

**Kennisinstituut Mondzorg (KiMo)**

**Plan van aanpak richtlijnontwikkeling  
2016-2018**

Utrecht, 23 december 2015

## INHOUD

Inleiding .....	3
Operationele structuur Kennisinstituut Mondzorg .....	3
Deelnemersraad KiMo .....	4
Visie en uitgangspunten klinische richtlijnontwikkeling in de mondzorg .....	4
Methoden voor ontwikkeling KPRs .....	5
De implementatie en evaluatie van klinische praktijkrichtlijnen.....	6
Methoden voor instroom van richtlijnproducten.....	7
Totstandkoming meerjarenagenda 2016-2018 .....	7
Financiering en begroting.....	9
Haalbaarheid meerjarenagenda 2016-2018.....	9
Tot slot <i>'Begin klein, maar denk groot'</i> .....	12
Bijlagen.....	13
I. Statuten Stichting KiMo.....	13
II. Lijst van aspirant deelnemers in KiMo.....	14
III. Samenstelling Raad van Toezicht (RvT) en de EBRO-commissies .....	15
IV. Begroting 2016-2018 .....	16
V. Referenties .....	17

## Inleiding

Medio oktober 2015 is de Stichting KiMo formeel opgericht met als vestigingsplaats Utrecht door de Federatie van wetenschappelijke verenigingen, nadat het initiatief voor het ontwikkelen van klinische praktijkrichtlijnen (KPRs) door de beroepsvereniging van tandartsen (KNMT), na drie jaar samenwerking, was overgedragen. De huidige deelnemers, verenigd in de deelnemersraad, zijn de Federatie van wetenschappelijke verenigingen (FTW), de wetenschappelijke verenigingen in eerste- en tweedelijns, de opleidingen tandheelkunde, de opleidingen mondzorgkunde, de beroepsverenigingen van mondhygiënist (NVM) en van tandprotheticen (ONT), het College van Adviserend tandartsen (CAT). De stichting en de huidige deelnemers onderschrijven daarmee de aanbevelingen in de KiMo-adviesrapporten uit februari 2014. Voor begin januari 2016 is een eerste overleg geagendeerd met Zorgverzekeraars (ZN). Telefonisch heeft ZN inmiddels laten weten graag te participeren in de deelnemersraad van het KiMo. Met vertegenwoordigers van de Patiëntenfederatie NPCF heeft recentelijk een eerste overleg plaatsgevonden. De NPCF heeft zich ook bereid verklaard zitting te nemen in de deelnemersraad van KiMo om zo verder gezamenlijk het patiënten perspectief bij KPRs vorm te geven. KiMo heeft schriftelijk aan ZIN laten weten dat een plan van aanpak vóór 1 januari 2016 tegemoet kan worden gezien om mede te bewerkstelligen dat op korte termijn een echte start kan worden gemaakt. In het nu voorliggende plan van aanpak komen achtereenvolgens in beknopte vorm aan de orde: de structuur van het kennisinstituut, de visie, uitgangspunten en inhoudelijke kernwaarden m.b.t. klinische richtlijnontwikkeling en de kwaliteit van mondzorg, de wijze waarop met behulp van evidencebased richtlijnontwikkeling (EBRO) KPRs worden ontwikkeld, geïmplementeerd en de effecten ervan worden gemeten en vervolgens een procedure voor de instroom van recent ontwikkelde EBRO-waardige KPRs. Deze KPRs worden gecategoriseerd en beheerd in een KiMo-database<sup>1</sup>. Afrondend zal aandacht worden besteed aan een meerjarenagenda met een begroting voor de komende 3 jaren. Daar waar noodzakelijk zal in de tekst verwezen worden naar onderliggende documenten uit de KiMo-adviesrapporten uit 2014 en daaruit voortvloeiende landelijke publicaties in het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde (NTvT). Na een periode van drie jaar zal er een evaluatie van de organisatiestructuur en de samenwerking van partijen bij het ontwikkelen van KPRs plaatsvinden voor de lange termijn.

<sup>1</sup> KiMo legt om beheersmatige, organisatorische en zorginhoudelijke redenen een eigen database aan op basis van zorginhoudelijke categorieën KPRs. Deze database is het voorportaal voor de tripartite aanbieder van de KPRs in het openbaar Register van het Zorginstituut. Als in deze notitie gesproken wordt over KiMo-database dan wordt bedoeld een elektronisch registratiesysteem op basis waarvan met deelnemers binnen KiMo een meerjarenplanning van onderwerpen wordt voorbereid die vervolgens de drie stappen van de EBRO-procedure nog gaan doorlopen. Na de laatste stap c.q. de brede commentaarronde met patiënten, zorgverleners en verzekeraars volgt de formele autorisatie en implementatiestrategie (inclusief meetinstrumenten), en komt de aanmelding in het Openbaar register van het Zorginstituut aan de orde.

## Operationele structuur Kennisinstituut Mondzorg

Het Kennisinstituut kent een stichtingsvorm met een Raad van Toezicht (RvT), bestaande uit drie leden, verder een bestuurder/directeur, een ondersteunend bureau met medewerkers en drie vaste commissies die garant staan voor het proces van evidencebased richtlijnontwikkeling (EBRO). In deze vaste commissies zijn naast de professionals uit de mondzorg ook inhoudsdeskundigen en onafhankelijke voorzitters noodzakelijk, die onder de eindverantwoordelijkheid van de directeur hun expertise bij het richtlijnontwikkelproces inbrengen. (Mettes et al, 2015). De statuten van het KiMo treft u aan in Bijlage I. De reden dat voornamelijk voor deze stichting structuur is gekozen is dat er in de eerste jaren gestreefd wordt naar een kleine, flexibele organisatie waarin een diversiteit aan professionele deelnemers ervaring kunnen opdoen in het samenwerken binnen de kaders van de landelijk en internationaal erkende EBRO-methode (van Everdingen 2004, KiMo-rapport, februari 2014). Gedurende het voortraject is vaak gerefereerd aan de situatie bij de beroepsgroep van de huisartsen. Bij deze beroepsgroep is echter de zaak veel overzichtelijker: er is 1 beroepsorganisatie, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en er is slechts 1 wetenschappelijke vereniging, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Er bestaan in de huisartsenpraktijk geen andere zelfstandig werkzame professionals.

Daarentegen zijn er in de mondzorg bij het ontwikkelen van landelijke KPRs 4 beroepsorganisaties (KNMT, ANT, NVM en ONT), plus de MKA-chirurgen en orthodontisten betrokken en kent de mondzorg 19 wetenschappelijke verenigingen en verschillende zelfstandig werkzame professionals.

Daar komt bij dat het aantal zorgverleners in de mondzorg, met ervaring en kennis over richtlijnontwikkeling in het algemeen en over de EBRO-methode in het bijzonder, beperkt is. Er zal vooral de eerste jaren ook een professionaliseringslag onder mondzorgverleners dienen plaats te vinden. In die opbouwfase zal dus rekening gehouden moeten worden met extra inzet en middelen voor aanvullende scholing, het opbouwen van EBRO-ervaring en het proces van multidisciplinaire samenwerking. Dat heeft als logische consequentie dat niet alle inzet in de eerste jaren direct zichtbaar zal zijn in de eindproducten van het kennisinstituut.

Belangrijke uitgangspunten binnen de organisatie KiMo zijn *de gelijkwaardigheid* van alle professionele zorgverleners, de *onafhankelijke kennistranslatie* (c.q. geen overheersende partij), en een geborgde *inbreng van alle relevante zorgverleners en stakeholders* gedurende de drie fasen van het ontwikkelproces van KPRs (Mettes et al, 2015). Deze uitgangspunten vinden hun basis in het gegeven dat de aard en uitvoering van de huidige mondzorg het merendeel van de verleende zorg in een multidisciplinaire setting plaatsvindt. Dat betekent dat ook het overgrote deel van de te ontwikkelen *KPRs multidisciplinair van opbouw* zullen zijn evenals de in de KPR opgenomen zorgstandaarden. Deze laatste beschrijven de wijze waarop de organisatie van de zorg tussen professionals wordt gerealiseerd. Deze uitgangspunten zijn in verschillende stadia terug te vinden in de inmiddels in de gezondheidszorg breed gehanteerde EBRO-methode.

Tevens biedt deze eerste periode van drie jaar de mogelijkheid om met alle partijen tot een structurele financiering van het instituut te komen en kan beoordeeld worden of deze structuur werkbaar en effectief is. De meerjarenagenda, die met alle partijen in 2014 is samengesteld en geaccordeerd, is voor het grootste deel hierop gebaseerd (KiMo-rapport, februari 2014).

## Deelnemersraad KiMo

Alle participerende beroepsgroepen in de mondzorg en andere bij de richtlijnontwikkeling betrokken partijen leggen contractueel vast dat ze deelnemer worden in de stichting KiMo en hebben op basis daarvan een zetel in de KiMo-deelnemersraad. De deelnemersraad heeft als doelstellingen het volgen van en de directeur-bestuurder adviseren over de realisatie van de stichtingsdoelen en het voeling houden met de maatschappelijke ontwikkelingen die van belang zijn voor het functioneren van de stichting. Leden van de deelnemersraad kunnen zijn: vertegenwoordigers van beroeps- en wetenschappelijke verenigingen, de opleidingen in de mondzorg en andere relevante instellingen/organen die een rol van betekenis vervullen bij het onderwerp van een te ontwikkelen KPR. Naast zorgverleners zijn dat verder de zorgverzekeraars en de vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen. De deelnemersraad kent een deelnemersreglement dat in samenspraak met het bestuur van het KiMo, de RvT en de deelnemers is opgesteld. In de bijlage II treft u een lijst aan met de op dit moment participerende deelnemers in het KiMo.

## Visie en uitgangspunten klinische richtlijnontwikkeling in de mondzorg

In de voorbereidingsperiode (2013-2015) hebben alle partijen zich intensief bezig gehouden met het ontwikkelen van een gezamenlijke zorginhoudelijke visie op het verlenen van mondzorg (doelen en kernwaarden). Daarvoor is door een werkgroep een begrippenkader ontwikkeld dat bij EBRO-richtlijnontwikkeling als referentiekader zal dienen. Deze consensus is binnen de mondzorg als geheel een novum en heeft ertoe geleid dat vele direct betrokkenen hierin de zorginhoudelijke basis zagen voor een voortvarende start van een landelijk instituut. Enkele wetenschappelijke verenigingen hebben zich inmiddels op dit terrein geprofileerd.

Deze geformuleerde begrippen, het zorginhoudelijk proces en de zeven overeengekomen kernwaarden bij het verlenen van integrale mondzorg zullen worden gehanteerd als de inhoudelijke uitgangspunten bij de methodiek van richtlijnontwikkeling in de mondzorg. Deze kernwaarden (Tabel 1) kunnen worden omschreven als elementaire waarden (op basis van huidige wet- en regelgeving, kennis, klinische ervaring en kwaliteitscriteria) tijdens het vakinhoudelijk en professioneel handelen. Deze kernwaarden vertonen onderlinge samenhang en zijn als het ware randvoorwaarden om het gestelde doel van de mondzorg te kunnen bereiken. Deze kernwaarden zijn leidend bij het vormgeven van inhoudelijke en organisatorische aspecten van KPRs.

**Tabel 1.** Geformuleerde kernwaarden in het kader van landelijke richtlijnontwikkeling.

Kernwaarden mondzorg
<i>1. Focus op behoud van harde en zachte tandweefsels</i>
<i>2. Mondzorg is een cyclisch proces</i>
<i>3. Ethisch perspectief van het professioneel handelen</i>
<i>4. Op beste bewijs gebaseerd handelen</i>
<i>5. Goede communicatie tussen patiënt en zorgverleners</i>
<i>6. Samenwerking als integraal onderdeel van professioneel handelen</i>
<i>7. Systematische verslaglegging</i>

Voor de categorisering van KPRs in de database van KiMo zal gebruik worden gemaakt van de inhoudelijke concepten in het fasegewijze integrale mondzorgmodel en de mondzorgcyclus zoals in het advies beschreven (Adviesrapport-KiMo 2014, Hoofdstuk 2). Richtlijnontwikkeling binnen het KiMo is gericht op de volgende professionele mondzorgverleners: tandartsen, MKA-chirurgen, orthodontisten, mondhygiënist, tandprotheticus (en indirect op diegenen die onder hun verantwoordelijkheid zorg verlenen) en partijen die als stakeholders kunnen worden beschouwd zoals patiënten, zorgverzekeraars, ZIN en overheidsinstellingen. Het perspectief van patiënten dient nadrukkelijk aandacht te krijgen, maar blijkt ook bij andere beroepsgroepen m.b.t. de EBRO-methodiek nog niet geheel uitgekristalliseerd te zijn (van Everdingen, 2014). Er zijn met uiteenlopende participatiemethoden van patiënten ervaringen opgedaan die afhankelijk van het onderwerp van de KPR kunnen worden ingezet, zoals focusgroepen, enquêtes, vertegenwoordigers patiëntenorganisaties in ROC en diepte-interviews volgens de Wiki-methode (Grol en Wensing 2014).

De adviezen van Richtlijn voor Richtlijnen (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012), Beleidsregel Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten (ZIN, 2015), c.q. adviezen van de richtlijnen expertgroep AQUA (ZIN) evenals de expertise van andere richtlijnenorganisaties zijn belangrijke informatie- en inspiratiebronnen. Voor een uitgebreide beschrijving van de visie en uitgangspunten bij klinische richtlijnontwikkeling in de mondzorg wordt verwezen naar het Adviesrapport-KiMo, februari 2014 (Hoofdstuk 2) en het artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde (Mettes et al, 2014).

## Methoden voor ontwikkeling KPRs

De KPRs binnen KiMo worden ontwikkeld en onderhouden in een onafhankelijke c.q. door geen enkele partij gedomineerde organisatie. De ontwikkeling van KPRs 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 voordat
- de autorisatie onafhankelijk wordt uitgevoerd door een raad voor autorisatie (RAR).

Voor een gedetailleerde beschrijving van de wijze waarop binnen het KiMo de multidisciplinaire EBRO-methode zal worden vormgegeven, verwijzen we naar de bijlage V van deze notitie, c.q. het adviesrapport uit februari 2014 van KiMo (Hoofdstuk 3) en het artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde (Mettes et al, 2015).

Voor de duidelijkheid zij hier vermeld, zoals uitgebreid beschreven in bovenstaande documenten, dat in iedere KiMo-richtlijn als integraal onderdeel een aantal meetinstrumenten (indicatoren) en informatiestandaarden zijn opgenomen. Dat betekent dat een KPR pas als kwaliteitstandaard (voor opname in het openbaar register) kan worden beschouwd als alle onderdelen ervan zijn geoperationaliseerd middels een implementatiestrategie. Zoals later in deze notitie zal blijken heeft dat consequenties voor het tempo waarmee KiMo-richtlijnen zullen worden aangeboden aan het openbaar register van het ZIN.

Aanvullend op de adviezen van het KiMo-rapport uit 2014, kan de RAC de opleidingsinstituten betrekken bij onderwerpen waar klinische knelpunten/kennishiaten worden opgespoord, waar op korte termijn nog geen richtlijn voor gemaakt kan worden. Masterstudenten tandheelkunde en mondzorgkunde kunnen in het kader van hun opleiding gerichte klinische vragen uitwerken en zo de evidence-base voor een potentiële richtlijn eerder ontsluiten (van der Sanden et al, 2015). Het mes snijdt zo aan twee kanten. De huidige samenstelling van de RAC en de RAR is beschreven in Bijlage III.

Van belang is het om nogmaals hier te vermelden dat, afhankelijk van het onderwerp van de te ontwikkelen KPR, de betrokken mondzorgverleners vanuit een gelijkwaardige positie zullen participeren in de drie genoemde fasen die het proces van EBRO-richtlijnontwikkeling KPRs vormgeven. De betrokken zorgverleners kunnen zijn tandartsen, mondhygiënisten, tandprotheticen, MKA-chirurgen en orthodontisten,

## **De implementatie en evaluatie van klinische praktijkrichtlijnen**

Het implementeren van een KPR dient in onderdelen en vroeg in het ontwikkelproces expliciet te worden beschreven als integraal onderdeel van de werkopdracht van de ROC. Op basis van de geformuleerde uitgangsvragen (knelpunten) en de kernaanbevelingen van elke KPR worden door de ROC één of meer kwaliteitsindicatoren c.q. meetinstrumenten beschreven, die onderdeel vormen van iedere KPR. In de huidige begroting is voor de financiering van het onderdeel implementatie nog geen voorziening getroffen. Met bij de KPR betrokken organisaties zal op zo kort mogelijke termijn na de start van KiMo naar een landelijk implementatiemodel en een verdeling van taken en financiering moeten worden toegewerkt op basis van de huidige kennis over effectieve implementatie (Grol en Wensing 2011, Adviesrapport KiMo, 2014, Braspenning et al, 2015).

Het KiMo draagt ook zorg voor de coördinatie van de disseminatie, implementatie en evaluatie van ontwikkelde KPRs. De inhoudelijke en financiële consequenties van de implementatiestrategie dienen in de aanvangsfase te worden geïnventariseerd en naar de begroting te worden vertaald. Het is raadzaam externe expertise voor het onderdeel 'implementatie richtlijnen' in te huren en samenwerking met andere richtlijnorganisaties op locatie te faciliteren.

Zoals in het Adviesrapport-KiMo 2014 is aanbevolen, dienen in de opstartfase van het KiMo de rol en de verantwoordelijkheden bij het ontwikkelen en uitzetten van kwaliteitsindicatoren als onderdeel van de implementatie bij iedere KPR concreet met alle partijen en met een daarop afgestemde begroting in een gezamenlijke werkplan te worden omschreven. Dat werkplan zou medio 2016 beschikbaar moeten zijn, zodat de conceptteksten van de eerste KPR in de planning, een borging hebben voor het hanteren van deze meetinstrumenten in de praktijk.

Voor een beroepenveld waar tot op heden weinig ervaring is opgebouwd met het gebruik van KPRs in de praktijk en het systematisch gebruik van implementatie hulpmiddelen nog een noviteit is, mag verwacht worden dat extra tijd, ondersteunende (technologische) hulpmiddelen en een optimale samenwerking voorwaarden zijn voor succes. Afrondend kan worden benadrukt dat de implementatie van KPRs in de mondzorg vooral succesvol kan zijn als alle relevante partijen een actieve en ondersteunende rol vervullen.

## Methoden voor instroom van richtlijnproducten

Het adviesrapport KiMo is in de zomer van 2014 met goedkeuring van alle partijen voorzien van een aanvullend advies met betrekking tot de instroom van richtlijnproducten die buiten KiMo zijn ontwikkeld en waarvan de ontwikkelaars en participanten van het KiMo wensen dat ze in de database van KiMo opgenomen worden. Het betreft dan in eerste instantie richtlijninitiatieven die in de periode tussen 2013 en 2015 zijn gestart en die volgens de EBRO-methode zijn ontwikkeld. Inmiddels zijn in dit najaar een tweetal concept-KPRs, die voor opname binnen KiMo in aanmerking willen komen, door wetenschappelijke verenigingen aangemeld. De Richtlijn Autorisatie Raad (RAR), bestaande uit drie vaste leden en vier variabele leden, is aangesteld en zal in eerste instantie de EBRO-waardigheid van de KPR beoordelen en uiteindelijk het bestuur adviseren welke aanvullende activiteiten nog wenselijk zijn om de KPR voor autorisatie in aanmerking te laten komen. Voor deze instroom van richtlijnproducten is in augustus 2014 een uitgebreide procedure beschreven waar alle partijen mee hebben ingestemd (KiMo, aanvullend adviesrapport, augustus 2014).

## Totstandkoming meerjarenagenda 2016-2018

In de voorbereidingsfase van het KiMo zijn door een landelijke werkgroep en kwartiermakers in samenwerking met de KNMT-Peilstations verschillende onderzoeksactiviteiten als onderbouwing voor een meerjarenagenda van onderwerpen uitgevoerd. Deze peilingen zijn uitgevoerd bij mondzorgprofessionals en wetenschappelijke verenigingen in eerste- en tweede lijn (van Dam et al, 2015). Om te beginnen is 2014 een advies uitgebracht over een op zo kort mogelijke termijn te ontwikkelen c.q. te herziene KPR op basis van de volgende criteria: actualiteitswaarde van het onderwerp, het zo breed mogelijk bestrijken van het werkgebied van tandartsen, MKA-chirurgen, orthodontisten, mondhygiënisten en tandprothetici en het updaten van een onderdeel van een bestaande EBRO-richtlijn die qua huidige omvang te uitgebreid is. Op basis hiervan zijn in het adviesrapport 4 *potentiele onderwerpen* gekozen: (1) Herzien c.q. opsplitsen in compacte onderdelen van de recente EBRO-richtlijn 'Mondzorg voor jeugdigen', (2) herziening van de EBRO-richtlijn 'Klachtenvrije geïmpacteerd 3<sup>de</sup> molaar in de onderkaak', (3) update van bestaande richtlijn 'Antistolling in de mondzorg', en (4) een update van huidige multidisciplinaire richtlijn 'Polyfarmacie bij ouderen'.

Ook is een *inventarisatie gemaakt van alle bestaande landelijke richtlijnproducten* (en meer of minder vergelijkbare kennisdocumenten) binnen de mondzorg, met als doel te beoordelen welke van deze documenten, op basis van de EBRO-kwaliteitscriteria in aanmerking zouden kunnen komen voor directe opname in de KiMo-database. Daaruit bleek dat een negental KPRs zijn ontwikkeld tussen 2003 en 2013 die volgens de op dat moment geldende EBRO-methode tot stand zijn gekomen en die onder voorwaarden in aanmerking kunnen komen voor opname binnen KiMo (zie Afbeelding 1). Deze groep KPRs zullen, met toestemming van partijen die het initiatief namen, opgenomen worden in de KiMo-database. Dat betekent dat ze in aanmerking komen voor update/herziening/aanvulling binnen het KiMo en vervolgens op basis van de huidige kwaliteitscriteria in aanmerking kunnen komen voor een finale aanmelding in het openbaar register van het Zorginstituut. De aanbevelingen uit deze bestaande evidencebased KPRs zijn in de klinische mondzorg voor een deel al geïmplementeerd, maar omdat systematische landelijke implementatie niet heeft plaatsgevonden en het merendeel nog geen betrouwbare meetinstrumenten kent, weten we weinig over de effecten van het gebruik in de praktijk.

Een belangrijk aanvullende onderwerp van onderzoek en evaluatie is om uit te zoeken welke richtlijnproducten er internationaal zijn ontwikkeld en door middel van instroom kunnen worden opgenomen in de KiMo-database. Uit de inventarisatie in het rapport van de Gezondheidsraad 2012 blijkt dat de opbrengst van EBRO-waardige KPRs in de mondzorg buiten Nederland zeer beperkt is. Maar een open vizier naar nieuwe internationale ontwikkelingen (en mogelijke affiliatie met partners) kan de ontwikkeling en implementatie van nieuwe KPRs landelijk wellicht versnellen.

Ook geldt in deze context dat de bestaande klinische management software op dit moment de mondzorgverlener niet ondersteunt m.b.t. KPRs. De implementatie van de nieuwe NEN-norm voor tandheelkundige diagnostische terminologie en coding in bestaande praktijksoftware kan hierin als een belangrijke eerste stap worden gezien, hetgeen kan gaan bijdragen aan de kwaliteit van de aan te leveren informatiestandaarden als onderdeel van KPRs in het openbaar register.

In de planning en uitvoering van deze herzieningen en faciliterende aspecten moeten binnen KiMo middelen en menskracht worden vrijgemaakt.

#### **Afbeelding 1.**

Bestaande EBRO-klinische richtlijnen in de mondzorg die in het KiMo kunnen komen voor update.

- *De klachtenvrije, geïmpacteerd 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)\**
- *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)*

\* tot stand gekomen op basis van wetenschappelijk onderzoek naar aanleiding van praktijkvariatie en/of klinische knelpunten.

Er is tenslotte ook nog met behulp van een *web-enquête* in 2014 actuele informatie bij tandartsen, mondhygiënist, orthodontisten en tandprotheticen evenals bij wetenschappelijke verenigingen gepeild ten aanzien van *potentiële onderwerpen* voor een KPR. Dit geschiedde op basis van klinische ervaren knelpunten in de dagelijkse mondzorg. Daaruit kwam naar voren dat de behoeften aan klinische richtlijnen zich het meest toespitsten op het gebied van *tandheelkundig-medische interactie* en *medische anamnese* en er daarnaast op beslissingsondersteuning ten aanzien van *diagnostiek, indicatie, behandeling en nazorg op verschillende deelgebieden* in de mondzorg behoeften bestaan (zie KiMo-rapport 2014, Hoofdstuk 5).

Over het draagvlak onder mondzorgprofessionals met betrekking tot systematische richtlijnontwikkeling in een landelijk programma bestaat geen twijfel. Uit een recente overzichtspublicatie blijkt dat er, tussen 1998 en 2014, een nog steeds toenemend draagvlak voor het gebruik van praktijkrichtlijnen is ontstaan onder alle mondzorgverleners (van Dam et al, 2015).

Bij de aanpak van een verdere 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 huidige richtlijnadviescommissie (RAC) binnen het KiMo, waarin vertegenwoordigers van alle deelnemende partijen zijn vertegenwoordigd (zie Bijlage III). In samenhang hiermee zou een betrouwbare methode/procedure ontwikkeld dienen te worden om de klinische knelpunten in het mondzorgveld adequaat en tijdig te herkennen. Dit zou kunnen worden vormgegeven door regelmatig uitgevoerde peilingen onder de mondzorgprofessionals, patiënten en stakeholders in samenwerking met een daarin gespecialiseerd onderzoeksbureau. Rekening houdend met bovenstaande onderwerpselectie voor KPRs in de mondzorg, zou het KiMo voor de eerste drie jaren een voldoende dekkende planning beschikbaar hebben om op korte termijn te kunnen starten. De uitvoering van deze agenda (Tabel 2) en het tempo waarmee, wordt mede bepaald door de beschikbare financiële middelen.



## Financiering en begroting

Tot op heden is nog niet geheel duidelijk op basis van welke financieringsbronnen KiMo zal gaan functioneren. Er wordt uitgegaan van het meest haalbare scenario om op korte termijn een start te maken binnen de huidige verhoudingen in de mondzorg. Op basis van de in het vooruitzicht gestelde startsubsidie van het ministerie van VWS en de toegezegde deelfinancieringen uit de beroepsgroepen en verwante organisaties wordt een begroting per jaar gepresenteerd voor de periode van drie jaar. Deze begroting gaat het eerste jaar uit van een output van: 1-2 updates/herindelen van bestaande EBRO-KPRs van bescheiden omvang en de instroom van 2 extern ontwikkelde KPRs uit 2015. In het tweede jaar (2017) zal dan een eerste nieuwe KPR op de agenda van KiMo worden gezet met daarnaast een update van 1 bestaande KPR. In deze begroting (Bijlage IV) zijn per jaar voorzieningen opgenomen voor implementatie inclusief meetinstrumenten.

## Haalbaarheid meerjarenagenda 2016-2018

Zoals eerder vermeld, wordt de uitvoering van de meerjarenagenda sterk bepaald door de financiële kaders in de begroting. Het oorspronkelijke uitgangspunt uit het KiMo-rapport 2014 was het ontwikkelen van 1 nieuwe KPR en 1 update van een bestaande KPR per jaar. Dat voornemen staat om meerdere redenen onder druk.

Ten eerste is de financiering nog niet geheel rond en een grote financieel sterke partner doet (nog) niet mee. Ten tweede hebben in de tijd dat de oprichting van het KiMo stagneerde enkele wetenschappelijke verenigingen (o.a. in samenspraak met het ZIN) het initiatief genomen om KPRs met eigen middelen en menskracht te ontwikkelen. Het betreft onderwerpen over actuele klinische problemen op het gebied van de peri-implantitis (chronische ontstekingsverschijnselen die optreden rondom alle vormen van implantaten en kunnen leiden tot implantaatfalen) en over de problematiek rondom de implantaatgedragen prothese in de onder- en de bovenkaak. Deze KPRs zijn nagenoeg gereed en de eerste is reeds aangemeld voor instroom binnen KiMo. De RAR gaat op korte termijn deze aanmelding van de KPR inhoudelijk en procedureel toetsen c.q. beoordelen op EBRO-waardigheid en in welke mate de KPR voldoet aan de huidige landelijke beleidsregels voor kwaliteitstandaarden.

Rekening houdend met bovenstaande betekent dit voor 2016: het updaten/herindelen (herzien) van twee bestaande klinische EBRO-richtlijnen van beperkte omvang (passend bij de uitgevoerde onderwerpselectie) inclusief de ontwikkeling van de meetinstrumenten, informatiestandaarden en een landelijke implementatiestrategie (Braspenning et al. 2015). Daarnaast kunnen 1-2 KPRs uit 2015 instromen. Echter de mate waarin, na beoordeling door de RAR, daarvoor nog aanvullende activiteiten (draagvlak inhoud, meetinstrumenten, implementatiestrategie) moeten worden uitgevoerd bepalen de snelheid van de opname in het openbaar register van het ZIN. Het gevolg is dat in 2017 voor de eerste keer een nieuwe KPR op de agenda kan worden gezet, die redelijkerwijs in 2018 voor het openbaar register van ZIN kan worden aangeboden. Een schema voor een plan van aanpak voor de eerste drie jaren staat beschreven in Tabel 2.

### *Toelichting:*

De totstandkoming van deze agenda van onderwerpen heeft plaatsgevonden in 2014, met medewerking van alle deelnemers binnen KiMo in oprichting (Adviesrapport februari, 2014). En wel in de veronderstelling dat een snelle start van KiMo zou worden gerealiseerd. We zijn nu bijna twee jaar verder en met de huidige kennis is het zinvol om enige accenten m.b.t. de prioritering, onderwerpkeuze en agenda te herschikken. Dat betekent dat de KPRs die in het verleden EBRO-waardig zijn gebleken (*'De klachtenvrije geïmpacteerd derde molaar' 2003, 'Periodiek Mondonderzoek' 2007 en 'Mondzorg voor jeugdigen' 2010*) en KPRs welke recent voor instroom zijn aangemeld (*'Peri-implantitis'*) in eerste instantie van adequate meetinstrumenten en informatiestandaarden zullen worden voorzien. Dat heeft als voordeel dat op relatief korte termijn (in 2017-2018) er drie KPRs kunnen worden aangeboden aan het openbaar Register van het ZIN. Uit oogpunt van zorgvuldige besluitvorming zal door het KiMo-bestuur met de RvT, de RAC en de Deelnemersraad hierover overleg moeten plaatsvinden.

**Tabel 2.** Schematische weergave van plan van aanpak KiMo oor de periode 2016-2018.

<b>Organisatie</b>	<i>Commissies</i>	<i>Bureau</i>	<i>Communicatie/ Coördinatie / Netwerk</i>
2016	Installeren RAC, ROC, RAR Installeren deelnemersraad	Opstellen reglementen en deelnemerscontracten	Website inrichten, communicatie kanalen
	Scholing EBRO leden RAC	Aanstellen bureaumedewerkers	Beroepsgroepen, stakeholders
	Aanstellen experts EBRO ROC	Huisvesting Domus Medica Utrecht	Werkplan implementatie inclusief dataverzameling meetinstrumenten*
	Voorzitters/secretaris	Overleg met koepels van Zorgverzekeraars (ZN) en Federatie NPCF over Plan van aanpak en meerjarenplan ZIN	Samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Kennisinstituut Medisch specialisten
<b>EBRO-KPR</b>	<i>Nieuw te ontwikkelen EBRO-richtlijn*</i>	<i>Update bestaande EBRO-richtlijn*</i>	<i>Instream externe EBRO-richtlijn 2015*</i>
2016		'Mondzorg jeugdigen': (2010) splitsen in onderdelen (ROC)  'Antistolling in de mondzorg': (ACTA-versie 2010), update (ROC)  <i>Meetinstrumenten* en implementatiestrategie</i>	'Peri-implantitis' NVOI, NVVP (2015)  'Implantaat-gedragen prothese' NVOI, NVMKA (2015)  <i>Toets EBRO, concepttekst (RAR)</i>  <i>Meetinstrumenten* en implementatiestrategie</i>
2017		'Mondzorg jeugdigen'  'Antistolling in de mondzorg'  <i>Tripartite aanbieding register ZIN</i>	'Peri-implantitis' (NVOI,NVVP),  'Implantaat-gedragen prothese' (NVMKA, NVOI)  <i>Tripartite aanbieding register ZIN</i>
2017	1 nieuwe KPR-A: Onderwerp nader te bepalen in RAC (peiling veld)  <i>Concepttekst (ROC) en meetinstrumenten* en implementatiestrategie</i>	'Klachtenvrije verstandskies' (2003)  <i>Update en concepttekst (ROC) meetinstrumenten* en implementatiestrategie</i>	1-2 praktijkrichtlijnen: Afhankelijk van aanmelding
2018	1 KPR-A  <i>Tripartite aanbieding Register ZIN</i>	'Klachtenvrije verstandskies'  <i>Tripartite aanbieding register ZIN</i>	?
2018	1 KPR-B Onderwerp nader te bepalen in RAC (peiling veld)  <i>Concepttekst (ROC) meetinstrumenten* en implementatiestrategie</i>	'Polyfarmacie ouderen' update /herziening  <i>Concepttekst (ROC) meetinstrumenten* en implementatiestrategie</i>	?
2019	1 KPR-B  <i>Tripartite aanbieding register ZIN</i>	'Polyfarmacie ouderen'  <i>Tripartite aanbieding register ZIN</i>	

\* meetinstrumenten: kwaliteitsindicatoren en cliëntvragenlijsten zoals o.a. beschreven in bijgeleverde documenten en Beleidsregel Toetsingskader ZIN.

Aan de hand van beschreven selectiecriteria en de wensen van de meerderheid van de mondzorgverleners wordt in 2016 gestart met de update van de KPR *'Het antistollingsbeleid in de mondzorg'*, die in 2010 door ACTA is ontwikkeld. Daarnaast worden de instroom van 2 extern ontwikkelde KPRs uit 2015 getoetst en voorzien van elementaire instrumenten voor implementatie. In het tweede jaar (2017) zal een eerste nieuwe KPR op de agenda van KiMo worden gezet en tevens zal een update van 1 bestaande KPR worden uitgevoerd. De haalbaarheid van deze doelstellingen moet ook in de huidige actualiteit beschouwd worden. Om die reden zijn een aantal bevorderende en belemmerende factoren beschreven (Tabel 3). Na drie jaar overleg hebben de beroepsorganisaties KNMT en ANT besloten om een eigen richtlijnen vereniging op te richten. Tegelijkertijd heeft de algemene ledenvergadering van de KNMT haar hoofdbestuur verzocht om alles in het werk te stellen om tot één instituut voor richtlijnen te komen. Als er geen overeenstemming wordt bereikt zullen de KNMT en ANT (nog) niet in KiMo participeren. Dat heeft een dempend effect op de financiële mogelijkheden en dus op de snelheid van het leveren van kwalitatief goede richtlijnproducten in de mondzorg. Wellicht ten overvloede zij hierbij vermeld dat de reeds bij herhaling gedane pogingen om de beroepsverenigingen binnen KiMo te krijgen zullen worden voortgezet. Het heeft daarnaast invloed op het professionele draagvlak en de implementatie, immers een relevante partij doet niet actief mee, ook al moet daarbij de nuancering worden aangebracht dat nagenoeg alle leden van de wetenschappelijke verenigingen in de mondzorg werkzaam zijn in de klinische praktijk, (geschat aantal: 5000 tandartsen) en in nagenoeg alle gevallen ook lid zijn (c.q. tot de achterban behoren) van een van de beide beroepsverenigingen KNMT/ANT.

De historie bij andere beroepsgroepen in de zorg leert bovendien dat bij systematische richtlijnontwikkeling binnen beroepsgroepen er altijd een relatief kleine groep voorlopers ('early adopters') is, die na jaren werken met richtlijnen langzaam gevolgd gaat worden door de meerderheid van de professionals ('late adopters'), en er een kleine groep rest, die altijd op de rem blijft staan.

**Tabel 3.** Samenvatting van belemmerende en bevorderende factoren.

<i>Belemmerende factoren</i>	<i>Bevorderende factoren</i>
Niet alle partijen in het veld nemen deel in het KiMo	Consensus zorginhoudelijke kader voor EBRO
Financiering opstarten KiMo nog niet sluitend	Meerjarenagenda KiMo voor eerste drie jaar
Negatieve beeldvorming twee richtlijninstututen c.q. geloofwaardigheid beroepsgroep	Intentie alle deelnemers in FTW te starten met landelijke richtlijninstituut
Landelijke implementatie KPRs kent beperkingen door verdeeldheid in beroepsgroep	Voldoende draagvlak om te starten: wetenschappelijke verenigingen en opleidingen bestaan vooral uit klinische mondzorgverleners ('early adopters')
Kennis en ervaring m.b.t. EBRO onder professionals beperkt	Mondzorgverleners eerste en tweede lijn in een koepel (multidisciplinaire KPRs)
De bestaande klinische management software ondersteunt op dit moment de mondzorgverleners niet (implementatie KPRs)	Gelijkwaardigheid deelnemers en onafhankelijke structuur instituut
(Nog) geen systeem van verplichte bij- en nascholing in de tandheelkunde	De meeste wetenschappelijke kennis en competentie is aanwezig bij de opleidingen tandheelkunde en mondzorgkunde en de wetenschappelijke verenigingen. Zij hebben allen aangegeven uitsluiten aan de richtlijnontwikkeling van het KiMo mee te werken

## Tot slot

### *'Begin klein, maar denk groot'*

Op basis van het hierboven beschreven plan van aanpak zijn voor de eerste periode van drie jaar de eerste bescheiden bouwstenen gelegd voor de verwezenlijking van een volwaardig landelijk instituut voor EBRO-richtlijnontwikkeling in de mondzorg. Dit plan van aanpak is in zijn opbouw en uitvoering voor een deel gebaseerd op het KiMo-advies uit 2014. Daardoor is impliciet het draagvlak voor de uitvoering ingebouwd, immers alle partijen in het mondzorgveld hebben de aanbevelingen in najaar 2014 onderschreven.

Het blijven streven naar het samenbrengen van het gehele mondzorgveld in één landelijk instituut blijft een voortdurend punt van aandacht, omdat het de beste garantie biedt voor multidisciplinaire richtlijnontwikkeling en implementatie volgens de in 2013 door alle partijen geformuleerde uitgangspunten.

Zodra het KiMo operationeel wordt zal met koepels van patiënten en verzekeraars overleg worden gevoerd om te beoordelen of gezamenlijk een aantal nader te bepalen kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten kunnen worden voordragen bij het Zorginstituut voor de meerjarenagenda.

De huidige beperkingen, mede als gevolg van het ontbreken van financiële middelen, liggen vooral bij het ontbreken van een betrouwbaar model voor landelijke implementatie van KPRs inclusief een structuur voor het gebruik van daaraan gerelateerde meetinstrumenten. Daarvoor zullen in het eerste jaren de nodige inspanningen moeten worden geleverd omdat dit alsnog op korte termijn te realiseren.

Het ultieme doel van het KiMo blijft om als professionele organisatie in de mondzorg, samen met patiënten, zorgverzekeraars en andere stakeholders EBRO-waardige KPRs te ontwikkelen die voldoen aan de hoogst haalbare kwaliteitscriteria. De finale aanbieding voor opname in het openbaar register van het Zorginstituut kan dan beschouwd worden als de kroon op het werk van een belangrijke bouwsteen van het professionele kwaliteitsbeleid in de mondzorg.

## **Bijlagen**

### **I. Statuten Stichting KiMo**

De statuten van de Stichting KiMo (PDF) worden separaat per email verzonden.

## II. Lijst van aspirant deelnemers in KiMo

### *Wetenschappelijke verenigingen:*

FTW	Federatie van Tandheelkundig Wetenschappelijke Verenigingen
NVT	Nederlandse Vereniging van Tandartsen
NVvP	Nederlandse Vereniging voor Parodontologie
NVvK	Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde
NVvE	Nederlandse Vereniging voor Endodontologie
NVOI	Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie
NVGPT	Nederlandse Vereniging voor Gnathologie en Prothetische Tandheelkunde
NVVRT	Nederlands Vlaamse Vereniging voor Restauratieve Tandheelkunde
VBTGG	Vereniging tot Bevordering Tandheelkunde. Gezondheidszorg Gehandicapten
VMTI	Vereniging Medisch Tandheelkundige Interacties
NVGd	Nederlandse Vereniging voor Gerodontologie
OVAP	Orthodontische Vereniging voor Algemeen Practici

### *Aangemeld maar nog niet geïnstalleerd als lid van de FTW:*

NVvO	Nederlandse Vereniging voor Orthodontische Studie
VVO	Vereniging van Orthodontisten
NVSCA	Nederlandse Vereniging voor Schisis en Craniofaciale Afwijkingen
NVSST	Vereniging voor de Studie van Sociale Tandheelkunde
NVTS	Nederlandse Vereniging voor Tandheelkundige Slaapgeneeskunde
NVMKA	Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie

### *Nog in beraad:*

IK	Ivoren Kruis
----	--------------

### *Beroepsverenigingen:*

NVM	Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist
ONT	Organisatie van Nederlandse Tandprothetici

### *Opleidingsinstituten:*

ACTA	Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam
UMC Radboud	Universitair Medisch Centrum, Afdeling Tandheelkunde Nijmegen
UMCG	Universitair Medisch Centrum, Afdeling Tandheelkunde Groningen
LOM	Gezamenlijke opleidingen Mondzorgkunde

### *Andere organisaties in de mondzorg:*

NVJI	Nederlandse Vereniging van Jeug tandverzorgingsinstellingen
CAT	College van Adviserend tandartsen
NPCF	Patiënten Federatie
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

### III. Samenstelling Raad van Toezicht (RvT) en de EBRO-commissies

#### Raad van toezicht (RvT)

Prof. dr. L. J. Hellebrekers, voorzitter

Hoogleraar Veterinaire Anesthesiologie,  
Oud-voorzitter Koninklijke Nederlandse Maatschappij  
voor Diergeneeskunde (KNMvD)

#### *Leden:*

Prof. dr. L. M. de Bouter

Hoogleraar Methodologie en Integriteit,  
Oud-rector magnificus Vrije Universiteit (VU)

Drs. P. C. H. M. Holland

Voormalig medisch specialist,  
Oud-voorzitter Koninklijke Nederlandse Maatschappij  
tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

#### Richtlijn Advies Commissie (RAC)

Drs. H.W. Zijlstra, voorzitter

tandarts algemeen practicus, oud-voorzitter KNMT

#### *Leden:*

Dr. D.S. Barendregt,

tandarts-parodontoloog/implantoloog

Mevr. Drs. D.M. Boonzaaijer

tandarts-endodontoloog

Mevr. Drs. P.J. van Bruggen-van der Linden

tandarts-gerodontoloog

Mevr. M.J.C. de Bruin

mondhygiënist

B.G. Kerdijk

tandprotheticus

Drs. P. C. Lanssen

tandarts-pedodontoloog

Dr. J. Muris

tandarts algemeen practicus

Vacature

tandarts-implantoloog

Vacature

tandarts algemeen practicus (in beraad)

Vacature

tandarts algemeen practicus

Vacature

tandarts algemeen practicus

Vacature

orthodontist

Vacature

MKA-chirurg

*Secretaris*

*aanstelling door KiMo*

*Richtlijnenexpert*

*aanstelling door KiMo*

#### Richtlijn Autorisatie Raad (RAR)

Dr. W.J.M. van der Sanden, voorzitter

tandarts algemeen practicus

#### *Vaste leden*

Dr. P.A.A.M. van der Geld

tandarts algemeen practicus

Prof. Dr. C. de Baat

em. Hoogleraar Gerodontologie

#### *Variabele leden:*

Prof. dr. M.S. Cune

Hoogleraar Restauratieve Tandheelkunde UMCG

Prof. dr. G.J. Truin

em. Hoogleraar Preventieve Tandheelkunde

Prof. dr. M.A.J. van Waas

em. Hoogleraar Orale Functieleer

Mevr. Dr. K. Jerkovic-Cosic

mondhygiënist/HU

Vacature

*Secretaris*

*aanstelling door KiMo*

#### IV. Begroting 2016-2018

Begroting KiMo per kalenderjaar 2016, 2017, 2018			
<b>Inkomsten</b>			
Overheidssubsidie	300.000	5) Afschrijving Hardware etc.	15.000
Bijdrage Federatie (FTW)	50.000	6) Huisvesting Domus Medica	25.000
Bijdrage wetenschappelijke verenigingen	50.000	7) Scholing RAC en ROC leden in EBRO	5.000
Bijdrage NVM	20.000	8) Marketing	10.000
Bijdrage ONT/SNTI	10.000	9) Accountant/Bank/Advisering derden	14.000
<b>Totaal inkomsten</b>	<b>430.000</b>	10) Onvoorzien	10.000
		<b>Totaal uitgaven organisatie (1 t/m 10)</b>	<b>204.500</b>
<b>A) Uitgaven organisatie</b>		<b>Ontwikkeling 1-2 updates KPR met meetinstrumenten en implementatie*</b>	
1) Raad van Toezicht	13.000	Wetenschappelijk medewerker inhoud ( 0.8 )	80.000
2) Bestuur/Bureau		Wetenschappelijk medewerker proces ( 0.4 )	40.000
Directeur ( 0.4 )	40.000	Epidemioloog ( 0.2 )	20.000
Beleidsadviseur ( 0.6 )	48.000	Leden Richtlijn Ontwikkel Commissies (ROC)	25.500
Secretaresse ( 0.2 )	8.000		<u>165.500</u>
	96.000	<b>C) Uitgaven 2 instroom KPRs/jaar met meetinstrumenten en implementatie</b>	
3) Richtlijn Adviescommissie		Compensatie richtlijnen instroom	10.000
Voorzitter 6 x 250	1.500	Beleidsmedewerker ( 0.4 )	40.000
12 Leden 36 x 125	9.000	Aanpassing website i.v.m. registratie	10.000
Reiskosten	3.000		<u>60.000</u>
	13.500	<b>Totaal uitgaven richtlijnen (B+C)</b>	<b>225.500</b>
4) Richtlijn Autorisatieraad		<b>Totale Uitgaven (A t/m C)</b>	<b>430.000</b>
Voorzitter 4 x 250	1.000		
3 leden 12 x 125	1.500		
Reiskosten	500		
	3.000		

\* in 2017 en 2018 worden de onder B. genoemde posten besteed aan een nieuwe KPR van een nader te bepalen onderwerp inclusief de daartoe behorende instrumenten.



## V. Referenties

- Everdingen JJE van, Burgers JS, Assendelft WJJ et al. Evidencebased richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghem, 2004.
- Gezondheidsraad. De mondzorg voor morgen. Den Haag: Gezondheidsraad 2012; publicatienr. 2012/04.
- 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.
- Beleidsregel Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten. Diemen, april 2015.
- Grol R en Wensing M. Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Vierde herziene druk. Amsterdam: Reed Business, 2011.

### Adviesrapporten KiMo, voorjaar 2014

*Deze adviesrapporten worden separaat in PDF per email toegezonden.*

- Adviesrapport Kennisinstituut Mondzorg i.o. (KiMo). Nieuwegein, voorjaar 2014.
- Adviesrapport Kennisinstituut Mondzorg i.o. (KiMo), aanvullend advies: Instroom van richtlijnproducten. Nieuwegein, augustus 2014.

### Artikelenserie KiMo Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde 2014 en 2015

*Deze artikelen worden separaat in PDF per email toegezonden.*

- Mettes TG, Barendregt D, Oosterkamp B, Bruers JJM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 1. Maatschappelijk, professioneel en zorginhoudelijk perspectief. Ned Tijdschr Tandheelk 2014; 121: 597-605.
- Mettes TG, van Loveren C, van Oirschot B, van Maanen, van der Weijden GA, Bruers JJM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 2. Proces en inhoud van evidencebased richtlijnontwikkeling (EBRO). Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 21-31.
- Dam BAFM van, Oosterkamp BCM, Boer den JCL, Bruers JJM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 3. Draagvlak voor richtlijnontwikkeling in de mondzorg. Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 85-92.
- Braspenning J, Mettes TG, van der Sanden WJM, Wensing M. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 4. Toepassing vergt een implementatiestrategie. Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 148-155.
- Brands WG, Ven van der JM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 5: Richtlijnen: professionele autonomie en zelfbeschikkingsrecht Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 331-336.
- 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.