

# Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 2. Proces en inhoud van evidencebased richtlijnontwikkeling

Door een landelijke werkgroep is in 2014 een adviesrapport uitgebracht over hoe in de mondzorg de huidige in de gezondheidszorg toegepaste methode van evidencebased richtlijnontwikkeling kan worden gebruikt in een landelijk richtlijnprogramma. Binnen het op te richten Kennisinstituut Mondzorg zullen eerste- en tweedelijns mondzorgverleners in dat programma gaan participeren met de bedoeling de kwaliteit van mondzorg in Nederland te verbeteren. Met de start van Kennisinstituut Mondzorg krijgt de klinische richtlijnontwikkeling in de mondzorg een structurele aanpak, waarin 3 op elkaar aansluitende fasen worden onderscheiden: een voorbereidings-, een ontwikkel- en een afrondingsfase. In elk van die fasen is een actieve rol weggelegd voor mondzorgverleners en verenigingen. Daarmee wordt beoogd in de keuze van onderwerpen voor richtlijnontwikkeling zo veel mogelijk rekening te houden met de behoeften van het zorgveld en het specifieke karakter van de mondzorg te borgen bij het feitelijk opstellen van klinische praktijkrichtlijnen.

Mettes TG, Loveren C van, Oirschot BA van, Maanen-Schakel NWD van, Weijden FGA van der, Bruers J JM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 2. Proces en inhoud van evidencebased richtlijnontwikkeling. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2015; 122: 21-31. 10.5177/ntvt.2015.01.14208

## Inleiding

Hedendaagse klinische praktijkrichtlijnen (KPR) zijn niet uit de lucht komen vallen. De ontwikkeling hiervan als hulpmiddel bij het nemen van beslissingen gaat ver terug in de historie. Tweeduizend jaar voor Christus noteerden artsen in Egypte en Babylonië hun empirische handelingen op kleitabletten. Grieken en Romeinen zetten deze handelwijze voort met als voorbeeld de eed van Hippocrates. In de zeventiende eeuw was het gebruikelijk dat medici van naam en faam, zoals Boerhaave en Osler, hun praktijkervaringen illustreerden in geschriften en boeken. Van recentere datum zijn de leerboeken die hoogleraren schreven op hun eigen vakgebied. In het begin van de twintigste eeuw bracht de Gezondheidsraad voor beroepsverenigingen en wetenschappelijke verenigingen rapporten uit over hoe in specifieke situaties te handelen met betrekking tot infectiebestrijding. Medio twintigste eeuw ontstond er meer belangstelling voor het systematisch ontwikkelen van praktijkrichtlijnen in de zorg (Van Everdingen et al, 2014). Het tot die tijd voornamelijk narratieve karakter van kennisverspreiding werd steeds meer verlaten voor een meer expliciete en structurele vorm. Het Amerikaanse National Institute of Health (1977) was de initiator. In Nederland werd deze consensusmethode van richtlijnontwikkeling in 1982 overgenomen door het Centraal Begeleidings Orgaan voor intercollegiale toetsing (CBO), niet lang daarna in

1985 gevolgd door het Nederlands Huisartsen Genootschap met de eerste NHG-Standaarden. Andere beroeps-groepen namen hieraan een voorbeeld en inmiddels is gestructureerde ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen algemeen geaccepteerd in de gezondheidszorg.

De methode om betrouwbare en valide klinische praktijkrichtlijnen te ontwikkelen heeft de afgelopen decennia kwaliteitslagen doorgemaakt. Van aanvankelijk op consensus en persoonlijke interpretaties gebaseerde documenten naar op het beste bewijs gebaseerde documenten met compacte aanbevelingen die volgens een inzichtelijke en gestructureerde procedure zijn vormgegeven (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2005). Deze ontwikkeling werd mede in gang gezet door het paradigma van de evidencebased geneeskunde (EBM) en de oprichting van de Cochrane Collaboration in 1992, die beide als doelstelling hanteerden alle gecontroleerde wetenschappelijke onderzoeken te verzamelen en kritisch te beoordelen. Daarmee was de wetenschappelijke onderbouwing van de aanbevelingen in klinische praktijkrichtlijnen explicieter geworden en werden kennislacunes op een meer systematische wijze zichtbaar. In 2012 werd de methode voor evidencebased richtlijnontwikkeling (EBRO) expliciet in 3 fasen beschreven (Regieraad voor de Kwaliteit van Zorg, 2012).

In de mondzorg is onderzoek naar methoden voor richtlijnontwikkeling in 2003 voor het eerst uitgevoerd (Van der Sanden, 2003). Tot nu toe is op bescheiden schaal gebruikgemaakt van EBRO (Mettes et al, 2014). In 2014 is echter door een landelijke werkgroep in een adviesrapport beschreven hoe in de eerste- en tweedelijns mondzorg de huidige EBRO-methode zou kunnen worden gehanteerd voor het opzetten van een landelijk richtlijnprogramma binnen een op te richten onafhankelijk Kennisinstituut Mondzorg (KiMo). Daarbij zijn concrete adviezen verwoord voor de inhoudelijke processen en de opzet van een organisatiestructuur (KiMo i.o., 2014). De uitdaging is om in samenwerking met betrokken partijen een passende inhoudelijke procedure voor de mondzorg te ontwikkelen, die recht doet aan de diversiteit en complexiteit van het beroepsveld.

Het doel van dit artikel is om deze inhoudelijke processen rond EBRO, zoals die in de aanvangsfase van KiMo zouden kunnen gaan functioneren, inzichtelijk te maken voor de mondzorgverleners in de eerste en tweede lijn. Eerst zal aandacht worden besteed aan specifieke kenmerken van klinische praktijkrichtlijnen en verwante producten en aan de wijze waarop deze in het KiMo-register worden gecategoriseerd. Vervolgens zal het evidencebased ontwikkelproces van richtlijnen in 3 fasen worden be-

### Intermezzo 1. Lijst van afkortingen

EBRO	evidencebased richtlijnontwikkeling
KiMo	Kennisinstituut Mondzorg
KPR	klinische praktijkrichtlijn
RAC	richtlijnadviescommissie
ROC	richtlijnontwikkelcommissie
RAR	richtlijnautorisatieraad

schreven, vanaf het eerste initiatief tot het verschijnen en implementeren van de klinische praktijkrichtlijn in de praktijk. Afsluitend zal voor de overgangsfase (de eerste jaren) de instroom van richtlijnproducten van buiten KiMo worden toegelicht. In intermezzo 1 wordt een overzicht gegeven van de voorkomende afkortingen die bij deze richtlijnontwikkeling gebruikelijk zijn.

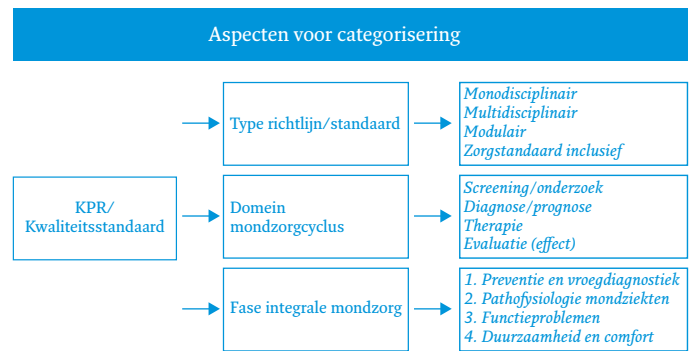
### Specifieke kenmerken

Klinische praktijkrichtlijnen die volgens de EBRO-methode zijn ontwikkeld, hebben een aantal kenmerken die een rol spelen zowel bij de voorbereiding en het ontwikkelproces als bij het beheer (eigenaarschap) ervan.

- Klinische praktijkrichtlijnen werden aanvankelijk vooral ontwikkeld voor en gericht op 1 omschreven beroepsgroep/discipline, ook wel monodisciplinaire klinische praktijkrichtlijnen genoemd. Omdat in toenemende mate patiënten tijdens het zorgproces te maken kregen met meerdere disciplines, zijn multidisciplinaire klinische praktijkrichtlijnen steeds belangrijker geworden. De onderwerpen hiervan betroffen vaak een grote patiëntenpopulatie en werden voorzien van aanbevelingen die door alle bij het onderwerp betrokken disciplines werden geformuleerd. Deze richtlijnen besteden naast de klinische en zorginhoudelijke aanbevelingen ook aandacht aan de organisatie van het zorgproces, zowel qua inrichting als qua afstemming. Deze onderdelen van een klinische praktijkrichtlijn worden ook wel zorgstandaarden genoemd (Van Everdingen et al, 2014).

Het merendeel van de in de mondzorg ontwikkelde klinische praktijkrichtlijnen heeft een multidisciplinair karakter, waarmee dus meer dan 1 discipline wordt aangespoord de aanbevelingen in de praktijk te hanteren.

- Een recente ontwikkeling is dat multidisciplinaire richtlijnen worden onderverdeeld in een gemeenschappelijk multidisciplinair deel en afzonderlijke per discipline/beroepsgroep uitgewerkte delen (modules). Daarbij is iedere discipline/beroepsgroep zelf verantwoordelijk voor het eigen deel. Deze zogeheten modulaire richtlijnen bieden verschillende voordelen, zoals flexibiliteit bij aanpassingen, actualisatie op onderdelen en het koppelen van aanbevelingen uit verschillende richtlijnen in geval van comorbiditeit. Ook voor de organisatie van het landelijk richtlijnprogramma in de mondzorg, met zijn diversiteit aan disciplines, biedt deze benadering mogelijkheden om effectief en efficiënt om te gaan met de beheersmatige kanten van te ontwikkelen evidencebased richtlijnen.



Afb. 1. Categorisering van evidencebased richtlijnen in het KiMo-register.

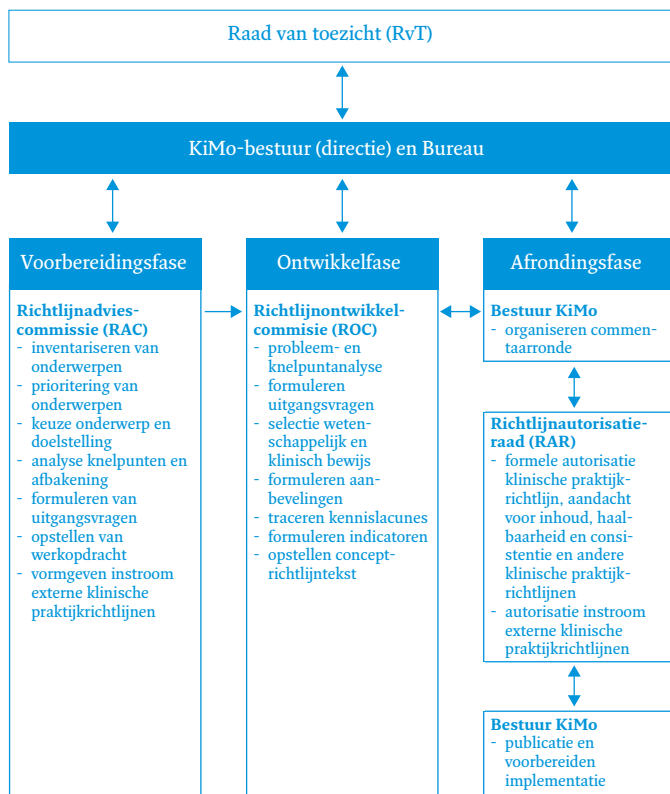
- Naast de uitbreiding van het aantal bij de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen betrokken disciplines werden ook, in het kader van de wens naar doelmatigere en efficiëntere zorg, kosteneffectiviteitsanalyses uitgevoerd om de richtlijnconforme aanbevelingen verder te kunnen onderbouwen.
- Klinische praktijkrichtlijnen kennen tegenwoordig ook zogeheten patiëntversies en bij het ontwikkelproces van richtlijnen spelen patiënten vaak een actieve rol. Dit gebeurt onder meer door rekening te houden met de ervaringskennis van patiënten, die een belangrijke aanvulling kan vormen op de wetenschappelijke kennis en klinische praktijkervaring (Van Everdingen et al, 2014). Over de beste methode om dit te realiseren is echter nog weinig bekend (Grol en Wensing, 2011).

Bij de uitvoering van een landelijk evidencebased richtlijnprogramma in de mondzorg zou in de aanvang van het ontwikkelproces rekening moeten worden gehouden met voornoemde kenmerken van klinische praktijkrichtlijnen. Dat kan bijdragen aan een logische opbouw van het KiMo-register, waardoor het landelijk programma overzichtelijk wordt voor de praktijk en de kwaliteit van het evidencebased proces wordt bevorderd (afb.1).

### Methode van evidencebased richtlijnontwikkeling

In 2012 presenteerde een landelijke groep van richtlijnexperts een herziene versie van de Richtlijn voor richtlijnen (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). In het document worden 20 criteria geformuleerd waaraan klinische praktijkrichtlijnen die zijn ontwikkeld volgens de EBRO-methode dienen te voldoen. Deze criteria zijn in de gezondheidszorg algemeen geaccepteerd en vormen het uitgangspunt voor de methodiek van de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen binnen de mondzorg. Vanzelfsprekend kent de mondzorg ook haar eigen specifieke karakteristieken, waarmee bij de richtlijnontwikkeling rekening zal moeten worden gehouden. Denk onder meer aan de diversiteit van zorgverleners met verschillende opleidingsprofielen, het grote aantal relatief kleine wetenschappelijke verenigingen die geen vertegenwoordigende koepel hebben en de beperkte kennis en ervaring met EBRO in het mondzorgveld (KiMo i.o., 2014).

EBRO bestaat uit 3 afzonderlijke fasen: de voorbereidings-



Afb. 2. Organisatie en inhoud van het proces voor evidencebased richtlijnontwikkeling in de mondzorg.

fase, de ontwikkelfase en de afrondingsfase (afb. 2). Deze fasen vormen ook de route waarlangs het proces van richtlijnontwikkeling binnen KiMo wordt uitgevoerd. Hierna worden per fase de onderdelen van dit proces beschreven.

Het ontwikkelen van een klinische praktijkrichtlijnen kan worden beschouwd als een project waarin verschillende commissies een taak vervullen. Zonder gedegen management, met aandacht voor planning, begroting, administratieve ondersteuning, aansturing van commissies en procesbewaking, kan zo'n projectmatige aanpak niet optimaal werken. Bij KiMo ligt de eindverantwoordelijkheid hiervoor bij het bestuur/de directie, dat verantwoording aflegt aan een raad van toezicht. Deze staat onder leiding van een onafhankelijk voorzitter.

### Voorbereidingsfase

Intermezzo 2 toont de KiMo-organisatie tijdens de voorbereidingsfase. De zorgvuldigheid waarmee deze fase wordt uitgevoerd, bepaalt in hoge mate het succes van het ontwikkeltraject en met name de invoering van de klinische praktijkrichtlijn in de praktijk. Deze fase begint met het inventariseren van onderwerpen die voor richtlijnontwikkeling in aanmerking kunnen komen. Onderwerpen kunnen vanuit verschillende geledingen en door alle betrokken partijen binnen KiMo en daarbuiten worden ingebracht. Bij een eerste inventarisatie is het stellen van een aantal kernvragen belangrijk. Zoals:

- Draagt het ontwikkelen van een klinische praktijkrichtlijn voor dit onderwerp bij aan het optimaliseren van de kwaliteit van zorg in de praktijk?

## Intermezzo 2. Voorbereidingsfase, organisatie binnen KiMo

### De richtlijnadviescommissie

De richtlijnadviescommissie (RAC) is een vaste commissie die voor een bepaalde termijn (3 à 4 jaar) wordt benoemd met een getrappt aftreedschema.

### Taak

De RAC is adviescommissie van het bestuur met betrekking tot alle aspecten die van belang zijn om het EBRO-programma in 3 fasen zo optimaal mogelijk te faciliteren (afb.2). De RAC kan altijd gevraagd en ongevraagd advies uitbrengen.

### Samenstelling

De RAC wordt gevormd door ervaren zorgverleners, die actief zijn in de klinische mondzorg en affiniteit hebben met onderzoek, kwaliteit van zorg en richtlijnontwikkeling. In de RAC vormen de mondzorgverleners in KiMo een representatieve afspiegeling van de beroepsgroepen.

De samenstelling van de RAC is als volgt:

- onafhankelijk voorzitter met gezag binnen de mondzorg;
- leden, zorgverleners uit de klinische mondzorg;
- lid, vertegenwoordiger opleidingen (op persoonlijke titel);
- lid, met specifieke expertise op het gebied van EBRO in de gezondheidszorg;
- professionele secretaris (medewerker KiMo).

### Expertise

De RAC kan expertise inhuren als dat wenselijk wordt geacht. Hierbij kan worden gedacht aan patiëntvertegenwoordigers, zorgverzekeraars en anderen.

RAC-leden worden in de gelegenheid gesteld zich door scholing de kennis van de EBRO-methode eigen te maken.

### Bestuurlijk

Het bestuur benoemt de RAC-leden en werkt samen met RAC om het EBRO-programma in de 3 fasen te faciliteren. Voor de definitieve werkopdracht van een te ontwikkelen klinische praktijkrichtlijn wordt door de RAC een advies uitgebracht aan het bestuur. Het bestuur neemt op basis daarvan een gemotiveerd besluit om een richtlijn te gaan ontwikkelen en stelt vervolgens de werkopdracht voor de ontwikkelcommissie vast.

- Wat is er bekend over de huidige zorg?
  - Hoe vaak komt het probleem voor en bij wie?
  - Hebben de betrokken zorgverleners en patiënten er ook behoefte aan, oftewel leiden de aanbevelingen tot betere keuzes in plaats van meer dilemma's en controverses?
- Deze kernvragen dragen bij aan het op efficiënte wijze omgaan met een landelijk richtlijnprogramma. Is een richtlijn wel de juiste oplossing voor het geconstateerde probleem? Immers, niet alle problemen in de mondzorg zijn op te lossen met het ontwikkelen van klinische praktijkrichtlijnen. Bovendien heeft ieder richtlijnprogramma te maken met beperkingen van menskracht en middelen. Daarom is een

weloverwogen inventarisatie van potentiële onderwerpen een cruciale beginstap.

### **Prioritering van onderwerpen**

In hoeverre het relevant is om over een onderwerp een richtlijn te ontwikkelen, hangt af vanuit welk perspectief het onderwerp wordt beschouwd. Deze relevantie bepaalt in hoge mate de prioriteit van een onderwerp. De behoefte aan klinische praktijkrichtlijnen bij zorgverleners, de ernst van een aandoening of probleem, de bevordering van kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid blijken voor huisartsen en medisch specialisten de belangrijkste prioriteitscriteria te zijn (OMS/NHG, 2012). Het lijkt zinvol om daarnaast prioriteringscriteria te ontwikkelen die recht doen aan de specifieke voorkeuren en wensen van de verschillende beroepsgroepen in KiMo. Specifiek voor de mondzorg is dat er vervolgens een categorisering van de conceptpraktijkrichtlijn plaatsvindt naar type richtlijn, naar domein binnen de mondzorgcyclus en naar fase binnen de integrale mondzorg (afb. 1) (Mettes et al, 2014).

KiMo zal starten met een meerjarenplan/agenda waarbij de inbreng van de betrokken beroepsgroepen van groot belang is. Een eerste aanzet is gegeven en het streven is klein te beginnen maar groot te denken, oftewel te streven naar 1 nieuwe en 1 herziene klinische praktijkrichtlijn per jaar (KiMo i.o., 2014). Voorts zal een methode worden opgezet om de participerende zorgverleners en verenigingen in de mondzorg met tussenpozen te vragen naar wensen, behoeften en knelpunten in de praktijk. Voor potentiële praktijkrichtlijnonderwerpen kan deze raadpleging worden uitgevoerd door de peilstations van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). Om voor de prioritering van onderwerpen relevante data betrouwbaar te kunnen verzamelen en om gegevens te vergaren over het effect van toepassing van klinische praktijkrichtlijnen, is samenwerking met dit doorlopend onderzoeksproject wenselijk.

### **Van onderwerpkeuze naar doelstelling**

Is eenmaal de prioriteit van een onderwerp bepaald, dan worden de doelstelling, de reikwijdte van de klinische praktijkrichtlijn en de primair betrokken doelgroep(en) expliciet omschreven. De primair betrokken doelgroepen zijn die organisaties die gezamenlijk het belangrijkste aandeel hebben in de zorg aan de omschreven zorggebruikers.

### **Analyse knelpunten en afbakening**

De volgende stap is het zichtbaar maken van factoren die bevorderend of belemmerend kunnen zijn bij het ontwikkelen van een klinische praktijkrichtlijn en het gebruik daarvan in de praktijk. Mondzorgverleners zijn daarbij in eerste instantie betrokken, maar afhankelijk van het onderwerp kunnen dat ook patiënten en andere belanghebbenden zijn. Deze analyse heeft tot doel vooraf mogelijke problemen en behoeften in het veld in beeld te brengen en daarmee het onderwerp af te bakenen. Denk bijvoorbeeld aan een focus op alleen screening, diagnos-

tiek of therapie, maar ook aan beperkt beschikbare tijd en middelen om aanbevelingen optimaal te kunnen uitvoeren. Een dergelijke gerichte en afgebakende aanpak kan de betrokkenheid van en het draagvlak bij zorgverleners verhogen (Grol en Wensing, 2011). Methoden om een dergelijke analyse onder toekomstige gebruikers uit te voeren, variëren van eenvoudig en kortdurend tot uitgebreid en tijdrovend. Het is maar net hoeveel discussie of tegenstrijdige opvattingen daarover in het veld leven. Voorbeelden van deze methoden zijn: literatuuronderzoek, analyse van databestanden, individuele of groepsinterviews, telefonische en webenquêtes. Het vastleggen van de uitkomsten van deze analyse is aan te bevelen voor evaluatie van latere implementatieproblemen.

### **Formuleren van uitgangsvragen**

Met uitgangsvragen worden die vragen bedoeld, waarop de klinische praktijkrichtlijn een antwoord moet gaan geven door middel van een of meer aanbevelingen. Het zijn enerzijds zo specifiek mogelijk gestelde vragen (PICO), gericht op de desbetreffende patiëntenpopulatie, eventuele interventie(s) versus controles en relevante uitkomstmaten. De PICO-methode draagt bij aan het gericht en efficiënt zoeken en selecteren in de wetenschappelijke literatuur (Scholten, 2014). Anderzijds kunnen uitgangsvragen zich ook richten op vormen van taakverdeling, organisatie, stroomlijning en onderlinge communicatie. Daarover kunnen in de klinische praktijkrichtlijn afspraken worden opgenomen. Het verdient aanbeveling het aantal uitgangsvragen per klinische praktijkrichtlijn zo veel mogelijk te beperken.

### **Opstellen werkopdracht**

Elk advies om over een bepaald onderwerp een klinische praktijkrichtlijn te ontwikkelen, gaat gepaard met een werkopdracht voor de in het leven te roepen richtlijnontwikkelcommissie (ROC). Deze werkopdracht is gebaseerd op een afgebakend onderwerp en een eerste analyse van de knelpunten. Hierin wordt nadrukkelijk verwoord welke concrete problematiek de beoogde klinische praktijkrichtlijn moet behandelen (scope van de richtlijn). Hierbij horen gerichte uitgangsvragen, waarmee helder wordt omschreven waar de klinische praktijkrichtlijn wel en niet over gaat en welke beroepen en zorggebruikers primair zijn betrokken. Verder wordt voor ieder nieuwe klinische praktijkrichtlijn opnieuw beoordeeld op welke wijze het patiëntperspectief wordt vormgegeven.

De richtlijnadviescommissie (RAC) kan gevraagd en ongevraagd advies uitbrengen aan het KiMo-bestuur over het uiteindelijke projectplan voor een te ontwikkelen richtlijn (uitgewerkte werkopdracht), de evaluatie en het onderhoud van reeds bestaande richtlijnen.

### **Ontwikkelfase**

Het ontwikkelen van een klinische praktijkrichtlijn is een groepsproces (zie intermezzo 3). Een evenwichtige samenstelling van een richtlijnontwikkelcommissie (ROC) door

### Intermezzo 3. Ontwikkefase, organisatie binnen KiMo

#### De richtlijnontwikkelcommissie

In tegenstelling tot de RAC is de richtlijnontwikkelcommissie (ROC) een beperkte periode in functie. Voor iedere te ontwikkelen klinische praktijkrichtlijn wordt een nieuwe ROC samengesteld.

#### Taak

De belangrijkste taak is het uitvoeren van de werkopdracht voor de te ontwikkelen klinische praktijkrichtlijn, zoals door de RAC en het bestuur geformuleerd volgens de methode zoals omschreven in dit artikel.

#### Samenstelling

De samenstelling van een ROC is als volgt:

- een voorzitter, die deskundig is op of affiniteit heeft met het onderwerp en die leiding kan geven aan deskundigen;
- leden (afhankelijk van onderwerp en type klinische praktijkrichtlijn), onder wie ervaren mondzorgverleners met aantoonbare deskundigheid op het onderwerp, bij voorkeur vanuit de wetenschappelijke verenigingen;
- leden, richtlijnexperts op het gebied van literatuurverzameling en -beoordeling, methodologie en implementatie (KiMo-medewerkers);
- professionele secretaris (medewerker KiMo), ervaren in schrijven en redigeren van richtlijnteksten.

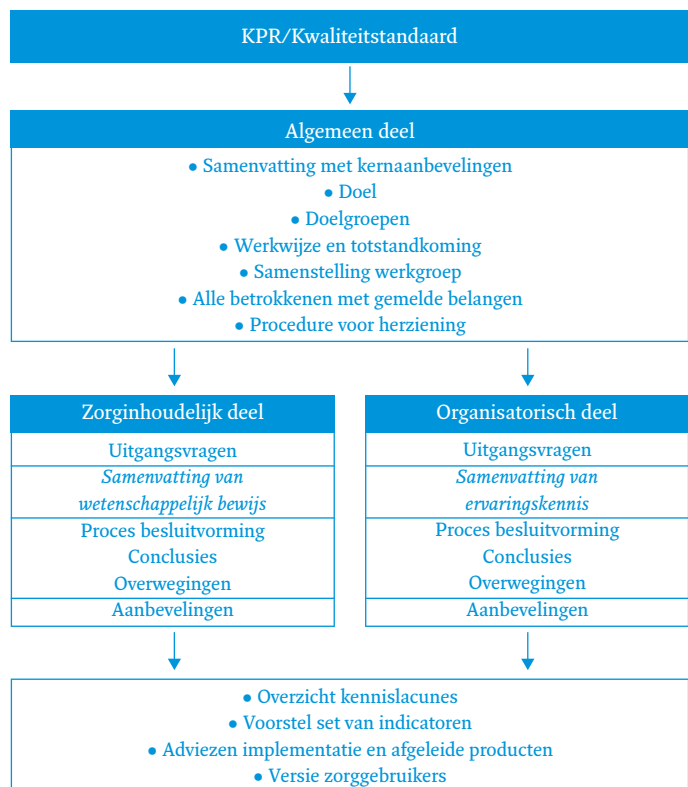
#### Expertise

Van de toekomstige leden van een ROC wordt, in voorbereiding op hun functionele rol, verwacht dat ze zich kennis van de EBRO-methode hebben eigengemaakt.

#### Bestuurlijk

Het bestuur stelt de ROC samen, benoemt de leden, ziet toe op de uitvoering van de vastgestelde werkopdracht voor de ROC en biedt het resultaat in de vorm van de concept-klinische praktijkrichtlijn aan voor consultatie in de afrondingsfase aan betrokken beroepsgroepen.

een goede mix van wetenschappelijke expertise en klinische ervaring draagt bij aan de acceptatie en het draagvlak van de klinische praktijkrichtlijn bij de gebruikers. De 'richtlijnexperts' in een ROC voeren de op wetenschappelijke methoden gerichte taken uit. Conflicterende belangen worden zo veel mogelijk uitgesloten doordat de leden vooraf een verklaring ondertekenen. De voorzitter van de ROC vervult een spilfunctie en is idealiter inhoudsdeskundig, onpartijdig en vaardig op het terrein van groepsdynamica (Van Everdingen et al, 2014). Een goede samenwerking in de commissie tussen de klinisch experts en de 'richtlijnexperts' bevordert een efficiënte zoektocht naar en interpretatie van het beste bewijs. De taken worden bij de start van de werkzaamheden verdeeld en vastgelegd. Bij meningsverschillen wordt primair gestreefd naar consensus. Afbeelding 3 geeft een overzicht van de onderdelen waaruit een klinische praktijkrichtlijn is samengesteld.



Afb. 3. Onderdelen van een klinische praktijkrichtlijn/kwaliteitstandaard.

#### Van knelpuntenanalyse naar uitgangsvragen

Op basis van de werkopdracht start een ROC de ontwikkeling van een klinische praktijkrichtlijn met de geformuleerde probleem- en knelpuntenanalyse, die zich kan richten op zowel de inhoud als de organisatie van zorg rondom het onderwerp. Het doel hiervan is om een zo nauwkeurig mogelijk beeld te krijgen van de werkelijke problematiek in de praktijk en de mogelijke belemmerende en bevorderende factoren voor acceptatie en invoering van een klinische praktijkrichtlijn. Veelgebruikte methoden zijn literatuuronderzoek, schriftelijke enquêtes en focusgroepen. Op grond van de uitkomsten van deze analyse worden de definitieve uitgangsvragen opgesteld, die betrekking hebben op de onderdelen die bij de categorisering van de klinische praktijkrichtlijn in de werkopdracht zijn benoemd. Daarbij wordt een duidelijke relatie gelegd met het proces van mondzorgverlening, de daarbij te onderscheiden kernwaarden en de organisatie van de zorg (Mettes et al, 2014). Tevens wordt bezien hoe het patiëntperspectief een plaats krijgt in de uitgangsvragen. Verder kan de analyse uitwijzen dat aanvullende deskundigheid nodig is, bijvoorbeeld op juridisch, gezondheidseconomisch of ander gebied (Shekelle, 1999). Afrondend wordt op hoofdlijnen advies gegeven welk budget realistisch is en of de huidige samenstelling van de ROC aanpassing behoeft voor de te ontwikkelen c.q. te herziene klinische praktijkrichtlijn.

#### Selectie en beoordeling van wetenschappelijk en klinisch bewijs

Een belangrijk kenmerk van evidencebased richtlijnontwikkeling is dat de aanbevelingen in de klinische praktijkrichtlijn zijn gebaseerd op goed beschreven en me-

Aspect	Omschrijving
Evenwichtig	De balans tussen gezondheidswinst, bijwerkingen, veiligheid, doelmatigheid en patiënt- en zorgverlenersvoorkeuren.
Haalbaar	De generaliseerbaarheid en toepasbaarheid van het bewijs voor de doelpopulatie in de klinische praktijkrichtlijn.
Kosten	De kosten verbonden aan de voorgestelde interventie en schattingen van de kosteneffectiviteit.
Uitvoerbaar	De acceptatie en uitvoerbaarheid van de aanbevelingen in termen van benodigde vaardigheden, geld, tijd, beschikbare staf, voorkeur patiënten, beperkingen van het gezondheidszorgsysteem.
Onderbouwing bewijs	De expliciete relatie tussen de onderliggende kennis (wetenschappelijk en/of expertise) en de geformuleerde aanbeveling.
Hardheid aanbeveling	Hoe krachtig de aanbevelingen moet worden opgevat. Als er voldoende bewijs is voor de meerwaarde van een nieuwe interventie ten opzichte van een bestaande interventie, wordt de voorkeur uitgesproken voor de nieuwe interventie. Bij gelijkwaardige keuzeopties worden de voor- en nadelen van de verschillende beleidsopties beschreven om de besluitvorming in de praktijk te ondersteunen.
Invoering praktijk	Implementeerbaarheid met het oog op vertaling in algoritmes en computerondersteuning.

**Tabel 1.** Aspecten die bij het formuleren van aanbevelingen in een klinische praktijkrichtlijn een rol spelen.

thodologisch betrouwbaar uitgevoerd onderzoek. Op basis van de uitgangsvragen wordt een gerichte zoektocht (systematisch literatuuronderzoek) ondernomen naar 'het beste' wetenschappelijke en klinische bewijs, om zo een bijdrage te leveren aan een onderbouwde discussie over de geformuleerde uitgangsvragen. Hiertoe worden verschillende informatiebronnen gebruikt: bibliografische databases, beschikbare evidencebased richtlijnen, systematische literatuuroverzichten ('systematic reviews') en landelijke registratiesystemen (van bijvoorbeeld het Centraal Bureau voor de Statistiek). Informatiespecialisten ondersteund door vakinhoudelijke werkgroepleden vormen de garantie voor een betrouwbare en doelmatige zoekactie. Relevante artikelen worden kritisch beoordeeld op methodologische kwaliteit en de kans op vertekening. Het GRADE-systeem (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), waarover Balshem (2011) heeft gepubliceerd, vormt daarbij de huidige kwaliteitsnorm.

### Formuleren van aanbevelingen

Aanbevelingen volgen nooit direct uit de conclusies die uit de wetenschappelijke literatuur zijn af te leiden. De kennis die hieruit voortvloeit dient door de ROC-leden in de context van de klinische praktijk te worden beoordeeld. Denk bijvoorbeeld aan praktische haalbaarheid, patiëntperspectief en kosten (Van Everdingen et al, 2014). Een ander belangrijk kwaliteitscriterium voor het praktisch gebruik van klinische praktijkrichtlijnen is de helderheid en eenduidigheid van de geformuleerde aanbevelingen. Bij het opstellen van de aanbevelingen wordt daarom rekening gehouden met aspecten die bij de toepassing van deze aanbevelingen in de praktijk van belang zijn (tab. 1) (Grol en Wensing, 2011).

### Traceren kennislacunes

In de klinische praktijkrichtlijn wordt door de ROC in een speciaal format ook beschreven op welke onderdelen sprake is van een of meer kennislacune(s). Daarvan is sprake bij

gebrekig bewijs, conflicterend bewijs of geen bewijs voor het adequaat beantwoorden van een uitgangsvraag. Kennislacunes kunnen een bijdrage leveren aan een geprioriteerde onderzoekagenda voor de klinische praktijk (Bruers, 2009).

### Formuleren van indicatoren

De toepassing van de klinische praktijkrichtlijn wordt bevorderd door het gebruik van op implementatie gerichte producten, zoals protocollen, auditsystemen, beslisbomen en algoritmes, computerapplicaties en voorlichtings- en educatiemateriaal (Grol en Wensing, 2011). Afgeleide producten voor de invoering van organisatieaspecten in de praktijk worden beschreven in zorgpaden en individuele zorgplannen. Of een klinische praktijkrichtlijn werkelijk wordt toegepast in de praktijk c.q. in welke mate sprake is van verbeterde kwaliteit van zorg, kan worden aangetoond met behulp van indicatoren. Dit zijn meetbare aspecten van zorg, die kunnen bijdragen aan het inzichtelijk maken van de structuur, de processen en de uitkomsten van het professioneel handelen. De kernaanbevelingen van een richtlijn vormen de voedingsbodem voor het formuleren van dergelijke indicatoren. Van belang is dat de in de praktijk te gebruiken indicatoren systematisch, valide en betrouwbaar zijn ontwikkeld (Campbell et al, 2003).

### Conceptteksten richtlijn

De ontwikkelfase wordt afgerond met het schrijven van de concepttekst van de klinische praktijkrichtlijn. Aan de volledige tekst dienen hoge eisen te worden gesteld wat betreft helderheid, eenduidigheid en leesbaarheid. Termen, (klinische) begrippen en afkortingen moeten in consistente bewoordingen in de concepttekst worden gebruikt. Het bevorderen van uniformiteit in taal verlangt specifieke deskundigheid, die in de ROC is vertegenwoordigd of kan worden ingehuurd.

Nadat de ROC het concept van de klinische praktijkrichtlijn heeft voltooid, wordt deze voorgelegd aan het

## Intermezzo 4. Afrondingsfase, organisatie binnen KiMo

### De richtlijnautorisatieraad

De richtlijnautorisatieraad (RAR) wordt benoemd voor een vaste periode (3-4 jaar) en werkt met een getrappt aftreeschema.

### Taak

Het uitvoeren van de formele autorisatie van de procedure voor evidencebased richtlijnontwikkeling en het geven van een bindend advies, nadat een commentaaronde/consultatie onder alle betrokken beroepsgroepen over de concept-klinische praktijkrichtlijn succesvol is afgerond. In de aanvangsfase zal autorisatie plaatsvinden van klinische praktijkrichtlijnen die binnen en buiten KiMo (instroom) worden/zijn ontwikkeld

### Samenstelling

De RAR is een vaste commissie, die als volgt is samengesteld:

- een onafhankelijke voorzitter van naam en faam met kennis van de mondzorg;
- leden met expertise op het terrein van de mondzorg en richtlijnontwikkeling.

### Expertise

Het is mogelijk om in de RAR 'variabele' leden op te nemen met specifieke expertise voor onderdelen van het concept van een klinische praktijkrichtlijn.

### Bestuurlijk

Het bestuur is verantwoordelijk voor de organisatie van een commentaaronde onder betrokken beroepsgroepen, het terugkoppelen van bevindingen naar een ROC en vervolgens verstrekken van de opdracht tot autorisatie aan de RAR. Na afronding van de autorisatie coördineert het bestuur de publicatie en de implementatie van een klinische praktijkrichtlijn.

KiMo-bestuur, ter beoordeling van de wijze waarop de brede commentaaronde wordt vormgegeven. De RAR kan het bestuur hierbij adviseren over de opties bij het uitzetten van de concept-klinische praktijkrichtlijn bij alle betrokken disciplines en organisaties.

### Afrondingsfase

Kenmerkend voor de afrondingsfase is dat er 2 duidelijk van elkaar te onderscheiden trajecten worden afgelegd (zie intermezzo 4). Nadat de ROC het concept van de klinische praktijkrichtlijn heeft aangeboden voor consultatie, wordt door het KiMo-bestuur in het eerste traject een commentaaronde georganiseerd. Het bestuur beoordeelt in samenspraak met betrokkenen op welke wijze die wordt opgezet. In deze commentaaronde wordt het concept van de klinische praktijkrichtlijn in principe voorgelegd aan alle experts, toekomstige gebruikers en belanghebbenden. Eventueel kan ook worden gekozen voor een commentaaronde bij een representatieve steekproef van betrokkenen. De belangrijkste doelen zijn het opsporen van onvolko-

menheden en onjuistheden, het verzamelen van aanvullingen, het vernemen van praktische problemen bij invoering als gevolg van praktijkvariatie en uiteindelijk ook het creëren van draagvlak.

Het commentaar kan zich richten op de inhoudelijke onderdelen van de klinische praktijkrichtlijn, maar ook op daarvan afgeleide producten, zoals beslissingsondersteunende hulpmiddelen en/of te hanteren indicatoren (Richtlijn voor richtlijnen, 2012).

De vorm van de commentaaronde varieert en is afhankelijk van factoren zoals aantal, omvang en soort bij de klinische praktijkrichtlijn betrokken beroepsgroepen. Ook de inbreng van patiëntenorganisaties en de reikwijdte van het onderwerp voor de praktijk spelen hierbij een rol. De te hanteren methoden kunnen variëren van een 'invitational conference', een landelijke openbare bijeenkomst tot vragenlijstonderzoek. Ook kan worden gekozen voor het uitvoeren van een praktijktest van het concept van de klinische praktijkrichtlijn (feasibility study) of uitsluitend het plaatsen ervan op de website van de betrokken beroepsverenigingen. De methode van consultatie is niet voor iedere concept-klinische praktijkrichtlijn hetzelfde, wel de daarvoor vooraf gestelde termijn van ongeveer 6 tot 8 weken. Het resultaat van de commentaaronde kan zijn dat het concept ongewijzigd of met kleine wijzigingen wordt geaccepteerd. Stuit het concept op onderbouwde bezwaren, dan wordt een revisie door de ROC wenselijk.

### Formele autorisatie

Het tweede traject in de afrondingsfase is de formele autorisatie. Autorisatie betekent het formeel geldend en bindend verklaren van een klinische praktijkrichtlijn. Hierdoor verkrijgt deze een officiële status als norm binnen een of meer beroepsgroepen. Het autoriseren is een onafhankelijke, afrondende procedure, niet te verwarren met de daaraan voorafgaande brede commentaaronde door betrokken beroepsgroepen. Tijdens de autorisatieprocedure kunnen namelijk geen nieuwe inhoudelijke discussiepunten worden ingebracht; daarvoor is expliciet de commentaaronde bestemd. Autoriseren is een finale beoordeling van de gevolgde procedure, de wetenschappelijke onderbouwing van de inhoud, de toepasbaar- en haalbaarheid en de consistentie met andere richtlijnen op aanpalende gebieden.

Autorisatie kan op vele manieren worden georganiseerd en de beroepsgroepen in de gezondheidszorg hebben ieder hun eigen specifieke procedure ontwikkeld, passend bij de organisatiestructuur van het landelijk richtlijnprogramma. Voor de mondzorg dient voor aanvang van de autorisatieprocedure rekening te worden gehouden met aspecten als: het soort klinische praktijkrichtlijn (nieuw of te herzien, intern of extern) en het eigenaarschap ervan (geheel of gedeeld bij KiMo).

Elementair is dat de autorisatie onafhankelijk, bevoegd en deskundig wordt uitgevoerd aan de hand van vooraf vastgestelde criteria. Een belangrijk onderdeel van het autoriseren is de toetsing van een klinische praktijkrichtlijn met behulp van het gevalideerde AGREE-instrument

### Intermezzo 5. AGREE-toetsing voor de kwaliteit van klinische praktijkrichtlijnen

Voor het beoordelen van de kwaliteit van klinische richtlijnen, door middel van een kwaliteitsscore, is sinds 2001 een instrument beschikbaar: AGREE (Appraisal Instrument for Guidelines, Research and Evaluation). Deze checklist is ontwikkeld door een internationale groep onderzoekers (the AGREE Collaboration). Het is een gevalideerd instrument waarbij een kwaliteitsscore wordt toegekend op 6 domeinen onderverdeeld in 23 criteria. Het vormt een hulpmiddel voor richtlijnmakers en -gebruikers om de methodologische kwaliteit van klinische praktijkrichtlijnen te beoordelen.

Vergelijkend onderzoek naar de kwaliteit van richtlijnen met behulp van het AGREE-instrument in Nederland voor zowel CBO-richtlijnen en NHG-Standaarden als voor klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg laat zien dat de kwaliteit van evidencebased richtlijnen op onderdelen kan worden verbeterd en dat voor betrouwbare beoordeling voldoende gegevens uit richtlijndocumenten beschikbaar moeten zijn om het instrument betrouwbaar te kunnen gebruiken (Burgers et al, 2004; Van der Sanden et al, 2007). Inmiddels is na een nieuwe valideringsronde een tweede versie van het instrument tot stand gekomen: AGREE II (Brouwers, 2010). Het instrument wordt beschouwd als een internationale standaard voor verslaglegging van klinische praktijkrichtlijnen, vergelijkbaar met de standaard voor verslaglegging voor gerandomiseerde onderzoeken (CONSORT).

Domeinen	Criteria
I. Onderwerp en doel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het doel van de richtlijn is specifiek omschreven.</li> <li>2. De vraag/vragen die in de richtlijn aan de orde komt/komen, is/zijn specifiek beschreven.</li> <li>3. De populatie (patiënten/algemene bevolking), waarop de richtlijn van toepassing is, is specifiek omschreven.</li> </ol>
II. Betrokkenheid belanghebbenden	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. De leden van de werkgroep die de richtlijn heeft ontwikkeld, komen uit alle relevante beroepsgroepen.</li> <li>5. Het perspectief en de doelpopulatie (patiënten/algemene bevolking) zijn nagegaan.</li> <li>6. De beoogde gebruikers zijn duidelijk benoemd.</li> </ol>
III. Methodologie	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Er zijn systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.</li> <li>8. De criteria voor het selecteren van het wetenschappelijk bewijs zijn beschreven.</li> <li>9. De sterke punten en de beperkingen van het wetenschappelijk bewijsmateriaal zijn beschreven.</li> <li>10. De gebruikte methoden om aanbevelingen op te stellen zijn duidelijk beschreven.</li> <li>11. Gezondheidswinst, bijwerkingen en risico's zijn overwogen bij het opstellen van de aanbevelingen.</li> <li>12. Er bestaat een expliciet verband tussen de aanbevelingen en het onderliggende wetenschappelijke bewijsmateriaal.</li> <li>13. De richtlijn is voor publicatie door externe experts beoordeeld.</li> <li>14. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld.</li> </ol>
IV. Helderheid en transparantie	<ol style="list-style-type: none"> <li>15. De aanbevelingen zijn specifiek en ondubbelzinnig.</li> <li>16. De verschillende beleidsopties zijn duidelijk vermeld.</li> <li>17. De kernaanbevelingen zijn makkelijk te herkennen.</li> </ol>
V. Toepassing	<ol style="list-style-type: none"> <li>18. De richtlijn beschrijft de bevorderende en belemmerende factoren bij het toepassen van de richtlijn.</li> <li>19. De richtlijn geeft adviezen en/of hulpmiddelen voor toepassing van de aanbevelingen in de praktijk.</li> <li>20. De mogelijke implicaties van het toepassen van de aanbevelingen voor de kosten en benodigde middelen zijn overwogen.</li> <li>21. De richtlijn geeft criteria om te toetsen of de richtlijn wordt gevolgd.</li> </ol>
VI. Onafhankelijkheid opstellers	<ol style="list-style-type: none"> <li>22. De opvattingen van de financierende instantie hebben de inhoud van de richtlijn niet beïnvloed.</li> <li>23. Conflicterende belangen van de leden van de werkgroep zijn vastgelegd en besproken.</li> </ol>

Tabel 1. Aspecten die bij het formuleren van aanbevelingen in een klinische praktijkrichtlijn een rol spelen.

(AGREE Collaboration, 2003). Intermezzo 5 toont hoe met behulp van versie II van AGREE de formele beoordeling van de kwaliteit van een klinische praktijkrichtlijn op een gestructureerde en geobjectiveerde wijze kan plaatsvinden. Binnen KiMo wordt deze taak uitgevoerd door een richtlijnautoriseringsraad (RAR), die voor een vaste periode

wordt benoemd. In het proces van autorisatie vervult de RAR een eigenstandige en onafhankelijke rol.

#### Publicatie en voorbereiden implementatie

Als de klinische praktijkrichtlijn formeel is geautoriseerd, ligt de weg open voor planning en uitvoering van de imple-



mentatie. Alle bij de evidencebased richtlijnontwikkeling betrokken verenigingen en organisaties verplichten zich in te zetten voor de in de klinische praktijkrichtlijn omschreven implementatiestrategie, inclusief de uitrol van indicatoren. Daaronder vallen alle activiteiten die zijn bedoeld om de beroepsbeoefenaren vertrouwd te maken met de inhoud van de klinische praktijkrichtlijn én hen te stimuleren om daadwerkelijk gebruik te maken van de aanbevelingen die daarin worden gedaan.

### Overgangsfase en instroom van richtlijnproducten

Naast het EBRO-proces voor nieuw te ontwikkelen klinische praktijkrichtlijnen zal KiMo in de eerste jaren ook inspanningen moet leveren en middelen moeten genereren om richtlijnproducten die van extern willen instromen te toetsen en, waar nodig, te ondersteunen met advies en coaching. Immers, evidencebased richtlijnen zullen vanaf de geplande start in 2015 niet alleen binnen KiMo worden ontwikkeld, maar ook daarbuiten, bijvoorbeeld op initiatief van een wetenschappelijke vereniging, door een universiteit of hogeschool of door een andere beroepsgroep met raakvlakken in de mondzorg.

Voor deze categorie nieuwe evidencebased richtlijnen is het van groot belang dat zo'n 'externe' klinische praktijkrichtlijn vroegtijdig bij KiMo wordt aangemeld, dat die ontwikkeld is volgens de EBRO-methode en dat de autorisatie binnen KiMo kan plaatsvinden, waarna opname in het register mogelijk wordt. Ook liggen hier extra taken voor het KiMo-bestuur (het organiseren van een commentaaronde) en voor de RAR (het uitvoeren van de autorisatie) (afb. 2). Over het gehele of gedeelde eigenaarschap van de klinische praktijkrichtlijn worden afspraken gemaakt met betrokken partijen onder de coördinerende leiding van KiMo.

De als evidencebased gekwalificeerde klinische praktijkrichtlijnen die al voor 2014 zijn ontwikkeld worden in het KiMo-register opgenomen (KiMo i.o., 2014). Eigenaarschap en beheer, zoals onderhoud en update, komen daarbij aan de orde.

Daarnaast zijn er uit de periode van 2003 tot en met 2013 ook richtlijnproducten verschenen, die niet volgens de EBRO-methode tot stand zijn gekomen (KiMo i.o., 2014). In potentie kunnen deze richtlijnproducten in het register van KiMo een plaats verwerven. Een instroomprocedure, die recht doet aan de inspanningen van initiatiefnemers en ernaar streeft om de huidige evidencebased methode als nieuwe norm te nemen, is een van de coördinerende taken van KiMo. Ten aanzien van deze instromende niet-evidencebased richtlijnproducten van voor 2013 liggen hierbij ook extra taken voor de RAC, onder meer met betrekking tot de prioritering van onderwerpen en de toetsing van het evidencebased gehalte van het richtlijnproduct.

### Slot

De hoofdlijnen voor het proces en de inhoud van EBRO in de mondzorg zoals die zijn beschreven in dit artikel, vor-

men de basis voor een op te richten Kennisinstituut Mondzorg (KiMo). Deze uitwerking is gebaseerd op een in 2014 uitgebracht adviesrapport, samengesteld door vertegenwoordigers van beroepsorganisaties, wetenschappelijke verenigingen en opleidingen uit de eerste- en tweedelijns mondzorg (tandartsen, mondhygiënist, tandprothetici, mond- kaak- en aangezichtschirurgen en orthodontisten). Na een intensief traject van bijna 2 jaar is door alle partijen consensus bereikt over de opzet van KiMo, met de in dit artikel beschreven EBRO-methode als belangrijkste inhoudelijke pijler voor een landelijk richtlijnprogramma (KiMo i.o., 2014).

Het doel van KiMo is om binnen de eerste- en tweedelijns mondzorg evidencebased klinische praktijkrichtlijnen en aanverwante producten te ontwikkelen die aansluiten bij de behoeften van mondzorgverleners. Deze mondzorgverleners moeten erop kunnen vertrouwen dat KiMo betrouwbare, compacte en gebruiksvriendelijke producten aflevert, die ondersteunend zijn bij zowel de besluitvorming als de organisatie van de zorgverlening. Om dat vertrouwen te kunnen waarmaken, zullen de juiste deskundigen op de juiste plaats binnen de KiMo-organisatie een plek moeten krijgen.

EBRO vraagt een specifieke expertise en affiniteit, die niet noodzakelijkerwijs bij iedere mondzorgverlener aanwezig hoeft te zijn. De uitdaging voor KiMo in de eerste jaren is erop gericht om vanuit de participerende beroepsgroepen, door werving en opwekken van interesse, de benodigde expertise binnen te halen om vervolgens te bouwen aan een professionele organisatie, die voeling blijft houden met het werkveld. Een onafhankelijke coördinerende rol op het gebied van kennis over EBRO is elementair.

De EBRO-methode is een nauwkeurige wetenschappelijke exercitie gericht op het systematisch achterhalen van het 'beste bewijs' over een bepaald klinisch onderwerp, maar is ook een niet te onderschatten groepsproces van samenwerken en onderhandelen onder deskundige leiding en met heldere spelregels (Van Everdingen et al, 2014). Gezien de diversiteit van de deelnemende beroepsgroepen binnen KiMo zal aan deze samenwerking en aan de spelregels in de opstartfase extra aandacht moeten worden gegeven.

Het verder uitbouwen van een duurzame structuur rondom EBRO binnen de mondzorg kan alleen succesvol zijn als daarin actief vanuit de klinische praktijk, de wetenschap en de opleidingen wordt geparticipeerd. Met name van klinische zorgverleners, die op basis van een specifieke expertise actief zijn binnen een wetenschappelijke vereniging, mag worden verwacht dat participatie in een van de commissies van KiMo prioriteit heeft om kennisoverdracht en -innovaties door middel van klinische praktijkrichtlijnen te bevorderen. Training en scholing in technieken voor EBRO zijn daarmee onlosmakelijk verbonden.

Er zal behoefte zijn aan uiteenlopende systematisch verzamelde onderzoeksinformatie. Zo is op het niveau van de verschillende beroepsgroep(en) informatie nodig over knelpunten die zich in de klinische praktijk voordoen.

Deze gegevens bieden onderbouwing voor de onder-

werpkeuze voor nieuwe klinische praktijkrichtlijnen. Ook rondom de invoering en toepassing van deze klinische praktijkrichtlijnen is informatie nodig, vooral over wat de 'beste' manier is om die in de praktijk te gaan gebruiken. Wat zijn de barrières en welke zaken bevorderen het gebruik van een klinische praktijkrichtlijn, maar ook: in hoeverre worden de aanbevelingen uit een klinische praktijkrichtlijn gevolgd (indicatoren) en welke gezondheidseffecten zijn daarbij te constateren?

Wetenschappelijk onderzoek zal verder ondersteunend kunnen zijn om geconstateerde kennislacunes binnen klinische praktijkrichtlijnen te 'vullen'. Een landelijke onderzoekagenda voor de mondzorg met dito financiering is daarbij een essentiële voorwaarde voor het bereiken van de doelstellingen van KiMo.

De opleidingen hebben een belangrijke ondersteunende bijdrage te verlenen, in het bijzonder door het klinische onderwijs zo goed mogelijk af te stemmen op geaccepteerde klinische praktijkrichtlijnen, maar ook door in het curriculum studenten vroeg vertrouwd te maken met wetenschappelijke methoden van systematische ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen en het implementeren ervan in de klinische zorg.

Bij alle uitdagingen die nodig zijn om KiMo te laten uitgroeien tot een volwaardig kennisinstituut, mag de positie van patiënten niet ontbreken. Dit betekent niet dat patiënten bij alle 3 genoemde fasen actief moeten worden betrokken, maar wel dat op specifieke momenten hun inbreng relevant kan zijn. Bijvoorbeeld bij het vaststellen van de uitgangsvragen voor een te ontwikkelen klinische praktijkrichtlijn. Criteria die een rol voor patiënten spelen als het om optimale zorg gaat, zijn toegankelijke, tijdige, veilige en effectieve zorg (Institute of Medicine, 2001). Hierbij is het voor patiënten van belang wat uiteindelijk het effect is van richtlijnconforme zorg, zoals zichtbaar wordt in meetbare aspecten (indicatoren). Ook andere belanghebbenden, zoals de overheid (inspectie) en zorgverzekeraars, zullen een rol krijgen als de eerste stappen naar een onafhankelijk kennisinstituut zijn gezet.

De start van KiMo betekent ook de start van het verder uitbouwen van de aanwezige kennis en ervaring op het gebied van richtlijnontwikkeling voor de gehele professie. Mondzorgverleners zullen de komende jaren in toenemende mate met klinische praktijkrichtlijnen gaan werken en zullen de kennis en ervaring die daarbij wordt opgedaan verder kunnen delen en gaan uitbouwen. Dat proces zal tijd en inspanning vergen van iedereen in het veld. Het ligt daarom voor de hand dat KiMo vooral in de aanvangsfase gebruik gaat maken van externe 'richtlijnexperts', door samen te werken met ervaren richtlijnorganisaties zoals het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en het Kennisinstituut van de Medisch Specialisten (KIMS). Juist de aanwezigheid en beschikbaarheid van deze deskundigheid kan een waardevolle ondersteuning én stimulans bieden voor een succesvolle start van KiMo.

## Literatuur

- \* *The AGREE Collaboration*. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 18-23.
- \* *Balshem H, Hefland M, Schuneman HJ, et al*. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011; 64: 401-406.
- \* *Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al*. Development of the AGREE II, part 1: performance, usefulness and areas for improvement. *Can Med Ass J* 2010a; 182: E472-478.
- \* *Bruers JJM*. Onderzoek in algemene praktijken: uitdagingen voor tandartsen. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2009; 116: 17-21.
- \* *Burgers JS, Boluyt N*. De kwaliteit CBO-richtlijnen en NHG-standaarden beoordeeld met het AGREE-instrument. *Huisarts Wet* 2004; 47: 394-399.
- \* *Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M*. Research on methods of developing and applying quality indicators in primary care. *Brit Med J* 2003; 326: 816-9.
- \* *Everdingen JJE van, Dreesens DHH, Burgers JS, et al*. Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
- \* *Grol R, Wensing M*. Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business, 2011.
- \* *Institute of Medicine (IOM)*. Crossing the quality Chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC: Institute of Medicine, 2001.
- \* *Kennisinstituut Mondzorg (KiMo) i.o.* Visie en methodiek voor richtlijnontwikkeling voor het (adviesrapport). Nieuwegein: KiMo i.o, 2014.
- \* *Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO*. Evidence-based Richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden. Utrecht: CBO, 2005.
- \* *Mettes ThG, Barendregt DS, Oosterkamp B, Bruers JM*. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 1. Maatschappelijke, professioneel en zorginhoudelijk perspectief. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2014; 121: 597-605.
- \* *Sanden WJM van der*. Clinical practice guidelines in dental care: Studies on development and use. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2003. Academisch proefschrift.
- \* *Sanden WJ van der, Nienhuijs ME, Mettes TG*. De rol van richtlijnen en systematische literatuuroverzichten in de tandheelkundige zorgverlening. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2007; 114: 179-186.
- \* *Scholten RJPM, Offringa M, Assendelft WJJ*. Inleiding in de evidence-based medicine: klinische handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
- \* *Orde van Medisch Specialisten, Nederlands Huisartsen Genootschap*. Prioriteren onderwerpen voor richtlijnontwikkeling in Nederland; een lijst met geprioriteerde richtlijnonderwerpen. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2010-2012.
- \* *Regieraad Kwaliteit van Zorg*. Richtlijnen voor richtlijnen. Criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012.
- \* *Shekelle P, Woolf S, Eccles MP*. Developing guidelines. *Brit Med J* 1999; 318: 593-596.
- \* *Zorginstituut Nederland (ZIN)*. Advies en expertgroep Kwaliteitsstandaarden (AQUA). Diemen: ZIN, 2014.

## Summary

### **Evidence-based clinical practice guidelines in oral care 2: process and content of evidence-based guideline development**

*In 2014, an advisory report was published by a national working committee concerning how the current, applied method of evidence-based guideline development in healthcare can be used in oral care in a national guideline programme. In an independent Institute of Knowledge Translation in Oral Care, as yet to be established, primary and secondary oral care providers will participate in the programme in order to improve the quality of oral care in the Netherlands. With the launching of the Institute of Knowledge Translation in Oral Care, clinical guideline development will have the benefit of a structural approach, in which 3 successive steps can be distinguished: preparation, development and authorisation. In each of these steps, oral care providers and associations will be actively involved. In this way the aim is to give as much consideration as possible to the needs of those in the field of oral care in the choice of topics for guideline development and to secure the specific character of oral care in the actual establishment of guidelines for clinical practice.*

### **Bron**

T.G. Mettes, C. van Loveren<sup>1</sup>, B.A. van Oirschot<sup>4</sup>, N.W.D. van Maanen-Schakel<sup>5</sup>, F.G.A. van der Weijden<sup>2</sup>, J. J.M. Bruers<sup>3,6</sup>

Uit <sup>1</sup>het vakgebied Experimentele preventieve tandheelkunde, Cariologie en Orale microbiologie, <sup>2</sup>het vakgebied Parodontologie en <sup>3</sup>het vakgebied Sociale tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), <sup>4</sup>de afdeling Biomaterialen van het Radboudumc in Nijmegen, <sup>5</sup>het Instituut voor Paramedische Studies, Opleiding Mondzorgkunde, van de Hogeschool Utrecht en <sup>6</sup>de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) in Nieuwegein  
Datum van acceptatie: 13 oktober 2014

Adres: T.G. Mettes, Bosscheweg 13, 5281 AE Boxtel  
d.mettes@icloud.com