
Visie en methodiek voor richtlijnontwikkeling voor het Kennisinstituut Mondzorg (KiMo) en contouren voor een Meerjarenagenda

Adviesrapport

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	1
1 Algemene inleiding.....	3
1.1 Aanleiding	3
1.2 Doelstelling en opzet project 'Kamer Mondzorg'	3
1.3 Opdracht en werkwijze	4
1.4 Leeswijzer	5
2 Visie en uitgangspunten	7
2.1 Inleiding	7
2.1.1 Maatschappelijk perspectief	7
2.1.2 Professionele perspectief	8
2.1.3 Juridische perspectief	9
2.2 De rol van klinische richtlijnen in de mondzorg	11
2.3 Zorginhoudelijk perspectief mondzorg	13
2.3.1 Mondgezondheid	13
2.3.2 Mondziekten	13
2.3.3 Doel van de mondzorg	13
2.4 Optimale mondzorg vanuit het perspectief van patiënten	17
2.5 Conclusies	18
3 Methodiek van klinische richtlijnontwikkeling.....	19
3.1 Inleiding	19
3.2 Voorbereidingsfase voor richtlijnen	20
3.3 Ontwikkelfase voor richtlijnen	21
3.4 Afrondingsfase voor richtlijnen	23
3.5 Procedure voor 'zij-instromende' richtlijnen.....	24
3.6 Conclusies	25
4 Implementatie en evaluatie van klinische richtlijnen.....	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Huidige kennis over implementatie in de gezondheidszorg	27
4.3 Naleven/opvolgen van richtlijnen.....	29
4.4 Implementatie van richtlijnen in de medische zorg.....	30

4.5	Implementatie van richtlijnen in de mondzorg	30
4.6	Potentiële hulpmiddelen voor implementatie.....	32
4.7	Kwaliteitsindicatoren en implementatie	33
4.8	Conclusies	34
5	Contouren voor een Meerjarenagenda 2014 - 2016	35
5.1	Inleiding	35
5.2	Aanpak totstandkoming Meerjarenagenda 2014 - 2016	35
5.2.1	Advies over onderwerp voor te ontwikkelen richtlijn.....	35
5.2.2	Inventarisatie bestaande richtlijnen	36
5.2.3	Peiling naar onderwerpen voor richtlijnontwikkeling.....	38
5.3	Prioritering van onderwerpen	43
5.4	Contouren voor een Meerjarenagenda 2014 - 2016	44
	Geraadpleegde literatuur.....	45
Bijlage 1	Intentieverklaring en lijst van ondertekenaars	47
Bijlage 2	Samenstelling werkgroep 2	49
Bijlage 3	Eindrapportage Sterkte-Zwakte Analyse initiatief 'Kamer Mondzorg'	51
Bijlage 4	Richtlijn voor Richtlijnen	57
Bijlage 5	Gebruikte afkortingen	63

Samenvatting

Deze samenvatting volgt de belangrijkste adviezen van de hoofdstukken over de visie en methodiek van klinische richtlijnontwikkeling, de implementatie en evaluatie van klinische richtlijnen en de meerjarenagenda.

Visie en uitgangspunten klinische richtlijnontwikkeling

- De geformuleerde begrippen, het proces en kernwaarden dienen te worden benut als de inhoudelijke uitgangspunten bij de methodiek van richtlijnontwikkeling in de mondzorg.
- Voor de positionering en inhoudelijke componenten van een klinische richtlijn dient gebruik te worden gemaakt van het fasegewijze structuurmodel en de mondzorgcyclus.
- Richtlijnontwikkeling in de mondzorg is gericht op de volgende professionele mondzorgverleners: tandartsen, kaakchirurgen, orthodontisten, mondhygiënisten en tandprotheticen en indirect op diegenen die onder hun verantwoordelijkheid zorg verlenen.
- Het perspectief van patiënten dient nadrukkelijk aandacht te krijgen.
- De adviezen van Richtlijn voor Richtlijnen (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012) en de ervaringen van andere richtlijnorganisaties in de zorg zijn belangrijke uitgangspunten.

Methodiek van klinische richtlijnontwikkeling

- KiMo wordt een onafhankelijke organisatie waarbinnen voor de mondzorg klinische richtlijnen worden ontwikkeld én onderhouden.
- De ontwikkeling van richtlijnen krijgt vorm door een aantal samenhangende deelprocessen te faciliteren, waarin:
 - onderwerpen worden geïnventariseerd, geprioriteerd en geconcretiseerd in een werkopdracht voor een Richtlijnadviescommissie (RAC).
 - een richtlijn wordt ontwikkeld door een Richtlijnontwikkelcommissie (ROC).
 - de conceptrichtlijn voor een commentaarroude wordt uitgezet bij relevante beroepsgroepen.
 - de autorisatie op een onafhankelijke wijze wordt uitgevoerd door een raad voor autorisatie (RAR).
- Voor de aanvangsfase wordt geadviseerd een heldere procedure op te stellen voor opname van EBRO-richtlijnen in de mondzorg die vooralsnog buiten KiMo worden ontwikkeld, evenals de implementatie en herziening van deze richtlijnen.

Implementatie en evaluatie van klinische richtlijnen

- Het implementeren van een richtlijn dient in onderdelen vroeg in het ontwikkelproces expliciet te worden beschreven als integraal onderdeel van de werkopdracht van de ROC.
- Op basis van de (kern)aanbevelingen van elke richtlijn worden door de ROC één of meer kwaliteitsindicatoren beschreven.
- In de opstartfase van KiMo dienen de rol en de verantwoordelijkheden bij het ontwikkelen en uitzetten van indicatoren concreet en met een begroting in een procedure c.q. werkplan te worden omschreven.
- KiMo draagt zorg voor de coördinatie van disseminatie, implementatie en evaluatie van ontwikkelde richtlijnen. Een model voor implementatie dient hiervoor te worden ontwikkeld. De inhoudelijke en financiële consequenties hiervan dienen vooraf te worden geïnventariseerd.
- In de aanvangsfase van KiMo is het raadzaam externe expertise voor het onderdeel 'implementatie richtlijnen' in te huren.

Meerjarenagenda 2014 – 2016

- 'Begin klein, maar denk groot'. Het afleveren van één nieuwe en één herziene klinische EBRO-richtlijn per jaar zou in de beginfase een mooi resultaat zijn. Aan de hand van gestelde criteria wordt daarom geadviseerd in 2014 te starten met een herziening respectievelijk update van twee richtlijnen: de EBRO-richtlijn *'Klachtenvrije geïmpacteerd 3^e molaar in de onderkaak'* (2003) en de richtlijn *'Het antistollingsbeleid in de tandartspraktijk'* (2010).
- Bij de verdere uitwerking van de meerjarenagenda van KiMo kunnen de uitkomsten van de inventarisatie van onderwerpen bij de mondzorgprofessionals en bij de wetenschappelijke verenigingen een nuttig uitgangspunt vormen. De behoeften aan richtlijnen spitsen zich toe op het gebied van tandheelkundig-medische interactie en op beslissingsondersteuning ten aanzien van diagnostiek, indicatie, behandeling en nazorg op verschillende deelgebieden van de mondzorg.
- Bij de aanpak van de prioritering van nieuwe onderwerpen wordt geadviseerd gebruik te maken van de criteria van de Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012). Zo nodig kunnen aanvullende criteria voor de mondzorg worden geformuleerd door de richtlijnadviescommissie (RAC). In samenhang hiermee zou een betrouwbare methode/procedure ontwikkeld moeten worden om de klinische knelpunten in het mondzorgveld adequaat en tijdig te herkennen.

1 Algemene inleiding

1.1 Aanleiding

De samenleving verwacht in toenemende mate van werkers in de gezondheidszorg dat zij de kwaliteit van hun zorg voor het voetlicht brengen, in het bijzonder om verantwoording af te leggen van hun handelen. Dit geldt ook voor de eerstelijns mondzorg, waar in de afgelopen jaren grote veranderingen hebben plaatsgevonden in zowel het aanbod, de organisatie als de financiering van de zorg. Dit was reden voor de Gezondheidsraad om de wetenschappelijke onderbouwing van de mondzorg aan een nadere beschouwing te onderwerpen. In het voorjaar van 2012 is daarover het rapport 'De mondzorg van morgen' uitgebracht (Gezondheidsraad, 2012).

Een van de conclusies van dat adviesrapport was dat de mondgezondheid in Nederland vergeleken met dertig jaar geleden weliswaar sterk is verbeterd, maar dat nog steeds een aanzienlijk deel van de bevolking lijdt aan chronische vormen van mondziekten. Bovendien zijn er slechts beperkte gegevens beschikbaar over de mate van mondgezondheid en de toegankelijkheid van de zorg in Nederland. Voorts richt het kwaliteitsbeleid in de mondzorg zich vooral op de randvoorwaarden en minder op de inhoudelijke aspecten van de zorg, terwijl op bewijs gebaseerd handelen niet vanzelfsprekend is. Dit komt onder meer tot uiting in een tekort aan landelijke overeenstemming tussen mondzorgverleners in de vorm van zorginhoudelijke richtlijnen. Hierdoor treden er onverklaarbare verschillen op in behandeling tussen zorgverleners. Ook zijn behandeldoelen niet altijd duidelijk en er is nauwelijks onderzoek naar de doelmatigheid van behandelingen. Het overgrote deel van het wetenschappelijk onderzoek in de mondzorg is overigens fundamenteel van aard of richt zich op toepassing van nieuwe technologie en materialen. Verbetering in deze situatie is mogelijk door middel van het systematisch verzamelen van epidemiologische gegevens via een landelijke monitor, het bepalen van duidelijke behandeldoelen, het ontwikkelen van op bewijs gebaseerde richtlijnen en het stimuleren van de relatie tussen wetenschap en praktijk.

Als reactie op het rapport van de Gezondheidsraad hebben de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) en het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) in de loop van 2012 het initiatief genomen tot het opzetten van een structureel programma voor de ontwikkeling en het gebruik van klinische richtlijnen in de mondzorg. Dit initiatief, met als werktitel 'Kamer Mondzorg', had tot doel met alle partijen in de mondzorg een serieuze aanzet te geven tot het ontwikkelen en uitwerken van een landelijk richtlijnenprogramma. In het voorjaar van 2013 werd dit initiatief door alle betrokken partijen (beroepsorganisaties, wetenschappelijke verenigingen en opleidingen) ondersteund met de ondertekening van een intentieverklaring, waarin zij zich bereid toonden mee te werken aan de opzet van een dergelijk landelijk instituut. De ondertekenaars verklaarden zich daarmee bestuurlijk verantwoordelijk en vormden gezamenlijk de formele opdrachtgevers van het project 'Kamer Mondzorg'. In bijlage 1 is de tekst van de intentieverklaring opgenomen, alsmede een overzicht van alle partijen die deze verklaring hebben ondertekend.

1.2 Doelstelling en opzet project 'Kamer Mondzorg'

De algemene doelstelling van de 'Kamer Mondzorg' is het bevorderen van een wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening binnen de mondzorg door te zorgen voor een vertaling van wetenschappelijke kennis naar de klinische praktijk (op bewijs gebaseerd handelen). Alle betrokken beroepsgroepen, wetenschappelijke verenigingen en opleidingen richten hiertoe in onderlinge samenwerking de aandacht op de ontwikkeling van klinische richtlijnen volgens de EBRO-methode in de mondzorg en op het op basis daarvan hanteren van kwaliteitsindicatoren om zorgdoelen te kunnen

verantwoord (zichtbaar maken). Dit betekent dat onder meer de volgende activiteiten in gang gezet en onderhouden moeten worden.

- Het faciliteren van een 'state of the art' proces van richtlijnontwikkeling.
- Het ervoor zorgen dat ontwikkelde richtlijnen worden gebruikt, zoals bedoeld (implementeren).
- Het evalueren van het gebruik van ontwikkelde richtlijnen (via indicatoren).
- Het onderhouden van ontwikkelde richtlijnen.
- Het beheren en toegankelijk maken van alle actuele richtlijnen binnen de mondzorg.

Een groep 'kwartiermakers', waarin een representatieve vertegenwoordiging van alle partijen participeert onder voorzitterschap van dr. Peter Holland¹, is aan de slag gegaan om concrete stappen te zetten. Ter ondersteuning van de kwartiermakersgroep zijn in mei 2013 twee werkgroepen geformeerd: een werkgroep die zich richt op het juridisch, financieel en organisatorisch vormgeven van een landelijk richtlijneninitiatief (Werkgroep 1) en een werkgroep die zich focust op het ontwikkelen van een te hanteren methodiek van richtlijnontwikkeling en op het opstellen van een werkplan 2014 voor het op te zetten initiatief (Werkgroep 2).

Omdat het onderhavige rapport het advies weergeeft van Werkgroep 2 aan de kwartiermakersgroep, volgt hierna een nadere beschrijving van de opdracht en werkwijze van deze werkgroep. Tot slot volgt een leeswijzer voor het adviesrapport.

1.3 Opdracht en werkwijze

Zoals aangegeven heeft Werkgroep 2 de opdracht om een plan te ontwikkelen en te beschrijven voor de wijze waarop het proces om tot richtlijnen te komen binnen de mondzorg vorm gegeven zou moeten worden en in het bijzonder welke 'spelregels' daarbij horen. Hiertoe wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van enerzijds beschikbare informatie over de 'state of the art' rond richtlijnontwikkeling en anderzijds van de kennis en ervaring van anderen richtlijnenorganisaties. Daarnaast worden de contouren geschetst van een inhoudelijk werkprogramma voor richtlijnen in 2014. Voorts kon vanuit de werkgroep gevraagd en ongevraagd advies worden gegeven aan de kwartiermakersgroep en/of aan Werkgroep 1.²

Tussen mei 2013 en januari 2014 is de werkgroep acht keer voor overleg bijeengekomen. De samenstelling van de werkgroep bestond uit vertegenwoordigers van beroepsorganisaties, wetenschappelijke verenigingen en opleidingen aangevuld met een expert op het terrein van richtlijnontwikkeling van een bestaande richtlijnenorganisatie (NHG). De werkgroep werd voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter en ondersteund door twee bureaumedewerkers van de NMT. Bijlage 2 biedt een overzicht van de samenstelling van Werkgroep 2.

In de aanvangsfase werd de werkgroep nadrukkelijk geconfronteerd met uiteenlopende inzichten vanuit de vertegenwoordigde disciplines over kwaliteit van zorg en de relatie daarvan met richtlijnontwikkeling. Het proces op weg naar 'het spreken van dezelfde taal' vergde extra inspanning en tijd van de werkgroepleden. De vertaalslag werd uiteindelijk vormgegeven door enerzijds het uitvoeren van een gestructureerde sterkte- en zwakteanalyse van het huidige initiatief binnen het krachtenveld van de mondzorg en anderzijds het beschrijven van elementaire vragen zoals: 'wat is mondgezondheid', 'wat is mondzorg', 'waarom wordt er gehandeld, zoals er gehandeld wordt', 'wat wordt de inhoudelijke structuur' en 'hoe creëren we draagvlak'.

1 Peter Holland is van oorsprong gynaecoloog en heeft zich op zeker moment na zijn klinisch werk, volledig gericht op bestuurlijke activiteiten. Zo heeft hij de directie gevoerd binnen verschillende ziekenhuizen, waaronder het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem. Voorts heeft hij enige jaren het voorzitterschap bekleed van de KNMG. De laatste jaren wordt hij als adviseur betrokken bij verschillende kwesties en initiatieven, waarbij de kwaliteit van zorg in het geding is.

2 De opzet van een structuur voor richtlijnontwikkeling binnen de mondzorg is in 2013 gestart met als werktitel 'Kamer Mondzorg', afgekort als 'KM'. Eind 2013 is gekozen voor de naam Kwaliteitsinstituut Mondzorg, afgekort als KiMo. In het vervolg van dit adviesrapport wordt deze nieuwe naam en afkorting gebruikt.

Inhoudelijke discussies en elementaire verschillen van inzicht over kwaliteit van zorg, wie daarvoor verantwoordelijk zijn en welke invloeden van buiten de beroepsgroepen daarbij wel of niet wenselijk geacht worden, zijn tijdens de beraadslagingen niet uit de weg gegaan. Het heeft duidelijk zichtbaar gemaakt dat onderlinge verschillen van inzicht er wel degelijk zijn en dat het vormgeven van een onafhankelijk kennisinstituut omgeven zal blijven door tegenstellingen en onzekerheden, die in zo'n korte voorbereidingsperiode niet volledig zijn weg te nemen.

De werkgroep heeft in relatief korte tijd en gelet op de huidige expertise binnen de mondzorg met betrekking tot EBRO-richtlijnontwikkeling een forse inspanning geleverd om een voldragen advies uit te brengen. Dat brengt met zich mee dat de per hoofdstuk geformuleerde adviezen in een aantal gevallen een nadere uitwerking in de vorm van procedures en werkplannen vragen voordat het richtlijneninitiatief operationeel wordt. Binnen het tijdsbestek waarin de opdracht werd uitgevoerd was daar onvoldoende ruimte voor.

1.4 Leeswijzer

Het resultaat van de werkzaamheden van de werkgroep bestaat uit een rapport, waarin de adviezen zijn verwoord in vijf hoofdstukken.

- De sterkte- en zwakteanalyse was vooral bedoeld om te lokaliseren met welke aspecten de werkgroep gedurende het proces van het ontwikkelen van de methode, de spelregels en de meerjarenagenda rekening diende te houden. Deze analyse is als bijlage 3 bij dit adviesrapport opgenomen. Op basis hiervan en van de voornoemde elementaire vraagstellingen zijn uiteindelijk een inhoudelijke visie en uitgangspunten voor landelijke richtlijnontwikkeling geformuleerd. Deze zijn opgenomen in hoofdstuk 2.
- Met name de consensus over de visie en uitgangspunten hebben een positieve invloed gehad op denkprocessen binnen de werkgroep en heeft het fundament gevormd om het proces van richtlijnontwikkeling voor de mondzorg gemotiveerd verder te expliciteren aan de hand van het document 'Richtlijn voor richtlijnen' (2012). Dit proces wordt omschreven in hoofdstuk 3 met daarin beeldend weergegeven de basisstructuur hiervan. Daarbij is nadrukkelijk rekening gehouden met specifieke karakteristieken van de beroepsuitoefening in de mondzorg.
- Landelijke richtlijnontwikkeling kan geen doel zijn op zich en dient ingebed te zijn in het groter geheel van een integraal landelijk kwaliteitsbeleid. Het ontwikkelen van richtlijnen dient uiteindelijk vooral bij te dragen aan verbetering van de zorg aan patiënten. Mede om die reden verdient het implementeren van richtlijnen in de praktijk hoge prioriteit en is het van belang om vroeg in het ontwikkeltraject rekening daarmee te houden. Vandaar dat de werkgroep daaraan in een apart hoofdstuk 4 expliciet aandacht heeft gegeven.
- Ten behoeve van een meerjarenagenda voor de aanvangsfase van het richtlijneninitiatief is in hoofdstuk 5 door de werkgroep geïnteriseerd welke richtlijnen (nationaal en internationaal) reeds bestaan en welke daarvan al dan niet aan de huidige EBRO-normen voldoen. Voorts is geïnteriseerd welke behoeften en wensen er bij de beroepsgroepen leven met betrekking tot te ontwikkelen richtlijnen. Daarbij zijn ook de wensen over te ontwikkelen richtlijnen meegenomen van alle in het initiatief betrokken wetenschappelijke verenigingen. Deze inventarisaties geven een beeld van de huidige status quo in de mondzorg, waardoor het mogelijk wordt in de aanvangsfase een verantwoorde planning te maken voor het aantal nieuw te ontwikkelen EBRO-richtlijnen, alsook voor het herzien van al bestaande EBRO-richtlijnen.
- Daarbij is een advies uitgebracht over twee concrete onderwerpen die als eerste in aanmerking zouden kunnen komen voor richtlijnontwikkeling. Bij de prioritering ervan is rekening gehouden met de diversiteit van de betrokken beroepsgroepen, het draagvlak binnen de beroepsgroep en de complexiteit van het onderwerp.

2 Visie en uitgangspunten

2.1 Inleiding

Enige decennia geleden ontstond in de geneeskunde een groeiende behoefte om het klinisch handelen af te stemmen op het beste bewijsmateriaal ('evidence-based'), om daarmee klinische beslissingen continu te kunnen verbeteren en 'best practices'³ mogelijk te maken (van Everdingen 2004, Burgers 2004). Onderzoek naar de kwaliteit van zorg in de klinische praktijk heeft daarmee aantoonbaar bijgedragen aan de bewustwording en optimalisering van het professioneel handelen in de gezondheidszorg. In de mondzorg zijn rond de eeuwwisseling door de Nijmeegse onderzoeksgroep Kwaliteit van tandheelkundige zorg de eerste stappen gezet met wetenschappelijk onderzoek naar methoden van richtlijnontwikkeling en implementatie (van der Sanden, 2003; Mettes et al., 2010). Daaraan lag de wens ten grondslag om de voortdurend groeiende kennis uit betrouwbare informatiebronnen te bundelen in beslissingsondersteunende documenten. Structureel 'bijblijven' bleek niet alleen tijdrovend, maar vroeg speciale deskundigheid en was in de dagelijkse praktijk moeilijk uitvoerbaar. Bovendien mag een patiënt rekenen op de meest optimale op bewijs gebaseerde behandeling. Dat dit niet vanzelfsprekend is in de gezondheidszorg wordt aangetoond door onderzoek in de eerste en tweede lijn. Er is sprake van aanwijsbare inadequate zorg; teveel of te weinig handelen evenals vermijdbare schade door voor de patiënt onveilige zorg (Grol, 2003; Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2005; McGlynn et al., 2003).

Ook in de mondzorg is verbetering van professioneel klinisch handelen wenselijk (Gezondheidsraad, 2012). In het rapport van de Gezondheidsraad wordt onder meer gesteld dat er in de afgelopen jaren binnen de mondzorg wel aandacht is geweest voor kwaliteitsbeleid, maar dat daarin de focus vooral is gericht 'op de randvoorwaarden en minder op de inhoudelijke kwaliteit van zorg'. Het op bewijs gebaseerd handelen is nog niet vanzelfsprekend. Waarom dat wel wenselijk wordt geacht wordt in dit hoofdstuk nader beargumenteerd.

Zo wordt in de paragrafen 2.1.1 tot en met 2.1.3 eerst uiteengezet waarom het vanuit maatschappelijk, professioneel en juridisch perspectief van toenemend belang is dat binnen de mondzorg meer aandacht moet komen voor het verantwoorden van de kwaliteit van zorg c.q. transparantie over het professioneel handelen en waarom het systematisch ontwikkelen van richtlijnen als onderdeel van een integraal kwaliteitsbeleid daarbij van belang is. Richtlijnontwikkeling is geen doel op zich, maar wordt nadrukkelijk gewenst vanuit zowel maatschappelijke, professionele als juridische uitgangspunten. In paragraaf 2.2 wordt belicht welke rol richtlijnen in de mondzorg (kunnen) hebben.

Vervolgens worden vanuit het zorginhoudelijke perspectief in paragraaf 2.3 de missie en kernwaarden van de mondzorg beschreven voorafgegaan door een beschrijving van de begrippen mondgezondheid en mondziekten. Hiermee wordt beoogd een algemeen uitgangspunt te formuleren voor de landelijke richtlijnontwikkeling.

Vervolgens zal in paragraaf 2.4 worden ingegaan op wat vanuit patiëntenperspectief mag worden beschouwd als optimale mondzorg. In paragraaf 2.5 worden tenslotte in enkele concluderende zinnen een aantal adviezen verwoord voor de wijze waarop een structuur voor de ontwikkeling en het gebruik van richtlijnen binnen de mondzorg zou kunnen worden opgezet.

2.1.1 Maatschappelijk perspectief

In de loop van de jaren '60 van de vorige eeuw werd vanuit verschillende medische disciplines duidelijk dat er sprake was van onverklaarbare variaties in het handelen van artsen én dus van

³ Best practices staat voor een continue proces van verbeteringen (planning, implementatie en evaluatie van innovaties) van zowel de organisatie van de zorg als de klinische besluitvorming.

kwaliteitsverschillen tussen artsen (Donabedian, 1966; Starfield, 1973). Gedurende meer dan drie decennia heeft kwaliteit van zorg onderzoek (health services research) als inmiddels geaccepteerd wetenschapsgebied bijgedragen aan de maatschappelijke bewustwording en de daaruit voortkomende wens van om onverklaarbare variatie te duiden en zoveel mogelijk te beperken. Vooral dit besef ligt volgens Westert (2006) aan de basis van de maatschappelijke roep om meer transparantie in de zorg.⁴ In aansluiting daarop stelt Delnoij (2009) dat die roep om transparantie in de zorg vooral te maken heeft met een drietal andere ontwikkelingen:

- Ten eerste wordt de afgelopen decennia binnen tal van maatschappelijke sectoren verlangd dat er duidelijkheid bestaat over het handelen van instanties, bedrijven en/of professionals. Voorbeelden daarvan zijn: de informatieplicht van leveranciers aan consumenten van verbruiksgoederen, de wens tot politieke en bestuurlijke transparantie en de wens om zorginstellingen te kunnen vergelijken. De verwachting van het publiek is een antwoord te krijgen op de vraag waar men op kan rekenen bij een product en/of dienst. Delnoij (2009) stelt in dit verband dat 'transparantie nodig is, omdat instellingen en beroepsbeoefenaren moeten laten zien hoe zij collectieve middelen besteden'.
- Voorts heeft de ontwikkeling naar meer transparantie ook te maken met de 'emancipatie van de patiënt' (Delnoij, 2009). Dit gaat over het streven naar meer gelijkwaardigheid in de relatie tussen patiënt en zorgverlener. In het bijzonder op het gebied van medische kennis is er veelal een inherente ongelijkwaardigheid, maar door het beschikbaar stellen van meer zorginformatie kunnen kennisbarrières tot op zekere hoogte worden geslecht.
- Een derde fenomeen dat een rol speelt bij de roep om transparantie is de marktwerking binnen de zorg. Uitgangspunt hierbij is het begrip 'vraaggestuurde zorg', dat wil zeggen zorg in het bijzonder bezien vanuit het perspectief van patiënten. In dat verband is het voor het functioneren van de zorgmarkt onontbeerlijk dat patiënten optimale toegang hebben tot informatie over de zorg.

Kort samengevat kan worden gesteld dat het in de hedendaagse samenleving een breed geaccepteerde norm is om personen die zorg vragen optimaal (wat, hoe en waarom) te informeren over welke zorg in individuele situaties het 'beste' is.

2.1.2 Professionele perspectief

Met het manifest 'Medische professionaliteit' beoogde de KNMG (2007) haar standpunt duidelijk te maken over wat binnen de huidige maatschappelijke verhoudingen de 'betekenis is van de medisch professionele autonomie voor artsen en samenleving'. Professionaliteit, verantwoording afleggen en professionele autonomie zijn daarbij kernbegrippen. Deze begrippen zijn eveneens relevant en toepasbaar binnen de mondzorg en kunnen bijdragen aan de bewustwording rondom het professioneel handelen bij de zorgverlening aan patiënten.⁵

Professionaliteit

Vertrekpunt in het manifest is dat de medisch professional aan een ieder laat zien wat het vertrouwen dat in hem wordt gesteld waard is aan de hand van het dagelijks handelen. Medische professionaliteit is daarmee 'het geheel van waarden, gedragingen en verhoudingen met de samenleving dat het vertrouwen van mensen in artsen ondersteunt en rechtvaardigt'. Deze professionaliteit veronderstelt wederzijds respect, individuele verantwoordelijkheid en het afleggen van verantwoording.

Verantwoordelijkheid heeft daarbij niet alleen betrekking op het nemen van eigen verantwoordelijkheid, maar ook op het delen en verdelen van verantwoordelijkheden met anderen.

4 Transparantie in de zorg wordt door Delnoij (2009) omschreven als meer dan alleen het verzamelen van gegevens over gebruik, kosten en productie van zorg. Het gaat ook over het bieden van informatie over de geleverde kwaliteit en de uitkomsten van zorg, zowel op geaggregeerd niveau als op het niveau van een hele sector, en uitgedrukt per zorgaanbieder; dus bijvoorbeeld per ziekenhuis, verpleeghuis of huisartsenpraktijk.

5 Het navolgende is in hoge mate gebaseerd op de teksten uit het genoemde KNMG-manifest. Er wordt een samenvatting geboden van de meest relevante zaken, waarbij bepaalde tekstgedeelten soms integraal zijn overgenomen.

Er moet daarbij worden bewaakt dat de gedeelde en verdeelde verantwoordelijkheden op elkaar aansluiten. Er moeten duidelijke en sluitende afspraken worden gemaakt, vastgelegd en nagekomen over taken, verantwoordelijkheden en regie. Medische professionals tonen hierbij medisch leiderschap.

Verantwoording afleggen

Belangrijk onderdeel van de verantwoordelijkheid is het afleggen van verantwoording.⁶ Het is voor de medische professional vanzelfsprekend dat hij wil (laten) zien hoe hij zorginhoudelijk handelt en presteert ten opzichte van de professionele standaard (kwaliteitstandaard) en zijn collega's. Systematische bewaking en verbeteringen van kwaliteit van zorg zijn vanzelfsprekende onderdelen van het werk en professionals in de zorg geven daaraan gestalte. Dit behoort tot de professionele verantwoordelijkheid, niet omdat het wordt gevraagd, maar juist omdat het deel uitmaakt van de professionele habitus. Verantwoording afleggen legitimeert het handelen van de medisch professional. Door verantwoording af te leggen, laat deze zien wat medische professionaliteit inhoudt. Dit gebeurt op verschillende niveaus, namelijk aan de patiënt over het medisch handelen, aan de eigen beroepsgroep over het professioneel functioneren en aan de samenleving met wat er aan de zorg bestede middelen is gebeurd.

Professionele autonomie

Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de medisch professional hun individuele gezondheidsbelang voorop stelt. De medisch professional streeft naar de beste kwaliteit van zorg voor de individuele patiënt. Om dit te kunnen doen is het van belang dat de zorgverlener in een zekere autonomie kan handelen. Deze professionele autonomie is als volgt te omschrijven: de vrijheid van oordeelsvorming van de mondzorgverlener om, gegeven de wettelijke kaders en de professionele standaard (kwaliteitstandaard), zonder inmenging van derden, in de individuele mondzorgverlener - patiëntrelatie te komen tot diagnosestelling en advisering over behandeling en/of het verrichten van diagnostische en therapeutische interventies, waarbij inbegrepen het onderzoeken en het geven van raad met als doel de bescherming en/of verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt. De toepassing hiervan is geen vrijblijvende zaak. Als de zorgverlener van de standaard afwijkt zal hij zich daarover moeten kunnen verantwoorden, gebaseerd op zorginhoudelijke deskundigheid én argumentatie. Medisch professionele autonomie is in die zin dan ook 'vrijheid in gebondenheid'.⁷ Het verantwoorden van het wat, het hoe en het waarom van te verlenen (en verleende) zorg is inherent aan en dus onlosmakelijk verbonden met de uitoefening van het beroep van een medisch professional.

2.1.3 Juridische perspectief

De hiervoor beschreven maatschappelijke, professionele en zorginhoudelijke uitgangspunten, die ten grondslag liggen aan de noodzaak om nader invulling te geven aan het afleggen van verantwoording over verleende mondzorg, hebben ook te maken met geldende regelgeving. Daarbij betreft het enerzijds wetten die min of meer een kader bieden, waarbinnen het afleggen van verantwoording een

6 Bij het afleggen van verantwoording is wel noodzakelijk dat vooraf twee doelen worden onderscheiden: 1) leren van ervaringen en 2) controleren. Want als informatie die bedoeld is om (voor intern gebruik) van te leren, wordt aangewend voor (externe) controle, dan is dat een inbreuk op het vertrouwen. Dit zal de bereidheid om gegevens te verzamelen en beschikbaar te stellen doen afnemen. Bij het afleggen van verantwoording moet daarom duidelijk zijn met welk doel, wat voor soort informatie verzameld wordt, hoe vaak, op welke manier, wie er registreert, voor wie de gegevens bestemd zijn, wat er met de gegevens wordt gedaan en last but not least te bepalen wat heeft de medisch professional er zelf aan?

7 De professionele standaard (kwaliteitstandaard) is het geheel van regels en normen waarmee een hulpverlener bij het uitoefenen van zijn werk rekening moet houden, dat zowel technische aspecten van de beroepsuitoefening als normen betreffende de relatie met de patiënt en maatschappelijke zorgvuldigheidseisen omvat (Oorschot et al., 1995; Commissie Herziening Artseneed 2003).

rol speelt. Anderzijds gaat het om wetten, die normen aangeven over de wijzen waarop dat in het vat moeten worden gegoten. Op basis van deze wetgeving dienen zorgverleners zelf invulling te geven aan een eigen kwaliteitsbeleid, zowel ten aanzien van zorginhoudelijke aspecten als ten aanzien van organisatorische aspecten. Hierna volgt een korte schets van de verschillende van belang zijnde wetten.

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg BIG

In deze wet zijn regels vastgelegd over de bevoegdheid van medische zorgverleners, waaronder ook tandartsen en mondhygiënisten. Verder gaat de wet BIG, althans voor tandartsen, ook over de gang van zaken rond het medisch tuchtrecht (Brands en Eijkman, 2000; Brands, 2012).

De Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG)

Deze wet regelt de ontwikkeling, ordening en het toezicht op de markten voor gezondheidszorg. Deze wet bepaalt de instelling van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als zelfstandig bestuursorgaan, dat toezicht houdt op de markten voor zorg. In de WVG staat dat de NZa, bij alles wat zij doet, het belang van de consument voorop moet stellen. Doel van de wet is een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel, het beheersen van kosten in de zorg en de bescherming en bevordering van de positie van de consument (NZa, 2012).

De wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (KCZ)

Het doel van deze wet is tweeledig: enerzijds het bieden van een laagdrempelige klachtmogelijkheid, anderzijds de mogelijkheid voor de zorgaanbieders om te leren van klachten en daarmee de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. De wet verplicht elke zorgaanbieder een klachtenregeling op te stellen. De klachtenregeling moet erin voorzien dat de klachten van patiënten worden behandeld door een klachtencommissie. De zorgaanbieder is verplicht patiënten op de hoogte te stellen van deze regeling. De patiënt kan zelf een klacht indienen of iemand machtigen om dit namens hem te doen (IGZ, 2012).

De Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ)

Deze wet verplicht zorginstellingen hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De wet noemt vier kwaliteitseisen waaraan een instelling moet voldoen: verantwoorde zorg, op kwaliteit gericht beleid, het opzetten van een kwaliteitssysteem en het maken van een jaarverslag. Een zorginstelling moet verantwoorde zorg leveren. Het beleid dat de instelling voert, moet daarom gericht zijn op het in stand houden en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Zorginstellingen zijn op grond van deze wet verplicht calamiteiten en seksueel misbruik, waarbij een patiënt of een zorgverlener van de instelling is betrokken, bij de inspectie te melden. Ook dienen zorginstellingen hun kwaliteitsjaarverslag, waarin zij verantwoording over hun kwaliteitsbeleid afleggen, naar de inspectie en naar patiëntenorganisaties te sturen (IGZ, 2012).

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

In deze wet worden de rechten van patiënten ten opzichte van medische hulpverleners zoals artsen en tandartsen gegarandeerd. De WGBO is van belang voor iedereen die met medische zorg te maken krijgt. Als een zorgverlener een zorgvrager behandelt, is automatisch een geneeskundige behandelingsovereenkomst met hem of haar van kracht. In de WGBO staan de rechten en plichten die bij de behandelingsovereenkomst horen voor de patiënt en de hulpverlener. Deze hebben onder meer betrekking op behandeling, zelfbeschikking, informatie en een second opinion, inzage in medische gegevens, weigeren van behandelingen/toestemming voor behandelingen, geheimhouding en privacy en vrije artsenkeuze, in redelijke mate verlenen van medewerking en bespreken van klachten. Op grond van de WGBO is een (tand)arts onder meer gehouden te handelen conform de geldende professionele standaard. Dit is veelal uitgewerkt in richtlijnen en protocollen. Als bijvoorbeeld een richtlijn formeel is vastgesteld, geldt deze als leidraad voor de beroepsgroep. Een richtlijn is geen

wettelijke voorschrift, maar beschrijft de meest actuele en wetenschappelijk onderbouwde aanpak van een aandoening. Deze aanbevelingen zijn doorgaans gebaseerd op de 'gemiddelde patiënt'. Zorgverleners kunnen zo nodig afwijken van de richtlijn. Soms is dit zelfs noodzakelijk. Als een zorgverlener van de richtlijn afwijkt, is het wel belangrijk dat dit wordt beargumenteerd en gedocumenteerd (Ambulancezorg, 2005). De maatschappelijke norm om patiënten zo goed mogelijk te informeren over het wat, het hoe en het waarom van een behandeling én de notie dat dit een onlosmakelijk onderdeel is van de beroepsuitoefening van (tand)artsen, heeft geresulteerd in een aantal wetten. Hierdoor is het afleggen van verantwoording door mondzorgverleners ook in juridisch opzicht geen vrijblijvendheid.

2.2 De rol van klinische richtlijnen in de mondzorg

Professionele kwaliteit van mondzorg kan worden omschreven als het op basis van actuele kennis, wetenschap en klinische ervaring aanbieden van de best mogelijk zorg op een doelmatige, doeltreffende, patiëntvriendelijke en patiëntveilige wijze (Mettes, 2011). Het afleggen van verantwoording en een toetsbare opstelling van professionals vormen daarbij integrale aspecten van deze professionele kwaliteit van zorg (KNMG, 2007). Beslissingsondersteunende optimale informatiebronnen zoals klinische richtlijnen kunnen daarbij een rol vervullen.⁸

Richtlijnen in de mondzorg

Een algemeen erkend instrument om de kwaliteit van zorg mede vorm te geven is het gebruik van klinische praktijkrichtlijnen. Een klinische praktijkrichtlijn (KPR) is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). In tegenstelling tot een protocol, dat een vast omschreven patroon van opeenvolgende handelingen beschrijft, zijn richtlijnconforme beslissingen bij individuele patiënten altijd onderhevig aan een mate van onzekerheid en dus minder bindend. Dat heeft te maken met de aard van klinische zorg, immers niet iedere patiënt is hetzelfde en wetenschappelijk bewijs met betrekking tot een probleem is niet altijd eenduidig en 'hard' met onderzoek onderbouwd. Naast klinische richtlijnen (KPR's) zijn er ook zogenaamde algemene praktijkrichtlijnen (APR's). Een APR is een leidraad die de professional ondersteunt bij de dagelijkse praktijkvoering en heeft betrekking op organisatie van de zorg, de bejegening van patiënten en de communicatie tussen zorgverleners (van der Sanden et al., 2007). Voorbeelden daarvan zijn APR's met betrekking tot 'horizontale verwijzing', 'patiëntdossier', 'waarneming' en 'second opinion'. Bij het merendeel van deze APR's is geen wetenschappelijk onderbouwd bewijs leidend voor de robuustheid van de aanbevelingen, maar meer wat te doen gebruikelijk is binnen de professie op basis van overeengekomen normen en gedragsregels.

De rol van richtlijnen voor professionals en samenleving

Systematische ontwikkeling van KPR's stimuleert individuele zorgverleners om efficiënt aan kennismanagement te doen, en daarmee 'bij te blijven' met betrekking tot zinvolle innovaties. Bovendien bieden KPR's beslissingsondersteunende kennis die als referentiekader kan dienen voor professionele afstemming bij (multidisciplinaire) samenwerking. Een structurele ontwikkeling van KPR's kan verder een bijdrage leveren aan onderwijs en scholing (medisch-wetenschappelijke professionaliteit) en kennislacunes zichtbaar maken in de klinische mondzorg (Grol en Wensing, 2011). Dat kan richtinggevend zijn voor het bepalen van de agenda voor wetenschappelijk

8 Kwaliteit kan als volgt worden omschreven: in brede zin is het een mate van uitmuntendheid en in engere zin een set van (normeerbare) eigenschappen van een object of product in relatie tot de mate van tevredenheid van de gebruiker (patiënt) en daar ligt de relatie met het primaire proces in de mondzorg.

praktijkgericht onderzoek (Bruers, 2009). Actuele kwaliteitsaspecten, zoals het terugdringen van ongewenste aan zorgverlener gebonden variatie en het opheffen van onvoldoende, overbodige of ongewenste zorg worden beter hanteerbaar. Immers, uit de aanbevelingen in de richtlijn kan onder andere door middel van indicatoren (meetbare aspecten van zorg) zichtbaar worden wat huidige de 'state of the art' in de zorg is. KPR's kunnen daarbij zowel het effectief en efficiënt handelen als de uitkomst van de zorg (verbetering van de gezondheid) beïnvloeden.

Daarop gebaseerde indicatoren tonen de samenleving waar de beroepsgroep voor staat. Het geeft de professionals de gelegenheid te tonen welke kwaliteitsstandaard de 'state of the art' vertegenwoordigt en biedt patiënten inzicht in waar de professie voor staat. Voor patiënten wordt het mogelijk om actief betrokken te worden bij de besluitvorming en daarop invloed uit te oefenen afhankelijk van hun wensen, voorkeuren en beperkingen. Overheid en zorgverzekeraars kunnen respectievelijk hun zorgbeleid en inkoop van zorg afstemmen op 'zichtbare' kwaliteit.

Natuurlijk zijn er ook negatieve aspecten c.q. ervaren beperkingen die bij structurele klinische richtlijnontwikkeling mogelijkterwijs kunnen optreden en/of door zorgverleners als beperkend worden ervaren. Een overzicht van zowel mogelijke bijdragen als beperkingen staat beschreven in tabel 1.

Tabel 1
Mogelijke bijdragen en beperkingen van EBRO-richtlijnontwikkeling (Grol en Wensing, 2011)

MOGELIJKE BIJDAGEN	MOGELIJKE BEPERKINGEN
<p><i>Intern</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Samenvatting wetenschappelijke kennis - Opsporing lacunes in handelen - Onderbouwing en verantwoording beslissingen - Basis voor onderwijs, nascholing en visitatie - Basis voor samenwerkingsafspraken teams - Stimulering doelmatige zorg - Vermindering ongewenste variatie handelen <p><i>Extern</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Samenleving inzicht geven goed handelen - Bijdragen aan betrokkenheid patiënten - Duidelijk maken waar mondzorgverlener voor staat - Vormen van basis voor indicatoren - Bijdragen aan transparante zorg 	<ul style="list-style-type: none"> - 'Kookboek' zorgverlening - Irreële verwachtingen - Professionele weerstand - Angst voor juridische consequenties - Misbruik door overheid en verzekeraars - Te veel beschermen bijzondere professionele belangen

Kansen en uitdagingen

Een succesvol voorbeeld van structurele richtlijnontwikkeling in de eerstelijnszorg vormen de huisartsen verenigd in de wetenschappelijke koepel van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Decennialang hebben ze, door te werken aan een systeem van op het beste bewijs gebaseerde klinische richtlijnen, aangetoond dat het huisartsgeneeskundig handelen als hun professioneel domein dient te worden erkend en hebben zij daarmee hun relevante positie in de eerstelijns zorg geborgd. Voor de mondzorg liggen hier eveneens kansen in een verdere profilering als professionals in de eerstelijns gezondheidszorg.⁹

9 Zie bijlage 3, waarin verslag wordt gedaan van een sterkte-zwakke analyse van het richtlijneninitiatief binnen de mondzorg.

Binnen de gezondheidszorg is uit ervaring en onderzoek gebleken dat de ontwikkeling en de implementatie van richtlijnen een meerjarig proces vergen. Het wordt steeds duidelijker dat de rol van een vroegtijdig doordachte implementatiestrategie tijdens het ontwikkelproces de kans op verbetering in de zorg vergroot. Het ontwikkelen vereist specifieke expertise en kennis, zoals die van klinische epidemiologen, ervaren klinici, database experts, onderzoekers en ondersteuners. Tijdrend en kostbaar. Een kwalitatief optimale ontwikkelde KPR kost gemiddeld 130.000 euro en heeft een ontwikkelingstijd van minimaal 1-1,5 jaar en dat is exclusief de implementatie.

Tot nu toe zijn in de mondzorg en aan de mondzorg gerelateerde zorg zeven evidence-based richtlijnen (EBRO) ontwikkeld, die voldoen aan de AGREE - criteria voor optimale ontwikkeling (Mettes, 2011). In de eerstelijns mondzorg wordt geschat dat de komende jaren enige tientallen KPR's wenselijk zijn. Bij voldoende menskracht kunnen er twee per jaar worden ontwikkeld. De daarvoor noodzakelijke expertise zal vanuit verschillende geledingen binnen en buiten de mondzorg moeten worden gebundeld, zowaar een creatieve professionele en financiële uitdaging. Tegelijkertijd rijzen vragen of deze uitdaging op eigen kracht dan wel in samenwerking met ervaren reeds bestaande organen in de gezondheidszorg moet worden aangegaan!

2.3 Zorginhoudelijk perspectief mondzorg

Deze paragraaf biedt een schets van het zorginhoudelijke kader, waarbinnen de huidige richtlijnontwikkeling in de mondzorg wordt vorm gegeven. Hiertoe zijn om te beginnen de begrippen mondgezondheid en mondziekten omschreven. Van belang is immers uit te gaan van een duidelijke definitie van mondgezondheid en te omschrijven welke typen mondziekten en functiestoornissen zijn te onderscheiden. Vervolgens is aangegeven wat kan worden beschouwd als de missie van de mondzorg en welke kernwaarden bij de uitoefening van de klinische mondzorg gelden op basis van bestaande paradigma's. Daarmee is, als ware het een kompas, een zorginhoudelijke richting aangeduid voor nastrevenswaardige eigentijdse mondzorg.

2.3.1 Mondgezondheid

Het begrip 'mondgezondheid' kan worden beschouwd als de resultante van drie onderling verbonden niveaus:

- de klinische status/conditie (pathofysiologische processen bij multifactoriële mondziekten)
- de mond als functionele eenheid (optimale orale functie)
- de beleving als individu (psychisch, sociaal, kwaliteit van leven).

Daarmee is mondgezondheid een dynamisch begrip en noch voor de drie aspecten noch voor het geheel van de drie niveaus bestaan harde objectieve criteria.

2.3.2 Mondziekten

Mondziekten zijn 'complexe' ziekten, dat wil zeggen dat ze in oorsprong bepaald worden door een combinatie van genetische-, biologische- en omgevings- en gedragscomponenten (leefstijlfactoren). De belangrijkste multifactoriële mondziekten zijn microbiel gemedieerde ziekten zoals cariës, parodontitis met daarnaast verschillende vormen van gebitsslijtage.

Ook tumoren van de slijmvliezen en het orofaciale gebied behoren tot het complex van mondziekten. Daarnaast kan er sprake zijn van functiestoornissen (verlies van kauwfunctie, kaakgewricht problemen, kaak- en tandstandafwijkingen, esthetische afwijkingen) als gevolg van ontwikkelingsproblemen en/of schade opgetreden als gevolg van microbiel gemedieerde ziekten of medicatie (Gezondheidsraad, 2012).

2.3.3 Doel van de mondzorg

Het doel van de mondzorg is het bevorderen van een duurzame mondgezondheid als integraal onderdeel van de algemene gezondheid en het individueel welbevinden.

Specifieke subdoelen, die zich richten op de integrale vakinhoudelijke benadering van mondgezondheid in opeenvolgende fasen, zijn het voorkomen van mondziekten (fase 1), het genezen

van mondziekten (fase 2), het herstel van optimale functie (fase 3) en het bevorderen van de esthetiek van de mond en de kwaliteit van leven (fase 4). Anders gezegd: de missie van mondzorg is het tot stand brengen van een gezonde, functionele, esthetische en comfortabele mond bij patiënten, die gegeven mogelijkheden en omstandigheden, bestand is tegen de natuurlijke veranderingen in iedere levensfase (levensloopbestendig). In tabel 2 wordt deze omschrijving van het doel van de mondzorg modelmatig weergegeven.

Tabel 2
Modelmatige weergave van het doel van integrale mondzorg

	ONDERSCHIEDEN FASEN IN DE INTEGRALE MONDZORG
MONDGEZONDHEID	FASE 1: PREVENTIE EN (VROEG) DIAGNOSTIEK
	<i>Verlenen preventieve zorg (psychisch, sociaal, medisch-tandheelkundig)</i> Preventieve zorg met doorlopende monitoring en sturing op aanleg voor verschillende aandoeningen op basis van erfelijke aanleg en gedrag.
	FASE 2: Pathofysiologie mondziekten en indicatiestelling
	<i>Herstellen opgetreden schade mondziekten/optimale klinische conditie</i> Curatief werken naar een wederom gezonde mond op gebied van de verschillende infectieziekten en slijmvlies afwijkingen in de mond.
	FASE 3: Functieproblemen en indicatiestelling
	<i>Zorgen voor optimale functie (aangezicht, kaken en gewricht)</i> Preventief/curatief werken, waar nodig met groei begeleiding, met streven naar een optimale kauwfunctie en een stabiel kauwstelsel.
	FASE 4: Duurzaamheid comfort en esthetiek
	<i>Streven naar maximaal comfort en esthetiek</i> Onder andere met curatief werken naar een voor de patiënt optimale esthetiek/functie binnen de technische mogelijkheden van de tandheelkunde.

Kernwaarden

Bij het verlenen van mondzorg vanuit deze doelstelling is een aantal kernwaarden te onderscheiden, die gelden als leidraad voor het handelen van professionele mondzorgverleners. Deze kernwaarden, die kunnen worden omschreven als elementaire waarden (op basis van huidige wet- en regelgeving, kennis, klinische ervaring en kwaliteitscriteria) tijdens het vakinhoudelijk en professioneel handelen, vertonen onderlinge samenhang en zijn als het ware randvoorwaarden om het gestelde doel van de mondzorg naar huidige professionele maatstaven te kunnen bereiken en rekening houdend met de algemeen geldende kwaliteitscriteria (IOM, 2001).

- 1 Focus op behoud van de harde en zachte weefsels in mond
- 2 Mondzorg is een cyclisch proces
- 3 Ethisch perspectief van professioneel handelen in de mondzorg
- 4 Op beste bewijs gebaseerd handelen
- 5 Goede communicatie patiënt en zorgverlener
- 6 Samenwerking
- 7 Systematische verslaglegging.

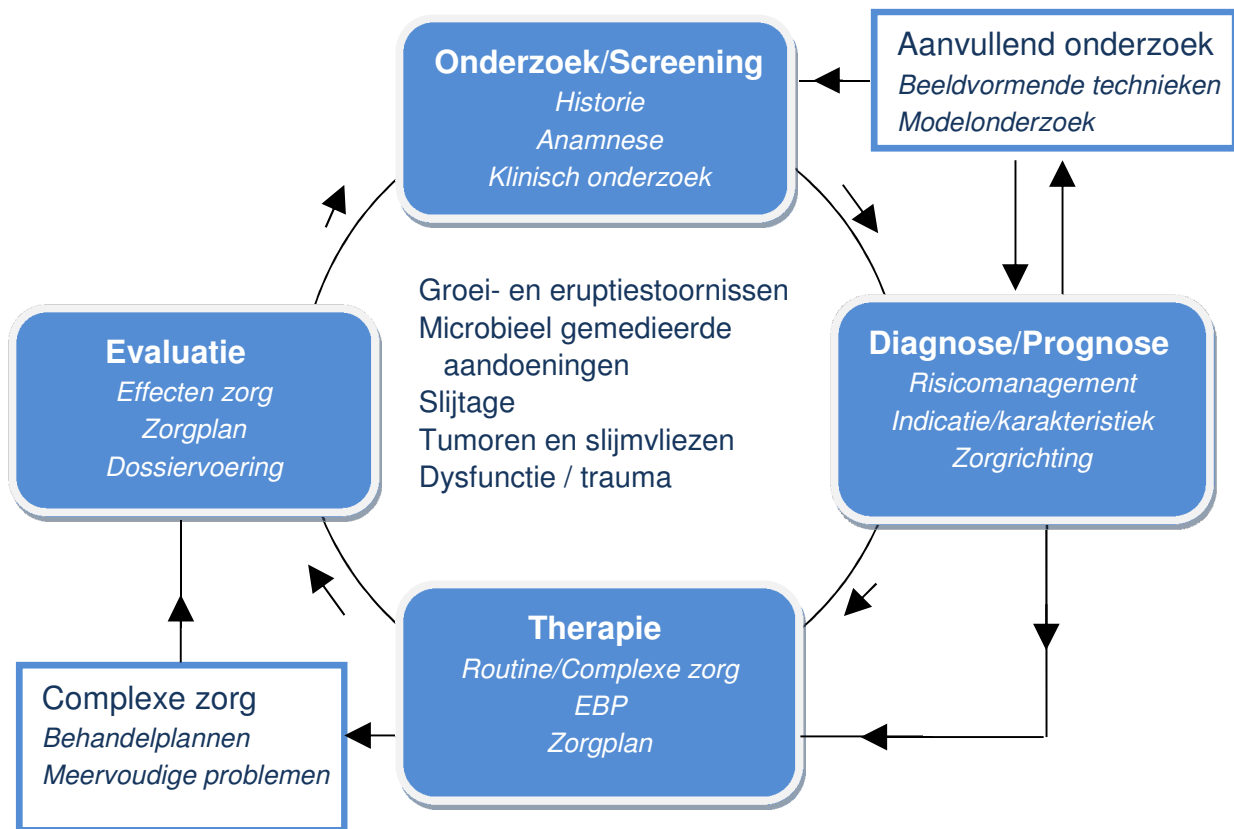
1 Focus op behoud van de harde en zachte weefsels in de mond

Vanuit deze kernwaarde vormen (vroeg) diagnostiek en (daarmee) preventie van mondziekten, functieproblemen en groei- en ontwikkelingsproblemen de eerste strategie in de mondzorg (zie tabel 2) om mondgezondheid te behouden. Elementair hierbij is onderscheid te maken tussen individuen die wel en die niet gevoelig zijn voor mondziekten, functieproblemen en groei- en

ontwikkelingsstoornissen. Het inschatten van risico's is een van de belangrijkste doelen van de *moderne preventieve (mond)zorg*. Dit patiënt gerelateerde risicomanagement leidt tot een risico-inschatting, die ondersteunend kan zijn bij diagnose, prognose en therapie. Bovendien worden patiënten op deze wijze risicobewust gemaakt. Monitoring en preventief ondersteunend beleid en nazorg vormen daarbij een integraal onderdeel.

Als schade en/of afwijkingen door mondziekten optreden, betreft het over het algemeen problemen, waarvoor meestal een curatieve technisch gerichte interventie nodig is. Daarbij is het principe van minimaal invasief ingrijpen bij gelijkwaardige keuzen het uitgangspunt. In het bijzonder ook om redenen van patiëntveiligheid en om al dan niet vermijdbare (iatrogene) schade zoveel mogelijk te beperken. Bij preventieve en curatieve interventies gericht op herstel van schade als gevolg van ziekte-ervaring en/of functieproblemen zijn het streven naar duurzaam behoud van een natuurlijke dentitie respectievelijk het behoud van de processus alveolaris leidend.

Figuur 1
Mondzorgcyclus



2 Mondzorg is een cyclisch proces

Het belang van het periodiek mondonderzoek (PMO) als preventief instrument wordt algemeen onderkend. Het procesmatige verloop van een PMO, dat wil zeggen de opeenvolging van onderzoek/screening, diagnose en prognose, indicatiestelling, therapie en effectevaluatie is een kernwaarde (figuur 1) en geeft inhoud aan de mondzorg als een voortdurend proces (continuïteit).

In het algemeen kan worden gesteld, dat mondzorg een meer proactief karakter heeft. Dit in tegenstelling tot de tandheelkundige zorg, die een meer reactief karakter heeft. Dat leidt tot de logische conclusie dat een meer algemeen zorgplan voor de langere termijn en een meer situatieafhankelijk behandelplan voor de kortere termijn in de aard verschillende vormen van zorguitvoering beschrijven. Bepalend daarbij is dat de zorgrichting als strategie bekend is.

Behandelplannen komen en gaan, maar een zorgplan blijft langer bestaan. De begrippen die leidend zijn bij het borgen van het procesmatige karakter van de mondzorg staan beschreven in tabel 3.

Tabel 3
Begrippen mondzorgproces

ZORGPLAN	Het overzicht van ondersteunende, preventieve en curatieve handelingen en de achtergronden, leidend tot diagnose en prognose, en therapie nodig om het gestelde doel in de zorgrichting (de te bereiken en te handhaven mate van mondgezondheid) te kunnen bereiken en handhaven, inclusief wenselijke evaluatiemomenten, tijdsperioden en betrokken zorgverleners.
BEHANDELPLAN	Beschrijving van de behandeling van een of meerdere problemen, de indicatiestelling, achtergronden en technische uitvoering. Het behandelplan is vooral curatief van aard, heeft een duidelijk begin (indicatie) en afronding (evaluatie). De focus van behandelen is de opgetreden schade/afwijking. Behandelplannen komen en gaan in tegenstelling tot een zorgplan dat met iedere patiënt meereist zolang mondzorg (als levensloopbestendig proces) wordt verleend. Binnen een zorgplan kunnen een of meer behandelplannen herkenbaar worden.

3 *Ethisch perspectief van professioneel handelen*

Het ethisch handelen is een kernwaarde bij het verlenen van zorg. Reden waarom tandartsen en specialisten een eed/gelofte afleggen¹⁰ en mondhygiënist een gedragscode¹¹ kunnen afleggen alvorens het recht te hebben om in de zorg werkzaam te zijn. Besluitvorming vanuit ethisch perspectief is een belangrijke pijler van professionaliteit. Onderdelen daarvan zijn respect voor autonomie bij beslissingen voor zowel zorgverlener als patiënt, expliciete afweging tussen voordelen en nadelen (vermijdbare schade) evenals kosten van interventies, rechtvaardige verdeling van mogelijkheden en middelen tussen groepen, reflectie en verantwoording over de impact van het professioneel handelen.

4 *Op beste bewijs gebaseerd handelen*

Het nemen van beslissingen in de klinische praktijk, gebaseerd op het bewijs, is een kernwaarde. Dit vereist van de professionele mondzorgverlener naast gedegen kennis, ook vaardigheden om bij individuele patiënten relevante gegevens te verzamelen en tot optimale therapeutische interventies te komen. Het hiervoor benodigde leerproces begint bij de opleiding en zet zich voort in een continue proces van bij- en nascholing. Bij dit aspect van 'best practices' zijn de volgende zaken van belang.

- *Wetenschappelijke vorming en klinische ervaring* (het vakmanschap om die zorg uit te voeren) zijn daarbij elementair. De eerste om te kunnen beoordelen in welke mate het wetenschappelijk bewijs

10 De eed of belofte voor tandartsen: 'Ik zweer/beloof dat ik de tandheekunde zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat aan mij is toevertrouwd. Ik zal de tandheekundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk. Ik zal zo het beroep van tandarts in ere houden. Zo waarlijk helpe mij God almachtig/Dat beloof ik.'

11 Beginselverklaring voor de mondhygiënist: 'Ik zal mijn beroep van mondhygiënist zo goed als ik kan uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik stel het belang van de patiënt voorop en respecteer zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister naar de patiënt en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. Ik zal mijn kennis en kunde voortdurend onderhouden en verbeteren en samenwerking met andere zorgverleners bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen en daarbij preventie centraal stellen. Ik zal zo het beroep van mondhygiënist in ere houden.'

betrouwbaar, valide en ook relevant is voor de verbetering van de zorg en de tweede om de klinische toepasbaarheid bij individuele patiënten te kunnen toetsen.

- *Het in samenhang gebruiken van drie kennisbronnen:* het wetenschappelijke bewijs, de individuele patiëntkenmerken (contextueel of klinisch bewijs) en de praktische ervaring en kennis. In de klinische praktijk is de synthese van deze kennisbronnen uitdagend en soms complex, omdat iedere patiënt anders (en elke mond, tand of kies anders is en niet onafhankelijk zijn van elkaar) is en wetenschappelijke kennis zeker niet altijd voldoende voorhanden is.

5 *Goede communicatie patiënt en zorgverlener*

Voor het stimuleren van een actieve participatie van patiënten (en of hun vertegenwoordigers) in de besluitvorming door kennis te nemen van hun voorkeuren, wensen en beperkingen vormt een open communicatie de basis. Zowel mondzorgverlener als patiënt moeten de tijd krijgen om binnen een vertrouwde omgeving te kunnen overleggen over de mogelijke zorgrichtingen en bijbehorende zorgplannen binnen de mondzorgcyclus. Daarvoor zijn meerdere informatiebronnen voorhanden (van foldermateriaal tot informatie op het internet). De verantwoordelijkheid voor de goede communicatie ligt bij beide partijen waarbij het de taak is aan de mondzorgverlener goed en duidelijk informatie te verstrekken en de patiënt (en of hun vertegenwoordiger) de zorgvraag zo goed mogelijk te verwoorden. Tijdens het zorgproces moeten er voldoende momenten van overleg en bezinning zijn om veranderingen in de situatie in de mond of processen buiten deze omgeving, te kunnen communiceren. Bereikbaarheid van de mondzorgverleners is daarbij van groot belang.

6 *Samenwerking*

Samenwerking in de mondzorg is niet meer weg te denken en vormt een integraal onderdeel van het professioneel handelen van mondzorgverleners met uiteenlopende competenties. Samenwerking op basis van open communicatie, bevoegdheid en bekwaamheid van mondzorgverleners is daarbij het uitgangspunt: het delen van kennis en ervaring door middel van gezamenlijke besluitvorming in interdisciplinair teamverband en de beoordeling waar, in welke volgorde en door wie de zorg het meest optimaal kan worden aangeboden. Een voor iedereen in het samenwerkingsverband duidelijke en zichtbare verslaglegging is daarbij een voorwaarde (kernwaarde 7). Essentieel is dat de patiënt en zijn huistandarts gezamenlijk overeenstemming hebben over het zorgplan en dat er duidelijk is voor patiënten en teamleden wie verantwoordelijk is voor de coördinatie van het zorgplan. In goed overleg kan de regie eventueel worden overgedragen aan een andere professional (zie professionaliteit 2.1.2).

7 *Systematische verslaglegging*

Het systematisch documenteren en vastleggen van relevante patiënt gerelateerde gegevens in een (elektronisch) dossier draagt bij aan het optimaliseren van de kwaliteit en veiligheid van mondzorg. Het is eveneens een kernwaarde van het professioneel handelen in de mondzorg. Een (vroeg) diagnose en prognose evenals een onderbouwde risico gerelateerde therapie vormen daarvan een onderdeel. De effecten van de verleende zorg vormen daarbij het sluitstuk en zijn in hoge mate bepalend voor het inzicht in het verloop van het zorgproces en dragen bij aan transparantie en continuïteit voor zowel professionals onderling als de verantwoording naar patiënten. Ook vormt een systematische verslaglegging een essentieel onderdeel in de communicatie tussen de verschillende betrokken mondzorgverleners en de basis voor een optimale samenwerking (kernwaarde 6). Het op duidelijk en traceerbare wijze documenteren van het communicatieproces met betrekking tot invasieve uitgebreide tandheelkundige interventies zoals omschreven in de WGBO wordt beschouwd als onderdeel van deze kernwaarde.

2.4 **Optimale mondzorg vanuit het perspectief van patiënten**

Het moge duidelijk zijn dat de verlening van integrale mondzorg een complex geheel is. Daarbij wordt verondersteld dat het handelen van professionele mondzorgverleners in de verschillende fasen van mondzorg bij patiënten bijdraagt aan een duurzame mondgezondheid en welbevinden. Of de

mondzorg daarmee optimaal genoemd kan worden, is in directe zin niet eenvoudig af te leiden uit de voornoemde kernwaarden. Deze vormen immers meer een leidraad voor mondzorgverleners en hebben niet in alle gevallen direct betrekking op patiënten zelf.

Het patiëntenperspectief bij het verlenen van mondzorg verdient nadrukkelijk aandacht zowel wat de informatie-uitwisseling betreft alsmede de rol van patiënten bij het gezamenlijk nemen van afgewogen behandelbeslissingen en de veiligheid van de verleende zorg. De zes kwaliteitscriteria¹² voor optimale zorg, zoals geformuleerd door het Amerikaanse Institute of Medicine (IOM, 2001) vestigen hierop nadrukkelijk de aandacht. Niet voor niets hebben ook drie van de zes kwaliteitscriteria betrekking op het patiëntperspectief.

2.5 Conclusies

In deze paragraaf worden concluderend de belangrijkste inzichten uit het voorgaande samengevat in adviezen. Hierbij gaat het achtereenvolgens over de inhoudelijke visie en uitgangspunten op basis van kernwaarden en begrippen in de mondzorg en over de doelgroepen waarvoor richtlijnen worden ontwikkeld.

- De geformuleerde begrippen, het proces en de geformuleerde kernwaarden dienen te worden benut als de inhoudelijke uitgangspunten bij de methodiek van richtlijnontwikkeling in de mondzorg.
- Voor de positionering en inhoudelijke componenten van een klinische richtlijn dient gebruik te worden gemaakt van het beschreven fasegewijze structuurmodel en mondzorgcyclus. Op begrijpelijke wijze kan aan de hand hiervan ieder gekozen richtlijnonderwerp worden geclassificeerd naar ziektebeeld en zorgfase.
- Richtlijnontwikkeling in de mondzorg is gericht op de volgende professionele mondzorgverleners¹³: tandartsen, kaakchirurgen, orthodontisten, mondhygiënist en tandprotheticen en indirect op diegenen die onder hun verantwoordelijkheid zorg verlenen.
- Belangrijke uitgangspunten daarbij zijn het aansluiten bij de adviezen van Richtlijn voor Richtlijnen en de lijn die andere beroepsgroepen in de zorg volgen, namelijk richtlijnen ontwikkelen voor academische en hbo-geschoolde professionals. In zoverre het professionals betreft met een ander opleidingsprofiel is het aan te bevelen om met betrekking tot de organisatie van de zorg in de richtlijn te omschrijven hoe die samenwerking, in de vorm van taakverdeling vorm zou kunnen krijgen.

12 De zes kwaliteitscriteria zoals geformuleerd door het IOM (2001): effectiviteit (doeltreffende zorg), efficiency (doelmatige zorg: optimale verhouding kosten en opbrengst c.q. gezondheidswinst), tijdigheid (tijdige diagnose en behandeling evenals continuïteit van de zorg), patiëntgerichtheid (communicatie, besluitvorming, wensen, voorkeuren en klachten), patiëntveiligheid (vermijdbare (iatrogene) schade beperken), toegankelijkheid (risicogroepen en wachttijden).

13 Mondzorgverleners die bevoegd zijn om binnen het wettelijk omschreven deskundigheidsgebied zelfstandig hun beroep uit te oefenen.

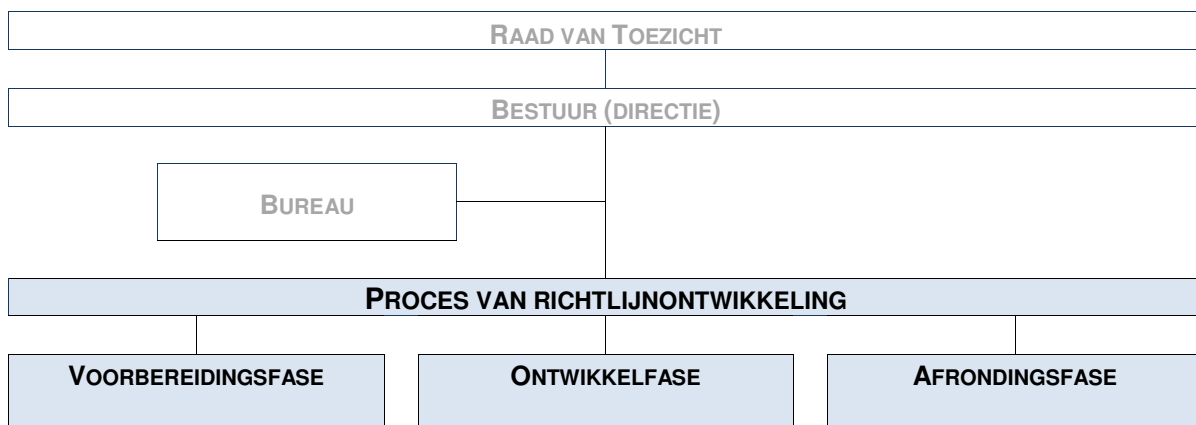
3 Methodiek van klinische richtlijnontwikkeling

3.1 Inleiding

In 2012 presenteerde de Regieraad Kwaliteit van Zorg een herziene versie van de Richtlijn voor Richtlijnen (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). Het betrof een aanpassing en bijstelling van een eerder document uit 2010, dat is opgesteld in opdracht van de Minister van VWS. De Richtlijn voor Richtlijnen is het product van een landelijke werkgroep, die werd samengesteld door de Regieraad bestaande uit richtlijnexperts in Nederland die op persoonlijke titel waren uitgenodigd. In het document worden twintig criteria geformuleerd, waaraan landelijke klinische evidence-based ontwikkelde richtlijnen (EBRO) dienen te voldoen.

Deze in de gezondheidszorg algemeen geaccepteerde criteria, die zijn opgenomen als bijlage 4, vormen het uitgangspunt voor de methodiek van de ontwikkeling van klinische richtlijnen binnen de mondzorg. Vanzelfsprekend kent de mondzorg haar eigen specifieke karakteristieken, waarmee bij de uitwerking van de richtlijnontwikkeling zoveel als mogelijk rekening zal worden gehouden.

Figuur 2
Proces van de ontwikkeling van een richtlijn



Zoals figuur 2 laat zien, bestaat richtlijnontwikkeling volgens de Richtlijn voor Richtlijnen uit drie fasen: de voorbereidingsfase, de ontwikkelfase en de afrondingsfase. Langs deze drie fasen wordt het proces van de ontwikkeling van richtlijnen binnen het Kennisinstituut Mondzorg (KiMo) in dit hoofdstuk beschreven. Per fase wordt beschreven hoe we denken de richtlijnontwikkeling binnen de mondzorg te organiseren, op welke wijze de bijbehorende criteria uit de Richtlijn voor Richtlijnen ingevuld worden en met welke zaken daarbij rekening moet worden gehouden.¹⁴

Binnen KiMo zullen in eerste instantie twee onderscheiden trajecten worden opgezet. Richtlijnen zullen in de aanvangsfase immers niet alleen binnen dit instituut worden ontwikkeld maar ook daarbuiten, bijvoorbeeld op initiatief van een wetenschappelijke vereniging, een universiteit of een andere beroepsgroep met raakvlakken in de mondzorg. In die laatstgenoemde gevallen is het de bedoeling dat zo'n 'externe' richtlijn wel bij KiMo worden aangemeld, dat die ontwikkeld worden volgens de EBRO-methode en dat de autorisatie binnen KiMo plaatsvindt.

¹⁴ In de teksten worden in een aantal gevallen tekstpassages uit dit document benut. De betreffende passages staan dan tussen aanhalingstekens.

Hierna zal voor beide trajecten worden beschreven op welke wijze wordt voorgesteld die op te zetten in de geest van de criteria van de Richtlijn voor Richtlijnen.¹⁵ Eerst zal worden ingegaan op het traject van richtlijnontwikkeling binnen KiMo (paragrafen 3.2, 3.3 en 3.4). Daarna zal het traject worden geschetst voor richtlijnen, die betrekking hebben op de mondzorg en die buiten KiMo worden ontwikkeld (paragraaf 3.5). Op voorhand kan al worden aangegeven, dat het hierbij niet zal gaan om een compleet verschillend traject, maar meer om het op een andere manier 'instromen' in de procedures van KiMo.

3.2 Voorbereidingsfase voor richtlijnen

In de voorbereidingsfase van de ontwikkeling van een richtlijn dienen het onderwerp, het doel en de doelgroep(en) van een richtlijn te worden bepaald. Gezien het feit dat binnen de mondzorg verschillende beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen actief zijn, is het van belang in de voorbereidingsfase te identificeren welke professionals daarbij betrokken c.q. gehoord moeten worden. Op basis van een knelpuntenanalyse worden gerichte uitgangsvragen geformuleerd, die uiteindelijk moeten uitmonden in een concrete werkopdracht voor een te ontwikkelen richtlijn. Voor het bepalen van een onderwerp voor zo'n richtlijn met de daarbij behorende werkopdracht wordt door een richtlijnadviescommissie (RAC) een advies uitgebracht. Het KiMo-bestuur neemt op basis van dit advies een gemotiveerd besluit om een richtlijn daadwerkelijk te ontwikkelen en stelt de werkopdracht vast.¹⁶ 'Gemotiveerd' omdat het bestuur de Raad van Toezicht (RvT) in haar jaarplannen en -verslagen moet kunnen laten zien wat de overwegingen zijn om een advies van het RAC wel of niet over te nemen.

Taken Richtlijnadviescommissie (RAC)

- Op basis van de aangedragen potentiële onderwerpen uit het veld (actieve beroepsgroepen, wetenschappelijke verenigingen, opleidingen) of vanuit externen (overheid, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties) is het de hoofdtaak van de richtlijnadviescommissie (RAC) om onderwerpen voor richtlijnontwikkeling te inventariseren, te prioriteren en op basis daarvan adviezen uit te brengen over onderwerpen die voor de ontwikkeling van richtlijnen in aanmerking komen.
- Elk advies tot ontwikkeling van een richtlijn gaat gepaard met een werkopdracht, die is gebaseerd op een knelpuntenanalyse en waarin het onderwerp wordt afgebakend door nadrukkelijk te verwoorden, welke concrete problematiek de beoogde richtlijn zal moeten behandelen. Hierbij horen gerichte uitgangsvragen, waarin duidelijk wordt verwoord waar de richtlijn wel en waar de richtlijn niet over gaat. Daarbij wordt ook benoemd welke beroepen en welke zorggebruikers primair betrokken zijn bij de beoogde richtlijn.
- Het RAC kan gevraagd en ongevraagd advies uitbrengen aan het KiMo-bestuur over het projectplan voor een te ontwikkelen richtlijn (uitgewerkte werkopdracht), de evaluatie en het onderhoud van reeds bestaande richtlijnen.

Samenstelling richtlijnadviescommissie (RAC)

- De RAC is een vaste commissie die voor een bepaalde termijn (3 à 4 jaar) door het KiMo-bestuur zal worden benoemd. De kern van deze adviescommissie wordt gevormd door ervaren mondzorgverleners, die actief zijn in de patiëntbehandeling en die affiniteit hebben met onderzoek en kwaliteit van zorg. Als geheel vormen deze mondzorgverleners een representatieve afspiegeling van de verschillende beroepsgroepen binnen de mondzorg.
- Voorts wordt een vertegenwoordiger van de opleidingen op persoonlijke titel (zonder last of ruggespraak) in de RAC opgenomen, als mede een persoon met specifieke expertise wat betreft

¹⁵ In werkelijkheid zal de situatie rondom richtlijnontwikkeling nog complexer zijn. Want het zal ook voorkomen dat multidisciplinaire richtlijnen worden ontwikkeld, waarbij KiMo op enigerlei wijze wordt betrokken. Voor dergelijke samenwerkingen met andere richtlijnorganisaties, zal het bestuur een procedure moeten uitwerken om KiMo een herkenbare rol te geven in dergelijke multidisciplinaire richtlijninitiatieven.

¹⁶ Vooral nog wordt voor de samenstelling van KiMo gedacht aan een eenhoofdig bestuur, tevens directeur.

technieken en methoden op het gebied van richtlijnontwikkeling. De commissie wordt voorgezeten door een onafhankelijk voorzitter, ondersteund door een professionele secretaris (medewerker KiMo).

Samenvattend zou de samenstelling van het RAC er als volgt uit kunnen zien:

- onafhankelijk voorzitter
- professionele secretaris
- 8 à 10 leden, mondzorgverleners
- 1 lid, vertegenwoordiger opleidingen
- 1 lid, expert op het gebied richtlijnontwikkeling.

Voor de beginperiode zou met het oog op het draagvlak kunnen worden overwogen om de afvaardiging van mondzorgverleners in de RAC groter te maken (10 à 12 leden).

- Patiënten zullen niet direct worden vertegenwoordigd in de RAC. Desalniettemin is het wel van belang om aandacht te geven aan het patiëntenperspectief. Er zijn verschillende manieren denkbaar waarop de zienswijzen van patiënten over een bepaald onderwerp kunnen worden ingebracht (focusgroepen, raadpleging patiëntenorganisaties e.a.). Het zal daarom een vast onderdeel vormen van de werkopdracht om aan te geven op welke wijze het patiëntenperspectief aandacht krijgt.¹⁷
- Verzekeraars worden niet vertegenwoordigd in het RAC. Als dat relevant wordt bevonden kunnen verzekeraars door het RAC te allen tijde worden geraadpleegd.
- Leden treden aan en af volgens een getrappt aftreedschema om zodoende continuïteit in de raad te borgen.
- Ter bevordering van deskundigheid zullen de leden van de RAC door KiMo in staat worden gesteld aanvullende scholing over EBRO-richtlijnontwikkeling en implementatie van zorginnovaties te volgen.

3.3 Ontwikkelfase voor richtlijnen

Naar aanleiding van een door de RAC geformuleerde werkopdracht wordt door het KiMo-bestuur een richtlijnontwikkelcommissie (ROC) geformeerd, die zich specifiek gaat bezighouden met de ontwikkeling van een beoogde richtlijn. Hiertoe worden een voorzitter, een secretaris en leden benoemd en worden de taken en verantwoordelijkheden van de ROC bepaald.

Werkwijze richtlijnontwikkelcommissie (ROC)

- Op basis van de werkopdracht van het KiMo-bestuur start een ROC de ontwikkeling van een richtlijn zo nodig met een nadere probleem- en knelpuntenanalyse, die zich kan richten op 'zowel de inhoud als de organisatie van zorg'. Op grond daarvan worden expliciete uitgangsvragen opgesteld, die al naargelang betrekking hebben op 'etiologie, screening en preventie, diagnostiek, therapie en begeleiding, prognose en follow-up en/of organisatie van zorg'. Hierbij is het de bedoeling dat het ROC ook nadrukkelijk aandacht besteed aan het patiëntenperspectief.
- Vervolgens wordt door een informatiedeskundige(n) en een methodoloog van de ROC met behulp van een doordachte zoekstrategie de relevante wetenschappelijke literatuur opgespoord, kritisch beoordeeld en gegradeerd, systematisch samengevat en transparant gepresenteerd in de vorm van de aanbevelingen van de richtlijn. Twee zaken zijn daarbij van belang.
 - Er wordt expliciet beschreven welke standaardmethode of protocol daarvoor is gebruikt om tot consensus over de aanbevelingen te komen, zodat duidelijk wordt op welk onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal die zijn gestoeld. Bij het opstellen van de aanbevelingen worden gezondheidswinst, bijwerkingen, veiligheid, doelmatigheid en bevorderende en

¹⁷ Uitgebreide informatie is te vinden in het 'Toetsingskader Kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten' dat onlangs door het Kwaliteitsinstituut van het College van Zorgverzekeringen werd vastgesteld (2013) en in de 'Blauwdruk patiëntenparticipatie in richtlijnontwikkeling; Leidraad voor richtlijnmakers' (CBO en NPCF, 2010).

belemmerende factoren voor toepassing van de richtlijn aan de orde gesteld. De implementatie van de richtlijn, dat wil zeggen het organiseren van het gebruik van een richtlijn, verdient sowieso de nodige aandacht. Met name de verantwoordelijkheden van betrokkenen met betrekking tot de organisatie van de uitvoering moeten worden benoemd (zie hoofdstuk 4).

- In de aanbevelingen wordt 'concreet en nauwkeurig beschreven welk beleid in bepaalde situaties bij een welomschreven patiëntengroep geschikt wordt geacht. Duidelijk is welke actie wordt aanbevolen en wat het doel is. Een aanbeveling is zo geformuleerd dat duidelijk wordt hoe krachtig die moet worden opgevat. Als er voldoende bewijs is voor de meerwaarde van een nieuwe interventie ten opzichte van een bestaande interventie, wordt de voorkeur uitgesproken voor de nieuwe interventie. Als het niet goed mogelijk is een keuze te maken, (c.q. bij gelijkwaardige keuzeopties) worden de voor- en nadelen van de verschillende beleidsopties beschreven om de besluitvorming in de praktijk te ondersteunen. Bij het opstellen van aanbevelingen wordt rekening gehouden met de acceptatie en uitvoerbaarheid hiervan'.
- In relatie tot het voorgaande wordt in de richtlijn door de ROC tevens beschreven op welke vlakken er sprake is van een kennislacune, als gevolg van gebrek aan bewijs, conflicterend bewijs of geen bewijs voor het beantwoorden van een uitgangsvraag. Bijkomend doel is om op basis van deze kennislacunes een beeld te vormen van de behoefte aan onderzoek naar voor de praktijk belangrijke evidentie.
- Voorts wordt in de richtlijn aandacht besteed aan de doelmatigheid, dat wil zeggen aan de financiële consequenties van aanbevelingen. Inzicht hierin is 'nodig om maatschappelijk verantwoorde keuzes te maken bij de besteding van middelen in de zorg. Het is belangrijk dat grote organisatorische en financiële consequenties van aanbevelingen besproken of berekend worden en dat er een uitspraak over gedaan wordt'.
- De ROC brengt ook advies uit over het maken van afspraken met betrekking tot de termijnen waarbinnen de richtlijn moet worden herzien. Leidend daarvoor is de verwachte snelheid van wetenschappelijke ontwikkelingen (eventueel met marge) en van (wetenschappelijke) inzichten die tot andere aanbevelingen kunnen leiden ten aanzien van onbeantwoorde knelpunten in een richtlijn.

Indicatoren

- Aan elke richtlijn dienen door de ROC indicatoren te worden gekoppeld, op basis waarvan kan worden 'gemeten' in hoeverre een mondzorgverlener richtlijnconform handelt en/of de implementatie van de aanbevelingen in de richtlijn leidt tot de te verwachten gezondheidswinst. Afhankelijk van de uitgangsvragen dienen daartoe keuzes te worden gemaakt over de soort indicatoren die relevant worden geacht (structuur-, proces- of uitkomstindicatoren).
- Om een indicatie te krijgen van de praktische bruikbaarheid voor de mondzorgverlener kan worden gedacht aan een proces- of een uitkomstindicator. Wat betreft doelmatigheid van zorg en/of keuze-informatie voor de patiënt kan het om een uitkomstindicator gaan, die is gebaseerd op patiëntervaringen.¹⁸
- Uitkomstindicatoren zullen doorgaans worden geformuleerd in termen van doelmatigheid, doeltreffendheid en kwaliteit van leven, aangezien de gezondheidswinst en de daarvoor benodigde kosten veelal belangrijke beoordelingscriteria zijn.
- In het volgende hoofdstuk over implementatie zal nader worden ingegaan op de inzet en het gebruik van indicatoren.

18 PROM staat voor 'Patient Reported Outcome Measures'. Hiermee wordt een indicator bedoeld, die is gericht op de gezondheid, het (lichamelijk) functioneren en het welbevinden van patiënten en waarvoor patiënten zelf de informatie leveren. Dit gebeurt veelal via een gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijst. Zie: Dawson J, Doll H, Fitzpatrick R, Jenkinson C, Carr AJ. The routine use of patient reported outcome measures in healthcare settings. *BMJ* 2010; 340: c186.

Vormgeving van een richtlijn

- De (digitale en/of analoge) vormgeving van de richtlijn door de ROC kent vaste onderdelen. 'De richtlijntekst bevat altijd een zorginhoudelijk deel en een algemeen deel. Het zorginhoudelijke deel bestaat uit de uitgangsvragen. Daarbij wordt ook de relatie gelegd met het proces van mondzorgverlening en de daarbij onderscheiden kernwaarden (zie hoofdstuk 2). Voorts biedt het zorginhoudelijke deel 'de systematische samenvattingen van het wetenschappelijk bewijs en de daarop gebaseerde conclusies, aanvullende discussie en meningsvorming en aanbevelingen voor de praktijk'. 'Het algemene deel beschrijft het doel, de doelgroep(en), werkwijze en totstandkoming'.
- De richtlijn bevat tevens een toegankelijke en 'handzame samenvatting, geschikt voor directe raadpleging in de praktijk en afgestemd op de behoeften van zorgprofessionals en zorggebruikers'

Samenstelling richtlijnontwikkelcommissies (ROC's)

- Per te ontwikkelen richtlijn benoemt het KiMo-bestuur een ROC. Daartoe worden 'op inhoud' leden voor de commissie geworven. Zo wordt, naast inhoudelijke expertise, ook rekening gehouden met het karakter van de te ontwikkelen klinische richtlijn. Gaat het om een breed multidisciplinair onderwerp, een minder omvangrijk monodisciplinair onderwerp of om een 'klein' onderwerp zonder duidelijke probleemeigenaar.
- Binnen elke ROC wordt verder voorzien in leden met specifieke expertise wat betreft technieken en methoden op het gebied van richtlijnontwikkeling. De commissie wordt voorgezeten door een voorzitter, voor wie vooraf door KiMo een specifiek functieprofiel is opgesteld (wel of geen bekendheid met het onderhavige onderwerp, achtergrond, vaardigheden e.d.). De voorzitter wordt ondersteund door een professioneel secretaris, vanuit het KiMo.
- Samenvattend zou de samenstelling van een ROC er als volgt uit kunnen zien:
 - ervaren voorzitter met deskundigheid en/of affiniteit met onderhavige onderwerp
 - professionele secretaris (medewerker KiMo)
 - 6 à 8 leden, waaronder ervaren (mond)zorgverleners met aantoonbare expertise op het onderhavige onderwerp, bij voorkeur vanuit de wetenschappelijke verenigingen
 - 2 à 3 leden, waaronder expert op het gebied van literatuurverzameling en - verwerking, methodologie en implementatie (al dan niet KiMo-medewerkers)
- Leden van een ROC worden in voorbereiding op hun rol in de commissie door het KiMo-bestuur in de gelegenheid gesteld een scholing te volgen in EBRO-richtlijnontwikkeling.

3.4 Afrondingsfase voor richtlijnen

In de afrondingsfase gaat het om twee wezenlijk van elkaar gescheiden onderdelen: de commentaarronde bij alle betrokken beroepsgroepen en het eventueel uittesten van de conceptrichtlijn waarna bij succesvolle afronding (mogelijke aanpassingen door de ROC) vervolgens de formele autorisatie plaatsvindt.

Commentaarronde

- In de commentaarronde worden experts en toekomstige gebruikers van de richtlijn gevraagd die te toetsen op inhoud en toepasbaarheid. Het commentaar wordt bij voorkeur gevraagd via de betrokken wetenschappelijke en beroepsverenigingen en eventueel via de patiëntenorganisaties. Deze raadpleging kan op verschillende wijzen worden georganiseerd: via de betrokken verenigingen, tijdens een 'invitational conference', op een landelijke openbare bijeenkomst, via vragenlijstonderzoek of door een praktijktest met een concept van de richtlijn. De commentaarronde dient een vaste en beperkte tijdsperiode te omvatten (6-8 weken).

Autorisatie

- Na verwerking van het ontvangen commentaar door de ROC dient de richtlijn te worden geautoriseerd. Dit betekent het formeel accorderen door de primair betrokken beroepsgroepen na

een finale beoordeling van de gevolgde procedure, de wetenschappelijke onderbouwing van de inhoud, de toepasbaar- en haalbaarheid van de richtlijn en de consistentie met andere richtlijnen op aanpalende gebieden. Onderdeel hiervan is de gevalideerde toetsing van de methode van richtlijnontwikkeling (AGREE).¹⁹

- Patiëntenorganisatie(s) dienen ook te worden gevraagd om goedkeuring te geven, op ten minste de door hen ingebrachte en in de richtlijn uitgewerkte knelpunten.
- Het is niet de bedoeling om tijdens de autorisatieronde nieuwe inhoudelijke discussiepunten aan te kaarten, daar is de commentaarrronde voor bestemd.
- Het ligt voor de hand om de autorisatie binnen KiMo te organiseren, omdat de verschillende beroepsgroepen zich hierbinnen hebben georganiseerd met als doel de richtlijnontwikkeling binnen de mondzorg te structureren. In het bijzonder als het proces van richtlijnontwikkeling zorgvuldig en professioneel is doorlopen (afgewogen keuze voor een onderwerp, ontwikkeling via EBRO-systematiek, commentaarrronde), is dit een legitieme, aanvaardbare en nastrevenswaardige aanpak. De autorisatie kan op tal van manieren worden georganiseerd, uiteenlopend van een breed samengestelde tot een kleine selectieve autorisatiecommissie, die volledig vast dan wel volledig variabel of deels vast of deels variabel wordt samengesteld. Voor KiMo wordt geopteerd voor een Richtlijnautorisatieraad (RAR) van bescheiden omvang, die voor een vaste periode wordt benoemd door het bestuur, in afstemming met de RvT. In het proces van autorisatie vervult de RAR binnen dit kader een eigenstandige en onafhankelijke rol.
- Bij de start van KiMo zal een nader format worden uitgeschreven voor de gehele autorisatieprocedure. Daarbij zal rekening worden gehouden met relevante aspecten uit de nieuwe wet cliëntrecht.

Samenstelling Richtlijnautorisatieraad (RAR)

- De RAR bestaat uit enkele 'vaste' leden die voor een bepaalde termijn (3 à 4 jaar) door het bestuur worden benoemd. Voorts kunnen 'variabele' leden worden benoemd, die specifieke expertise hebben op het terrein van het specifieke onderwerp van de richtlijn.
- De raad heeft een vaste, onafhankelijke voorzitter.
- In de raad hebben mondzorgverleners met (specifieke) expertise zitting.
- De 'vaste' leden van de RAR treden aan en af volgens een getrappt aftreedschema om zodoende continuïteit in de raad te borgen.

Vorbereiding implementatie

- Als de richtlijn er eenmaal is, geaccordeerd en wel, dan volgt de implementatie. Daaronder vallen alle activiteiten, die zijn bedoeld om de beroepsbeoefenaren in het veld vertrouwd te maken met de inhoud van de richtlijn én hen te stimuleren om in hun zorgverlening daadwerkelijk gebruik te maken van de adviezen in de richtlijn. De uitvoering van deze belangrijke fase valt strikt genomen buiten het ontwikkelen en zal daarom apart worden behandeld in het volgende hoofdstuk. Dit laat onverlet dat vroegtijdig in het hiervoor beschreven proces van richtlijnontwikkeling al rekening moet zijn gehouden met de implementatie van de richtlijn.

3.5 Procedure voor 'zij-instromende' richtlijnen

Vanuit de algemene doelstelling heeft KiMo als belangrijkste functie het faciliteren van het proces van ontwikkeling en gebruik van richtlijnen door de gezamenlijke beroepsorganisaties, wetenschappelijke verenigingen en opleidingen in de mondzorg. Naast het ontwikkelen van richtlijnen volgens de EBRO-methode betekent dit dus ook het zorgen voor een adequate implementatie, het evalueren en het

¹⁹ Voor het beoordelen van de kwaliteit van klinische richtlijnen is sinds 2001 een instrument beschikbaar: het 'AGREE-instrument' (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). Deze checklist is ontwikkeld door een groep onderzoekers uit dertien landen (the AGREE Collaboration). Het is een algemeen hulpmiddel voor richtlijnmakers en -gebruikers om de methodologische kwaliteit van klinische richtlijnen te beoordelen.

onderhouden van richtlijnen. Een bijkomende functie betreft het beheren en coördineren van alle 'richtlijnproducten', onder meer door te zorgen voor een registratie van alle actuele richtlijnen en het toegankelijk maken van die richtlijnen.

In relatie hiermee heeft KiMo een taak in het coördineren van richtlijninitiatieven binnen de mondzorg. Ook buiten KiMo worden richtlijnen ontwikkeld, bijvoorbeeld op initiatief van wetenschappelijke verenigingen. Om er voor te zorgen dat deze 'zij-instromende' richtlijnen structureel binnen het KiMo-initiatief worden opgenomen, is het van groot belang dat er een specifieke procedure wordt opgezet. Hierin zouden dan spelregels kunnen worden opgenomen om het voor 'externen' mogelijk te maken een richtlijn te ontwikkelen en deze bij KiMo onder te brengen. Deze spelregels zouden dan betrekking moeten hebben op het kunnen aanmelden van een 'extern' te ontwikkelen EBRO-richtlijn in de mondzorg en op het autoriseren van een dergelijke richtlijn binnen KiMo volgens de daartoe opgezette procedure. Daarmee kan het een richtlijn worden die verder onderdeel is van KiMo en als zodanig wordt meegenomen in de op te zetten reguliere implementatietrajecten en de herzieningsprocedure.

Met deze procedure voor 'zij-instromende' richtlijnen komen er ook taken te liggen bij de RAC en de RAR en vraagt het van het bestuur en de ondersteuning vanuit het KiMo-bureau de nodige aandacht en passende financiële middelen. Dit alles zal in de nadere uitwerking van KiMo nadere invulling moeten krijgen, als er daadwerkelijk een 'externe' richtlijn bij KiMo wordt ingebracht. Zeker in de aanvangsfase van KiMo is dit voorstelbaar, omdat dit kennisinstituut tijd nodig heeft om tot volle wasdom te komen.

3.6 Conclusies

Geadviseerd wordt met KiMo een onafhankelijke structuur op te zetten, waarbinnen voor de mondzorg klinische richtlijnen kunnen worden ontwikkeld volgens 'state of the art'. Daarom wordt voorgesteld om in de geest van de Richtlijn voor Richtlijnen (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012) voor de ontwikkeling van richtlijnen binnen de mondzorg binnen KiMo een aantal samenhangende deelprocessen op te zetten. Ten behoeve van de uitvoering van deze deelprocessen zouden afzonderlijke 'uitvoeringslagen' moeten worden uitgewerkt, die functioneren onder de verantwoordelijkheid van het bestuur, in afstemming met de Raad van Toezicht (RvT).

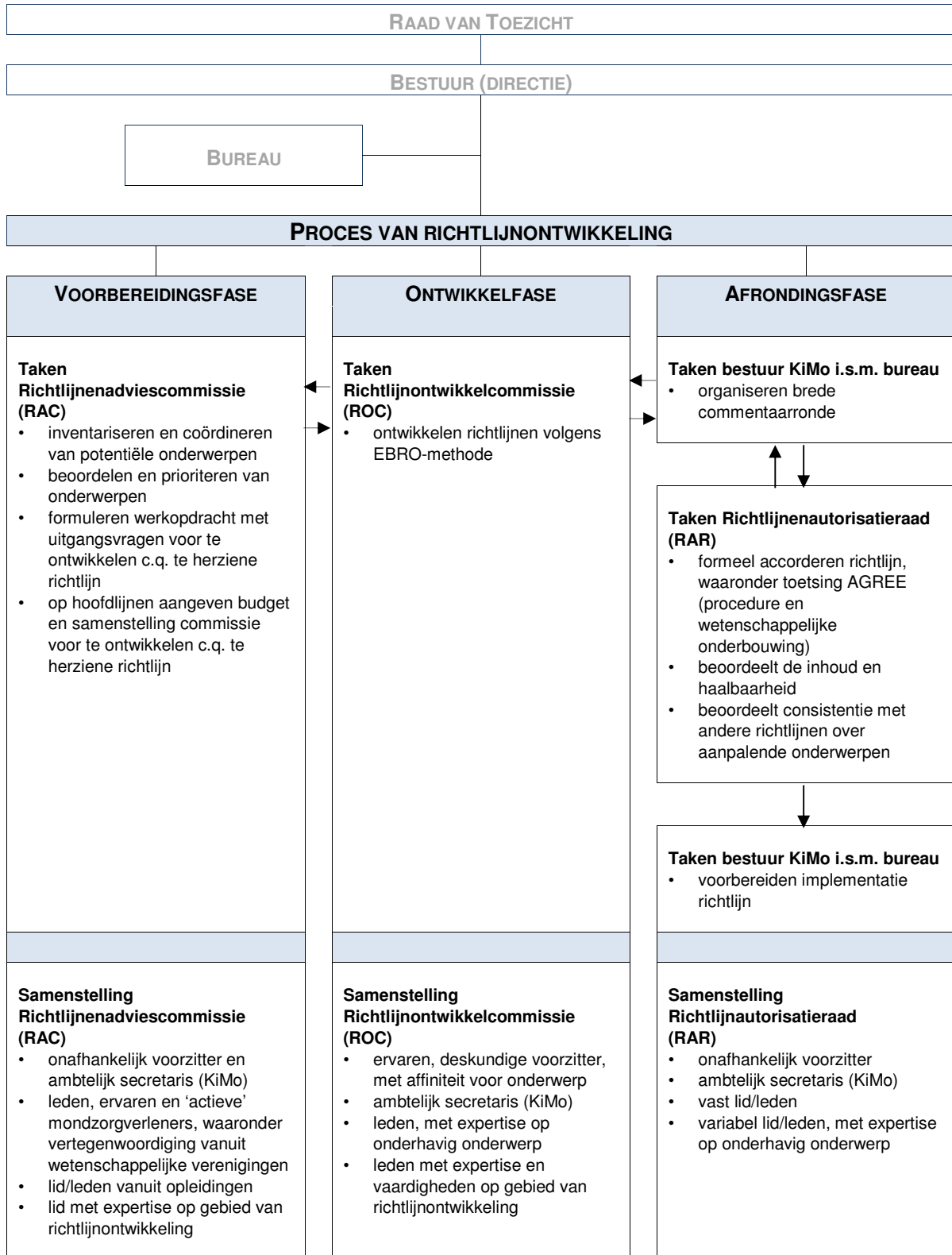
- Een deelproces waarin onderwerpen voor richtlijnontwikkeling worden geïnterpreteerd, geprioriteerd en op basis van een knelpuntenanalyse worden geconcretiseerd in een duidelijke werkopdracht. Uitvoering hiervan zou moeten komen te liggen bij de Richtlijnadviescommissie (RAC).
- Een deelproces waarin een richtlijn feitelijk wordt ontwikkeld volgens de EBRO-methode door een specifiek daarvoor in te stellen richtlijnontwikkelcommissie (ROC), daarbij ondersteund door professionele ondersteuning vanuit het KiMo-bureau.
- Een deelproces waarin een in concept ontwikkelde richtlijn voor commentaar wordt uitgezet bij de beroepsgroepen die daarmee in de zorgverlening krijgen te maken. Zo'n commentaaronde, die rechtstreeks vanuit het KiMo-bureau wordt uitgevoerd, is op verschillende manieren vorm te geven afhankelijk van aard, type en inhoud van een richtlijn.
- Een deelproces waarin de autorisatie (formele accordering) van een richtlijn op een onafhankelijke wijze wordt uitgevoerd, waarbij de focus ligt op een beoordeling van de gevolgde procedure bij de ontwikkeling van de richtlijn, de inhoud en de toepasbaarheid ervan.

Onderstaande figuur 3 biedt een samenvattend overzicht van de taken en de samenstelling van de 'uitvoerders' in het proces van richtlijnontwikkeling.

In het bijzonder voor de aanvangsfase wordt geadviseerd een heldere procedure op te stellen voor opname van richtlijnen binnen de mondzorg, ook die buiten KiMo worden ontwikkeld. Mits dergelijke richtlijnen tot stand zijn gekomen via de EBRO-methode, is de gedachte dergelijke richtlijnen te incorporeren door de autorisatie binnen KiMo uit te voeren conform de daarvoor voorgestelde aanpak. Voorts wordt geadviseerd ook de implementatie en de herziening van zo'n richtlijn vanuit KiMo te

organiseren. Het is van eminent belang dat in deze fase alle betrokken partijen in de mondzorg bij de oprichting van KiMo hierover consensus bereiken.

Figuur 3
Proces van de ontwikkeling van een richtlijn



4 Implementatie en evaluatie van klinische richtlijnen

'Elke verbetering behoeft verandering, maar niet elke verandering is een verbetering'
 David Berwick, 2002

4.1 Inleiding

Het implementeren van nieuwe manieren van werken en/of verbeteringen bij het professioneel handelen in de praktijk kan niet alleen worden ingegeven door innovatieve wetenschappelijke kennis, maar ook door de constatering dat de actuele zorg niet optimaal functioneert. Men zou verwachten dat hierop gerichte verbeteracties een zodanige verandering teweegbrengen dat ze worden opgenomen in dagelijkse werkrouines. Uit onderzoek over de afgelopen decennia blijkt dat de effecten van veel verbeterprojecten klein zijn en relatief snel weer verdampen (Grol en Wensing, 2011).

Het doel van dit hoofdstuk is om inzicht te geven in de actuele kennis en ervaring ten aanzien van effectieve implementatiemethoden van innovaties bij het gebruik van klinische richtlijnen in de praktijk. Hierbij komen beknopt enkele theoretische aspecten aan de orde waarop de huidige evidentie in de gezondheidszorg is gebaseerd, die mogelijk ook inspirerend/richtinggevend kunnen zijn voor de mondzorg. Enkele voorbeelden van implementatiestudies passeren de revue en er wordt kort aandacht geschonken aan vormen van evaluatie met behulp van kwaliteitsindicatoren. Tot slot worden aanbevelingen gegeven hoe binnen KiMo i.o van deze kennis optimaal gebruik kan worden gemaakt bij het proces van richtlijnontwikkeling in de drie fasen zoals beschreven in het document Richtlijn voor Richtlijnen (Regieraad, 2012).

4.2 Huidige kennis over implementatie in de gezondheidszorg

In het algemeen ontvangen in de gezondheidszorg patiënten niet altijd de best mogelijke zorg, onder andere door het niet volgen van evidence-based richtlijnen en/of leiden patiënten schade door vermijdbare incidenten (McGlynn et al., 2003; Harmsen et al., 2009). Ondanks het feit dat er inmiddels vele goede richtlijnen zijn, wil dat nog niet zeggen dat de patiëntenzorg daardoor verbetert. Het accent binnen het kwaliteitsbeleid, waarvan richtlijnen een essentieel onderdeel vormen, is daarom steeds meer komen te liggen op de methode van het invoeren in de praktijk, ook wel implementatie genoemd.

Tabel 4
Definities gerelateerd aan implementatie (Davis, 1997)

BEGRIJ	BETEKENIS
<i>diffusie</i>	verspreiding van informatie en natuurlijke adoptie door doelgroep van richtlijnen
<i>disseminatie</i>	communicatie van informatie naar zorgverleners om kennis en vaardigheden te vergroten; actiever dan diffusie gericht op specifieke doelgroep
<i>adoptie</i>	positieve houding en beslissing om de eigen werkwijze te veranderen
<i>implementatie</i>	invoering van een innovatie in de dagelijkse routines; dit vereist effectieve communicatiestrategieën en het wegnemen van belemmeringen om te veranderen door het gebruik van educatieve en beleidsmatige technieken die effectief zijn

Implementatie kan worden omschreven als een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen (met bewezen effect), met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het professioneel handelen van zowel individuen als organisaties. Begrippen die daarbij relevant zijn staan omschreven in tabel 4.

Kennis over goed georganiseerde patiëntenzorg als onderdeel van 'best practices' neemt mede door de invloed van het informatietijdperk in een steeds hoger tempo toe. Daar staat tegenover dat de snelheid waarmee die vernieuwingen in de dagelijkse zorg worden opgepakt veel lager is (Grol en Wensing, 2011). Met name voor richtlijnen geldt dat beroepsbeoefenaren aanbevelingen niet automatisch opvolgen. Om systematische veranderingen door te voeren, zijn vaak goed opgezette programma's gewenst. Het implementeren van vernieuwingen in de zorgverlening met behulp van deze programma's is een complex proces waarbij uiteenlopende benaderingen en verschillende theoretische concepten over menselijk gedrag en het functioneren van organisaties een rol spelen. In Box 1 wordt een voorbeeld beschreven van de complexiteit van het volgen van een richtlijn. Ondanks overtuigend bewijs voor het nut ervan, wordt het nog steeds onvoldoende toegepast in de klinische praktijk (Grol 2003, Langelaar 2014).

Box 1

Complexiteit van implementatie: het wassen en desinfecteren van de handen (Grol en Wensing, 2011)

Een van de prioriteiten in de gezondheidszorg in vele landen is het terugdringen van infecties opgelopen in ziekenhuizen. Men schat dat één op de elf patiënten zo'n infectie oploopt en dat 13% daarvan overlijdt (Stone 2001). Infecties gaan gepaard met veel extra kosten. Een groot deel ervan is te voorkomen en één van de belangrijkste maatregelen daarbij is een goed handhygiëne in het ziekenhuis: wassen of desinfecteren van de handen tussen contacten met patiënten. Dit is al bekend sinds het midden van de 19^{de} eeuw (Semmelweis), en sindsdien is het effect bij herhaling aangetoond in allerlei studies, bijvoorbeeld in een systematische review van negen gerandomiseerde studies (Pratt 2001, Stone 2001). Het effect is zo groot dat Teare (2001) stelt: 'als handhygiëne een nieuw medicijn was dan zou het meteen door iedereen gebruikt worden'.

Veel ziekenhuizen hebben richtlijnen voor preventie van infecties, waaronder richtlijn voor handhygiëne, maar deze blijken in veel gevallen niet te worden opgevolgd. Vooral artsen overschatten de mate waarin ze hun handen reinigen (Handwashing Liaison Group 1999). Dus: de evidence is beschikbaar en wordt samengevat in richtlijnen die breed worden verspreid in ziekenhuizen. De meeste professionals zijn op de hoogte van het belang van handen wassen en desinfecteren. Toch is het feitelijk handelen in de praktijk vaak heel anders.

Interventies met betrekking tot veranderingen die zijn gebaseerd op wetenschappelijke theorieën blijken stelselmatig effectiever dan interventies die enkel gebaseerd zijn op ideeën, intuïties en persoonlijke ervaringen. Het theoretisch model dat door de jaren heen het best bleek te werken was 'the theory of planned behaviour' (Ajzen, 1991). Kort samengevat: onze gedragingen en intenties worden gestuurd door drie verzamelingen van overtuigingen: onze 'beliefs' omtrent het nut van het voorgenomen gedrag, onze verwachtingen van wat anderen daarvan zullen vinden en de inschatting van ons vermogen om het voornemen ook echt uit te voeren. Wie effectieve veranderingsprocessen in gang wil zetten heeft meer kans op succes als de acties gericht worden op deze overtuigingen. Het laatste decennium is de kennis over implementatie op basis van meerdere theoretische modellen systematisch in kaart gebracht (Grimshaw et al., 2004; Grol en Wensing, 2011), waarbij de laatste auteurs een algemeen en veelgebruikt basismodel in de gezondheidszorg in de vorm van een cyclisch stappenplan hebben ontwikkeld. De stappen zijn herleidbaar tot het gangbare medische model te weten: onderzoek, diagnose, therapie en evaluatie.

Tabel 5
Fasen van gedragsverandering met specifieke implementatie doelen (Grol en Wensing, 2011)

FASEN	STAPPEN, GERICHT OP:	SPECIFIEKE IMPLEMENTATIEDOELEN
<i>Oriëntatie</i>	bewustzijn van de beoogde verandering interesse en betrokkenheid	weten dat richtlijn bestaat nieuwsgierig zijn naar richtlijn
<i>Inzicht</i>	kennis en begrip van de beoogde verandering inzicht in de bestaande werkwijze	kernaanbevelingen uit richtlijn kennen weten waar het huidige handelen afwijkt
<i>Acceptatie</i>	positieve attitude, motivatie om te veranderen intentie, besluit om te veranderen	de richtlijn als waardevol zien besluiten om aanbevelingen op te volgen
<i>Verandering</i>	invoering van de beoogde verandering in de praktijk bevestiging van nut en effect van de verandering	experimenteren met nieuwe werkwijze bevestiging dat aanbevelingen werken
<i>Behoud</i>	integratie van de verandering in routines verankering ervan in de organisatie	aanbevelingen aanpassen in huidige werkwijze aanbevelingen blijvende toepassen

Ongeacht de discipline of het vakgebied onderscheidt men in de implementatiestrategie een aantal vaste fasen zie tabel 5, het 5-fasen model van Grol en Wensing (2011). Bij het gebruik van dit model kunnen gedragsveranderingen planmatig in gang worden gezet en geanalyseerd op een werkterrein met relatief nog weinig implementatie-ervaring. Planmatig betekent hier niet dat er een definitief plan wordt gemaakt waarvan niet meer wordt afgeweken. Integendeel, er is sprake van een 'iteratief' of 'incrementeel' proces, waarin steeds wordt geleerd van reeds gezette stappen en waarin de aanpak steeds wordt bijgesteld als dat nodig is.

4.3 Naleven/opvolgen van richtlijnen

In de gezondheidszorg zijn de afgelopen decennia veel goede richtlijnen ontwikkeld, echter de naleving ervan laat veelal nog te wensen over (Harmsen et al., 2004). Onderzoek naar het opvolgen van richtlijnen in de huisartsgeneeskunde, geeft betrouwbare cijfers over het toepassen van richtlijnen en laat zien dat op basis van gegevens van 58 indicatoren de gemiddelde overallscore 74% was (Braspenning, 2004). Het beperkt aantal evidence-based richtlijnen dat nu voor de mondzorg bestaat, wordt niet op grote schaal nageleefd (Gezondheidsraad 2012). Implementatie en terugkoppeling door evaluatie zijn echter onlosmakelijk verbonden met EBRO-richtlijnontwikkeling.

Het uitvoeren van een knelpuntenanalyse vroegtijdig in het ontwikkeltraject van een richtlijn, gebaseerd op de uitgangsvraagstelling, op het type richtlijn en op de context (innovatieve kennis en/of verbeteren zorgprocessen), leidt tot een bewuste focus op het implementatieplan.

Het meten van richtlijnconform handelen c.q. de effecten op patiëntenzorg van het implementeren van de richtlijn zijn elementair. Hierbij komt de rol van kwaliteitsindicatoren aan de orde, die op basis van een nieuwe richtlijn geformuleerd moeten worden binnen de commissie die de richtlijn heeft ontwikkeld.

Conclusies implementatieonderzoek in de gezondheidszorg

Meer dan drie decennia onderzoek naar de rol van richtlijnen en de implementatie ervan binnen de gezondheidszorg hebben geleid tot de volgende inzichten (Grol en Wensing, 2011).

- Implementatie is een complex proces in een dynamische context waar nog lang niet alles van bekend is.

- Het ontwikkelen van valide richtlijnen en vervolgens alleen de schriftelijke verspreiding ervan levert geen aantoonbare veranderingen op in de patiëntenzorg. Innovaties in de zorg bereiken daardoor vertraagd of in het geheel niet de doelgroep.
- Clinici zijn in het algemeen gericht op het verwerven van 'verborgen' kennis uit voor hen vertrouwde bronnen (collega's uit de buurt) met als mogelijk gevolg dat innovaties selectief de patiënten bereiken.
- De klinische praktijk wordt sterk beïnvloed door factoren anders dan 'wetenschappelijk bewijs', zoals politieke, economische en sociaal-culturele factoren.
- De meeste kans van slagen bieden interventies die inspelen op bovengenoemde factoren, dat wil zeggen dat het vertrekpunt bij een implementatieproces in veel gevallen een analyse van knelpunten per beroepsgroep of per praktijk zal moeten zijn c.q. de gekozen interventies zijn gericht op het wegnemen van de belangrijkste barrières en het stimuleren van systematische verbeteracties.

4.4 Implementatie van richtlijnen in de medische zorg

De implementatie en evaluatie van (multidisciplinaire) richtlijnen is in Nederland vooralsnog niet op grote schaal onderzocht. Onderzoek naar de implementatie van standaarden (voor huisartsen) vormt daarop een uitzondering. Uit deze onderzoeken kunnen conclusies getrokken worden, die waarschijnlijk ook relevant zijn voor de implementatie van multidisciplinaire richtlijnen in andere eerstelijns disciplines. De meeste effectstudies gingen over deze op meerdere facetten gerichte interventies en lieten doorgaans een bescheiden verbetering zien. Praktijkbezoeken/scholing op locatie ('educational outreach') lijken vooral effectief (middelmatig grote effecten) indien gecombineerd met onderwijsmateriaal en onderwijsbijeenkomsten, maar niet in combinatie met onderwijsmateriaal alleen. Er werd geen relatie gevonden tussen het aantal interventiecomponenten en het effect van meervoudige interventies (Grimshaw et al. 2004). Verschillende innovaties voor verandering van de zorg aan patiënten vragen om verschillende invoeringsstrategieën. Het is onmogelijk om één optimale interventie (enkelvoudig of samengesteld) aan te bevelen voor het bevorderen van implementatie van vernieuwing of verandering (richtlijn); meerdere en uiteenlopende strategieën op verschillende niveaus zullen moeten worden gecombineerd.

4.5 Implementatie van richtlijnen in de mondzorg

In de mondzorg is relatief weinig implementatieonderzoek uitgevoerd, maar internationaal was het onderzoek in Nederland initiërend. In de literatuur over de mondzorg in Nederland zijn twee recente implementatiestudies gevonden, die mogelijk aanknopingspunten kunnen bieden. Tevens is er op bescheiden schaal internationaal onderzoek in de mondzorg beschikbaar. Conclusies uit deze gerandomiseerde implementatiestudies zijn:

- introductie van een tandheekkundige richtlijn lijkt te leiden tot minder verwezen en minder geëxtraheerde derde molaren (Bahrami et al., 2004; Van der Sanden et al., 2005)
- het organiseren van 'audit en feedback' of een computerondersteund pakket lijkt bij de introductie van een tandheekkundige richtlijn niet te resulteren in betere implementatie (Bahrami et al., 2004)
- een strategie met meerdere vormen van geplande beïnvloeding van zorgverleners en patiënten in onderlinge samenhang kan werkzaam zijn (vragenlijsten, online training met vignetten en casussen, onderwijsmateriaal en interactieve scholing op locatie, reminders en feedback) bij de implementatie van een tandheekkundige richtlijn (Mettes et al., 2010). Zie Box 2.

Box 2

Uitkomsten implementatiestudie PMO in tandartspraktijk (Mettes, 2010)

Cluster gerandomiseerde implementatiestudie in tandartspraktijken

De effecten van intensieve begeleiding van IQual groepen in een implementatie-experiment om de klinische beslissingen met betrekking tot het periodiek mondonderzoek (PMO) in de algemene praktijk te verbeteren worden beschreven. In een cluster gerandomiseerd experiment werden zeven studiegroepen met totaal 51 tandartsen gedurende 9 maanden in de trial opgenomen. Deze zeven groepen werden gerandomiseerd en ondergebracht in een van de twee armen, 4 groepen (27 tandartsen) in de interventiearm en 3 groepen (24 tandartsen) in de controlearm. Beide groepen tandartsen ontvingen een verschillende klinische richtlijn en dienden als elkaars controlegroep. Informatie over klinisch gedrag van tandartsen bij de uitvoering van het PMO, gedurende de duur van de trial, werd verzameld met behulp van zelfregistratieformulieren in de praktijk. Uitgaande van de primaire (controletermijn) en secundaire (bitewing frequentie, preventief interventies) uitkomstmaten werden percentages richtlijnconforme beslissingen op basis van de registraties voor en na de geplande interventies berekend.

De interventies omvatten respectievelijk

- een online training in klinische risicoprofielen
- de disseminatie van de betreffende klinische praktijkrichtlijn per post
- een scholingsavond op locatie met interactieve terugkoppeling van online profielscores
- het toesturen van een reminder met uitgewerkte beslisdiagrammen.

Met betrekking tot de bepaling van de controletermijn bij laag-risico patiënten werden in beide groepen lage percentages richtlijnconforme beslissingen gevonden (tussen 10,8% en 28,5 %). Vergelijkbare lage percentages richtlijnconforme beslissingen werden ook waargenomen bij hoog-risico patiënten met betrekking tot het maken van bitewing röntgenopnamen (tussen 17,1% en 41,8%). De bepaling van de controletermijn voor en na de interventies bij laag-risico patiënten in de interventiegroep verbeterde met 8% significant ($p=0,00$). Verbetering van richtlijnconforme beslissingen bij de uitvoering van PMO's kan vooral worden bereikt bij de controletermijn bepaling van laag-risicogroepen, alsmede bij de frequentie van het maken van bitewing röntgenopnamen bij patiënten met een hoog risico.

Het gegeven dat er geen consistent bewijs is voor de beste strategie wil nog niet zeggen dat er geen aanwijzingen zijn hoe een effectieve invoering van richtlijnen vorm zou kunnen krijgen. Uit de twee gerandomiseerde studies in de mondzorg in Nederland bleek dat scholing op locatie met feedback door tandheelkundige zorgverleners hoog werd gewaardeerd. Dit aspect zou een aangrijpingspunt kunnen opleveren voor een landelijk implementatieplan.

Ervaringen binnen de mondzorg met betrekking tot het ontwikkelen van enkele EBRO-richtlijnen hebben geleerd dat verschillende inhoudelijke visies kunnen bestaan over therapeutische interventies aan patiënten die wetenschappelijk gelijkwaardig zijn aan elkaar (beperkte onderbouwing door onderzoek). Dat brengt met zich mee dat de inspanningen voor een goede implementatie niet ondergeschikt gemaakt mogen worden aan onderliggende professionele meningsverschillen en dat de bereikte consensus in de aanbevelingen van de richtlijn uitgangspunt is voor de gekozen implementatiestrategie.

Conclusie implementatie richtlijnen in de mondzorg

Er bestaat geen consistent bewijs over de beste implementatiestrategie voor EBRO-richtlijnen in de praktijk (Gezondheidsraad, 2012). Er zijn wel aanwijzingen dat een combinatie van verschillende interventies tegelijk gebaseerd op een gerichte knelpuntenanalyse van een onderwerp tot een effectieve implementatie van de richtlijn kunnen leiden. Verder lijken lokale bijeenkomsten in combinatie met scholing en interventies op verschillende niveaus (patiënt, zorgverlener en betrokken organisaties) succesvol.

4.6 Potentiële hulpmiddelen voor implementatie

Het ontwikkeltraject van een richtlijn, op basis van de geconstateerde behoeften van zorggebruikers, zorgverleners en betrokken verenigingen, levert producten op die het richtlijnconform handelen kunnen faciliteren. Voorbeelden zijn: scholingshulpmiddelen (beslisbomen, diagrammen, flowcharts) en –materialen, computerapplicaties (verzamelen gegevens voor indicatoren) en auditsystemen. In tabel 6 staan enkele voorbeelden van mogelijke activiteiten beschreven die de implementatie kunnen bevorderen. Deze zijn uiteraard afhankelijk van het onderwerp en klinisch probleem, het type richtlijn en de context van de richtlijn. Geadviseerd wordt ook hierbij in de beginfase van het ontwikkelproces aan te geven welke producten minimaal worden opgeleverd (Regieraad, 2012).

Tabel 6

Voorbeelden van mogelijke activiteiten bij implementatie van een EBRO-richtlijn

<p><i>Voor patiënten/zorggebruikers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het schrijven van een verkorte patiëntvriendelijke versie van de richtlijn. - Het ontwikkelen van een patiëntenfolder in samenwerking met patiëntenorganisaties. - Patiënten op de hoogte brengen van de richtlijn in door hen frequent geraadpleegde bronnen als kranten en tijdschriften. - Producten om het zelfmanagement te bevorderen.
<p><i>Voor zorgverleners</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - De ontwikkeling en het gebruik van hulpmiddelen (onder andere ICT) voor implementatie. - Het opnemen van stroomdiagrammen en beslisbomen voor screening, diagnostiek en behandeling waardoor gebruik van de richtlijn vergemakkelijkt wordt. - Het beschrijven van een klinisch zorgpad waarin samenwerking tussen disciplines in de mondzorg en samenhang van de zorg centraal staat. - Het opnemen van een samenvatting in de richtlijn. - Het ontwikkelen van een aantal indicatoren op basis waarvan de mondzorgverlener en patiënt in staat wordt gesteld het klinisch handelen en de effecten inzichtelijk te maken. - Het evalueren, op een nader vast te stellen termijn, van de mogelijke effecten van de richtlijn met behulp van de beschreven kwaliteitsindicatoren. De NMT peilstations zouden deze onderzoeksactiviteiten kunnen uitvoeren en coördineren. - Het verzorgen van publicaties in vakbladen van betrokken zorgverleners. - Het ontwikkelen van na- en bijscholingsactiviteiten ten behoeve van de richtlijn zoals een geaccrediteerde richtlijnkennistoets via een elektronische applicatie en/of e-learning module, die voor iedereen toegankelijk is.
<p><i>Voor zorgverleners en belangen- en beroepsorganisaties en onderwijsinstellingen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Het zo intensief mogelijk verspreiden van de richtlijn met behulp van beroepsorganisaties, belangenverenigingen en wetenschappelijke verenigingen. - Het ter bespreking agenderen van de richtlijn op wetenschappelijke jaarvergaderingen van de deelnemende verenigingen. - Het ontwikkelen van scholingsactiviteiten binnen het netwerk van studieclubs, wetenschappelijke verenigingen en intercollegiaal overleg (IQual), evenals op universitaire opleidingen en hogescholen. - Het integraal plaatsen van de richtlijn op de website van KiMo, de beroepsorganisaties en betrokken wetenschappelijke verenigingen. - Het tijdens kwaliteitsvisitaties toetsen van het toepassen van de aanbevelingen in de richtlijn.

4.7 Kwaliteitsindicatoren en implementatie

Het gebruik van klinische richtlijnen in de dagelijkse praktijk is erop gericht om door het hanteren van de aanbevelingen door zorgverleners, ook wel richtlijnconform handelen genoemd, de beoogde zorguitkomsten voor patiënten zo goed mogelijk te realiseren. Het werken met indicatoren kan beschouwd worden als een vorm van evaluatie in welke mate de richtlijn wordt gebruikt. Dat kan onder meer met behulp van zogenaamde zorginhoudelijke indicatoren, die zich vooral op doelmatigheid en effectiviteit richten, twee van de zes beschreven domeinen die bepalend zijn voor de kwaliteit van zorg (IOM 2001).

Een indicator is een meetbaar aspect van het handelen van professionals, waarvoor wetenschappelijk bewijs of waarover consensus bestaat en wel zodanig dat deze maat gebruikt kan worden om de kwaliteit te beoordelen (Lawrence et al., 1997). Een kwaliteitsindicator wordt veelal uitgedrukt in een teller en een noemer. De noemer beschrijft meestal de omvang van de doelgroep waarover een uitspraak wordt gedaan, de teller beschrijft het aantal correcte of gewenste handelingen.

De informatie die met het gebruik van indicatoren wordt gegeneerd heeft een tweeledig doel. Het geeft individuele zorgverleners inzicht in het actuele handelen en biedt aanwijzingen voor mogelijke verbeteringen. Daarnaast geeft het ook inzicht hoe een beroepsgroep met het gebruik van een richtlijn omgaat (benchmark), waarmee naar externe partijen (patiënten, overheid en zorgverzekeraars) verantwoording kan worden afgelegd. Het implementeren van een klinische richtlijn is volgens de EBRO-methode altijd verbonden met een evaluatie door middel van enkele zorginhoudelijke kwaliteitsindicatoren.

Zoals blijkt uit tabel 7, zijn er verschillende typen indicatoren, die worden onderscheiden naar structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Ze kunnen meetbare aspecten opleveren op het niveau van de individuele zorgverlener, een zorgteam of de gehele beroepsgroep. Naast een indeling in typen en niveaus kunnen indicatoren zijn gericht op de, zes kwaliteitsdomeinen zoals die zijn beschreven door het Institute of Medicine (2001).

Het zinvol werken met indicatoren in de praktijk vereist dat deze aan bepaalde kenmerken voldoen, zoals betrouwbaarheid, validiteit, voldoende onderscheidend (gevoelig voor veranderingen in de zorg), haalbaar (doelgroep) en communiceerbaar. Zolang zo veel mogelijk aan deze criteria wordt voldaan en er wordt gewerkt volgens een systematische methode bij de ontwikkeling (Campbell et al., 2003), is de kans kleiner dat er een bureaucratisch systeem van registreren ontstaat met perverse uitkomsten.

Tabel 7
Typen indicatoren en enkele voorbeelden

TYPE INDICATOR	VOORBEELDEN
<i>structuurindicator</i>	structuurkenmerken van de zorgsetting: aantal medewerkers FTE per 1000 patiënten, aanwezigheid diagnostische hulpmiddelen, aantal preventieve zorgverleners in team e.d.
<i>procesindicator</i> <i>activiteiten geleverde zorg</i>	kenmerken van het mondzorgproces (screening, diagnose, prognose en therapie), indicatiestelling, verwijfsbeleid, preventiebeleid risicopatiënten e.d.
<i>uitkomstindicator (prestatie-)</i> <i>behandelresultaat</i>	mate van gezondheid na interventies, complicaties, incidenten, gezondheidsstatus na ketenzorg, postoperatieve wondinfecties, levensduur therapeutische interventies

4.8 Conclusies

Om de implementatie van richtlijnen in de mondzorg gestructureerd te laten verlopen, is een aantal zaken van belang. Bij de opzet van KiMo wordt geadviseerd hiermee rekening te houden.

- Er is weinig ervaring met het implementeren van EBRO-richtlijnen in de mondzorg. Het succesvol implementeren van een richtlijn in de algemene praktijk is een complex proces van lange adem en vraagt specifieke expertise. De werkgroep adviseert het implementeren vroeg in het ontwikkelproces voor richtlijnen expliciet in onderdelen te beschrijven. Dat wil zeggen vanaf het moment dat er een werkplan met knelpuntenanalyse ligt voor de richtlijnontwikkelcommissie (ROC), tot het moment van daadwerkelijk invoeren in de praktijk na autorisatie. Dat resulteert in een apart hoofdstuk in de richtlijn met een duidelijk, praktisch en realistisch plan van aanpak voor de implementatie. Dit is een onderdeel van de werkopdracht van de ROC. Hierin staat onder meer beschreven op welke doelgroepen de specifieke activiteiten zijn gericht, in samenwerking met welke betrokken organisaties ze worden uitgevoerd, maar ook welke hulpmiddelen en strategieën inzetbaar zijn zoals bijvoorbeeld softwareapplicaties voor registratie en modellen voor de organisatie van ketenzorg.
- Op basis van de (kern)aanbevelingen van elke richtlijn worden één of meer kwaliteitsindicatoren beschreven (bij voorkeur een proces- en een uitkomstindicator), waarmee kan worden 'gemeten' in hoeverre een mondzorgverlener richtlijnconform handelt en in hoeverre de implementatie succesvol is geweest. Daarbij wordt door de ROC bepaald welke type indicatoren relevant zijn afhankelijk van de focus van de uitgangsvraag van de richtlijn: bijvoorbeeld over de doeltreffendheid van zorg (uitkomstindicator), over de praktische bruikbaarheid voor de mondzorgverlener (interne uitkomstindicator), met betrekking tot keuze-informatie voor de patiënt. Uitgangsvragen en uitkomstmaten in de mondzorg zullen doorgaans geformuleerd worden in termen van doelmatigheid, doeltreffendheid en kwaliteit van leven, aangezien de gezondheidswinst in de mondzorg hier veelal om draait.
- Het zinnig gebruik van indicatoren en het systematisch verzamelen en analyseren van de gegevens daarvoor vraagt serieuze inspanningen en kosten. Het is zeer aan te bevelen de rol en de verantwoordelijkheden van KiMo bij het ontwikkelen en uitzetten van indicatoren als onderdeel van de implementatie van richtlijnen bij aanvang concreet te omschrijven door middel van een vast te stellen procedure c.q. werkplan indicatoren richtlijnen.
- KiMo zorgt dat er een goede coördinatie van disseminatie, implementatie en evaluatie tot stand komt. De planning van de evaluatie van effecten mag niet ontbreken, dat wil zeggen dat de formulering van indicatoren die gehanteerd gaan worden, naast een planning, ook een uitvoerende verantwoordelijkheid met zich meebrengt. Dat heeft inhoudelijke en financiële consequenties die vooraf geïnventariseerd en geborgd dienen te worden in de begroting. Een model voor implementatie zou hiervoor dienen te worden ontwikkeld.
- In de aanvangsfase van KiMo lijkt het raadzaam externe expertise voor het onderdeel 'implementatie richtlijnen' in te huren en daarmee in de begroting rekening te houden.

5 Contouren voor een Meerjarenagenda 2014 - 2016

5.1 Inleiding

Naast het ontwikkelen van een methodiek voor klinische richtlijnontwikkeling binnen de mondzorg heeft werkgroep 2 ook de opdracht gekregen te adviseren over een meerjarenagenda voor te ontwikkelen en te herziene richtlijnonderwerpen voor de mondzorg. In dit hoofdstuk wordt op hoofdlijnen die meerjarenagenda geschetst en aangegeven waarop dat advies is gebaseerd.

5.2 Aanpak totstandkoming Meerjarenagenda 2014 - 2016

Ten behoeve van het ontwikkelen van een meerjarenagenda zijn verschillende activiteiten uitgevoerd.

- Om te beginnen is een advies uitgebracht over een op zo kort mogelijke termijn te ontwikkelen c.q. te herziene richtlijn.
- Voorts is een inventarisatie gemaakt van alle bestaande richtlijnen (en meer of minder vergelijkbare kennisdocumenten) binnen de mondzorg. Daarbij is de focus hoofdzakelijk gericht op nationale richtlijnen, maar ook internationale richtlijnen zijn hierbij betrokken.
- Daarnaast is bij de verschillende beroepsgroepen en wetenschappelijke verenigingen gepeild ten aanzien van welke onderwerpen er de behoefte en/of wens bestaat een richtlijn te ontwikkelen.

Hierna wordt kort beschreven op welke wijzen deze activiteiten zijn uitgevoerd en tot welke adviezen dit heeft geleid.

5.2.1 Advies over onderwerp voor te ontwikkelen richtlijn

In het realisatieplan Kamer Mondzorg wordt onder andere als doel geformuleerd om parallel aan de opbouw van het richtlijneninitiatief in 2013, of op zo kort mogelijke termijn, te starten met het ontwikkelen van twee richtlijnen, waarbij een voorshot wordt genomen op de methodiek van evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO).²⁰ De te herziene richtlijn Infectiepreventie zou daarvan de eerste zijn, maar werd vanwege voortschrijdend inzicht met betrekking tot EBRO-richtlijnontwikkeling uitgevoerd in opdracht van de NMT en valt daarmee onder het 'oude' regime. Daarmee resteerde als opdracht het adviseren over een onderwerp voor één op korte termijn te ontwikkelen c.q. te herziene richtlijn. Om tot een voorstel te komen voor een richtlijn zijn de volgende uitgangspunten en criteria opgesteld.

- Gezien de ambitie van KiMo om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande methodiek voor richtlijnontwikkeling, lag het voor de hand dat de op korte termijn te ontwikkelen klinische richtlijn een officieel EBRO-karakter krijgt.
- Uitgangspunt was verder om voort te bouwen op de inspanningen die reeds zijn gedaan op het gebied van EBRO-richtlijnontwikkeling in de mondzorg. Denk bijvoorbeeld aan het herzien van een gedateerde EBRO-richtlijn, aan het uitwerken van onderdelen van een bestaande EBRO-richtlijn die (nog) te algemeen is (dit sluit aan bij modulaire opbouw van richtlijnen), het verder uitwerken van een niet-officiële richtlijn of klinische adviezen (Ivoren Kruis) tot een algemeen geaccepteerde EBRO-richtlijnen. Op deze manier kan met relatief geringe inspanning op betrekkelijk korte termijn een 'nieuwe' of herziene EBRO-richtlijn aan de beroepsgroepen worden aangeboden.
- Om de waarde van het gebruik van EBRO-richtlijnen zo breed mogelijk te etaleren, zou bij de keuze voor een richtlijn gestreefd kunnen worden naar een onderwerp dat actualiteitswaarde heeft en als klinisch knelpunt wordt ervaren. Daarmee zou 'snel' een bijdrage kunnen worden geleverd aan tandheelkundige gezondheidswinst voor patiënten.
- Voorts zou een onderwerp gekozen kunnen worden dat zo breed mogelijk het werkgebied van zowel tandartsen, kaakchirurgen, orthodontisten, mondhygiënist en tandprothetici bestrijkt.

20 Kamer Mondzorg. Van Plan naar realisatie, maart 2013, Nieuwegein.

Op basis van deze toetsing zijn de volgende vier potentiële onderwerpen voor een te ontwikkelen c.q. te herziene richtlijn geselecteerd.

- 1 Herzien van het onderdeel 'preventie' uit de EBRO-richtlijn '*Mondzorg voor jeugdigen*' (2012). Dit zou bijvoorbeeld kunnen gaan over het effect van hulpmiddelen, het effect van fluoride maatregelen en het effect van instructie. Daarbij zouden ook de adviezen van het Ivoren Kruis kunnen worden betrokken.
- 2 Herzien van het onderdeel dat ondersteuning biedt bij multidisciplinaire samenwerking van de tandarts met de specialist uit de EBRO-richtlijn '*Klachtenvrije geïmpacteerd 3^e molaar in de onderkaak*' (2003)
- 3 Uitwerken van de bestaande richtlijn rond het '*Antistollingsbeleid in de tandartspraktijk*' tot een EBRO-richtlijn op basis van recente inzichten.
- 4 Uitwerken van de module voor de tandartspraktijk bij de huidige multidisciplinaire richtlijn '*Polyfarmacie bij ouderen*' (2012) via de EBRO-methode.

Uiteindelijk is een advies uitgebracht voor twee van deze vier onderwerpen, namelijk onderwerp 2 en onderwerp 3. Hierbij is aanvullend beargumenteerd dat het onderwerp van actuele praktische waarde voor mondzorgverleners moest zijn, dat het onderwerp niet op voorhand tot discussies zou moeten leiden, dat het implementeren van de richtlijn 'makkelijk' zou kunnen verlopen, waardoor snel acceptatie door de betrokken beroepsgroepen zou kunnen worden verwacht.

5.2.2 Inventarisatie bestaande richtlijnen

De inventarisatie van bestaande nationale en internationale richtlijnen in de mondzorg was onder meer ook bedoeld om te bezien in welke mate die op basis van een relatief beperkte inspanning zijn te actualiseren en/of te 'upgraden'. Op die manier zouden op betrekkelijk korte termijn 'nieuwe' of herziene EBRO-richtlijn aan de beroepsgroepen kunnen worden aangeboden. De volgende uitgangspunten, ook beschreven in de voorgaande hoofdstukken, zijn daarbij gehanteerd.

- De primaire doelgroep voor het gebruik van de richtlijn zijn professionele mondzorgverleners.
- Niet alleen voor nieuwe, maar ook voor te herziene richtlijnen is de EBRO-methode de norm.
- Het moet gaan om klinische richtlijnen. Niet-klinische richtlijnen worden vooralsnog niet meegenomen binnen KiMo. Deze algemene richtlijnen worden vooralsnog beschouwd als documenten van een beroepsgroep, gericht op gedragsregels en organisatorische aspecten.
- Er wordt bij de herziening in eerste instantie uitgegaan van reeds bestaande EBRO-richtlijnen en/of EBRO-waardige adviezen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de herziening van gedateerde EBRO-richtlijnen, aan het uitwerken van onderdelen van een bestaande EBRO-richtlijn die (nog) te breed is opgezet en het verder uitwerken van klinische adviezen tot een EBRO-richtlijnen. Daarnaast zijn voor verschillende klinische knelpunten goede en actuele systematische reviews aanwezig.
- Voorts zijn buitenlandse richtlijnen binnen de mondzorg met een EBRO-waardige opzet geïnterpreteerd, met het idee deze nationaal te benutten ('local adaptation').

Op basis van deze uitgangspunten zijn de te traceren bestaande richtlijnen in de mondzorg in de volgende drie categorieën ingedeeld.

- 1 De categorie van EBRO-waardige klinische richtlijnen, die zich richten op de doelgroep van professionele mondzorgverleners en die voldoen aan de EBRO- en AGREE-criteria. Een procedure hoe om te gaan met de toekomstige evaluatie en autorisatie binnen KiMo van deze richtlijnen is wenselijk.
- 2 De categorie van nagenoeg EBRO-waardige richtlijnen, die met enige aanpassingen kunnen worden overgenomen door KiMo. In deze groep vallen klinische richtlijnen die momenteel (nog) niet EBRO-waardig zijn, maar waarvan het bewijs wel accuraat en geldig schijnt en waarvan de onderbouwing adequaat is. Hieronder vallen ook internationale richtlijnen, althans voor zover ze binnen de Nederlandse mondzorg passen.

- 3 De categorie van niet EBRO-waardige richtlijnen, die voorlopig niet worden opgenomen door KiMo. Hieronder vallen bijvoorbeeld alle niet-klinische richtlijnen, richtlijnen die niet zijn bedoeld voor professionele mondzorgverleners en alle andere vormen van werkafspraken/protocollen die niet volgens de EBRO-methode zijn ontwikkeld.

Tabel 8

In categorie 1 ingedeelde bestaande klinische richtlijnen binnen de mondzorg naar bruikbaarheid: gericht op professionele mondzorgverleners en voldoen aan EBRO- en AGREE-criteria

- *De klachtenvrije, geïmpacteerte derde molaar in de onderkaak (UMC St. Radboud, 2003)*
- *Mondholte- / Orofarynxcarcinoom (Reg. Ned. Werkgroep Hoofd-Halstumoren (NWHHT, 2004)*
- *Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen (NVVA, NMT, NVG, 2007)*
- *Periodiek Mondonderzoek (UMC ST. Radboud, 2007)*
- *Obstructieve slaapapneusyndroom (OSAS) bij volwassenen (NVALT, 2009)*
- *Tandletsel (NMT, 2010)*
- *Guidelines on CBCT for dental and maxillofacial radiology (Sedentext, 2011)*
- *Mondzorg voor jeugdigen (NMT, NVVK, CBO e.a., 2012)*
- *Obstructieve slaapapneusyndroom (OSAS) bij kinderen (KNO, 2012)*
- *Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer bij kinderen (NVA, NVK, 2012)*
- *Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer bij volwassenen (NVA, NVK, 2012)*

Advies gebruik van bestaande richtlijnen

Bij het samenstellen van de Meerjarenagenda Mondzorg 2014-2016 wordt om te beginnen voorgesteld om de richtlijnen uit de categorieën 1 op te nemen.

De richtlijnen uit categorie 2 zouden wellicht later in te passen zijn, afhankelijk van de onderwerpselectie binnen KiMo (zie tabel 8 en tabel 9). Tevens wordt geadviseerd om ter herziening en/of actualisatie in eerste instantie aandacht te geven aan de bestaande EBRO-klinische richtlijnen uit categorie 1, in ieder geval voor die richtlijnen van voor 2010.

Tabel 9

In categorie 2 ingedeelde bestaande klinische richtlijnen binnen de mondzorg naar bruikbaarheid: gericht op professionele mondzorgverleners en voldoen niet geheel aan EBRO-en AGREE- criteria

- *Fluorideadvies (Ivoren Kruis, 2001)*
- *Preventie van wortelcariës (Ivoren Kruis, 2003)*
- *Tongreiniging (Ivoren Kruis, 2006)*
- *Advies droge mond (Ivoren Kruis, 2007)*
- *Richtlijn voor de (na)zorg bij patiënten met implantaten (Hogeschool Utrecht, 2007)*
- *Orale mucositis bij patiënten met kanker (V&VN oncologie e.a, 2007)*
- *Guidelines for the management of traumatic dental injuries. II. Avulsion of permanent teeth (Dental Traumatology, 2007)*
- *Preventie van erosieve gebitsslijtage (Ivoren Kruis, 2008)*
- *Prevention of early childhood caries (EAPD, 2008)*
- *Preventie bacteriële endocarditis (Nederlandse hartstichting, 2008)*
- *Evidence-based clinical recommendations for the use of pit-and-fissure sealants. A report of the American Dental Association Council on Scientific Affairs (JADA, 2008)*
- *Use of fluoride in children (EAPD, 2009)*
- *Advies cariëspreventie (Ivoren Kruis, 2011)*
- *Tandheelkundige Implantaten (NVOI, 2011)*
- *LESA antistolling (NHG, KNMP, FNT, NMT, 2011)*
- *Advies preventie fissuurcariës (Ivoren Kruis, 2012)*
- *Tandheelkundige radiologie (NMT, 2013)*

5.2.3 Peiling naar onderwerpen voor richtlijnontwikkeling

De mondzorg wordt gekenmerkt door een diversiteit aan mondzorgprofessionals met een nog onbekende behoefte aan onderwerpen voor klinische richtlijnen. Eén van de uitdagingen van KiMo is om de komende jaren een zo optimaal mogelijke balans te vinden in het programma van nieuw te ontwikkelen klinische richtlijnen voor de mondzorg. Uitgangspunt daarbij zijn de wensen en behoeften die hieromtrent leven bij de verschillende mondzorgprofessionals. Daarom is via een drietal inventarisaties gepoogd zicht te krijgen op deze wensen en behoeften.

- Eind 2012 is bij een steekproef van tandartsen via een webenquête binnen het project Peilstations van de NMT het gebruik van richtlijnen en de behoefte aan richtlijnonderwerpen bevraagd.
- Om het beeld uit dit onderzoek te actualiseren en aan te vullen met een peiling onder ook orthodontisten, mondhygiënist en tandprotheticus is in oktober 2013 een deel van deze webenquête herhaald. In bijzonder de vragen over concrete klinische onderwerpen waarover richtlijnen zijn gewenst is (opnieuw) uitgezet bij een bredere steekproef van mondzorgprofessionals: 1.496 tandartsen, 316 orthodontisten (i.o.), 500 mondhygiënist, en 377 tandprotheticus. Begin november 2013 is de dataverzameling afgesloten en hadden 303 (20%) tandartsen, 109 (35%) orthodontisten (i.o.), 149 (30%) mondhygiënist en 120 (32%) tandprotheticus aan de enquête deelgenomen. In totaal lag de respons op 681 (25%).
- Bovendien zijn alle wetenschappelijke verenigingen gevraagd om aan te geven op welke onderwerpen binnen hun deelgebied richtlijnontwikkeling gewenst zou zijn.

Uit het onderzoek binnen het project Peilstations van najaar 2012 (NMT, 2013) komt naar voren dat 73% tenminste één van de bevroegde 6 klinische tandheelkundige richtlijnen²¹ gebruikt en voor de bevroegde 8 klinische richtlijnen met raakvlakken met de tandheeskunde²² ligt dat percentage op 71%. Voorts geldt dat 42% van de ondervraagde tandartsen in het najaar van 2012 van mening is dat er meer richtlijnen voor de mondzorg ontwikkeld zouden moeten worden.

Een vergelijkbaar beeld komt naar voren uit de webenquête van oktober 2013. Van de ondervraagde tandartsen vond toen 54% dat er binnen de mondzorg meer klinische richtlijnen ontwikkeld zouden moeten worden. Voor de orthodontisten, de mondhygiënist en de tandprotheticen lag dit percentage op respectievelijk 60%, 60% en 41%.

De in totaal 369 (54%) mondzorgverleners, die vonden dat er binnen de mondzorg meer klinische richtlijnen ontwikkeld zouden moeten worden, hebben in totaal 552 onderwerpen genoemd die voor richtlijnontwikkeling in aanmerking komen. Daarbij is in veruit de meeste gevallen ook vermeld op welk knelpunt/probleem een richtlijn zich dan zou moeten focussen.

De 552 onderwerpen zijn in eerste inhoudelijke analyse op 'face value' ingedeeld in een aantal categorieën. Hieruit wordt duidelijk dat 428 (78%) onderwerpen klinisch van aard en 124 (22%) een niet-klinisch onderwerp betreffen. Vervolgens is voor alle 'ingedeelde' klinische onderwerpen nagegaan welke knelpunten/problemen daar werden aangegeven, teneinde tot een overzicht te komen van potentiële uitgangsvragen voor richtlijnontwikkeling. Omdat de aanduiding bij de onderwerpen van knelpunten/problemen niet alle gevallen even gedetailleerd en precies omschreven was, gaat het hier om een eerste overzicht dat nadere uitwerking vraagt. Desalniettemin biedt het een eerste oriëntatie op de klinische knelpunten/problemen waarmee de verschillende mondzorgprofessionals naar eigen zeggen mee hebben te maken. Een nuttige oriëntatie ook om bij de verdere opzet van KiMo mee aan de slag te gaan. In tabellen 10a, 10b en 10c worden achtereenvolgens voor tandartsen en mondhygiënist (310 onderwerpen) samen, voor orthodontisten apart (88 onderwerpen) en voor tandprotheticen apart (30 onderwerpen) de afgeleide uitgangsvragen voor richtlijnontwikkeling per onderwerp (samengevat) gepresenteerd. Deze wijze van presentatie is gekozen omdat de naar voren gebrachte onderwerpen van tandartsen en mondhygiënist overeenkomsten vertoonden, terwijl de bijdragen van orthodontisten en tandprotheticen sterk gericht waren op hun specifieke deelgebied. Hierdoor zou een integrale presentatie (in één tabel voor alle mondzorgverleners samen) geen representatief beeld oproepen.²³ De resultaten van de rondvraag bij de wetenschappelijke verenigingen (van de 19 wetenschappelijke verenigingen hebben er 16 gereageerd) vervat in tabel 11a en 11b, sluiten op een aantal punten aan op de inventarisatie van onderwerpen bij de verschillende mondzorgprofessionals.

Peiling mondzorgverleners (tandartsen en mondhygiënist)

De behoefte aan klinische richtlijnen op het terrein van de tandheelkundig-medische interactie en patiëntveiligheidsaspecten bij specifieke risicogroepen scoort het hoogst (bijna 23%). Duidelijk is uit deze tabellen dat vooral op de deelgebieden endodontologie, parodontologie, implantologie en restauratieve tandheeskunde relatief veel behoefte is aan beslissingsondersteunende documenten met betrekking tot diagnostiek, indicatie en behandeling en nazorg. De relatief lage score voor richtlijnen op het terrein van de vroegdiagnostiek en preventie (6%) geeft een enigszins vertekend beeld omdat ook in de overige deelgebieden (bijvoorbeeld gerodontologie, parodontologie, kindertandheeskunde) preventieve aspecten onderdeel van de ervaren mondzorgproblemen zijn.

21 Tandletsel, periodiek mondonderzoek, klachtenvrije 3^e molaar, mondzorg voor jeugdigen, mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen en (na)zorg bij patiënten met implantaten.

22 Mondholte- / orofarynxcarcinoom, orale mucositis bij patiënten met kanker, diagnostiek / behandeling obstructieve slaapapneu syndroom, LESA antistolling, griep, hepatitis B, tabaksverslaving, preventie bacteriële endocarditis.

23 Er was ook een methodologische reden om dit te doen. Bij de tandartsen en mondhygiënist ging het om benaderde steekproeven en bij de orthodontisten en tandprotheticen om populatiebenaderingen. Alleen al daarom was er sprake van een onregelmatigheid in de representativiteit.

Tabel 10a

Door tandartsen en mondhygiënisten genoemde onderwerpen (+ problemen en/of knelpunten), waarover het ontwikkelen van een klinische richtlijn nodig en/of gewenst is

medische interactie en anamnese <i>wanneer/hoe voorschrijven medicatie, interactie medicatie en klinische ingreep, beleid rond behandeling van bestraalde patiënten, behandeling patiënten met diabetes mellitus, wanneer focusonderzoek, anamnese algemene gezondheid/gebruik medicatie, anamnese rond drugs- en alcoholgebruik</i>	70	23%
restauratieve tandheelkunde <i>indicatie/plaatsen kroon, indicatie/uitvoering restauratie frontelement, mate van excaveren, behandeling slijtage, indicatie verwijderen amalgaam, indicatie/gebruik materialen composietrestauraties, wel/niet aanbrengen onderlaag, gebruik cofferdam, garanties</i>	46	15%
implantologie <i>indicatie, technische aspecten behandeling, nazorg, garantie, taakverdeling en samenwerking</i>	31	10%
endodontologie <i>'state of art' indicatie en behandeling, indicatie en behandeling parodontitis apicalis</i>	22	7%
kindertandheelkunde <i>behandeling van kinderen (met ADHD, autisme en andere contactstoornissen), behandeling pijnklachten bij jonge kinderen, premature extractie van carieuze melkelementen</i>	20	7%
parodontologie <i>gebruik paroprotocol (indicatie, behandeling, methode en werkwijze), omgaan met 'non-compliance', indicatie en voorlichting bij zwangerschap, indicatie bij roken, behandeling van gevoelige tandhalzen</i>	20	7%
preventie <i>toepassing bij kinderen/bijzondere groepen, periodiek mondonderzoek, gebruik mondspoelmiddelen, indicatie fluoridespoeling/fluoridekappen, indicatie verwijzing mondhygiëne, effect van voorlichting bij preventie, effectiviteit van methodieken voor gedragsverandering, methode verwijderen tandsteen/aanslag met minste weefselschade</i>	19	6%
gerodontologie en bijzondere tandheelkunde <i>zorg aan ouderen/gehandicapten, inclusief mondzorgplan</i>	18	6%
orthodontie <i>wanneer wel / niet behandelen, wanneer starten met behandelen</i>	10	3%
radiologie <i>toepassing basisdiagnostiek algemene praktijk, indicatie OPG, toepassing volgen van overgang naar de 2e wisselfase, juiste instelling apparatuur</i>	10	3%
anesthesie en sedatie <i>bevoegdheid naar aard pijnbestrijding, anesthesie en sedatie bij bijzondere groepen</i>	9	3%
chirurgie <i>timing en indicatie extractie elementen voor orthodontie, wanneer apicale chirurgie, invloed medicatie bij chirurgische ingreep</i>	8	2%
prothetiek <i>zorg aan oudere edentate patiënt, indicatie en behandeling volledige en partiële gebitsprothese, nazorg</i>	6	2%
diverse tandheelkunde <i>indicatie bleken, behandeling agenesis, indicaties/behandeling kaakgewrichtsklachten, indicatie slijmvliesafwijkingen, begeleiding patiënten na oncologische behandeling en/of operaties in hoofd/hals gebied, welke informatie geven over eventuele schade van een behandeling, hoe klinische besluitvorming aanwenden in de diagnostiek, risicomanagement bij verschillende risicogroepen, indicatie afwijkende mondgewoonten</i>	21	7%
	310	100%
* De naar voren gebrachte problemen en/of knelpunten bij de genoemde onderwerpen zijn door de verschillende leden van werkgroep 2, die specifieke expertise hebben op één of meer onderwerpen, nader gerubriceerd. Het resultaat hiervan is verwerkt in dit overzicht.		

Peiling orthodontisten en tandprotheticici

Zoals mocht worden verwacht, ligt de focus bij orthodontisten en tandprotheticici sterk op hun specifieke terrein binnen de mondzorg. Maar ook daar komt een behoefte naar beslissingsondersteunende documenten wat betreft diagnostiek, indicatie en behandeling en nazorg naar voren.

Tabel 10b

Door orthodontisten genoemde onderwerpen (+ problemen en/of knelpunten), waarover het ontwikkelen van een klinische richtlijn nodig en/of gewenst is

orthodontie <i>preventie 'white spot lesions' (WSL), indicatie klasse II behandeling, indicatie retentie, indicatie voor logopedie</i>	43	49%
radiologie <i>indicatie (in samenhang met ALARA-principe), toepassing diagnostiek orthodontie (ook CBCT, OPG)</i>	19	22%
chirurgie <i>timing en indicatie extractie elementen voor orthodontie (M3)</i>	6	7%
medische interactie en anamnese <i>wanneer/hoe voorschrijven medicatie, interactie medicatie en klinische ingreep</i>	4	5%
kindertandheelkunde <i>behandeling van kinderen (met ADHD, autisme en andere contactstoornissen), premature extractie van carieuze melkelementen</i>	3	3%
preventie <i>indicatie bij slechte mondhygiëne, afstemming mondhygiëne</i>	3	3%
implantologie <i>indicatie, technische aspecten behandeling, nazorg, garantie, taakverdeling en samenwerking</i>	2	2%
diverse tandheelkunde <i>indicatie behandeling agenesie, welke informatie geven over eventuele schade van een behandeling, professionele indicatie versus wens patiënt</i>	8	9%
	88	100%
* De naar voren gebrachte problemen en/of knelpunten bij de genoemde onderwerpen zijn door de verschillende leden van werkgroep 2, die specifieke expertise hebben op één of meer onderwerpen, nader gerubriceerd. Het resultaat hiervan is verwerkt in dit overzicht.		

Tabel 10c

Door tandprotheticici genoemde onderwerpen (+ problemen en/of knelpunten), waarover het ontwikkelen van een klinische richtlijn nodig en/of gewenst is

implantologie <i>indicatie, technische aspecten behandeling, taakverdeling en samenwerking</i>	12	40%
prothetiek <i>indicatie en behandeling volledige en partiële gebitsprothese, samenwerking en verwijzing</i>	10	33%
gerodontologie en bijzondere tandheelkunde <i>zorg aan ouderen/gehandicapten (ook toegankelijkheid praktijk), inclusief mondzorgplan</i>	5	16%
anamnese <i>anamnese algemene gezondheid/gebruik medicatie (pluis - niet pluis)</i>	2	7%
restauratieve tandheelkunde <i>garantie-eisen aan techniekwerk kronen en bruggen</i>	1	3%
	30	100%
* De naar voren gebrachte problemen en/of knelpunten bij de genoemde onderwerpen zijn door de verschillende leden van werkgroep 2, die specifieke expertise hebben op één of meer onderwerpen, nader gerubriceerd. Het resultaat hiervan is verwerkt in dit overzicht.		

Tabel 11a

Door wetenschappelijke vereniging genoemde onderwerpen (+ problemen en/of knelpunten), waarover het ontwikkelen van klinische richtlijn nodig en/of gewenst is

<p>Cobijt</p> <ul style="list-style-type: none"> - patiëntveiligheid bij sedatie en algehele anesthesie - indicatiestelling parodontologie bij patiënten met een verstandelijke beperking - implicaties tandheelkundige behandelingen na bestralingstherapie - tandheelkundig beleid bij mondbranden en kokhalsproblematiek bij edentaten
<p>Ivoren Kruis</p> <ul style="list-style-type: none"> - bestaande adviezen van het Ivoren Kruis vertalen naar richtlijnen
<p>NVvE</p> <ul style="list-style-type: none"> - indicatie, diagnostiek en behandeling van elementen met een vitale pulpa, elementen met een necrotisch, geïnfecteerd wortelkanaal, elementen met een (persisterende) parodontitis apicalis na een eerder uitgevoerde wortelkanaalbehandeling - indicatie en behandeling endodontische spoedbehandeling
<p>NVGPT</p> <ul style="list-style-type: none"> - herkenning/diagnostiek en beleid/behandeling bij gebitsslijtage/niet-cariogeen tandweefselverlies. - behandeling en beleid gnathologie (laatste stand van zaken), bij aangeboren afwijkingen in het bijzonder hypodontie en amelogenesis imperfecta - aanvullende diagnostiek bij kokhalzen in relatie tot implantologie - indicatie implantologie in relatie tot andere behandelopties bij betand/ onbetand - indicatie totaalextractie in relatie tot angst en/of financiële beperkingen - taakdelegatie en resultaatverantwoordelijkheid binnen de (al of niet implantologische) prothetiek
<p>NVOI</p> <ul style="list-style-type: none"> - indicatie voor implantologie in de bovenkaak (overkappingsprothese) - indicatie immediate implant placement versus delayed implant placement (evidence based) - behandeling peri-implantitis (evidence based) - indicatie cementeren of verschroeven van kronen en bruggen of implantaten (evidence based)
<p>NVT</p> <ul style="list-style-type: none"> - indicatie preventieve röntgenopnamen, indicatie cone beam CT in relatie tot bestralingsrisico - indicatie minimaal invasief versus traditioneel conserverend bij cariës behandeling bij kinderen (evidence based) - indicatie preventieve verwijdering van onderverstandskiezen bij jong volwassenen - tijdsduur behoud van kies met voorgeschiedenis en matige vooruitzichten i.v.m. mogelijkheden voor implantaat
<p>NVvK</p> <ul style="list-style-type: none"> - parodontologie in de kindertandheelkunde
<p>NVvP</p> <ul style="list-style-type: none"> - indicatie en gebruik materialen bij parodontale regeneratie - protocol initiële therapie - indicatie parodontitis en implantaten - behandeling peri-implantitis - relatie parodontale behandeling en gezondheid
<p>NVVRT</p> <ul style="list-style-type: none"> - methoden en middelen op het gebied van restauratieve tandheelkunde - tandheelkundig beleid voor jonge huisarts voor optimaal begeleiden patiënt
<p>VBTTG</p> <ul style="list-style-type: none"> - verzet en vrijheid beperkende maatregelen bij tandheelkundige behandeling in relatie tot veiligheid patiënt en team - sedatie en behandelbaarheid van angstige en gehandicapte patiënten - psychologische (gedrags)ondersteuning bij behandeling van angstige en gehandicapte patiënten - preventie bij mondzorg voor bijzondere zorggroepen - pre- en postoperatief beleid bij behandeling onder algehele anesthesie voor bijzondere zorggroepen
<p>VvO</p> <ul style="list-style-type: none"> - indicatie röntgen in het kader van orthodontie - retentie/nazorg; keuze retentieapparatuur - preventie, mondhygiëne advies tijdens orthodontische behandeling - hoe te handelen bij afwijkende wortellengte, wortelvorm, wortelresorptie bij orthodontische behandeling - hoe te handelen bij dentaal trauma tijdens orthodontische behandeling

Tabel 11b

Door beroepsgroep genoemde onderwerpen (+ problemen en/of knelpunten), waarover het ontwikkelen van klinische richtlijn nodig en/of gewenst is

<p>NVM</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>uniforme taal verslaglegging</i> - <i>periodiek mondonderzoek (van proefschrift naar richtlijn. iedereen doet het op zijn eigen wijze)</i> - <i>uniform model voor mondzorg risicomodel cariës, gingivitis/parodontitis</i> - <i>radiologie</i>
<p>ONT</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>indicatiestelling; deelonderwerp bij richtlijn implantaat gedragen gebitsprothese</i> - <i>juridische consequenties; deelonderwerp bij richtlijn horizontale /verticale verwijzing</i> - <i>richtlijn uniforme verslaggeving (onder andere audit en intercollegiale toetsing en verwijzing)</i> - <i>richtlijn volledige gebitsprothese (eigenlijk al klaar en in bezit ONT)</i>

Het rubriceren van onderwerpen op basis van een klinische vraag/knelpunt zoals in de beschreven methode in hoofdstuk 2 bleek op basis van de peiling onder mondzorgprofessionals en wetenschappelijke verenigingen binnen het geboden tijdsbestek niet haalbaar. Dit had onder meer te maken met de omstandigheid dat de genoemde klinische knelpunten niet altijd specifiek genoeg omschreven waren. Bij de verdere uitwerking van KiMo kan dit vanzelfsprekend worden opgepakt. Daarmee kan het meetinstrument voor onderwerpselectie in de mondzorg verder worden verfijnd en gestalte krijgen.

5.3 Prioritering van onderwerpen

Uit het voorgaande is een beeld verkregen van de behoeften en wensen aan richtlijnen in het veld en is duidelijk gemaakt welke EBRO-richtlijnen er in de mondzorg in principe beschikbaar zijn. De volgende stap zal zijn om ten behoeve van de meerjarenagenda tot een prioritering van onderwerpen te komen voor nieuw te ontwikkelen richtlijnen, alsook voor de richtlijnen die het eerste in aanmerking komen voor herziening.

In opdracht van de Regieraad Kwaliteit van Zorg hebben de Orde van Medisch Specialisten (OMS) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) van 2010 tot 2012 een traject doorlopen om te komen tot een breed gedragen set van prioriteringscriteria en het opstellen van een lijst van onderwerpen voor richtlijnontwikkeling. Dit heeft geresulteerd in het rapport 'Prioriteren onderwerpen voor richtlijnontwikkeling in Nederland' (OMS/NHG, 2012). Uit dit rapport komen de volgende twaalf criteria naar voren die van belang zijn te betrekken bij het prioriteren van onderwerpen voor richtlijnontwikkeling. De weergegeven volgorde is een indicatie voor het belang dat aan een criterium is gegeven op basis van een peiling onder stakeholders (OMS/NHG, 2012).

- 1 Behoefte aan richtlijn bij professionals.
- 2 Ernst van het onderwerp (ziekte, invaliditeit, sterfte e.a.).
- 3 Bevordering kwaliteit van zorg.
- 4 Patiëntveiligheid (bijwerkingen, ongewenste effecten en/of onveilige situaties).
- 5 Omvang van het onderwerp (prevalentie).
- 6 Variatie in zorg (ongewenste heterogeniteit).
- 7 Haalbaarheid implementatie van de richtlijn.
- 8 Voldoende wetenschappelijke input voorhanden.
- 9 Kosten van het onderwerp (gezondheidszorgbudget).
- 10 Behoefte aan richtlijn bij patiënt.
- 11 Maatschappelijke noodzaak.
- 12 Sociale effecten en gelijkheid (gezondheidsverschillen tussen sociaaleconomische groepen).

Advies met betrekking tot prioritering van onderwerpen

Bij de aanpak van de prioritering binnen KiMo wordt voorgesteld in ieder geval gebruik te maken van de prioriteringscriteria van de Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012) en dienen nog aanvullende criteria voor de mondzorg geformuleerd te worden door de richtlijnadviescommissie (RAC) in samenwerking met het bestuur.

5.4 Contouren voor een Meerjarenagenda 2014 - 2016

Vooralsnog wordt de meerjarenagenda 2014 - 2016 hier slechts in contouren geschetst. Het is aan degenen die KiMo verder concreet gaan vormgeven om ten aanzien van de onderwerpen die voor nieuwe c.q. te herziene richtlijnen in aanmerking komen 'knopen door te hakken'. De in het voorgaande bijeengebrachte informatie, biedt daartoe voldoende munitie. Daarbij worden hier wel enkele gedachten aangedragen die daarbij mogelijk bruikbaar kunnen zijn.

- 'Begin klein, maar denk groot'. Daarmee wordt bedoeld om met de feitelijke ontwikkeling van richtlijnen niet meteen 'te veel hooi op de vork te nemen' door te starten met de ontwikkeling van meerdere richtlijnen tegelijk. Het afleveren van één nieuwe en één herziene klinische EBRO-richtlijn per jaar zou in de beginfase een mooi resultaat zijn.
- Uit de inventarisaties komt een veelheid aan onderwerpen en daarbinnen een veelheid aan ervaren knelpunten naar voren. Opvallend is dat, gezien over de verschillende onderwerpen, er veel behoefte is aan beslissingsondersteunende documenten op het gebied van diagnostiek, indicatie, behandeling en nazorg. Ook in de onderwerpen die zijn aangedragen door de wetenschappelijke verenigingen wordt dit meerdere malen genoemd. Bij de verdere uitwerking van de meerjarenagenda van KiMo zou dit een belangrijk uitgangspunt kunnen zijn. Daarnaast bestaat een duidelijke behoefte aan richtlijnen op het gebied van tandheelkundig-medische interactie.
- Bij de aanpak van de prioritering van nieuwe onderwerpen wordt geadviseerd gebruik te maken van de prioriteringscriteria van de Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012) en aanvullende criteria voor de mondzorg te formuleren door de richtlijnadviescommissie (RAC). Dit doorlopend proces van prioritering is gebaat bij een betrouwbare methode van monitoring om de klinische knelpunten in het mondzorgveld adequaat en vooral ook tijdig te herkennen. Het is zinnig om de ervaringen die zijn opgedaan bij de hiervoor beschreven inventarisaties (direct bij de beroepsgroepen en via de wetenschappelijke verenigingen) daarbij te benutten.

Geraadpleegde literatuur

- Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991;50:179-211.
- Ambulancezorg Nederland. Juridische status van standaarden en protocollen in de ambulancezorg. Zwolle: Ambulancezorg Nederland, 2005.
- Bahrami M, Deery C, Clarkson JE, Pitts NB, Johnston M, Ricketts I, et al. Effectiveness of strategies to disseminate and implement clinical guidelines for the management of impacted and unerupted third molars in primary dental care, a cluster randomised controlled trial. *BDJ* 2004;197:691-696.
- Brands WG. De tandarts. In: Meersbergen DYA van (red.). Beroepenwetgeving Gezondheidszorg 2012/2013. Den Haag: Boom Juridische uitgevers, 2012.
- Brands WG, Eijkman, MAJ. Gezondheidsrecht voor tandartsen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.
- Braspenning JJC, Schellevis FG, Grol RPTM. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Nijmegen/Utrecht: WOK/NIVEL 2004.
- Bruers JJM. Onderzoek in algemene praktijken: uitdagingen voor tandartsen. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2009;116:17-21.
- Burgers JS, Everdingen JJE van. Evidence-based richtlijnontwikkeling: het EBRO-platform. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:2057-59.
- Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research on methods of developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003;326:816-9.
- College voor Zorgverzekeringen/Kwaliteitsinstituut (CVZ/KI). Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten. Diemen, CVZ/KI, 2013.
- Commissie Herziening Artseneed. Nederlandse Artseneed. Utrecht, 2003.
- Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adaptation of clinical practice guidelines. *CMAJ* 1997;157:408-16
- Dawson J, Doll H, Fitzpatrick R, Jenkinson C, Carr AJ. The routine use of patient reported outcome measures in healthcare settings. *BMJ* 2010; 340: c186.
- Delnoij, D. Zicht op kwaliteit. Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief. Oratie Universiteit Tilburg, 2009.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44(3):166-206.
- Everdingen JJE van, Burgers JS, Assendelft WJJ et al. Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem, 2004,
- Gezondheidsraad. De mondzorg voor morgen. Den Haag: Gezondheidsraad 2012; publicatienr. 2012/04.
- Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:1-72.
- Grol R. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362(9391):125-30.
- Grol R en Wensing M. Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Vierde herziene druk. Reed Business, Amsterdam 2011.
- Harmsen M, Braspenning J, Grol RPTM. Het handelen volgens (evidence-based) richtlijnen. In: gepaste zorg. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2004.
- Harmsen M, Gaal S, van Dulmen S, de Feijter E, Giesen P, Jacobs A, Martijn L, Mettes T, Verstappen W, Nijhuis-van der Sanden R, Wensing M. Patiëntveiligheid in de Nederlandse eerstelijnszorg anno 2009. Nijmegen: IQ healthcare, december 2009.

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). <http://www.igz.nl/onderwerpen/handhavingsinstrumenten/wetten/kwaliteitswetzorginstellingen>, 20 november 2012.
- Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality Chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC: Institute of Medicine, 2001.
- Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Medische professionaliteit. KNMG Manifest. Utrecht: KNMG, 2007.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). Blauwdruk patiëntenparticipatie in richtlijnontwikkeling; Leidraad voor richtlijnmakers. Utrecht, CBO en NPCF, 2010.
- Langelaar M. Infectiepreventie in ziekenhuizen onder de maat. Medisch Contact 2014;69:22-3.
- Lawrence M, Olesen F, et al. Indicators of quality in health care. Eur J Gen Pract 1997;3:103-8.
- McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. N Engl J Med 2003;348:2635-45.
- Mettes Th. Klinische richtlijnontwikkeling in de mondzorg. Quality Practice Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam 2011;6:22-7.
- Mettes TG, van der Sanden WJ, Bronkhorst E, Wensing M, Grol RPTM, Plasschaert AJM. Impact of guideline implementation on patient care: a cluster RCT. J Dent Res. 2010;89:71-6.
- Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), Nulmeting Onderzoek Kwaliteit van Mondzorg 2012: Een eerste proeve van kwaliteit. Tabellenrapportage 13.01, Nieuwegein, NMT, 2013.
- Nederlandse Zorgautoriteit, <http://www.nza.nl/regelgeving/wetgeving/wmg>, 20 november 2012.
- Oorschot JA van, Jaspers Fr CA, Schaaf JH, Linnebank F, Oostveen CAG, Braaksma JT. Professionele autonomie van de medisch specialist. Assen, Van Gorcum & Comp. BV, 1995.
- Orde van Medisch Specialisten, Nederlands Huisartsen Genootschap. Prioriteren onderwerpen voor richtlijnontwikkeling in Nederland; een lijst met geprioriteerde richtlijnonderwerpen. Regieraad Kwaliteit van Zorg, Den Haag, 2010-2012.
- Pratt RJ, Pellowe C, Loveday HP, et al. The EPIC project: developing national evidence based guidelines for preventing healthcare related infections. J Hosp Infect 2011;47:S3-82.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek: Onderzoek Patiëntveiligheid. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2005; publicatie 48.
- Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijnen voor richtlijnen. Criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn. Regieraad Kwaliteit van Zorg, Den Haag maart 2012.
- Starfield B. Health services research: a working model. N Eng J Med 1973;289:132-6.
- Stone S. Handhygiene: the case for evidence based education. J R Soc Med 2001;94:278-81.
- Teare L, Cookson B, Stone S. Handhygiene BMJ 2001;323:411-2.
- Van der Sanden WJM. Clinical practice guidelines in dental care: Studies on development and use 2003. Thesis Raboud University Nijmegen.
- Van der Sanden WJ, Mettes TG, Plasschaert AJ, Grol RP, Mulder J, Verdonschot EH, et al. Effectiveness of clinical practice guideline implementation on lower third molar management in improving clinical decision-making: a randomized controlled trial. Eur J Oral Sci 2005;113:349-54.
- Van der Sanden WJ, Nienhuijs ME, Mettes TG. De rol van richtlijnen en systematische literatuuroverzichten in de tandheelkundige zorgverlening. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007;114: 179-86.
- Westert GP. Variatie in prestatie. De kwaliteit van de gezondheidszorg aan bod. Oratie Universiteit Tilburg, 2006.

Bijlage 1 Intentieverklaring en lijst van ondertekenaars

Intentieverklaring

Beroepsorganisaties, universiteiten en wetenschappelijke verenigingen zijn de afgelopen jaren actief geweest op het gebied van richtlijnontwikkeling.

Mede naar aanleiding van het rapport van de Gezondheidsraad; *de mondzorg van morgen*, hebben partijen geconstateerd dat de tijd rijp is om samen een volgende stap te zetten in het structureren van richtlijnontwikkeling.

NMT en Acta hebben vervolgens het initiatief genomen tot het inrichten van een richtlijnprogramma.

In een gezamenlijke bijeenkomst op 25 februari 2013 hebben vertegenwoordigers van de universiteiten, wetenschappelijke verenigingen en beroepsgroepen, de intentie uitgesproken om te komen tot de inrichting van een structuur voor ontwikkeling en implementatie van richtlijnen voor de mondzorg. Werktitel: Kamer Mondzorg.

versie 1 Ondergetekenden zullen zich gezamenlijk inspannen, door inzet van expertise, mensen en middelen om:

versie 2 Ondergetekende zal zich, gezamenlijk met andere participanten, inspannen om:

- de Kamer Mondzorg nog in 2013 te realiseren.
- te bouwen aan permanent draagvlak voor de Kamer Mondzorg, zowel binnen de mondzorg als bij haar stakeholders.
- gebruik van de opgebouwde kennis te stimuleren.

Lijst van ondertekenaars versie 1

ACTA
ANT
IVOREN KRUIS
NMT
NVIJ
NVM
NVOI
NVT (mede namens OVAP, NVGPT, VBTGG, NVSST, NVVRT en NVBT)
NVvE
NVvP
ONT
VMTI

Lijst van ondertekenaars versie 2

COBIJT
LOM/HOGESCHOLEN
NVvK
RadboudUMC
UMCG (CTM)

Toehoorders

Sectie Tandartsspecialisten
VvO

Bijlage 2 Samenstelling werkgroep 2

dr. Th.G. (Dirk) Mettes (onafhankelijk voorzitter)

drs. N.A.E. (Noortje) Akveld (NMT)

dr. D.S. (Dick) Barendregt (NVT)

drs. J.S.L.I. (Jorinde) Bisschop (NMT)

dr. D.E. (Denise) van Diermen / drs. J. (Joris) Muris (VMTI)

dr. R.M.M. (Roeland) Geijer (NHG, extern adviseur)

dr. R.C. (Ronald) Gorter (ACTA)

prof. dr. C. (Cor) van Loveren (Ivoren Kruis)

drs. W.J. (Joerd) van der Meer (NVvE)

drs. B.A.J.A. (Bart) van Oirschot (NVOI)

dr. B.C.M. (Barbara) Oosterkamp (VvO)

dr. M.A. (Monique) Stokman (NVM) (tot en met juli 2013)

drs. N.W.D. (Nelleke) van Maanen - Schakel (NVM) (vanaf juli 2013)

prof. dr. F. (Fridus) van der Weijden (NVvP)

dr. J.J.M. (Josef) Bruers (NMT bureau, secretaris)

drs. C.J.M. (Carla) Schenkeveld (NMT bureau, secretaris)

Bijlage 3 Eindrapportage Sterkte-Zwakte Analyse initiatief 'Kamer Mondzorg'

1 Inleiding

Werkgroep 2 heeft in gezamenlijkheid een sterkte-zwakte analyse (SZ-analyse) uitgevoerd rond het initiatief 'Kamer Mondzorg', dat wil zeggen het initiatief om binnen de mondzorg te komen tot een structuur voor het ontwikkelen en gebruiken van klinische richtlijnen. Deze analyse, die in de aanpak was gebaseerd op de klassieke SWOT-analyse, is bedoeld om de belangrijkste aandachtspunten te lokaliseren, waarmee bij het samenstellen van het advies rond de 'spelregels' en de 'meerjarenagenda' rekening gehouden zou moeten worden.²⁴ De uitkomsten van deze SZ-analyse vormen daarmee een informatief en ondersteunend document. Op enige punten is er sprake van overlap met de aandachtsgebieden van werkgroep 1. Vanzelfsprekend zal de SZ-analyse ook ter beschikking worden gesteld aan werkgroep 1 en de kwartiermakersgroep, maar als zodanig behoudt deze eindrapportage de status van ondersteunend werkdocument.

De leden van werkgroep 2 hebben via twee emailrondes op een 'delphi-achtige' manier input geleverd op een voorgegeven lijst van 'sterkten', 'zwakten', 'kansen' en 'bedreigingen' wat betreft het initiatief 'Kamer Mondzorg'.²⁵ Daarbij stond de volledigheid niet voorop. Wel was het de bedoeling dat ieder werkgroep lid in een eerste ronde vanuit zijn/haar eigen kennis en ervaring zou nadenken over sterke en zwakte punten van het initiatief, met name ook in het licht van de kansen en bedreigingen die de omgeving ten aanzien hiervan laat zien. Vervolgens kon in een tweede ronde worden gereageerd op ieders bijdrage.

In de navolgende rapportage zijn de gezamenlijke bijdragen van de leden van werkgroep 2 aan deze SZ-analyse op twee manieren weergegeven.

- 1 Een overzicht van de voorgegeven en de spontaan aangevulde 'sterkten' en 'zwakten' en meest relevante 'kansen' en 'bedreigingen' van het initiatief 'Kamer Mondzorg'.
- 2 Een samenvatting van de 'gedachten' die zijn ingebracht na overdenking van wat er kan gebeuren als de 'sterkten' en 'zwakten' van het initiatief worden gerelateerd aan de 'kansen' en 'bedreigingen' van het initiatief.

2 Sterkten en kansen en zwakten en bedreigingen

Hieronder worden de belangrijkste sterke en zwakte punten en meest relevante kansen en bedreigingen van het initiatief 'Kamer Mondzorg' genoemd. De punten buiten het grijze kader zijn steeds voorgegeven en de punten binnen de grijze kaders zijn door de werkgroep leden ingebracht. Tabel 1 geeft een overzicht van de sterke punten en de kansen en tabel 2 van de zwakte punten en bedreigingen.

²⁴ Schop G.J. SWOT Analyse http://www.gertjanschop.com/modellen/swot_analyse.html.

²⁵ Een Delphi-studie (genoemd naar het orakel van Delphi) is een onderzoeksmethode waarbij de meningen van een groot aantal experts wordt gevraagd ten aanzien van een onderwerp waar geen consensus over bestaat. Door de antwoorden van de andere experts (anoniem) terug te koppelen wordt in een aantal rondes geprobeerd tot consensus te komen.

Tabel 1
Sterke punten van het initiatief 'Kamer Mondzorg'

Sterke punten

- *aandacht kwaliteit groeit*
- *commitment binnen beroepsgroepen*
- *hoge organisatiegraad*
- *aanbod bij- en nascholing voldoende aanwezig*
- *financiering in potentie aanwezig*
- *bestaan concrete initiatieven*
- *veel ervaringskennis*
- *initiatief komt uit eigen beweging vanuit de beroepsgroep, waarmee het onafhankelijk initiatief is*
- *samenwerking tussen mondzorgverleners*
- *eigen initiatief: proactief optreden in plaats van reactief*
- *handvat voor beginnende tandarts*
- *toetsingsinstrument bij visitatie door wetenschappelijke vereniging*
- *professie voert verplichtingen contentieus op (pragmatisch ingesteld)*

Kansen

- *veel maatschappelijke druk*
- *externe financiering mogelijk*
- *goede voorbeelden extern*
- *academisch beroepsprofiel*
- *meer ketenzorg in eerste lijn*
- *richtlijnen zijn een kans voor patiënt om inzicht te krijgen in mondzorg*
- *effectieve en efficiënte mondzorg*
- *door ontwikkeling van richtlijnen is er in potentie meer uniformiteit in behandeling mogelijk*
- *dataverzameling voor onderzoek wordt vereenvoudigd en de mate van 'evidence based dentistry' wordt verbeterd*
- *verbetering van uniformiteit in onderwijsprofiel tussen de universiteiten*
- *homogeniteit van beroepsgroep wordt bevorderd door richtlijnontwikkeling waardoor efficiëntie en effectiviteit wordt verbeterd*
- *mogelijkheid om als mondzorg meer aan te sluiten bij algemene gezondheidszorg*

Tabel 2
Zwakke punten van het initiatief 'Kamer Mondzorg'

Zwakke punten

- veel intern verzet
- onwetendheid richtlijnontwikkeling
- transfer innovaties verloopt moeizaam
- geen representatieve wetenschappelijke koepel
- empirische basis onvoldoende ontsloten
- gebrek aan inhoudelijke experts op gebied van richtlijnontwikkeling en implementatie
- carrièreperspectief in onderzoek afwezig
- gebruik van richtlijnen in de algemene tandartspraktijk is niet ingeburgerd of geroutineerd
- veel onwetendheid over richtlijnen bij de beroepsgroep, wat deels verklaart dat er weerstand is vanuit de beroepsgroep
- beroepsgroep kent geen meetbare elementen in de dagelijkse praktijk die feedback geven
- implementeren van richtlijn in de praktijk betekent vrijwel altijd investeren van tijd en moeite, wat tegenstrijdig is met het minimale inspanningsvereiste
- zorgverlener ziet richtlijnen mogelijk als aantasting van autonomie
- mogelijk dwingend karakter richtlijnen
- focus op omzet beperkt focus op lange termijn politieke overleving

Bedreigingen

- gevolgen kostenonderzoek
- externen bepalen kwaliteit
- imago beroepsgroep onder druk
- afstand met andere eerstelijns beroepen
- verzekeraars gebruiken richtlijnen om invloed uit te oefenen over de inhoud van mondzorg
- patiënten gebruiken richtlijnen om onder of overbehandeling af te dwingen
- juridische macht gebuikt richtlijnen om standaarden in de mondzorg af te dwingen
- tandarts leest niet
- elke patiënt is anders
- geen gezamenlijk uitgangspunt
- doel per en voor elke patiënt verschillend
- tandarts wil geen transparantie geven
- geen eensgezindheid binnen groep van experts en 'opinion leaders'
- buitenlandse tandartsen en preventieassistenten, een sterk groeiende groep beroepsbeoefenaars binnen de mondzorg, blijven mogelijk buiten beeld
- financiële beperkingen van de beroepsvereniging, je krijgt de leden niet mee
- oude hiërarchische structuren en domein denken
- misbruik van richtlijnen door zorgverzekeraars, patiëntverenigingen e.a.
- door informatietechnologie zullen patiënten hun eisen en wensen al volledig ik kaart hebben en loopt de mondzorg per definitie achter

3 Naar voren gebrachte gedachten over initiatief 'Kamer Mondzorg'

Aan de werkgroep is de vraag voorgelegd welke relevante aspecten een rol spelen bij de opzet van de Kamer Mondzorg en vervolgens te bedenken, gebruik makend van de sterke en zwakte punten enerzijds en de kansen en bedreigingen anderzijds, welke strategie tot resultaat zou kunnen leiden.²⁶ Naar aanleiding van deze opdracht zijn door de werkgroepleden verschillende gedachten naar voren gebracht. Concluderend kunnen drie zienswijzen worden onderscheiden over aspecten die van belang zijn te benutten bij de verdere uitwerking van het initiatief 'Kamer Mondzorg'.

I *Aandacht voor communicatie en daarbij heft in eigen handen nemen*

Vanuit verschillende invalshoeken wordt naar voren gebracht dat het een goede zaak zou zijn om in de communicatie rond het initiatief 'Kamer Mondzorg' alle mogelijkheden te benutten om de positie van de mondzorg en de beroepen die daarbinnen actief zijn te versterken. Van belang daarbij is te benadrukken dat de mondzorg in gezamenlijkheid dit initiatief neemt. Van belang is deze boodschap zowel extern uit te dragen, als ook intern naar de verschillende beroepsgroepen, wetenschappelijke verenigingen en opleidingen.

- Sterk punt is dat het initiatief is ontstaan bij de mondzorg zelf. In combinatie met de bestaande maatschappelijke druk om tot een 'sprekend' kwaliteitsbeleid te komen en de dreiging van een slecht publiek imago van de beroepsgroepen, biedt het initiatief van de Kamer Mondzorg mogelijkheden om de buitenwereld te tonen dat de mondzorg zich maatschappelijk wil verantwoorden. Hierdoor kunnen de beroepsgroepen binnen de mondzorg hun professionele imago versterken.
- De beroepsgroepen moeten laten zien dat ze zelf de verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit van hun zorgverlening. Tegelijkertijd wordt daarmee duidelijk gemaakt dat de 'kennisproducten' van de beroepsgroepen zelf zijn en niet van externen.

II *Stimuleren meer onderzoek, ook in en met praktijken*

In het licht van het initiatief 'Kamer Mondzorg' is behoefte aan meer kennis, niet alleen puur wetenschappelijke kennis, maar ook kennis gebaseerd op klinische ervaring van mondzorgverleners. Er zou daarom meer onderzoek moet worden gedaan op het gebied van kwaliteit van de mondzorg (dental health service research) in en met mondzorgpraktijken.

- Dit zou zodanig gestimuleerd moeten worden dat het in principe voor iedere praktijk mogelijk is om zich op te geven voor participatie in 'practice-based' onderzoek. Door het laagdrempelig te maken, stimuleer je bovendien het op wetenschappelijke basis werken en het breed verkrijgen van onderzoeksgegevens, en onderlinge afstemming. Laat het daarbij een uitdaging zijn voor de universiteit om professionals en onderzoekers te leveren, die willen participeren in

²⁶ Vanuit de SWOT methodiek, zijn op basis van de combinatie van sterke en zwakte punten enerzijds en kansen en bedreigingen anderzijds, vier aandachtgebieden denkbaar waarop handelen kan/moet worden ontplooid.

- *Offensieve strategie: Hoe maken we gebruik van de sterkte om in te spelen op de kans?*

Waar sterke punten en kansen met elkaar in verband gebracht worden, is een offensieve strategie van toepassing. De kansen en de sterke punten worden uitgebuit.

- *Defensieve strategie: Hoe maken we gebruik van de sterkte om de bedreiging af te weren?*

Waar sterke punten en bedreigingen met elkaar in verband gebracht worden, is een defensieve strategie van toepassing. De sterke punten worden benadrukt en de bedreigingen worden nauwlettend in de gaten gehouden.

- *'Schoon schip maken': Hoe versterken we de zwakte om in te spelen op de kans?*

Waar zwakte punten en kansen met elkaar in verband gebracht worden, moeten zwakten worden omgebogen en verbeterd.

- *'Overleven' - Hoe versterken we de zwakte om de bedreiging af te weren?*

Waar zwakte punten en bedreigingen met elkaar in verband gebracht worden, moet confrontatie worden aangegaan. Er is mogelijk een crisissituatie waar een ommekeer in bewerkstelligd moet worden om eruit te komen.

Dit denkkader is de werkgroepleden meegegeven, maar is uiteindelijk niet strak gehanteerd in de verschillende bijdragen. Indirect zijn de verschillende strategieën wel te herkennen, maar de bijdragen van de werkgroepleden zijn niet gebaseerd op een gerichte analyse van de confrontatie tussen sterke en zwakte punten enerzijds en kansen en bedreigingen anderzijds.

wetenschappelijk onderzoek in mondzorgpraktijken. Dergelijk 'health service' onderzoek moet leiden tot gegevens, die een basis kunnen zijn voor richtlijnontwikkeling én voor de evaluatie van richtlijnconform werken.

- Het zou in feite een intensivering betekenen van de samenwerking tussen academische onderzoekers en mondzorgverleners met belangstelling voor onderzoek en het tot stand brengen van een structuur voor 'practice based' onderzoek. Deze samenwerking zou bereikt kunnen worden door het introduceren van aan een universiteit/hogeschool gelieerde praktijken. Dit zou onder meer kunnen door collega's te motiveren om in hun praktijken mee te werken aan onderzoek en zich te liëren aan academische centra/hogescholen. Daarmee wordt het onderzoek binnen de mondzorg geen zaak van alleen de universiteiten/hogescholen en een doorbreking van de bestaande top-down structuur in de kennisontwikkeling.

Voor onderzoek binnen de mondzorg ontbreekt het overigens aan carrièreperspectief, waardoor de onderzoekinzet te wensen overlaat. De voorwaarden voor het doen van onderzoek, met name ook praktijkgericht onderzoek, zouden daarom aantrekkelijker moeten zijn voor (jonge) tandartsen. Naast meer (externe) financiering voor onderzoek, zou binnen de opleidingen ook meer aandacht moeten worden gegeven aan het verbinden van wetenschappelijke inzichten aan de toepassingen daarvan in mondzorgpraktijken. Weliswaar wordt door docenten aandacht besteed aan de professionele attitude, die is gebaseerd op de integratie van wetenschap in de praktijk, maar dit zou intensiever en breder kunnen worden uitgedragen.

III Aansluiten bij belevingen in de achterban

Bij het uitwerken van het initiatief 'Kamer Mondzorg' is het van belang om zo goed mogelijk aan te sluiten bij de belevingen in de achterban. Zo is er sprake van een zekere onwetendheid rond richtlijnontwikkeling en wordt de noodzaak om volgens richtlijnen en protocollen te werken niet bij iedereen gevoeld. Deze matige motivatie bij verschillende mondzorgverleners kan tot weerstand leiden, omdat er ook ideeën leven dat richtlijnconform werken meer inzet en/of kosten meebrengt. Daarnaast zou aandacht moeten uitgaan naar de initiatieven en ideeën die voortkomen uit de beroepsgroep zelf. Weerstand kan immers ook ontstaan omdat de beroepsgroep zich niet gehoord of niet serieus genomen voelt door de organisatie dat de richtlijnen ontwikkeld.

Gezien de relatieve onbekendheid en heersende reserves zou het goed zijn inspiratie op te doen door de (goede) voorbeelden rond richtlijnontwikkeling uit het omringende zorgveld als springplank te gebruiken, met name ook in de informatievoorziening naar de beroepsgroepen binnen de mondzorg. Zo hoeft de mondzorg niet 'van scratch af' aan te beginnen. De huidige voorbeelden van de huisartsen kunnen gebruikt worden om de beroepsgroep te laten zien dat richtlijnontwikkeling wel degelijk helpt om de kwaliteit te bevorderen. Samen met de nodige overredingskracht kan hiermee de onbekendheid en angst voor verkeerd gebruik worden weggenomen en kan op de korte termijn een zekere inhaalslag worden gemaakt.

Op de langere termijn kunnen de maatschappelijke druk, de goede (externe) voorbeelden en het academisch profiel ervoor zorgen dat steeds meer mondzorgverleners accepteren dat klinische richtlijnen onderdeel zijn van de professies. Als een richtlijn voldoet aan de eisen, zoals die zijn beschreven in de Richtlijn voor Richtlijnen, dan zal het draagvlak binnen de professie allengs groeien (Regieraad, 2012). Dit is in de hele medische wereld gebeurd en er is geen reden om aan te nemen dat dit in de mondzorg anders zou zijn. Zeker als er tijdens de opleidingen serieus aandacht wordt gegeven aan het werken met klinische richtlijnen. Ook het uitzetten van goed georganiseerde pilots rond gebruik van richtlijnen, zouden kunnen helpen om ervaring te creëren in de verschillende mondzorgpraktijken.

Tot slot is in de SZ-analyse door verschillenden gewezen op de omstandigheid dat er binnen de beroepsgroep een relatie wordt gelegd tussen 'kwaliteit' en 'inkomen'. Naast groeiende steun voor het initiatief, bestaat er binnen de beroepsgroepen hiertegen ook verzet. Dit verzet, dat een serieuze hindernis kan vormen voor het initiatief 'Kamer Mondzorg', richt zich op de vermeende vrijheidsbeperking om een eigen behandelplan te kunnen bepalen, maar vooral en ook in samenhang hiermee op een angst voor inkomensverlies.

- De implementatie van kwaliteitsactiviteiten, bijvoorbeeld het toepassen van zorginhoudelijke richtlijnen kan consequenties hebben voor inkomsten en vrijheden in de praktijkvoering (controle termijnen/structureel sealen e.d.). Het is zeer wel denkbaar dat de bereidheid om bepaalde richtlijnen te implementeren binnen de beroepsgroepen in het gedrang kan komen.
- De gevolgen van het kostenonderzoek kunnen, als dat uitdraait op een tariefverlaging, worden gezien als een bedreiging voor kwaliteitsinitiatieven die meer inzet en aandacht vragen.
- Het zou goed zijn duidelijk te maken dat aandacht voor kwaliteit een prijs heeft. Alleen als dat inzicht bestaat bij alle betrokkenen, kan kwaliteit van zorg ook werkelijk geëffectueerd worden en mogelijk aantoonbaar werken met richtlijnen extra worden beloond. Richtlijnen zouden zelfs moeten/kunnen bijdragen aan inventarisering van (on)kosten voor bepaalde behandelingen. Op die manier kunnen reserves over de inkomenseffecten van richtlijnen worden weggenomen en is mogelijk meer draagvlak bij de beroepsgroepen te creëren.

Het is van wezenlijk belang te realiseren dat binnen de beroepsgroepen deze reserves tegen richtlijnen (en ook andere kwaliteitsinitiatieven) bestaan.

Werkgroep 2 'Kamer Mondzorg'
november 2013

Bijlage 4 Richtlijn voor Richtlijnen

Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor Richtlijnen. 20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn. Herziene versie, Den Haag, maart 2012.

Vorbereidingsfase

1 Het onderwerp, het doel en de doelgroep van een richtlijn worden gekozen.

'In principe kan elke organisatie het initiatief nemen een richtlijn te ontwikkelen. De keuze van het onderwerp wordt onder andere bepaald door de prevalentie van de aandoening of conditie, de lijdensdruk, de maatschappelijke relevantie en de verwachting dat een richtlijn de kwaliteit van de zorg kan verbeteren. Het onderwerp wordt afgebakend door aan te geven waar de richtlijn wel en waar de richtlijn niet over gaat. Voor een effectieve implementatie moet de doelstelling van de richtlijn duidelijk zijn beschreven en helder zijn voor de doelgroepen. Met de laatste worden zowel de zorgprofessionals als de zorggebruikers bedoeld. Deze doelgroepen worden duidelijk benoemd, zodat zij direct kunnen vaststellen of de richtlijn voor hen relevant is.'

2 De initiatiefnemer van de richtlijn identificeert de primair betrokken beroepsorganisaties en patiënten/cliëntenorganisaties.

'De primair betrokken beroepsorganisaties zijn de organisaties die gezamenlijk het belangrijkste aandeel hebben in de zorg van de zorggebruikersgroep die in de richtlijn wordt beschreven. De primair betrokken patiënten/cliëntenorganisaties zijn die organisaties die de patiënten/ cliëntengroep(en) vertegenwoordigen die in de richtlijn centraal staan ofwel hun belangen behartigen. Het verdient aanbeveling afstemming te zoeken met relevante veldpartijen enerzijds ter bevordering van nationale samenwerking, ter voorkoming van dubbel werk en ter uniformering van richtlijnmethodieken. Met het oog op het te verrichten literatuuronderzoek wordt bekeken of er internationale samenwerking mogelijk is. Anderzijds ter bevordering van de implementatie.'

3 De primair betrokken organisaties kiezen de voorzitter en zijn verantwoordelijk voor het functioneren van de voorzitter.

'De primair bij het onderwerp betrokken doelgroepen kiezen gezamenlijk een onafhankelijk en deskundig voorzitter. Er kunnen afspraken gemaakt worden over het delegeren van verantwoordelijkheden, beslissingsbevoegdheden en taken, bijvoorbeeld aan een ondersteunende organisatie met specifieke expertise op het gebied van richtlijnontwikkeling.'

4 De primair betrokken organisaties formeren de werkgroep en stellen de werkwijze vast.

'De primair betrokken organisaties worden uitgenodigd leden af te vaardigen aan de werkgroep. De leden bepalen op basis van inhoudelijke overwegingen in samenspraak met de voorzitter welke andere relevante partijen in de werkgroep vertegenwoordigd worden en hoe de balans tussen de betrokken partijen is. Mocht het aantal partijen te groot worden dan kan een kerngroep binnen de werkgroep geformeerd worden. Het verdient aanbeveling dat alle betrokken beroepsorganisaties de afgevaardigde leden voorzien van een 'mandateringsbrief'. Hierin worden de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en afspraken met betrekking tot terugkoppeling en ruggespraak aangegeven.

Er zijn verschillende werkwijzen voor richtlijnontwikkeling. De uitgangsvragen kunnen gezamenlijk, multidisciplinair worden uitgewerkt of in verschillende monodisciplinaire trajecten (bijvoorbeeld via een 'netwerkrichtlijn'). Essentieel is dat afstemming plaats vindt tussen de deelnemende beroepsgroepen en patiënten/cliëntenorganisatie(s). De wijze van richtlijnontwikkeling wordt expliciet beschreven in de richtlijn.'

5 Bij alle fasen van richtlijnontwikkeling zijn inhoudsdeskundigen en methodologische experts betrokken.

‘Voor de inhoudsdeskundige geldt dat deze werkzaam is in het veld van de betrokken doelgroep, inhoudelijke kennis en ervaring in de praktijk heeft met het onderwerp en beschouwd wordt als vertegenwoordiger van een beroepsorganisatie. Dit geldt eveneens voor de inhoudsdeskundige van de patiënt/cliëntorganisatie(s). De expertise van de methodologische experts omvat onder andere kennis van en ervaring met richtlijnprocesbegeleiding, systematisch literatuuronderzoek (zoeken, selecteren, beoordelen en samenvatten van literatuur) en klinische epidemiologie. Voorts zitten in de richtlijnwerkgroep of wordt de groep ondersteund door experts met kennis van en ervaring met het schrijven en redigeren van teksten, de ontwikkeling van indicatoren, en implementatie van richtlijnen.’

6 Het patiënten/ cliënten perspectief maakt onderdeel uit van de richtlijn.

‘De relatie en de communicatie tussen zorgverlener en zorggebruiker is een belangrijk aandachtspunt in elke richtlijn. De specifieke expertise en ervaringen van de zorg-gebruikersgroep met betrekking tot het onderwerp van de richtlijn moeten hierbij zo goed mogelijk tot zijn recht te komen. Er bestaan meerdere methoden om dit in te brengen, zoals deelname in de werkgroep, focusgroepen, vragenlijstonderzoek en literatuuronderzoek of een combinatie hiervan. Inbreng van de zorggebruikers is vooral gewenst bij de probleemanalyse aan het begin van het traject, bij de knelpuntenanalyse, het formuleren van uitgangsvragen, het vaststellen van uitkomstmaten, het formuleren van aanbevelingen en in de commentaarfase. Betrek bij het ontwikkelen van de richtlijn ten minste twee vertegenwoordigers van de zorggebruikersgroep. Zij leveren minimaal één uitgangsvraag aan. De betrokken beroepsorganisaties zien er ook op toe dat de inbreng vanuit het patiëntenperspectief voldoende aan bod komt. Deze taak kan gedelegeerd worden naar de initiërende organisatie, de voorzitter of naar methodologische experts. De richtlijn beschrijft hoe het patiënten-/cliëntenperspectief vorm heeft gekregen.’

7 De invloed van belangenverstrengeling wordt zoveel mogelijk beperkt.

‘De richtlijn wordt zo opgesteld dat de financier geen invloed heeft op de inhoud van de aanbevelingen. Eventuele belangenverstrengeling van werkgroepleden wordt vastgelegd door een belangenverklaring die alle leden invullen voordat de werkgroep begint. Het kan hierbij gaan om commerciële, professionele of wetenschappelijke belangen. Voorbeelden zijn het op een loonlijst staan, sponsoring, een financieel dan wel commercieel belang hebben bij een bedrijf met winstoogmerk en participatie in een wetenschappelijke studie die deel uitmaakt van de geselecteerde literatuur. Er worden binnen de werkgroep afspraken gemaakt hoe men omgaat met belangen(conflicten) en wie verantwoordelijk is dat de problemen de hierdoor kunnen ontstaan worden opgelost. In de richtlijn worden de belangen en omgang vermeldt. Deze afspraken sluiten aan bij de ‘Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling’ van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen (KNAW). Wijzigingen in belangen gedurende het richtlijntraject worden bij de werkgroep gemeld.’

Ontwikkelfase

8 De richtlijnontwikkeling start met een knelpuntenanalyse

‘De knelpuntenanalyse richt zich zowel op de inhoud als op de organisatie van zorg. Naast zorgverleners en zorggebruikers worden andere relevante partijen (stakeholders) gevraagd naar knelpunten, bijvoorbeeld vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgorganisaties en – instellingen, overheid en industrie. Er worden geen partijen bij voorbaat uitgesloten. Methoden die gehanteerd kunnen worden zijn literatuuronderzoek, vragenlijstonderzoek, focusgroepen en interviews met sleutelfiguren. Getracht wordt een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van de problematiek in de praktijk. De inventarisatie van belemmerende factoren voor acceptatie en invoering van de toekomstige richtlijn vormt een onderdeel van de knelpuntenanalyse. De werkgroep is verantwoordelijk voor de analyse en prioritering van de knelpunten.’

9 Op grond van de knelpuntenanalyse worden specifieke uitgangsvragen opgesteld.

'De uitgangsvragen kunnen onder andere betrekking hebben op etiologie, screening en preventie, diagnostiek, therapie en begeleiding, prognose en follow-up, en organisatie van zorg. Een specifieke uitgangsvraag bevat een omschrijving van de patiënten/cliëntenpopulatie, eventuele interventie en controle-interventie, en uitkomstmaten. Uitkomstmaten kunnen onder andere betrekking hebben op prevalentie/ incidentie van klachten, verschijnselen, aandoeningen en risicofactoren, effectiviteit, veiligheid (bijwerkingen en ernstige schade), diagnostische accuratesse, doelmatigheid (kosten, kosteneffectiviteit, budget-impact) en patiënt/ cliënttevredenheid. Uitkomstmaten op het gebied van (maatschappelijk) functioneren (waaronder arbeid), multi- en comorbiditeit, en kwaliteit van leven verdienen extra aandacht. Het (maatschappelijk) functioneren kan in kaart gebracht worden met de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).⁵ De werkgroep brengt een prioritering aan in de uitgangsvragen en selecteert de meest relevante uitgangsvragen voor gericht literatuuronderzoek.'

10 De literatuur wordt systematisch samengevat en transparant gepresenteerd door een methodoloog en een inhoudsdeskundige.

'Bij het ontwikkelen van een zoekstrategie wordt bij voorkeur een specifiek opgeleide informatiespecialist betrokken. Het systematisch samenvatten van de literatuur door ten minste twee personen, onafhankelijk van elkaar, verhoogt de betrouwbaarheid van het literatuuronderzoek. Probeer bij het uitvoeren van het literatuuronderzoek samen te werken en/of taken te verdelen met internationale partners. Eerst worden bestaande (buitenlandse) richtlijnen doorzocht op systematische reviews en samenvattingen van evidence. Als deze er niet zijn, wordt de literatuur doorzocht op RCT's en observationeel onderzoek. De beschikbare evidence wordt systematisch samengevat. Dit omvat een uitputtende systematische zoekstrategie, van te voren vastgestelde in- en exclusiecriteria en systematische beoordeling van de kwaliteit van de studies, zo mogelijk gevolgd door een kwantitatieve samenvatting van de resultaten (meta-analyse). In de richtlijn wordt de methode waarmee de literatuur is samengevat expliciet gepresenteerd. Hierbij wordt bij voorkeur gebruik gemaakt van evidencetabellen en een graderingssysteem dat de kracht van het bewijs expliciet maakt (bijvoorbeeld GRADE).'

11 De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen zijn transparant gepresenteerd.

'Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal. Bij het opstellen van de aanbevelingen worden gezondheidswinst, bijwerkingen, veiligheid, doelmatigheid en bevorderende en belemmerende factoren van de toepassing overwogen. De gebruikte methode om tot consensus te komen is expliciet beschreven. Aanbevelingen voor organisatie van zorg hoeven niet per se uit literatuuronderzoek te volgen. Hiervoor zijn focusgroepen, open space meetings en observatiemethoden ook zinvolle methoden. Aanbevelingen voor de organisatie van zorg zijn zo geformuleerd dat ze expliciet rekening houden met de consequenties voor de praktijk.'

12 De aanbevelingen zijn specifiek geformuleerd.

'Een aanbeveling beschrijft concreet en nauwkeurig welk beleid in bepaalde situaties bij een welomschreven patiëntengroep geschikt wordt geacht. Duidelijk is welke actie wordt aanbevolen en wat het doel is. Een aanbeveling is zo geformuleerd dat duidelijk wordt hoe krachtig die moet worden opgevat. Als er voldoende bewijs is voor de meerwaarde van een nieuwe interventie ten opzichte van een bestaande interventie, wordt de voorkeur uitgesproken voor de nieuwe interventie. Als het niet goed mogelijk is een keuze te maken, worden de voor- en nadelen van de verschillende beleidsopties beschreven om de besluitvorming in de praktijk te ondersteunen. Bij het opstellen van aanbevelingen wordt rekening gehouden met de acceptatie en uitvoerbaarheid van de aanbevelingen.'

13 Een richtlijn besteedt aandacht aan doelmatigheid.

'Inzicht in de financiële consequenties van aanbevelingen is nodig om maatschappelijk verantwoorde keuzes te maken bij de besteding van middelen in de zorg. Het is belangrijk dat grote organisatorische en financiële consequenties van aanbevelingen besproken of berekend worden en dat er een uitspraak over gedaan wordt. Zo nodig wordt een economische evaluatie uitgevoerd, zoals een kosteneffectiviteit- of budgetimpactanalyse of een

overzicht van mogelijke kosten en opbrengsten. Hiervoor is specifieke expertise op gebied van health technology assessment (HTA) vereist. In principe wordt het alternatief met de gunstigste kosteneffectiviteit als voorkeur gekozen. Economische overwegingen in de richtlijn kunnen worden gebruikt in beleidsbeslissingen op lokaal, regionaal of nationaal niveau.’

14 Een richtlijn besteedt aandacht aan kennislacunes.

‘Uit het literatuuronderzoek blijkt of er sprake is van voldoende bewijs, gebrekkelijk bewijs, conflicterend bewijs of geen bewijs voor het beantwoorden van een uitgangsvraag. In de laatste drie gevallen is er sprake van een kennislacune. Kennislacunes worden kort en bondig in de richtlijn beschreven in een aparte paragraaf, bij voorkeur met prioritering (ten behoeve van de onderzoeksagenda).

15 Een richtlijntekst kent vaste onderdelen.

‘De richtlijntekst bevat altijd een zorginhoudelijk deel en een algemeen deel. Het zorginhoudelijke deel bestaat uit een set van uitgangsvragen, systematische samenvattingen van het wetenschappelijk bewijs en daarop gebaseerde conclusies, aanvullende discussie en meningsvorming, en aanbevelingen voor de praktijk. Het wetenschappelijk bewijs wordt gepresenteerd in een evidence tabel, bij voorkeur in een vast format, zoals dat van de G-I-N Evidence Tables Working Group.⁷ De tekst van de samenvatting van het wetenschappelijk bewijs kan dan beperkt blijven.

De relatie tussen de kracht van het wetenschappelijk bewijs en de aanbeveling moet geëxpliciteerd worden, in tekst en/of symbolen. Het algemene deel beschrijft het doel, de doelgroep(en), werkwijze en totstandkoming, inclusief auteurs en lijst van alle betrokkenen samen met gemelde belangen. Dit deel bevat eveneens een handzame samenvatting, geschikt voor directe raadpleging in de praktijk en afgestemd op de behoeften van zorgprofessionals en zorggebruikers.

In de richtlijn wordt aangegeven bij wie het auteursrecht en eventuele gebruikersrechten van de richtlijn zijn ondergebracht.’

16 Er worden producten opgeleverd die de toepassing van de richtlijn bevorderen.

‘Het richtlijnontwikkeltraject levert producten af die afgestemd zijn op de behoeften van zowel de zorgprofessionals als de zorggebruikers en daardoor het gebruik van de richtlijn bevorderen. Denk hierbij voor zorgprofessionals aan computerapplicaties, scholingsmaterialen en auditsystemen. Bij zorggebruikers aan producten als patiënten-versies van de richtlijn, keuzeondersteunend voorlichtings- en educatiemateriaal (zoals keuzehulpen) en andere producten die zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming door zorgprofessional en zorggebruiker in het zorgproces bevorderen. Ook kan overwogen worden afgeleide producten ten behoeve van het management en de organisatie te vervaardigen. In de beginfase van het ontwikkeltraject wordt vastgesteld welke producten minimaal worden opgeleverd.’

Afrondingsfase

17 Voor publicatie van de richtlijn worden experts en toekomstige gebruikers van de richtlijn geraadpleegd.

‘In de commentaarronde toetsen zorgprofessionals en zorggebruikers de richtlijn op inhoud en toepasbaarheid. Dit commentaar wordt bij voorkeur gevraagd via de betrokken wetenschappelijke en beroepsverenigingen, en patiënten/ cliëntenorganisaties. Deze beoordelen bij voorkeur binnen drie maanden. Het is gebruikelijk een conceptrichtlijn naar de besturen van de betrokken organisaties te sturen met het verzoek commentaar te leveren en om de conceptrichtlijn op de website van de eigen organisatie te plaatsen. Daarnaast kan commentaar gevraagd worden aan methodologische experts die de richtlijn toetsen op methodologische validiteit en aan vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgorganisaties en -instellingen en industrie. De methode van de commentaar-ronde en het verwerken van het commentaar staan kort in de richtlijn beschreven. De personen die commentaar gegeven hebben, worden zo mogelijk geïnformeerd over hoe hun commentaar is verwerkt in de definitieve tekst van de richtlijn. Richtlijnen kunnen ook beoordeeld worden tijdens een invitational conference,

landelijke openbare bijeenkomst, via vragenlijstonderzoek of door een praktijktest met een concept van de richtlijn.'

18 De richtlijn wordt geaccordeerd door ten minste alle primaire beroepsgroepen en patiëntenorganisatie(s).

'Autorisatie - accordering door beroepsgroepen - is een formele bekrachtiging van de richtlijn. Dit wordt aan alle bij de richtlijnontwikkeling betrokken verenigingen gevraagd. De patiëntenorganisatie(s) wordt gevraagd goedkeuring te verlenen op ten minste de door haar ingebrachte en in de richtlijn uitgewerkte knelpunten. Voor zowel de autorisatie als de accordering vindt een efficiënt proces met een tijdlimiet plaats, bij voorkeur maximaal drie maanden. Het is niet de bedoeling om tijdens de autorisatieronde nieuwe inhoudelijke discussiepunten aan te kaarten, want daar is de commentaarronde voor bestemd. De richtlijn wordt uitgebracht na drie maanden of eerder, maar niet voordat alle primaire beroepsgroepen en betrokken patiëntenorganisatie(s) hun akkoord hebben verleend. Indien problemen zich voordoen dan wordt gezocht naar een voor de partijen acceptabele oplossing, bijvoorbeeld door de richtlijn (op onderdelen) aan te passen of door arbitrage.'

19 Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.

'In de richtlijn worden de termijnen genoemd waarbinnen de richtlijn wordt herzien. Dit kan op basis van de verwachte snelheid van wetenschappelijke ontwikkelingen (eventueel met marge). Ook wordt beschreven wie verantwoordelijk zijn voor herziening. Dit zijn meestal de primaire beroepsorganisaties en patiënten/cliënten-organisaties. Het verdient aanbeveling een procedure op te stellen voor het omgaan met onbeantwoorde knelpunten en met nieuwe (wetenschappelijke) inzichten die tot andere aanbevelingen kunnen leiden. Een richtlijn kan geheel worden herzien of alleen op onderdelen. Welke delen herzien zijn, is duidelijk aangegeven in de richtlijn.'

20 De primair betrokken organisaties zetten zich tijdens alle fasen van richtlijnontwikkeling actief in voor toepassing van de richtlijn in de praktijk.

'Een goede richtlijn is uitvoerbaar in de praktijk en leidt tot daadwerkelijke verbetering van de kwaliteit van zorg. Een richtlijn die op basis van knelpunten tot stand is gekomen, hoort te worden opgeleverd met aandachtspunten en aanbevelingen voor implementatie. Deze beschrijven onder meer de implementatie-taken en -verantwoordelijkheden van de verschillende betrokken zorgprofessionals en zorgorganisaties. Het gaat om concrete acties die de gewenste veranderingen in de praktijk realiseren. De benodigde aanpassingen en randvoorwaarden op het gebied van organisatie van zorg en financiële consequenties nemen een belangrijke plaats in. Een praktijktest of proefimplementatie kan hiervoor nuttige informatie opleveren.'

Bijlage 5 Gebruikte afkortingen

ACTA	Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation. Het AGREE II-Instrument is een algemeen hulpmiddel voor richtlijnmakers en -gebruikers om de methodologische kwaliteit van klinische richtlijnen te beoordelen.
ANT	Associatie Nederlandse Tandartsen
APR	algemene praktijkrichtlijn
BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
COBIJT	Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde
EBRO	Evidence-based Richtlijnontwikkeling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IOM	Institute of Medicine
KG	Kwartiermakersgroep; stuurgroep Kamer Mondzorg
KM	Kamer Mondzorg; voorbereiding ten behoeve van richtlijnenprogramma mondzorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KPR	klinische praktijkrichtlijn
KWZ	Kwaliteitswet zorginstellingen
KZC	wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector
LOM	Landelijk Overleg opleidingen Mondzorgkunde
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NVBT	Nederlandse Vereniging tot bevordering van de Bio-energetische Tandheelkunde
NVGPT	Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde
NVIJ	Nederlandse Vereniging van Instellingen voor Jeugd tandzorg
NVM	Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
NVOI	Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie
NVSST	Nederlandse Vereniging voor de Studie van Sociale Tandheelkunde
NVT	Nederlandse Vereniging van Tandartsen
NVvE	Nederlandse Vereniging voor Endodontologie
NVvK	Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Parodontologie
NVVRT	Nederlands Vlaamse Vereniging voor Restauratieve Tandheelkunde
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
ONT	Organisatie van Nederlandse Tandprothetici
OVAP	Orthodontische Vereniging van Algemeen Practici
RAC	Richtlijnenadviescommissie
RAR	Richtlijnenautorisatieraad
ROC	Richtlijnontwikkelcommissie
PMO	periodiek mondonderzoek
RadboudUMC	Radboud Universitair Medisch Centrum, afdeling tandheelkunde
UMCG (CTM)	Universitair Medisch Centrum Groningen (Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde)
VBTGG	Vereniging tot Bevordering der Tandheelkundige Gezondheid voor Gehandicapten
VMTI	Vereniging Medisch Tandheelkundige Interactie
VvO	Vereniging van Orthodontisten
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WMG	Wet Marktordening Gezondheidszorg