De beleving van huisartsen en tandartsen in de gedeelde zorg voor sociale en maatschappelijke minderheidsgroepen

Lambert Marie, Universiteit Gent

Promotor: Dr. Martijn Lambert, Vakgroep tandheelkunde, Universiteit Gent

Co-promotoren: Prof. Dr. Stéphanie De Maesschalck, Vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2018 – 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord

Graag wil ik bij het begin van deze thesis even stilstaan bij de mensen die me de afgelopen periode enorm gesteund en geholpen hebben.

Allereerst wil ik mijn promotor, Dr. Martijn Lambert, bedanken voor zijn nauwgezette opvolging. Uw opmerkingen gaven mij nieuwe inzichten. Uw snelle en gevatte feedback zorgden voor een vlotte samenwerking, waar ik alleen maar dankbaar voor kan zijn.

Veel dank gaat ook uit naar mijn co-promotor, Prof. Dr. Stéphanie De Maesschalck, haar expertise en enthousiasme in de samenwerking met sociale en maatschappelijke minderheidsgroepen was een grote meerwaarde bij het tot stand komen van deze masterproef.

Het expertenpanel, bestaande uit em. Prof. Dr. Jackie Vanobbergen, em. Prof. Dr. Luc De Visschere, drs. Lynn Janssens, tandarts Griet Dereu, Dr. Martijn Lambert, Dr. Els Vandedrinck, Dr. Bruno Art, Dr. Veerle Piessens en Prof. Dr. Stéphanie De Maesschalck, wil ik ook nog eens uitdrukkelijk bedanken voor hun kostbare tijd. Bedankt voor de goede adviezen en suggesties die jullie aanbrachten.

Ook alle huisartsen en tandartsen die de tijd namen om de doorgestuurde vragenlijst in te vullen, ben ik zeer erkentelijk. Zonder jullie hulp was het niet mogelijk geweest om deze masterproef tot een goed einde te brengen.

Mijn oprechte dank gaat ook uit naar alle collega's van het wijkgezondheidscentrum, de Botermarkt. Hun zorgzame en energieke samenwerking werkt heel motiverend. In het bijzonder wil ik mijn praktijkopleiders, Dr. Els Vandedrinck en Dr. Trees Timmermans, bedanken voor de tijd en energie die zij gedurende deze stageperiode besteed hebben om van deze periode een bijzonder leerrijke tijd te maken. Hiervoor wil ik ook mijn stagecoördinator, Dr. Dieter Vercammen, bedanken.

Tot slot wil ik zeker nog mijn ouders, familie en vrienden bedanken om me steeds te blijven steunen in alles wat ik onderneem. Ik ben oprecht dankbaar voor de hoeveelheid steun die uit deze hoek is gekomen. Zij hebben mij mede gevormd tot de persoon die ik nu ben.

Abstract: 'De beleving van huisartsen en tandartsen in de gedeelde zorg voor sociale en maatschappelijke minderheidsgroepen.'

HAIO: Marie Lambert, Universiteit Gent
Promotor: Dr. Martijn Lambert, Universiteit Gent
Co-promotor: Prof. Dr. Stéphanie De Maesschalck, Universiteit Gent
Praktijkopleiders: Dr. Els Vandedrinck en Dr. Trees Timmermans

Context: De mondgezondheid is een essentieel element van de algemene gezondheid. Steeds meer studies tonen een relatie aan tussen parodontale ziekten en systeemziekten. Zowel parodontale ziekten als systeemziekten komen meer voor bij personen uit sociale en maatschappelijke minderheidsgroepen. Goede preventieve mondzorg en adequate en tijdige doorverwijzing is dus van groot belang. Hierin zijn zowel de huisarts als de tandarts een belangrijke partner. Om een betere interdisciplinaire samenwerking te bekomen, gaan we in deze masterproef op zoek naar wederzijdse bevorderende en belemmerende factoren en barrières bij tandartsen en huisartsen naar de patiënt en naar elkaar toe. Om een betere samenwerking te kunnen creëren, is het namelijk belangrijk om elkaars percepties, ervaringen en drempels te exploreren.

Onderzoeksvragen:
- Zijn de reacties van tandartsen en huisartsen verschillend bij een bemoeilijkt patiëntencontact?
- Is de reactie van tandartsen op een moeilijk patiëntencontact afhankelijk van de socio-economische context van de patiënt?
- Is de reactie van huisartsen op een moeilijk patiëntencontact afhankelijk van de socio-economische context van de patiënt?
- Zijn de reacties van tandartsen verschillend wanneer zij moeten samenwerken met tandartsen onderling, huisartsen of specialisten in de tweede lijn?
- Zijn de reacties van huisartsen verschillend wanneer zij moeten samenwerken met tandartsen of specialisten in de tweede lijn?

Methodologie: Deze vragen werden onderzocht adhv een situational judgement test. Het opstellen van de casussen en de stellingen gebeurde d.m.v. verschillende Delphi-rondes. Een eerste versie van de vragenlijst werd voorgelegd aan een expertpanel van 4 huisartsen en 5 tandartsen met voldoende praktijkervaring als huisarts of tandarts en ervaring in het werken met sociale minderheidsgroepen. Na het doorvoeren van de nodige aanpassingen, werden de casussen op 17-02-2020 via een mail met weblink (Google Forms) verspreid naar huisartsen en tandartsen in Vlaanderen. De gegevens werden verzameld via Google forms en samengebracht in een Excel-bestand. Alle gegevens werden verwerkt met het softwareprogramma SPSS versie 26.

Resultaten: De opgestelde casussen werden ingevuld door 46 huisartsen en 122 tandartsen. Belangrijke barrières die zowel door de huisartsen als door de tandartsen werden aangegeven, zijn 'het laattijdig op afspraak komen' en 'extra administratietijd' (gemiddelde score > 2.5/5). De barrières 'achterstallige betalingen' en 'het enkel komen bij urgenties' werden enkel door de tandartsen aangegeven (gemiddelde score > 2.5/5). Betreffende de factor 'sociaaleconomische status' werd door de tandartsen op een significant verschillende manier gereageerd op de vraag of ze de patiënt liever kwijt dan rijk waren (2.94 vs 2.41, $p < 0.05$). Bij deze stelling werd ook op een significant verschillende manier gereageerd bij de tandartsen betreffende de factor 'health literacy' (3.22 vs 2.56, $p = 0.01$) en 'asielzoeker in procedure zijn' (2.18 vs 0.94, $p < 0.0001$). Zowel huisartsen als tandartsen hadden een beter contact met de tweede lijn in vergelijking met hun onderling contact binnen de eerstelijnszorg. De huisartsen uit groep A zouden allemaal een verwijsbrief opstellen voor de oogarts (100%, n=26), terwijl dit voor de tandarts 80% (n=16) was in groep B ($p = 0.030$). Tandartsen stelden bijna altijd een verwijsbrief op voor de parodontoloog (98%), maar significant minder voor de huisarts (69%; $p < 0.0001$)).

Conclusie: Uit de resultaten is gebleken dat het laattijdig op afspraak komen en de extra administratietijd zowel door de huisarts als door de tandarts als een belangrijke barrière werden beschouwd. Achterstallige betalingen en het enkel komen bij urgenties werden enkel door de tandartsen als een belangrijke barrière beschouwd. De beroepsstatus, de health literacy en het al dan niet asielzoeker zijn hadden een invloed op de reactie van de tandartsen. Dit onderzoek toont ook aan dat zowel huisartsen als tandartsen een beter contact met de tweede lijn hadden in vergelijking met collega's uit een andere discipline binnen de eerstelijnszorg.

Inhoudsopgave

1. Inleiding **1**

a) Mondgezondheidsproblemen in de algemene bevolking 1

b) Mondgezondheidsproblemen bij sociale en maatschappelijke minderheidsgroepen 2

c) Barrières bij patiënt en zorgverlener 5

d) Samenwerking tussen huisartsen en tandartsen 7

e) Doel 7

2. Methodologie **8**

a) Literatuuronderzoek 8

b) Experimenteel onderzoek 9

c) Analyse 11

3. Resultaten **13**

a) Beschrijvende statistiek 13

b) Casusbespreking 14

- Casus 1 14
- Casus 2 17
- Casus 3 20
- Casus 4 23
- Casus 5 27
- Casus 6 30

4. Discussie **33**

a) Representativiteit van de steekproef 33

b) Barrières bij huisartsen en tandartsen ten opzichte van de patiënt 34

c) Barrières bij de samenwerking tussen huisartsen en tandartsen/ eerste en tweede lijn 40

5. Conclusie **42**

6. Bibliografie **44**

7. Bijlages **48**

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol en Gunstig advies Ethisch Comité 48

1. Inleiding

a. Mondgezondheidsproblemen in de algemene bevolking

Volgens The Global Burden of Disease studie (2015) worden de laatste 25 jaar op wereldschaal weinig tot geen verbeteringen meer vastgesteld op vlak van mondgezondheid. Het aantal mensen met onbehandelde mondaandoeningen steeg van 2.5 miljard in 1990 naar 3.5 miljard in 2015. De vergrijzing, de populatietoename en de demografische verschuivingen worden hierbij als factor aangehaald.

Onbehandeld tandbederf (cariës) in het volwassen gebit is de meest voorkomende niet-overdraagbare infectieziekte ter wereld, althans in 2010 (Marcenes, 2013). Nochtans is tandbederf perfect vermijdbaar mits een goede mondhygiëne en een gezond voedingspatroon. Cariës neemt immers evenredig toe met de inname van suiker en is omgekeerd evenredig met het aantal poetsbeurten met fluoride tandpasta (JM et al., 2019; Waish et al., 2019). Ook parodontitis, de ontsteking van de zachte en harde weefsels rondom de tand, heeft een hoge prevalentie (Marcenes et al., 2013).

Riscicofactoren zoals roken, gebrekkige mondhygiëne, diabetes, medicatie, leeftijd, erfelijkheid en stress zijn gerelateerd aan parodontale ziekten. Er is sterke evidence dat parodontitis geassocieerd is met zwangerschapsproblemen waaronder maternale infecties, vroeggeboortes en pre-eclampsie. Patiënten met een parodontale aandoening hebben bovendien 19% meer risico op een cardiovasculaire aandoening. Dit percentage stijgt tot 44% bij patiënten boven de 65 jaar. Bovendien blijkt de mortaliteit bij diabetes type II-patiënten met parodontitis 3.2 keer groter dan bij patiënten zonder mondproblemen (Julkunen et al., 2017; Nazir, 2017; Chandy et al., 2017; Ional et al., 2016; Kuwabara et al., 2016; Mesa et al., 2019). Ook longaandoeningen en maagontstekingen worden geassocieerd met het inademen en inslikken van componenten van de pathogene biofilm die meer aanwezig zijn bij een slecht verzorgd gebit (Dörfer et al., 2017).

Zoals weergegeven in figuur 1, zijn veel determinanten die meespelen in het ontstaan van mondaandoeningen ook bepalend voor andere systemische aandoeningen. Op vlak van individuele gedragsfactoren wordt een goede mondgezondheid en algemene gezondheid bepaald door voedingsgewoonten, roken, alcoholgebruik en stress. De aanpak van deze

proximale (veranderbare) determinanten vereisen dan ook een goede interprofessionele samenwerking (common risk factor approach) binnen en buiten de gezondheidszorg (Sheiham et al., 2000).

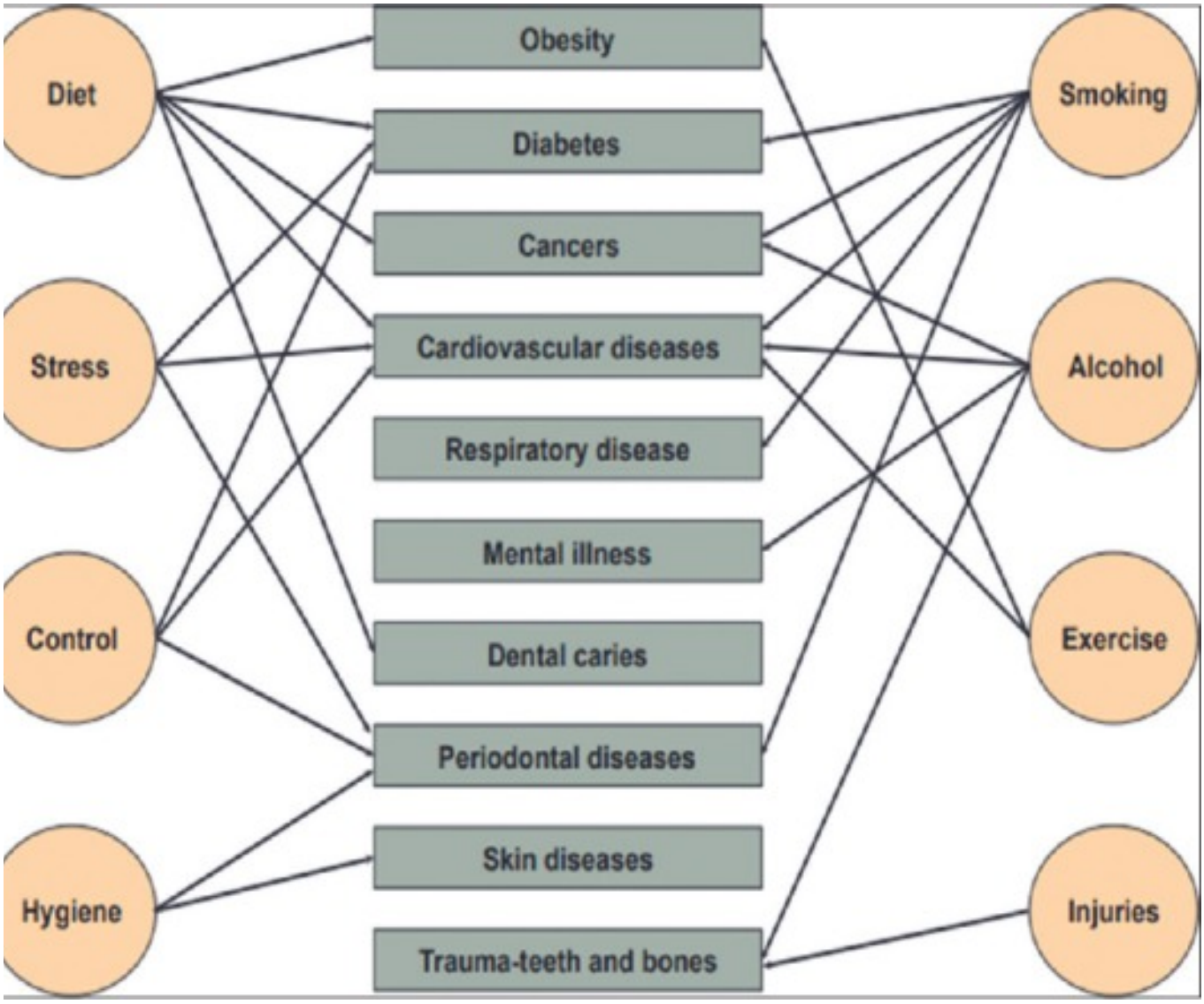


Fig. 1: gemeenschappelijke risicofactoren (cirkels) en hun gerelateerde aandoeningen (balken) (Sheiham et al., 2000)

b. <u>Mondgezondheidsproblemen bij sociale en maatschappelijke minderheidsgroepen</u>

Zowel mondaandoeningen als systeemziekten komen meer voor bij personen met een lagere socio-economische status (Julkunen et al., 2017; Nazir et al., 2017; Chandy et al., 2017, Ionel et al., 2016; Kuwabara et al., 2016; Mesa et al., 2019). De internationale literatuur toont aan dat de groep met de laagste socio-economische status de slechtste mondgezondheid en minst

goede mondhygiëne vertoont en dat deze volgens een trapsgewijze sociale gradiënt verbeteren naarmate men behoort tot een hogere sociale klasse (Petersen 2014). Ondanks de schaarste aan representatieve data over de klinische mondgezondheidstoestand in België, kan eenzelfde sociale gradiënt ook in België verwacht worden (Lambert 2018).

Het is belangrijk om het begrip "(lage) socio-economische status" op een correcte manier te definiëren. Er zijn verschillende definities van sociaaleconomische status. Een wat oudere definitie is dat sociaaleconomische status de relatieve positie is van een individu, gezin of groep binnen een hiërarchische sociale structuur, die is gebaseerd op toegang tot of controle over rijkdom, macht en prestige (Mueller CW and Parcel TL, 1981). Een latere definitie is dat sociaaleconomische status de mate aangeeft waarin personen, gezinnen, huishoudens en geografische gebieden de mogelijkheid hebben om maatschappelijk gewaardeerde goederen te creëren of consumeren (Miech RA and Hauser RM, 2001). Wat verschillende definities gemeen hebben, is dat sociaaleconomische status gerelateerd aan gezondheid(szorg), de toegang van een individu of groep omvat tot de middelen die nodig zijn om een goede gezondheid te krijgen en te houden (volksgezondheidenzorg.info. 2020).

Er zijn verschillende indicatoren die de sociaaleconomische status van een individu bepalen. Hoeveel indicatoren en welke indicatoren gebruikt worden is niet uniform bepaald. De meest gebruikte indicatoren zijn opleiding, inkomen, beroep en rijkdom (vermogen, bezittingen, materiële welstand). Elk van deze indicatoren kan een ander aspect van sociaaleconomische status omvatten en de indicatoren zijn onderling niet uitwisselbaar (volksgezondheidenzorg.info. 2020).

Naast deze individueel gebonden indicatoren zijn er ook contextuele indicatoren. Deze hebben betrekking op de sociale en economische kenmerken van de omgeving waarin iemand verblijft (Shavers 2007).

In deze masterproef richten we ons op groepen met een lage sociaaleconomische status. Deze groepen hebben een gebrek aan middelen die nodig zijn om een goede gezondheid te krijgen en te houden. Gezien hun gebrek aan middelen, kunnen we deze groepen ook definiëren als deprivate groepen of minderheidsgroepen.

Een score die de sociale deprivatie in een wijk/ gemeenschap weergeeft, is de Jarman-score. De Jarman-score is een standaardmaat die is samengesteld uit acht sociaal-demografische variabelen. Deze score wordt gebruikt om aan de eerstelijnsgezondheidszorg in gedepriveerde gebieden met een hoge werkdruk extra geld toe te wijzen. De acht belangrijkste sociale factoren in beide onderzoeken waren: alleenwonende ouderen, kinderen onder vijf jaar, éénoudergezinnen, ongeschoolden, werklozen, overbevolkte huishoudens, verhuizingen, en etnische minderheden. Voor de berekening van de Jarman-score worden de variabelen eerst getransformeerd (i.v.m. scheve verdeling), vervolgens gestandaardiseerd, gewogen en opgeteld (Bajekal et al., 2001).

Jarman Index	**Kansarmoede-atlas**
Werklozen	Werkloosheid
Etnische minderheden	% etno-culturele minderheden
Alleenwonende ouderen	Gezinsinkomen
Overbevolkte huishoudens	% sociale huisvesting
Ongeschoolden	% overheids-ondersteuning
Kinderen onder vijf jaar	
Eénoudergezinnen	
Verhuizingen	

Tabel 1: sociale determinanten volgens Jarman (jaartal) en de Gentse kansarmoede-atlas

Ook in Gent werd geprobeerd om gedepriveerde gebieden in kaart te brengen. Hiervoor werd een zogenaamde 'kansarmoedeatlas' uitgewerkt. Zo werden per wijk statistieken verzameld op basis van werkloosheid, inkomen, percentage etnisch-culturele minderheden, percentage sociale woningen, percentage van de bevolking met extra ondersteuning van de overheid (Ghent deprivation atlas 2002).

De groep met betrekking tot bepaalde 'minderheden', die geen volwaardige deelname aan het maatschappelijke leven kunnen hebben, is enorm breed en moeilijk te definiëren. Vele factoren dragen bij in de bepaling van de, in deze masterproef gebruikte term, 'sociale en maatschappelijke minderheidsgroepen'. In deze masterproef werden de acht belangrijkste sociale factoren die bepaald werden in de berekening van de Jarman-score als leidraad genomen.

c. Barrières bij patiënt en zorgverlener

Om mondaandoeningen en hun complicaties te voorkomen, is een goede preventieve mondzorg en een regelmatig nazicht door een tandarts of mondhygiënist noodzakelijk (Julkunen et al., 2017; Nazir et al., 2017; Chandy et al., 2017; Ionel et al., 2016; Kuwabara et al., 2016; Mesa et al., 2019). Dit betekent dat deze aandoeningen ten dele gebaseerd zijn op gedragsfactoren bij de patiënt, maar dat ook een goede toegang tot zorg een absolute vereiste is.

Uit het eindrapport van de Interuniversitaire Cel Epidemiologie (ICE, 2013) bleek dat slechts 54.6% van de Belgische bevolking in de loop van de periode 2008-2012 regelmatig de tandarts raadpleegde. 'Regelmatig' wordt gedefinieerd als tenminste 3 geattesteerde prestaties in 3 verschillende jaren, met uitzondering van dringende raadplegingen, in een periode van 5 jaar. Ook in het regelmatig tandartsbezoek werden socio-economische verschillen vastgesteld, waarbij personen met een lagere SES minder regelmatig op tandartsbezoek bleken te komen. Wanneer bovendien gevraagd werd naar de reden voor het niet-regelmatig tandartsbezoek, bleek angst vaker als reden te worden opgegeven bij personen met een lager opleidingsniveau, naast financiële drempels en het ontbreken van symptomen.

In de beperkte internationale literatuur die te vinden is over het vermijden van het tandartsbezoek, komen inderdaad angst (voornamelijk om pijn te lijden), de kostprijs, taalproblemen en een gebrekkige health literacy als reden naar voor (Arhelam et al., 2014; Newton et al., 2001). Een Nederlandse studie (2018) die het imago van de tandarts vergelijkt met dat van de huisarts, toont aan dat 'de tandarts' meer wordt gezien als een businessman, een solo-performer waarbij interesse voor de patiënt minder als prioriteit wordt gezien. De tandarts wordt meer geassocieerd met pijn en wordt als minder communicatief vaardig beschouwd. Hij wordt bovendien ook minder vertrouwd dan een huisarts. Ondanks het eerder negatieve beeld over 'de tandarts' als algemeen gegeven, toont bijkomend onderzoek aan dat de individuele tandarts wel goed scoort, namelijk 7,9/10 op vlak van tevredenheid (de Vries et al., 2018). De slechtere reputatie van de tandarts als beroepsgroep kan door verschillende mogelijke factoren worden verklaard. Het beeld van de tandarts wordt reeds in kinderfilms en stripverhalen geassocieerd met angst, doordat ze vaak als beul of als een gemene man worden voorgesteld (Wolf & Ramseier, 2012). Ook mediaberichten omtrent experimenten met vrije tarieven en frauderende tandartsen spelen hier een belangrijke rol (Gosselink 2014).

Als we de barrières bekijken voor een bezoek bij de huisarts, staat de factor angst inderdaad minder op de voorgrond, mogelijks door een hoger algemeen vertrouwen in de huisarts of de veel lagere kans op een pijnlijke invasieve behandeling (de Vries et al., 2018). De meest aangegeven moeilijkheden die patiënten met een lage SES aanhalen in het kader van een bezoek aan de huisarts zijn de soms verschillende visies tussen arts en patiënt over de ernst van bepaalde klachten en aandoeningen, moeilijke toegang tot gezondheidsdiensten, moeilijkheden in contacteren van diensten, kostprijs, taalbarrière en transportmoeilijkheden (Davies & Wood, 2018; Davy et al., 2016; Squires et al., 2019; Noack et al., 2020; Cheung et al., 2011).

Bovenstaande zaken tonen aan dat er verschillende barrières zijn aan de patiëntzijde voor het zoeken naar zorg, zowel naar de huisarts als naar de tandarts toe. Er zijn echter ook barrières bij de zorgverleners in het behandelen van patiënten met een lagere socio-economische status. Een recente studie in Canada (2018) toonde bijvoorbeeld een significant verschil aan bij huisartsen in het aannemen van nieuwe patiënten, waarbij patiënten met een hoge socio-economische status makkelijker toegang verkregen dan sociaal minder “aantrekkelijke” patiënten (Gard Marshall et al., 2018).

Zoals hoger reeds aangehaald, werden de sociale determinanten in de Jarman-score bepaald door factoren die door de huisarts werden aangehaald als bemoeilijkende factoren voor hun werk (Bajekal et al., 2001). De beperkte sensitiviteit van deze index geeft wel aan dat deze factoren slechts een onderdeel zijn van een groter geheel, en dat er nog meerdere belemmerende factoren zijn dan deze aangehaald door Jarman. Een belangrijke factor die hier in de huidige context wellicht ontbreekt, is de taalbarrière (Noack et al., 2020). Andere barrières beschreven door de huisarts zijn het gebrek aan financiële middelen voor medicatie of transport en de gebrekkige health literacy (Danielle et al., 2015). Loss of follow-up, therapie-ontrouw, uitstelgedrag bij nodige testen en weigeren van verwijzingen naar een specialist, zorgen ook voor extra frustraties bij de huisarts (Kachi et al., 2017).

Bij de tandarts blijken gelijkaardige factoren te bestaan. Een barrière die echter frequenter door tandartsen dan door huisartsen wordt benoemd, is het laattijdig op afspraak komen en het enkel komen bij urgenties (Bedos et al., 2014; Pegon-Machat et al., 2009).

d. Samenwerking tussen huisartsen en tandartsen

Gezien het onweerlegbare verband tussen de mondgezondheid en onze algemene gezondheid, is een goede samenwerking tussen huisartsen en tandartsen een must voor een goede eerstelijnszorg. Ondanks de uitwerking van brede eerstelijnszones in Vlaanderen voor een meer geïntegreerde aanpak, zijn huisartsen en tandartsen in hun praktijkvoering nagenoeg steeds georganiseerd in gescheiden kabinetten, wat ervoor zorgt dat interprofessionele samenwerking enkel op informele en vrijwillige basis kan bestaan (Federale Overheid, 2016).

Huisartsen en tandartsen hebben niet altijd de beste verstandhouding. Een gebrek aan samenwerking, onvoldoende kennis en vaardigheden bij huisartsen betreffende (preventieve) mondzorg, gebrekkige uitwisseling van medisch relevante gegevens, verkeerde perceptie van tandartsen door de huisartsen en moeizame bereikbaarheid en beperkte beschikbaarheid van tandartsen komen als voornaamste knelpunten in de onderlinge samenwerking naar boven in het focusgroep onderzoek van de masterproef van Comes (Comes et al., 2014). Verder literatuuronderzoek bevestigt de beperkte samenwerking tussen huisartsen en tandartsen (Huetig et al., 2018; Sippli et al., 2017; Barnet et al., 2017). Dit is mogelijks wegens een eigen gepercipieerde afstand naar elkaar en wegens een gebrek aan kennis over elkaars vakgebied (Sippli et al., 2017). De tandarts contacteert de huisarts meestal enkel voor informatie betreffende medicatie of anticoagulantia bij invasieve procedures. Huisartsen contacteren de tandarts zelden rechtstreeks en verwijzen enkel door omwille van slechte tandhygiëne en zelden voor therapieresistente hoofdpijn of faciale pijn (Huetig et al., 2018).

e. Doel

In de geïntegreerde zorg voor sociale en maatschappelijke minderheidsgroepen werden dus in de literatuur verschillende barrières aangegeven. Het gaat over drempels vanuit de patiëntzijde naar de zorgverleners toe, vanuit huisartsen en tandartsen naar de patiënt toe, maar ook tussen huisartsen en tandartsen onderling. Er werd echter nog nooit simultaan onderzoek uitgevoerd naar de vraag of huisartsen en tandartsen verschillend reageren op gelijkaardige situaties. Om een betere samenwerking te kunnen creëren, is het nochtans belangrijk om elkaars percepties, ervaringen en drempels te exploreren, zeker in de zorg voor sociale en maatschappelijke minderheidsgroepen. Het doel van deze masterproef bestaat erin om wederzijdse bevorderende en belemmerende factoren en barrières naar de patiënt en naar elkaar toe bloot te leggen.

2. Methodologie

a. Literatuuronderzoek

Voor deze masterproef werden volgende onderzoeksvragen gesteld, gebaseerd op de PICO-vraagstelling:

- Zijn de reacties (O) van tandartsen (P/C) en huisartsen (C/P) verschillend bij een bemoeilijkt patiëntencontact (I)?
- Is de reactie (O) van tandartsen (P) op een moeilijk patiëntencontact afhankelijk van de socio-economische context van de patiënt (I/C)?
- Is de reactie (O) van huisartsen (P) op een moeilijk patiëntencontact afhankelijk van de socio-economische context van de patiënt (I/C)?
- Zijn de reacties (O) van tandartsen (P) verschillend wanneer zij moeten samenwerken met tandartsen onderling, huisartsen of specialisten in de tweede lijn (I/C)?
- Zijn de reacties (O) van huisartsen (P) verschillend wanneer zij moeten samenwerken met tandartsen of specialisten in de tweede lijn (I/C)?

Om in de inleiding het verband tussen de mondgezondheid en de algemene gezondheid aan te tonen d.m.v. de bestaande literatuur, werd de elektronische database Pubmed geraadpleegd. Hierbij werd gezocht naar Engelstalige publicaties die niet ouder waren dan tien jaar. ‘Oral Health’ en ‘Chronic disease’ werden als Mesh-termen gebruikt. Ook de zoekterm ‘general health’ werd gebruikt. Bij het combineren van de Mesh-term ‘Oral Health’ en de zoekterm ‘general health’ werden, na toepassen van de filter ‘review’ en ‘five years’, 116 artikels weerhouden. Deze publicaties werden verder geselecteerd op basis van titel en abstract, waarna uiteindelijk 3 artikels werden weerhouden (Christof Dörfer et al., 2017; Manger D et al., 2017; Kane SF, 2017). Naast gerichte zoekstrings werden ook de referentielijsten uit de geselecteerde artikels geraadpleegd. Dit resulteerde verder in de inclusie van 6 bijkomende relevante publicaties (Chandy S et al, 2017; Ionel A et al, 2016; Julkunen A et al, 2017; Kuwabare M et al, 2016; Nazir MA, 2017; Mesa F et al, 2019).

Zoals weergegeven in de onderzoeksvragen focust dit onderzoek op de bevorderende en belemmerende factoren in de beleving van huisartsen en tandartsen in de gedeelde zorg voor sociale en maatschappelijke minderheidsgroepen. Hiervoor werd voorafgaandelijk, aan de hand van een literatuurstudie, gezocht naar de bestaande barrières tussen de patiënt en de tandarts en tussen de patiënt en de huisarts. Bij het zoeken naar Mesh-termen omtrent deze

barrières, kon enkel de term ‘communication barriers’ geselecteerd worden, maar hieruit werden geen bruikbare artikels gevonden. Nadien werden de zoektermen ‘barrier’, ‘patient-related barrier’ en ‘patient-related workload’ als vrije zoekterm gecombineerd met ‘dentists’ (MeSH), ‘primary doctor’, ‘physicians, family (MeSH)’ en ‘general practitioners (MeSH)’. Ook de zoektermen ‘patient perceptions’, ‘dentist perception’ en ‘general practitioner perception’ werden gebruikt. Daarbij werd ook specifiek gezocht naar artikels betreffende socio-economische gezondheidsverschillen. Bij het zoeken naar artikels betreffende barrières van de patiënt naar de huisarts en van de huisarts naar de patiënt werd op Pubmed slechts één review artikel weerhouden dat niet ouder was dan tien jaar (Jakic et al., 2016).

Bij het zoeken naar wetenschappelijke literatuur omtrent de samenwerking tussen de huisarts en de tandarts en knelpunten hierbij, werd de kwalitatieve studie binnen de masterproef ‘van mond tot mond’ geraadpleegd. Nadien werden ook verschillende artikels in de internationale literatuur hieromtrent opgezocht. Hier waren eveneens geen review-artikels voorhanden die niet meer dan tien jaar oud waren. Wanneer de zoektermen ‘interdisciplinary’, ‘dentist’, ‘physician’ en ‘general practitioner’ afwisselend werden gecombineerd, werden vijf artikels weerhouden (Sippli K et al., 2017; Barnett T et al., 2017; Mowat S et al., 2017; Cheng TC et al., 2019; Huettig F et al., 2018; Felix Holzinger et., 2016).

b. Experimenteel onderzoek

Op basis van de in de literatuur gekende barrières bij huisartsen en tandartsen naar hun patiënten toe, werd een situational judgement test opgesteld. In een situational judgement test wordt een hypothetisch en realistisch scenario voorgesteld. Er wordt aan de hand hiervan aan de deelnemers van de test gevraagd om het meest geschikte antwoord te selecteren, te scoren en/of te rangschikken (Lievens F. 2008). Deze test kan opgesteld worden aan de hand van cartoons, scenario’s of filmmateriaal. Een situational judgement test wordt vaak gebruikt in een organisatorische context zoals bij personeelsselecties, maar zijn ook belangrijk voor de bewustmaking van bepaalde problematieken en bij het ontwikkelen van interventies (Corstjens J. 2017).

In deze masterproef werd een situational judgement test opgesteld bestaande uit zes verschillende (tand)arts-patiënt casussen, die gevolgd werden door een aantal stellingen. Dit gaf een beeld van hoe situaties waarmee huisartsen en tandartsen worden geconfronteerd in

een professionele context worden ingeschat en beoordeeld. In vier casussen was telkens één van de gekende bemoeilijkende factoren verwerkt. Op basis van gerichte stellingen werd gepeild naar hoe tandartsen en huisartsen in hun visie en praktijkvoering staan tegenover deze specifieke barrière. Om na te gaan of de huisartsen en tandartsen anders reageren op dezelfde situatie bij patiënten met een verschillend socio-economisch profiel, werden van iedere casus twee versies gemaakt, die slechts in één socio-economisch element van elkaar verschilden. De twee andere casussen hadden betrekking op interdisciplinaire samenwerking. De twee verschillende versies van elk van deze casussen verschilden enkel op basis van de collega-zorgverlener met wie samengewerkt moest worden.
Het opstellen van de casussen en de stellingen gebeurde d.m.v. verschillende Delphi-rondes. Een eerste versie van de vragenlijst werd voorgelegd aan een expertpanel van 5 huisartsen en 4 tandartsen met voldoende praktijkervaring als huisarts of tandarts en ervaring in het werken met sociale minderheidsgroepen. Deze beoordelaars dienden afzonderlijk aan te geven of de casussen voor huisartsen en tandartsen voldoende gelijkaardig waren om een goede vergelijking toe te laten, maar toch voldoende concreet om door zowel de huisarts als de tandarts als een realistische casus te worden beschouwd. Daarnaast werd ook input en feedback gevraagd op de relevantie en formulering van de verschillende algemene demografische vragen, de casussen, de bijhorende stellingen en hun antwoordopties.

Op basis van de feedback van het expertpanel werd de vragenlijst aangepast en opnieuw voorgelegd aan het expertpanel.

De casussen werden op (17-02-2020) via een mail met weblink (Google Forms) verspreid naar huisartsen en tandartsen in Vlaanderen. Er werd hierbij een aparte mail en link voorzien voor de huisartsen en één voor de tandartsen. Om de vragenlijsten zo breed mogelijk te verspreiden binnen de huisartsengroep werd deze gepubliceerd op de website, de nieuwsbrief en de facebookpagina van het hvg, huisartsenvereniging Gent. Nadien werd dit ook op de nieuwsbrief van Domus Medica geplaatst. Deze vragenlijst werd ook intern verspreid onder collega's. De verspreiding van de vragenlijst van de tandartsen gebeurde via de nationale beroepsverenigingen (VVT en VBT, wetenschappelijke vereniging voor Tandheelkunde) en via collega-tandartsen binnen de vakgroep tandheelkunde (UGent).

De randomisatie tussen de twee verschillende versies van de casus gebeurde op basis van hun geboortemaand. De huisartsen en tandartsen kregen de vraag of zij in de eerste helft (1 januari

tot 30 juni) of tweede helft van het jaar (1 juli tot 31 december) geboren zijn, waarbij de deelnemers uit de eerste jaarhelft ingedeeld werden in groep A en de anderen in groep B.

Bovendien werden, voorafgaand op de situational judgement test, enkele demografische vragen gesteld betreffende de deelnemers (geslacht, aantal jaar patiëntencontact, praktijklocatie en setting) en hun patiëntenpopulatie (financiële middelen, migratie-achtergrond, health literacy en de aan- of afwezigheid van een taalbarrière).

De situational judgement test bestond uit casussen met daaropvolgend enkele stellingen die peilden naar een attitude. De antwoordmogelijkheden bestonden uit een schaal van 0 t.e.m. 5, met 0= helemaal niet akkoord en 5= helemaal akkoord. Per item werd een gemiddelde score bepaald op basis van de antwoorden van alle deelnemers. Er werden ook stellingen toegevoegd die peilden naar een bepaalde actie, zoals bijvoorbeeld het aanspreken van een patiënt. Hierbij werd een dichotome antwoordschaal (ja-nee) gebruikt. Bij de stellingen werden ook nog enkele korte open vragen gesteld die peilden naar de motivering van hun antwoord op de vorige stelling.

Hieruit werden twee uitkomstvariabelen bekomen: de continue variabelen, betreffende de antwoorden op een schaal van 0 t.e.m. 5, en de dichotome variabelen, betreffende de antwoorden op de ja-nee-vragen. De verklarende variabelen werden bekomen door middel van het vergelijken van de groep huisartsen en tandartsen en het vergelijken van casus A met casus B.

Deze studie werd op 29/07/2019 goedgekeurd door het ethisch comité (B670201940544) (zie bijlage 1).

c. Analyse

De gegevens werden verzameld via Google forms en samengebracht in een Excel-bestand. Alle gegevens werden verwerkt met het softwareprogramma SPSS versie 26.

De demografische variabelen werden geanalyseerd via beschrijvende statistiek (gemiddelde met standaarddeviatie en proporties). Om mogelijke significante verschillen na te gaan binnen de deelnemers aan de verschillende versies van de casussen, werden deze gegevens ook

vergeleken tussen de totale groep tandartsen en huisartsen onderling, tussen de tandartsen uit groep A en die uit groep B, en tussen de huisartsen uit groep A en groep B. Hiervoor werden ongepaarde T-testen uitgevoerd voor de continue variabelen en Chi-kwadraattesten voor de categorische.

Analoog werden de antwoorden op de stellingen tussen huisartsen en tandartsen en tussen de twee versies van elke casus eveneens vergeleken via ongepaarde T-testen en kruistabellen met Chi-kwadraattest.

Voor alle vergelijkende analyses werd het significantieniveau α bepaald op 0.05.

3. Resultaten

a. Beschrijvende statistiek

De opgestelde casussen werden ingevuld door 46 huisartsen en 122 tandartsen. Binnen de groep huisartsen namen 35 vrouwen (76%) deel en 11 mannen (24%) (tabel 1). Binnen de groep tandartsen namen 81 vrouwen (66%) deel, 40 mannen (33%) en 1 genderneutraal persoon (1%). Het gemiddeld aantal jaar patiëntencontact binnen de groep tandartsen was 23.7 jaar en binnen de groep huisartsen 9.4 jaar. De deelnemende huisartsen werkten voornamelijk in een groepspraktijk (35%, n = 16) of een multidisciplinaire praktijk (43%, n = 20). De tandartsen waren voornamelijk gevestigd in een solo- of duopraktijk (56%, n = 68).

Geslacht			
Tandartsen	Totaal (n=122)	Groep A (n=71)	Groep B (n=51)
Vrouw	81	45	36
Man	40	25	45
X	1	1	0
Huisartsen	Totaal (n=46)	Groep A (n=26)	Groep B (n=20)
Vrouw	35	19	16
Man	11	7	4
X	0	0	0
Gemiddeld Aantal jaar patiëntencontact			
Tandartsen	Totaal (n=122)	Groep A (n=71)	Groep B (n=51)
	23.7	25.3	21.4
Huisartsen	Totaal (n=46)	Groep A (n=26)	Groep B (n=20)
	9.4	8.3	10.9
Setting			
Tandartsen	Totaal (n=122)	Groep A (n=71)	Groep B (n=51)
Solo- of duopraktijk	68 (56%)	41 (58%)	27 (53%)
Groepspraktijk	40 (33%)	23 (32%)	17 (33%)
Multidisciplinaire praktijk	11 (9%)	5 (7%)	6 (12%)
Andere	3 (2%)	2 (3%)	1 (2%)
Huisartsen	Totaal (n=46)	Groep A (n=26)	Groep B (n=20)
Solo- of duopraktijk	10 (22%)	3 (12%)	7 (35%)
Groepspraktijk	16 (35%)	10 (38%)	6 (30%)
Multidisciplinaire praktijk	20 (43%)	13 (50%)	7 (35%)
Andere	0	0	0

Tabel 1: Beschrijving van de deelnemende tandartsen (n=122) en huisartsen (n=46)

b. Casusbespreking

Casus 1

HUISARTS:
Marleen, accountmanager bij een internationaal bedrijf/ een werkloze dame*, die reeds enkele jaren patiënt is bij u, belt u op wegens hevige hoofdpijn. Ze kan het niet meer houden van de pijn. Je hebt haar sinds enkele maanden niet meer gehoord. Ze is gekend met migraine. Vorige consultatie kwam ze langs wegens een otitis en werd er door u verschillende malen aangedrongen om een consultatie te plannen om over te schakelen naar een onderhoudsbehandeling voor migraine. Dit stelde u voor nadat ze terloops vertelde toegenomen aanvallen (>6 per maand) van migraine te hebben die ze meestal onder controle wist te krijgen met triptanen. Mevrouw ging bellen voor een afspraak, maar heeft dit nooit gedaan wegens tijdsgebrek.*

TANDARTS:
Marleen, accountmanager bij een internationaal bedrijf/ een werkloze dame*, die reeds enkele jaren patiënt is bij u, belt u op wegens hevige tandpijn. Ze kan het niet meer houden van de pijn. Je hebt haar sinds enkele maanden niet meer gehoord. Vorige consultatie kwam ze langs wegens een probleem aan een andere tand en werd er door u verschillende malen aangedrongen om een volgende consultatie te plannen, omdat u een grote cariëslaesie vaststelde die nog net niet tot aan de pulpa reikte. Mevrouw ging bellen voor een afspraak, maar heeft dit nooit gedaan wegens tijdsgebrek.*

Casus 1 handelde over een schijnbaar niet-preventief ingestelde patiënt die enkel contact opnam bij urgente pijnklachten. Bij één groep behandelaars (A) was de patiënt een accountmanager bij een internationaal bedrijf, bij de andere groep (B) was dit een werkloze dame.

Zoals weergegeven in tabel 2 hadden de deelnemende **huisartsen (n=46)** over het algemeen vrij veel begrip voor het feit dat de patiënt hen was vergeten terugbellen voor de opvolgafspraken. Dit resulteerde in een gemiddelde score van 3.41 op 5 (SD = 0.96). Bijgevolg zouden ook slechts 24% van de huisartsen de patiënt duidelijk gemaakt hebben dat dit hen niet zinde. Alle huisartsen (100%) zouden de patiënt de dag zelf nog laten komen indien er nog plaats vrij was in hun agenda. Ze bleken eerder overtuigd dat een succesvolle gedragsverandering, waarbij de patiënt niet steeds wachtte tot de situatie urgent werd, mogelijk was. Op de stelling waarbij men vroeg of ze dit onmogelijk achtten, werd een gemiddelde score van 1.74 op 5 gegeven (SD = 0.80). Op de stelling of de huisarts al dan niet gefrustreerd was dat de patiënt gewacht had tot het moment dat ze acuut veel pijn had, werd gemiddeld een score van 2.37 (SD = 1.31) gegeven.

Wanneer bij de huisartsen groep A en B werden vergeleken (accountmanager vs werkloze dame), werd er op geen enkele stelling op een significant verschillende manier gereageerd.

De deelnemende **tandartsen (n=122)** hadden over het algemeen weinig begrip voor het feit dat de patiënt hen was vergeten terugbellen voor de opvolgafspraken. Dit resulteerde in een gemiddelde score van 1.71 op 5 voor deze stelling (SD = 1.17). De meerderheid zou dit ook aan de patiënt duidelijk maken (61%, n = 74). Toch zou 87% (n=106) van hen de patiënt de dag zelf nog laten komen indien er nog plaats vrij was in hun agenda. Wanneer de reacties op de open vraag 'waarom ze de patiënt een afspraak zouden geven' werden geclusterd, was dit bij 37% (n=39) van de tandartsen om zakelijke redenen zoals 'ik heb toch tijd' en bij 63% (=67) omwille van emotionele of principiële redenen zoals 'het is mijn taak als zorgverlener', of 'het is voor niemand leuk als je pijn hebt'.

Wanneer tandartsen uit groep A en B werden vergeleken, werd op een significant verschillende manier gereageerd op de vraag of de tandartsen de patiënt liever kwijt dan rijk waren, mocht dit mogelijk zijn. De groep bij wie de patiënt werkloos was, had meer de neiging om hiermee akkoord te gaan (2.94 vs 2.41, $p < 0.05$) . Voor de andere stellingen werden geen significante verschillen vastgesteld tussen beide groepen.

Wanneer de totale groep huisartsen en tandartsen met elkaar werden vergeleken, werd een sterk significant verschil in reacties gevonden voor alle stellingen van deze casus. De tandartsen ervaarden het enkel komen op urgentie als een sterkere barrière dan de huisarts.

Wanneer de huisartsen uit groep A en de tandartsen uit groep A met elkaar werden vergeleken, werd enkel op de stelling 'Ik denk dat een succesvolle gedragsverandering, waarbij de patiënt niet steeds wacht tot de situatie urgent wordt, bij deze patiënt onmogelijk is' geen significant verschil vastgesteld, voor alle andere stellingen wel.

Wanneer de groep huisartsen B en de groep tandartsen B werden vergeleken, werd bij elke stelling een sterk significant verschil vastgesteld. Opvallend hierbij was dat bij de tweede stelling de bemoeilijkende factor 'werkloosheid' bij de tandartsen zorgde voor een minder sterk geloof in een succesvolle gedragsverandering (2.21 vs 2.50). Bij de huisartsen was dit eerder omgekeerd (1.88 vs 1.55). Beide verschillen waren binnen de groep tand- of huisartsen niet significant, maar zorgden ervoor dat er wel een significant verschil was tussen de groep huisartsen B en de groep tandartsen B.

Groep	Gem. score op 5	SD	p-waarde	Mean diff.	95% CI
Ik kan begrijpen dat de patiënt mij was vergeten terugbellen.					
Huisarts (tot)	3.41	0.96	**< 0.0001**	-1.700	[-2.05- -1.35]
Tandarts (tot)	1.71	1.17			
Huisarts A*	3.38	0.80	0.83	-0.065	[-0.68- 0.55]
Huisarts B**	3.45	1.15			
Tandarts A*	1.7	1.19	0.92	-0.021	[-0.45- 0.40]
Tandarts B**	1.73	1.15			
Ik denk dat een succesvolle gedragsverandering, waarbij de patiënt niet steeds wacht tot de situatie urgent wordt, bij deze patiënt onmogelijk is.					
Huisarts (tot)	1.74	0.80	**0.001**	0.594	[0.26- 0.93]
Tandarts (tot)	2.33	1.33			
Huisarts A	1.88	0.65	0.185	0.335	[-0.17- 0.64]
Huisarts B**	1.55	0.95			
Tandarts A	2.21	1.31	0.25	-0.286	[-0.78- 0.21]
Tandarts B**	2.50	1.36			
Het frustreert mij dat de patiënt gewacht heeft tot het moment dat ze acuut veel pijn heeft.					
Huisarts (tot)	2.37	1.31	**< 0.0001**	1.704	[1.27- 2.14]
Tandarts (tot)	4.07	1.25			
Huisarts A*	2.35	1.33	0.891	-0.054	[-0.85- 0.74]
Huisarts B**	2.40	1.31			
Tandarts A*	4.11	1.06	0.70	0.093	[-0.39- 0.58]
Tandarts B**	4.02	1.49			
Mocht dit mogelijk zijn, ben ik deze patiënt liever kwijt dan rijk.					
Huisarts (tot)	0.87	0.89	**< 0.0001**	1.764	[1.39- 2.14]
Tandarts (tot)	2.63	1.48			
Huisarts A*	0.65	0.75	0.076	-0.504	[-1.064- 0.056]
Huisarts B**	1.16	1.02			
Tandarts A*	2.41	1.55	**<0.05**	-0.533	[-1.05- -0,01]
Tandarts B**	2.94	1.35			

Tabel 2: antwoorden van huisartsen en tandartsen per stelling, waarbij een score werd gegeven van 0 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord). Bij één groep behandelaars (A) was de patiënt een accountmanager bij een internationaal bedrijf, bij de andere groep (B) was dit een werkloze dame.

(*) significant verschil tussen groep A huisartsen en groep A tandartsen

(**) significant verschil tussen groep B huisartsen en groep B tandartsen

Casus 2

HUISARTS:
Je behandelde een patiënte voor het verwijderen van een atheroomcyste. Je ziet haar terug op controle. Bij klinisch onderzoek zie je tekenen van infecties thv de wonde. Uit navragen blijkt duidelijk dat de patiënt de voorgestelde richtlijnen (wonde bedekt houden tot verwijderen van de hechtingen, niet douchen) ***correct had uitgevoerd/ niet had uitgevoerd.*** *Een bijkomende behandeling is nu helaas aangewezen.*

Wanneer u in uw dossier kijkt, merkt u echter dat de vorige behandeling nog niet werd betaald, hoewel u een overschrijvingsformulier had meegegeven. De patiënt excuseert zich en geeft aan zelf niet te begrijpen hoe dit is kunnen gebeuren, het berust waarschijnlijk op een vergetelheid bij haar man, die de overschrijvingen uitvoert. Ze heeft nu geen geld bij, maar vraagt een overschrijving mee te geven voor de vorige en huidige behandeling.

TANDARTS:
Je behandelde een patiënte voor een chirurgische tandextractie. Je ziet haar terug op controle. Bij klinisch onderzoek zie je tekenen van infecties in de wonde. Uit navragen blijkt duidelijk dat de patiënt de voorgestelde richtlijnen (niet roken, compressie, geen warmte, niet spoelen onmiddellijk na extractie) ***correct had uitgevoerd/ niet had uitgevoerd.*** *Een bijkomende nabehandeling met curettage van de alveolitis is nu helaas wel aangewezen.*

Wanneer u in uw dossier kijkt, merkt u echter dat de vorige behandeling nog niet werd betaald, hoewel u een overschrijvingsformulier had meegegeven. De patiënt excuseert zich en geeft aan zelf niet te begrijpen hoe dit is kunnen gebeuren, het berust waarschijnlijk op een vergetelheid bij haar man, die de overschrijvingen uitvoert. Ze heeft nu geen geld bij, maar vraagt een overschrijving mee te geven.

Casus 2 beschreef een consultatie waarbij de patiënt zich presenteerde met een herinfectie na een vorige behandeling, waarbij ook bleek dat de voorgaande behandeling nog niet betaald werd. Bij één groep behandelaars (A) had de patiënt de voorgestelde richtlijnen van nazorg correct uitgevoerd, bij de andere groep werden deze richtlijnen niet correct uitgevoerd.

Bij de deelnemende **huisartsen** werd, zoals beschreven in tabel 3, een gemiddelde score van 2.30 gegeven (SD = 1.43) op de stelling of ze het al dan niet vonden kunnen dat de patiënt de vorige consultatie nog niet had betaald. Over het al dan niet de waarheid spreken van de patiënt omtrent de achterstallige betaling werd een gemiddelde score gegeven van 2.39 (SD = 1.31).
Bijna niemand (6%, n = 3) zou de patiënt pas een nieuwe afspraak voor verdere nazorg geven zodra de eerste consultatie betaald was. De huisartsen waren de patiënt in het algemeen ook niet liever kwijt dan rijk (gem. = 1.40, SD = 1.29).

Wanneer de huisartsen uit groep A (instructies netjes opgevolgd) en B (instructies niet goed opgevolgd) met elkaar werden vergeleken, werd er op geen enkele stelling op een significant verschillende manier gereageerd.

De deelnemende **tandartsen** vonden het over het algemeen niet kunnen dat de vorige behandeling nog niet betaald werd. Dit resulteerde in een gemiddelde score op 5 van 3.61 (SD = 1.39), waarbij 63.1% (n=77) van de tandartsen een score van 4 of 5 op deze stelling gaf. Het ongenoegen werd ook door tandartsen aan de patiënt duidelijk gemaakt. De stelling omtrent de mate waarin de patiënt aangesproken zou worden op de betaalachterstand kreeg een gemiddelde score van 3.61 op 5 (SD = 1.02). Meer dan een derde (40%, n=49)) zou pas een nieuwe afspraak voor verdere nazorg geven zodra de eerste consultatie betaald was.

Wanneer de A-versie en B-versie met elkaar werden vergeleken, werd op een significant verschillende manier gereageerd op de vraag of de tandarts de patiënt liever kwijt dan rijk was. De groep bij wie de patiënt de richtlijnen niet nageleefd had, scoorde hoger op deze stelling (2.56 vs 3.22, p = 0.01) . Voor de andere stellingen werden geen significante verschillen vastgesteld tussen beide groepen.

Wanneer de totale groep huisartsen en tandartsen met elkaar werden vergelijken, werd een sterk significant verschil in reacties gevonden voor alle stellingen van deze casus. De tandartsen ervaarden achterstallige betalingen als een sterkere barrière dan de huisarts.

Wanneer de groep huisartsen A en de groep tandartsen A met elkaar werden vergeleken, werd enkel op de stelling ‘Deze patiënt spreekt volgens mij de waarheid omtrent de achterstallige betaling’ geen significant verschil vastgesteld. Deze stelling was wel significant verschillend als de groep huisartsen B en de groep tandartsen B met elkaar werden vergeleken.

Wanneer de groep huisartsen B en de groep tandartsen B werden vergeleken, werd enkel op de stelling ‘in welke mate spreekt u de patiënt aan op de betaalachterstand’ geen significant verschil vastgesteld. Deze stelling was wel significant verschillend als de groep huisartsen A en de groep tandartsen A met elkaar worden vergeleken.

Groep	Gem. score op 5	SD	p-waarde	Mean diff.	95% CI
Deze patiënt spreekt volgens mij de waarheid omtrent de achterstallige betaling.					
Huisarts (tot)	2.39	1.31	**0.006**	0.641	[0.19- 1.09]
Tandarts (tot)	3.03	1.30			
Huisarts A	2.38	1.17	0.970	-0.015	[-0.81- 0.78]
Huisarts B**	2.40	1.50			
Tandarts A	2.93	1.32	0.30	-0.247	[-0.72- 0.22]
Tandarts B**	3.18	1.26			
Ik vind het niet kunnen dat de vorige behandeling nog niet betaald werd.					
Huisarts (tot)	2.30	1.43	**< 0.0001**	1.310	[0.82- 1.80]
Tandarts (tot)	3.61	1.39			
Huisarts A*	1.96	1.25	0.072	-0.788	[-1.65- 0.07]
Huisarts B**	2.75	1.55			
Tandarts A*	3.45	1.44	0.12	-0.392	[-0.89- 0.10]
Tandarts B**	3.84	1.30			
In welke mate spreekt u de patiënt aan op de betaalachterstand?					
Huisarts (tot)	3.04	1.03	**0.002**	0.571	[0.22- 0.93]
Tandarts (tot)	3.61	1.02			
Huisarts A*	2.85	1.01	0.143	-0.454	[-1.07- 0.16]
Huisarts B	3.30	1.03			
Tandarts A*	3.59	0.95	0.77	-0.056	[-0.44- 0.33]
Tandarts B	3.65	1.11			
Mocht dit mogelijk zijn, ben ik deze patiënt liever kwijt dan rijk.					
Huisarts (tot)	1.40	1.29	**< 0.0001**	1.436	[0.98- 1.90]
Tandarts (tot)	2.84	1.39			
Huisarts A*	1.19	1.06	0.237	-0.492	[-1.32- 0.34]
Huisarts B**	1.68	1.53			
Tandarts A*	2.56	1.30	**0.01**	-0.652	[-1.16- -0.15]
Tandarts B**	3.22	1.45			

Tabel 3: antwoorden van huisartsen en tandartsen per stelling, waarbij een score werd gegeven van 0 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord). Bij één groep behandelaars (A) had de patiënt de voorgestelde richtlijnen van nazorg correct nageleefd, bij de andere groep (B) werden deze niet opgevolgd.
Voor de derde stelling 'In welke mate spreekt u de patiënt aan op de betaalachterstand' liepen de scores van 0 (helemaal niet) tot 5 (heel uitvoerig).
(*) significant verschil tussen groep A huisartsen en groep A tandartsen
(**) significant verschil tussen groep B huisartsen en groep B tandartsen

Casus 3

HUISARTS:
De familie Peters/ de familie Ngulawa (Belgen, maar van Ghanese afkomst) *is een gezin uit uw buurt. Bij de voorbije twee afspraken voor één van de gezinsleden kwamen ze standaard minstens 15 minuten te laat. Vandaag belt de vader van het gezin met de vraag een afspraak te maken voor zichzelf en een van zijn kinderen.*

TANDARTS:
De familie Peters/ de familie Ngulawa (Belgen, maar van Ghanese afkomst) *is een gezin uit uw buurt. Bij de voorbije twee afspraken voor één van de gezinsleden kwamen ze standaard minstens 15 minuten te laat. Vandaag belt de vader van het gezin met de vraag een afspraak te maken voor zichzelf en een van zijn kinderen.*

Casus 3 ging over patiënten die laattijdig op hun afspraak kwamen. Bij één groep behandelaars kwam de familie Peters te laat op afspraak, bij de andere groep was dat de familie Ngulawa (Belgen, maar van Ghanese afkomst).

De deelnemende **huisartsen** vonden het over het algemeen heel storend als een patiënt 15 minuten te laat op afspraak was (zie tabel 4). 87% (n = 40) van de huisartsen gaf een score van 0 of 1 op de stelling of ze het niet erg vonden wanneer patiënten 15 minuten te laat zijn. De overtuiging dat de kinderen van deze familie later zelf ook laatkomers zouden worden, was eerder laag (mean = 1.91, SD = 1.35). Ook al vonden huisartsen het storend dat patiënten laattijd op afspraak kwamen, toch kreeg de stelling of ze deze patiënt liever kwijt dan rijk waren een lage gemiddelde score (mean = 1.61, SD = 1.36).

Wanneer de 2 verschillende versies van de casus met elkaar werden vergeleken, werd op een significant verschillende manier gereageerd op de mate waarop de huisartsen de patiënt zouden aanspreken op het te laat komen. De groep bij wie de familie Ngulawa werd beschreven gaf een hogere score (mean = 4.15) op de mate waarop ze de patiënt zouden aanspreken (3.54 vs 4.15, p = 0.006). Voor de andere stellingen werden geen significante verschillen vastgesteld tussen beide groepen.

De deelnemende **tandartsen** vonden het over het algemeen ook heel storend als een patiënt 15 minuten te laat op afspraak was. 85.2% van de tandartsen gaf een score van 0 of 1 op de stelling of ze het niet erg vonden wanneer patiënten 15 minuten te laat zijn. Tandartsen spraken de patiënt hier ook op aan. De stelling omtrent de mate waarmee de patiënt aangesproken zou worden op de betaalachterstand kreeg een gemiddelde score van 4.06 op 5

(SD = 1.07). De overtuiging dat de kinderen later ook systematisch te laat zouden komen, was vrij groot (mean = 3.06, SD = 1.54).

Wanneer de 2 verschillende versies van de casus met elkaar werden vergeleken, werd er op geen enkele stelling significant verschillend gereageerd tussen een familie met of zonder migratieachtergrond.

Wanneer de totale groep huisartsen en tandartsen met elkaar werden vergelijken, werd er enkel een sterk significant verschil in reacties gevonden voor de stellingen betreffende het vermoeden dat de kinderen later in hun volwassen leven ook te laat zouden komen, alsook het liever kwijt zijn van de patiënt. De tandartsen ervaarden het laattijdig op afspraak komen als een even grote barrière als de huisartsen. Ondanks deze even grote barrière voor huisartsen en tandartsen, zouden tandartsen vaker een patiënt niet meer willen zien komen.

Groep	Gem. score op 5	SD	p-waarde	Mean diff.	95% CI
Ik vind het niet erg wanneer patiënten 15 minuten te laat zijn.					
Huisarts (tot)	0.76	1.15	0.620	0.211	[-0.53- 0.32]
Tandarts (tot)	0.66	1.37			
Huisarts A	0.81	1.16	0.759	0.108	[-0.60- 0.81]
Huisarts B	0.70	1.17			
Tandarts A	0.65	1.30	0.94	-0.19	[-0.54- 0.50]
Tandarts B	0.67	1.49			
In welke mate spreekt u de vader aan op het te laat komen tijdens deze en de vorige twee afspraken?					
Huisarts (tot)	3.80	0.81	0.102	0.153	[-0.05- 0.56]
Tandarts (tot)	4.06	1.07			
Huisarts A	3.54	0.91	**0.006**	-0.612	[-1.03- -0.19]
Huisarts B	4.15	0.49			
Tandarts A	3.93	1.18	0.10	-0.306	[-0.68- 0.06]
Tandarts B	4.24	0.89			
Ik heb een sterk vermoeden dat de kinderen van deze man later in hun volwassen leven zelf ook systematisch te laat zullen komen op hun afspraken.					
Huisarts (tot)	1.91	1.35	**< 0.0001**	0.243	[0.66- 1.63]
Tandarts (tot)	3.06	1.54			
Huisarts A*	2.08	1.26	0.362	0.377	[-0.45- 1.21]
Huisarts B**	1.70	1.46			
Tandarts A*	3.20	1.46	0.25	0.334	[-0.24- 0.91]

Tandarts B**	2.86	1.65			
Mocht dit mogelijk zijn, ben ik deze patiënt liever kwijt dan rijk.					
Huisarts (tot)	1.61	1.36	**< 0.0001**	0.234	[1.08- 2.01]
Tandarts (tot)	3.16	1.34			
Huisarts A*	1.65	1.29	0.804	0.104	[-0.74- 0.94]
Huisarts B**	1.55	1.47			
Tandarts A*	3.20	1.26	0.70	0.099	[-0.40- 0.60]
Tandarts B**	3.10	1.46			

Tabel 4: antwoorden van huisartsen en tandartsen per stelling, waarbij een score werd gegeven van 0 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord). Bij één groep behandelaars (A) kwam de familie Peters te laat op afspraak, bij de andere groep (B) was dat de familie Ngulawa (Belgen, maar van Ghanese afkomst, met een bemoeilijkte communicatie).
Voor de tweede stelling 'In welke mate spreekt u de vader aan op het te laat komen tijdens deze en de vorige twee afspraken?' liepen de scores van 0 (helemaal niet) tot 5 (heel uitvoerig).
(*) significant verschil tussen groep A huisartsen en groep A tandartsen
(**) significant verschil tussen groep B huisartsen en groep B tandartsen

Casus 4

HUISARTS:
Patiënt V. A. ***is een werknemer/ asielzoeker in procedure*** *en komt na een val met lichte kneuzingen en schaafwonden bij u langs voor drie zittijden,* ***op kosten van de verzekering van de werkgever/ Fedasil****. Naast de behandeltijd heeft u per behandeling 10 minuten extra tijd nodig voor het invullen van formulieren die door Fedasil werden gevraagd.*

TANDARTS:
Patiënt V. A. ***is een werknemer/ asielzoeker in procedure*** *en komt na een val in het opvangcentrum met enkele minimale traumata bij u langs voor drie behandeltijden,* ***op kosten van de verzekering van de werkgever/ Fedasil.*** *Naast de behandeltijd heeft u per behandeling 10 minuten extra tijd nodig voor het invullen van formulieren die door Fedasil werden gevraagd.*

In casus 4 werd een consultatie beschreven waarbij extra administratietijd vereist was na een licht trauma. Bij één groep behandelaars ging het over een werknemer waarbij formulieren van de verzekering van de werkgever ingevuld dienden te worden. Bij de andere groep was de patiënt een asielzoeker in procedure met formulieren van Fedasil.

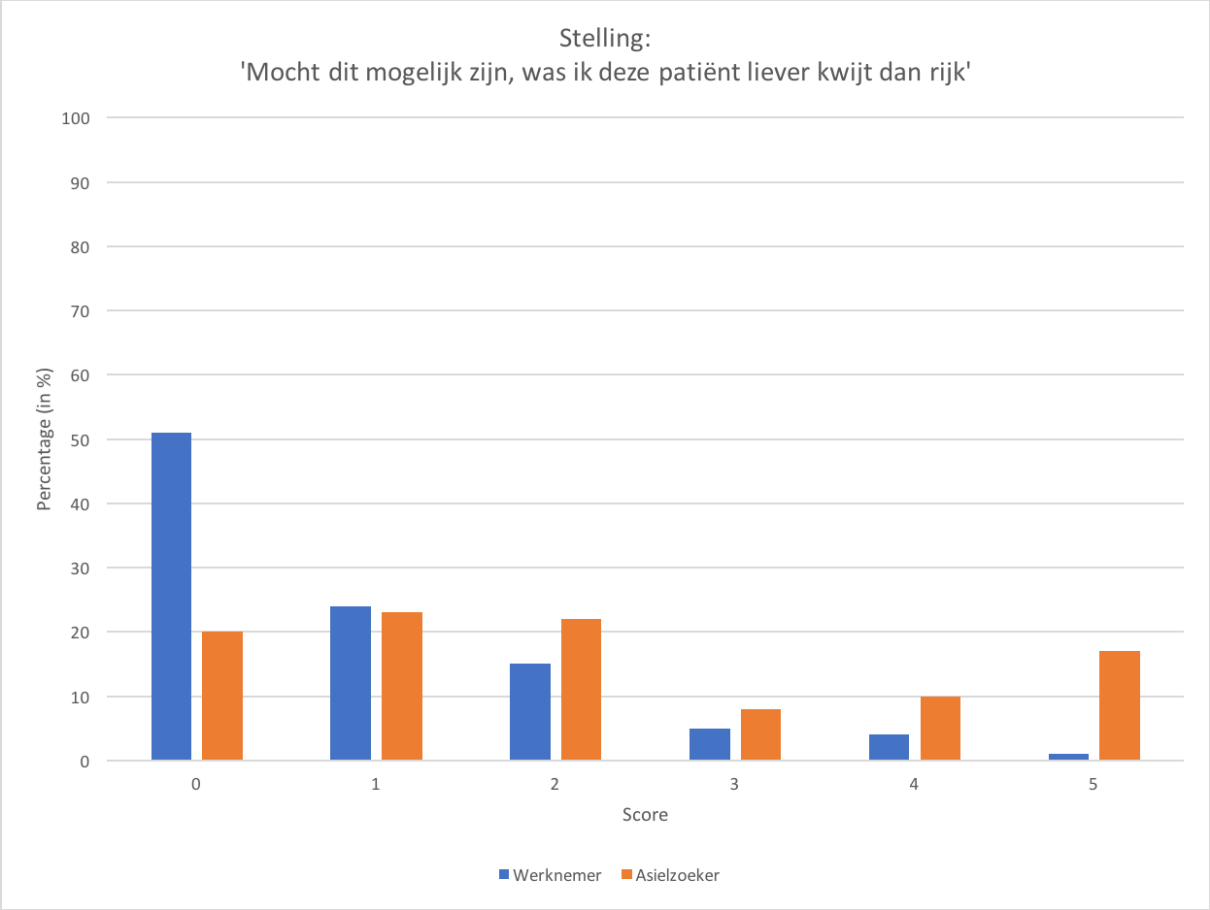
Zoals weergegeven in tabel 5 vonden de deelnemende **huisartsen** over het algemeen dat ze vergoed zouden moeten worden voor de extra benodigde tijd die ze voor deze administratie moesten uitrekken. 65% van de huisartsen beantwoordde deze dichotome stelling met ja. Het al dan niet vervelend vinden van deze administratie werd niet aan de patiënt getoond. Dit werd duidelijk door een gemiddelde score op 5 van 1.41 (SD = 1.26) op de bijhorende stelling.

Wanneer de 2 verschillende versies van de casus met elkaar werden vergeleken (werknemer vs asielzoeker), werd op een significant verschillende manier gereageerd op 3 stellingen: de vraag of dit papierwerk deel zou mogen uitmaken van hun job, of ze vonden dat de patiënt 'misbruik maakte van het systeem' en of ze de patiënt liever kwijt dan rijk waren. Het papierwerk van Fedasil werd vaker als geen onderdeel van hun job gezien (2.81 vs 4.05, $p = 0.002$). Het gebruik maken van de verzekering van de werkgever voor het lichte trauma werd veel vaker als 'misbruik maken van het systeem' gezien (3.00 vs 0.90, $p < 0.0001$). De ondervraagde huisartsen waren ook de werknemer liever kwijt dan de asielzoeker (2.46 vs 1.20, $p = 0.022$). Beide groepen scoorden deze stelling echter laag. Voor de andere stellingen werden geen significante verschillen vastgesteld tussen beide groepen.

De deelnemende **tandartsen** vonden in het algemeen dat het papierwerk geen onderdeel van hun job zou mogen zijn. Dit werd duidelijk door een gemiddelde score op 5 van 3.17 (SD =

1.63). Tandartsen vonden hierbij niet dat er misbruik gemaakt werd van het systeem. Gemiddeld werd op deze stelling een score van 0.98 op 5 gegeven (SD = 1.21). 76.2% van de tandartsen gaf hierbij een score van 0 of 1. 76.9% van de tandartsen vonden wel dat ze hiervoor vergoed moeten worden.

Wanneer de 2 verschillende versies van de casus met elkaar werden vergeleken, werd op een significant verschillende manier gereageerd op de vraag of ze de patiënt liever kwijt dan rijk waren en of het al dan niet aan de patiënt duidelijk werd gemaakt dat ze deze administratie vervelend vonden. Zoals weergegeven in figuur 1 zouden beide groepen de patiënt niet kwijt willen, al was dit significant duidelijker voor de patiënt met de arbeidsverzekering, in vergelijking met de asielzoeker (0.94 vs 2.18, $p < 0.0001$).



<u>Figuur 1:</u> Antwoorden van tandartsen op de stelling 'Mocht dit mogelijk zijn, was ik deze patiënt liever kwijt dan rijk', waarbij een score werd gegeven van 0 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord). Bij één groep tandartsen (A) was de patiënt een werknemer, bij de andere groep (B) was dit een asielzoeker.

De gemiddelde score op deze stelling bleef echter laag (mean = 1.46, SD = 1.59). Aan de patiënt met de arbeidsongevallenverzekering werd sneller duidelijk gemaakt dat ze deze administratie vervelend vonden (1.59 vs 0.92, p= 0.007). Ook hier bleef de gemiddelde score laag (mean = 1.31, SD = 1.37). Voor de andere stellingen werden geen significante verschillen vastgesteld tussen beide groepen.

Wanneer de totale groep huisartsen en tandartsen met elkaar werden vergelijken, werd er enkel een sterk significant verschil in reacties gevonden voor de stelling betreffende het misbruik maken van het systeem, waarbij de huisartsen van oordeel waren dat de werknemer misbruik maakte van het systeem, terwijl dit voor de tandarts niet zo was (3.00 vs 0.97). Algemeen ervaarden de tandartsen extra administratietijd als een even grote barrière als de huisartsen.

Groep	Gem. score op 5	SD	p-waarde	Mean diff.	95% CI
Dit papierwerk zou geen deel mogen uitmaken van mijn job.					
Huisarts (tot)	3.35	1.37	0.467	-0.183	[-0.68- 0.31]
Tandarts (tot)	3.17	1.63			
Huisarts A	2.81	1.13	**0.002**	-1.242	[-2.00- -0.48]
Huisarts B	4.05	1.36			
Tandarts A	2.93	1.60	0.06	-0.562	[-1.15- 0.03]
Tandarts B	3.49	1.62			
Indien u deze administratie vervelend vindt, in welke mate maakt u dit duidelijk aan de patiënt?					
Huisarts (tot)	1.41	1.26	0.650	-0.102	[-0.55- 0.34]
Tandarts (tot)	1.31	1.37			
Huisarts A	1.69	1.26	0.084	0.642	[-0.09- 1.38]
Huisarts B	1.05	1.19			
Tandarts A	1.59	1.40	**0.007**	0.670	[0.20- 1.14]
Tandarts B	0.92	1.23			
Ik vind dat de patiënt misbruik maakt van het systeem.					
Huisarts (tot)	2.09	1.84	**< 0.0001**	-1.103	[-1.69- -0.52]
Tandarts (tot)	0.98	1.21			
Huisarts A*	3.00	1.70	**< 0.0001**	2.1	[1.22- 2.98]
Huisarts B	0.90	1.25			
Tandarts A*	0.97	1.30	0.90	-0.28	[-0.46- 0.40]
Tandarts B	1.00	1.08			
Mocht dit mogelijk zijn, ben ik deze patiënt liever kwijt dan rijk.					
Huisarts (tot)	1.91	1.87	0.149	-0.454	[-1.08- 0.17]
Tandarts (tot)	1.46	1.59			

Huisarts A*	2.46	2.06	**0.022**	1.262	[0.25- 2.27]
Huisarts B**	1.20	1.32			
Tandarts A*	0.94	1.23	**< 0.0001**	-1.233	[-1.80- -0.66]
Tandarts B**	2.18	1.76			

<u>Tabel 5:</u> antwoorden van huisartsen en tandartsen per stelling, waarbij een score werd gegeven van 0 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord). Bij één groep behandelaars (A) was de patiënt een werknemer waarbij formulieren van de verzekering van de werkgever ingevuld dienden te worden, bij de andere groep (B) was de patiënt een asielzoeker in procedure met formulieren van Fedasil.
Voor de tweede stelling 'Indien u deze administratie vervelend vindt, in welke mate maakt u dit duidelijk aan de patiënt' liepen de scores van 0 (helemaal niet) tot 5 (heel uitvoerig).
(*) significant verschil tussen groep A huisartsen en groep A tandartsen
(**) significant verschil tussen groep B huisartsen en groep B tandartsen

Casus 5

HUISARTS:
U diagnosticeert diabetes type II bij patiënt M (67 jaar oud), een alleenstaande, zwaarlijvige man die u al jaren opvolgt. U bent op de hoogte van het verband tussen diabetes type II en het risico op ***retinopathie/ parodontitis****, waardoor een controle bij de* ***oogarts/ tandarts*** *aangewezen is. De patiënt is echter al jaren niet meer naar een* ***oogarts/ tandarts*** *geweest en u merkt enige twijfel en onzekerheid.*

TANDARTS:
U diagnosticeert parodontitis bij patiënt M (67 jaar oud), een alleenstaande, zwaarlijvige man die u al jaren opvolgt. U bent op de hoogte van het verband tussen parodontitis en ***het risico op diabetes type II/ algemene gezondheidsrisico's****, waardoor een controle bij de* ***huisarts/ parodontoloog*** *aangewezen is. De patiënt heeft echter al jaren geen vaste* ***huisarts/ parodontoloog*** *en u merkt enige twijfel en onzekerheid.*

Casus 5 schetste bij de groep **huisartsen** een consultatie van een patiënt waarbij de huisarts zonet diabetes type II diagnosticeerde. Hierbij werd in de ene groep gevraagd naar de samenwerking met de oogarts wegens het verband tussen diabetes type II en het risico op retinopathie. In de andere groep werd gevraagd naar de samenwerking met de tandarts wegens het verband tussen diabetes type II en parodontitis.

Wanneer de 2 verschillende versies van de casus met elkaar werden vergeleken, werd er op drie stellingen op een significant verschillende manier gereageerd (zie tabel 6). De huisartsen uit groep A zouden allemaal een verwijsbrief opstellen voor de oogarts (100%, n=26), terwijl dit voor de tandarts 80% (n=16) was in groep B ($p = 0.030$). De huisartsen verwachtten bovendien ook meer van de oogarts dat hij hen op de hoogte zou brengen van zijn bevinden na de verwijzing dan dat dit van de tandarts verwacht werd (4.85 vs 2.60, $p < 0.0001$). Omgekeerd beschouwden de huisartsen het ook meer als hun taak om de patiënt te herinneren aan een regelmatige opvolging bij de oogarts dan bij de tandarts (4.23 vs 3.25, $p = 0.010$). Huisartsen veronderstelden ten slotte dat de patiënt meer schrik zou hebben van de tandarts dan van de oogarts (2.23 vs 3.00, $p = 0.042$).

Casus 5 beschreef bij de groep **tandartsen** een consultatie van een patiënt waarbij de tandarts parodontitis diagnosticeerde. Hierbij werd in de ene groep gepeild naar de samenwerking met de huisarts wegens het verband tussen parodontitis en het risico op diabetes type II. In de andere groep werd gevraagd naar de samenwerking met de parodontoloog, wegens het verband tussen parodontitis en het vroegtijdig verlies van tanden.

De deelnemende **tandartsen** vonden over het algemeen dat het niet hun taak was om zelf naar de huisarts of parodontoloog te bellen om een afspraak te maken voor de patiënt. Dit

resulteerde in een gemiddelde score op 5 van 1.11 (SD = 1.33). 67.2% van alle tandartsen gaf een score van 0 of 1 op deze stelling.

Wanneer de 2 verschillende versies van de casus met elkaar werden vergeleken, werd er op vier stellingen op een significant verschillende manier gereageerd. Ook al was de score voor beide hoog, toch werd er een beter contact tussen de tandarts en de parodontoloog aangegeven dan tussen de tandarts en de huisarts (3.06 vs 4.24, $p < 0.0001$). De tandartsen verwachtten ook meer van de parodontoloog dat hij hen op de hoogte bracht van zijn bevinden na de verwijzing dan dat dit van de huisarts verwacht werd (3.1 vs 4.69, $p < 0.0001$). Tandartsen stelden bijna altijd een verwijsbrief op voor de parodontoloog (98%), maar significant minder voor de huisarts (69%; $p < 0.0001$)). Ze beschouwden het ook meer als hun taak om de patiënt te herinneren aan een regelmatige opvolging bij de parodontoloog, dan bij de huisarts (2.51 vs 3.75, $p < 0.0001$).
Tandartsen denken ten slotte dat de patiënt meer schrik heeft van de parodontoloog dan van de huisarts (2.52 vs 3.2, $p = 0.013$).

Wanneer de groep huisartsen B met de groep tandartsen A met elkaar werden vergeleken, kon het verschil onderzocht worden tussen de perceptie op de samenwerking van de huisartsen naar de tandartsen toe, vergeleken met deze van de tandartsen naar de huisartsen. Enkel de stelling ‘ik beschouw het als mijn taak om zelf naar de tandarts/huisarts te bellen om een afspraak te maken’ was hierbij significant verschillend.

Groep	Gem. score op 5	SD	p-waarde	Mean diff.	95% CI
Ik heb een goed contact met de oogarts/ tandarts in de buurt van mijn praktijk.					
Huisarts A**	1.81 (oogarts)	1.55	0.265	-0.592	[-1.653- 0.468]
Huisarts B	2.40 (tandarts)	1.90			
Ik denk dat de patiënt schrik heeft van de oogarts/ tandarts					
Huisarts A **	2.23 (oogarts)	1.37	**0.042**	-0.769	[-1.51- -0.03]
Huisarts B	3.00 (tandarts)	1.12			
Ik beschouw het als mijn taak om zelf naar de oogarts/ tandarts te bellen om een afspraak te maken voor deze patiënt.					
Huisarts A**	2.35 (oogarts)	1.13	0.505	0.296	[-0.60- 1.19]
Huisarts B***	2.05 (tandarts)	1.61			

Ik verwacht dat de oogarts/ tandarts mij na de controle op de hoogte brengt van zijn bevindingen.					
Huisarts A	4.85 (oogarts)	0.37	**< 0.0001**	2.246	[1.60- 2.89]
Huisarts B	2.60 (tandarts)	1.35			
Ik beschouw het als mijn taak om de patiënt vanaf nu te herinneren aan een regelmatige opvolging bij de oogarts/ tandarts.					
Huisarts A	4.23 (oogarts)	0.91	**0.010**	0.981	[0.18- 1.78]
Huisarts B	3.25 (tandarts)	1.55			
Groep	Gem. score op 5	SD	p-waarde	Mean diff.	95% CI
Ik heb een goed contact met de parodontoloog/ huisarts in de buurt van mijn praktijk.					
Tandarts A	3.06 (huisarts)	1.57	**< 0.0001**	-1.179	[-1.67- -0.69]
Tandarts B**	4.24 (parodontoloog)	1.18			
Ik denk dat de patiënt schrik heeft van de huisarts/ parodontoloog.					
Tandarts A	2.52 (huisarts)	1.28	**0.013**	-0.675	[1.20- -0.15]
Tandarts B **	3.2 (parodontoloog)	1.56			
Ik beschouw het als mijn taak om zelf naar de huisarts/ parodontoloog te bellen om een afspraak te maken voor deze patiënt.					
Tandarts A***	0.93 (huisarts)	1.09	0.087	-0.443	[-0.95- 0.07]
Tandarts B**	1.37 (parodontoloog)	1.57			
Ik verwacht dat de huisarts/ parodontoloog mij na de controle op de hoogte brengt van zijn bevindingen.					
Tandarts A	3.1 (huisarts)	1.66	**< 0.0001**	-1.588	[-2.07- -1.11]
Tandarts B	4.69 (parodontoloog)	1.03			
Ik beschouw het als mijn taak om de patiënt vanaf nu te herinneren aan een regelmatige opvolging bij de huisarts/ parodontoloog.					
Tandarts A	2.51 (huisarts)	1.64	**< 0.0001**	-1.238	[1.78- -0.69]
Tandarts B	3.75 (parodontoloog)	1.40			

Tabel 6: antwoorden van huisartsen en tandartsen per stelling, waarbij een score werd gegeven van 0 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord). Bij de groep huisartsen werd bij één groep (A) een casus gegeven waarbij samengewerkt diende te worden met de oogarts en bij de andere groep (B) met de tandarts. Bij de groep tandartsen diende in de éne groep (A) samengewerkt te worden met de huisarts en bij de andere groep (B) met de parodontoloog.

(**) significant verschil tussen groep A huisartsen en groep B tandartsen

(***) significant verschil tussen groep B huisartsen en groep A tandartsen

Casus 6

HUISARTS:
U komt na uw middagpauze in uw praktijk. Uw onthaalmedewerker laat u weten dat ***dermatoloog X/ tandarts X*** *u opbelde over een van uw patiënten, een vrouw uit Kameroen die Engelstalig is.* ***De dermatoloog/ de tandarts*** *heeft binnen enkele dagen een kleine chirurgische ingreep ingepland, en meende te hebben begrepen dat de patiënt Xarelto neemt als anticoagulans, maar door de taalbarrière was ze dit niet helemaal zeker. Bovendien vraagt ze zich af of deze medicatie verder door dient genomen te worden, of een alternatief noodzakelijk is.*

TANDARTS:
Groep 1:
U komt na uw middagpauze in uw praktijk. Uw onthaalmedewerker laat u weten dat ***huisarts X*** *u opbelde over een van uw patiënten, een vrouw uit Kameroen die Engelstalig is. De huisarts had vernomen dat u binnen enkele dagen een kleine chirurgische ingreep ingepland had, maar door de taalbarrière was ze dit niet helemaal zeker. Bovendien neemt de patiënte Xarelto en vraagt de huisarts zich af of deze medicatie verder door mag genomen te worden tijdens uw ingreep, of een alternatief noodzakelijk is.*

Groep 2:
U komt na uw middagpauze in uw praktijk. Uw onthaalmedewerker laat u weten dat ***collega-tandarts X*** *u opbelde over een van uw patiënten, een vrouw uit Kameroen die Engelstalig is. Deze patiënte verblijft voor een maand op vakantie aan de andere kant van Vlaanderen en in deze periode moet bij haar een tand verwijderd worden door een verticale breuk. De collega had vernomen dat u recent zelf ook een andere extractie had uitgevoerd, maar door de taalbarrière was de collega dit niet helemaal zeker. Bovendien neemt de patiënte Xarelto en vraagt de collega zich af of de patiënte deze medicatie verder had doorgenomen tijdens uw eerdere ingreep, of een alternatief was voorzien.*

Casus 6 ging bij de groep **huisartsen** over een casus waarbij door een collega gevraagd werd naar extra informatie over een patiënt. Bij de ene groep werd deze informatie door een dermatoloog opgevraagd, in de andere groep belde een tandarts.

Wanneer de 2 verschillende versies van de casus met elkaar werden vergeleken, werden er geen significante verschillen opgemerkt tussen beide groepen. De deelnemende huisartsen zouden, zoals weergegeven in tabel 7, over het algemeen in beide gevallen prioritair terugbellen naar zowel de dermatoloog als de tandarts. Deze stelling resulteerde in een score van respectievelijk 4.08 en 4.35 op 5. Het werd ook sterk geapprecieerd door huisartsen wanneer de dermatoloog of tandarts hen contacteerde wanneer zij twijfels hadden bij een van hun patiënten. Het contacteren van de dermatoloog of tandarts werd dan ook niet als vervelend beschouwd.

Casus 6 ging bij de groep **tandartsen** eveneens over een casus waarbij door een collega informatie werd opgevraagd over een patiënt. Bij de ene groep werd deze informatie door de huisarts opgevraagd, in de andere groep belde een collega-tandarts.

Wanneer de 2 verschillende versies van de casus met elkaar werden vergeleken, werden er geen significante verschillen opgemerkt tussen beide groepen. De deelnemende tandartsen zouden over het algemeen in beide gevallen prioritair terugbellen naar zowel de huisarts als de collega-tandarts. Deze stelling resulteerde in een score van respectievelijk 4.54 en 4.45 op 5 (SD = 0.81). Het werd ook sterk geapprecieerd door tandartsen wanneer de huisarts of collega-tandarts hen contacteerde wanneer zij twijfels hadden bij een van hun patiënten. Het contacteren van de huisarts of collega-tandarts werd dan ook niet als vervelend beschouwd.

Wanneer de groep huisartsen B met de groep tandartsen A met elkaar werden vergeleken, kon het verschil onderzocht worden tussen de perceptie op de samenwerking van de huisartsen naar de tandartsen toe, vergeleken met deze van de tandartsen naar de huisarts. Er werd voor geen enkele stelling een significant verschil vastgesteld.

Groep	Gem. score op 5	SD	p-waarde	Mean diff.	95% CI
Ik bel prioritair terug zodra ik kan.					
Huisarts A	4.08 (dermatoloog)	0.98	0.324	-0.273	[-0.83- 0.28]
Huisarts B	4.35 (tandarts)	0.88			
Ik apprecieer het dat de dermatoloog/ tandarts mij contacteert wanneer hij/zij twijfels heeft bij een van mijn patiënten.					
Huisarts A	4.85 (dermatoloog)	0.46	0.639	-0.054	[-0.28- 0.18]
Huisarts B	4.90 (tandarts)	0.31			
Ik beschouw het contacteren van de dermatoloog/tandarts als een vervelend werk.					
Huisarts A	0.96 (dermatoloog)	1.16	0.619	0.162	[-0.49- 0.81]
Huisarts B	0.8 (tandarts)	1.01			
De dermatoloog/tandarts had dit naar mijn mening eigenlijk zelf kunnen oplossen zonder mijn hulp.					
Huisarts A**	1.42 (dermatoloog)	1.39	0.866	0.073	[-0.80- 0.95]
Huisarts B	1.35 (tandarts)	1.50			
Groep	Gem. score op 5	SD	p-waarde	Mean diff.	95% CI
Ik bel prioritair terug zodra ik kan.					
Tandarts A	4.54 (huisarts)	0.75	0.581	0.084	[-0.22- 0.39]
Tandarts B	4.45 (collega-tandarts)	0.88			
Ik apprecieer het dat de huisarts/collega-tandarts mij contacteert wanneer hij/zij twijfels heeft bij een van mijn patiënten.					
Tandarts A	4.73 (huisarts)	0.51	0.943	0.007	[-0.18- 0.20]
Tandarts B	4.73 (collega-	0.53			

	tandarts)				
Ik beschouw het contacteren van de huisarts/collega-tandarts als een vervelend werk.					
Tandarts A	0.92 (huisarts)	1.23	0.395	0.190	[-0.25- 0.63]
Tandarts B	0.73 (collega-tandarts)	1.20			
De huisarts/collega-tandarts had dit naar mijn mening eigenlijk zelf kunnen oplossen zonder mijn hulp.					
Tandarts A	2.07 (huisarts)	1.74	0.365	-0.263	[-0.84- 0.31]
Tandarts B**	2.33 (collega-tandarts)	1.45			

Tabel 7: antwoorden van huisartsen en tandartsen per stelling, waarbij een score werd gegeven van 0 (helemaal niet akkoord) tot 5 (helemaal akkoord). Bij de groep huisartsen werd bij één groep (A) een casus gegeven waarbij informatie over een patiënt werd opgevraagd door een dermatoloog en bij de andere groep (B) door een tandarts. Bij de groep tandartsen werd bij één groep (A) een casus gegeven waarbij informatie over een patiënt werd opgevraagd door een huisarts en bij de andere groep (B) door een collega-tandarts.
(**) significant verschil tussen groep A huisartsen en groep B tandartsen

4. Discussie

a. Representativiteit van de steekproef

Om de resultaten te kunnen veralgemenen naar de Vlaamse huisartsen en tandartsen werd geprobeerd om een zo breed mogelijke spreiding binnen de verschillende beroepsgroepen te bekomen. De geografische spreiding van de groep huisartsen was echter beperkt. Ongeveer de helft van de deelnemende huisartsen werkte in een praktijk die gevestigd was in de regio Gent. Het werken in een verstedelijkte context kan aanleiding geven tot mogelijks meer contact met sociale minderheidsgroepen en eventueel ook meer affiniteit met deze patiëntenpopulatie. Wegens deze regio-specificiteit kunnen de resultaten binnen de deelnemende huisartsengroep niet zomaar veralgemeend worden naar de volledige groep huisartsen in Vlaanderen. Bij de tandartsen (n=122) was er wel een grote spreiding over de verschillende regio's afgaande op de twee eerste cijfers van de postcode.

Een tweede belangrijk punt in de steekproef was dat het aantal deelnemende tandartsen (n = 122) beduidend groter was dan het aantal huisartsen (n = 49). De kleinere steekproef bij de huisartsen kan een effect gehad hebben op de significantieniveaus van de vergelijkende statistische testen en de generaliseerbaarheid van de conclusies voor de Vlaamse huisartsen. Hierdoor kan het dat vergelijkende statistische testen significant waren binnen de deelnemende tandartsen uit groep A en B, maar niet bij de huisartsen, ondanks een vergelijkbaar verschil in absolute waarden. Dit dient steeds in acht gehouden te worden bij het interpreteren van de resultaten.

Zoals vermeld in de resultaatssectie, was er tussen de groep huisartsen en tandartsen een significant verschil in het gemiddeld aantal jaren patiëntencontact (9.4 vs 23.7 jaar, $p < 0.0001$). Dit betekent dat het vergelijken van huisartsen en tandartsen in deze studie met de nodige voorzichtigheid moet gebeuren. De extra jaren patiëntencontact kunnen zorgen voor meer ervaring, maar kunnen ook gepaard gaan met meer negatieve ervaringen in het werken met minderheidsgroepen en de bijhorende 'confirmation bias'. Bovendien hebben langer afgestudeerde (tand)artsen mogelijks een meer paternalistische visie op gezondheidszorg dan hun jongere collega's. De jongere zorgverleners daarentegen hebben mogelijks nog minder uitgesproken ideeën over wat zij binnen hun werk als storend ervaren. De veranderde opleiding, met meer aandacht voor maatschappelijke factoren in de zorg, kan ook een beïnvloedende factor zijn.

Naast het aantal jaren patiëntencontact was er ook een significant verschil in de setting waarin de tandartsen werkten, vergeleken met de huisartsen. De tandartsen werkten hoofdzakelijk in solo-of duopraktijken, terwijl de huisartsen zich meer in groepspraktijken of multidisciplinaire praktijken vestigden. Mogelijks kan een andere praktijksetting bijdragen tot een verschillende visie op patiëntenzorg, maar ook op de perceptie van barrières (gedeelde lasten versus er alleen voor staan), al vraagt dit bijkomend onderzoek.

b. Barrières bij huisartsen en tandartsen ten opzichte van de patiënt

In deze studie werd op zoek gegaan naar mogelijke barrières die huisartsen en tandartsen naar de patiënt ervaren. Hierbij werd ook nagegaan of huisartsen en tandartsen verschillend reageren op een moeilijk patiëntencontact. Het laattijdig op afspraak komen en extra administratietijd werden zowel door de huisarts als door de tandarts als een belangrijke barrière beschouwd (gemiddelde score > 2.5/5). De extra administratietijd, bevraagd in casus 4, zou zowel volgens de huisarts als de tandarts geen deel mogen uitmaken van hun job.

Achterstallige betalingen en het enkel komen bij urgenties werden enkel door de tandartsen als een belangrijke barrière beschouwd (gemiddelde score > 2.5/5). De reacties verschilden hier significant met die van de huisarts. Aangezien er nog geen eerder wetenschappelijk onderzoek voorhanden is dat de barrières van huisartsen en tandartsen met elkaar vergeleek, kunnen we deze resultaten niet toetsen aan eerder wetenschappelijk onderzoek, maar enkel suggesties aanreiken, die verder onderzocht dienen te worden. Eén van de mogelijke oorzaken voor de sterkere barrière bij tandartsen omtrent achterstallige betalingen, zoals beschreven in casus 2, kan zijn dat de gemiddelde kostprijs per behandeling hoger is bij de tandarts dan bij de huisarts. Bij het invullen van de vragenlijst ging het in de beleving van de huisarts dan ook mogelijks over een lager bedrag dan in het hoofd van de tandarts. Een tweede reden kan zijn dat de huisartsen hier minder een probleem van maken, omdat zij vaak al een groot deel van hun erelonen rechtstreeks met de mutualiteiten afrekenen via de derdebetalersregeling. Bij de tandarts kan dit enkel in bepaalde situaties toegepast worden (verhoogde tegemoetkoming en minderjarigen) en is dit nooit een verplichting en daardoor minder ingeburgerd. Het is bovendien ook mogelijk dat een deel van de deelnemende huisartsen in een forfaitair systeem werkzaam was. Bij tandartsen bestaat een dergelijk systeem niet in België. Een derde

verklaring zou zijn dat de tandarts in het algemeen meer belang hecht aan het financiële aspect van zijn beroep dan de huisarts.

Wat betreft het enkel komen bij urgenties, zoals beschreven in casus 1, kan het verschil tussen de huisarts en de tandarts mogelijks te vinden zijn in het feit dat het enkel komen op urgentie bij de tandarts leidt tot vermijdbare irreversibele schade aan tanden, een langere duur en toegenomen technische complexiteit van de behandeling, alsook een hoger aantal behandelingen die nodig zullen zijn om het probleem bij deze patiënt zelf op te lossen. Bij de huisarts kan de hulp van de tweede lijn sneller ingeschakeld worden.
Tandartsen in Vlaanderen hebben doorgaans een goed gevulde agenda met wachtlijsten. Het is mogelijk dat de patiënt die enkel op urgentie komt, door de tandarts werd beschouwd als de 'schuldige' van zijn eigen bemoeilijkte mondgezondheid. Het is ook mogelijk dat hij een bijkomende belasting op de volle agenda van de tandarts vormt, iets wat de patiënt bovendien zelf had kunnen vermijden door eerder op afspraak te komen.
Een andere mogelijks meespelende factor is dat huisartsen meer gewoon zijn dat patiënten voornamelijk bellen als er reeds een probleem aanwezig is en tandartsen meer preventief controles uitvoeren. Deze preventieve zorg zou natuurlijk ook een belangrijk aspect van het werk van de huisarts moeten zijn, maar is dit in de praktijk vaak niet. Een mogelijke verklaring voor de meer preventieve, regelmatige onderzoeken bij de tandarts, kan de nieuwe maatregelen betreffende de terugbetaling van behandelingen bij de tandarts zijn. Indien er geen jaarlijks preventief onderzoek bij de tandarts plaatsvindt, worden curatieve behandelingen minder terugbetaald. Tot in 2019 was de tandarts ook de enige zorgverlener in het domein van de mondgezondheid, waardoor zowel preventie als curatie integraal tot de taken van de tandarts behoorden. Recent zijn hier ook mondhygiënisten bijgekomen.
De lagere leeftijd bij de groep huisartsen kan hier ook een bepalende factor zijn. De deelnemende huisartsen hebben in hun carrière mogelijks minder negatieve ervaringen op vlak van agendabeheer en werkbelasting dan de oudere tandartsen, waardoor dit in deze fase van hun loopbaan als minder belastend wordt aanzien.

Naast het feit dat bij de tandartsen méér barrières werden geïdentificeerd dan bij de huisartsen, tonen de resultaten ook dat de tandartsen sterker reageerden op deze barrières. Dit kwam in hoofdzaak tot uiting in de stelling 'Mocht dit mogelijk zijn, was ik de patiënt liever kwijt dan rijk'. Met deze stelling werd bij 3 van de 4 casussen significant vaker ingestemd door de tandarts dan door de huisarts. Opnieuw bestaat geen eerder onderzoek om deze

bevindingen aan te staven, maar er zijn opnieuw enkele zaken die hierin mogelijks kunnen meespelen. Een eerste mogelijke verklaring ligt in het aantal tandartsen: 7.59-9.55 per 10 000 inwoners. Dit aantal is lager dan bij huisartsen:12.88-14.39 per 10 000 inwoners (Tandartsen en huisartsen op de arbeidsmarkt 2004-2016). Tandartsen hebben hierdoor wellicht meer vrijheid om een eigen patiëntenbestand uit te bouwen. Bovendien is het risico op ernstige medische complicaties groter bij het niet vinden van een huisarts, dan bij het niet vinden van een tandarts. Deze mogelijke complicaties en de bijhorende context van aansprakelijkheid en professional neglect, kunnen ertoe bijdragen dat huisartsen zich mogelijks moeilijker konden distantiëren van een moeilijke patiënt, zelfs niet hypothetisch, al dient dit eerst verder wetenschappelijk onderzocht te worden. Een belangrijke nuance hierbij is wel dat ondanks het feit dat de tandartsen patiënten soms liever kwijt dan rijk waren, ze hen niet automatisch zouden wegsturen. De stelling peilde immers naar een attitude en niet naar een daadwerkelijke actie. Zoals beschreven in casus 1, zouden 87% van de tandartsen de patiënt de dag zelf nog laten komen, indien er nog plaats vrij was in hun agenda. Mogelijks werd deze vraag beïnvloed door de sociaal wenselijkheid ervan, aangezien 31% van de tandartsen een score van 4 of 5 gaf op de stelling of ze deze patiënt liever kwijt dan rijk waren.

Er werd ook onderzocht of de reactie van huisartsen en tandartsen afhankelijk was van de socio-economische context van hun patiënten door huisartsen en tandartsen beiden op te splitsen in twee groepen, verdeeld op basis van hun geboortemaand. De invloed van een lagere socio-econimische status werd onderzocht door de ene groep behandelaars een patiënt voor te leggen die accountmanager was bij een internationaal bedrijf en de andere groep een werkloze dame behandelde (casus 1). De invloed van een lage health literacy werd onderzocht aan de hand van een casus waarbij de ene groep behandelaars een patiënt kregen die de voorgestelde richtlijnen van nazorg correct had uitgevoerd en de andere groep deze richtlijnen niet correct had uitgevoerd (casus 2). De invloed van het verschil in etniciteit werd geanalyseerd aan de hand van een casus waarbij de ene groep behandelaars de familie Peters op bezoek kreeg en de andere groep de familie Ngulawa (Belgen, maar van Ghanese afkomst) (casus 3). Tot slot werd ook gekeken of een asielzoeker in procedure op een andere manier werd behandeld dan een werknemer voor dezelfde extra administratietijd (casus 4).

Sociaaleconomische status

Betreffende de factor ‘sociaaleconomische status’, bevraagd in casus 1, werd door de tandartsen op een significant verschillende manier gereageerd op de vraag of ze de patiënt

liever kwijt dan rijk waren, ook al verschilde de casus enkel in één woord, namelijk het beroep van de patiënte. De groep bij wie de patiënt werkloos was, had meer de neiging om hiermee akkoord te gaan (2.94 vs 2.41, p <0.05). Dit verschil was enkel significant bij de tandarts, maar belangrijk hierbij was wel dat het gemiddeld verschil tussen groep A en B in absolute waarde even groot was bij huisartsen en tandartsen, namelijk 0.504 en 0.533 respectievelijk. Bij een grotere steekproef was dit verschil mogelijks ook bij de huisartsen significant verschillend. De tandartsen reageerden wel in het algemeen significant minder positief op deze stelling dan de huisartsen (2.63 vs 0.87, p <0.0001). In de literatuur werd door Pegon-Machat (2009) de groep patiënten met een lage SES door tandartsen ingedeeld in twee categorieën, namelijk de 'goede' en de 'slechte' patiënten. De 'slechte patiënten' waren deze die zeer onregelmatig op afspraak kwamen. Hieruit bleek dat beide barrières elkaar versterkten. Zich niet houden aan de gegeven afspraak zorgde voor een minder goede arts-patiëntrelatie, het zorgde ook voor financieel verlies en het gaf tandartsen een gevoel van ontmoediging (Pegon-Machat E 2009).

Health literacy

Bij casus 2, waarbij een verschil in health literacy aanwezig was, werd opnieuw bij de stelling 'mocht dit mogelijk zijn, ben ik deze patiënt liever kwijt dan rijk' op een significant verschil manier gereageerd bij de groep tandartsen (3.22 vs 2.56, p = 0.01). Alle andere stellingen leverden geen significante verschillen op.

De patiënt die de instructies niet volgde, was minder geliefd. In deze casus werd bewust geen reden aangegeven voor het niet goed opvolgen van de instructies. De kans is reëel dat dit vanuit het oogpunt van de deelnemende zorgverlener gelijkgesteld werd aan 'niet luisteren', terwijl het evengoed had gekund dat de zorgverlener het onvoldoende had uitgelegd opdat de patiënt het kon begrijpen. Patiënten met een lagere health literacy lopen op die manier een groter risico om negatief gepercipieerd te worden door de zorgverlener. Verder onderzoek is hier echter noodzakelijk. Wanneer werd gepeild naar het al dan niet storend vinden van de achterstallige betaling, werd in absolute cijfers een groter verschil vastgesteld bij de huisartsen (0.79 = 2.75-1.96) dan bij de tandartsen (0.39 =3.84 - 3.45). Dit verschil was echter net niet significant (p = 0.072).

Etniciteit

Wanneer etniciteit werd ingevoerd als mogelijke bemoeilijkende factor, werd enkel een significant verschil vastgesteld in de mate waarop huisartsen de Afrikaanse vader zouden

aanspreken en de mate waarop huisartsen de Belgische vader zouden aanspreken. De Afrikaanse vader werd in sterkere mate aangesproken (3.54 vs 4.15, p = 0.006). Verder werd geen enkel significant verschil gevonden. Dit betekent dat in deze casus het te laat komen de belangrijkste barrière was voor zorgverleners. Wel is het interessant om aan te geven dat bij de open vraag die peilde naar de twee voornaamste redenen waarom de patiënt wellicht te laat was, de Afrikaanse origine van de patiënt in groep B werd aangehaald door 52% (n = 25) van de tandartsen uit groep B en 68% (n = 13) van de huisartsen uit groep B.

Asielzoeker

De factor "asielzoeker in procedure" versus een "werknemer" in een casus waarbij extra administratietijd benodigd was (casus 4), zorgde voor sterk verschillende reacties bij huisartsen en tandartsen, hoewel extra administratietijd bij beide als een barrière werd aanschouwd. De stelling 'deze administratie zou geen deel mogen uitmaken van mijn job' werd zeer hoog gescoord door de huisartsen (4.05/5.00). Toch werd, op niveau van de patiënt, de man met een ongevallenverzekering duidelijk negatiever gepercipieerd dan de asielzoeker. Wanneer gevraagd werd of de patiënt in deze casus 'misbruik van het systeem' maakte, scoorde de huisarts op deze stelling gemiddeld 3.00/5.00 tegenover 0.90/5.00 voor de asielzoeker. Bij tandartsen lag deze score voor de werknemer significant lager dan bij de huisarts. Zowel de papieren die door Fedasil werden gevraagd als de verzekeringspapieren werden door de tandarts niet als 'misbruik maken van het systeem' gezien. Tandartsen scoorden deze stelling respectievelijk 1.00/5.00 en 0.97/5.00. Een mogelijke verklaring voor deze lage score is dat tandartsen op vlak van verzekeringsattesten hoofdzakelijk te maken krijgen met verzekeringspapieren bij trauma's. De vermelding 'licht trauma' kon bij de huisarts mogelijks een meer negatief gevoel opgeroepen hebben, omdat zij in hun praktijkvoering vaker dan de tandarts te maken krijgen met patiënten die hen op vlak van voorschrijfgedrag (medicatie en afwezigheidsattesten) proberen te beïnvloeden. Mogelijks omwille van die reden was er bij de huisarts ook een significant verschil voor de stelling 'mocht het mogelijk zijn, ben ik deze patiënt liever kwijt dan rijk', ten nadele van de werknemer.

In tegenstelling tot de huisartsen, wilden de tandartsen de patiënt met de ongevallenverzekering nadrukkelijker behouden als patiënt dan de asielzoeker. Een mogelijke verklaring hiervoor kan liggen in het feit dat de papieren van de arbeidsverzekering in principe een aanvullende administratie is die de volgende behandelingen normaal niet meer

gevraagd zal worden. Bij de asielzoeker is dit een meer structurele procedure. Een tweede mogelijke verklaring is dat bij het lezen van de term 'asielzoeker' door de tandarts onbewust aan andere bijkomende barrières werd gedacht, zoals mindere betaling, een slechtere mondgezondheid, de mogelijke taalbarrière, ... De taalbarrière werd in deze situational judgement test wellicht nog te weinig belicht. In de literatuur wordt deze nochtans zeker als barrière aangegeven (K. E. Noack EM 2020).
De verschillen tussen huisartsen en tandartsen zijn in deze casus dus mogelijks bepaald door bijkomende mentale associaties die gemaakt werden bij het lezen van de casus, die verschilden bij huisartsen en tandartsen, al kon dit in dit onderzoek niet aangetoond worden, noch over welke associaties het zou gaan.

Over deze vier casussen heen, blijkt dat huisartsen en tandartsen niet noodzakelijk hetzelfde reageren in dezelfde moeilijke situaties tijdens een consultatie, wanneer deze situatie optreedt bij verschillende patiënten. Hiervoor is verder onderzoek zeker aangewezen. Ook al kan deze studie de vinger niet leggen op de exacte mechanismen die geleid hebben tot deze verschillende reacties, toch is het begrip **confirmation bias** naar alle waarschijnlijkheid belangrijk in deze context. In het Nederlands wordt dit begrip ook wel 'voorkeur voor bevestiging' genoemd. Dit verwijst naar de neiging van mensen om meer aandacht en waarde te hechten aan informatie die de eigen ideeën of hypotheses bevestigt. Anderzijds betekent het dus ook dat informatie die de eigen ideeën tegenspreekt, minder makkelijk wordt aangenomen (Glick, 2017; Winking, 2018). Ondanks het feit dat de eerste casus slechts verschilde in één woord, namelijk het beroepsprofiel van de patiënt, is het mogelijk dat de zorgverleners (in dit geval de tandartsen) het enkel op urgentie komen niet automatisch associëren met een manager, en daarom in deze concrete casus onbewust er van uitgaan dat het slechts om een eenmalig feit zal gaan. In de tweede casus is het wellicht ook minder 'logisch' dat iemand die correct handelt in haar nazorg, niet correct zou handelen in haar betalingen, vergeleken met een patiënt die de nazorginstructies niet opvolgde.

Concreet betekent dit dat werklozen of mensen met lagere gezondheidsvaardigheden blijkbaar minder krediet genieten wanneer zij in een bepaalde situatie verzeild geraken. Aangezien confirmation bias een onbewust proces is, berust dit niet noodzakelijk op slechte wil bij de zorgverleners. Toch dienen zowel overheden, onderwijsinstellingen en beroepsorganisaties zich steeds bewust te zijn van de aanwezigheid van deze voorkeur voor bevestiging, zodat iedere individuele patiënt dezelfde behandeling verkrijgt.

c. Barrières bij de samenwerking tussen huisartsen en tandartsen/ eerste en tweede lijn

Uit casus 5 blijkt dat de deelnemende huisartsen over het algemeen een minder goed contact hadden met de oogarts en de tandarts in de buurt van hun praktijk. Het minder goed contact tussen de huisarts en de tandarts werd ook in de internationale literatuur beschreven.

Volgens eerder onderzoek van Barnett T et al. (2017), Sippli K et al. (2017) en Heuttig F et al (2016) is het contact tussen huisartsen en tandartsen beperkt. De belangrijkste redenen die in deze studies werden aangehaald, zijn een gepercipieerde afstand onderling en het gebrek aan kennis aan beide zijden over elkaars vakgebied (Sippli K et al, 2017).

Uit deze situational judgement test bleek dat de samenwerking tussen de huisarts en de oogarts gestructureerder verliep dan de samenwerking met de tandarts: huisartsen stelden altijd (100%) een verwijsbrief op voor de oogarts en in 80% van de verwijzingen naar de tandarts ($p < 0.030$). Mogelijks is hier ook sprake van een sociaal wenselijk antwoord, waarbij in de realiteit minder vaak een verwijsbrief wordt geschreven. De huisartsen verwachtten ook significant vaker van de oogarts dat hij hen op de hoogte zou brengen van zijn bevindingen na de controle dan dat dit van de tandarts verwacht werd (4.85 vs 2.60, $p < 0.0001$). Huisartsen beschouwden het ook meer als hun taak om de patiënt te herinneren aan een regelmatige opvolging bij de oogarts, dan bij de tandarts (4.23 vs 3.25, $p = 0.010$).

Bij de tandartsen werden deze bevindingen betreffende het verschil in samenwerkingen tussen de eerste lijn en de tweede lijn ook gevonden. Zowel huisartsen als tandartsen hadden dus een beter contact met de tweede lijn in vergelijking met hun onderling contact binnen de eerstelijnszorg. Dit blijkt echter niet enkel tussen huisartsen en tandartsen zo te zijn. Mobhammer D. et al. (2015) zagen ook een duidelijke afstand tussen bedrijfsartsen en huisartsen (beiden eerstelijn).

Opvallend was dat er geen significant verschil werd gevonden tussen de perceptie van de tandarts op de huisarts en de perceptie van de huisarts op de tandarts. Dit sluit aan bij een recente studie uit Duitsland over de ervaringen en verwachtingen omtrent interprofessionele samenwerking tussen huisartsen en tandartsen (Sippli K et al., 2017). Deze werd beschreven als ‘2 parallelle werelden’. Beiden hebben verwachtingen van elkaar, maar vinden elk dat ze voor een verschillend aspect van de gezondheidszorg verantwoordelijk zijn. De meest

voorkomende verwachtingen van de huisarts naar de tandarts waren een goede kennis over de meest gebruikte medicatie, het huidig medicatieschema van de patiënt controleren voor een behandeling te starten en competent zijn in de uitgevoerde tandheelkundige behandelingen. De tandartsen verwachtten dan weer van de huisarts dat die zijn kennis over de gezondheidstoestand en medicatie van de patiënt ook deelde met hen. Ook een basiskennis betreffende mondpathologie is voor hen van belang, alsook het uitvoeren van een routinematig mondonderzoek. Deze beperkte verwachtingen werden, vanuit hun beide oogpunten, door de andere zorgverlener niet volledig vervuld. Opvallend hierbij was dat zowel bij huisartsen als tandartsen het idee over zichzelf beter was dan de waargenomen perceptie van de 'tegenpartij'.

In het kader van de ontwikkeling van brede eerstelijnszones in Vlaanderen, is het belangrijk te beseffen dat een samenwerking tussen de huisarts en de tandarts in de praktijk moeilijkheden meebrengt, door het werken in verschillende settings. Toch bleek uit casus 6 in dit onderzoek dat zowel de huisarts als de tandarts zeker bereid waren informatie onderling uit te wisselen. Ze apprecieerden het als ze elkaar belden indien er twijfels betreffende een behandeling aanwezig was, er werd zelf ook prioritair teruggebeld en deze opdracht werd niet als vervelend beschouwd. Wel is het belangrijk om te benadrukken dat hier mogelijks sprake is van sociaal wenselijke antwoorden, of dat deze attitude zich niet automatisch vertaalt in de dagelijkse praktijk, waar tijdsgebrek en andere barrières een goede samenwerking kunnen compromitteren.

5. Conclusie

In dit onderzoek werd gezocht naar een antwoord op de volgende onderzoeksvragen:
- Zijn de reacties van tandartsen en huisartsen in Vlaanderen verschillend bij een bemoeilijkt patiëntencontact?
- Is de reactie van Vlaamse tandartsen op een moeilijk patiëntencontact afhankelijk van de socio-economische context van de patiënt?
- Is de reactie van Vlaamse huisartsen op een moeilijk patiëntencontact afhankelijk van de socio-economische context van de patiënt?
- Zijn de reacties van Vlaamse tandartsen verschillend wanneer zij moeten samenwerken met tandartsen onderling, huisartsen of specialisten in de tweede lijn?
- Zijn de reacties van Vlaamse huisartsen verschillend wanneer zij moeten samenwerken met tandartsen of specialisten in de tweede lijn?

Het **laattijdig op afspraak komen** en **extra administratietijd** werden zowel door de huisarts als door de tandarts als een belangrijke barrière beschouwd. **Achterstallige betalingen** en het **enkel komen bij urgenties** werden enkel door de tandartsen als een belangrijke barrière beschouwd.

De tandartsen reageerden verschillend wanneer één van deze problemen tijdens een consult voorkwam bij twee verschillende types patiënten. Zo bleek er een verschil te zitten in de antwoorden op de vraag of de tandartsen de patiënt liever kwijt dan rijk waren voor een werkloze vs een manager die enkel bij urgentie kwam, alsook bij betalingsachterstand bij iemand die instructies goed opvolgde vs. iemand die dit niet gedaan had. Verder onderzoek naar wat de impact hiervan is op het hulpverlener-patiënt contact, is aangewezen. Bij de huisartsen werden hierin geen statistisch significante verschillen gevonden, al was de steekproef wel kleiner dan die van de tandartsen.

Voor etniciteit werd er enkel een significant verschil gevonden in de mate waarop huisartsen de Afrikaanse vader zouden aanspreken en de mate waarop ze de Belgische vader zouden aanspreken. Voor laattijdig op afspraak komen werden er geen significante verschillen gevonden tussen de deelnemende huisartsen en tandartsen. Tot slot zorgde de variatie “asielzoeker in procedure” versus een “werknemer” in een casus waarbij extra administratietijd benodigd was, voor sterk verschillende reacties bij huisartsen en tandartsen,

hoewel extra administratietijd bij beide als een barrière werd aanschouwd. De tandarts reageerde minder positief naar de asielzoeker toe, terwijl dit voor de deelnemende huisartsen omgekeerd was.

Wat betreft de onderlinge samenwerking tussen huisartsen en tandartsen, bleek dat zowel huisartsen als tandartsen een beter contact hadden met specialisten uit de tweede lijn in vergelijking met hun onderling contact binnen de eerstelijnszorg. Opvallend was dat er geen significant verschil werd gevonden tussen de perceptie van de tandarts op de huisarts en de perceptie van de huisarts op de tandarts.

Samenvattend kan gesteld worden dat bepaalde negatieve situaties tijdens een patiëntencontact niet leiden tot dezelfde reacties. Bepaalde patiënten blijken hierbij minder krediet te hebben bij zorgverleners. Er dient verder gezocht te worden naar de mechanismen die dit verschil veroorzaken en in stand houden. Tevens is het belangrijk om te beseffen dat huisartsen en tandartsen niet altijd dezelfde barrières ondervinden, of in dezelfde mate, in hun contact met patiënten.

6. Bibliografie

Arhelam Arheiam, Ibtisam Masoud and Eduardo Bernabé. 2014. "Perceived barriers to preventive dental care among Libyan dentists." *Libyan Journal of Medicine*.

Bajekal M., Alves B., Jarman B. en Hurwitz B. 2001. "Rationale for the new GP deprivation payment scheme in England: effects of moving from electoral ward to enumeration district underprivileged area scores. ." *British Journal of General Practice* (51): 451-455.

Bedos Christophe, Loignon Christine, Landry Anne, Lucie Richard and Paul J Allison. 2014. "Providing care to people on social assistance: how dentists in Montreal, Canada, respond to organizational, biomedical, and financial challenges." *BMC Health Services Research*.

Chandy S, Joseph K, Sankaranarayanan A, Issac A, Babu G, Wilson B. 2017. "Evaluation of C-Reactive Protein and Fibrinogen in Patient with Chronic and Aggressive Periodontitis: a clinico-biochemical Study."

Cheung, Jennifer L. Wiler, Adit A. Ginde. 2011. "Changes in Barriers to Primary Care and Emergency Department Utilization." *JAMA Internal Medicine*.

Christof Dörfer, Christoph Benz, Jun Aida, Guillaume Campard. 2017. "The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review." *International dental Journal* .

Christophe Bedos, Christine Loignon, Anne Landry, Lucie Richard and Paul J Allison. 2014. "Providing care to people on social assistance: how dentists in Montreal, Canada, respond to organizational, biomedical, and financial challenges." *BMC Health Services Research*.

Christophe Bedos, Christine Loignon, Anne Landry, Paul J Allison and Lucie Richard. 2013. "How health professionals perceive and experience treating people on social assistance: a qualitative study among dentist in Montreal, Canada ." *BMC Health Services Research*.

Comes S., Wens J., Samyn E. 2014. "Masterproef van mond tot mond."

Corstjens J., Lievens F and Krumm S. 2017. "Situational Judgement Tests for Selection." In *The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Recruitment, Selection, and Employee Retention*, by E. D. Pulakos, J. Passmore and C. Semedo H.W. Goldstein, 226-246. Hoboken NJ: Wiley-Blackwell.

Danielle F., Ingrid A., Carey C. and Elizabeth A. 2015. "Primary Care Physician Insights Into a Typology of the Complex Patient in Primary Care." *Annals of Family Medicine*.

How language barriers influence provider workload for home health care professionals: A secondary analysis of interview. 2019. "Squires A, Miner S, Liang E, Lor M, Ma C, Witkoski Stimpfel A ." *International Journal of Nursing studies*.

"Dataregistratie- en evaluatie mondgezondheid Belgische bevolking 2012-2014". Eindrapport, België.

Davy C, Harfield S, McArthur A, Munn Z and Brown A. 2016. "Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis." *International Journal for Equity in Health*.

de Vries A, Brands WG, Brand HB. 2018. "The image of general practitioners compared to that of dentists in the Netherlands." *Nederlands tijdshrift voor tandheelkunde*.

Federale Overheid,. 2016. *Federale Overheidsdienst. Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu*. https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorgberoepen/artsen-tandartsen-en-apothekers.

Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. 2019. *Algemeen tandartsen op de arbeidsmarkt 2004-2016*. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/1_001_nl_algemene_tandheelkunde_-_gevalideerd.pdf.

Huisartsen op de arbeidsmarkt 2004-2016. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/01_127_nl_huisartsgeneeskunde.pdf.

Felix Holzinger, Lisanna Dahlendorf, Christoph Heintze. 2016. "'Parallel Universes'? The Interface Between GPs and Dentists in Primary Care: A Qualitative Study." Family Practice.

Gard Marshall E, Nadeau S, Lawson B, Gibson RJ, Ogah I. 2018. "Does socio-economic status or having a chronic condition affect whether family physicians accept a new patient? A Nova Scotia population study." *Canadian journal of public health*.

Ghent deprivation atlas. 2002.

Gosselink. 2014. "Reputatieverbetering vergt een structurele aanpak." *Nederlands Tandartsenblad*.

Huetig F, Said FM, Sippli K, Preiser C, Rieger MA. 2018. "A What do general practioners and dentists report about their cooperation? A qualitative exploration." *Gesundheitswesen*.

Ionel A, Lucaclu O, Bondor C, Moga M, Ilea A. 2016. "Assessment of the relationship between periodontal disease and cardiovascular disorders: a questionnaire-based study."

JM., Chi DL. Scott. 2019. "Added sugar and dental caries in children: a scientific update and future steps."

Julkunen A, Heikkinen AM, Söder B. 2017. "Autoimmune Diseases and Oral Health: 30-Year Follow-Up of a Swedish Cohort." *Dental Journal Basel*.

Kachi., Machiko Inoue and Yuko. 2017. "Should co-payments for financially deprived patients be lowered? Primary care physicians' perspectives using a mixed-methods approach in a survey study in Tokyo." *International Journal for Equity in Health*.

Kuwabara M, Motoki Y, Ichiura K, Fujii M, Inomata C. 2016. "Association between toothbrushing and risk factors for cardiovascular disaese: a large-scale, cross-sectional Japanese study."

Lambert, M. 2018. "Dealing with oral health inequalities in Flanders, Belgium." *Faculty of Medicine and Health Sciences*.

Lievens F., Peeters H. and Schollaert E. 2008. "Situational Judgement tests: A review of recent research." *Journal of Applied Psychology*.

Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabe E, Flaxman A. 2013. "Global burden of oral conditions in 1990-2010: a systematic analysis." *J Dent Res*.

Mesa F, Magan-Fernandez A, Castellino G, Chianetta R. 2019. "Periodontitis and mechanisms of cardiometabolic risk: novel insights and future perspectives."

Rijksinstituut voor volksgezondheid en. 2020. *Volksgezondheidenzorg.info*. https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/sociaaleconomische-status/cijfers-context/opleiding#definitie--node-wat-sociaaleconomische-status.

Nazir, MA. 2017. "Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention." *Internation Journal of Health Science (Qassim)*.

Newton JT1, Thorogood N, Bhavnani V, Pitt J, Gibbons DE, Gelbier S. 2001. "Barriers to the use of dental services by individuals from minority ethnic communities living in the United Kingdom: findings from focus groups." *Primary Dental Care: Journal of the Faculty of General Dental Practioners (UK)*.

Noack EM, Kleinert E, Müller F. 2020. "Overcoming language barriers in paramedic care: a study protocol of the interventional trial 'DICTUM rescue' evaluating an app designed to improve communication between paramedics and foreign-language patients." *BMC Health Services research*.

Noack EM, Kleinert E, Müller F. 2020. "Overcoming language barriers in paramedic care: a study protocol of the interventional trial 'DICTUM rescue' evaluating an app designed to improve communication between paramedics and foreign-language patients." *BMC Health Services Research*.

Pegon-Machat E, Tubert-Jeannin S, Loignon C, Landry A, Bedos C. 2009. "Dentists' experience with low-income patiënts benefiting from a public insurance program." *European Journal of Oral Science*.

Petersen, PE. 2014. "Strenghtening of oral health systems: oral health through primary health care." *Med Princ Pract*.

Riggs E, Gussy M, Gibbs L, van Gemert C, Waters E, Priest N, Watt R. 2014. "Assessing the cultural competence of oral health research conducted with migrant children." *Community Dentistry and Oral Epidemiology*.

RM, Miech RA and Hausser. 2001. "Socioeconomic status and health at midlife. A comparison of educational attainment with occupation-based indicators." *Annual Epidemiology*.

Rouxel PI, Heilmann A, Aida J, Tsakos G, Watt RG. 2015. "Social capital: theory, evidence and implications for oral health." *Community Dent Oral Epidemiology*.

Shavers. 2007. "Measurement of socioeconomic status in health disparities research." *Journal of the National Medical Association*.

Sheiham A, Watt RG. 2000. "The common risk-factor approach: A rational means of promoting oral health." *Community Dental and Oral Epidemiologie*.

Singh A, Rouxel P, Watt RG, Tsakos G. 2013. "Social inequalities in clustering of oral health related behaviors in a national sample of British adults." *Prev Med* .

Sippli Khira, Monika A, Rieger and Fabian Huettig. 2017. "GPs' and dentists' experiences and expectations of interprofessional collaboration: findings from a qualitative study in Germany." *BMC Health Services Research*.

Squires A, Miner S, Liang E, Lor M, Ma C, Witkoski Stimpfel A. 2019. "How language barriers influence provider workload for home health care professionals: A secondary analysis of interview data." *International Journal of Nursing Studies*.

TL, Meuller CW and Parcel. 1981. "Measures of socioeconomic status: Alternatives and recommendations." *Child Development*.

Tony Barnett, Ha Hoang, Jackie Stuart and Len Crocombe. 2017. "The relationship of primary care providers to dental practitioners in rural and remote Australia." *BMC Health Sercives Research* .

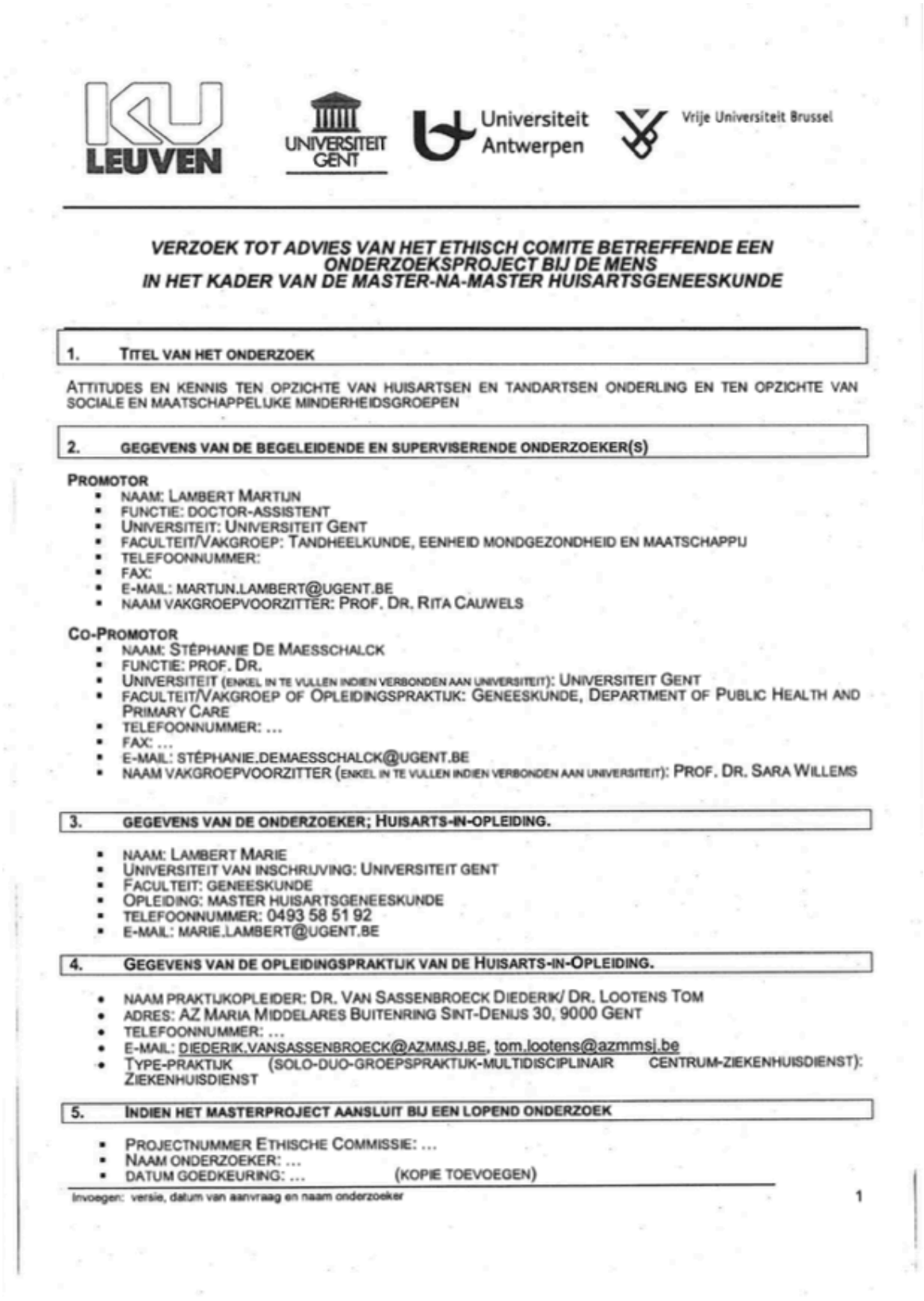
Waish T, Worthington HV, Glenny AM, Marinho VC, Jeroncic A. 2019. "Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries."

Wolf CA, Ramseier CA. 2012. "Das Image der Zahnmedizin: Ergebnisse einer Literaturrecherche." *Schweiz Monatsschr Zahnmed*.

Wood, Davies A and. 2018. "Homeless health care: meeting the challenges of providing primary care." *The Medical Journal of Australia*.

7. Bijlages

Bijlage 1: Goedgekeurd protocol en Gunstig advies Ethisch Comité



LEUVEN · UNIVERSITEIT GENT · Universiteit Antwerpen · Vrije Universiteit Brussel

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

ATTITUDES EN KENNIS TEN OPZICHTE VAN HUISARTSEN EN TANDARTSEN ONDERLING EN TEN OPZICHTE VAN SOCIALE EN MAATSCHAPPELIJKE MINDERHEIDSGROEPEN

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: LAMBERT MARTIJN
- FUNCTIE: DOCTOR-ASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: TANDHEELKUNDE, EENHEID MONDGEZONDHEID EN MAATSCHAPPIJ
- TELEFOONNUMMER:
- FAX:
- E-MAIL: MARTIJN.LAMBERT@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. RITA CAUWELS

CO-PROMOTOR

- NAAM: STÉPHANIE DE MAESSCHALCK
- FUNCTIE: PROF. DR.
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: GENEESKUNDE, DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND PRIMARY CARE
- TELEFOONNUMMER: …
- FAX: …
- E-MAIL: STÉPHANIE.DEMAESSCHALCK@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): PROF. DR. SARA WILLEMS

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: LAMBERT MARIE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0493 58 51 92
- E-MAIL: MARIE.LAMBERT@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. VAN SASSENBROECK DIEDERIK/ DR. LOOTENS TOM
- ADRES: AZ MARIA MIDDELARES BUITENRING SINT-DENIJS 30, 9000 GENT
- TELEFOONNUMMER: …
- E-MAIL: DIEDERIK.VANSASSENBROECK@AZMMSJ.BE, tom.lootens@azmmsj.be
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): ZIEKENHUISDIENST

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam onderzoeker

1

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: METEEN NA GOEDKEURINGSDATUM
- EINDE ONDERZOEK: 01.05.2020

7. SOORT ONDERZOEK

☒ **PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK**
- ☐ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ☒ **VRAGENLIJSTEN**
- ☒ **INTERVIEW**

☐ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
- ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ☐ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ☐ WELKE PERIODE: ....

☐ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
- ☐ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ☐ FASE I
  - ☐ FASE II
  - ☐ FASE III
  - ☐ FASE IV
  - ☐ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ☐ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ☐ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ☐ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,...)
  - ☐ MEDICAL DEVICE
  - ☐ BLOEDAFNAME, RX,...

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

Mondaandoeningen zijn ongelijk verdeeld over de bevolking. Internationale literatuur toont aan dat de groep met de laagste sociaaleconomische status de slechtste mondgezondheid vertoont (1), en dat deze mondgezondheid volgens een trapsgewijze sociale gradiënt stijgt naarmate men behoort tot een hogere sociale klasse (2). Op nationaal niveau kunnen deze sociale ongelijkheden met betrekking tot de mondgezondheid ook in België verwacht worden (3).

Een gebrekkige mondhygiëne doet het aantal orale aandoeningen stijgen. Bovendien tonen steeds meer studies een relatie aan tussen parodontale ziekten en systeemziekten (cardiovasculaire ziekten, obesitas, diabetes, vroeggeboorte, reumatoïde artritis en respiratoire ziekten). Zowel parodontale ziekten als systeemziekten komen meer voor bij personen met een lagere sociaaleconomische status. Om deze beiden te voorkomen is goede preventieve mondzorg en adequate en tijdige doorverwijzing belangrijk (4,5). Hierin zijn zowel de huisarts als de tandarts een belangrijke partner. Om een betere interdisciplinaire samenwerking op vlak van preventieve mondzorg te bekomen, onderzoeken we in deze masterproef de kennis en attitude van de huisarts naar de tandarts betreffende tandheelkundige problemen en van de tandarts naar de huisarts. Daarnaast meten we ook de kennis en attitude van de huisartsen en tandartsen t.o.v. sociale en maatschappelijke minderheidsgroepen. Aan de hand van deze resultaten, kunnen we via gerichte focusgroep gesprekken op zoek gaan mogelijke oplossingen voor een betere mondzorg.

Het doel van deze masterproef bestaat erin om een betere samenwerking te bekomen tussen huisarten en tandartsen voor preventieve mondzorg voor sociale en maatschappelijke minderheidsgroepen, door het blootleggen van wederzijdse bevorderende en belemmerende factoren.

Om dit verder te onderzoeken worden volgende stappen ondernomen:

1. Delphi-panel, samengesteld uit experten die samenwerken met personen met een lagere sociaaleconomische status binnen de algemene gezondheidszorg en/of de mondzorg.

2. Aan de hand van input en feedback uit dit panel wordt een 'situational judgement test' opgesteld. Hierbij worden verschillende werkgerelateerde casussen voorgesteld met een aantal mogelijke reacties. Dit geeft ons een beeld van hoe situaties waarmee huisartsen en

tandartsen worden geconfronteerd in een professionele context worden ingeschat en beoordeeld (5).

3. Deze situational judgment test wordt afgenomen bij huisartsen en tandartsen

4. Analyse van de resultaten

5. Voorleggen van de resultaten aan een focusgroep van huisartsen en tandartsen.

(7. Indien er nog voldoende tijd beschikbaar is, zullen de resultaten in een panel met huisartsen en tandartsen bediscussieerd worden.)

Referenties:

1. Petersen PE. Strenghtening of oral health systems: oral health through primary health care. Med Princ Pract 2014; 23 (suplI1): 3-9

2. Sabbah W, Tsakos G, Chandola T, Sheiham A, Watt RG (2007): Social gradients in oral and general health. Journal of Dental Research. 86(10), 992-996).

3. Lambert M. Dealing with oral health inequalities in Flanders, Belgium. Ghent University. Faculty of Medicine and Health Sciences. 2018.

4. Cullinan MP, Ford PJ, Seymour GJ. Periodontal disease and systemic health: current status. Australian dental journal. 2009.

5. Why should a doctor be interested in oral disease? Expert review of cardiovascular therapy. 2010.

6. George, Riya E. How to Better Teach and Evaluate Diversity Education in the National Health Service and Health Educational Institutions in the United Kingdom. University of Leicester. 2017.

7. Comes S. Van mond tot mond. Ghent University. Faculty of Family Medicine. 2013.

8. Val Walleghem S. Hoe kan de huisarts de drempel tot mondzorg helpen verlagen? Faculty of Family Medicine. 2014.

9. IS HET ONDERZOEK

- ☐ DIAGNOSTISCH
- ☐ FYSIOLOGISCH
- ☐ MORFOLOGISCH
- ☐ THERAPEUTISCH
- ☐ FYSIOPATHOLOGISCH
- ☑ **EPIDEMIOLOGISCH**
- ☑ **BESCHRIJVEND**

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ☐ JA
- ☑ **NEEN**

INDIEN JA

- ☐ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ☐ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN)...UNIVERSITEIT GENT..... (= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

☒ **JA**
☐ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : ...

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

☐ JA
☒ **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: MAXIMUM 30

D. LEEFTIJD : TUSSEN 25 EN 75 JAAR

E. GESLACHT : MANNEN EN VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? AT RANDOM

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

☒ **JA**
☐ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

☒ **JA**
☐ NEEN

MONDELING :

☒ **JA**
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
☒ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ? ...

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? NEE

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

☐ JA
☒ **NEEN**

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam onderzoeker

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

☐ JA
☒ **NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

☐ JA
☒ **NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

☐ JA
☒ **NEEN**

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

☐ JA
☒ **NEEN**

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

☒ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

☒ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? ...

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

ZO JA, WAAR ? WAT WAS HET RESULTAAT ? WAAROM WORDT HET IN DEZE STUDIE HERNOMEN ?

DIT IS DE EERSTE SITUATIONAL JUDGEMENT TEST OMTRENT DE KENNIS EN ATTITUDE VAN DE HUISARTS NAAR DE TANDARTS BETREFFENDE TANDHEELKUNDIGE PROBLEMEN, VAN DE TANDARTS NAAR DE HUISARTS EN VAN DE HUISARTSEN EN TANDARTSEN TOV SOCIALE EN MAATSCHAPPELIJKE MINDERHEIDSGROEPEN.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

☐ JA
☒ **NEEN**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

☐ JA
☑ **NEEN**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

☐ JA
☑ **NEEN**

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

☑ **WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT**
☐ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

☐ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

GEEN BIJWERKINGEN

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

☐ JA
☑ **NEEN**

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? ...

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

☐ JA
☐ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

☐ JA
☐ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? ...

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

NIET VAN TOEPASSING, HET BETREFT GEEN INTERVENTIONEEL ONDERZOEK.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO JA: ...

A. LANGS WELKE WEG ? ...

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : ...

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? ...

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

☐ JA

WELKE ? ...

☐ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

☐ JA
☐ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : ...

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

- ☐ NIET VAN TOEPASSING
- ☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:
  - ☐ ERELOON:
  - ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING
DATUM : 28/02/2019
NAAM : Hanne Vanbeek
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER
DATUM : 28/2/19
NAAM :
HANDTEKENING :

PROMOTOR
DATUM : 28/02/2019
NAAM :
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR
DATUM : 28/2/19
NAAM : S. De Maeseneer
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN
(VOOR AKKOORD)
DATUM : 1.3.2019
NAAM : Sara Willems
HANDTEKENING :

VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID
EN EERSTELIJNSZORG
UNIVERSITEIT GENT
CAMPUS UZ GENT – 6K3
Corneel Heymanslaan 10
B-9000 GENT
TEL. +32(0)9 332 36 28

Invoegen: versie, datum van aanvraag en naam onderzoeker

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. P. Deron

Tand-, mond- en kaakziekten
Polikliniek 8 - gelijkvloers
De heer Martijn LAMBERT
ALHIER

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2019/0518	02-sep-19	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Attitudes en kennis ten opzichte van huisartsen en tandartsen onderling en ten opzichte van sociale en maatschappelijke minderheidsgroepen (MaNaMa Marie Lambert)

Belgisch Registratienummer: B670201940544

Fase (Phase): NVT/NA

* Adviesaanvraagformulier dd. 01/03/2019
  (volledig ontvangen dd. 21/03/2019)
* Antwoord onderzoekers
  dd 03/06/2019 op opmerkingen EC dd 26/04/2019
* (patiënten)- informatie en toestemmingsformulier
  (herwerkte versie n.a.v. extra opmerkingen EC dd. 5/06/2019)
* Antwoord onderzoekers
  dd. 22/07/2019 (ontv. 29/07/2019) n.a.v. extra opmerkingen dd. 5/06/2019

Advies werd gevraagd door:
De heer M. LAMBERT ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 29/07/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 28/07/2020, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 29/07/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 28/07/2020, THIS ADVICE
WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/08/2019
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/08/2019

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2019/0518	02-sep-19	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2019/0518

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*

- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*

- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
De heer M. LAMBERT - UZ Gent - Tand-, mond- en kaakziekten

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT

Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be