

Efficiëntie en kwaliteit

Samenvatting. In deze bijdrage is beschreven wat onder kwaliteit wordt verstaan, hoe kwaliteitsbeleid uitwerking krijgt en wat efficiëntie ten aanzien van kwaliteit betekent wanneer het gaat om het gezondheidszorgbeleid in de jaren negentig.

HOKWERDA O. Efficiëntie en kwaliteit. Ned Tijdschr Tandheelkd 1991; 98: 371-3.

O. Hokwerda, tandarts

Uit de Faculteit der Tandheelkunde van de rijksuniversiteit te Groningen.

Trefwoorden: **Praktijkvoering** – Kwaliteitszorg

Datum van acceptatie: 26 april 1991.

Adres: Prof. O. Hokwerda, Ant. Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen.

1 Inleiding

De nauw samenhangende begrippen efficiëntie en kwaliteit zijn wezenlijke uitgangspunten voor het gezondheidszorgbeleid.¹ Maatschappelijke, zorginhoudelijke en financiële redenen noodzaken heden ten dage tot het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid. In 1990 hebben overheid, verzekeraars, consumenten en verschillende professies afgesproken voor 1995 tot een kwaliteitsbeleid te komen, waarbij de verschillende professies het voortouw zullen nemen.²⁻⁵ Ook de tandheelkundige professie moet hier een rol spelen.

In deze bijdrage wordt beschreven wat onder kwaliteit wordt verstaan, hoe een kwaliteitsbeleid wordt uitgewerkt en wat efficiëntie daarin betekent.

2 Wat is kwaliteit?

Het begrip 'kwaliteit' omvat alle eigenschappen en kenmerken van producten (resultaten) van de zorgverlening, evenals die van het proces van behandelen van patiënten en de organisatie daaromheen – in zoverre van belang voor tevoren vastgestelde, gewenste uitkomsten.

Het doel van kwaliteitsbeleid in de tandheelkundige gezondheidszorg is de mondgezondheid te verbeteren en de tevredenheid van de patiënt te verhogen. Niet alleen het zorgstelsel, maar ook de individuele zorgverlening moet daarop gericht zijn. Dit houdt in dat de praktijkorganisatie, de wijze van behandelen en de omgang met de patiënt deel uitmaken van het kwaliteitsbeleid.

Bij het streven naar goede kwaliteit bestaat de neiging een te zwaar accent te leggen op het technische handelen. Maar de diagnostiek, preventie en behandeling als geheel zijn even essentieel en moeten geïntegreerd zijn in het kwaliteitsbeleid. Ter illustratie: men kan door een goede amalgaamverwerking streven naar restauraties met een lange levensduur, maar te weinig aandacht voor preventie zal die levensduur ongunstig beïnvloeden.

2.1 Beperkingen

Tandarts en patiënt moeten afspraken maken over het behandelingsdoel en dat als uitgangspunt nemen voor de na te streven kwaliteit, ter voorkoming van frustratie en verspilling van tijd, geld en moeite. Tandarts en patiënt verkeren immers beiden in een situatie die beperkingen oplegt. Daarbij valt te denken aan verwachtingen en eisen van de patiënt, zijn lichamelijke, geestelijke en sociale gesteldheid, aan zijn vermogen tot zelfzorg en zijn financiële mogelijkheden, maar ook aan de beschikbare behandelingsmogelijkheden. Aan de tandarts worden bovendien van buitenaf beperkingen opgelegd, door het verzekeringsstelsel, de tarifiering, en de kwaliteit van de tandtechnische voorzieningen.

2.2 Tandarts

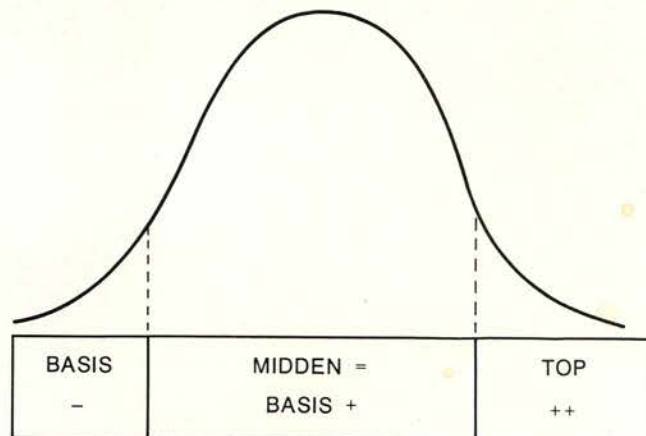
De per tandarts variërende kennis en vaardigheden beïnvloeden ook het niveau van de kwaliteit. Binnen de populatie tandartsen zullen deze tandartsgebonden factoren een verdeling volgens de Gausse-kromme tonen (afb. 1). Dus de grote middengroep

zal minimaal voldoen aan de basisnormen, links bevinden zich de circa 5% tandartsen die daaraan niet voldoen en rechts de naar perfectie strevende tandartsen. In het rechtergebied kan de wet van de afnemende meeropbrengst een rol gaan spelen.

Bij iedere (be)handeling bestaat het risico van iatrogene schade, dat wil zeggen door de tandarts onbedoeld aangerichte schade zoals beschadiging van een buurelement bij approximale preparatie, schade aan het parodontium door restauraties en pulpaschade door het gebruikte composietstelsel. De grens tussen iatrogene schade en schade door onvakkundig handelen is overigens niet scherp te trekken.

2.3 Rationaliteit

Uit het voorafgaande blijkt dat kwaliteitseisen niet absoluut zijn en dat ook niet kunnen zijn. Daarom ook is er geen reden te streven naar 100% perfectie voor alle denkbare aspecten van kwaliteit. Dat is onhaalbaar en onbetaalbaar. Rationele oplossingen zijn geboden, oplossingen derhalve die (zo veel als mogelijk) tegemoet komen aan de wensen van de patiënt, vol-



Afb. 1. Kennis en vaardigheden tonen naar verondersteld een verdeling volgens een Gausse-kromme. Links: tandartsen die niet aan de basisnormen voldoen. Midden: tandartsen die de basisnormen meer of minder overschrijden. Rechts: toptandartsen met zeer goede kennis en vaardigheden.

doende lang functioneren en betaalbaar zijn. Betaalbaar betekent dat de verhouding gezondheidswinst-kosten redelijk moet zijn.

Men realiseert zich dat gezondheid geen absoluut begrip is. Gezondheid kent tijdens de levensloop een periode van opgang en een van neergang. Kwaliteitsbeleid vergt derhalve variatie in benadering, met accenten op preventie en non-interventie (curatief niets doen tenzij, beargumenteerd, noodzakelijk) en noopt eerder tot een lichte onder- dan overbehandeling.

3 Uitwerking van een kwaliteits-systeem

3.1 Criteria

Als eerste worden criteria geformuleerd, omdat daardoor beoordeling mogelijk wordt en feedback kan worden gegeven. Een criterium heeft betrekking op een onderdeel van de zorgverlening, dat de kwaliteit ervan beïnvloedt. Zulk een onderdeel betreft de trias organisatie-proces-produkt. Enkele voorbeelden: het herstel van een contactpunt, het ontstekingsvrij maken van het parodontium door scaling en rootplanning,⁶⁻⁸ maar ook de communicatie. Voor het woord 'onderdeel' in de vorige zin kan men dus ook het woord 'kenmerk' lezen en voor 'resultaat' het proces, de organisatie en het produkt. Criteria moeten relevant zijn, begrijpelijk, haalbaar, meetbaar en reproduceerbaar.

3.2 Standaard

De professionele standaard geeft het percentage aan dat voor een criterium moet worden behaald, bijvoorbeeld in 95% van

de gevallen. Het vaststellen van zulk een standaard hangt af van:

1. de schade bij het niet voldoen aan het criterium;
2. wat de tandartsen gemiddeld of in meerderheid presteren;
3. de (immateriële) kosten van het overdoen en
4. de politieke en pragmatische realiteit.

De juiste standaard vaststellen en hanteren is verre van eenvoudig.

In de discussie over het na te streven kwaliteitsniveau maakt men onderscheid tussen basis- en streefcriteria. Een kwaliteitssysteem zal vooral gericht moeten zijn op het elimineren van resultaten die niet voldoen aan de basiscriteria, en het bevorderen van het bereiken van hogere streefnormen in het middengedeelte van de Gausse-kromme (afb. 2). De kosten bepalen hoever men met het laatste komt.

3.3 Alpha-project

Het Alpha-project van de NMT, gericht op het ontwikkelen van een systeem om kwaliteit zeker te stellen, is vooral educatief bedoeld.^{9 10} In projectgroepen bepalen tandartsen welke kwaliteitseisen zij aan zichzelf en aan elkaar stellen. De crux van een kwaliteitssysteem is de professionele criteria te leren onderkennen en laten toepassen. Dat blijkt de deelnemers aan het project veel inspanning te kosten. Een ander belangrijk punt in het Alpha-project is het bespreken van eigen handelen (probleemherkenning, vaststellen van veranderingen, aanpassen van de werkwijze en evaluatie) met collegae als basis voor het leren omgaan met intercollegiale toetsing.

Het Alpha-project kan dienen als uitgangspunt voor het ontwikkelen van een systeem om kwaliteit te waarborgen, dat

wil zeggen, kwaliteitsbevordering en -bewaking. Elementair hierbij lijkt 'clustering' van tandartsen, om een effectief toetsingssysteem te verkrijgen. Een individuele tandarts heeft te weinig terugkoppeling. Ook voor differentiatie van de beroepsuitoefening is clustering nodig.

3.4 Praktijk

Om een kwaliteitsbeleid in de individuele praktijk te ontwikkelen, moeten organisatie, proces en produkt als een geheel onder de loep worden genomen. De organisatie omvat onder meer de samenwerking met de assistente, de administratie, hygiëne en het toepassen van criteria. Het proces heeft betrekking op de omzetting van de aanwezige (team)kennis en vaardigheden in behandeling en dienstverlening. Het produkt bestaat uit verbetering van de mondgezondheid, zelfzorg, informatieniveau, tevredenheid, enzovoorts als resultaat van de activiteit van tandarts en medewerkers.

3.5 Patiënt

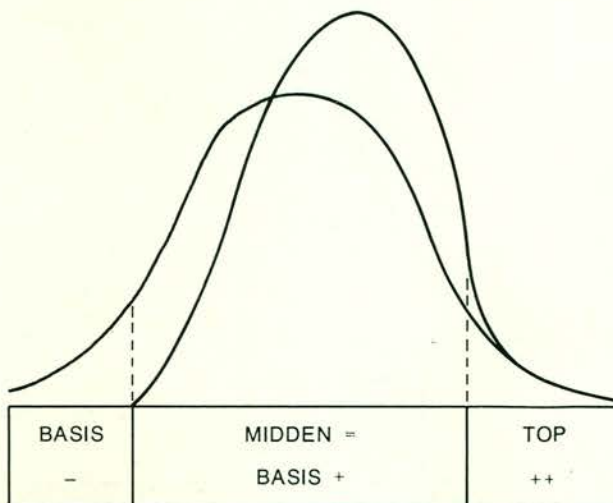
Wat patiënten in hoofdlijnen belangrijk vinden is dat de tandarts vakbekwaam is, communicatief en informatief gericht is, en zijn dienstverlening goed toegankelijk heeft opgezet. Hieruit blijkt dat bij het nastreven van kwaliteit een brede benadering nodig is, ook al omdat men meer winst behaalt door zich bezig te houden met een groot aantal deelaspecten dan door zich geconcentreerd op een beperkt gebied te richten.

4 Belang van efficiëntie voor kwaliteit

Kwaliteitscriteria bepalen dus de eisen waaraan de organisatie, het proces en het produkt moeten voldoen. Kwaliteitseisen kosten meer naarmate er meer onderdelen bij zijn betrokken. Daarom is kwaliteit slechts betaalbaar als er sprake is van efficiëntie. Efficiëntie of doelmatigheid is namelijk een maat voor de relatie tussen de geldelijke kosten van de zorgverlening en een verbeterde mondgezondheid. Efficiëntie wordt gemaximaliseerd in: de meest eenvoudige behandeling die zo goedkoop mogelijk leidt tot het gewenste doel. Kwaliteitsverlaging ontstaat:

1. door minder effectieve zorg (bijv. een behandeling die een latente dysfunctie manifest maakt);
2. wanneer meer schade dan nut ontstaat (overhangende restauratie);
3. als geen preventie plaatsvindt;
4. indien zorg overbodig is (kroon op niet-functionerende M₂ met een verzwakt parodontium).

Kortom, kwaliteitsverlaging ontstaat door



Afb. 2. Een kwaliteitsbeleid moet gericht zijn op het elimineren van werken beneden de basisnormen en het opvoeren van de streefnormen in het middendeel van de Gausse-kromme.

onvakkundige handelwijzen omdat beschikbare kennis niet wordt toegepast. Vooral bij nieuwe methoden bestaat het risico dat efficiëntie en kwaliteit niet bereikt worden. Een voorbeeld is het steeds veranderende composietrestauratiesysteem met telkens weer andere ingrediënten om de problemen van het vorige type op te vangen. Te denken valt aan effecten op de pulpa, de omvang van het indicatiegebied en de levensduur van de restauratie.

Als criterium moeten we hanteren dat alleen die materialen en methoden voor toepassing in aanmerking komen, die in longitudinaal onderzoek hun waarde hebben bewezen, want anders ontbreekt de basis voor een oordeelkundig gebruik.

Tot slot, kwaliteit moet worden betaald, maar op basis van efficiëntie.

Summary

EFFICIENCY AND QUALITY

Key words: Practice management – Quality assurance

The National Dental Congress 1991, held on March 8 and 9 in Apeldoorn, the Netherlands, was dedicated to the theme 'Efficiency and quality'. Both quality and efficiency are important starting-points for the health care policy in the nineties. The aim of the congress was to present an overview of the development in knowledge in different areas of dental science, in order to promote the provision of efficient and qualitatively justified dental care. The present article discusses the meaning of quality, the way in which a policy for quality assurance is developed, and the significance of efficiency for striving for quality in dental practice.

Literatuur

- ¹TWEEDE KAMER. Werken aan zorgvernieuwing. Actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren negentig. Vergaderjaar 1989-1990, 21 545, nr. 1.
 - ²HEYBOER A. Vervolg conferentie 'kwaliteit van zorg'. NT 1990; 45: 614-5.
 - ³AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Quality assurance is a positive, ongoing effort to assure that patients receive the highest quality care possible. Chicago: A.D.A. Office of Quality Assurance, 1980.
 - ⁴NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Rapport kwaliteitseisen goed medewerkerschap. Zoetermeer 1990, nr. 11.
 - ⁵SCHOTTE JH. Ketenrapport tandheelkundige materialen. NT 1991; 46: 136-7.
 - ⁶DONABEDIAN A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. Quality Review Bulletin 1986; 12: 99-108.
 - ⁷SCHOEN H, FREED J, GERSHEN JA et al. Guidelines for criteria and standards of acceptable quality general dental practice. J Dent Educ 1989; 53: 666-9.
 - ⁸BAILLIT H, KASLOWSKI M, GRASSO J et al. Quality of dental care: development of standards. J Am Dent Assoc 1974; 89: 842-53.
 - ⁹BRUERS JJM. Tevredenheid over Alpha-project. NT 1990; 45: 408-13.
 - ¹⁰GOOTE H. Ervaringen van twee Alpha-groepen. NT 1989; 44: 992-3.
-