



Tandartsen en het Alpha-model

Verslag van een onderzoek naar de door tandartsen ervaren effecten van het Alpha-model

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

Dit artikel beschrijft de resultaten van een schriftelijk vragenlijstonderzoek onder 166 tandartsen-algemeen practici naar het functioneren van het Alpha-model. Het Alpha-model is een gestructureerde vorm van intercollegiale toetsing met als primair doel het bevorderen van de kwaliteit van het tandheelkundig handelen. Het onderzoek is verricht om antwoord te geven op de voor tandartsen actuele vraag: hoe effectief is het Alpha-model volgens de deelnemers voor het verbeteren van de kwaliteit en welke inspanningen zijn daarvoor nodig.

De resultaten laten zien dat tandartsen die aan het onderzoek deelnamen, het Alpha-model vooral geschikt vinden voor het verwerven van nieuwe inzichten, voor het opdoen van contacten, het kritisch kijken naar de eigen praktijkvoering en het vergroten van de deskundigheid. Meer dan verwacht blijken de deelnemers ook inspiratie en motivatie op te doen. De bereikte kwaliteitsverbeteringen liggen zowel op het organisatorische als op het vakinhoudelijke vlak. Een nadeel van het Alpha-model is volgens de tandartsen de complexiteit van de methodiek; bijna de helft van hen heeft daar moeite mee.

Tevens blijkt het niet eenvoudig te zijn om in de groep consensus te bereiken over de normen voor een goede tandheelkundige zorg. Daarnaast zijn tandartsen van mening dat een vergoeding voor deelname in de tarieven verdisconteerd zou moeten worden. Desondanks vinden de deelnemers in het algemeen dat de voordelen opwegen tegen de nadelen.

Samenvatting

Trefwoorden:

- Beroepsuitoefening
- Kwaliteit van zorg

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

Datum van acceptatie:

22 november 2001.

Adres:

Mw. M. Bennema-Broos

Nivel

Postbus 1568

3500 BN Utrecht

m.bennema@nivel.nl

BENNEMA-BROOS M. SLUIJS EM, WAGNER C. Tandartsen en het Alpha-model. Verslag van een onderzoek naar de door tandartsen ervaren effecten van het Alpha-model. Ned Tijdschr Tandheelkd 2002; 109: 15-19.

Inleiding

Sinds 1989 beschikken tandartsen over een op de tandartspraktijk toegesneden methode van systematische intercollegiale toetsing, het zogeheten Alpha-model (Van Weert en Kroezen, 1997). Het Alpha-model is ontwikkeld op initiatief van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en is, naast bij- en nascholing, voor tandartsen inmiddels uitgegroeid tot een gebruikelijke activiteit voor kwaliteitsverbetering (Vos, 2000). Bij andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg, zoals huisartsen, verpleeghuisartsen en paramedische beroepen, is intercollegiale toetsing eveneens een gebruikelijke activiteit voor kwaliteitsverbetering geworden (Grol, 1992; Severijns, 1996; Sluijs *et al*, 1998; Bennema-Broos *et al*, 2000; Bennema-Broos *et al*, 2001a). Naast het Alpha-model bestaat er voor de tandartsen sinds 1998 nog een andere vorm van intercollegiale toetsing: onderlinge visitatie, waarbij tandartsen daadwerkelijk in elkaars praktijken gaan kijken (NMT, 1998).

Bij het Alpha-model gaat het erom dat tandartsen die in de praktijk verleende zorg onderling vergelijken, zo mogelijk met vooraf opgestelde criteria van goede zorg. De vergelijking tussen de gewenste situatie en het feitelijk handelen biedt aanknopingspunten ter verbetering. Het Alpha-model is opgebouwd volgens een algemeen stamien. Dat wil zeggen dat het model uit een aantal vaste stappen bestaat (NMT, jaartal niet gegeven):

Stap 1. Onderwerp afbakenen

Stap 2. Criteria formuleren

Stap 3. Meten van feitelijk handelen (nulmeten)

Stap 4. Vergelijken van feitelijk handelen met criteria

Stap 5. Evalueren van handelen en criteria

Stap 6. Zo nodig doorvoeren van veranderingen

Stap 7. Nagaan of de beoogde kwaliteitsverbetering is bereikt hermeten).

De kwaliteitsbevordering binnen het Alpha-model vindt plaats in kleine groepen van 7 tot 10 tandartsen, die circa 8 keer per jaar bij elkaar komen. Zij kiezen onderwerpen uit de dagelijkse praktijk die zij nuttig vinden om te bespreken. Een Alpha-cyclus duurt in principe een jaar. Elk jaar wordt afgesloten met een evaluatie waarin door de Alpha-groepen verslag wordt uitgebracht over het volgen van de Alpha-methodiek en het functioneren van de groep in het algemeen (Van Weert en Kroezen, 1997).

De NMT verzorgt de (administratieve) organisatie van het Alpha-model, zoals inschrijvingen, intakegesprekken en samenstelling van de groepen. Tevens verstrekt de NMT het noodzakelijke materiaal en verzorgt een cursus onder leiding van een psycholoog voor elke Alpha-groep die van start gaat. Ook voor niet-leden van de NMT is het mogelijk om deel te nemen aan het Alpha-model.

Dit artikel beschrijft de resultaten van een onderzoek onder 166 tandartsen-algemeen practici naar de door de tandartsen ervaren effecten van het Alpha-model. Het onderzoek maakt deel uit van een groter onderzoek naar gepercipieerde effecten van intercollegiaal overleg, zowel van het Alpha-model als van onderlinge visitatie (Bennema-Broos *et al*, 2001b). De verdere implementatie van beide vormen van intercollegiaal overleg is een prioriteit in het kwaliteitsbeleid van de NMT, die daarom de opdracht tot dit onderzoek heeft gegeven (NMT, 1998).

De centrale vragen in dit onderzoek voor de tandartsen die deelnamen aan het Alpha-model, waren:

Tabel 1. Overwegingen voor deelname aan het Alpha-model en gepercipieerde effecten (n = 166).

	Overwegingen voor deelname		Ervaren effecten		Verwacht en gerealiseerd	Niet verwacht gerealiseerd
	aantal	%	aantal	%	%*	%
Kritischer kijken naar eigen praktijk	138	83	106	64	72	25
Contacten met collegae opdoen	125	75	126	76	89	37
Inzicht krijgen in werkwijze van collegae	120	72	129	78	84	61
Deskundigheid vergroten	118	71	95	57	66	35
Concrete verbeteringen realiseren	114	69	75	45	57	19
Inspiratie en motivatie opdoen	62	37	100	60	81	48
Gestructureerder werken	31	19	29	18	58	8
Uniformiteit van handelen vergroten	20	12	31	19	65	12
Verhogen imago van de beroepsgroep	12	7	20	12	67	8

* Chi-kwadraat-toets $p < ,01$; significante samenhang voor alle items

- Wat zijn de belangrijkste effecten van het Alpha-model?
- Was zijn de belangrijkste verbeteringen die zij door deelname aan het Alpha-model hebben gerealiseerd?
- Wat is de verhouding tussen de voor- en nadelen van het Alpha-model?
- Wat is de waarde van het Alpha-model vergeleken met na- en bijscholing en onderlinge visitatie?
- Wat zijn de condities waaronder tandartsen het meeste profijt van deelname aan het Alpha-model hadden?

Materiaal en methode

Voor het onderzoek naar het Alpha-model is een schriftelijke vragenlijst ontwikkeld. Hierin werden vragen gesteld over de volgende onderwerpen: werkwijze van de Alpha-groep, persoonlijke overwegingen voor deelname en ervaren effecten van deelname aan het Alpha-model, toekomstverwachtingen, voor- en nadelen van het Alpha-model en achtergrondkenmerken van de tandartsen. De vragenlijst is opgesteld op basis van onderzoek naar intercollegiale toetsing bij andere beroepsgroepen (Grol, 1987; Severijns, 1996; Sluijs *et al.*, 1998). Om de vragen toe te spitsen op de tandheelkunde zijn persoonlijke interviews gehouden met 6 tandartsen (Bennema-Broos *et al.*, 2001b). De schriftelijke vragenlijst bestond uit voorgestructureerde vragen met bij een aantal vragen de mogelijkheid een toelichting te geven.

In de zomer van 2000 is de vragenlijst gestuurd naar een willekeurige steekproef van 278 tandartsen die in mei 2000 als deelnemer geregistreerd stonden én na 1995 waren gestart met deelname aan het Alpha-model. Het laatste selectiecriteria (gestart na 1995) is gehanteerd omdat in 1995 de huidige systematiek van het Alpha-model werd geïmplementeerd. In januari 2000 is het totaal aantal deelnemers 1350 (21% van de totale beroepsgroep). De naam- en adresgegevens van de tandartsen die benaderd zijn voor dit onderzoek zijn afkomstig uit het registratiesysteem van de NMT. Na een schriftelijke herinnering zijn non-respondenten telefonisch benaderd, met de mogelijkheid enkele vragen telefonisch te beantwoorden. In dit artikel worden de resultaten beperkt tot de 166 tandartsen (60%) die de schriftelijke vragenlijst hebben teruggestuurd. De respondenten komen uit 45 verschillende Alpha-groepen. De gegevens zijn geanalyseerd met behulp van SPSS.

Resultaten

Respondenten

Bijna 80% van de 166 respondenten is van het mannelijk geslacht en ruim 20% is vrouw. De gemiddelde leeftijd is 43 jaar (range 29 - 64 jaar). Twee derde van de tandartsen werkt in een eigen solopraktijk, 30% in een samenwerkingspraktijk en 5% werkt in dienstverband. De respondenten wijken wat betreft geslacht, leeftijd en werksetting niet af van de gemiddelde tandarts (Van Dam, 2000). Van de respondenten geeft meer dan 95% aan dat zij naast het Alpha-model deelnemen aan andere activiteiten op het gebied van kwaliteitsbevordering. Bijna drie kwart neemt deel aan 1 andere activiteit, 18% aan 2 andere activiteiten en 4% aan 3 andere activiteiten. De activiteit die veruit het meest wordt genoemd, is bij- en nascholing (94%), op grote afstand gevolgd door deelname aan een studiegroep (12%) en onderlinge visitatie (8%).

Overwegingen voor deelname en gepercipieerde effecten

Aan de respondenten is gevraagd wat hun overwegingen waren om deel te gaan nemen aan het Alpha-model en wat zij de belangrijkste effecten vonden van deelname aan het Alpha-model. Veel respondenten (88%) hebben zowel meerdere overwegingen als meerdere effecten (80%) aangekruist. Gemiddeld hebben de respondenten 4 overwegingen om deel te gaan nemen aan het Alpha-model en levert deelname 4 effecten op. De cijfers in tabel 1 geven antwoord op de volgende 3 vragen: Welke overwegingen hadden de tandartsen om deel te gaan nemen aan het Alpha-model (kolom 1)? Welke effecten heeft deelname aan het Alpha-model opgeleverd (kolom 2)? Komen de effecten wel of niet overeen met de aanvankelijke overwegingen c.q. verwachtingen (kolom 3 en kolom 4)?

De eerste kolom laat zien dat de belangrijkste redenen om in een Alpha-groep te gaan zijn: het kritischer leren kijken naar de eigen praktijk (83%), het opdoen van contacten met collegae (75%), inzicht krijgen in de werkwijze van collegae (72%), het vergroten van de eigen deskundigheid (71%) en het realiseren van concrete verbeteringen (69%). In de tweede kolom staan de door de tandartsen ervaren effecten, waarbij het aandeel tandartsen dat inzicht heeft gekregen in de werkwijze van collegae (78%) bovenaan staat. Dit aandeel is groter dan het aandeel dat

dit van te voren verwachtte (72%). Ongeveer evenveel deelnemers als verwacht hebben daadwerkelijk contacten met collegae opgedaan (76%). De overige belangrijk gevonden overwegingen zijn relatief in mindere mate gerealiseerd. Daarentegen is volgens relatief veel respondenten (60%) inspiratie en motivatie opgedaan door deel te nemen aan een Alphagroep. Hierbij zijn de verwachtingen (37%) ruim overtroffen. Het item dat door relatief de minste respondenten is gerealiseerd, is het aanbrenge van concrete verbeteringen (45% gerealiseerd, 69% verwacht). Deze cijfers zeggen echter nog niets over de één op één-relatie tussen de overwegingen en de effecten.

De kolommen 3 en 4 laten zien in hoeverre de overwegingen overeenkomen met de effecten. Bijna 85% van de tandartsen die graag inzicht wilden krijgen in de werkwijze van collegae, heeft dit daadwerkelijk gerealiseerd. Daarnaast is dit effect ook opgetreden bij 61% van de tandartsen die dit niet hadden verwacht. In het algemeen blijken de verwachtingen van de eerste twee items en wat betreft het opdoen van inspiratie en motivatie in 80% of meer van de gevallen gerealiseerd (80%-89%). Het kritischer kijken naar de eigen praktijkvoering is voor 72% van de tandartsen gerealiseerd. Voor de overige items varieert dit tussen 57% en 67%.

Naast de in de tabel genoemde effecten meldt de helft van de respondenten dat zij waardering krijgen voor hun deelname aan het Alpha-model, vooral van collegae buiten de eigen praktijk (30%) en van praktijkmedewerkers (22%).

Uit persoonlijke interviews met tandartsen, die bij aanvang van het onderzoek zijn gehouden, bleek de sfeer in de groep een belangrijke rol te spelen voor de resultaten (Bennema-Broos *et al.*, 2001b). Van de respondenten beoordeelde 93% de sfeer in de groep als 'goed', waarvan 30% de sfeer zelfs 'stimulerend' noemde.

Aard van de verbeteringen

Om inzicht te krijgen in de aard van de verbeteringen die respondenten hebben gerealiseerd, is gevraagd op welke gebieden deze liggen. De resultaten hiervan staan in tabel 2. Alleen verbeteringen die al gerealiseerd zijn of waar men mee bezig is, zijn in de tabel opgenomen. De plannen tot verbetering zijn buiten beschouwing gelaten.

Naast de 45% die aangeeft concrete verbeteringen te hebben gerealiseerd, is ongeveer 20% bezig met het aanbrenge van verbeteringen. De respondenten hebben gemiddeld 4 verbeteringen doorgevoerd of zijn hier mee bezig. De verbeteringen die respondenten door deelname aan het Alpha-model hebben gerealiseerd of waar men mee bezig is, liggen voornamelijk op het terrein van de praktijkvoering en de patiëntenzorg. Door (meer dan) de helft van de respondenten worden verbeteringen gemeld met betrekking tot de organisatie van de praktijkvoering, milieumaatregelen, behandelingsproces en patiëntenvoorlichting. Meer dan 40% van de respondenten zegt verbeteringen te hebben doorgevoerd op het gebied van patiënttevredenheid, inrichting van de praktijk en administratie. Het minst frequent worden verbeteringen genoemd op het terrein van samenwerking en verbeteringen in bereikbaarheid.

Tabel 2. Aspecten waarop verbeteringen betrekking hebben (n = 166).

	Al gerealiseerd	Mee bezig	Totaal
Praktijkvoering			
- Organisatie van de praktijkvoering	27%	27%	54%
- Inrichting en outillage van de praktijk	29%	14%	43%
- Milieumaatregelen	43%	7%	50%
- Administratie	19%	23%	42%
- Bereikbaarheid	20%	7%	27%
Patiëntenzorg			
- Behandelpocess en patiëntenvoorlichting	22%	28%	50%
- Tevredenheid van patiënten	16%	27%	43%
- Evaluatie van de zorg	7%	28%	35%
Samenwerking			
- Samenwerking algemeen	17%	9%	26%
- Tevredenheid van andere zorgverleners	10%	15%	25%

De verbeteringen zijn deels het gevolg van nieuwe ideeën en deels van veranderde opvattingen die respondenten in de Alpha-groepen opdoen. Twee derde van de respondenten geeft aan dat deelname aan een Alpha-groep heeft geleid tot veranderingen in de beroepsmatige opvattingen. Voorbeelden van genoemde belangrijkste veranderingen zijn in tabel 3 opgenomen.

Nadelen van het Alpha-model

Tegenover de verbeteringen en de effecten die deelname aan het Alpha-model opleveren, staan de nadelen die de respondenten mogelijk ervaren. De respondenten blijken de meeste moeite te hebben met de methodiek van het Alpha-model en het ontbreken van vergoedingen. Wat betreft de methodiek geeft één kwart aan dat het moeilijk is om consensus te bereiken over de te hanteren normen, 20% vindt de methode te complex en 12% vindt de doorlooptijd van een Alpha-cyclus te lang. Wat betreft de investering in tijd en geld zegt 12% deze te hoog te vinden.

Er is nagegaan of de methodiek van het Alpha-model wel of niet wordt gevolgd. Daartoe is een aantal vragen gesteld over de werkwijze tijdens de Alpha-bijeenkomst.

Tabel 3. Voorbeelden van de belangrijkste doorgevoerde verandering.

Organisatie van de praktijkvoering

- 'meer systematiek in de behandelingsplanning'
- 'beter plannen van behandelingen waardoor je meer rendement uit stoeluren haalt'
- 'invoeren van functioneringsgesprekken en werkbesprekingen'
- 'meer taken aan assistenten delegeren'

Inrichting en outillage van de praktijk

- 'aanschaf thermodesinfector'
- 'aanschaf halskraag i.v.m. röntgenstraling'
- 'nieuwe verlichting volgens ARBO-normen'

Milieumaatregelen

- 'protocol praktijkhygiëne'

Administratie

- 'rekeningen sturen via een eenmalige machtiging'
- 'aanschaf computernetwerk'

Behandelingsproces en patiëntenvoorlichting

- 'meer inzicht in diverse materiaalkeuzes'
- 'voorlichting parodontale zorg'
- 'verbetering behandelingstechnieken, zoals endodontische behandelingen'
- 'anamneselijst aan patiënt'

Samenwerking algemeen

- 'veel meer contact (ook tijdens praktijkvoering) met collegae'

Tabel 4. Oordeel van de respondenten over de effectiviteit van het Alpha-model in vergelijking met andere kwaliteitsactiviteiten (n = 166).

	Minder effectief	Even effectief	Effectiever	Missing
Alpha-model is vergeleken met:				
Bij- en nascholing	47%	40%	4%	9%
Richtlijnen en protocollen	18%	30%	36%	16%
Onderlinge visitatie	20%	43%	24%	14%
Certificering	10%	15%	55%	20%

sten. Deze vragen gaan over het wel of niet toetsen aan de hand van normen, het bereiken van consensus over de norm en het nagaan of de voorgenomen kwaliteitsverbeteringen zijn bereikt.

Op de vraag of er getoetst wordt aan de hand van normen zegt 44% van de respondenten dat dit niet het geval is, 32% probeert zoveel mogelijk te werken met afgesproken groepsnormen en 24% werkt zo mogelijk met praktijkrichtlijnen van de NMT. Van respondenten die aangeven met normen te werken, is de meerderheid (54%) positief over het bereiken van consensus. Dit wil zeggen dat het meestal lukt om consensus te bereiken. De laatste stap in het Alpha-model betreft het hermeten en het nagaan of de kwaliteitsverbeteringen zijn bereikt. Structureel gebeurt dit nog weinig, 12% zegt altijd een hermeting te doen. Door 56% wordt aangegeven dat soms een hermeting wordt gedaan en 21% zegt dat dit nooit gebeurt.

De investering in tijd en geld wordt door 12% een nadeel van het Alpha-model genoemd. Toch zegt een grote meerderheid van de respondenten dat zij de investering in tijd (86%) en de kosten van deelname (81%) acceptabel vindt. Dit is niet het geval bij derving van praktijkinkomsten en het ontbreken van financiële vergoedingen in de tarieven. Dit wordt door respectievelijk 35% en 52% niet acceptabel gevonden.

Het Alpha-model afgezet tegen andere kwaliteitsactiviteiten

Getracht is een indruk te krijgen van de plaats die het Alpha-model inneemt te midden van alle kwaliteitsactiviteiten. Er is gevraagd aan de respondenten om een globale inschatting te maken van de relatieve effectiviteit om met het Alpha-model kwaliteitsverbeteringen te bereiken op vakinhoudelijk gebied, organisatorisch gebied en op het gebied van patiënttevredenheid. De resultaten zijn te zien in tabel 4.

Veertig procent of meer is van mening dat het Alpha-model even effectief is als bij- en nascholing en het deelnemen aan onderlinge visitatie. Bijna eenderde vindt het Alpha-model even effectief als richtlijnen en protocollen. Als het gaat om meer of minder effectief dan ontstaat het beeld dat men het Alpha-model relatief effectiever vindt dan richtlijnen en certificering, maar minder effectief dan bij- en nascholing. In vergelijking met onderlinge visitatie wordt het Alpha-model gemiddeld even effectief geschat. Dat de activiteiten elkaar aanvullen als het gaat om het type verbeteringen dat daarmee wordt beoogd, blijkt ten slotte uit de volgende gegevens. Het Alpha-model is volgens de respondenten vooral geschikt om vakinhoudelijke verbeteringen te realiseren (genoemd door 70%). Een klei-

ne meerderheid (54%) vindt de methode ook geschikt voor organisatorische verbeteringen. Een minderheid (24%) vindt de methode geschikt om verbeteringen te realiseren ten aanzien van de patiënttevredenheid. Een kleine groep (9%) vindt het Alpha-model in zijn huidige vorm helemaal niet geschikt om verbeteringen te realiseren.

Wie heeft profijt van het Alpha-model?

Voor het toekomstige beleid is het relevant om te weten welke tandartsen meer en welke minder profijt hebben van deelname aan het Alpha-model. Eerst is getoetst of de leeftijd, het geslacht en de werksetting van de tandartsen van invloed zijn op de door tandartsen ervaren opbrengsten van deelname (effecten en waardering). Diverse analyses wijzen uit dat geen van deze relaties significant is. Vervolgens is getoetst of de demografische variabelen van invloed zijn op het aantal ervaren nadelen. Ook dit blijkt niet zo te zijn.

Uit de regressieanalyse blijken 2 variabelen significant samen te hangen met de gerapporteerde effecten van deelname aan het Alpha-model. Dit zijn het werken met normen in de Alpha-groepen en de sfeer in de groep. In groepen waar met normen wordt gewerkt, ervaren de deelnemers meer effecten dan in groepen waar niet met normen wordt gewerkt ($p < .001$). Tevens levert het de deelnemers meer op naarmate de sfeer in de groep beter is ($p < .005$).

Discussie en conclusie

Hoe moeten bovenstaande bevindingen worden gewogen? Enerzijds is het teleurstellend dat relatief weinig concrete verbeteringen worden gerealiseerd, terwijl anderzijds de andere effecten daar positief tegenop zouden kunnen wegen en wel om de twee volgende redenen. De eerste reden heeft te maken met het – in ander onderzoek gemaakte – onderscheid tussen specifieke effecten en algemene uitstralingseffecten (Sluijs en Dekker, 1997). Specifieke effecten zijn de concrete verbeteringen die (zo nodig) zijn aangebracht ten aanzien van de (specifieke) onderwerpen die in de Alpha-groep behandeld zijn. Uitstralingseffecten zijn effecten die verder reiken dan de in de Alpha-groep behandelde onderwerpen zoals een grotere deskundigheid en een kritischer houding tegenover de eigen werkwijze. Naar verwachting zullen deze toegenomen deskundigheid en kritischer attitude van invloed zijn op de (toekomstige) werkwijze van de tandarts. Wellicht is dit een – overigens moeilijk te meten – langetermijneffect van Alpha-groepen.

Een tweede reden is gebaseerd op het feit dat veel tandartsen nieuwe motivatie en inspiratie in de Alpha-groepen hebben opgedaan. Dit lijkt een belangrijke bevinding, want uit onderzoek blijkt dat er in zijn algemeenheid een positieve relatie is tussen plezier in het werk en kwaliteit van zorg: meer plezier gaat samen met betere kwaliteit. Daarnaast blijkt dat (ook) in de tandheelkunde het risico op burn-out reëel aanwezig is (Gorter, 2000). Wellicht wordt dat risico verkleind indien men aan de

Alpha-groepen nieuwe motivatie kan ontlenen en nieuwe inspiratie op kan doen. In hoeverre deze bevinding generaliseerbaar is naar alle tandartsen is onbekend, omdat in dit onderzoek alleen de mening is gevraagd van de tandartsen die aan een Alpha-groep hebben deelgenomen.

De condities waaronder tandartsen het meeste profijt hebben van hun deelname aan het Alpha-model blijken vooral samen te hangen met het functioneren van de groep. Er blijken geen verschillen in effecten te worden ervaren tussen mannen en vrouwen, jongere en oudere tandartsen en tandartsen die een solopraktijk hebben en degenen die werken in een groepspraktijk. De ervaren effecten worden volgens de tandartsen vooral beïnvloed door de sfeer in de groep en het discussiëren aan de hand van normen. Het meeste profijt van hun deelname hebben tandartsen in Alpha-groepen waar onderwerpen worden bediscussieerd aan de hand van normen.

Tegenover de effecten staan de nadelen – of liever gezegd de inspanningen en de kosten – die aan de deelname aan het Alpha-model zijn verbonden. Slechts een klein gedeelte van de respondenten meldt dat zij de tijdsbesteding (van gemiddeld 6 uur per bijeenkomst) als een nadeel ervaren. Wel wordt door een kwart van de Alpha-deelnemers de methodiek te ingewikkeld gevonden. Vooral het werken met afgesproken normen en het bereiken van consensus blijkt niet eenvoudig te zijn. In de praktijk wordt er dan ook regelmatig afgeweken van de Alpha-methodiek en wordt een eigen invulling gegeven aan het intercollegiale overleg. Ook onderzoek bij andere beroepsgroepen laat zien dat vaak met eigen varianten van intercollegiale toetsing wordt gewerkt (Verblact en Grol, 1995; Sluijs en Dekker, 1997). Ook hier geldt echter dat juist als er wordt gewerkt met vooraf opgestelde normen er meer effecten worden gerapporteerd. Over de financiële aspecten wordt door de meerderheid aangegeven dat ze graag zouden zien dat de kosten van het intercollegiale overleg in de tarieven verdisconteerd zou worden. Al met al valt de balans tussen voor- en nadelen gunstig uit voor het Alpha-model. Ruim driekwart van de Alpha-deelnemers vindt dat de voordelen van deelname

opwegen tegen de nadelen. In hoeverre dit ook geldt voor degenen die niet hebben gerespondeerd is niet bekend.

Literatuur

- BENNEMA-BROOS M, SLUIJS EM, WAGNER C. Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000. Utrecht: Nivel, 2000.
- BENNEMA-BROOS M, SLUIJS EM, WAGNER C. Tien jaar kwaliteitszorg: tandartsen vergeleken met andere beroepsgroepen. Ned Tijdschr Tandheelkd 2001a; 108: 408-412.
- BENNEMA-BROOS M, SLUIJS EM, WAGNER C. Kwaliteitsbevordering in de tandartspraktijk: een onderzoek naar het Alpha-model en onderlinge visitatie. Utrecht: Nivel, 2001b.
- DAM B VAN. Tandartsen in Nederland. De beroepsgroep in beeld. Nieuwegein: NMT Peilstations, 2000.
- GORTER RC. Burnout among dentists: Identification and prevention Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2000. Academisch proefschrift.
- GROL R. Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Effecten van onderlinge toetsing. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.
- GROL R. Standaardontwikkeling, toetsing en kwaliteitsverbetering in de huisartsgeneeskunde. In: Walburg JA, Stevens PGJJ, Vinkenburg HHM, Wiersema MI, Höppener APJ, Harteloh PPM, red. Handboek kwaliteit van zorg. Utrecht/Maarssen: De Tijdstroom/Elsevier gezondheidszorg, 1992.
- NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER TANDHEELKUNDE (NMT). Kwaliteitsbeleid in de tandheelkunde. De visie van het hoofdbestuur van de NMT. Nieuwegein: NMT, 1998.
- NMT. Syllabus Alpha-model. Nieuwegein: NMT, jaartal niet gegeven.
- SEVERIJNS MAB. Onderlinge toetsing weer een stap voorwaarts. Eindrapport van het project Onderlinge Toetsing Verpleeghuisartsen 1994-1996. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen; 1996.
- SLUIJS EM, DEKKER J. Intercollegiale toetsing door paramedici: ervaringen en effecten. Deelrapport 2. Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ). Utrecht: Nivel, 1997.
- SLUIJS EM, ROEBROEK M, ENDE E VAN DE, DEKKER J. Kwaliteitsbevordering paramedische zorg. Utrecht: Nivel, 1998.
- VERBLACKT H, GROL R. De effecten kaderstraining: deskundigheidsbevordering en intercollegiale toetsing in huisartsgroepen. Medisch Contact 1995; 50 (9): 294-296.
- VOS J. Intercollegiaal overleg speerpunt in beleid in 2000. Nederlands Tandartsenblad 2000; 55: 274.
- WEERT VAN CM, KROEZEN NM. Kwaliteit binnen de tandheelkunde. In: Walburg JA, Stevens PGJJ, Vinkenburg HHM, Wiersema MI, Höppener APJ, Harteloh PPM, red. Handboek kwaliteit van zorg. Utrecht/Maarssen: De Tijdstroom/Elsevier Gezondheidszorg, 1997.

Dentists and peer review: results of a descriptive study on perceived effects of peer review

In the Netherlands over 20% of dentists participate in peer review groups. The peer review method is highly structured and consists of: setting standards for good dental care, measuring and evaluating performances against the standards and making improvements if necessary.

An independent research institute (Nivel) investigated the perceived effects and advantages of and barriers to peer review. A postal questionnaire was sent to 278 dentists who participate in peer review (response 60%).

The results showed many effects of peer review. The most frequently reported effects were: more insight into the performances of colleagues, increased inter-professional contacts, a more critical attitude to performances, increased professional expertise and new inspiration and motivation. The respondents reported improvements in practice-organisation as well as in technical aspects of dental care. However, many dentists also mentioned some barriers to peer review. The method was evaluated as rather complex and it appeared to be difficult to reach consensus about standards for good dental care. In general, respondents perceived a positive balance between advantages and disadvantages of peer review, however many dentists were dissatisfied with the lack of financial compensation for participation in peer review.

Summary

Key words:

- Professional practice
- Quality of health care