

Op weg naar een kwaliteitssysteem in de tandheelkundige zorgverlening

E.H. Verdonschot, tandarts¹

A.J.M. Plasschaert, tandarts¹

R. Grol, psycholoog²

G.J. Truin, tandarts¹

Samenvatting. Het systematisch bewaken en bevorderen van de kwaliteit van verleende gezondheidszorg is verankerd in de Nederlandse wetgeving. Vooral op het terrein van de huisartsgeneeskunde zijn aan de hand van een vooraf vastgestelde systematiek reeds vele initiatieven ontplooid om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, maar ook in de tandheelkunde wordt hieraan door diverse groeperingen en langs verschillende wegen gewerkt.

In dit artikel wordt het begrippenkader uitgewerkt, er wordt aangegeven langs welke weg een systematiek van kwaliteitsbewaking- en bevordering kan worden ontwikkeld en er wordt aangegeven welke groeperingen, in onderlinge samenwerking, hierbij als initiator zouden kunnen optreden.

VERDONSCHOT EH, PLASSCHAERT AJM, GROL R, TRUIN GJ. Op weg naar een kwaliteitssysteem in de tandheelkundige zorgverlening. Ned Tijdschr Tandheelkd 1995; 102: 344-8.

Uit 'de vakgroep Cariologie en Endodontologie van de Katholieke Universiteit Nijmegen en 'de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) van de Katholieke Universiteit Nijmegen en de Rijksuniversiteit Limburg.

Trefwoorden: Tandheelkundige gezondheidszorg - Kwaliteitszorg

Datum van acceptatie: 15 juli 1995.

Adres: Dr. E.H. Verdonschot, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen

1 Inleiding

Kwaliteitszorg en, als onderdeel daarvan, kwaliteitsbewaking krijgen in toenemende mate aandacht in de tandheelkunde. De afgelopen twintig jaren werden reeds vele kwaliteitsrichtlijnen op het terrein van de geneeskunde onder klinische omstandigheden geëvalueerd. Vele richtlijnen leidden tot een verandering van gedrag van de betrokken zorgverleners en tot een verbetering van de kwaliteit van de zorg.¹ In dit tijdschrift werd eerder ingegaan op het belang van efficiëntie en kwaliteit,² werden enkele begrippen en definities gegeven om vervolgens enkele stappen te doorlopen bij het beoordelen van het restauratief handelen.^{3,4} Ook werd ingegaan op een aantal mogelijkheden tot kwaliteitsbevordering.⁵

In de geneeskunde kwamen de ontwikkelingen die moeten leiden tot een systematische kwaliteitsverbetering en -bewaking eerder op gang. Op het vakgebied van de huisartsgeneeskunde werd zowel in wetenschappelijk opzicht als met betrekking tot praktische toepassingen reeds veel werk verzet.⁶⁻⁸ In 1993 zijn door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) 30 zorgvuldig onderbouwde standaarden gepubliceerd, waarmee huisartsen zich vertrouwd kunnen maken op het terrein van de diagnostiek, het onderzoek en de therapie van veel voorkomende ziekten en afwijkingen.⁹ Inmiddels zijn er meer dan 50 van zulke richtlijnen verschenen. Gold in 1991 nog dat het onderwerp 'kwaliteit' slechts op de agenda stond van de beroepsorganisatie,¹⁰ anno 1995 wordt daarbinnen aandacht besteed aan de ontwikkeling van standaarden, het opzetten van een systeem van (her)registratie, bevordering van bij- en nascholing en deelname aan alpha-projecten als onderdeel daarvan en het opzetten van Tandheelkundige Informatiepunten (TIP's).¹¹ In wetenschappelijk opzicht is er echter nog maar weinig vooruitgang geboekt.

Dit artikel beschrijft het algemene kader waarbinnen de kwaliteitszorg in de gezondheidszorg tot ontwikkeling komt, vat samen wat de stand van zaken is in de tandheelkunde, en doet suggesties voor te nemen stappen en uit te voeren onderzoek.

2 Kwaliteitszorg en kwaliteitssystemen

Kwaliteit van zorg is een relatief begrip. Het betreft een vergelijking tussen wenselijke of 'verantwoorde' zorg en de feitelijk geboden zorg.¹² Met verantwoorde zorg wordt bedoeld de zorg die ingaat op subjectieve en objectieve behoeften van patiënten, medisch-inhoudelijk van goed niveau is, doelmatig wordt verstrekt en patiëntvriendelijk wordt verleend. De diverse betrokkenen (tandartsen, patiënten, overheid, specialisten, verzekeraars, etc.) kunnen vanuit hun eigen belangen en perspectieven uiteenlopende prioriteiten

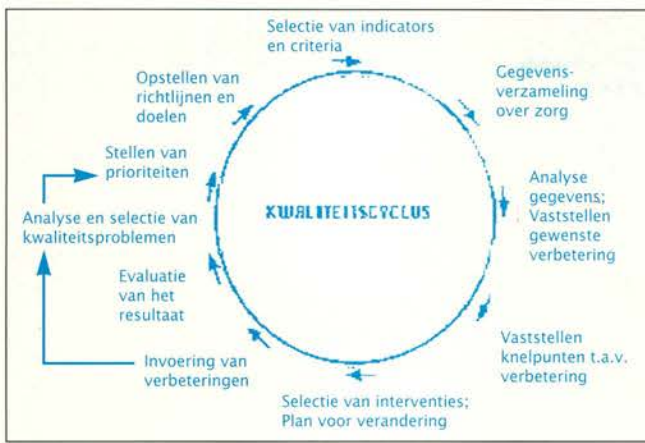
hanteren wat de wenselijke zorg betreft. Bij het bewaken en verbeteren van de tandheelkundige zorg zal men rekening moeten houden met deze uiteenlopende prioriteiten. Er is dus niet sprake van één kwaliteit van zorg, maar er zijn tal van deelaspecten te onderscheiden die ieder op hun waarde dienen te worden beschouwd. Dit maakt de bewaking en verbetering van kwaliteit ook tot een complexe aangelegenheid. Om deze reden wordt steeds vaker van 'kwaliteitszorg' (zorgen voor goede kwaliteit) of van het invoeren van 'kwaliteitssystemen' gesproken. Deze begrippen kunnen worden omschreven als een samenhangend geheel van geplande activiteiten en maatregelen, gericht op een continue bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg op verschillende niveaus binnen de beroepsgroep. Het gaat dus om bewust ondernomen activiteiten op centraal én decentraal niveau (regio, praktijk, individuele tandarts), waarbij continuïteit in de verbetering van de zorg wordt nagestreefd. Dit laatste gebeurt aan de hand van de zogenaamde 'kwaliteitscyclus' (afb. 1), waarin de volgende stappen zijn te onderscheiden:⁷

1. *Definiëren* van kwaliteit in de vorm van expliciete standaarden, richtlijnen en eisen.
2. *Evalueren of toetsen* van de feitelijke zorg. Beoordeeld wordt of de beoogde kwaliteit wordt bereikt.
3. *Verbeteren* van de kwaliteit, indien nodig, en nagaan of de verbetering ook werkelijk is gerealiseerd.

Bovengenoemde activiteiten dienen goed te worden georganiseerd. Daarvoor dienen de noodzakelijke voorzieningen beschikbaar te zijn (tijd, geld, professionele ondersteuning, etc.), de tandartsen dienen te weten wat ze precies moeten doen en overlegsituaties moeten in het leven worden geroepen. De wijze van organisatie van de kwaliteitsbewaking en -verbetering vraagt verschillende maatregelen op verschillende niveaus.

3 Kwaliteitsrichtlijnen

De definitie van goede kwaliteit wordt vastgelegd in standaarden en richtlijnen. Op dit gebied is een verwarrende terminologie ontstaan. In brede kring wordt de term 'praktijkrichtlijnen' gehanteerd waarmee de 'systematisch ontwikkelde uitspraken, die de tandarts kunnen helpen bij het nemen van beslissingen over de gewenste zorg', worden aangeduid.¹³ Idealiter zijn deze richtlijnen gebaseerd op wetenschappelijk c.q. klinisch onderzoek. Het aantal handelingen in de genees- en tandheelkunde dat op deze wijze met wetenschappelijke richtlijnen kan worden gestaafd, wordt geschat op slechts 50%.¹³ Dit betekent dat voor het formuleren van richtlijnen voor de praktijk ook moet worden geput uit langdurige klinische ervaring



Afb. 1. De kwaliteitscyclus illustreert op welke wijze een systematische verbetering en bewaking van de kwaliteit van zorg kan worden bereikt.

en uit het bereiken van consensus over controversiële handelingen. Verschillende methoden worden hiervoor toegepast, variërend van informele methoden (zoals lokale werkafspraken gemaakt in groepen), formele gestandaardiseerde methoden (bijvoorbeeld landelijke consensusconferenties), 'evidence-based' methoden (systematische literatuuranalyses, meta-analyses) en experimentele methoden zoals de afweging van kosten, baten, risico's en preferenties van tandartsen.¹⁴ Voor de tandheelkunde lijkt een keuze uit de verschillende methoden op verschillende niveaus gewenst, bijvoorbeeld een formele gestandaardiseerde procedure op landelijk niveau en informele methoden op decentraal niveau.

Voor het vervolg van het betoog is vooral van belang dat er voor een bepaald gebied, dat als indicator voor kwaliteit kan gelden, een of meer *standaarden* worden ontwikkeld. Een standaard is een zorgvuldig, op grond van wetenschap en ervaring aangewezen wijze van tandheelkundig handelen, zoals een gemiddeld bekwaam tandarts in gelijke omstandigheden zou doen met middelen die in redelijke verhouding staan tot het concrete behandelingsdoel.¹¹ De term 'richtlijn' wordt ook wel gebezigd indien tandheelkundig handelen uitsluitend op basis van klinische ervaring wordt aanbevolen. Het definiëren van kwaliteit is in de kwaliteitscyclus (afb. 1) aangegeven als het opstellen van standaarden c.q. richtlijnen en doelen. Er zijn met betrekking tot het formuleren van kwaliteitsstandaarden voor de tandartspraktijk nogal wat discussiepunten, zoals de vraag of de standaarden een minimumzorg, een gemiddelde of doorsnee-zorg, dan wel een optimale zorg moeten representeren. Goede praktijkstandaarden dienen voort te komen uit de gebundelde wetenschappelijke bevindingen op een bepaald terrein,⁷ die zijn vertaald naar de dagelijkse praktijk, zijn aangevuld met klinische ervaringen van tandartsen, zijn uitgetoetst in of getoetst aan de dagelijkse praktijk, en in voldoende brede kring acceptabel en uitvoerbaar blijken te zijn voor degenen die ermee moeten omgaan.

4 Toetsen van kwaliteit

Is er overeenstemming over een geformuleerde standaard en de gestelde doelen als onderdeel van een kwaliteitssysteem, dan dient vervolgens te worden getoetst of een individuele tandarts, een groepspraktijk of een aantal tandartsen in een regio of land daaraan ook daadwerkelijk voldoen. Daartoe zijn de volgende stappen nodig, zoals aangegeven in afbeelding 1.

Selectie van indicatoren en criteria. Bepaald wordt op welke indicatoren de kwaliteitsmeting moet worden gericht. Nagegaan wordt welke onderdelen van de standaard of richtlijn een representatief, valide beeld van de kwaliteit van zorg bieden en wat als criterium

voor goede zorg zal gelden: Wat zal worden beschouwd als gewenst en wat als ongewenst handelen? Indicatoren en criteria geven inhoud aan de meetinstrumenten die men gaat gebruiken om de kwaliteit te meten (tab. I).

Gegevensverzameling over zorg. Voor ieder van de indicatoren worden gegevens verzameld in een (groeps)praktijk of andere instelling, afhankelijk van de doelstelling van de kwaliteitsmeting. Idealiter past de gegevensverzameling zo goed mogelijk in het gewone dagelijks werk en wordt ook de assistente daarbij ingeschakeld. Tot de mogelijke methoden behoren een analyse van patiëntendossiers, een beoordeling van röntgenfoto's, het interviewen van tandarts en assistente, het enquêteren van patiënten (patiënten kunnen een goed oordeel geven over bepaalde aspecten van de organisatie, de bejegening, etc.), observaties in de praktijk, vervaardiging en bestudering van video-opnamen en klinische dia's.¹⁵

Analyse van de gegevens en vaststellen van de gewenste verbetering. De verzamelde gegevens van een tandarts of een praktijk worden vergeleken met die van andere tandartsen of praktijken. Indien beschikbaar kunnen de gegevens worden vergeleken met een standaard. Patronen in de verleende zorg en specifieke lacunes worden hierbij opgespoord. Soms maakt men hierbij gebruik van kwantitatieve analyses, al dan niet met behulp van de computer (eenvoudige statistische procedures), bijvoorbeeld door de aantallen en soorten verrichtingen te vergelijken met praktijken in de omgeving. Ook kwalitatieve en persoonlijke methoden kunnen worden toegepast om de gegevens te analyseren en de richting van de verbetering vast te stellen, zoals intercollegiale toetsing van de procedures of de producten.

Feedback. De resultaten van de analyses worden gepresenteerd aan de betrokken tandarts(en). De resultaten worden zo praktisch en inzichtelijk mogelijk aangeboden opdat zij aanzetten tot reflectie en verbetering (grafieken, tabellen, overzichten, samenvatting van aandachtspunten voor verbetering). De feedback moet zodanig zijn dat ze de tandarts(praktijk) stimuleren tot discussie, het lokaliseren van knelpunten in de zorgverlening, het selecteren van interventies en het maken van een plan voor verbetering van de kwaliteit.

5 Verbeteren van kwaliteit

De volgende fase in de kwaliteitscyclus bestaat uit het planmatig implementeren van veranderingen in de zorg (interventies) gericht op kwaliteitsverbetering. De eerste stap in deze fase is het vaststellen van barrières of knelpunten die het implementeren van een verandering in de weg staan. De knelpunten kunnen liggen op het gebied van kennis, vaardigheden of motivatie van de tandarts of leden van het team, maar kunnen ook te maken hebben met sociale factoren (patiënten hebben andere eisen), met structurele en organisatorische factoren (onvoldoende tijd, verkeerde materialen, inadequate apparatuur) of met persoonlijke eigenschappen van de zorgverleners (bereidheid tot overleg en consensus, eigenwijsheid). Een goed inzicht in de knelpunten is essentieel om tot een goede strategie voor kwaliteitsverbetering te komen.

De volgende stap betreft de selectie van interventies en het ontwikkelen van een interventieplan. Dikwijls is er sprake van een complex van factoren die belemmerend kunnen werken op de invoering van een verandering. Om deze reden wordt wel aanbevolen om een variatie en/of combinatie aan activiteiten aan te bieden.⁶ Onvoldoende kennis en vaardigheid op het terrein van de te implementeren interventie kan worden aangevuld door middel van zelfstudie aan de hand van schriftelijk of audio-visueel materiaal, en bij- of nascholing. Door het intensieve contact met docenten en collega's dragen PAOT-cursussen vaak ook bij tot een betere motivering van de tandarts om de gewenste verbetering te bereiken.

Tabel I. Voorbeelden van indicatoren, criteria en meetinstrumenten ten aanzien van kwaliteitsbewaking van composietrestauraties.

Indicatoren	Criteria	Meetinstrumenten
a. Structuur		
- periodieke controle	- laesie of defect	- visuele inspectie
- consult i.v.m. pijnklacht of fractuur	- kleur, vorm - randaansluiting	- tastzin (sonde) - röntgenbeoordeling
b. Proces		
- preparatie verloopt adequaat	- cariësvrij	- cariësdetector
- restauratie verloopt adequaat	- vochtvrij/droog	- tastzin (sonde, excavator)
- vitaliteit/exponatie	- (pre)wedging/matrix	- visuele inspectie - pijnreactie
c. Outcome of care		
- functionaliteit	- anatomische vorm	- visuele inspectie
- esthetiek	- randaansluiting - proximale contacten - hoogte i.r.t. antagonist - slijtvastheid	- tastzin (sonde, floss) - articulatiepapier

Tabel II. Effectiviteit van methoden om praktijkroutines te beïnvloeden.*

Dimensie	Methode	Effect op handelen
Educatief	Schriftelijke educatie, mailing, massamedia	-
Faciliterend	Nascholing, groepseducatie	+/-
	Face-to-face educatie, individuele instructie	+
	Terugkoppeling van informatie (evt. via computer)	+/-
	Reminders (evt. via computer)	+
	Intercollegiale toetsing	+
	Patiëntenbeïnvloeding	?
	Praktische en structurele maatregelen	?
Sturend	Barrières aanbrengen voor handelen	+/-
	Beloningen/sancties	+/-
Dwingend	Regelgeving, contractering, certificatie, herregistratie	?

Tabel III. Overzicht van kwaliteitsbevorderingsfactoren op diverse niveau's.*

Niveau	Kwaliteitsrichtlijnen	Kwaliteitsvoering	Kwaliteitsverbetering	Organisatie van kwaliteit
Individueel	- persoonlijk leerplan opstellen - kritisch gebruik standaarden en richtlijnen	- zelftoetsing van competentie en tandheelkundig handelen	- zelfstudie - vaardigheidstraining - cursussen/nascholing	- voldoende tijd vrijmaken - op de hoogte zijn van regelgeving - opleiding kwaliteitsbevordering volgen
Praktijk	- kwaliteitsoverleg met praktijkmedewerkers en opstellen praktijkdoelen (jaarplan)	- gegevensverzameling via verschillende methoden: registratie, kaartenbak, audio/video, visitatie, patiëntenenquête - analyse en rapportage van gegevens (jaarverslag)	- systematisch kwaliteitsoverleg in praktijk - feedbacksystemen - plannen en invoeren van veranderingen	- tijd plannen voor medewerkers - automatisering - bibliotheek - positieve attitude bij alle medewerkers t.a.v. kwaliteitsbevordering - instrumenten en materialen beschikbaar - externe ondersteuning door consulenten
Lokaal/regionaal	- consensus-methoden om lokale werkafspraken te maken binnen tandartsengroep met specialisten en interdisciplinair in eerste lijn	- verzamelen, vergelijken en analyseren van gegevens in de tandartsengroep - analyse gegevens, zorgverzekeraar, algroep, etc.	- methoden van intercollegiale toetsing - participatie in lokale deskundigheidsbevordering	- goed functionerende tandartsengroep - structuur voor lokale/regionale ondersteuning en deskundigheidsbevordering
Centraal	- standaardontwikkeling - evaluatie haalbaarheid en effecten van standaarden - consensus over basistakenpakket en voorwaarden voor beroepsuitoefening	- ontwikkeling van toetsen en methoden van gegevensverzameling	- ontwikkeling programma's voor kwaliteitsverbetering - ontwikkeling methoden voor gedragsverandering	- nationaal kwaliteitsbeleid - regelgeving - financiële regelingen voor uitvoering kwaliteitsbeleid - acceptabel systeem voor herregistratie

Mogelijkheden om het interventieplan te verfijnen en de randvoorwaarden van de invoering veilig te stellen zijn participatie in werkgroepen (alpha-groepen, consensusgroepen), individuele instructie door een collega of een docent in de eigen praktijk, praktijkvisite, waarbij de praktijk door een deskundige tandarts wordt doorgelicht en feedback wordt gegeven, extra ondersteuning, bijvoorbeeld door uitbreiding van het team met specifieke deskundigheid of aanschaf van specifieke apparatuur of materialen, en financiële beloning voor het invoeren van de gewenste verbetering. De verschillende mogelijkheden zijn samengevat in tabel II, geordend naar de mate waarin ze vooral educatief, dan wel dwingend en sturend van aard zijn.⁶

Dan volgt het invoeren van de verandering. Bij een goede voorbereiding en een degelijke analyse van de knelpunten die kunnen optreden zal de invoering van de verandering soepel kunnen verlopen omdat de tandarts zich heeft kunnen instellen op mogelijke problemen. Er moet op worden toegezien dat de verandering zoveel mogelijk volgens plan wordt ingevoerd.

De laatste stap in de fase van kwaliteitsverbetering is de evaluatie, het vaststellen door middel van meting of de beoogde veranderingen ook werkelijk gerealiseerd zijn en of de gestelde doelen zijn bereikt. De evaluatie kan worden verricht door de tandarts zelf aan de hand van gespecificeerde criteria en normen, door collega's met wie de tandarts samenwerkt in een regio of in een alpha-groep, of door een expert op het gebied van de verandering, eventueel in de vorm van een praktijkvisite. Zijn de beoogde doelstellingen niet of niet geheel bereikt dan kunnen knelpunten opnieuw worden geanalyseerd en bijgestelde doelen worden geformuleerd. Daarmee is de cirkel rond.

6 Organisatie van kwaliteitsverbetering

Er zijn diverse partijen die belang hebben bij of verantwoordelijk zijn voor kwaliteitsbevordering. In de tandheelkunde zijn dat allereerst de patiënten en de individuele tandartsen. Iedere beroepsbeoefenaar, en zeker ook de tandarts, dient te erkennen dat het weinigen gegeven is om niet blind te zijn voor fouten en tekortkomingen in eigen handelen. Dit besef vormt een belangrijke basis voor de bereidheid tot het opzetten van en participatie in een kwaliteitssysteem. Een andere groep die belang heeft bij een systematische kwaliteitsbevordering vormen de tandartsen in een regio. Zij kunnen als geen ander op de hoogte zijn van de aard en omvang van de vraag naar zorg in die regio en kunnen aangeven hoe in die vraag voorzien kan worden met behoud van kwaliteit of verbetering daarvan. Vervolgens zijn er de centrale instanties als beroepsorganisatie, wetenschappelijke verenigingen, overheid, etc. Deze kunnen enerzijds bijdragen aan het ontwikkelen van systemen voor kwaliteitszorg en anderzijds rechtstreeks sturen door middel van financiële impulsen of via maatregelen, zoals het invoeren van een systeem van herregistratie. Tabel III geeft een overzicht van het systeem van kwaliteitsbevordering op verschillende niveaus.

Kwaliteitsbevordering zou een intrinsieke doelstelling moeten worden op elk van de beschreven niveaus en zou onderdeel moeten uitmaken van de dagelijkse routine. Een goed systeem van kwaliteitsbevordering op het niveau van de tandarts of de praktijk begint in de tandartspraktijk. Daaraan kan onder meer vorm gegeven worden door periodiek, bijvoorbeeld maandelijks, een kwaliteitsoverleg van 1 à 1,5 uur met alle praktijkmedewerkers te houden. Volgens een gestructureerde procedure selecteert men relevante onderwerpen of problemen, die een tijdlang speciale aandacht zullen krijgen. Doelen worden geformuleerd, procedure-afspraken worden gemaakt waarbij vastgesteld wordt wie verantwoordelijk is voor welke zaken. Bij het opstarten van een kwaliteitssysteem verdient het aanbeveling om te beginnen met relatief kleine problemen om aan de hand hiervan de procedure te leren kennen. Afsproken wordt tevens welke gegevens verzameld moeten worden en door

wie, om te beoordelen of de gestelde doelen ook gerealiseerd zijn. Idealiter worden zowel structurele als organisatorische aspecten (bijv. paktijkinrichting, bereikbaarheid), tandheelkundig inhoudelijke aspecten (werken volgens standaarden), bejegeningaspecten (relatie met de patiënt, voorlichting, tevredenheid), als doelmatigheidsaspecten (kosten, baten) kritisch gevolgd. De resultaten van de diverse activiteiten kunnen in een (jaar)verslag worden vastgelegd, waarmee een tandarts of een tandheelkundig team naar collega's, beroepsorganisatie en overheid toe duidelijk aangeven dat zij zich op gestructureerde wijze bezighouden met de bevordering van de kwaliteit van tandheelkundige zorg.

7 Stand van zaken

De kwaliteitsbewaking werd in ons land tot voor kort aan de tandarts zelf overgelaten. De overheid is nu bezig een wettelijk raamwerk te creëren waarin zowel aan individuele beroepsbeoefenaren (Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, wet BIG) als aan praktijken (Wet op de Kwaliteit van Zorginstellingen, kortweg Kwaliteitwet) wordt opgedragen om aan systematische kwaliteitsbevordering te doen. Dit houdt onder meer in het systematisch verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van zorg, het systematisch toetsen of verantwoorde zorg wordt verleend en het verbeteren van de zorg indien nodig. Eenmaal per jaar moet door middel van een verslag verantwoording worden afgelegd. Binnen dit wettelijk raamwerk berust het primaat echter wel bij de beroepsgroep zelf.

De adviserend tandartsen in Nederland zijn met elkaar in gesprek hoe voor hun instellingen implementatie van de wet BIG en de Kwaliteitwet op dit punt gestalte dient te krijgen. Daarbij komen de volgende aspecten aan de orde:⁶

- verplichting tot het volgen van geaccrediteerde cursussen;
- verplichting tot deelname aan alpha-projecten of soortgelijke gespreksgroepen (peer-review);
- verplichting tot deelname aan gesprekken over kengetallen met de adviserend tandarts minstens eens per vijf jaar;
- verplichting tot het werken met, op initiatief van de beroepsorganisatie, te ontwikkelen standaarden naar analogie van de standaarden zoals opgezet door het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Het begrip 'professionele standaard' dat in dit verband wordt gehanteerd, heeft in aansluiting op tab. I, de volgende definitie: 'De zorgvuldig, op grond van wetenschap en ervaring aangewezen wijze van tandheelkundig handelen, zoals een gemiddeld bekwaam tandarts in gelijke omstandigheden zou doen, met middelen die in een redelijke verhouding staan tot het concrete behandelingsdoel.'

Er is nog een andere vorm van kwaliteitsbewaking en -bevordering die in dit kader genoemd moet worden. Het betreft de evaluatie van de tandheelkundige zorgverlening op macroniveau:

- Is de tandheelkundige menskracht afgestemd op de vraag naar tandheelkundige zorg?
- Wat is het lange-termijneffect van preventieve en/of restauratieve tandheelkundige behandelingen op de gebitsgezondheid van de bevolking?
- Welke veranderingen voltrekken zich in de samenleving ten aanzien van de aard en omvang van tandheelkundige afwijkingen?

Recente ontwikkelingen bieden de mogelijkheid om op systematische wijze antwoord te krijgen op dergelijke vragen. Gedoeld wordt enerzijds op het initiatief van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) tot het initiëren van alpha-projecten en het opzetten van een systeem van peilstations, waarbij tandartspraktijken systematisch praktijkinformatie verzamelen.¹⁷ Anderzijds wordt bedoeld op epidemiologisch onderzoek

en systeem-dynamische simulatiestudies verricht naar het systeem van vraag en aanbod van de tandheelkundige gezondheidszorg.¹⁸⁻²⁰

8 Hoe nu verder?

Alvorens een kwaliteitssysteem is ontwikkeld, ingevoerd en geaccepteerd door alle beroepsbeoefenaren dient een aantal zaken uitgetest te worden. Alle betrokkenen (personen, organisaties en instellingen) dragen daarvoor in verschillende mate verantwoordelijkheid. Allereerst is er de beroepsbeoefenaar zelf. Hij/zij dient periodiek een plan op te stellen waarin aangegeven wordt op welke terreinen bij- en nascholing gewenst lijkt en op welke wijze daarin voorzien zal worden. De beroepsbeoefenaar moet daarbij kunnen beschikken over een breed scala van kwalitatief goede bij- en nascholing. De instellingen die actief zijn op dit terrein (universiteiten, wetenschappelijke verenigingen, de Stichting Post Academisch Onderwijs Tandheelkunde, etc.) dienen zorg te dragen voor dit aanbod. Met het oog op geïndividualiseerde instructie moet hierbij ook gedacht worden aan de ontwikkeling van multi-media programma's en Computer-Ondersteund Onderwijs (COO) programma's voor zelfstudie. Een voortgangstoets moet beschikbaar komen waarmee een tandarts zijn actuele kennis en vaardigheden kan (laten) toetsen. Verwacht mag worden dat de 'know how' om dergelijke computerprogramma's en voortgangstoetsen te ontwikkelen vooral aanwezig is op de universiteiten en bij de wetenschappelijke verenigingen.

Op praktijkniveau dienen professionele standaarden, en registratiesystemen ter beschikking te komen naar analogie van de NHG-standaarden. Voor de tandheelkunde ligt hier een taak voor universitaire onderzoekers en de wetenschappelijke verenigingen. De NMT samen met de zorgverzekeraars is de aangewezen initiatiefnemer voor de ontwikkeling van registratiesystemen. De peilstations kunnen daarin een belangrijke functie vervullen. Dat geldt ook voor de ontwikkeling van patiëntenquêtes en -interviews.

Op lokaal en regionaal niveau functioneren alpha-groepen, geïnitieerd vanuit de NMT. Een verdere uitbouw en verbetering van dit systeem ligt op de weg van de NMT, waarbij gebruik dient te worden gemaakt van de resultaten van te ontwikkelen registratiesystemen. Tevens kan de NMT een aanzet geven om te komen tot de ontwikkeling van een model-jaarplan en -jaarverslag.

Alle ingrediënten lijken aanwezig om te komen tot een goed systeem van kwaliteitszorg voor de tandheelkunde in Nederland. De vraag is of alle betrokken partijen in staat zullen zijn binnen ieders verantwoordelijkheid en op basis van samenwerking tot een samenhangend en doelmatig systeem te komen dat over zoveel

eigen overtuigingskracht beschikt, dat algemene acceptatie ervan tot de reële mogelijkheden behoort. Indien de professie als geheel erin slaagt deze inspanning tot een succes te maken, zal de kwaliteit van de te verlenen tandheelkundige zorg op een nog hoger plan komen ten bate van degenen die aan onze zorg zijn toevertrouwd.

Literatuur

- 1 Grimshaw J, Freemantle M, Wallace S et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care* 1995; 4: 55-64.
- 2 Hokwerda O. Efficiëntie en kwaliteit. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1991; 98: 371-3.
- 3 Poorterman JHG. Kwaliteit van zorgverlening: begrippen en definities. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993; 100: 242-3.
- 4 Poorterman JHG. Kwaliteit van zorgverlening: het beoordelen van restauratief handelen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993; 100: 315-7.
- 5 Poorterman JHG, Eijkman MAJ, Kieft JA. Kwaliteitsbevordering in de tandheelkunde. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993; 100: 355-7.
- 6 Grol R. Implementing guidelines in general practice. *Qual Assur Health Care* 1992; 1: 184-91.
- 7 Grol R. Kwaliteitssysteem in de huisartsgeneeskunde: wat betekent dit voor de huisarts? *Huisarts en Wetenschap* 1993; 36: 106-12.
- 8 Grol R. Development of guidelines for general practice care. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 146-51.
- 9 Rutten GEHM, Thomas S, red. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.
- 10 Etten GM van. Kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1991; 98: 329-30.
- 11 Weert CM van, Kroezen NM. Kwaliteit binnen de tandheelkunde. In: Casparie AF, red. *Handboek kwaliteit van zorg*. Utrecht: De Tijdstroom BV, 1993; B II 5.1.1: 1-34.
- 12 Harteloh PPM, Casparie AF, Touw PPJ. Het begrip kwaliteit van zorg. *Medisch Contact* 1991; 46: 18-20.
- 13 Field MJ, Lohr KN, red. *Guidelines for clinical practice. From development to use*. Washington, DC: National Academy Press, 1992.
- 14 Woolf SH. Practice guidelines, a new reality in medicine II. *Methods of developing guidelines*. *Arch Intern Med* 1992; 152: 946-52.
- 15 Kroeze HJP. Amalgam and composite restorations: prevalence and need for replacement. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1989. Academisch proefschrift.
- 16 Nota Kwaliteit, een meetbaar effect. College van Adviserende Tandartsen, december 1993.
- 17 Rossum GMJM van, Bruers JJM. NMT werft peilstations. *NT* 1994; 49: 1176.
- 18 Bronkhorst EM, Truin GJ. STG-rapport Toekomstscenario's Tandheelkunde. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1993; 100: 254-5.
- 19 Truin GJ, Bronkhorst EM, Burgersdijk RCW, Wiersma T. Toekomstscenario's Tandheelkundige zorg: een verkenning van vraag naar en aanbod van zorg in de periode 1990-2020. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1993; 71: 401-7.
- 20 Bronkhorst EM. Modelling the Dutch dental health care system. A comprehensive system dynamic approach. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1995. Academisch proefschrift.

Summary

TOWARDS A SYSTEM OF QUALITY CARE IN DENTISTRY IN THE NETHERLANDS

Key words: Dental health care – Quality of care

Monitoring and improving the quality of rendered health care in a systematic way has been laid down in Dutch legislation. In Dutch family health care particularly, many initiatives have already been taken to improve the quality of health care utilizing a pre-defined systematic approach. In recent years various groups in The Netherlands took initiatives to maintain and improve quality of care in dentistry. This publication reports on some of the frequently used constructs and the state of the art in The Netherlands. A proposition for the development of a system of quality monitoring and improvement is presented. It is furthermore suggested that all parties involved should collaborate to achieve the joint goal.