

# Proefschriften 25 jaar na dato 40. Behandelingsplanning in de tandartspraktijk

In het proces van behandelingsplanning door tandartsen in de praktijk bleek uit onderzoek bij zowel anamnestiche vragen, onderzoeken als behandelingsplannen veel variatie voor te komen. De conceptuele benadering van tandartsen speelde hierbij een rol. Bij beperkte financiële middelen werd een eenvoudiger behandeling gepland. De meeste tandartsen namen bij een nieuwe patiënt een afwachtende houding aan. Een kleiner deel streefde een radicale wending na van het tot dan toe gevoerde beleid. Later onderzoek bevestigde de variatie tussen tandartsen en de rol van de conceptuele benadering. In de afgelopen 25 jaar is het kwaliteitsdenken in de zorg tot ontwikkeling gekomen. De overheid heeft hierbij met nieuwe wetgeving een belangrijke rol gespeeld. Ook in de mondzorg wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem, bestaande uit professionele klinische richtlijnen en meetinstrumenten, intercollegiale toetsing van de toepassing daarvan, en borging. Hiermee wordt beoogd onverklaarde variatie tussen tandartsen te verminderen en de transparantie van de zorg voor de patiënt te vergroten.

Den Dekker J. Proefschriften 25 jaar na dato 40. *Behandelingsplanning in de tandartspraktijk*

Ned. Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 378-382

doi: 10.5177/ntvt.2015.07/08.14263

## Inleiding

Mondzorg is een vorm van gezondheidszorg waarbij veel patiënten regelmatig voor controle komen, meestal zonder dat zij klachten hebben. De tandarts (tegenwoordig ook de mondhygiënist) onderzoekt de patiënt - en wat dan? De mondgezondheid van de patiënt verandert vaak slechts langzaam; eerder tandheelkundig werk gaat geleidelijk tekenen van slijtage vertonen; preventieve attitude en preventief gedrag van de patiënt kunnen onderhevig zijn aan verandering. Wat is voor de tandarts een wijs beleid, gericht op doelmatige zorgverlening? Als een bok op de haverkist zitten, ingrijpen bij elke verandering in negatieve richting, hoe klein ook, met het risico van overbehandeling? Of een afwachtende houding aannemen, met de kans op onverwachte momenten geconfronteerd te worden met onaangename verrassingen? Onzekerheid hierover vormde de basis om vanuit de eigen praktijk onderzoek te gaan doen, dat uiteindelijk resulteerde in een proefschrift (Den Dekker, 1990).

In deze bijdrage worden de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek naar behandelingsplanning in de praktijk gepresenteerd. Vervolgens wordt in hoofdlijn ingegaan op onderzoek dat sinds het verschijnen van het proefschrift op dit terrein is gepubliceerd. Tot slot wordt de behandelingsplanning geplaatst in het kader van de ontwikkeling

## Wat weten we?

In het proces van behandelingsplanning door tandartsen in de praktijk komt zowel bij anamnestiche vragen, onderzoeken als behandelingsplannen veel variatie voor. Deze variatie is moeilijk te verklaren.

## Wat is nieuw?

Later onderzoek bevestigt de moeilijk verklaarbare variatie in het klinische handelen van tandartsen. Inmiddels is het kwaliteitsdenken in de zorg tot ontwikkeling gekomen. De overheid heeft hierbij met nieuwe wetgeving een belangrijke rol gespeeld. Ook in de mondzorg wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem, bestaande uit professionele klinische richtlijnen en meetinstrumenten, intercollegiale toetsing van de toepassing daarvan, en borging.

## Praktijktoepassing

Door mee te werken aan de ontwikkeling en implementatie van het kwaliteitssysteem dragen mondzorgverleners bij aan de vermindering van onverklaarde variatie in behandeling en vergroting van de transparantie van de zorg voor de patiënt.

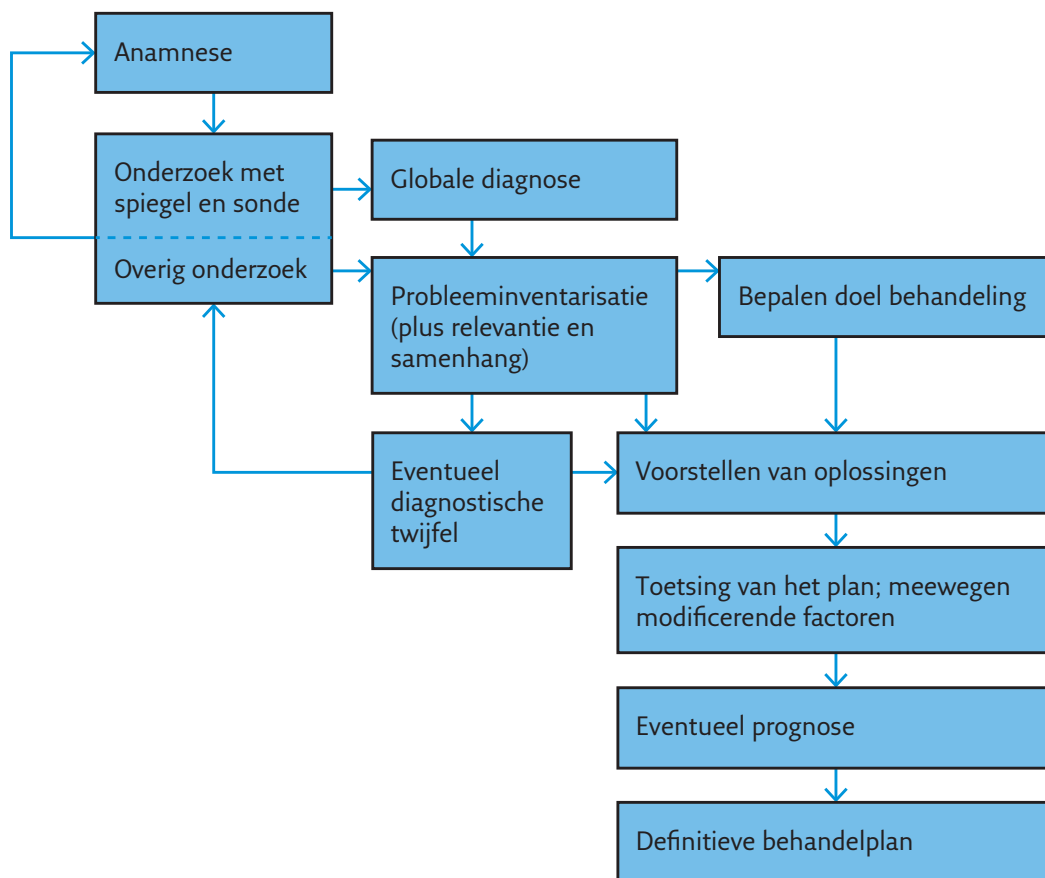
van het kwaliteitsdenken in de (mond)zorg van de afgelopen 25 jaar.

## Het proefschrift

Over tandheelkundige problemen en de oplossingen daarvan kan bijna altijd worden gediscussieerd. De beslissingen bevatten onvermijdelijk een element van subjectiviteit. Tandartsen kunnen dan ook verschillen in de beoordeling van de orale conditie van de patiënt, in de interpretatie van onderzoeksresultaten en in de voorgestelde behandeling. Een tandarts heeft te maken met vele onzekere factoren en een zorgvuldige afweging vereist veel ervaring.

Behandelingsplanning kan worden beschouwd als een proces, in de zin van een aantal opeenvolgende activiteiten die moeten leiden tot een bepaald doel. Dit proces begint met het verzamelen van gegevens door de tandarts via anamnese en onderzoek (bij een nieuwe patiënt gaat hieraan een kennismaking vooraf) en eindigt met de vaststelling van het definitieve behandelingsplan. De uitvoering en de evaluatie van de behandeling worden door sommigen ook tot de behandelingsplanning gerekend, maar werden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Het promotieonderzoek wilde meer inzicht geven in de wijze waarop tandartsen bij de behandelingsplanning feitelijk te werk gaan, in de mate van consensus daarbij en in



Afb. 1. De grote lijn in het proces van tandheelkundige behandelingsplanning.

de factoren die in verband staan met verschillen in werkwijze tussen tandartsen. De vraagstelling van het onderzoek was tweeledig:

1. Hoe verloopt het proces van behandelingsplanning in de tandheelkundige praktijk?
2. Zijn er factoren die samenhangen met verschillen tussen tandartsen in activiteiten bij het proces van behandelingsplanning?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden, was een patiëntsimulatie ontwikkeld van een man van 42 jaar met een middelbaar beroep en een dentitie met veel restauraties, waarbij verschillende simulatietechnieken zijn gecombineerd. Verder werden een aantal tandartsgebonden factoren geselecteerd (jaar en universiteit van afstuderen, nascholing, praktijkvoering, professionele satisfactie en behandelconceptie), alsmede een patiëntgebonden factor (betalingsbereidheid) en 2 omgevingsgebonden factoren (provincie en urbanisatiegraad). De patiëntsimulatie was voorgelegd aan 150 tandartsen, gelijk verdeeld over de provincies Gelderland en Zuid-Holland, in verband met mogelijke geografische verschillen. De validiteit van de simulatie was voldoende.

Wat het professionele waardepatroon van een tandarts is, wordt ‘behandelconceptie’ genoemd. In de literatuur werden aanwijzingen gevonden voor het bestaan van 2 dimensies van behandelconcepties, ieder met 2 polen: een relationele dimensie die betrekking heeft op de benadering

van de patiënt, met als uitersten een directieve en een communicatieve conceptie, en een tandheelkundige dimensie die de inhoud van de tandheelkundige behandeling betreft en als uitersten een preventieve en een restauratieve behandelconceptie heeft. Deze dimensies konden in de praktijk worden aangetoond; met psychometrische technieken was een meetinstrument (vragenlijst) voor de behandelconceptie van de tandarts ontwikkeld (De Vries et al, 1989).

De grote lijn in het proces van behandelingsplanning is weergegeven in afbeelding 1. Alle tandartsen stelden 1 of meer vragen en verrichtten 1 of meer onderzoeken alvorens tot een plan te komen. Tandartsen begonnen meestal met het stellen van enkele anamnestiche vragen. Dan volgde het onderzoek met spiegel en sonde. De volgende fase bestond uit het afwisselend vragen stellen en verder onderzoek verrichten. Ook werden dan problemen gesignaleerd en een behandeling voorgesteld. Meestal werd het plan niet in 1 keer gepresenteerd, maar in delen opgebouwd.

Bij zowel vragen, onderzoeken als behandelingsplannen kwam veel variatie voor. In het algemeen waren de relaties tussen de onderdelen van het proces van behandelingsplanning zwak. Er konden geen ‘typen’ van behandelingsplanning worden onderscheiden in de zin van stabiele combinaties van vragen, onderzoeken en plannen.

Tandartsen met een meer preventieve behandelconceptie stelden meer vragen over het parodontium en de mondhygiëne, verrichtten meer parodontaal onderzoek en stelden vaker een preventieve behandeling voor dan meer restauratieve tandartsen. Tussen beide groepen was geen verschil ten aanzien van restauratieve behandeling. Tandartsen met een meer directieve conceptie verrichtten uitgebreider onderzoek dan meer communicatieve tandartsen, maar er was nauwelijks verschil in voorgestelde behandeling. Bij patiënten met een beperkte betalingsbereidheid werden minder gegoten restauraties en wortelkanaalbehandelingen in het plan opgenomen. Tandartsen in stedelijke agglomeraties hadden de neiging om uitgebreider te werk te gaan dan plattelandstandartsen. Ook leek de universiteit van afstuderen enige invloed te hebben.

Geconcludeerd werd dat de meeste tandartsen zich voorzichtig opstellen bij een nieuwe patiënt en een afwachtende houding aannemen. Een klein deel streefde een radicale ommezwaai na in het tot dan toe met de patiënt gevoerde beleid. Tandartsen waren minder bereid om uit het oogpunt van kostenreductie het aantal plastische restauraties te reduceren dan het aantal gegoten restauraties. Plastische restauraties werden blijkbaar als elementaire zorg gezien. Besproken werd of het wenselijk was om de grote verschillen tussen tandartsen bij de behandelingsplanning terug te brengen. De professie werd aanbevolen om te komen tot de ontwikkeling van gedragslijnen die in de praktijk haalbaar en wenselijk zijn.

### Later onderzoek

Internationaal is de afgelopen 25 jaar het nodige onderzoek gedaan naar variatie in behandelingsplanning door tandartsen in de praktijk (Parfitt en Rock, 1996; Blinkhorn en Zadeh-Kabir, 2003; Bigras et al, 2008; Korduner et al, 2010; Patel et al, 2010; Heaven et al, 2013; Aminoshariae et al, 2014; Hue Lang-Hua et al, 2014; Su et al, 2014). Het gaat veelal om kleinschalige, op zichzelf staande projecten over deelgebieden als endo-/paroproblemen, implantologie en prothetiek. Een review is niet gevonden.

In Nederland zocht Bruers (2004) naar verschillen tussen tandartsen in verleende zorg aan vergelijkbare patiënten bij 607 deelnemers aan het project Peilstations van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). Hij onderscheidde de verleende zorg in preventieve, curatieve, nieuwe, tijdsintensieve, gecompliceerde en lucratieve behandelingen. Een lucratieve behandeling is een behandeling die relatief veel inkomsten genereert in relatie tot de geleverde inspanning.

Vergeleken met de groep patiënten van 18-39 jaar oud werd bij jeugdigen tot 18 jaar meer preventieve behandeling en minder curatieve, nieuwe en gecompliceerde behandeling uitgevoerd. In de groep van 13-17 jaar werd meer lucratieve behandeling gedaan. Bij mensen vanaf 40 jaar werd minder preventieve behandeling en meer curatieve, nieuwe, tijdsintensieve en gecompliceerde behandeling gedaan. Verder werd bij vrouwelijke patiënten meer preventieve en nieuwe behandeling gedaan en bij manne-

lijke meer curatieve, tijdsintensieve, gecompliceerde en lucratieve behandeling. De verleende zorg aan patiënten in een woonomgeving met een gemiddeld lager jaarinkomen werd getypeerd als in mindere mate preventief en tijdsintensief en in meerdere mate als curatief. Voor alle typen zorg bleken de verschillen tussen patiënten van tandarts tot tandarts te variëren.

Naarmate tandartsen langer actief waren in het beroep voerden zij meer preventieve en minder gecompliceerde behandeling uit. Bij oudere patiënten verrichtten zij ook minder curatieve behandeling. Tandartsen met een preventieve behandelconceptie deden minder tijdsintensieve en meer lucratieve behandeling. Tandartsen die het in de praktijk drukker hadden deden minder nieuwe behandeling en behaalden per patiënt gemiddeld een lagere financiële opbrengst. In Utrecht afgestudeerde tandartsen voerden meer lucratieve behandeling uit. Naarmate in de praktijk mondhygiënisten meer uren werkzaam waren, verrichtten tandartsen meer nieuwe en minder tijdsintensieve behandeling. Tandartsen in stedelijke gebieden deden meer nieuwe en minder curatieve behandeling.

Mettes (2008) analyseerde het klinische handelen van Nederlandse tandartsen bij de uitvoering van het periodieke mondonderzoek (PMO). In 2000 en 2005 werden respectievelijk 508 en 475 tandartsen ondervraagd. In 2005 werden per tandarts tijdens het PMO gemiddeld 6,9 deelonderzoeken uitgevoerd. Cariësdagnostiek, de beoordeling van restauraties en de mondhygiëne vormden altijd onderdeel van het PMO. In vergelijking tot 2000 was het aantal tandartsen dat de controletermijn individueel bepaalde toegenomen van 49% tot 61,5%. In deze periode bleef de standaardfrequentie waarmee bitewing-opnamen voor alle patiënten werden vervaardigd nagenoeg gelijk (44%). Tandartsen die individuele termijnen hanteerden, vertoonden een sterkere patiëntgerichtheid; zorgverleners die voor vaste termijnen opteerden legden een sterkere vaktechnische gerichtheid aan de dag.

Mettes onderzocht ook het verloop van het proces van het PMO in de praktijk bij 131 tandartsen. Deze tandartsen vertoonden sterk overeenkomend gedrag met betrekking tot het aantal uit te voeren items van klinisch onderzoek, de bestede tijd en de lengte van de controletermijn. Er werd een substantiële variatie vastgesteld in het klinisch gedrag met betrekking tot het afnemen van de anamnese, het geven van voorlichting en advies en het vastleggen van klinische en niet-klinische gegevens in het patiëntdossier. Het hanteren van een zesmaandelijkse controletermijn bleek algemeen gebruik in de praktijk en leek geen relatie te hebben met verschillen in individuele mondgezondheid van regelmatige tandartsbezoekers.

De leeftijd van een patiënt was de meest bepalende patiëntfactor voor de handelingen van een tandarts bij het PMO. Daarnaast waren het gebitsbewustzijn, de periode vrij van mondziekte en het risico op parodontale ziekteverschijnselen van invloed op verschillen in klinisch handelen door tandartsen. Het systematisch onderzoek van parodontale ziekteverschijnselen bleek een prominent ver-

klarend tandartskenmerk te zijn. Het lezen van wetenschappelijke en vakliteratuur, deelname aan studiegroepen en samenwerking met collega's in 1 praktijk bleken eveneens voorspellers te zijn voor het klinisch handelen tijdens het PMO.

### Kwaliteitsdenken

Er is in de afgelopen 25 jaar het nodige onderzoek gedaan naar de variatie tussen tandartsen in klinisch handelen. Ook zijn factoren gevonden die samenhangen met deze verschillen. Vervolgens is een belangrijke vraag of deze variatie kan worden teruggebracht of ten minste in de praktijk transparanter kan worden gemaakt. Dit is immers nodig om patiënten meer inzicht te geven in de kwaliteit van de behandelend tandarts. Het kwaliteitsdenken in de gezondheidszorg is in de tijd waarin het proefschrift 'Behandelingsplanning in de tandartspraktijk' verscheen voor het eerst breed en gestructureerd aangepakt. Tussen 1989 en 1995 vonden de zogenoemde 'Leidschendam-conferenties' plaats. Hierin ging de overheid met de veldpartijen in de zorg in gesprek over de vraag wie verantwoordelijk is voor de kwaliteit en hoe kwaliteit van zorg het beste kan worden gewaarborgd. Afgesproken werd dat er een samenhangend kwaliteitsbeleid voor de gehele zorgsector moest komen. De 3 meest betrokken partijen (zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumenten) moesten daartoe meer dan tevoren met elkaar in overleg. De inbreng van patiënten en financiers moest groter worden.

In de tweede helft van de jaren 90 heeft de overheid nieuwe gezondheidswetgeving ingevoerd. Krachtens de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* moeten tandartsen hun beroepsuitoefening op zodanige wijze organiseren dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg. Dit omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg. De *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* eist dat tandartsen handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hen geldende professionele standaard.

Tandartsen moeten dus werken volgens een kwaliteitsstelsel. In zo'n stelsel kunnen 3 samenhangende typen van kwaliteitsinstrumenten worden onderscheiden:

- voorwaardenscheppende instrumenten, zoals een stelsel van richtlijnen met daaraan verbonden expliciete kwaliteitscriteria;
- toetsende instrumenten, waarmee via intercollegiale toetsing de toepassing van de richtlijnen met behulp van de criteria systematisch wordt bewaakt en bevordert;
- verantwoording afleggende instrumenten, waarmee de resultaten van de intercollegiale toetsing worden geborgd via bijvoorbeeld (her)registratie.

Van essentieel belang voor effectieve kwaliteitsborging is dat prestaties in de zorg meetbaar zijn. Het gaat daarbij om procesindicatoren (het handelen van zorgverleners), structuurindicatoren (de organisatie van goede zorgverlening) en uitkomstindicatoren (de effecten van de zorg) (Den Dekker, 2012).

Tandartsen hebben zich aanvankelijk vooral gericht op de ontwikkeling van richtlijnen voor de organisatie van zorg. Inmiddels zijn ook zorginhoudelijke richtlijnen ontwikkeld. Van der Sanden (2003) onderzocht een methode voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van evidence-based tandheelkundige klinische praktijkrichtlijnen, in het bijzonder voor het omgaan met klachtenvrije, geïmpacteerde derde molaren in de onderkaak. Hij stelde vast dat de expertpanelmethode geschikt is voor de ontwikkeling van betrouwbare tandheelkundige klinische praktijkrichtlijnen. Het bestuderen van geselecteerde literatuur leidde tot een significante verandering in de indicatiestelling tot verwijdering van een derde molaar. Het aanbieden van een klinische praktijkrichtlijn had ook significante invloed op de besluitvorming van studenten tandheelkunde. De implementatie van een klinische richtlijn onder tandartsen leidde wel tot een toename van kennis bij de tandartsen, maar niet tot klinisch relevante invloed op de besluitvorming.

Mettes (2008) beschreef het effect van intensieve begeleiding van tandartsen op de implementatie van een klinische richtlijn voor het periodiek mondonderzoek. De bepaling van de controletermijn verbeterde na de interventie significant. Verbetering van richtlijnconforme beslissingen werd vooral bereikt bij de bepaling van de controletermijn bij groepen met een laag risico en bij de frequentie van het maken van bitewing-opnamen bij patiënten met een hoog risico.

In een rapport uit 2012 signaleerde de Gezondheidsraad dat de kwaliteit van mondzorg niet altijd transparant is en dat er tussen tandartsen behandelvariatie bestaat. De Raad stelde dat, waar evidencebased werken in de medische wereld steeds meer gemeengoed is, dit in de mondzorg nog niet het geval is. Er zijn weinig wetenschappelijke richtlijnen die laten zien wat de beste behandeling is van een bepaalde aandoening. Hierover lijkt in de praktijk ook geen overeenstemming te zijn. Er is nauwelijks onderzoek naar de doelmatigheid van behandelingen. Aan dergelijk onderzoek is wel behoefte, omdat het de basis kan vormen voor richtlijnen. Om verantwoording te kunnen afleggen over de kwaliteit van de verleende zorg (een wens van veel patiënten) is het nodig om de wetenschappelijke onderbouwing van de mondzorgverlening te versterken. De Gezondheidsraad beveelt aan om evidencebased richtlijnen te ontwikkelen. Dergelijke richtlijnen kunnen ervoor zorgen dat beschikbare kennis doordringt tot de praktijk, en verminderen de ongefundeerde verschillen in aanpak tussen tandartsen. Ook geven ze inzicht in het effect dat de zorgverlening heeft op de mondgezondheid.

In 2014 is door een wijziging van de *Zorgverzekeringswet* Zorginstituut Nederland ingesteld. Dit Zorginstituut stelt vast voor welke vormen van zorg kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten nodig zijn. Het Zorginstituut beoordeelt of een kwaliteitsstandaard kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van een zorgproces, en een meetinstrument als een verantwoord middel om vanuit het perspectief van de patiënt te meten of goede zorg is geleverd (Zorginstituut Nederland, 2014). Het instituut houdt een

openbaar register bij, waarin op voordracht van cliënten/patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk een kwaliteitsstandaard of meetinstrument wordt opgenomen. Verder stelt het een tijdstip vast waarop de kwaliteitsstandaard of het meetinstrument moet zijn opgesteld. Indien dit op het vastgestelde tijdstip niet is gebeurd, kan het Zorginstituut zijn Adviescommissie Kwaliteit verzoeken hiervoor zorg te dragen. Ook verzamelt het instituut informatie over de kwaliteit van verleende zorg met het oog op het recht van de cliënt om een weloverwogen keuze te kunnen maken tussen verschillende zorgaanbieders, en ten behoeve van het toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Vanuit het veld van mondzorg is het initiatief gekomen tot de oprichting van een Kennisinstituut Mondzorg, dat mogelijk vanaf 2015 de opstelling van tandheelkundige richtlijnen gestructureerd ter hand kan nemen (Mettes et al, 2014). Eind 2014 zijn op de website van de KNMT ([www.knmt.nl](http://www.knmt.nl)) tientallen tandheelkundige, geneeskundige en algemene richtlijnen beschikbaar, alsmede protocollen, praktijkwijzers, gedragsregels en standpunten. Hieronder zijn 6 klinische tandheelkundige richtlijnen. Meetinstrumenten voor de toepassing van deze richtlijnen door tandartsen-algemeen practici zijn nog niet beschikbaar. Bijgevolg is het afleggen van verantwoording via intercollegiale toetsing momenteel nog niet goed mogelijk. Maar er zijn ook plannen om voorzichtig te starten met het meten van prestaties van tandartsen (Bruers, 2014). Het is onontkoombaar dat in de komende jaren substantiële stappen worden gezet in de uitbouw van het kwaliteitssysteem in de mondzorg, waardoor onverklaarde variatie tussen tandartsen kan worden verminderd en de transparantie van de zorg voor de patiënt vergroot.

### Literatuur

- \* Aminoshariae A, Teich S, Heima M, Kulild JC. The role of insurance and training in dental decision making. *J Endod* 2014; 40: 1082-1086.
- \* Bigras BR, Johnson BR, BeGole EA, Wenckus CS. Differences in clinical decision making: a comparison between specialists and general dentists. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 106: 139-144.
- \* Blinkhorn A, Zadeh-Kabir R. Dental care of a child in pain - a comparison of treatment planning options offered by GDPs in California and the North-west of England. *Int J Paediatr Dent* 2003; 13: 165-171.
- \* Bruers JJM. Kwaliteit begint met meten. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2014. Oratie.
- \* Bruers JJM. Zorgverlening door tandartsen. Studie naar tandartsvariëaties in verleende zorg. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2004. Academisch proefschrift.
- \* Dekker J den. Behandelingsplanning in de tandartspraktijk. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1990. Academisch proefschrift.
- \* Dekker J den. Mondzorg in sociaal perspectief. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2012.
- \* Gezondheidsraad. De mondzorg van morgen. Advies 2012/04. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012.
- \* Heaven TJ, Gordan VV, Litaker MS, et al. Agreement among dentists' restorative treatment planning thresholds for primary occlusal caries, primary proximal caries, and existing restorations: findings from the National Dental Practice-based Research Network. *J Dent* 2013; 41: 718-725.
- \* Hue Lang-Hua B, McGrath CPJ, Lo ECM, Lang NP. Factors influencing treatment decision-making for maintaining or extracting compromised teeth. *Clin Oral Impl Res* 2014; 25: 59-66.
- \* Korduner EK, Söderfeldt B, Kronström M, Nilner K. Decision making among Swedish general dental practitioners concerning prosthodontic treatment planning in a shortened dental arch. *Eur J Prosthodont Rest Dent* 2010; 18: 43-47.
- \* Mettes TG, Barendregt DS, Oosterkamp BCM, Bruers JJM. Evidence-based klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 1. Maatschappelijk, professioneel en zorginhoudelijk perspectief. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2014; 121: 597-605.
- \* Mettes TGPH. Routine oral examination: towards a patient-tailored risk strategy. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2008. Academisch proefschrift.
- \* Parfitt AA, Rock WP. Orthodontic treatment planning by general dental practitioners. *Br J Orthod* 1996; 23: 359-365.
- \* Patel PM, Lynch CD, Sloan AJ, Gilmour ASM. Treatment planning for replacing missing teeth in UK general dental practice: current trends. *J Oral Rehabil* 2010; 37: 509-517.
- \* Sanden WJM van der. Clinical practice guidelines in dental care. Studies on development and use. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 2003. Academisch proefschrift.
- \* Su H, Liao HF, Fiorellini JP, et al. Factors affecting treatment planning decisions for compromised anterior teeth. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2014; 34: 389-398.
- \* Vries HH de, Mellenbergh GJ, Dekker J den. Meting van de behandelconcepties van tandartsen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1989; 96: 125-128.
- \* Zorginstituut Nederland. Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2014.

### Summary

#### Dissertations 25 years after date 40. Treatment planning in dental practices

*In dental practices, many variations exist in the processes used in planning treatment, in relation not only to questions relating to the anamnesis, but also to examinations and treatment plans. The conceptual approach of dentists plays a role here. More simple treatment is planned if financial resources are limited. Most dentists adopt a wait-and-see approach with new patients. A smaller number attempts to push previous treatment policy in a radically different direction. Subsequent research has confirmed the variation among dentists and the role of conceptual approaches. In the past 25 years, the theme of quality in healthcare has emerged. New legislation by the government has played an important role here. Work is also being done in dental healthcare towards developing a quality system, made up of professional clinical guidelines and measuring instruments, peer review of their use, and guarantees. The idea behind this is to reduce unexplained variations among dentists and to increase the transparency of care for patients.*

### Bron

J. den Dekker

Uit de sectie Sociale Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam en de sector Zorg van Zorginstituut Nederland te Diemen

Datum van acceptatie: 4 mei 2015

Adres: dr. J. den Dekker, ACTA, Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam  
j.d.dekker@acta.nl