

Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 3. Draagvlak voor richtlijnontwikkeling in de mondzorg

Draagvlak is belangrijk bij de implementatie van klinische praktijkrichtlijnen. Uitkomsten van 5 onderzoeken uit de jaren 1998 tot en met 2013 geven zicht op het draagvlak voor klinische praktijkrichtlijnen onder tandartsen, orthodontisten, mondhygiënisten en tandprotheticen in Nederland. Daarbij werden attitudes, opvattingen, kennis en gedrag opgevat als indicaties voor het wel of niet aanwezig zijn van draagvlak. Tandartsen hebben in de loop der jaren een toenemend positieve houding ten aanzien van klinische praktijkrichtlijnen. De meesten kennen en gebruiken minimaal 1 van de reeds bestaande klinische praktijkrichtlijnen en tonen zich voorstander van richtlijnontwikkeling. Orthodontisten en mondhygiënisten hebben nog weinig eigen klinische praktijkrichtlijnen op hun vakgebied, maar de meerderheid van hen is voorstander van de ontwikkeling ervan. Onder tandprotheticen, die ook weinig ervaring hebben met klinische praktijkrichtlijnen, zijn minder voorstanders. Al met al kan worden gesteld dat er onder mondzorgverleners een groeiend draagvlak is voor de ontwikkeling en het gebruik van klinische praktijkrichtlijnen.

Dam BAFM van, Oosterkamp BCM, Boer den JCL, Bruers JJM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 3. Draagvlak voor richtlijnontwikkeling in de mondzorg

Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 85-92

doi: 10.5177/ntvt.2015.02.14232

Inleiding

In de afgelopen decennia is de samenleving steeds meer duidelijkheid over het handelen van zorgverleners gaan verlangen. Afgezien van een inherente ongelijkwaardigheid wat betreft medische kennis en behandelmogelijkheden, heeft de relatie tussen patiënt en zorgverlener zich zodanig ontwikkeld dat patiënten mogen verwachten te worden geïnformeerd over wat in hun specifieke geval de optimale zorg is. Hierbij speelt ook de groeiende maatschappelijke wens om variaties in medisch handelen zo goed mogelijk te kunnen duiden mee.

Waar huisartsen en medisch specialisten al een lange traditie hebben op het gebied van evidencebased handelen, is dit binnen de mondzorg nog geen usance. Volgens de Gezondheidsraad (2012) is verbetering wenselijk. Klinische praktijkrichtlijnen kunnen mondzorgverleners daarbij ondersteunen. Een klinische praktijkrichtlijn bevat voor een bepaalde aandoening aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies voor de meest doeltreffende en doelmatige behandelkeuze. Deze zijn gebaseerd op de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek, waarover deskundigen na discussie hun mening hebben gevormd (Van Everdingen, 2014). Klinische praktijkrichtlijnen voor de mondzorg zullen met ingang van 2015 via het proces van evidencebased richtlijnontwikkeling (EBRO) tot stand komen (Met-

tes et al, 2015). De beroepsgroep wordt hierbij nadrukkelijk betrokken, bijvoorbeeld doordat zij wordt geraadpleegd bij de inventarisatie en prioritering van onderwerpen, bij de knelpuntenanalyse en bij de commentaarronde. Nadat een klinische praktijkrichtlijn gereed en geautoriseerd is, volgt een implementatietraject, dat wil zeggen: het vertrouwd maken van de beroepsbeoefenaren met de inhoud van de klinische praktijkrichtlijn én hen stimuleren om gebruik te maken van de aanbevelingen (Mettes et al, 2015).

Uit de omvangrijke hoeveelheid literatuur die beschikbaar is over het implementeren van nieuwe inzichten en werkwijzen in de gezondheidszorg valt op te maken dat dit een complex proces is. Vaak worden richtlijnen in de patiëntenzorg niet of slechts beperkt toegepast, waardoor de beoogde effecten niet worden bereikt (Burgers et al, 2003; Grol en Grimshaw, 2003; Bloemendal et al, 2011; Grol en Wensing, 2011; Lugtenberg et al, 2011; Tellez et al, 2011; Cherry et al, 2012; Hilbink-Smolders et al, 2012). Over succesvol implementeren van vernieuwingen bestaan allerlei theorieën (Grol en Wensing, 2011). Enkele daarvan richten zich vooral op het draagvlak bij de beroepsgroep voor de ontwikkeling en het gebruik van nieuwe inzichten.

Draagvlak wordt in algemene zin omschreven als het *“deel van de samenleving dat een mening of ideologie ondersteunt”* (Van Dale, 2005). Develtere (2003) definieerde de term specifiek als *“de al of niet door kennis gedragen houding, opinie en gedrag ten aanzien van een bepaald onderwerp”*. Deze omschrijving maakt duidelijk welke factoren van belang zijn bij het creëren van draagvlak. Uitgaande van de definitie van Develtere kunnen kennis, attitudes, opvattingen en gedragingen van zorgverleners ten aanzien van klinische praktijkrichtlijnen worden gezien als indicaties voor het draagvlak ervan. Onderzoek bevestigt dat deze factoren inderdaad van belang zijn bij de implementatie van richtlijnen. Bloemendal et al (2011) noemden op basis van een systematisch literatuuronderzoek onder andere dat de factoren ‘de kennis over richtlijnen’ en ‘een positieve attitude ten aanzien van richtlijnen’ in positieve zin bijdragen aan het gebruik ervan door zorgverleners. Bernhardsson et al (2014) onderzochten onder meer attitudes, kennis en gedrag van fysiotherapeuten in Zweden met betrekking tot het gebruik van klinische praktijkrichtlijnen. Bij deze onderzoeksgroep hadden een positieve attitude, kennis van richtlijnen en van de toepasbaarheid daarvan bij het nemen van behandelbeslissingen bij individuele patiënten eveneens een gunstig effect op de naleving.

Daarentegen blijkt dat er niet altijd sprake is van een positieve samenhang tussen kennis, attitudes, opvattingen en gedragingen. Zo stelden Bernhardsson et al (2014) verder vast dat weliswaar bijna alle fysiotherapeuten in

Onderzoek	Jaar van uitvoering	Doelgroep(en)	Aantal respondenten	Responspercentage
Schriftelijke Omnibus-enquête (KNMT-Peilstations)	1998	Tandartsen	609	54%
Webenquête Omnibus (KNMT-Peilstations)	2006	Tandartsen	516	40%
Webenquête Onderzoek Kwaliteit van Mondzorg (KNMT-Peilstations)	2012	Tandartsen	264	19%
Schriftelijke enquête Richtlijn-commissie NVvO	2013 (maart)	Orthodontisten	182	51%
Webenquête KiMo i.o.	2013 (oktober)	Tandartsen	303	20%
		Orthodontisten (in opleiding)	109	35%
		Mondhygiënist	149	30%
		Tandprothetici	120	32%

Tabel 1. Overzicht gebruikte onderzoeken.

hun onderzoek het belang van (het gebruik van) klinische praktijkrichtlijnen onderschreven (attitude en opvatting), maar dat minder dan de helft (47%) naar eigen zeggen ook een frequent gebruiker was. De overigen gebruikten ze soms (41%) of vrijwel nooit (12%). Bovendien lijkt bij gerapporteerd gedrag (naleving) de factor 'sociaal wenselijk antwoord' een rol te spelen. Berg en Palmer (2012) onderzochten onder tandartsen in West Sussex de naleving van de richtlijn over de frequentie van het periodiek mondonderzoek, opgesteld door het National Health Institute for Health and Care Excellence (NICE). Hoewel een ruime meerderheid naar eigen zeggen de richtlijnen kende (94%) en de aanbevelingen volgde (64%), bleek het oproepbeleid van 70% niet richtlijnconform te zijn. Bonetti et al (2003) constateerden dat louter de toename van kennis en vaardigheden van zorgverleners niet voldoende is voor het bewerkstelligen van veranderingen in klinisch gedrag. In Nederland beschikken huisartsen sinds 25 jaar over NHG-standaarden, waarvan de toepassing in 2010 op zo'n 74% lag (Grol et al, 2011). Lugtenberg et al (2011) onderzochten onder meer de attitudes van huisartsen met betrekking tot deze NHG-richtlijnen. Van de ondervraagden vond 97% deze een waardevolle bron van advies, hechtte 94% geloof aan de betrouwbaarheid en dacht 89% dat het gebruik van richtlijnen zou leiden tot een betere zorg aan patiënten. Maar ook bij deze beroepsgroep lag de daadwerkelijke naleving van 4 specifieke richtlijnen wat lager, namelijk gemiddeld genomen op 77%. Een positieve houding ten aanzien van klinische praktijkrichtlijnen impliceert dus niet zonder meer richtlijnconform gedrag in de zorgverlening.

Desondanks wordt verondersteld dat draagvlak voor klinische praktijkrichtlijnen wel degelijk tot uitdrukking komt in kennis, attitudes en opvattingen van zorgverleners en dat het daarmee een voorwaarde is voor richtlijnconform gedrag. Op basis van de uitkomsten van enkele onderzoeken van de laatste jaren wordt in het navolgende een beeld geschetst van het huidige draagvlak bij tandart-

sen, orthodontisten, mondhygiënist en tandprothetici in Nederland voor de ontwikkeling en het gebruik van klinische richtlijnen in de mondzorg.

Materiaal en methoden

De gepresenteerde gegevens zijn afkomstig uit 5 onderzoeken die in de periode 1998 tot en met 2013 werden uitgevoerd. Het betreffen 3 onderzoeken onder tandartsen, 1 onder orthodontisten en 1 mondzorgbreed, dat wil zeggen onder tandartsen, orthodontisten (in opleiding), mondhygiënist en tandprothetici.

De 3 tandarts-onderzoeken werden uitgevoerd binnen het project Peilstations van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). Binnen dit in 1995 gestarte project wordt onderzoek verricht naar voornamelijk de niet-klinische aspecten van de beroepsuitoefening van tandartsen, waarbij ook opvattingen en gedragingen van tandartsen aan bod komen (Bruers et al, 2014). Onderwerpen met betrekking tot klinische praktijkrichtlijnen zijn in dit project 3 keer aan bod gekomen, namelijk in 1998, 2006 en 2012 (Van der Sanden en Mettes, 1999a; Van der Sanden en Mettes, 1999b; NMT, 2007; NMT, 2013). Het onderzoek onder orthodontisten is in 2013 uitgevoerd door de Richtlijn Commissie Orthodontie van de Nederlandse Vereniging van Orthodontisten (NVvO, 2013). Het mondzorgbrede onderzoek is in 2013 uitgevoerd binnen het oprichtingstraject van een richtlijneninstituut voor de mondzorg (KiMo i.o., 2014). In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van het aantal deelnemers en de respons in deze onderzoeken. Alle gegevens zijn geanalyseerd met behulp van SPSS.

Opgemerkt zij nog dat de groepen tandartsen in de verschillende onderzoeken steeds in grote lijnen een representatieve afspiegeling vormden van de gehele beroepsgroep. Van de groepen orthodontisten, mondhygiënist en tandprothetici die in de gepresenteerde onderzoeken werden betrokken, kon dit niet worden vastgesteld. Verder moet rekening worden gehouden met de mogelijkheid dat de uit-

Algemene attitude	1998	2006	2012
Negatief	6%	3%	4%
Niet negatief, niet positief	68%	58%	43%
Positief	26%	39%	52%
Cronbach's alpha	0,79	0,77	0,88
n	750	312	189

*Het betreft de score op schalen die zijn geconstrueerd op basis van de reacties van de tandartsen op een aantal stellingen over (klinische praktijk)richtlijnen die identiek of in vergelijkbare bewoordingen zijn voorgelegd. In 1998 en in 2006 betrof het respectievelijk 11 en 12 stellingen met 3 antwoordcategorieën en in 2012 waren het 15 stellingen met 5 antwoordcategorieën. Uit een factoranalyse over alle reacties komt voor elk jaar 1 dimensie naar voren van uitspraken die statistisch samenhangen en waarvan de betrouwbaarheidscoëfficiënt (Cronbach's alpha) voldoende hoog is. Daarom mogen de reacties worden samengenomen in een additieve schaal. De uitspraken hebben onder meer betrekking op de toepasbaarheid van klinische praktijkrichtlijnen, de ondersteuning die deze richtlijnen vormen voor de dagelijkse praktijkuitoefening, de bijdrage aan doelmatig en kostenbewust werken, het belang voor de professionele beroepsuitoefening en een goede zorgverlening, het belang voor de opleiding en voor bij- en nascholing, de bijdrage aan transparantie van de zorg(uitkomsten) en het al of niet dwingende karakter ervan.

Tabel 2. Algemene attitude van tandartsen ten opzichte van klinische praktijkrichtlijnen, in 1998, 2006 en 2012 (Van der Sanden en Mettes, 1999a en 199b; NMT, 2007; NMT, 2013).*

Attitude	Relevantie voor behandeling	Relevantie voor praktijkvoering	Relevantie voor kennis en verantwoording	Dwingend karakter	Totaal
Negatief	29%	12%	30%	34%	22%
Niet negatief, niet positief	34%	17%	32%	20%	34%
Positief	37%	71%	38%	46%	44%
Cronbach's alpha	0,84	0,76	0,76	0,85	0,95
n	112	145	146	173	133

*In totaal zijn 21 uitspraken over klinische praktijkrichtlijnen voorgelegd. Uit een factoranalyse over alle reacties (eens, neutraal, oneens) kwamen 4 dimensies naar voren van uitspraken die statistisch samenhangen en waarvan de betrouwbaarheidscoëfficiënt (Cronbach's alpha) voldoende hoog was. Daarom mogen de reacties per dimensie worden samengenomen in een additieve schaal. De schaal 'relevantie voor behandeling' omvat uitspraken met betrekking tot onder meer de (kwaliteit van de) directe patiëntbehandeling en de samenwerking met andere disciplines. 'Relevantie voor de praktijkvoering' gaat onder andere over de dagelijkse praktijkuitoefening en het onderling toetsen en visiteren. 'Relevantie voor kennis en verantwoording' heeft betrekking op onder meer de deskundigheidsbevordering en de verantwoording aan de buitenwereld. De schaal 'dwingend karakter' gaat over de toepasbaarheid en de verplichting van klinische praktijkrichtlijnen en de professionele autonomie. De totaalkolom is de schaal van alle 21 uitspraken tezamen.

Tabel 3. Attitude van orthodontisten ten opzichte van klinische praktijkrichtlijnen in 2013 (NVvO, 2013).*

komsten een wat te positief beeld schetsen. Er kan namelijk sprake zijn geweest van sociaal wenselijk antwoorden.

Resultaten

Attitude

In 2012 werd de attitude van tandartsen ten aanzien van klinische praktijkrichtlijnen gemeten aan de hand van 15 deels positief, deels negatief geformuleerde uitspraken (tab. 2) (NMT, 2013). De reacties van de deelnemende tandartsen op deze uitspraken, vastgesteld aan de hand van een vijfpuntenschaal uiteenlopend van 'helemaal eens' tot 'helemaal oneens', hingen statistisch gezien samen en werden daarom samengenomen in een additieve schaal. Tabel 2 toont naast de uitkomsten uit 2012, ook de vergelijkbare uitkomsten uit 2006 en 1998. In 2012 oordeelde 52% over het geheel genomen positief over het nut en de noodzaak van klinische praktijkrichtlijnen, was 43% neu-

traal en 4% negatief gestemd. In vergelijking met 1998 bleek het percentage tandartsen met een positieve attitude verdubbeld. Uit de procentuele verdelingen kon worden opgemaakt dat deze aanwas voornamelijk kwam uit de groep tandartsen met een neutrale houding, die was namelijk afgenomen van 68% naar 43%.

Ook de orthodontisten, leden van de NVvO, werden gevraagd te reageren op (in totaal 21) uitspraken over het nut en de noodzaak van klinische praktijkrichtlijnen (NVvO, 2013). Zoals tabel 3 laat zien, kwamen uit de analyse van hun reacties 4 dimensies naar voren. Op basis van de samenhang tussen de uitspraken binnen elk van deze dimensies werden 4 additieve schalen geconstrueerd met betrekking tot de relevantie van klinische praktijkrichtlijnen voor 1. de behandeling, 2. de praktijkvoering en 3. het bijhouden van kennis en de verantwoording over de kwaliteit van de zorg. Een vierde cluster van uitspraken betrof het dwingende karakter van klinische praktijkrichtlijnen.

	Tandartsen		orthodontisten		mondhygiënisten	tandprothetici
	2012	2013	2013 (maart)	2013 (oktober)	2013	2013
ja	35%*	54%	70%	60%	60%	41%
nee	65%	46%	30%	40%	40%	59%
n	225	303	155	109	149	120

*Inclusief degenen die klinische praktijkrichtlijnen noemen met raakvlak met de tandheelkunde

Tabel 4. Mening van tandartsen, orthodontisten, mondhygiënisten en tandprothetici over de vraag of voor de mondzorg meer klinische praktijkrichtlijnen moeten worden ontwikkeld, in 2012 en 2013 (KiMo i.o., 2014; NMT, 2013; NVvO, 2013).

	Tandartsen	Mondhygiënisten	Tandprothetici
Restauratieve tandheelkunde	21%	3%	3%
Endodontologie	10%	2%	
Medische interactie	17%	28%	
Implantologie	8%	14%	40%
Diagnostiek en behandelplanning	1%	2%	
Parodontologie	5%	10%	
Preventieve tandheelkunde / preventie	6%	10%	
Kindertandheelkunde	7%	6%	
Gerodontologie en bijzondere tandheelkunde	5%	8%	16%
(Kaak)chirurgie	4%		
Prothetische tandheelkunde	3%		33%
Orthodontie	4%	2%	
Radiologie	3%	4%	
Anesthesie en sedatie	2%	4%	
Anamnese	1%	4%	7%
Tandheelkundige behandeling algemeen	2%	2%	
Diversen	4%	2%	
n	208	102	30

Tabel 5. Onderwerpen die tandartsen, mondhygiënisten en tandprothetici van belang vinden voor ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen in 2013 (KiMo i.o., 2014).

Over het geheel genomen, stonden 44% van de orthodontisten positief tegenover klinische praktijkrichtlijnen, was 34% hierover neutraal en 22% negatief. De positieve attitude kwam vooral tot uitdrukking in de vermeende relevantie van klinische praktijkrichtlijnen voor de praktijkvoering (71%).

Opvatting

In tabel 4 is te zien hoe de verschillende beroepsgroepen medio 2013 staan tegenover de ontwikkeling van (meer) klinische praktijkrichtlijnen voor de mondzorg (KiMo i.o., 2014). Van de tandartsen vond 54% dit een goede zaak, waar in 2012 dit percentage nog op 35% lag (NMT, 2013). Van de orthodontisten in het mondzorgbrede onderzoek van eind 2013 vond 60% dat er klinische praktijkrichtlijnen moeten worden ontwikkeld. Dit komt redelijk overeen met de uitkomsten van de peiling eerder in 2013, waaruit bleek dat dat van de leden van de NVvO 70% deze mening was toegedaan (NVvO, 2013). Van de mondhygiënisten uitte 60% voor en 40% tegen richtlijnontwikkeling te zijn, terwijl deze verdeling bij de tandprothetici op respectievelijk 41% en 59% lag.

Indien klinische richtlijnen aansluiten bij de wensen en behoeften van de mondzorgverleners, dan is dat een stimulans voor de ontwikkeling daarvan. In enkele onderzoeken werd daarom gepeild welke onderwerpen mondzorgverleners van belang vinden (tab. 5 en 6). Naar verhouding de meeste tandartsen noemden restauratieve tandheelkunde en medische interactie. Dat laatste onderwerp scoorde ook bij de mondhygiënisten relatief het hoogst (KiMo i.o., 2014). Bij de orthodontisten was de onderzoeksvraag enigszins anders: zij werden verzocht een rangorde te maken in een aantal voorgegeven onderwerpen (NVvO, 2013). Bij deze mondzorgverleners lag de voorkeur bij de onderwerpen röntgendiagnostiek in het kader van orthodontie, retentie c.q. nazorg en mondhygiëne tijdens een orthodontische behandeling. Als het gaat om de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen spreken de meeste tandprothetici zich uit voor de onderwerpen implantologie en prothetiek (KiMo i.o., 2014).

Verder bleek dat klinische praktijkrichtlijnen vooral praktisch toepasbaar moeten zijn in de dagelijkse zorgverlening. Zo zei 79% van de tandartsen dat het aanbieden van samenvattingskaarten een stimulans is om meer van

Een of meer klinische onderwerpen, namelijk:	93%
• Röntgendiagnostiek in het kader van de orthodontie	73%
• Retentie / nazorg	65%
• Mondhygiëne(protocol) / fluorideadvies	65%
• Voorwaarden start behandeling in kader van gebitskwaliteit (endo-, paro-, en cmd-patiënten)	43%
• Herbehandeling	40%
• (Compromis tussen) behandelgoal en -grenzen	40%
• Interdisciplinaire behandelingen	36%
• Bepaling wanneer eerste c.q. interceptieve fasebehandeling en wanneer tweede fasebehandeling	29%
• Termijnen controle	25%
Geen enkel klinisch onderwerp	7%
n = 182	

Tabel 6. Onderwerpen die orthodontisten van belang vinden voor ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen, in 2013 (NVVO, 2013).

	Niet bekend	Wel bekend, geen gebruik	Gebruik
Klinische praktijkrichtlijnen op tandheelkundig gebied			
Tandletsel	10%	12%	78%
Het periodiek mondonderzoek	45%	18%	37%
Mondzorg voor jeugdigen	49%	24%	27%
De klachtenvrije, geïmpacteerd derde molaar in de onderkaak	52%	14%	34%
(Na)zorg bij patiënten met implantaten	66%	10%	24%
Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen	87%	6%	7%
Klinische praktijkrichtlijnen tandheelkundig totaal	7%	10%	83%
n = 233			
Klinische praktijkrichtlijnen met raakvlakken met de tandheeskunde			
Preventie bacteriële endocarditis	26%	4%	70%
Hepatitis B	45%	6%	49%
LESA antistolling	72%	5%	23%
Diagnostiek / behandeling obstructieve slaapapneu syndroom	80%	11%	9%
Mondholte- /orofarynxcarcinoom	85%	7%	8%
Tabaksverslaving	87%	6%	7%
Orale mucositis bij patiënten met kanker	86%	8%	6%
Griep	95%	1%	4%
Klinische praktijkrichtlijnen met raakvlakken tandheeskunde totaal	15%	4%	81%
n = 231			

Tabel 7. Bekendheid met en gebruik door tandartsen van klinische praktijkrichtlijnen in 2012 (NMT, 2013).

klinische praktijkrichtlijnen gebruik te maken (NMT, 2013). Een andere manier om de beroepsgroep te stimuleren tot het gebruik van klinische praktijkrichtlijnen is het laten participeren van zorgverleners uit het veld bij de ontwikkeling ervan. Van de tandartsen was in 2012 33% hiertoe op enigerlei wijze bereid en wilde 55% dit misschien doen. Meer specifiek betrof dat in de meeste gevallen het deelnemen aan een 'pilot' voor het testen van nieuwe richtlijnen (42%) en/of voor het evalueren van richtlijnen (31%), het stimuleren van gebruik onder collega's (27%) en de deelname aan een werkgroep die een bepaalde richtlijn ontwikkelt (25%). Van de orthodontisten zei in 2013 21% bereid te zijn tot participatie in richtlijnontwikkeling.

Toen in 2012 de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen gestalte kreeg met het initiatief tot de opzet van een structureel en nationaal richtlijnenprogramma voor de

mondzorg, sprak 68% van de tandartsen zich hierover (zeer) positief uit. Een vijfde (21%) was neutraal gestemd over het initiatief en 9% (zeer) negatief, terwijl 2% geen mening had.

Kennis en gedrag

In 2012 werd ook de bekendheid met en het gebruik door tandartsen van klinische praktijkrichtlijnen onderzocht (tab. 7) (NMT, 2013). Veruit de meest bekende en gebruikte richtlijn op tandheelkundig gebied was toen 'Tandletsel', het minst bekend was de richtlijn 'Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen'. Alles bijeen genomen kende 7% van de ondervraagde tandartsen geen enkele klinische praktijkrichtlijn op tandheelkundig gebied. Verder was 10% wel bekend met ten minste 1 van deze 6 klinische praktijkrichtlijnen, maar gebruikte deze niet, terwijl 83% ten minste 1 richtlijn ook zelf gebruikte.

Klinische praktijkrichtlijn/klinisch advies	Jaar	Verantwoordelijke organisatie(s)
Vanuit de mondzorg		
Mondzorg voor jeugdigen *	2012	KNMT, NVvK
Tandletsel*	2010	KNMT
Periodiek mondonderzoek *	2007	UMC St Radboud Tandheelkunde
Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen*	2007	NVVA, KNMT, NVG
De klachtenvrije, geïmpacteerd derde molaar in de onderkaak *	2003	UMC St Radboud Tandheelkunde
Advies Erosieve gebitslijtage (concept)	2014	Ivoren Kruis
Advies Preventie fissuurcariës	2012	Ivoren Kruis
Advies Cariëspreventie	2011	Ivoren Kruis
Advies Droge mond	2007	Ivoren Kruis
Advies Tongreinigen	2006	Ivoren Kruis
Advies Preventie van wortelcariës	2003	Ivoren Kruis
Vanuit de geneeskunde		
Richtlijn OSAS bij kinderen *	2012	KNO
Diagnostiek en behandeling obstructieve slaapapneu syndroom bij volwassenen (OSAS) *	2009	NVALT
Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer bij volwassenen *	2009	CBO, NVA e.a.
Sedatie en/of analgesie (PSA) op locaties buiten de operatiekamer bij kinderen *	2009	CBO, NVA, NVK e.a.
Orale mucositis*	2007	V&VN Oncologie, NIVEL, LEVV, UMC St Radboud, VIKC
Mondholte- en orofarynxcarcinoom *	2004	NWHHT
*ontwikkeld volgens EBRO-systematiek		

Tabel 8. Voor de mondzorg ontwikkelde klinische praktijkrichtlijnen en klinische adviezen naar aantal en onderwerp in Nederland vanaf 2003.

Van de 8 klinische praktijkrichtlijnen met raakvlakken met de tandheelkunde was de richtlijn 'Preventie bacteriële endocarditis' het meest bekend en gebruikt en de richtlijn 'Griep' het minst bekend en gebruikt. Alles bijeen genomen was 15% van de tandartsen met geen enkele van deze richtlijnen bekend, kende 4% er ten minste 1 zonder deze te gebruiken en gebruikte 81% er ten minste 1.

Voor de orthodontie zijn tot op heden nog geen klinische praktijkrichtlijnen ontwikkeld. Desgevraagd zei in 2013 36% van de leden van de NVvO dat wanneer dat wel het geval zal zijn, zij daarvan frequent gebruik zullen maken. Verder dacht 37% dit soms te gaan doen en 27% niet of nauwelijks (NVvO, 2013).

Discussie

Klinische praktijkrichtlijnen hebben in de mondzorg een minder lange geschiedenis dan in de huisartsgeneeskunde en de medisch specialismen. Tabel 8 geeft een overzicht van de voor de mondzorg beschikbare klinische praktijkrichtlijnen, ontwikkeld volgens de EBRO-systematiek, en klinische adviezen (Gezondheidsraad, 2012; KiMo i.o., 2014; Ivoren Kruis, 2014). De Gezondheidsraad (2012) acht het noodzakelijk dat de ontwikkeling en implementatie van klinische praktijkrichtlijnen door de beroepsgroepen in de mondzorg serieus ter hand wordt genomen. Dit heeft des te meer kans van slagen als er bij zorgverleners draagvlak is voor deze richtlijnen.

Uit de gepresenteerde onderzoeksuitkomsten komt naar voren dat binnen de mondzorg gesproken mag worden van draagvlak voor de ontwikkeling en het gebruik van kli-

nische praktijkrichtlijnen. Over de tandartsen is daarover het meest bekend. Het is vooral tekenend dat een grote meerderheid ten minste 1 van de al beschikbare richtlijnen gebruikt en dat hun attitude ten opzichte van het nut en de noodzaak van klinische praktijkrichtlijnen in de afgelopen 15 jaar duidelijk in positieve zin is veranderd. Illustratief hiervoor is de instemming van een meerderheid van de beroepsgroep met de opzet van een nationaal richtlijnprogramma.

Orthodontisten zijn net gestart met de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen, maar ook van hen spreekt de meerderheid zich positief uit over richtlijnontwikkeling. Dit laatste geldt ook voor de mondhygiënist. De tandprothetici zijn hierin weer voorzigtiger, maar zij hebben ook nog weinig ervaring met specifieke klinische praktijkrichtlijnen op hun werkteerrein.

Mondziekten-, kaak- en aangezichts(mka-)chirurgen zijn in het voorgaande niet genoemd, omdat van hen geen onderzoeksgegevens beschikbaar zijn met betrekking tot draagvlak voor klinische praktijkrichtlijnen. De Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (NVMKA) laat desgevraagd weten dat voor de mka-chirurgie ruim 80 mono- en multidisciplinaire aanbevelingen c.q. praktische handreikingen beschikbaar zijn. Daarvan is nu slechts een klein deel openbaar (Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie, 2014), maar in de (nabije) toekomst worden dit er meer. De meeste aanbevelingen zijn niet ontwikkeld volgens de EBRO-systematiek, maar die wordt wel gevolgd bij herzieningen.

Het draagvlak in de mondzorg voor klinische praktijkrichtlijnen kan zeker verder groeien. Hiervoor zullen om te beginnen nog wel weerstanden moeten worden geslecht. Uit de gepresenteerde onderzoeken blijkt dat ten minste bij een deel van de tandartsen en orthodontisten het beeld leeft dat klinische praktijkrichtlijnen de zorgverlener in een keurslijf dwingen en daarmee diens professionele autonomie aantasten. In dit verband valt wel eens de term 'kookboek tandheelkunde'. Daar kan tegenin worden gebracht dat klinisch handelen gebaseerd op het beste bewijs van de zorgverlener nog steeds gedegen kennis en vaardigheden vraagt om bij iedere individuele patiënt tot de optimale interventie te komen. Bij het hanteren van klinische praktijkrichtlijnen komt daarmee per definitie veel meer kijken dan het volgen van een 'recept'. Daarnaast roept de angst voor juridische consequenties bij het al of niet naleven van richtlijnen weerstand op, alsook de vrees voor een ongewenste invloed van verzekeraars en overheid via klinische praktijkrichtlijnen (Grol en Wensing, 2011). Echter, alle zorgverleners hebben hoe dan ook de verplichting hun handelen te verantwoorden (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2007). Klinische praktijkrichtlijnen kunnen daarbij een leidraad zijn.

Voor het vergroten van draagvlak is verder een zorgvuldige implementatie van klinische praktijkrichtlijnen essentieel (Grol et al, 2010). Het ontbreken van werkzame strategieën hiervoor wordt door de Gezondheidsraad (2012) aangemerkt als een belemmering voor de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg. Het implementeren van een klinische praktijkrichtlijn is een complex proces. Enkele cruciale elementen zijn:

- Implementatie vergt vrijwel altijd een verandering van de dagelijkse zorgrouines. Hierdoor kunnen zich, ook al is de motivatie er bij de zorgverlener wel, bij het in de praktijk brengen problemen voordoen. Bijvoorbeeld rondom de aard, de effectiviteit of de toepasbaarheid van de nieuwe werkwijze. Maar het kan ook gaan om belemmeringen in de structuur of de organisatie van de praktijk (Carlsen et al, 2007). Bij de ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen dient daarom terdege rekening te worden gehouden met de complexe realiteit van en de inpasbaarheid van de richtlijn in de mond-zorgpraktijk.
- Het is van belang dat klinische praktijkrichtlijnen aansluiten bij de behoeften van zorgverleners (Spallek et al, 2010). Zij moeten daarom actief betrokken zijn bij het ontwikkelingsproces en er dient serieus aandacht te zijn voor het evalueren van hun ervaringen met klinische praktijkrichtlijnen (Harrison et al, 2010). Dit begint al bij het raadplegen van (vertegenwoordigers van) beroepsgroepen bij de keuze voor onderwerpen, bijvoorbeeld via een knelpuntenanalyse of een behoeftepeiling, op basis waarvan een prioritering voor richtlijnontwikkeling kan worden gemaakt (Weele et al, 2004; Grol et al, 2010; Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012). Bij de het ontwikkelen van klinische praktijkrichtlijnen door het Kennisinstituut Mondzorg

(KiMo) zal hierin worden voorzien (KiMo i.o., 2014). Onder tandartsen, orthodontisten, mka-chirurgen, mondhygiënisten en tandprotheticen lijkt de bereidheid om hieraan mee te werken in elk geval te bestaan.

- Investeren in de vaardigheden van de beroepsgroepen om op een juiste wijze met klinische praktijkrichtlijnen om te gaan werpt zijn vruchten af voor de implementatie daarvan (Clarkson, 2004). Vooral vanwege de al genoemde praktische implicaties en problemen die zich kunnen voordoen. Dit begint al in het tandheelkundig onderwijs, waar een positieve houding ten opzichte van klinische praktijkrichtlijnen kan worden aangeleerd. Tevens kan de aankomende beroepsgroep tijdens de opleiding vertrouwd raken met het hanteren van klinische praktijkrichtlijnen. Volgens Spielman en Wolff (2008) kan voor het (aanleren van) evidencebased werken in het onderwijs nog het nodige verbeterd worden. Voor de zittende professie kan bij- en nascholing hierin een rol vervullen.

Tot slot is het van belang dat mondzorgverleners ervan doordrongen raken dat de ontwikkeling en het gebruik van klinische praktijkrichtlijnen geen doel op zich is. Dat deze de professionele autonomie van de zorgverlener niet aantasten, maar juist ondersteunen. Een belangrijk onderdeel van die autonomie is immers het afleggen van verantwoording door de zorgverlener: laten zien hoe hij handelt en waarop dat handelen is gebaseerd. Mondzorgverleners die laten zien dat zij richtlijnconform handelen wekken bij patiënten het vertrouwen dat ze in goede handen zijn. Hetgeen een uitstekend recept is voor een positief maatschappelijk beeld van de mondzorg.

Literatuur

- * Berg AD van den, Palmer NO. An investigation of West Sussex general dental practitioners' awareness, attitudes and adherence to NICE dental recall guidelines. *Prim Dent Care* 2012; 19: 11-22.
- * Bernhardsson S, Johansson K, Nilsen P, Öberg B, Larsson ME. Determinants of guideline use in primary care physical therapy: a cross-sectional survey of attitudes, knowledge, and behavior. *Phys Ther* 2014, 3: 343-354.
- * Bloemendal E, Weenink JW, Harmsen M, Mistiaen P. Naleving van Nederlandse richtlijnen. Een systematische review. Utrecht: Nivel/IQ Healthcare, 2011.
- * Bonetti D, Johnston M, Pitts NB, et al. Can psychological models bridge the gap between clinical guidelines and clinicians' behaviour? A randomised controlled trial of an intervention to influence dentists' intention to implement evidence-based practice. *Br Dent J* 2003; 195: 403-407.
- * Bruers JIM, Boer JCL den, Dam BAFM van. Project Peilstations: monitor van de tandheelkundige beroepsuitoefening in Nederland. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2014; 121: 345-352.
- * Burgers JS, Grol R, Zaat JO, Spies TH, Bij AK van der, Mokking HGI. Characteristics of effective clinical guidelines for general practice. *Br J Gen Pract* 2003; 53: 15-19.
- * Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GP's attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract* 2007; 57: 971-978.

- * Cherry WR, Lee JY, Shugars DA, White RP jr, Vann WF jr. Antibiotic use for treating dental infections in children: a survey of dentists' prescribing practices. *J Am Dent Assoc* 2012; 143: 31-38.
- * Clarkson JE. Getting research into clinical practice - barriers and solutions. *Caries Res* 2004; 38: 321-324.
- * Develtere P. Het draagvlak voor duurzame ontwikkeling. Wat het is en zou kunnen zijn. Antwerpen: De Boeck, 2003.
- * Everdingen JJE van, Dreesens DHH, Burgers JS, et al (red.). Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
- * Gezondheidsraad. De mondzorg voor morgen. Den Haag: Gezondheidsraad 2012; publicatienr. 2012/04.
- * Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1225-1230.
- * Grol R, Braspenning J, Dijkstra R, Huscher M, Wensing M. Implementatie van NHG-standaarden: succes of probleem? *Huisarts en Wetenschap* 2010; 53: 42-46.
- * Grol R, Wensing M. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business, 2011.
- * Grol R, Wensing M, Bosch M, Hulscher M, Eccles M. Theorieën over implementatie. In: Grol R, Wensing W. Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Amsterdam: Reed Business, 2011.
- * Harrison MB, Légaré F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines in local context and assessing barriers to their use. *CMAJ* 2010; 182: E78-E84.
- * Hilbink-Smolders M, Knippenberg M, Burgers J. HARING-toolbox: een nieuwe impuls voor richtlijnontwikkeling en -implementatie in Nederland. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2012; 90: 427-433.
- * Ivoren Kruis. Adviezen voor het behoud van een gezonde mond. <http://www.ivorenkruis.nl/Adviezen.html>, geraadpleegd 16-10-2014.
- * Kennisinstituut Mondzorg (KiMo) i.o. Visie en methodiek voor richtlijnontwikkeling voor het Kennisinstituut Mondzorg (KiMo) en contouren voor een meerjarenagenda. Adviesrapport. Nieuwegein: KiMo i.o., 2014.
- * Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Medische professionaliteit. KNMG Manifest. Utrecht: KNMG, 2007.
- * Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Omnibus-enquête najaar 2006: Tandartsen over praktijkrichtlijnen. Interne rapportage. Nieuwegein: NMT, 2007.
- * Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Nulmeting Onderzoek Kwaliteit van Mondzorg 2012. Een eerste proeve van bekwaamheid. Nieuwegein: NMT, 2013.
- * Lugtenberg M, Burgers JS, Besters CF, Han D, Westert GP. Perceived barriers to guideline adherence: a survey among general practitioners. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 98.
- * Mettes TG, Loveren C van, Oirschot C van, Weijden F van der, Bruers JJM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen 2. Proces en inhoud van evidencebased richtlijnontwikkeling. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2015; 122: 21-31.
- * Nederlandse Vereniging van Orthodontisten (NVvO). Commissie Richtlijnontwikkeling. Enquête ontwikkeling klinische richtlijnen. Tubbergen: NVvO, 2013 (interne uitkomsten).
- * Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie. Openbare richtlijnen. <https://www.nvmka.nl/open/kwaliteit/richtlijnen>, geraadpleegd 04-12-2014.

- * Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijnen voor richtlijnen. Criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn. Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2012.
- * Sanden WJM van der, Mettes ThG. NMT-Peilstations over 'Klinische praktijkrichtlijnen' (1). *Nederlands Tandartsenblad* 1999a; 54 (nr. 4): 150-151.
- * Sanden WJM van der, Mettes ThG. NMT-Peilstations over 'Klinische praktijkrichtlijnen' (2). *Nederlands Tandartsenblad* 1999b; 54 (nr. 10): 476-477.
- * Spallek H, Song M, Polk DE, Bekhuis T, Frantsve-Hawly J, Aravamudhan K. Barriers to implementing evidence-based clinical guidelines: A survey of early adopters. *J Evid Based Dent Pract* 2010; 10: 195 - 206.
- * Spielman AI, Wolff MS. Overcoming barriers to implementing evidence-based dentistry. *J Dent Educ* 2008; 72: 263-264.
- * Tellez M, Gray SL, Gray S, Lim S, Ismail AI. Sealants and dental caries: dentists' perspectives on evidence-based recommendations. *J Am Dent Assoc* 2011; 142: 1033-1040.
- * Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse Taal. Utrecht, Van Dale Lexicografie bv, 2005.
- * Wee GM van der, Barneveld TA van, Swinkels JA. Onderwerpkeuze, knelpuntenanalyse en uitgangsvragen. In: Everdingen JJE van, Dreesens DHH, Burgers JS, et al (red.). Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2004.

Summary

Evidence-based clinical practice guidelines in oral care 3. Support for the development of clinical practice guidelines

Support is an important factor in the implementation of clinical practice guidelines. Data from 5 studies from 1998 through 2013 offer insight into the support for clinical practice guidelines among dentists, orthodontists, dental hygienists and denturists in the Netherlands. In these, attitudes, opinions, knowledge and behaviour were seen as indicators of support. Dentists have an increasingly positive attitude towards clinical practice guidelines. The majority is aware of and uses at least 1 of the guidelines available to them and are in favour of the development of clinical practice guidelines. Orthodontists and dental hygienists have available few such guidelines, but the majority of both groups favour their development. Among denturists, who also have little experience with clinical practice guidelines, there are fewer supporters for their development. All in all, among caregivers in oral healthcare in the Netherlands, support for the use and development of clinical practice guidelines is growing.

Bron

B.A.F.M. van Dam¹, B.C.M. Oosterkamp², J.C.L. den Boer¹, J.J.M. Bruers^{1,3}
 Uit ¹de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) in Nieuwegein, ²de afdeling Orthodontie en Cranio-faciale biologie van het Radboudumc in Nijmegen en ³het vakgebied Sociale Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)
 Datum van acceptatie: 11 december 2014
 Adres: mw. dr. B.A.F.M. van Dam, KNMT, Geelgors 1, 3435 CA Nieuwegein
 b.van.dam@knmt.nl