

Risicomanagement en mondziekten: de beste zorg voor de individuele patiënt

Samenvatting

Het inschatten van risico's op mondziekten is een van de belangrijkste doelen van de moderne preventieve (mond)zorg. De meest voorkomende mondziekten, cariës en parodontitis, zijn onmiskenbaar ziekten die zich procesmatig ontwikkelen en een multifactoriële oorsprong hebben. Bij de zorg voor de individuele patiënt ligt de nadruk op (vroeg)diagnostiek en preventie, met als doel het bereiken en handhaven van een op individueel niveau haalbare mate van mondgezondheid. Het gebruik van de mondzorgcyclus biedt de clinicus door het procesmatige karakter de mogelijkheid de continuïteit van mondzorgverlening te bevorderen. Deze cyclus, met vier opeenvolgende fasen, dient vooral als denk- en beslismodel voor gezamenlijke klinische besluitvorming. Risicomanagement is daarbij een repeterende, procesmatige activiteit die een integraal onderdeel vormt van iedere fase van de mondzorgcyclus. Het belang van het vastleggen van kerngegevens in dit proces wordt toegelicht, evenals de knelpunten in de huidige dagelijkse praktijk om daar zo veel mogelijk aan te voldoen.

J. Bruers, bijzonder hoogleraar Kwaliteit van mondzorg in de praktijk, afdeling Sociale Tandheelkunde, ACTA, Amsterdam; onderzoekscoördinator KNMT

M. Galjart, trainer en coach implementatie Richtlijnen bij Dental Clinics Nederland; tandarts, DC Zaltbommel maarten.galjart@dentalclinics.nl

D. Mettes, directeur Kennisinstituut Mondzorg (KIMO), Utrecht
E-mail: j.bruers@acta.nl



Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

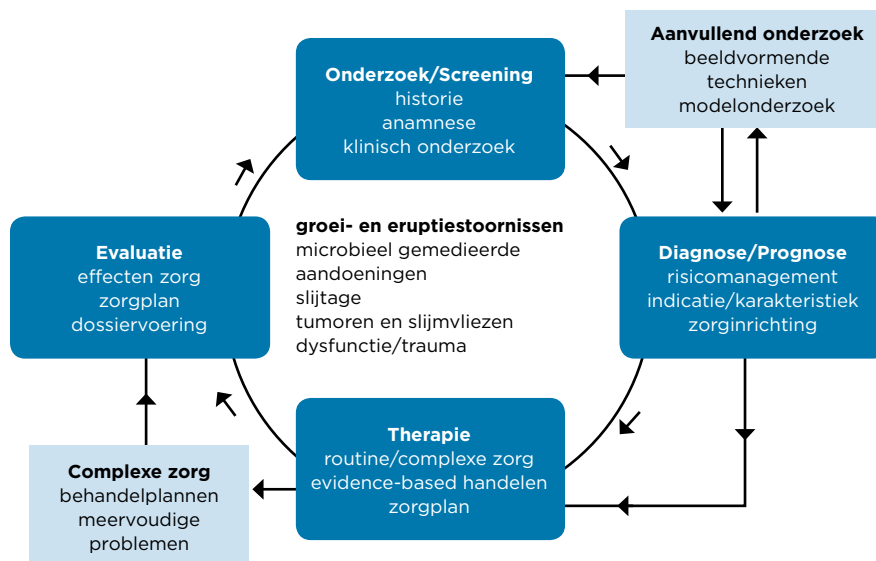
- heeft u zicht op wat risicomanagement inhoudt;
- weet u bij welke behandelfilosofie risicomanagement aansluit;
- weet u hoe risicomanagement in de mondzorg kan worden uitgevoerd.

Trefwoorden

mondzorgcyclus, risico-inschatting mondziekten, kwaliteit van zorg, dossiervoering

Inleiding

De meest voorkomende mondziekten, cariës en parodontitis, zijn onmiskenbaar ziekten die zich procesmatig ontwikkelen en een multifactoriële oorsprong hebben. Ze slaan niet plotseling toe maar werpen hun schaduw vooruit in de vorm van bepaalde kenmerken (plaque-ontwikkeling en bloedend tandvlees, glazuurverkleuringen). Bovendien kunnen bepaalde omstandigheden (zelfzorg, eetgedrag, aanleg) de kans op deze ziekten remmen of stimuleren. Goede mondzorg volgens algemeen geaccepteerde kwaliteitscriteria (IOM 2001) dient hiermee rekening te houden en vraagt daar-



Figuur 1 Mondzorgcyclus.

om eveneens om een procesmatige aanpak.¹ Het heeft weinig zin om af en toe een keer de tanden te poetsen. En wanneer er een acuut probleem is, leidt het bezoek aan de tandarts weliswaar tot een tandheelkundige behandeling, maar dat is geen mondzorg in termen van optimale zorg voor het behoud van een goede mondgezondheid in de tijd. Dat laatste vergt een cyclische aanpak, in de vorm van regelmatig onderzoek van de mond door professionele zorgverleners. Deze mondzorgcyclus houdt periodiek verleende zorg in, bestaande uit een patiëntspecifieke opeenvolging van zorghandelingen met als doel behoud en herstel van mondgezondheid. Deze cyclus maakt gestructureerde en procesmatige zorg mogelijk, afgestemd op de etiologie van cariës, parodontitis en ook andere, minder vaak voorkomende mondziekten zoals erosieve slijtage. Bij de zorg ligt in dit proces de nadruk op (vroeg)diagnostiek en preventie van mondziekten, met als doel het bereiken en handhaven van een op individueel niveau haalbare mate van mondgezondheid. Daarbij hoort ook het bevorderen van de continuïteit van mondzorgverlening. Het behandelen van specifieke tandheelkundige problemen, veelal problemen waarvoor een curatieve interventie nodig is, is integraal onderdeel van de mondzorgcyclus. Uit figuur 1 blijkt dat de mondzorgcyclus bestaat uit vier fasen: de onderzoeksfase, de diagnostische fase, de therapeutische fase en de evaluatiefase. Deze cyclus dient vooral als denk- en beslismodel dat mondzorgverleners

handvatten biedt voor overleg met patiënten en voor klinische besluitvorming. Door de dynamiek van dit zorgproces bestaat er geen scherp gemarkeerde afbakening tussen de fasen.

Bij het doorlopen van deze cyclus wordt onderscheid gemaakt tussen routinematige zorgprocessen (bij klachtenvrije en gezonde individuen) en specifieke zorgprocessen (bij patiënten bij wie korte of langere tijd meer complexe therapeutische zorg noodzakelijk is). In de eerste variant, die het meest voorkomt, ontbreekt het in de aanvangsfase aan een 'echte' zorgvraag. Dit betekent dat de daaropvolgende drie fasen redelijk voorspelbaar zijn. In het tweede geval betreft het situaties waarbij de mondziekten veelal een chronisch karakter hebben en het bestrijden van de ziektelast en functieherstel een belangrijke rol spelen. Dan vraagt de zorg meer aandacht, waardoor in het doorlopen van de cyclus met meer patiëntspecifieke omstandigheden rekening moet worden gehouden.

In beide gevallen komt het proces van zorgverlening weer in hetzelfde spoor in de fase van evaluatie. Deze fase vormt altijd het slotakkoord. Uitgangspunten daarbij zijn toetsing en evaluatie van verleende zorg met betrekking tot de gestelde doelen, voor de korte termijn vastgelegd in een behandelplan en voor de lange termijn in een zorgplan. De actuele mondgezondheid wordt vastgesteld en in overleg met de patiënt wordt bepaald wat er aan

zorg nodig en wenselijk is en op welke termijn. Als rode draden door dit zorgproces lopen het in te schatten individuele risico op mondziekten en de inzet van mondzorgverleners om dit risico terug te brengen en te beheersen. In dit artikel zal voor elke fase kort worden beschreven wat dit risicomanagement inhoudt en wat daarvoor nodig is. Daarmee wordt beoogd de mondzorgverlener bij de opsporing en herkenning van de meest voorkomende mondziekten (cariës, parodontitis en erosieve slijtage) een handvat te geven, waarmee redelijk betrouwbaar en op individueel patiëntniveau kan worden beslist en gehandeld. Het begrip risicomanagement wordt nader toegelicht, evenals het belang van systematische dossiervoering. Tot slot komen enkele aspecten aan de orde die bij het implementeren in de dagelijkse praktijk van belang zijn.

De onderzoeksfase: pluis-/niet-pluisgevoel

Deze fase behelst een anamnese en een klinisch onderzoek met een voorlopige diagnose. Daarbij vormt de risicostatus van de patiënt bij het laatste mondonderzoek het uitgangspunt. Vervolgens wordt via een aantal deelonderzoeken de actuele mondgezondheid beoordeeld. Zo wordt niet alleen gekeken naar nieuwe caviteiten, maar ook naar de conditie en de gezondheid van zachte tandweefsels en mondslijmvliezen. In Nederland bestaat consensus over welke deelonderzoeken er bij een periodiek mondonderzoek worden uitgevoerd.²

Deze fase van onderzoek mondt uit in het al dan niet uitsluiten van (beginnende) ziekte of een verhoogde kans op ziekte bij patiënten die geen symptomen van ziekte hebben, en kan worden beschouwd als een vorm van screening.³ Anders gezegd, een beredeneerde inschatting van de mogelijke problemen en risico's voor de mondgezondheid van de patiënt en van welk type aanvullend onderzoek al dan niet gewenst of nodig is. Daarbij speelt een 'pluis-/niet-pluisgevoel' een belangrijke rol, als een vorm van herkenning op basis van klinische ervaring en intuïtie van de zorgverlener.

De diagnostische fase: doorzien is meer dan zien

Het diagnostische proces omvat meestal twee onderdelen: eerst waarnemen, herkennen (en meten), en daarna analyseren en interpreteren

van de uitkomsten. Het belang van het stellen van een goede diagnose neemt toe naarmate de uitkomsten hiervan grotere consequenties hebben voor een bij de patiënt uit te voeren behandeling. Als die consequenties groot zijn, dan ligt uitvoering van (meer) diagnostisch onderzoek in de rede. In geval van een stabiele mondgezondheid zijn die consequenties er echter niet (en is uitvoering van aanvullend diagnostisch onderzoek veelal onnodig). Aanvullend onderzoek kan al naargelang de situatie van de patiënt op veel manieren vorm krijgen. Zo zijn er diagnostische tests beschikbaar voor het risicomanagement van cariës (speekseltests, buffercapaciteit) en voor parodontale ziekten (uitgebreide parodontiumstatus, bacteriologische tests). Maar ook valt te denken aan het testen van percussie- en temperatuurgevoeligheid bij individuele gebitselementen om pulpapathologie te diagnosticeren, aan functieonderzoek, en aan röntgendiagnostiek. De combinatie van visuele waarneming met vormen van aanvullend onderzoek levert voornamelijk de beste uitkomsten op. De professionele uitdaging ligt erin om op basis van individuele patiëntkenmerken en redeneren de juiste invulling van aanvullend onderzoek te bepalen. Het diagnostische proces heeft uiteindelijk tot doel om de mogelijke verklaring(en) van een gezondheidsprobleem te geven en vervolgens om de ernst en uitgebreidheid van het ziektebeeld vast te stellen, net als het te verwachten ziektebeloop (prognose). De belangrijkste conclusies van een diagnose worden vastgelegd in een individueel risicoprofiel. Dat risicoprofiel omvat een eenvoudige risicoclassificatie voor cariës, parodontitis en erosieve slijtage in termen van 'hoog', 'verhoogd', 'verlaagd' en 'laag'. Deze classificatie is enerzijds gebaseerd op de best beschikbare klinische voorspeller voor het ontstaan van nieuwe mondziekten: de mate waarin een individu in het verleden een multifactoriële mondziekte heeft doorgemaakt. Anderzijds wordt gekeken naar de aan- of afwezigheid van nieuwe laesies, pockets of erosieve laesies binnen een bepaalde tijdsperiode.⁴ Deze vorm van risicoclassificatie staat voor cariës en parodontitis nader beschreven in tabel 1. Na bepaling van het risicoprofiel wordt beslist of routinezorg (bij gezonde patiënten) wordt voortgezet, dan wel of er meer complexe therapeutische interventies (bij 'zieke' patiënten) nodig zijn. Bij de laatste groep kan dat aanlei-

Risiko-classificatie	Omschrijving en klinisch beeld	
	Cariës	Parodontitis
hoog	chronische cariësactiviteit (meerdere actieve laesies) gegeneraliseerd, met risicofactoren die deels wel en deels niet te beïnvloeden zijn (geneesmiddelen, systemische aandoeningen, bestraling e.d.)	progressieve parodontale ziekteverschijnselen, met risicofactoren die deels wel en deels niet beïnvloedbaar zijn (genetische factoren, systemische aandoeningen, lifestylefactoren e.d.)
	klinisch beeld: toename met ≥ 2 nieuwe, voortschrijdende of gerestaureerde laesies per jaar of in opeenvolgende jaren een toename met 1 nieuwe laesie per jaar	klinisch beeld: aanwezigheid van actieve en voortschrijdende pockets van > 5 mm in meerdere kwadranten (bloeding na sonderen i.c.m. aanhechtingsverlies, verticaal (angulair) botverlies en/of furcatietoegankelijkheid)
verhoogd	incidentele cariësactiviteit (actieve laesies) lokaal aanwezig, alle risicofactoren kunnen worden beïnvloed door advies en preventieve/curatieve interventies	initiële of progressieve parodontale ziekteverschijnselen; alle risicofactoren kunnen worden beïnvloed door advies en preventieve/curatieve interventies
	klinisch beeld: toename met 1 nieuwe, voortschrijdende of gerestaureerde laesie per jaar na een periode van verlaagd of laag risico	klinisch beeld: aanwezigheid van maximaal 2-3 actieve, voortschrijdende pockets van > 4 en < 6 mm, met bloeding na sonderen, geen angulair botverlies en beperkt aanhechtingsverlies.
verlaagd	cariësactiviteit sinds ≥ 2 jaar afwezig, in verleden cariës, prognose verbeterd	geen parodontale ziekteverschijnselen waarneembaar, maar wel in verleden doorgemaakt (beide of een van beide), prognose verbeterd door advies en preventieve en curatieve behandelingen, monitoren van risicofactoren en beschermende factoren
	klinisch beeld: geen laesies en geen recente restauraties (gedurende 2 jaar) vanwege cariës	klinisch beeld: in het verleden doorgemaakte parodontitis, geen actieve pockets meer en geen progressie van ziekte in de afgelopen twee jaar of langer
laag	afwezigheid (nu en in het verleden) van enige vorm van cariës; volledig gave dentitie	afwezigheid (nu en in het verleden) van parodontale ziekteverschijnselen; potentiële risicofactoren en beschermende factoren monitoren
	klinisch beeld: geen laesies en restauraties of extracties vanwege cariës, eventueel wel restauraties als gevolg van trauma en/of esthetiek	klinisch beeld: geen parodontale pathologie

Toelichting: De risicoclassificatie wordt bepaald op basis van het aantal nieuwe laesies/pockets per jaar bij iedere cyclus. Dit gebeurt op basis van klinische inspectie, specifiek onderzoek en/of aanvullend onderzoek. De risicoclassificatie kan worden benut om de ontwikkeling te volgen op individueel patiëntniveau, maar kan ook op het niveau van de praktijkpopulatie veranderingen in samenstelling van de vier onderscheiden groepen zichtbaar maken, waarmee (preventieve) professionele inspanningen getalsmatig kunnen worden getoond.

Tabel 1 Risicoclassificatie als onderdeel van risicomangement voor cariës en parodontitis.

ding zijn om op basis van de risicoclassificatie specifiek aanvullend onderzoek uit te voeren, bijvoorbeeld het maken van een parodontium-status. In het dossier van de patiënt wordt een update van het risicoprofiel vastgelegd, leidend tot een indicatie voor de volgende fase.

De therapeutische fase: in beginsel niet schaden, bij twijfel niet ingrijpen

Deze fase begint met een zorgvuldige analyse en bespreking met de patiënt van de voordelen, mogelijk optredende schade en risico's van een interventie. Daarbij vormen de voorkeuren van de patiënt, het principe van minimaal invasief handelen en 'op het beste bewijs gebaseerd handelen' uitgangspunten. Met 'beste bewijs' wordt de professionele geïntegreerde afweging bedoeld op basis van solide wetenschap-

KADER 1 'SHARED DECISION MAKING' (GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING)

Het communicatieproces van *shared decision making* is gericht op een volwaardige dialoog tussen zorgverlener en patiënt over de haalbaarheid en wenselijkheid van een te volgen therapie. De bevindingen en conclusies worden in begrijpelijke woorden aan de patiënt voorgelegd en waar gewenst wordt nadere uitleg gegeven of schriftelijke of elektronische patiëntinformatie ter beschikking gesteld. Een 'informed consent' vormt hiervan uiteindelijk de weerslag.⁵

lijk bewijs (eventueel beschikbare klinische praktijkrichtlijnen), contextueel bewijs aan de hand van individuele patiëntkarakteristieken,

de klinische ervaring van de zorgverlener en de voorkeuren, wensen en beperkingen van de patiënt (zie kader 1).

Naarmate de problemen en de zorg complexer zijn, is een integrale aanpak en planning nodig. Hierbij wordt ernaar gestreefd de geïnventariseerde gezondheidsproblemen in de juiste volgorde en in onderlinge relatie op te lossen, dat wil zeggen:

1. preventieve zorg met monitoring en sturing op aanleg voor mondziekten;
2. curatieve zorg om schade als gevolg van pathofysiologie mondziekten en slijmvliesafwijkingen te herstellen, leidend tot een gezonde, stabiele mond;
3. preventieve en curatieve zorg (waaronder groeibegeleiding) gericht op optimale orale functies (aangezicht, kaken, en gewricht);
4. curatieve zorg gericht op een voor de patiënt optimale esthetiek, comfort en functie.

De evaluatiefase: effecten meten is verbeteren

In deze fase ligt de nadruk op de evaluatie van handelingen uit de voorgaande fasen. Dat kan een beoordeling betreffen van de effecten van een enkelvoudige preventieve interventie (instructie en begeleiding zelfzorg) of van één of meer restauratieve interventies. Ook kan sprake zijn van een gefaseerde behandelplanning, waarbij een 'pas op de plaats' wordt gemaakt. Of van een voorbereidende behandeling die wordt ingezet om na te gaan of gestelde (sub)doelen op termijn haalbaar zijn.⁶ Bij

dergelijke uitgebreide en complexe behandelingen maakt zo'n evaluatie van het behandelplan een reflectie mogelijk op de ervaren problemen bij de uitvoering, de effecten en de uitkomsten van zorg. In deze gevallen kan de evaluatiefase ook worden uitgebreid met een 'nazorgfase', om de patiënt ruimte voor adaptatie te geven (extra preventie en onderhoud, professionele ondersteuning, functionaliteit uitgebreide constructies, gewenning).

Afhankelijk van de behandeldoelen moet worden beoordeeld in hoeverre de therapeutische interventies succesvol zijn geweest, of deze interventies hebben bijgedragen aan schadeherstel en/of een positieve verandering van het risico (risicostatus) op mondziekten en vermindering van functieproblemen is opgetreden. Deze bevindingen zijn leidend voor de bepaling van een op het individueel risico van de patiënt afgestemde voortgang van het zorgproces. Dat kan bestaan uit een verlengd zorgtraject, een extra evaluatie of een verlengde controletermijn in geval van afwezigheid van ziekte en/of functieproblemen. De motivatie van de patiënt om de zelfzorg ter hand te nemen en zijn/haar voorkeuren, de stabiliteit van het bereikte behandelingsresultaat en de actuele risicostatus zijn daarbij bepalende factoren. De conclusie(s) van de evaluatie worden vastgelegd in het patiëntdossier en teruggekoppeld naar de patiënt. Als sluitstuk wordt in afstemming met de patiënt besloten binnen welke termijn een vervolgbezoek voor screening moet plaatsvinden.

Scope en context: herkennen van mondziekten	
Doel(en)	Inschatten van risico's om passende mondzorg te leveren
1. Wat probeer je te bereiken?	optimale selectie van individuele risico's op mondziekten door systematische en periodieke waarneming en herkenning (onderzoeks- en diagnostische fase)
2. Wat kan je daarbij van dienst zijn (a) en wat beperkt je (b)?	(a) herkenning van risico's op mondziekten door visuele inspectie en beschikbare hulpmiddelen voor aanvullend onderzoek c.q. beeldvormende technieken; (b) betrouwbaarheid waarnemingen en voorspellen ziektebeloop (prognose) is onzeker (onderzoeks- en diagnostische fase)
3. Welke van deze factoren zijn daarbij het belangrijkste?	analyse van risicofactoren met meeste invloed op ziekten en beschermende factoren evenals het prioriteren ervan (diagnostische fase)
4. Wat voor invloed kun je daarop uitoefenen?	beperken negatieve en stimuleren positieve factoren (<i>bad and good risks</i>) door gerichte preventie en optimale communicatie (therapeutische en evaluatiefase)
5. Werkte het?	evaluatie werkzaamheid, wel of geen hernieuwde actie, al dan niet aanpassen strategie (evaluatiefase)
6. Wat is er veranderd?	is er sprake van nieuw risico? beoordelen actuele risicostatus en veranderingen daarin (in de evaluatiefase en opnieuw in onderzoeksfase)

Bron: Zes stappen en vragen (Dr. David Hilsson, UK): <http://www.youtube.com/watch?v=BLAEuVSAIVM>.

Tabel 2 Risicomanagement voor mondziekten door scope en context te bepalen om doel(en) te bereiken op basis van zes vragen.

KADER 2 HET BELANG VAN SYSTEMATISCHE DOSSIERVEROERING

Een belangrijke voorwaarde voor het inzichtelijker maken van de klinische besluitvorming voor zowel het mondzorgteam als patiënten, is het systematisch documenteren van kerngegevens in een patiëntendossier.

Onder kerngegevens wordt verstaan: klinische en niet-klinische patiëntkarakteristieken die een bijdrage kunnen leveren aan het zorgproces. Door waarnemingen, relevante risicofactoren en -indicatoren, beschermende factoren, diagnose, prognose en therapie in het patiëntendossier te documenteren en deze gegevens voorafgaand aan ieder mondonderzoek opnieuw te raadplegen, kan de mondzorgverlener actuele waarnemingen daar betrouwbaar aan toetsen. Traag voortschrijdende veranderingen kunnen zo beter worden opgemerkt. Digitale technieken kunnen hierbij in de nabije toekomst ondersteunend zijn. Voorbeelden van afwijkingen in de mondzorg die vooral in de tijd moeten worden herkend en die door eenmalige, niet gecorrelleerde waarnemingen onopgemerkt blijven, zijn bijvoorbeeld erosieve slijtage, slijtage van restauraties, verkleuring van gebitselementen en restauraties, progressie van cariëslaesies en cariësactiviteit, aanhechtingsverlies van steunweefsels (met of zonder pocketvorming), standsveranderingen van gebitselementen evenals functieproblemen en afwijkingen van mondslijmvlies, orofarynx en hoofd-halsgebied. In deze context spelen ook patiëntkenmerken met betrekking tot leefstijl een steeds grotere rol.

Op die manier dragen registratie en uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners bij aan de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. Dit geldt vooral voor praktijksituaties waarin periodieke mondonderzoeken bij dezelfde patiënt door verschillende mondzorgverleners worden uitgevoerd. De onderlinge uitwisseling van relevante waarnemingen is in het belang van de patiënt, zodat de kans op het bieden van de best beschikbare, tijdige en op bewijs gebaseerde zorg het grootst is en onder respectievelijk overbehandeling wordt beperkt.

Risicomanagement is de kern van de mondzorgcyclus

Het inschatten van risico's op mondziekten is een van de belangrijkste doelen van de moderne preventieve (mond)zorg en is een dagelijkse uitdaging bij de zorgverlening aan patiënten. Feitelijk gaat het dan om het steeds opnieuw bij patiënten inschatten (op basis van hun specifieke klinische en niet-klinische kenmerken) of het evenwicht tussen ziekmakende en tegen ziekte beschermende factoren de actuele mondgezondheid negatief beïnvloedt. De focus ligt daarbij vooral op de ernst en progressie van mondziekten (cariës, parodontale afwijkingen, gebitslijtage en mondslijmvliesafwijkingen), het monitoren van groei- en eruptiestoornissen bij jeugdigen en de ernst en progressie van functieproblemen als gevolg van gebitsmutatie bij volwassenen. Op basis van algemene theorieën met betrekking tot het omgaan met complexe situaties zijn bij risicomanagement een aantal uitgangspunten en vraagstellingen te gebruiken als handvatten voor de klinische praktijk. Deze staan beschreven in tabel 2.

Risicomanagement is dus een repeterende, procesmatige activiteit die een integraal onderdeel is van iedere fase van de mondzorgcyclus. Het begint met het 'pluis-/niet-pluisgevoel' in de onderzoeksfase, gevolgd met het 'doorzien' van de mond(on)gezondheid op basis van te traceren risico's in de diagnostische fase en leidend tot preventieve en/of curatieve interventie(s) op basis van het adagium 'in beginsel niet schaden, bij gereede twijfel niet ingrijpen'. In de evaluatiefase wordt ten slotte de balans opgemaakt van de aan een patiënt verleende zorg door de effecten ervan op de risicostatus na te gaan. De cyclus wordt afgerond met het bepalen van de termijn waarop een 'nieuwe' cyclus zal worden ingezet. Als proces van identificeren, analyseren en wegen van risico's bij individuele patiënten is risicomanagement omgeven door onzekerheden, omdat het voor een groot deel betrekking heeft op het gedrag van individuen. Risico's kunnen dus zeker niet volledig worden uitgebannen. Maar als risicomanagement zorgvuldig en transparant wordt uitgevoerd, kan het desondanks bijdragen aan de best mogelijke aanpak voor het bereiken en/of behouden van een optimale mondgezondheid.

De rol van verslaglegging

Het optimaal managen van risico's binnen de mondzorgcyclus betekent dat bepaalde kernge-

gegevens in het dossier worden vastgelegd. Dat betreft dan vooral situaties waarin de ernst en uitgebreidheid van aanwezige ziekte(n) en functieproblemen complexer worden en een meer chronisch progressief karakter hebben. Verslaglegging van kerngegevens betreft naast de medische, tandheelkundige en sociale anamnese ook de eenvoudige registratie van klinische gegevens op elementniveau (reden van restauratie) en patiëntniveau (classificatie per mondziekte), altijd resulterend in een goed omschreven diagnose (en mogelijke prognose) per ziektebeeld.⁷ Om onnodige registratiedruk te voorkomen, moet het vastleggen van deze gegevens bij problemen van beperkte omvang overigens tot het hoogstnoodzakelijke worden beperkt. Het ontbreken van gebruiksvriendelijke ICT-systemen is een barrière voor implementatie van deze handelingen. Overwegingen die een rol kunnen spelen bij systematische dossiervoering rondom risico-inschatting staan beschreven in kader 2.

Tot slot

Een systematische benadering van het opsporen van mondziekten bij veelal klachtenvrije personen door gebruik van de mondzorgcyclus staat niet op zichzelf. De aan mondzorgverlening verbonden kernwaarden en de professionaliteit van de zorgverlener sluiten daar direct op aan.^{8,9}

Het inschatten van risico bij veelal multifactoriële mondziekten is een onzekere en niet met hard bewijs onderbouwde activiteit. De validiteit en de betrouwbaarheid van tests en scoresystemen voor risico-inschatting van mondziekten zijn wetenschappelijk gezien bescheiden. Dat levert bij de uitvoering in de praktijk discussie op over gewenste inspanningen rondom bevraging en vastlegging van gegevens en de betrouwbaarheid daarvan.

Ondanks dit gegeven kan een ervaren klinische zorgverlener kwaliteit van zorg leveren door met op het individu gerichte gegevens progressie van mondziekten overtuigend in beeld te brengen. Bovendien kan het meer systematisch verzamelen van betrouwbare klinische gegevens uit de praktijk een bijdrage leveren aan meer inzicht in de doelen en uitkomsten van moderne mondzorg.¹⁰ Deze vorm van systematische dataverzameling stimuleert bovendien *practice-based* onderzoek, waarmee *evidence* en kennislacunes voor richtlijnontwikkeling kunnen worden ontsloten.¹¹

Een grote barrière in de klinische praktijk voor de systematische toepassing van de mondzorgcyclus vormt het niet beschikbaar zijn van gebruiksvriendelijke elektronische software en gestandaardiseerde ICT-systemen. Het vastleggen van gegevens in mondzorgpraktijken is voornamelijk gericht op het gebruik van specifieke voor vergoeding in aanmerking komende behandelcodes, die weinig inzicht geven in onderliggende ziekteprocessen. Een cultuuromslag in de wijze van vastleggen van gegevens in de mondzorg is om velerlei redenen dringend noodzakelijk. Voor deze nieuwe wijze van vastleggen zijn onder meer coderingssystemen nodig voor specifieke gediagnosticeerde ziektebeelden, waardoor niet alleen uniformiteit in registratie en raadpleging kan worden bewerkstelligd in een multidisciplinaire omgeving, maar ook uitkomsten beter kunnen worden beoordeeld.¹² Dit maakt ook de communicatie tussen de vele professionals aan de stoel van een individuele patiënt makkelijker en leidt tot veiligere mondzorg en meer duidelijkheid voor de samenleving. Hierin ligt voor de mondzorg nog een stevige uitdaging.

Literatuur

1. Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: The National Academies Press; 2001.
2. Periodiek mondonderzoek. Klinische praktijkrichtlijn. Nijmegen: UMC St Radboud; 2007.
3. Mettes Th. Periodiek mondonderzoek: uniek instrument voor screening en diagnostiek. QP Tandheelkunde. 2013;8(5):8-15.
4. Mettes TG, Sanden WJ van der, Eeten-Kruiskamp L van, Mulder J, Wensing M, Grol RP, et al. Routine oral examination: clinical vignettes, a promising tool for continuing professional development? J Dent. 2010;38(5):377-86.
5. Witmer JM, Roode RP de. WGBO: van wet naar praktijk. Deel 2 Informatie en toestemming. Utrecht: KNMG; 2004.
6. Witter DJ, Mettes TG, Baat C de, Hoefnagel RA, Creugers NHJ. De voorbereidende behandeling voor een behandeling met kronen en bruggen. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2013;120:258-68.
7. KNMT-richtlijn Patiëntendossier. Nieuwegein: KNMT; 2014.
8. Mettes TG, Barendregt D, Oosterkamp B, Bruers JJM. Evidence-based klinische praktijkrichtlijnen. Deel I. Maatschappelijk, professioneel en zorginhoudelijk perspectief. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2014;121:597-605.
9. KNMG Manifest. Medische professionaliteit. Utrecht: KNMG; 2007.
10. Gezondheidsraad. De mondzorg van morgen. Den Haag: Gezondheidsraad; 2012; publicatienr. 2012/04.
11. Bruers JJM. Onderzoek in algemene praktijken: uitdagingen voor tandartsen. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2009;116:17-21.
12. Tokede O, White JM, Stark PC, Vaderhobli R, Walji MF, Ramoni R, et al. Assessing the use of a standardized dental diagnostic terminology in an electronic health record. J Dent Educ. 2013;77(1):24-36.