

Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 6. Praktijkrichtlijnen in de opleiding tot tandarts

Naar aanleiding van de initiatieven rond het Kennisinstituut Mondzorg neemt het belang van goede scholing op het gebied van richtlijnen toe. Immers, toekomstige tandartsen zullen worden geconfronteerd met richtlijnproducten en moeten dan de competentie bezitten om deze te kunnen integreren in de dagelijkse praktijk. Binnen de 3 opleidingen Tandheelkunde zijn diverse richtlijnen en protocollen opgesteld. Echter, voor docenten en studenten is hun onderbouwing niet altijd voldoende herkenbaar. Daarnaast worden de begrippen richtlijn, praktijkrichtlijn en protocol door elkaar gebruikt met begripsverwarring tot gevolg. Verder is inbedding in en koppeling met het theoretisch onderwijs aan alle opleidingen nog beperkt en voorgesteld wordt dat de 3 opleidingen daarin gaan samenwerken. Ten slotte wordt aangeraden de term 'evidence-based' te wijzigen in 'evidence-informed', omdat daarmee beter wordt aangegeven dat ook andere factoren (mening van de patiënt, beschikbare financiële middelen, enzovoorts) een rol spelen bij de uiteindelijke keuze voor een behandeling in een specifieke situatie.

Sanden WJM van der, Gorter R, Tams J. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 6. Praktijkrichtlijnen in de opleiding tot tandarts

Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 475-482

doi: 10.5177/ntvt.2015.09.15135

Inleiding

Praktijkrichtlijnen staan steeds meer in de belangstelling. Een klinische praktijkrichtlijn wordt door de Regieraad Kwaliteit van Zorg omschreven als *“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 zorgverleners en zorggebruikers”* (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). Het adequaat gebruik van klinische praktijkrichtlijnen vergt specifieke vaardigheden die niet voor iedereen vanzelfsprekend zijn (Mettes et al, 2014). Uit nationaal en internationaal onderzoek blijkt bovendien dat de implementatie van richtlijnen in de dagelijkse medische en tandheelkundige praktijk vaak een tijdrovend en moeizaam proces is (Grimshaw et al, 2004; Van der Sanden et al, 2005; Mettes et al, 2008; Rindal et al, 2014, Braspenning et al, 2015). Verandering van praktijkroutines vergt meer dan alleen het aanbieden van nieuwe informatie, bijvoorbeeld via klinische of algemene praktijkrichtlijnen. Er zijn uitgebreide implementatiestrategieën noodzakelijk om tot de gewenste verandering te komen. Deze problematiek kan deels worden verklaard uit theorieën over educatie van volwassenen, die benadrukken dat zorgverleners beter leren en meer gemotiveerd zijn om te veranderen als zij vertrekken vanuit problemen die ze in de praktijk zijn tegengekomen (het zogenoemde probleemgestuurd leren),

dan wanneer ze met abstracte informatie in systematische literatuuroverzichten of richtlijnen worden geconfronteerd. Omdat volwassen zorgverleners een reservoir aan klinische ervaringen hebben, kan deze vaak dienen als een startpunt voor een veranderproces, mits de beoogde verandering aansluit bij het dagelijkse werk en bij de eigen ervaring (Grol en Wensing, 2007).

Toekomstige zorgverleners bezitten nog geen noemenswaardige klinische ervaring en zullen dus vanuit een andere optiek met klinische praktijkrichtlijnen in aanraking moeten komen. In de huidige opleidingen tandheelkunde wordt veel aandacht besteed aan het op waarde beoordelen en het toepassen van evidencebased informatie, maar het specifieke gebruik van praktijkrichtlijnen en hun relatie met betrekking tot kwaliteit en veiligheid van zorg is onderbelicht (Kreulen et al, 2012). Een onderzoek naar de introductie bij en het gebruik van een specifieke klinische praktijkrichtlijn door studenten tandheelkunde aan de opleiding tandheelkunde in Nijmegen toonde onder andere aan dat de studenten deze nieuwe informatie goed toepasten bij hun behandelbeslissingen (Van der Sanden et al, 2004). Dit betekent dat studenten niet alleen vaardigheden moeten ontwikkelen om weloverwogen, aan wetenschappelijk bewijs gerelateerde klinische beslissingen te nemen, maar dat zij ook zouden moeten leren hoe zij klinische praktijkrichtlijnen kunnen gebruiken. Met de voorgenomen oprichting van het Kennisinstituut Mondzorg (KiMo) neemt het belang van goede scholing op dit terrein nog verder toe. Immers, toekomstige tandartsen zullen in de toekomst worden geconfronteerd met ontwikkelde richtlijnproducten en zullen dan ook de competentie moeten bezitten om deze te kunnen integreren in de dagelijkse praktijk. Hier ligt een taak voor de Nederlandse opleidingen tandheelkunde.

In dit artikel wordt het huidige onderwijs met betrekking tot introductie van en het leren werken met praktijkrichtlijnen in het algemeen en klinische praktijkrichtlijnen in het bijzonder, aan de 3 opleidingen tandheelkunde in Nederland beschreven en worden aanbevelingen gedaan voor de verdere ontwikkeling van het onderwijs in klinische praktijkrichtlijnen.

Richtlijnen in het onderwijs aan de opleidingen tandheelkunde in Nederland

De opleiding Radboudumc Nijmegen

Vanaf de introductieweken komen de studenten tandheelkunde, maar ook studenten mondzorgkunde, in aanraking met het begrip praktijkrichtlijn. Zo wordt aandacht besteed aan de website van de afdeling Tandheelkunde, waar via

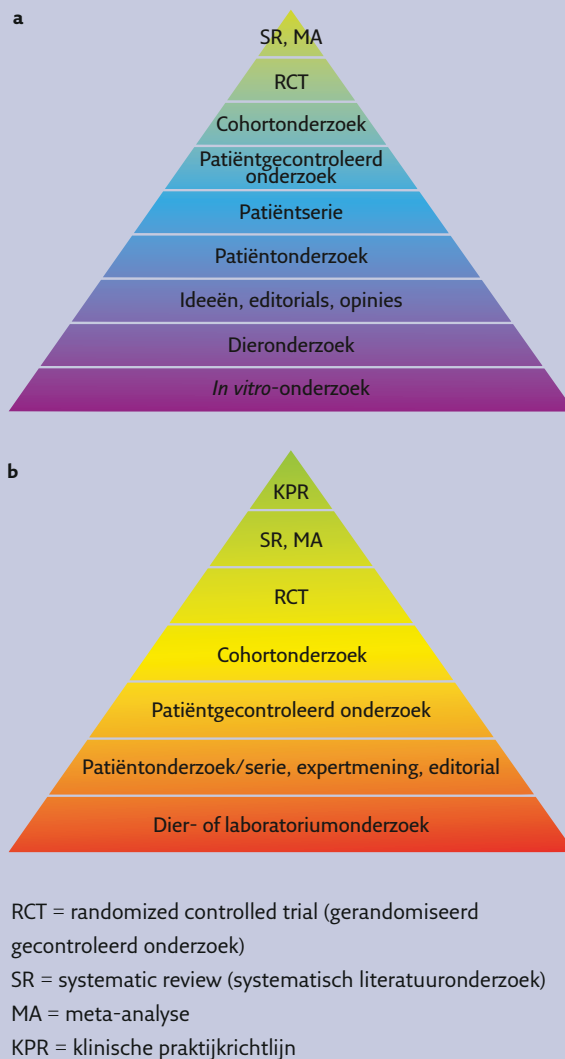
het - niet openbare - intranet een overzicht wordt geboden van alle richtlijnen en protocollen waarvan de opleiding tandheelkunde gebruikmaakt. In dat overzicht staat onder andere een directe link naar de website van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), waar de actuele richtlijnen en normen worden gepresenteerd die ook door de opleiding worden toegepast (KNMT, 2014a). Omdat er in de Nijmeegse opleiding al direct met preklinische vaardigheden wordt gestart, wordt er veel aandacht besteed aan infectiepreventie. Hiervoor wordt de huidige richtlijn 'Infectiepreventie in de tandheelkundige praktijk' als te bestuderen materiaal gebruikt (Werkgroep Infectie Preventie, 2012). Op deze manier wordt het begrip praktijkrichtlijn geïntroduceerd en gekoppeld aan een (bijna) dwingend protocol van te nemen opeenvolgende stappen en maatregelen. Aan het begin van elk studiejaar moet door alle studenten en docenten hierover een toets worden afgelegd en met een voldoende worden afgesloten om (opnieuw) toegang tot de klinische fase te krijgen. Mogelijk krijgen de begrippen 'praktijkrichtlijn' en 'kwaliteit en veiligheid van zorg' hierdoor een minder positieve betekenis en lading dan (inter)nationaal werd en wordt nagestreefd.

In het blok Radiologie in het eerste studiejaar wordt verder gebruikgemaakt van de algemene KNMT-praktijkrichtlijn 'Tandheelkundige radiologie', die wat betreft structuur, opbouw en gebruik sterk afwijkt van de eerder in het studiejaar gebruikte richtlijn 'Infectiepreventie' (KNMT, 2013). In het tweede studiejaar wordt de algemene KNMT-praktijkrichtlijn 'Het patiëntendossier' in het klinische onderwijs geïntroduceerd (KNMT, 2014b). In het blok Diagnostiek en behandelplanning worden, ter voorbereiding op de eerste klinische verrichtingen, de praktijkrichtlijnen 'Het periodiek mondonderzoek' en 'De geïmpacteerd, klachtenvrije derde molaar in de onderkaak' bestudeerd en nader uitgelegd (Radboudumc, 2007a; Radboudumc, 2007b). Er wordt daarbij echter nauwelijks aandacht besteed aan de redenen van de totstandkoming van deze algemene en klinische praktijkrichtlijnen, de methoden die voor de richtlijnontwikkeling zijn gebruikt en waarop de adviezen in de richtlijnen zijn gebaseerd. Er wordt ook niet ingegaan op hoe richtlijnconform handelen in de praktijk kan worden vastgesteld, bijvoorbeeld door het gebruik van indicatoren die gebaseerd zijn op aanbevelingen uit de richtlijn. Praktijkrichtlijnen hebben in deze fase voor studenten mogelijk vooral een statische betekenis en worden voornamelijk als leermiddel gezien. Er wordt daarnaast veel gebruikgemaakt van behandelprotocollen. Dit zijn duidelijke en exacte omschrijvingen van de uitvoering van een specifieke procedure. Deze zijn vooralsnog alleen beschikbaar via studie- of blokboeken of verwijzingen daarin, naar websites. Toetsing op het juiste gebruik en interpretatie van protocollen en richtlijnen vindt tijdens de eerste 2 jaren in het algemeen plaats tijdens de preklinische werkzaamheden, daarna vooral in de klinische blokken.

In het vierde studiejaar, het eerste jaar van de masterfase, zijn in de blokken Klinische beslistkunde en Weten-

Intermezzo 1. De 'evidence pyramide'

In de top van de oorspronkelijke piramide uit 2004 (afb. a) werden nog geen richtlijnen genoemd. In de top van de recente piramide (2010) (afb. b) worden zowel systematische literatuuroverzichten en evidencebased richtlijnen genoemd als bronnen voor het verkrijgen van het beste wetenschappelijke bewijs. (gemodificeerd naar Suny evidence pyramid: <http://library.downstate.edu/EBM2/2100.htm>).



schappelijke scholing enkele zelfstudieopdrachten gewijd aan praktijkrichtlijnen en indicatoren (intermezzo 1) (Kreulen et al, 2012). Hiervoor wordt gebruikgemaakt van de eerder genoemde praktijkrichtlijn 'Het periodiek mondonderzoek' (Radboudumc, 2007a). Daarnaast wordt kort aandacht besteed aan het leren beoordelen van de kwaliteit van praktijkrichtlijnen met behulp van het zogenoemde AGREE II-instrument (http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Dutch.pdf /). In de daarop volgende 2 studie jaren wordt geen specifiek onderwijs meer aangeboden over aspecten met betrekking tot het gebruik van praktijkrichtlijnen of indicatoren in de praktijk.

De opleiding UMC Groningen

Het Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde (CTM) van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) verzorgt het grootste deel van het onderwijs aan studenten tandheelkunde en mondzorgkunde. Daarnaast leveren een aantal andere afdelingen zoals de afdeling Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie en de afdeling Orthodontie ook een bijdrage. De secties van het CTM stellen voor intern gebruik 'eigen' richtlijnen en protocollen op voor de verschillende deelgebieden binnen de tandheelkunde. Deze zijn voor staf en studenten beschikbaar via DocPortal op het intranet van het UMCG. In ieder document wordt onder meer aangegeven wie de inhoudsdeskundigen zijn en de datum van vaststelling en revisie. Ook staat vermeld door wie deze richtlijnen en protocollen geautoriseerd zijn. Meestal is dat de voorzitter van het CTM, die eindverantwoordelijk is voor de patiëntenzorg. De opleiding Mondzorgkunde, ook organisatorisch ingebed in het CTM, participeert in de hieronder beschreven opzet.

Evenals bij het ACTA en het Radboudumc, maken studenten tandheelkunde in het eerste jaar van de bacheloropleiding tijdens het preklinisch onderwijs op het skillslab kennis met de richtlijn 'Infectiepreventie' (Werkgroep Infectie Preventie, 2012). In het tweede jaar wordt dit binnen het introductieprogramma 'Kliniek' uitgebreid. Studenten worden via stationstoetsen beoordeeld op de praktische toepassing en hun kennis. De praktische toepassing wordt meegenomen in de formatieve en summatieve beoordelingen op de kliniek in het verloop van de bachelor- en masteropleiding. Voor deze richtlijn ligt de nadruk op de toepassing. Het onderliggend onderwijs op het gebied van de infectiepreventie komt aan bod binnen het theoretisch onderwijs in een tutoropdracht en in practica, zoals 'Oefenen met handenwassen'.

De patiëntenzorg start in het derde bachelorjaar en loopt door tot en met het zesde studiejaar. Die zorg vindt plaats binnen het Diagnostisch Centrum (DIAC). Hier vindt de intake van patiënten plaats, worden de zorg- en behandelplannen opgesteld, periodieke mondonderzoeken uitgevoerd en patiënten verwezen naar verschillende klinische onderwijsblokken. In het klinisch onderwijs zijn wekelijks voor- en/of nabesprekingen over de uit te voeren patiëntenbehandelingen, waarin tevens richtlijnen en protocollen aan bod komen. In principe wordt hier gebruikgemaakt van alle in Nederland bekende en voor de mondzorg relevante algemene en klinische praktijkrichtlijnen (KNMT, 2014a). De KNMT-richtlijn Tandheelkundige Radiologie wordt gehanteerd in kader van het voldoen aan de Eindtermen Stralingshygiëne voor Tandartsen (voorheen deskundigheidsniveau 5A/M) in masterjaar 2 (KNMT, 2013).

Een recente inventarisatie binnen het CTM laat zien dat de secties de vigerende (inter)nationale klinische en algemene praktijkrichtlijnen (zoals vermeld op website KNMT) veelal als basis gebruiken voor het ontwikkelen van interne richtlijnen en protocollen, die specifiek kunnen worden toegepast op de leeromgeving van de opleidingen tandheelkunde en mondzorgkunde én binnen de setting

van het CTM. Zo is de medische CTM-richtlijn 'Invasieve tandheelkundige ingrepen tijdens antitrombotische behandeling' (2010) gebaseerd op de ACTA-richtlijn en is deze in overleg met de afdeling Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgie aangepast voor de CTM-klinieksetting (CTM, 2010).

In zowel het theoretisch onderwijs voor de kindertandheelkunde als op de onderwijskliniek vormt de richtlijn 'Mondzorg voor de Jeugdigen' de basis voor een aantal interne CTM-richtlijnen en protocollen (KNMT en NVvK, 2012). Voorbeelden hiervan zijn 'Diagnostiek & zorg- en behandelplanning voor de kindertandheelkunde' en het protocol 'BW- en OPT-opnamen in de kindertandheelkunde'. In masterjaar 3 is de interne richtlijn 'CTM Second opinion' gebaseerd op de klinische praktijkrichtlijn 'Second opinion' (KNMT, 2004). Naast nationale worden ook internationale richtlijnen gehanteerd als basis voor toegepaste richtlijnen en protocollen binnen de opleiding. Een voorbeeld hiervan is de Europese richtlijn 'Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology' waarop het onderwijs endodologie is gebaseerd (European Society of Endodontology, 2006)

Het kritisch beoordelen van de klinische toepasbaarheid van richtlijnen komt aan bod binnen de onderwijslijn Professionalisering. Dit gebeurt in het derde bachelor- en het eerste masterjaar binnen het onderdeel Klinisch Wetenschappelijk Ethisch Redeneren, waarin de basis wordt gelegd voor zorg- en behandelplanning bij een individuele patiënt en waarin veel wordt geoefend aan de hand van casuïstiek. Hierbij kan het gaan om het inschatten van risico's op afwijkingen/ziekten of de frequentie van het vervaardigen van röntgenopnamen. Binnen het onderdeel Professie in Praktijk - ingeroosterd in het derde masterjaar - is het de bedoeling dat studenten bestaande protocollen kritisch beoordelen, bijvoorbeeld op wetenschappelijke onderbouwing of praktische toepasbaarheid.

Samenvattend kan worden gesteld dat binnen de opleiding tandheelkunde in Groningen door de verschillende secties van het CTM diverse richtlijnen en protocollen zijn opgesteld. Hoewel deze gebaseerd zijn op diverse (inter)nationale richtlijnen is deze koppeling hiermee voor studenten en staf niet altijd voldoende expliciet. Genoemde richtlijnen zijn vooral gericht op de praktische uitvoering. De onderbouwing ervan zou in het theoretisch onderwijs meer expliciet aandacht dienen te krijgen.

De opleiding ACTA

Binnen het onderwijs op ACTA worden door de diverse secties richtlijnen in het klinisch onderwijs ingebracht. Deze richtlijnen worden veelal door de student ervaren als 'onderwijs' en mogelijk in veel gevallen niet als specifieke richtlijn ervaren. Men ziet het meer als de 'ACTA-methode van handelen'. Overigens worden protocollen doorgaans wel duidelijk als protocol ervaren.

In het klinisch onderwijs geldt de reguliere wetgeving aangaande tandheelkundige zorg, zoals onder meer be-

schreven in de *Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst*, de *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* en de richtlijn voor infectiepreventie van de Werkgroep Infectie Preventie (2012). De achtergrond is natuurlijk dat er zorg wordt verleend in een zorginstituut, waarbij studenten werken onder de verlengde arm van een BIG-geregistreerde tandarts. Daarnaast zijn er diverse Europese of nationale richtlijnen van toepassing, die weliswaar niet wettelijk zijn vastgesteld, maar wel door inspecterende instanties (kunnen) worden gehanteerd.

Over de hele linie van de klinische vakken worden richtlijnen in het onderwijs gehanteerd, dan wel gedoceerd, zoals ook in de bijdragen van Groningen en Nijmegen beschreven. Zonder op elk van deze richtlijnen specifiek in te gaan, kan wel een globaal beeld worden gegeven. Daarbij kan in aanmerking worden genomen dat studenten vanaf het eerste bachelorjaar verklaren dat zij zich van hun professionele verantwoordelijkheid bewust zijn, ook voordat zij aan het eind van de opleiding de eed of gelofte afleggen. Vanaf het tweede bachelorjaar komen studenten in aanraking met patiënten (dan nog assisterend voor derdejaars bachelorstudenten) en vanaf het derde bachelorjaar mogen de studenten zelf patiënten behandelen. De op ACTA aangehouden richtlijnen en protocollen gelden voor de gehele kliniek. In het onderwijs dient het Paroprotocol van de Nederlandse Vereniging voor Parodontologie (NVvP) als basis voor therapie en onderwijs (NVvP, 2012). Feitelijk is dit geen richtlijn maar een schema van hoe de behandeling dient te worden opgebouwd. Dit protocol is overigens wel gebaseerd op een internationale richtlijn (Sanz en Meyle, 2010). Vanuit het vakgebied Cariologie wordt op het gebied van cariës- of erosiepreventie gebruikgemaakt van de informatie van het Ivoren Kruis. Als het gaat om de hele intake- en behandelprocedure kent ACTA een poli-protocol, waarin de volgorde van de door te lopen stappen bij intake van patiënten of bij een periodiek mondonderzoek helder staat beschreven. Ook ten aanzien van diagnose, indicatie en behandelplan wordt gewerkt vanuit een heldere methodiek van categoriseren van zorgbehoefte van de patiënt (uitgaande van het zogenoemde 7-stappenplan). Al in de bachelorfase wordt de student hiermee vertrouwd gemaakt.

Naast de direct tandheelkundig klinische basisvakken wordt er in de opleiding op tal van plekken gebruikgemaakt van richtlijnen, soms ook wel expliciet als protocol uitgewerkt. Zo is er een duidelijk protocol voor infectiepreventie, waarbij iedere docent en student jaarlijks opnieuw een toets moet afleggen die gekoppeld is aan een pasje waarmee men behandelingen aftekent. Onvoldoende resultaat voor de toets betekent dat er geen behandelingen kunnen worden uitgevoerd door de pashouder. Overigens is dit wel een veelbesproken voorbeeld waarbij zorg- en studievoortgang elkaar raken, aangezien het hier om een kliniekvereiste gaat die niet expliciet in het onderwijs- en examenprogramma is uitgewerkt. Het uitgangspunt is echter zekerheid en veiligheid voor patiënt en behandelaar.

Ten aanzien van röntgenfotografie wordt uitgegaan van de Europese richtlijn aangaande stralingsbescherming in de tandheelkundige praktijk, waarop ook de KNMT-richtlijn is gebaseerd (Horner et al, 2004; KNMT, 2013). Deze Europese richtlijn wordt door het hele curriculum gehanteerd, waarbij in het derde masterjaar studenten ook aan de eisen van een stralingshygiënisch geschoold en gecertificeerd tandheelkundig medewerker dienen te voldoen.

Een ander terrein waarop richtlijnen een rol spelen is het onderwijs in de medisch-tandheelkundige interactie (MTI). Wanneer een patiënt zich bij ACTA meldt wordt een medische anamnese afgenomen en een risicoscore bepaald, de ASA-score. Samen met student, patiënt, docent en MTI-arts wordt de ASA-score van de patiënt vastgesteld en vastgelegd in het tandheelkundig dossier. Hierbij wordt gebruikgemaakt van bestaande en relevante evidence-based richtlijnen.

Vanuit de geneeskunde zijn sommige richtlijnen ook rechtstreeks van belang voor tandheelkundig handelen, zoals de richtlijn 'Preventie bacteriële endocarditis' (Nederlandse Hartstichting, 2008). Ook de richtlijn 'Medicatieoverdracht in de eerste lijn', mede onderschreven door de KNMT, en de landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraken (LESA: <https://www.nhg.org/themas/artikelen/landelijke-eerstelijns-samenwerkingsafspraken-lesas>) zijn uitgangspunten om de zorg tussen tandartsen, huisartsen, apothekers en andere relevante eerstelijns zorgverleners optimaal te organiseren voor de patiënt (ActiZ et al, 2008). Een recente ontwikkeling op dit gebied is het maken van medisch-tandheelkundige richtlijnen vanuit de tandheelkundige professie. Vanuit ACTA is op dit gebied de richtlijn 'Antistolling' verschenen, ten behoeve van de tandheelkundige professie (Van Diermen, 2012).

Aan de vraag hoe om te gaan met vermoeden van kindermishandeling en huiselijk geweld is de laatste tijd ook in het onderwijs vorm gegeven. In analogie met door de KNMT ontwikkelde richtlijnen op dit onderwerp is er ook voor de onderwijssituatie een aangepaste praktijkrichtlijn met bijbehorend protocol ontwikkeld (KNMT, 2011).

Voor een belangrijk deel staan richtlijnen, protocollen en procedures beschreven in wat wordt genoemd het Zorgnet. Dit is een interne website, onder de publieke ACTA-website, voor studenten en medewerkers. Op dit Zorgnet is nagenoeg alle informatie te vinden rondom hygiëne, radiologie, medische zaken, opslag van data, verslaglegging van (patiënten)gegevens, interne procedures, gedragsregels, enzovoorts.

Verdere ontwikkeling van richtlijnen binnen het onderwijs

Op basis van de inventarisatie zoals hierboven beschreven kan worden vastgesteld dat er voldoende ruimte bestaat om studenten nog beter vertrouwd te doen geraken met het gebruik van klinische praktijkrichtlijnen en daarvan afgeleide protocollen en indicatoren, zowel voor toepassing in de onderwijssituatie als later in de dagelijkse tandartspraktijk. Binnen de 3 opleidingen zijn door de verschillen-

de secties en vakgroepen diverse richtlijnen en protocollen opgesteld. Hoewel deze gebaseerd zijn op (inter)nationale richtlijnen, blijkt de koppeling van de interne richtlijnen en protocollen aan die (inter)nationale richtlijnen niet altijd voldoende expliciet en is dus niet altijd direct herkenbaar voor de docenten en studenten. Daarnaast worden de begrippen richtlijn, praktijkrichtlijn en protocol door elkaar gebruikt en leveren derhalve begripsverwarring op, zowel bij studenten en docenten. Dit wordt nog versterkt door het feit dat veel als zodanig gekenmerkte praktijkrichtlijnen niet voldoen aan de daaraan gestelde definitie en dus feitelijk ook niet als zodanig gekarakteriseerd zouden moeten worden. Verder is inbedding in en koppeling met het theoretisch onderwijs aan alle opleidingen nog beperkt en zou daarom moeten worden versterkt.

De toegenomen aandacht om meer richtlijn gestuurd te werken, alsmede enkele recente ontwikkelingen binnen het tandheelkundig veld (voorgenomen oprichting KiMo) bieden goede handvatten om richtlijnen en richtlijnontwikkeling verder in de opleiding in te bedden. Van belang daarbij is dat de academische vaardigheden van de studenten (evidencebased informatie zoeken, interpreteren en benutten aan de stoel) worden ontwikkeld, dat studenten wordt geleerd op een juiste en kritische wijze met richtlijnen om te gaan en dat zij leren zich te kunnen verantwoorden waarom wel of juist niet is afgeweken van de desbetreffende richtlijn. Het KiMo kan hierin, zowel voor studenten als voor de huidige professie, een stimulerende en sturende rol spelen. Docenten hebben een voorbeeldrol voor studenten, en dienen dus op korte termijn volledig op de hoogte te worden gebracht van alle aspecten met betrekking tot de ontwikkeling, de rol en de functie van klinische praktijkrichtlijnen. Een scholingstraject of cursus ontwikkeld door de 3 opleidingen tandheelkunde, samen en gesteund door het KiMo, verdient derhalve prioriteit. Deze cursus zou dan mogelijk ook deels of volledig kunnen worden aangeboden aan de huidige mondzorgverleners via de bestaande nascholingsinstanties.

Voor toekomstige mondzorgverleners beginnen de scholing en training in richtlijnen idealiter in de opleidingen aan universiteiten en hogescholen. Richtlijnen, in de rol van kwaliteitsinstrument, zouden dan al in een vroeg stadium geïntroduceerd kunnen worden en dienen inhoudelijk richtinggevend voor de inhoud van het onderwijs te zijn. Studenten kunnen al in een vroeg stadium van hun studie, in het eerste bachelorjaar, vertrouwd worden gemaakt met de grondbeginselen van het kwaliteitsdenken en daarbij tevens de juiste omschrijvingen en definities van de diverse instrumenten krijgen toegelicht. Aan de hand van enkele aansprekende (klinische) voorbeelden kan duidelijk worden gemaakt wanneer welk instrument (bijvoorbeeld een praktijkrichtlijn, een protocol of een algemene richtlijn) toegepast kan worden. Ook meer algemene aspecten, zoals de invloed van praktijkrichtlijnen op het eigen (klinische) handelen, de praktijkorganisatie en de beroepsuitoefening, dienen gedurende de opleiding nadrukkelijk aan bod te komen. Daarbij dient te worden be-

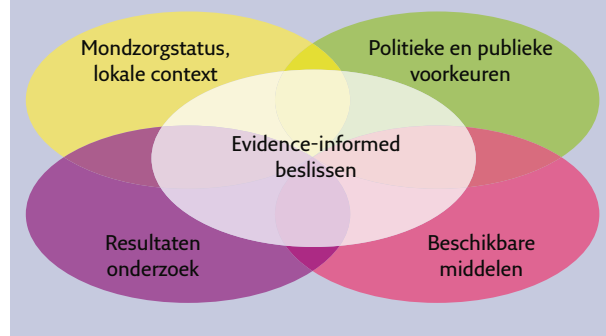
nadrukt dat richtlijnen geen eeuwigheidswaarde hebben, maar regelmatig geëvalueerd dienen te worden op hun onderbouwing en praktijkrelevantie. Door deze aanpak worden richtlijnen een onlosmakelijk en essentieel onderdeel van de 'levenslang leren' aanpak.

De laatste jaren is de roep om het onderbouwen van klinische beslissingen, het 'evidencebased handelen' steeds luider geworden. Deze begrippen vormen dan ook de basis van de opleiding van studenten tandheelkunde en mondzorgkunde. Het huidige klinische handelen dient gebaseerd te zijn op resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Organisaties als de Cochrane Collaboration produceren jaarlijks vele systematische literatuuroverzichten van gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek, waaruit vaak blijkt dat nader onderzoek noodzakelijk is om tot goede, wetenschappelijk gefundeerde uitspraken te kunnen komen, omdat de beschikbare bronnen niet meer de toets der kritiek (bijvoorbeeld transparantie onderzoeksopzet, beïnvloeding door cofactoren) kunnen doorstaan (Van der Sanden et al, 2007). Van dit gegeven kan gebruik worden gemaakt bij onderwijsvernieuwingen, want eigenlijk wordt er in het onderwijs nog te weinig gebruikgemaakt van de kracht die juist daar zit: de student. Studenten worden opgeleid om evidencebased te handelen en verzamelen verspreid over allerlei onderwijssituaties heel veel bruikbare kennis. Het zou een goed idee zijn om deze kennis beter te bundelen en bijvoorbeeld alle studenten meer structureel te laten meewerken aan de ontwikkeling van richtlijnen op verschillend gebied. Hierbij kunnen diverse competenties gelijktijdig worden ontwikkeld: samenwerken in een klein team om een relevant klinisch probleem (problem based learning) uit te werken tot een beantwoordbare vraag (klinisch redeneren). Het antwoord op deze vraag, gebaseerd op alle beschikbare wetenschappelijke en klinische kennis en bestaande richtlijnen, kan dan worden omgezet in een lokale (onderwijs)praktijkrichtlijn. Door deze structuur gedurende de gehele opleiding aan te bieden, raken studenten steeds meer vertrouwd met het interpreteren van beschikbare informatie en hoe deze om te zetten naar voor de eigen praktijk relevante praktijkrichtlijnen. Deze aanpak vergt echter ook extra training voor een groot deel van de docenten, omdat deze vorm van onderwijs niet bij iedereen bekend is.

Ruim 20 jaar na de introductie van het begrip 'evidence-based medicine' door Gordon Guyatt wordt het volgens de auteurs van dit artikel tijd voor een evaluatie van dit begrip (Guyatt en Rennie, 1993; Oxman et al, 1993). Regelmatig blijkt dat er - vanuit huidig perspectief - ernstige tekortkomingen bestonden in de opzet en uitvoering van (klinisch) onderzoek, waardoor de onderzoeksresultaten dus achteraf met enige terughoudendheid moeten worden geïnterpreteerd en soms de toets der kritiek niet altijd doorstaan. Dit leidt onbedoeld tot een overwaardering van het begrip 'evidencebased', terwijl hier juist zoveel nadruk op wordt gelegd. Het verdient derhalve aanbeveling om ook in de mondzorg in plaats van over 'evidencebased' (op bewijs gebaseerd) beslissen en handelen te spreken van

Intermezzo 2. Model voor evidence-informed besluitvorming in de gezondheidszorg

Dit model, afkomstig uit de sociale geneeskunde, geeft aan dat evidence-informed besluitvorming het best beschikbare wetenschappelijke bewijs (paarse veld) in het besluitvormingsproces integreert. De bijkomende factoren volksgezondheidsproblemen en lokale context (gele veld), de samenleving en politieke voorkeuren en acties (groene veld) en collectieve middelen (rode veld) vormen de omgeving waarin dat wetenschappelijke bewijs wordt geïnterpreteerd en toegepast. Dit model houdt er rekening mee dat belangrijke gegevens afkomstig kunnen zijn van verschillende bronnen. Dit is ook van toepassing op de mondzorg. Implementatie van dit model in de mondzorg is derhalve sterk aan te raden. (Bron: National Collaborating Centre for Methods and Tools, 2012).



'evidence-informed' - incidenteel ook aangeduid als 'evidenceguided' (op geleide van bewijs) beslissen en handelen, kortweg EIDM ('evidence-informed decision making'), omdat dit beter weergeeft wat de reële situatie is (intermezzo 2) (Ciliska et al, 2010). Daarnaast doet dit begrip ook meer recht aan de huidige ontwikkelingen in de gezondheidszorg, waarbij de patiënt steeds meer betrokken wordt bij het beslisproces ('patient centered care' en 'shared decision making'). Ook internationaal krijgt het acroniem EIDM steeds meer aandacht in de medische wetenschap (Ellen et al, 2014). Echter, door de doorwrochte aanhangers van de huidige nomenclatuur wordt aangegeven dat het item in principe is opgelost door telkens de mate (sterkte) van bewijs aan te geven (Agoritsas en Guyatt, 2013). Voor de mondzorg kan deze ontwikkeling een goede basis vormen voor verdere afspraken tussen de 3 opleidingen tandheelkunde over de te hanteren nomenclatuur. Door deze benaming zullen studenten, maar ook praktiserende tandartsen, veel beter richtlijnen in hun context kunnen plaatsen. Immers, door het vaak ontbreken van onweerlegbaar wetenschappelijk bewijs, ontstaat er ruimte voor een bredere interpretatie van het best beschikbare bewijs. Dit laat zich juist goed in een praktijkrichtlijn weergeven, waarbij kan worden benadrukt dat het juist gaat om het interpreteren van het 'beste bewijs' in het licht van de specifieke zorgvraag van een individuele patiënt. Op deze manier zullen studenten de vaak door elkaar

gebruikte begrippen 'richtlijn' en 'protocol' beter van elkaar kunnen onderscheiden.

Door aanpassing van de nomenclatuur kunnen studenten ook eenvoudiger begrijpen dat er soms verschillende adviezen in richtlijnen over hetzelfde onderwerp worden gegeven. Immers, de context heeft dan invloed op de interpretatie van de - mogelijk identieke - wetenschappelijke bronnen. Het is te verwachten dat door een programma 'richtlijnen ontwikkelen' in het onderwijs te introduceren studenten meer inzicht verkrijgen in de ontwikkelingsprocedure van richtlijnen en dit zou uiteindelijk kunnen bijdragen tot meer draagvlakvorming. Tevens dient aandacht te worden besteed aan het op waarde leren schatten van het aanwezige wetenschappelijke bewijs en het effect daarvan op het klinische handelen, bijvoorbeeld via de methode GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, <http://www.gradeworkinggroup.org>). Introductie van een beoordelingsinstrument voor richtlijnen, bijvoorbeeld AGREE II (<http://www.agreetrust.org/>) is een logische vervolgstap. Studenten leren daarmee hoe ze later als mondzorgverlener richtlijnen van andere organisaties op waarde kunnen beoordelen. In het onderwijs kan aandacht worden besteed aan het juiste gebruik van dit instrument, wat de diverse domeinen inhouden, hoe de resultaten zijn te interpreteren en wat de mogelijke klinische impact van de desbetreffende richtlijn zou kunnen zijn. Ook een mogelijke lokale of regionale aanpassing van de adviezen kan in deze onderwijssituatie worden besproken en eventueel in de praktijksituatie worden toegepast.

Omdat studenten nog weinig tot geen klinische ervaring hebben, is de kans aanwezig dat zij richtlijnen op dezelfde plaats stellen als hun overige leermateriaal. Immers, hun vermogen om de adviezen in een bredere, klinische context te plaatsen ontbreekt nog grotendeels. Als studenten leren dat een praktijkrichtlijn een instrument is dat aanbevelingen geeft voor een specifieke klinische situatie, zullen zij ook beter kunnen inzien dat een richtlijn iets anders is dan een studieboek. Dat het blindelings volgen van een richtlijn tot slechte zorg zou kunnen leiden, is dan eenvoudig uit te leggen. Richtlijnen helpen bij het nemen van beslissingen over de juiste zorg, het zijn dus hulpmiddelen bij het maken van keuzes, maar dicteren deze niet ('dogma'). Dat moet dus nog duidelijker in het onderwijs tot uitdrukking komen. Aan de opleiding van Radboudumc bestaat al de cursus 'Klinische Besliskunde' voor eerstejaars masterstudenten waarin dergelijke aspecten aan bod komen, maar de implementatie in het klinische onderwijs verloopt traag. De 3 opleidingen zouden hier samen een implementatieplan voor moeten ontwikkelen, want deze problematiek speelt aan alle opleidingen.

Tevens raden wij aan om niet meer te spreken van besluitvorming die alléén 'evidencebased' is, maar die 'evidence-informed' is. Daarmee wordt duidelijker aangegeven dat er, naast het wetenschappelijke bewijs, ook andere factoren (onder andere de mening van de patiënt, beschikbare financiële middelen, enzovoorts) een rol spelen bij de uiteindelijke keuze voor een behandeling in een specifieke

situatie. Hiermee evolueert de 'evidencebased praktijk' tot een 'evidence-informed praktijk'. Hoewel de betekenis van deze begrippen erg dicht bij elkaar ligt, is het toch aan te raden, in het kader van verdergaande transparantie, het begrip 'evidence-informed' te introduceren in de opleiding en te hanteren in de nomenclatuur van het KiMo.

Conclusie

Studenten tandheelkunde behoeven nog meer onderwijs in aspecten van kwaliteit en veiligheid van mondzorg, en in het bijzonder met betrekking tot praktijkrichtlijnen. Het wordt aangeraden de nomenclatuur aan te passen en het begrip 'evidence-informed practice' te hanteren als overkoepelend begrip.

Literatuur

- * ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, et al. Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten. <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/136523/Richtlijn-Overdracht-van-medicatiegegevens-in-de-keten-2008.htm> 25 april 2008 (geraadpleegd op 22 december 2014).
- * Agoritsas T, Guyatt GH. Evidence-based medicine 20 years on: a view from the inside. *Can J Neurol Sci* 2013; 40: 448-449.
- * Braspenning JCC, Mettes TGHP, Sanden WJM van der, Wensing MJP. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 4. Toepassing vergt een implementatiestrategie. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2015; 122: 148-155.
- * CTM. Richtlijn 'Invasieve tandheelkundige ingrepen tijdens antitrombotische behandeling'. Groningen: CTM, 2010.
- * Ciliska D, Thomas H, Buffett C. An introduction to evidence-informed public health and A compendium of critical appraisal tools for public health practice. National Collaborating Centre for Methods and Tools (NCCMT). Hamilton: McMaster University, 2010.
- * Diermen D van. Oral antithrombotics and dentistry. Current state of affairs and guideline proposal. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2012. Academisch proefschrift.
- * Ellen MH, Léon G, Bouchard G, Ouimet M, Grimshaw JM, Lavis JN. Barriers, facilitators and views about next steps to implementing supports for evidence-informed decision-making in health systems: a qualitative study. *Implement Sci* 2014; 9: 179.
- * European Society of Endodontology. Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology. *Int Endod J* 2006; 39: 921-930.
- * Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004; 6: 1-72.
- * Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2006.
- * Guyatt GH, Rennie D. Users' guides to the medical literature. *JAMA* 1993; 270: 2096-2097.
- * Horner K, Rushton V, Tsiklakis K, et al. European guidelines on radiation protection in dental radiology; the safe use of radiographs in dental practice. Brussel: European Commission, Directorate-General for Energy and Transport. Radiation Protection, 2004.
- * KNMT. Praktijkrichtlijn Second Opinion. [http://www.knmt.nl/_C1256DE2004732BC.nsf/vlBijlage/praktijkrichtlijn%20second%20opinion%202004.pdf/\\$File/praktijkrichtlijn%20second%20](http://www.knmt.nl/_C1256DE2004732BC.nsf/vlBijlage/praktijkrichtlijn%20second%20opinion%202004.pdf/$File/praktijkrichtlijn%20second%20)

- http://www.knmt.nl/_C1256DE2004732BC.nsf/vlBijlage/praktijkrichtlijn%20second%20opinion%202004.pdf Nieuwegein: KNMT, 2004 (geraadpleegd op 22 december 2014).
- * KNMT. Meldcode tandheelkunde kindermishandeling en huiselijk geweld. <http://www.knmt.nl/richtlijnen/Meldcode-Tandheelkunde-betreffende-Kindermishandeling-en-Huiselijk-Geweld.html> Nieuwegein: KNMT, 2011 (geraadpleegd op 22 december 2014).
- * KNMT. Richtlijn Tandheelkundige Radiologie. <http://www.knmt.nl/richtlijnen/richtlijn-radiologie.html> Nieuwegein: KNMT, 2013 (geraadpleegd 22 december 2014).
- * KNMT. Richtlijnen en normen. <http://www.knmt.nl/richtlijnen/richtlijnen.html> Nieuwegein: KNMT, 2014a (geraadpleegd 22 december 2014).
- * KNMT. KNMT-richtlijn Patiëntendossier. <http://www.knmt.nl/richtlijnen/patientendossier.html> Nieuwegein: KNMT, 2014b (geraadpleegd 22 december 2014).
- * KNMT, NVvK. Samenvatting Richtlijn Mondzorg voor Jeugdigen. [http://www.knmt.nl/_C1256DE2004732BC.nsf/vlBijlage/Samenvatting_richtlijn_mondzorg_jeugdigen.pdf/\\$File/Samenvatting_richtlijn_mondzorg_jeugdigen.pdf](http://www.knmt.nl/_C1256DE2004732BC.nsf/vlBijlage/Samenvatting_richtlijn_mondzorg_jeugdigen.pdf/$File/Samenvatting_richtlijn_mondzorg_jeugdigen.pdf) Nieuwegein: KNMT/NVvK, 2012 (geraadpleegd 22 december 2014).
- * Kreulen CM, Mettes TG, Sanden WJM van der, Rijk, AJ de. Integratie van wetenschap in de kliniek van de Nijmeegse opleiding tandheelkunde. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2012; 119: 307-311.
- * Mettes TGPH Routine oral examination: towards a patient-tailored risk strategy. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2008. Academisch proefschrift.
- * Mettes TG, Barendregt DS, Oosterkamp BCM, Bruers JJM. Evidencebased klinische richtlijnen in de mondzorg 1. Maatschappelijk, professioneel en zorginhoudelijk perspectief. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2014; 121: 597-605.
- * Nederlandse Hartstichting. Preventie bacteriële endocarditis. <http://webshop.hartstichting.nl/producten/producten.aspx?CatID=71&pID=3765> Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2008 (geraadpleegd 22 december 2014).
- * NVvP. Paroprotocol. http://www.nvvp.org/media/download_gallery/Protocol%20parodontale%20diagnostiek%20en%20beh.pdf NVvP, 2012 (geraadpleegd 22 december 2014).
- * Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH. Users' guides to the medical literature. I. How to get started. The Evidence-Based Medicine Working Group. *JAMA* 1993; 270: 2093-2095.
- * Radboudumc. Periodiek Mondonderzoek (PMO). Klinische praktijkrichtlijnen. [http://www.knmt.nl/_C1256DE2004732BC.nsf/vlBijlage/UMC_St_Radboud_PMOrichtlijnen.pdf/\\$File/UMC_St_Radboud_PMOrichtlijnen.pdf](http://www.knmt.nl/_C1256DE2004732BC.nsf/vlBijlage/UMC_St_Radboud_PMOrichtlijnen.pdf/$File/UMC_St_Radboud_PMOrichtlijnen.pdf) Nijmegen: Radboudumc, 2007a (geraadpleegd op 22 december 2014).
- * Radboudumc. De geïmpacteerde, klachtenvrije derde molaar in de onderkaak. Een klinische praktijkrichtlijn. [http://www.knmt.nl/_C1256DE2004732BC.nsf/vlBijlage/UMC_St_Radboud_KPR_M3.pdf/\\$File/UMC_St_Radboud_KPR_M3.pdf](http://www.knmt.nl/_C1256DE2004732BC.nsf/vlBijlage/UMC_St_Radboud_KPR_M3.pdf/$File/UMC_St_Radboud_KPR_M3.pdf) Nijmegen: Radboudumc, 2007b (geraadpleegd op 22 december 2014).
- * Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor richtlijnen. 20 Criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012.
- * Rindal DB, Flottesch TJ, Durand EU, Godlevsky OV, Schmidt AM, Gilbert GH. Practice change toward better adherence to evidence-based treatment of early dental decay in the National Dental PBRN. *Implement Sci* 2014; 9: 177.

- * Sanden WJM van der. Clinical practice guidelines in dental care. Studies on development and use. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2003. Academisch proefschrift.
- * Sanden WJM van der, Mettes DG, Plasschaert AJ, Mulder J, Verdonshot EH. The influence of providing a clinical practice guideline on dental students' decision making. Eur J Dent Educ 2004; 8: 1-6.
- * Sanden WJM van der, Mettes TG, Plasschaert AJ, Grol RP, Mulder J, Verdonshot E. 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: 349-354.
- * Sanden WJM van der, Nienhuijs MEL, Mettes TG. De rol van richtlijnen en systematische literatuuroverzichten in de tandheelkundige zorgverlening. Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 179-186.
- * Sanz M, Meyle J. Scope, competences, learning outcomes and methods of periodontal education within the undergraduate dental curriculum: a consensus report of the 1st European workshop on periodontal education - position paper 2 and consensus view 2. Eur J Dent Educ 2010; 14: s1: 25-33.
- * Werkgroep Infectie Preventie. Infectiepreventie in de tandheelkundige praktijk. http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:215784&type=org&disposition=inline&ns_nc=1. Leiden: Werkgroep Infectie Preventie, 2012.

Summary

Evidence-based clinical guidelines in dental practice 6. Guidelines for clinical practice in dental education

In response to the initiatives of the Kennisinstituut Mondzorg (Institute for Knowledge Translation in Oral Care), the importance of effective education in the area of guidelines is increasing. Future dentists will, after all, be confronted with new guidelines and need to be able to integrate them in their daily practice. Various guidelines and protocols have been established within the 3 dental schools. For students and instructors, however, the motivation for these guidelines and protocols is not always sufficiently clear. In addition, the terms guideline, clinical practice guideline and protocol are used interchangeably, resulting in terminological confusion. Embedding within and coordination with theoretical education is also still limited in all programmes and it is proposed that the 3 dental schools collaborate on this issue. Finally, it is advised to replace the term 'evidence-based' with 'evidence-informed' because this indicates more clearly that other factors (patients opinion, available financial means, etc.) play a role in the final choice of treatment in a specific situation.

Bron

W.J.M. van der Sanden¹, R. Gorter^{2,3}, J. Tams⁴

Uit ¹de vakgroep Kwaliteit en veiligheid van mondzorg, afdeling Tandheelkunde van het Radboud Universitair Medisch Centrum in Nijmegen, ²de sectie Sociale Tandheelkunde en ³het Onderwijsinstituut van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam, en ⁴de sectie Publieke en Individuele Mondgezondheid, Centrum voor Tandheelkunde & Mondzorgkunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen

Datum van acceptatie: 1 juli 2015

Adres: dr. W.J.M. van der Sanden, Radboudumc, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen
wil.vandersanden@radboudumc.nl

Verantwoording

De afbeelding in intermezzo 2 is met toestemming overgenomen van het National Collaborating Centre for Methods and Tools (revised 2012). A Model for Evidence-Informed Decision-Making in Public Health. [fact sheet]. Retrieved from http://www.nccmt.ca/pubs/FactSheet_EIDM_EN_WEB.pdf.