De invloed van interprofessionele vorming op de samenwerking tussen tandarts en huisarts

Fien Van Maldergem, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Hilde Bastiaens, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Emmanuel Samyn

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 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, wend 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.

Abstract

Context: Uit een focusgroepenonderzoek dat enkele jaren geleden bij tandartsen en huisartsen in Aalst werd uitgevoerd, bleek dat de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen niet steeds optimaal verloopt. Een gebrek aan samenwerking, onvoldoende kennis en vaardigheden bij huisartsen en tandartsen over onderwerpen die voor beide specialismes van belang zijn, gebrekkige uitwisseling van medisch relevante gegevens, verkeerde perceptie van de tandartsen door de huisartsen, moeilijke bereikbaarheid en beperkte beschikbaarheid van de tandartsen werden genoemd als de voornaamste uitdagingen. Nochtans zou een goede samenwerking tussen huisarts en tandarts een verbetering van de mondgezondheid en de algemene gezondheid kunnen inhouden. De deelnemers zagen wel mogelijkheden om de samenwerking te verbeteren. Ze stelden voor elkaar persoonlijk te leren kennen, (samen) bijscholing te volgen, elkaar beter op de hoogte te stellen van elkaars kennis en kunde en meer medisch relevante patiëntengegevens uit te wisselen. Het doel van dit onderzoek is de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen verder te bestuderen. Meer specifiek wordt het samen bijscholing volgen geëxploreerd.

Onderzoeksvraag: Wat is de invloed van een interprofessionele vorming voor tandartsen en huisartsen op de samenwerking tussen tandarts en huisarts?

Methode: Er werd een literatuuronderzoek van de bestaande evidentie uitgevoerd aan de hand van de onderzoeksvragen “Wat zijn de ervaringen en verwachtingen van tandartsen en huisartsen met betrekking tot hun onderlinge samenwerking?” en “Welke ervaringen heeft men in verband met interprofessionele vormingen in de zorgsector?”. Verder wordt aan de hand van een interprofessionele vorming voor tandartsen en huisartsen met focusgroepenonderzoek bestudeerd hoe een interprofessionele vorming kan uitgewerkt worden. Tot slot wordt via evaluatie-interviews gepeild naar de ervaringen van beide zorgprofessies met de interprofessionele vorming.

Resultaten: Het literatuuronderzoek leverde 6 artikels op over de algemene samenwerking tussen tandartsen en huisartsen en de ervaringen met interprofessioneel onderzoek. Tandartsen en huisartsen hebben specifieke verwachtingen over de samenwerking. Ze ervaren echter vaak slechts een beperkte samenwerking. Er is wel ervaring met interprofessionele vormingen in de zorg, maar weinig ervaring met interprofessionele vorming voor tandartsen en huisartsen. Tijdens het focusgroeponderzoek (met 7 huisartsen en 10 tandartsen) waren ideeën om de samenwerking te verbeteren gemeenschappelijke vormingen organiseren, afzonderlijke vormingen voor huisartsen organiseren, zelf het goede voorbeeld geven, medicatielijsten op papier meegeven met patiënten, sociale kaarten opstellen, afspraken maken over doorverwijzing en over hoe elkaar te contacteren, de rol van iedere discipline verduidelijken, huisartsen stimuleren om Vitalink en Sumehrs goed op te volgen, apothekers betrekken in de samenwerking rond medicatie en bij beide beroepsgroepen sensibiliseren over de nood aan communicatie met elkaar. Tot slot gaven de evaluatie-interviews aan dat alle deelnemers de interprofessionele vormingsavond positief evalueerden en dat er bij deze groep ook enig effect op de eigen communicatie bleek te zijn.

Conclusies: Een interdisciplinaire vormingsavond kan waardevol zijn om de samenwerking tussen tandarts en huisarts te verbeteren. In deze kleine studie leek er ook enig effect op de eigen communicatie. Er zijn echter onvoldoende gegevens om hieruit een besluit te vormen.

Inhoudsopgave

1. Inleiding 1

2. Literatuurstudie 3

2.1 Zoekstrategie 3

2.2 Resultaten van het literatuuronderzoek 4

2.2.1 Onderlinge samenwerking 4

2.2.1.1 Verwachtingen van tandartsen en huisartsen over onderlinge samenwerking 5

2.2.1.2 Ervaringen van tandartsen en huisartsen over onderlinge samenwerking 7

2.2.1.3 Ideeën om de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen te verbeteren 9

2.2.2 Interprofessionele vorming 10

2.2.2.1 Doel en kenmerken van interprofessionele vorming 10

2.2.2.2 Ideeën voor interprofessionele vorming voor tandartsen en huisartsen 11

2.2.2.3 Ervaringen over interprofessionele vorming voor huisartsen en tandartsen 11

2.3 Discussie over de literatuurstudie 12

2.3.1 De samenwerking tussen tandarts en huisarts 12

2.3.2 Ideeën om de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen te verbeteren 13

2.3.3 Interprofessionele vorming voor tandartsen en huisartsen 13

3. Focusgroepenonderzoek en het kwaliteitsbevorderend project 15

3.1 Probleemstelling 15

3.2 Methode 15

3.2.1 Definiëren van de studiepopulatie en rekrutering 16

3.2.2 De PDSA-cyclus 16

3.2.2.1 Plan 17

3.2.2.2 Do 19

3.2.2.3 Study 20

3.2.2.4 Act 20

3.2.3 Datacollectie en analyse 20
3.3 Resultaten 21
3.3.1 Deelnemers 21
3.3.2 Het focusgroepgesprek 21
3.3.2.1 Communicatiemiddelen 22
3.3.2.2 Verwachtingen van tandartsen en huisartsen over hun onderlinge samenwerking 24
3.3.2.3 Ervaren problemen 27
3.3.2.4 Mogelijke oplossingen 32
3.3.3 De evaluatie-interviews 38
3.3.3.1 Evaluatie van interprofessionele vormingsavond 38
3.3.3.2 Evaluatie van de informatie die achteraf werd doorgestuurd 39
3.3.3.3 Evaluatie van de sociale kaart 39
3.3.3.4 Evaluatie van de sjablonen voor verwijsbrieven 40
3.3.3.5 Ervaringen van tandartsen en huisartsen over onderlinge communicatie – evaluatie van het effect van de interventies 40
3.4 Discussie 42
3.4.1 De samenwerking tussen tandarts en huisarts 42
3.4.2 Interdisciplinaire vorming 45
3.4.3 Sterktes en zwaktes van deze studie 47
3.4.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek 48
3.5 Conclusie 48
4. Referenties 49
Bijlage 1: Protocol 51
Bijlage 2: Goedkeuring ethisch comité 54
Bijlage 3: Informatieformulier huisartsen 57
Bijlage 4: Informatieformulier tandartsen 58
Bijlage 5: Toestemminsformulier huisartsen 59

Bijlage 6: Toestemmingsformulier tandartsen 60

Bijlage 7: Informatieblad voor algemene gegevens van de deelnemers 61

Bijlage 8: Handouts powerpoint theoretisch deel vormingsavond 62

Bijlage 9: Draaiboek focusgroep 65

Bijlage 10: Sjabloon verwijsbrief naar de tandarts 67

Bijlage 11: Sjabloon verwijsbrief naar de huisarts 68

Bijlage 12: Draaiboek evaluatie-interviews 69

Bijlage 13: Codeboom focusgroepsgeprek en evaluatie-interviews 70

1. Inleiding

Mondgezondheid is niet alleen het domein van de tandarts, ook voor huisartsen is het een relevant thema. In hun praktijk zien huisartsen immers ook tandheelkundige pathologie. Zo heeft een studie in Wales gerapporteerd dat de deelnemende huisartsen eenmaal per week tot eenmaal om de paar maand patiënten met tandheelkundige problemen in hun praktijk ontvangen (1). In België bestaan er helaas geen cijfers over tandheelkundige problemen in de huisartsenpraktijk.
Huisartsen behandelen tevens vaak ziekten waarvan het ziekteverloop of de behandeling een invloed heeft op de mondgezondheid en de (toekomstige) tandheelkundige zorgen. Tot slot hebben huisartsen een geprivilegieerde kijk op de algemene gezondheidstoestand van hun patiënt en kunnen ze met deze informatie andere zorgverleners, zoals tandartsen, bijstaan bij hun behandeling.

Anderzijds is de algemene gezondheid niet enkel van belang voor (huis)artsen, maar ook voor tandartsen. Ze voeren in hun dagelijkse praktijk controles of ingrepen uit waarvoor het een meerwaarde is dat ze over correcte informatie beschikken betreffende de medische toestand en het medicatiegebruik van hun patiënt. Ook schrijven tandartsen soms medicatie voor die een invloed heeft op de algemene gezondheid van de patiënt, zoals antibiotica en NSAID.

Voor beide beroepsgroepen heeft een goede onderlinge samenwerking en een gemakkelijke informatiedoorstroom naar elkaar voordelen. Ook voor de patiënt lijkt dit een meerwaarde: er is immers voldoende wetenschappelijk onderzoek dat concludeert dat de toestand van het parodontium de algemene gezondheid beïnvloedt en omgekeerd. Een goede samenwerking tussen huisarts en tandarts zou dus een verbetering van de mondgezondheid en de algemene gezondheid kunnen inhouden (2-6).

Uit een focusgroepenonderzoek, dat enkele jaren geleden bij tandartsen en huisartsen in Aalst werd uitgevoerd, bleek dat de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen niet steeds optimaal verloopt. Een gebrek aan samenwerking, onvoldoende kennis en vaardigheden bij huisartsen en tandartsen over onderwerpen die voor beide specialismes van belang zijn, gebrekkige uitwisseling van medisch relevante gegevens, verkeerde perceptie van de tandartsen door de huisartsen (die de expertise van tandartsen onvoldoende kennen en hen nog te vaak zien als ‘mindere’ zorgverleners ten opzichte van artsen), moeilijke bereikbaarheid en beperkte beschikbaarheid van de tandartsen werden genoemd als de voornaamste uitdagingen. De deelnemers zagen wel mogelijkheden om de samenwerking te verbeteren. Ze stelden voor elkaar persoonlijk te leren kennen, (samen) bijscholing te volgen, elkaar beter op de hoogte te stellen van elkaars kennis en kunde en meer medisch relevante patiëntengegevens uit te wisselen (7).

Het doel van dit onderzoek is de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen verder te bestuderen en meer specifiek het samen bijscholing volgen te exploreren.
Het eerste deel van deze scriptie bestaat uit een literatuuronderzoek waarin de bestaande evidentie omtrent samenwerking tussen tandartsen en huisartsen in kaart wordt gebracht, aan de hand van de onderzoeksvraag “Wat zijn de ervaringen en verwachtingen van tandartsen en huisartsen met betrekking tot hun onderlinge samenwerking?”. Er wordt tevens gekeken naar de ervaringen met interprofessionele vormingen, vertrekkende uit de onderzoeksvraag: “Welke ervaringen heeft men in verband met interprofessionele vormingen in de zorgsector?”.
In het tweede deel wordt bekeken hoe een interprofessionele vorming kan uitgewerkt worden en

wat de ervaringen van beide zorgprofessies hiermee zijn. Meer specifiek wordt bestudeerd wat de invloed is van een interprofessionele vorming op de samenwerking tussen tandarts en huisarts. Er wordt ook bekeken wat andere mogelijkheden zijn om de samenwerking tussen tandarts en huisarts te verbeteren.

2. Literatuurstudie

2.1 Zoekstrategie

De onderzoeksvragen voor het literatuuronderzoek werden opgesteld volgens het PICO-principe:

- Wat zijn de ervaringen met en verwachtingen (O) ten aanzien van onderlinge samenwerking (I) van tandartsen en huisartsen (P)?
- Wat zijn de ervaringen met en verwachtingen (O) van tandartsen en huisartsen (P) ten aanzien van gezamenlijke bijscholing (I)?

Om deze vragen te beantwoorden werd gezocht naar bestaande guidelines, omtrent de samenwerking tussen tandarts en huisarts, bij 5 organisaties met eerstelijnsrichtlijnen die regelmatig door Vlaamse zorgverleners geraadpleegd worden: domus medica, BCFI, ebpracticenet, NHG en NICE. Er werd maar 1 richtlijn gevonden die de samenwerking tussen tandarts en huisarts expliciet behandelt, zij het voor een specifiek onderwerp: antistolling (8). Bij verschillende andere richtlijnen voor mondgezondheid gerelateerde onderwerpen werden verwijzingen naar tandartsen teruggevonden, zonder duidelijke richtlijnen voor de samenwerking tussen tandarts en huisarts (9-18). Deze richtlijnen bevatten geen antwoord op de onderzoeksvragen en werden niet gebruikt in de literatuurstudie.

De Cochrane database werd doorzocht door middel van combinaties van de termen “General practitioner”, “Dentist”, “Collaboration”, maar na screening op titel werden er geen relevante reviews weerhouden.

De elektronische database PubMed werd eveneens doorzocht, aan de hand van combinaties (AND-operator) van verschillende MeSH-termen (“General practitioners”, “Dentists”, “Physicians, Family”) en vrije termen (“Collaboration”, “Interprofessional education”). Artikels werden geselecteerd aan de hand van de relevantie van de titels en de abstracts voor het onderzoek. Er werd gekozen te focussen op de algemene samenwerking tussen tandarts en huisarts, waardoor studies over samenwerking bij een specifiek probleem niet werden weerhouden. Binnen de geselecteerde artikels werd verder gezocht naar interessante publicaties in de referentielijsten van de artikels. Op basis van titel werden in totaal 16 artikels gevonden die aan de zoekstrategie voldeden. Na verdere selectie op abstract en full-text werden er 6 artikels geïncludeerd voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen. De titels, auteurs en jaar van publicatie van deze artikels staan vermeld in tabel 1.

Nummer in referentielijst	Auteur	Jaar van publicatie	Titel
2	Sippli K. et al.	2017	GP's and dentists' experiences and expectations of interprofessional collaboration : findings from a qualitative study in Germany
3	Douglass A. et al.	2009	Educating pediatricians and family physicians in children's oral health
4	Tenenbaum A. et al.	2008	Improving the physician – dental surgeon relationship to improve patient care : a health network survey
5	Holzinger F. et al.	2016	Parallel universes ? The interface between GPs and dentists in primary care
6	Philips K.E.	2016	Oral health in primary care: a framework for action
22	Headrick L. et al.	1998	interprofessional working and continuing medical education

Tabel 1. Nummer in referentielijst, auteur, jaar van publicatie en titel van de geïncludeerde artikels

2.2 Resultaten van het literatuuronderzoek

Deze literatuurstudie focust op twee grote onderwerpen, namelijk de ervaringen en verwachtingen van tandartsen en huisartsen over hun onderlinge samenwerking en de ervaringen met interprofessionele vormingen in de zorgsector. Deze onderwerpen worden beschreven in twee aparte paragrafen: paragraaf 2.2.1 handelt over de onderlinge samenwerking, terwijl paragraaf 2.2.2 handelt over interprofessionele vormingen.

2.2.1 Onderlinge samenwerking

Er is weinig geweten over de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen in de eerstelijnszorg. Dat is opvallend, gezien het grote aantal studies over andere samenwerkingen in de zorg. De samenwerking tussen huisartsen en apothekers, bijvoorbeeld, werd goed onderzocht. Daarenboven richten de bestaande studies over interprofessioneel samenwerken bij huisartsen en tandartsen zich meestal op de samenwerking rond een specifiek probleem (bijvoorbeeld diabetes mellitus). Er bestaan weinig studies over hun algemene samenwerking binnen de eerstelijnszorg (2, 5). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat tandartsen en huisartsen aangeven een goede samenwerking vooral belangrijk te vinden bij de zorg voor patiënten met chronische ziekten, bij de zorg voor patiënten die anticoagulantia nemen, bij patiënten waarbij antibioticaprofylaxe voor endocarditis wordt overwogen en bij het optreden van orale nevenwerkingen van medicatie (zoals gingivale hypertrofie door de inname van calciumantagonisten en kaaknecrose door de inname van bisfosfonaten) (5).

Er werden in deze literatuurstudie 4 studies gevonden die de algemene samenwerking tussen huisartsen en tandartsen bestuderen.

- De studies van Holzinger et al. (5) en Sippli et al. (2) interviewden tandartsen en huisartsen in Duitsland over hun onderlinge samenwerking.
- Tenenbauw et al. deden hetzelfde in Frankrijk (4).
- Een Amerikaanse studie stelt dat de aandacht van de huisarts voor de mondgezondheid belangrijk is. Men probeert daarom de communicatie tussen huisarts en tandarts te structureren via een framework voor mondgezondheid en evalueert welke problemen opduiken bij de toepassing ervan (6).

De bevindingen van deze studies worden verder besproken in de volgende paragrafen, die zich achtereenvolgens richten op de verwachtingen van tandartsen en huisartsen over onderlinge samenwerking, de ervaringen van tandartsen en huisartsen over onderlinge samenwerking en de ideeën om de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen te verbeteren.

2.2.1.1 Verwachtingen van tandartsen en huisartsen over onderlinge samenwerking

Huisartsen

Algemeen

Huisartsen zien in het algemeen weinig overlap tussen hun eigen werkveld en het werkveld van de tandarts (2-5). Vooral in de Franse studie zien ze de tandarts vaak niet als een gezondheidswerker met dezelfde titel als een arts (4). Dit zet zich door in de manier waarop ze de samenwerking tussen huisarts en tandarts zien: voor hen is er weinig nood aan samenwerking met tandartsen (2-5). Ze hebben de neiging patiënten met orale gezondheidsproblemen eerder door te verwijzen naar de stomatoloog. Die beschouwen ze als een natuurlijkere partner, terwijl de tandarts beschouwd wordt als een zorgverlener die vrij te consulteren valt door de patiënt, maar waarnaar een (huis)arts niet doorverwijst (4).

Verwachte zorg van de tandarts

Huisartsen verwachten van tandartsen dat zij mondaandoeningen behandelen. Zij verkiezen dat tandartsen daarbij zo weinig mogelijk interfereren met het algemene gezondheidsbeleid, dat zij beschouwen als hun eigen verantwoordelijkheid. Het stopzetten van medicatie zonder overleg beschouwen ze als een sterke inbreuk op hun eigen werking (2).

Verwachte kennis van de tandarts

Huisartsen verwachten van tandartsen niet dat ze een grondige kennis hebben over de algemene gezondheid. Ze denken evenmin dat tandartsen capabel zijn om systemische diagnoses te stellen. Ze verwachten wel dat de tandarts een grondige kennis heeft over aandoeningen en medicatie die gelinkt zijn met de mondzorg. Voorbeelden van dergelijke aandoeningen zijn temporomandibulaire

disfunctie, kaaknecrose, diabetes, leukoplakie en carcinomen. Voorbeelden van mondgezondheid-gerelateerde medicatie zijn bisfosfonaten en anticoagulantia (2).

Verwacht overleg met de tandarts

De meeste huisartsen verwachten geen geschreven rapport van de tandarts. Een minderheid wil wel geïnformeerd worden over de tandheelkundige behandelingen (2, 5).
Huisartsen verwachten wel dat tandartsen hen contacteren bij vragen over de algemene gezondheid van de patiënt, ze verwachten overleg wanneer de tandarts medicatieaanpassingen overweegt en ze verwachten op de hoogte gebracht te worden wanneer de tandarts medicatie, zoals antibiotica, voorschrijft (2, 5). Huisartsen nemen een eerder voorzichtige houding aan als het gaat over een gedeeld medisch dossier. Als er een systeem van één dossier per patiënt zou worden ingevoerd, zijn de meeste huisartsen voorstander van een gelimiteerde toegang voor elke zorgverlener, zodat deze alleen de onderwerpen kan zien die voor zijn taak belangrijk zijn (4).

Tandartsen

Algemeen

Tandartsen zien in het algemeen een grotere overlap tussen hun werkveld en het werkveld van de huisartsen dan de huisartsen. Ze wensen een betere samenwerking en verwachten van de huisartsen dat die daar, in het belang van de patiënt, interesse in tonen (2, 5).

Verwachte zorg van de huisarts

Tandartsen zien de huisarts als de hoofdverantwoordelijke voor de algemene zorg voor de patiënt. Hij is volgens de tandarts ook de hulpverlener in wie de patiënt het meest vertrouwen heeft (2).

Verwachte kennis van de huisarts

Tandartsen verwachten van huisartsen, als hoofdverantwoordelijken van de algemene zorg, een grondige kennis over de gezondheidsstatus, medische voorgeschiedenis, behandelingen en medicatie van de patiënt.
Op gebied van mondgezondheid verwachten tandartsen dat een huisarts basiskennis heeft over de meest frequente orale aandoeningen en dat hij deze door middel van eenvoudig klinisch onderzoek kan diagnosticeren. Ze verwachten eveneens dat de huisarts weet dat er een link is tussen de algemene gezondheid en de mondgezondheid en dat hij tijdens zijn routine-onderzoek dan ook een orale inspectie uitvoert. Tot slot verwachten tandartsen dat huisartsen de orale bijwerkingen van medicatie (zoals kaaknecrose bij bisfosfonaten en gingivale hyperplasie bij calciumantagonisten) kennen (2).

Verwacht overleg met de huisarts

Tandartsen verwachten dat huisartsen informatie over de algemene gezondheidstoestand van een patiënt snel en correct kunnen doorgeven aan tandartsen. Het is dan ook belangrijk dat huisartsen vlot (telefonisch) bereikbaar zijn voor collega-zorgverleners. Tandartsen verwachten ook dat huisartsen naar hen doorverwijzen indien zij bij een patiënt mondaandoeningen vermoeden (2).
Tandartsen zijn vaker te vinden voor het delen van een medisch dossier dan huisartsen (4).

2.2.1.2 Ervaringen van tandartsen en huisartsen over onderlinge samenwerking

Huisartsen

Ervaring over eigen tegemoetkomingen aan de verwachtingen van tandartsen

In de studie van Sippli et al. ervaren huisartsen weinig hiaten in hun eigen kennis over de interacties tussen mondgezondheid en algemene gezondheid: ze zeggen de link tussen mondgezondheid en algemene gezondheid te kennen en een inspectie van de mond tijdens hun routineonderzoek uit te oefenen. Ze beweren eveneens de orale bijwerkingen van medicatie als bisfosfonaten te kennen (2).
In de studie van Tenenbaum et al. zeggen huisartsen onvoldoende kennis te hebben over mondgezondheid. Dit wijten ze aan onvoldoende aandacht voor mondgezondheid tijdens hun opleidingen (4).
Huisartsen zien zichzelf als competente contactpersoon bij vragen over de algemene gezondheid of de medicatie van hun patiënten. Wel zeggen ze zelf niet vaak een tandarts te contacteren omdat ze beide werkterreinen als zeer verschillend ervaren en weinig meerwaarde zien in contact met de tandarts. Ze vinden het wel hun verantwoordelijkheid door te verwijzen naar een tandarts wanneer ze mondaandoeningen vermoeden (2).

Ervaringen over de zorg van de tandarts

Huisartsen vinden dat tandartsen de orale pathologie van hun patiënten in het algemeen competent behandelen. Ze stippen aan dat, zoals ze zelf verwachtten, de tandarts wel weinig aandacht heeft voor de algemene gezondheid (2, 5).

Ervaringen over de kennis van de tandarts

Huisartsen geven aan dat ze ervaren dat tandartsen weinig kennis hebben over de algemene gezondheid en medicamenteuze interacties. Wat betreft onderwerpen die relevant zijn voor mondhygiëne en tandheelkundige zorgen, vinden huisartsen dat tandartsen over het algemeen onvoldoende op de hoogte zijn over de laatste richtlijnen wat betreft anticoagulatie en antibioticaprofylaxie. De huisartsen wijten hiaten in de kennis van de tandartsen aan de gesplitste opleiding tussen tandartsen en (huis)artsen (2, 5).

Ervaringen over het overleg met tandartsen

De meeste deelnemende huisartsen in de studie van Tenenbaum et al. vertelden dat zij af en toe gecontacteerd werden door tandartsen. Er waren iets meer huisartsen die rapporteerden dat zij gecontacteerd werden door tandartsen, dan tandartsen die rapporteerden dat zij gecontacteerd werden door huisartsen. Bij de huisartsen die waren gecontacteerd, was dit meestal sprake van minder dan tien contacten per jaar, per huisarts. De helft van de huisartsen had zelf nog nooit rechtstreeks contact opgenomen met een tandarts (4). De andere studies deden geen navraag naar het kwantitatief aspect van de samenwerking.
In de studies van Tenenbaum et al. en Sippli et al. was de ervaren communicatie vaak indirect (2, 4).

Wat betreft de voldoening van huisartsen over de samenwerking met tandartsen tonen de studies een verschillend beeld.
In de studie van Sippli et al. vinden de huisartsen over het algemeen dat de samenwerking met

tandartsen goed loopt. Zij halen goede ervaringen aan. Zo wordt erg geapprecieerd dat tandartsen proberen patiënten snel te zien als een huisarts er voor belt. Ook vermelden huisartsen goed overleg over anticoagulantia en bisfosfonaten en zijn ze tevreden over de (terug)rapportage van de tandartsen. De samenwerking verloopt nog beter als de tandarts en de huisarts elkaar persoonlijk kennen. Deze Duitse huisartsen vinden niet dat er een grote meerwaarde zou kunnen gehaald worden uit een betere samenwerking (2).
In de studies van Holzinger en Tenenbaum zijn de huisartsen minder tevreden over de samenwerking en is er wel interesse in een verbetering van de samenwerking (4-5). Als specifieke problemen worden de nazorg van bepaalde tandartsen en de veel te beperkte rapportage genoemd (5). De beperkte rapportage wordt ook in de Amerikaanse framework studie vernoemd: daar ziet men bij de evaluatie van het project dat voornamelijk de terugrapportage van tandarts naar huisarts soms moeilijk verloopt (6).

Tandartsen

Ervaring over eigen tegemoetkomingen aan de verwachtingen van huisartsen
Tandartsen vinden dat ze goed op de hoogte zijn van relevante onderwerpen uit de algemene gezondheidszorg, zoals recente richtlijnen over anticoagulatie en antibioticaprofylaxie en bijwerkingen van medicatie als bisfosfonaten.
Ze zeggen zich ook te engageren in interprofessionele samenwerking. Dit gaat echter zelden verder dan contact bij specifieke problemen als farmacologische interacties, geplande mondchirurgie, ontsteking van de kaak, dementie of de nood aan een overzicht van de algemene medische toestand van de patiënt. Ze beschouwen tijdsgebrek en gebrek aan financiële compensatie als de grootste hinderpalen om zelf meer te investeren in samenwerking (2).

Ervaringen over de zorg van de huisarts
De meeste tandartsen vinden huisartsen competente zorgverleners die goed voor hun patiënten zorgen (2, 5). Sommige tandartsen vinden evenwel dat de zorg in woonzorgcentra soms te wensen overlaat en dat huisartsen hun patiënten soms onvoldoende inlichten over de medicatie die ze moeten nemen (2).

Ervaringen over de kennis van de huisarts
Wat betreft kennis over de algemene gezondheid vinden tandartsen dat de kennis van de huisarts over de gezondheidstoestand van zijn patiënt adequaat is. Wat betreft kennis over onderwerpen gerelateerd aan de mondgezondheid hebben ze minder goede ervaringen. Ze vinden dat huisartsen algemeen weinig kennis hebben over mondgezondheid en de interactie tussen mondgezondheid en algemene gezondheid. Sommige tandartsen vinden ook dat de kennis over bijwerkingen van anticoagulantia en bisfosfonaten te wensen overlaat.
Volgens tandartsen kunnen de kennishiaten verklaard worden doordat huisartsen geen of onvoldoende educatie over mondgezondheid krijgen en doordat er een gebrek is aan persoonlijke interesse (2, 5).

Ervaringen over het overleg met de huisarts
De meeste deelnemende tandartsen in de studie van Tenenbaum et al. vertelden dat zij af en toe gecontacteerd werden door huisartsen. Er waren iets minder tandartsen die rapporteerden dat zij

gecontacteerd werden door huisartsen, dan huisartsen die rapporteerden dat zij gecontacteerd werden door tandartsen. Bij de tandartsen die waren gecontacteerd was er meestal sprake van minder dan tien contacten per jaar, per tandarts. De helft van de tandartsen had nog nooit rechtstreeks contact opgenomen met een huisarts (4). De andere studies deden geen navraag naar het kwantitatief aspect van de samenwerking.
In de studies van Tenenbaum et al. en Sippli et al. was de ervaren communicatie vaak indirect (2, 4).

Net als bij de huisartsen tonen de verschillende studies een verschillend beeld over de tevredenheid van tandartsen in verband met de samenwerking met huisartsen.
Sippli et al. en Holzinger et al. merkten dat de tandartsen meestal niet tevreden waren over de samenwerking met de huisartsen. De tevredenheid verbeterde wel als het ging om samenwerking met een huisarts die de tandarts persoonlijk kende (2, 5). Tandartsen klaagden in de studie van Sippli et al. aan dat de gebrekkige kennis van huisartsen over mondgezondheid zich vaak weerspiegelt in het doorverwijzen naar andere specialisaties dan naar de tandarts wanneer er zich problemen voordoen binnen het gebied van de mondgezondheid. Ook vermelden ze dat huisartsen vaak niet gemakkelijk bereikbaar zijn en weinig begrip tonen voor vragen van tandartsen (2).
De studie van Tenenbaum et al. toonde een kwantitatief en kwalitatief vrij summiere samenwerking tussen tandartsen en huisartsen. De tandartsen die deelnamen aan de studie gaven echter wel aan tevreden te zijn over de samenwerking en verandering wat betreft de samenwerking niet nodig te vinden (4).

2.2.1.3 Ideeën om de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen te verbeteren

In de studies over de algemene samenwerking tussen huisarts en tandarts worden wel wat ideeën naar voor geschoven om de samenwerking te verbeteren. Het komt erop neer de samenwerking op elk mogelijk niveau te stimuleren.

Opleidingen

Men zou een betere samenwerking al kunnen aanleren tijdens de opleiding tot huisarts of tandarts door gemeenschappelijke lessen of projecten. In het werkveld zelf zou men gemeenschappelijke vormingen voor tandartsen en huisartsen kunnen organiseren. Op de verschillende manieren van interprofessionele vorming wordt in paragraaf 2.2.2 dieper ingegaan. Ook afzonderlijke vormingen voor huisartsen worden voorgesteld, om hun kennis over mondzorg te verbeteren (2, 3, 5).

Guidelines en afspraken over doorverwijzing

In de Amerikaanse framework studie voor mondgezondheid in de eerste lijn wordt gesteld dat de samenwerking tussen huisarts en tandarts in de eerste lijn zeer belangrijk is en dat die het best gestructureerd verloopt. Guidelines en afspraken over doorverwijzing zijn nodig om beide zorgberoepen goed op de hoogte te brengen over wanneer zij naar elkaar moeten doorverwijzen en wat zij van elkaar kunnen verwachten. Systematische protocolguidelines verspreiden is een bewezen effectieve manier om gedrag van artsen te veranderen (3, 6).

Het Amerikaanse framework stelt bijvoorbeeld het volgende voor als te volgen schema bij verwijzing: de huisarts vertelt de patiënt waarom hij een tandarts moet zien en wat hij daar kan verwachten. Hij bezorgt eveneens de nodige informatie over de algemene gezondheidstoestand van de patiënt en diens huidig probleem aan de tandarts. Zo kan de tandarts veilig beslissen welk beleid aangewezen is. Na de consultatie bij de tandarts laat die de huisarts weten wanneer hij de patiënt heeft gezien, wat hij heeft gedaan en welke behandelingsstappen hij nog gepland heeft (6). Een dergelijke richtlijn over doorverwijzingen tussen tandartsen en huisartsen zou duidelijk kunnen maken welke gang van zaken zorgverleners moeten nastreven.

Persoonlijke contacten stimuleren

Het lijkt ook belangrijk om de persoonlijke contacten tussen huisartsen en tandartsen te stimuleren. Dit zou kunnen via gemeenschappelijke vormingen (zie paragraaf 2.2.2) of via lokale samenwerkingsverbanden (2, 3, 5).

Interdisciplinaire artikels

Het publiceren van interdisciplinaire artikels in de vakbladen van beide zorgberoepen kan het besef van het belang van mondgezondheid en samenwerking doen toenemen, net als de interesse in een goede samenwerking (3, 5).

2.2.2 Interprofessionele vorming

In de gezondheidszorg wordt een goede interprofessionele samenwerking steeds belangrijker. Het blijft uiteraard nodig dat zorgverleners blijven bijleren in hun eigen vakgebied, maar er is ook toegenomen nood aan bijscholing rond interprofessioneel werken (22). Dit geldt ook voor huisartsen en tandartsen.

2.2.2.1 Doel en kenmerken van interprofessionele vorming

Doel en kenmerken

Het doel van interprofessionele samenwerking is in de eerste plaats het bekomen van een betere zorg voor de patiënt en meer professionele voldoening van de zorgverleners. Men betrekt hierbij de patiënt en de verschillende zorgverleners binnen het concept van patient-centered care.
Het idee is dat elke zorgverlener de patiënt vanuit zijn eigen expertise bekijkt. Daarna wordt de kennis samengelegd om gemeenschappelijke doelen te formuleren voor die specifieke patiënt en wordt bekeken hoe die doelen bereikt kunnen worden. De resultaten van de gevolgde werkwijze worden samen geëvalueerd en indien nodig wordt de behandeling gecorrigeerd. Voor een goede samenwerking is er een gedeelde, haalbare en evoluerende visie nodig, duidelijke doelen, effectieve en taakgeoriënteerde participatie van de zorgverleners en gepaste ondersteuning (zoals structuren, informatiekanalen, innovatieondersteuning).

Interprofessionele vorming heeft als doel de interprofessionele samenwerking te verbeteren en te promoten. Het respecteert de integriteit en de bijdrage van elke zorgdiscipline, verbetert de zorgverlening binnen de afzonderlijke zorgdisciplines, maar stimuleert deze disciplines ook om van, met en over elkaar te leren (22).

Mogelijke methodes

Het werkpatroon van artsen aanpassen kan zeer lastig zijn, maar is niet onmogelijk. Op basis van de huidige evidentie lijken interactieve technieken als academic detailing, gebruik van herinneringen of gebruik van verschillende interventies het meest efficiënt. Academic detailing is een techniek waarbij praktische, op de kliniek gebaseerde informatie naar de praktijken van artsen wordt gebracht. Dit wordt vaak ingebouwd in de middagpauze van artsen, gedurende een normale dag in de praktijk. Systematische protocolguidelines verspreiden is ook een effectieve manier om gedrag van artsen te veranderen (3).

2.2.2.2 Ideeën voor interprofessionele vorming voor tandartsen en huisartsen

In de studies over de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen worden drie ideeën voor vormingen vernoemd: afzonderlijke vormingen voor huisartsen, gezamenlijke lessen of projecten tijdens de opleiding en gezamenlijke vormingen voor tandartsen en huisartsen in het werkveld. Enkel de laatste twee, worden, als voorbeelden van interprofessioneel leren, hier besproken.

Gezamenlijke lessen of projecten tijdens de opleiding

Men zou een betere samenwerking al kunnen aanleren tijdens de opleiding tot (huis)arts of tandarts door gemeenschappelijke lessen of projecten (2-4, 5). Gezien de reeds zwaar beladen lesschema's en de nog niet vaststaande carrièreplannen van geneeskundestudenten is het niet eenvoudig om lessen of projecten met tandheelkundestudenten in de opleiding geneeskunde te incorporeren. Het zou eventueel kunnen aangeboden worden in de specialisatieperiode tot huisarts. Jonge artsen staan dan mogelijks meer open voor kennis over tandheelkundige problemen, omdat ze het gaan zien als een onderdeel van de door hun aangeboden zorg (3).

Gezamenlijke vormingen voor tandartsen en huisartsen

Eenmaal in het werkveld zou men gezamenlijke vormingsavonden voor tandartsen en huisartsen kunnen organiseren (2, 3, 5). Dit zou zowel kunnen tegemoetkomen aan de nood om de onvolkomenheden in de kennis van de beide zorgdisciplines te verbeteren, als aan de nood om meer persoonlijke banden tussen beide beroepsgroepen te laten ontstaan.

2.2.2.3 Ervaringen over interprofessionele vorming voor huisartsen en tandartsen

Voor zover deze literatuurstudie heeft kunnen achterhalen zijn er geen bestudeerde ervaringen rond interprofessionele vorming voor huisartsen en tandartsen.

2.3 Discussie over de literatuurstudie

2.3.1 De samenwerking tussen tandarts en huisarts

Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar de algemene samenwerking tussen tandartsen en huisartsen in de brede zin van de eerstelijnszorg. De bestaande studies wijzen erop dat de samenwerking tussen huisarts en tandarts verder kan geoptimaliseerd worden.
In het algemeen ervaren tandartsen en huisartsen elkaar als competente zorgverleners in hun eigen werkgebied, die echter weinig kennis hebben van de andere discipline (2, 5). Bij beide disciplines is er nog ruimte tot verbetering wat betreft de kennis over de interacties tussen mondgezondheid en algemene gezondheid (4). Ook de communicatie tussen tandartsen en huisartsen kan nog verbeterd worden: tandartsen en huisartsen zeggen haast nooit contact te hebben met de andere zorgdiscipline en de ervaren communicatie is vaak indirect, via de patiënt (2, 4).

Opvallend is het verschil in tevredenheid van de zorgverleners in de 3 grootste studies. In de Duitse studies (2, 5) zijn de tandartsen niet tevreden over de samenwerking met de huisartsen, in de Franse studie (4) wel. De huisartsen zijn niet tevreden over de samenwerking in de studies van Holzinger et al. (5) en Tenenbaum et al. (4), maar wel in de studie van Sippli et al. (2). Het is niet duidelijk welke factoren dit verschil in tevredenheid zouden kunnen beïnvloed hebben. Verschillen tussen landen in de opleiding van zorgverleners en de manier waarop zorg georganiseerd en uitgevoerd wordt zouden een verklaring kunnen zijn, maar dit werd niet verder onderzocht.

Een systematische review, van Supper I et al., over interprofessionele samenwerking in de zorg, identificeerde een aantal faciliterende en limiterende factoren. Als een zorgverlener de indruk heeft dat hij de zorg voor de patiënt substantieel kan verbeteren door samen te werken, lijkt dat een belangrijke stimulerende factor. Samenwerken wordt dan weer bemoeilijkt wanneer er weinig kennis is over het zorgberoep waarmee moet worden samengewerkt (21). Verschillen in geschiedenis en cultuur van zorgberoepen, (historische) inter- en intraprofessionele rivaliteit en angst voor het vervagen van de professionele identiteit kunnen hindernissen zijn bij interprofessionele samenwerking. Maar ook praktische zaken zoals verschillen in jargon, werkschema's en professionele routines; verschillende eisen in de professionele educatie; verschillen in kwalificatie, status, aansprakelijkheid en betaling; bezorgdheden omtrent klinische verantwoordelijkheid,… kunnen een rol spelen (22). In de studies over de algemene samenwerking tussen huisarts en tandarts lijkt kennis over elkaars vakgebied een cruciaal onderwerp te zijn. Momenteel wordt de samenwerking gehinderd door onzekerheden over elkaars professionele kennis en dagelijkse werking. Beide zorgdisciplines kennen elkaars competenties onvoldoende (2, 4, 5). Ook de gepercipieerde afstand tussen beide disciplines draagt niet bij aan de samenwerking. Samenwerking lukt wel beter wanneer de collega's elkaar persoonlijk kennen en de onderlinge professionele afstand verkleind wordt door een persoonlijke band van wederzijds respect (2, 5). Deze situatie kwam in de studie van Holzinger et al. vaker voor wanneer de tandarts en de huisarts in dezelfde buurt werkten (5).

De deelnemende tandartsen en huisartsen in de studie van Comes S. in Aalst volgen de trend van de studies uit het literatuuronderzoek, zowel wat betreft de ervaring van elkaar (over het algemeen competente zorgverleners, die weinig kennen van de andere discipline) als de beperkte kennis over de interacties tussen mondgezondheid en algemene gezondheid. Wat betreft de interprofessionele

communicatie was er onenigheid onder de deelnemers: sommigen vonden meer samenwerking noodzakelijk, anderen niet. Het tekort aan tandartsen en huisartsen is volgens de deelnemers één van de redenen waarom de communicatie niet vlot gaat: de bereikbaarheid voor de patiënt en voor andere zorgverleners gaat er door achteruit en druk bezette zorgverleners zijn minder geneigd om veel te communiceren met collega's omwille van het tijdsgebrek (7).

2.3.2 Ideeën om de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen te verbeteren

Ideeën om de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen te verbeteren zijn gezamenlijke activiteiten organiseren, guidelines ter beschikking stellen, lokale afspraken maken, persoonlijke contacten stimuleren en interdisciplinaire artikels publiceren (2, 3, 5, 6).

Wat betreft de guidelines valt op dat er bijna geen eerstelijnsrichtlijnen bestaan voor de samenwerking tussen tandarts en huisarts. Tijdens deze literatuurstudie werd slechts 1 guideline teruggevonden met expliciete verwijzing naar de samenwerking tussen tandarts en huisarts: voor de Nederlandse Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Antistolling zaten vertegenwoordigers van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, het Nederlandse Huisartsen Genootschap, de Federatie van Nederlandse Trombosediensten en de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde samen om een richtlijn op te stellen over de interprofessionele samenwerking rond antistolling (8). Deze guideline gaat over samenwerking bij een specifiek probleem, antistolling. Guidelines over algemene samenwerking werden niet teruggevonden. In verschillende andere (huisartsen)richtlijnen wordt wel verwezen naar (samenwerking met) de tandarts, maar nooit zijn er zo expliciete afspraken te vinden als in de LESA Antistolling (8, 13-16). EBpracticenet heeft enkele guidelines over mondgezondheidgerelateerde onderwerpen, die zowel voor huisartsen als voor tandartsen bedoeld zijn. Er staan echter geen afspraken in over samenwerking tussen huisarts en tandarts en momenteel lijkt het gebruik van deze guidelines enkel courant bij huisartsen (15-20). NICE heeft tevens een guideline gemaakt over het stimuleren van de mondgezondheid door lokale autoriteiten en partners (9), net als verschillende guidelines voor tandartsen (10-12), maar in deze richtlijnen wordt samenwerking met de huisarts niet expliciet besproken.

Voor deze scriptie werd besloten de gezamenlijke activiteit tussen tandartsen en huisartsen verder te bestuderen. Interprofessionele vorming zou immers zowel de kennis over elkaars vakgebied kunnen verbeteren, als de gepercipieerde onderlinge afstand kunnen verminderen door informatie te geven over gezamenlijke problemen, als kennismaking en gesprek tussen de disciplines te stimuleren. Bovendien biedt het de mogelijkheid om elkaar ook als persoon te leren kennen.

2.3.3 Interprofessionele vorming voor tandartsen en huisartsen

Ideeën voor interprofessionele vorming voor tandartsen en huisartsen zijn gemeenschappelijke projecten tijdens de opleiding tot (huis)arts of tandarts en gemeenschappelijke vormingen voor tandartsen en huisartsen in het werkveld. Voor zover deze literatuurstudie heeft kunnen achterhalen

werden deze ideeën voor interprofessionele vorming tijdens de opleiding en in het werkveld nog niet onderzocht.

Gemeenschappelijke projecten tijdens de opleiding zouden tijdens de specialisatieperiode tot huisarts kunnen aangeboden worden, omdat studenten dan mogelijks meer interesse zouden hebben in de samenwerking met tandartsen. Idealiter besteedt men uiteraard ook in de basisopleidingen geneeskunde en tandheelkunde aandacht aan de interacties tussen de mondgezondheid en de algemene gezondheid.

Deze scriptie legt zich verder toe tot gezamenlijke vormingsavonden voor tandartsen en huisartsen in het werkveld. De structuur van de rapportage van de literatuurstudie zal in het tweede deel zo veel mogelijk gevolgd worden om vergelijking mogelijk te maken.

3. Focusgroepenonderzoek en het kwaliteitsbevorderend project

3.1 Probleemstelling

Hoewel goede samenwerking tussen huisarts en tandarts een meerwaarde kan bieden voor huisarts, tandarts, patiënt en volksgezondheid, stelt bestaand wetenschappelijk onderzoek dat de communicatie tussen beide beroepsgroepen niet steeds optimaal verloopt. Een focusgroeponderzoek, dat enkele jaren geleden in Aalst werd uitgevoerd, toont dat de specifieke situatie in deze regio niet anders is (zie inleiding). Dit project wil, gebaseerd op het bestaande onderzoek, zich richten op de specifieke situatie in Aalst en de mogelijkheden tot betere samenwerking tussen huisartsen en tandartsen in de regio verder uitwerken. Het wil tevens als pilootproject dienen voor verder onderzoek naar de samenwerking tussen huisartsen en tandartsen.

De onderzoeksvraag luidt: “Wat is de invloed van een interprofessionele vorming voor tandartsen en huisartsen op de samenwerking tussen tandarts en huisarts?”

Meer specifiek willen we volgende zaken beschrijven:

- Ervaring van tandartsen en huisartsen met betrekking tot de interdisciplinaire vorming
- Ervaring van tandartsen en huisartsen met betrekking tot de onderlinge samenwerking voor de vorming
- Ervaring van tandartsen en huisartsen met betrekking tot de onderlinge samenwerking na de vorming
- Ervaren succes van de implementatie van de maatregelen uit de focusgroep in de praktijk
- Ervaren drempels om de maatregelen te implementeren
- Ervaren faciliterende elementen om de maatregelen te implementeren
- Suggesties ter verbetering van de gevormde maatregelen om de samenwerking te verbeteren

3.2 Methode

Aan de hand van de PDSA methode werd er een kwaliteitsverbeterend project opgezet omtrent de samenwerking tussen huisartsen en tandartsen in de lokale context van Aalst.

3.2.1 Definiëren van de studiepopulatie en rekrutering

De studiepopulatie wordt gedefinieerd door de volgende inclusie- en exclusiecriteria:

Inclusiecriteria:

- Actieve tandarts of huisarts
- Leeftijd tussen 22 en 75 jaar
- Werkzaam in de regio Aalst
- Werkzaam in om het even welke praktijkvorm (solo, groep, wijkgezondheidscentrum)

Exclusiecriteria:

- Andere eerstelijnszorgverleners, studenten geneeskunde of tandheelkunde, gepensioneerde huisartsen en tandartsen
- Zorgverleners werkzaam buiten de regio Aalst

Er werd een populatie van minimum 8 en maximum 16 deelnemers vooropgesteld. 8 deelnemers is het minimum om voldoende interactie te genereren. Bij een focusgroepgesprek van meer dan 16 deelnemers wordt het moeilijker om alle deelnemers voldoende te betrekken in het gesprek.

De rekrutering van de huisartsen gebeurde door het aanspreken van de huisartsen die actief waren binnen de 2 praktijken van de huisarts in opleiding. Voor de rekrutering van de tandartsen werd het bestuur van de Tandheelkundige Kring Land van Aalst gecontacteerd, dat zijn medewerking aan het project verleende en zijn leden op de hoogte bracht. In bijlage zijn de volgende gebruikte documenten te vinden: het informatieformulier voor huisartsen (bijlage 3), het informatieformulier voor tandartsen (bijlage 4), het toestemmingsformulier voor huisartsen (bijlage 5), het toestemmingsformulier voor tandartsen (bijlage 6) en het informatieblad voor algemene gegevens van de deelnemers (bijlage 7).

3.2.2 De PDSA-cyclus

Het project werd uitgewerkt aan de hand van de PDSA-cyclus, die frequent gebruikt wordt om het verloop van kwaliteitsbevorderende projecten te structureren.
Volgens de PDSA-cyclus doorloopt een project 4 opeenvolgende fases: de planningsfase (Plan), de uitvoeringsfase (Do), de evaluatiefase (Study) en de aanpassingsfase van het project (Act). Tijdens de planningsfase wordt de opzet van het project gepland: er wordt bekeken welke interventies en evaluaties zullen worden uitgevoerd en wanneer. Tijdens de uitvoeringsfase worden de interventies uitgevoerd. Dan volgt de evaluatiefase, waarin de interventies en hun effecten worden geëvalueerd.

Tot slot worden de interventies in de fase “act” bijgesteld door middel van de resultaten van de evaluatiefase. Als deze 4 fasen zijn doorlopen, kan een volgende cyclus ingezet worden om het project verder te laten evolueren. Zo kunnen interventies steeds aangepast worden aan een veranderende situatie, met de bedoeling ze te optimaliseren in de gegeven situatie (23).

Bij dit project werd van bij de start besloten het project, omwille van tijdsgebrek, de PDSA-cyclus niet volledig te laten doorlopen. Er werd besloten de eerste drie fases (plan, do, study) volledig uit te voeren. Wat betreft de vierde, “act” fase, waarbij normaal de interventies aangepast worden en een nieuwe cyclus kan beginnen, werd besloten enkel aanbevelingen te doen voor onderzoekers die soortgelijk project willen opzetten. Het project zou daarna, in plaats van een nieuwe cyclus te doorlopen, stopgezet worden, zodat de eindrapportage op tijd zou kunnen beginnen.

3.2.2.1 Plan

De interventies tijdens een PDSA cyclus worden klassiek zo goed mogelijk opgesteld conform het SMART-principe (Specifiek beschreven, Meetbaar uitgevoerd, Acceptabel of ethisch verantwoord, Realistisch of uitvoerbaar en Tijdsgebonden, dus binnen een afgebakende tijdspanne). De planning en uitvoering van elke interventie wordt hieronder zo specifiek mogelijk beschreven. De aard van het project maakt het echter moeilijk het effect van de interventies objectief te meten. Daarom werd gebruik gemaakt van evaluatie-interviews om de ervaringen van de deelnemers met de verschillende interventies te bestuderen. Om in te schatten of de studie voldoet aan de nodige ethische standaarden werd goedkeuring gevraagd en bekomen aan het ethisch comité van de Universiteit Antwerpen. Bij de planning werd zo veel mogelijk gepoogd de interventies, timing en verwachtingen realistisch in te schatten. Bij elke interventie werd tijdens de planningsfase een tijdraming geschreven om de interventies een tijdgebonden karakter te geven.

Interprofessionele vormingsavond

Er werd gepland een gezamenlijke avond te organiseren voor huisartsen en tandartsen in juni 2019, met als voornaamste doel de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen te stimuleren. Uit de studie van Comes S. enkele jaren eerder bleek dat vele problemen die in de beperkte literatuur over samenwerking tussen tandarts en huisarts terug te vinden zijn, ook in de regio van Aalst een rol speelden. De deelnemers van dit onderzoek deden ook enkele suggesties om de samenwerking te verbeteren: ze vonden dat er moest ingezet worden op elkaar leren kennen over de beroepsgrenzen heen, dat er (gemeenschappelijke) vormingen konden georganiseerd worden over mondgezondheidgerelateerde onderwerpen, dat tandartsen en huisartsen best beter op de hoogte werden gebracht van elkaars kennis en kunde en dat er meer medisch relevante gegevens moesten uitgewisseld worden.
Met de gezamenlijke avond probeerden de onderzoekers uiteraard in te zetten op een interprofessionele vorming, maar ook op het elkaar leren kennen over de beroepsgrenzen heen en beter leren kennen van elkaars kennis en kunde. Daarom werd beslist de avond op te delen in drie delen: een theoretisch luik, waarin men zou inzetten op gemeenschappelijke vorming, een pauze, die de mogelijkheid zou geven elkaar beter te leren kennen, en tot slot een focusgroepgesprek met de

deelnemende huisartsen en tandartsen om elkaars kennis en kunde samen te leggen en samen te bekijken hoe de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen in de regio rond Aalst kan verbeterd worden. Er werd bewust gekozen één focusgroep te houden met zowel tandartsen en huisartsen in één, heterogene groep. Eerder onderzoek maakte steeds gebruik van methoden waarbij beide zorgberoepen apart bevraagd werden. Het leek een meerwaarde beide groepen deze keer samen te bevragen, gezien samenwerking impliceert dat beide beroepsgroepen met elkaar in dialoog gaan. Er werd gekozen voor een focusgroepgesprek als datacollectietechniek voor dit deel van het onderzoek; Enerzijds omwille van het kwalitatieve aspect van de techniek, gezien de beperkte beschikbaarheid van wetenschappelijke literatuur over de samenwerking tussen huisartsen en tandartsen. Anderzijds omwille van de mogelijkheid tot interactie, die voor interprofessionele vorming en overleg over samenwerking onontbeerlijk zijn.

Voor het theoretische luik werd gepland om, reeds bij het rekruteren voor de studie, de deelnemers te vragen naar suggesties voor onderwerpen voor de vormingsavond en uit deze suggesties 5 onderwerpen vanuit tandartsperspectief en 5 onderwerpen vanuit huisartsperspectief te kiezen. Deze onderwerpen worden verder uitgewerkt door de onderzoeker VMF, een huisarts en een tandarts en worden gepresenteerd door de onderzoeker VMF.

Voor het focusgroepgesprek werd het script opgesteld, aan de hand van de bevindingen uit het onderzoek van Comes S en de doelstellingen van het huidig onderzoek. De vragen behandelden voornamelijk de problemen betreffende samenwerking die de deelnemers in de praktijk ervaarden, de oplossingen die zij ervoor zagen en de soort communicatie die zij het meest geschikt vonden. Er werd besproken welke maatregelen zouden kunnen geïmplementeerd worden om de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen in de regio te verbeteren. Het script werd door één onderzoeker, VMF, geschreven en aangevuld door een tweede onderzoeker, SE. VMF was de moderator voor het focusgroepsgek, SE de assistent-moderator. Voor de observatie en het maken van nota's werd een derde onderzoeker, SV, aangesproken.

Verdere maatregelen ter ondersteuning van de samenwerking

Er werd gepland de deelnemers van het focusgroeponderzoek de maatregelen te laten uitkiezen die hen het meest praktisch en realiseerbaar lijken. Deze maatregelen worden dan ondersteund door de onderzoekers gedurende een implementatiefase van 3 maanden (juli 2019 - september 2019).

Evaluatie

De evaluatie van het project werd van oktober tot november 2019 gepland. Er werd gekozen voor semigestructureerde evaluatie-interviews, via telefoon of face-to-face, afhankelijk van de voorkeur van de deelnemer. Zo konden deelnemers hun mening uiten zonder beïnvloeding van anderen. Er werd eenzelfde script opgesteld voor tandartsen en huisartsen, alle interviews werden door dezelfde interviewer en op dezelfde manier uitgevoerd, zodat de antwoorden konden vergeleken worden. Het script werd geschreven door onderzoeker VMF en aangevuld door onderzoeker SE. De open vragen focusten vooral op de ervaringen van de deelnemers op vlak van communicatie tussen huisartsen en tandartsen, hoe zij de interventies ervaren hadden en of zij een verschil in de communicatie ervaarden na de interventies. Idealiter gebeuren evaluatie-interviews door een andere onderzoeker, echter, bij gebrek daaraan werden ze uitgevoerd door onderzoeker VMF.

3.2.2.2 Do

Interprofessionele vorming

De interprofessionele vorming voor huisartsen en tandartsen werd op 20 juni 2019 georganiseerd. De timing, de grote structuur van de avond en de focusgroep verliepen zoals gepland. Het theoretische vormingsdeel liep niet helemaal als gepland: tijdens de voorbereiding kwamen er weinig suggesties voor onderwerpen van de deelnemers. Bijgestaan door een tandarts en een huisarts maakte onderzoeker VMF uiteindelijk zelf een selectie van vijf onderwerpen uit tandartsen-perspectief en vijf onderwerpen uit huisartsenperspectief en werkte de thema's verder uit. De presentatie werd vervolgens nagekeken door de tandarts en de huisarts. VMF presenteerde, zoals afgesproken, de presentatie op de vormingsavond. De hand-outs van het theoretische deel vormen bijlage 8, het script voor het focusgroepgesprek is terug te vinden in bijlage 9.

Verdere maatregelen ter ondersteuning van de samenwerking

De tandartsen en huisartsen die deelnamen aan het focusgroepgesprek vonden de volgende 4 maatregelen de meest praktische om de samenwerking tussen huisartsen en tandartsen te verbeteren:

1. Gezamenlijke activiteiten voor tandartsen en huisartsen
   Een nieuwe gezamenlijke activiteit werd niet meer georganiseerd, de avond in juni werd verder bestudeerd als voorbeeld van zo'n gezamenlijke activiteit. Er werd wel informatie omtrent de onderwerpen uit het theoretisch deel doorgestuurd naar de deelnemers. De informatie bestond uit de licht gewijzigde PowerPointpresentatie en uitgebreidere informatie in tekstvorm over dezelfde onderwerpen.

2. Verbeteren van de elektronische ondersteuningsdiensten als de Ehealthbox, Vitalink en de Sumehrs
   Het gebruiksvriendelijker en performanter maken van de verschillende elektronische diensten wordt door huisartsen en tandartsen als een heel belangrijke maatregel ervaren. Deze maatregel ligt echter niet in de handen van individuele tandartsen en huisartsen en werd dus niet verder bestudeerd in kader van dit onderzoek.

3. Sneller bellen, meer schrijven
   Om deze maatregel te ondersteunen werden sjablonen voor verwijsbrieven aan tandartsen en huisartsen opgesteld en doorgestuurd aan de deelnemers. Deze sjablonen zijn terug te vinden in bijlagen 10 en 11.

4. Een sociale kaart met gegevens van huisartsen en tandartsen
   Een lijst met gegevens van tandartsenpraktijken uit Aalst werd opgemaakt en doorgegeven aan de deelnemende huisartsen. De huisartsenkring van Aalst liet weten dat zij vanaf september 2019 meewerken aan de overheidssite www.desocialekaart.be, waarop de gegevens van alle leden van de huisartsenkring, die geen bezwaar optekenden, te vinden zijn. Deze site werd doorgegeven aan de deelnemende tandartsen.

Tijdens de planningsfase werd vooropgesteld bijkomende ondersteuning te ontwikkelen tijdens de implementatiefase (juli 2019 - september 2019) en die geleidelijk aan ter beschikking te stellen van de deelnemers. Door problemen in verband met de GDPR-wetgeving liep het opstellen van de sociale kaart van zowel tandartsen als huisartsen vertraging op en werden de sociale kaarten pas op 9 oktober 2019 naar de tandartsen en op 17 december 2019 naar de huisartsen gestuurd.

3.2.2.3 Study

De geplande evaluatie-interviews werden uitgevoerd, maar startten voor de tandartsen pas eind november 2019 en voor de huisartsen pas begin januari 2020, door de vertraging in de implementatiefase. Het script (bijlage 12) werd niet steeds strikt gevolgd tijdens het interview. Soms werden extra vragen gesteld die voortkwamen uit het gesprek met de geïnterviewde zelf of uit vorige gesprekken. Er werd gepoogd de vragen neutraal te stellen, steeds neutraal te reageren op de gegeven antwoorden en de interviews bij huisartsen en tandartsen op dezelfde manier uit te voeren. Begin februari 2020 werden de evaluatie-interviews afgerond.

3.2.2.4 Act

Door de beperkte duurtijd van het project werden geen aanpassingen van het project zelf gepland. Er worden wel aanbevelingen geformuleerd voor andere, soortgelijke projecten (zie 3.4 Discussie).

3.2.3 Datacollectie en analyse

Na inlichting van de deelnemers over het doel en de methode van het onderzoek, werd een geschreven informed consent aan de deelnemers gevraagd. Demografische gegevens zoals leeftijd, geslacht, soort praktijk,… werden nagevraagd via een kort vragenformulier. De deelnemers stemden in deel te nemen aan een interprofessionele vorming, met theoretisch luik en focusgroepgesprek, en aan een evaluatie-interview. Zowel het focusgroepgesprek als de evaluerende interviews werden na een korte uitleg over de opnames en de anonieme gegevensverwerking en na uitdrukkelijk toestemming van de deelnemers opgenomen op een audiorecorder. De geluidsopnames werden volledig uitgeschreven, waarbij elke deelnemer zijn eigen unieke code kreeg. Aan deze code werden geen demografische gegevens gekoppeld om de anonimiteit van de deelnemer te garanderen. De coderingssleutel werd slechts op 1 computer en 1 back-upsysteem bewaard, beveiligd door een wachtwoord. De transcripten werden niet ter becommentariëring aan de deelnemers voorgelegd. Analyse van de transcripten gebeurde via het softwarepakket NVivo. 2 onderzoekers codeerden onafhankelijk van elkaar de teksten aan de hand van kernwoorden. De definitieve codering werd bekomen na consensusdiscussie tussen beide onderzoekers; nadat de definitieve codering tot stand was gekomen, werden de codes in een boomhiërarchie van thema’s gegoten. Oorspronkelijk was het idee inductief te coderen, maar na vergelijking bleken vele grote thema’s overeen te komen met de thema’s in de literatuur en werd de thematische indeling gedeeltelijk gebaseerd op de indeling van de literatuurstudie. De codeboom is terug te vinden in bijlage 13.

3.3 Resultaten

De eerste paragraaf van de resultaten (3.3.1) behandelt de kwantitatieve gegevens van de studie, namelijk de eigenschappen van de bestudeerde groep huisartsen en tandartsen. Paragrafen 3.3.2 en 3.3.3 beschrijven respectievelijk de resultaten van de focusgroep en de evaluatie-interviews.

3.3.1 Deelnemers

Zeven huisartsen en tien tandartsen stemden in mee te doen aan het onderzoek. De onderverdeling van de eigenschappen van de groep huisartsen en tandartsen staan vermeldt in tabel 2. Het focusgroepgesprek duurde 1u24min.

Er was een uitval van vier tandartsen bij de fase van de evaluatie-interviews. De huisartsen doorliepen allen het volledige studietraject (vormingsavond met focusgroepgesprek en evaluatie-interview). De redenen van uitval waren niet bereikbaar zijn na drie pogingen tot telefonisch contact en onvoldoende tijd hebben om deel te nemen aan de interviews. De interviews duurden gemiddeld 11 minuten en 49 seconden.

		Tandartsen	**Huisartsen**
Totaal aantal		10	7
Geslacht	Man	7	3
	Vrouw	3	4
Leeftijd	Gemiddeld	51,7	35,3
	Jongste	28	27
	Oudste	65	43
Praktijkvorm	Solopraktijk	7	0
	Groepspraktijk (Duo en meer)	3	5
	Wijkgezondheids-centrum	0	2
Praktijk- ondersteuning	Aanwezig	4	7
	Niet aanwezig	6	0

Tabel 2. Eigenschappen van de onderzoekspopulatie

3.3.2 Het focusgroepgesprek

De resultaten die hieronder worden beschreven zijn afkomstig uit de analyse van het focusgroepgesprek, dat plaatsvond op 20 juni 2019. Ter inleiding worden de verschillende mogelijke communicatiemiddelen die aan bod komen kort toegelicht, daarna worden achtereenvolgens de verwachtingen van de tandartsen en de huisartsen omtrent de samenwerking besproken, de problemen die tandartsen en huisartsen ervaren in verband met de samenwerking en de mogelijke oplossingen die de deelnemende tandartsen en huisartsen zagen. De codeboom van het groepsgesprek kan men vinden in bijlage 13.

3.3.2.1 Communicatiemiddelen

Vooraleer dieper in te gaan op de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen, worden de verschillende soorten communicatiemiddelen, die aan bod kwamen tijdens het focusgroepgesprek, beschreven. Voor elk communicatiemiddel werden voor- en nadelen genoemd door de deelnemers. Deze voor- en nadelen worden meegenomen in de bespreking van het middel. Niet elk van de hieronder beschreven methodes wordt reeds (frequent) toegepast, sommige werden vooral vermeld omwille van hun potentiële hulp in de samenwerking. De deelnemende huisartsen en tandartsen waren er zich van bewust dat de patiënt communicatie tussen zorgverleners kan weigeren en dat dit in principe voor alle contactmethoden geldt.

Telefonisch contact

Telefonisch contact is momenteel een frequent toegepaste manier van communiceren in de zorgsector. De tandartsen vermelden af en toe huisartsen op te bellen met vragen in verband met medicatie. De huisartsen zeggen zelf bijna nooit een tandarts op te bellen. Indien dat toch gebeurt, is het vaak in verband met een gecompliceerde casus. Sommige huisartsen hebben wel een lijst met telefoonnummers van tandartsen. Die geven ze mee aan patiënten zonder vaste tandarts, die wel een afspraak bij een tandarts nodig hebben.

Een voordeel van telefonisch contact is dat het een snelle manier is om te communiceren.
Een nadeel is dat de tandarts of huisarts niet altijd aan telefoon kan komen en dat de methode dus niet altijd resultaat geeft. Een ander nadeel, dat niet vernoemd werd door de deelnemende zorgverleners, is dat de zorgverlener de gegeven informatie later niet kan raadplegen als er geen nota van werd genomen.

De verwijsbrief

De verwijsbrief is een middel dat frequent door huisartsen aangewend wordt wanneer ze patiënten doorsturen naar specialisten. De meeste huisartsen geven aan dit middel minder te gebruiken in hun samenwerking met tandartsen. Sommigen hebben er nog niet aan gedacht een verwijsbrief te schrijven naar een tandarts. Anderen schrijven minder naar tandartsen omdat er zelden respons komt. Daardoor hebben deze huisartsen de indruk dat een verwijsbrief voor de tandarts minder handig is. Bij de tandartsen is er inderdaad geen melding van briefwisseling met huisartsen. Ze vermelden wel briefwisseling tussen verschillende specialisaties binnen de tandheelkunde. Sommige tandartsen beschouwen briefwisseling als een te zware extra administratieve belasting.

Een voordeel van de verwijsbrief is dat men een goed overzicht kan geven van de problematiek en gezondheidstoestand van de patiënt.
Een nadeel is dat deze methode kan beschouwd worden als een indirecte vorm van communicatie tussen de tandarts en de huisarts. Huisartsen hebben immers de gewoonte om de brief mee te geven met de patiënt, die hem dan moet meenemen naar de tandarts. De medewerking van de patiënt is nodig om de communicatiemethode te laten slagen. Een ander nadeel is de reeds genoemde administratieve belasting.

e-Mail

Deze methode wordt momenteel nog niet regelmatig gebruikt door de deelnemers. Men beschikt immers vaak niet over correcte emailadressen. Mailen wordt wel beschouwd als een goede manier om niet-dringende informatie door te geven of advies te vragen over een niet-dringend medisch probleem.

Een voordeel van mailen is dat men een goed overzicht kan geven van de problematiek en van de gezondheidstoestand van de patiënt. Het is tevens een directe vorm van communicatie tussen zorgverleners, zonder de patiënt als tussenpersoon.
Nadelen zijn dat mails soms niet of niet binnen een aanvaardbare tijdsspanne verwerkt worden en vaak beschouwd worden als extra administratie. Ook moeten zorgverleners er op letten de patiënt onherkenbaar voor te stellen om conform te blijven met de privacywetgeving.

Elektronische ondersteuning

Elektronische ondersteuning is een domein waarbinnen verschillende relatief nieuwe communicatiemogelijkheden bestaan en waarin nog veel potentieel zit om nieuwe mogelijkheden te ontwikkelen.

Elektronisch medisch dossier
Vanuit de huisartsen werd de vraag gesteld aan de tandartsen of zij vanuit hun dossier gemakkelijk gegevens kunnen exporteren, die ze dan naar de huisarts zouden kunnen sturen. Dit is volgens de tandartsen momenteel nog niet het geval. Het zou een meerwaarde kunnen zijn om huisartsen op een snelle, gestandaardiseerde manier informatie door te spelen over, bijvoorbeeld, uitgevoerde tandheelkundige behandelingen en te verwachten beloop na behandeling.

eHealthBox
Deze mailbox wordt in België gebruikt door zorgverleners en is gekoppeld aan het RIZIV-nummer van de zorgverlener. Men kan er, mits toestemming van de patiënt, medische informatie mee doormailen op een veilige manier, conform de privacywetgeving. Het principe wordt door de deelnemende zorgverleners als een gemakkelijke vorm van communiceren beschouwd en een meerwaarde in communicatie met andere zorgverleners.

Een voordeel is dat de zorgverleners elkaar rechtstreeks kunnen adresseren, zonder omweg via de patiënt. Men kan een overzicht geven van de problematiek en de gezondheidstoestand van de patiënt zonder deze onherkenbaar voor te stellen.
Een nadeel is dat veel zorgverleners nog technische problemen ondervinden met de eHealthBox of er nog onvoldoende mee vertrouwd zijn.

Gedeelde gegevens
Er zijn in België momenteel verschillende tools waarlangs zorgverleners informatie over de gezondheidstoestand van een patiënt kunnen delen zonder een specifieke zorgverlener te adresseren. Zorgverleners die zorg opnemen voor de patiënt en die daarvoor bepaalde informatie nodig hebben, kunnen dan, opnieuw mits toestemming van de patiënt, de gedeelde informatie raadplegen.

Deze tools zijn de volgende:

- Mijngezondheid.be is de site waar patiënten zelf bepaalde gegevens uit hun medisch dossier kunnen bekijken.
- Sumehr: is een online gedeelde samenvatting die de huisarts maakt van het elektronisch medisch dossier van de patiënt
- Vitalink: is een online gedeelde medicatielijst van de patiënt die de huisarts en de apotheker kunnen uploaden

Vooral de principes van Sumehr en Vitalink zijn gekend bij zorgverleners. De deelnemende zorgverleners ervaren deze tools als zeer nuttige instrumenten, maar er worden vaak ook problemen mee ondervonden, die verder besproken worden in paragraaf 3.2.2.3.

3.3.2.2 Verwachtingen van tandartsen en huisartsen over hun onderlinge samenwerking

Om de kwaliteit van de samenwerking te kunnen evalueren, is het belangrijk om in de eerste plaats de verwachtingen in kaart te brengen die tandartsen en huisartsen uitten over hun onderlinge samenwerking.

Verwachtingen van huisartsen over de samenwerking met tandartsen

De huisartsen die deelnamen aan het focusgroepgesprek verwachten voornamelijk informatie van de tandartsen. Ze zijn vooral geïnteresseerd in feedback na doorverwijzing, informatie over de diagnose en het te verwachten beloop en informatie over voorgeschreven medicatie. Dit wordt hieronder uitgebreider beschreven. Goede informatiedoorstroom vinden ze nog belangrijker als het gaat over patiënten waarvan de tandarts het gevoel heeft dat ze hem niet goed begrepen hebben, of over patiënten die verschillende keren moeten langskomen om hun tandheelkundige behandeling te voltooien. De huisartsen worden liefst op de hoogte gehouden via de eHealthBox en de telefoon. Momenteel kan de klassieke brief soelaas bieden bij problemen met de eHealthBox.

Feedback na doorverwijzing

Huisartsen krijgen graag feedback na hun doorverwijzing. Ze hebben daar verschillende redenen voor.

Ten eerste is informatie krijgen een stimulans om zelf informatie door te geven. Zoals reeds vermeld in paragraaf 3.2.2.1 ervaren sommige huisartsen het gebrek aan respons op hun verwijsbrieven als een teken dat de informatie voor de tandarts niet zo handig was. Dat vermindert de motivatie om de volgende keer opnieuw een brief te schrijven. Een brief terugkrijgen beschouwen deze huisartsen als een extra stimulans om de tandarts (of andere zorgverlener) waarvan sprake is, bij de volgende verwijzing opnieuw een brief te sturen. *Huisarts 4: "Ik had eerder de gewoonte van wel een verwijsbrief met de patiënt mee te geven, maar dat is er stilletjes aan een beetje uitgegaan. Want als ik naar een specialist een brief stuur, krijg ik daar iets van terug en bij een tandarts is dat anders. Ik*

denk dat het misschien minder nodig is voor mijn dossier om die brief terug te krijgen, maar daardoor heb ik ook een beetje de gevoelswaarde gekregen dat mijn brief naar de tandarts dan ook niet belangrijk zal zijn."

Ten tweede geven de deelnemende huisartsen toe dat hun kennis over mondzorg beperkt is. Als ze een patiënt doorsturen, zijn ze nieuwsgierig naar de diagnosestelling en het advies. Ze zien het als een kans om zelf bij te leren en vinden het jammer als ze geen antwoord krijgen op hun vraag.
Huisarts 2: "Maar soms zie ik iets, waarvan ik denk: oei, ik weet echt totaal niet wat het is. Het zou dit kunnen zijn, het zou dat kunnen zijn. Ik ga verwijzen. En ik geef dan wel een brief mee, maar daarop krijg ik dan geen antwoord, terwijl dat ik eigenlijk wel nieuwsgierig ben wat het is geweest. Gewoon uit nieuwsgierigheid. En om er uit te leren, ja."

Ten derde is de feedback ook handig om hun eigen beleid te bepalen indien de patiënt zou terugkomen voor hetzelfde probleem of een probleem dat er door beïnvloed wordt.
Huisarts 4: "Als ik een patiënt zie met een abces, dan is de patiënt soms helemaal niet duidelijk of hij daar al eens mee naar de tandarts is geweest en wat de tandarts daar dan heeft mee gedaan. En soms hoor ik op het einde van dat consult, als ik dan een antibioticum wil voorschrijven: aja, maar de tandarts heeft dat vorige week al gedaan. Ja, dan had ik het beter anders aangepakt, dan had ik misschien beter in het begin naar die tandarts gebeld en gezegd: die mens zit hier nu weer voor mij. Dus in zo'n gevallen, als de patiënt net voor iets urgent medicatie heeft gekregen, dat ik dat dan niet weet en dat de patiënt dan daar toch mee bij mij komt als het niet opgelost geraakt, dat vind ik niet zo tof."

<u>Informatie over het te verwachten beloop</u>
Huisartsen zijn ook geïnteresseerd in informatie over het te verwachten beloop bij een mondaandoening of na een tandheelkundige behandeling. Soms komen patiënten bij de huisarts met vragen over het werk van de tandarts of over pijn of symptomen achteraf, die de huisarts moeilijk kan beantwoorden. Hij/zij weet immers vaak niet of het ziekteverloop normaal is of wijst op een complicatie waarvoor hij/zij de patiënt moet terugsturen.
Sommige specialisten schrijven in hun brieven een korte nota over de prognose van een aandoening en in welke situaties ze de patiënt wensen terug te zien. Zo'n formule zou ook bij terugrapportage van de tandarts handig zijn, om het beleid op te baseren bij onverwachte omstandigheden. Een huisarts (*huisarts 5*) verwoordde het als volgt: *"Ik moet eigenlijk weten: dit was het probleem, dat is gedaan, dat is te verwachten na de therapie, die medicatie moet hij nemen en in die of die situatie moet de tandarts hem terugzien"*.

<u>Informatie over voorgeschreven medicatie</u>
Huisartsen zijn graag op de hoogte van voorgeschreven medicatie als antibiotica en NSAID. Ze vinden het zeker belangrijk om op de hoogte te zijn bij patiënten die aan chronische nierinsufficiëntie lijden of die specifieke medicatie zoals anticoagulatie of immunotherapie nemen.

Verwachtingen van tandartsen over de samenwerking met huisartsen

Tandartsen verwachten in hun samenwerking met huisartsen ook voldoende informatie te krijgen van de huisartsen. Ze vinden het belangrijk dat de huisarts aandacht heeft voor tandheelkundige

problemen en dat hij/zij de patiënt duidelijk maakt dat mondgezondheid ook belangrijk is voor de algemene gezondheid.

Informatie van huisarts naar tandarts

Tandartsen willen voornamelijk correcte informatie over de medicatie van de patiënt krijgen. Zo kunnen ze zien of de patiënt medicatie neemt waar ze rekening mee moeten houden bij hun behandelingen (zoals antistolling, bisfosfonaten,…).
Ze krijgen de informatie liefst via Vitalink, dat ze via hun tandheelkundige programma's gemakkelijk en snel kunnen raadplegen. Als hier te veel problemen bij optreden kan een afgedrukt medicatieschema soelaas brengen.

Aandacht van de huisarts voor tandheelkundige problemen

Tandartsen verwachten in hun samenwerking met huisartsen ook dat huisartsen aandacht hebben voor de mondhygiëne. Huisartsen zouden het gebit kunnen inspecteren tijdens hun onderzoek van de mondholte en de keel en indien nodig doorsturen. Bij diabetespatiënten zijn ze best nog oplettender, gezien het verband tussen de mondgezondheid en de glycemiecontrole bij diabeten.
Tandarts 4: "Ik ben er zeker van dat heel weinig collegae van huisartsen de diabetici met fantastisch slechte mondhygiëne die ze onderzoeken doorsturen. Het is een rariteit als wij zo iemand binnenkrijgen. En er zijn tamelijk veel mensen die zo rondlopen. En dat heeft zeker ook een invloed op uw algemene gezondheid. Ligt dat aan het niet weten van de collegae artsen? Of…?".

Ook is het belangrijk de patiënt aan de jaarlijkse preventieve controle bij de tandarts te herinneren, zowel om een goede tandheelkundige opvolging te garanderen als om een volledige terugbetaling van het tandartsbezoek te behouden.

Educatie door de huisarts over de systeemeffecten van de mondgezondheid

Tandartsen vinden dat een huisarts zeker op de hoogte moet zijn van de verbanden tussen mondgezondheid en de algemene gezondheid (in het bijzonder hartvaatziekten en diabetes mellitus type 2). Hij/zij moet zijn/haar patiënten hierop wijzen. Sommige deelnemende tandartsen denken dat huisartsen dit verband mogelijks met meer gezag kunnen bespreken dan de tandarts, die misschien door de patiënt van winstbejag kan verdacht worden.
Tandarts 5: "Er zijn ook meer en meer studies die aantonen dat er een correlatie is tussen paradontale problemen en algemene gezondheidsproblemen aan hart en... laat ons zeggen, als wij dat zeggen lijkt dat zo een beetje patiënten ronselen. Dat gevoel bereik ik soms bij andere mensen. En ik denk als de huisarts dat gewoon eens vermeldt: "ik vermoed/veronderstel dat u jaarlijks bij een tandarts gaat want dat is meer dan de mond alleen", dat dat ook eens deugd zou doen, eigenlijk. Want als wij dat zeggen geeft dat precies niet altijd, niet bij iedereen, hetzelfde effect dan als een huisarts dat zegt. Wij worden soms iets minder au sérieux genomen."

3.3.2.3 Ervaren problemen

De samenwerking loopt helaas niet altijd zoals tandartsen en huisartsen het verwachten. De ervaring leerde de deelnemende tandartsen en huisartsen dat er zich soms wel problemen voordoen in verband met communicatie en dat er bepaalde zaken beter kunnen. In de volgende paragraaf worden die vernoemde verbeterpunten besproken.

Problemen bij doorverwijzing

Bereikbaarheid

De bereikbaarheid van de zorgverleners was het frequentst aangehaald probleem tijdens het focusgroepgesprek. De deelnemers ervaren dat voornamelijk tandartsen, maar ook huisartsen, niet steeds bereikbaar zijn voor hun collega's.

<u>Bereikbaarheid van tandartsen</u>
Huisartsen ervaren moeilijkheden wanneer ze een tandarts proberen te contacteren of wanneer ze een patiënt (relatief) dringend naar een tandarts willen doorverwijzen. Een huisarts (*huisarts 5*) verwoordt het als volgt: *"Als ik een urgentie heb en ik wil doorsturen, zeg ik dan de onthaal-medewerker: "Regel jij een dringende afspraak bij de tandarts, voor vandaag of morgen?" En dan begint die medewerker al automatisch te zuchten en ga ik heel snel terug naar mijn kabinet, omdat ik weet: dan pakken ze hun lijst met 30 tandartsen en kunnen ze beginnen bellen. Dat is eigenlijk mijn grootste probleem met tandartsen: dat het voor ons en onze medewerkers zeer moeilijk is om een tandarts te vinden die zo snel mogelijk een patiënt kan ontvangen, zeker als de tandarts die patiënt nog nooit gezien heeft."*

De deelnemende tandartsen erkennen dit en wijten dit aan de zware werklast die zij ervaren. Die wordt veroorzaakt door enkele factoren waar de tandarts zelf weinig aan kan veranderen. Het tekort aan tandartsen en het systeem van de regelmatige tandheelkundige controle zorgen ervoor dat de agenda snel gevuld raakt.

Sommige tandartsen willen, om de werklast te verminderen, graag af van de jaarlijkse preventieafspraak. De meesten echter benadrukken het belang van die preventieafspraken om op langere termijn kosten en problemen te voorkomen. *Tandarts 8: "Wij werken enorm op recall en preventie maar de vraag is, is dat wel nodig? En kunnen we daar niets aan doen, zodat er een beetje meer plaats komt voor alle anderen die we niet kunnen opvangen?"*
Tandarts 2: "Je wil van dat curatieve net zo veel mogelijk af, je wilt de bevolking naar preventie sturen, naar bewustheid van mondhygiëne, als je dan je recallsysteem gaat verminderen dan ben je terug naar af aan het gaan, vrees ik. Het klopt, hé, het zet je agenda vol."

Een andere mogelijkheid om de werkdruk te verminderen, is praktijkassistentie. Op dit moment leidt men van overheidswege mondhygiënisten op, maar er bestaat nog geen betalingssysteem. Het is voor de tandartsen dus nog onduidelijk wat de mondhygiënisten in de toekomst voor hen zullen betekenen. *Tandarts 1: "Die assistentie voor het preventieve, daar is men mee bezig: dat zijn de mondhygiënisten. Maar het probleem daarmee is geld. Er is te weinig geld, dus, ja, waarvan moet het budget komen."*

Tot slot kan ook een patiëntenstop de werklast verlagen. Veel tandartsenpraktijken voeren een patiëntenstop in om zichzelf te beschermen tegen de hoge werkdruk. Ze behandelen geen patiënten meer die nog niet in hun patiëntenbestand zitten. Dat zorgt er echter voor dat patiënten die een vaste tandarts zoeken, problemen ervaren om iemand te vinden. Een tandarts (*tandarts 2*) verwoordt het als volgt: *"Dat is ook de frustratie van zo veel patiënten die verhuizen en een nieuwe tandarts zoeken. Die vinden niemand en komen automatisch in een systeem van urgenties terecht omdat ze geen vaste tandarts hebben. Dit is echt een gigantisch probleem aan het worden, waar wij ook geen pasklare oplossing voor hebben."* Huisartsen beamen dat patiënten zonder vaste tandarts ook voor hen het vaakst problemen geven. *Huisarts 4: "Hoeveel mensen hebben er eigenlijk een tandarts? In België weten we dat ongeveer 100% een vaste apotheker heeft, en in Vlaanderen heeft 80% een GMD-houder. Maar ik heb het gevoel dat er veel mensen zijn die eigenlijk geen tandarts hebben. En dat de miserie begint als die daar staan met een kloppende kaak."*

Om een deel van het probleem van urgenties op te vangen, organiseren de tandartsenkringen in het weekend overdag een wachtdienst, zodat patiënten die in het weekend last krijgen kunnen geholpen worden. Het systeem werkt goed om patiënten van tandartsen die meedraaien in het systeem, op te vangen in het weekend. Het is uiteraard niet haalbaar noch wenselijk om met de wacht het tekort aan tandartsen op te vangen.

Kostprijs tandartsen

Een ander probleem dat huisartsen aanhalen bij het doorverwijzen van patiënten naar de tandarts, is dat ze de kostprijs moeilijk kunnen inschatten. De tandarts heeft de reputatie duur te zijn, dus de patiënt gaat er vaak van uit dat de doorverwijzing niet goedkoop zal zijn. Zonder concrete informatie is het voor de huisarts extra moeilijk de patiënt te motiveren toch langs te gaan. Ook tandartsen zeggen de kostprijs moeilijk te kunnen inschatten voor ze de patiënt hebben gezien.
Huisarts 1: "De stereotypering waar ik soms mee vecht is dat de mensen zeggen dat de tandarts veel geld kost. Dat is gedeeltelijk omdat ik niet weet hoeveel iets kost en bij wie het minder kost. Ik weet niet goed wat ik er moet mee doen. Het is ook een vraag die wij dikwijls van patiënten krijgen: als ik naar de tandarts ga, hoeveel gaat dat kosten?"
Tandarts 4: "Dat weten we vaak zelf niet."

Het klopt ook dat mensen soms veel betalen, vooral voor meer geavanceerde behandelingen (bijvoorbeeld wortelkanaalbehandelingen). Zowel huisartsen als tandartsen geven aan niet te weten wat te doen als ze een patiënt binnenkrijgen met weinig financiële middelen en grote uitdagingen op vlak van mondzorg.

De deelnemende tandartsen beklemtonen dat ook daar factoren meespelen waar zij zelf weinig kunnen aan veranderen. Dat zijn vooral de beroepskosten voor de tandarts, de verouderde RIZIV nomenclatuur en de problemen die tandartsen ervaren bij tussenkomst van het OCMW.

<u>Beroepskosten</u>
Tandartsen moeten een grote investering doen voor de aanschaf van apparatuur en materialen, voordat zij hun eigen praktijk kunnen starten. Die grote investering bij de start zorgt ervoor dat jonge tandartsen de neiging hebben om de conventie met het RIZIV niet meer te volgen, omdat die financieel weinig interessant is. Zij vragen, soms enkel in bepaalde situaties, meer geld aan de

patiënten om hun investering terug te verdienen.
Tandarts 3: "Je moet ook rekenen dat een tandarts een grote investering moet doen voor hij kan beginnen. Jullie als huisarts, als je een tafel hebt, je hebt een stethoscoop, je hebt een otolaryngoscoop, je kunt een bloeddruk meten, je hebt een auto en je kunt vertrekken. Wij zitten bijna aan, ik weet dat vandaag de dag kost, een nieuw tandartsenkabinet, ik heb er geen gedacht van, maar dat is een groot verschil in vertrek. En dat maakt ook dat jonge tandartsen niet meer geneigd zijn om geconventioneerd te zijn, omdat die kosten zo hoog zijn."

RIZIV-nomenclatuur

De RIZIV nomenclatuur is volgens de deelnemende tandartsen fel verouderd. De nomenclatuur volgt al jaren de technische mogelijkheden niet meer. Qua technische mogelijkheden kan er ondertussen veel, maar de patiënt moet zelf veel betalen omdat er geen aangepast nomenclatuurnummers zijn. Dat zorgt ervoor dat de tandheelkunde momenteel de facto een tandheelkunde met 2 snelheden is geworden. De patiënten met meer financiële draagkracht kunnen veel betere zorg krijgen dan de patiënten die het financieel moeilijk hebben. De tandartsen klagen dat ook niet-technische prestaties, zoals de preventieve controle en uitleg geven over mondhygiëne, niet goed worden gehonoreerd. Het zijn interventies die op lange termijn veel kunnen opleveren, maar die ook tijd vragen. Die tijd wordt onvoldoende vergoed.

De tandartsen zijn dus helemaal niet tevreden met hun terugbetaling. Ze wijzen erop dat zij, gezien hun geringe aantal, maar een kleine drukkingsgroep zijn. Dit speelt in hun nadeel in onderhandelingen over het aanpassen van terugbetalingstarieven.
Tandarts 3: "Wij zijn een te kleine groep in het RIZIV om veel te krijgen, hé. Wij krijgen niets. Als ik kijk: ik ben een kleine 40 jaar aan het werk en als ik de nomenclatuur bekijk tussen 40 jaar geleden en wat wij vandaag hebben… Met de techniek die zo veel veranderd is... Dan zitten wij nog altijd met quasi dezelfde terugbetaling."

OCMW

Wanneer het OCMW moet tussenkomen in de mondzorg van patiënten, ervaren de deelnemende tandartsen enkele problemen.

Ten eerste wordt enkel de basiszorg terugbetaald. Extractietherapie kan, meer technologische behandelingen zoals wortelkanaalbehandelingen worden niet terugbetaald.
Tandarts 2: "Alleen de basiszorg. Alles wat afwijkt van de basiszorg wordt door het OCMW niet terugbetaald. Dus alle technologie: vergeet het maar."
Huisarts 4: "En basiszorg is dan tanden vullen of zo?"
Tandarts 6: "Trekken, voornamelijk."
Huisarts 4: "Trekken? Aja, oei."
Tandarts 6: "Extractietherapie, hé."

Ten tweede wordt enkel conventietarief terugbetaald. Tandartsen ervaren dat de meeste van hun collega's niet meer geconventioneerd zijn en dus bij een patiënt met tussenkomst van het OCMW minder verdienen dan bij een andere patiënt. Ze vrezen dat dit niet stimuleert om minder gegoede patiënten te behandelen.

Ten derde hebben sommige tandartsen slechte ervaringen met de betalingen van het OCMW. Het budget schijnt soms op te zijn of er treden problemen op met de betaling, zodat de tandarts lang op zijn geld moet wachten.

Problemen in technische ondersteuning en het delen van gegevens

Problemen bij het delen van gegevens is de tweede meest aangehaalde categorie van problemen. Via softwarepakketten en mits toestemming van de patiënt kunnen zorgverleners volgende informatie vinden: de GMD-houder, een samenvatting van het medisch dossier en een online medicatieschema. De deelnemende zorgverleners, vooral de tandartsen, merken op dat alle kanalen om gemakkelijk te communiceren eigenlijk bestaan, maar dat ze vaak niet optimaal werken en dat ze ook niet door iedereen gebruikt worden.

Medicatieschema – Vitalink

Er zijn heel wat problemen met Vitalink, de online vertaling van het medicatieschema. Het is bij slechts 20% van de patiënten die vaak naar de huisarts gaan ingevuld. Een aanwezige huisarts merkt daarenboven op dat hij/zij op de wachtpost merkt dat de schema's die beschikbaar zijn heel vaak verouderd zijn. *Huisarts 5: "De medicatieschema's die zijn ingevuld zijn quasi altijd verkeerd.. Altijd. Dat zijn heel oude schema's die inderdaad ooit zijn opgeladen maar je moet die inderdaad actief updaten en dat gebeurt niet. Ik weet niet in welke mate dat dat altijd up-to-date is."*

Waarom is Vitalink zo vaak niet ingevuld? Er zijn verschillende oorzaken. Ten eerste zijn er nog regelmatig technische problemen met Vitalink zelf. Ten tweede is het vaak niet ingevuld door de huisarts. Hij/zij kent het nog niet, gebruikt het niet meer omwille van de technische problemen of ziet op tegen de administratie. Ten derde kan ook de apotheker het schema opladen, maar gebeurt dat nog niet zo vaak. Er wordt ook bemerkt dat de eerstelijnszone Aalst een project had opgestart voor patiënten die veel medicatie nemen. De bedoeling was dat de huisarts en de apotheker elke patiënt die meer dan 5 medicamenten per dag neemt, een papieren medicatieschema zouden meegeven. Ook dat project lijkt ondertussen echter een stille dood te zijn gestorven.

Als een tandarts bij een leeg medicatieschema wil weten of het leeg is omdat de huisarts het niet ingevuld heeft of omdat er technische problemen zijn, kan hij/zij de patiënt zelf laten kijken. Die kan immers, met gebruik van zijn identiteitskaart, ook de informatie van Vitalink bekijken via www.mijngezondheid.be. Als zowel de patiënt als de tandarts niets kunnen zien, is het schema niet ingevuld door de huisarts.

Invulling term GMD

Tijdens het gesprek valt ook op dat er wat verwarring ontstaat over de term 'GMD'. Die wordt zowel gebruikt om te verwijzen naar de GMD-houder, het GMD zelf of de Sumehr. Eigenlijk is het GMD (of Globaal Medisch Dossier) het dossier dat de huisarts beheert en dat momenteel niet toegankelijk is voor andere zorgverleners. De andere termen worden verder uitgelegd.

GMD-houder

De GMD-houder van een patiënt is de huisarts die het GMD van die patiënt beheert. Ook over de GMD-houder is er wat verwarring. Er is namelijk een verschil tussen naar een huisarts gaan en die

huisarts als officiële GMD-houder hebben. De arts die de patiënt beschouwt als zijn/haar vaste huisarts is niet altijd de officiële GMD-houder. Er kunnen zich vooral problemen voordoen wanneer de patiënt onlangs een nieuwe huisarts koos, of wanneer die recent naar een andere huisarts is geweest dan zijn vaste huisarts.

Sumehr

De Sumehr is de samenvatting van het GMD. Die is opgeladen bij ongeveer 12% van de patiënten die frequent naar de huisarts gaan. Voor de huisarts betekent de Sumehr in orde brengen meer administratief werk dan Vitalink in orde brengen: hij/zij moet een 'actieve acte' doen. Die actieve acte houdt in dat hij/zij het dossier moet filteren alvorens de Sumehr te exporteren, zodat er geen banaliteiten mee worden gestuurd. Het vraagt dus meer administratief werk.

Tandheelkundige basiskennis bij huisartsen

In dit onderzoek halen vooral de huisartsen aan dat ze eigenlijk te weinig weten over aan tandheelkunde gerelateerde onderwerpen. Daarom weten ze soms niet hoe ze een probleem in de mondgezondheid moeten aanpakken. *Huisarts 1: "En daar merkte ik ook, dat was ook één van de punten die je liet zien, dat wij wel heel weinig van tandproblemen kennen, terwijl we dat zeer veel zien."*

Verschillen in praktijkvoering

Ook verschillen in praktijkvoering worden vermeld als drempel voor een goede samenwerking. De manier van werken van de tandarts en de huisarts verschilt uiteraard, net als de grootte van de populatie die zij verzorgen. Een tandarts heeft gemiddeld een veel groter patiëntenbestand dan een huisarts. Ook de schaalgrootte van de beroepsverenigingen verschilt. Aalst heeft een uitzonderlijke situatie omwille van het bestaan van de Tandheelkundige Kring Land van Aalst, maar zelfs die vereniging heeft leden uit de zone Aalst-Ninove-Geraardsbergen, terwijl de Huisartsenkring Aalst zich enkel richt tot huisartsen van grondgebied Aalst.

Problemen met individuen

Er werd ook door een tandarts vermeld dat hij problemen ervaart met een bepaalde huisarts. *Tandarts 5: "Wat doe je met een huisarts die compleet elke vorm van communicatie weigert? Want ik heb er zo ene. Die zegt: dat is jouw probleem. Dus welke medische vraag die je ook hebt: dat moet jij oplossen."*

Er wordt besproken dat, indien een huisarts elke vorm van communicatie weigert en zo zijn/haar patiënten in gevaar brengt, men aan de Orde der Artsen raad kan vragen over de te volgen werkwijze.

Probleemsituaties

Sommige situaties maken bovengenoemde problemen in de samenwerking prangend.
Bij chronische ziekten, zoals diabetes mellitus type 2, is de aandacht voor mondgezondheid nog belangrijker. Het shoppen van antibiotica is een ander vaak aangehaald probleem. Vooral bij tandabcessen komt het voor dat de patiënt bij de tandarts wel de infectiekoelende antibiotica neemt

maar de lokale tandheelkundige behandeling van het abces niet laat uitvoeren. Het probleem komt dan terug: zolang er geen lokale behandeling wordt uitgevoerd, verdwijnt de infectie immers niet, maar wordt ze chronisch. Sommige patiënten gaan dan van de ene tandarts of huisarts naar de andere om antibiotica te verkrijgen, terwijl ze zich eigenlijk zouden moeten laten behandelen door een tandarts.

3.3.2.4 Mogelijke oplossingen

Verschillende ideeën werden aangebracht om de samenwerking in de toekomst te verbeteren. Deze zijn zelden oplossingen voor één afgebakend probleem. Daarom worden ze verder één voor één besproken en gelinkt aan de problemen waarvoor ze mee soelaas kunnen brengen. Om toch ook per probleem een overzicht te bieden van de mogelijke interventies die het probleem zouden kunnen verlichten worden in tabel 3, op het einde van deze paragraaf, de mogelijke oplossingen per probleem opgelijst.

Gezamenlijke activiteit

Bij een gezamenlijke activiteit is het mogelijk elkaar persoonlijk te leren kennen en samen problemen te bespreken die voor beide disciplines van belang zijn. Het is ook een manier om elkaars taal en manier van werken te leren begrijpen en van andere zorgverleners praktijkgericht te leren. Gezamenlijke activiteit zou verschillende problemen wat kunnen verbeteren. De bereikbaarheid voor elkaar kan verbeteren, de impact van de verschillen in praktijkvorming zou wat geneutraliseerd kunnen worden en waarschijnlijk komt er ook meer aandacht van de huisartsen voor tandheelkundige problemen en de systeemeffecten van de mondgezondheid.

Volgens de deelnemers van dit focusgroepgesprek worden deze activiteiten best dorps- of wijkgebonden georganiseerd. De beroepsverenigingen, huisartsenkringen of de LOK groepen zouden kunnen betrokken worden. De eerstelijnszone wordt ook vernoemd, maar heeft de reputatie traag te werken, wat vrijblijvend te zijn en afhankelijk te zijn van het (moeilijk beïnvloedbare) beleid van de overheid. De deelnemers vinden het dan ook een minder goede organisatie om als vertrekpunt te hanteren voor een gezamenlijke activiteit.

De meeste deelnemers vinden de ideale bijeenkomstfrequentie 1 à 2 keer per jaar.

Tandarts 2: “Dan moet je veel meer samen gaan zitten, dan moet je, dat moet niet vaak zijn, desnoods 2 keer per jaar, eventjes samenzitten. Iedereen moet zijn pijnpunten dan op voorhand op tafel gooien en bekijken: rond wat zetten we ons nu eventjes samen aan tafel.”

<u>Oplossing voor?</u>

- Geringe aandacht van de huisarts voor tandheelkundige problemen
- Te weinig educatie door de huisarts over de systeemeffecten van de mondgezondheid
- Problemen i.v.m. bereikbaarheid
- Onduidelijkheid over invulling term GMD
- Onduidelijkheid over GMD-houder
- Geringe tandheelkundige basiskennis bij huisartsen

- Verschillen in praktijkvorm

Goede voorbeeld geven

Niet elke oplossing moet ingewikkeld zijn: zelf het goede voorbeeld geven werd ook genoemd. Zelf durven contact opnemen met de andere discipline en vriendelijk zijn als je door andere zorgverleners gecontacteerd wordt, kan een stimulans zijn voor collega's om hetzelfde te doen.

Oplossing voor?

- Problemen i.v.m. informatie van tandarts naar huisarts
- Problemen i.v.m. informatie van huisarts naar tandarts
- Problemen i.v.m. bereikbaarheid

Sociale kaart

Een sociale kaart is een lijst met gegevens van zorgverleners. Idealiter staan naam, adres, telefoonnummer, emailadres en RIZV nummer (voor de eHealthBox) vermeld. Het zou voor huisartsen bijvoorbeeld handig kunnen zijn een dergelijke lijst voor tandartsen te hebben liggen en omgekeerd. Bedoeling is vooral communicatie te stimuleren door het gemakkelijker te maken contact te initiëren.

Tandarts 1: "Wat misschien handig zou zijn is dat er van heel de streek een lijst wordt gemaakt van tandartsen met telefoonnummer, emailadres, RIZIV-nummer op want de ehealthbox werkt op basis van het RIZIV-nummer. Het is nogal wat werk om dat allemaal op te zoeken als patiënten zeggen "ja, ik ga bij een tandarts ginder ergens, de stationsstraat daar en goh ja, hoe noemt hij". Dan moeten jullie zoeken en als jullie dan een lijst hebben met tandarts X, straat zoveel, RIZIV-nummer, email, telefoon. Dan kan je het gewoon opzoeken en eens bellen of mailen. Ik denk dat dat ook gemakkelijker voor jullie zal zijn dan altijd te moeten gaan zoeken."

Oplossing voor?

- Problemen i.v.m. informatie van tandarts naar huisarts
- Problemen i.v.m. informatie van huisarts naar tandarts
- Problemen i.v.m. bereikbaarheid

Verduidelijken van de rol van iedere discipline

Voor de meeste huisartsen is het niet vanzelfsprekend naar welke tandarts bij welk probleem moet doorgestuurd worden. Moet een bepaald probleem nu naar een eerstelijnstandarts, naar een paradontoloog, naar een orthodontist of naar een andere specialiteit? De deelnemende tandartsen hebben een duidelijke boodschap voor de huisartsen: stuur altijd door naar een eerstelijnstandarts. Die bekijkt dan wel of de patiënt naar een andere specialist moet worden verwezen.

Het verduidelijken van de rol van iedere discipline kan de doorverwijzingen vlotter en correct helpen verlopen, waardoor ook de bereikbaarheid van zorgverleners voor de patiënten of collega's die hen nodig hebben kan verbeteren. Het leert de huisartsen ook hoe de tandheelkundige wereld georganiseerd is.

Huisarts 1: "Op zich is het een beetje dezelfde vraag van daarjuist: ik heb ooit gehoord: je hebt tandartsen, paradontologen, moeten wij dan onze diabetespatiënten naar allebei sturen of zijn jullie dat allemaal allebei?"
Tandarts 1: "Wij doen zogezegd de intake. Wij bekijken hoe erg is het en of het nog voor ons is, dus de niet chirurgische behandeling. Is het nog haalbaar, te redden, is het nog onder controle te krijgen? Is het niet onder controle te krijgen of bij het blijven restinfecties na dieptereiniging, dan moeten wij doorsturen naar een specialist."
Huisarts 1: "Dus wij sturen eigenlijk altijd naar jullie?"
Tandarts 1: "Wij zijn eerstelijns. Net zoals bij de cardioloog: je gaat met hartproblematiek eerst naar de huisarts en dan kan die zeggen: je gaat naar de cardioloog. Dus wij gaan niet direct, normaal niet, zeggen: ga bij de cardioloog en sla uw huisarts over."

Oplossing voor?

- Problemen i.v.m. bereikbaarheid
- Geringe tandheelkundige basiskennis bij huisartsen
- Verschillen in praktijkvoering

Apothekers betrekken

Apothekers kunnen de communicatie in de eerstelijnszorg vlotter maken. Een voorbeeld van een project waarbij apothekers expliciet betrokken werden, is het reeds vernoemde project van de eerstelijnszone in Aalst. In dit project engageerden huisartsen en apothekers zich een papieren medicatielijst mee te geven aan patiënten die ten minste 5 medicamenten innemen.

De deelnemers zien extra mogelijke winst door apothekers meer te betrekken bij het invullen van Vitalink en ze in te schakelen als controlemechanisme bij moeilijke situaties als antibioticashoppende patiënten. *Tandarts 4: "Dus je moet ook een stuk de apothekers er bij kunnen betrekken als de huisartsen het niet bolwerken."*

Oplossing voor?

- Problemen met medicatieschema – Vitalink
- Probleemsituaties

Huisartsen stimuleren om Vitalink en Sumehrs goed op te volgen

Om van Vitalink en Sumehrs handige instrumenten te maken, is het belangrijk dat huisartsen deze tools zo veel mogelijk gebruiken. Het vraagt extra administratie, maar het levert op termijn veel op. Tandartsen, bijvoorbeeld, kunnen deze informatie gemakkelijk raadplegen via hun programma's. De wetenschap dat andere hulpverleners er echt iets aan hebben is misschien een stimulans voor huisartsen om de extra administratie op te nemen.

Oplossing voor?

- Problemen i.v.m. informatie van huisarts naar tandarts
- Problemen met medicatieschema – Vitalink
- Problemen met Sumehrs

Medicatielijst op papier meegeven

Voor tandartsen is het belangrijk om over correcte informatie te beschikken wat betreft de medicatie van de patiënt. Zeker wanneer een huisarts actief verwijst, is het zijn taak om te zorgen dat de tandarts over deze informatie beschikt. Bij het gebruik van Vitalink treden er soms nog problemen op, dus is het momenteel veiliger ook een medicatielijst op papier mee te geven.
Tandarts 1: "Bijvoorbeeld een medicatieschema afgedrukt dat de patiënt bij zich heeft waar we een kopie van kunnen nemen om bij zijn dossier bij te steken."

Oplossing voor?

- Problemen i.v.m. informatie van huisarts naar tandarts
- Problemen met medicatieschema – Vitalink

Bijscholing van de huisarts

Tijdens de focusgroep gaven huisartsen zelf aan weinig kennis te hebben over (problemen met) mondgezondheid, terwijl ze er wel regelmatig mee geconfronteerd worden. Ook de link tussen mondgezondheid en algemene gezondheid is niet vanzelfsprekend. Bijscholing over mondgezondheid kan een oplossing bieden voor deze problemen.

Oplossing voor?

- Geringe aandacht van de huisarts voor tandheelkundige problemen
- Te weinig educatie door de huisarts over de systeemeffecten van de mondgezondheid
- Geringe tandheelkundige basiskennis bij huisartsen

Orde der artsen

Indien een individuele huisarts weigert te communiceren met tandartsen en zo de gezondheid en optimale zorg voor de patiënt in gevaar brengt, kan het advies van de Orde der artsen ingewonnen worden. Zij kunnen bekijken welke stappen er kunnen gezet worden.

Oplossing voor?

- Problemen met individuen

Verschillende communicatiemogelijkheden

Er zijn veel verschillende communicatiemiddelen: telefonisch contact, mailen, de eHealthBox gebruiken, verwijsbrief meegeven,… Deze mogelijkheden werden met hun voor- en nadelen in paragraaf 3.3.2.1. besproken. Het is belangrijk onderling afspraken te maken over hoe elkaar te contacteren. Deze afspraken kunnen regiogebonden zijn. In de groep die bevraagd werd, verkozen de tandartsen telefonisch contact en als tweede mogelijkheid e-mail, liefst via de eHealthBox. De huisartsen verkozen e-mail, liefst via de eHealthBox, en bij dringende problemen de telefoon.

Het blijft soms moeilijk om de tandartsen (tijdens hun behandelingen) of de huisartsen (tijdens hun huisbezoeken) aan de lijn te krijgen. Er werden in deze groep wel een paar mogelijkheden gesuggereerd voor tandartsen en huisartsen die beschikken over assistentie binnen hun praktijk. Als er bijvoorbeeld contact genomen wordt om informatie door te geven, kan die informatie ook doorgegeven worden aan de assistent, die de tandarts of huisarts later op de hoogte brengt. Er kan

ook binnen de praktijk beslist worden om bij telefonisch contact door andere zorgverleners de telefoon wel door te schakelen naar de tandarts of huisarts.

Oplossing voor?

- Problemen i.v.m. informatie van tandarts naar huisarts
- Problemen i.v.m. informatie van huisarts naar tandarts
- Problemen i.v.m. bereikbaarheid

Sensibiliseren over nood aan communicatie tussen beide beroepsgroepen

Veel tandartsen en huisartsen, ook uit de bestudeerde groep, hebben nog niet echt stilgestaan bij de voordelen van een goede samenwerking tussen tandartsen en huisarts. Bij huisartsen glippen tandartsen soms zonder specifieke reden uit het normale doorverwijspatroon dat ze bij ziekenhuisspecialisten hanteren. Het kan de moeite zijn tandartsen en huisartsen te sensibiliseren over het belang van interdisciplinaire communicatie.

Oplossing voor?

- Problemen i.v.m. informatie van tandarts naar huisarts
- Problemen i.v.m. informatie van huisarts naar tandarts
- Geringe aandacht van de huisarts voor tandheelkundige problemen
- Te weinig educatie door de huisarts over de systeemeffecten van de mondgezondheid

Verwachtingen van huisartsen en tandartsen over hun onderlinge samenwerking (3.2.2.2.)
- Verwachtingen van huisartsen over de samenwerking met tandartsen
  - Informatie van tandarts naar huisarts
    - Bellen
    - Brief na consult
    - Mailen
    - eHealthBox
    - Sensibiliseren over nood aan communicatie tussen beide beroepsgroepen
    - Goede voorbeeld
    - Sociale kaart
- Verwachtingen van tandartsen over de samenwerking met huisartsen
  - Informatie van huisarts naar tandarts
    - Verwijsbrief
    - Medicatielijst op papier meegeven
    - Bellen
    - Artsen stimuleren Vitalink en Sumehrs goed op te volgen
    - Mailen
    - eHealthBox
    - Sensibiliseren over nood aan communicatie tussen beide beroepsgroepen
    - Goede voorbeeld
    - Sociale kaart
  - Aandacht van de huisarts voor tandheelkundige problemen
    - Sensibiliseren over nood aan communicatie tussen beide beroepsgroepen
    - Bijscholing huisarts
    - Gezamenlijke activiteit
  - Educatie door de huisarts over de systeemeffecten van de mondgezondheid
    - Sensibiliseren over nood aan communicatie tussen beide beroepsgroepen
    - Bijscholing huisarts
    - Gezamenlijke activiteit

Ervaren problemen (3.2.2.3.)
- Problemen in doorverwijzing
  - Bereikbaarheid
    - Gezamenlijke activiteit
    - Goede voorbeeld
    - Sociale kaart
    - Verduidelijken van de rol van iedere discipline
    - Verschillende communicatiemogelijkheden
  - Kostprijs tandarts
    - /
- Problemen in ondersteuning / delen van gegevens
  - Medicatieschema – Vitalink
    - Apothekers betrekken
    - Huisarts stimuleren Vitalink en Sumehrs goed op te volgen
    - Medicatielijst op papier meegeven
  - Invulling term GMD
    - Gezamenlijke activiteit
  - GMD-houder
    - Gezamenlijke activiteit
  - Sumehr
    - Huisarts stimuleren Vitalink en Sumehrs goed op te volgen
- Tandheelkundige basiskennis bij huisartsen
  - Bijscholing huisarts
  - Gezamenlijke activiteit
  - Verduidelijken van de rol van iedere discipline
- Verschillen in praktijkvoering
  - Gezamenlijke activiteit
  - Verduidelijken van de rol van iedere discipline
- Problemen met individuen
  - Orde der artsen
- Probleemsituaties
  - Apothekers betrekken

Tabel 3. Overzicht van de mogelijke oplossingen per aangegeven probleem of verwachting

3.3.3 De evaluatie-interviews

Tijdens de evaluatie-interviews werden de deelnemers gevraagd naar hoe ze de gemeenschappelijke vorming ervaarden, wat ze goed vonden en wat ze zouden verbeteren. Ook werd bevraagd of de deelnemers de doorgestuurde informatie, de sociale kaart en het sjabloon voor de verwijsbrief gebruikt hadden, wat ze er de meerwaarde van vonden en wat drempels waren om ze te gebruiken. Tot slot werd ook gevraagd hoe de deelnemers de communicatie met het andere zorgberoep hadden ervaren voor de vormingsavond en of ze na de vormingsavond verandering in communicatie hadden ervaren bij zichzelf of bij het andere zorgberoep.

3.3.3.1 Evaluatie van interprofessionele vormingsavond

Alle deelnemende tandartsen en huisartsen gaven aan dat het verrijkend en aangenaam was eens met de andere zorgdiscipline samen te zitten. Het was voor iedereen de eerste keer dat ze deelnamen aan een overleg met de andere discipline. Een tandarts vertelde dat hij/zij het goed vond, dat die avond een bredere communicatie mogelijk was dan bij telefonisch contact, waarbij meestal snel overlegd wordt over één patiënt. Ook anderen vonden dat het een goede manier was om elkaar wat beter te leren kennen: elkaars ideeën en manier van redeneren, elkaars visie, maar ook elkaars noden en pijnpunten over de samenwerking en verwijzingen. Veel deelnemers vonden het gesprek open en de sfeer goed. Vooral de tandartsen, maar ook huisartsen gaven uiting aan tevredenheid over het focusgroepgesprek. *Huisarts 6: "Er was een goede atmosfeer, zodat we ook naast de inhoud over organisatie konden horen wat eigenlijk de verwachtingen van beide kanten waren… of frustraties, of dergelijke. Dus dat open gesprek vond ik eigenlijk wel heel goed."*

Enkele deelnemers suggereerden dat de resultaten nog beter zouden zijn indien de avond herhaald werd, omdat de individuen elkaar dan beter zouden leren kennen en nog meer open kaart met elkaar zouden durven spelen.

De meeste deelnemers vonden de opbouw van de avond goed, over de grootte van de groep liepen de meningen uit elkaar. Sommigen vonden de groep goed, anderen vonden hem iets te groot om iedereen goed aan bod te laten komen en persoonlijk contact te leggen.

Het theoriegedeelte werd vooral door de huisartsen vernoemd. De meeste huisartsen vonden dat ze veel extra kennis hadden opgedaan, uit de theorie zelf en uit de reacties van de tandartsen.

Er werden ook verbeteringspunten aangereikt door de deelnemers.
Sommige deelnemers vonden dat er meer tijd mocht zijn om met elkaar te babbelen. Een tandarts voegde er aan toe dat zo'n avond mét een hapje en een drankje ook aangenaam zou zijn.
De groep deelnemers was voor sommigen te groot om iedereen aan het woord te laten, maar ook een beter getrainde gespreksleider had de interactie met meer teruggetrokken deelnemers kunnen verbeteren. Wat de groepssamenstelling betrof, werd er terecht opgemerkt dat het huisartsenpubliek geselecteerd was, zonder artsen uit solopraktijken die misschien een andere visie op problemen en oplossingen hebben. Het tandartsenpubliek, daarentegen, kwam uit het hele gebied waar tandartsen aangesloten zijn bij de Tandheelkundige Kring Land van Aalst. Dit gebied is

niet beperkt tot de eerstelijnszone Aalst. Enkele tandartsen kwamen uit Ninove en Geraardsbergen. Sommige deelnemers vonden het jammer dat het gebied niet strikt beperkt was gebleven tot Aalst. In hun dagelijkse praktijk hebben ze immers weinig contact met zorgverleners uit andere steden. In verband met het theoretisch gedeelte werd opgemerkt dat het voor de huisartsen moeilijk was om zich zonder voorbeeld voor te stellen hoe een tand in elkaar zit. Daar even bij stilstaan had geholpen om de andere onderwerpen beter te kunnen vatten. Een ander aangehaald punt was dat de kennis, die de huisartsen hadden opgedaan, ook relatief snel weer verdween en hun praktijk vaak weinig beïnvloedde. Dit wordt verder besproken in de volgende paragraaf (3.3.3.2) bij de evaluatie van de informatie die achteraf werd doorgestuurd

3.3.3.2 Evaluatie van de informatie die achteraf werd doorgestuurd

De meeste deelnemers gaven aan dat ze de informatie kort hadden doorgenomen, maar er verder niet veel mee hadden gedaan. Enkele deelnemers, een tandarts en twee huisartsen, hadden de informatie grondiger verwerkt. *Huisarts 8: "Ik heb de informatie doorgenomen, ja. Ik heb veel kennis bij opgedaan, dingen die wij in de huisartsengeneeskunde niet weten, vooral praktische dingen, zijn mij toch bijgebleven."* Vijf deelnemers, drie huisartsen en twee tandartsen, hadden de informatie niet doorgenomen. De drie huisartsen drukten het voornemen uit dit wel nog te doen. Tijdsgebrek en het ontoegankelijk vinden van de informatie waren de grootste drempels om de informatie te verwerken.

Drie huisartsen stelden voor de informatie eerder in steekkaartformaat mee te geven, om ze toegankelijker te maken voor gebruik in de praktijk. Een huisarts stelde een e-learning of een korte online test voor om, enige tijde na de bijeenkomst, de verworven kennis te prikkelen en ze verder in het geheugen te prenten.

3.3.3.3 Evaluatie van de sociale kaart

Wat betreft de sociale kaart waren de meningen tussen de twee disciplines opvallend verdeeld. De huisartsen gebruikten ze, waren er enthousiast over en meldden dat de sociale kaart een meerwaarde was voor hun praktijkvoering. Ze vonden dat het de drempel verlaagde om zelf de communicatie met de tandarts te starten en dat de sociale kaart het gemakkelijker maakte om patiënten te helpen bij de zoektocht naar een tandarts. De tandartsen gebruikten de kaart niet. Voor sommigen was de sociale kaart niet nuttig omdat zij werkzaam zijn in een gebied waarover geen gegevens stonden in de kaart. Anderen hadden onvoldoende de tijd gehad om zich werken met de sociale kaart eigen te maken, hadden de hulp van een sociale kaart nog niet nodig gehad of prefereerden andere methodes, zoals opzoeken via een online zoekmachine als google. *Tandarts 1: "(De gegevens van de arts zoeken) is een beetje altijd opzoeken, maar als we dan de omweg, allé, omweg is een groot woord, via dat portaal (www.desocialekaart.be) moeten gaan, dan zie ik dat als zwaarste optie als we echt niets vinden, maar meestal vinden wij wel gegevens van die arts gewoon op het internet."*

3.3.3.4 Evaluatie van de sjablonen voor verwijsbrieven

Drie deelnemers, waarvan twee huisartsen en een tandarts, hadden de sjablonen voor verwijsbrieven al gebruikt, de andere deelnemers hadden dit nog niet gedaan. Redenen daarvoor waren dat ze de mail met de sjablonen hadden gemist, dat ze de sjablonen nog niet nodig hadden gehad, dat ze nog geen tijd hadden gehad om er zich echt mee bezig te houden, dat ze verwijsbrieven geen meerwaarde voor hun eigen praktijkwerking vonden of dat de verzonden sjablonen geen meerwaarde betekenden ten opzichte van het gewone verwijsbriefsjabloon.

Bij de huisartsen speelde de vraag of een aparte verwijsbrief voor verwijzing naar een tandarts aan de orde was. Eén huisarts vond dat een apart sjabloon eigenlijk weinig meerwaarde had en pleitte ervoor om voor alle specialisaties hetzelfde verwijssjabloon te gebruiken om verwijzen eenvoudig te houden. Vier huisartsen waren wel voorstander van een apart sjabloon. Ze vonden het handig dat ze zo niet alle informatie uit het dossier opstuurden, maar enkel de relevante items. Ze verwachtten immers dat het voor de tandartsen duidelijker zou zijn als enkel relevante informatie werd doorgestuurd. Indien de verwijzing naar de tandarts door een apart sjabloon gemakkelijker verloopt, zou het sjabloon eveneens een stimulans kunnen zijn om meer door te verwijzen en meer brieven mee te geven. Eén van de vier huisartsen merkte op dat het een kleine moeite was een apart sjabloon te gebruiken voor tandartsen als dat hun werk gemakkelijker maakt.

De deelnemers gaven ook hun aanbevelingen over de inhoud van de verwijsbrief. Die is liefst kort en duidelijk. Het is wel handig om ruimte open te laten voor extra aanvullingen (bijvoorbeeld door een blanco hokje bij het lijstje van mogelijke risicofactoren toe te voegen). *Tandarts 10: "Gewoon het feit dat dat er een sjabloon is… Ik vind niet dat jij dat meer moet detailleren of meer moet gaan uitspitten: uiteindelijk vul je in wat je nodig vindt hé.. nee, ik vind niet dat daar meer moet instaan: kort en bondig."* De deelnemers denken dat het praktisch het handigst is als het een gestandaardiseerde brief is, die, mits toestemming van de patiënt, via eHealth kan worden verzonden.

3.3.3.5 Ervaringen van tandartsen en huisartsen over onderlinge communicatie – evaluatie van het effect van de interventies

Huisartsen

<u>Voorafgaand aan de interprofessionele vorming</u>

Alle huisartsen gaven aan voor de interprofessionele vorming bijna nooit contact te hebben gehad met tandartsen. *Huisarts 7: "Nee, dat liep helemaal niet vlot, want als je belt krijg je ze zelden aan de lijn, wij geven geen brieven mee, wij krijgen geen brieven terug. Het is via het verhaal van de patiënt dat je dan weet van: oké, er is iets gebeurd."*

Eén huisarts gaf aan toch af en toe telefonisch contact te initiëren, meestal in verband met patiënten onder anticoagulatie. Vier huisartsen gaven aan zeer zelden telefonisch contact te initiëren. Twee huisartsen hadden nog nooit gebeld naar een tandarts. Er is slechts één huisarts die meldt een telefoontje van een tandarts te hebben ontvangen.

Drie huisartsen hadden zelf nog nooit een verwijsbrief geschreven, twee deden dat zelden en twee schreven regelmatig. Drie huisartsen hadden ooit al een brief terug gekregen.

Na de interprofessionele vorming

Alle huisartsen gaven aan meer aandacht te besteden aan de communicatie met tandartsen wanneer zij een patiënt verwijzen. Vijf huisartsen zeggen nu altijd een brief te schrijven, twee huisartsen zeggen meer dan vroeger te schrijven, maar niet altijd. Twee van de zeven huisartsen gebruikten het apart sjabloon om te verwijzen, de anderen gebruikten een standaard verwijsbrief. Geen enkele huisarts heeft sinds de interprofessionele vorming naar een tandarts gebeld. Eén huisarts vertelt dat hij/zij sinds de interprofessionele vorming een meer open gevoel naar tandartsen ervaart bij zichzelf. Twee huisartsen gaven aan zich bewuster te zijn van de noodzaak te communiceren met tandartsen. De meeste huisartsen geven aan geen verandering in de communicatie van tandartsen te ervaren. De meesten hadden dat ook niet verwacht, gezien het relatief geringe aantal aanwezigen op de vormingsavond. Eén deelnemer vermeldde het wel jammer te vinden dat er geen duurzame samenwerking uit de vormingsavond voortkwam. *Huisarts 4: "Euhm, wat daar nu niet uit voortgekomen is, dat is echt een duurzame samenwerking met één van de tandartsen daar aanwezig."* Eén huisarts zegt wel een verandering in communicatie van tandartsen te merken: hij/zij heeft al een paar keer verslagen ontvangen, terwijl dat vroeger nooit gebeurde.

Tandartsen

Voorafgaand aan de interprofessionele vorming

Eén tandarts gaf aan voor de interprofessionele vorming nooit of heel zelden contact te hebben gehad met huisartsen. Drie tandartsen zegden zelden contact te hebben gehad. *Tandarts 7: "Mijn ervaring? Wel, dat er eigenlijk weinig communicatie is."* Twee tandartsen hadden wel regelmatig contact met een huisarts.

In de ervaring van de deelnemende tandartsen was er voornamelijk sprake van telefonisch contact. De drie tandartsen die zelden contact hadden met tandartsen gaven aan soms te bellen in verband met een medicatie-gerelateerd probleem voor een specifieke patiënt. De twee tandartsen die regelmatig contact hadden met een huisarts, vernoemden ook telefonische contacten met huisartsen uit de buurt waar een goede verstandhouding mee is.

Er was geen melding van briefwisseling met huisartsen voor de interprofessionele vorming.

Na de interprofessionele vorming

Drie tandartsen geven aan hun eigen communicatie niet te hebben veranderd sinds de interprofessionele vorming. *Tandarts 7: "Ik moet zeggen, ik moet er eerlijk in zijn: nee (er is niet veel veranderd). En terug moet ik inroepen: de drukke agenda en zo. Maar naar de toekomst toe ben ik toch van zin om daar iets aan te veranderen."* Bij één tandarts was het antwoord op deze vraag niet duidelijk. Twee tandartsen gaven aan hun communicatie wel te hebben veranderd. Eén gaf aan het briefsjabloon te hebben gebruikt en te hebben meegegeven aan een patiënt. De andere gaf aan ondertussen al een paar keer te hebben gemaild en gebeld. Eén tandarts gaf aan zich bewuster te zijn geworden van de noodzaak te communiceren met huisartsen.

De meeste tandartsen (vier van de zes) gaven aan geen verandering in communicatie bij de huisartsen te hebben ondervonden. De resterende twee hadden ondertussen wel al mails ontvangen of patiënten met verwijsbrieven in de praktijk gekregen.

3.4 Discussie

3.4.1 De samenwerking tussen tandarts en huisarts

Wat betreft de verwachtingen van tandartsen en huisartsen over elkaars samenwerking, verwachten huisartsen ook in deze studie voornamelijk dat tandartsen mondaandoeningen behandelen. In tegenstelling tot de gegevens uit de literatuur verwachten de huisartsen in deze studie wel meer rapportering dan enkel gegevens over voorgeschreven medicatie (2, 5). Ze vinden het een meerwaarde feedback te krijgen wanneer ze een patiënt hebben doorverwezen en zijn geïnteresseerd in informatie over het te verwachten beloop van de mondaandoening en het beleid dat de tandarts heeft gekozen. Tandartsen verwachten, net zoals in de studie van Sippli et al., informatie van de huisarts, over de algemene gezondheidstoestand en de medicatie van de patiënt (2). Ze verwachten ook aandacht van de huisarts voor tandheelkundige problemen. Dit kan zich in de praktijk vertalen naar een inspectie van het gebit tijdens het klinisch onderzoek, het actief verwijzen van patiënten bij vermoeden van mondproblemen en het herinneren aan de preventieve controle bij de tandarts. De deelnemende tandartsen vinden het ook belangrijk dat de huisarts zijn/haar patiënten informeert over het belang van de mondgezondheid voor de algemene gezondheid.

Bij de huisartsen zou het verschil tussen de huidige bevindingen en de bevindingen in de literatuur kunnen duiden op een grotere interesse in mondgezondheid van de deelnemende huisartsen. Het zou ook kunnen dat ze meer vertrouwen hebben in de competenties van de tandartsen en hen niet lager achten dan artsen, zoals wel het geval was in de studie van Tenenbaum et al. (4). De huisartsen in deze studie verwachten immers ongeveer hetzelfde bij doorverwijzing naar een tandarts als bij doorverwijzing naar een ziekenhuisspecialist. Er werd in het focusgroepgesprek ook verwezen naar methodes en formuleringen in briefwisseling, waarmee huisartsen al hadden gewerkt in hun communicatie met ziekenhuisspecialisten. Er waren echter enkel huisartsen uit groepspraktijken (één wijkgezondheidscentum en één groepspraktijk) aanwezig, die misschien meer ervaring hebben in het afstemmen van hun beleid op het beleid van andere zorgverstrekkers. De afwezigheid van huisartsen uit solopraktijken kan de resultaten dus beïnvloed hebben.
Ten opzichte van bestaande studies verwachten de deelnemende tandartsen van deze studie meer van de huisartsen op gebied van patiënteducatie over het belang van een goede mondgezondheid voor de algemene gezondheid. Ze verwachten ook dat de huisarts zijn/haar patiënten herinnert aan hun jaarlijkse preventieve controle bij de tandarts. Dit verschil zou kunnen te wijten zijn aan het terugbetalingssysteem voor tandheelkundige zorg in België: wanneer een volwassen patiënt in het voorgaande kalenderjaar geen geattesteerde prestatie bij een tandarts heeft laten uitvoeren, dan zal deze patiënt voor sommige behandelingen een lagere terugbetaling genieten. Via dit zogenoemde mondzorgtraject probeert de Belgische overheid patiënten financieel te stimuleren een jaarlijkse tandheelkundige controle te ondergaan.
Het is zeker mogelijk dat de resultaten beïnvloed werden door de aanwezigheid van tandartsen én huisartsen tijdens het focusgroepgesprek. De eerder uitgevoerde studies maakten telkens gebruik van individuele interviews, waarbij de deelnemers geen rekening moesten houden met de mening van andere aanwezigen. Mogelijks kan het bij elkaar brengen van tandartsen en huisartsen ook bijdragen tot een meer positief beeld van elkaar.

Wat de ervaringen over onderlinge samenwerking betreft, geven zowel tandartsen als huisartsen aan dat ze weinig samenwerking ervaren met het andere zorgberoep: de meesten worden zelden gecontacteerd en nemen zelden zelf initiatief. De meeste deelnemers vonden dat de samenwerking beter kon. Enkele tandartsen waren wel tevreden over hun samenwerking met huisartsen uit de buurt waar ze een goede verstandhouding mee hadden.
Er werden heel wat problemen vernoemd die tandartsen en huisartsen ervaren in hun samenwerking. Er zijn problemen bij het doorverwijzen en bij het delen van gegevens. In tegenstelling tot de rapportage van huisartsen uit andere studies geven de huisartsen in deze studie aan dat hun kennis van mondgezondheidgerelateerde onderwerpen beperkt is (2, 4). Tandartsen spraken zich in deze studie niet echt uit over hun eigen kennis, er werd ook - net als bij de huisartsen, trouwens - niet expliciet naar gevraagd. Tot slot worden ook de verschillen in praktijkvoering ervaren als drempels op de weg naar een betere communicatie.

Zowel tandartsen als huisartsen vonden in deze studie dat de samenwerking tussen beide beroepsgroepen over het algemeen beter kan. De tandartsen volgen daarmee het beeld dat Sippli et al. en Holzinger et al. schetsten, de huisartsen volgen de trend uit de studie van Tenenbaum et al. en Holzinger et al. (2, 4, 5). Ook in deze studie waren er tandartsen die refereerden naar een betere samenwerking met huisartsen die de tandarts beter kende (2, 5). Net zoals in de studie van Tenenbaum et al. tonen de antwoorden een kwantitatief heel beperkte samenwerking. Dit wordt door de deelnemer ook zo ervaren (4). Zij geven, net zoals de deelnemers van de studies van Tenenbaum en Sippli, aan dat communicatie vaak via de patiënt verloopt (2, 5). Dit zou er op kunnen wijzen dat de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen in België, net als in Frankrijk en Duitsland, nog niet optimaal is. Er zijn echter onvoldoende gegevens beschikbaar om deze hypothese te bevestigen.

Ook in deze studie lijken kennis over elkaars competenties en dagelijkse werking een belangrijke drempel te zijn in de samenwerking. Leden van beide disciplines geven ook aan dat de gepercipieerde afstand een probleem is (2, 4, 5, 22). Zo werd tijdens het focusgroepgesprek de interdisciplinaire vorming als een belangrijke mogelijke maatregel genoemd en gaven alle deelnemers in de interviews aan dat het aangenaam was de andere discipline beter te leren kennen. De rapportage van de beperkte kennis van mondgezondheidgerelateerde onderwerpen staat in contrast met de gegevens uit de studie van Sippli et al. Dit verschil zou kunnen duiden op een betere integratie van deze onderwerpen in de opleidingen van huisartsen in Duitsland (2). Er zijn ook andere mogelijke verklaringen. Het kan dat huisartsen zich in het bijzijn van tandartsen bescheidener opstellen wat betreft hun kennis over tandheelkunde. Het is ook mogelijk dat deze huisartsen een realistischer beeld hadden van hun kennis. Dit realistischer beeld zou kunnen voortkomen uit de visies van de deelnemers of uit de theoretische opfrissing van enkele relevante thema’s voor het focusgroeponderzoek.

Het nieuwe aan deze studie, ten opzichte van de andere studies over de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen, is dat de nadruk lag op mogelijke oplossingen voor de problemen die zich in het werkveld voordoen. Er werd gepeild naar ervaringen, verwachtingen en problemen, maar er werd van de deelnemers vooral gevraagd om oplossingen te bedenken vanuit hun ervaring in de eerstelijnszorg in Vlaanderen.

In de bestaande literatuur stelden de onderzoekers zelf, op het einde van hun studies, manieren voor om de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen te verbeteren. Ideeën waren gemeenschappelijke projecten in de opleidingen, gemeenschappelijke vormingsavonden, afzonderlijke vormingsavonden voor huisartsen, guidelines en afspraken over doorverwijzing, publicaties in vakbladen, stimuleren van persoonlijke contacten via gemeenschappelijke vormingsavonden of via lokale samenwerkingsverbanden (2, 4-6).
In dit onderzoek stelden de deelnemers zelf manieren voor om de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen te verbeteren. Hun ideeën waren gemeenschappelijke vormingsavonden, afzonderlijke vormingsavonden voor huisartsen, zelf het goede voorbeeld geven, medicatielijsten op papier meegeven met patiënten, sociale kaarten opstellen, afspraken maken over doorverwijzing en over hoe elkaar te contacteren, de rol van iedere discipline verduidelijken, huisartsen stimuleren om Vitalink en Sumehrs goed op te volgen, apothekers betrekken in de samenwerking rond medicatie en beide beroepsgroepen sensibiliseren over de nood aan communicatie met elkaar.

Het is opvallend hoe gelijklopend de voorstellen van onderzoekers en tandartsen en huisartsen uit de eerstelijnszorg zijn. Zowel in de literatuur als door de deelnemers van dit onderzoek werd aandacht besteed aan het leren kennen van elkaars competenties, aan het elkaar persoonlijk leren kennen, aan het volgen van gemeenschappelijke vormingsavonden, aan het maken van goede afspraken en aan het sensibiliseren van beide disciplines over de meerwaarde van samenwerking.
Er is wel een verschil te zien in de uitwerking van deze basisideeën. In de literatuur komen de oplossingen uit het perspectief van onderzoekers. Zij bekijken hoe de wetenschappelijke wereld kan helpen om de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen in de eerstelijnszorg te verbeteren: gemeenschappelijke vormingsavonden organiseren, lokale samenwerkingsverbanden promoten, guidelines maken, artikels publiceren,… In deze studie komen de oplossingen meer uit het perspectief van de practicus, gericht op zijn of haar onmiddellijke werkomgeving. De tandartsen en huisartsen bekijken hoe zij in de praktijk de samenwerking beter kunnen doen verlopen en wat hen daarbij kan helpen. Dit uit zich het duidelijkst in de oplossing ‘zelf het goede voorbeeld geven’. Er worden gelijkaardige oplossingen voorgesteld zoals gemeenschappelijke vormingsavonden en afzonderlijke vormingsavonden voor huisartsen. Er komen ook andere voorstellen rond hetzelfde idee. Bij het idee ‘afspraken maken’, bijvoorbeeld, worden geen guidelines vernoemd, maar wordt er wel gezegd dat er afspraken moeten gemaakt worden over hoe elkaar te contacteren en naar elkaar door te verwijzen en dat de rol van elke discipline moet verduidelijkt worden. Er werd ook al een aanzet gegeven tot enkele praktische afspraken. Er wordt niet gesproken over artikels in vakbladen om tandartsen en huisartsen bewust te maken van de meerwaarde van een goede samenwerking, maar er wordt wel gezegd dat beroepsverenigingen hun leden zouden kunnen sensibiliseren over de nood aan samenwerking.

Wat betreft de opvallende gelijkheid van de basisideeën is het mogelijk dat onderzoekers en practici uit de ervaringen van practici dezelfde conclusies trekken en zo soortgelijke oplossingen formuleren. Het is ook mogelijk dat de deelnemers aan dit onderzoek beïnvloed werden door zelf deel te nemen aan een interdisciplinaire vorming en door de korte situatieschets (over de genoemde problemen tijdens het onderzoek van Comes S.) tijdens de inleiding van het focusgroepgesprek (7).

3.4.2 Interdisciplinaire vorming

Heeft het organiseren van een interdisciplinaire vorming voor tandartsen en huisartsen een positieve invloed op de samenwerking tussen tandarts en huisarts? Deze paragraaf onderzoekt die vraag, gebaseerd op de ervaringen van zorgverleners die de volledige studie, inclusief evaluatie-interview, doorliepen. Dertien zorgverleners, waarvan zeven huisartsen en zes tandartsen, volbrachten het volledige traject.

Alle deelnemers ervaarden de vormingsavond als aangenaam en nuttig. Ze gaven aan het interprofessioneel aspect aangenaam te vinden. Er is vraag naar meer interdisciplinaire avonden, in kleine groepen, liefst stad- of wijkgebonden en idealiter één tot tweemaal per jaar. Van de aangeboden informatie wordt best op de avond zelf al een samenvatting op steekkaartformaat meegegeven aan de deelnemers.
Naast de vormingsavond zelf werden ook andere interventies uitgevoerd: de deelnemers kregen achteraf informatie, een sociale kaart en sjablonen voor verwijsbrieven doorgestuurd.
De achteraf doorgestuurde informatie was voor sommige deelnemers onvoldoende kort en praktisch implementeerbaar om toegankelijk te zijn. Ideeën om de informatie toegankelijker te maken zijn de informatie in steekkaartformaat meegeven of achteraf een e-learning of online test aan te bieden.
De sociale kaart werd opvallend meer gebruikt door de huisartsen dan door de tandartsen. Huisartsen zijn, vanwege hun coördinerende rol in de zorg voor hun patiënten, zorgverleners bij wie communicatie met andere zorgverleners de laatste jaren steeds belangrijker werd. Ze krijgen vaak de rol van initiatiefnemer in de communicatie en worden door studies gewezen op het belang van hun communicatie. Mogelijk ervaren zij daarom meer ondersteuning door de sociale kaart. Er werden geen suggesties gegeven ter verbetering van de sociale kaart.
Slechts drie deelnemers, waarvan twee huisartsen en één tandarts, hadden de sjablonen voor de verwijsbrieven al gebruikt, de andere deelnemers hadden dat niet gedaan. Interessant is dat de twee huisartsen uit dezelfde praktijk kwamen: één praktijk had het sjabloon wel geïmplementeerd in hun programma's en gebruikt, de andere praktijk niet. Bij de huisartsen speelde de vraag of een apart sjabloon voor verwijsbrieven naar tandartsen een meerwaarde kon zijn ten opzichte van het sjabloon voor een standaard verwijsbrief. Aanbevelingen waren de verwijsbrief liefst kort en duidelijk houden, met ruimte voor extra aanvullingen van de zorgverleners. Een gestandaardiseerde brief die via eHealth kan worden verzonden lijkt de deelnemers het meest praktisch.

De meeste deelnemers van dit onderzoek geven aan meer stil te staan bij de communicatie met de andere discipline. Huisartsen geven aan meer verwijsbrieven te schrijven, tandartsen bellen en mailen of geven ook een brief mee. In deze kleine groep tandartsen en huisartsen gaven huisartsen meer gedragswijzigingen aan dan tandartsen. Zeven van de zeven huisartsen geven concrete

gedragswijzigingen, ten opzichte van twee van de zes tandartsen. De meeste deelnemers geven aan geen gedragsverandering te hebben waargenomen bij de andere discipline. Eén huisarts (van de zeven) en twee tandartsen (van de zes) hebben wel verwijsbrieven of mails gekregen.
Bij de zeven huisartsen was er geen uitval tijdens de fase van de evaluatie-interviews, bij de tandartsen werd bij vier van de tien na drie pogingen tot telefonisch contact geen afspraak voor een interview vastgelegd.

Het is goed nieuws dat één enkele interdisciplinaire vorming verandering lijkt te brengen in het gedrag van een deel van de zorgverleners. Voor dit pilootonderzoek werd echter een bovengemiddeld gemotiveerd publiek aangesproken, zowel bij de tandartsen als bij de huisartsen. Dit kan het gerapporteerde effect na de gezamenlijke vormingsavond een positieve bias geven. Alle huisartsen kenden bovendien de onderzoeker. Dit verklaart waarom ze gemakkelijker te bereiken waren voor een evaluatie-interview. De uitval bij de tandartsen tijdens de tweede fase is een veel realistischere verwachting dan het gebrek aan uitval bij de huisartsen. Ook de hogere gerapporteerde gedragsverandering bij de huisartsen kan gelinkt zijn aan een grotere inzet voor een bekende onderzoeker. Anderzijds lijken de gedragsveranderingen die de huisartsen rapporteren gemakkelijker in te passen in hun normale routine dan de gedragsverandering die van de tandartsen gevraagd wordt. Huisartsen sturen al verwijsbrieven naar specialisten, hun programma's zijn daar aan aangepast. In dat opzicht is het een relatief kleine moeite om bij verwijzing naar een tandarts ook een brief mee te geven. Bij tandartsen is er tot nu toe geen ondersteuning vanuit hun medische programma's.
De meeste deelnemers geven aan geen gedragsverandering te hebben waargenomen bij de andere discipline. Deze geringe verandering werd eigenlijk verwacht. De interdisciplinaire vormingsavond werd immers maar voor zeventien deelnemers gehouden. Verschillende tandartsen kwamen uit andere steden dan Aalst. In de buurt van hun praktijk waren er geen huisartsen werkzaam die hadden deelgenomen aan de vorming. En ook in Aalst zelf was het aantal tandartsen en huisartsen dat deelnam klein in vergelijking met het totaal aantal werkzame tandartsen en huisartsen. De kans op veranderde communicatie naar de deelnemers toe was dan ook eerder klein.

De verlenging van de duur van de studie was in enkele opzichten nadelig tijdens het onderzoek. Een voordeel is echter wel dat de resultaten wat betreft gedragswijziging op langere termijn werden bekeken dan eerst voorzien. Bij de meeste evaluatie-interviews was de interdisciplinaire vormingsavond al minstens zes maanden geleden, zodat het effect over een half jaar werd bekeken. Of de gedragswijziging langer dan zes maanden aanhoudt, wordt in deze studie niet verder onderzocht. Tijdens de studie werd door verschillende deelnemers, tandartsen en huisartsen, aangegeven dat ze van mening waren dat de interdisciplinaire vorming halfjaarlijks tot jaarlijks moet herhaald worden om een blijvend (en groeiend) effect te hebben.

3.4.3 Sterktes en zwaktes van deze studie

De grootste sterkte van de studie is dat het één van de weinige bestaande studies is die onderzoek doet naar mogelijkheden om de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen te verbeteren. Het organiseren van interdisciplinaire vormingsavonden werd wel voorgesteld in de schaarse literatuur over de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen, maar werd nog nooit onderzocht. De keuze voor focusgroeponderzoek paste goed bij dit weinig onderzochte onderwerp en gaf de ruimte voor onderlinge interactie tussen de deelnemers, die noodzakelijk is bij een interdisciplinaire vormingsavond. Een andere sterkte was dat de meeste deelnemers vonden zelf voordeel te hebben ondervonden in hun praktijken door deel te nemen aan het focusgroepgesprek. Ze gaven aan dat het voor hen de eerste maal was dat ze een vormingsavond met tandartsen en huisartsen volgden en dat dit verrijkend was.

Door moeilijkheden bij het opstellen van de sociale kaart duurde de studie langer dan voorzien. Dit was een kans om de effecten van de interdisciplinaire vorming op iets langere termijn te bestuderen, maar zorgde er ook voor dat deelnemers tijdens de evaluatie-interviews een avond moesten evalueren die al een tijd achter de rug was. De evaluaties waren daardoor misschien minder adequaat; verschillende deelnemers gaven aan zich sommige zaken die tijdens de vormingsavond gezegd waren niet goed meer te herinneren. De gegevens uit de evaluatie-interviews worden eveneens beïnvloed door de uitval van enkele tandartsen. Mogelijk waren deze tandartsen minder positief over het project en zorgt het ontbreken van hun opinie voor een bias in de resultaten van de evaluatie-interviews.

Eén van de zwaktes was het geselecteerde karakter van de onderzoekspopulatie. Voor dit pilootproject werden meer dan gemiddeld geëngageerde zorgverleners aangesproken, wat de resultaten van de studie kan beïnvloeden. De huisartsen waren daarenboven afkomstig uit de twee opleidingspraktijken van de onderzoeker / huisarts in opleiding, een wijkgezondheidscentrum en een groepspraktijk, zodat het aantal verschillende praktijkvormen bij de huisartsen beperkt was. De huisartsen kenden de onderzoeker ook persoonlijk. Dit kan de onderzoeksresultaten eveneens beïnvloeden. De tandartsen kwamen daarentegen uit een grote regio. Bij een soortgelijk project kan een kleinere regio een meerwaarde zijn voor de lokale impact van de interprofessionele vormingsavond. Het focusgroepgesprek en de evaluatie-interviews werden afgenomen door dezelfde onderzoeker. Hoewel aangegeven werd dat kritische antwoorden zeer nuttig waren, vormde dit mogelijks een drempel voor negatieve feedback. De onderzoeker was tevens geen geoefende afnemer van focusgroepgesprekken en interviews. Een meer getrainde interviewer of gespreksleider was een meerwaarde geweest voor de kwaliteit van de verkregen gegevens. Wat betreft de samenstelling van het onderzoeksteam was het tevens een minpunt dat dit team enkel bestond uit huisartsen. Er werden tijdens het onderzoek wel tandartsen geraadpleegd, maar het was een meerwaarde geweest als het team meer gevarieerd was en er minstens een tandarts deel van had uitgemaakt. Tot slot werden onvoldoende gegevens verzameld om datasaturatie te bereiken.
In dit onderzoek lijken interdisciplinaire vormingsavonden waardevol om de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen te verbeteren. De externe validiteit van de resultaten is echter beperkt, gezien de onvoldoende diverse populatie en gezien er geen datasaturatie werd bereikt.

3.4.4 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Er is in België nog weinig onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen. Uitgebreider kwalitatief onderzoek zou meer informatie over de samenwerking, de verwachtingen en ervaringen van tandartsen en huisartsen kunnen opbrengen. Om een positieve impact te kunnen hebben op de samenwerking is het ook nodig de mogelijkheden om deze te verbeteren verder te onderzoeken. Verder onderzoek naar de impact van interdisciplinaire vormingsavonden op de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen is nodig. In dit onderzoek werden ook sociale kaarten en sjablonen voor verwijsbrieven naar tandartsen en huisartsen gebruikt. Voor de verwijsbrieven zou het ontwikkelen van gestandaardiseerde sjablonen een meerwaarde zijn.

3.5 Conclusie

De samenwerking tussen tandarts en huisarts kan, ook in de regio rond Aalst, verbeterd worden. Ideeën zijn gemeenschappelijke vormingsavonden organiseren, afzonderlijke vormingsavonden voor huisartsen organiseren, zelf het goede voorbeeld geven, medicatielijsten op papier meegeven met patiënten, sociale kaarten opstellen, afspraken maken over doorverwijzing en over hoe elkaar te contacteren, de rol van iedere discipline verduidelijken, huisartsen stimuleren om Vitalink en Sumehrs goed op te volgen, apothekers betrekken in de samenwerking rond medicatie en bij beide beroepsgroepen sensibiliseren over de nood aan communicatie met elkaar.
Een interdisciplinaire vormingsavond kan waardevol zijn om de kennis over de interacties tussen tandheelkunde en huisartsgeneeskunde te verbeteren, de gepercipieerde afstand tussen eerstelijnstandheelkunde en huisartsgeneeskunde te verminderen en persoonlijk contact tussen tandartsen en huisartsen te stimuleren. In deze studie werd de interprofessionele vormingsavond door alle deelnemers positief geëvalueerd en leek er ook een effect op het eigen gedrag wat betreft communicatie na de vormingsavond. Er zijn echter onvoldoende gegevens om hier een besluit uit te vormen.

4. Referenties

1. Cope AL, Wood F, Francis NA, Chestnutt IG. General practitioners' attitudes towards the management of dental conditions and use of antibiotics in these consultations: a qualitative study. BMJ Open 2015, 5(10): e008551.

2. Sippli K, Rieger MA, Huettig F. GPs' and dentists' experiences and expectations of interprofessional collaboration: findings from a qualitative study in Germany. BMC health services research 2017, 17(1): 179.

3. Douglass AB, Douglass JM, Krol DM. Educating pediatricians and family physicians in Children's oral health. Academic pediatrics 2009, 9(6): 452-456.

4. Tenenbaum A, Folliguet M, Berdougo B, Hervé C, Moutel G. Improving the physician-dental surgeon relationship to improve patient care. La Presse Médicale 2008, 37(4P1): 564-570.

5. Holzinger F, Dahlendorf L, Heintze C. 'Parallel universes'? The interfase between GPs and dentists in primary care: a qualitative study. Family practice 2016, 33(5): 557-561.

6. Philips KE, Hummel J. Oral health in primary care: a framework for action. JDR Clinical & Translational Research 2016, 1(1): 6-9.

7. Comes S. Van mond tot mond: kwalitatieve studie naar knelpunten en suggesties voor verbetering in de samenwerking tussen huisartsen en tandartsen [dissertation]. Leuven. ICHO; 2014.

8. Horikx A. et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Antistolling. Nederlands Huisartsen Genootschap. 2011. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/antistolling.pdf. Geraadpleegd 18 juni 2019.

9. Oral Health: local authorities and partners. NICE. 2014. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/ph55. Geraadpleegd 3 maart 2020.

10. Dental checks: intervals between oral health reviews, NICE. 2004. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/cg19. Geraadpleegd 3 maart 2020.

11. Oral health promotion: general dental practice. NICE. December 2015. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/ng30. Geraadpleegd 3 maart 2020.

12. Oral health for adults in care homes. NICE. Juli 2016. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/ng48. Geraadpleegd 3 maart 2020.

13. Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee. Tandabces. Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk. 2012. Beschikbaar via: https://www.bcfi.be/legacy_assets/antibioticagids-nl.pdf. Geraadpleegd 18 juni 2019.

14. Verduijn MM, De Jonge E. NHG-Behandelrichtlijn Endocarditis Profylaxe. Internetsite Nederlands Huisartsen Genootschap. 2016. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/nhgbehandelrichtlijn_endocarditis_profylaxe_0.pdf. Geraadpleegd 18 juni 2019.

15. EBPracticeNet. Monddroogte. Internet site ebpnet. 2019. Beschikbaar via: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00146. Geraadpleegd 18 juni 2019.

16. EBPracticeNet. Kanker van de mondholte: diagnose, behandeling en follow-up . Internet site ebpnet. 2014. Beschikbaar via: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm0084b. Geraadpleegd 18 juni 2019.

17. EBPracticeNet. Brandende mond en glossalgie. Internet site ebpnet. 2017. Beschikbaar via: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00156. Geraadpleegd 18 juni 2019.

18. EBPracticeNet. Schimmelinfectie in de mond. Internet site ebpnet. 2017. Beschikbaar via: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00152. Geraadpleegd 18 juni 2019.

19. EBPracticeNet. Ulcera van de mondmucosa. Internet site ebpnet. 2017. Beschikbaar via: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00150. Geraadpleegd 18 juni 2019.

20. EBPracticeNet. Beoordeling van orale mucosale veranderingen. Internet site ebpnet. 2017. Beschikbaar via: https://www.ebpnet.be/nl/pages/display.aspx?ebmid=ebm00153. Geraadpleegd 18 juni 2019.

21. Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. J Public Health 2015, 37: 716–727.

22. Headrick L, Wilcock PM, Batalden PB. Interprofessional working and continuing medical education. Bmj 1998, 316(7133): 771-774.

23. Institute for Healthcare Improvement. How to improve. Internet site Institute for Healthcare Improvement 2020. Beschikbaar via: http://www.ihi.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx. Geraardpleegd 22 mei 2020.

Bijlage 1: Protocol

DE INVLOED VAN INTERDISCIPLINAIRE VORMING OP DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN TANDARTS — MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE

Protocol

Doelstelling en verantwoording

Deze studie omvat een literatuuronderzoek en een kwaliteitsbevorderend project. Het doel van de studie is het bevorderen van de kwaliteit van de samenwerking tussen huisartsen en tandartsen. Er zal onderzocht worden of een interdisciplinaire vorming voor tandartsen en huisartsen de samenwerking tussen beide beroepsgroepen beïnvloedt. In literatuur kan men immers lezen dat een goede samenwerking tussen huisartsen en tandartsen de eerstelijnszorg kwaliteitsvoller en efficiënter kan maken en frustraties bij beide zorgberoepen kan verminderen. De weinige studies over de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen tonen vooral aan dat deze samenwerking niet steeds optimaal verloopt. In verschillende studies wordt interdisciplinaire vorming geopperd als een mogelijkheid om de samenwerkingsverbanden te verbeteren. Het werd echter nog nooit verder onderzocht of en in welke mate interdisciplinaire vorming een invloed heeft op de kwaliteit van de samenwerking tussen huisarts en tandarts.

Onderzoeksvragen

De onderzoeksvraag van de literatuurstudie luidt als volgt: “Wat zijn de ervaringen en verwachtingen van tandartsen en huisartsen met betrekking tot hun onderlinge samenwerking?”
De onderzoeksvraag van het kwaliteitsbevorderend project is: “Heeft het organiseren van een interdisciplinaire vorming voor tandartsen en huisartsen een positieve invloed op de samenwerking tussen tandarts en huisarts?”
Er wordt hierbij specifiek gekeken naar volgende uitkomstmaten:

- Ervaring van tandartsen en huisartsen met betrekking tot de interdisciplinaire vorming
- Ervaring van tandartsen en huisartsen met betrekking tot de onderlinge samenwerking voor de vorming
- Ervaring van tandartsen en huisartsen met betrekking tot de onderlinge samenwerking na de vorming
- Ervaren succes van de implementatie van de maatregelen uit de focusgroep in de praktijk
- Ervaren drempels om de maatregelen te implementeren
- Ervaren faciliterende elementen om de maatregelen te implementeren
- Suggesties ter verbetering van de gevormde maatregelen om de samenwerking te verbeteren

Studiepopulatie

Inclusiecriteria

- Actieve tandarts of huisarts
- Leeftijd tussen 24 en 75 jaar
- Werkzaam in de regio Aalst (omwille van de haalbaarheid)
- Alle praktijkvormen (solo, groep, wijkgezondheidscentrum)

Exclusiecriteria

- Andere eerstelijnszorgverleners, studenten geneeskunde of tandheelkunde, gepensioneerde huisartsen of tandartsen
- Zorgverleners werkzaam buiten de regio Aalst

Rekrutering zal gebeuren door aanspreken van huisartsen actief binnen de 2 praktijken van de huisarts in opleiding, aanspreken van tandartsen die betrokken waren in een eerder onderzoek over

samenwerking tussen huisartsen en tandartsen in Aalst, gevoerd door dr. Sabine Comes en via contact met de verantwoordelijken van de Tandheelkundige Kring Land Van Aalst.
Deze studie is een pilootproject met minimum 8 en maximum 16 deelnemers.

Onderzoeksopzet
Kwaliteitsbevorderend project aan de hand van kwalitatief onderzoek over interdisciplinaire bijscholing voor huisartsen en tandartsen.

Huisartsen en tandartsen uit de regio van Aalst worden gevraagd deel te nemen aan een interdisciplinaire vorming voor huisartsen en tandartsen waarvan de vorm en het effect zal geëvalueerd worden aan de hand van een interview met elk van de deelnemers enkele maanden na de vorming. Na ondertekening van het informed consent krijgen deelnemers een formulier waarop wordt gevraagd enkele algemene gegevens van de deelnemer (leeftijd, geslacht, tandarts/huisarts, soort praktijk) in te vullen alsook enkele suggesties voor de inhoud van de interdisciplinaire vorming voor tandartsen en huisartsen te doen.

De interdisciplinaire vorming zal bestaan uit 2 delen: een theoretische bespreking van 10 topics en een focusgroep over het praktisch organiseren van een betere samenwerking in de praktijken in de regio Aalst. In totaal zal dit een drietal uur in beslag nemen.
Het theoretische deel van de interdisciplinaire vorming wordt voorbereid met een afgevaardigde van de huisartsen en een afgevaardigde van de tandartsen, aan de hand van de suggesties van de deelnemers en bestaande wetenschappelijke literatuur. 5 topics zullen vertrekken vanuit tandartsenstandpunt met als doel de huisartsen praktische informatie te verschaffen over onderwerpen waarvan tandartsen vinden dat de kennis onvoldoende is en die nuttig zijn voor de onderlinge samenwerking. De overige 5 topics zullen vertrekken vanuit huisartsenstandpunt met als doel de tandartsen praktische informatie te verschaffen over onderwerpen waarvan huisartsen vinden dat de kennis onvoldoende is en die nuttig zijn voor de onderlinge samenwerking.
De focusgroep zal het praktisch organiseren van een betere samenwerking tussen de praktijken in de regio behandelen. Hierbij wordt open gestart met het vragen van suggesties bij de deelnemers. Indien dit niet spontaan ter sprake komt zal het gebruik tools zoals het noteren van vaste tandarts in het dossier van de huisarts en een standaard verwijsbrief specifiek bevraagd worden. Het gesprek zal opgenomen worden met digitale opnameapparatuur zodat de gegevens achteraf kwalitatief kunnen verwerkt worden. Na de interdisciplinaire vorming zal aan de deelnemers een samenvatting van de focusgroep bezorgd worden, eventueel samen met ondersteunende tools, zodat zij de besproken maatregelen kunnen implementeren in de dagelijkse praktijk.

Na een implementatieperiode van enkele maanden wordt gestart met het evalueren van het project aan de hand van interviews met de deelnemers. De interviews zullen peilen naar de ervaring van de deelnemers wat betreft de interdisciplinaire vorming zelf, de ervaring van de kwaliteit van de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen voor en na de vorming, het ervaren succes van de implementatie van de maatregelen uit de focusgroep in de praktijk, ervaren drempels en faciliterende elementen om de maatregelen te implementeren en suggesties ter verbetering van de maatregelen besproken in de focusgroep. Deze interviews zullen worden opgenomen met digitale opnameapparatuur. De gegevens uit de interviews zullen verwerkt worden en deze verwerking zal als feedback naar de deelnemers gestuurd worden.

Duur van de studie
De rekruteringsperiode zal lopen vanaf de goedkeuring van het ethisch comité tot het plaatsvinden van de interdisciplinaire vorming eind juni 2019. Na de interdisciplinaire vorming volgt de

implementatieperiode in de praktijk. Vanaf september 2019 tot december 2019 zullen interviews gehouden worden om het project te evalueren. Daarna zal de gegevensverwerking van start gaan, die afgerond moet zijn op 31/08/2020.
De totale tijdsbelasting per deelnemer wordt op 3u en 30min geschat.

Data-analyse
De opnames van de focusgroepen en interviews zullen getranscribeerd worden en vervolgens thematisch geanalyseerd worden. De data zullen gecodeerd en gelabeld worden (open coderen). In een volgende fase zullen de data aan elkaar gelinkt worden om zo de verschillende patronen en concepten te ontdekken en betekenis te geven aan de gegevens. Alle verzamelde data zullen vertrouwelijk behandeld worden.

Veiligheid
Er worden geen grote risico's verwacht voor de deelnemers bij de uitvoering van deze studie. De deelnemers kunnen de onderzoeker bij problemen steeds contacteren aan de hand van het emailadres vermeld op de informatiebrief. Bij vermoeden van een veiligheidsprobleem zal de onderzoeker de deelnemers steeds op de hoogte brengen.

Een bestaand risico is het risico op inbreuk op de privacy van de deelnemer. Om dit te voorkomen zullen gegevens van deelnemers gecodeerd verwerkt worden. De gegevens en het audiomateriaal van de focusgroep en de interviews zullen bewaard worden op een persoonlijke computer beveiligd met een wachtwoord. Er zal één back-up gemaakt worden op een harde schijf, ook beveiligd met code. Het audiomateriaal zal enkel door de onderzoeker worden beluisterd om de data-analyse te kunnen uitvoeren. Na het transcriberen en analyseren zullen de auto-opnames worden vernietigd.

De verzekering voor risico's verbonden aan het deelnemen aan deze studie wordt via de Universiteit Antwerpen afgesloten.

Bijlage 2: Goedkeuring ethisch comité

UZA
UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen
ETHISCH COMITE

Prof. dr. H. Bastiaens
UA
Huisartsgeneeskunde
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 38 97

De invloed van interdisciplinaire vorming op de samenwerking tussen huisarts en tandarts (Manama HA Fien Van Maldergem)

datum: 18/03/2019

ons kenmerk: 19/10/136

contactpersoon:
Secretariaat Ethisch Comité
ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 18/03/2019.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Dr. F. Van Maldergem
- Informatie- en toestemmingsformulier NL
  1) Huisartsen. Versie 1 dd 1/3/2019
  2) Tandartsen. Versie 1 dd 1/3/2019
- Protocol
  Versie 1 dd 1/3/2019

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 19/10/136

datum: 18/03/2019

ons kenmerk: 19/10/136

contactpersoon:
Secretariaat Ethisch Comité
ethisch.comite@uza.be

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.
Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.
Tot slot wijzen we er op dat voor in het UZA lopende studies de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. F. Van Maldergem, NVT, Gaffelstraat 99 - 9500 Geraardsbergen

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Vervolg blz. 3 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 19/10/136

Universiteit Antwerpen

datum: 18/03/2019

ons kenmerk: 19/10/136

contactpersoon:
Secretariaat Ethisch Comité
ethisch.comite@uza.be

Samenstelling Ethisch Comité sinds 7/01/2019.
Deze studie werd besproken op vergadering van 18/03/2019.

	Functie	M/V	Aanwezig
Voorzitter			
CRAS Patrick	Voorzitter/Neuroloog	M	+
Ondervoorzitter			
IEVEN Greet	Ondervoorzitter/Klinisch Bioloog	V	+
Leden EC UZA			
BASTIAENS Valerie	Apotheker	V	-
BLAUMEISER Bettina	Medisch geneticus	V	+
DE BAETSELIER Elyne	Verpleegkundige	V	+
HENS Kristien	Ethicus	V	-
MICHIELS Barbara	Huisarts	V	+
MICHIELSEN Peter	Gastro-enteroloog	M	+
PAELINCK Bernard	Cardiochirurg	M	-
SPECENIER Pol	Oncoloog	M	+
VAN DE WIELE Miranda	Patiëntenbegeleiding	V	-
VAN DEN EEDE Filip	Psychiater	M	+
VAN DYCK Pieter	Radioloog	M	+
VANSWEEVELT Thierry	Jurist	M	-
VERLOOY Joris	Pediater	M	+
Toegevoegde leden UA			
BORTIER Hilde	Arts, emerita hoogleraar UA	V	+
DE MEESTER Ingrid	Farmacoloog / Onderzoeker UA	V	+
GRANAAS Kristina	Medewerkster Dep. Onderzoek	V	-
Uitgenodigde Experten			
AERTSEN Veerle	Patiëntenvertegenwoordiger	V	-
DOCKX Celine	Jurist	V	-
IDES Kris	Kinesitherapeut	M	-
LUYTEN Leon	Arts in het beheer van gezondheidsgegevens	M	+
MICHIELSENS Inge	Jurist	V	-
MOONS Pieter	Coordinator bio- en weefselbank	M	+
VAN BORTEL Paulus	Filosoof	M	-
VANDEPERRE Peggy	Vertegenwoordigster gezonde vrijwilligers	V	-

The Ethics Committee states that no individual member of the Ethics Committee who may have an affiliation with the study or sponsor, has voted in the deliberations for this trial.

The Ethics Committee states that it is organised and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures.

Bijlage 3: Informatieformulier huisartsen

DE INVLOED VAN INTERDISCIPLINAIRE VORMING OP DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN TANDARTS — MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE

Informatieformulier huisartsen: oproep tot deelname aan studie

Geachte huisarts,

Mijn naam is Fien Van Maldergem, ik ben een eerstejaars huisarts in opleiding. Ik heb gestudeerd aan de Universiteit Gent en werk momenteel in een huisartsenpraktijk in Aalst. In het kader van mijn opleiding tot huisarts moet ik een kwaliteitsbevorderend project opstellen. Ik werk daarvoor graag voort op een onderzoek over de samenwerking tussen tandarts en huisarts dat enkele jaren geleden werd gevoerd door een ondertussen afgestudeerde collega, Sabine Comes. Ik hoop u te kunnen overtuigen mee te werken aan dit project.

Wat houdt het project precies in?
In literatuur kan men lezen dat een goede samenwerking tussen huisartsen en tandartsen de eerstelijnszorg kwaliteitsvoller en efficiënter kan maken en frustraties bij beide zorgberoepen kan verminderen. De weinige studies over de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen tonen vooral aan dat deze samenwerking niet steeds optimaal verloopt. In verschillende studies rond samenwerking tussen huisartsen en tandartsen wordt gezamenlijke bijscholing geopperd als een mogelijkheid om de samenwerkingsverbanden te verbeteren. Dit werd echter nog nooit in de praktijk getest. Graag zou ik een bijscholing voor tandartsen en huisartsen organiseren en onderzoeken of dit volgens de deelnemers zelf een positieve invloed heeft op hun samenwerking met de andere beroepsgroep. De onderzoeksvraag van dit kwaliteitsbevorderend project is “Heeft het organiseren van een gezamenlijke bijscholing voor tandartsen en huisartsen een positieve invloed op de samenwerking tussen tandarts en huisarts?”. Het is ook de bedoeling om na het informatieve stuk van de bijscholing met de beide beroepsgroepen samen te bekijken hoe de samenwerking in de dagelijkse praktijk kan verbeterd worden.

Wat betekent dit voor u?
De opzet van de studie loopt als volgt: er wordt een bijscholing georganiseerd voor zowel tandartsen als huisartsen, waar 10 topics zullen besproken worden die belangrijk zijn voor de mondzorg van de patiënt en voor de samenwerking tussen huisarts en tandarts. 5 topics zullen vooral vanuit huisartsenperspectief aan de tandartsen voorgesteld worden, de andere 5 topics zullen vooral vanuit tandartsenperspectief aan de huisartsen voorgesteld worden. Nadien volgt een focusgroepgesprek over hoe praktisch een betere samenwerking in de praktijken in het gebied rond Aalst zou kunnen georganiseerd worden. Dit gesprek zal geregistreerd worden. Enkele maanden na de bijscholing zullen de deelnemers gecontacteerd worden om na te gaan hoe zij de bijscholing ervaarden en of zij een verschil waarnemen in hun eigen contact met de andere beroepsgroep. Dit kan telefonisch, in de praktijk van de deelnemer,… afhankelijk van de voorkeuren van de deelnemer. Dit interview zal ongeveer 15 min duren en zal ook geregistreerd worden.

Privacy en deelname
Alle verzamelde gegevens worden volstrekt onherkenbaar gemaakt en verwerkt, door gebruik te maken van codering. In de rapportering zullen enkel codes worden vermeld en zal op geen enkele manier verwezen worden naar de deelnemende artsen (behoudens leeftijd, geslacht, type praktijk). Op die manier wordt uw privacy strikt gerespecteerd.
Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Deelnemers aan het onderzoek hebben op elk moment het recht om, zonder opgave van reden, af te zien van hun medewerking zonder dat dit verdere gevolgen zal hebben. Er werd voor deze studie een verzekering afgesloten door de Universiteit Antwerpen. De aanvraag tot goedkeuring werd ingediend bij het ethisch comité van de Universiteit Antwerpen.

Werkt u mee?
Ik nodig u vriendelijk uit om deel te nemen aan deze studie. De interdisciplinaire bijscholing zal doorgaan op 20/06/2019 om 20u00 in het Daenshuis (Sinte Annalaan 41, Aalst). Accreditering wordt aangevraagd. De bijscholing zal ongeveer 3 uur duren. Mag ik u vragen om op onderstaand emailadres door te geven of u al dan niet wenst deel te nemen?

Hopend op uw medewerking,

Fien Van Maldergem – huisarts in opleiding (fien.vanmaldergem@ugent.be)

Bijlage 4: Informatieformulier tandartsen

DE INVLOED VAN INTERDISCIPLINAIRE VORMING OP DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN TANDARTS — MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE

Informatieformulier tandartsen: oproep tot deelname aan studie

Geachte tandarts,

Mijn naam is Fien Van Maldergem, ik ben een eerstejaars huisarts in opleiding. Ik heb gestudeerd aan de Universiteit Gent en werk momenteel in een huisartsenpraktijk in Aalst. In het kader van mijn opleiding tot huisarts moet ik een kwaliteitsbevorderend project opstellen. Ik werk daarvoor graag voort op een onderzoek over de samenwerking tussen tandarts en huisarts dat enkele jaren geleden werd gevoerd door een ondertussen afgestudeerde collega, Sabine Comes. Ik hoop u te kunnen overtuigen mee te werken aan dit project.

Wat houdt het project precies in?
In literatuur kan men lezen dat een goede samenwerking tussen huisartsen en tandartsen de eerstelijnszorg kwaliteitsvoller en efficiënter kan maken en frustraties bij beide zorgberoepen kan verminderen. De weinige studies over de samenwerking tussen tandartsen en huisartsen tonen vooral aan dat deze samenwerking niet steeds optimaal verloopt. In verschillende studies rond samenwerking tussen huisartsen en tandartsen wordt gezamenlijke bijscholing geopperd als een mogelijkheid om de samenwerkingsverbanden te verbeteren. Dit werd echter nog nooit in de praktijk getest. Graag zou ik een bijscholing voor tandartsen en huisartsen organiseren en onderzoeken of dit volgens de deelnemers zelf een positieve invloed heeft op hun samenwerking met de andere beroepsgroep. De onderzoeksvraag van dit kwaliteitsbevorderend project is “Heeft het organiseren van een gezamenlijke bijscholing voor tandartsen en huisartsen een positieve invloed op de samenwerking tussen tandarts en huisarts?”. Het is ook de bedoeling om na het informatieve stuk van de bijscholing met de beide beroepsgroepen samen te bekijken hoe de samenwerking in de dagelijkse praktijk kan verbeterd worden.

Wat betekent dit voor u?
De opzet van de studie loopt als volgt: er wordt een bijscholing georganiseerd voor zowel tandartsen als huisartsen, waar 10 topics zullen besproken worden die belangrijk zijn voor de mondzorg van de patiënt en voor de samenwerking tussen huisarts en tandarts. 5 topics zullen vooral vanuit tandartsenperspectief aan de huisartsen voorgesteld worden, de andere 5 topics zullen vooral vanuit huisartsenperspectief aan de tandartsen voorgesteld worden. Nadien volgt een focusgroepgesprek over hoe praktisch een betere samenwerking in de praktijken in het gebied rond Aalst zou kunnen georganiseerd worden. Dit gesprek zal geregistreerd worden. Enkele maanden na de bijscholing zullen de deelnemers gecontacteerd worden om na te gaan hoe zij de bijscholing ervaarden en of zij een verschil waarnemen in hun eigen contact met de andere beroepsgroep. Dit kan telefonisch, in de praktijk van de deelnemer,… afhankelijk van de voorkeuren van de deelnemer. Dit interview zal ongeveer 15 min duren en zal ook geregistreerd worden.

Privacy en deelname
Alle verzamelde gegevens worden volstrekt onherkenbaar gemaakt en verwerkt, door gebruik te maken van codering. In de rapportering zullen enkel codes worden vermeld en zal op geen enkele manier verwezen worden naar de deelnemende artsen (behoudens leeftijd, geslacht, type praktijk). Op die manier wordt uw privacy strikt gerespecteerd. Uw deelname vindt plaats op vrijwillige basis. Deelnemers aan het onderzoek hebben op elk moment het recht om, zonder opgave van reden, af te zien van hun medewerking zonder dat dit verdere gevolgen zal hebben. Er werd voor deze studie een verzekering afgesloten door de Universiteit Antwerpen. De aanvraag tot goedkeuring werd ingediend bij het ethisch comité van de Universiteit Antwerpen.

Werkt u mee?
Ik nodig u vriendelijk uit om deel te nemen aan deze studie. De interdisciplinaire bijscholing zal doorgaan op 20/06/2019 om 20u00 in de vergaderzaal van het Daenshuis (Sinte Annelaan 41, Aalst). Accreditering wordt aangevraagd. De bijscholing zal ongeveer 3 uur duren. Mag ik u vragen om op onderstaand emailadres door te geven of u al dan niet wenst deel te nemen?

Hopend op uw medewerking,

Fien Van Maldergem – huisarts in opleiding (fien.vanmaldergem@ugent.be)

Bijlage 5: Toestemminsformulier huisartsen

DE INVLOED VAN INTERDISCIPLINAIRE VORMING OP DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN TANDARTS — MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE

Informed consent formulier voor huisartsen: toestemming om uw gegevens te gebruiken voor een kwaliteitsbevorderend praktijkproject

INFORMED CONSENT: De invloed van interdisciplinaire vorming op de samenwerking tussen huisarts en tandarts

Verklaring deelnemer:

Ik heb informatie gekregen, gelezen en begrepen over dit onderzoek.

Ik neem deel aan dit onderzoek en werd geïnformeerd dat ik mij ten allen tijde mag terugtrekken tijdens dit onderzoek.

Ik werd op de hoogte gebracht van mijn recht op informatie en inzagerecht. 'Ik ben akkoord deel te nemen aan deze studie.'

Naam + handtekening van de deelnemende huisarts

Datum _____

Verklaring van de projectcoördinatoren:

De projectcoördinatoren zijn verantwoordelijk om dit onderzoeksprogramma uit te voeren volgens de voorwaarden die beschreven zijn in dit document en de informatiebrief.

Handtekening projectcoödinatoren

Datum _____

Projectcoördinatoren:

Dr. Fien Van Maldergem , huisarts in opleiding
Prof. Dr. Hilde Bastiaens, promotor
Dr. Emmanuel Samyn, co-promotor
Universiteit Antwerpen - Universiteitsplein 1, B2610 Antwerpen

Bijlage 6: Toestemmingsformulier tandartsen

DE INVLOED VAN INTERDISCIPLINAIRE VORMING OP DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN TANDARTS — MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE

Informed consent formulier voor tandartsen: toestemming om uw gegevens te gebruiken voor een kwaliteitsbevorderend praktijkproject

INFORMED CONSENT: De invloed van interdisciplinaire vorming op de samenwerking tussen huisarts en tandarts

Verklaring deelnemer:

Ik heb informatie gekregen, gelezen en begrepen over dit onderzoek.

Ik neem deel aan dit onderzoek en werd geïnformeerd dat ik mij ten allen tijde mag terugtrekken tijdens dit onderzoek.

Ik werd op de hoogte gebracht van mijn recht op informatie en inzagerecht. 'Ik ben akkoord deel te nemen aan deze studie.'

Naam + handtekening van de deelnemende huisarts

Datum _____

Verklaring van de projectcoördinatoren:

De projectcoördinatoren zijn verantwoordelijk om dit onderzoeksprogramma uit te voeren volgens de voorwaarden die beschreven zijn in dit document en de informatiebrief.

Handtekening projectcoödinatoren

Datum _____

Projectcoördinatoren:

Dr. Fien Van Maldergem , huisarts in opleiding
Prof. Dr. Hilde Bastiaens, promotor
Dr. Emmanuel Samyn, co-promotor
Universiteit Antwerpen - Universiteitsplein 1, B2610 Antwerpen

Bijlage 7: Informatieblad voor algemene gegevens van de deelnemers

DE INVLOED VAN INTERDISCIPLINAIRE VORMING OP DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN TANDARTS — MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE

Algemene gegevens bij het begin van het kwaliteitsbevorderend praktijkproject

Deze algemene gegevens worden gevraagd om tijdens de verwerking van de onderzoeksgegevens de deelnemers aan het focusgesprek als groep te kunnen beschrijven. Uw contactgegevens zullen enkel gebruikt worden om contact met u op te nemen in verband met praktische aspecten van de studie.

Naam: ……

Leeftijd: ……

Geslacht: ……

Beroepsgroep: tandarts / huisarts

Type praktijk: ……

Jaren ervaring: ……

Logistieke of administratieve ondersteuning aanwezig in de praktijk: ja / nee

Telefoonnummer: ……

Email-adres: ……

Wij staan zeker open voor suggesties in verband met de onderwerpen die op de interdisciplinaire vorming kunnen besproken worden. Onderwerpen die u interessant lijken kan u hieronder op de voorziene ruimte invullen. Gezien de beperkte tijd en het beperkt aantal onderwerpen kunnen we u evenwel niet garanderen dat elk onderwerp zal besproken worden.

……

……

……

……

……

Bijlage 8: Handouts powerpoint theoretisch deel vormingsavond

DE INVLOED VAN INTERDISCIPLINAIRE VORMING OP DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN TANDARTS — MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE

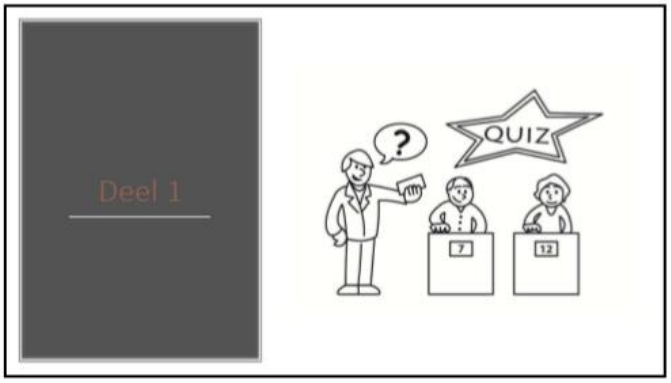
Powerpoint theoretisch deel vorming



1



2



3



4



5



6

Protheseproblemen



- Mondhygiëne
- Stomatitis / candidiasis
  - 1/2de van de patiënten met een gebitsprothese
  - Symptomen:
    - rode, pijnlijke letsels, witte pseudomembraneuze vorm komt minder voor
  - Beleid:
    - miconazol 2% orale gel: om de 6u tot 1 week na verdwijnen laesies
    - goede hygiëne + reiniging (vb. 0,2% chloorhexidineoplossing) + tandheelkundige evaluatie kunstgebit
- Orale ulcera
  - Beleid: tandheelkundige evaluatie kunstgebit, eventueel mondspoeling chloorhexidine
  - CAVE: geen beterschap na 2 weken: doorverwijzen voor advies en eventueel bioptname
- Xerostomie
  - Beleid: goede hygiëne kunstgebit, voldoende kauwen, voldoende spoelen en water drinken, anticholinerge medicatie elimineren, controle tandarts, speekselvervangers

7

Antistolling

- Antiaggregantia
  - Acetylsalicylzuur in preventieve dosis: moet niet gestopt worden
- Anticoagulantia
  - Niet stoppen bij kleine tandheelkundige ingrepen
  - Eventueel tijdens procedure werken met exacyl mondspoeling



8

Bisfosfonaten



- Indicatie: osteoporose (algoritme NHG), ernstige hypercalciëmie bij maligniteiten, preventie botcomplicaties bij bepaalde gemetastaseerde tumoren
- Ongewenste effecten: musculoskeletale pijn, atypische stressfracturen dijbeen, diarree, slokdarmulcera, **kaakbeennecrose**,...
- Voorzorgen:
  - Controleren op contra-indicaties: slokdarmafwijkingen, nierinsufficiëntie?
  - **Preventief tandheelkundig onderzoek**: ZEKER bij oncologisch (hoge) dosissen; ook te doen bij osteoporosepatiënten (maar tandheelkundige behandeling niet uitstellen)
  - Correcte inname: nuchter, groot gas water, 30min nuchter en rechtop blijven
- Behandelingsduur: in principe te stoppen na 5 jaar

9

Leucoplakie

- Belang
  - Incidentie hoofd-halskankers: 2500 (4de meest voorkomende bij mannen)
  - Leukoplakie: 4% van de bevolking (gemiddeld risico op veranderen naar maligniteit 4%)
- Diagnose
  - **Klinisch onderzoek!!!**
    - Screening op populatieniveau doet mortaliteit dalen bij personen met hoog risico en doet ook overlevingsgraad in algemene populatie stijgen
  - Bevestigen: biopsie
- Beleid
  - Weinig evidentie!!
  - Rookstop + zorgvuldige follow-up
  - Chirurgische excisie: ja volgens expertopinie, weinig bewezen invloed op prognose
  - Vitamine A, bèta carotene: onvoldoende onderzocht, vaak recidieven en bijwerkingen



10



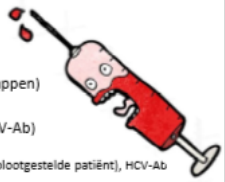
Temporomandibulaire dysfunctie

- Symptomen:
  - Pijn, bewegingsstoornissen onderkaak, kaakgewrichtsgeluiden
  - Verergerend bij gebruik van kaak
- Epidemiologie:
  - 70% van de bevolking heeft klachten
  - 5% zoekt hulp (meestal eerst bij huisarts)
- Beleid:
  - Algemeen: voorlichting, hard voedsel vermijden, pijnstilling (NSAID)
  - Tandenknarsen: opbeetplaat bij tandarts
  - Langdurige klachten: kinesitherapie, gedragstherapie

11

Gezondheidsmedewerkers en hiv, hep B, hep C

- Preventie
  - Vaccinatie hepatitis B
  - Bloedcontact: handschoenen en gezichtsmasker
  - Bloedafname: enkel handschoenen
  - Preventieprocedures voor prikaccidenten (niet recappen)
- Wat te doen bij prikaccident?
  - Bloedstaal infectiebron (HIV-Ab, HBsAg, HBcAg, HCV-Ab)
  - Bloedstaal blootgestelde persoon
    - Nulstaal: HIV-Ab, HBsAg, HBsAb (= beschermingsniveau blootgestelde patiënt), HCV-Ab
    - Na 1, 3 en 6 maand: HBsAg, HBcAb, HCV-Ab, HIV-Ab
- Mogelijke therapie
  - Hepatitis B: immunoglobulines
  - Hiv: PrEP
  - Hepatitis C: interferonbehandeling



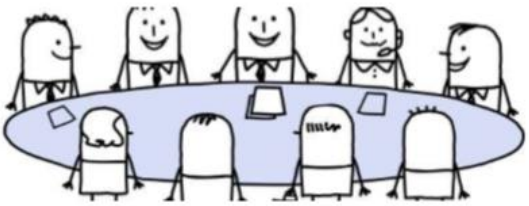
12

Relatie tussen mondgezondheid en algemene gezondheid

- Zwangerschap
  - Risicofactoren: misselijkheid (→ minder zin om te poetsen, vaker eten om misselijkheid tegen te gaan, zuur door braken), sneller bloedend tandvlees, meer suikergebruik, minder tandartsbezoeken
  - Periodontitis → groter risico op vroeggeboorte en lager geboortegewicht
    - Periodontale behandeling voor 35ste week heeft een positief effect
- Chronische ziekten
  - Diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, aspiratiepneumonie
  - Minder sterk: COPD, osteoporose

13

Deel 2



14

Wat vooraf ging…

"Van mond tot mond; Kwalitatieve studie naar knelpunten en suggesties voor verbetering in de samenwerking tussen huisartsen en tandartsen" (S. Comes)

- Vaststellingen/veronderstellingen/kansen
  - Soms moeilijke samenwerking
  - Onvoldoende kennis en vaardigheden, vooral bij huisartsen maar ook bij tandartsen
  - Gebrekkige uitwisseling van medisch relevante gegevens
  - Huisartsen hebben niet steeds een correct beeld van tandheelkunde
  - Huisartsen en tandartsen zijn niet steeds gemakkelijk bereikbaar voor hun collega's
- Suggesties:
  - Elkaar persoonlijk leren kennen over de beroepsgrenzen heen
  - Bijscholing (met elkaar) volgen
  - Beter op de hoogte zijn van elkaars kennis en kunde
  - Meer medisch relevante patiëntengegevens uitwisselen

15

Bijlage 9: Draaiboek focusgroep

DE INVLOED VAN INTERDISCIPLINAIRE VORMING OP DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN TANDARTS — MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE
Draaiboek focusgroep

INLEIDING EN OPENING FOCUSGROEP (ondersteund door powerpointslide)

Nu kunnen we beginnen aan de focusgroep. We zullen vooral samen te bekijken hoe de samenwerking tussen huisartsen en tandartsen in de regio rond Aalst praktisch zou kunnen worden georganiseerd, met als doel de samenwerking te verbeteren.

Dit onderzoek is eigenlijk een vervolgonderzoek op de masterproef van Sabine Comes die hier enkele jaren geleden de ervaren moeilijkheden in samenwerking tussen tandartsen en huisartsen heeft onderzocht. Sommigen van jullie hebben toen misschien deelgenomen aan het onderzoek. De grootste knelpunten toen bleken een gebrek aan samenwerking, onvoldoende kennis vooral bij huisartsen maar ook bij tandartsen, gebrekkige uitwisseling van medisch relevante gegevens, verkeerde perceptie van tandartsen door huisartsen, moeizame bereikbaarheid en beperkte beschikbaarheid van de tandartsen. We probeerden al een beetje bij te schaven aan de kennis, hopelijk hebben jullie straks even tijd om bij een glas wat bij te schaven aan de perceptie, maar dan nog hebben we enkele problemen in de schuif liggen waarvoor we samen, tijdens de focusgroep, kunnen kijken of er goede oplossingen zijn die goed aansluiten bij jullie dagelijkse praktijk.

De focusgroep is dus deel van het onderzoek voor mijn masterproef. Wat van jullie wordt verwacht is vooral vanuit jullie expertise jullie mening te geven over het probleem. Alle meningen zijn goed en interessant, uiteraard zolang ze respect hebben voor andermans mening. Ik heb als beginnend arts nog maar weinig expertise, dus kan eigenlijk ook niet zo veel zeggen over de mogelijke oplossingen, dat ligt volledig in jullie handen. Ik ga vooral proberen om het gesprek in goede banen te houden. Dit gesprek wordt ook opgenomen, de gegevens worden uiteraard vertrouwelijk behandeld en er zullen geen namen worden genoemd in de rapportage.

KENNISMAKING

Ik stel voor dat we eerst een kennismakingsrondje doen, zodat jullie van elkaar weten wie jullie zijn en wat jullie juist doen. Het is misschien interessant om behalve jullie naam ook te vermelden of u een huisarts of een tandarts bent en in welk soort praktijk u werkt.

INTRODUCTIEVRAAG

- Zijn de knelpunten uit het onderzoek van Sabine herkenbaar voor u? Heeft u soms het gevoel dat de 2 beroepsgroepen elkaar inderdaad onvoldoende kennen?

TRANSITIEVRAGEN

- Wanneer / bij welke problemen ondervindt u problemen voor uw eigen functioneren door een minder goede samenwerking tussen tandarts en huisarts?
- Met welke aspecten in de samenwerking heeft u wel al eens problemen ondervonden?

SLEUTELVRAGEN

- Hoe zouden we de uitwisseling tussen medische gegevens en feedback/rapportage naar elkaar kunnen verbeteren?
    - *Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan:*
        - *In levende lijve, telefonisch, brief of via computer? (GDPR proof)*
        - *Verwijsbrief (Wat moet er best in, wat moet er niet in?)*
        - *Afspraken over verwijzing (Wanneer verwijzen? Wanneer niet? In welke tijdsspanne moet dit nagekeken worden door de huisarts/tandarts (dringend of niet)?)*
- Zouden er afspraken kunnen gemaakt worden die het gemakkelijker zouden kunnen maken om elkaar bij problemen gemakkelijker te kunnen bereiken?
    - *Hierbij kunt u bijvoorbeeld denken aan:*
        - *Afspraken over het tijdstip om elkaar op te bellen? Hoe werkt het secretariaat?*
- Ook onderlinge perceptieproblemen kwamen bij het vorige onderzoek uit de bus. Ziet u een mogelijkheid om dit te verbeteren?
- (Er werd daarjuist een poging gedaan om een soort van kort interdisciplinair vormingsmoment te houden. Wat vond u er van? Ziet u andere mogelijkheden om beide beroepsgroepen goed op de hoogte te houden over onderwerpen die voor beide beroepsgroepen belangrijk zijn en die een rol kunnen spelen in de onderlinge samenwerking?)

SLOTVRAGEN

- Stel dat u enkele maatregelen zou mogen uitkiezen om hier lokaal de samenwerking tussen tandarts en huisarts te verbeteren. Welke maatregelen zou u dan kiezen? Wat lijkt u het meest praktisch?
- *Samenvatting belangrijkste ideeën als antwoord op de sleutelvragen*: vindt u dit een goede samenvatting van de discussie?
- Heeft u tijdens de discussie zaken gemist die wel van belang zijn?

Bijlage 10: Sjabloon verwijsbrief naar de tandarts

Datum:

Geachte Collega,

Betreft: naam, voornaam, °geboortedatum

Huidig probleem

Bespreking

Relevante risicofactoren

	Risicofactor	Toelichting
	Acetylsalicylzuur	
	Anticoagulantia	
	Bisfosfonaten	
	Hepatitis B/ Hepatitis C/ HIV	
	Allergieën	
	Contra-indicatie NSAID	
	Indicatie voor endocarditisprofylaxe	

Chronische medicatie

Met collegiale groeten,

Huisarts

Bijlage 11: Sjabloon verwijsbrief naar de huisarts

Datum:

Geachte Collega,

Betreft: naam, voornaam, °geboortedatum

Tandheelkundige diagnose

Behandelplan

Voorgeschreven medicatie:

Te verwachten last na huidige tandheelkundige behandeling

Met collegiale groeten,

Tandarts

Bijlage 12: Draaiboek evaluatie-interviews

DE INVLOED VAN INTERDISCIPLINAIRE VORMING OP DE SAMENWERKING TUSSEN HUISARTS EN TANDARTS — MASTERPROEF HUISARTSGENEESKUNDE
Draaiboek evaluatie-interviews

INLEIDENDE UITLEG EN OPENING

- Het interview wordt opgenomen, uitgeschreven en anoniem verwerkt. Gaat u hiermee akkoord?

EVALUATIE INTERPROFESSIONELE VORMING EN ERVARINGEN OVER SAMENWERKING HA-TA

- Wat vond u goed aan de gemeenschappelijke vorming?
- Wat was voor verbetering vatbaar?
- Hoe was uw ervaring op gebied van communicatie tussen huisartsen en tandartsen voor de vorming?
- Heeft u een verschil ervaren in uw eigen communicatie of die van huisartsen / tandartsen na de vorming?

EVALUATIE BIJKOMENDE MAATREGELEN (INFORMATIE, SOCIALE KAART, VERWIJSBRIEFSJABLOON)

- Heeft u de tijd gehad om achteraf de doorgestuurde documentatie door te nemen?
    - Zo nee: Zou er iets kunnen veranderen waardoor u deze wel zou gebruiken?
    - Zo ja: Was het gebruik ervan een meerwaarde voor uw werking?
- Heeft u de website van de sociale kaart / de sociale kaart met tandartsen gebruikt?
    - Zo nee: Zou er iets kunnen veranderen waardoor u deze wel zou gebruiken?
    - Zo ja: Was het gebruik ervan een meerwaarde voor uw werking? Was het gebruiksvriendelijk en volledig?
- Heeft u de verwijsbrief gebruikt?
    - Zo nee: Zou er iets kunnen veranderen waardoor u deze wel zou gebruiken?
    - Zo ja: Was het gebruik ervan een meerwaarde voor uw werking? Was het gebruiksvriendelijk?
    - Wat mist er nog in de verwijsbrief volgens u? Zou u er nog iets aan veranderen?

AFSLUITING

Dank u voor de tijd en de moeite die u in het project hebt geïnvesteerd. Zou u op de hoogte willen gehouden worden van de resultaten van het onderzoek?

Bijlage 13: Codeboom focusgroepsgeprek en evaluatie-interviews

FOCUSGROEP

Communicatiemiddelen

- *Telefoneren*
- *Lijst telefoonnummers*
- *Verwijsbrief*
- *Elektronische ondersteuning*
  - *Informed consent*
  - *eHealth box*
  - *Elektronisch Medisch Dossier*
  - *Gedeelde gegevens*
    - Vitalink
    - Sumehr
    - Mijngezondheid.be

Verwachtingen van huisartsen

- *Informatie van tandarts naar huisarts*
  - *Informatie over te verwachten beloop*
  - *Informatie over voorgeschreven medicatie*
  - *Feedback na doorverwijzing*

Verwachtingen van tandartsen

- *Informatie van huisarts naar tandarts*
  - *Informatie over medicatie*
- *Aandacht van de huisarts voor tandheelkundige problemen*
- *Educatie door huisarts over systeemeffecten mondgezondheid*

Ervaren problemen

- *Problemen bij doorverwijzing*
  - *Bereikbaarheid*
    - Bereikbaarheid tandarts
      - Tekort aan tandartsen
      - Vaste tandarts
      - Systeem tandheelkundige preventie
      - Praktijkassistentie
      - Patiëntenstop
      - Wachtsysteem
    - Kostprijs tandarts
      - Beroepskosten
      - RIZIV nomenclatuur
      - OCMW
        - OCMW kost – conventie
- *Problemen in ondersteuning*
  - *Problemen in werking ondersteuning*
  - *Gedeelde gegevens*
  - *Administratie*
  - *Invulling GMD*

- *Medicatieschema*
- *Tandheelkundige basiskennis bij huisartsen*
- *Verschillen in praktijkvoering*
  - *Schaalgrootte*
  - *Grootte populatie*
- *Problemen met individuen*
- *Probleemsituaties*

Mogelijke oplossingen

- *Gezamenlijke activiteit*
  - *Regio of wijk*
- *Goede voorbeeld geven*
- *Sociale kaart*
- *Verduidelijken van de rol van iedere discipline*
  - *1ste lijn tandartsen*
- *Apothekers betrekken*
- *Gedeelde gegevens*
- *Medicatieschema*
- *Bijscholing huisartsen*
- *Informatie van tandartsen naar huisartsen*
  - *Informatie over beloop*
  - *Informatie over voorgeschreven medicatie*
  - *Feedback na doorverwijzing*
- *Informatie van huisartsen naar tandartsen*
  - *Informatie over medicatie*
- *Verwijsbrief*
- *Sensibiliseren over nood aan communicatie tussen beide beroepsgroepen*

EVALUATIE-INTERVIEWS

Ervaringen huisartsen

- *Weinig tot geen contact*
- *Telefonisch contact*
- *Verwijsbrief*

Ervaringen tandartsen

- *Weinig tot geen contact*
- *Contact met huisartsen uit de buurt*
- *Betere communicatiemethoden nodig*
- *Telefonisch contact*

Evaluatie project

- *Evaluatie algemeen*
  - *Onderzoek te lang uitgespreid in tijd*
- *Evaluatie effect*
  - *Geen duurzame samenwerking (-)*
  - *Andermans communicatie*
    - Weinig verschil (-)
    - Positieve evolutie (+)
  - *Eigen communicatie*
    - Afspraken omtrent communicatie niet onthouden (-)
    - Weinig verschil (-)
    - Bewuster over communicatie (+)
    - Verschil (+)

Telefonisch contact
Verwijsbrief

Evaluatie vorming

- *Etentje, drankje gemist (-)*
- *Geen echt babbelmoment (-)*
- *Geen getrainde gesprekleider (-)*
- *Geselecteerd huisartsenpubliek (-)*
- *Te grote groep (-)*
- *Visuele uitleg over tand gemist (-)*
- *Ook tandartsen van buiten Aalst (-)*
- *Theorie snel kwijt (-)*
- *Goede opbouw (+)*
- *Groep goed (+)*
- *Andermans verwachtingen leren kennen (+)*
- *Open gesprek (+)*
- *Theorie interessant (+)*
- *Vorming met beide beroepsgroepen samen (+)*
- *Bijeenkomst herhalen*

Evaluatie extra informatie

- *Liever e-learning, test (-)*
- *Liever steekkaart, kortere informatie (-)*
- *Niet bekeken (-)*
- *Nog niet bekeken, wel van plan (-)*
- *Stukken gemist (-)*
- *Interessant (+)*
- *Powerpoint verwerkt (+)*
- *Powerpoint kort bekeken, weet waar informatie staat (+)*

Evaluatie sociale kaart

- *Andere methoden makkelijker (-)*
- *Geen informatie over eigen werkterrein (-)*
- *Niet gebruikt (-)*
- *Nog geen tijd gehad (-)*
- *Nog niet nodig gehad (-)*
- *Gebruikt (+)*
- *Gemakkelijker om tandarts aan te raden (+)*
- *Gemakkelijkere communicatie (+)*
- *Mogelijke aanpassingen (+)*

Evaluatie verwijsbrief

- *Geen nood aan verwijsbrief (-)*
- *Mail gemist (-)*
- *Niet gebruikt (-)*
- *Geen meerwaarde (-)*
- *Tijdsgebrek (-)*
- *Apart sjabloon goed (+)*
- *Gebruikt (+)*
- *Geen aanpassingen nodig (+)*
- *Geijkte brief zou een meerwaarde kunnen zijn (+)*
- *Stimulans voor gedragsverandering (+)*
- *Mogelijk via eHealth?*
- *Mogelijke aanpassingen brief*