

# Kwantiteit kwalificeren

Een redactionele bewerking van de rede uitgesproken door dr. G.J. Truin bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in het Gezondheidsonderwijs en -onderzoek op het terrein van de tandheelkunde vanwege de Stichting Tandarts en Maatschappij aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit te Nijmegen op 3 maart 1995.



## 1 Inleiding

In het tijdschrift *Inzet* wordt verbazing geuit over bepaalde ontwikkelingen in de tandheelkundige gezondheidszorg:<sup>1</sup> 'De ziekenfondsverzekerden van negentien jaar en ouder worden vanaf 1 januari 1995 geconfronteerd met een wel heel basaal pakket aan tandheelkundige zorg. Veel meer dan wat tandheelkundige controle zit er niet meer in. De besparing die dit oplevert, wordt begroot op 450 miljoen gulden op jaarbasis. Gek genoeg heeft dat geen gevolgen voor de hoogte van de ziekenfondspremie, hetgeen je wel zou verwachten bij een kostenreductie voor verzekeraars. Willen de fondspatiënten dit verlies opnieuw verzekeren dan zijn zij 1 miljard aan premie op jaarbasis kwijt. Een wondere wereld'.

De verbazing over deze beleidsvorming is voor velen herkenbaar en roept de vraag op of onderzoek geen betere onderbouwing aan beleidsvraagstukken en beleidsbeslissingen kan geven. Kan gezondheidszorgonderzoek niet de basis vormen voor beleidsvorming in de tandheelkundige gezondheidszorg?

## 2 Gezondheidszorgonderzoek

De laatste tien jaar heeft het gezondheidszorgonderzoek een sterke groei doorgemaakt. Deze groei is in belangrijke mate te danken aan de toegenomen belangstelling voor planning en sturing van de gezondheidszorg als gevolg van de sterke kostenontwikkeling. De vroegste vormen van gezondheidszorgonderzoek bestonden uit het beschrijven en tellen van ziekterespectievelijk gezondheidsverschijnselen in relatie tot het beschrijven en kwantificeren van de mogelijke oorzaken en maatregelen die genomen werden ter preventie van ziekten. Nu nemen vraagstellingen naar effectiviteit en efficiëntie van zorg in het gezondheidszorgonderzoek een centrale plaats in. Deze ontwikkelingen versterkten binnen het gezondheidszorgonderzoek de aandacht voor medische beslissonderzoek, klinische epidemiologie, kosten-effectiviteitsonderzoek en Medical Technology Assessment (MTA).

Op macro-niveau werden de structuur en de organisatie van de gezondheidszorg als geheel, of de componenten ervan, onderwerp van studie in het licht van planning van de gezondheidszorg. De Raad voor Gezondheidszorgonderzoek concentreert zelfs de kern van het onderzoeksdomein van gezondheidszorg op dit macro-niveau.<sup>2</sup> Zij stelt: 'Het gezondheidszorgonderzoek heeft betrekking op het systeem van de gezondheidszorg: de structuur, de organisatie, het functioneren en de effecten van de gezondheidszorg, *in wisselwerking met de vraag naar en het gebruik van die zorg*'.

Doel van het gezondheidszorgonderzoek is geldige en betrouwbare wetenschappelijke informatie aan te leveren ten behoeve van de besluitvorming op verschillende niveaus in het licht van planning en sturing van de gezondheidszorg. Een multidisciplinaire benadering is voor veel vraagstellingen in het gezondheidszorgonderzoek onvermijdelijk. Deze karakteristiek bemoeilijkt de wetenschappelijke theorievorming in

hoge mate. Hetzelfde geldt voor de ontwikkeling van gestandaardiseerde methoden en concepten.

Theorievorming en methodiekontwikkeling ter bestudering van vraagstellingen in het gezondheidszorgonderzoek, zullen de komende jaren bijzondere aandacht behoeven. In algemene zin kunnen de volgende eisen worden genoemd waaraan in het onderzoek tegemoet moet worden gekomen als het systeem van de gezondheidszorg als geheel onderwerp van studie is:

- In het onderzoek zal rekening gehouden moeten worden met de *complexiteit* van het systeem en met het feit dat het te onderzoeken systeem een *dynamisch* karakter heeft.
- Er zal rekening gehouden moeten worden met de grote mate van *onzekerheid* die bestaat met betrekking tot het te bestuderen systeem. Deze onzekerheid wordt o.a. veroorzaakt door de onvoorspelbaarheid van specifieke toekomstige gebeurtenissen.
- Het onderzoek dient *toekomstgericht* te zijn, d.w.z. middellange- en lange-termijnaspecten in beschouwing te nemen. Veel onderzoeksvragen op het terrein van gezondheidszorgonderzoek zijn toekomstgericht, zoals: 'Welke gevolgen hebben de recent doorgevoerde stelselwijzigingen in de tandheelkundige gezondheidszorg voor de gebitsgezondheid van de bevolking op de lange termijn?'

## 3 Toekomstscenario's Tandheelkunde

Sinds 1980 worden door medewerkers van de vakgroep Cariologie en Endodontologie van de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit te Nijmegen, modellen van de tandheelkundige gezondheidszorg ontwikkeld, waarbij de vraag naar en het aanbod van zorg in wisselwerking met elkaar worden bestudeerd. Binnen de modelstudies die worden uitgevoerd, staan drie doelstellingen centraal: het verkennen van mogelijke, toekomstige ontwikkelingen in de gebitsgezondheid van de bevolking, het verkennen van ontwikkelingen in de vraag naar zorg en het verkennen van ontwikkelingen in het aanbod van zorg.

Enkele belangrijke conclusies die in 1992 zijn beschreven in het rapport *Toekomstscenario's Tandheelkunde*, luiden:<sup>3</sup>

- De gebitsgezondheid bij de jeugd en jong volwassenen is de laatste twintig jaar spectaculair verbeterd. Deze verbetering van de gebitsgezondheid zal zich voortzetten naar de oudere leeftijdsgroepen van de bevolking. Eén van de gevolgen hiervan zal zijn dat het aantal volledig tandeloze mensen (mensen met een kunstgebit) de komende decennia sterk afneemt. De groei van het aantal mensen met eigen tanden en kiezen zal verantwoordelijk zijn voor een toename van de vraag naar tandheelkundige begeleiding en zorgverlening.
- Veranderingen in de leeftijdsopbouw van de tandartsenpopulatie, een afname van het totale tandartsenbestand en een toenemend aantal part-time werkzame (vrouwelijke) tandartsen, gepaard gaande met een toename van de zorg-

vraag, hebben tot gevolg dat het toekomstige arbeidspotentieel aan tandartsen en mondhygiënisten niet meer aan de vraag naar tandheelkundige hulp zal kunnen voldoen.

- Een massale inzet van mondhygiënisten (substitutie van zorg wordt vaak genoemd om kostenbesparing in de tandheelkundige zorg te realiseren) geeft weliswaar een sterke verschuiving in de uitvoering van taken, maar leidt niet tot een kostenbesparing in de tandheelkundige gezondheidszorg. Taakdelegatie blijkt alleen tot een reductie van kosten te kunnen leiden als de tarieven voor behandelingen uitgevoerd door mondhygiënisten lager zijn dan voor tandartsen en het extra arbeidspotentieel van mondhygiënisten in balans is met de afname van het arbeidspotentieel van tandartsen.

#### 4 Politieke afwegingen

In veel debatten over het gebruik van wetenschap in beleid blijkt de verwachting van instrumentele bijdragen van wetenschap. Dit houdt in dat nieuwe kennis onmiddellijk bruikbaar zou zijn voor een beleidskwestie en dat wetenschappelijk onderzoek niet te betwisten is en direct implementeerbare consequenties voor beleid oplevert. De praktijk blijkt echter anders te zijn. Bij beleidsvorming en beleidsuitvoering spelen politieke afwegingen een belangrijke rol.<sup>4</sup> Belangrijke besluitvormingsprocessen vinden plaats onder grote onzekerheid, nemen vele jaren in beslag, kennen wisselende deelnemers en zijn zeer moeilijk voorspelbaar. Het streven is erop gericht om compromissen te sluiten. Wetenschappelijke kennis speelt in een dergelijk proces slechts een ondergeschikte rol.

Betekent dit nu dat wetenschappelijk onderzoek geen bijdrage kan leveren aan beleidsvorming ten aanzien van complexe maatschappelijke vraagstukken? Betekent dit nu dat de instelling van de bijzondere leerstoel 'Gezondheidszorgonderwijs en -onderzoek' als een vergissing van de stichting Tandarts en Maatschappij moet worden gezien? Integendeel. Caplan en zijn collega's tonen aan dat onderzoek naar slecht structureerbare problemen, waaronder veel problemen in de gezondheidszorg vallen, veelal *conceptuele effecten* op beleid heeft: het inzicht waarmee beleidsmakers een probleem benaderen wordt erdoor verrijkt.<sup>5</sup> Formele modellen, zoals het ontwikkelde systeem-dynamisch model van de tandheelkundige gezondheidszorg, vergemakkelijken de dialoog tussen wetenschappers en beleidsmakers vanwege hun expliciete en kwantitatieve karakter. Tevens kan door middel van zogeheten gevoeligheidsanalyses worden berekend of andere aannamen ook tot andere inzichten leiden. Feiten en waarden, die vaak een belangrijke rol spelen in de besluitvorming, worden dan zichtbaar.

De bijdragen van gezondheidszorgonderzoek, als beleids-  
onderbouwend onderzoek bij macro-vraagstellingen in de  
gezondheidszorg, moeten in bovengenoemde context worden

gezien. Primair is van belang het aandragen van wetenschappelijke kennis aan betrokkenen in het beleidsnetwerk, niet het leveren van *de* oplossing. Immers, de beste, optimale oplossing bestaat misschien wel, maar zal vaak niet realiseerbaar blijken of niet voor alle betrokkenen in het beleidsnetwerk even acceptabel zijn.

#### 5 Het onderwijs

Het onderwijs binnen de leeropdracht concentreert zich op aspecten van de beroepsopleiding van de tandarts in de eerstelijnsgezondheidszorg, het gezondheidszorgbeleid en de maatschappelijke aspecten van de beroepsuitoefening. Deze 'onderwijsopdracht' werd ingegeven door de resultaten van een in het kader van de onderwijsvisitatie Tandheelkunde uitgevoerde enquête onder afgestudeerde tandartsen aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Van de respondenten was namelijk 79% van mening dat in het onderwijs meer aandacht moet worden besteed aan de oriëntatie op de beroepsuitoefening. Dit heeft ertoe geleid dat momenteel in het vijfde studiejaar van het tandheelkundig curriculum de cursus 'Oriëntatie op de beroepsuitoefening' wordt verzorgd. In deze cursus wordt uitgebreid ingegaan op de verschillende vormen van tandheelkundige beroepsuitoefening en op aspecten die bij vestiging en praktijkvoering een rol spelen. Bovendien zijn voorstellen voor een nieuwe opzet van de onderwijsmodulen 'Tandarts en maatschappij' in het gehele tandheelkundig curriculum aangeboden aan de Opleidingscommissie Tandheelkunde. In deze voorstellen wordt veel aandacht gegeven aan structurele en organisatorische aspecten van de tandheelkundige gezondheidszorg, aan communicatieve aspecten bij de beroepsuitoefening en aan het functioneren van het tandheelkundig team. Vanuit mijn leeropdracht zal ik de komende jaren aan de invulling van dit onderwijs mijn bijdrage leveren, waarbij de integratie van het onderwijs in de modulen 'Tandarts en maatschappij' in het klinisch tandheelkundig onderwijs voor mij de grootste uitdaging zal vormen.

#### Literatuur

- 1 Fortuyn WSP. Afscheid. Inzet 1994; 18/11: 13.
- 2 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Advies Gezondheidsonderzoek nr. 11. 's-Gravenhage: Raad voor Gezondheidsonderzoek, juli 1994.
- 3 Truin GJ, Bronkhorst EM, Wiersma T. Toekomstscenario's Tandheelkunde. Een verkenning van de periode 1990-2020. Scenarioreport. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1992.
- 4 Snellen ITh. Beleidsontwerpen tussen bureaucratisch ambacht en politiek bedrijf. In: Lehning PB, Simonis JBD, red. Handboek beleids-wetenschap. Meppel: Boom, 1987.
- 5 Caplan NS. Knowledge conversion and utilization. In: Hozner et al, red. Realizing social science and knowledge. Wenen: Physica Verlag, 1983.