



M. Bennema-Broos
E.M. Sluijs
C. Wagner

Tien jaar kwaliteitszorg: tandartsen vergeleken met andere beroepsgroepen in de zorgsector*

Samenvatting

Trefwoorden:

- Beroepsuitoefening
- Kwaliteit van zorg

Uit de afdeling Kwaliteit en Organisatie van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) in Utrecht.

*Met toestemming van Kwaliteit in Beeld overgenomen en bewerkte publicatie: Bennema-Broos M, Sluijs E, Wagner C. 10 jaar kwaliteitszorg. Tandartsen met andere beroepsgroepen in de zorgsector vergeleken. *Kwaliteit in Beeld* 2000; 6: 8-11.

Datum van acceptatie:
24 juli 2001.

Adres:
Mw. M. Bennema-Broos
Nivel
Postbus 1568
3500 BN Utrecht

Tandartsen nemen vergeleken met andere medische en paramedische beroepen een middenpositie in op het gebied van kwaliteitsbeleid. Dat blijkt uit een overzichtsonderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) waarin in kaart is gebracht welke kwaliteitssystemen in Nederland worden gehanteerd.

Kwaliteitssystemen van de verschillende beroepsgroepen berusten op vier pijlers, namelijk: 1. waarborgen voor de deskundigheid van de beroepsbeoefenaar via opleiding, na- en bijscholing, 2. normering van de beroepsuitoefening via het opstellen van richtlijnen, 3. activiteiten voor systematische kwaliteitsverbetering, zoals toetsing en visitatie, en 4. borging van de kwaliteit via herregistratie of certificering.

Elke beroepsgroep legt eigen accenten in de ontwikkeling van kwaliteitsactiviteiten. Bij tandartsen ligt het accent op het intercollegiaal overleg. Naast toetsing en visitatie wordt ook gewerkt aan de accreditering van bij- en nascholing, aan het opstellen van richtlijnen en aan het ontwikkelen van een informatiesysteem voor het vastleggen van (de resultaten) van de zorg. De volgende stap is de implementatie van de ontwikkelde activiteiten en het ontwikkelen van een structuur om de ontwikkelde activiteiten in onderlinge samenhang goed te laten functioneren. Vooralsnog blijken patiënten(organisaties) weinig te worden betrokken bij het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen. Dit kan als een lacune worden aangemerkt.

BENNEMA-BROOS M, SLUIJS EM, WAGNER C. Tien jaar kwaliteitszorg: tandartsen vergeleken met andere beroepsgroepen in de zorgsector. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001; 108: 408-412.

Inleiding

Er is door beroepsgroepen in de gezondheidszorg de afgelopen tien jaar actief gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitszorg. Uit een door het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel) uitgevoerd overzichtsonderzoek naar de wijze waarop de medische en de paramedische beroepsgroepen in de gezondheidszorg het afgelopen decennium invulling hebben gegeven aan kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering, blijkt dat tandartsen een middenpositie innemen in de mate waarin het kwaliteitsbeleid is ontwikkeld. In dit artikel wordt ingegaan op de concrete kwaliteitsactiviteiten die specifiek voor en door tandartsen zijn ontwikkeld. Daarna wordt beschreven welke beroepen ver en minder ver zijn met de ontwikkelingen van kwaliteitszorg en hoe tandartsen zich verhouden tot andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg.

De gegevens zijn afkomstig van de 'Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector in de periode 1990-2000' (Bennema-Broos *et al*, 2000). Dit overzichtsonderzoek is verricht voor elf beroepsgroepen in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ten behoeve van de vierde Leidschendamconferentie die in mei 2000 is gehouden. De onderzochte beroepsgroepen zijn: huisartsen, medisch specialisten, verpleeghuisartsen, sociaal geneeskundigen, apothekers, tandartsen, verloskundigen, verpleegkundigen en verzorgen-

den, paramedici, psychologen en alternatieve genezers. De informatie in het overzichtsonderzoek is, naast een literatuuronderzoek per beroepsgroep, voor een belangrijk deel afkomstig van koepelorganisaties van de beroepsgroepen. Voor de tandartsen zijn beleidsdocumenten en jaarverslagen van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) gebruikt en heeft een uitgebreid interview plaatsgevonden met een vertegenwoordiger van de NMT.

Vier elementen in een kwaliteitssysteem

De beroepsgroepen blijken zich bij de ontwikkeling van kwaliteitszorg te richten op vier aspecten van kwaliteit: de deskundigheid van de beroepsbeoefenaar, de normering, de bewaking en de borging van de kwaliteit. Om dat te realiseren werken beroepsgroepen aan het ontwikkelen van de volgende elementen:

- Deskundigheid: een goede opleiding en bij- en nascholingsactiviteiten en een beroepsprofiel waarin de taken en de bevoegdheden staan beschreven.
- Normering en registratie: een stelsel van normen en richtlijnen met expliciete kwaliteitscriteria en een registratiesysteem om de daadwerkelijk verleende zorg vast te leggen.
- Bewaking en verbetering: vormen van systematische kwaliteitsbewaking en bevordering via onder andere intercollegiale toetsing of onderlinge visitaties.

- Borging: externe verantwoording via bijvoorbeeld herregistratie, via externe beoordeling of certificering of via het uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag.

Indien binnen een beroepsgroep structuren bestaan om deze vier aspecten in onderlinge samenhang goed te laten functioneren, kan van een kwaliteitssysteem worden gesproken. De gegevens uit het onderzoek laten zien dat deze vier afzonderlijke onderdelen in het kwaliteitsbeleid van veel beroepsgroepen terugkomen. Het is niet zo, dat deze elementen in elke beroepsgroep inmiddels een samenhangend kwaliteitssysteem vormen.

Kwaliteitszorg van tandartsen nader bekeken

Deskundigheid

Het eerste element, de deskundigheid, is in de tandheelkunde geregeld via de specifieke opleiding en bij- en nascholingsmogelijkheden voor tandartsen. Het aanbod van bij- en nascholing bestaat uit vele tientallen cursussen die jaarlijks aan de tandarts worden aangeboden. Er zijn diverse instanties die cursussen en seminars voor de tandartsen organiseren, waarvan vele geaccrediteerd met het zogenaamde Q-merk (Plaschaert *et al*, 1998). Het volgen van bij- of nascholing is voor tandartsen niet verplicht. Wel verwacht men van elkaar dat wordt deelgenomen aan de nascholingsprojecten 'actualisering van de eindtermen', en dat men periodiek op verschillende deelgebieden van de tandheelkunde bij- en nascholing volgt. De Nederlandse tandarts blijkt in de jaren negentig tussen de 3,5 en 8 dagen per jaar bij- en nascholing te volgen. Uit destijds door de NMT uitgevoerd onderzoek bleek een belangrijke reden om niet deel te nemen aan bij- en nascholing – naast tijdgebrek en hoge cursuskosten – de grote afstand tot de cursusplaats (Van Weert en Kroezen, 1997). Om deze laatste reden is er een platform van regionale contactpersonen bij- en nascholing opgericht dat deze activiteiten in de regio's stimuleert. De NMT biedt hiervoor financiële en praktische ondersteuning. Voorbeelden van geïnitieerde regionale nascholingsprojecten in de jaren negentig zijn: 'Vroegtijdige herkenning mondkanker' (3.000 deelnemers), 'Arbeidsomstandigheden en infectiepreventie' (5.000 tandartsen en assistenten) en 'Tandheelkundige radiologie' (2.700 deelnemers). Daarnaast is door de Stichting Postacademisch Onderwijs Tandheelkunde (PAOT) een bulletin ontwikkeld om het aanbod van bij- en nascholing overzichtelijker te maken voor tandartsen en praktijkmedewerkers. Dit bulletin is in 1999 uitgegeven.

Normering en registratie

Wat betreft normering kan bij tandartsen verwezen worden naar de algemene praktijkrichtlijnen en naar de (in ontwikkeling zijnde) klinische richtlijnen. Algemene praktijkrichtlijnen betreffen de organisatie

rondom de zorg en de attitude van de zorgverlener, en worden ontwikkeld door de NMT. Klinische richtlijnen zijn tandheelkundige richtlijnen om de tandarts te ondersteunen bij de beroepsuitoefening.

In 1995 is de richtlijn tandheelkunde van de Werkgroep Infectiepreventie (WIP) verschenen (WIP, 1995). De richtlijn is met instemming van de NMT en de Gezondheidsraad ontwikkeld. In 1997 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een onderzoek naar de mate van implementatie uitgevoerd. Uit de resultaten bleek dat tandartsen goed op de hoogte zijn van de richtlijn, maar dat de kennis over infectiepreventie, apparatuur en desinfectantia vaak beperkt is (IGZ, 1998).

In het voorjaar van 1997 is de praktijkrichtlijn 'Verticale verwijzing' door de NMT aan de NMT-leden toegezonden, vergezeld van informatie voor de patiënt. Uit het aantal nabestellingen is gebleken dat de patiënteninformatie aanslaat. Begin 1998 is de praktijkrichtlijn 'Spoedgevallendienst' ingevoerd, die in het najaar van 1997 op de Algemene Vergadering van de NMT geacordeerd was. Tevens zijn de praktijkrichtlijnen 'Patiëntendossier', 'Verwijsrelatie tandarts-mondhygiënist', 'Verwijsrelatie tandarts-tandprotheticus' en 'Horizontale verwijzing' ingevoerd. Deze laatste richtlijn wordt momenteel geëvalueerd op naleving en knelpunten.

In 1999 werden weer twee praktijkrichtlijnen door de NMT ontwikkeld. Dit zijn de richtlijnen 'Tandheelkundige radiologie' en 'Samenwerkingsrelatie tandarts-tandtechnicus'.

Met de vakgroep Cariologie en Endodontologie van Universitair Medisch Centrum Sint Radboud heeft de NMT een overeenkomst gesloten ter financiering van een onderzoek naar methoden voor ontwikkeling, implementatie en evaluatie van (klinische) praktijkrichtlijnen voor tandartsen in Nederland. De resultaten van dit onderzoek worden in 2002 verwacht.

Wat betreft registratie is in 1997 en 1998 door de NMT gewerkt aan de voorbereiding en de ontwikkeling van het Kwaliteitsinformatiesysteem (KWIS). Het KWIS is momenteel operationeel, toegankelijk voor alle tandartsen via een wachtwoord op tandartsennet en heeft de volgende functies:

- Informatiebron over het totale aanbod van en deelname aan intercollegiaal overleg. In het KWIS kan iedere tandarts persoonlijke overzichten van intercollegiaal overleg vinden. Het aanbod van en deelname aan bij- en nascholing wordt momenteel ingevoerd. Eind 2000 zal dit volgens de planning afgerond zijn. Terugkoppeling naar de tandartsen vindt plaats door de bij- en nascholingsagenda op de NMT-internetsite.
- Informatiebron ten behoeve van het kwaliteitsbeleid over de voorkeuren van de beroepsgroep, om op basis daarvan het aanbod van intercollegiaal overleg, bij- en nascholing en praktijkrichtlijnen verder te kunnen ontwikkelen.
- Administratieve ondersteuning voor de verschillende kwaliteitsprojecten en de voorlichtingsavonden.

Bewaking en verbetering

In 1989 is gestart met het opzetten van intercollegiaal overleg voor tandartsen. Hiervoor is een model ontwikkeld (het alphaschema), waarbij de beroepsbeoefenaren via onderlinge toetsing het beroepsmatig handelen evalueren. Een alphaschema bestaat uit minimaal zeven tandartsen die circa acht keer per jaar bij elkaar komen. In 1993 is na een eerste evaluatie besloten het alphaschema blijvend in de beroepsgroep te implementeren en uit te breiden. In 1997 is het alphaschema inhoudelijk verbreed en verdiept. Er zijn nieuwe alphaschema's ontwikkeld: onder andere in het kader van de *Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst*, een cursus over cariëspreventie en spreeksonderzoek en een cursus over de beoordeling van restauraties in de zijdelingse delen. Met deze laatste twee cursussen is het alphaschema voor het eerst gericht op de ontwikkeling van tandheelkundig-inhoudelijke cursussen. Inmiddels zijn er twaalf cursussen ontwikkeld. Een alphaschema op basis van het beoordelings/certificatieschema van stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) voor de tandartspraktijk, is in ontwikkeling. In januari 2000 namen 1.350 tandartsen (21% van de beroepsgroep) deel aan het alphaschema.

In 1993 is gestart met het ontwikkelen van een andere vorm van intercollegiaal overleg, de onderlinge visitatie, waarbij tandartsen elkaars praktijk bezoeken en de praktijkvoering evalueren. Een onderlinge visitatiegroep bestaat uit gemiddeld tien tandartsen die elkaar in wisselende groepjes van drie bezoeken. Iedere tandarts krijgt per visitatieronde éénmaal de rol van gevisiteerde en tweemaal de rol van visiteur. Begin 1997 is de methodiek door negen tandartsen getest en vervolgens zijn 83 tandartsen begonnen met onderlinge visitatie. Momenteel nemen ongeveer 250 tandartsen (bijna 5% van de beroepsgroep) deel aan deze vorm van onderlinge visitatie.

Het hoofdbestuur van de NMT heeft in 1999 deelname aan intercollegiaal overleg door de beroepsgroep als speerpunt van het kwaliteitsbeleid gekozen.

Borging

Er bestaan diverse vormen van kwaliteitsborging, zoals herregistratie, externe beoordeling en certificering. Herregistratie biedt de mogelijkheid op den duur aanvullende eisen op het gebied van kwaliteit te stellen, bijvoorbeeld ten aanzien van de te volgen nascholing of ten aanzien van deelname aan vormen van toetsing. Bij externe beoordeling en certificering wordt getoetst of de praktijk voldoet aan de kwaliteitseisen, zoals vastgelegd in beoordelings/certificatieschema's. Ten slotte is het kwaliteitsjaarverslag een manier om de zorg voor kwaliteit in de openbaarheid te brengen.

Tandartsen hebben ervoor gekozen certificering in het leven te roepen om de kwaliteit te borgen. De NMT heeft hiervoor samen met de stichting HKZ een beoordelings/certificatieschema voor de tandartspraktijk

ontwikkeld. Dit schema is in 1999 gereed gekomen. Door middel van een proefproject is onderzocht of het schema compact, praktisch, hanteerbaar en toetsbaar is. Dit project heeft geleid tot 1. een door de beroepsgroep en door externen (HKZ) geaccordeerd beoordelings/certificatieschema, 2. ondersteuningsmateriaal om te komen tot een gecertificeerde tandartspraktijk, en 3. een training waarin tandartsen begeleid worden bij de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem dat gebaseerd is op het schema.

Vormen van externe beoordeling zijn bij beroepsgroepen (nog) een weinig voorkomend verschijnsel. Een uitzondering vormen – naast de tandartsen – de apothekers die als eerste een certificatieschema hebben laten ontwikkelen door de Stichting HKZ. De eerste apotheken hebben inmiddels via externe beoordeling een HKZ-certificaat verworven.

Implementatie van kwaliteitszorg

Het voorgaande illustreert dat door en voor tandartsen kwaliteitsinstrumenten zijn ontwikkeld, die voor alle tandartsen toegankelijk zijn. Daarmee is kwaliteitszorg niet af. De instrumenten moeten geïmplementeerd worden en de volgende stap is te zorgen voor samenhang in alle activiteiten die op het gebied van kwaliteit worden ondernomen. Om de implementatie van kwaliteitsactiviteiten te bevorderen gaat de aandacht de laatste jaren bij veel beroepsgroepen uit naar het opbouwen van een regionale infra- en ondersteuningsstructuur. Een voorbeeld hiervan bij tandartsen is het Regionaal Netwerk Kwaliteit dat momenteel opgezet wordt. Dit netwerk bestaat uit 34 driemansschappen. Een driemanschap bestaat uit: per afdeling (regio) een portefeuillehouder Kwaliteit, een contactpersoon Intercollegiaal Overleg en een contactpersoon Bij- en nascholing. Bij huisartsen is de regionale infrastructuur al enkele jaren een feit in de vorm van de Districts Huisartsen Verenigingen, die een spilfunctie in het uitvoeren van kwaliteitsbeleid bekleden.

De beroepsgroepen vergeleken

In het eerder genoemde overzichtsonderzoek is getracht de beroepen op globale wijze in te delen naar de mate waarin kwaliteitszorg inmiddels ontwikkeld is. Hierin zijn drie fasen te onderscheiden (tab. 1). De tandartsen nemen een middenpositie in.

De verschillen tussen de beroepsgroepen kunnen worden toegeschreven aan diverse factoren. Een belangrijke rol speelt het aantal jaren dat door de beroepsgroepen aan kwaliteitszorg is gewerkt. Huisartsen en medisch specialisten werken bijvoorbeeld al langer aan het ontwikkelen van kwaliteitsactiviteiten dan tandartsen en verpleeghuisartsen. Een andere factor van belang is de hoeveelheid menskracht en financiële middelen die een beroepsgroep ter beschikking heeft. Zo beschikken huisartsen, medisch specialisten, apothekers en tandartsen over omvangrijke stafbu-

reus om bijvoorbeeld richtlijnen te ontwikkelen of een structuur voor intercollegiaal overleg op te zetten. Een verklaring voor de verschillen kan ook worden gezocht in de werkomstandigheden van de beroepsbeoefenaren. Vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, zoals tandartsen, huisartsen en apothekers, hebben meer autonomie in het realiseren van een kwaliteitssysteem dan beroepsbeoefenaren in dienstverband. Verpleegkundige en verzorgende beroepsbeoefenaren bijvoorbeeld zijn bij het invoeren van een kwaliteitssysteem afhankelijk van de instelling waar ze werkzaam zijn.

Daarnaast verschillen de beroepsgroepen in de accenten die zij in het kwaliteitsbeleid leggen. Zo ligt momenteel bij tandartsen, evenals bij verpleeghuisartsen en paramedische beroepen, het accent op ontwikkeling en implementatie van intercollegiaal overleg. Bij medisch specialisten ligt het accent op de verschillende visitatiesystemen die worden gehanteerd en bij huisartsen op de ontwikkeling van evidence-basedstandaarden. Voor een deel zijn deze accentverschillen te verklaren door historisch gegroeide situaties. In de laatste tien jaar wordt door een aantal beroepsgroepen aan de ontwikkeling van meerdere instrumenten tegelijk gewerkt. Het achterliggende idee van dit meersporenbeleid is dat er pas van daadwerkelijke kwaliteitszorg gesproken kan worden als normering, toetsing, deskundigheidsbevordering en borging met elkaar verbonden zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval als intercollegiaal overleg (mede) gericht is op implementatie en naleving van richtlijnen en als dit alles meeweegt bij herregistratie of certificering.

Door tandartsen wordt, naast toetsing en visitatie, gewerkt aan de accreditering van bij- en nascholing, aan een systeem van certificering en aan het ontwikkelen van een informatiesysteem voor het vastleggen van (de resultaten van) de tandheelkundige zorg. Tevens wordt door tandartsen, zoals door nagenoeg alle beroepsgroepen, gewerkt aan het ontwikkelen van vakinhoudelijke richtlijnen. Een vergelijking met andere beroepsgroepen laat zien dat in de tandheelkunde de ontwikkeling van vakinhoudelijke richtlijnen – net als bij vele andere beroepsgroepen – nog in de kinderschoenen staat. Vergenodigd op dit gebied zijn medisch specialisten en huisartsen. Medisch specialisten kennen al sinds 1982 medisch specialistische richtlijnen en huisartsen spannen de kroon met de ruim 70 huisartsgeneeskundige standaarden die de laatste vijftien jaar zijn ontwikkeld.

Samenwerking met patiënten(organisaties) en zorgverzekeraars

Uitgangspunt in het in 1990 nieuw ingezette kwaliteitsbeleid in de zorgsector was de samenwerking tussen de drie betrokken partijen: zorgaanbieders, patiënten/consumenten(organisaties) en zorgverzekeraars. Samenwerking met patiënten of cliënten komt vaker voor bij zorginstellingen dan bij beroepsgroepen (Sluijs *et al*, 2000). Bijvoorbeeld, in nagenoeg alle zorginstellingen worden cliëntenraden bij het kwali-

Tabel 1. Fasen van ontwikkeling van kwaliteitszorg.

Fasen	Omschrijving fase	Beroepsgroepen
Fase 1	Accent op ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten	Sociaal geneeskundigen, verpleegkundige en verzorgende beroepen, psychologen en alternatieve genezers
Fase 2	Enkele kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld en bezig met verdere uitbouw implementatie	Verpleeghuisartsen, tandartsen, verloskundigen en paramedische beroepsgroepen
Fase 3	Werken aan verdere ontwikkeling en samenhang brengen in alle kwaliteitsactiviteiten door creëren van een infrastructuur	Apothekers, huisartsen en medisch specialisten

teitsbeleid van de zorginstelling betrokken, mede omdat dit sinds 1996 een wettelijke verplichting is. Als tweede voorbeeld meldt ruim twee derde van de zorginstellingen dat periodiek meningspeilingen onder cliënten of patiënten worden gehouden.

Uit het eerdergenoemde overzichtsonderzoek blijkt echter dat bij de beroepsgroepen nog weinig instrumenten ontwikkeld zijn om de inbreng van of feedback door patiënten of cliënten een plaats te geven. Voor huisartsen en apothekers zijn door de patiënten/consumentenorganisaties feedbacksystemen ontwikkeld en dergelijke instrumenten zijn er ook voor de medisch-specialistische ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg. Voor tandartsen is een patiëntenenquête in ontwikkeling. Dergelijke systemen, waarmee de zorg vanuit patiënten/cliëntenperspectief beoordeeld kan worden, werden bij de overige beroepen niet gevonden in de literatuur. In zijn algemeenheid lijkt het erop dat patiënten of cliënten of hun organisaties nog weinig bij de kwaliteitszorg van tandartsen en andere beroepsgroepen worden betrokken. In het onderzoek zijn evenmin gegevens aangetroffen over de wijze waarop zorgverzekeraars bij het kwaliteitsbeleid van tandartsen of andere beroepsgroepen zijn betrokken.

Conclusie

Tandartsen lijken een goede basis te hebben gelegd om kwaliteitszorg te realiseren. In vergelijking tot andere gezondheidszorgberoepen nemen tandartsen een middenpositie in bij de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem. De ontwikkeling van kwaliteitsactiviteiten op het gebied van deskundigheidsbevordering, normering, bewaking en borging is in volle gang. De volgende stap is de implementatie van de ontwikkelde activiteiten. Doel hierbij is deelname van alle tandartsen aan activiteiten voor kwaliteitsverbetering. Dit is een belangrijk aandachtspunt van de NMT voor de komende jaren. Hiervoor is het draagvlak onder de individuele tandartsen van essentieel belang. De ervaringen van andere beroepsgroepen, met bijvoorbeeld toetsing en visitatie, tonen dat deelnemers deze activiteiten als waardevol ervaren om verbeteringen te realiseren, de samenwerking te verbeteren en kritischer naar het eigen handelen te (durven) kijken. Die ervaringen kunnen het draagvlak voor de implementatie vergroten.

Literatuur

- BENNEMA-BROOS M, SLUIJS EM, WAGNER C. Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990 - 20000. Utrecht: Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), 2000.
- INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG (IGZ). Infectiepreventie in de tandartspraktijk. Rijswijk: IGZ, 1998.
- PLASSCHAERT AJM, BAST AJJ, BITTERMANN D, ET AL. Kwaliteitsbewaking van bij- en nascholing in de tandheelkunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 21.
- SLUIJS EM, WAGNER C. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000. Utrecht: Nivel, 2000.
- WEERT CM VAN, KROEZEN NM. Kwaliteit binnen de tandheelkunde. Handboek Kwaliteit van Zorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1997.
- WERKGROEP INFECTIEPREVENTIE (WIP). Richtlijn tandheelkunde. Leiden: Stichting Werkgroep Infectiepreventie, 1995.

Summary

Key words:

- Quality management
- Professional practice

A decade quality of health care. Dentists compared with other health care professions

In 1990 the Dutch organisations for health care providers, patientsorganizations and insurance companies agreed on the implementation of quality systems in health care. Ever since, the health care professions - including dentists - are being involved in the development of quality systems to assure and improve the quality of care.

In 2000 a national survey has been conducted to investigate which quality systems already were developed by Dutch health care professions and a comparison between the professions has been made.

It appeared that the quality systems of the professions are characterised by four pillars. 1. professional expertise; 2. evidence based guidelines for good practice; 3. peer review directed at continuous improvement; and 4. re-licensing or certification to guarantee the quality.

The study showed that the professions differ in the quality policies they pursue and in the progress which has been made. In dental practice an accent in the quality policy is on peer review (whereas in general practice the accent is on guidelines). Ranking the professions in the degree in which the quality system are developed, medical doctors and pharmacists are frontrunners, dentist are in the middle rank whereas nurses and psychologists are lagging behind. For the years to come, a priority has been set on further implementation of the quality systems.