

Op bewijs gebaseerde praktijkrichtlijnen in de mondzorg: een toekomstperspectief

Th.G. Mettes en J.J.M. Bruers

- 22.1 Inleiding – 318**
- 22.2 Kwaliteitssysteem en de rol van klinische praktijkrichtlijnen – 319**
- 22.3 Op bewijs gebaseerd handelen – 320**
 - 22.3.1 Klinische kennis en ervaring van impliciet naar expliciet – 321
- 22.4 Bestaande KPR nader bezien – 323**
 - 22.4.1 EBRO-methode in de gezondheidszorg – 324
 - 22.4.2 Knelpuntenanalyse en uitgangsvragen – 324
 - 22.4.3 Compacte modulaire KPR's – 325
- 22.5 Kennisinstituut Mondzorg en EBRO – 326**
- 22.6 Structuur Kennisinstituut Mondzorg – 327**
 - 22.6.1 Historie EBRO-methode voor de mondzorg – 327
 - 22.6.2 Proces van evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) bij het KiMo – 329
- 22.7 Toekomstperspectief – 329**
- Literatuur – 331**

22.1 Inleiding

De wens van professies in de gezondheidszorg om de kennis over verleende zorg en de effectiviteit ervan op enigerlei wijze voor het voetlicht te brengen is al eeuwenlang een onderdeel van de beroepsuitoefening. De vorm en de wijze waarop dat werd uitgevoerd zijn tijdgebonden. Medici in Egypte en Babylonië legden hun empirische data vast in klei, de Grieken en Romeinen zetten deze traditie van het vastleggen van data voort en de eed van Hippocrates was daar een van de gevolgen van. In de 17e eeuw was het gebruikelijk dat beroemde medici, zoals Boerhaave en Osler, hun praktijkervaringen illustreerden in geschriften en boeken. Tot op de dag van vandaag zijn leerboeken die wetenschappers en klinisch experts schrijven op hun vakgebied bronnen van kennisverspreiding.

In het begin van de 20e eeuw bracht in Nederland de Gezondheidsraad voor beroeps- en wetenschappelijke verenigingen rapporten uit over hoe in specifieke situaties te handelen met betrekking tot het probleem van de infectiebestrijding. Medio 20e eeuw ontstond er meer belangstelling voor het systematisch ontwikkelen van documenten die actuele kennis en vaardigheden in de zorg beschreven (Everdingen et al. 2014). Het tot die tijd voornamelijk narratieve karakter van kennisverspreiding werd steeds meer verlaten voor een meer expliciete en structurele vorm. Zo zijn medisch specialisten en huisartsen begin jaren tachtig van de vorige eeuw de kartrekkers geweest om klinische kennis te documenteren ten behoeve van praktisch gebruik. Met behulp van dergelijke zogenoemde richtlijnen en standaarden werd, en wordt nog steeds, beoogd de kwaliteit van zorg te verbeteren.

De methode om betrouwbare en valide klinische praktijkrichtlijnen (KPR's) te ontwikkelen in de gezondheidszorg heeft begin jaren negentig van de vorige eeuw een professionaliseringsslag doorgemaakt. Van aanvankelijk op consensus en persoonlijke interpretaties gebaseerde documenten is toegewerkt naar meer 'op het beste bewijs' gebaseerde documenten, die volgens een inzichtelijke en gestructureerde en zoveel mogelijk methodologische procedure worden ontwikkeld (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2005).

Deze ontwikkeling werd mede gestimuleerd door het paradigma van de evidence-based geneeskunde (Sacket et al. 1997) en de oprichting van de Cochrane Collaboration in 1992. Deze internationale non-profitorganisatie richt zich op het systematisch bundelen van de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek op het gebied van medisch-klinische onderwerpen (► www.cochrane.org). Bovendien werden hierdoor kennislacunes op een meer systematische wijze voor het voetlicht gebracht, waardoor binnen de onderzoeksagenda van een vakgebied prioriteiten kunnen worden aangebracht. In Nederland werd in 2012 de methode voor evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) in drie fasen beschreven (Regieraad voor de Kwaliteit van Zorg 2012) en een gebundeld leerboek over deze EBRO-methode zag het licht (Everdingen et al. 2014).

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke rol KPR's voor de mondzorg kunnen vervullen. Er wordt kort ingegaan op de methode van evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) zoals die algemeen in de zorg wordt gehanteerd. Daarbij wordt in het bijzonder de betekenis van het veel gehanteerde begrip 'op beste bewijs gebaseerd' nader uitgewerkt vanuit het perspectief van de mondzorgpraktijk. Aan de hand van een in 2010 verschenen EBRO-richtlijn wordt daarna inzichtelijk gemaakt hoe het niet geheel voldoen aan de huidige EBRO-criteria de toepassing/implementatie van

een KPR in de praktijk kan belemmeren. Tot slot wordt ingegaan op de rol die het recent opgerichte landelijk Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) kan gaan vervullen in de ontwikkeling van KPR's en het gebruik daarvan in mondzorgpraktijken.

22.2 Kwaliteitssysteem en de rol van klinische praktijkrichtlijnen

In 2012 constateerde de Gezondheidsraad dat verbetering van het professioneel klinisch handelen in de mondzorg zeer wenselijk was (Gezondheidsraad 2012). Zo wordt gesteld dat er in de afgelopen decennia binnen de mondzorg weliswaar aandacht is geweest voor onderdelen van een kwaliteitsbeleid, maar dat daarin de focus vooral gericht is geweest 'op de randvoorwaarden en minder op de inhoudelijke kwaliteit van zorg'.

Elementaire gegevens over de mondzorg zijn te beperkt voorhanden en het op bewijs gebaseerd handelen is niet vanzelfsprekend. Bovendien is er nauwelijks onderzoek naar doelmatige behandelingen, waarvoor structurele inzet en inspanningen noodzakelijk zijn.

Een van de aanbevelingen van het rapport was voor de mondzorg een betrouwbare methodiek voor landelijke richtlijnontwikkeling op te zetten en die te verankeren binnen een onafhankelijk kennisinstituut.

Klinische praktijkrichtlijnen (KPR's) vormen, naast andere vormen van kennisoverdracht zoals indicatoren, visitatie, accreditatie en certificering, een integraal onderdeel van een landelijk kwaliteitssysteem (Dekker 2016). Zo'n systeem is een samenhangend geheel van op kwaliteit gerichte activiteiten, dat mondzorgverleners ondersteunt om het kwaliteitsniveau van hun zorgverlening te optimaliseren én daarover verantwoording af te leggen (KNMG 2007).

In brede zin kan kwaliteit gezien worden als een mate van uitmuntendheid. In engere zin omvat het een set van normeerbare eigenschappen van een object, product of dienst, die kunnen worden beoordeeld door zowel de gebruiker (patiënt) als de professioneel uitvoerder (mondzorgverlener).

Professionele kwaliteit van mondzorg kan worden omschreven als het op basis van actuele kennis, wetenschap en klinische ervaring aanbieden van de best mogelijke zorg op een doelmatige, doeltreffende, patiëntgerichte en veilige wijze (Mettes 2011).

Voor individuele mondzorgverleners kunnen beslissingsondersteunende informatiebronnen zoals KPR's een rol vervullen om daaraan tegemoet te komen, omdat die hen stimuleren en efficiënte handvatten bieden om 'bij te blijven' met betrekking tot de actuele inzichten en innovaties in de klinische zorg. Bovendien bieden KPR's een referentiekader om invulling te geven aan professionele (multidisciplinaire) samenwerking binnen de mondzorg en kunnen deze kennisdocumenten een bijdrage leveren aan onderwijs, scholing en allerlei vormen van visitaties. Kennislacunes worden door middel van het ontwikkelen van KPR's in de mondzorg beter herkenbaar (Grol en Wensing 2011) en kunnen zo richtinggevend zijn voor het prioriteren van de agenda voor wetenschappelijk praktijkgericht onderzoek (Bruers 2009).

Voor patiënten zijn KPR's hulpmiddelen om inzicht te krijgen in wat goede zorg is en door wie deze het beste kan worden aangeboden. Daarmee ondersteunen KPR's 'shared decision-making' over complexe behandelbeslissingen. Voorts kan door het systematisch gebruik van KPR's en daarvan afgeleide indicatoren

onvoldoende, overbodige of ongewenste zorg beter zichtbaar worden gemaakt voor zowel beroepsgroepen, patiënten als beleidsmakers, waardoor het terugdringen hiervan kan worden verantwoord.

Als mogelijke beperkingen van KPR's worden beschreven: risico op 'kookboekgeneeskunde', irreële verwachtingen over gezondheidswinst, professionele weerstand en angst voor juridische gevolgen en misbruik door overheid en zorgverzekeraars (Grol en Wensing 2011).

22.3 Op bewijs gebaseerd handelen

Bij het analyseren van klinische problemen van patiënten en het vervolgens nemen van op beste bewijs gebaseerde behandelbeslissingen spelen zich verschillende denkprocessen af in het hoofd van de professional. Groopman (2012) heeft deze processen helder en inzichtelijk beschreven en biedt daarmee als het ware een inkijk in het brein van de medisch professional. Hij gaat onder meer in op welke krachten en denkprocessen van invloed zijn op de beslissingen die medici nemen, op de redenen van slagen en falen van zorgverleners hierbij en op hoe medici en patiënten als mensen onder elkaar kunnen leren van 'fouten' (►intermezzo 22.1).

Intermezzo 22.1 Hoe dokters denken?

In een zeer toegankelijk en overtuigend boek schrijft de Amerikaanse medicus Jerome Groopman dat 'medische missers' voor 5 % worden bepaald door een kennisprobleem en voor 90 % door het niet optimaal redeneren, miscommunicatie (onder andere verslaglegging) en desinteresse.

Opvallend is dat zorgverleners zich hierbij niet altijd bewust zijn van hun eigen cognitieve valkuilen, zoals 'conformation bias', 'satisfaction of search' en intuïtie bias. Neem daarbij dat de meeste klinische beslissingen omgeven zijn met een mate van onzekerheid en dat het een menselijke neiging is (van zowel zorgverlener als patiënt) om deze onzekerheid te vermijden. Zorgverleners willen het omgaan met deze onzekerheid graag op de een of andere wijze onder 'controle' krijgen, maar slagen daar niet altijd in. Het treedt vooral veelvuldig op bij routinematige, intuïtieve beslissingen die ook in de mondzorg voorkomen, zoals bij screening van ziekten en bij het beoordelen van röntgenopnamen. Bewustwording van dit fenomeen kan wel degelijk invloed hebben op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. KPR's en kwaliteitsstandaarden kunnen bij het proces van redeneren en beslissen ondersteunen, de optredende onzekerheden explicieter maken en daarmee ondersteunen dat van de aanbevelingen in een KPR in principe gemotiveerd kan worden afgeweken op basis van individuele patiëntkenmerken. Dit is dan ook het belangrijkste kenmerk waarop een KPR zich fundamenteel onderscheidt van een protocol, dat veel bindender is.

Maar wat wordt in dit verband nu precies bedoeld met 'op beste bewijs' gebaseerd handelen? Op beste bewijs gebaseerd, oftewel evidence-based handelen, is in de zorg langzamerhand een containerbegrip geworden voor alles wat beter zou moeten en kunnen in de klinische setting. De 'evidence' beweging is een prachtig idee, maar zij heeft haar doel nog niet bereikt (Ioannidis 2016).

Een van de grondleggers van de evidence-based medicine (EBM)-beweging, omschrijft de kerngedachte hiervan als volgt:

- » *The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence. By individual clinical expertise we mean the proficiency and judgement that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice (Sacket et al. 1996).*

Deze omschrijving legt nadruk op de klinische context ('klinische ervaring') en wijze van bewijsvoering ('klinisch bewijs'), met als doel het nemen van onderbouwde beslissingen in het belang van individuele patiënten. Daarbij wordt duidelijk gesteld dat 'evidence-based' handelen niet synoniem is met uitsluitend 'bewijs' uit gecontroleerde klinische trials bij voldoende grote groepen personen.

Dit wordt echter niet zelden zo wel aangenomen door velen die het paradigma van 'evidence-based medicine' aanhangen. Het volledig leidend zijn van deze 'wetenschappelijke kennis' heeft begrijpelijkerwijs argwaan opgewekt bij klinische zorgverleners, omdat in de klinische werkelijkheid van alledag het nemen van beslissingen een andere dynamiek kent. Het is dan ook niet vreemd dat er misverstanden bestaan over het begrip 'evidence' in relatie tot KPR's en het gebruiken van deze kennisdocumenten als onderdeel van een professioneel kwaliteitstelsel.

22.3.1 Klinische kennis en ervaring van impliciet naar expliciet

Goed beschouwd komt op bewijs gebaseerd handelen overeen met het gebruik van een afgewogen combinatie van verschillende kennisbronnen. Met op 'bewijs gebaseerd handelen' in het kader van richtlijnontwikkeling bedoelen we het stapsgewijs doorlopen van een proces van waarnemingen en beslissingen voortkomend uit de individuele conditie waarmee een patiënt zich aandient. Daarbij let de mondzorgverlener vanuit de aard van zijn/haar beroep vooral op afwijkingen van het normale beeld. De op basis hiervan verzamelde gegevens leiden tot afgewogen besluitvorming over diagnose en prognose, rekening houdend met wensen en voorkeuren van de patiënt. Het doorlopen van dit stapsgewijze proces is in de kwartiermakersfase van het KIMO modelmatig beschreven in de vorm van het cyclisch verloop van mondzorg in vier elementaire stappen (onderzoek, diagnose/prognose, therapie en evaluatie) en de integrale wijze van mondzorgverlening, bestaande uit de fasen preventie en vroegdiagnostiek, behandeling mondziekten, behandeling functieproblemen en streven naar duurzaamheid en comfort (Mettes et al. 2014).

In de alledaagse klinische realiteit, die zich kenmerkt door individuele interactie en specifieke problemen, is echter lang niet altijd een wetenschappelijk goed onderbouwde oplossing voorhanden. De huidige empirische basis (door systematische en gecontroleerde waarnemingen vastgesteld) in de mondzorg is namelijk niet erg breed, waardoor veel beslissingen in de praktijk deels of helemaal genomen zullen moeten worden op basis van ervaringskennis, ambachtelijke kunde en wijsheid.

Deze praktische kennisvormen kunnen in hoge mate verschillen tussen individuele zorgverleners en zijn moeilijk in maat en getal uit te drukken, omdat die kennis veelal is verworven op basis van tal van afwijkende individuele gevallen (Brink 2015). Het gaat veelal om 'tacit knowledge', een vorm van weten die in het

beroepsmatig handelen aanwezig is, maar die zich niet eenvoudig in taal laat uitdrukken. Er wordt in dit verband wel gesproken van kennis uit de beroepspraktijk oftewel het professionele weten (Brink 2015).

De tot nu toe ontwikkelde KPR's in de mondzorg laten zien dat de aanbevelingen vooral zijn gebaseerd op zo betrouwbaar mogelijke uitkomsten uit gerandomiseerde klinische en andere empirische onderzoeken. Uitgangspunt daarbij was: hoe beter gecontroleerd de onderzoeksopzet, hoe harder het bewijs en hoe steviger de noodzaak de aanbeveling in een KPR op te volgen. Daarbij wordt sinds enige jaren een zogenoemde GRADE-beoordeling toegepast: een inhoudelijk verbeterde versie van interne en externe validiteit van onderzoeken (Guyatt et al. 2011). Deze methode is echter alleen mogelijk als er onderzoeken beschikbaar zijn die aan bepaalde methodologische eisen voldoen. Bekend is dat het daaraan in de mondzorg schort en dat dergelijke onderzoeken in de naaste toekomst ook niet snel op grote schaal beschikbaar zullen komen.

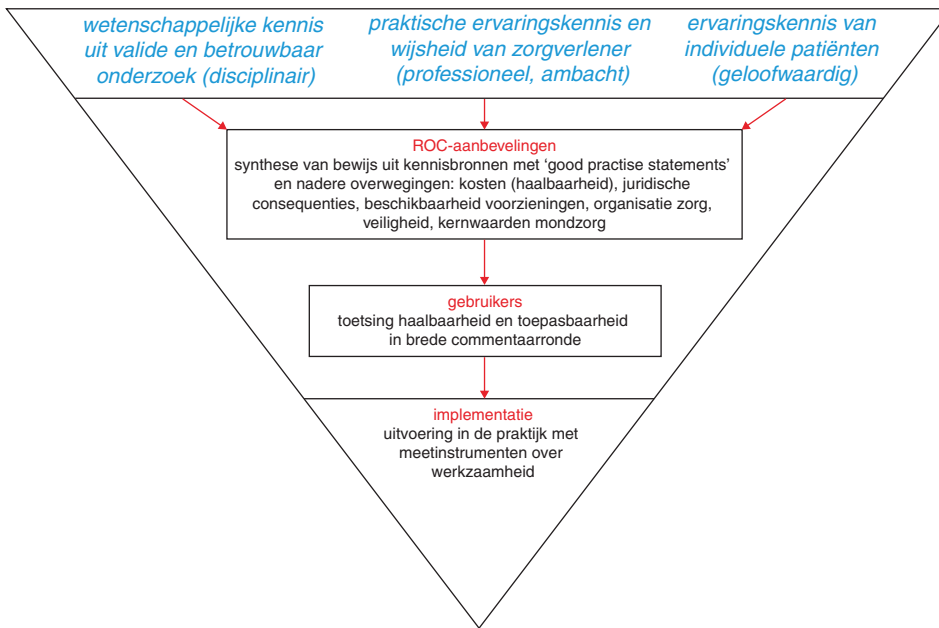
Daarom ligt er, bij de start van het landelijk richtlijninitiatief KIMO, een uitdaging om bij het ontbreken van betrouwbare wetenschappelijke data ook andere kennisbronnen te ontsluiten, bijvoorbeeld door klinische data systematisch te verzamelen met behulp van ervaren mondzorgverleners over 'wat klinisch wel werkt en wat niet'.

Daarvan kunnen dan 'good practice statements' oftewel 'optimale praktijkinzichten' worden afgeleid (Guyatt et al. 2015), die op een weloverwogen wijze moeten worden betrokken bij de beoordeling van de sterkte van de 'evidence' en daarmee een plaats moeten krijgen in de aanbevelingen van een KPR (■ fig. 22.1). Uiteindelijk vereist het begrip 'best evidence' altijd een context en een vorm van interpretatie.

Binnen een integraal landelijk kwaliteitssysteem zou deze benadering verder mogelijk gemaakt kunnen worden door KPR's, meetinstrumenten, scholing en visitatie in onderlinge samenhang te implementeren met vooral de inzet van gebruiksvriendelijke technologische hulpmiddelen. Denk bijvoorbeeld aan de mogelijkheden die de geautomatiseerde patiëntenadministratie biedt, onder meer omdat daarin in potentie al veel relevante informatie beschikbaar is.

Dit betoog is een nadrukkelijk pleidooi om bij de ontwikkeling en het gebruik van KPR's in de mondzorg het begrip 'beste bewijs' of 'best evidence' een bredere en meer genuanceerde lading te geven. Het beste bewijs zou meer gebaseerd moeten worden op een combinatie van uiteenlopende kennisbronnen (wetenschappelijk, klinisch en intuïtief) en zou ook zijn weerslag moeten krijgen in de EBRO-procedure in de mondzorg.

Deze overwegingen hebben ook een rol gespeeld bij de opzet van het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) om te komen tot een methode voor evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) voor de mondzorg die aansluit bij de ervaring en beleving van mondzorgverleners in de praktijk. De marsroute voor de komende jaren bij de EBRO-methode in de mondzorg is daarom het combineren van de beschikbare wetenschappelijke kennis en gebundelde ervaringskennis. Er is inzet nodig om betrouwbare gegevens te verzamelen over wat in de praktijk wel en wat niet werkt: gegevens die kunnen leiden tot zogeheten optimale praktijkinzichten. Aanbevelingen kunnen op die manier vanuit verschillende kennisbronnen worden samengesteld, met de bedoeling ze voor mondzorgverleners meer herkenbaar en beter toepasbaar te maken (■ fig. 22.1). Mogelijk zal hierdoor de acceptatie van



■ **Figuur 22.1** Gebruik van kennisbronnen in KPR's ten behoeve van het opstellen van aanbevelingen voor mondzorgverleners in de praktijk

KPR's toenemen en het draagvlak voor implementatie van nieuwe kennis groeien. Deze wijze van werken is nog redelijk ongebruikelijk, maar wel uitdagend. Temeer omdat het ook actieve inzet vraagt van de professie om mee te werken aan het beschikbaar komen van deze data om 'good practice statements' oftewel optimale praktijkinzichten op verantwoorde wijze te kunnen formuleren.

In ieder geval doet deze aanpak recht aan de specifieke eigenschappen van het beroep van mondzorgverlener. Mondzorg is immers in oorsprong en aard een professie waarin ambachtelijke kennis en kunde onontbeerlijk zijn om patiënten, allen met verschillende condities, wensen en verwachtingen, optimale zorg te verlenen.

22.4 Bestaande KPR nader bezien

Uit een analyse van de kwaliteit van een klinische praktijkrichtlijn in de mondzorg uit 2010, die met veel inzet is ontwikkeld, maar niet het gewenste doel heeft bereikt, kan lering worden getrokken voor het ontwikkelen van volgende KPR's binnen het KIMO.

De klinische praktijkrichtlijn *Mondzorg voor jeugdigen (MvJ)* is in 2010 verschenen en grotendeels ontwikkeld volgens de EBRO-methode (Everdingen et al. 2014). Het lijvige document werd in het veld al snel beoordeeld als te theoretisch, te omvangrijk en praktisch moeilijk toepasbaar, wat in het voorjaar van 2017 is bevestigd in een expertmeeting rondom deze KPR binnen het KIMO. Bovendien ontbrak het in deze KPR aan de meetinstrumenten om de toepassing en de effecten van het gebruik ervan in de praktijk te evalueren. Al met al kon hierdoor geen goed draagvlak voor systematische implementatie ontstaan.

22.4.1 EBRO-methode in de gezondheidszorg

In zijn algemeenheid kent deze EBRO-methode (Everdingen et al. 2014) een aantal elkaar opvolgende stappen. Het systematisch doorlopen daarvan wordt voorwaardelijk geacht voor een kwalitatief goede en dus toepasbare KPR in de klinische praktijk.

Een KPR wordt niet zomaar gemaakt, maar dient altijd voort te komen uit een of meer ervaren expliciete knelpunten in de zorg. Door Hilbink et al. (2013) is een tool ontwikkeld om een knelpuntenanalyse zorgvuldig en systematisch aan te pakken, zodat kan worden verantwoord waarom het ontwikkelen van een KPR nodig is.

Niet alle klinische knelpunten zijn immers het beste op te lossen met een KPR. Na een knelpuntenanalyse volgt het opstellen van gerichte uitgangsvragen, waarna systematisch informatie wordt gezocht ter beantwoording van deze vragen. Dan volgt een inhoudelijke en methodologische beoordeling van verzamelde informatie in de vorm van aanbevelingen, als basis voor de beantwoording van de uitgangsvragen.

Uit de richtlijn *Mondzorg voor jeugdigen* is niet duidelijk op te maken welke concrete knelpunten ten grondslag lagen aan de ontwikkeling van deze KPR. Uit de geformuleerde doelstelling kan impliciet worden opgemaakt dat de behandelvariatie te groot was en dat de taakverdeling tussen de verschillende mondzorgprofessionals onvoldoende duidelijk was, maar voor wie, in welk opzicht en waarom dat knelpunten waren, blijft onduidelijk. Over de na te streven doelen als uitkomst van de mondzorg voor jeugdigen is niet expliciet gerapporteerd.

22.4.2 Knelpuntenanalyse en uitgangsvragen

Zonder duidelijke knelpuntenanalyse is het opstellen van specifieke uitgangsvragen lastig. Dit blijkt ook wel uit de klinische praktijkrichtlijn *Mondzorg voor jeugdigen*, want met negentien uitgangsvragen, die bovendien soms bestaan uit deelvragen en die in een aantal gevallen algemeen en weinig concreet zijn geformuleerd, is een handzame en toepasbare KPR eigenlijk onhaalbaar. Alleen al om die reden is het niet vreemd dat deze KPR als te omvangrijk wordt ervaren, met als gevolg dat concrete klinische toepassingen weinig herkenbaar zijn.

Op basis van de vele breed geformuleerde uitgangsvragen biedt deze KPR verschillende aanbevelingen, voor preventie enerzijds en voor verschillende soorten behandelingen anderzijds. De sterkte van het wetenschappelijk bewijs voor de preventie is redelijk tot goed onderbouwd (misschien wel het sterkste wetenschappelijk bewijs in de mondzorg). De wetenschappelijke bewijsvoering voor de aanbevelingen wat betreft de behandelingen wordt in de KPR echter in zeer beperkte mate door betrouwbaar onderzoek onderbouwd. Daardoor wordt geen uitsluitend geboden welke interventie het meest effectief is c.q. de voorkeur zou moeten hebben en is een situatie ontstaan waarin voor- en tegenstanders hebben geprobeerd hun favoriete behandelmodaliteit als preferente methode te promoten. Zo kwamen de invasieve en non-invasieve cariësbehandeling tegenover elkaar te staan in plaats van naast elkaar te kiezen opties. Daarbij lijkt dat niet meer het belang van het kind of de adolescent uitgangspunt was voor handeling ('personalized medicine'), maar

vooral de voorkeur voor een specifieke behandelmethode. Eigenlijk de slechtst denkbare situatie om een KPR goed te laten landen in de praktijk.

22.4.3 Compacte modulaire KPR's

Er wordt de laatste jaren gestreefd naar meer compact geschreven, modulair opgebouwde KPR's, gebaseerd op een beperkt aantal specifieke uitgangsvragen. Daardoor wordt de mogelijkheid van gerichte implementatie ook groter en kan er per uitgangsvraag, indien noodzakelijk, een update plaatsvinden, zonder de gehele KPR te moeten herzien. Dat is ook een van de belangrijkste argumenten om in het meerjarenprogramma van het KIMO, dat nu wordt uitgevoerd, deze te omvangrijke KPR *Mondzorg voor jeugdigen* om te vormen tot twee of drie compacte modulaire KPR's met instrumenten om gebruik in de praktijk beter te faciliteren (Braspenning et al. 2015).

Bij de herziening van de KPR moeten daarom, bij onderdelen waar het wetenschappelijk bewijs onvoldoende is of ontbreekt, veel meer de mogelijkheden worden bezien hoe op basis van betrouwbare longitudinale data uit de klinische praktijk (klinisch bewijs) een specifieke behandelmodaliteit van een breed aanvaardbare legitimatie kan worden voorzien. Kortom, zoeken naar bewijs vanuit verschillende kennisbronnen, zoals hiervoor is bepleit, om meer zicht te krijgen op 'wat het beste werkt bij een patiënt met een specifieke conditie' en ook op 'wat dan niet werkt' (■ fig. 22.1). Dat verlangt, zoals gezegd, een andere en ruimere kijk op het begrip bewijsvoering. Met de inrichting van het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO), waaraan in september 2016 is begonnen, liggen er nu de kansen om daaraan invulling te geven. Overigens geldt in alle gevallen dat, zolang er geen enkele behandelmethode bewezen superieur is aan een andere, de geformuleerde begrippen en kernwaarden voor optimale mondzorg (► intermezzo 22.2) professionals moeten leiden naar de beste beslissing voor individuele patiënten (Mettes et al. 2014).

Intermezzo 22.2 Omschrijving van kernbegrippen die leidend zijn bij de zorginhoudelijke aspecten van EBRO in het KIMO

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

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

Mondziekten zijn 'complexe' ziekten, ze worden in oorsprong bepaald door een combinatie van genetische, biologische, omgevings- en gedragscomponenten (leefstijlfactoren). De belangrijkste mondziekten zijn microbieel gemedieerde ziekten zoals cariës en parodontitis, met daarnaast verschillende vormen van gebitslijtage. Ook tumoren van de slijmvliezen en het orofaciale gebied behoren tot het complex van mondziekten. Daarnaast kan er sprake zijn van functiestoornissen (verlies van kauwfunctie, kaakgewrichtsproblemen, kaak- en tandstandafwijkingen en esthetische afwijkingen) als gevolg van ontwikkelingsproblemen en/of schade opgetreden als gevolg van microbieel gemedieerde ziekten of medicatie (Gezondheidsraad 2012).

Het *doel van de mondzorg* is het bevorderen van een duurzame mondgezondheid als integraal onderdeel van de algemene gezondheid en het individueel welbevinden. Specifieke subdoelen richten zich op de integrale benadering van mondgezondheid in opeenvolgende fasen (Mettes et al. 2014):

- het voorkomen van mondziekten (fase 1);
- het genezen van mondziekten (fase 2);
- het herstel van optimale functie (fase 3); en
- het bevorderen van de esthetiek van de mond en de kwaliteit van leven (fase 4).

Anders gezegd: de missie van mondzorg is het tot stand brengen van een gezonde, functionele, esthetische en comfortabele mond bij patiënten, die gegeven de mogelijkheden en omstandigheden, bestand is tegen de natuurlijke veranderingen in iedere levensfase (levensloopbestendig).

Bij het verlenen van mondzorg vanuit deze doelstellingen zijn de volgende *kernwaarden* te onderscheiden.

- focus op behoud van de harde en zachte weefsels in de mond;
- mondzorg is een cyclisch proces;
- ethisch perspectief van professioneel handelen in de mondzorg;
- op beste bewijs gebaseerd handelen;
- goede communicatie patiënt en zorgverlener;
- samenwerking;
- systematische verslaglegging.

22.5 Kennisinstituut Mondzorg en EBRO

De totstandkoming van het KIMO is een rechtsreeks gevolg van het uitkomen van het rapport van de Gezondheidsraad in 2012. Daarmee heeft de mondzorg enkele cruciale stappen gezet om te komen tot de realisering van een onafhankelijk landelijk richtlijneninstituut.

Begin 2013 werd door alle partijen een intentieverklaring tot realisering van een landelijk instituut getekend. Uitgangspunten daarbij waren dat:

- de inbreng en expertise mondzorgbreed gewaarborgd moeten zijn;
- de gelijkwaardigheid van professionals geborgd moet zijn;
- KPR's op een onafhankelijke en betrouwbare wijze tot stand moeten komen.

Dit resulteerde in het voorjaar van 2014 in een adviesrapport van het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO 2014). In 2015 werden beroepsgroepen in de mondzorg door het Zorginstituut Nederland (ZIN) verzocht voor eind 2015 een landelijke structuur voor richtlijnen in de mondzorg vast te stellen, inclusief een meerjarig richtlijnenprogramma. In de zomer van 2016 bereikten de koepels van beroeps- en wetenschappelijke verenigingen (ANT, FTWV en KNMT) uiteindelijk overeenstemming over een landelijke organisatie voor richtlijnontwikkeling: het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO). Als professionele partners sloten de Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënist (NVM) en de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) zich bij de voorgestelde verenigingsstructuur aan. De opleidingen (universiteiten en hogescholen) vervullen binnen het KIMO een faciliterende en ondersteunende functie.

22.6 Structuur Kennisinstituut Mondzorg

Het KIMO is opgericht in de vorm van een vereniging, om daarmee zoveel mogelijk recht te doen aan de inbreng van de professionals en het creëren van draagvlak in het veld. De vereniging heeft een driehoofdig bestuur en een Raad van Toezicht die, zonder last of ruggespraak, het financiële en bestuurlijke functioneren van de vereniging volgt. Er is een directeur werkzaam met een klein ondersteunend bureau. Gedurende de eerste drie jaar kent het KIMO drie leden, in de vorm van de drie oprichtende partijen. Gedurende de opstartfase kunnen professionals in de mondzorg zich aanmelden als aspirant-leden (tandartsen, MKA-chirurgen en orthodontisten) en buitengewone aspirant-leden (mondhygiënist en tandprothetici). Er zal een stakeholdersraad worden ingesteld, waarin alle relevante, bij richtlijnontwikkeling betrokken partijen/organisaties een adviserende stem krijgen.

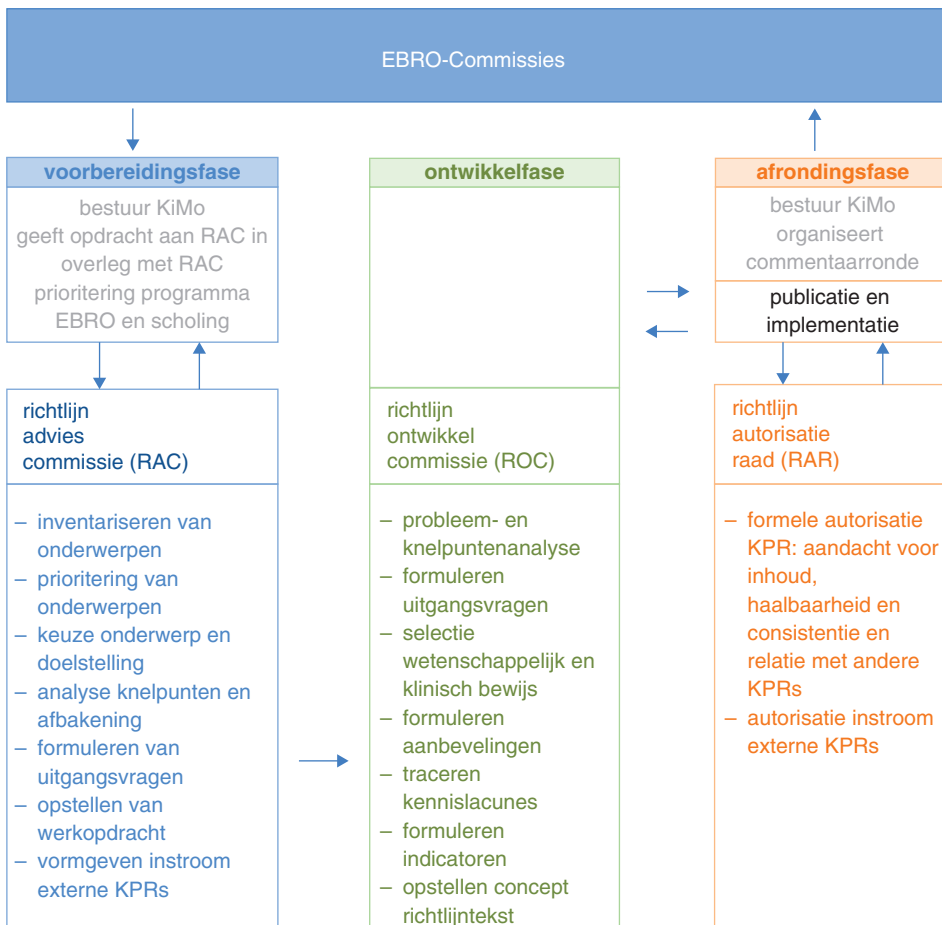
Deze huidige verenigingsstructuur met drie leden zal gedurende de eerste drie jaar operationeel zijn, evenals de financiering voor de uitvoering van het meerjarenprogramma, die deels door de drie oprichtende organisaties en deels door een verleende subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt geborgd. Na deze periode trekken de oprichtende partijen zich terug en zal de vereniging als professionele ledenorganisatie onafhankelijk en op eigen benen komen te staan. Op dat moment zal een structurele financiering voor het KIMO dienen te zijn uitgewerkt, die ertoe leidt dat alle in de mondzorg werkzame professionals een financiële bijdrage gaan leveren voor de op integrale kwaliteit gerichte activiteiten.

22.6.1 Historie EBRO-methode voor de mondzorg

In de mondzorg is vanaf 1990 op beperkte schaal wetenschappelijk onderzoek gedaan naar methoden voor richtlijnontwikkeling (Sanden 2003; Mettes 2010). Negen KPR's, die vanaf dat moment volgens de EBRO-methode zijn ontwikkeld, zijn niet systematisch landelijk geïmplementeerd. Ook over de effectiviteit van deze KPR's is weinig bekend, omdat meetinstrumenten ter evaluatie ontbreken.

Gedurende de totstandkoming van het KIMO is met inbreng van alle betrokken partijen een methode voor evidence-based richtlijnontwikkeling voor de mondzorg ontwikkeld (▣ fig. 22.2), die recht doet aan de specifieke diversiteit en complexiteit van het beroepsveld (Mettes et al. 2015).

De kwartiermakers van het KIMO hebben in 2014 in werkgroepverband op basis van geformuleerde zorginhoudelijke begrippen en kernwaarden de EBRO-methode voor de mondzorg beschreven (▶ intermezzo 22.3). Deze kernwaarden zijn afgeleid van huidige wet- en regelgeving, kennis, klinische ervaring en kwaliteitscriteria op het gebied van vakinhoudelijk en professioneel handelen. Ze vertonen onderlinge samenhang en zijn als het ware randvoorwaarden om het gestelde doel van mondzorg te kunnen bereiken. Deze zorginhoudelijke visie op het verlenen van mondzorg zal leidend zijn bij de opbouw van het register van KIMO-praktijkrichtlijnen.



■ **Figuur 22.2** Proces van evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) bij het KIMO

Intermezzo 22.3 Begrippenkader met betrekking tot ‘kwaliteit van zorg’, EBRO en landelijk register

Een *klinische praktijkrichtlijn (KPR)* is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers (Regieraad Kwaliteit van Zorg 2012).

Een *algemene praktijkrichtlijn (APR)* is een leidraad die de professional ondersteunt bij de dagelijkse praktijkvoering en betrekking heeft op de organisatie van de zorg, de bejegening van patiënten en de communicatie tussen zorgverleners (Sanden et al. 2007).

Een *protocol* is een vast omschreven procedure van opeenvolgende handelingen waarvan moeilijk af te wijken valt, in tegenstelling tot een richtlijn. Protocolen zijn vaak onderdelen van richtlijnen (Sanden et al. 2007).

'Best practice' is een wijze van praktijkvoering of zorgorganisatie waarbij methoden, technieken of processen toegepast worden die effectiever zijn dan enig andere techniek, methode of proces. Het gaat hierbij om het resultaat dat in de praktijk wordt behaald en regelmatig wordt geëvalueerd (Burgers et al. 2011). Een *kwaliteitsstandaard* is een koepelbegrip, waarin zowel de zorginhoudelijke aanbevelingen uit de KPR als de organisatie van die zorg (verwoord in APR/zorgstandaard) worden gebundeld tot integrale zorg. Een kwaliteitsstandaard beschrijft goede zorg vanuit het perspectief van de cliënt. Uitgangspunt voor de ontwikkeling van de kwaliteitsstandaard is de zorgvraag van cliënten (Zorginstituut Nederland 2015).

Een *informatiestandaard* beschrijft welke informatie in het primaire proces wordt geregistreerd, met welke geaccepteerde codestelsels (eenheid van taal) deze registratie wordt gedaan en met welk type zorgverleners welke informatie wordt uitgewisseld (Zorginstituut Nederland 2015).

Meetinstrumenten, zoals vragenlijsten en indicatoren (meetbare aspecten van zorg) in verschillende vormen, kunnen een rol vervullen als keuze-informatie en/of voor zorginkoop met financiële consequenties. Deze meetinstrumenten dienen betrouwbaar, valide en discriminerend te zijn.

22.6.2 Proces van evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) bij het KiMo

Belangrijke referentiekaders voor de te hanteren methode van evidence-based richtlijnontwikkeling in de mondzorg zijn de documenten *Richtlijn voor richtlijnen* (Regieraad kwaliteit van Zorg 2012), de *Beleidsregel Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten* (ZIN 2015), evenals de expertise van en relatie met andere richtlijnenorganisaties zoals het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Kennisinstituut Medisch Specialististen (KIMS).

22.7 Toekomstperspectief

Sinds 2003 worden er binnen de mondzorg incidenteel klinische praktijkrichtlijnen ontwikkeld volgens de EBRO-methode. Op landelijk niveau was er weinig tot geen sprake van coördinatie van deze initiatieven. Dit heeft tot gevolg gehad dat het belangrijkste aspect van het gebruik van KPR's in de praktijk, namelijk een systematische implementatie, niet structureel van de grond is gekomen. De inspanningen die met de ontwikkeling van die KPR's gepaard zijn gegaan, zijn daardoor niet voldoende tot hun recht gekomen, evenals de positieve effecten op de kwaliteit van de mondzorg. Nu er sinds september 2016 een landelijk instituut is gekomen dat KPR's en aanverwante producten volgens de 'state of art' methode gaat ontwikkelen, ontstaan er kansen om het effect uit dit onderdeel van kwaliteitszorg te optimaliseren.

Als discipline kan de mondzorg zichzelf een dienst bewijzen door de 'relatieve' achterstand ten opzichte van andere professies in de gezondheidszorg met betrekking tot KPR's om te buigen in een breed geaccepteerde EBRO-werkwijze.

Een dergelijke ontwikkeling zou recht doen aan de specifieke eigenschappen van het beroep van mondzorgverlener, die wat betreft kennis en kunde een sterk ambachtelijke kleuring hebben. Mogelijk vormt dit een startpunt voor een inhoudelijk andere benadering, waardoor een deel van de weerstand die bestaat tegen het gebruik van uitsluitend op wetenschappelijk bewijs gebaseerde klinische praktijkrichtlijnen afneemt en een beter draagvlak voor implementatie kan ontstaan.

Dit alles heeft wel tot gevolg dat actieve participatie van mondzorgverleners (lees KIMO-leden) noodzakelijk is. Het is dan ook meteen een van de belangrijkste uitdagingen voor het KIMO om mondzorgprofessionals intensief te betrekken bij niet alleen alle onderdelen van de ontwikkeling en implementatie van KPR's, maar ook bij de inrichting en vormgeving van het kennisinstituut. Zo zal de synthese van de klassiek-wetenschappelijke kennis en de kennis uit de beroepspraktijk tot 'beste bewijs' voor toepassing bij individuele patiënten alleen kunnen plaatsvinden als specialisten, tandartsen en andere zorgverleners in de mondzorg actief meewerken aan het ontsluiten van data over hun professionele handelen en de resultaten daarvan.

Dit betekent deelname aan praktijkgericht onderzoek, door het beschikbaar stellen van gegevens uit de praktijk en het participeren aan activiteiten om de klinische gedachtevorming te inventariseren en explicieter te maken (interviews, focusgroepen en dergelijke). Voor het aanleveren van zulke gegevens zou gebruikgemaakt kunnen worden van de bestaande regionale netwerken (kringen, studiegroepen en IQualgroepen). Tandartsen in die netwerken kunnen daarmee dan ook direct invloed hebben op de keuze van onderwerpen waarover gegevens zijn gewenst (Bruers 2009). Deze aanpak laat zich bovendien zeer wel combineren met lokale en regionale bij- en nascholingsactiviteiten en visitatie. In een samenwerking van beroepsorganisaties, universiteiten en hogescholen en KIMO kan een goede voedingsbodem ontstaan om op dit terrein concrete initiatieven te ontplooien.

Voorts is een brede deelname van mondzorgverleners aan de EBRO-commissies van het KIMO onontbeerlijk. In het bijzonder de richtlijnontwikkelcommissies (ROC's), die een specifieke KPR gaan ontwikkelen of herzien, zijn gebaat bij een zo groot mogelijke inzet van de actieve mondzorgverleners uit het veld, temeer daar de meeste KPR's in de mondzorg multidisciplinair van aard zijn.

Bij de verdere programmering van KIMO is inbreng van het veld echter eveneens onontbeerlijk. Kortom, het KIMO kan alleen succesvol zijn bij een voldoende grote inzet van de verschillende mondzorgprofessionals.

In de periode 2017–2020 wordt er door het KIMO gewerkt aan een gemandateerd programma van een negental compacte KPR's. Dit programma is in overleg met het Zorginstituut Nederland in 2015 opgesteld. Dat programma (KIMO 2015) kent vele uitdagingen en is ambitieus van opzet. In deze periode zal vanuit de verschillende commissies expertise opgebouwd moeten gaan worden met het werken volgens de EBRO-methode. Naast mondzorgprofessionals zijn patiënten en specifieke richtlijndeskundigen (informatiespecialisten en methodologen) bij dit proces betrokken. Alle commissies zullen geleid moeten worden door ervaren voorzitters en professionele secretarissen. Om dat geheel optimaal en in relatief korte tijd operationeel te krijgen, wordt er nu al intensief samengewerkt met bestaande richtlijninstellingen op het gebied van EBRO-scholing, zoals het Kennisinstituut van Medisch Specialisten (KIMS).

In dit hoofdstuk wordt een lans gebroken voor een grote betrokkenheid van het mondzorgveld bij evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO) en een meer genuanceerde benadering van het begrip 'beste bewijs'. Het daaraan inhoud geven is in onze ogen de grootste uitdaging om het KIMO voor de gebruikers van richtlijnproducten tot een succes te maken. Op middellange termijn zal de uit hard wetenschappelijk onderzoek voortkomende vorm van 'evidence' slechts spaarzaam toenemen.

Zoals beschreven, kunnen andere verwante kennisbronnen die op kortere termijn zijn te operationaliseren, een nuttige bijdrage leveren aan de inhoud van KPR's en verdienen om die reden serieuze aandacht.

Literatuur

- Braspenning J, Mettes TG, Sanden WJM van der, Wensing M. Evidence-based richtlijnontwikkeling. Deel 4: implementatie. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2015;122:148–55.
- Brink G van den. Hoe wij van kennis kunnen leren. Een bijdrage vanuit de maatschappelijke bestuurskunde (1). Den Haag: Boom; 2015.
- Bruers JJM. Onderzoek in algemene praktijken: uitdagingen voor tandartsen. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2009;116:17–21.
- Burgers JS, Vermeulen H, Wollersheim H. Doeltreffende zorg. In: Wollersheim (red). *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2011.
- Dekker J den. *Sociale tandheelkunde in de praktijk.* Houten: Prelum; 2016.
- Everdingen JJE van, Burgers JS, et al. *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2014.
- Gezondheidsraad. *De mondzorg voor morgen.* Publicatienr. 2012/04. Den Haag: Gezondheidsraad; 2012.
- Grol M, Wensing R. *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg.* 4e herziene druk. Amsterdam: Reed Business; 2011.
- Groopman J. *Hoe dokters denken.* Rotterdam: 2010 uitgevers; 2012.
- Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol.* 2011;64(4):383–94.
- Guyatt GH, Schunemann HJ, Djulbegovic B, Akl EA. Guideline panels should not GRADE good practice statements. *J Clin Epidemiol.* 2015;68(5):597–600.
- Hilbink M, Ouwens M, Kool T. *De HARING-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen.* Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare), Radboudumc; 2013.
- Ioannidis J. Evidence based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. *Journal of Clinical Epidemiology.* 2016;73:82–6.
- Kennisinstituut Mondzorg (KIMO). *Visie en methodiek voor richtlijnontwikkeling voor het Kennisinstituut Mondzorg i.o. en contouren van een meerjarenagenda.* Adviesrapport. Nieuwegein; 2014.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). *Medische professionaliteit. KNMG Manifest.* Utrecht: KNMG; 2007.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden.* Utrecht: CBO; 2005.
- Mettes Th. *Klinische richtlijnontwikkeling in de mondzorg.* Quality Practice Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam. 2011;6:22–7.
- 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.
- Mettes TG, Loveren C van, Oirschot B van, Maanen-Schakel NWD van, Weijden GA van der, Bruers JJM. Evidence-based klinische praktijkrichtlijnen. Deel 2: Proces en inhoud van evidence-based richtlijnontwikkeling (EBRO). *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2015;122:21–31.

- Mettes TG, Sanden WJ van der, Bronkhorst E, Grol RP, Wensing M, Plasschaert AJ. Impact of guideline implementation on patient care: a cluster RCT. *J Dent Res.* 2010;89:71–6.
- Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheekunde. NMT. Richtlijn Mondzorg voor jeugdigen. Nieuwegein: NMT; 2010.
- Plan van aanpak KiMo. Het Meerjarenprogramma mondzorg voor het Zorginstituut, december 2015.
- Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijnen voor richtlijnen. Criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg; maart 2012.
- Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence based medicine: How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 1997.
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *Brit Med J.* 1996;312(7023):71–2.
- Sanden WJM van der. Clinical practice guidelines in dental care: Studies on development and use. Thesis. Nijmegen: Raboud University; 2003.
- Sanden WJ van der, Nienhuijs ME, Mettes TG. De rol van richtlijnen en systematische literatuuroverzichten in de tandheekkundige zorgverlening. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2007;114:179–86.
- Zorginstituut Nederland (ZIN). Beleidsregel Toetsingskader kwaliteitsstandaarden, informatiestandaarden en meetinstrumenten. Diemen: ZIN; april 2015.