

- ries: studies of active and passive immunity to *Streptococcus mutans* in malnourished rats. *J Dent Res* 1976; 55: spec. issue C: 205-214.
39. Michalek SM, McGhee JR. Effective immunity to dental caries: passive transfer to rats of antibodies to *Streptococcus mutans* elicits protection. *Infect Immun* 1977; 17: 644-650.
40. Rijn I van der, Bleisweis AS, Zabriskie JB. Antigens in *Streptococcus mutans* cross reactive with human muscles. *J Dent Res* 1976; 55: spec. issue C: 59-64.
41. Russell RRB. Wall-associated protein antigens of *Streptococcus mutans*. *J Gen Microbiol* 1979; 114: 109-115.
42. Kaplan MH, Frengley JD. Autoimmunity to the heart in cardiac disease: current concepts of the relation of autoimmunity to rheumatic fever, post-cardiotomy and post-infarction syndromes and cardiomyopathies. *Am J Cardiol* 1969; 24: 459-473.
43. Hughes M, Machardy SM, Sheppard AJ, Woods NC. Evidence for an immunological relationship between *Streptococcus mutans* and human cardiac tissue. *Infect Immun* 1980; 27: 576-588.
44. Ellouz F, Adam A, Ciorbaru F, Lederer E. Minimal structural requirements for adjuvant activity of bacterial peptidoglycan derivatives. *Biochem Biophys Res Commun* 1974; 59: 1317-1325.
45. Olson GA. Dextran receptors as immunogens in caries. *Adv Exp Biol Med* 1978; 107: 771-782.
46. Iacono VJ, Taubman MA, Smith DJ, Levine MJ. Isolation and immunochemical characterization of the group-specific antigen of *Streptococcus mutans* 6715. *Infect Immun* 1975; 11: 117-128.
47. Wicken AJ, Know KW. Lipoteichoic acids: a new class of bacterial antigens. *Science* 1975; 187: 1161-1167.
48. Bolton RW. Naturally-occurring IgA antibodies to glycerolteichoic acid in human saliva. Correlation with caries activity. *J Dent Res* 1981; 60: 878-882.
49. Russell MW, Zanders ED, Bergmeier LA, Lehner T. Affinity purification and characterization of proteasesusceptible antigen I of *Streptococcus mutans*. *Infect Immun* 1980; 29: 999-1006.
50. Lehner T, Russell MW, Caldwell J. Immunization with a purified protein from *Streptococcus mutans* against dental caries in rhesus monkeys. *Lancet* 1980; I: 995-996.
51. Russell MW, Challacombe SJ, Lehner T. Specificity of antibodies induced by *Streptococcus mutans* during immunization against dental caries. *Immunology* 1980; 40: 97-106.

September 1982.

Adres: Dr. J. S. van der Hoeven,  
Philips van Leydenlaan 25,  
6500 HB Nijmegen.

## INTERCOLLEGIALE TOETSING

### II. DE NEDERLANDSE SITUATIE

E. C. STEVENS\*)

M. A. J. EIJKMAN

Trefwoorden: Sociale Tandheelkunde – Intercollegiale Toetsing

#### 1. Inleiding

De gedachte Intercollegiale Toetsing in Nederland door te voeren, is niet van recente datum. Reeds lang kent men studieclubs, waar problemen omtrent de uitvoering van zorgverlening op collegiaal niveau worden besproken. Dit zou men een eenvoudige vorm van I. C. T. kunnen noemen, die geheel op basis van vrijwilligheid plaatsvindt. Deze vorm van toetsing is niet georganiseerd en er bestaan geen vaste regels voor.

Reeds enige tijd wordt er binnen de

Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (N.M.T.) gezocht naar een meer georganiseerde vorm van toetsing. De sectie T. M. Z. van deze Maatschappij heeft bij de invoering van de Integraal Tandheelkundige hulp aan Ziekenfondsverzekerden (13-jarigen-plan) getracht I.C.T. te introduceren. Deze toetsing werd uitgevoerd door diverse regionale begeleidingscommissies, bestaande uit enkele tandartsen-algemeen-practici van het district waartoe de commissie behoorde.

Aan de hand van dia's en bitewing-röntgenfoto's werd beoordeeld of de zorgverlening juist was uitgevoerd. Uit rapporten van de sectie T.M.Z. kan worden opgemaakt dat er een groot verschil van mening bestond

#### Samenvatting:

Intercollegiale Toetsing (I.C.T.) staat in Nederland nog in de kinderschoenen. Het begrip I.C.T. klinkt echter al zo vertrouwd in de oren, dat meer aandacht besteed wordt aan de uitvoering van I.C.T., dan aan vragen zoals: 'wat is I.C.T.?' of 'waarom I.C.T.?'. Voorzichtig kan worden gesteld, dat over deze vragen in Nederland nog onvoldoende meningsvorming heeft plaatsgevonden. Mogelijk verklaart dit waarom I.C.T. nog niet is gerealiseerd.

De intentie van dit artikel is een bijdrage te leveren aan deze meningsvorming. Daartoe zal I.C.T. in de Nederlandse situatie worden besproken en vergeleken met die in de Verenigde Staten. Het artikel zal worden besloten met enkele aanbevelingen.

over de wijze waarop de toetsing zou moeten worden uitgevoerd.<sup>1 2</sup> Deze vorm van toetsing is uiteindelijk geen groot succes geworden.

In een later stadium werd een *Werkgroep Kwalitatieve Toetsing* opgericht met het doel voorstellen te doen op welke wijze I.C.T. (m.b.t. de zorgverlening aan kinderen van 0 tot 19 jaar<sup>3</sup>) zou moeten worden uitgevoerd.

\*) Tandartsfunctionaris verbonden aan de Amsterdamse Vereniging tot bevordering der Tandheelkundige Verzorging aan Ziekenfondsverzekerden (A.T.Z.).

Binnen de sectie T.A.P.P. van de Maatschappij bezint men zich eveneens over Intercollegiale Toetsing. Ook hier is een werkgroep opgericht, de *Werkgroep Intercollegiale Toetsing* genaamd. Op 2 november 1981 is op de Algemene Vergadering van deze sectie een voorstel van de Werkgroep besproken.<sup>4</sup> De doelstelling van deze Werkgroep was, met betrekking tot I.C.T., een landelijke organisatie op te bouwen ter bevordering van de gehele tandheelkunde in Nederland.

Enkele uitgangspunten van deze toetsing waren, dat alle praktijken in Nederland aan deze toetsing zouden worden onderworpen en dat de toetsing uitgevoerd zou worden door alle collegae in Nederland volgens een bepaald roulatiesysteem. De toetsing, aldus deze werkgroep, is gericht op de basisprincipes der tandheelkunde.

Behalve binnen de professie wordt ook daarbuiten over toetsing van zorgverlening gesproken. Zo heeft de overheid, in haar streven de tandheekundige zorgverlening te beheersen, o.a. in het voorontwerp van de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (B.I.G.) gesteld, dat er maatregelen kunnen worden getroffen in het belang van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Hiermede wordt bedoeld dat er eisen gesteld kunnen worden ten aanzien van de technische uitrusting van de praktijkruimte, de inrichting, het beheer en het bewaren van patiëntendossiers, verplichte deelneming aan waarnemingsregelingen, intercollegiale toetsing en bijscholing.

In de memorie van toelichting op dit wetsvoorstel staat, dat de verantwoordelijkheid regelingen te treffen in het kader van de kwaliteitsbewaking primair tot de taak van de beroepsbeoefenaar behoort. Hieruit mag worden afgeleid dat het realiseren van b.v. I.C.T. behoort tot de verantwoordelijkheid van de professie zelf en verwacht mag worden dat, indien de professie hier niet in slaagt, door de overheid daartoe eventueel zelf maatregelen zullen worden genomen.

Verder zijn in onze samenleving ont-

wikkelingen merkbaar die duiden op een vermaatschappelijking van de gezondheidszorg. Leenen wijst erop dat in onze samenleving in toenemende mate mensen en groepen in actie komen om zich in te zetten voor de rechten van de mensen in de gezondheidszorg.<sup>5</sup>

Dat deze behoefte bestaat valt o.a. op te maken uit het aantal klachten van patiënten, dat behandeld wordt door de Raad van Beroep en waarvan in het Nederlands Tandartsenblad uitvoerig verslag wordt gedaan. De patiënt is kennelijk niet altijd tevreden over de verleende zorg en wil deze zorg op de een of andere wijze getoetst zien.

De behoefte aan een vorm van toetsing valt ook waar te nemen bij verzekeringsorganisaties. De ziekenfondsen hebben in de tandheekundige zorgverlening hiervoor de hulp van het Tandheekkundig Controle Instituut (T.C.I.) tot hun beschikking. Het T.C.I. is op basis van pariteit samengesteld: enerzijds de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheekkunde (N.M.T.), anderzijds de Verenigde Nederlandse Ziekenfondsen (V.N.Z.).

De particuliere verzekeringsorganisaties hebben in de regel tandheekkundige en medische adviseurs in dienst, die kunnen worden geraadpleegd over de te verlenen of reeds verleende zorg. Al deze ontwikkelingen tonen aan dat er binnen de Nederlandse professie, of misschien beter, binnen onze samenleving behoefte bestaat aan een vorm van toetsing.

Ondanks het feit dat vanuit de gemeenschap duidelijk signalen zijn waar te nemen, die wijzen op de noodzaak van toetsing, kunnen we constateren dat I.C.T. in Nederland nog in de kinderschoenen staat. Immers, de professie is er tot op heden niet in geslaagd een systeem van de grond te brengen dat door de gehele professie wordt geaccepteerd en voldoet aan de verwachtingen van de bevolking.

Dit is echter niet zo verwonderlijk. Belangrijke vragen als: 'Wat wordt verstaan onder I.C.T.?' en 'Wat is het effect van I.C.T.?' zijn in Nederland onvoldoende beantwoord. De kans is groot dat niet iedereen hetzelfde be-

doelt indien gesproken wordt over I.C.T. Indien overeenstemming over dit begrip ontbreekt, is het onmogelijk te spreken over de wijze waarop de toetsing moet worden uitgevoerd. Het is dan ook wenselijk dat in Nederland eerst gediscussieerd gaat worden over de vragen: 'Wat is I.C.T.?' en 'Wat is het effect van I.C.T.?', alvorens de wijze van uitvoering ter sprake komt.

De intentie van dit artikel is een aanzet te geven tot deze discussie. In onderstaande paragrafen zal I.C.T. in de Nederlandse situatie worden besproken en vergeleken met die in de Verenigde Staten. Dit zal, zoals ook bij de beschrijving van de Amerikaanse situatie, gedaan worden aan de hand van vragen, zoals: 'Wat is I.C.T., waarom I.C.T.?' enz.

Het artikel zal worden afgesloten met enkele aanbevelingen.

## 2. Het begrip I.C.T.

### 2.1. Wat is I.C.T.?

In tegenstelling tot de Verenigde Staten kent men in Nederland geen duidelijke omschrijving van wat verstaan moet worden onder het begrip I.C.T. en door wie deze toetsing moet worden uitgevoerd.

In de tot nu toe verschenen rapporten over I.C.T. wordt wel aangegeven waarom I.C.T. noodzakelijk is, wat het doel of effect hiervan is, maar wat I.C.T. nu precies is, wordt, voor zover de auteurs bekend, nergens duidelijk geformuleerd. Zo kan men zich afvragen of met I.C.T. in Nederland wordt bedoeld: een onderlinge toetsing van collega's door collega's of misschien een evaluatie van zorgverlening door deskundigen of algemeen-practici.

Voor zover hierover overeenstemming mocht bestaan, is vervolgens niet duidelijk wie gerekend kan worden tot de groep collega's. Welke collega's zijn in staat deze toetsing uit te voeren, welke eisen worden aan deze tandartsen gesteld om de toetsing te kunnen uitvoeren? Dit zijn vragen die hierbij aan de orde komen. Verder kan men zich afvragen of b.v. een adviserend tandarts gezien kan worden als colle-

ga. Heeft deze collega nog wel voldoende inzicht in de problematiek waarmee de algemeen-practicus dagelijks wordt geconfronteerd? En in welke mate speelt zijn ervaring een rol of in hoeverre is hij voldoende opgeleid om verantwoord uitspraken te doen over werk van praktijkvoerende tandartsen?

Voorzichtig kan worden gesteld, dat over deze materie in Nederland nog onvoldoende meningsvorming heeft plaatsgevonden.

## 2.2. *Waarom I.C.T.?*

Zoals in de inleiding van dit artikel is beschreven, vormt een aantal ontwikkelingen in onze samenleving een aanleiding I.C.T. in te voeren. Genoemd en toegelicht zijn o.a. de invoering van het Project Integrale Tandheelkunde en de wetgeving op het gebied van de gezondheidszorg. Verder is genoemd de vermaatschappelijking van de gezondheidszorg. Het ziet ernaar uit dat, zoals ook in de V.S. het geval is, de druk die uitgeoefend wordt op de professie om verantwoording af te leggen over de wijze en het resultaat van zorgverlening, groter wordt. Ook dit zou een reden kunnen zijn I.C.T. in te voeren. Een andere aanleiding zou kunnen zijn dat I.C.T. een rol kan spelen bij de bewaking van zorgverlening.

Momenteel bestaan in Nederland enkele instanties, die zich met deze bewaking bezighouden. Hoewel het in dit bestek te ver voert om hier diep op in te gaan, zal getracht worden in het kort een overzicht te geven welke instanties dit zijn.<sup>6</sup>

De rechtspraak in de tandheelkunde kent: het Medisch Tuchtrecht, de Maatschappij Rechtspraak en de rechtspraak niet gebaseerd op wetten.

Het *Medisch Tuchtrecht* wordt uitgevoerd door de medische tuchtcolleges. Nederland kent vijf van deze colleges. Klachten bij dit college kunnen slechts schriftelijk worden ingediend door belanghebbenden, zoals de patiënt, het bestuur van b.v. ziekenfondsen of door een geneeskundig inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Na uitspraak

van dit college is hoger beroep mogelijk bij het *Centraal Medisch Tuchtcollege* en vervolgens bij het Gerechtshof.

Het *Maatschappijrecht* berust bij de afdelingsraden of de Raad van Beroep. De afdelingsraad behandelt klachten van niet-financiële aard. Hoger beroep kan worden aangetekend bij de Raad van Beroep.

Klachten van financiële aard worden behandeld door de Honorarium Beoordelings Commissie. Deze commissie komt tot een oordeel op basis van verkregen informatie en de tarieven uit de Cobitlijst, die in een bepaalde regio gangbaar zijn.

De *rechtspraak, niet gebaseerd op wetten*, wordt uitgevoerd door de Stichting Tandheelkundig Controle Instituut (T.C.I.). De adviserend tandarts heeft hier de taak de klachten door persoonlijke bemiddeling op te lossen. Indien dit niet lukt, wordt het probleem voorgelegd aan de Commissie van Toezicht, die paritair samengesteld is uit tandarts-medewerkers en vertegenwoordigers van de ziekenfondsen uit het betreffende district. Deze commissie brengt advies uit aan de ziekenfondsen, die uiteindelijk, en indien nodig, maatregelen kunnen nemen.

In de Amerikaanse literatuur lezen we dat de bewaking van zorgverlening door rechtspraak mede kan plaatsvinden door middel van I.C.T. Het vermoeden bestaat dat I.C.T. kan voorkómen dat rechtspraak noodzakelijk is.

De vraag is of I.C.T. in Nederland een rol kan spelen in de rechtspraak of rechtspraak kan voorkómen, en zo ja, op welke wijze.

Tenslotte kan de wens, om de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren, een reden zijn voor het invoeren van I.C.T. We hebben gezien dat er in Amerika sterk aan wordt getwijfeld of deze verbetering wordt bereikt door I.C.T. Ook in Nederland zal hierop een duidelijk antwoord moeten komen.

Samenvattend kan gezegd worden dat

een aantal ontwikkelingen in onze samenleving aanleiding is tot het invoeren van I.C.T. De belangrijkste ontwikkelingen zijn: de invoering van het project Integrale Tandheelkundige Hulp, de wetgeving in de gezondheidszorg en de vermaatschappelijking van de gezondheidszorg. Bovendien zou I.C.T. – naast de reeds bestaande instanties voor rechtspraak – een rol kunnen spelen bij de bewaking van de zorgverlening. Dit geldt eveneens voor de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

De vraag is echter of deze laatste twee aspecten wel gerekend kunnen worden tot het werkgebied van I.C.T.

## 2.3. *Aandachtsvelden I.C.T.*

Zagen we in de Amerikaanse situatie dat I.C.T. zich hoofdzakelijk richtte op de bewaking van de kosten, de kwaliteit en het tegengaan van misbruik van de zorgverlening, in Nederland bestaat hierover geen overeenstemming.

In het voorstel van de sectie T.A.P.P. zien we, dat vrijwel uitsluitend de kwaliteit een rol speelt.<sup>4</sup> Bij de toetsing dient, aldus deze sectie, gekeken te worden naar cariës, restauraties, contactpunten en de aanwezigheid van tandsteen, wortelresten enz. Nadrukkelijk wordt gesteld dat het behandelen van klachten en het beoordelen van het functioneren van de tandarts wat betreft het sociaal tandheelkundig aspect, niet behoort tot het werkgebied van de I.C.T.

De sectie T.M.Z. daarentegen wil door middel van I.C.T. behalve de kwaliteit, wel degelijk het functioneren van de tandarts en de doelmatigheid van zowel het tandheelkundig handelen als de gebruikte middelen bewaken, respectievelijk bevorderen.<sup>3</sup>

Behalve het feit dat de voorstellen van deze beide secties elkaar gedeeltelijk tegenspreken, zijn ze bovendien niet zo duidelijk omschreven als in de Amerikaanse literatuur. Ook de bewaking van de kosten en het misbruik van de zorgverlening in de Nederlandse situatie, komen niet duidelijk uit de verf.

Concluderend kan men stellen dat I.C.T. in de V.S. meer aandachtsvelden kent dan in Nederland wordt voorgesteld. Verder valt op, dat tot nu toe binnen de professie over de eventuele functie van I.C.T. geen overeenstemming bestaat.

#### 2.4. *Gedachten over de uitvoering van I.C.T.*

Vanuit de Amerikaanse situatie weten we dat de wijze waarop I.C.T. wordt uitgevoerd, afhankelijk is van de structuur van de zorgverlening. In Nederland is deze structuur nogal ingewikkeld.

Zo kent men hier enerzijds het ziekenfonds-verstrekkingspakket, bestaande uit een hoofdverzekering en een (regionaal verschillend) aanvullende verzekering; anderzijds de tandheelkundige hulp aan niet-verzekerde particuliere patiënten, het basispakket particulier verzekerden (jeugd), de publiekrechtelijk ziektekostenverzekeraars zoals I. Z. A., G. V. P. enz.

De honorering van de tandarts vindt in de regel voor zowel ziekenfonds als particuliere patiënten plaats op basis van verrichtingen. In Nederland bestaat echter ook de mogelijkheid voor tandartsen om in loondienst te werken. Van enkele samenwerkingsverbanden is bekend dat aan de tandartsen een honorarium wordt toegekend dat voor iedere collega even hoog ligt. Deze situaties zijn onderling zo verschillend, dat hulpverlening vanuit het ene systeem niet zonder meer vergeleken kan worden met die vanuit het andere systeem.

Onderzoek naar het effect van de zorgverlening vanuit deze verschillende systemen heeft in Nederland nog onvoldoende plaatsgevonden. Zolang dit effect niet onderzocht is, valt moeilijk aan te geven wat de rol is van I.C.T. en hoe I.C.T. moet worden uitgevoerd. Ondanks het feit dat onvoldoende overeenstemming bestaat over de definitie van I.C.T., worden door de beide secties van de N.M.T. voorstellen gedaan op welke wijze I.C.T. moet worden uitgevoerd.

Deze voorstellen wijken, wat betreft de uitvoering, nogal van elkaar af.

Zonder hier verder diep op in te gaan is b.v. een opvallend verschil, dat de ene sectie de toetsing wil uitvoeren op basis van speciaal voor dit doel vervaardigde röntgenfoto's (indien de bestaande foto's ouder zijn dan een jaar), terwijl de andere sectie bij deze toetsing uitsluitend gebruik wil maken van bestaande foto's.

Mogelijk is de onduidelijkheid omtrent het begrip I.C.T. en het, misschien hieruit voortvloeiende, verschil van inzicht omtrent de functie en uitvoering hiervan, één van de redenen waarom I.C.T. in Nederland nog niet georganiseerd van de grond is gekomen.

Pogingen hiertoe op kleinere schaal vindt men wel bij een organisatie als A.T.Z. Bij deze organisatie kent men zgn. groepspraktijken die in hun doelstellingen I.C.T. hebben opgenomen. Ieder lid van zo'n groepspraktijk heeft deze doelstellingen onderschreven. In de regel houdt deze vorm van toetsing in, dat op gezette tijden de zorgverlening van een bepaalde collega uit deze groepspraktijk, door alle tandartsen verbonden aan deze praktijk, wordt besproken aan de hand van bitewing-röntgenfoto's. De wijze waarop dit gebeurt en de criteria die men hanteert zijn echter niet vastgelegd en kunnen van praktijk tot praktijk verschillen. Hoewel er binnen deze organisatie nog niet voldoende duidelijkheid is over het hoe en waarom van I.C.T., wordt de noodzaak hiervan echter onderkend. De structuur van deze organisatie is zodanig, dat er goede mogelijkheden zijn deze toetsing daadwerkelijk uit te voeren.

#### 2.5. *Wat verwacht men van I.C.T.?*

Bij de beschrijving van de Amerikaanse situatie is gezegd dat het effect van I.C.T. om een aantal redenen moeilijk voorspelbaar is. Ook in Nederland is het niet eenvoudig na te gaan wat het effect hier zal zijn.

In de Nederlandse literatuur vindt men hierover niet veel geschreven. In het rapport van de sectie T.M.Z. staat te lezen: 'Beogen de 'klassieke' maatregelen ter bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen – een algemeen verhogen en op peil houden van

de kwaliteit van de zorg, de toetsing daarentegen schijnt het middel bij uitstek om tekortkomingen (ook in het gedrag van de arts) tegen te gaan en een gerichte verbetering in de zorg door te voeren.' Het educatieve karakter van I.C.T. wordt hiermede geaccentueerd. Ook de sectie T.A.P.P. is van mening dat I.C.T. een educatief karakter heeft.

Vergelijkt men wederom de Nederlandse en de Amerikaanse situatie, dan valt op dat als belangrijkste effect van I.C.T. in de V.S. wordt gezien het 'orde op zaken houden in eigen huis en het voorkomen dat derden zich gaan bemoeien met de uitvoering van de zorgverlening', terwijl in Nederland wordt verwacht dat 'van I.C.T. een educatieve werking' uitgaat.

#### 2.6. *Instrumenten voor I.C.T.*

Voor toetsing van zorgverlening zijn instrumenten nodig. Deze instrumenten kunnen worden verkregen uit onderzoek. Nu is echter evaluatie van zorgverlening een ingewikkelde materie. In het model van Donabedian wordt zorgverlening verdeeld in drie, overigens nauw verbonden, onderdelen, te weten: structuur, proces en resultaat.<sup>7</sup> Deze driedeling geeft aan dat bij evaluatie niet alleen belangrijk is of een verrichting kwalitatief beantwoordt aan bepaalde criteria, doch evenzeer hoe deze zorgverlening is uitgevoerd, onder welke omstandigheden en binnen welke structuur van gezondheidszorg. Met andere woorden: ook al is men in staat van een verrichting te bepalen of deze kwalitatief goed of niet goed is, dan nog valt niets te zeggen over het effect hiervan op de mondgezondheid en kan niet worden aangegeven of deze verrichting terecht is uitgevoerd.

Tot op heden is in Nederland weinig onderzoek gedaan dat erop gericht was instrumenten te ontwikkelen die kunnen bepalen of zorgverlening, onder bepaalde omstandigheden uitgevoerd, al dan niet verantwoord is.<sup>8</sup> Vermeldenswaard is echter wel een recent uitgevoerd onderzoek van de Vrije Universiteit te Amsterdam in samenwerking met medewerkers van de

A.T.Z. en het T.C.I.<sup>9</sup> In dit onderzoek is getracht een index voor zorgverlening te ontwikkelen, waarmee kan worden bepaald in hoeverre zorgverlening noodzakelijk is (gezondheid) en in hoeverre de verleende zorg voldoet (kwaliteit). Deze index is echter ontwikkeld voor 15-jarige patiënten en verder onderzoek zal deze index geschikt moeten maken voor een bredere groep van de bevolking.

Behalve de structuur, het proces en het resultaat van zorgverlening zal ook rekening moeten worden gehouden met de positie van zowel de patiënt als de hulpverlener zelf. Hierbij spelen subjectieve aspecten een rol. Voor het registreren van deze subjectieve criteria geldt eveneens dat hiervoor nog geen geschikte instrumenten beschikbaar zijn.

De vraag is, of het uitvoeren van I.C.T. zonder te beschikken over goede instrumenten, haalbaar is.

### 3. Conclusies

I.C.T. is in de Nederlandse situatie, tegenstelling tot die in de V.S., nie. zodanig geformuleerd dat voor een ieder duidelijk is wat I.C.T. inhoudt.

Er zijn ontwikkelingen in de samenleving te noemen die I.C.T. noodzakelijk maken. Zo bestaat de indruk dat in Nederland de druk van buiten de professie een belangrijke aanleiding vormt om I.C.T. te realiseren.

Het antwoord op de vraag waar I.C.T. zich mee bezig dient te houden, is in ons land eveneens niet zo duidelijk omlind als dat in de V.S. het geval is. Bovendien blijkt men hier te lande aan I.C.T. minder aandachtsvelden toe te kennen dan in de V.S. In tegenstelling tot voorgaande vragen, is in Nederland wel veel aandacht gegeven aan de wijze waarop I.C.T. zou moeten worden uitgevoerd. In de tot nu toe verschenen rapporten over I.C.T. wordt vrij gedetailleerd beschreven hoe die uitvoering moet geschieden. Over de manier waarop dit moet gebeuren, blijkt verschillend te worden gedacht. Wat betreft het effect van I.C.T. is men in Nederland van mening dat er een educatieve werking vanuit zal gaan, terwijl men in de V.S. verwacht dat

I.C.T. orde op zaken houdt binnen de professie.

Voor het meten van de zorgverlening in het kader van I.C.T., beschikt men tot op heden over weinig bruikbare criteria. Het lijkt erop dat er nog veel besproken moet worden voordat I.C.T. uitvoerbaar zal zijn en dat er veel onderzoek nodig is om goede instrumenten te verkrijgen voor het meten van de zorgverlening.

### 4. Aanbeveling

#### 4.1. Begripsbepaling en consensus

De indruk wordt gewekt dat binnen de professie in Nederland door kleine groepen van gedachten wordt gewisseld over I.C.T.

Het lijkt dan ook aanbevelenswaardig in eerste instantie de professie in zijn totaliteit meer te informeren over deze kwestie. Dit zou b.v. kunnen door meer publikaties over dit onderwerp in de tandheelkundige vakbladen. Dit artikel kan gezien worden als een aanzet daartoe. Een andere goede mogelijkheid is het organiseren van P.A.O. over dit onderwerp. De benodigde informatie hiervoor kan voor een groot deel verkregen worden uit de Amerikaanse literatuur.

Op deze wijze zou binnen de professie een discussie kunnen ontstaan die ertoe zal moeten leiden dat er een duidelijke begripsbepaling van I.C.T. komt, waarover bovendien bij de gehele professie consensus zal bestaan.

#### 4.2. Functie van I.C.T.

Voor het bepalen van de functie van I.C.T. is het noodzakelijk inzicht te hebben in de structuur van de zorgverlening, in de reeds bestaande mogelijkheden van de bewaking van de gezondheidszorg en niet in het minst in de vraag waarom I.C.T. noodzakelijk is. Afhankelijk van de uitkomst van de begripsbepaling zal aan I.C.T. een aantal functies worden toegekend.

Zonder te pretenderen compleet te zijn, zullen in het onderstaande enkele suggesties worden gegeven, die een bijdrage zouden kunnen leveren aan de gedachtenvorming over I.C.T.

#### 4.2.1. Bewaking van zorgverlening

Zoals beschreven richt I.C.T. zich in de V.S. hoofdzakelijk op de bewaking van de kosten, de kwaliteit en het voorkomen van misbruik van de zorgverlening.

In Nederland berust de bewaking van zorgverlening bij instanties zoals afdelingsraden, T.C.I. enz. Deze instanties worden echter in de regel pas ingeschakeld als het probleem is gerezen en zij kunnen in het uiterste geval sanctionerend optreden. Indien de bewaking van zorgverlening één van de functies van I.C.T. zou zijn, dan bestaat de mogelijkheid dat voorkomen wordt dat deze instanties worden ingeschakeld.

Bovendien lijkt I.C.T. een bijzonder goed middel om de collega's te stimuleren tot het volgen van P.A.O. Ook op deze wijze wordt een bijdrage geleverd aan de bewaking van zorgverlening.

#### 4.2.2. Bemiddeling bij klachten

Indien een collega gesignaleerd wordt wiens zorgverlening ter discussie staat, is het de taak van I.C.T. overleg te plegen met de betreffende collega om te voorkomen dat deze situatie aanleiding geeft tot klachten van patiënten of ziekenfondsen.

In situaties waarin reeds sprake is van een meningsverschil tussen hulpverlener en patiënt (of ziekenfonds), zou I.C.T. kunnen leiden tot een voor alle partijen acceptabele oplossing.

Daarnaast zou ook bemiddeld kunnen worden bij patiënten die vragen of problemen hebben ten aanzien van hun gezondheid of zorgverlening, waarmee zij nergens terecht kunnen. Bij het ziekenfonds Azivo bestaat sinds kort het zgn. 'ombudsplan' (ombudsman), waar patiënten met dergelijke problemen terecht kunnen. Dit plan blijkt voor de patiënt een dermate drempelverlagend effect te hebben, dat deze nu wel met klachten of wensen durft te komen. Mogelijk is een dergelijk 'ombudsplan' een goed voorbeeld hoe I.C.T. door bemiddeling een bijdrage zou kunnen leveren aan het vergroten van het vertrouwen tussen het publiek en de professie.

De bestaande vorm van rechtspraak behoeft hierdoor niet te worden aange-

tast. Bemiddeling zou wel kunnen voorkomen dat de bestaande instanties worden ingeschakeld.

#### 4.3. Uitvoering I.C.T.

Zolang de voorgestelde discussie over I.C.T. nog niet is voltooid en geen overeenstemming is bereikt over het begrip I.C.T., lijken voorstellen over de wijze van uitvoering prematuur en niet zinvol.

Bovendien zal te zijner tijd goed overwogen moeten worden welke positie I.C.T. zal innemen naast de reeds bestaande instellingen, zoals T.C.I., Commissie van Toezicht, Honorarium Beoordelings Commissie, afdelingsraden en dergelijke.

Tenslotte is zowel de uitvoering als het effect van I.C.T. sterk afhankelijk van de kwaliteit van de instrumenten waarmee de zorgverlening zal worden getoetst.

#### 4.4. Ontwikkeling van criteria voor toetsing van zorgverlening

Het ontwikkelen van deze instrumenten is geen onderdeel van I.C.T. Voor I.C.T. zijn deze instrumenten wel een voorwaarde. Zoals wij gezien hebben in de V.S., zijn daar o.a. de P.S.R.O.'s opgericht, die specifiek onderzoek kunnen doen ter verkrijging van normen en criteria. In navolging hiervan lijkt het bijzonder aanbevelenswaar-

dig dat de Gezondheidsraad een onderzoeksc commissie instelt, die ten doel heeft instrumenten voor evaluatie van zorgverlening te ontwikkelen. Deze instrumenten zouden vervolgens gehanteerd kunnen worden bij de uitvoering van I.C.T.

Het lijkt zinvol in de hier bedoelde onderzoeksc commissie, naast tandheelkundige afgevaardigden, ook vertegenwoordigers van de consument en de verzekeringsorganisaties, alsmede andere direct bij de zorgverlening betrokken disciplines, zitting te laten nemen.

#### Summary:

Title: Peer Review in Dutch dentistry.

Keywords: Social dentistry - Peer Review

Peer Review is in The Netherlands still in its infancy. However, the concept of Peer Review is known and in some areas in the country, Peer Review groups are functioning on a trial basis. In the Dutch dental literature the subject is treated from time to time, but there exists no consensus of opinion about what Peer Review is and, whether or not, it is a necessity.

This article attempts to be a contribution to the discussion about Peer Review in dentistry in The Netherlands. The content of the article is based on American literature and afterwards a description is given of some developments in the field of Peer Review in Dutch dentistry. A few conclusions are reached and some recommendations are given about purpose and organization of Peer Review Systems and Peer Review Committees in The Netherlands.

#### Literatuur:

1. *Evaluatierapport*. Centrale Begeleidingscommissie Integrale Tandheelkunde, okt. 1977.
2. *Ruyten JN, Brink ER*. Notitie met betrekking tot het discussierapport Intercollegiale Kwalitatieve Toetsing.
3. *T.M.Z.* Rapport van de Werkgroep Kwalitatieve Toetsing Nieuwegein, januari 1982 (82056 TO).
4. *S.T.A.P.P.* Nota Intercollegiale Toetsing. Bijlage 4 punt 9 v.d. agenda voor de 27e A.S.V. d.d. 2 nov. 1981.
5. *Leenen HJJ*. Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Een gezondheidsrechtelijke studie. Alphen a/d Rijn, Brussel: Samson Uitgeverij, 1978.
6. *Syllabus Sociale Tandheelkunde*. Vrije Universiteit, Amsterdam, 1982.
7. *Donabedian*. A guide to medical care administrations. Vol. II: medical care appraisal, quality and utilization. New York: The American Public Health Ass. inc., 1969.
8. *Eijkman MAJ e.a.* Een poging tot het bepalen van een gezondheidsindex van de mond aan de hand van onderzoek bij kinderen die worden behandeld in het project Integraal Tandheelkundige Hulp voor ziekenfondsverzekerden. Ned Tandartsenbl 1977; 32 (no. 21): 999-1006.
9. *Eijkman MAJ, Stevens EC, Bast AJJ, Braak AA van de, Houwink B, Kieft JA*. De ontwikkeling van een index voor zorgverlening: in eindrapportage onderzoek sectie T.M.Z. van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. V.U., Amsterdam, 1982.

Maart 1983.

C. Vreedenburghgaarde 4,  
1241 AS Kortenhoef.