

# Hoezo kwaliteit?

*Samenvatting.* Soorten van zorgvoorziening, behoefte aan diverse soorten van zorg en kwaliteitsniveaus worden vanuit de invalshoek van de tandarts bekeken. Nivellering van financieringszijde en optimalisering van de mogelijke verrichtingen vanuit de tandartspraktijk en vanuit het tandtechnisch laboratorium, alsmede de wensen van patiënten hebben tot een groot spanningsveld geleid.

VAN EIJKELNBORG R.J. Hoezo kwaliteit? Ned Tijdschr Tandheelkd 1991; 98: 182-5.

R.J. van Eijkelenborg, tandarts

Trefwoorden: **Praktijkvoering** – Tandtechnisch laboratorium – Kwaliteitszorg

Datum van acceptatie: 11 februari 1991.

Adres: R.J. van Eijkelenborg, Groot Hertoginnelaan 23, 2517 EB 's Gravenhage.

## 1 Aspecten van kwaliteit

### 1.1 Zorg voor kwaliteit

De uiteindelijk geleverde zorg door de tandarts berust op een samenspel tussen meerdere mensen. De tandarts is alleen niet in staat het eindproduct van het tandheelkundig handelen te bepalen. Hij is afhankelijk van een hele rij factoren die mede het eindresultaat vormen. Vanaf het winnen van de grondstoffen en de verwerking daarvan door een fabrikant, tot het aanleveren door een depot en de verwerking in de praktijk door assistenten, is de tandarts afhankelijk van de samenwerking met zeer veel verschillende medewerkers in de gezondheidszorg. Het duidelijkst komt dit waarschijnlijk tot uitdrukking in de samenwerking met het tandtechnisch laboratorium.

De tandarts blijft altijd verantwoordelijk voor het eindproduct. Het is dan ook duidelijk dat een optimale communicatie tussen alle betrokkenen een eerste vereiste is. Enkele voorbeelden mogen dit misschien verduidelijken. Het verschil tussen de ene fabrikant die uit is op een snelle winst en een product op de markt brengt dat niet goed uitgetest is, en de andere die een goede reputatie op te houden heeft en wel geld steekt in onderzoek en dergelijke, komt tot uiting in de kwaliteit van het geleverde product (afb. 1). Een werkstuk van een laboratorium moet voldoen aan de

kwaliteitseisen die de laboratoriumhouder zelf stelt en de eisen die tandarts en patiënt eraan stellen. Een frequent overleg tussen tandarts en laboratorium is dan nodig, waarbij zeker een bezoek van de patiënt aan het laboratorium het inzicht in de verlangens van de patiënt ten goede komt. De communicatieve mogelijkheden tussen tandarts en patiënt met laboratoria in andere delen van Europa of zelfs in andere werelddelen, lijken dan ook zeer problematisch.

Een ander aspect van communicatie is eerlijkheid. Het komt nog steeds voor dat een tandarts om een bepaald opbakporselein vraagt en het, zonder overleg, gewoon niet krijgt omdat het laboratorium met een ander merk porselein werkt. Het lijkt ook onwaarschijnlijk dat alle patiënten die kunststanden uit Columbia in hun kunstgebit hebben, hier zelf voor gekozen hebben. Sterker nog, is daar op de orderbon opdracht voor gegeven?

Een laatste voorbeeld betreft een chirurgische ingreep waarbij uit een steriele verpakking een steriel mes gepakt wordt. Wie geeft hier de garantie dat het mes inderdaad steriel is?

Uit het voorgaande moge blijken dat de zorg voor kwaliteit een prijs kent.

### 1.2 Kwaliteit van de zorg

Bij de kwaliteit van de zorg moet in de

eerste plaats gedacht worden aan de kwaliteit van de behandelaar (de tandarts) en in de tweede plaats aan de kwaliteit van de behandelde (de patiënt) (afb. 2).

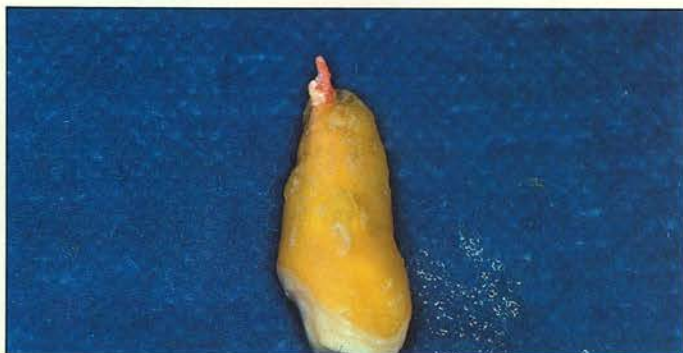
De kwaliteitsnormen van de tandarts berusten op de normen zoals die tijdens de opleiding geleerd worden en die bevestigd worden door een eed of belofte van de tandarts. Daarnaast zijn er de normen die een tandarts zichzelf oplegt en die alleen geleerd kunnen worden in nascholingscursussen. Bovendien moet hier natuurlijk ook aan de kwaliteit van de assistenten gedacht worden. Gelukkig is er nu een nascholingscentrum waar voor het eerst ook nascholing voor die groep gegeven wordt.

De vraag blijft open of de behoefte tot uitbreiding van de kennis een wens van de tandarts is om zijn patiënten een betere zorg te kunnen bieden of dat de tandarts door een grotere vraag van de patiënten zijn kennis op een hoger peil moet brengen.

Bij de kwaliteit van de zorg speelt ook de patiënt een rol. Niet iedere patiënt heeft dezelfde behoefte aan kwaliteit. Iedereen kent de patiënt die geen belangstelling voor zijn mond heeft en tevreden is met zijn kunstgebit, en de andere patiënt die hoe dan ook de eigen dentitie wil behouden en er alles voor over heeft. Daarnaast is het ook zo dat niet voor iedere patiënt dezelfde voorzieningen wenselijk zijn. Het is vanzelfsprekend dat voor een patiënt met een allergie voor kwik nieuwe amalgaamvullin-



Afb. 1. Fractuur van een volledig porseleinen kroon. Hoelang zou deze klinisch getest moeten worden?



Afb. 2. Mislukte endodontische behandeling. Zelfs nascholing biedt geen absolute zekerheid.





Afb. 3. Goud-porseleinen frontkronen. Integrale individuele perfectie.



Afb. 4. De patiënt beslist mee of hij goud wil laten zien.

gen niet geschikt zijn. Nog afgezien van de vraag of amalgaam wel in de mond, maar niet in het milieu mag komen.

### 1.3 Integrale kwaliteit

De integrale kwaliteit zou in dit verband de zorgverlening moeten zijn zoals die uit het voorafgaande opgebouwd moet worden. Hierbij zijn dan de kwaliteitseisen van het begin van de lijn tot aan de afbehandelde patiënt met elkaar in overeenstemming. Het is dus zeker geen noodzaak om op iedere patiënt het summum van tandheelkundige kennis toe te passen. Het zou echter wel mogelijk moeten zijn deze kennis te leveren bij de patiënt die dat wil. Het lijkt dan ook logisch dat een tandtechnisch laboratorium, evenals depots en fabrikanten, in dit verband mee moeten werken. Dit gebeurt uiteraard al.

De kwaliteit van een produkt is soms af te lezen aan het prijskaartje dat eraan hangt. Het is bekend dat de prijs van bijvoorbeeld diverse amalgamen, alginaten, afdrukmaterialen kan verschillen. We kennen toch ook de prijskaartjes die aan de produkten van verschillende laboratoria

hangen. Overal elders in de samenleving is dit geaccepteerd. Een voorbeeld: een biertje in de kroeg om de hoek is anders geprijsd dan hetzelfde biertje in het Kurhaus. Het produkt is hetzelfde, maar andere factoren zijn ook belangrijk. Een ander voorbeeld: een Volkswagen is een auto en een Ferrari ook, hoewel voor iedereen het verschil duidelijk is (afb. 3).

Een ander aspect van integrale kwaliteit is natuurlijk ook de integratie van het medisch denken in de tandheelkundige behandeling. Steeds meer tandartsen houden zich bezig met een bredere benadering van de patiënt. De gnathologie, de homeopathie, de acupunctuur en de elektro-acupunctuur, de neuuraaltherapie en de biologische tandheelkunde zijn daar slechts enkele voorbeelden van. Integrale tandheelkunde is een zorgverlening waarbij de patiënt centraal staat en waarbij verschillende niveaus van kwaliteit en zorg mogelijk zijn.

Uit het voorafgaande moge blijken dat integrale kwaliteit (wat tijd, zorg en kennis betreft) verschillende prijzen kent.

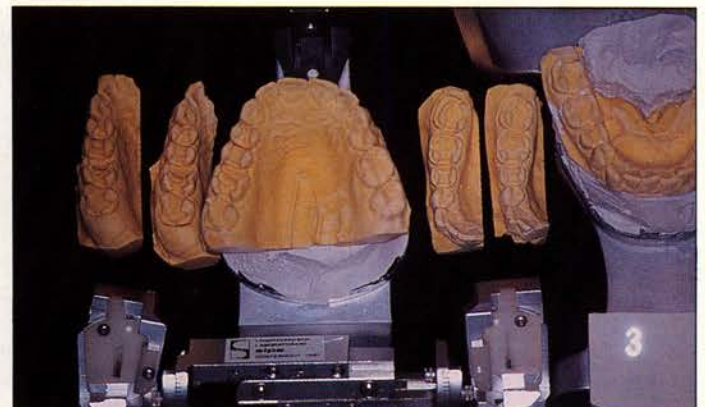
### 1.4 Toetsing van kwaliteit

De kwaliteitscontrole en kwaliteitswaarborg zijn natuurlijk gekoppeld aan datgene wat de patiënt van de tandarts verlangt. Voor de praktijk zou dat de intercollegiale toetsing en de nascholing moeten zijn. Voor de fabrikant is er al een normvoorschrift. Voor het laboratorium is de Certificering (Conformité Européenne) op komst. Dit houdt niet direct een controle in op het eindprodukt, maar het is een waarborg voor een gecontroleerde procesbeheersing. Dit leidt bijna automatisch tot een goed eindprodukt.

In de tandartspraktijk ligt de zaak anders. De NMT kent nog steeds geen intercollegiale toetsing, hoewel daar in studieclubs aan gewerkt wordt. De VBST (Nederlandse Vereniging tot Bevordering der Gespecialiseerde Tandheelkunde) kent een College van Toetsing met zware toelatingscriteria. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat vanuit de NMT algemene toetsingscriteria voor alle tandartsen moeten gelden en dus op algemene kwaliteitseisen moeten berusten. Hier wordt dus de onderkant van het kwaliteitsniveau vastgelegd. De VBST wil een zo hoog mogelijke



Afb. 5. Waarom een meervoudige hydrocolloïd afdruftechniek, als het tarief hetzelfde blijft?



Afb. 6. Niet ieder laboratorium is gelukkig met al deze informatie. Niet iedere tandarts kan deze informatie leveren.





Afb. 7. Goud-porseleinen kronen met schouderporselein. Geen dwangbuis van verrichtingen.

kwaliteit toetsen en heeft dan ook duidelijk niet algemene toetsingscriteria. Hier wordt dus de bovenkant van het kwaliteitsniveau vastgelegd.

Iedere tandarts zal aan de criteria van de NMT moeten voldoen en slechts weinigen zullen aan de criteria van de VBST en de beroepsdifferentiatie van de wetenschappelijke verenigingen kunnen of willen voldoen. Hier is natuurlijk niets op tegen wanneer men dit feit erkent en er zelfs de wenselijkheid van inziet.

## 2 Aspecten van de zorg

### 2.1 Collectieve zorg

Collectieve zorg wordt georganiseerd door de ziekenfondsen en kent enkele specifieke kenmerken. Er wordt uitgegaan van een zekere kwaliteit die geleverd moet worden voor een zeker tarief. Door de premie die de verzekerden betalen wordt het budget opgebouwd. De gecontracteerde ziekenfondstandartsen verplichten zich dus de regels te volgen en de verzekerden volgens de ziekenfondsnormen te behandelen. De controle hierop berust bij de adviserend tandarts van het ziekenfonds. Er zal dus naar gestreefd worden de verzekerden tandheelkundige zorg te bieden voorzover het budget het toelaat.

Het gevolg is dat het ziekenfonds in overleg met de tandartsen het pakket samenstelt, waarbij de inspraak van de patiënt gering is. Wil de patiënt iets wat niet in het pakket zit, dan is dit volledig voor zijn eigen rekening. Er is dus sprake van een minimale inspraak, een minimale eigen verantwoording, een beperkt pakket en een beperkte premie voor een zo groot mogelijk aantal verzekerden.

### 2.2 Groepszorg

Groepszorg wordt georganiseerd door de verzekeringen. De verzekeraar stelt een

pakket samen en de patiënt kan daaraan deelnemen tegen een vooraf vastgestelde premie. De patiënt heeft dus de mogelijkheid te kiezen uit verschillende pakketten die aangeboden worden. De adviserend tandarts van de verzekeraar heeft de mogelijkheid uitsluitingen te maken op de polis. Hiervoor is een klinisch onderzoek met spiegel en sonde, soms aangevuld met bitewing röntgenfoto's en een door de tandarts ingevuld formulier voldoende. In voorkomende gevallen kan de adviserend tandarts ook afwijken van de regels en toch een vergoeding geven voor een bepaalde behandeling.

Bij deze groepszorg komt dus al een nauwer samenspel op gang tussen verzekerde en verzekeraar door de keuzemogelijkheden van de patiënt en het contact tussen patiënt en verzekeraar. De eigen verantwoording van de patiënt wordt groter en hij blijft volledig vrij in zijn keuze van zijn tandarts. De verzekeraar vergoedt een vast bedrag of een percentage van een verrichting, zodat de patiënt precies weet of en hoeveel hij moet bijbetalen.

### 2.3 Individuele zorg

Individuele zorg is volledig de verantwoording van de patiënt en de tandarts. Er is sprake van een optimale patiënt-tandartsrelatie. Hierbij speelt het geen rol of de patiënt al dan niet verzekerd is, dat is geheel zijn eigen keuze. In deze situatie bepalen patiënt en tandarts samen welke behandeling uitgevoerd zal worden en het honorarium dat daaraan verbonden is (afb. 4). Er zijn geen restricties door inmenging van buitenaf en de patiënt bepaalt zelf het niveau van de zorg dat hij wil. Het is duidelijk dat dit gepaard zal gaan met een uitgebreide voorlichting aan de patiënt, zodat hij ook inderdaad een juiste keuze kan maken. Hoe die keuze uitvalt is eigenlijk niet belangrijk, dat kan alles zijn van partiële prothese tot uitgebreide rehabilitatie. Wanneer de patiënt verzekerd is, zou het de

verzekeraar ook niet moeten interesseren wat een verrichting kost, omdat de verzekering een bepaald bedrag vergoedt en de patiënt vrij is in zijn keuze of en hoeveel hij privé wil bijdragen.

## 3 Nivellerende invloeden

Wanneer we nu kijken naar de kwaliteit van de tandheelkundige voorzieningen, dan zijn er nog andere invloeden die een rol spelen in de besluitvorming. Het merkwaaardige feit doet zich voor dat er twee duidelijke stromingen zijn te onderkennen. Enerzijds een bijna dwangmatige nivellerende ring en anderzijds een veel groter aanbod. Deze tweedigheid laat zich misschien als volgt benaderen.

De nivellerende invloeden in de tandheelkunde zijn deels een gevolg van het opgelegde uniforme particuliere tarief (UPT). Hierdoor is de animo tot bijscholing duidelijk afgenomen, omdat een grotere kennis niet meer vertaald wordt in een aangepast tarief. Heel simpel: waarom een dag uit de praktijk met de bijbehorende inkomstenderving en de kosten voor een cursus zelf, als het tarief toch hetzelfde blijft? Zeker met het vooruitzicht van het UPT als maximum tarief zal daar beslist geen stimulans uit voortvloeien tot nascholing (afb. 5).

Een andere factor is de NMT zelf. Als organisatie, die de belangen van haar tandartsen moet behartigen, staat zij zelf onder druk om de grootste gemeenschappelijke deler van haar leden te vertegenwoordigen. Daar is vanzelfsprekend niets op tegen, maar gezien de mate van bezetting van de PAOT-cursussen, mag de conclusie getrokken worden dat de meeste leden geen nascholing volgen en dus zal de NMT ook niet de eerste zijn om de belangen van diegenen die dat willen, te behartigen. Dit moge misschien ook blijken uit het feit dat het standpunt van de NMT ten aanzien van de tandarts met speciale vaardigheden is: het mag wel, maar niet voor andere tarieven.

Daarbij komt dan nog de nivellerende invloed vanuit de politiek. Het streven van door de regering benoemde tandheelkundige instanties, heeft ook geen stimulerende invloed op een verdergaande individualisering van de tandheelkunde. Ook vanuit de professe zelf is deze invloed merkbaar. Hoe is het anders te verklaren dat tandartsen zo snel geneigd zijn te zeggen: 'Hier hebben mijn patiënten geen behoefte aan'. Waarbij er dan voor die patiënt eigenlijk al bepaald wordt wat wel en niet goed voor hem is. Tevens is het ook niet duidelijk hoe vanuit een ziekenfonds een contract met een tandtechnisch laboratorium gesloten kan worden, over techniekwerkstukken uit het buitenland, zonder dat de tandartsen in opstand komen. Er ontstaat langzamerhand een 'laissez faire'-houding ten opzich-



te van alles wat van buitenaf opgelegd wordt.

#### 4 Stimulerende invloeden

Tegenover de nivellerende invloeden staat een zeer duidelijke vraag vanuit de patiënt zelf. De mondigheid van de patiënt is inmiddels veel groter, omdat de voorlichting veel beter is geworden. Veel patiënten zijn op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen en vragen om nieuwe behandelingen. Hierbij valt te denken aan de implantologie, esthetische tandheelkunde, laserbehandelingen, elektro-anesthesie, CAD-CAM-technieken enzovoorts. Ook de vaardigheden van veel tandartsen zijn groter geworden. Een duidelijk voorbeeld is de groei van de wetenschappelijke verenigingen. De beroepsdifferentiatie sluit hier natuurlijk ook op aan. Ook vanuit de additieve geneeskunde is de vraag groot. Er komen steeds meer patiënten die bezig zijn met hun gezondheid. Zij vragen naar voedingsadviezen, vitaminesupplementen, vullingsmaterialen, focusonderzoek en dergelijke.

Wanneer nu ook de tandtechniek in deze beschouwingen betrokken wordt, zijn daarop eigenlijk dezelfde overwegingen van toepassing. 'Elke tandarts heeft de patiënten die hij verdient'. 'Elke tandtechnicus heeft de tandartsen die hij verdient'. Het lijkt eenvoudig, maar dat is het natuurlijk niet. Naar mijn mening is het een groei-proces van tandarts en tandtechnicus samen. Er zou een stimulerende werking moeten uitgaan van de communicatie tussen beiden. Gelijkaardige kennis is de basis voor respect voor elkaars kunnen (afb. 6). Dan wordt ook de eeuwige discussie over de eventuele mislukkingen cen-

voudig opgelost. Tandartsen leveren niet altijd een optimale prestatie en in het laboratorium is het niet anders. Waar het om gaat, is het leveren van een constante, zo hoog mogelijke kwaliteit, waarbij de uitschieters een extra stimulans vormen.

Een tandarts die zijn eisen niet hoog stelt, zal niet tevreden zijn over een top-laboratorium omdat hij de geboden waar niet herkent. Een tandarts die zijn eisen zeer hoog stelt, zal tevreden zijn over hetzelfde laboratorium, omdat zijn kennis overeenkomt met datgene wat het laboratorium hem te bieden heeft.

Het is duidelijk dat de communicatie tussen tandarts en tandtechnicus niet ligt in de aanspreektitulatuur 'dokter-mijnheer', maar in een benadering van wederzijds respect. Iedere tandarts zal zich toch realiseren dat zijn eigen kwaliteit direct gekoppeld wordt aan de kwaliteit van de tandtechnicus die voor hem werkt. Perfecte preparaties en perfecte afdrucken komen vanzelf bij de beste tandtechnicus van het laboratorium waarmee hij samenwerkt. Wanneer er dan ook eens een slechtere afdruck geleverd wordt, zal er niet meteen gecon-

cludeerd worden dat de tandarts die het werkstuk afleverde dus een slechte tandarts is, maar zal er aan dat werkstuk ook de optimale aandacht gegeven worden. Men gaat er dan vanuit dat het in die situatie bij die patiënt waarschijnlijk niet beter kon.

#### 5 Slotbeschouwing

Het zou voor de patiënt mogelijk moeten zijn te kiezen uit de vele mogelijkheden die de tandheelkunde te bieden heeft. Een kroon is een kroon, is net zo onwaar als een patiënt is een patiënt (afb. 7).

Voor veel tandartsen en tandtechnici is de huidige structuur van de tandheelkundige gezondheidszorg een dwangbuis. De mogelijkheid zou er moeten zijn een grotere individuele vrijheid in te bouwen, daar waar de wensen van de patiënt niet in het strakke kader van de regelgeving passen. Dan zou er ook ruimte moeten zijn voor tandartsen om aan de wensen van die groep patiënten tegemoet te komen door een grotere vrijheid in de tarief- en in de verrichtingenstructuur.

---

#### Summary

##### WHAT DO YOU MEAN BY QUALITY?

Key words: Practice management, dental – Laboratories, dental – Quality of health care

Different kinds of health care, the need for different levels of care itself and quality levels are being looked upon from a dentist's point of view. The forced hold-back on part of the finance suppliers (National Health Organization and insurances) and, on the opposite side, the perfectionizing possibilities from the dental office and the dental laboratory, combined with the quality need wanted by the patients, are an area of conflict for everybody.

---