

# Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 1. Maatschappelijk, professioneel en zorginhoudelijk perspectief

Decennia geleden ontstond de behoefte om het klinisch handelen in de zorg af te stemmen op het beste bewijsmateriaal en daarmee aan de samenleving verantwoording af te leggen over het professioneel handelen. Het doel was om innovatieve kennis uit betrouwbare bronnen te implementeren in de dagelijkse praktijk om inadequate en onveilige zorg te beperken. In de mondzorg is verbetering en zichtbaar maken van het klinische handelen eveneens wenselijk. Op bewijs gebaseerde zorg is niet vanzelfsprekend en het gebruik van evidencebased richtlijnen verkeert nog in het beginstadium. Inmiddels is landelijk consensus bereikt tussen beroepsverenigingen, wetenschappelijke verenigingen en opleidingen over de inhoud van een landelijke structuur voor evidencebased richtlijnontwikkeling evenals over relevante begrippen en kernwaarden binnen een onafhankelijk kennisinstituut (Kennisinstituut Mondzorg, KiMo).

Mettes TG, Barendregt DS, Oosterkamp BCM, Bruers JJM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 1. Maatschappelijk, professioneel en zorginhoudelijk perspectief

Ned Tijdschr Tandheelkd 2014; 121: 597-605

10.5177/ntvt.2014.12.14179

## Inleiding

Enige decennia geleden ontstond in de geneeskunde een groeiende behoefte om het klinisch handelen af te stemmen op het beste bewijsmateriaal ('evidencebased' handelen). Daarmee werd beoogd klinische beslissingen continu te kunnen verbeteren en 'best practices' mogelijk te maken (Van Everdingen 2004; Burgers 2004). Onderzoek naar de kwaliteit van zorg in de klinische praktijk heeft daarmee aantoonbaar bijgedragen aan de bewustwording en optimalisering van het professioneel handelen in de gezondheidszorg. In de mondzorg zijn rond de eeuwwisseling door de Nijmeegse onderzoeksgroep 'Kwaliteit van tandheelkundige zorg' de eerste stappen gezet met wetenschappelijk onderzoek naar methoden van richtlijnontwikkeling en implementatie (Van der Sanden, 2003; Mettes et al, 2010). Daaraan lag de wens ten grondslag om de voortdurend groeiende kennis uit betrouwbare informatiebronnen te bundelen in beslissingsondersteunende documenten. Structureel 'bijblijven' bleek niet alleen tijdrovend, maar vroeg specifieke deskundigheid en was in de dagelijkse praktijk moeilijk uitvoerbaar. Desondanks mag een patiënt rekenen op een optimale behandeling, die op het 'beste' bewijs is gebaseerd. Dat dit niet vanzelfsprekend is in de gezondheidszorg wordt aangetoond door onderzoek in de eerste en tweede lijn. Er is sprake van aanwijsbaar inadequate zorg; te veel of te weinig handelen evenals vermijdbare schade door voor de patiënt onveilige zorg (Grol,

## Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel:

- heeft u inzicht in de noodzaak tot ontwikkeling van evidencebased klinische richtlijnen vanuit een maatschappelijk, professioneel en zorginhoudelijk perspectief.

2003; McGlynn et al, 2003; Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2005).

Ook in de mondzorg is verbetering van het professioneel klinisch handelen wenselijk. In een rapport van de Gezondheidsraad wordt onder meer gesteld dat er in de afgelopen jaren binnen de mondzorg weliswaar aandacht is geweest voor kwaliteitsbeleid, maar dat daarin de focus vooral gericht is geweest "op de randvoorwaarden en minder op de inhoudelijke kwaliteit van zorg" (Gezondheidsraad, 2012). Het evidencebased handelen is evenwel niet vanzelfsprekend en vraagt inzet. Waarom dat wel wenselijk wordt geacht, zal in dit artikel nader worden beargumenteerd. In het bijzonder zal ook worden ingegaan op de rol die klinische praktijkrichtlijnen daarbij als 'hulpmiddel' kunnen vervullen.

Het pleidooi voor evidencebased richtlijnontwikkeling (kortweg EBRO genoemd) zal eerst worden beschouwd vanuit maatschappelijk perspectief. Daarna zal worden ingegaan op de professionele en zorginhoudelijk uitgangspunten ervan. Hierbij zullen de begrippen mondgezondheid en mondziekten worden omschreven, wordt ingegaan op de missie van de mondzorg en wordt aangeduid welke kernwaarden bij de uitoefening van de klinische mondzorg gelden op basis van bestaande paradigma's. Daarmee wordt, als ware het een kompas, een zorginhoudelijke richting aangeduid voor nastrevenswaardige, eigentijdse mondzorg.

## Maatschappelijk perspectief

In de loop van de jaren '60 van de vorige eeuw werd vanuit verschillende medische disciplines duidelijk dat er sprake was van onverklaarbare variaties in het handelen van artsen én dus van kwaliteitsverschillen tussen artsen (Donabedian, 1966; Starfield, 1973). Gedurende meer dan 3 decennia heeft onderzoek naar de kwaliteit van zorg (health services research), als inmiddels geaccepteerd wetenschapsgebied, bijgedragen aan de maatschappelijke bewustwording en de daaruit voortkomende wens om onverklaarbare variatie in medisch handelen te kunnen duiden en zo veel mogelijk te beperken. Vooral dit besef ligt volgens Westert (2006) aan de basis van de maatschappelijke roep om meer transparantie in de zorg. In aansluiting daarop stelt Delnoij (2009) dat die roep vooral ook te maken heeft met 3 andere ontwikkelingen:

Maatschappelijk perspectief (externe rol)	Professioneel perspectief (interne rol)
Samenleving inzicht geven goed handelen	Samenvatting van wetenschappelijke kennis
Bijdragen aan betrokkenheid patiënten	Opsporing van lacunes in handelen
Duidelijk maken waar mondzorgverlener voor staat	Onderbouwing en verantwoording van beslissingen
Vormen van basis voor indicatoren	Basis voor onderwijs, nascholing en visitatie
Bijdragen aan transparante zorg	Basis voor samenwerkingsafspraken teams
	Stimulering van doelmatige zorg
	Vermindering van ongewenste variatie handelen

Tabel 1. Mogelijke bijdragen van klinische praktijkrichtlijnen aan optimale zorg vanuit maatschappelijk en professioneel perspectief (Grol en Wensing, 2011).

- Ten eerste wordt de afgelopen decennia binnen tal van maatschappelijke sectoren verlangd dat er duidelijkheid bestaat over het handelen van instanties, bedrijven en/of zorgverleners. Voorbeelden daarvan zijn: de informatieplicht van leveranciers aan consumenten van verbruiksgoederen, de wens tot politieke en bestuurlijke transparantie en de wens om zorginstellingen te kunnen vergelijken. De verwachting van het publiek is een antwoord te krijgen op de vraag waar men op kan rekenen bij een product en/of dienst. Delnoij (2009) stelt in dit verband dat "...transparantie nodig is, omdat instellingen en beroepsbeoefenaren moeten laten zien hoe zij collectieve middelen besteden".
- Voorts heeft de ontwikkeling naar meer transparantie ook te maken met de 'emancipatie van de patiënt'. Dit gaat over het streven naar meer gelijkwaardigheid in de relatie tussen patiënt en zorgverlener. In het bijzonder op het gebied van medische kennis is er veelal een inherente ongelijkwaardigheid, maar door het beschikbaar stellen van meer zorginformatie kunnen kennisbarrières tot op zeker hoogte worden geslecht.
- Een derde fenomeen dat een rol speelt is de marktwerking binnen de zorg. Uitgangspunt hierbij is het begrip 'vraaggestuurde zorg', dat wil zeggen zorg in het bijzonder bezien vanuit het perspectief van patiënten. In dat verband is het voor het functioneren van de zorgmarkt onontbeerlijk dat patiënten optimale toegang hebben tot informatie over de zorg.

Transparantie in de zorg is dus meer dan alleen het verzamelen van gegevens over gebruik, kosten en productie van zorg. Het gaat ook over het bieden van informatie over de geleverde kwaliteit en de uitkomsten van zorg. En dan zowel uitgedrukt per zorgaanbieder, per ziekenhuis, per verpleeghuis of huisartsenpraktijk, als op het niveau van de hele sector/beroepsgroep (Delnoy, 2009). Kortom, in de hedendaagse samenleving is het een breed geaccepteerde norm om personen die zorg vragen optimaal te informeren over welke zorg in hun individuele situatie de 'beste' is. Beslissingsondersteunende optimale informatiebronnen zoals klinische praktijkrichtlijnen kunnen daarbij een rol vervullen. Zo bieden deze in feite een samenvatting van de huidige 'state of the art' in de zorg, waarmee (in een publieksvriendelijke versie) patiënten inzicht kan worden gegeven in wat 'goede zorg' is. Daarmee maken zorgverleners duidelijk waar ze voor staan en dat kan de basis vormen om patiënten zo optimaal mogelijk te betrekken

bij de aan hen te verlenen zorg (Grol en Wensing, 2011). Verder kunnen op basis van klinische praktijkrichtlijnen meetbare aspecten van de effectiviteit en de efficiëntie van zorg worden bepaald (indicatoren), op basis waarvan verder meetbaar kan worden gemaakt op welke wijze en in welke mate de zorg bijdraagt aan verbeteringen van de gezondheid van patiënten (tab. 1).

### Professionele perspectief

Bij medische professionaliteit gaat het binnen de huidige maatschappelijke verhoudingen voor een belangrijk deel om de kernbegrippen 'verantwoording afleggen' en 'professionele autonomie' (Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2007). Vertrekpunt is dat de medisch zorgverlener in zijn handelen aan een ieder laat zien wat het vertrouwen dat in hem wordt gesteld waard is. Medische professionaliteit is daarmee "*het geheel van waarden, gedragingen en verhoudingen met de samenleving dat het vertrouwen van mensen in artsen ondersteunt en rechtvaardigt*". Deze professionaliteit veronderstelt wederzijds respect, individuele verantwoordelijkheid en het afleggen van verantwoording. Verantwoordelijkheid heeft daarbij niet alleen betrekking op het nemen van eigen verantwoordelijkheid, maar ook op het delen en verdelen van verantwoordelijkheden met anderen. Er moet daarbij worden bewaakt dat de gedeelde en verdeelde verantwoordelijkheden op elkaar aansluiten. Er moeten duidelijke en sluitende afspraken worden gemaakt, vastgelegd en nagekomen, over taken, verantwoordelijkheden en regie. Medische zorgverleners tonen hierbij medisch leiderschap.

Belangrijk onderdeel daarbij is het afleggen van verantwoording. De medische zorgverlener wil (laten) zien hoe hij zorginhoudelijk handelt en presteert ten opzichte van de professionele standaard (kwaliteitstandaard) en zijn collega's. Systematische bewaking en verbeteringen van kwaliteit van zorg zijn vanzelfsprekende onderdelen van het werk en zorgverleners geven daaraan gestalte. Dit behoort tot de professionele verantwoordelijkheid, niet omdat het wordt gevraagd, maar juist omdat het deel uitmaakt van de professionele habitus. Verantwoording afleggen legitimeert het handelen van de medisch zorgverlener. Daarmee laat hij zien wat die professionaliteit inhoudt. Dit gebeurt op verschillende niveaus, namelijk aan de patiënt over het medisch handelen, aan de eigen beroepsgroep over het professioneel functioneren en aan de samenleving over wat er met aan de zorg bestede middelen is gebeurd.

Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat de medisch zorgverlener hun individuele gezondheidsbelang voorop stelt. Hij streeft naar de beste kwaliteit van zorg voor de individuele patiënt. Om dit te kunnen realiseren is het van belang dat de zorgverlener in een zekere autonomie kan handelen. Deze ‘professionele autonomie’ is te omschrijven als “*de vrijheid van oordeelsvorming van de zorgverlener om, gegeven de wettelijke kaders en de professionele standaard (i.e. kwaliteitstandaard), zonder inmenging van derden, in de individuele zorgverlener-patiëntrelatie te komen tot diagnosestelling en advisering over behandeling en/of het verrichten van diagnostische en therapeutische interventies, waarbij inbegrepen het onderzoeken en het geven van raad met als doel de bescherming en/of verbetering van de gezondheidstoestand van de patiënt*” (Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2007). De toepassing hiervan is geen vrijblijvende zaak. Als de zorgverlener van de kwaliteitstandaard afwijkt, zal hij zich daarover moeten kunnen verantwoorden, gebaseerd op zorginhoudelijke deskundigheid én argumentatie. Medisch professionele autonomie is in die zin dan ook ‘vrijheid in gebondenheid’. Daarbij wordt de ruimte in het bijzonder bepaald door de geldende kwaliteitstandaard. Het verantwoorden van het wat, het hoe en het waarom van te verlenen (en verleende) zorg is inherent aan en dus onlosmakelijk verbonden met de beroepsuitoefening van een medisch zorgverlener.

In brede zin is kwaliteit een mate van uitmuntendheid. In engere zin behelst het een set van (normeerbare) eigenschappen van een object, product of dienst in relatie tot de mate van tevredenheid van de gebruiker (patiënt). Professionele kwaliteit van mondzorg kan in dit licht worden omschreven als het op basis van actuele kennis, wetenschap en klinische ervaring aanbieden van de best mogelijk zorg op een doelmatige, doeltreffende, patiëntgerichte en veilige wijze (Mettes, 2011). Beslissingsondersteunende informatiebronnen zoals klinische praktijkrichtlijnen kunnen daarbij een rol vervullen, omdat die individuele zorgverleners stimuleren om efficiënt aan kennismanagement te doen en daarmee ‘bij te blijven’ met betrekking tot zinvolle innovaties in de klinische zorg. Bovendien bieden deze kennis die als referentiekader kan dienen voor professionele afstemming bij (multidisciplinaire) samenwerking. Verder kunnen ze een bijdrage leveren aan onderwijs en scholing, alsook kennislacunes in de klinische mondzorg zichtbaar maken (Grol en Wensing, 2011). Dat kan richtinggevend zijn voor het bepalen van de agenda voor wetenschappelijk praktijkgericht onderzoek (Bruers, 2009). Voorts worden door gebruik van klinische praktijkrichtlijnen actuele kwaliteitsaspecten, zoals het terugdringen van ongewenste aan zorgverlener gebonden variatie en het opheffen van onvoldoende, overbodige of ongewenste zorg, beter hanteerbaar (tab. 1).

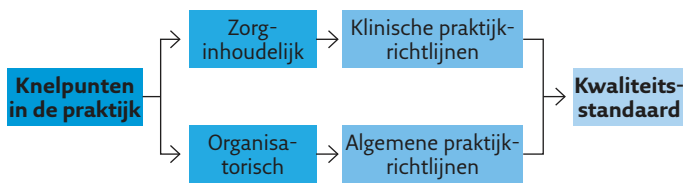
### Zorginhoudelijk perspectief

Vanuit de historie bezien beschrijven klinische praktijkrichtlijnen vooral de inhoud van de zorg vanuit professioneel perspectief als gevolg van ervaren knelpunten in de prak-

### Intermezzo 1. Begrippen met betrekking tot ‘kwaliteit van zorg’

- 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 zorgverleners en zorggebruikers (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012).
- Een *algemene praktijkrichtlijn* (APR) is een leidraad die de zorgverleners ondersteunt bij de dagelijkse praktijkvoering en heeft betrekking op de organisatie van de zorg, de bejegening van patiënten en de communicatie tussen zorgverleners (Van der Sanden et al, 2007).
- Een *protocol* is een vast omschreven procedure van opeenvolgende handelingen waar moeilijk van af te wijken valt, in tegenstelling tot een richtlijn. Protocollen zijn vaak onderdelen van richtlijnen (Van der Sanden et al, 2007).
- Een *zorgstandaard* beschrijft vooral het proces en de organisatie vanuit het patiënt-/cliëntperspectief, vanuit de zorgvraag met speciale focus op preventie en zelfmanagement (Zorginstituut Nederland, 2014).
- Een *kwaliteitstandaard* is een koepelbegrip waarin zowel de zorginhoudelijke aanbevelingen uit de klinische praktijkrichtlijn als de organisatie van die zorg (verwoord in algemene praktijkrichtlijn/zorgstandaard) worden gebundeld tot integrale zorg (Zorginstituut Nederland, 2014).
- *Best practice* is een wijze van praktijkvoering of zorgorganisatie waarbij methoden, technieken of processen worden toegepast die effectiever zijn dan enige 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).

tijk. In tegenstelling tot een protocol, dat een vast omschreven patroon van opeenvolgende handelingen beschrijft, zijn richtlijnconforme beslissingen bij individuele patiënten altijd omgeven door een mate van onzekerheid en dus minder bindend. Dat heeft te maken met de aard van klinische zorg, immers niet iedere patiënt is hetzelfde en wetenschappelijk bewijs met betrekking tot een probleem is niet altijd eenduidig en voldoende ‘hard’ met onderzoek onderbouwd. In de mondzorg worden naast klinische praktijkrichtlijnen ook al enige tijd algemene praktijkrichtlijnen ontwikkeld. Voorbeelden daarvan hebben betrekking op ‘horizontale verwijzing’, ‘dossiervoering’, ‘waarneming’ en ‘second opinion’. Bij het merendeel van deze algemene praktijkrichtlijnen is geen wetenschappelijk onderbouwd bewijs leidend voor de robuustheid van de aanbevelingen, maar telt meer wat te doen gebruikelijk is binnen de professie op basis van overeengekomen normen en gedragsregels. Vanuit het verleden omschreven klinische praktijkrichtlijnen voornamelijk de klinische besluitvorming, en in mindere mate de wijze waarop het proces en de organisatie van de zorg het beste tot stand kunnen komen. Voor dat laatste wordt het begrip ‘zorgstandaard’ geïntroduceerd (intermezzo 1). Een zorgstandaard ligt in het verlengde van de in



Afb. 1. Stroomdiagram kwaliteitsstandaard in relatie tot evidencebased richtlijnontwikkeling.

de mondzorg gebruikelijke algemene praktijkrichtlijn. Een kwaliteitstandaard vormt vervolgens het koepelbegrip waarin zowel de zorginhoudelijke aanbevelingen (klinische praktijkrichtlijnen) als de organisatie van die zorg (algemene praktijkrichtlijnen /zorgstandaard) rondom een klinische probleem samenkomen (afb. 1).

Mondgezondheid is het doel en mondziekten zijn de objecten van mondzorg. Voor het zorginhoudelijke kader, waarbinnen de richtlijnontwikkeling binnen de mondzorg wordt vormgegeven, is er daarom voor gekozen eerst een omschrijving van deze begrippen te geven. Van belang is immers uit te gaan van een duidelijke en breed geaccepteerde definitie van mondgezondheid en vervolgens te omschrijven welke typen mondziekten en functiestoornissen zijn te onderscheiden. Als afgeleide daarvan kan de missie van de mondzorg worden toegelicht en kan worden aangegeven welke kernwaarden bij de uitoefening van de klinische mondzorg daarop van toepassing zijn op basis van bestaande paradigma's. Daarmee is, als ware het een kompas, een zorginhoudelijke richting aangeduid voor nastrevenswaardige eigentijdse mondzorg op basis waarvan de programmatische uitvoering van landelijke klinische richtlijnontwikkeling kan worden geformuleerd.

### Mondgezondheid

Het begrip 'mondgezondheid' kan worden beschouwd als de resultante van 3 onderling verbonden niveaus:

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

Daarmee is mondgezondheid een dynamisch begrip en noch voor de 3 aspecten, noch voor het geheel van de 3 niveaus bestaan objectieve criteria.

### Mondziekten

Mondziekten zijn 'complexe' ziekten, dat wil zeggen dat ze in oorsprong worden bepaald door een combinatie van genetische, biologische, omgevings- en gedragscomponenten (leefstijlfactoren). De belangrijkste multifactoriële mondziekten zijn microbieel gemedieerde ziekten zoals cariës en parodontitis, met daarnaast verschillende vormen van gebitsslijtage. 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, kaakgewrichtproblemen, kaak-

Onderscheiden fasen in de integrale mondzorg	
Mondgezondheid	<b>FASE 1: Preventie en (vroeg)diagnostiek</b> <i>Verlenen preventieve zorg (psychisch, sociaal, medisch-tandheelkundig)</i> Preventieve zorg met doorlopende monitoring en sturing op aanleg voor verschillende aandoeningen op basis van erfelijke aanleg en gedrag.
	<b>FASE 2: Pathofysiologie mondziekten en indicatiestelling</b> <i>Herstellen opgetreden schade mondziekten/optimale klinische conditie</i> Curatief handelen naar een wederom gezonde mond op gebied van de verschillende infectieziekten en slijmvliesafwijkingen in de mond.
	<b>FASE 3: Functieproblemen en indicatiestelling</b> <i>Zorgen voor optimale functie (aangezicht, kaken en gewricht)</i> Preventief/curatief handelen, waar nodig met groei begeleiding, met streven naar een optimale kauwfunctie en een stabiel kauwstelsel.
	<b>FASE 4: Duurzaamheid, comfort en esthetiek</b> <i>Streven naar maximaal comfort en esthetiek</i> Onder andere met curatief handelen naar een voor de patiënt optimale esthetiek/functie binnen de technische mogelijkheden van de tandheelkunde.

Afb. 2. Modelmatige weergave van het doel van integrale mondzorg.

en tandstandafwijkingen en esthetische afwijkingen) als gevolg van ontwikkelingsproblemen en/of schade opgetreden als gevolg van microbieel gemedieerde ziekten of medicatie (Gezondheidsraad, 2012).

### Doel van de mondzorg

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, die zich richten op de integrale vakinhoudelijke benadering van mondgezondheid in opeenvolgende fasen, zijn 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). In afbeelding 2 wordt deze omschrijving van het doel van de integrale mondzorg modelmatig weergegeven. Anders gezegd: de missie van mondzorg is het tot stand brengen van een gezonde, functionele, esthetische en comfortabele mond bij patiënten, die gegeven mogelijkheden en omstandigheden, bestand is tegen de natuurlijke veranderingen in iedere levensfase (levensloopbestendig).

### Kernwaarden

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

1. Focus op behoud van de harde en zachte weefsels in mond.
2. Mondzorg is een cyclisch proces.
3. Ethisch perspectief van professioneel handelen in de mondzorg.
4. Evidencebased handelen.

Kwaliteitscriterium	Omschrijving
Effectiviteit	Doeltreffende zorg: de inspanningen en uitgaven van een behandeling dragen daadwerkelijk bij aan de realisatie van het beoogde doel (i.e. effectmeting van de behandeling)
Efficiëntie	Doelmatige zorg: is doeltreffend met een optimale verhouding van kosten en opbrengst c.q. gezondheidswinst
Tijdigheid	Tijdige diagnose en behandeling evenals continuïteit van de zorg
Patiëntgerichtheid	Communicatie, besluitvorming, wensen, voorkeuren en klachten
Patiëntveiligheid	Vermijdbare (iatrogene) schade beperken
Toegankelijkheid	Aandacht risicogroepen en wachttijden, gelijkheid in behandeling

Tabel 2. Zes criteria voor optimale patiëntenzorg zoals geformuleerd door het Institute of Medicine (2001).

5. Goede communicatie patiënt en zorgverlener.
6. Samenwerking.
7. Systematische verslaglegging.

Deze onderling samenhangende kernwaarden zijn afgeleid van klinische kennis en ervaring, gegevens uit wetenschappelijk onderzoek, huidige wet- en regelgeving en de in tabel 2 weergegeven algemene geldende kwaliteitscriteria van het Institute of Medicine (2001). Daarmee kunnen ze worden beschouwd als de randvoorwaarden voor het bereiken van het gestelde doel van de mondzorg naar huidige professionele maatstaven.

**Focus op behoud van de harde en zachte weefsels in de mond**

Vanuit deze kernwaarde vormen (vroeg)diagnostiek en (daarmee) preventie van mondziekten, functieproblemen en groei- en ontwikkelingsproblemen de eerste strategie in de mondzorg om mondgezondheid te behouden (afb. 2). Elementair hierbij is onderscheid te maken tussen individuen die wel en die niet gevoelig zijn voor mondziekten, functieproblemen en groei- en ontwikkelingsstoornissen. Het schatten van risico's is een van de belangrijkste doelen van de moderne preventieve (mond)zorg. Dit patiëntgerelateerde risicomanagement leidt tot een risico-inschatting die ondersteunend kan zijn bij diagnose, prognose en therapie. Bovendien worden patiënten op deze wijze risicobewust gemaakt. Monitoring en preventief ondersteunend beleid en nazorg vormen daarbij integrale onderdelen.

Als schade en/of afwijkingen door mondziekten optreden, betreft het over het algemeen problemen waarvoor

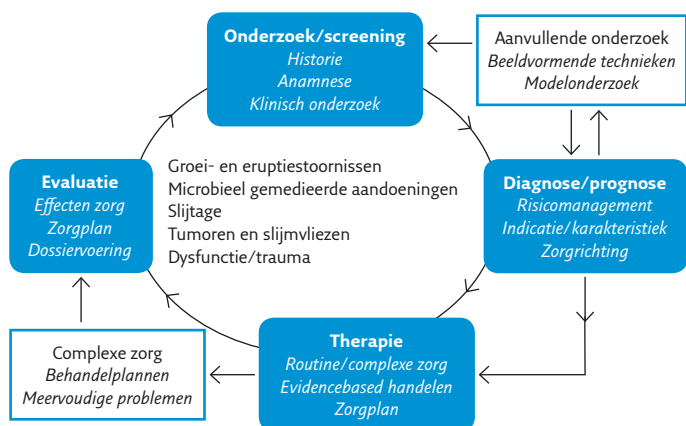
meestal een curatieve, technisch gerichte interventie nodig is. Daarbij is het principe van minimaal invasief ingrijpen bij gelijkwaardige keuzen het uitgangspunt. In het bijzonder ook om redenen van patiëntveiligheid en om al dan niet vermijdbare (iatrogene) schade zo veel mogelijk te beperken. Bij preventieve en curatieve interventies gericht op herstel van schade als gevolg van ziekte-ervaring en/of functieproblemen zijn het streven naar duurzaam behoud van een natuurlijke dentitie respectievelijk het behoud van de processus alveolaris leidend.

**Mondzorg is een cyclisch proces**

Het belang van het periodiek mondonderzoek als preventief instrument wordt algemeen onderkend (Mettes, 2008). Het procesmatige verloop hiervan, dat wil zeggen de opeenvolging van onderzoek/screening, diagnose en prognose, indicatiestelling, therapie en effectevaluatie is een kernwaarde en geeft inhoud aan de mondzorg als een voortdurend proces (afb. 3). In het algemeen kan worden gesteld dat mondzorg een meer proactief karakter heeft. Dit in tegenstelling tot de tandheelkundige zorg, die een meer reactief karakter heeft. Dat leidt tot de logische conclusie dat een meer algemeen zorgplan voor de langere termijn en

**Intermezzo 2. Begrippen behorende bij mondzorg als cyclisch proces**

- Een *zorgplan* is het overzicht van ondersteunende, preventieve en curatieve handelingen en de achtergronden, leidend tot diagnose, prognose en therapie nodig om het gestelde doel in de zorgrichting (de te bereiken en te handhaven mate van mondgezondheid) te kunnen bereiken en handhaven, inclusief wenselijke evaluatiemomenten, tijdsperioden en betrokken zorgverleners. Een zorgplan richt zich op de lange termijn (proactief) en vormt in het patiëntdossier de weerslag van de communicatie tussen zorgverlener en patiënt. Een zorgplan reist met iedere patiënt mee zolang mondzorg (als levensloopbestendig proces) wordt verleend. Binnen een zorgplan kunnen een of meer behandelplannen voorkomen.
- Een *behandelplan* geeft een beschrijving van de behandeling van een of meer problemen, de indicatiestelling, achtergronden en technische uitvoering. Het behandelplan is vooral curatief en reactief van aard met de focus op het behandelen van de opgetreden schade/afwijking en heeft een duidelijk begin (indicatie) en afronding (evaluatie). Behandelplannen komen en gaan.



Afb. 3. Mondzorgcyclus.

een meer situatieafhankelijk behandelplan voor de kortere termijn in de aard verschillende vormen van zorguitvoering beschrijven. Bepalend daarbij is dat de strategie bekend is. Behandelplannen komen en gaan, maar een zorgplan blijft langer bestaan. De begrippen die leidend zijn bij het borgen van het procesmatige karakter van de mondzorg staan beschreven in intermezzo 2.

### **Ethisch perspectief van professioneel handelen**

Het ethisch handelen is een kernwaarde bij het verlenen van zorg. Reden waarom tandartsen en specialisten een eed/gelofte afleggen en mondhygiënisten een gedragscode kunnen afleggen alvorens het recht te hebben om in de zorg werkzaam te zijn (intermezzo 3 en 4). Besluitvorming vanuit ethisch perspectief is een belangrijke pijler van professionaliteit. Onderdelen daarvan zijn respect voor autonomie bij beslissingen van zowel mondzorgverlener als patiënt, expliciete afweging tussen voordelen en nadelen (vermijdbare schade) evenals kosten van interventies, rechtvaardige verdeling van mogelijkheden en middelen tussen groepen, reflectie en verantwoording over de impact van het professioneel handelen.

### **Evidencebased handelen**

Het nemen van beslissingen in de klinische praktijk, gebaseerd op het beste bewijs, is een kernwaarde. Dit vereist van de professionele mondzorgverlener naast gedegen kennis ook vaardigheden om bij individuele patiënten relevante gegevens te verzamelen en tot optimale therapeutische interventies te komen. Het hiervoor benodigde leerproces begint bij de opleiding en zet zich voort in een continu proces van bij- en nascholing. Bij dit aspect van 'best practices' zijn wetenschappelijke vorming en klinische ervaring (het vakmanschap om die zorg uit te voeren) van elementair belang. De eerste om te kunnen beoordelen in welke mate het wetenschappelijk bewijs betrouwbaar, valide en ook relevant is voor de verbetering van de zorg en de tweede om de klinische toepasbaarheid bij individuele patiënten te kunnen toetsen. In feite komt het neer op het in samenhang gebruiken van 3 kennisbronnen: het wetenschappelijke bewijs, de individuele patiëntkenmerken (contextueel of klinisch bewijs) en de praktische ervaring en kennis. In de klinische praktijk is de synthese van deze kennisbronnen uitdagend en soms complex, omdat iedere patiënt anders is (en elke mond, tand of kies anders is en niet onafhankelijk zijn van elkaar) en wetenschappelijke kennis zeker niet altijd voldoende voorhanden is als onderbouwing.

### **Goede communicatie patiënt en zorgverlener**

Voor het stimuleren van een actieve participatie van patiënten (en of hun vertegenwoordigers) in de besluitvorming door kennis te nemen van hun voorkeuren, wensen en beperkingen vormt open communicatie de basis. Zowel mondzorgverlener als patiënt moet de tijd krijgen om binnen een vertrouwde omgeving te kunnen overleggen over de mogelijke zorgrichtingen en bijbehorende zorgplannen binnen de mondzorgcyclus. Daarvoor zijn verschillende

### **Intermezzo 3. De eed of belofte voor tandartsen en specialisten**

*"Ik zweer/beloof dat ik de tandheekunde zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat aan mij is toevertrouwd. Ik zal de tandheekundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk. Ik zal zo het beroep van tandarts in ere houden. Zo waarlijk helpe mij God almachtig/Dat beloof ik."* (Commissie Herziening Artseneed, 2003.)

### **Intermezzo 4. De beginselverklaring voor de mondhygiënist**

*"Ik zal mijn beroep van mondhygiënist zo goed als ik kan uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik stel het belang van de patiënt voorop en respecteer zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister naar de patiënt en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. Ik zal mijn kennis en kunde voortdurend onderhouden en verbeteren en samenwerking met andere zorgverleners bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving. Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen en daarbij preventie centraal stellen. Ik zal zo het beroep van mondhygiënist in ere houden."*

informatiebronnen voorhanden (van foldermateriaal tot informatie op het internet). De verantwoordelijkheid voor de goede communicatie ligt bij beide partijen. Daarbij heeft de mondzorgverlener de taak om goed en duidelijk informatie te verstrekken en de patiënt (en of hun vertegenwoordiger) om de zorgvraag zo goed mogelijk te verwoorden. Tijdens het zorgproces moeten er voldoende momenten van overleg en bezinning zijn om veranderingen in de situatie in de mond of processen buiten deze omgeving, te kunnen communiceren. Bereikbaarheid van de mondzorgverleners is daarbij van groot belang.

### **Samenwerking**

Samenwerking in de mondzorg is niet meer weg te denken en vormt een integraal onderdeel van het professioneel handelen van mondzorgverleners met uiteenlopende competenties. Samenwerking op basis van professionele communicatie, bevoegdheid en bekwaamheid van mondzorgverleners is daarbij het uitgangspunt: het delen van kennis en ervaring door middel van gezamenlijke besluitvorming in interdisciplinair teamverband en de beoordeling waar, in welke volgorde en door wie de zorg optimaal kan worden aangeboden. Essentieel is dat het voor teamleden en voor patiënten duidelijk is wie verantwoordelijkheid heeft voor de coördinatie van de zorg.

### Systematische verslaglegging

Het systematisch documenteren en vastleggen van relevante patiëntgerelateerde gegevens in een (elektronisch) dossier draagt bij aan het optimaliseren van de kwaliteit en veiligheid van mondzorg. Het is daarmee een kernwaarde van het professioneel handelen in de mondzorg. Informatie over een (vroeg)diagnose en prognose evenals over een onderbouwde risicogerelateerde therapie vormen daarvan een onderdeel. Ook informatie over de effecten van de verleende zorg is van belang en is in hoge mate bepalend voor het inzicht in het verloop van het zorgproces, voor zowel mondzorgverleners onderling als voor patiënten. Een systematische verslaglegging vormt dan ook een essentieel onderdeel in de communicatie tussen de verschillende betrokken mondzorgverleners en biedt een basis voor een optimale samenwerking (kernwaarde 6). Ook het op duidelijke en traceerbare wijze documenteren van het communicatieproces met betrekking tot invasieve uitgebreide tandheelkundige interventies, zoals omschreven in de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO), wordt beschouwd als onderdeel van deze kernwaarde.

### Slot

De hiervoor beschreven visie, uitgangspunten en kernwaarden van de mondzorg zijn de weerslag van een advies van een landelijke werkgroep van ervaren mondzorgverleners, afgevaardigd door alle geledingen in de mondzorg (beroepsorganisaties, wetenschappelijke verenigingen en opleidingen). Dit breed geaccepteerde en doordachte advies dient als drager voor de inhoudelijke vormgeving van een landelijk en onafhankelijk kennisinstituut voor de mondzorg (Kennisinstituut Mondzorg, kortweg KiMo), dat is gericht op de structurele ontwikkeling en het stimuleren van het gebruik van evidencebased klinische praktijkrichtlijnen (KiMo i.o., 2014).

De directe aanleiding voor deze markante professionele ontwikkeling vormde het rapport van de Gezondheidsraad 'De mondzorg van morgen' uit 2012. Uit dat rapport werd duidelijk dat de mondzorg op dat moment voor de uitdagende taak stond om onder andere meer werk te maken van klinische praktijkrichtlijnen, zowel wat betreft de ontwikkeling als het gebruik ervan in mondzorgpraktijken. Er waren weliswaar 7 aan de mondzorg gerelateerde 'evidencebased' klinische praktijkrichtlijnen beschikbaar die voldeden aan de zogenoemde AGREE-criteria, maar uiteindelijk was er in de mondzorg nog maar weinig ervaring opgedaan met het ontwikkelen en implementeren ervan (AGREE-collaboration, 2003; Mettes, 2011). Besloten is toen om de uitdaging gestructureerd op te pakken. De ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen is namelijk geen eenvoudige zaak en heeft samenhang met andere onderdelen van kwaliteit van zorg. Het vraagt specifieke inzet en ervaring om de aanwezige klinische kennis in verantwoorde, handzame en op het gebruik gerichte richtlijnen te vertalen (Regieraad, 2012; Dreesens et al, 2014).

Voorts was er behoefte aan een gezamenlijk kader waarbinnen deze richtlijnontwikkeling zou moeten plaatsvinden: een gedragen visie, duidelijke uitgangspunten en

kernwaarden. Allereerst werd een gezamenlijk kader van belang gevonden om inhoudelijk samenhang aan te brengen in het proces van landelijke richtlijnontwikkeling. Vooral door het doel van integrale mondzorg te verbinden aan de mondzorgcyclus is een bruikbaar model geïntroduceerd om de afzonderlijke onderwerpen waarover klinische praktijkrichtlijnen worden ontwikkeld te categoriseren en in een breder verband te plaatsen (afb. 2 en 3). Dit is ook handig vanwege de verschillende zorgverleners in de mondzorg. Door de (veelal intensieve) samenwerking in de verlening van mondzorg is het goed om met elkaar af te spreken waarom er richtlijnen moeten komen, waarover die gaan en hoe die worden gebruikt. Een gezamenlijk kader is daarnaast belangrijk om te kunnen reageren op kritiek uit de beroepsgroepen. Er is immers sprake van onervarenheid rondom richtlijnontwikkeling en de motivatie om volgens richtlijnen te werken is niet bij iedereen even sterk. Duidelijkheid over visie, uitgangspunten en kernwaarden helpt dan in de communicatie. Het overtuigt misschien niet iedereen (meteen), maar schept klaarheid in de discussie. Daarnaast gaat van een gezamenlijk kader een stimulerende en regulerende werking uit naar initiatieven en ideeën die voortkomen uit de beroepsgroep zelf. Weerstand binnen de beroepsgroepen als gevolg van het zich niet gehoord of niet serieus genomen voelen, wordt dan wellicht beperkt. Er kan overigens lering worden getrokken uit ervaringen van andere eerstelijnszorgverleners. Een succesvol voorbeeld van structurele richtlijnontwikkeling in de eerstelijnszorg vormen de huisartsen verenigd in de wetenschappelijke koepel van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Decennialang hebben ze, door te werken aan een systeem van evidencebased klinische richtlijnen, aangetoond dat het huisartsgeneeskundig handelen als hun professioneel domein dient te worden erkend en daarmee hebben zij hun relevante positie in de eerstelijns zorg geborgd. Voor de mondzorg liggen hier eveneens kansen en uitdagingen in een verdere profilering als zorgverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Uiteindelijk is het draagvlak onder mondzorgverleners een van de belangrijkste pijlers van een succesvolle richtlijnontwikkeling. Het ontstaan daarvan kost tijd en inspanning. Ook in de mondzorg is dat draagvlak in positieve zin aan het veranderen (Bruers en Van Dam, 2014). Belangrijk hierbij is dat mondzorgverleners ervan doordrongen worden dat de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen geen doel op zich is, maar hen bij goed gebruik waardevolle hulpmiddelen biedt om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken en te bevorderen. Hiervan is echter nog niet iedereen overtuigd. De weerstand komt dan vooral voort uit vermeende gevolgen van richtlijnen, zoals 'kookboekgeneeskunde': zorg die alleen protocollair wordt aangeboden zonder oog voor individuele patiënt- en omgevingskenmerken. Maar ook de angst voor juridische consequenties bij het al dan niet gebruik van richtlijnen, het verlies van 'professionele autonomie' en de ongewenste invloed van verzekeraars en overheid die klinische praktijkrichtlijnen tot gevolg zouden hebben, zorgen voor afwerende

reacties (Grol en Wensing, 2011).

Richtlijnontwikkeling in de mondzorg betekent ook integrale aandacht voor het patiëntenperspectief. Dit betreft onder meer de informatie-uitwisseling, de rol van patiënten bij het gezamenlijk nemen van afgewogen behandelbeslissingen en de veiligheid van de verleende zorg. Bij de formulering door het Amerikaanse Institute of Medicine (2001) van de 6 kwaliteitscriteria voor optimale zorg wordt vooral gefocust op het perspectief van patiënten (tab. 2). Eenvoudig naleven van deze criteria is hierbij lastig, want er is soms sprake van een potentiële spanning tussen de verschillende criteria, die vooral in de feitelijke zorgverlening manifest wordt. Effectieve zorg kan namelijk duur en minder doelmatig zijn, ook kan effectieve zorg betekenen dat beschikbare interventies niet worden aanbevolen terwijl de patiënt dit toch op prijs stelt (denk bijvoorbeeld aan röntgenopnamen of antibiotica). Veilige zorg kan geld besparen, maar ook duur zijn (denk aan het naleven van eisen rondom infectiepreventie). Het is dus van belang bij het ontwikkelen van klinische praktijkrichtlijnen rekening te houden met de balans tussen deze kwaliteitscriteria.

Welke zorg uiteindelijk wordt verleend, blijft afhankelijk van de professionele beoordelingen van de mondzorgverlener, van de gezondheidssituatie van de patiënt en de afstemming die daarover met de patiënt wordt bereikt. Klinische praktijkrichtlijnen vormen daarbij een van de informatiebronnen die richtinggevend kunnen zijn voor in het bijzonder de klinische besluitvorming. Desalniettemin heeft de structurele landelijke ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen wel serieuze gevolgen voor de mondzorg. Het methodische vertalen van wetenschappelijke en klinische ervaringskennis heeft onder meer effect op het onderwijs en de bij- en nascholing. Het adequaat gebruik van richtlijnen vergt namelijk bepaalde vaardigheden, die niet vanzelfsprekend zijn. Bovendien kan gebruik in de bestaande praktijk veranderingen met zich meebrengen, waardoor behoefte is aan handzame methoden en technologische hulpmiddelen om richtlijnconform handelen te stimuleren. Voorts ontstaat bij het structureel ontwikkelen van evidencebased klinische praktijkrichtlijnen ook meer inzicht in kennislacunes, met als direct gevolg gericht wetenschappelijk onderzoek naar antwoorden op gerezen knelpunten in praktijken. Over de mogelijke gevolgen van evidencebased richtlijnontwikkeling op bepaalde aspecten van de beroepsuitoefening zal in volgende artikelen uit deze serie rond klinische praktijkrichtlijnen nader worden ingegaan.

#### Literatuur

- \* *AGREE-collaboration*. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines; the AGREE-project. *Qual Safe Health care* 2003; 12: 18-23.
- \* *Bruers JJM*. Onderzoek in algemene praktijken: uitdagingen voor tandartsen. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2009; 116: 17-21.
- \* *Bruers JJM, Dam BAFM van*. Peilstations: Richtlijnen in de tandheelkunde. *Nederlands Tandartsenblad* 2014; 69 (5): 21.
- \* *Burgers JS, Everdingen JJE van*. Evidence-based richtlijnontwikkeling: het EBRO-platform. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148: 2057-2059.

- \* *Burgers JS, Vermeulen H, Wollersheim H*. Doeltreffende zorg. In: Wollersheim H (red.). *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2011.
- \* *Commissie Herziening Artseneed*. Nederlandse Artseneed. Utrecht: Nederlandse Federatie van Universitaire medische centra (NFU), 2010.
- \* *Delnoij, D*. Zicht op kwaliteit. *Transparantie in de zorg vanuit patiëntenperspectief*. Tilburg: Universiteit Tilburg, 2009. Oratie.
- \* *Donabedian A*. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44: 166-206.
- \* *Dreesens DHH, Everdingen JJE van, Kersten SMC*. Historisch perspectief van richtlijnontwikkeling in Nederland. In: Everdingen JJE van. *Handboek voor evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
- \* *Everdingen JJE van, Burgers JS, Assendelft WJJ et al*. *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghem, 2004.
- \* *Gezondheidsraad*. De mondzorg voor morgen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012 (publicatienr. 2012/04).
- \* *Grol R*. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 125-130.
- \* *Grol R en Wensing M*. *Implementatie: effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Amsterdam: Reed Business, 2011.
- \* *Institute of Medicine*. *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.
- \* *Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst*. Medische professionaliteit. KNMG Manifest. Utrecht: KNMG, 2007.
- \* *McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al*. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003; 348: 2635-2645.
- \* *Mettes Th*. Routine oral examination: towards a patient-tailored risk strategy. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2008. Academisch proefschrift.
- \* *Mettes Th*. *Klinische richtlijnontwikkeling in de mondzorg*. *Qual Practice* 2011; 6 (5): 22-27.
- \* *Mettes TG, Sanden WJ van der, Bronkhorst E, Wensing M, Grol RPTM, Plasschaert AJM*. Impact of guideline implementation on patient care: a cluster RCT. *J Dent Res* 2010; 89: 71-76.
- \* *Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde*. *Nulmeting Onderzoek Kwaliteit van Mondzorg 2012: Een eerste proeve van kwaliteit*. Tabellenrapportage 13.01. Nieuwegein: NMT, 2013.
- \* *Raad voor Gezondheidsonderzoek*. *Onderzoek Patiëntveiligheid*. Den Haag: Raad voor Gezondheidsonderzoek, 2005 (publicatie 48).
- \* *Regieraad Kwaliteit van Zorg*. *Richtlijnen voor richtlijnen. Criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn*. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012.
- \* *Starfield B*. Health services research: a working model. *N Eng J Med* 1973; 289: 132-136.
- \* *Sanden WJM van der*. *Clinical practice guidelines in dental care: Studies on development and use*. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2003. Academisch proefschrift.
- \* *Sanden WJ van der, Mettes TG, Plasschaert AJ, Grol RP, Mulder J, Verdonschot E*. Effectiveness of clinical practice guideline implementation on lower third molar management in improving clinical decision-making: a randomized controlled trial. *Eur J Oral Sci* 2005; 113: 349-354.



- \* Sanden 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.
- \* Westert GP. Variatie in prestatie. De kwaliteit van de gezondheidszorg aan bod. Tilburg: Universiteit Tilburg, 2006. Oratie.
- \* Zorginstituut Nederland. Advies en expertgroep Kwaliteitstandaarden (AQUA). Diemen: Zorginstituut Nederland, 2014.

## Summary

### Evidence-based clinical practice guidelines (CPGs) in oral care 1. Societal-, professional- and care-related perspective

*Some decades ago the need for clinical decision-making based on the best available evidence, and in that way providing accountability for professional services to society, was emerging in health care. The main purpose was to translate innovative knowledge from reliable resources into clinical practice to prevent inappropriate and unsafe care. In oral care it is also desirable to carry out improvements and to make treatment decisions more transparent. Evidence-based decision-making is not self-evident, and the development and the use of evidence-based clinical practice guidelines are in their infancy. Recently, national agreement has been reached among professional associations, scientific societies and educational institutions regarding the content of a national structure for the development of evidence-based guidelines within an independent institute for knowledge translation (KiMo).*

### Bron

T.G. Mettes, D.S. Barendregt<sup>1</sup>, B.C.M. Oosterkamp<sup>2</sup>, J.J.M. Bruers<sup>3,4</sup>  
Uit <sup>1</sup>de Kliniek voor Parodontologie Rotterdam in Rotterdam, <sup>2</sup>de vakgroep Orthodontie en Craniofaciale Biologie van het Radboud Universitair Medisch Centrum in Nijmegen, <sup>3</sup>de Sectie Sociale Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam in Amsterdam, <sup>4</sup>de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde in Nieuwegein  
Datum van acceptatie: 3 augustus 2014  
Adres: dr. T.G. Mettes, Bosscheweg 13, 5281 AE Boxtel  
d.mettes@icloud.com

### Verantwoording

Dit artikel is voort uit een hoofdstuk van het recent verschenen adviesrapport over een onafhankelijk kennisinstituut voor de mondzorg (KiMo i.o., 2014). Een landelijke werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van alle beroepsverenigingen, wetenschappelijke verenigingen en opleidingen heeft dit advies over de inhoudelijke aspecten en methoden van richtlijnontwikkeling tot stand gebracht.