

# Serie: *Onderwijs en de tandarts anno 2025*. Op bewijs gebaseerde praktijkrichtlijnen in de opleiding; voorstel tot een academische leerlijn 'kwaliteit en veiligheid van mondzorg'



**Samenvatting.** Het onderwijs op het gebied van kwaliteit en veiligheid van mondzorg heeft nog verdere ontwikkeling, zowel voor studenten als docenten. Op basis van de huidige ontwikkeling van klinische praktijkrichtlijnen binnen de mondzorg in Nederland wordt een voorstel beschreven hoe dit als leerlijn 'kwaliteit van mondzorg' in de opleidingen tandheelkunde geïmplementeerd kan worden. Binnen de klinische onderwijspraktijk en de wetenschappelijke scholing dienen studenten vertrouwd te raken met het ontwikkelen, beoordelen en toepassen van praktijkrichtlijnen. Enkele voorstellen voor inbedding van de leerlijn in de opleiding worden gegeven. Om de leerlijn verder vorm te geven is nauwe samenwerking tussen de expertisegebieden van de opleidingen tandheelkunde en het Kennisinstituut Mondzorg gewenst.

Sanden WJM van der, Tams J, Mettes TG, Bruers J. Serie: *Onderwijs en de tandarts anno 2025*. Op bewijs gebaseerde praktijkrichtlijnen in de opleiding; voorstel tot een academische leerlijn 'kwaliteit en veiligheid van mondzorg'.

Ned Tijdschr Tandheelkd 2019; 126: 589-597

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.11.19087>

## LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel hebt u:

- inzicht in de wijze waarop toekomstige tandheelkundige zorgverleners beter zouden kunnen leren hoe om te gaan met het ontwikkelen, beoordelen en toepassen van praktijkrichtlijnen.

## INLEIDING

De gezondheidszorg is voortdurend in beweging. Dit betreft niet alleen de ontwikkeling van betere diagnostiek en behandeling, maar ook aspecten die te maken hebben met bejegening van patiënten, verantwoord en kennis en kunde, samenwerking en veiligheid van zorg. Deze ontwikkeling binnen de gezondheidszorg wordt veelal in samen-

hang gebracht met het brede begrip 'kwaliteit van zorg' (afb. 1), dat daarom binnen de studie Geneeskunde sinds enige decennia veel aandacht krijgt (Herwaarden et al, 2009). Die aandacht manifesteert zich nu ook steeds meer bij de opleidingen binnen de mondzorg (Van der Sanden et al, 2015). De huidige opleidingen tandheelkunde zijn gebaseerd op het 'Raamplan tandheelkunde' uit 2008 en de daarin geformuleerde eindtermen voldoen niet meer aan de veranderde eisen rond kwaliteit van zorg. Zo schrijft in 2018 de Commissie Raamplan Mondzorg in haar concept-rapport dat "*de mondzorg niet kan worden losgezien van de algemene gezondheidszorg*". Dit concept-Raamplan is deels gebaseerd op de rapporten 'Naar nieuwe zorg en zorgbehoeven: de contouren' en daaruit voortvloeiend 'Anders kijken, anders leren, anders doen. Grens-overstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk' van

**INTERMEZZO 1. CANMEDS MODEL**

Het CanMEDS Model is afkomstig van de Canadese methodiek om opleiding en bij- en nascholing voor zorgverleners te kwalificeren in termen van competenties. CanMEDs is een samentrekking van de woorden Canadian Medical Education Directives for Specialists. Met competentie wordt bedoeld op een gedragsrepertoire waaruit blijkt dat een zorgverlener is toegerust met voldoende kennis en vaardigheden op dat gebied om goed te functioneren in de praktijk. De competenties zijn universeel en context gebonden aan activiteiten of taken. Voor de arts zijn 7 competentiegebieden gedefinieerd en elk competentiegebied omvat 4 kerncompetenties (zie tab. 1).

de commissie Innovatie Zorgberoepen (Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2015; Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2016).

Deze rapporten schetsten hoe de gezondheidszorg er in 2030 uit zal zien. Het eerste bovengenoemde rapport adviseert over een toekomstgerichte beroepsstructuur en een opleidingslijn voor de gezondheidszorg in Nederland. Er wordt in dit rapport uitgegaan van *“een dynamisch continuüm van bekwaamheden die gericht zijn op de zorgvraag vanuit het burgerperspectief”*. In het tweede bovengenoemde rapport wordt nader uitgewerkt wat dat betekent voor het leren en het opleiden van (toekomstige) zorgverleners. Professionaliteit zal zich steeds meer kenmerken door de samenhang tussen vakbekwaamheid, samenwerkend vermogen, permanent leren en kennis delen (afb. 2). Daarbij wordt de grote en toenemende rol van technologie benadrukt. Dit alles krijgt vorm in een doorgaande lijn van opleidingen in zorg en welzijn, waarin de huidige niveaus van

mbo, hbo, wo, initieel, postinitieel, en bij- en nascholing naadloos op elkaar gaan aansluiten.

Om te bepalen wat de eindtermen moeten zijn voor afstuderende zorgverleners binnen de mondzorg worden 7 ontwikkelingen in het ‘Raamplan mondzorg 2018’ beschreven die relevant zijn voor de mondzorgverlening in de nabije toekomst:

1. de veranderende visie op gezondheid en de gezondheidszorg;
2. de samenwerkingsrelatie tandartsen en mondhygiënist;
3. de focus op kwaliteitszorg;
4. de veranderingen in de mondgezondheid;
5. de grotere samenwerkingsverbanden in de (mond)zorg;
6. de voortgaande beroepsdifferentiatie;
7. en de innovaties in de mondzorg.

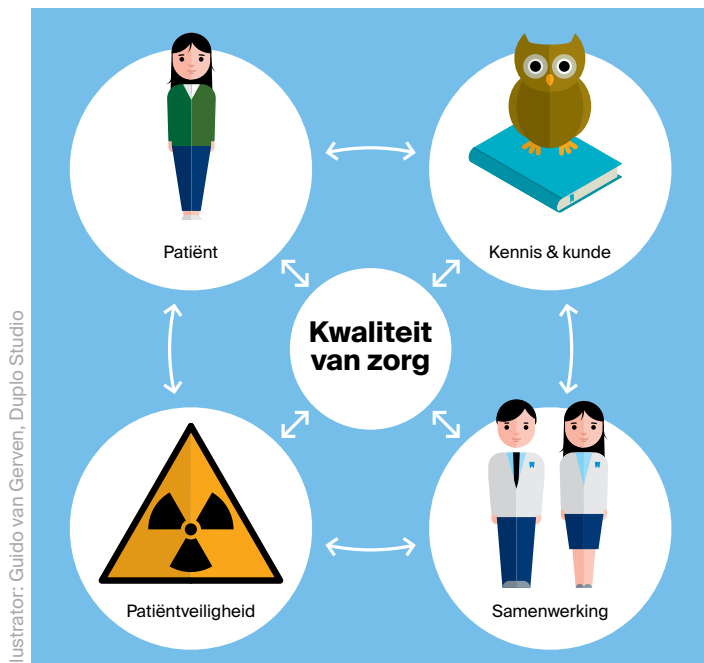
Deze ontwikkelingen hebben consequenties voor de wijze waarop de op te leiden tandartsen en de mondhygiënist zorg gaan verlenen. Op basis van deze schets is het competentieprofiel van de toekomstige tandartsen (en mondhygiënist) op een aantal punten aangepast. Voor de omschrijving van dat profiel van de afstuderende tandarts en mondhygiënist is als uitgangspunt het CanMEDS model (2005; zie intermezzo 1) gehanteerd. Dit model beschrijft 7 competentiegebieden (tab. 1).

Deze competentiegebieden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Centraal staat het vakinhoudelijk handelen als kern van de beroepsuitoefening. De andere gebieden zijn hieraan gekoppeld maar overstijgen die tegelijkertijd en vragen specifieke bekwaamheden. In vergelijking met het Raamplan uit 2008, dat ook de CanMEDS-competenties als uitgangspunt had, is het zevende competentiegebied ‘professionaliteit en kwaliteit’ nieuw, waarmee professioneel gedrag en kwaliteit van zorg een prominentere rol in het onderwijs krijgen dan nu al het geval is (Kreulen et al, 2012).

Dit artikel geeft een visie op de bachelor- en masteropleidingen tandheelkunde in Nederland met betrekking tot het professioneel handelen. Deze visie spitst zich toe op de rol van klinische praktijkrichtlijnen als onderdeel van de kwaliteit van zorg. De vraag is hoe studenten zo kunnen worden opgeleid dat zij leren deze kennisproducten zo goed mogelijk toe te passen bij de verlening van mondzorg aan patiënten. Daartoe wordt eerst kort ingegaan op de praktijkrichtlijnontwikkeling binnen de mondzorg in Nederland en het professioneel gebruik van klinische praktijkrichtlijnen als integraal onderdeel van een landelijk kwaliteitsbeleid.

**RICHTLIJNONTWIKKELING IN DE MONDZORG**

Mondzorgverleners zijn volgens de in 2016 ingevoerde *Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)* verplicht om goede zorg te verlenen, dat wil zeggen: veilige, doelmatige, doeltreffende en cliëntgerichte zorg, die in overeenstemming is met de professionele standaard (Brands et al, 2013).



Illustrator: Guido van Gerven, Duplo Studio

**Afb. 1.** Het brede begrip 'kwaliteit van zorg' betreft de patiënt, de patiëntveiligheid en de kennis en kunde alsmede het samenwerking vermogen van de tandarts.

De Gezondheidsraadscommissie stelde in haar rapport 'De mondzorg van morgen' vast dat de mondzorg in Nederland van zeer acceptabel niveau is (Gezondheidsraad, 2012). Tevens werd vastgesteld dat er in de afgelopen decennia binnen de mondzorg weliswaar aandacht was geweest voor onderdelen van een kwaliteitsbeleid, maar dat de focus vooral gericht was op randvoorwaarden en minder op de inhoudelijke kwaliteit van zorg. Uitingen daarvan zijn onder andere dat er tussen tandartsen (ongewenste) behandelvariatie bestaat, dat er betrekkelijk weinig op bewijs gebaseerde klinische praktijkrichtlijnen zijn (c.q. evidence-based handelen is niet vanzelfsprekend) en dat nauwelijks onderzoek bestaat naar doelmatigheid van behandelingen. In reactie hierop werd in 2015 van het Kennisinstituut Mondzorg (KIMO) opgericht en werd voor de mondzorg gestart met de ontwikkeling en implementatie van klinische praktijkrichtlijnen naar analogie van de beproefde EBRO (evidencebased richtlijnontwikkelings)methode (Van Everdingen, 2014). De komende jaren zal de mondzorg, op basis van een meerjarenprogramma, de beschikking krijgen over op bewijs gebaseerde klinische praktijkrichtlijnen en daarvan afgeleide kennisproducten inclusief de implementatie in de dagelijkse praktijk.

### PROFESSIONEEL GEBRUIK VAN KLINISCHE PRAKTIJKRICHTLIJNEN

Het competentiegebied 'professionaliteit en kwaliteit' wordt binnen het Raamplan Mondzorg 2018 omschreven als *"het vermogen om de goede dingen goed te doen: de juiste keuzes te maken, deze op de juiste wijze uit te voeren en daarover verantwoording af te leggen. De mondzorgprofessional beweegt zich daarbij voortdurend tussen verantwoording nemen voor, verantwoording afleggen over en reflectie op het eigen handelen"*. Deze omschrijving heeft raakvlakken met de kernwaarden voor mondzorgverlening die Mettes et al (2014) benoemen. Deze waarden, die onder meer zijn gebaseerd op de criteria voor optimale patiëntenzorg zoals geformuleerd door het Institute of Medicine (2001), vormen een pleidooi voor de inbedding van het gebruik van klinische praktijkrichtlijnen. Zo wordt onder meer gesteld dat mondzorg verleend moet worden op basis van het 'beste bewijs' en een goede communicatie met de patiënt. Voor tandartsen in opleiding betekent dit dat hen niet alleen kennis en klinische vaardigheden moeten worden bijgebracht, maar ook dat zij bij individuele patiënten relevante gegevens kunnen verzamelen om op basis daarvan tot optimale therapeutische interventies te komen. In feite komt dat volgens Mettes en Bruers (2018) neer op het leren *"in samenhang gebruiken van 3 kennisbronnen: het wetenschappelijke bewijs, de individuele patiëntkenmerken (contextueel of klinisch bewijs) en de praktische ervaring"*.

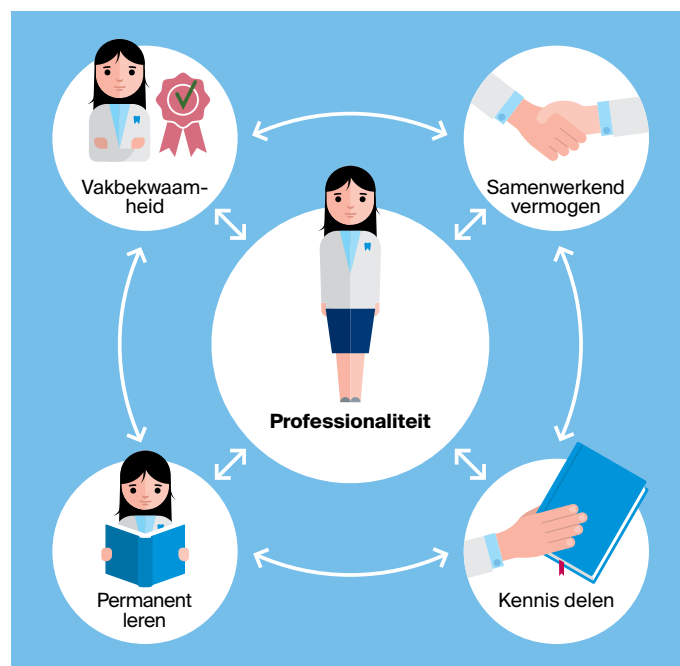
Klinische praktijkrichtlijnen zijn daarbij een hulpmiddel, want dit zijn documenten met aanbevelingen, ter ondersteuning van zorgverleners en -gebruikers gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Deze richtlijnen berusten op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en

nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgverleners en zorggebruikers (Advies- en expertgroep kwaliteitsstandaarden, 2014). Zie intermezzo 2 voor overzicht van enkele met EBRO en klinische praktijkrichtlijnen samenhangende begrippen.

Bij het leren gebruiken van klinische praktijkrichtlijnen doet de moeilijkheid zich voor dat binnen de mondzorg lang niet altijd een wetenschappelijk goed onderbouwde oplossing voorhanden is. De empirische basis is immers niet breed, waardoor veel beslissingen in de praktijk deels of helemaal genomen moeten worden op basis van ervaringskennis, ambachtelijke kunde en wijsheid. Brink (2015) stelt dat deze praktische kennisvormen tussen individuele zorgverleners kunnen verschillen en moeilijk in maat en getal zijn uit te drukken, omdat die kennis veelal is verworven op basis van tal van afwijkende individuele gevallen. Voor de opleidingen tandheelkunde is het de uitdaging deze vormen van kennis uit de beroepspraktijk ofwel 'professionele weten' over te brengen, vanuit de kerngedachte van *evidence-based medicine* (Brink, 2015). Dit sluit naadloos aan bij de grondgedachte van de stichter van dit paradigma Sackett et al (1996): *"The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence"*, waarbij met external evidence het empirisch onderzoek wordt bedoeld.

### HET TOEPASSEN VAN PRAKTIJKRICHTLIJNEN IS EEN LEERPROCES

Klinische praktijkrichtlijnen en daarvan afgeleide meetinstrumenten ('indicatoren') vormen in de gezondheidszorg algemeen geaccepteerde instrumenten om een bijdrage te kunnen leveren aan optimale kwaliteit van zorgverlening. Het adequaat gebruik van klinische praktijkrichtlijnen vergt specifieke kennis en vaardigheden die niet voor



Afb. 2. Professionaliteit binnen de tandheelkunde betreft de samenhang tussen vakbekwaamheid, samenwerkend vermogen, permanent leren en kennis delen.

Illustrator: Guido van Gerven, Duplo Studio

CanMEDS competentiegebieden van tandartsen-algemeen practici
1. Vakinhoudelijk handelen
2. Communicatie
3. Samenwerking
4. Kennis en wetenschap: de juist afgestudeerde mondzorgverlener <ul style="list-style-type: none"> <li>• neemt klinische beslissingen waar mogelijk op wetenschappelijk verantwoorde wijze, toetst zijn kennis en vaardigheden aan de stand der wetenschap</li> <li>• implementeert op onderbouwde en integere wijze nieuwe inzichten en technologieën in zijn handelen</li> <li>• levert een bijdrage aan de wetenschappelijke beoordeling, opbouw en begrip van kennis en kunde van de (mond)gezondheidszorg</li> <li>• erkent het belang van levenslang leren, fungeert hierin als rolmodel en voldoet aan de eisen met betrekking tot (her)registratie</li> </ul>
5. Maatschappelijk handelen
6. Organisatie
7. Professionaliteit en kwaliteit: de juist afgestudeerde mondzorgverlener <ul style="list-style-type: none"> <li>• levert zorg van goede kwaliteit en van goed niveau, die veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt; neemt de rechten van de patiënt in acht en behandelt de patiënt met respect, volgens de professionele standaard (gebaseerd op de Wkkgz)</li> <li>• neemt verantwoordelijkheid voor de zorg van de patiënt, handelt ethisch en toont respect voor integriteit van de patiënt</li> <li>• toont reflectieve vaardigheden en is zelfkritisch, legt verantwoording af aan de patiënt, binnen de beroepsgroep, de wetenschap en aan de samenleving</li> <li>• houdt rekening met praktijkrichtlijnen en standaarden en het Nederlandse wettelijk kader</li> <li>• kent de grenzen van zijn eigen competenties en handelt daarnaar</li> <li>• integreert de verschillende medisch-psychosociale en tandheelkundige/mondzorgkundige competentiegebieden in de zorg voor patiënten</li> <li>• neemt verantwoordelijkheid voor zijn eigen gezondheid en ziet toe op die van de medewerkers.</li> </ul>

**Tabel 1.** Overzicht van de 7 CanMEDS competentiegebieden. De voor dit artikel relevante competentie gebieden 4 en 7 zijn nader uitgewerkt (Bron: Commissie Raamplan Mondzorg, 2018).

iedereen vanzelfsprekend zijn (Mettes et al, 2015). Hierbij gaat het vooral om inzicht in de mogelijkheden en beperkingen van wetenschappelijke bronnen die worden gebruikt bij de totstandkoming van klinische praktijkrichtlijnen. Dit geldt niet alleen voor mondzorgverleners, maar ook voor tandheelkundestudenten.

Het blijkt dat zorgverleners gemotiveerder zijn innovaties door te voeren als zij raakvlakken zien met de problemen die ze in de praktijk tegenkomen (het probleemgestuurd leren). Elementair is dat een beoogde verandering aansluit bij het dagelijkse werk en bij de eigen klinische ervaring (Grol en Wensing, 2006). Uit nationaal en internationaal onderzoek blijkt bovendien dat de implementatie van praktijkrichtlijnen in de dagelijkse klinische praktijk een tijdrovend en moeizaam proces is (Grimshaw et al, 2004; Van der Sanden et al, 2005; Mettes et al, 2010; Rindal et al, 2014, Braspenning et al, 2015). Verandering van praktijkroutines vergt meer dan alleen het aanbieden van nieuwe informatie in praktijkrichtlijnen. Zo zullen tandartsen in opleiding een groot deel van hun professionele leven bezig zijn met het inschatten van de betrouwbaarheid van uiteenlopende kennisbronnen in de praktijk. En dat vergt een leerproces.

## Richtlijn draagt bij aan kwaliteit van zorg en professionaliteit

### Te verwerven competenties

Tandheelkundestudenten bezitten een beperkte klinische ervaring en komen dus vanuit een andere optiek met actuele klinische praktijkrichtlijnen in aanraking. In de huidige opleiding tandheelkunde wordt meer aandacht besteed aan het op waarde beoordelen en het toepassen van evidencebased informatie (Kreulen et al, 2012). Het aanleren van het doorlopen van het proces van klinische besluitvorming vergt training en begeleiding in een 'beschermde' en uitdagende leeromgeving. Uitgangspunt daarbij is dat aankomende tandartsen vertrouwd raken met begrippen en kernwaarden van optimale kwaliteitszorg (zie intermezzo 2 en 3 voor een overzicht van de relevante begrippen en kernwaarden bij landelijke richtlijnontwikkeling).

Belangrijk voor tandheelkundestudenten is het vertrouwd raken met beslismodellen zoals de mondzorgcyclus (screening, diagnose/prognose, therapie en evaluatie) en de fasegewijze benadering van integrale mondzorg (Mettes et al, 2014). Hierbij wordt op basis van systematische waarnemingen en het stellen van de juiste vragen in relatie tot geconstateerde problemen (CanMEDS competentiegebied: Kennis en wetenschap) toegewerkt naar mondzorg die aansluit bij de zorgvraag van patiënten en in overeenstemming is met de hiervoor aangehaalde kwaliteitscriteria van het Institute of Medicine (2001): doeltreffendheid, efficiëntie, patiëntgerichtheid, tijdigheid, toegankelijkheid

## INTERMEZZO 2. BEGRIPPEN EN KERNWAARDEN DIE LEIDEND ZIJN BIJ ZORGINHOUDELIJKE ASPECTEN VAN EBRO (KIMO)

### Het begrip 'mondgezondheid'

Het dynamische 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).

Mondziekten zijn 'complexe' ziekten, ze worden in oorsprong bepaald worden door een combinatie van genetische, biologische, omgevings- en gedragscomponenten (leefstijlfactoren).

De belangrijkste mondziekten zijn microbiel gemedieerde ziekten zoals cariës en parodontitis, met daarnaast verschillende vormen van gebitslijtage.

Ook tumoren van de slijmvliezen en het orofaciale gebied behoren tot het complex van mondziekten.

Daarnaast kan er sprake zijn van functiestoornissen (verlies van kauwfunctie, kaakgewrichtsproblemen, kaak- en tandstandafwijkingen en esthetische afwijkingen) als gevolg van ontwikkelingsproblemen en/of schade opgetreden als gevolg van microbiel gemedieerde ziekten of medicatie.

### Doel van 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 richten zich op de integrale benadering van mondgezondheid in opeenvolgende fasen door het:

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

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

### Kernwaarden bij verlenen van mondzorg

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, beschreven in de mondzorgcyclus.
3. Ethisch perspectief van professioneel handelen in de mondzorg.
4. Op beste bewijs gebaseerd handelen.
5. Goede communicatie tussen patiënt en zorgverlener.
6. Samenwerking.
7. Systematische verslaglegging.

Deze begrippen en kernwaarden zijn afgeleid van huidige wet- en regelgeving, kennis, klinische ervaring en kwaliteitscriteria op het gebied van vakinhoudelijk en professioneel handelen. Een landelijke commissie van mondzorgverleners heeft tijdens de oprichtingsfase van het KIMO deze begrippen en kernwaarden opgesteld (Mettes et al, 2014; Mettes et al, 2015).

en veiligheid (Sellars, 2019).

Kennis over de gestructureerde en gevalideerde ontwikkelprocedure van een praktijkrichtlijn is hierbij instrumenteel en ondersteunend. De praktijkrichtlijnontwikkeling verloopt binnen het KIMO inhoudelijk op onderdelen parallel aan onderdelen van het academisch wetenschappelijk onderwijs (CanMEDs competenties: Kennis en wetenschap, Professionaliteit en kwaliteit) (Mettes et al, 2015). Men moet hierbij denken aan het onderkennen van problemen en knelpunten, het leren formuleren van de juiste vragen volgens de PICO-structuur (Van Loveren, 2007), het systematisch zoeken naar vormen van 'beste' bewijs en de wetenschappelijke analyse van het resultaat, om vervolgens op basis daarvan te komen tot de meest optimale zorg voor een individuele patiënt. Daarbij hoort ook het leren beoordelen welke praktijkrichtlijnen wel en niet voldoen aan de huidige kwaliteitseisen op dat gebied ('kaf van het koren scheiden'), met behulp van een gevalideerd instrument zoals AGREE-II (AGREE Collaboration, 2003).

Binnen de EBRO-methode zijn uitgangsvragen over een klinisch probleem zoveel als mogelijk gekoppeld aan een relevante uitkomst van zorg. Bij voorkeur door voor iedere uitgangsvraag een valide uitkomstmaat te beschrijven. Een dergelijke beschreven uitkomstmaat in de praktijkrichtlijn verhoogt de herkenbaarheid en bruikbaarheid in de praktijk voor zowel zorgverleners als patiënten. Bovendien geeft het zorgverleners en richtlijnontwikkelaars de mogelijkheid te beoordelen welke aanvullende klinische data uit de praktijk (bij het ontbreken van voldoende empirisch bewijs) bouwstenen kunnen vormen voor specifieke aanbevelingen in een praktijkrichtlijn (Bruers, 2017). Het correct leren formuleren van een relevante klinische vraag vergt de nodige training en vraagt om cognitieve vaardigheden als onderdeel van de academische vorming tot tandarts (CanMEDS competentiegebied: Kennis en wetenschap).

De huidige EBRO-methodiek bij het KIMO leent zich uitstekend om in compacte vorm en stapsgewijs te dienen als leermodel in het onderwijs (Mettes et al, 2018). Het in-

### INTERMEZZO 3. BEGRIPPEN EN MET BETREKKING TOT RICHTLIJNONTWIKKELING EN KWALITEIT VAN MONDZORG

#### Algemene praktijkrichtlijn (APR)

Een leidraad die de zorgverleners ondersteunt bij de dagelijkse praktijkvoering en die betrekking heeft op de organisatie van de zorg, de bejegening van patiënten en de communicatie tussen zorgverleners (Van der Sanden et al, 2007).

#### Best practice

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).

#### Kennisproducten

Dit is de verzameling van 'producten' die worden afgeleid van vastgestelde klinische praktijkrichtlijnen. Voorbeelden hiervan zijn instructiekaarten en -filmpjes, stroomdiagrammen, apps, ICT-ondersteuning via praktijksoftwareprogramma's, patiëntversies in passende taal, enzovoorts.

#### Klinische praktijkrichtlijn (KPR)

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 (Advies- en expertgroep kwaliteitsstandaarden, 2018).

#### Kwaliteitstandaard

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 (Advies- en expertgroep kwaliteitsstandaarden -AQUA, 2014).

#### Meetinstrumenten

Deze geven een directe aanwijzing van de kwaliteit van de geleverde zorg. De term meetinstrument is de verzamelnaam voor kwaliteitsindicatoren en cliëntvragenlijsten. De afspraken over wat gemeten moet worden met het door de partijen in de zorg ontwikkelde meetinstrument worden vastgelegd in de desbetreffende praktijkrichtlijn. Ook worden bij het meetinstrument afspraken gemaakt over de uitvoering van de gegevensverzameling (Advies- en expertgroep kwaliteitsstandaarden -AQUA, 2014).

#### Protocol

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).

#### Zorgstandaard

Een document dat de standaardisatie beschrijft van het zorgproces en de stappen die de zorggebruiker doorloopt, ter ondersteuning van zorggebruikers, -aanbieders, -verleners en financiers van de zorg (Advies- en expertgroep kwaliteitsstandaarden, 2018)

zicht bij studenten zal nog sneller groeien als zij ook zelf actief kunnen participeren in een (onderwijs)richtlijn ontwikkelcommissie. Een dergelijke commissie zou idealiter opgebouwd zijn uit meerdere jaarlagen, waarbij ouderejaarsstudenten tevens een coachende rol kunnen vervullen, in het kader van peer teaching. Het aanleggen van een database met alle onderwijsrichtlijnen ondersteunt studenten in hun leerproces en voorkomt dat dit onderwijsmateriaal verloren zou kunnen gaan.

#### Gebruik in de klinische onderwijspraktijk

Er is weinig bekend over hoe studenten in Nederland kennisnemen van en omgaan met landelijke praktijkrichtlijnen. Een onderzoek uit 2003 onder Nijmeegse tandheelkundestudenten toonde wel aan dat zij bij het maken van zorg- en behandelplannen de informatie uit praktijkrichtlijnen toepassen bij hun behandelbeslissingen (Van der Sanden et al, 2004). Toekomstige tandartsen zullen in ieder geval niet alleen vaardigheden moeten bezitten om doordachte, op wetenschappelijk en klinisch bewijs gere-

lateerde beslissingen te nemen, maar ook getraind moeten worden in hoe zij klinische praktijkrichtlijnen het best kunnen toepassen binnen teamverband in praktijken (Can-Meds competentiegebied: Samenwerking). Het gebruik van praktijkrichtlijnen en meetinstrumenten vergt daarom een integrale vorm van onderwijs binnen de wetenschappelijke opleiding tandheelkunde. Om een praktijkrichtlijn te kunnen toepassen zijn immers ook inzicht in de klinische epidemiologie, communicatieve vaardigheden om het patiëntperspectief te betrekken en het kunnen verlenen van mondzorg in samenwerking met andere professionals nodig. Daarbij is van elementair belang de prominente positie van de zorggebruiker bij het besluitvormingsproces, zodat de zorgverlener in samenspraak met de patiënt beslist welke zorg verleend gaat worden (*shared decision-making*). Dit vraagt specifieke competenties van zorgverleners, waaraan in de opleiding nadrukkelijk aandacht moet worden geschonken.

Een ander aandachtspunt hierbij is dat studenten gedurende hun opleiding klinische ervaring aan het opbouwen

zijn. Hierdoor is de kans aanwezig dat zij praktijkrichtlijnen als integraal onderdeel zien van het overige leer materiaal. Immers, in de eerste studie jaren ontbreekt het vermogen om de adviezen in een bredere - klinische - context te plaatsen. Als studenten echter van begin af aanleren dat een praktijkrichtlijn een instrument is dat gerichte aanbevelingen geeft voor een specifieke klinische situatie, zullen zij ook beter gaan inzien dat een praktijkrichtlijn iets anders is dan een studieboek, college of wetenschappelijk congres. Dat het blindelings volgen van een praktijkrichtlijn tot slechte zorg zou kunnen leiden, is dan goed uit te leggen.

### Professionaliteit en samenleving

Het onderwijs zou erop gericht moeten zijn om bij toekomstige tandartsen het inzicht te laten ontstaan dat zij met praktijkrichtlijnen en daarvan afgeleide meetinstrumenten een betrouwbaar beeld kunnen geven over de uitkomsten van de door hen verleende mondzorg en die van collega's. Dit is van maatschappelijke waarde omdat partijen, zoals patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars en overheid, hier om allerlei redenen ook behoefte aan hebben.

### Synergie

Nu de Nederlandse mondzorg met het KIMO een landelijk instituut heeft voor het ontwikkelen en implementeren van op bewijs gebaseerde praktijkrichtlijnen, neemt het belang van anticiperende scholing verder toe. Het mes snijdt daarbij aan twee kanten: in de opleiding worden kennis en vaardigheden aangeleerd over het gebruik van praktijkrichtlijnen en als tandartsen eenmaal actief zijn in het beroep, gaat hiervan een stimulans uit om te participeren in

de activiteiten van het KIMO. Kijkend naar het beroepsprofiel na het afronden van de opleiding kan een toekomstige tandarts zich bijvoorbeeld verder profileren als 'mede-bouwer' van praktijkrichtlijnen binnen het KIMO. Dit betekent onder meer deelname aan een richtlijnontwikkelcommissie op het persoonlijke expertisegebied, het kunnen interpreteren van de waarde van wetenschappelijk en klinisch bewijs voor toepassing in de algemene praktijk, het geven van feedback op conceptrichtlijnen tijdens de commentaarrondes, alsmede het bevorderen van de invoering in de praktijk. Meer mondzorgverleners dan tot op heden zouden zich deze professionele vaardigheden eigen moeten kunnen maken. Dit leidt dan bovendien tot meer realistische verwachtingen over de toepasbaarheid van klinische praktijkrichtlijnen als hulpmiddel bij besluitvorming.

### WEG NAAR DE TOEKOMST

Hoewel wordt aangenomen dat praktijkrichtlijnen voor de mondzorg in de komende jaren een belangrijker onderdeel van de praktijkvoering zullen worden, zijn deze richtlijnen nooit een doel op zich. Ze vormen een van de instrumenten die in samenhang met een leven lang leren, visitatie en feedback, de kwaliteit van zorg kunnen borgen.

Op basis van de hiervoor beschreven inventarisatie kan worden vastgesteld dat het nodig is om studenten beter vertrouwd te maken met kwaliteitssystemen voor de mondzorg in het algemeen en het gebruik van klinische praktijkrichtlijnen in het bijzonder. Maar ook de daarvan afgeleide protocollen en indicatoren, zowel voor toepassing in de onderwijssituatie als later in de dagelijkse praktijk, vormen essentiële onderdelen van de opleiding tot tandarts. Om deze weg in te slaan is een brede academische leerlijn no-



Fotograaf: Joost Hoving

dig waarin alle relevante aspecten aan bod komen, op het juiste niveau van opleiding en waarbij steeds de verbinding met de klinische situatie wordt gelegd. Verkregen competenties uit andere leerlijnen, bijvoorbeeld een wetenschappelijke leerlijn, kunnen volledig worden geïntegreerd en toegepast. Praktijkrichtlijnen zijn dan ingebed in een dergelijke leerlijn en de onderlinge relaties in het kwaliteitssysteem worden daarmee ook inzichtelijk.

### Train de trainers

Bij het vormgeven en implementeren van een academische leerlijn om de competentiegebieden 'Kennis en wetenschap', 'Professionaliteit en kwaliteit' en 'Samenwerking' binnen de opleidingen tandheelkunde nog meer onder de aandacht te brengen dient aan een aantal voorwaarden aandacht te worden besteed. Zo is de rol en voorbeeldfunctie van de docenten in het onderwijs cruciaal. Zij zijn vanuit hun opleiding en 'persoonlijke' klinische ervaring nog relatief onervaren met betrekking tot de rol en betekenis van klinische praktijkrichtlijnen. Immers, het toepassen van praktijkrichtlijnen als kwaliteitsinstrumenten in de klinische praktijk staat ook voor deze docenten nog in de kinderschoenen (Van der Sanden et al, 2015). Daarom dienen zij op korte termijn inhoudelijk op de hoogte te worden gebracht van relevante aspecten met betrekking tot de ontwikkeling, de rol en functie van praktijkrichtlijnen in de mondzorg. En dat ook in samenhang met andere professionele activiteiten zoals bij- en nascholing en visitatie, zodat het besef ontstaat dat het gaat om een integrale inzet rond het garanderen van kwaliteit van mondzorg. Het lijkt in ieder geval aan te bevelen om het curriculum van de opleiding tandheelkunde te voorzien van een samenhangend onderwijsleermodel. Het KIMO kan te zijner tijd, vanuit de expertise in de verschillende commissies, een stimulerende en faciliterende rol vervullen bij scholing en professionalisering van docenten en mede advies geven op onderdelen van het te ontwikkelen onderwijs. Alle actieve mondzorgverleners, waaronder ook hoogleraren en tandartsdocenten van de tandheelkunde-opleidingen, binnen het KIMO zijn en worden immers getraind in op bewijs gebaseerde richtlijnontwikkeling en implementatie. Bij- en nascholing van alle docenten door het KIMO zou de synergie tussen opleidingen en het KIMO kunnen bevorderen. Anderzijds kunnen de opleidingen tandheelkunde het KIMO helpen door de kennislacunes, die na afronding van de ontwikkelprocedure van een praktijkrichtlijn worden beschreven, te prioriteren op een onderzoekagenda die kan leiden tot antwoorden op relevante problemen in de publieke gezondheidszorg.

### Systematiek van de leerlijn

Voor toekomstige mondzorgverleners beginnen scholing en training aan de opleidingen van universiteiten en hogescholen. Dit artikel bepleit een leerlijn voor de opleiding tot tandarts, maar vele aspecten van deze leerlijn zijn daarom ook toe te passen bij de opleiding mondzorgkunde. Praktijkrichtlijnen, in hun rol als kwaliteitsinstrument, zouden

dan al in een vroeg stadium geïntroduceerd kunnen worden en dienen inhoudelijk richtinggevend voor de inhoud van het onderwijs te zijn. Borging en inbedding van praktijkrichtlijnen in de opleiding tandheelkunde zou volgens onderstaande systematiek kunnen worden bereikt:

- Studenten kunnen al in een vroeg stadium van hun studie, in het eerste bachelorjaar, vertrouwd worden gemaakt met de grondbeginselen van het kwaliteitsdenken en daarbij tevens de juiste omschrijvingen en definities van de diverse instrumenten krijgen toegelicht.
- Daaropvolgend kan, aan de hand van enkele aansprekende (pre)(klinische) voorbeelden en passend bij het niveau van het studiejaar, duidelijk worden gemaakt wanneer welk instrument (klinische praktijkrichtlijn, protocol of algemene praktijkrichtlijn) toegepast kan worden. Een voorbeeld van een dergelijk aanpak biedt de zogenoemde 'sturend leren'-methode (Billet, 2000), waarin studenten zelf gedurende bijvoorbeeld een preklinisch practicum ontdekken waarom er hygiëneregels met betrekking tot instrumenten en verbruiksmateriaal noodzakelijk zijn. Via een gestructureerde zoektocht kunnen ze dan zelf de richtlijn infectiepreventie ontdekken en beoordelen of deze van toepassing is op hun situatie en of dit een echte evidencebased klinische praktijkrichtlijn is, een algemene praktijkrichtlijn, een protocol of een ander kwaliteitsinstrument.
- Dezelfde aanpak kan ook worden toegepast bij de eerste zoektocht naar en kennismaking met behandelprotocollen. Die zijn vaak onderdelen van praktijkrichtlijnen, waardoor ze gelijk minder abstract maar juist als betekenisvol zullen worden ervaren. Door een dergelijke aanpak wordt de daadwerkelijke toepassing van praktijkrichtlijnen al vanaf het begin in de studie ingebed en onlosmakelijk met de (pre) klinische praktijk verbonden.
- Integratie van vaardigheden opgedaan in onder andere de leerlijn wetenschappelijke scholing speelt hierbij een belangrijke rol. Hierdoor wordt tevens het cumulatieve karakter van de opleiding tot tandarts, met vele - en voor studenten vaak onoverzichtelijke - deelvaardigheidsblokken en leerlijnen, sneller duidelijk. Dit kan tevens een positief effect hebben op de totale studiebeleving. Door een gestuurde opbouw naar de kliniek en het opstellen van zorg- en behandelplannen, leren studenten ook hier dat praktijkrichtlijnen behulpzaam zijn bij het zoeken naar relevante zorgopties en dat deze juist niet leiden tot de zogenoemde 'kookboek tandheelkunde'.
- Ook meer algemene aspecten, zoals de invloed van praktijkrichtlijnen op het eigen (pre) (klinisch) handelen, de praktijkorganisatie en beroepsuitoefening, dienen gedurende de opleiding in de latere jaren na-



drukkelijk aan bod te komen.

- Daarnaast dient nadrukkelijk te worden gewezen op het feit dat praktijkrichtlijnen regelmatig geëvalueerd dienen te worden op hun onderbouwing en praktijkrelevantie, ook al gedurende de studie. Door het volgen van deze aanpak worden praktijkrichtlijnen een onlosmakelijk en essentieel onderdeel van het 'levenslang leren'.

## Discussie

Dit artikel geeft een visie op de wijze waarop studenten kunnen worden opgeleid zodat zij leren praktijkrichtlijnen en daarvan afgeleide kennisproducten zo goed mogelijk te gebruiken bij de verlening van mondzorg aan patiënten.

Op basis van de huidige trends kan worden geconcludeerd dat het een grote uitdaging is om in de nabije toekomst de mondgezondheid in Nederland substantieel verder te verbeteren. Dit betekent meer aandacht voor preventie en het ondersteunen van de eigen regie, vooral bij de risicogroepen en te beginnen bij het melkgebit. Daarnaast is blijvend inspanning nodig om de toegankelijkheid van de mondzorg voor alle bevolkingsgroepen te waarborgen. Ook krijgt de mondzorgverlener te maken met een groeiende zorgvraag van de kwetsbare en zorgafhankelijke jongeren en ouderen, van wie de thuiswonende ouderen een groot deel van de zorgvraag zullen bepalen. Deze veranderingen vergen een aanpassing van de programma's van de opleidingen tandheelkunde en de opleidingen mondzorgkunde in Nederland.

Geconcludeerd kan worden dat in het onderwijs aan studenten tandheelkunde meer nadruk moet komen te liggen op aspecten van kwaliteit en veiligheid van mondzorg, in het bijzonder met betrekking tot het gebruik van praktijkrichtlijnen. Alleen dan kunnen zij als toekomstbestendige mondzorgverleners aan het werk (Stavenuiter et al, 2015).

## LITERATUUR

- \* *Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen*. Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2015.
- \* *Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen*. Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2016.
- \* *Advies- en expertgroep kwaliteitsstandaarden (AQUA)*. Leidraad voor kwaliteitsstandaarden. Addendum 2019. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2014.
- \* *AGREE Collaboration*. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 18-23.
- \* *Billet S*. Guided learning at work. *J of Workplace Learning* 2000; 272-285. Beschikbaar via <https://doi.org/10.1108/13665620010353351>
- \* *Brands WG, Ven JM van der, Eijkman MAJ*. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 1. De zorginhoudelijke professionele standaard. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2013; 120: 212-215.

- \* *Braspenning JCC, Mettes TG, Sanden WJM van der, Wensing MJP*. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 4. Toepassing vergt een implementatiestrategie. *Ned Tijdschr Tandheelk* 2015; 122: 148-155.
- \* *Brink G van den*. Hoe we van kennis kunnen leren. Een bijdrage vanuit de maatschappelijke bestuurskunde (1). Den Haag: Boom, 2015.
- \* *Bruers JJM*. Trends en ontwikkelingen in de beroepsgroep en de beroepsuitoefening. *QP Tandheelkunde* 2017; 12: 5.
- \* *Burgers J*. Doeltreffende zorg. In: Wollersheim H, Bakker PJM, Bijnen AB, Gouma DJ, Wagner C, Weijden T van der (red.). *Kwaliteit en veiligheid in patiëntenzorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2011.
- \* *Commissie Raamplan Mondzorg*. Raamplan Mondzorg (2018). Samen kijken, samen leren, samen doen. Concept 7 april 2018.

## OP WWW.NTVT.NL



De volledige literatuurlijst is beschikbaar in het online artikel (doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.11.19087>).

## SUMMARY

**Education and the dentist in 2025. Evidence-based clinical practice guidelines for an academic learning line 'quality and safety in oral care'**

*Education in the field of quality and safety in oral care still needs further development, both for students and teachers. Based on the current development of clinical practice guidelines in the field of oral care in the Netherlands, this article describes a proposal for implementing this as a 'quality of oral care' learning line in the dental school curricula. Within clinical educational practice and scientific training, students should become familiar with the development, assessment and application of clinical practice guidelines. Some proposals for embedding this new learning line in the curriculum are given. In order to further shape the learning line, close cooperation between the three dental schools and the Kennisinstituut Mondzorg (Institute for Knowledge Translation in Oral Care) in the Netherlands is recommended.*

## AUTEURSINFORMATIE

W.J.M. van der Sanden<sup>1</sup>, J. Tams<sup>2</sup>, T.G. Mettes<sup>3</sup>, J. Bruers<sup>4,5</sup>  
 Uit <sup>1</sup>de afdeling Tandheelkunde van het Radboudumc in Nijmegen, <sup>2</sup>de sectie Publieke en Individuele Mondgezondheid, Centrum voor Tandheelkunde & Mondzorgkunde, van het Universitair Medisch Centrum Groningen, <sup>3</sup>zelfstandig adviseur en docent Kwaliteit van Zorg en richtlijnontwikkeling KIMO, voormalig universitair docent Radboud Nijmegen, <sup>4</sup>de sectie Sociale Tandheelkunde en het Onderwijsinstituut van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en <sup>5</sup>de afdeling Onderzoek en Informatievoorziening van de KNMT in Utrecht.  
 Datum van acceptatie: 10 september 2019  
 Adres: dr. W.J.M. van der Sanden, Radboudumc, 309 Tandheelkunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen  
 wil.vandersanden@radboudumc.nl