

# Bij de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen dient de NMT de hoofdrol te spelen

## Voorstander

**Dirk Mettes**, tandarts-onderzoeker kwaliteit van zorg, Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen

■ Onderzoek naar de kwaliteit van zorg in de klinische praktijk heeft aantoonbaar bijgedragen aan de bewustwording en optimalisering van het professioneel handelen in de gezondheidszorg. Enige decennia geleden ontstond in de geneeskunde een groeiende behoefte om het klinisch handelen af te stemmen op het beste bewijsmateriaal (evidence-based), om daarmee de klinische beslissingen continu te verbeteren (best practices). De voortdurend groeiende kennis uit betrouwbare informatiebronnen lag daaraan ten grondslag. Structureel 'bijblijven' bleek niet alleen tijdrovend, maar vroeg speciale deskundigheid en was in de dagelijkse praktijk moeilijk uitvoerbaar.

Professionele kwaliteit van zorg kan worden omschreven als het op basis van actuele kennis, wetenschap en klinische ervaring aanbieden van de best mogelijk zorg op een doelmatige, doeltreffende, patiëntvriendelijke en patiëntveilige wijze. Een algemeen erkend instrument om de kwaliteit van zorg mede vorm te geven zijn klinische praktijkrichtlijnen. Een klinische praktijkrichtlijn is een wetenschappelijk onderbouwde en op klinische ervaring gebaseerde leidraad die de mondzorgverlener en de patiënt ondersteunt bij het nemen van beslissingen over de gewenste zorg. In tegenstelling tot een protocol, dat een vast omschreven patroon van opeenvolgende handelingen is, zijn richtlijnconforme beslissingen bij individuele patiënten altijd onderhevig aan een mate van onzekerheid en dus minder bindend.

Systematische ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen stimuleert individuele zorgverleners efficiënt aan kennismanagement te doen. Gebundelde kennis die bovendien als referentiekader kan dienen voor professionele

afstemming bij multidisciplinaire samenwerking. Een actueel kwaliteitsaspect, het terugdringen van ongewenste variatie tussen zorgverleners, namelijk het opheffen van onvoldoende, overbodige of verkeerde zorg, wordt beter haatbaar. Immers, uit de aanbevelingen in de richtlijn kan door middel van indicatoren zichtbaar worden wat de 'state of the art' op een specifiek deelgebied is. Klinische praktijkrichtlijnen kunnen daarbij zowel het proces c.q. het effectief en efficiënt handelen, als de uitkomst van de zorg c.q. de verbetering van de gezondheid, beïnvloeden. Daarop gebaseerde indicatoren vormen een slijpsteen voor de professionele geest en tonen de samenleving waar de beroepsgroep voor staat. Een succesvol voorbeeld hiervan vormen de huisartsen, verenigd in de wetenschappelijke koepel van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Decennialang hebben ze, door te werken met op het beste bewijs gebaseerde richtlijnen, aangetoond dat het huisartsgeneeskundig handelen als hun professioneel domein dient te worden erkend.

Gezondheidszorgbreed is uit ervaring en onderzoek gebleken dat de ontwikkeling en de implementatie van richtlijnen om een meerjarig proces vragen. Het vereist specifieke expertise en kennis van klinische epidemiologen, ervaren clinici, databasekrakers, onderzoekers en ondersteuners en dat is tijdrovend en kostbaar. Een kwalitatief optimale richtlijn kost gemiddeld € 130.000,00 en heeft een ontwikkelingstijd van minimaal 1 jaar en dat is exclusief de implementatie. Tot nu toe zijn de in de mondzorg ontwikkelde evidence-based klinische praktijkrichtlijnen slechts incidenten. In de eerstelijns mondzorg wordt geschat dat de komende jaren enige tientallen klinische praktijkrichtlijnen wenselijk zijn. Bij voldoende menskracht kunnen er 2 per jaar worden ontwikkeld. De daarvoor noodzakelijke expertise zal vanuit verschillende geledingen binnen de mondzorg

moeten worden gebundeld, en dat is een creatieve professionele uitdaging! Een landelijk onafhankelijk kwaliteitsorgaan dat onder andere verantwoordelijk is voor structurele richtlijnontwikkeling, is gewenst en wordt denkbaar als de wetenschappelijke verenigingen, de universiteiten/opleidingen en de beroepsverenigingen doelgericht willen werken. Een dergelijk orgaan voor kwaliteitsbevordering kan noodzakelijkerwijs, naast de bevordering van professionele kennis en kunde, verantwoordelijkheid dragen voor het coördineren en borgen van andere kwaliteitsaspecten, zoals register, (her)-registratie, accreditatie, onderwijs en onderzoek. Deze koepel kan bijdragen aan een breder begrip voor professionele kwaliteit en aan de profilering van de beroepsgroep in de algemene praktijk.

We zijn als beroepsgroep verantwoordelijk voor de kwaliteit van de mondzorg. Dat betekent dat alles dat bijdraagt aan die bevordering van kwaliteit ons direct moet aanspreken. Dat geldt uiteraard ook voor de financiële onderbouwing. Een noodzakelijke financiële basis zou kunnen worden gerealiseerd met een vaste jaarlijkse bijdrage per mondzorgverlener. Additionele financiering, zonder belangenverstrengeling, is denkbaar.

De Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (NMT) is op dit moment de grootste representatieve beroepsvereniging en heeft naast de belangenbehartiging de bevordering van de kwaliteit als hoofddoelstelling. Haar leden komen uit alle geledingen van de mondzorg. Op dit moment is de NMT het meest geëquipeerd om het voortouw te nemen richting een landelijk kwaliteitsorgaan voor de mondzorg. Een dergelijk consortium zou als kerndoel moeten hebben: het structureel ontwikkelen, verspreiden en implementeren van de op het beste bewijsmateriaal gebaseerde kennis en innovaties in de mondzorg.

**Tegenstander**

**Rob Barnasconi**, voorzitter Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, Nieuwegein

Vooropgesteld dient te worden dat eenniet de rol die bij de NMT past. Het in-berooepsgroep, zoals tandartsen, hedentiafief zou moeten worden genomen ten dage niet kan zonder goede klini door de wetenschappelijke verenigin-sche praktijkrichtlijnen die zijn geba gen en de opleidingen tandheelkunde, seerd op actuele wetenschappelijke al dan niet in onderlinge samenwer-inzichten. De ontwikkelingen gaan king. Dat wordt node gemist. De NMT snel en de eisen die worden gesteld zou niet de hoofdrol moeten spelen als aan zorgverleners zijn hoog. Het is on het gaat om de ontwikkeling van klini-doenlijk van alle deelgebieden alle sche praktijkrichtlijnen. De inhoudelij-nieuwe publicaties bij te houden en dit ke deskundigheid is aanwezig binnen te vertalen naar de eigen praktijksitu de wetenschappelijke wereld. Bij huis-atie. Een klinische praktijkrichtlijn kan artsen is het bijvoorbeeld het Neder-de rol van 'algemeen aanvaardbare-be lands Huisartsen Genootschap dat deze handelnorm' vervullen, waarop iedere rol op zich neemt en hierbij afstemt met zorgverlener zijn behandeling in voor de Landelijke Huisartsen Vereniging. In komende gevallen zou moeten base de mondzorg zou dit ook moeten kun-ren. Helaas is niet voor alle onderdelen. Het is jammer dat andere partijen van de mondzorg voldoende weten dit laten liggen, zodat de NMT deze ini-tiële basis voorhanden door tiërende rol noodzakelijkerwijs op zich dat er in beperkte mate 'evidence' moet nemen. Anders staat de tijd stil beschikbaar is. In die gevallen is 'con als het gaat om de verdere ontwikkeling sensus in de beroepsgroep' de maat van de 'kwaliteit van de mondzorg' die daarvoor moet worden genomen.

De laatste jaren heeft de Neder-landse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) enkele malen het initiatief moeten nemen een klini-sche richtlijn te ontwikkelen waaraan de beroepsgroep behoefte had. Dat is

De NMT kan en wil wèl een rol spe-len bij de consultatie van de beroeps-groep om te peilen of er behoefte is aan een dergelijke richtlijn en of de inhoud van een voorliggende concept-richtlijn overeenkomt met de verwachtingen van de beroepsgroep. Overigens is dit wel een wezenlijke rol. Want waar we-tenschappelijke verenigingen en oplei-dingen tandheelkunde het initiatief nemen en de richtlijn opstellen, kan al-leen de brede beroepsgroep de richtlijn valideren.

Zonder toetsing binnen de beroepsgroep kan er geen sprake zijn van een al-gemeen aanvaard-bare norm binnen de beroepsgroep. Hierbij speelt mee waar de prioritei-ten moeten wor-den gelegd die door tandartsen als zinvol wor-den ervaren.

Daarvoor kan bijvoor-beeld worden gebruikge-maakt van peilstations,

ledenraadpleging en 'practise-based re-search'. Ook bij het stimuleren van een goede implementatie kan de NMT een belangrijke rol spelen. De NMT heeft zowel voor toetsing als voor consultatie en implementatie goede procedures en instrumenten waarmee al veel ervaring is opgedaan.

Een ander nadeel van het initiatief dat de NMT nu enkele malen heeft ge-nomen is dat men beweert dat de NMT-richtlijn niet van toepassing is voor tandartsen die geen lid zijn van de NMT. Dit is in mijn opvatting niet het geval. Gelukkig participeren nu ook andere beroepsverenigingen uit de mondzorg in de werkgroep die thans de klinische praktijkrichtlijn Kinder tandheelkunde ontwikkelt. Dit is een gunstige ontwikkeling waaruit blijkt dat partijen meer hun verantwoorde lijkheid gaan nemen. Maar wat de NMT betreft, gaat dit nog niet ver ge-noeg. Ik vind dat we meer van de we-tenschappelijke verenigingen moeten kunnen verwachten dan het organise-ren van congressen. Om de kwaliteit en deskundigheid van de beroepsgroep te verhogen, is echt meer nodig, zo blijkt uit wetenschappelijk onderzoek.

Dus wat mij betreft, ligt er een mooie hoofdrol te wachten op invul-ling door de wetenschappelijke wereld bij de ontwikkeling van klinische prak-tijkrichtlijnen!

Wilt u reageren? Mail dan naar: [redactielezerspost@ntvt.nl](mailto:redactielezerspost@ntvt.nl)

