

- Jones PK, Schacter B. Impaired cell-mediated immunity in patients with classic hemophilia. *New Engl J Med* 1983; 308: 79.
15. *Centers for Disease Control*. Possible transfusion-associated acquired immune deficiency syndrome (AIDS) – California. *Morbidity Mortality Weekly Rep* 1982; 31: 652.
 16. Oleske P, Minnefor A, Cooper R, Thomas K, Cruz A de la, Ahdich H, Guerro I, Joshi VV, Desposito F. Immune deficiency syndrome in children. *J Am Med Assoc* 1983; 249: 2345.
 17. Rubinstein A, Sichlick M, Gupta A. Acquired immunodeficiency with reversed T4/T8 ratio in infants born to promiscuous and drug-addicted mothers. *J Am Med Assoc* 1983; 249: 2350.
 18. *Centers for Disease Control*. Update on Kaposi's sarcoma and opportunistic infections in previously healthy persons – United States. *Morbidity Mortality Weekly Rep* 1982; 31: 294.
 19. Rozenbaum W, Klatzman D, Mayaud C, Brun Vezinet F, saïmot G, Gluckmann JC, Carette WF, Rouzioux Ch, Coulaud JP. Syndrome d'immunodépression acquise chez 4 homosexuels. *Presse Med* 1983; 12: 1149.
 20. Sterry W, Marmor M, Konrads A, Steigleder GK. Kaposi's sarcoma, aplastic pancytopenia, and multiple infections in a homosexual (Cologne 1976). *Lancet* 1983; 1: 923.
 21. Lissen E, Wichmann I, Jimenez M, Andreu-Kern F. AIDS in haemophilia patients in Spain. *Lancet* 1983; 1: 992.
 22. Bygsbjerg IC. AIDS in a Danish surgeon (Zaire, 1976). *Lancet* 1983; 1: 924.
 23. Gerety RJ, Tabor E. Newly licensed hepatitis B vaccine? *J Am Med Assoc* 1983; 249: 745.
 24. Macek C. Aids transmission: what about the hepatitis B vaccine? *J Am Med Assoc* 1983; 249: 685.
 25. Francis DP, Hadler SC, Thompson SE. The prevention of hepatitis B vaccine. *Ann Int Med* 1982; 97: 362.
 26. *Editorial*. Inactivated hepatitis B vaccine. *Ann Int Med* 1982; 97: 379.
 27. Henrickson RV, Maul DH, Osborn KG. Epidemic of acquired immunodeficiency in Rhesus monkeys. *Lancet* 1983; 1: 388.
 28. Check WA. Preventing AIDS transmission: should blood donors be screened? *J Am Med Assoc* 1983; 249: 567.
 29. Desforges J. AIDS and preventive treatment in hemophilia. *New Engl J Med* 1983; 308: 94.
 30. *Centers for Disease Control*. Inactivated hepatitis B virus vaccine. *Morbidity Mortality Weekly Rep* 1982; 31: 318.

Mei 1983. Adres: Dr. J. A. J. Trip,
Oostersingel 59,
9713 EZ Groningen.

INTERCOLLEGIALE TOETSING

I. EEN OVERZICHT UIT DE AMERIKAANSE LITERATUUR

E. C. STEVENS¹⁾
M. A. J. EIJKMAN

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Intercollegiale Toetsing

1. Inleiding

Intercollegiale Toetsing (I.C.T.) in Nederland staat nog in de kinderschoenen. Over dit onderwerp wordt weliswaar veel van gedachten gewisseld, doch, voorzover de auteurs van dit artikel bekend, is nog weinig gepubliceerd.

In de Verenigde Staten van Amerika is deze vorm van toetsing van zorgverlening in een verder stadium van ontwikkeling.

In het afgelopen decennium is in de Amerikaanse literatuur door Friedman¹, Waldman^{2,4}, Schönfeld⁵, Bailit⁶ en anderen veel geschreven over dit

onderwerp. Het lijkt dan ook wenselijk om bij het beantwoorden van de vraag, op welke wijze I.C.T. in het Nederlandse systeem van zorgverlening moet worden ingepast, gebruik te maken van de ervaringen, die men in de V.S. op dit gebied heeft opgedaan. Om deze reden zal in dit artikel het begrip I.C.T. worden besproken aan de hand van de Amerikaanse literatuur. In een volgend artikel zal worden gesproken over I.C.T. in de Nederlandse situatie.

2. Het begrip I.C.T.

2.1. Wat is I.C.T.?

In de Amerikaanse literatuur wordt I.C.T. omschreven als 'Peer Review'. Onder 'Peer' wordt verstaan: 'one who has equal standing with another'.⁷

Samenvatting:

In een serie van twee artikelen wordt Intercollegiale Toetsing (I.C.T.) besproken voor respectievelijk de Amerikaanse en de Nederlandse situatie.

In dit artikel wordt getracht duidelijkheid te scheppen omtrent het begrip I.C.T. aan de hand van de Amerikaanse literatuur.

In een volgend artikel zal I.C.T. worden besproken voor de Nederlandse situatie en zullen enkele aanbevelingen worden gedaan.

'Peer Review' wordt omschreven als: 'The review of one's work by his equals'.³ Deze definitie geeft aan dat iedere collega het werk van een andere collega kan of moet kunnen onderzoeken.

De reden waarom dit onderzoek moet gebeuren door een collega wordt door Freidson (geciteerd door Rosner) als volgt omschreven: 'The privilege of professions to be free from outside control is justified by claims of an unusual degree of skill and knowledge that cannot be evaluated by lay man, by the feeling that professionals are responsible and can be trusted and by the hope

¹⁾ Tandartsfunctionaris verbonden aan de Amsterdamse Vereniging tot bevordering der Tandheelkundige Verzorging aan Ziekenfondsverzekerden (A.T.Z.)

that the profession itself will take action when necessary.⁸

Dit betekent dat toetsing niet uitgevoerd kan worden door adviseurs van consumentenbonden of verzekeringsorganisaties, die zelf geen tandarts zijn.

Freidson is dus van mening dat alleen tandartsen, de bij uitstek deskundigen in het veld van de tandheelkundige zorgverlening, I.C.T. kunnen uitvoeren. Toch kan men zich bij deze stellingname afvragen wat voor eisen dan aan tandartsen moeten worden gesteld.

Het wel of geen lange ervaring hebben met patiëntenzorg, de mate waarin postacademisch onderwijs (P.A.O.) na de studie is gevolgd, van onbesproken gedrag zijn e.d., dit zijn allemaal factoren die bij het beoordelen van het werk van collegae een rol kunnen spelen.

Uit de literatuur wordt niet geheel duidelijk (althans niet aan de auteurs van dit artikel) in hoeverre met deze factoren rekening wordt gehouden. Wel wordt de indruk verkregen dat er in de V.S. vrij grote overeenstemming bestaat over de omschrijving van I.C.T.

2.2. *Waarom I.C.T.?*

Reeds in 1944 werd door de American Public Health Association de uitspraak geaccepteerd dat 'the services provided be of the highest standard and that they be rendered under conditions satisfactory both to the public and the professions.'⁹

Sindsdien is veel aandacht besteed aan het criterium 'highest standard', met name onderzoekers als Cons¹⁰, Bailit⁸, Grasso¹¹, Friedman¹² en Abramowitz¹³ hebben onderzoek gedaan naar de normen waaraan bepaalde tandheelkundige verrichtingen dienen te voldoen. Veelal staat bij deze onderzoeken de kwaliteit van (amalgam-) restauraties centraal. Het feit, dat inmiddels heel wat nagedacht en bekend is over de kwaliteit van restauraties, bleek echter niet voldoende om alle problemen rondom de zorgverlening tot een aanvaardbaar niveau te verminderen. Gevallen van onvoldoende kwaliteit bleven zich voordoen.¹⁴

Deze situatie veroorzaakte in de jaren zeventig in de V.S. een kentering in de opvatting t.a.v. de beroepsethiek. Evenals in Nederland, waar de codex voor beroepsethiek bestaat, kent men in de Verenigde Staten de zgn. 'code of ethics'. Ieder district kent zijn eigen code. Aanvankelijk stond in de 'code of ethics', ook wel 'principle of ethics', onder de paragraaf 'Unjust Criterium' vermeld: 'If the dentist finds indisputable evidence that a patient is suffering from previous faulty treatment, it is his duty to institute correct treatment at once, doing so with as little comment as possible and in such a manner as to avoid reflection on his predecessor.'³

In 1979 werd door de American Dental Association in de 'principle of ethics' deze opvatting gewijzigd. Vanaf dat moment wordt de volgende handelwijze voorgesteld: 'The dentist has an obligation to report to the appropriate agency of his component or constituent dental society instances of gross and continual faulty treatment by another dentist.'³

De tandarts was vanaf dat moment verplicht melding te maken van door hem geconstateerde zorgverlening van onvoldoende kwaliteit.

De verandering in de 'code of ethics' was een van de redenen waarom vanuit de professie actie werd ondernomen I.C.T. te realiseren. Immers, het begrip kwaliteit kwam door deze codewijziging openlijk ter discussie te staan zonder dat er in deze discussie door de algemeen-practicus voldoende tegenwicht kon worden gegeven op kritiek. Een andere reden was, aldus Waldman, dat in het begin van de jaren zeventig in Amerika de oprichting van de 'Professional Standard Research Organisations' (P.S.R.O.'s) een feit werd.³ Deze organisaties houden zich bezig met onderzoek naar zorgverlening en het vaststellen van normen en criteria voor o.a. de kwaliteit daarvan. Kon men zich voorheen geruststellen met de gedachte dat t.a.v. kwaliteitsbepaling geen normen beschikbaar waren, na de oprichting van de P.S.R.O.'s werd het zaak er rekening mee te gaan houden dat kritiek op de

kwaliteit eenvoudiger zou gaan worden. Het werd voor de professie belangrijk zich te wapenen tegen al dan niet terecht geuite kritiek en I.C.T. leek volgens velen het juiste instrument om orde op zaken te houden in eigen huis.

Voorts geeft Waldman aan, dat het stijgende aantal gevallen van malpraxis en het herhaaldelijk in de publiciteit treden hiervan, voor de professie een reden is om snel te komen tot een goed functionerend systeem van I.C.T.³

In veel Amerikaanse staten werd om deze redenen besloten I.C.T. uit te voeren.

Samenvattend kan gesteld worden, dat de reden om te besluiten I.C.T. door te voeren, hoofdzakelijk is gelegen in de wijziging van de 'code of ethics', de oprichting van de P.S.R.O.'s, het stijgende aantal gevallen van malpraxis en de publiciteit hieromtrent.

2.3. *Waar houdt I.C.T. zich mee bezig?*

Volgens de 'code of ethics' is de tandarts verplicht gevallen van onvoldoende kwaliteit te melden. Van de tandarts wordt verwacht dat hij kan bepalen wat hieronder wordt verstaan en in welke gevallen onvoldoende kwaliteit het gevolg is van onjuiste zorgverlening. Door deze verplichting zal de tandarts in vele gevallen op glad ijs terecht komen, met het risico dat hij zich bij de verdediging van zijn standpunt niet staande kan houden. Bij goede zorgverlening spelen immers vele factoren een grote rol, zoals: wat is gezond en wat niet, welke mogelijkheden biedt de structuur van de zorgverlening om hulp te bieden, hoe goed is de hulpverlener opgeleid, wat zijn de kosten van de hulpverlening, wat zijn de verwachtingen van de patiënt, wat is de inzet van de patiënt, enz. enz. Van de tandarts kan niet verwacht worden dat hij op al deze vragen een antwoord kan geven.

Enerzijds zullen de P.S.R.O.'s de practicus enige richtlijnen kunnen geven bij het beoordelen van dit vraagstuk, anderzijds kunnen deze P.S.R.O.'s voor de tandarts een be-

dreiging vormen wanneer het gaat om het beoordelen van zijn eigen werk.

Uit de literatuur blijkt dat I.C.T. zich concentreert op een aantal voornoemde aspecten van zorgverlening.

Bronson geeft aan dat 'Peer Review basically encompasses three areas: fees, utilization and quality of care'.¹⁵

Met 'fees' bedoelt Bronson alleen de kosten van de zorgverlening die de patiënt in rekening worden gebracht door de tandarts. Hij beoordeelt deze nota's op drie facetten, t.w. 'usual' (zijn deze nota's bij deze tandarts gebruikelijk), 'customary' (komen deze nota's overeen met die van 90% van andere tandartsen) en 'reasonable' (zijn de gedeclareerde kosten terecht gedeclareerd).

Bij 'utilization' en 'quality of care' wordt o.a. aandacht besteed aan de vragen:

1. Should the case have been done as planned?
2. Were the services rendered as reported?
3. Were the services performed necessary and desirable?
4. Was the treatment given performed in an adequate manner?
5. Are the services covered benefits under the terms of insurance-coverage?

Waldman beschrijft dat I.C.T. zich aanvankelijk vooral concentreerde op klachten over nota's, onnodige hulp en bemiddelde in gevallen van malpraxis.² De bewaking van de kwaliteit ging pas een rol spelen bij het in werking treden van de P.S.R.O.'s.

Ook de wens van zowel de consument als de instanties, die nauw bij de zorgverlening zijn betrokken, om inspraak te krijgen in de zorgverlening, vormde een aanleiding meer aandacht te geven aan de kwaliteit.

Lentchner stelt dat I.C.T. voor de professie een uitdaging moet zijn om datgene wat vermeld staat in het 'July 1969 White House Report on Health Care Needs' uit te voeren.¹⁶ Hierin staat: 'We will ask and challenge the physicians, dentists and other practitioners of the nation through their national societies and through the county associations, to establish procedures to review the utilization by their mem-

bers in all instances to less expensive types of care; and to discipline those who are involved in abuse.'

Door de American Dental Association wordt verondersteld dat de professie bereid zou zijn mee te werken aan de evaluatie van de kwaliteit van de zorgverlening.

Samenvattend kan uit de literatuur worden opgemaakt dat er vrij grote overeenstemming bestaat over de opvatting dat I.C.T. zich bezig dient te houden met de bewaking van de kosten, de kwaliteit en het voorkomen van misbruik van zorgverlening.

2.4. *Uitvoering I.C.T.*

In de Verenigde Staten wordt I.C.T. uitgevoerd door Peer Review Committees. Hieronder verstaat men commissies, die bestaan uit 'licenced dentists of similar education and trained in a geographic (component) area'.¹⁸

Hieruit valt af te leiden dat deze commissies bestaan uit tandartsen. In de regel zijn deze tandartsen in gelijke mate verantwoordelijk schuldig aan zowel patiënt als aan hulpverlener en verzekeringsorganisatie. Verder valt uit de omschrijving op te maken dat deze commissies niet in ieder systeem van zorgverlening hetzelfde zijn. Ieder systeem kent zijn eigen problematiek, waarmee bij de samenstelling van zo'n commissie rekening moet worden gehouden.

Er zijn handleidingen bekend over de wijze waarop I.C.T. en evaluatie van zorgverlening kunnen worden uitgevoerd.^{7 17 18} Het zou in dit kader te voeren hier dieper op in te gaan.

2.5. *Het effect van I.C.T.*

Zoals vermeld in paragraaf 2.3. wordt I.C.T. in de literatuur in relatie gebracht met de kosten, het misbruik en de kwaliteit van de zorgverlening.

Verwacht mag worden dat I.C.T. dan ook een positief effect zal hebben op deze aspecten. Of dit inderdaad zo is, laat zich om een aantal redenen moeilijk voorspellen.

Eén van die redenen is, dat niet altijd duidelijk is of en wanneer er bij een patiënt sprake is van een gezonde of

ongezonde gebitssituatie. Zo kan men zich afvragen of de mondgezondheid van een patiënt met veel onbehandelde cariës beter of slechter is dan die van een patiënt waarbij alle cariës is behandeld d.m.v. restauraties die niet voldoen t.g.v. overhang of randbreuk. Voor zover er verrichtingen worden uitgevoerd die kwalitatief voldoende zijn, kan men zich afvragen of deze verbetering geven aan de mondgezondheid. Is het b.v. zinnig een driedelige brug te vervaardigen indien het extractiediasteem klinisch geen enkele functionele stoornis geeft? Eveneens kan men zich afvragen of bij een geriatrische patiënt die niet in staat is het gebit adequaat te onderhouden, het vervaardigen van een immediaatprothese zonder meer juist is. Is deze behandeling wel in het voordeel van de patiënt? De kans bestaat dat de tandheelkundige behandeling en het resultaat daarvan voor de patiënt zo belastend zijn dat deze voor de algehele gezondheid niet verantwoord zijn. Bovendien is de kans groot dat zo'n prothese, vervaardigd onder moeilijke omstandigheden, niet voldoet aan alle kwaliteitseisen.

Het effect van hulpverlening op de mondgezondheid blijkt moeilijk aantoonbaar te zijn vanwege het gegeven dat geen overeenstemming bestaat over het begrip mondgezondheid en de wijze waarop deze kan worden uitgevoerd.

Pogingen, om de mondgezondheid vast te leggen door middel van een index, zijn wel bekend.^{19 20} Een geschikte index is echter nog niet voorhanden. Zolang dit instrument er niet is, kan weinig gezegd worden over het effect van zorgverlening op de mondgezondheid. Het gemis van zo'n instrument is een handicap bij I.C.T.

Uit de literatuur blijkt dat men niet verwacht dat I.C.T. effect heeft op de kwaliteit van de zorgverlening. Zo stelt Grasso dat I.C.T. een rol zal spelen bij het opsporen van collegae die zorg verlenen van onvoldoende kwaliteit.¹¹ Hij verwacht echter niet dat I.C.T. de kwaliteit zal verbeteren.

Voor zover er in de literatuur uitspraken worden gedaan over het effect van I.C.T., hebben deze veelal betrekking

op niet-tandheelkundige aspecten van de zorgverlening.

Barish merkt b.v. op dat de American Medical Association Peer Review ziet als 'the most meaningful method for creating a public awareness of medicine's efforts to assure high quality of health services at a reasonable cost'.²¹ Lentchner zegt dat I.C.T. een bijdrage moet leveren aan het vergroten van het contact tussen de collegae onderling, bij het bemiddelen van klachten van patiënten en bij de evaluatie van de kwaliteit.¹⁰

Volgens Waldman zal het effect van I.C.T. zijn dat voorkomen wordt dat er een evaluatiesysteem wordt opgezet door de overheid en/of de verzekeringsorganisaties.²

2.6. Samenvattend

Hoewel I.C.T. zich richt op de kosten, de kwaliteit en misbruik van zorgverlening, is moeilijk voorspelbaar of I.C.T. een positieve werking heeft op deze aspecten.

Wel wordt verwacht dat d.m.v. I.C.T. collegae opgespoord worden die zorg verlenen van onvoldoende kwaliteit, dat het vertrouwen van het publiek in de professie wordt vergroot en dat voorkomen wordt dat toetsing of evaluatie wordt uitgevoerd door de overheid of verzekeringsinstellingen.

3. Discussie

Zoals uit de literatuur valt op te maken is de professie in de Verenigde Staten van mening dat slechts de tandarts deskundig genoeg is om het werk van een collega op zijn juiste waarde te beoordelen. Een mogelijke verklaring hiervoor is, dat bij het beoordelen van zorgverlening behalve objectieve factoren ook subjectieve factoren een rol spelen. Deze subjectieve factoren zijn b.v. de omstandigheden waaronder de zorgverlening wordt uitgevoerd, de wijze van zorgverlening, de leeftijd van de patiënt of hulpverlener e.d. Degenen die hiermede zelf niet worden geconfronteerd, kunnen zich moeilijk hierover een oordeel vormen. Het lijkt dan ook juist deze kwestie te laten beoordelen door degenen die zelf be-

trokken zijn bij het proces van zorgverlening, in dit geval de tandartsen.

Vrijwel unaniem is men van mening dat het effect van I.C.T. is dat de professie orde op zaken houdt in eigen huis en voorkomt dat derden zich gaan bemoeien met de uitvoering van de tandheelkundige zorgverlening.

Opmerkelijk is echter dat vrijwel nergens duidelijk wordt vermeld op welke wijze de belangen van de patiënt worden behartigd. De indruk ontstaat dat I.C.T. in eerste instantie de belangen van de professie zelf moet dienen. Dit is echter niet geheel in overeenstemming met de in 1944 door de American Public Health Organization aanvaarde uitspraak dat 'the service provided be of the highest standard and that they be rendered under conditions satisfactory both to the public and the professions'. Hierin wordt gesteld dat de kwaliteit van de zorgverlening moet beantwoorden aan de hoogste normen bovendien tot stand moet komen op een wijze waarover zowel de tandarts als de patiënt tevreden kunnen zijn.

De indruk wordt gewekt dat bij I.C.T. de beoordeling van zorgverlening hoofdzakelijk gebeurt vanuit de tandheelkundige optiek. Er zijn echter aanwijzingen dat het beeld, dat de patiënt heeft van goede zorgverlening, niet hetzelfde is als het beeld dat de tandarts hiervan heeft.

Abramowitz constateerde dat de patiënt bij het beoordelen van kwaliteit totaal andere normen hanteert dan de professie.¹³

In een onderzoek bij de Indian Health Service over de beoordeling van de zorgverlening door de professie en door het publiek, constateerde Abramowitz dat het publiek zegt vertrouwen te hebben in de professie indien de behandeling op een menswaardige wijze plaatsvindt. De kwaliteit van de zorgverlening wordt door de patiënt als goed ervaren indien de noodzakelijke tandheelkundige hulp wordt gegeven, deze hulp gepaard gaat met zo min mogelijk ongemak en pijnklachten worden verholpen.

Bovendien blijkt uit dit onderzoek dat de patiënt de kwaliteit van de behandeling relateert aan de maatschappelijke en financiële consequenties, zoals het

tijdverlies van de behandeling en verlies van salaris, de kosten van de behandeling en de kosten van het vervoer. De professie daarentegen zal de kwaliteit van de verleende zorg relateren aan een norm die al dan niet wordt gehaald.

Factoren die hierbij o.a. een rol spelen zijn, volgens Clute (geciteerd door Barish²¹): de gezondheid van de hulpverlener, vermoeidheid, druk die de praktijk uitoefent, privé-problemen en financiële problemen.

Het verschil in beoordeling van zorgverlening door de tandarts en door de patiënt wordt ook gesignaleerd door Frazier in een onderzoek hiernaar.²² In een publikatie over dit onderzoek zegt hij dat: 'Provider-dentists felt that low socio-economic consumers do not value dental services, as compared to other types of consumer goods and services and that they do not believe dental care is important. Low-income-mothers in the same city reported that they did value dental care and believed it important'.

Ook uit een onderzoek van Weinstein blijkt, dat de tandarts niet altijd een juist beeld heeft van het belang dat de patiënt toekent aan zorgverlening.²³ Hij stelt dat 'it was found that though patient values and dental perceptions were associated, dentist perceptions did not closely match patient dental values'.

Cohen onderzocht verschillende systemen van zorgverlening en constateerde eveneens dat het publiek onder goede zorgverlening iets anders verstaat dan de professie.²⁴ Het blijkt, dat in een aantal landen het percentage patiënten dat tevreden is over de conditie van de mond, gecorreleerd is aan het percentage patiënten dat een volledige prothese draagt, met andere woorden: hoe meer edentate patiënten, hoe groter de tevredenheid. Dit is beslist niet het beeld dat de professie heeft van goede zorgverlening!

In hoeverre in het Amerikaanse systeem van I.C.T. rekening wordt gehouden met dit verschil van inzicht tussen patiënt en professie, wordt in de literatuur niet duidelijk aangegeven.

Het lijkt voor de hand liggend dat met name I.C.T. geschikt is om dit verschil van inzicht op te lossen.

4. Conclusies

Over de vraag: 'Wat is I.C.T.', bestaat in de Amerikaanse literatuur vrij grote overeenstemming.

Ook bestaat vrij grote overeenstemming over het feit dat I.C.T. zich bezigt dient te houden met de bewaking van kosten, kwaliteit en misbruik van zorgverlening.

De oprichting van de P.S.R.O.'s, de wijziging in de 'code of ethics', het stijgend aantal gevallen van malpraxis en de publiciteit hieromtrent, maakte de invoering van I.C.T. noodzakelijk. De uitvoering van I.C.T. wordt gedaan door zogenaamde 'Peer Review Committees'.

Tenslotte is men vrijwel unaniem van mening dat het effect van I.C.T. zal zijn, dat de professie controle uitoefent op de eigen leden, waardoor voorkomen wordt dat derden zich gaan bemoeien met de uitvoering van de tandheelkundige zorgverlening.

Summary:

Title: Peer Review.

Keywords: Social dentistry - Peer Review

In a series of two articles Peer Review will be

discussed with regard to the American and the Dutch situation.

This article will extend the conception of Peer Review on the basis of American literature.

A second paper will present Peer Review in Holland; likewise some recommendations will be made.

Literatuur:

1. Friedman JW. P.S.R.O. in dentistry. Am J Public Health 1975; 65 no. 12: 1298-1303.
2. Waldman HB. Honor codes and Peer Review. Is Peer Review really possible? J Dent Educ 1977; 41 no. 3: 126-128.
3. Waldman HB. Dentistry and Peer Review: Sham, Smoke screen or reality. J Am Coll Dent 1976; 43: 164-175.
4. Waldman HB. A new obligation. Is Peer Review informing? J Am Coll Dent 1975; 42: 147-152.
5. Schönfeld HK. Peer Review of quality of dental care. J Am Dent Assoc 1969; 79: 1376-1382.
6. Bailit HL. Quality of dental care: development of standards. J Am Dent Assoc 1974; 89: 842-853.
7. Peer Review Procedure manual. Dent Soc State of New York: 401-417.
8. Rosner JF. Self-regulation in the dental profession. J Am Dent Assoc 1979; 98: 919-924.
9. Rappaport SC. Quality control in dental care. New York State Dent J 1971; 37: 275-280.
10. Cons NC. Method for posttreatment evaluation of the quality of dental care. J Public Health Dent 31 no. 2-191: 104-108.
11. Grasso JE. The quality of restorative dental care. J Prosthet Dent 1979; 42: nr. 5: 571-578.
12. Friedman JW. A guide for the evaluation of dental care. School of public health, University of Calif., L.A. California 90024, 1972.
13. Abramowitz J. Quality of care in dental practice. The approach of the Indian Health Service. J Public Health Dent 1973; 32 no. 2: 90-99.
14. Collet HA. Dental malpractice: an enormous growing problem. J Prosthet Dent 1978; 39 nr. 2: 217-225.
15. Bronson HL. Peer Review made easy. Cal Dent Assoc J 1973; 1: 46-48.
16. Lentchner E. The need for Peer Review. New York Dent J 1970; 36: 411-417.
17. Quality evaluation for dental care. Guidelines for the assessment of clinical quality and professional performance. Cal Dent Ass 1977.
18. Donabedian. A guide to medical care administrations. Vol II: medical care appraisal, quality and utilization. New York. The American Public Health Ass inc., 1969.
19. Bulman JS. Demand and need for dental care. Sociodental study. London: Nuffield Prov. Hospital Trust Oxford Univ. press, 1968: 97-103.
20. Nikias MK. An oral health index based on raking of oral status profiles by panels of dental professionals. J Dent Health; 39 no. 1: 16-26.
21. Barish NH. Peer Review for quality of care in private solo practice. J Am Dent Assoc 1974; 89: 866-871.
22. Frazier PJ e.a. Provider expectations and consumer perceptions of the importance of dental care. Am J Public Health 1977; 67 no. 1: 37-43.
23. Weinstein Ph e.a. Patient dental value and their relationship to oral health status, dentist perceptions and quality of care. Behavioral Dent Science 1979; 121-127.
24. Cohen LK. International comparisons in the provision of oral health care. Br Dent J 1980; 347-351.

Mei 1983.

C. Vreedenburghgaarde 4,
1224 AS Kortenhoef.