoe vaak het is toegepast in de meetperiode. |
| Indicator 4 | Percentage patiënten van 2 tot 18 jaar waarbij in de meetperiode 1 of meer keer is geseald. |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossier vragenlijst) |
| Vraag zoals gesteld | Hoeveel keer is bij deze patiënt in de meetperiode geseald? (0 keer/1 keer/2 keer/meer dan 2 keer) |

Vervolg tabel 4b Beschrijving indicator 4: sealen

| Operationalisatie in pilot | |
|----------------------------------|---|
| Inclusiecriteria | Patiënten van 2 tot 18 jaar |
| Teller | Alle patiënten van 2 tot 18 jaar waarbij in de meetperiode 1 of meer keer is geseald. |
| Noemer | Alle patiënten van 2 tot 18 jaar. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren | ses, type praktijk |

Omdat geen enkele praktijk die heeft deelgenomen aan de pilot zich primair richt op jeugdige patiënten, komt ook indicator 4 in de pilot te vervallen voor de vrijgevestigde mondhygiënist. Tabel 4c (beoordeling methodologische criteria) en tabel 4d (bevindingen indicator 4) komen daarmee te vervallen.

Tabel 4e Advies

| | |
|---------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Besluit of er ook kwaliteitsinformatie beschikbaar moet komen voor jeugdige patiënten bij de mondhygiënist. Indien dit noodzakelijk is, zouden er ook dossiers moeten worden geselecteerd voor jeugdige patiënten door mondhygiënist. Indicator Maak in dat geval voor indicator 4 gebruik van de nieuwe prestatiecode 2012 (C511 sealen per element). |
| Langetermijn-ontwikkelvoorstel | <ul style="list-style-type: none"> Alle mondhygiënist moeten jeugdige en volwassen patiënten in hun systeem kunnen selecteren, opdat de gewenste informatie automatisch uit de systemen kan worden gehaald. Indien men inzicht wil verkrijgen in onder- of overbehandeling, is ontwikkelen van een norm hiervoor noodzakelijk. |

3.6 Indicator 5: röntgenfoto's

Tabel 5a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Gemiddeld aantal röntgenfoto's per patiënt per jaar (uitsplitsen naar soort foto's). |
| Type indicator | Procesindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 5b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Relatie tot kwaliteit | Voor het aanvullende onderzoek bij periodieke controle wordt gebruikgemaakt van röntgenopnamen (met name bitewings). Hoewel de individuele gezondheidsrisico's van tandheelkundige radiologie beperkt zijn, is het uiteraard zaak de patiënt zo min mogelijk aan straling bloot te stellen. In de richtlijn periodiek mondonderzoek van de NMT wordt zowel bij jeugd tot 18 jaar als bij volwassenen met een hoog risico op cariësprogressie een frequentie van 1x per 24 maanden realistisch geacht. Voor patiënten met een laag risico op cariësprogressie wordt 1x per 36 of 48 maanden ook verdedigbaar geacht. Mondhygiënisten mogen echter geen röntgen-apparatuur gebruiken. Omdat mogelijk tandartsen in dienst of werkzaam zijn bij praktijken voor mondhygiëne heeft de stuurgroep besloten deze indicator ook uit te vragen onder de vrijgevestigde mondhygiënisten. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <ul style="list-style-type: none"> • Er is voor gekozen alleen te vragen naar X10 (intra-orale foto) omdat dit type het meest gebruikt wordt. Er is een extra vraag opgenomen over bitewings. • Bij deze procesindicator zou onderzocht moeten worden of de indicatorwaarde samenhangt met de inschrijvingsduur van de patiënt. Dit om rekening te houden met de mogelijkheid dat er bij nieuwe (recent ingeschreven) patiënten meer foto's worden gemaakt t.b.v. diagnostiek. |
| Indicator 5R | Gemiddeld aantal röntgenfoto's (X10) per patiënt, gemaakt in de meetperiode. |
| Indicator 5B | Gemiddeld aantal bitewings per patiënt gemaakt in de meetperiode. |
| Type indicator | Procesindicator |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossiervragenlijst) |
| Vraag zoals gesteld | <ul style="list-style-type: none"> • Hoeveel keer is bij deze patiënt in de meetperiode* een röntgenfoto (X10) gemaakt? • Hoe vaak ging het om een bitewing? |
| Inclusiecriteria | Alle patiënten van 18 jaar en ouder die in de meetperiode zijn gezien. |
| Teller | Totaal aantal röntgenfoto's dat in de meetperiode bij patiënten van 18 jaar en ouder is gemaakt. |
| Noemer | Totaal aantal patiënten van 18 jaar en ouder dat in de meetperiode is gezien. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecorrigeerd | Tandartsen werkzaam in de praktijk, inschrijfduur. |

* De meetperiode loopt van 1 oktober 2010 tot 1 oktober 2011.

Tabel 5c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|---|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet Er is wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de mate waarin gebruik wordt gemaakt van röntgenfoto's/bitewings en de kwaliteit van de zorg door tandartsen (zie de richtlijn periodiek mondonderzoek van de NMT). |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet bijna <ul style="list-style-type: none"> • De indicator is deels helder en precies omschreven. Het gaat om NZa-code X10. • Voor bitewings hanteerde de NZa in 2011 geen aparte code, deze werden niet als zodanig gedeclareerd. Het is daarom mogelijk dat niet alle zorgverleners in het dossier noteren of het gaat om een bitewing. • Er is gevraagd: hoeveel keer is bij deze patiënt in de meetperiode een röntgenfoto (X10) gemaakt. Er is echter niet gespecificeerd dat de röntgenfoto moet zijn gemaakt in de betreffende praktijk. Dit betekent dat het kan voorkomen dat mondhygiënist ook röntgenfoto's hebben meegeteld die zijn gemaakt in een tandartspraktijk hebben meegeteld. Dit blijkt ook uit het feit dat een deel van de röntgenfoto's die zijn gemaakt, is genoteerd voor patiënten uit een praktijk voor mondhygiëne waar geen tandarts werkzaam is. |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet bijna <ul style="list-style-type: none"> • Mondhygiënist mogen wel röntgenapparatuur in bezit hebben, maar mogen deze niet gebruiken. Tandartsen mogen dit wel. Er is een significante relatie gevonden tussen tandartsen werkzaam in de praktijk en het aantal gemaakte röntgenfoto's. Er moet daarom worden gecorrigeerd voor de aan- of afwezigheid van een tandarts in de praktijk (tandartsen werkzaam in de praktijk). • Logischerwijze zouden er meer röntgenfoto's worden gemaakt voor patiënten die nieuw zijn in de praktijk. Hiervoor kan in de pilot niet worden gecorrigeerd, omdat er bij slechts vier van de deelnemende praktijken een tandarts werkzaam is door wie de röntgenfoto's worden gemaakt. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Kan niet worden beoordeeld De indicatorwaarde betreft geen percentage of proportie, maar een gemiddeld aantal röntgenfoto's per patiënt. |

Tabel 5d1 Bevindingen indicator 5R en 5B

| | R (X10) | B (Bitewing) |
|----------------------------|----------------|---------------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 0,22 (n=23)* | 0,08 (n=23)* |
| Minimumscore | 0,00 (n=12) | 0,00 (n=15) |
| Maximumscore | 1,08 (n=1) | 0,56 (n=1) |
| SD | 0,34 | 0,16 |
| Score -1sd | -0,12 | -0,08 |
| Score +sd | 0,56 | 0,24 |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 23 praktijken.

Tabel 5d2 Bevindingen indicator 5R voor praktijken met en zonder tandarts

| | Geen tandartsen werkzaam | Tandarts(en) werkzaam |
|----------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 0,20 (n=19) | 0,33 (n=4) |
| Minimumscore | 0,00 (n=10) | 0,00 (n=2) |
| Maximumscore | 1,08 (n=1) | 1,00 (n=1) |
| SD | 0,20 | 0,33 |
| Score -1sd | 0 | 0 |
| Score +sd | 0,40 | 0,66 |

Tabel 5e Advies

| | |
|---------------------------------|--|
| Aandachtspunten/opmerkingen | <ul style="list-style-type: none"> Let op de wijze van uitvragen. Nu is er gevraagd: hoeveel keer is bij deze patiënt in de meetperiode een röntgenfoto (X10) gemaakt. Er is niet gespecificeerd dat de röntgenfoto moet zijn gemaakt in de betreffende praktijk. Hierdoor zal het voorkomen dat mondhygiënisten ook röntgenfoto's meetellen die zijn gemaakt in een tandartspraktijk. |
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Heroverweeg de uitvraag van deze indicator: welke vraag wordt er mee beantwoord? Het feit dat de meetperiode 1 jaar beslaat, bemoeilijkt een effectieve uitvraag van deze indicator. Bespreek nogmaals het doel van deze indicator. Is dit inzicht in over-/onderbehandeling of is dit inzicht wijze van diagnostiek. Als inzicht in over- of onderbehandeling het doel is van de indicator, dan laten vervallen voor vrijgevestigde mondhygiënisten of alleen uitvragen als vrijgevestigde mondhygiënisten een tandarts in dienst hebben. Als deze indicator zich richt op diagnostiek, kan worden overwogen op patiëntniveau uit te vragen of röntgenfoto's beschikbaar zijn voor de mondhygiënist en naar de datum waarop deze zijn gemaakt. |

Vervolg tabel 5e Advies

| | |
|----------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Als de stuurgroep besluit deze indicator te handhaven, buig deze dan om naar een percentage zodat de statistische betrouwbaarheid bepaald kan worden. Indien men besluit tot uitvraag: gebruik nieuwe code 2012 (A311 Maken en beoordelen kleine röntgenfoto). Indien men besluit tot uitvraag: overweeg of 5B weer moet worden uitgevraagd. Als het zo is dat voor cariësdagnostiek eigenlijk alleen bitewings worden gebruikt, overweeg dan het uitvragen van alleen indicator 5B. Houd bij landelijke uitvraag van indicator 5 rekening met feit of er al dan niet tandartsen werkzaam zijn in de praktijk (correctie noodzakelijk). |
| Ontwikkelforstel langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> Inbouwen in software zodat de gewenste informatie automatisch uit de systemen kan worden gehaald. De stuurgroep heeft aangegeven dat deze indicator kan worden gebruikt om onder- of overbehandeling in kaart te brengen en dat het belangrijk is dat de beroepsgroep zich hierover op termijn uitspreekt. |

3.7 Indicator 6: nieuwe cariës
Tabel 6a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Aantal nieuwe cariës bij patiënten in de praktijk (die de afgelopen x jaar de praktijk hebben bezocht). |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie noodzakelijk |

Tabel 6b Operationalisatie in pilot

| | |
|-----------------------|--|
| Relatie tot kwaliteit | Deze indicator zegt iets over de doeltreffendheid van de mondzorg. De ontwikkeling van cariës kan duiden op onvoldoende kwaliteit van de mondzorg. Een groot deel van deze zorg ligt bij de patiënt zelf. Een deel daarvan ligt ook bij de tandarts en mondhygiënist. Hierbij gaat het om voorlichting en preventieve behandelingen, zoals fluoride-applicatie en sealen. Deze indicator krijgt meer waarde als deze verschillende jaren achtereenvolgend wordt gemeten. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |

Vervolg tabel 6b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <ul style="list-style-type: none"> • Indicator moet zowel primaire als secundaire cariës omvatten. • Doelpopulatie moet bestaan uit actieve patiënten. • Primaire cariës kan door de jaren heen in verband worden gebracht preventieve activiteiten van de tandarts of mondhygiënist. Secundaire cariës zegt iets over de kwaliteit van het werk van de tandarts. • Mondhygiënisten mogen alleen primaire cariës behandelen. • Uit de praktijktest bleek dat tandartsen en mondhygiënist en primaire en secundaire cariës niet als zodanig registreren. Er wordt alleen geregistreerd dat er is gerestaureerd (declaratiesysteem). Ook wordt de reden van een restauratie niet geregistreerd. • Om bovengenoemde redenen kon deze indicator niet worden uitgevraagd in de pilot. |
| Type indicator | N.v.t |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vraag zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Operationalisatie | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | N.v.t. |

Naar aanleiding van het technisch overleg (d.d. 10 oktober 2011) is besloten indicator 6 te laten vervallen voor de vrijgevestigde mondhygiënisten. Omdat er voor is gekozen deze indicator in de pilot niet uit te vragen, komen tabellen 6c (beoordeling methodologische criteria) en 6d (bevindingen indicator 6) te vervallen.

Tabel 6e Advies

| | |
|-----------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | Niet uitvragen |
| Ontwikkelvoorstel langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> • Bepaal binnen de stuurgroep of deze indicator voor de mondhygiënisten gehandhaafd moet worden. Zo ja, bepaal wat een zinvolle uitvraag is voor vrijgevestigde mondhygiënisten. Hierbij zijn ook de opleiding en de daarmee samenhangende bevoegdheden van de mondhygiënisten van belang. Bepaal vervolgens wat mondhygiënisten moeten vastleggen en op welke wijze. • Overleg met softwareleveranciers over de mogelijkheid om dit in de systemen in te bouwen, teneinde de gewenste informatie automatisch uit de systemen te kunnen halen. |

3.8 Indicator 7: DMFT-score

Tabel 7a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Gemiddelde DMFT/dmft-score van patiënten in de praktijk. |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 7b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | De DMFT-score kan in samenhang met andere indicatoren iets zeggen over de doeltreffendheid van de mondzorg. Het moment waarop de DMFT/dmft-score wordt vastgesteld, kan worden gezien als een nulmeting. Verandering in de gemiddelde score in de tijd kan een indicatie zijn voor de kwaliteit. Naast de totale score is ook een uitsplitsing in DMFT/dmft-getallen zinvol, omdat ook een verschuiving tussen deze categorieën een indicatie kan zijn voor de kwaliteit van de mondzorg. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Tijdens de praktijktest bleek dat een groot deel van de tandartsen en mondhygiënisten geen DMFT-scores registreert. Daarom is ervoor gekozen om in de pilot na te gaan welk percentage en mondhygiënisten wel DMFT-scores bepaalt en vastlegt. |
| Indicator 7 | Percentage patiënten vanaf 18 jaar waarvoor in de meetperiode is bepaald en vastgelegd. |
| Type indicator | Procesindicator |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossier vragenlijst) |
| Vraag zoals gesteld | Is bij deze patiënt in de meetperiode* de DMFT bepaald en vastgelegd? (ja/nee) |
| Inclusiecriteria | Alle patiënten van 18 jaar en ouder |
| Teller | Totaal aantal patiënten van 18 jaar en ouder waarvoor in de meetperiode de DMFT-score is bepaald en vastgelegd. |
| Noemer | Totaal aantal patiënten van 18 jaar en ouder dat in de meetperiode is gezien. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecorrigeerd | Tandarts werkzaam in de praktijk, inschrijfduur. |

* De meetperiode loopt van 1 oktober 2010 tot 1 oktober 2011.

Tabel 7c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|---|
| Inhoudsvaliditeit | <p>Voldoet niet</p> <p>Een eenduidige relatie tussen het vaststellen en registreren van de DMFT-score door mondhygiënist en de zorguitkomsten is niet beschreven. Omdat de DMFT-score een maat is die primair wordt gebruikt door tandartsen en niet door mondhygiënist en daarnaast veelal in het kader van epidemiologisch onderzoek wordt gebruikt, zijn er redenen om aan deze relatie te twijfelen.</p> |
| Registratievergelijkbaarheid | <p>Voldoet</p> <p>De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> |
| Populatievergelijkbaarheid | <p>Voldoet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mondhygiënist maken geen gebruik van de DMFT-score, tandartsen zullen dit vaker doen. Er moet dus worden gecorrigeerd voor de aanwezigheid van een tandarts in de praktijk (tandartsen werkzaam in de praktijk). In de pilot is geen significante relatie gevonden tussen het registreren van de DMFT-score en de aanwezigheid van een tandarts in de praktijk, maar dit kan worden veroorzaakt door het kleine aantal praktijken waarin een tandarts werkzaam is en het kleine aantal patiënten waarvoor de DMFT-score is bepaald en vastgelegd. • Logischerwijze zou de DMFT-score worden bepaald en vastgelegd bij de intake van een nieuwe patiënt. Daarom corrigeren voor aantal nieuwe patiënten in de meetperiode. In deze pilot is geen significant resultaat gevonden, maar ook dit kan zijn veroorzaakt door het kleine aantal nieuwe patiënten in de pilot. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | <p>Voldoet niet</p> <p>Voor de pilot geldt dat de deelnemende praktijken in principe 30 waarnemingen moesten aanleveren. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (50,2%) geldt dat er voor een oordeel over statistische betrouwbaarheid als 'voldoet bijna', de zorgaanbieder tussen de 30 en 200 waarnemingen moet aanleveren. In de pilot hebben 20 van de 23 praktijken 30 (of meer) waarnemingen aangeleverd en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald.</p> |

Tabel 7d Bevindingen indicator 7

| | |
|----------------------------|----------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 1,89% (n=23)* |
| Minimumscore | 0,00% (n=16)** |
| Maximumscore | 20,00% (n=1)* |
| SD | 4,43 |
| Score -1 sd | -2,54 |
| Score +1 sd | 6,32 |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 23 praktijken.

** De minimumwaarde komt 16 keer voor.

*** De maximumwaarde komt 1 keer voor.

Tabel 7e Advies

| | |
|------------------------------------|---|
| Aandachtspunten/ opmerkingen | Mondhygiënisten werken niet met de DMFT omdat zij slechts in beperkte mate restauraties uitvoeren. De DMFT-score is een (epidemiologische) maat voor tandartsen. |
| Advies landelijke uitvraag 2012 | Niet uitvragen als uitkomstindicator, noch als procesindicator. |
| Langetermijn- ontwikkelvoorstel | <ul style="list-style-type: none"> • Heroverweeg het initiële idee van de DMFT/dmft-score als uitkomstindicator. De mondhygiënisten, maar ook tandartsen in de praktijktest werken niet met de DMFT/dmft omdat ze, naar eigen zeggen, niets doen met de score. Het is een epidemiologische maat en volgens hen niet van waarde voor individuele tandartsen of hun patiënten. Ook is de nabelronde is dit onderwerp meerdere malen aan de orde gekomen. Dit beeld wordt bevestigd door de resultaten van de pilot, waaruit blijkt dat voor slechts een zeer klein deel van de patiënten (1,9%) een DMFT/dmft-score is bepaald en vastgelegd. • Neem bij heroverweging van deze indicator ook de tijdsinvestering die het kost om voor alle patiënten de DMFT te bepalen in de overweging. • Als wordt besloten deze indicator te handhaven, dan alleen uitvragen bij praktijken waar een tandarts werkzaam is. • Indien wordt besloten deze indicator te handhaven: overleg met softwareleveranciers over de mogelijkheid om dit in de systemen in te bouwen, teneinde de gewenste informatie automatisch uit de systemen te kunnen halen. |

3.9 Indicator 8: DPSI-score

Tabel 8a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Gemiddelde DPSI-score van patiënten in de praktijk. |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie nodig, aangezien parodontologiepraktijken meer paropatiënten (met hogere DPSI-scores) hebben. |

Tabel 8b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Het gaat hier om het percentage patiënten in de praktijk dat in de verschillende DPSI-categorieën valt. Momenteel wordt de DPSI-score nog niet standaard bepaald in de algemene praktijk. Omdat de DPSI-score, in samenhang met andere indicatoren, iets kan zeggen over de kwaliteit van de mondzorg, is het (op termijn) wenselijk dat de DPSI-score voor alle patiënten (ook voor kinderen) wordt vastgesteld. Het moment waarop de DPSI-score wordt vastgesteld kan worden gezien als een nulmeting. Het uitvragen van de percentages patiënten in de verschillende DPSI-categorieën krijgt meer waarde naarmate deze indicator langer wordt uitgevraagd. Een verschuiving tussen de DPSI-categorieën kan dan een indicatie zijn voor de kwaliteit van de mondzorg. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <ul style="list-style-type: none"> • Alleen uitvragen bij volwassen patiënten. • Vraag naar of de DPSI-score is bepaald en vastgelegd en naar eventuele vervolgacties. • Onderzoek of de indicatorwaarde voor DPSI-score 1 of hoger samenhangt met de inschrijvingsduur van de patiënt. Dit om rekening te houden met de mogelijkheid dat bij nieuwe (recent ingeschreven) patiënten de DPSI-score vaker wordt bepaald. |
| Indicator 8a | Percentage patiënten van 18 jaar en ouder waarvoor in de meetperiode de DPSI-score is bepaald en vastgelegd. |
| Indicator 8b | Percentage patiënten van 18 jaar en ouder waarvoor in de meetperiode de DPSI-score is bepaald en vastgelegd, waarbij de DPSI-score 1 of hoger was. |
| Indicator 8c | Percentage patiënten van 18 jaar en ouder waarvoor in de meetperiode de DPSI-score is bepaald en vastgelegd, waarbij de DPSI-score 1 of hoger was en vervolgactie is ondernomen. |
| Type indicator | Uitkomstindicator (8b) en procesindicator (8a en 8c) |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (dossiervragenlijst) |

Vervolg tabel 8b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Vragen zoals gesteld | <p>a. Is bij deze patiënt in de meetperiode de DPSI-score bepaald en vastgelegd?</p> <p>b. Was de DPSI-score van deze patiënt 1 of hoger? Ja/nee</p> <p>c. Heeft u naar aanleiding van die geconstateerde parodontale situatie bij deze patiënt op enigerlei wijze actie ondernomen? Ja/nee</p> <p>d. Welke actie(s) heeft u ten aanzien van deze patiënt ondernomen? (meer antwoorden mogelijk)</p> <ul style="list-style-type: none"> o Mondgezondheid besproken met patiënt. o Patiënt voorlichting en instructie gegeven. o Gebit van patiënt gereinigd. o Overhangende restauraties bij patiënt bijgewerkt. o Paro-protocol bij patiënt gestart. o Patiënt verwezen naar tandarts. o Patiënt verwezen naar parodontoloog. o Andere actie, namelijk... |
| Inclusiecriteria | Alle patiënten van 18 jaar en ouder die in de meetperiode zijn gezien. |
| Teller | <p>Voor a: Alle volwassen patiënten waarvoor de DPSI-score in de meetperiode is bepaald en vastgelegd.</p> <p>Voor b: Alle volwassen patiënten waarvoor de DPSI-score in de meetperiode is bepaald en vastgelegd, waarbij de DPSI-score 1 of hoger was.</p> <p>Voor c: Alle volwassen patiënten waarvoor de DPSI-score in de meetperiode is bepaald en vastgelegd, waarbij de DPSI-score 1 of hoger was en waarvoor men op enigerlei wijze actie heeft ondernomen.</p> |
| Noemer | Totaal aantal patiënten van 18 jaar en ouder dat in de meetperiode is gezien. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecorrigeerd | <p>Inschrijvingsduur (indicator 8a).</p> <p>Leeftijd, ses (indicator 8b).</p> |

Tabel 8c Beoordeling methodologische criteria (voor 8a, 8b en 8c)

| | |
|---|--|
| Inhoudsvaliditeit: DPSI-score bepaald en vastgelegd | <p>a) Voldoet De relatie tussen het al dan niet bepalen van de DPSI-score en de zorguitkomsten is niet omschreven, maar er is geen reden om te twijfelen aan deze relatie.</p> <p>b) Voldoet bijna Er is geen wetenschappelijke literatuur voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de DPSI-score en de kwaliteit van de mondzorg. In de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie.</p> <p>c) Voldoet De relatie tussen de mate waarin actie ondernomen wordt en de zorguitkomsten is niet omschreven, maar er is geen reden om te twijfelen aan deze relatie.</p> |
|---|--|

Vervolg tabel 8c Beoordeling methodologische criteria (voor 8a, 8b en 8c)

| | |
|---------------------------------------|---|
| Registratievergelijkbaarheid | <p>a) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> <p>b) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> <p>c) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> |
| Populatievergelijkbaarheid: | <p>a) Voldoet bijna Er is een significante relatie tussen inschrijfduur en het bepalen en vastleggen van de DPSI-score. Voor nieuwe patiënten werd de DPSI-score significant vaker bepaald en vastgelegd. Correctie voor het aantal nieuwe patiënten in de meetperiode is wenselijk. In verband met kleine aantallen per praktijk (155 nieuwe patiënten, verdeeld over 23 praktijken) is hiervoor in de pilot niet gecorrigeerd.</p> <p>b) Voldoet bijna De DPSI-score zelf zou in theorie hoger kunnen zijn bij oudere patiënten (slechtere mondgezondheid) en bij patiënten met een lagere ses (idem). In de pilot is voor beide factoren geen significante relatie gevonden met een DPSI van 1 of hoger. Echter, een DPSI van 1 of hoger is mogelijk weinig onderscheidend. Beter zou het zijn om te vragen naar de daadwerkelijke DPSI-scores op patiëntniveau.</p> <p>c) Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed moeten zijn op de indicatorscore.</p> |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | <p>a) Voldoet bijna Voor de pilot geldt dat de deelnemende praktijken in principe 30 waarnemingen moesten aanleveren. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (78,8%) geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. In de pilot hebben 20 van de 23 praktijken 30 (of meer) waarnemingen aangeleverd en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald.</p> <p>b) Voldoet bijna Voor de pilot geldt dat de deelnemende praktijken in principe 30 waarnemingen moesten aanleveren. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (75,4%) geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. In de pilot hebben 20 van de 23 praktijken 30 (of meer) waarnemingen aangeleverd en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald.</p> |

Vervolg tabel 8c Beoordeling methodologische criteria (voor 8a, 8b en 8c)

| | |
|--|---|
| | <p>c) Voldoet bijna Voor de pilot geldt dat de deelnemende praktijken in principe 30 waarnemingen moesten aanleveren. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (70,6%) geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. In de pilot hebben 20 van de 23 praktijken 30 (of meer) waarnemingen aangeleverd en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald.</p> |
|--|---|

Tabel 8d1 Bevindingen indicator 8 (a t/m c)

| | a) DPSI-score bepaald en vastgelegd | b) DPSI-score 1 of hoger | c) Actie ondernomen |
|----------------------------|--|---------------------------------|----------------------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 78,8% (n=23)*% | 75,4% (n=23)* | 70,6% (n=23)* |
| Minimumscore | 20,0% (n=1) | 20,0% (n=1) | 1,7 (n=1) |
| Maximumscore | 100,0% (n=9) | 100,0% (n=7) | 100,0% (n=1) |
| SD | 78,8% | 28,6% | 31,9% |
| Score -1 sd | 0,0% | 46,8% | 38,7% |
| Score +1 sd | 157,6% | 104,0% | 109,3% |

* De indicatorwaarden van a, b en c zijn gebaseerd op de gegevens van 23 praktijken.

Tabel 8d2 Ondernomen acties bij patiënten met DPSI-score 1 of hoger (N= 489 patiënten)

| | % (n) |
|--|--------------|
| Mondgezondheid besproken met patiënt | 92,8 (454) |
| Patiënt voorlichting en instructie gegeven | 93,9 (459) |
| Gebit van patiënt gereinigd | 88,5 (433) |
| Overhangende restauraties bij patiënt bijgewerkt | 2,5 (17) |
| Paroprotocol bij patiënt gestart | 64,4 (315) |
| Patiënt verwezen naar tandarts | 21,7 (106) |
| Patiënt verwezen naar parodontoloog | 8,4 (41) |
| Andere actie, namelijk...* | 24,1 (118) |

* Waaronder advies over stoppen met roken en bacteriologische kweek.

Tabel 8e Advies

| | |
|-----------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Alleen uitvragen als uitkomstindicator (8b), aangezien ruim driekwart van de mondhygiënisten de DPSI-score van patiënten blijkt te registreren (zie indicator 8a). • Ga na of het wenselijk is om de daadwerkelijke DPSI-score uit te vragen. • Zo ja, ga na of het wenselijk is de scores van alle sextanten uit te vragen (in de praktijktest werd meerdere malen opgemerkt dat de DPSI-score alleen iets zegt over het 'slechtste' sextant en dus niet per definitie een meting is van de kwaliteit van de zorg). • Ook uitvragen bij jeugdige patiënten, aangezien in de prestatiebeschrijvingsbeschikking voor 2012 wordt vermeld dat het bepalen van de DPSI-score tot de prestatie periodieke controle (A111) behoort. • Bespreek in hoeverre het wenselijk is dat de DPSI vaker wordt bepaald bij nieuwe patiënten. Vanaf 2012 behoort het bepalen van de DPSI bij de prestatie periodieke controle. Hieruit zou men kunnen opmaken dat de DPSI bij iedere periodieke controle zou moeten worden bepaald (en vastgelegd). Bepaal wat het standpunt is van de stuurgroep inzake de frequentie van het bepalen van de DPSI. • Beschrijf de veronderstelde samenhang tussen de DPSI-score en andere indicatoren in de set ter verbetering van de inhoudsvaliditeit. |
| Ontwikkelvoorstel langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> • DPSI-scores kunnen niet in ieder systeem (op uniforme wijze) worden vastgelegd. Overleg hierover met softwareleveranciers t.b.v. automatische uitvraag. |

3.10 Indicator 9: hand- en hoekstukken

Tabel 9a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Aantal aanwezige hand- en hoekstukken in de praktijk |
| Type indicator | Procesindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 9b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Relatie tot kwaliteit | Deze informatie geeft een indicatie van het niveau van infectiepreventie in de praktijk. Hand- en hoekstukken zijn kostbaar. De inspectie merkt in de praktijk dat als men veel heeft geïnvesteerd in hand- en hoekstukken, men hygiëne belangrijk vindt en de hygiëne en infectiepreventie ook op andere punten op orde heeft. |
| Kwaliteitsdomein | Veiligheid |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Vraag naar aantal aanwezige hand- en hoekstukken is aangevuld met vragen over de aanwezigheid, het merk en type van thermodesinfector, hoekstukkensterilisator, hoekstukkenreiniger en vacuümsterilisator. |
| Indicator 9a | Aantal in de praktijk aanwezige hand en hoekstukken. |
| Indicator 9b | Aanwezigheid thermodesinfector in de praktijk. |
| Indicator 9c | Aanwezigheid hoekstukkensterilisator in de praktijk. |
| Indicator 9d | Aanwezigheid hoekstukkenreiniger in de praktijk. |
| Indicator 9e | Aanwezigheid vacuümsterilisator in de praktijk. |
| Type indicator | Procesindicator |
| Niveau van uitvragen | Praktijkniveau (algemene vragenlijst) |
| Operationalisatie* | <ul style="list-style-type: none"> • Is er een thermodesinfector in de praktijk aanwezig? Ja/nee • Indien ja > Welk merk en type thermodesinfector is in de praktijk aanwezig? • Is er een hoekstukkensterilisator in de praktijk aanwezig? Ja/nee • Indien ja > Welk merk en type hoekstukkensterilisator is in de praktijk aanwezig? • Is er een hoekstukkenreiniger (bijv. Assistina) in de praktijk aanwezig? Ja/nee • Indien ja > Welk merk en type hoekstukkenreiniger is in de praktijk aanwezig? • Is er een vacuümsterilisator in de praktijk aanwezig? Ja/nee • Indien ja > Welk merk en type vacuümsterilisator is in de praktijk aanwezig? • Welk merk hand- en hoekstukken zijn er aanwezig in de praktijk? <ul style="list-style-type: none"> ○ Sirona ○ W&H ○ KaVo ○ BA International ○ Anders • U heeft aangegeven dat er in de praktijk hand- en hoekstukken van het merk [...] aanwezig zijn. Wilt u in het onderstaande overzicht aangeven welke typen hand- en hoekstukken er aanwezig zijn in de praktijk door per type het aantal en het serienummer in te vullen? |
| Inclusiecriteria | Alle deelnemende praktijken |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Casemix | Geen |

Tabel 9c Beoordeling methodologische criteria (a en b tot en met e)

| | |
|---------------------------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | <p>a) Voldoet niet De relatie tussen het aantal hand- en hoekstukken en het niveau van infectiepreventie is niet onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast bestaat er verdeeldheid onder deskundigen het bestaan van deze relatie. Het gaat hier om een aanname.</p> <p>b t/m e) Voldoet bijna De relatie tussen de aanwezige apparatuur het niveau van infectiepreventie is niet onderbouwd door wetenschappelijk onderzoek. Tegelijkertijd is er geen reden om aan het bestaan van deze relatie te twifelen.</p> |
| Registratievergelijkbaarheid | <p>a) Voldoet niet Het opvragen van het aantal hand- en hoekstukken zonder serienummers kan sociaal wenselijke antwoorden in de hand werken. Aan de andere kant kan het opvragen van serienummers irritatie opwekken, met als gevolg dat men deze niet aanlevert.</p> <p>b t/m e) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> |
| Populatievergelijkbaarheid | <p>a) Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore.</p> <p>b t/m e) Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore.</p> |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | <p>a) Kan niet beoordeeld worden Het betreft hier een indicator op praktijkniveau.</p> <p>b t/m e) Kan niet beoordeeld worden Het betreft hier indicatoren op praktijkniveau.</p> |

Tabel 9d1 Bevindingen indicator 9a (N=33 praktijken)

| | % (n) |
|--|-----------|
| Vraag niet beantwoord | 21,2 (7) |
| 1 t/m 5 | 36,4 (12) |
| 6 t/m 10 | 33,3 (11) |
| 11 t/m 15 | 9,1 (3) |
| 16 of meer * | 9,1 (3) |
| Totaal aantal hand- en hoekstukken alle praktijken | 182 |
| Gemiddeld aantal hoekstukken per praktijk (182/26) | 7,0 |

* Het maximale aantal opgegeven hand- en hoekstukken per praktijk is 27.

Tabel 9d2 Bevindingen indicator 9b t/m 9e

| | % (n) |
|---|-----------|
| <i>Thermodesinfector aanwezig in praktijk (n= 33)</i> | 54,5 (18) |
| Merk thermodesinfector | |
| - Miele | 72,2 (13) |
| - Anders | 27,8 (5) |
| <i>Hoekstukkensterilisator aanwezig in praktijk (n= 33)</i> | 33,3 (11) |
| Merk hoekstukkensterilisator | |
| - Sirona | 6,1 (2) |
| - Lisa | 6,1 (2) |
| - Anders | 63,6 (7) |
| <i>Hoekstukkenreiniger aanwezig in praktijk (n= 33)</i> | 42,4 (14) |
| Merk hoekstukkenreiniger | |
| - Assistina | 57,1 (8) |
| - W&H | 14,2 (2) |
| - Anders | 28,6 (4) |
| <i>Vacuümsterilisator aanwezig in praktijk (n= 31)</i> | 67,7 (21) |
| Merk vacuümsterilisator | |
| - Melag | 47,6 (10) |
| - W&H Lisa | 23,8 (5) |
| - Anders | 28,6 (6) |

Tabel 9e Advies

| | |
|-----------------------------------|---|
| Aandachtspunten/opmerkingen | <ul style="list-style-type: none"> Deelnemers vragen zich af wat hand- en hoekstukken te maken hebben met kwaliteit. Ga na of er een andere indicator mogelijk is voor het meten van het niveau van infectiepreventie. Bij grote praktijken heeft de respondent niet altijd toegang tot alle hand- en hoekstukken in de verschillende behandelkamers. |
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Overleg met de inspectie wat relevant is om uit te vragen. Als de inspectie zich alleen richt op het aantal: vraag dan bij 9a ook alleen het aantal hand- en hoekstukken per praktijk uit en niet de merken, typen en serienummers. Indien indicator 9a nogmaals wordt uitgevraagd: vul de lijst met hand- en hoekstukken aan, deze was niet compleet. Overweeg bij de indicatoren 9b t/m 9e om te vragen naar de datum waarop de verschillende apparatuur voor de laatste keer is getest. Overleg met de inspectie wat relevant is om uit te vragen wat de apparatuur betreft. Publiceer geen merknamen van de apparatuur. |
| Ontwikkelvoorstel langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> Ga, gezien de onvoldoende inhoudsvaliditeit, na of er een andere indicator mogelijk is voor het meten van het niveau van infectiepreventie. In de nabelronde is dit onderwerp ook meerdere malen aan de orde gekomen. |

3.11 Indicator 10: vervanging/levensduur van eigen restauraties

Tabel 10a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Gemiddelde vervanging van eigen restauraties/ levensduur van eigen restauraties |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 10b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|--|
| Relatie tot kwaliteit | De levensduur van de restauraties/protheses zegt iets over de kwaliteit van het eigen werk. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Momenteel wordt er door tandartsen en mondhygiënisten alleen geregistreerd of er een restauratie is uitgevoerd. Niet of het om een nieuwe restauratie of een vervanging gaat en ook niet wat de reden van vervanging is. Om die reden was het niet mogelijk om deze indicator uit te vragen en is deze indicator voor de pilot komen te vervallen. |
| Indicator 10 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vragen zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

Omdat ervoor is gekozen indicator 10 in de pilot niet uit te vragen bij vrijgevestigde mondhygiënisten, komen tabellen 10c (beoordeling methodologische criteria) en 10d (bevindingen indicator 10) te vervallen.

Tabel 10e Advies

| | |
|---------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | Niet uitvragen |
| Langetermijn-ontwikkelvoorstel | <ul style="list-style-type: none"> Bepaal binnen de stuurgroep of deze indicator gehandhaafd moet worden. Overweeg of het zinvol is om deze indicator uit te vragen bij mondhygiënisten met een bacheloropleiding. Zo ja, bepaal vervolgens wat deze mondhygiënisten moeten vastleggen en op welke wijze. Betrek hierbij ook indicator 6 (nieuwe cariës). Overleg vervolgens met softwareleveranciers over de mogelijkheid om dit in de systemen in te bouwen t.b.v. een automatische uitvraag. |

3.12 Indicator 11: PROMS

Tabel 11a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Omschrijving | Indicatoren op basis van PROMS |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 11b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|---|
| Relatie tot kwaliteit | Met de uitvraag van PROMs wordt beoogd informatie over de medische effectiviteit van de geleverde zorg op patiëntniveau beschikbaar te maken. PROMs zijn eenvoudige vragenlijsten voor patiënten die in kaart brengen of de klachten van patiënten verminderd zijn door de behandeling. PROMs komen niet in de plaats van bestaande instrumenten voor het meten van de patiënt-perceptie over zorg, zoals de CQI, maar vormen een aanvulling op metingen die cliëntgerichtheid en patiënttevredenheid vaststellen. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit en patiëntgerichtheid |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | De oorspronkelijke vragen zijn aangepast op de beroepsgroep mondhygiënist. Ook zijn vragen over achtergrondkenmerken toegevoegd. |
| Type indicator | Uitkomstindicatoren |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (patiëntvragenlijst) |
| Operationalisatie* | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bent u man of vrouw? 2. Hoe oud bent u? 3. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? 4. Wat zijn de 4 cijfers van uw postcode? 5. Wat was de reden voor uw bezoek aan de mondhygiënist? (achtergrondkenmerk) 6. Heeft uw mondhygiënist met u uw mondgezondheid besproken? 7. Indien een behandeling noodzakelijk was, zijn er eventuele alternatieve behandelingen met u besproken? 8. Is aan u uitgelegd hoe u de tussenruimte tussen de tanden en kiezen moet schoonhouden? 9. Trekken de mondhygiënist en eventuele andere medewerkers schone handschoenen aan in uw bijzijn? 10. Trekken de mondhygiënist en eventuele andere medewerkers een schoon mondkapje aan in uw bijzijn? 11. Vindt u de praktijk schoon? 12. Heeft u gedurende de afgelopen 12 maanden pijnklachten gehad in uw mond? (altijd/meestal/vaak/soms) 13. Had u na de behandeling napijn? (Alleen als de reden van het bezoek niet een periodieke controle is) 14. Leek de mondhygiënist tijdens uw bezoek deskundig en professioneel? 15. Weet u door wie (welke functie) u bent behandeld? |

Vervolg tabel 11b Operationalisatie in pilot

| | |
|----------------------------------|--|
| | 16. Op welke wijze bent u hierover geïnformeerd? Vragen 1 t/m 5 van de patiëntvragenlijst zijn gesteld om achtergrondinformatie te verkrijgen ten behoeve van eventuele correcties. Vragen 12 en 13 hebben betrekking op Patient Reported Outcome Measures en worden derhalve als indicatoren 11A en 11B uitgewerkt in tabel 11c, 11d1, 11d2 en 11e. Vragen 6 t/m 11 en vragen 14 t/m 16 kunnen worden beschouwd als cliënt-ervaringsvragen. Hierover wordt gerapporteerd in tabel 11d3. |
| Indicator 11A | Percentage patiënten dat gedurende de afgelopen maanden in enige mate pijnklachten in de mond heeft ervaren. |
| Indicator 11B | Percentage patiënten dat na de behandeling (geen periodieke controle) napijn had. |
| Inclusiecriteria | De mondhygiënist deelde gedurende de pilotperiode aan maximaal 100 patiënten een inlogcode en wachtwoord uit voor het invullen van de vragenlijst. |
| Teller | Aantal respondenten van 18 jaar en ouder dat de vraag bevestigend heeft beantwoord. |
| Noemer | Totaal aantal respondenten van 18 jaar en ouder dat de vraag heeft beantwoord. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren | Leeftijdscategorie, geslacht, ses. |

* Zie bijlage 3 voor de achtergrondkenmerken van de patiënten die de PROMS-vragenlijst hebben ingevuld.

Tabel 11c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|-------------------|---|
| Inhoudsvaliditeit | <p>a) Voldoet bijna Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen deze vraag en de kwaliteit van de zorg door mondhygiënist. Tussen de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie.</p> <p>b) Voldoet niet De mate van napijn hangt af van het type behandeling dat is uitgevoerd. Napijn zou daarom in verband moeten worden gebracht met de behandeling die de respondent heeft ondergaan. Bij sommige behandelingen is napijn echter onvermijdelijk en zegt dit niets over de kwaliteit van de zorg door de mondhygiënist. Hierover heeft discussie plaatsgevonden in de stuurgroep.</p> |
|-------------------|---|

Vervolg tabel 11c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|---|
| Registratievergelijkbaarheid | <p>a) Voldoet niet De indicator is niet scherp omschreven en is voor meerdere interpretaties vatbaar. Wat moet men verstaan onder meestal? Vaak? Soms? En wat wordt er precies bedoeld met pijnklachten? Daarnaast zijn de gegevens per cliënt niet in een systeem traceerbaar, zie pag. 23 van de indicatorstandaard.</p> <p>b) Voldoet niet De indicator is niet scherp omschreven en is voor meerdere interpretaties vatbaar. Wat moet men bijvoorbeeld verstaan onder veel of een beetje? En wat wordt er precies bedoeld met napijn? Daarnaast zijn de gegevens per cliënt niet in een systeem traceerbaar, (zie pag. 23 van de indicatorstandaard).</p> |
| Populatievergelijkbaarheid: | <p>a) Voldoet De indicatorwaarde hangt, over alle respondenten gezien (N=468), samen met geslacht en leeftijd. In verband met kleine aantallen per praktijk (bij slechts 8 van de 24 praktijken hebben 30 of meer patiënten de vragenlijst ingevuld) is hiervoor in de pilot niet gecorrigeerd.</p> <p>b) Voldoet De indicatorwaarde hangt samen ses. In verband met kleine aantallen per praktijk (bij slechts 8 van de 24 praktijken hebben 30 of meer patiënten de vragenlijst ingevuld) is hiervoor in de pilot niet gecorrigeerd.</p> |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | <p>a) Voldoet niet Voor deze indicator geldt een maximaal aantal observaties van 100 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (23,7%), geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. Bij 8 van de 24 praktijken (33%) hebben 30 of meer patiënten de vragenlijst ingevuld en zijn er dus 30 of meer waarnemingen en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald. Het merendeel van de praktijken voldoet niet aan dit criterium.</p> <p>b) Voldoet niet Voor deze indicator geldt een maximaal aantal observaties van 100 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (35,4%), geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. Bij 8 van de 24 praktijken (33%) hebben 30 of meer patiënten de vragenlijst ingevuld en zijn er dus 30 of meer waarnemingen en daarmee de score 'voldoet bijna' behaald. Het merendeel van de praktijken voldoet niet aan dit criterium.</p> |

Tabel 11d1 Bevindingen indicator 11A (pijnklachten)

| | |
|----------------------------|----------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 23,7% (n=24)* |
| Minimale indicatorwaarde | 0,0% (n=5)** |
| Maximale indicatorwaarde | 66,7% (n=1)*** |
| Standaarddeviatie | 17,3 |
| Score -1 sd | 6,4% |
| Score +1 sd | 41,0% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van patiënten van 24 praktijken.

** De minimale indicatorwaarde komt 5 keer voor.

*** De maximale indicatorwaarde komt 1 keer voor.

Tabel 11d2 Bevindingen indicator 11B (napijn)

| | |
|----------------------------|---------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 35,4% (n=20)* |
| Minimale indicatorwaarde | 0,0% (n=6)** |
| Maximale indicatorwaarde | 100% (n=2)*** |
| Standaarddeviatie | 32,7 |
| Score -1 sd | 2,7% |
| Score +1 sd | 68,1% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 20 praktijken.

** De minimale indicatorwaarde komt 6 keer voor.

*** De maximale indicatorwaarde komt 2 keer voor.

Tabel 11d3 Bevindingen procesindicatoren PROMs

| | Indicator-waarde | Minimum-score | Maximum-score | SD | Score -1 sd | Score +1 sd |
|---|------------------|---------------|---------------|-------|-------------|-------------|
| 6. Heeft uw mondhygiënist met u uw mondgezondheid besproken? | 93,9% (n=24) | 0,0% (n=1) | 100,0% (n=19) | 20,8% | 73,1% | 114,7% |
| 7. Indien een behandeling noodzakelijk was, zijn er eventuele alternatieve behandelingen met u besproken? | 50,6% (n=21) | 0,0% (n=4) | 100,0% (n=2) | 33,5% | 17,1% | 84,1% |
| 8. Is aan u uitgelegd hoe u de tussenruimte tussen de tanden en kiezen moet schoonhouden? | 99,2% (n=24) | 80,0% (n=1) | 100,0% (n=23) | 4,1% | 95,1% | 103,3% |
| 9. Trekken de mondhygiënist en eventuele andere medewerkers schone handschoenen aan in uw bijzijn? | 99,8% (n=24) | 96,9% (n=1) | 100,0%(n= 22) | 0,7% | 99,1% | 100,5% |
| 10. Trekken de mondhygiënist en eventuele andere medewerkers een schoon mondkapje aan in uw bijzijn? | 97% (n=24) | 50,0% (n=1) | 100,0% (n=18) | 10,2% | 86,8% | 107,2% |
| 11. Vindt u de praktijk schoon? | 100% (n=24) | 100,0% (n=24) | 100,0% (n=24) | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| 14. Leek de mondhygiënist tijdens uw bezoek deskundig en professioneel? | 98,6% (n=24) | 66,7% (n=1) | 100,0% (n=23) | 6,8% | 91,8% | 105,4% |
| 15. Weet u door wie (welke functie) u bent behandeld? | 97,3% (n=24) | 80,0% (n=1) | 100,0% (n=16) | 5,1% | 92,2% | 102,4% |
| 16. Op welke wijze bent u hierover geïnformeerd? | | | | | | |
| - De behandelaar droeg een naambordje met naam en functie. | 6,2% (n=24) | 0,0% (n=11) | 32,3% (n=1) | 8,2% | -2,0% | 14,4% |
| - Er hangen foto's van de medewerkers met naam en functie. | 3,2% (n=24) | 0,0% (n=16) | 29,4% (n=1) | 6,7% | -3,5% | 9,9% |
| - De medewerker(s) door wie ik ben behandeld, heeft mij geïnformeerd. | 51% (n=24) | 0,0% (n=2) | 100,0% (n=1) | 21,9% | 29,1% | 72,9% |
| - Anders, namelijk* | 39,6% (n=24) | 0,0% (n=1) | 100,0% (n=1) | 23,0% | 16,6% | 62,6% |

* Bijvoorbeeld: via mijn tandarts, degene die me behandeld heeft is een bekende van me, het is een eenmanszaak, via een bekende/familieid dat hier al eerder geweest is.

Tabel 11e Advies

| | |
|---------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Bespreek de inhoudsvaliditeit van indicatoren 11A en 11B in de stuurgroep. Wanneer de stuurgroep besluit indicatoren 11A en 11B in 2012 uit te vragen, dan dienen de registratievergelijkbaarheid en de statistische betrouwbaarheid van beide indicatoren verbeterd te worden. Wanneer de stuurgroep besluit indicatoren 11A en 11B in 2012 uit te vragen, en er is in 2012 geen sprake van een CQI-vragenlijst, dan adviseren wij de procesindicatoren van de PROMs eveneens uit te vragen. |
| Langetermijn ontwikkelvoorstel | <ul style="list-style-type: none"> Overweeg de procesindicatoren PROMs op te nemen in CQI-vragenlijst. Vul de PROMs aan met meer uitkomstindicatoren. |

3.13 Indicator 12: gemiddelde behandelbehoefte orthodontie

Tabel 12a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Voor orthodontie: gemiddelde behandelbehoefte |
| Type indicator | Procesindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 12b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Relatie tot kwaliteit | Deze indicator geeft een indicatie van de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de orthodontistische mondzorg en kan worden gebruikt als spiegelinformatie. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 12 (gemiddelde behandelbehoefte) heeft betrekking op orthodontie is daarom niet uitgevraagd bij vrijgevestigde mondhygiënist. |
| Indicator 12 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vragen zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

Omdat indicator 12 niet van toepassing is op vrijgevestigde mondhygiënisten komen tabellen 12c (beoordeling methodologische criteria) en 12d (bevindingen indicator 12) en 12e (advies) te vervallen.

3.14 Indicator 13: gemiddelde behandelduur orthodontie

Tabel 13a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Voor orthodontie: gemiddelde behandelduur |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie nodig aangezien sommige orthodontiepraktijken meer doen aan bijzondere tandheelkunde. |

Tabel 13b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Relatie tot kwaliteit | Deze indicator geeft een indicatie van de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de orthodontistische mondzorg. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 13 (gemiddelde behandelduur) heeft betrekking op orthodontie en is daarom niet uitgevraagd bij vrijgevestigde mondhygiënisten. |
| Indicator 13 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vraag zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

Omdat indicator 13 niet van toepassing is op vrijgevestigde mondhygiënisten, komen tabellen 13c (beoordeling methodologische criteria), 13d (bevindingen indicator 13) en 13e (advies) te vervallen.

3.15 Indicator 14: inschrijving kwaliteitsregister

Tabel 14a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|----------------------------|
| Omschrijving | Inschrijving in KRT of KRM |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 14b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Relatie tot kwaliteit | Het KRT en het KRM stellen kwaliteitseisen aan tandartsen en mondhygiënisten, bijv. ten aanzien van bij- en nascholing. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <ul style="list-style-type: none"> • Toevoeging vraag naar mondhygiënisten in de praktijk die uitsluitend staan ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). • Toevoeging vraag naar zorgverleners in de praktijk die zijn aangesloten bij Stichting Garantiefonds Mondzorg (SGM). |
| Indicator 14a | Percentage mondhygiënisten in de praktijk dat staat ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Mondhygiënisten. |
| Indicator 14b | Percentage mondhygiënisten in de praktijk dat uitsluitend staat ingeschreven van het Kwaliteitsregister Paramedici. |
| Indicator 14c | Percentage tandartsen in de praktijk dat staat ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Tandartsen. |
| Indicator 14d | Percentage zorgverleners in de praktijk dat is aangesloten bij de Stichting Garantiefonds Mondzorg. |
| Type indicator | Structuurindicator |
| Niveau van uitvragen | Praktijkniveau (algemene vragenlijst) |
| Vragen zoals gesteld | <p>a) Hoeveel mondhygiënisten die werkzaam zijn in de praktijk staan ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Mondhygiënisten (KRM)?</p> <p>b) Hoeveel mondhygiënisten die werkzaam zijn in de praktijk staan <i>uitsluitend</i> ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)? Basisregistratie: ...mondhygiënisten Kwaliteitsregistratie: ...mondhygiënisten</p> <p>c) Hoeveel tandartsen die werkzaam zijn in de praktijk staan ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Tandartsen (KRT)?</p> <p>d) Hoeveel zorgverleners die werkzaam zijn in de praktijk zijn aangesloten bij de Stichting Garantiefonds Mondzorg (SGM)?</p> |
| Inclusiecriteria | Alle mondhygiënisten en tandartsen die werkzaam zijn in de praktijk. |
| Teller | <p>a) Totaal aantal mondhygiënisten ingeschreven bij KRM.</p> <p>b) Totaal aantal mondhygiënisten uitsluitend ingeschreven bij KP.</p> <p>c) Totaal aantal tandartsen ingeschreven bij KRT.</p> <p>d) Totaal aantal zorgverleners aangesloten bij SGM.</p> |

Vervolg tabel 14b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Noemer | <ul style="list-style-type: none"> a) Totaal aantal mondhygiënisten werkzaam bij de deelnemende praktijk. b) Totaal aantal mondhygiënisten werkzaam bij de deelnemende praktijk. c) Totaal aantal tandartsen werkzaam bij de deelnemende praktijk. d) Totaal aantal zorgverleners werkzaam bij de deelnemende praktijk. |
| Casemix | geen |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <ul style="list-style-type: none"> • Toevoeging vraag naar mondhygiënisten in de praktijk die uitsluitend staan ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). • Toevoeging vraag naar zorgverleners in de praktijk die zijn aangesloten bij Stichting Garantiefonds Mondzorg (SGM). |
| Indicator 14a | Percentage mondhygiënisten in de praktijk dat staat ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Mondhygiënisten. |
| Indicator 14b | Percentage mondhygiënisten in de praktijk dat uitsluitend staat ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Paramedici. |
| Indicator 14c | Percentage tandartsen in de praktijk dat staat ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Tandartsen. |
| Indicator 14d | Percentage zorgverleners in de praktijk dat is aangesloten bij de Stichting Garantiefonds Mondzorg. |
| Type indicator | Structuurindicator |
| Niveau van uitvragen | Praktijkniveau (algemene vragenlijst) |
| Vragen zoals gesteld | <ul style="list-style-type: none"> e) Hoeveel mondhygiënisten die werkzaam zijn in de praktijk staan ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Mondhygiënisten (KRM)? f) Hoeveel mondhygiënisten die werkzaam zijn in de praktijk staan <i>uitsluitend</i> ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Paramedici (KP)? Basisregistratie:mondhygiënisten. Kwaliteitsregistratie:..... mondhygiënisten. g) Hoeveel tandartsen die werkzaam zijn in de praktijk staan ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Tandartsen (KRT)? h) Hoeveel zorgverleners die werkzaam zijn in de praktijk zijn aangesloten bij de Stichting Garantiefonds Mondzorg (SGM)? |
| Inclusiecriteria | Alle mondhygiënisten en tandartsen werkzaam in praktijk. |
| Teller | <ul style="list-style-type: none"> e) Totaal aantal mondhygiënisten ingeschreven bij KRM. f) Totaal aantal mondhygiënisten uitsluitend ingeschreven bij KP. g) Totaal aantal tandartsen ingeschreven bij KRT. h) Totaal aantal zorgverleners aangesloten bij SGM. |
| Noemer | <ul style="list-style-type: none"> e) Totaal aantal mondhygiënisten werkzaam bij de deelnemende praktijk. f) Totaal aantal mondhygiënisten werkzaam bij de deelnemende praktijk. g) Totaal aantal tandartsen werkzaam bij de deelnemende praktijk. h) Totaal aantal zorgverleners werkzaam bij de deelnemende praktijk. |
| Casemix | geen |

Tabel 14c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet bijna Het KRM stelt kwaliteitseisen aan mondhygiënisten bijv. ten aanzien van bij- en nascholing. Er is echter geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen inschrijving bij het KRM en de kwaliteit van de zorg door mondhygiënisten. Tussen de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie. |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies. |
| Populatievergelijkbaarheid: | Voldoet Geen casemixcorrectie noodzakelijk. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | n.v.t. |

Tabel 14d1 Bevindingen indicator 14a

| | KRM |
|----------------------------|----------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 66,4% (n= 33)* |
| Minimale indicatorwaarde | 0% (n= 6) |
| Maximale indicatorwaarde | 100% (n= 16) |
| Standaarddeviatie | 40,1 |
| Score -1 sd | 26,3% |
| Score +1 sd | 106,5% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van patiënten van 33 praktijken.

** De minimumwaarde komt voor bij 6 praktijken.

*** De maximumwaarde komt voor bij 16 praktijken.

Tabel 14d2 Bevindingen indicator 14c en 14d

| | KP- basisregistratie | KP- kwaliteitsregistratie |
|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Gemiddelde Indicatorwaarde | 34,2% (n= 33) | 41,8% (n= 33)* |
| Minimale indicatorwaarde | 0% (n=19)** | 0% (n= 15)**** |
| Maximale indicatorwaarde | 100% (n= 9)*** | 100% (n= 11)***** |
| Standaarddeviatie | 44,9 | 45,3 |
| Score -1 sd | -10,7% | -3,5% |
| Score +1 sd | 79,1% | 87,1% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 33 praktijken.

** De minimumwaarde komt voor bij 19 praktijken.

*** De maximumwaarde komt voor bij 9 praktijken.

**** De minimumwaarde komt voor bij 15 praktijken.

***** De maximumwaarde komt voor bij 11 praktijken.

Tabel 14d3 Bevindingen indicator 14c en 14d

| | KRT | SGM |
|----------------------------|--------------|-----------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 100% (n= 4)* | 6,1% (n= 33)** |
| Minimum indicatorwaarde | 100% (n= 4)* | 0% (n= 31)*** |
| Maximum indicatorwaarde | 100% (n= 4)* | 100% (n= 2)**** |
| Standaarddeviatie | 0,0 | 24,2 |
| Score -1 sd | 100% | -18,1% |
| Score +1 sd | 100% | 30,3% |

* Gezien het feit dat er bij 4 praktijken een tandarts werkzaam is, is deze waarde gebaseerd op de gegevens van 4 praktijken.

** De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 33 praktijken.

*** De minimumwaarde komt voor bij 31 praktijken.

**** De maximumwaarde komt voor bij 2 praktijken.

Tabel 14e Advies

| | |
|----------------------------------|---|
| Opmerkingen en aandachtspunten | Versillende respondenten hebben opgemerkt dat de KRM en KRT wel eisen stellen ten aanzien van bij- en nascholing dat dit systeem nog niet optimaal werkt. |
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Niet uitvragen, inschrijving kwaliteitsregisters maakt deel uit van de etalageplus-informatie. Heroverweeg indicatoren 14b (kwaliteitsregister Paramedici) voor etalageplus-informatie. Welk register wordt gezien als de norm, KP of KRM? |
| Ontwikkelforstel langere termijn | Verbeter ten behoeve van de inhoudsvaliditeit de werkwijze KRM en KRT zodat het ook daadwerkelijk eisen stelt aan de kwaliteit van de mondhygienisten en tandartsen die er staan ingeschreven. |

3.16 Indicator 15: voorbehouden handelingen

Tabel 15a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Aantal voorbehouden handeling in de praktijk dat wordt uitgevoerd door een medewerker die niet een tandarts is. |
| Type indicator | Procesindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen |

Tabel 15b Operationalisatie in pilot

| | |
|-----------------------|--|
| Relatie tot kwaliteit | Het delegeren van voorbehouden handelingen zegt niet direct iets over de kwaliteit van zorg, maar wel iets over de span of control. De wijze waarop deze wordt ingevuld, zegt vervolgens weer iets over de kwaliteit van de zorg. Een betrouwbare indicator voor voorbehouden handelingen is van groot belang voor de IGZ, m.b.t. haar toezichthoudende taken. |
|-----------------------|--|

Vervolg tabel 15b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Kwaliteitsdomein | Veiligheid en effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | Indicator 15 heeft primair betrekking op handelingen die zijn voorbehouden aan tandartsen. Deze indicator is niet van toepassing op mondhygiënisten en daarom niet uitgevraagd bij de vrijgevestigde mondhygiënisten in de pilot. |
| Indicator 15 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vraag zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

Omdat indicator 15 niet van toepassing is op vrijgevestigde mondhygiënisten, komen tabellen 15c (beoordeling methodologische criteria), 15d (bevindingen indicator 15) en 15e (advies) te vervallen.

3.17 Indicator 16: implantologie en volledige protheses

Tabel 16a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Aantal behandelingen per jaar (volume) voor implantologie en volledige prothese |
| Type indicator | Procesindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen benoemd |

Tabel 16b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|--|
| Relatie tot kwaliteit | Het aantal behandelingen per jaar zegt iets over mate van routine die men heeft. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit, veiligheid |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | Indicator 16 heeft betrekking op implantologie en volledige protheses en is daarom niet van toepassing op de vrijgevestigde mondhygiënisten. |
| Indicator 16 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vraag zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |

Vervolg tabel 16b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--------|
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

Omdat indicator 16 niet van toepassing is op vrijgevestigde mondhygiënist, komen tabellen 16c (beoordeling methodologische criteria), 16d (bevindingen indicator 16) en 16e (advies) te vervallen.

3.18 Indicator 17: kwalificaties tandartsassistenten

Tabel 17a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Percentage van de tandartsassistenten dat het mbo-diploma 'tandartsassistent' of een vergelijkbare kwalificatie met certificaat heeft behaald. |
| Type indicator | Structuurindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 17b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Relatie tot kwaliteit | Deze informatie geeft een indicatie van de kwaliteit van het werk van de tandartsassistent. Ook biedt het keuze-informatie voor de patiënt. |
| Kwaliteitsdomein | Veiligheid |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Toevoeging vraag naar kwalificaties van preventie-assistenten en assistenten die gecombineerd actief zijn. |
| Indicator 17a | Percentage tandartsassistenten dat in het bezit is van mbo-diploma 'tandartsassistent'. |
| Indicator 17b | Percentage tandartsassistenten dat in het bezit is van EVC's. |
| Indicator 17c | Percentage preventieassistenten dat de cursus 'preventieassistent' heeft afgerond. |
| Indicator 17d | Percentage tandarts-/preventieassistenten dat zowel in het bezit is van een mbo-diploma 'tandartsassistent' als de cursus 'preventieassistent' heeft afgerond. |
| Indicator 17e | Percentage tandarts-/preventieassistenten dat zowel in het bezit is van EVC's als de cursus 'preventieassistent' heeft afgerond. |
| Type indicator | Structuurindicator |
| Niveau van uitvragen | Praktijkniveau (algemene vragenlijst) |

Vervolg tabel 17b Operationalisatie in pilot

| | |
|---------------------------------|---|
| Vragen zoals gesteld | <ul style="list-style-type: none"> • Kunt u per tandartsassistent die <u>uitsluitend als zodanig werkzaam</u> is in uw praktijk aangeven over welke kwalificaties hij of zij beschikt? (mbo-diploma/ LOI-opleiding/EVC's/opgeleid in de praktijk). • Kunt u per preventieassistent die <u>uitsluitend als zodanig werkzaam</u> is in uw praktijk aangeven over welke kwalificaties hij of zij beschikt?(mbo-diploma/ cursus preventieassistent/EVC's/opgeleid in de praktijk). • Kunt u per tandarts- en preventieassistent die <u>gecombineerd actief</u> is, aangeven over welke kwalificaties hij of zij beschikt? (mbo-diploma/LOI-opleiding/cursus preventieassistent/EVC's/opgeleid in de praktijk). |
| Inclusiecriteria | Alle tandartsassistenten en preventieassistenten die werkzaam zijn in de praktijk. |
| Teller | <ol style="list-style-type: none"> a) Alle tandartsassistenten in de praktijk die in het bezit zijn van mbo-diploma 'tandartsassistent'. b) Alle tandartsassistenten in de praktijk die in het bezit zijn van EVC's. c) Alle preventieassistenten in de praktijk die de cursus 'preventieassistent' hebben afgerond. d) Alle tandarts-/preventieassistenten in de praktijk die zowel in het bezit zijn van een mbo-diploma 'tandartsassistent' als die de cursus 'preventie-assistent' hebben afgerond. e) Alle tandarts-/preventieassistenten in de praktijk die zowel in het bezit zijn van EVC's als die de cursus 'preventieassistent' hebben afgerond. |
| Noemer | <ol style="list-style-type: none"> a) Totaal aantal tandartsassistenten dat werkzaam is in de praktijk. b) Totaal aantal tandartsassistenten dat werkzaam is in de praktijk. c) Totaal aantal preventieassistenten dat werkzaam is in de praktijk. d) Totaal aantal tandarts-/preventieassistenten dat werkzaam is in de praktijk. e) Totaal aantal tandarts-/preventieassistenten dat werkzaam is in de praktijk. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | geen |

Tabel 17c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|-------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | <p>a t/m e) Voldoet bijna</p> <p>Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen deze vraag en de kwaliteit van de zorg door mondhygiënisten. Onder de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie.</p> |
|-------------------|--|

Vervolg tabel 17c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|---|
| Registratievergelijkbaarheid | <p>a en d) Voldoet De indicator is helder en precies voor mbo-diploma (a en d).</p> <p>b en e) Voldoet bijna De antwoordcategorie 'EVC's' is niet helder en wellicht voor meerdere interpretaties vatbaar. Onduidelijk is wanneer EVC's vergelijkbaar zijn met het mbo-diploma.</p> <p>c, d en e) Voldoet bijna De 'cursus preventieassistent' is minder helder en eenduidig. De cursus wordt door verschillende aanbieders gegeven, onduidelijk is in hoeverre het niveau en de inhoud van de verschillende cursussen overeenkomen.</p> |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet geen casemixcorrectie noodzakelijk. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | N.v.t. |

Tabel 17d Bevindingen indicator 17a en 17b

| | Mbo-diploma (a) | EVC's (b) |
|----------------------------|------------------------|------------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 12,5% (n= 4)* | 25% (n= 4) |
| Minimale indicatorwaarde | 0% (n= 3)** | 0% (n= 3)** |
| Maximale indicatorwaarde | 50% (n= 1)*** | 100% (n= 1)*** |
| Standaarddeviatie | 25,0 | 50,0 |
| Score -1 sd | -12,5% | -25% |
| Score +1 sd | 37,5% | 75% |

* Gezien het feit dat er bij 4 praktijken tandartsassistenten werkzaam zijn, is deze waarde gebaseerd op de gegevens van 4 praktijken.

*** De minimumwaarde komt voor bij 3 praktijken.

**** De maximumwaarde komt voor bij 1 praktijk.

Er zijn drie praktijken met een preventieassistent in dienst (n=3). Twee preventieassistenten hebben de cursus preventieassistent gevolgd. Daarnaast hebben twee praktijken aangegeven een tandartsassistent in dienst te hebben die ook als preventieassistent werkzaam is. Hiervan is er één in het bezit van een mbo-diploma en één heeft de cursus preventieassistent afgerond. Vanwege deze kleine aantallen achten wij het niet zinvol de bevindingen uit te werken in een aparte tabel.

Tabel 17e Advies

| | |
|-----------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Heroverweeg, gezien het kleine aantal vrijgevestigde mondhygiënisten dat een tandartsassistent in dienst heeft, de uitvraag van indicator 17 bij vrijgevestigde mondhygiënisten. • Indien deze indicator wordt uitgevraagd: geef een toelichting op de antwoordcategorieën 'EVC's' en 'opgeleid in de praktijk'. |
| Ontwikkelvoorstel langere termijn | Geen |

3.19 Indicator 18: patiëntendossier

Tabel 18a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Opname van gegevens in het digitale dossier (screening, diagnose, risico-inschatting, medische anamnese of ASA-score). |
| Type indicator | Structuurindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 18b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Het gaat hier om de volledigheid van het patiëntendossier. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | <ul style="list-style-type: none"> • Uit de praktijktest bleek dat niet alle tandartsen en mondhygiënisten werken met een digitaal dossier. Daarom is gevraagd naar het dossier in het algemeen. • De lijst met gegevens waarnaar is gevraagd, is aangevuld tijdens het operationalisatietraject. |
| Type indicator | Structuurindicator |
| Indicator 18a | Percentage patiënten waarvoor de medische anamnese is vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18b | Percentage patiënten waarvoor de tandheelkundige anamnese is vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18c | Percentage patiënten waarvoor de status praesens is vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18d | Percentage patiënten waarvoor de data waarop periodieke controles/verrichtingen zijn uitgevoerd, zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18e | Percentage patiënten waarvoor de klachten/hulpvragen van de patiënt zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18f | Percentage patiënten waarvoor de uitgevoerde onderzoeken zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |

Vervolg tabel 18b Operationalisatie in pilot

| | |
|----------------------|---|
| Indicator 18g | Percentage patiënten waarvoor de rontgenfoto's zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18h | Percentage patiënten waarvoor de diagnose- en indicatiestelling is vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18i | Percentage patiënten waarvoor de behandelplan/zorgplan is vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18j | Percentage patiënten waarvoor de uitgevoerde verrichtingen zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18k | Percentage patiënten waarvoor de behandelaars die de verrichtingen hebben uitgevoerd, zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18l | Percentage patiënten waarvoor de informatie over complicaties/fouten bij behandelingen is vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18m | Percentage patiënten waarvoor de (mondzorg)adviezen zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18n | Percentage patiënten waarvoor de (tussentijdse) evaluaties van behandeltrajecten zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18o | Percentage patiënten waarvoor de rapportages van bacteriologisch onderzoek zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18p | Percentage patiënten waarvoor de DMFT-scores zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18q | Percentage patiënten waarvoor de DPSI-scores zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18r | Percentage patiënten waarvoor de plaque-scores zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18s | Percentage patiënten waarvoor de bloedingsindices zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18t | Percentage patiënten waarvoor gegevens in het kader van verwijzing zijn vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18u | Percentage patiënten waarvoor voorgeschreven medicatie is vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18v | Percentage praktijken dat een standaardvragenlijst gebruikt bij de medische anamnese. |
| Indicator 18w | Percentage praktijken dat bij ieder consult een update maakt van de medische anamnese. |
| Indicator 18x | Percentage praktijken waarbij de gegevens te allen tijde voor een andere mondhygienist (inclusief waarnemers) binnen de praktijk toegankelijk zijn. |
| Type indicator | Structuurindicator |
| Niveau van uitvragen | 18a t/m 18u: Patiëntniveau (dossier vragenlijst), 18v t/m 18x. |

Vervolg tabel 18b Operationalisatie in pilot

| | |
|----------------------------------|---|
| Niveau van uitvragen | 18a t/m 18u: Patiëntniveau (dossiervragenlijst), 18v t/m 18x. |
| Vragen zoals gesteld | <p>Wilt u aangeven of de onderstaande gegevens voor deze patiënt zijn vastgelegd in zijn of haar patiëntendossier?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medische anamnese. • Tandheekundige anamnese. • Status praesens. • De data waarop een periodieke controles/verrichtingen zijn uitgevoerd. • Klachten/hulpvragen van de patiënt. • Uitgevoerde onderzoeken. • Röntgenfoto's. • Diagnose- en indicatiestelling. • Behandelplan/zorgplan. • Uitgevoerde verrichtingen. • Behandelaar(s) die de verrichtingen heeft/hebben uitgevoerd. • Informatie over complicaties/fouten bij behandelingen. • (Mondzorg)adviezen. • (Tussentijdse) evaluaties van behandeltrajecten. • Rapportages van bacteriologisch onderzoek. • DMFT/dmft-scores. • DPSI-scores. • Plaque-score. • Bloedingindices. • Gegevens in het kader van verwijzing. • Voorgeschreven medicatie. <p>Antwoordcategorieën: ja/nee/n.v.t.</p> <p>Vragen algemene vragenlijst:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gebruikt u bij de medische anamnese een standaardvragenlijst? (ja/ nee) • Op welk moment maakt u een update van de medische status? (bij ieder consult/alleen bij bepaalde ingrepen) • Zijn de gegevens van patiënten te allen tijde voor een andere mondhygiënist (inclusief waarnemers) binnen de praktijk toegankelijk? (ja/ nee) |
| Inclusiecriteria | Indicator 18a t/m 18u: Alle patiënten van 18 jaar en ouder die in de meetperiode zijn gezien. |
| Teller | <ul style="list-style-type: none"> • Indicator 18a t/m 18u: het aantal patiënten waarvoor dit gegeven is vastgelegd in het patiëntendossier. • Indicator 18v t/m 18x: het aantal praktijken dat bevestigend heeft geantwoord. |
| Noemer | <ul style="list-style-type: none"> • Indicator 18a t/m 18u: Totaal aantal patiënten van 18 jaar en ouder dat in de meetperiode is gezien, minus het aantal patiënten waarvoor is aangegeven dat het betreffende gegeven niet van toepassing is. • Indicator 18v t/m 18x: Totaal aantal praktijken. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren | Geen |

Tabel 18c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|------------------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | <p>a t/m x) Voldoet bijna Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen het registreren van gegevens en de kwaliteit van de zorg door mondhygiënisten. Tussen de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie.</p> |
| Registratievergelijkbaarheid | <p>a t/m u) Voldoet niet</p> <ul style="list-style-type: none"> De antwoordcategorieën 'nee' en 'n.v.t.' zijn niet eenduidig. Het is mogelijk dat men 'nee' heeft ingevuld als het wel is voorgekomen of de informatie wel voorhanden is, maar de informatie niet is geregistreerd in het dossier (zo is de antwoordcategorie bedoeld). Maar het is ook mogelijk dat men 'nee' heeft ingevuld als de informatie niet voorhanden was of het niet is voorgekomen (men had dan moeten kiezen voor het antwoord 'n.v.t.'). <p>u) Voldoet niet: Het gegeven 'Voorgeschreven medicatie' wekt verwarring bij mondhygiënisten. Zij schrijven in principe geen medicatie voor. Gaat het hier om medicatie die door henzelf of door een andere zorgverlener (bijv. tandarts) is voorgeschreven? Of gaat het om een recept voor mondzorgmiddelen die men bij de apotheek moet halen?</p> <p>v) Voldoet bijna Het is niet duidelijk wat hier moet worden verstaan onder een standaardvragenlijst.</p> <p>w en x) Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies.</p> |
| Populatievergelijkbaarheid: | <p>a t/m x) Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore.</p> |

Vervolg tabel 18c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|--|
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | <p>A t/m o en q t/m u) Voldoet bijna Voor de pilot geldt dat de deelnemende praktijken in principe 30 waarnemingen moesten aanleveren. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarden voor indicator 18a t/m 18u, met uitzondering van 18p (DMFT-score) (min= 22,9% (c, status praesens), max= 99,7% (m, mondzorgadviezen) geldt dat er voor een ‘voldoet bijna’ tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. In de pilot hebben 20 van de 23 praktijken 30 of meer waarnemingen aangeleverd en daarmee de score ‘voldoet bijna’ behaald.</p> <p>p) Voldoet niet Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde voor indicator 18p van 1,1% geldt dat er voor een ‘voldoet bijna’ tussen de 640 en 2300 waarnemingen per praktijk nodig zijn. Praktijken zijn in de pilot gevraagd minimaal 30 waarnemingen aan te leveren en hebben daarmee de score ‘voldoet niet’ behaald.</p> <p>v t/m x) Kan niet worden beoordeeld Het betreft hier indicatoren op praktijkniveau.</p> |
|---------------------------------------|--|

Tabel 18d1 Bevindingen indicator 18a t/m 18u

| | Indicator-waarde | Minimum score | Maximum-score | SD | Score -1 sd | Score +1 sd |
|---|------------------|---------------|---------------|-------|-------------|-------------|
| 18a Medische anamnese | 98,6% (n=23) | 80,0% (n=1) | 100,0% (n=21) | 4,9% | 93,7% | 103,5% |
| 18b Tandheelkundige anamnese | 73,1% (n=23) | 0,0% (n=4) | 100,0% (n=10) | 40,4% | 32,7% | 113,5% |
| 18c Status praesens | 22,9% (n=23) | 0,0% (n=12) | 100,0% (n=2) | 36,5% | -13,6% | 59,4% |
| 18d De data waarop periodieke controles/verrichtingen zijn uitgevoerd | 92,8% (n=23) | 0,0% (n=1) | 100,0% (n=19) | 22,2% | 70,6% | 115,0% |
| 18e Klachten/hulpvragen van de patiënt | 95,4% (n=23) | 40,0% (n=1) | 100,0% (n=18) | 13,0% | 82,4% | 108,4% |
| 18f Uitgevoerde onderzoeken | 97,7% (n=23) | 66,7% (n=1) | 100,0% (n=17) | 7,0% | 90,7% | 104,7% |
| 18g Röntgenfoto's | 45,5% (n=23) | 0,0% (n=7) | 100,0% (n=6) | 41,6% | 3,9% | 87,1% |
| 18h Diagnose- en indicatiestelling | 90,5% (n=23) | 0,0% (n=1) | 100,0% (n=15) | 23,0% | 67,5% | 113,5% |
| 18i Behandelplan/zorgplan | 89,3% (n=23) | 40,7% (n=1) | 100,0% (n=12) | 17,6% | 71,7% | 106,9% |
| 18j Uitgevoerde verrichtingen | 100% (n=23) | 100,0% (n=23) | 100,0% (n=23) | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| 18k Behandelbaar(s) die de verrichtingen heeft/hebben uitgevoerd | 91,3% (n=23) | 0,0% (n=2) | 100,0% (n=21) | 28,8% | 62,5% | 120,1% |
| 18l Informatie over complicaties/fouten bij behandelingen | 67,3% (n=23) | 0,0% (n=4) | 100,0% (n=8) | 39,3% | 28,0% | 106,6% |
| 18m (Mondzorg)adviezen | 99,7% (n=23) | 96,7% (n=2) | 100,0% (n=21) | 1,0% | 98,7% | 100,7% |
| 18n (Tussentijdse) evaluaties van behandeltrajecten | 89,5% (n=23) | 20,0% (n=1) | 100,0% (n=10) | 18,5% | 71,0% | 108,0% |
| 18o Rapportages van bacteriologisch onderzoek | 77,9% (n=23) | 0,0% (n=2) | 100,0% (n=12) | 35,0% | 42,9% | 112,9% |
| 18p DMFT/dmft-scores | 1,1% (n=23) | 0,0% (n=21) | 22,2% (n=1) | 4,7% | -3,6% | 5,8% |
| 18q DPSI-scores | 89,2% (n=23) | 20,7% (n=1) | 100,0% (n=11) | 19,4% | 69,8% | 108,6% |
| 18r Plaque-scores | 51,8% (n=23) | 0,0% (n=7) | 100,0% (n=80) | 45,5% | 6,3% | 97,3% |
| 18s Bloedingindices | 79,7% (n=23) | 0,0% (n=1) | 100,0% (n=10) | 32,9% | 46,8% | 112,6% |
| 18t Gegevens in het kader van verwijzing | 85,7% (n=23) | 0,0% (n=1) | 100,0% (n=9) | 23,8% | 61,9% | 109,5% |
| 18u Voorgeschreven medicatie | 69,7% (n=23) | 0,0% (n=3) | 100,0% (n=11) | 39,2% | 30,5% | 108,9% |

Tabel 18d2 Bevindingen indicator 18v, 18w en 18x

| | % (n) |
|--|--------------|
| Gebruikt standaard vragenlijst bij de medische anamnese | 93,9 (31) |
| Update medische anamnese: | |
| - bij ieder consult. | 87,9 (29) |
| - alleen bij bepaalde ingrepen. | 6,1 (2) |
| - anders. | 6,1 (2) |
| Gegevens patiënten zijn te allen tijden voor andere mondhygiënisten binnen de praktijk toegankelijk. | 87,9 (29) |

Tabel 18e Advies

| | |
|---------------------------------|---|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Vraag op dezelfde manier uit als in de pilot. • Geef een toelichting bij de antwoordcategorie 'n.v.t.' • Geef duidelijk aan dat het hier niet alleen gaat om de meetperiode, maar dat de vraag in het algemeen wordt gesteld. • Overweeg om toe te voegen: parodontaalstatus en (uitslag) kweek. |
| Langetermijnontwikkelvoorstel | <ul style="list-style-type: none"> • Streef naar een automatische uitvraag van deze indicator, waarbij (selectie) van de uitgevraagde informatie verplicht en op eenduidige wijze wordt ingevuld in de systemen. |

4 RESULTATEN TANDPROTHETICI

4.1 Achtergrondinformatie

4.1.1 Algemene vragenlijst, respons en kenmerken deelnemende praktijken

Er hebben 72 praktijken gerespondeerd op de algemene vragenlijst voor tandprothetici. Aangezien 9 respondenten deze vragenlijst zeer summier ingevuld hebben, is de analyse uiteindelijk uitgevoerd met de gegevens van 63 praktijken.

4.1.2 Patiëntenvragenlijst

Iedere praktijk die deelnam aan de pilot is gevraagd aan honderd patiënten een inlogcode voor een digitale vragenlijst mee te geven. Uiteindelijk hebben er in totaal 257 patiënten gerespondeerd, waarvan er 255 genoeg vragen ingevuld hadden om meegenomen te worden in de analyse. Met behulp van deze vragenlijst werd indicator 11: Patient Related Outcome Measures (PROMs) gemeten. De resultaten staan beschreven bij indicator 11.

4.1.3 Resultaten per indicator

In het vervolg van dit hoofdstuk (paragraaf 4.2 tot en met 4.5) worden de resultaten van de indicatorset voor tandprothetici gerapporteerd. Per indicator worden in principe vijf tabellen (a t/m e) weergegeven:

- Tabel a omvat de indicatoren zoals beschreven in de oorspronkelijke indicatorlijst, waarover de stuurgroep in april 2011 overeenstemming heeft bereikt.
- In tabel b wordt de operationalisatie van de indicator weergegeven.
- Tabel c geeft de beoordeling van de indicator op een aantal methodologische criteria weer. Deze beoordeling heeft plaatsgevonden aan de hand van de concept-indicatorstandaard (versie 1.50, d.d. 12 januari 2012). Voor de beoordeling op het criterium 'statistisch betrouwbaar onderscheiden' is gebruikgemaakt van tabel 3 op pagina 31 van de indicatorstandaard.
- In tabel d rapporteren we de bevindingen uit de pilot.
- Ten slotte omvat tabel e ons advies omtrent de indicator.

Voor de tandprothetici is slechts een beperkt aantal indicatoren uitgevraagd in de pilot. De indicatoren die niet zijn uitgevraagd, zijn niet van toepassing op de beroepsgroep tandprothetici. Voor deze indicatoren komen tabellen c tot en met e te vervallen.

4.2 Indicator 1: periodieke controle

Tabel 1a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Percentage van de patiënten onder de 18 jaar dat ten minste eenmaal per jaar wordt gezien |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie noodzakelijk aangezien er een verband bestaat tussen (frequentie en moment van eerste) tandartsbezoek en achtergrondkenmerken van patiënten (o.a. ses). |

Tabel 1b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Uitkomstindicator die iets zegt over de doelmatigheid en doeltreffendheid van de mondzorg. Bij patiënten onder de 18 jaar is het gebruikelijk/wenselijk dat hiervoor één of twee keer per jaar een periodieke controle wordt verricht. Wanneer het percentage van een praktijk onder het gemiddelde percentage uitkomt (benchmark), dan kan dit een indicatie zijn dat de kwaliteit van zorg mogelijk onvoldoende is. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | Indicator 1 is niet van toepassing op tandprothetici. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 1c, d en e komen daarmee te vervallen. |
| Indicator 1 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vraag zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

4.3 Indicator 2: actief beleid

Tabel 2a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Al dan niet voeren van een actief beleid om (jeugdige) patiënten te stimuleren tot geregeld periodiek mondonderzoek. |
| Type indicator | Procesindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen benoemd |

Tabel 2b Operationalisatie

| | |
|---|--|
| Relatie tot kwaliteit | Het voeren van actief beleid om patiënten te stimuleren tot geregeld periodiek mondonderzoek zegt iets over de mate waarin preventie aandacht krijgt in de praktijk. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | Indicator is toegespitst op praktijken voor tandprothetiek door deze betrekking te laten hebben op recallbeleid voor patiënten met implantaatgedragen prothesen. |
| Indicator 2 | Percentage praktijken dat een actief recallbeleid voert. |
| Type indicator | Procesindicator |
| Niveau van uitvragen | Praktijkniveau (algemene vragenlijst) |
| Vraag zoals gesteld | Wordt er in de praktijk een actief recallbeleid gevoerd voor patiënten met implantaatgedragen prothesen? (ja/nee) |
| Inclusiecriteria | Alle deelnemende praktijken |
| Teller | Aantal praktijken voor tandprothetiek dat aangeeft een actief recallbeleid te voeren. |
| Noemer | Totaal aantal praktijken voor tandprothetiek waarvoor een vragenlijst is ingevuld. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Geen |

Tabel 2c Methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet bijna Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen actief recallbeleid en de kwaliteit van de zorg door tandprothetici. Onder de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie. |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet niet De indicator is niet helder, precies en volledig omschreven. Onduidelijk wat de respondent moet verstaan onder een actief recallbeleid? En voor welke patiënten met implantaatgedragen prothesen moet dit beleid gelden? |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Kan niet beoordeeld worden Het betreft hier een indicator op praktijkniveau. |

Tabel 2d1 Bevindingen indicator 2*

| | |
|-----------------|-------|
| Teller | N=37 |
| Noemer | N=58 |
| Indicatorwaarde | 63,8% |

* Deze indicator is uitgevraagd op praktijkniveau. Het is daarom niet mogelijk een gemiddelde percentage en standaarddeviatie te berekenen.

Tabel 2d2 Aanvullende bevindingen

| Hoe ziet dit recallbeleid eruit? (N=37) | |
|--|------------|
| Kort na de ingreep vindt er een controleafspraak plaats, daarna wordt de patiënt 1 keer per jaar opgeroepen. | 3 (8,1%) |
| Patiënt wordt 1 keer per jaar opgeroepen. | 12 (32,4%) |
| Patiënt wordt minder dan 1 keer per jaar opgeroepen. | 2 (5,4%) |
| Doorverwijzing voor controleafspraken bij mondhygiënisten | 2 (5,4%) |
| Doorverwijzing voor controleafspraken bij implantoloog/kaakchirurg. | 11 (29,7%) |
| Overige antwoorden * | 7 (18,9%) |

* Onder andere zowel controle door tandprotheticus als doorverwijzing implantoloog en/of mondhygiënist; gratis controle in het eerste jaar; dit gebeurt schriftelijk, via computeroproep.

Tabel 2e Advies

| | |
|--------------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Definieer ten behoeve van de registratiebetrouwbaarheid wat de stuurgroep verstaat onder een actief recallbeleid en voor wie dit moet gelden. Beschrijf dit in de vraag. Of geef een aantal antwoordcategorieën (1 keer per jaar opgeroepen, minder dan 1 keer per jaar opgeroepen, doorverwijzing naar mondhygiënist et cetera) |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> Ontwikkel norm voor actief recallbeleid. Zorg ervoor dat de tandprotheticici op een eenduidige manier in het patiëntendossier registreren of er een nieuwe afspraak is gemaakt, op welke wijze en of men een herinnering heeft verstuurd, opdat de gewenste informatie automatisch op patiëntniveau uit de systemen kan worden gehaald. |

4.4 Indicator 3: fluoridebehandeling

Tabel 3a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Percentage patiënten onder de 18 jaar (dat in de meetperiode een consult heeft gehad) waarbij een fluoridebehandeling is toegepast. |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie noodzakelijk |

Tabel 3b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|---|
| Relatie tot kwaliteit | Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de mate waarin jeugdige patiënten worden gefluorideerd en de kwaliteit van de zorg door tandartsen. Onder de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 3 is niet van toepassing op tandprothetici. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 3c, d en e komen daarmee te vervallen. |
| Indicator 3j | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vraag zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

4.5 Indicator 4: sealen

Tabel 4a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Percentage patiënten onder de 18 jaar (dat in de meetperiode een consult heeft gehad) waarbij is geseald. |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie noodzakelijk |

Tabel 4b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--|
| Relatie tot kwaliteit | Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen de mate waarin jeugdige patiënten worden geseald en de kwaliteit van de zorg door tandartsen. Tussen de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 4 is niet van toepassing op de tandprothetici. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 4c, 4d en 4e komen daarmee te vervallen. |

Vervolg tabel 4b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|--------|
| Indicator 4 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vraag zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

4.6 Indicator 5: röntgenfoto's

Tabel 5a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Gemiddeld aantal röntgenfoto's per patiënt per jaar (uitsplitsen naar soort foto's). |
| Type indicator | Procesindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 5b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|---|
| Relatie tot kwaliteit | Voor het aanvullende onderzoek bij periodieke controle wordt gebruikgemaakt van röntgenopnamen (met name bitewings). Hoewel de individuele gezondheidsrisico's van tandheelkundige radiologie beperkt zijn, is het uiteraard zaak de patiënt zo min mogelijk aan straling bloot te stellen. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 5 is niet van toepassing op tandprothetici. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 5c, d en e komen daarmee te vervallen. |
| Indicator 5 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vraag zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

4.7 Indicator 6: nieuwe cariës

Tabel 6a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Aantal nieuwe cariës bij patiënten in de praktijk (die de afgelopen x jaar de praktijk hebben bezocht). |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie noodzakelijk |

Tabel 6b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|--|
| Relatie tot kwaliteit | Deze indicator zegt iets over de doeltreffendheid van de mondzorg. De ontwikkeling van cariës kan duiden op onvoldoende kwaliteit van de mondzorg. Een groot deel van deze zorg ligt bij de patiënt zelf. Een deel daarvan ligt ook bij de tandarts. Hierbij gaat het om voorlichting en preventieve behandelingen, zoals fluoridebehandeling en sealen. Deze indicator krijgt meer waarde als deze verschillende jaren achtereen wordt gemeten. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 6 is niet van toepassing op tandprothetici. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 6c, d en e komen daarmee te vervallen. |
| Indicator 6 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vraag zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

4.8 Indicator 7: DMFT/dmft-score

Tabel 7a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Gemiddelde DMFT/dmft-score van patiënten in de praktijk. |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 7b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|---|
| Relatie tot kwaliteit | De DMFT/dmft-score kan in samenhang met andere indicatoren iets zeggen over de doeltreffendheid van de mondzorg. Het moment waarop de DMFT/dmft-score wordt vastgesteld, kan worden gezien als een nulmeting. Verandering in de gemiddelde score in de tijd kan een indicatie zijn voor de kwaliteit. Naast totale score is ook een uitsplitsing in DMFT/dmft-getallen zinvol, omdat een verschuiving tussen deze categorieën een indicatie kan zijn voor de kwaliteit van de mondzorg. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 7 is niet van toepassing op tandprothetici. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 7c, d en e komen daarmee te vervallen. |
| Indicator 7 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vraag zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

4.9 Indicator 8: DPSI-score

Tabel 8a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Gemiddelde DPSI-score van patiënten in de praktijk. |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie nodig, aangezien parodontologiepraktijken meer paropatiënten (met hogere DPSI-scores) hebben. |

Tabel 8b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|--|
| Relatie tot kwaliteit | Het gaat hier om het percentage patiënten in de praktijk dat in de verschillende DPSI-categorieën valt. Momenteel wordt de DPSI-score nog niet standaard bepaald in de algemene praktijk. Omdat de DPSI-score, in samenhang met andere indicatoren, iets kan zeggen over de kwaliteit van de mondzorg, is het (op termijn) wenselijk dat de DPSI-score voor alle patiënten (ook voor kinderen) wordt vastgesteld. Het moment waarop de DPSI-score wordt vastgesteld, kan worden gezien als een nulmeting. Het uitvragen van de percentages patiënten in de verschillende DPSI-categorieën krijgt meer waarde naarmate deze indicator langer wordt uitgevraagd. Een verschuiving tussen de DPSI-categorieën kan dan een indicatie zijn voor de kwaliteit van de mondzorg. |
| Kwaliteitsdomein | Doeltreffendheid/doelmatigheid |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 8 is niet van toepassing op tandprothetici. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 8c, 8d en 8e komen daarmee te vervallen. |
| Indicator 8 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vragen zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

4.10 Indicator 9: Hand- en hoekstukken

Tabel 9a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Aantal aanwezige hand- en hoekstukken in de praktijk |
| Type indicator | Procesindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 9b Operationalisatie in pilot

| | |
|-----------------------|---|
| Relatie tot kwaliteit | Deze informatie geeft een indicatie van het niveau van infectiepreventie in de praktijk. Hand- en hoekstukken zijn kostbaar. De inspectie merkt in de praktijk dat als men veel heeft geïnvesteerd in hand- en hoekstukken, men hygiëne belangrijk vindt en de hygiëne en infectiepreventie ook op andere punten op orde heeft. |
|-----------------------|---|

Vervolg tabel 9b Operationalisatie in pilot

| Operationalisatie in pilot | |
|--|---|
| Kwaliteitsdomein | Veiligheid |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 9 is niet van toepassing op tandprothetici. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 9c, d en e komen daarmee te vervallen. |
| Indicator 9a | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vragen zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

4.11 Indicator 10: levensduur van eigen restauraties

Tabel 10a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| Omschrijving (indicatorlijst april 2011) | |
|--|---|
| Omschrijving | Gemiddelde vervanging van eigen restauraties/ levensduur van eigen restauraties |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 10b Operationalisatie in pilot

| Operationalisatie in pilot | |
|--|---|
| Relatie tot kwaliteit | De levensduur van restauraties zegt iets over de kwaliteit ervan. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 10 is niet van toepassing op tandprothetici. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 10c, d en e komen daarmee te vervallen. |
| Indicator 10 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vragen zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijke beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

4.12 Indicator 11: PROMS

Tabel 11a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| Omschrijving | Indicatoren op basis van PROMS |
| Type indicator | Uitkomstindicatoren |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen benoemd |

Tabel 11b Operationalisatie in pilot

| | |
|--|---|
| Relatie tot kwaliteit | Met de uitvraag van PROMs wordt beoogd informatie over de medische effectiviteit van de geleverde zorg op patiëntniveau beschikbaar te maken. PROMs zijn eenvoudige vragenlijsten voor patiënten die in kaart brengen of de klachten van patiënten verminderd zijn door de behandeling. PROMs komen niet in de plaats van bestaande instrumenten voor het meten van de patiëntperceptie over zorg zoals de CQI, maar vormen een aanvulling op metingen die cliëntgerichtheid en patiënttevredenheid vaststellen. |
| Kwaliteitsdomein | Doeltreffendheid/doelmatigheid en patiëntgerichtheid |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | De oorspronkelijke vragen zijn hier en daar aangepast op de beroepsgroep tandprothetici. Ook zijn vragen over achtergrondkenmerken toegevoegd. |
| Type indicator | Uitkomst- en procesindicatoren |
| Niveau van uitvragen | Patiëntniveau (patiëntvragenlijst) |
| Vragen zoals gesteld | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bent u man of vrouw? 2. Hoe oud bent u? 3. Wat is uw hoogste voltooide opleiding? 4. Wat zijn de 4 cijfers van uw postcode? 5. Wat was de reden voor uw bezoek aan de tandprotheticus? 6. Heeft uw tandprotheticus uw gezondheid met u besproken? 7. Indien een behandeling noodzakelijk was, zijn er eventuele alternatieve behandelingen met u besproken? 8. Is aan u uitgelegd hoe u de prothese en uw mond schoon moet houden? 9. Trekken de tandprotheticus en eventuele andere medewerkers schone handschoenen aan in uw bijzijn? 10. Trekken de tandprotheticus en eventuele andere medewerkers een schoon mondkapje aan in uw bijzijn? 11. Heeft u gedurende de afgelopen 12 maanden pijnklachten gehad in uw mond? 12. Had u na de behandeling napijn? 13. Leek de tandprotheticus tijdens uw bezoek deskundig en professioneel? 14. Weet u door wie (welke functie) u bent behandeld? |

Vervolg tabel 11b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Vragen zoals gesteld | 15. Op welke wijze bent u hierover geïnformeerd? Vragen 1 t/m 5 van de patiëntvragenlijst zijn gesteld om achtergrondinformatie te verkrijgen ten behoeve van eventuele correcties. Vragen 11 en 12 hebben betrekking op Patient Reported Outcome Measures en worden zodoende als indicatoren 11A en 11B uitgewerkt in tabel 11c, 11d1, 11d2 en 11e. Vragen 6 t/m 10 en vragen 13 t/m 15 kunnen worden beschouwd als cliënt-ervaringsvragen. Hierover wordt gerapporteerd in tabel 11d3. |
| Indicator 11A | Percentage patiënten dat gedurende de afgelopen maanden in enige mate pijnklachten in de mond heeft ervaren. |
| Indicator 11B | Percentage patiënten dat na de behandeling napijn had. |
| Inclusiecriteria | Tandprotheticici hebben gedurende de pilotperiode aan maximaal 100 volwassen patiënten een inlogcode en wachtwoord uitgereikt voor het invullen van de vragenlijst. |
| Teller | Aantal respondenten dat de vraag bevestigend beantwoord. |
| Noemer | Totaal aantal respondenten dat de vraag heeft beantwoord. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Leeftijdscategorie, geslacht, ses. |

Tabel 11c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|------------------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | <p>a) Voldoet bijna Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen deze vraag en de kwaliteit van de zorg door tandprotheticici. Tussen de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie.</p> <p>b) Voldoet niet De mate van napijn hangt af van het type behandeling dat is uitgevoerd. Napijn moet daarom in verband worden gebracht met het type behandeling dat de respondent heeft ondergaan. Bij sommige behandelingen is napijn echter onvermijdelijk en zegt dit niets over de kwaliteit van de zorg door de tandprotheticici. Hierover heeft discussie plaats gevonden in de stuurgroep.</p> |
| Registratievergelijkbaarheid | <p>a) Voldoet niet De indicator is niet scherp omschreven en is voor meerdere interpretaties vatbaar. Wat moet men verstaan onder meestal? Vaak? Soms? En wat wordt er precies bedoeld met pijnklachten? Daarnaast zijn de gegevens per cliënt niet in een systeem traceerbaar, zie pag. 23 van indicatorstandaard.</p> |

Vervolg tabel 11c Beoordeling methodologische criteria

| | |
|---------------------------------------|--|
| Registratievergelijkbaarheid | <p>a) Voldoet niet De indicator is niet scherp omschreven en is voor meerdere interpretaties vatbaar. Wat moet men bijvoorbeeld verstaan onder veel of een beetje? En wat wordt er precies bedoeld met napijn? Daarnaast zijn de gegevens per cliënt niet in een systeem traceerbaar, (zie pag. 23 van de indicatorstandaard).</p> |
| Populatievergelijkbaarheid | <p>a) Voldoet De indicatorwaarde hangt niet samen met leeftijd, geslacht of ses. b) Voldoet De indicatorwaarde hangt niet samen met geslacht, leeftijd of ses.</p> |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | <p>a) Voldoet niet Voor deze indicator geldt een maximaal aantal observaties van 100 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (33,5%), geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. Bij geen enkele praktijk voor tandprothetiek hebben 30 of meer patiënten de vragenlijst ingevuld (nmax=29). b) Voldoet niet Voor deze indicator geldt een maximaal aantal observaties van 100 per praktijk. Uitgaande van de in de pilot gevonden indicatorwaarde (28,6%), geldt dat er voor een 'voldoet bijna' tussen de 30 en 200 waarnemingen per praktijk nodig zijn. Bij geen enkele praktijk voor tandprothetiek hebben 30 of meer patiënten de vragenlijst ingevuld (nmax=29).</p> |

Tabel 11d1 Bevindingen indicator 11A (pijnkachten)

| | |
|----------------------------|---------------|
| Gemiddelde indicatorwaarde | 33,4% (n=35)* |
| Minimale indicatorwaarde | 0,0% (n=8)** |
| Maximale indicatorwaarde | 100% (n=5)*** |
| Standaarddeviatie | 33,0% |
| Score -1 sd | 0,4% |
| Score +1 sd | 66,4% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van patiënten van 35 praktijken.

** De minimale indicatorwaarde komt 8 keer voor.

*** De maximale indicatorwaarde komt 5 keer voor.

Tabel 11d2 Bevindingen indicator 11B (napijn)

| | |
|----------------------------|---------------|
| Gemiddelde Indicatorwaarde | 28,6% (n=35)* |
| Minimale indicatorwaarde | 0,0% (n=10)** |
| Maximale indicatorwaarde | 100% (n=4)*** |
| Standaarddeviatie | 31,8% |
| Score -1 sd | -3,2% |
| Score +1 sd | 60,4% |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 35 praktijken.

** De minimale indicatorwaarde komt 10 keer voor.

*** De maximale indicatorwaarde komt 4 keer voor.

Tabel 11d3 Bevindingen client-ervaringsvragen

| | Indicator-waarde | Minimum score | Maximum score | SD | Score -1 sd | Score +1 sd |
|---|------------------|---------------|---------------|-------|-------------|-------------|
| 6. Heeft uw tandprotheticus uw gezondheid met u besproken? | 80,7% (n=34) | 0,0% (n=1) | 100,0% (n=16) | 25,7% | 55,0% | 106,4% |
| 7. Indien een behandeling noodzakelijk was, zijn er eventuele alternatieve behandelingen met u besproken? | 64,9% (n=30) | 0,0% (n=4) | 100,0% (n=11) | 34,9% | 30,0% | 99,8% |
| 8. Is aan u uitgelegd hoe u de prothese en uw mond moet schoonhouden? | 95% (n=35) | 50,0% (n=2) | 100,0% (n=29) | 13,5% | 81,5% | 108,5% |
| 9. Trekken de tandprotheticus en eventuele andere medewerkers schone handschoenen aan in uw bijzijn? | 99,8% (n=34) | 94,4% (n=1) | 100,0% (n=33) | 1,0% | 98,8% | 100,8% |
| 10. Trekken de tandprotheticus en eventuele andere medewerkers een schoon mondkapje aan in uw bijzijn? | 52,4% (n=31) | 0,0% (n=4) | 100,0% (n=4) | 31,7% | 20,7% | 84,1% |
| 11. Vindt u de praktijk schoon? | 100% (n=35) | 100,0% (n=35) | 100,0% (n=35) | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| 14. Leek de tandprotheticus tijdens uw bezoek deskundig en professioneel? | 100% (n=35) | 100,0% (n=35) | 100,0% (n=35) | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| 15. Weet u door wie (welke functie) u bent behandeld? | 98,5% (n=35) | 80,0% (n=1) | 100,0% (n=31) | 4,6% | 93,9% | 103,1% |
| 16. Op welke wijze bent u hierover geïnformeerd? | | | | | | |
| - De behandelaar droeg een naambordje met naam en functie | 10,3% (n=35) | 0,0% (n=23) | 100,0% (n=1) | 21,1% | -10,8% | 31,4% |
| - Er hangen foto's van de medewerkers met naam en functie | 5,9% (n=35) | 0,0% (n=27) | 80,0% (n=1) | 16,1% | -10,2% | 22,0% |
| - De medewerker(s) door wie ik ben behandeld heeft mij geïnformeerd | 44,2% (n=35) | 0,0% (n=6) | 100,0% (n=6) | 33,7% | 10,5% | 77,9% |
| - Anders, namelijk* | 39,6% (n=35) | 0,0% (n=20) | 100,0% (n=2) | 30,6% | 9,0% | 70,2% |

* Bijvoorbeeld: degene die me behandeld heeft is een bekende van me, het is een eenmanszaak, via een bekende/familieid dat hier al eerder geweest is.

Tabel 11e Advies

| | |
|----------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | <ul style="list-style-type: none"> Bespreek de inhoudsvaliditeit van indicatoren 11A en 11B in de stuurgroep. Wanneer de stuurgroep besluit indicatoren 11A en 11B in 2012 uit te vragen, dan dienen de registratievergelijkbaarheid en de statistische betrouwbaarheid van beide indicatoren verbeterd te worden. Wanneer de stuurgroep besluit indicatoren 11A en 11B in 2012 uit te vragen en er is in 2012 geen sprake van een CQI-vragenlijst, dan adviseren wij de procesindicatoren van de PROMs eveneens uit te vragen. |
| Ontwikkelforstel langere termijn | <ul style="list-style-type: none"> Overweeg de procesindicatoren van de PROMs op te nemen in CQI-vragenlijst. Vul de PROMs aan met meer uitkomstindicatoren. |

4.13 Indicator 12: gemiddelde behandelbehoefte orthodontie

Tabel 12a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Voor orthodontie: gemiddelde behandelbehoefte |
| Type indicator | Procesindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 12b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Deze indicator geeft een indicatie van de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de orthodontische mondzorg en kan worden gebruikt als spiegelinformatie. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 12 is niet van toepassing op tandprothetici. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 12c, 12d en 12e komen daarmee te vervallen. |
| Indicator 12 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vragen zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

4.14 Indicator 13: gemiddelde behandelduur orthodontie

Tabel 13a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Voor orthodontie: gemiddelde behandelduur |
| Type indicator | Uitkomstindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Correctie nodig aangezien sommige orthodontiepraktijken meer doen aan bijzondere tandheelkunde. |

Tabel 13b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Deze indicator geeft een indicatie van de doelmatigheid en de doeltreffendheid van de orthodontische mondzorg. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 13 is niet van toepassing op tandprothetici. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 13c, 13d en 13e komen daarmee te vervallen. |
| Indicator 13 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vraag zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

* De meetperiode loopt van 1 oktober 2010 tot 1 oktober 2011.

4.15 Indicator 14: inschrijving kwaliteitsregister(s)

Tabel 14a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|-------------------------|
| Omschrijving | Inschrijving KRT of KRM |
| Type indicator | Structuurindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 14b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Het KRM stelt kwaliteitseisen aan tandartsen ten aanzien van bij- en nascholing. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 14 is niet van toepassing op tandprothetici. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 14c, 14d en 14e komen daarmee te vervallen. |

Vervolg tabel 14b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|--------|
| Indicator 14 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vragen zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

4.16 Indicator 15: voorbehouden handelingen

Tabel 15a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Aantal voorbehouden handeling in de praktijk dat wordt uitgevoerd door een medewerker die niet een tandarts is. |
| Type indicator | Procesindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen |

Tabel 15b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Het delegeren van voorbehouden handelingen zegt niet direct iets over de kwaliteit van zorg, maar wel iets over de 'span of control'. De wijze waarop deze wordt ingevuld, zegt vervolgens weer iets over de kwaliteit van de zorg. Een betrouwbare indicator voor voorbehouden handelingen is van groot belang voor de IGZ, m.b.t. haar toezichhoudende taken. |
| Kwaliteitsdomein | Veiligheid en effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | Indicator 15 is niet van toepassing op tandprotheticci. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 15c, d en e komen daarmee te vervallen. |
| Indicator 15 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vraag zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | N.v.t. |

4.17 Indicator 16: implantologie en volledige prothese

Tabel 16a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Aantal behandelingen per jaar (volume) voor implantologie en volledige prothese |
| Type indicator | Procesindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen benoemd |

Tabel 16b Operationalisatie

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Het aantal behandelingen per jaar zegt iets over mate van routine die men heeft. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit, veiligheid |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | Bij de operationalisering is een uitsplitsing gemaakt naar volledige prothesen, partiële prothesen en implantaatgedragen prothesen. |
| Indicator 16a | Aantal volledige prothesen dat door tandprotheticici tijdens de meetperiode is vervaardigd. |
| Indicator 16b | Aantal partiële prothesen dat door tandprotheticici tijdens de meetperiode is vervaardigd. |
| Indicator 16c | Aantal implantaatgedragen prothesen dat door tandprotheticici tijdens de meetperiode is vervaardigd. |
| Type indicator | Procesindicator |
| Niveau van uitvragen | Praktijkniveau (algemene vragenlijst) |
| Vraag zoals gesteld | Hoeveel volledige/partiële/implantaatgedragen prothesen heeft u gedurende de meetperiode vervaardigd? |
| Inclusiecriteria | Alle deelnemende praktijken |
| Teller | Aantal prothesen die binnen de referentieperiode vervaardigd zijn. |
| Noemer | Niet van toepassing |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | geen |

Tabel 16c Methodologische criteria (a, b en c)

| | |
|------------------------------|---|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet Het aantal behandelingen (volume) dat men verricht mag verondersteld worden samen te hangen met de kwaliteit van de zorg. |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet niet Bij de vraag naar het aantal volledige prothesen is de toelichting dat alleen onderprothesen of alleen bovenprothesen ook mochten meetellen, weggevallen. Deze onduidelijkheid kwam ook in de telefonische interviews verschillende malen aan de orde. |

Vervolg tabel 16c Methodologische criteria (a, b en c)

| | |
|---------------------------------------|---|
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Kan niet worden beoordeeld De indicatorwaarde betreft een percentage op praktijkniveau. |

Tabel 16d Bevindingen indicator 16

| | A Volledige prothesen | B Partiële prothesen | C implantaat-gedragen prothesen |
|-----------------|------------------------------|-----------------------------|--|
| Indicatorwaarde | 199,2 (n=57)* | 38,1 (n=57)* | 67,6 (n=57)* |
| Minimumscore | 11 (n=1) | 0 (n=7) | 0 (n=2) |
| Maximumscore | 864 (n=1) | 251 (n=1) | 324 (n=1) |
| SD | 146,3 | 46,4 | 64,1 |
| Score -1 sd | 52,2 | -8,3 | 3,5 |
| Score +1 sd | 345,5 | 84,5 | 131,7 |

* De indicatorwaarde is gebaseerd op de gegevens van 57 praktijken.

Tabel 16e Advies

| | |
|--------------------------------------|--|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | Op dezelfde wijze uitvragen |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | Overleg met softwareleveranciers over de mogelijkheid om de informatie over aantallen vervaardigde prothesen in de systemen in te bouwen t.b.v. automatische uitvraag. |

4.18 Indicator 17: kwalificaties assistenten

Tabel 17a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|--|
| Omschrijving | Percentage van de tandartsassistenten dat het mbo-diploma 'tandartsassistent' of een vergelijkbare kwalificatie met certificaat heeft behaald. |
| Type indicator | Structuurindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen genoemd |

Tabel 17b Operationalisatie in pilot

| | |
|---|---|
| Relatie tot kwaliteit | Deze informatie geeft een indicatie van de kwaliteit van het werk van de tandartsassistent. Ook biedt het keuze-informatie voor de patiënt. |
| Kwaliteitsdomein | Veiligheid |
| Aanpassing tijdens operationalisatietraject | Indicator 17 is niet van toepassing op tandprothetici. Deze indicator is daarom niet uitgevraagd bij praktijken voor tandprothetiek. Tabellen 17c, 17d en 17e komen daarmee te vervallen. |
| Indicator 17 | N.v.t. |
| Type indicator | N.v.t. |
| Niveau van uitvragen | N.v.t. |
| Vragen zoals gesteld | N.v.t. |
| Inclusiecriteria | N.v.t. |
| Teller | N.v.t. |
| Noemer | N.v.t. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | N.v.t. |

4.19 Indicator 18: opname van gegevens in het patiëntendossier

Tabel 18a Omschrijving (indicatorlijst april 2011)

| | |
|---------------------------------|---|
| Omschrijving | Opname van gegevens in het digitale dossier (screening, diagnose, risico-inschatting, medische aannames of ASA-score) |
| Type indicator | Structuurindicator |
| Mogelijk beïnvloedende factoren | Geen benoemd |

Tabel 18b Operationalisatie

| | |
|--|--|
| Relatie tot kwaliteit | Het opnemen van gegevens in het digitale dossier zegt iets over de informatie die men ter beschikking heeft over de cliënt, om deze zo effectief en veilig mogelijk te kunnen helpen. |
| Kwaliteitsdomein | Effectiviteit |
| Aanpassing tijdens operationalisatie-traject | <ul style="list-style-type: none"> • Uit de praktijktest bleek dat niet alle tandartsen en mondhygiënisten werken met een digitaal dossier. Daarom is gevraagd naar het dossier in het algemeen. • De lijst met gegevens waarnaar is gevraagd is aangevuld tijdens het operationalisatietraject. |
| Indicator 18a | Het percentage praktijken waarbij medische anamnese doorgaans wordt vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18b | Het percentage praktijken waarbij tandheelkundige anamnese doorgaans wordt vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18c | Het percentage praktijken waarbij de status praesens doorgaans wordt vastgelegd in het patiëntendossier. |

Vervolg tabel 18b Operationalisatie

| | |
|---|--|
| Indicator 18d | Het percentage praktijken waarbij de datum waarop een periodieke controle/verrichting is uitgevoerd, doorgaans wordt vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18e | Het percentage praktijken waarbij de klacht/hulpvraag van de patiënt doorgaans wordt vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18f | Het percentage praktijken waarbij uitgevoerd onderzoek doorgaans wordt vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18g | Het percentage praktijken waarbij röntgenfoto's doorgaans wordt vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18h | Het percentage praktijken waarbij de diagnose- en indicatiestelling doorgaans wordt vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18i | Het percentage praktijken waarbij het behandelplan/zorgplan doorgaans wordt vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18j | Het percentage praktijken waarbij de uitgevoerde verrichtingen doorgaans worden vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18k | Het percentage praktijken waarbij de behandelaar die de verrichtingen heeft uitgevoerd doorgaans worden vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18l | Het percentage praktijken waarbij verwijzingen naar andere zorgverleners doorgaans wordt vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18m | Het percentage praktijken waarbij informatie over deels of volledig mislukte verrichtingen doorgaans worden vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18n | Het percentage praktijken waarbij mondzorgadviezen en behandelingsvoorstellen doorgaans worden vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18o | Het percentage praktijken waarbij (tussentijdse) evaluaties van behandeltrajecten doorgaans worden vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18p | Het percentage praktijken waarbij gegevens in het kader van horizontale en verticale verwijzing doorgaans worden vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Indicator 18q | Het percentage praktijken waarbij voorgeschreven medicatie doorgaans wordt vastgelegd in het patiëntendossier. |
| Type indicator | Procesindicator |
| Niveau van uitvragen | Praktijkniveau (algemene vragenlijst) |
| Vraag zoals gesteld | Wilt u hieronder aangeven of u de onderstaande gegevens doorgaans vastlegt in het patiëntendossier? (ja/nee) |
| Inclusiecriteria | Patiënten met implantaatgedragen prothesen |
| Teller | Aantal praktijken dat betreffende zaken vastlegt in patiëntendossiers. |
| Noemer | Totaal aantal tandprothetische praktijken waarvoor een vragenlijst is ingevuld. |
| Mogelijk beïnvloedende factoren waarvoor is gecontroleerd | Geen |

Tabel 18c Methodologische criteria (a t/m q)

| | |
|---------------------------------------|--|
| Inhoudsvaliditeit | Voldoet bijna Er is geen wetenschappelijk onderzoek voorhanden waaruit een eenduidige relatie blijkt tussen het registreren van gegevens en de kwaliteit van de zorg door mondhygiënisten. Onder de deskundigen in de stuurgroep bestaat echter wel consensus over deze relatie. |
| Registratievergelijkbaarheid | Voldoet De indicator is helder, precies en volledig omschreven, evenals de meet-, registratie-, berekenings- en rapportage-instructies. |
| Populatievergelijkbaarheid | Voldoet Populatiekenmerken zouden niet van invloed mogen zijn op de indicatorscore. |
| Statistisch betrouwbaar onderscheiden | Kan niet beoordeeld worden De indicatorwaarde betreft een percentage op praktijkniveau. |

Tabel 18d Bevindingen indicatoren 18a t/m 18q

| | Teller | Noemer | Indicator waarde |
|---|--------|--------|------------------|
| 18a Medische anamnese | N=51 | N=63 | 81,0% |
| 18b Tandheelkundige anamnese | N=43 | N=63 | 68,3% |
| 18c Status praesens | N=34 | N=63 | 54,0% |
| 18d De datum waarop een periodieke controle/verrichting is uitgevoerd | N=59 | N=63 | 93,7% |
| 18e De klacht/hulpvraag van de patiënt | N=60 | N=63 | 95,2% |
| 18f Het uitgevoerde onderzoek | N=54 | N=63 | 85,7% |
| 18g Röntgenfoto's | N=17 | N=63 | 27,0% |
| 18h De diagnose- en indicatiestelling | N=54 | N=63 | 85,7% |
| 18i Het behandelplan/zorgplan | N=55 | N=63 | 87,3% |
| 18j De uitgevoerde verrichtingen | N=61 | N=63 | 96,8% |
| 18k De behandelaar die de verrichtingen heeft uitgevoerd | N=59 | N=63 | 93,7% |
| 18l Verwijzingen naar andere zorgverleners | N=59 | N=63 | 93,7% |
| 18m Informatie over deels of volledig mislukte verrichtingen | N=56 | N=63 | 88,9% |
| 18n Mondzorgadviezen en behandelingsvoorstellen | N=51 | N=63 | 81,0% |
| 18o (Tussentijdse) evaluaties van behandeltrajecten | N=32 | N=63 | 50,8% |
| 18p Gegevens in het kader van horizontale en verticale verwijzing | N=50 | N=63 | 79,4% |
| 18q Voorgescreven medicatie | N=23 | N=63 | 36,5% |

Tabel 18e Advies

| | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| Advies landelijke uitvraag 2012 | Vraag op dezelfde manier uit. |
| Ontwikkelvoorstel op langere termijn | Geen |

BIJLAGEN

BIJLAGE 1**Indicatoren vastgesteld door Stuurgroep Zichtbare
Mondzorg (begin 2011)**

In onderstaande tabel is een overzicht opgenomen van de indicatoren zoals deze zijn vastgesteld door de Stuurgroep Zichtbare Mondzorg (begin 2011) (de Plexuslijst)

| Indicator | Termijn | Prioriteit | Bron | Type | |
|-----------|---|------------------|------|----------------------------|-----------|
| 1 | % patiënten onder de 18 jaar dat ten minste 1x per jaar wordt gezien | Direct | Ja | Administratie | Uitkomst |
| 2 | Al dan niet voeren van een actief beleid om (jeugdige) patiënten te stimuleren tot geregeld periodiek mondonderzoek. | Direct | | Ontwikkeling administratie | Proces |
| 3 | % patiënten onder de 18 jaar (dat in de meetperiode een consult heeft gehad) waarbij een fluoride-behandeling is toegepast | Direct | Ja | Administratie | Uitkomst |
| 4 | % patiënten onder de 18 jaar (dat in de meetperiode een consult heeft gehad) waarbij is geseald | Direct | Ja | Administratie | Uitkomst |
| 5 | Gemiddeld aantal röntgenfoto's per patiënt per jaar (uitsplitsen naar soort foto's) | Direct | Ja | Administratie | Proces |
| 6 | Aantal nieuwe cariës bij patiënten in de praktijk (die de afgelopen x jaar de praktijk hebben bezocht) | Ontwikkel agenda | | Ontwikkeling administratie | Uitkomst |
| 7 | Gemiddelde DMFT-score (Decayed, missing and filled teeth score) van patiënten in de praktijk | Ontwikkel agenda | | Ontwikkeling administratie | Uitkomst |
| 8 | Gemiddelde DPSI-score (kwaliteit tandvlees score) van patiënten in de praktijk | Ontwikkel agenda | Ja | Ontwikkeling administratie | Uitkomst |
| 9 | Aantal aanwezige hand- en hoekstukken in de praktijk | Direct | | Uitvraag tandarts | Proces |
| 10 | Gemiddelde vervanging van eigen restauraties/levensduur van eigen restauraties | Ontwikkel agenda | Ja | Ontwikkeling administratie | Uitkomst |
| 11 | Indicatoren op basis van PROMs (Patient Reported Outcome Measures) | Ontwikkel agenda | Ja | Uitvraag patiënten | Uitkomst |
| 12 | Voor orthodontie: begin- en eindmeting gebitssituatie | Ontwikkel agenda | | Administratie | Uitkomst |
| 12a | Voor orthodontie: gemiddelde behandelbehoefte | Ontwikkel agenda | | Ontwikkeling administratie | Uitkomst |
| 13 | Voor orthodontie: gemiddelde behandelduur | Direct | Ja | Administratie | Proces |
| 14 | Inschrijving in kwaliteitsregister tandartsen (KRT) of kwaliteitsregister mondhygiënist (KRM) | Direct | | Uitvraag tandarts | Proces |
| 15 | Aantal voorbehouden handelingen in de praktijk dat wordt uitgevoerd door een medewerker die niet een tandarts is | Ontwikkel agenda | | Ontwikkeling administratie | Proces |
| 16 | Aantal behandelingen per jaar (volume) voor implantologie en volledige prothese | Direct | | Administratie | Proces |
| 17 | Percentage van de tandartsassistenten dat het mbo-diploma 'tandartsassistent' of een vergelijkbare kwalificatie met certificaat heeft behaald | Direct | | Uitvraag tandarts | Proces |
| 18 | Opname van gegevens in het digitale dossier (screening, diagnose, risico-inschatting, medische anamnese) | Ontwikkel agenda | | Ontwikkeling administratie | Structuur |

BIJLAGE 2
Statistisch betrouwbaar onderscheiden
Tabel B2.1 Beoordelen statistisch betrouwbaar onderscheiden

| Proportie De gemiddelde score op de indicator (teller gedeeld door noemer) | | Statistische betrouwbaarheid | | Benodigde Observaties (noemer) |
|--|----------------------|--|-----------------------------|--|
| $p \leq 0,02$ | $p \leq 0,98$ | Voldoet Voldoet bijna Voldoet niet | (groen) (geel) (rood) | ≤ 2300 Tussen 640 en 2300 < 640 |
| $0,02 < p \leq 0,04$ | $0,98 > p \geq 0,96$ | Voldoet Voldoet bijna Voldoet niet | (groen) (geel) (rood) | ≥ 1160 Tussen 320 en 1160 < 160 |
| $0,04 < p \leq 0,07$ | | Voldoet Voldoet bijna Voldoet niet | (groen) (geel) (rood) | ≥ 580 Tussen 160 en 580 < 160 |
| $0,07 < p \leq 0,12$ | $0,93 > p \geq 0,88$ | Voldoet Voldoet bijna Voldoet niet | (groen) (geel) (rood) | ≥ 340 Tussen 90 en 340 < 9 |
| | $0,12 < p \leq 0,88$ | Voldoet Voldoet bijna Voldoet niet | (groen) (geel) (rood) | ≥ 200 Tussen 30 en 200 < 30 |

Bron: tabel is overgenomen uit Onderzoeksverantwoording, Statistisch betrouwbaar onderscheiden, Significant 2011

BIJLAGE 3
Kenmerken respondenten patiëntenvragenlijst
Tabel B3.1 Achtergrondkenmerken respondenten patiëntenvragenlijst tandartsen (n=765)

| Kenmerk | % (n) |
|------------------------------|--------------|
| <i>Geslacht</i> | |
| Man | 51,8 (396) |
| Vrouw | 48,2 (369) |
| <i>Leeftijd</i> | |
| 18 t/m 29 jaar | 8,2 (63) |
| 30 t/m 44 jaar | 23,9 (183) |
| 45 t/m 64 jaar | 53,1 (406) |
| 65 t/m 79 jaar | 14,0 (107) |
| 80 jaar en ouder | 0,8 (6) |
| <i>Opleiding</i> | |
| Geen opleiding | 0,3 (2) |
| Lagere school | 1,0 (8) |
| Lbo | 7,3 (56) |
| Mbo | 35,7 (273) |
| Hbo | 39,0 (298) |
| Wo | 16,1 (123) |
| Anders | 0,7 (5) |
| <i>Ses</i> | |
| Laag | 8,5 (65) |
| Laag midden | 30,7 (234) |
| Hoog midden | 37,3 (284) |
| Hoog | 23,4 (178) |
| <i>Reden bezoek tandarts</i> | |
| Periodieke controle | 69,8 (534) |
| In verband met pijn | 5,0 (38) |
| Behandeling, namelijk | 27,2 (208) |
| Anders, namelijk | 4,7 (36) |

Tabel B3.2 Achtergrondkenmerken respondenten patiëntenvragenlijst mondhygiënisten (n=468)

| Kenmerk | % (n) |
|----------------------------|--------------|
| Man | 47,0 (220) |
| Leeftijd | |
| 18 t/m 29 jaar | 3,0 (14) |
| 30 t/m 44 jaar | 15,0 (70) |
| 45 t/m 64 jaar | 67,5 (316) |
| 65 t/m 79 jaar | 13,7 (64) |
| 80 jaar en ouder | 0,9 (4) |
| Opleiding | |
| Geen opleiding | 0,6 (3) |
| Lagere school | 0,6 (3) |
| Lbo | 6,6 (31) |
| Mbo | 33,1 (155) |
| Hbo | 40,4 (189) |
| Wo | 17,9 (84) |
| Anders | 0,6 (3) |
| Reden bezoek mondhygiënist | |
| Periodieke controle | 76,9 (360) |
| In verband met pijn | 1,5 (7) |
| Behandeling, namelijk | 18,8 (88) |
| Anders, namelijk | 4,5 (21) |

Tabel B3.3 Achtergrondkenmerken respondenten patiëntenvragenlijst tandprothetici (n=255)

| Kenmerk | % (n) |
|----------------------------|--------------|
| Man | 53,7 (137) |
| Leeftijd | |
| 18 t/m 29 jaar | 0,0 (0) |
| 30 t/m 44 jaar | 2,4 (6) |
| 45 t/m 64 jaar | 52,9 (135) |
| 65 t/m 79 jaar | 40,8 (104) |
| 80 jaar en ouder | 3,9 (10) |
| Opleiding | |
| Geen opleiding | 0,4 (1) |
| Lagere school | 10,6 (27) |
| Lbo | 26,7 (68) |
| Mbo | 42,7 (109) |
| Hbo | 15,7 (40) |
| Wo | 2,4 (6) |
| Anders | 1,6 (4) |
| Reden bezoek mondhygiënist | |
| Periodieke controle | 5,0 (13) |
| In verband met pijn | 3,1 (8) |
| Behandeling, namelijk | 41,6 (109) |
| Anders, namelijk | 50,4 (132) |

Regioplan Beleidsonderzoek

Nieuwezijds Voorburgwal 35

1012 RD Amsterdam

T 020 531 531 5

F 020 626 519 9

E info@regioplan.nl

I www.regioplan.nl