

# Praktijkrichtlijnen in de tandheelkunde

E.H. Verdonschot<sup>1</sup>  
A.J.M. Plasschaert<sup>1</sup>  
R. Grol<sup>2</sup>

## Een inzicht in de Nederlandse situatie

**Samenvatting.** Teneinde de kwaliteit van zorg te bewaken en te verbeteren worden praktijkrichtlijnen ontwikkeld waarin het (tandheelkundig) handelen wordt beschreven. Bij 78 instanties in Nederland (vakgroepen van tandheelkundige opleidingen, tandheelkundige wetenschappelijke verenigingen, zorgverzekeraars, e.d.) werd nagevraagd welke praktijkrichtlijnen ontwikkeld werden en welke voornemens er zijn voor nieuwe initiatieven op dit gebied. De respons bedroeg 67%. Het ingestuurde materiaal werd geanalyseerd, waarna 21 beschrijvingen werden aangemerkt als praktijkrichtlijn. De resultaten laten zien dat op diverse terreinen van de tandheelkunde initiatieven zijn ontplooid, dat er weinig samenhang is en dat veel praktijkrichtlijnen nog verbeterd kunnen worden. Te weinig aandacht wordt geschonken aan de wetenschappelijke onderbouwing van de praktijkrichtlijnen. Geconcludeerd wordt dat de kwaliteit van toekomstige richtlijnen sterk kan worden verbeterd door deze volgens een vaste systematiek te ontwerpen en door wetenschappelijk onderzoek uit te voeren naar de effecten van praktijkrichtlijnen op het handelen van de werkers in de tandheelkundige gezondheidszorg.

VERDONSCHOT EH, PLASSCHAERT AJM, GROL R. Praktijkrichtlijnen in de tandheelkunde. Een inzicht in de Nederlandse situatie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 99-103.

Uit <sup>1</sup>de vakgroep Cariologie en Endodontologie van de Katholieke Universiteit Nijmegen en <sup>2</sup>de werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) van de Katholieke Universiteit Nijmegen en de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht.

Trefwoorden: Praktijkrichtlijnen – Kwaliteit van zorg

Datum van acceptatie: 2 december 1996.

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

## 1 Inleiding

De Nederlandse overheid maakte recentelijk haar wens tot waarborging en systematische verbetering van de kwaliteit van de zorg kenbaar door het vaststellen van een kwaliteitsbeleid. Onderdelen van dit kwaliteitsbeleid vormen drie inmiddels ingevoerde wetten: de Wet beroepen individuele gezondheidszorg (BIG), de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).<sup>1</sup> Bij de uitvoering van de wetten plaatst de overheid veel verantwoordelijkheid bij de beroepsbeoefenaren en hun vertegenwoordigende organen, de instellingen voor gezondheidszorg, patiëntenverenigingen en ziektekostenverzekeringen. Een van de middelen die deze groeperingen kunnen benutten om de kwaliteit van zorg te waarborgen en te verbeteren, is het ontwerpen en het invoeren van praktijkrichtlijnen. Tandheelkundige praktijkrichtlijnen zijn systematisch ontwikkelde uitspraken om patiënten, tandartsen en mondhygiënist te ondersteunen bij het nemen van beslissingen over de gewenste zorgverlening.<sup>2</sup> Als zodanig omvat de term 'praktijkrichtlijn' andere op het terrein van de kwaliteit van zorg gehanteerde termen zoals 'standaard' en 'protocol'. Behalve om de kwaliteit van de geleverde zorg te verifiëren en te verbeteren, kunnen praktijkrichtlijnen ook worden gebruikt als basis voor bij- en nascholing aan tandartsen en als leidraad voor de inhoud van tandheelkundige curricula.

Het ontwikkelen en invoeren van praktijkrichtlijnen in de tandheelkunde is in de afgelopen jaren goed op gang gekomen. Vooral de universiteiten, enkele wetenschappelijke tandheelkundige verenigingen en de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) beschouwden de ontwikkeling van praktijkrichtlijnen als hun taak. Eerder werd gewezen op de wenselijkheid om te komen tot een integraal beleid ten aanzien van het ontwikkelen, het wetenschappelijk onderbouwen, het invoeren en het evalueren van richtlijnen.<sup>3</sup> Om een dergelijk beleid tot stand te brengen is het gewenst een goed inzicht te hebben in het aantal, de inhoud en de kwaliteit van bestaande praktijkrichtlijnen. Dit artikel beoogt een overzicht te geven van de in Nederland bestaande richtlijnen voor de tandheelkundige praktijk en na te gaan of deze richtlijnen aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen.

## 2 Materiaal en methode

In het kader van de kwaliteit van zorgonderzoek van de subfaculteit Tandheelkunde van de KUN werden aan 78 geledingen binnen de tandheelkundige faculteiten van de Nederlandse universiteiten, de tandheelkundig wetenschappelijke verenigingen, de beroepsorganisatie NMT en de zorgverzekeraars, alsmede het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het najaar van 1995 schriftelijk de volgende vragen voorgelegd:

1. Zijn er praktijkrichtlijnen (standaarden, protocollen of richtlijnen) binnen uw organisatie ontwikkeld?
2. Zijn er plannen om nieuwe praktijkrichtlijnen te ontwikkelen door uw organisatie?
3. Indien uw organisatie actief is op het terrein van praktijkrichtlijnen, bent u dan bereid mee te werken aan verder onderzoek op dit terrein?

Tevens werd gevraagd een exemplaar van eventueel beschikbare praktijkrichtlijnen in te sturen. Twee maanden na verzending van de brief werd telefonisch navraag gedaan bij de organisaties die (nog) niet gereageerd hadden.

De ingestuurde praktijkrichtlijnen werden geanalyseerd en beoordeeld aan de hand van criteria voor praktijkrichtlijnen, zoals opgesteld door het Institute of Medicine in de Verenigde Staten (tab. I).<sup>2,4</sup>

## 3 Resultaten

Van de 78 aangeschreven instellingen retourneerden er 52 (67%) het formulier. Tweeëndertig formulieren gingen vergezeld van in totaal 49 beschrijvingen van praktijkrichtlijnen, procedures, enz. In tabel II is de respons gegeven voor de drie categorieën respondenten.

Een beschrijving werd als praktijkrichtlijn beschouwd indien ten minste één van de criteria (uit tabel I) van toepassing was. Na analyse werden 21 inzendingen, opgesteld door 12 groeperingen, als praktijkrichtlijn aangemerkt. In tabel III worden de praktijkrichtlijnen geclassificeerd naar inhoud en naar opstellers. Richtlijnen op het terrein van de diagnose en behandeling van tandheelkundige afwijkingen blijken vooral het domein van tandheelkundig wetenschappelijke verenigin-

gen en van vakgroepen van tandheelkundige faculteiten. De ziektekostenverzekeraars en de NMT hebben zich vooral toegelegd op richtlijnen met betrekking tot de samenwerking en de communicatie tussen medewerkers in de tandheelkundige gezondheidszorg. Richtlijnen op het gebied van praktijkhygiëne en infectiepreventie werden opgesteld door de NMT en een tandheelkundige faculteit.

Tabel IV geeft een overzicht van de uitgevoerde analyse. Geen enkele ingestuurde praktijkrichtlijn bleek onderzocht te zijn op validiteit en betrouwbaarheid. Vrijwel alle richtlijnen bleken toepasbaar en waren duidelijk omschreven. Bij meer dan de helft van de richtlijnen bleek afdoende in kaart gebracht welke algemene of specifieke uitzonderingen gemaakt kunnen worden bij het toepassen van de richtlijn. Negen praktijkrichtlijnen werden opgesteld in samenwerking met alle geledingen die betrokkenheid hebben met de richtlijn. Twee praktijkrichtlijnen bevatten informatie over het tijdstip waarop de richtlijn zal worden bijgesteld indien nieuwe informatie beschikbaar komt of indien de opvattingen in de professie zijn gewijzigd. Zeven richtlijnen zijn afdoende gedocumenteerd.

Van de 52 respondenten hebben er 26 (50%) het voornemen een of meer praktijkrichtlijnen te ontwerpen, terwijl 22 respondenten (42%) bereid zijn medewerking te verlenen bij het uitvoeren van onderzoek op dit terrein.

#### 4 Discussie

Nationaal en internationaal bestaat verwarring omtrent de terminologie in het kwaliteit van zorg-onderzoek. Termen als 'standaard', 'protocol' en 'richtlijn' worden gehanteerd. Voor de tandheelkunde wordt voorgesteld de verzamelnaam 'praktijkrichtlijn' te hanteren.<sup>3</sup> Deze term geeft goed aan wat het doel is van de richtlijn en tevens wordt de door tandartsen algemeen-practici als beklemmend ervaren term 'standaard' vermeden. Bij het opstellen van de vragenlijst werd nadrukkelijk gevraagd naar standaarden, richtlijnen en protocollen, dit om een zo volledig mogelijk overzicht te verkrijgen.

De gemiddelde respons van 67% kan als hoog worden beschouwd. Veel niet-respondenten bleken tot de categorie 'ziektekostenverzekeraars' te behoren. Het is niet aannemelijk dat binnen deze groep nog veel (concept-)praktijkrichtlijnen in ontwikkeling zijn, omdat dit onderwerp het domein is van het overkoepelende College van Adviserende Tandartsen en dit college behoorde tot de respondenten.

De diversiteit in de aangeboden praktijkrichtlijnen is groot. Indelingen en werkwijzen variëren sterk. Enerzijds is dit het logische gevolg van het ontbreken van een concrete leidraad voor het opstellen van praktijkrichtlijnen, anderzijds getuigt het van een zekere mate van gedrevenheid en initiatief om te trachten de gezondheidszorg te verbeteren. Uiteindelijk geven de bestaande richtlijnen ook richting aan de wijze waarop in de nabije toekomst een praktijkrichtlijn eruit zal zien. Het is dan ook aan te bevelen om praktijkrichtlijnen op te zetten volgens een vast patroon. Onderzocht dient te worden op welke wijze dit het best kan plaatsvinden.

Het materiaal dat na het toetsen aan de criteria niet kon worden aangemerkt als praktijkrichtlijn, bestond voornamelijk uit beschrijvingen van anamneses, klinisch onderzoek en diagnostische testen, (arbeids)overeenkomsten, opsommingen van behandelingen, onderwijsleerplannen en voorstellen voor differentiatie.

##### 4.1 Evaluatie van bestaande praktijkrichtlijnen

De validiteit van een praktijkrichtlijn kan op drie manieren worden bepaald.<sup>5</sup> Allereerst is het mogelijk om een schatting te

Tabel I. Criteria voor de beoordeling van praktijkrichtlijnen, ontleend aan Field en Lohr.<sup>2</sup>

Criterium	Omschrijving
Validiteit	Praktijkrichtlijnen zijn valide indien deze leiden tot het bereiken van de doelen, op het terrein van de tandheelkundige gezondheidszorg, die zij beogen te bereiken.
Betrouwbaarheid	Praktijkrichtlijnen zijn betrouwbaar en reproduceerbaar (1) indien, gegeven dezelfde wetenschappelijke gegevens en dezelfde methode voor het ontwikkelen van praktijkrichtlijnen, verschillende groepen van experts komen tot in essentie dezelfde uitspraken, en (2) indien, gegeven dezelfde klinische omstandigheden, de praktijkrichtlijnen consistent worden geïnterpreteerd en toegepast door de groeperingen waarvoor zij werden opgesteld.
Klinische toepasbaarheid	Praktijkrichtlijnen zijn klinisch toepasbaar indien zij omschrijven op welke populaties, patiëntencategorieën of gebitssituaties zij van toepassing zijn, gelet op beschikbare resultaten van wetenschappelijk onderzoek, klinische gegevens en beoordelingen van experts.
Klinische flexibiliteit	Praktijkrichtlijnen zijn klinisch flexibel indien zij aangeven welke specifiek bekende of algemeen verwachte uitzonderingen bestaan op de aanbevelingen.
Duidelijkheid	Praktijkrichtlijnen zijn duidelijk indien zij zijn gesteld in ondubbelzinnige taal, gepresenteerd zijn in een logische en eenvoudig te volgen volgorde en in een gestructureerde vorm, waarin alle begrippen zijn gedefinieerd.
Multidisciplinair	Praktijkrichtlijnen zijn multidisciplinair tot stand gekomen indien opgesteld in een proces waarbij alle betrokken groeperingen en instellingen zijn vertegenwoordigd.
Geplande bijstelling	Praktijkrichtlijnen moeten aangeven waarin is aangegeven wanneer zij, gegeven nieuw beschikbare klinische informatie of veranderde consensus in de professie, herzien moeten worden.
Documentatie	De gevolgde procedure bij het opstellen van richtlijnen, de partijen en personen die hebben deelgenomen aan het opstellen van de richtlijnen, de gebruikte klinische informatie, de aannames en beweegredenen, alsmede de gehanteerde methoden moeten beschreven en gedocumenteerd zijn.

maken van de mate waarin de richtlijn een afspiegeling is van de stand van de wetenschap op het gebied van de richtlijn. Dit wordt aangeduid als *inhoudsvaliditeit*. Omdat bij geen enkele van de geclassificeerde richtlijnen duidelijk was langs welke procedure deze tot stand waren gekomen, werd geconcludeerd dat de inhoudsvaliditeit ervan (nog) niet werd vastgesteld.

Een praktijkrichtlijn bezit *criteriumvaliditeit* indien deze in een vergelijking met een bestaande methode (het criterium) minstens zo goed, effectief, efficiënt, enzovoorts blijkt. Door de opstellers van de geselecteerde praktijkrichtlijnen werd

**Tabel II. Totaal aangeschreven instanties, aantal ontvangen reacties en percentage respons.**

Categorie	Aangeschreven (aantal)	Respons (aantal)	Respons (%)
Tandheelkundige vakgroepen van universiteiten	20	17	85
Tandheelkundig Wetenschappelijke Verenigingen	26	17	65
Zorgverzekeraars, NMT, ministerie VWS	32	18	56

**Tabel III. Classificatie van tandheelkundige praktijkrichtlijnen.**

Inhoud van de richtlijn	Aantal richtlijnen	Voornaamste opstellers
Praktijkhygiëne en infectiepreventie	2	NMT, vakgroepen
Samenwerking en communicatie tussen medewerkers in de gezondheidszorg	7	NMT, ziektekostenverzekeraars
Diagnostiek en behandeling	12	Wetenschappelijke verenigingen, vakgroepen

echter geen onderzoek gedaan ter bepaling van de criteriumvaliditeit.

Een derde vorm van validiteit is *begripsvaliditeit*. Praktijkrichtlijnen bezitten *begripsvaliditeit* indien deze leiden tot het bereiken van de doelen, gelegen op het terrein van de tandheelkundige gezondheidszorg, die zij beogen te bereiken.<sup>2</sup> Begripsvaliditeit kan worden vastgesteld door (experimentele) invoering van een praktijkrichtlijn en objectieve meting van de effecten. Geen enkele praktijkrichtlijn bleek onderzocht te zijn op *begripsvaliditeit*. Dit moet als opmerkelijk worden beschouwd omdat het van primair belang is dat naar objectieve maatstaven wordt vastgesteld, dat het gewenste effect op de tandheelkundige gezondheid of gezondheidszorg wordt bereikt.

De betrouwbaarheid van de praktijkrichtlijn bleek in geen enkel geval te zijn bepaald. Het vaststellen van de betrouwbaarheid kan bijvoorbeeld geschieden door enkele groepen tandartsen, mondhygiënist, enzovoorts te laten werken met de praktijkrichtlijn en vervolgens vast te stellen of alle geledingen de richtlijn op eendere wijze interpreteren en toepassen. Dit is een essentiële stap in de evaluatie van praktijkrichtlijnen, die niet in de beschrijvingen van de richtlijnen kon worden teruggevonden. Mogelijk heeft in de discussie bij de ontwikkeling van de richtlijn een wetenschappelijke verantwoording wel (impliciet) meegespeeld, maar werd deze niet toegevoegd.

De meeste praktijkrichtlijnen bleken het toepassingsgebied en de flexibiliteit ('bandbreedte') goed te beschrijven. Een overzicht van de situaties waarin kan worden afgeweken van

de beschreven procedures, wordt als belangrijk beschouwd omdat praktijkrichtlijnen zelden universeel toepasbaar zijn. Door aan te geven wat de marges zijn, wordt tevens kenbaar gemaakt dat de praktijkrichtlijn geen knellend voorschrift is, hetgeen bevorderlijk is voor de acceptatie ervan.

Nagenoeg alle richtlijnen waren in duidelijke bewoordingen gesteld. Slechts enkele praktijkrichtlijnen blijken expliciet te zijn opgesteld in samenwerking met alle personen en groeperingen, die met de betrokken richtlijn te maken krijgen. De bereidheid om een richtlijn te gaan toepassen hangt samen met de mate van discrepantie tussen de richtlijn en het handelen dat de tandarts gewend is (naarmate deze discrepantie groter is, daalt de intentie de richtlijn te gaan toepassen), de persoonlijke geneigdheid open te staan voor veranderingen, externe ontwikkelingen, zoals het totstandkomen van een kwaliteitsbeleid in relatie tot de invoering van de wet BIG,<sup>6</sup> en andere factoren zoals praktijkgrootte, praktijkdruk, aard van de praktijk, enzovoorts. Betrokkenheid van alle geledingen is dan ook van belang omdat daardoor een groter draagvlak wordt verkregen. De uitgevoerde analyse geeft aan dat veel organisaties op dit punt hun praktijkrichtlijnen nog kunnen verbeteren.

Inzichten in het klinisch handelen kunnen in de loop van de tijd veranderen, doordat onderzoek nieuwe gezichtspunten oplevert. Ook is het mogelijk dat de professie anders over klinische zaken gaat denken. Beide zaken moeten aanleiding zijn om bestaande praktijkrichtlijnen periodiek bij te stellen. Slechts in twee van de geanalyseerde praktijkrichtlijnen werden aanwijzingen gevonden voor een periodiek bijstelling. Uit het overige materiaal kon niet altijd worden vastgesteld wanneer de richtlijn was opgesteld c.q. geautoriseerd en of deze reeds was ingevoerd. Het verdient aanbeveling om in elke praktijkrichtlijn informatie op te nemen omtrent de geldigheidstermijn en de fase waarin het richtlijnontwerp verkeert.

Iedereen die geïnteresseerd is in de achtergronden van een praktijkrichtlijn, moet in staat zijn inzicht te verwerven in de wijze waarop de praktijkrichtlijn is ontstaan, in de wetenschappelijke achtergronden ervan, de meningen van experts alsmede de ervaringen van tandartsen die bij de totstandkoming een rol hebben gespeeld. Het is daarom vereist dat de volledige procedure inclusief verwijzingen naar geraadpleegde literatuur worden vermeld. De resultaten van de uitgevoerde studie geven aan dat dergelijke beschrijvingen veelal achterwege zijn gebleven. Naar het voorbeeld van de praktijkrichtlijnen die zijn gepubliceerd door het Nederlands Huisartsen Genootschap, zouden veel organisaties hun richtlijnen ook op dit punt kunnen verbeteren.<sup>7</sup>

#### 4.2 Verdere ontwikkeling

Er bestaat binnen de tandheelkundige professie in Nederland een brede interesse om praktijkrichtlijnen te ontwerpen en in te voeren. Dit blijkt niet alleen uit het aantal richtlijnen dat reeds beschikbaar is, maar tevens uit het gegeven dat 50% van de respondenten zegt plannen te hebben voor het ontwikkelen van praktijkrichtlijnen en 42% bereid is aan het uitvoeren van onderzoek naar richtlijnen medewerking te verlenen. Daarmee lijkt het erop dat onder de aangeschreven instellingen een breed draagvlak voor praktijkrichtlijnen aanwezig is. Echter, vooral omdat over de effecten van de invoering van praktijkrichtlijnen slechts weinig gegevens beschikbaar zijn, kan hieruit niet worden geconcludeerd dat er onder de werkers in de tandheelkundige gezondheidszorg eveneens een breed draagvlak aanwezig is. Gegevens hierover zijn essentieel voor de verdere introductie van praktijkrichtlijnen. Het verdient derhalve aanbeveling om hiernaar gericht onderzoek uit te voeren, bij voorkeur als vaste procedure bij het ontwerpen en het implementeren van iedere praktijkrichtlijn.

Tabel IV. Analyse van bestaande richtlijnen (+ = voldoet aan het criterium; - = voldoet niet aan het criterium)

Naam van de richtlijn	Korte beschrijving	Validiteit	Betrouwbaarheid	Toepasbaarheid	Flexibiliteit	Duidelijkheid	Multi-disciplinair	Bijstelling	Documentatie
Praktijkhygiëne en infectiepreventie	Universitaire richtlijnen die gewenst gedrag beschrijven	-	-	+	+	+	+	+	-
Hygiëne en infectiepreventie in de algemene praktijk	Nationale richtlijnen die gewenst gedrag beschrijven	-	-	+	+	+	+	-	+
Verticale verwijzing	NMT-richtlijn die gewenste samenwerking en communicatie beschrijft	-	-	+	+	+	+	-	+
Horizontale verwijzing	NMT-richtlijn die gewenste samenwerking en communicatie beschrijft	-	-	+	+	+	+	-	+
Verwijzing naar mondhygiënist	NMT-richtlijn die gewenste samenwerking en communicatie beschrijft	-	-	+	+	+	+	-	+
Verwijzing naar fysiotherapeut	Verenigingsrichtlijn die gewenste samenwerking en communicatie beschrijft	-	-	+	-	-	-	-	-
Praktijkvisite	Richtlijnen voor de evaluatie van praktijkprocedures door collega-tandartsen	-	-	+	+	+	+	-	-
Second opinion	NMT-richtlijn die gewenst gedrag beschrijft	-	-	+	-	+	+	-	+
Uitvoeringsrichtlijnen Bijzondere Tandheelkunde	Uitvoeringsrichtlijnen die gewenste samenwerking en communicatie beschrijven	-	-	+	+	+	+	-	+
Preventie van bacteriële endocarditis	Nationale richtlijn die gewenst gedrag beschrijft	-	-	+	+	+	+	+	+
Orale implantaten in tandenloze onderkaken	Richtlijn die de indicatie van implantaten en suprastructuren beschrijft	-	-	+	-	+	-	-	-
Orale implantologie	vakgroepsrichtlijnen voor procedures in de orale implantologie	-	-	+	-	+	-	-	-
Craniomandibulaire dysfunctie: behandeling door algemeen practici	Verenigingsrichtlijnen die procedures beschrijven bij behandeling door niet-specialisten	-	-	+	-	+	-	-	-
Initiële parodontale behandeling door mondhygiënist	Universitaire richtlijnen met betrekking tot de eerste vijf behandelingsessies	-	-	+	+	+	-	-	-
Indicatie van röntgenopnamen	Fabrieksrichtlijnen voor het indiceren van röntgenopnamen	-	-	+	+	+	-	-	-
Het bange kind	Universitaire en verenigingsrichtlijnen voor de behandeling van angstige kinderen	-	-	-	-	+	-	-	-
Tandtraumata	Universitaire en verenigingsrichtlijnen voor de behandeling van tandtraumata	-	-	+	+	+	-	-	-
Fissuurverzegeling	Universitaire en verenigingsrichtlijnen voor de preventie van fissuurcariës	-	-	+	+	+	-	-	-
Glazuurdefecten	Universitaire en verenigingsrichtlijnen voor de behandeling van glazuurdefecten	-	-	+	-	+	-	-	-
Pulpotomie	Universitaire en verenigingsrichtlijnen voor het uitvoeren van een pulpotomie	-	-	+	-	+	-	-	-
Mondverzorging bij chemotherapie	Universitaire en verenigingsrichtlijnen voor mondhygiëne bij kinderen in chemotherapie	-	-	+	-	-	-	-	-

## 5 Conclusies

1. Reeds veel organisaties in de tandheelkunde in Nederland houden zich bezig met het opstellen en invoeren van praktijkrichtlijnen. Over het draagvlak onder de werkers in de tandheelkundige gezondheidszorg is slechts weinig bekend.
2. Bestaande praktijkrichtlijnen brengen de doelgroep goed in kaart, zijn duidelijk omschreven en geven de marges aan waarbinnen de richtlijn kan worden toegepast.
3. Bestaande praktijkrichtlijnen zijn opgezet volgens een niet-uniforme systematiek, zijn niet onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid, bevatten geen verwijzingen naar de geldigheidsduur en zijn matig gedocumenteerd. Veel praktijkrichtlijnen zijn niet-multidisciplinair opgesteld.
4. Wetenschappelijk onderzoek naar een goede systematiek voor het opstellen, invoeren en evalueren van praktijkrichtlijnen, alsmede naar de effecten van praktijkrichtlijnen op de kwaliteit van de tandheelkundige gezondheidszorg is gewenst.

## Literatuur

- 1 'The BIG impact'. De betekenis van de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg voor de tandheelkunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 1995; 102: 349-56.
- 2 Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington, DC: National Academy Press, 1992.
- 3 Verdonschot EH, Plasschaert AJM, Grol R, Truin GJ. Op weg naar een kwaliteitssysteem in de tandheelkundige zorgverlening. Ned Tijdschr Tandheelkd 1995; 102: 344-8.
- 4 Grimshaw J, Freemantle M, Wallace S, Russell, I, Hurwitz B, Watt I, Long A, Sheldon T. Developing and implementing clinical practice guidelines. Quality in Health Care 1995; 4: 55-64.
- 5 Verdonschot EH. Dental treatment planning and problem solving. Meppel: Krips Repro, 1984. Academisch proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen.
- 6 Heerdink CFM, Kaptein AA, Grol R. Protocolgebruik in de huisartspraktijk. Wat doen huisartsen met protocollen? Med Contact 1990; 45: 717-20.
- 7 Rutten GEHM, Thomas S, red. NHG-Standaarden voor de huisarts. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1993.

## Summary

### PRACTICE GUIDELINES IN DENTISTRY: A SURVEY AMONG INSTITUTIONS IN THE NETHERLANDS

Key words: Quality of care – Practice guidelines

Practice guidelines provide opportunities for monitoring and improving dental health care. A survey was conducted among 78 departments at dental societies, scientific dental associations and health care insurance companies in the Netherlands to obtain insight into the number and quality of practice guidelines available. The response rate was 67%. Written materials were analysed and 21 practice guidelines were identified as such. The results of the analysis indicate that many initiatives to construct and implement practice guidelines have been taken. However, these initiatives were insufficiently coordinated and existing guidelines may be subject to improvement. Main improvement would be to demonstrate the validity and reliability of the existing guidelines and, more in general, to provide a sound scientific basis to the development and implementation of practice guidelines.