

DE PLAATS VAN DE TANDARTS BINNEN DE EERSTELIJNSZORG

Yentl Malaise

Stamnummer: 01608586

Promotor: Dr. Martijn Lambert

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de richting Master of Science
in de Tandheelkunde

Academiejaar: 2021-2022

Voorwoord

De richting tandheelkunde, niet beter te beschrijven dan een emotionele rollercoaster met als kers op de taart: de grote masterproef. Laat ons starten met de keuze van het onderwerp, je hebt een passie voor het onderzoek of je hebt die niet. In spanning afwachten of er een statisch significant resultaat uit de bus komt gevallen na een ellenlang onderzoek geeft sommigen een enorme kick, wel dat enthousiasme is niet voor mij weggelegd. Dan maar kijken welke promotoren er in de aanbieding zijn, als dr. Lambert bijna iedere student warm kan maken voor zijn lessen, kan dit misschien ook wel met de thesis? Ik kan met zekerheid zeggen dat dit een geslaagde keuze was. Het was een aangenaam en leerrijk proces (met de nodige koffiepauzes), waarbij mijn interesse voor de maatschappelijke tandheelkunde werd aangewakkerd. Dr. Lambert is een geweldige mentor, waar je dag in dag uit bij terecht kan op zowel professioneel als alledaags vlak. Ik bedank hem graag voor alle hulp en ik hoop op een goede samenwerking de komende jaren.

Ook wens ik Ester Chevalier van consultancybureau Möbius te bedanken voor alle informatie die ze heeft gedeeld en voor haar tijd die ze voor mij heeft vrijgemaakt.

Niet te ontbreken in mijn bedanking zijn mijn ouders, die altijd voor mij klaarstaan en me steeds hebben bijgestaan met goede raad. Hun onvoorwaardelijke liefde en steun hebben mij door de moeilijke periodes van mijn leven geholpen. En ik hoop dat ze trots kunnen zijn op de vrouw die ik ben geworden.

Verder ook een speciale vermelding voor Charissa, Elien, Ellen, Emily, Emma, Kato, Laurence C., Laurence M., Manon en Marie, fantastische medetandartsen in spe waarmee ik de voorbije 5 jaar een onbeschrijflijke band heb opgebouwd en zonder wie het leven in de P8 nooit hetzelfde was geweest. Samen hebben we uren geklaagd en gezaagd, maar ook gelachen en 1001 mooie momenten beleefd. De steun die ik van hen heb gekregen en de herinneringen die we samen hebben gemaakt, maken van hen vrienden voor het leven.

Inhoudstabel

Abstract	1
Inleiding	3
Eerstelijnszorg	3
Plaats van de tandarts binnen de eerstelijnszorg	5
Eerstelijnszorg in Vlaanderen	7
Eerstelijnszones	8
De plaats van tandartsen binnen de Vlaamse Eerstelijnszorg	10
Doelstelling	12
Methodologie	13
Literatuurstudie	13
Experimenteel onderzoek	14
Deelnemers en steekproef	14
Dataverzameling	15
Ethisch comité	15
Resultaten	16
De ontdekking van de eerstelijnszone	16
“De naam van mijn wat...?”	16
“Dat is echt, dat gebeurt hier niet.”	17
“Ik heb niet direct de indruk dat dat een invloed heeft”	17
Acties van de eerstelijnszone	18
Plaats van mondgezondheid in de ELZ	18
De mond als centrum van onze gezondheid	18
Wie neemt de rol op zich binnen de ELZ?	19
What's in it for the dentist?	20
De blik op de ander	23
Basiscontacten	23
Het eiland der tandartsen	23
De rol van de overheid	24

Multidisciplinair platform	24
Integratie van de tandheelkunde in de zorg	25
Mondhygiënist	25
Nomenclatuur en RIZIV	26
Sensibiliseren van de maatschappij.....	26
Discussie.....	27
Representativiteit steekproef.....	27
Interpretatie van de resultaten.....	27
Beperkingen van het onderzoek.....	30
Relevantie van het onderzoek.....	30
Conclusie	31
Referenties.....	32
Bijlagen	35
Bijlage 1: interviewgide.....	35
Bijlage 2: informed consent	36

Abstract

INLEIDING: Om het complexe zorgnetwerk binnen Vlaanderen te herorganiseren, werden in 2020 de eerstelijnszones opgericht, deze geografisch afgebakende gebieden van één of meer gemeentes willen inzetten op een meer geïntegreerde zorg waarbinnen de patiënt centraal staat en waar die kan beslissen over zijn eigen gezondheid. Hiervoor is een goede samenwerking met alle zorgverleners en sectoren nodig en ook de tandarts kent hierbinnen zijn specifieke rol. Op deze manier tracht de Vlaamse overheid de levenskwaliteit van personen met een zorgnood te optimaliseren. Uit het pilootproject STELZ blijkt echter dat de tandarts beperkt betrokken is binnen deze structuur en niet bekend is met de werking van de zones.

DOELSTELLING: Het doel bestaat erin de visie en attitude van Vlaamse tandartsen ten opzichte van een geïntegreerde eerstelijnszorg te bevragen en te zoeken naar bevorderende en belemmerende factoren voor hun eigen engagement.

METHODOLOGIE: Kwalitatief onderzoek door middel van semi-gestructureerde interviews bij algemeen tandartsen uit Vlaanderen. Via het programma NVIVO werd een codeboek opgesteld waarbij getranscribeerde interviews eerst open, dan axiaal en vervolgens selectief gecodeerd werden.

RESULTATEN: De steekproef van het kwalitatief onderzoek bestond uit 30 tandartsen uit Vlaanderen. Uit de interviews blijkt dat de tandartsen niet weten wat een eerstelijnszone is, wat de organisatie eromheen doet en weten ze niet binnen welke zone ze zelf werken. Acties van de ELZ zijn hun totaal onbekend en het ontstaan van de zone heeft geen impact gehad op hun praktijkvoering. Tandartsen vinden dat mondgezondheid een belangrijke plaats moet innemen binnen de eerstelijnszone, dat de beroepsgroep moet betrokken worden binnen de zone en het beleid ervan, maar willen dit engagement zelf niet aangaan. Als rol van de tandarts binnen de ELZ wordt er zeer praktijkgericht gefocust en worden preventie en opvangen van urgenties gezien als centrale doelen. De samenwerking met andere zorgverleners wordt ook als belangrijk gezien, maar tandartsen hebben vaak het gevoel er niet bij te horen. De integratie van de tandheelkunde in de algemene geneeskunde verloopt moeizaam volgens de deelnemers. Ze gaven ook adviezen aan de Vlaamse overheid om da tandzorg beter te betrekken binnen de ELZ, waarrond volgende beleidsaanbevelingen werden geformuleerd.

1. De ELZ kenbaar maken bij de tandartsen aan de hand van persoonlijk contact tijdens de studieclubs of bijscholing.
2. Een niet-tandarts inschakelen om de tandartsen te vertegenwoordigen, hiervoor een mondhygiënist afvaardigen of iemand extern hiertoe opleiden.
3. Integratie van de tandheelkunde in de algemene gezondheidszorg aan de hand van bijscholing en het promoten van eHealthBox.
4. Beleidsmatig inzetten op preventie en zorgen voor een financieel kader voor de mondhygiënisten.
5. Adapteren van de nomenclatuur aan de huidige tandheelkunde en de patiënten voorzien van een verhoogde terugbetaling. Dit is echter een werkpunt dat besproken moet worden op federaal niveau.

CONCLUSIE: Voor de tandarts die binnen de muren van zijn praktijk werkt is de eerstelijnszone een onbekend concept, dat gepercipieerd wordt als te grootschalig en waar te veel administratieve taken aan gebonden zijn. Om de zones bekend te maken bij de tandartsen en hen te betrekken, moeten er andere manieren gezocht worden om hen te bereiken, dit kan via de studieclubs en bijscholing. Bovendien kan er gezocht worden naar een afgevaardigde die de tandartsen vertegenwoordigt bij de vergaderingen en kan de tandarts effectief betrokken worden wanneer er iets praktisch moet worden uitgevoerd. Verder zijn er acties nodig om de tandartspraktijken te ontlasten en de tekorten op te vangen om zo een tandheelkundig zorgnetwerk voor iedere patiënt uit te bouwen.

Inleiding

Eerstelijnszorg

Eerstelijnszorg bestaat erin te beantwoorden aan de verschillende gezondheidsnoden van een persoon doorheen zijn leven, niet enkel op fysiek, maar ook op mentaal en sociaal vlak. Idealiter wordt deze zorg persoonsgericht georganiseerd, waarbij de patiënt met al zijn verschillende persoons- en omgevingseigenschappen centraal staat. De kernzorg binnen de eerste lijn omvat het hele spectrum van gezondheidspromotie, ziektepreventie, curatieve behandelingen, rehabilitatie en palliatieve zorg.

Een adequate eerstelijnszorg moet voldoen aan de volgende basisprincipes:

- Tegemoetkomen aan de gezondheidsnoden van een persoon doorheen zijn leven
- De bredere gezondheidsdeterminanten aanpakken door middel van multi-sectoraal beleid en actie
- Individuen, gezinnen en gemeenschappen in staat stellen hun eigen gezondheid in handen te nemen (**empowerment**)

Door zorg te voorzien in de gemeenschap en doorheen de gemeenschap, wordt er gefocust op de brede volksgezondheid, zonder daarbij de specifieke noden van de verschillende bevolkingsgroepen over het hoofd te zien. (1,2)

Om deze principes in een zorgmodel te gieten, kan als voorbeeld het conceptueel kader voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) genomen worden (*fig. 1*). Ook in dit model staat de zorggebruiker centraal. De tweede cirkel van zorg en ondersteuning bestaat uit de mantelzorgers (familie en/of vrienden), gevolgd door de informele zorg door vrijwilligers en buurtgerichte ondersteuning. De volgende schil bevat de **professionele** zorg en ondersteuning, deze is voor alle burgers rechtstreeks beschikbaar. Er volgt nog een vijfde cirkel voor gespecialiseerde zorg voor personen met een handicap. Bovendien zijn de cirkels complementair en moeten ze elkaar versterken en bevestigen. (2,3)



Figuur 1: Conceptueel kader voor persoonsgerichte en geïntegreerde zorg (Bron: WHO) (2,3)

Het is dus van groot belang een goed uitgebouwde eerste lijn te hebben, waarop elke burger kan terugvallen, zeker met de toenemende zorgnoden van de vergrijzende populatie.

Een goed georganiseerde eerstelijnszorg die gericht is op preventie, kan bijkomend de duurdere gespecialiseerde zorg verlichten en kan ook bijdragen aan het verminderen van de heersende sociale ongelijkheden door toegankelijkheid van zorg bij minderheden te optimaliseren. (3,4)

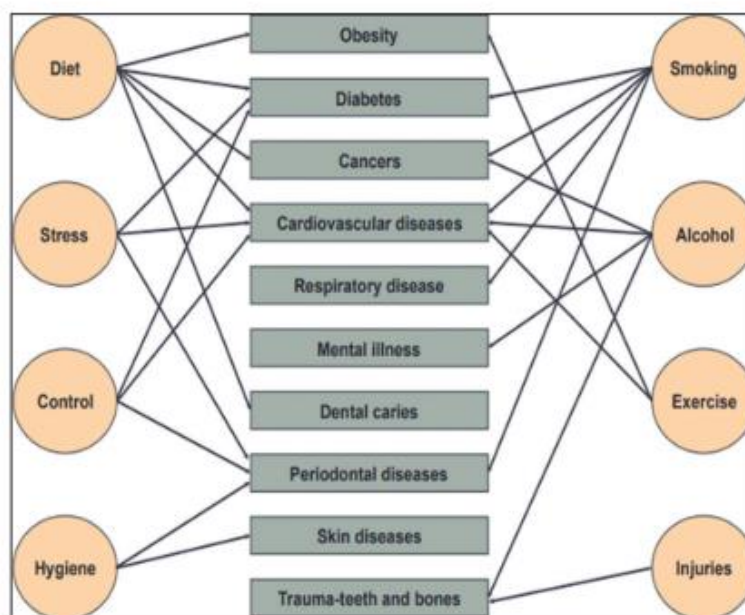
Een mijlpaal in de ontwikkeling van de eerstelijnszorg was de Alma-Ata Verklaring in 1978, de eerste internationale verklaring over basisgezondheidszorg voor iedereen. Hierin werd aangegeven dat er dringend actie moest worden ondernomen door alle regeringen, alle gezondheids- en ontwikkelingswerkers en de wereldgemeenschap om de gezondheid van alle mensen te beschermen en te bevorderen, met als algemene doelstelling 'Gezondheid voor iedereen tegen het jaar 2000'. Sindsdien proberen leden van de WHO, waaronder België, hieraan tegemoet te komen. (1,4)

Plaats van de tandarts binnen de eerstelijnszorg

Ook tandartsen hebben een belangrijke positie binnen de eerstelijnszorg. Zij vormen immers het eerste aanspreekpunt rond de mondzorg van de patiënt. Zeker in de context van een ouder wordende populatie die hun gebit langer behoudt, dient ook de zorg zich aan deze demografische evoluties aan te passen. (3)

Mondgezondheid is een integraal onderdeel van de algemene gezondheid. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) pleitte in 2009 voor de integratie van de tandheelkundige zorg in de eerstelijnszorg en voor een sterkere samenwerking van tandartsen met andere eerstelijnszorgverleners. Het doel van mondzorg binnen de eerstelijnszorg is vooral gericht op preventie en gezondheidspromotie. (5,6) Daarnaast betekent mondgezondheid ook het vrij zijn van chronische mond -en aangezichtspijn, mond-en keelkanker, andere mondpathologieën, schisis, parodontale aandoeningen, cariës en tandverlies. Hierin ligt dan weer een duidelijke link met curatieve zorg als integraal deel van de eerstelijnszorg. (5–7)

Voor zowel een goede preventieve als curatieve eerstelijnszorg, is een multidisciplinaire aanpak essentieel. De mondgezondheid wordt immers grotendeels beïnvloed door voeding, hygiëne, roken, alcoholgebruik, stress en trauma. Dit zijn risicofactoren die ook geassocieerd zijn met andere chronische aandoeningen. (fig.2)



Figuur 2: Link tussen risicofactoren en chronische ziekten. (Bron: Sheiham & Watt) (6)

De tandarts binnen een multidisciplinaire eerstelijnszorg heeft dus niet alleen een rol te spelen bij het behandelen van mondaandoeningen, maar ook bij het verminderen van risicofactoren met betrekking tot mondgezondheid en het bijdragen tot een gezamenlijke aanpak van andere chronische ziektes binnen het kader van de algemene gezondheidszorg (**common risk factor approach**). Door vroege detectie van symptomen en het aanpassen van de levensstijl van de persoon met een zorgnood kan ook de tandarts bijdragen aan een vermindering van morbiditeit en sterfte door chronische ziekten buiten de mond. (5,7–9) Om dit waar te maken is het uiteraard belangrijk om bekend te zijn met de oorzaken, behandelingen, symptomen en orale uitingen van systemische ziekten. Andersom is het ook van belang dat andere eerstelijnsactoren tandheelkundige pathologieën kunnen vermijden, vroegtijdig inschatten en gericht doorverwijzen. De integratie van mondgezondheid in de brede eerstelijnszorg is dan ook noodzakelijk voor het verbeteren van zowel de mondgezondheid als de algemene gezondheid (7,9–13) . Kennis over het werkveld van de ander is essentieel voor onderlinge samenwerking, evenals het vertrouwen in de professionele capaciteiten van de collega-zorgverlener. Onderzoek toont aan dat zorgaanbieders meer geneigd zijn om te communiceren als ze hierbij een voordeel zien voor de kwaliteit van hun zorgverlening. (7,14)

Ondanks de link tussen mondgezondheid en algemene gezondheid is de traditionele tandheelkundige zorg vaak geïsoleerd van andere zorgaanbieders door zowel een afgescheiden opleiding, praktijkruimtes, nomenclatuur, verzekering en andere beleidsmaatregelen. Dit kan dan ook de perceptie wekken bij zowel de bevolking als zorgverleners dat mondgezondheid weinig linken heeft met de algemene gezondheid. Ook het beperkt aantal tandartsen dat in de publieke sector of ziekenhuizen werkt speelt mee in de segregatie van mondgezondheid en algemene gezondheid. De integratie van de tandarts binnen de bredere lijn is dus wel degelijk gewenst, maar niet bepaald een makkelijke opgave. (7,10–12)

Tandartsen en mondhygiënist dienen buiten de muren van hun eigen praktijkruimtes te pleiten voor het belang van de mond als onderdeel van het gehele lichaam bij andere zorgverleners, om mee de integratie op gang te brengen. Dit kan gebeuren op multidisciplinaire bijeenkomsten tussen tandheelkundigen en andere zorgaanbieders, of door het geven van mondgezondheidsstraining aan eerstelijnszorgverleners en het zich aanbieden als contactpersoon voor mondgezondheid voor andere zorgverleners. (12,13,15)

Naast het integreren van kennis en expertise, is een geïntegreerde zorg noodzakelijk voor het verhogen van de zorgtoegankelijkheid. In bijna elk land zijn er personen die geen permanente toegang hebben tot de tandheelkundige zorg, zowel op microlevel (het individuele niveau), mesolevel (sociale processen en gemeenschapsstructuren) en macrolevel (overkoepelende structuren en beleidsmaatregelen voor de gehele bevolking). (6,10)

Eerstelijnszorg in Vlaanderen

Het Belgische zorglandschap is vrij complex, waardoor een persoon met een zorgnood mogelijks niet altijd het overzicht over zijn eigen zorg kan behouden. Het gezondheidszorgbeleid is deels een bevoegdheid van de federale overheid en deels van de verschillende gemeenschappen. Sinds 1980 is de Vlaamse overheid (Agentschap Zorg en Gezondheid) bevoegd voor persoonsgebonden aangelegenheden zoals gezondheidszorg en welzijnszorg. In 2011 werden hier nog een aantal bijkomende bevoegdheden aan toegevoegd. Kort gezegd is de Vlaamse overheid vandaag bevoegd voor het **zorgbeleid binnen en buiten zorginstellingen, preventieve gezondheidszorg en de erkenning van gezondheidszorgberoepen**. Binnen de bevoegdheid over het zorgbeleid valt ook de **organisatie van de eerstelijnszorg**. (2,3)

Om deze eerstelijnszorg verder te stroomlijnen werd binnen het Vlaamse regeerakkoord beslist om over te schakelen naar zoveel mogelijk **geïntegreerde zorg**. (16,17) Dit is een zorg en ondersteuning waarin afzonderlijke niveaus en tussenschotten tussen individuele zorgverleners en sectoren wegvallen en waarbij de zorg als een geïntegreerd geheel aangeboden wordt. Het is een zorg waarin de persoon centraal staat en de zorgaanbieders samen met de persoon de weg naar die optimale en best mogelijke levenskwaliteit uittekenen en ook helpen realiseren. Het begrip 'helpen realiseren' wijst op het belang van de autonomie van de persoon, die al dan niet samen met mantelzorgers zelf de regie in handen houdt van zijn gezondheid. (14)

Er wordt in Vlaanderen getracht om de eerstelijnszorg om te vormen tot een zorgmodel met meer vereenvoudiging, integratie en efficiëntie. Er wordt uitgegaan van competenties van de persoon om invloed uit te oefenen op zijn levensomstandigheden, woonomgeving en zorg. Hierbij wordt maximaal ingezet op 'health literacy', het vermogen om informatie over de gezondheidszorg te verkrijgen, te lezen, te begrijpen en te gebruiken, om de juiste gezondheidsbeslissingen te nemen en instructies voor behandelingen op te volgen. (3,4)

Om dit te kunnen bereiken, is een belangrijke rol weggelegd voor de nieuwgevormde **eerstelijnszones**.

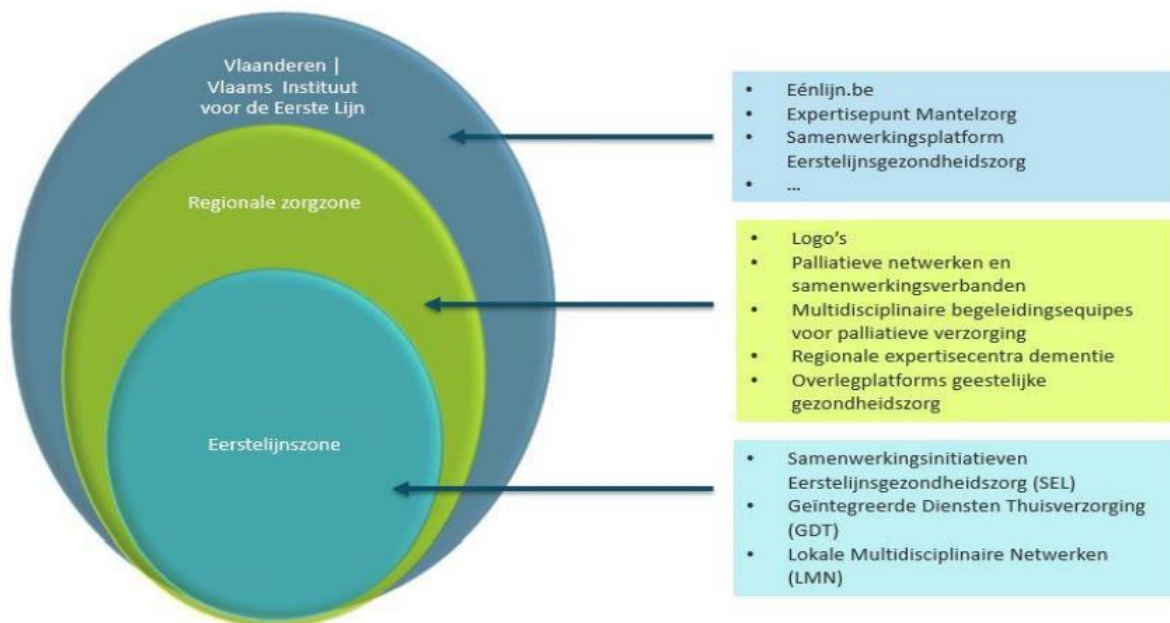
Eerstelijnszones

Sinds 1 juli 2020 werden in Vlaanderen eerstelijnszones opgericht binnen de hervorming van de eerstelijnszorg in Vlaanderen. De eerstelijnszones (ELZ) zijn voornamelijk ontstaan om het werk van lokale overheden, zorg- en hulpverleners beter op elkaar af te stemmen. (18)

Zoals de naam het zegt, is een ELZ een 'zone', een geografisch afgebakend gebied gevormd door één of meerdere gemeenten met een totaal aantal inwoners tussen 75 000 en 125 000. De grootte van de ELZ is belangrijk om een evenwicht te behouden tussen schaalvergroting enerzijds en voldoende betrokkenheid anderzijds: wanneer de ELZ te groot is, vermindert de kans op effectieve samenwerking tussen de eerstelijnsactoren. Is de ELZ dan weer te klein, dan zijn de mogelijkheden tot ondersteuning en ook de efficiëntiewinst beperkt. (3,4) Er werden 60 ELZ afgebakend voor de Vlaamse Gemeenschap: 59 in Vlaanderen en 1 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. (4,18)

Verschillende eerstelijnszones vormen samen één **regionale zorgzone**. Deze regionale zorgzone werkt op een groter bevolkingsaantal (350 000 – 400 000 inwoners). De zorgzones houden zich bezig met meer gespecialiseerde thema's als palliatieve zorg, dementie, geestelijke gezondheid en preventie, die efficiënter aangepakt kunnen worden in een groter gebied. Ze werken ook aan het versterken van de banden tussen ziekenhuizen, gespecialiseerde zorg en eerstelijnszorg voor het uitwerken van een maximaal zorgplan. Boven de zorgzones staat VIVEL, het **Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn**. VIVEL vormt het aanspreekpunt en de verbinding tussen de Vlaamse Overheid en de eerstelijnsactoren. Ook werken zij samen met universiteiten en onderzoeksorganisaties om de ontwikkeling van de eerstelijnszorg uit te werken en bij te sturen. (3,4,19)

Via deze getrapte structuur, die schematisch samengevat wordt in *fig.3*, wil men van een gefragmenteerde zorg die vanuit te veel verschillende structuren aangestuurd wordt, evolueren naar een eenvoudiger concept dat zowel op communicatief als financieel vlak effectiever is. (3)



Figuur 3: De eerstelijnszorg in Vlaanderen wordt op drie niveaus gestuurd: (1) de eerstelijnszone (verbinding van de eerstelijnsmedewerkers en de patiënt), (2) de regionale zorgzone (cluster van ELZ's) en (3) VIVEL (centraal aanspreekpunt van de Vlaamse Overheid) (3,4)

Terugkerend naar de eerstelijnszone zelf, komt het zwaartepunt van de initiatieven van de ELZ te liggen bij de ondersteuning van zorg- en dienstverlening en bij de intersectorale samenwerking tussen lokale besturen, welzijnswerkers en gezondheidswerkers. Het verlichten van de administratie van de zorgaanbieders en het centraal plaatsen van de patiënt met een zorgnood en deze zijn eigen zorg laten beheren, zijn belangrijke punten binnen deze nieuwe structuur. (3)

Bij oprichting werden voor de eerstelijnszones volgende **doelstellingen** geformuleerd (4):

- Het op elkaar afstemmen van de zorgorganisatie en het aanbieden van hoogwaardige zorg en ondersteuning
- Het ondersteunen van het lokaal sociaal beleid
- Het ondersteunen van beroepsverenigingen
- Het ondersteunen van het eerstelijns personeel en het organiseren en bevorderen van multi- en interdisciplinaire samenwerking
- Het realiseren van de Vlaamse gezondheidsdoelen met betrekking tot preventie en het voorstellen van eigen doelstellingen.

Elke persoon heeft recht op zorg en ondersteuning die een zo optimaal mogelijke levenskwaliteit toelaten. Het helpen realiseren van de persoonlijk gewenste en best mogelijke levenskwaliteit vormt het einddoel van onze zorg en ondersteuning. Zo komen we als vanzelf uit bij een integrale benadering. Om de zorgtoegankelijkheid te verhogen werd door de Vlaamse Overheid de Sociale Kaart (<https://www.desocialekaart.be/>) ingevoerd. Deze bevat een overzicht van zorgvoorzieningen en zorgverstrekkers in Vlaanderen en Brussel. (20)

Elke ELZ wordt ondersteund door een **zorgraad** die bestaat uit vertegenwoordigers van organisaties uit vier clusters: lokale autoriteiten, de gezondheidssector, de welzijnssector en patiëntenverenigingen. Deze vier blokken moeten gelijk vertegenwoordigd zijn binnen de zorgraad, die maximaal uit 24 leden mag bestaan. (3,4,19)

De plaats van tandartsen binnen de Vlaamse Eerstelijnszorg

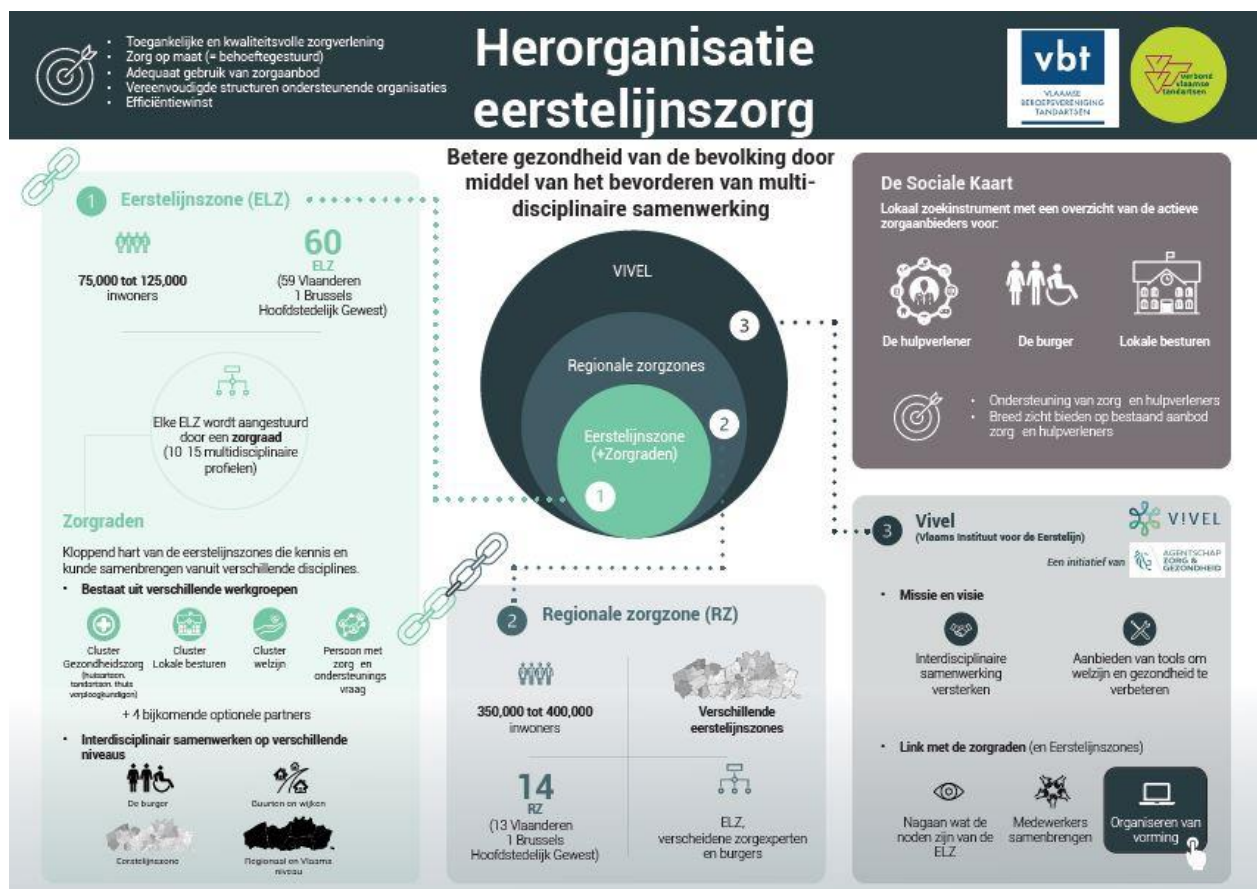
Om de integratie van de Vlaamse tandartsen binnen de ELZ's te bevorderen, werd de Stuurgroep Tandartsen in de Eerstelijnszones opgericht (STELZ), een samenwerking tussen het Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT) en de Vlaamse Beroepsvereniging Tandartsen (VBT) die een gezamenlijk aanspreekpunt zullen vormen tussen de overheid, VIVEL en de Vlaamse tandartsen.

Tussen 18 februari en 5 maart 2021 gaf STELZ de opdracht aan het consultancybureau Möbius om een bevraging uit te voeren bij alle Vlaamse tandartsen naar de kennis over en participatie binnen de nieuwgevormde eerstelijnszones. Er namen in totaal 475 tandartsen deel aan deze online enquête, die via de beroepsverenigingen zo breed mogelijk werd verspreid.

De resultaten van dit pilootonderzoek dienen voor STELZ en de Vlaamse Overheid als vertrekbasis om tandartsen steeds nauwer te betrekken binnen de ELZ. Uit de resultaten bleek echter dat hiervoor nog bijkomende acties nodig zullen zijn. 15% van de 475 deelnemende tandartsen, die wellicht beschouwd mogen worden als de meest geïnteresseerde groep tandartsen, kende zijn eigen ELZ niet. Er was ook een geringe kennis over wat de ELZ doet en waarvoor deze staat. Opvallend was echter de discrepantie tussen de vragen die peilden naar attitude en de vragen die peilden naar de eigen acties. Zo vond 72% van de deelnemers het wel belangrijk dat de tandartsen vertegenwoordigd worden binnen de ELZ, maar nog geen 5% kende de vertegenwoordiger van de tandartsen binnen hun eigen zorgraad. Ook vond 55% de Sociale Kaart een belangrijk instrument, maar toch was 92% zelf niet geregistreerd op deze

Sociale Kaart. Dit kan te wijten zijn aan het mogelijks sociaal wenselijk antwoorden bij de attitudevragen, of aan één of meerdere barrières die het moeilijk maken om de positieve attitude om te zetten in een concreet engagement binnen de ELZ. Er werd in de bevraging wel gezien dat 78% van de deelnemers al had samengewerkt met een andere zorgverlener binnen de ELZ. Dit impliceert op zijn minst dat de tandarts wel degelijk interprofessioneel samenwerkt binnen de eerstelijnszorg. Hierbij wordt het vaakst samengewerkt met andere (para)medici, woon- en dagverzorgingscentra, lokale besturen en OCMW's. Er zal echter moeten gezocht worden naar een manier om de tandarts nog concreter te betrekken binnen de werking van de ELZ in het algemeen en de zorgraad in het bijzonder. (21)

De Vlaamse overheid wil met de hervorming van de eerstelijnszorg inzetten op een persoonsgerichte en geïntegreerde zorg. Hieronder wordt verstaan dat alle zorgverleners en sectoren samenwerken om voor de persoon met een zorgnood de meest optimale en best mogelijke levenskwaliteit te voorzien. (3,16,17) Fig.4 toont via een infographic een overzicht van de reorganisatie in de zorg.



Figuur 4: infographic herorganisatie eerstelijnszorg (Bron: TELZ) (22)

Doelstelling

In de inleiding werd een beperkte betrokkenheid van Vlaamse tandartsen aangetoond binnen de werking van hun eigen eerstelijnszone. Er is echter weinig bekend over de mechanismen en principes die aan de basis liggen van dit beperkte persoonlijke engagement. Om die reden zal in deze masterproef de visie en attitude van Vlaamse tandartsen ten opzichte van een geïntegreerde eerstelijnszorg bevraagd worden, en gezocht worden naar bevorderende en belemmerende factoren voor hun eigen engagement. Dit zal gebeuren door middel van kwalitatief onderzoek via semi-gestructureerde interviews.

Methodologie

Literatuurstudie

Voorafgaand aan het experimenteel onderzoek werd een literatuurstudie verricht waarbij volgende **PICO-vraag** werd opgesteld: What is the impact of interprofessional collaboration (I) on the provision of primary health care (O) by dentists (P) and other health care workers (C) in primary health care (I)?

Voor elk onderdeel van de PICO-vraag werden alle relevante zoektermen opgesteld. Er werd zoveel mogelijk gezocht naar MeSH-termen, maar ook vrije zoektermen werden gebruikt. Een tabel met de gebruikte zoektermen werd hieronder toegevoegd (*tabel 1*). De verschillende zoektermen werden met elkaar gecombineerd door middel van de Booleaanse operatoren “AND” en “OR” tot een algemene zoekstring, die werd ingevoerd in de database PubMed. Ook Google werd geconsulteerd voor de meest relevante bronnen over de eerstelijnszorg in Vlaanderen.

Zoekstring: (((("Dentists"[MeSH Terms]) OR dental) OR "dental practitioner") OR dentistry[MeSH Terms]) AND (((("primary health care"[MeSH Terms]) OR "health promotion"[MeSH Terms]) OR "preventive medicine") OR "health protection") OR "health maintenance") OR "medical management") AND (((((((("Health Personnel"[MeSH Terms]) OR "health care worker") OR caregiver) OR "medical professional") OR "health care provider") OR "general practitioners"[MeSH Terms]) OR "health professional") OR "health care professional") OR "Public health practitioner") OR "Health personnel"[MeSH Terms]) AND (((("cooperation") OR "interprofessionalism") OR "collaboration") OR "Partnership") OR "Teamwork") OR "Mutual effort") OR "Intersectoral Collaboration"[MeSH Terms])

Tabel 1: Zoektermen volgens PICO vraag

P = Dentist	Dentist (MeSH)
	Dental surgeon
	Dental practitioner
	Dentistry (MeSH)
	Oral doctor
O = Primary health care	Oral care practitioner
	Primary health care (MeSH)
	Oral health
	Preventive medicine
	Health protection

	Health maintenance
	Medical management
C = Other health care workers	Health care worker
	Caregiver
	Medical professional
	Health care provider
	General practitioner (MeSH)
	Health professional
	Health care professional
	Public health practitioner
	Health personnel (MeSH)
I = interprofessional collaboration	Cooperation
	Interprofessionalism
	Collaboration
	Partnership
	Teamwork
	Mutual effort
	Intersectoral Collaboration (MeSH)

In totaal werden er 91 hits gevonden op PubMed, waarna elk artikel werd gefilterd op basis van titel en abstract. Na het lezen van de beschikbare full text artikels, werden 23 publicaties weerhouden.

Experimenteel onderzoek

Deelnemers en steekproef

Voor dit onderzoek werd gezocht naar tandartsen om deel te nemen aan semi-gestructureerde interviews. Om een zo groot mogelijke geografische spreiding te bekomen, werden deze deelnemers gerekruteerd via de beroepsverenigingen en via tandartsen actief binnen het UZ Gent. Enkel actieve algemeen tandartsen in Vlaanderen werden geïncludeerd.

De grootte van de steekproef werd niet op voorhand vastgelegd, maar er werden steeds nieuwe deelnemers geïncludeerd totdat voor elk thema van het kwalitatief interview een theoretische saturatie werd bereikt. Dit betekent dat ten minste twee opeenvolgende interviews niet leiden tot inzichten die nog niet in eerdere interviews werden aangehaald.

De tandartsen werden onderworpen aan verschillende vragen, die zo open mogelijk werden gesteld. Bij onduidelijkheden werden bijvragen gesteld om maximale informatie te verzamelen. De vragen werden onderverdeeld in vier thema's: de rol van de tandarts binnen de eerstelijnszones, de eigen rol binnen de eerstelijnszone, samenwerking met andere zorgverleners en adviezen aan de overheid voor de organisatie van de eerstelijnszorg. (*Bijlage 1*)

Dataverzameling

De dataverzameling liep van 12/10/2021 tot 31/01/2022, de interviews werden afgenomen in het Nederlands en gebeurden online, telefonisch of in persoon. Voorafgaand aan het interview dienden de deelnemers steeds toestemming te geven door het ondertekenen van een informed consent. Ook werden de geïnterviewden via een korte inleiding geïnformeerd over het doel van het interview en de privacy-voorwaarden (*Bijlage 1*). De data werden via audio-opname verzameld op een beveiligde audio-recorder om vervolgens getranscribeerd te worden.

Aan de hand van de grounded theory (23) werden de vragen steeds bijgestuurd en verfijnd, totdat voor elk van de vier thema's saturatie werd bereikt. Vervolgens werden de interviews woord voor woord uitgetypt door middel van woordelijke transcriptie (**verbatim transcription**), waarbij ook pauzes en aarzelingen werden opgenomen. Thematische analyse gebeurde via het verwerkingsprogramma NVIVO door middel van open, axiale en selectieve codering, waarvoor een codeboek werd opgesteld.

Ethisch comité

Deze studie werd voorgelegd aan en goedgekeurd door de Commissie voor Medische Ethiek van het UZ Gent. Het Belgisch registratienummer van de studie is BC-10228. Informed consent werd genomen op individueel niveau in het Nederlands. (*Bijlage 2*).

Resultaten

In totaal namen 30 personen deel aan het interview, waaronder 18 vrouwen (60%) en 12 mannen (40%). De leeftijd van de deelnemers varieerde tussen 23 en 72 jaar met een gemiddelde van 47 jaar. 80% van de tandartsen komen uit de provincie Oost-Vlaanderen, 10% uit Antwerpen, 3% uit West-Vlaanderen, 3% uit Vlaams-Brabant en 3% uit Limburg.

De ontdekking van de eerstelijnszone

“De naam van mijn wat...?”

Uit de interviews blijkt dat veel tandartsen niet weten wat een eerstelijnszone (ELZ) is of binnen welke ELZ ze zelf werken. Vaak wordt er in de plaats gerefereerd naar hun lokale studieclub of de regio waar ze actief zijn. Ook blijkt er een grote verwarring tussen de begrippen eerstelijnszone en eerstelijnszorg. Er wordt heel snel de link gemaakt met het vertrouwde woord ‘eerstelijnszorg’, de rechtstreeks toegankelijke zorg waarbinnen de algemene tandheelkunde ook zijn plaats heeft. Puur kwantitatief gezien kende 20 van de 30 deelnemende tandartsen hun ELZ niet en hadden ze er meestal nog nooit van gehoord. Wanneer het concept verder werd toegelicht en gekeken werd naar hun eventuele contacten met de organisatie achter de ELZ, bleek dit zich voor veel tandartsen te beperken tot een mail die af en toe passeert of een vergadering die ze ooit eens hadden bijgewoond. Deze vergaderingen werden als langdradig en niet-tandartsgericht beschouwd, waardoor de interesse al snel wegebde. Connecties met de zorgraad of vertegenwoordigers van de tandartsen binnen de ELZ waren er al helemaal niet. Voor sommige tandartsen gaf dit het gevoel dat er geen organisatie achter hun ELZ zit. De meest treffende uitspraken over de vraag naar de naam van hun ELZ en het onderlinge contact worden weergegeven in *tabel 2*.

Tabel 2: bevraging naar de naam en het contact met de ELZ

TANDARTS 6	De praktijk bedoel je? Neen de zone waar u uw werk uitvoert. Wat bedoel je daarmee?
TANDARTS 7	Geraards...Allee wat is dat? Ik weet dat niet.
TANDARTS 10	Je spreekt dan bij ons de kring?
TANDARTS 11	Organisatie? Euhm herhaal dat nog een keer.
TANDARTS 13	Heel beperkt, ik hoor daar heel weinig van hé, ik zie nu en dan wel iets passeren hé, dat is nu een beetje meer in de picture geweest door corona, maar uiteindelijk horen wij daar heel weinig over.
TANDARTS 15	Ik heb nog nooit van een eerstelijnsorganisatie gehoord
TANDARTS 17	Ik weet totaal niet wat de ELZ is.
TANDARTS 20	Als je mij nu vraagt wie is uw contactpersoon, kan ik niet zeggen wie dat is.
TANDARTS 25	Geen flauw idee, dat is echt de eerste keer dat ik daarvan hoor ook.

“Dat is echt, dat gebeurt hier niet.”

Een eerste opvallende en onverwachte vaststelling was dus dat het begrip “eerstelijnszone” niet gekend was bij de meeste deelnemende tandartsen. Om die reden diende de interviewgide te worden bijgestuurd, en kregen de deelnemers die er nog nooit van gehoord hadden, of het concept verwarden met eerstelijnszorg in het algemeen, een korte uitleg door de onderzoeker. Er werd meegedeeld dat dit geografisch afgebakende zones zijn binnen Vlaanderen die worden geleid door een zorggraad en dat deze 2 jaar geleden opgericht werden over gans Vlaanderen. Toch deed ook deze beschrijving bij de meeste tandartsen geen belletje rinkelen, waardoor er kan worden van uitgegaan dat het voor hen daadwerkelijk een nieuw begrip was. Sommige tandartsen bleven zelfs beweren dat deze organisatie in hun regio helemaal niet bestond (*tabel 3*).

Tabel 3: eerste reactie na bijkomende kadering van de ELZ

TANDARTS 6	(...) Maar ik ken ik dat niet.
TANDARTS 11	Volgens mij, ik vind het een rare vraag (...) Neen hé.
TANDARTS 16	Dat is echt, dat gebeurt hier niet. (...) Nee, maar ik wist zelfs niet dat er een zone bestond.
TANDARTS 21	Contact met uw ELZ als organisatie? Wat wil je daarmee zeggen? (...) Nog nooit van gehoord.
TANDARTS 24	Bedoel je dan hoe ik het regel ofzo? (...) Ik heb die eigenlijk nog nooit euh, nog niet mee in aanraking gekomen.
TANDARTS 26	(...) Ah, daar weet ik niets van
TANDARTS 29	Als organisatie werk ik eigenlijk voor iemand (<i>mijn praktijk, nvdr</i>) Nee, studieclub ken ik, maar effectief een raad dat niet nee.

“Ik heb niet direct de indruk dat dat een invloed heeft”

De impact van het ontstaan van de eerstelijnszone op hun eigen praktijkvoering en het structureel contact met andere zorgverleners ervaren de deelnemende tandartsen hoofdzakelijk als onbestaande (*tabel 4*). Er wordt aangehaald dat er een vast patiëntenbestand is en dat de praktijk al jaren goed functioneert zonder de ELZ. Voor de deelnemers is de manier van praktijkvoering hetzelfde gebleven, alsook de contacten met andere zorgverleners. Ook het feit dat ze niet van het bestaan de ELZ afweten, zorgt ervoor dat de impact zeer beperkt blijft. Desondanks werd wel de hoop uitgesproken dat het in de toekomst wel iets kan veranderen, zo ervaren tandartsen wel de behoefte om andere zorgberoepen beter te leren kennen en betere contacten te leggen in het belang van hun patiënten.

Tabel 4: de impact van de ELZ op de praktijkvoering

TANDARTS 5	Geen impact, want ik weet eigenlijk van niet veel.
TANDARTS 10	Herhaal dat eens even. <i>Herhaalt de vraag.</i> Daar ben ik niet mee hoor sorry.
TANDARTS 12	Op het moment heeft dat nog weinig impact, omdat het hier nog niet echt van de grond komt.
TANDARTS 14	Euh kan je dat nog een keer herhalen? <i>Herhaalt de vraag.</i> Ah, ja maar ja, de ELZ, ja ja ja, ook niet veel he, ik ben al zolang tandarts en ik heb een vrij vast cliënteel.
TANDARTS 19	Impact eigenlijk niet, het is leuk dat ik daar af en toe naar zo'n vergadering kan gaan, want ik zie daar andere mensen terug.
TANDARTS 20	Voor de rest heb ik door die invoering niet zo heel veel gemerkt.

Acties van de eerstelijnszone

Elke eerstelijnszone organiseert bepaalde acties binnen hun gebied, afgestemd op de noden van hun burgers. Zo speelden zij een belangrijke rol binnen de vaccinatiecampagnes tijdens de covidpandemie door de vaccinatiecentra op te richten en praktisch te organiseren. Toch halen slechts 5 tandartsen de acties rond de bestrijding van de pandemie aan, 1 tandarts die ook zetelt binnen het bestuur van een beroepsvereniging, vermeldde het pilootproject van STELZ. Twee derde kon echter geen enkele actie van de eerstelijnszone opnoemen of andere deelnemers herinnerden zich lokale acties die niet verbonden waren met de ELZ zelf.

Plaats van mondgezondheid in de ELZ

De mond als centrum van onze gezondheid

Wanneer aan de tandartsen gevraagd wordt naar de rol van de tandarts als beroepsgroep binnen de ELZ, zijn de antwoorden heel sterk gericht op het werk binnen de eigen praktijkmuren. **Preventie en het opvangen van urgenties** worden als centrale doelen gezien voor de tandarts als beroepsgroep binnen de ELZ. Hun visie is enorm patiënt- en praktijkgericht, de taak van het beroep is de algemene mondgezondheid op peil houden en het eventueel doorverwijzen naar tweedelijnszorg bij behandelingen die buiten het kunnen van de algemeen tandarts vallen. Voor de kinderen vinden de deelnemers dat de tandarts ook een opvoedende rol heeft als het op de gezondheid van het gebit aankomt. Ook de mondzorg voor iedereen toegankelijk en laagdrempelig maken, wordt als belangrijk beschouwd, evenals het opvangen van de extreme tandartstekorten. Opvallend is dat het begrip eerstelijnszorg in de antwoorden vaak verengd werd tot zorg enkel en alleen voor de kansarmen, terwijl dit nergens werd aangehaald. De tandartsen zien het als een taak van het beroep om ook voldoende in te zetten op de 'sociale gevallen' van de maatschappij, zoals zij het noemen (*tabel 5*).

Tabel 5: de rol van de tandarts als beroepsgroep

TANDARTS 3	Uiteraard niet met de dikke tenen van mensen spelen, maar bezig houden met tanden en wat daar van pathologieën in voorvalt en in eerstelijns zou ik denken, zo breed en zo veel mogelijk en dan vooral, weten wat je moet doorsturen en waar je zelf aan moet beginnen.
TANDARTS 4	De rol...eigenlijk zeer belangrijk hé, de gezondheid van de mond is eigenlijk het centrum van onze gezondheid.
TANDARTS 5	De mondzorg van patiënten, zoals de huisarts, maar dan voor de mond.

Anderzijds is ook de samenwerking met andere beroepsgroepen voor meerdere deelnemers een belangrijke rol die de tandarts heeft, gezien ze vinden dat de tandheelkundige zorg een groot onderdeel is van alle medische zorgen (*tabel 6*). Een pijnpunt lijkt de integratie van de tandheelkunde in de algemene geneeskunde. De terugkoppeling tussen dokters en tandartsen zou voor velen beter moeten en kunnen, zodat tandheelkundige problemen beter gecoördineerd kunnen worden. Om de samenwerking met andere zorgverleners te optimaliseren, blijkt wel dat de tandartsen hier zelf baat bij moeten hebben, vooraleer ze hiertoe bereid zijn. Anderen vinden dat de mondhygiënist de rol op zich moeten nemen om de tandarts te vertegenwoordigen binnen de zorggraad en de ELZ.

Tabel 6: samenwerking van de tandarts met andere zorgberoepen

TANDARTS 1	De bedoeling zou moeten zijn om samen te werken met andere beroepsgroepen
TANDARTS 7	Ik denk dat dat een zeer belangrijke rol dat wij hebben, samen met de huisartsen moeten wij de coördinatie doen van al de basiszorg van de patiënten denk ik.
TANDARTS 10	Eigenlijk moet de tandheelkunde volledig ingewerkt worden in geheel de geneeskundige zorg van de patiënt.
TANDARTS 27	Het allerbelangrijkste is denk ik contacten leggen met andere beroepsgroepen, die we nodig hebben hé. (...) euh de artsen, ja we hebben ze nodig hé.

Wie neemt de rol op zich binnen de ELZ?

De tandartsen zijn van mening dat het zeer belangrijk is om hen te betrekken binnen de eerstelijnszones en het beleid ervan. Ze vinden het belangrijk dat de overheid op de hoogte is van het reilen en zeilen binnen de praktijk. Opvallend is evenwel dat ze zelf niet geneigd zijn die vertegenwoordiging op zich te nemen, waarbij vooral de administratie eromheen als een heikel punt wordt aangegeven. Velen vinden dat het de taak is van de beroepsverenigingen om de tandartsengroep te vertegenwoordigen binnen de zorggraad. Echter benoemen ze ook enkele minpunten van de klassieke verenigingen. Vaak weten de tandartsen niet wat ze doen of waar ze precies voor staan. Ook wegen ze te weinig door en voelen sommige deelnemers zich ook helemaal niet vertegenwoordigd, zo blijkt uit navraag bij de tandartsen. Ze willen

graag meer inspraak in de standpunten van de beroepsverenigingen. Anderen vinden dan weer dat de tandarts geen leidende rol moet spelen binnen de ELZ, maar eerder een aanvullende rol met de artsen. Meninge n over de beleidsmatige rol die de tandarts zou moeten spelen zijn terug te vinden in *tabel 7*.

Tabel 7: de beleidsmatige rol van de tandarts

TANDARTS 13	Goh, bij de beroepsvereniging kan er wel wat bijgestuurd worden, maar hoe precies, daar heb ik geen kijk op hé.
TANDARTS 14	Jazeker, want de tandarts is de enige die weet over wat het gaat, ik heb onder andere nog met mensen van het RIZIV gesproken en dat waren meestal artsen en die weten langs geen kanten over wat het gaat.
TANDARTS 18	Ja, maar het is niet voor mij weggelegd, maar euh tuurlijk, ja absoluut.
TANDARTS 28	Euh natuurlijk, ja om mee het beleid in die zone uit te stippelen, ja daar ben ik van overtuigd.

What's in it for the dentist?

Een belangrijk pijnpunt dat wordt blootgelegd in de thematische analyse, is dat tandartsen vinden dat mondgezondheid een belangrijke plaats moet innemen binnen de eerstelijnszone, maar daar voor zichzelf geen enkele rol in zien. Tandartsen hebben drukke praktijken te beheren en hebben te maken met een enorm tijdsgebrek, wegens de schaarste aan tandartsen in Vlaanderen. Frustraties worden geuit over patiënten met pijnklachten die nergens terecht kunnen wegens patiëntenstops in vele praktijken. In die context zijn de deelnemende tandartsen weinig geneigd om hun praktijk te verlaten. Zo zijn de vergaderingen van de ELZ's vaak overdag, wat volgens hen enkel is weggelegd voor tandartsen die aan het afbouwen zijn, geen volle week werken of geen kinderen hebben om voor te zorgen. Anderen halen dan weer aan dat ze al te oud zijn om nog een rol te kunnen spelen binnen hun zone. Er is zoveel te doen binnen de eigen praktijk, dat er soms al te weinig vat is op de uitvoering van hun eigen eerstelijnszorg door hun overvolle agenda's. De stap naar actieve participatie binnen hun ELZ wordt ook vergroot door het administratieve gebeuren eromheen en gebrek aan een duidelijk doel. (*Tabel 8*) De tandarts is het aanspreekpunt voor tandheelkundige zorg en staat in voor het uitvoeren ervan, en daar stopt ook de taak van de meeste deelnemende tandartsen. De vraag wordt opnieuw zeer praktijkgericht benaderd: ze staan klaar om de noden van de patiënt op te vangen en willen bereikbaar zijn voor iedereen. Sommigen gaan ook het engagement aan om er te zijn voor mensen die minder snel toegang hebben tot de mondzorg, indien de motivatie ook van bij de patiënt zelf komt. Er is echter niemand die voor zijn concrete engagement verder kijkt dan de eigen praktijk.

Tabel 8: de eigen rol binnen de ELZ

TANDARTS 1	Ik denk dat er momenteel wel een aantal tandartsen werkzaam zijn in zo'n groepen, maar dat zijn meestal allemaal zo half gepensioneerde mensen of mensen die geen volle week werken en die ook geen kinderen hebben die aandacht vragen of die er echt bewust voor kiezen om een dag in de week zich voor iemand anders in te zetten. Maar eens je echt in een eigen praktijk, een drukke praktijk zit, is de stap moeilijk om te zeggen van ik ga nu eens een dag minder werken en ik ga mij inzetten daarvoor.
TANDARTS 3	Ik had zoiets van pff, nog een vergadering, laat het maar het is al wel.
TANDARTS 15	Voor mezelf persoonlijk geen, omdat ik op dit moment zelf al druk bezig ben met mijn eigen praktijk.
TANDARTS 17	Ik heb er een poging toe ondernomen, maar de hele administratieve rompslomp heeft mij doen afhaken.
TANDARTS 27	Euh ik ben eigenlijk een beetje de chinese vrijwilliger, omdat ik dan voorzitter van de studieclub tandartsen VVT in mijn regio ben en dan rol je daar automatisch een beetje in.
TANDARTS 24	Maar ik heb een solopraktijk ook hé, ik probeer het zelf ook een beetje te managen.

Op deze manier ontstaat er een grote mismatch tussen de rol die ze weggelegd zien voor de beroepsgroep binnen de organisatie van de ELZ, die voor hen klaarblijkelijk wel belangrijk is en het eigen engagement die ze hiervoor willen aangaan.

Barrières

Wanneer er specifiek wordt ingegaan op de zaken die de deelnemers tegenhouden om hun rol te vervullen binnen de eigen ELZ, zijn de leeftijd en het tijdsgebrek de grootste pijnpunten (*tabel 12*). Als ze dan tijd maken om zich te engageren binnen de organisatie, stellen ze zich de vraag wat ze er effectief mee bereiken. Het gebrek aan kennis over de eerstelijnszone en de organisatie erachter is een volgend heikel punt, wat maakt dat ze zich er niet voor willen inzetten

Tabel 9: drempels binnen de ELZ

TANDARTS 10	Ik heb in die eerste 2 jaar al die vergaderingen meegemaakt, tot een bepaald ogenblik dat ik gezegd heb van we stoppen ermee, je kan ons bereiken. Het was op een bepaald ogenblik vergaderen om te vergaderen en altijd opnieuw hetzelfde te herhalen. Als we beginnen aan een patiënt moet dat werk af zijn, als je op een bepaald ogenblik zegt ik zit mijn tijd hier te verdoen, want je ziet niets vooruitgaan eigenlijk.
TANDARTS 12	Tijd, tijd, tijd, want in alles kruipt tijd en in de praktijken verdrinken wij en dan moet je soms afwegen of je niet beter twee avonden nog urgentieshiften kunt draaien of dat je weer in een administratieve mollenmolen stapt, waar ik soms het gevoel heb dat er heel veel wordt vergaderd, vooraleer er echt iets kan beslist worden.

Motivatie

Wat de tandartsen kan motiveren, kan opgedeeld worden in twee categorieën: binnen de ELZ en binnen de praktijk. Een vergoeding zou een stimulus kunnen zijn om zich te engageren binnen de organisatie, want vergaderen neemt nu eenmaal tijd in beslag. En wat staat daar dan tegenover? Een ander belangrijk punt is steun, hieronder wordt onder andere verstaan: een algemeen standpunt vanuit beide beroepsverenigingen, meer ondersteuning vanuit de overheid en een betere communicatie. De zichtbaarheid van de zone moet ook worden vergroot. Wat doen zij? Wat kunnen zij verwezenlijken? Wat kunnen ze betekenen voor de tandartsen? Ook hebben ze nood aan een tastbaar bewijs van het nut van een engagement binnen de ELZ, er moeten dingen gebeuren die effectief werken. Anderen hebben gewoonweg geen ambitie om iets te doen binnen de zone zelf. Stimulansen om het werk binnen de praktijk te verhogen zijn onder andere verhoogde tarieven, waarbij er dus betere ondersteuning komt vanuit het RIZIV en de overheid, subsidies om preventieve zorg uit te oefenen binnen scholen en rusthuizen, een nomenclatuurnummer ontwikkelen voor poetsinstructies... Voor andere tandartsen is het werken binnen hun interessegebied en de tevredenheid van patiënten een grote motivator. Men bouwt vertrouwensbanden op met de patiënten en wanneer zij hun dankbaarheid uitdrukken en positieve feedback geven ontstaat er een gevoel van voldoening voor hun werk. In *tabel 10* worden enkele drijfveren van de deelnemers weergegeven.

Tabel 10: motivatoren om zich te engageren voor de ELZ

TANDARTS 2	Een betere verloning zou natuurlijk ook wel al een punt zijn, want dat ontbreekt helemaal vind ik voor in de eerstelijnszorg
TANDARTS 17	Je moet er gewoon tijd voor hebben, als je geen tijd hebt, ja in principe kunnen wij 24/24 werken hé, maar dat gaat gewoon niet, dat is niet menselijk.
TANDARTS 18	Ik denk dat dat meer iets is voor mensen die al in VVT of in de studieclub een belangrijke rol op zich nemen, voor mij is dat niet echt allee, dat zegt mij niets.
TANDARTS 21	Extra motiveren? Dat ik blij ben als de mensen blij buiten gaan.
TANDARTS 27	Wat mij zou motiveren is als ik een tastbaar bewijs zou hebben van het nut wat wij doen, als de collega's daar wel bij varen

De blik op de ander

Basiscontacten

Hebben tandartsen een goed contact met andere zorgverleners? Dit werd in een volgend thema bevraagd en uitgezocht. Volgens de deelnemers hebben zij wel af en toe contact met andere beroepsgroepen, meer bepaald met de huisartsen. Vooral in verband met medicatie wordt er al snel eens telefonisch contact gezocht of via de eHealthBox (*tabel 11*). De artsen zijn in de meeste gevallen goed bereikbaar en bereid om hen te woord te staan. Het contact wordt wel gezocht vanuit de tandarts, het gebeurt zelden dat de huisarts hen contacteert voor tandheelkundige problemen.

Tabel 11: contacten met andere zorgverleners

TANDARTS 3	We hebben niet allemaal een superhartelijke band, maar met de meesten kunnen we wel door één deur.
TANDARTS 7	Ik neem heel gemakkelijk mijn telefoon een keer om iets te vragen als ik onzeker ben of als ik medische gegevens moet hebben.
TANDARTS 13	Wat ik vaak mis is de terugkoppeling tussen dokters en tandartsen (...) als de patiënt toevallig bij de dokter geraakt met een tandheelkundig probleem, dan wordt er standaard antibiotica voorgeschreven.
TANDARTS 20	Maar het is niet, pakt dat 90% van mij uitgaat en dan 10% van de artsen.

Het eiland der tandartsen

Evenwel hebben de tandartsen het gevoel er niet echt bij te horen. Tandheelkunde wordt nog te vaak gezien als een afzonderlijk discipline die niet bij de algemene geneeskunde hoort. Er zijn vele frustraties die bij de deelnemende tandartsen naar boven kwamen. De integratie van de mondzorg verloopt te moeizaam en de kennis van andere beroepsgroepen over de mond

is te beperkt. ‘Communication is key’, maar schiet in meerdere gevallen nog tekort. Enkele frustraties en ervaringen van de geïnterviewde tandartsen worden weergegeven in *tabel 12*. Anderzijds geven ze ook wel aan dat tandartsen zelf ook nog te veel op hun eigen eilandje leven, waarbij zelfs de communicatie tussen praktijken onderling niet altijd even vlot verloopt.

Tabel 12: frustraties rond de samenwerking met andere beroepsgroepen

TANDARTS 3	Ik denk dat er eerst op die vergaderingen vooral contact moet gelegd worden met andere beroepsgroepen, want de tandartsen worden nog altijd bekeken als zijnde aparte groep, die zitten ergens in een hoekske.
TANDARTS 10	Waarom? Omdat we effectief voor velen een afgesloten gebied zijn eigen hé. Tandheekkunde is gewoonweg een onderdeel van de geneeskunde, die spijtig genoeg nog altijd minachtend wordt bekeken.
TANDARTS 17	De artsen zouden veel meer moeten samenwerken met de tandartsen, maar hun kennis van tandheekkunde is te beperkt.
TANDARTS 25	Als je naar andere zorg kijkt, is dat wel moeilijker denk ik, logopedie of kiné, je maakt wel voorschriften, maar je hoort die mensen nooit, je hebt daar nooit een verslag van.
TANDARTS 28	Communicatie is één van de belangrijkste factoren die ervoor zorgt of dat de zorg goed is voor patiënten of niet, dat heb ik al meermaals mogen ondervinden als er iets misloopt is het meestal in de communicatie.

De rol van de overheid

Welke adviezen zou de tandarts aan de overheid geven als zij het voor het zeggen hadden? Op deze vraag kwamen heel wat suggesties, die hieronder thematisch werden gebundeld.

Multidisciplinair platform

De deelnemende tandartsen uitten de nood aan een gedeeld platform tussen de beroepsgroepen binnen een gedeelde zorg, waar gegevens kunnen gedeeld worden zoals medicatieschema's, RX'en, interdisciplinaire gegevens... (*tabel 13*). Er werd aangehaald dat zoiets al bestond onder de vorm van eHealthBox, maar dat dit nog niet voldoende is ingeburgerd. De tools zijn er, maar moeten door de zorgprofessionals actiever gebruikt worden.

Tabel 13: advies in verband met een gedeeld platform

TANDARTS 25	Dat tandartsen stoppen en dat we gewoon vanaf 0 moeten beginnen, omdat we niet aan die dossiers geraken terwijl dat ik denk als we nu gewoon eens een universele cloud zouden hebben.
--------------------	---

Integratie van de tandheelkunde in de zorg

Zoals eerder al beschreven, geven tandartsen aan dat ze worden beschouwd als een afzonderlijke tak binnen, of zelfs buiten de geneeskunde. Zij wensen dat ze beter betrokken worden binnen de eerstelijnszorg en vooral in overleg met de huisartsenkoepel. Ook raden ze aan dat de andere beroepsgroepen meer geïnformeerd worden over problemen in de mond, zodat de patiënten goed worden doorverwezen. Specifieke bijscholingen aan de huisartsen in verband met problemen in de mond, zouden kunnen bijdragen aan een betere behandeling van de patiënt (tabel 14).

Tabel 14: adviezen over integratie van de tandzorg in de algemene zorg

TANDARTS 4	Het centrum van de gezondheid is de mond hé, dat is de grootste vuilbak van het menselijk lichaam, er is geen grotere vuilbak dan de mond.
TANDARTS 6	Het enige wat mij soms stoort is dat dokters weinig van de tandheelkunde weten en dan vooral van wondjes in de mond.
TANDARTS 11	We ondervinden dat de huisartsen qua mond-tandzorgen te weinig opgeleid zijn.
TANDARTS 16	Ja misschien moet de overheid gewoon de tandarts betrekken in de eerstelijnszorg?
TANDARTS 17	Misschien eens beginnen nadenken om de tandartsen overal bij te betrekken en te vernoemen als ze het over de eerstelijnszorg hebben, want wij worden telkens, telkens vergeten.

Mondhygiënisten

Een belangrijke rol binnen de ELZ kan weggelegd zijn voor de mondhygiënisten. Er bestaat een grote nood aan extra hulp door het steeds groeiende tandartsentekort, waarvan de mondhygiënist een deel zou kunnen opvangen. Door het gebrek aan een wettelijk kader voor hun financiering, is het voor de tandartsen echter niet duidelijk op welke manier ze mondhygiënisten kunnen tewerkstellen. (Tabel 15)

Tabel 15: adviezen met betrekking tot mondzorgassistenten

TANDARTS 21	Dat ze eens duidelijk maken hoe dat de mondzorgassistentes bijvoorbeeld bij ons op een wettelijke manier kunnen werken, wat dat de verloning is. Want nu zitten wij, ze zijn al 2 jaar afgestudeerd en wij zitten al 2 jaar in het ongewisse.
TANDARTS 22	Dat dat zeker en vast uitgeklaard wordt en dat er een duidelijke situatie gecreëerd wordt van wat die mensen mogen doen, hoe dat die verloning is, dat daar een honorarium tegenover staat, dat daar ook terugbetaling voor patiënten in voorzien wordt.
TANDARTS 25	Zo snel als mogelijk samenwerken met mondhygiënisten en dergelijke, want ik vind echt dat tandartsen veel te weinig aandacht besteden aan preventie, dat het niet alleen meer kostendrukkend is voor de patiënten, maar dat gewoon het systeem efficiënter wordt.

Nomenclatuur en RIZIV

Een correcte vergoeding en een betere verloning is een volgend aandachtspunt die de tandartsen in de kijker willen stellen voor de overheid. De nomenclatuur dient herzien te worden en aangepast te worden aan de snel veranderende en gedigitaliseerde tandheelkunde (*tabel 16*). Ook terugbetaling voor tandheelkundige verstrekkingen waar dit momenteel nog niet gebeurt evenals meer transparantie voor de patiënten over de prijzen, om op die manier de tandzorg laagdrempeliger te maken en de tandartsen niet het imago van geldwolven te geven.

Tabel 16: adviezen rond nomenclatuur en terugbetaling van het RIZIV

TANDARTS 25	De terugbetaling, het RIZIV, dat moet echt omhoog, want de kosten zijn zo hoog, voor een endo ofzo, dat is gewoon een mop om dat geconventioneerd te gaan doen.
TANDARTS 29	Eerst en vooral een terugbetaling naar de huidige normen van tandheelkunde, de manier van tandheelkundevoering volgens het RIZIV is gebaseerd op tandheelkunde die 30 jaar gedateerd is. (...) Als je niet de correcte aankooprijzen gebruikt en nog een keer niet correct indexeert, dan ben je niet goed bezig, dan gaat niemand zich conventioneren.

Sensibiliseren van de maatschappij

Als laatste advies wordt de opvoeding van de burgers onder de aandacht gebracht. Enerzijds wordt er aangehaald dat het onderwijs een belangrijke rol speelt in kennis rond mondgezondheid en gezonde voeding bij kinderen en jongeren en dat dit op latere leeftijd zijn vruchten zal afwerpen. Bij het medisch onderzoek dient er meer aandacht geschonken te worden aan de mond om zo vroegtijdig tandproblemen op te sporen. Anderzijds moet er vanuit de overheid meer ingezet worden op preventie en bewustwording gecreëerd worden bij de bevolking over het belang van een gezonde mond. Enkele adviezen worden opgesomd in *tabel 17*.

Tabel 17: adviezen in verband met de mondgezondheid van de gemeenschap

TANDARTS 8	Het is niet omdat ze denken dat het gratis is, dat ze daarom meer appreciatie gaan hebben voor hun tanden. Ik denk vooral dat de opvoeding van mensen anders moet.
TANDARTS 9	Misschien dat als kinderen naar het medisch onderzoek moeten, dat ze daar ook een tandarts zetten, dat die daar ook eens naar kijkt.
TANDARTS 23	Het is niet maar uw mond hé, er hangt veel meer aan, dat daar wel wat begrip of respect voor komt ja.
TANDARTS 28	Wat ik een superbelangrijk punt vindt in mondzorg is, dat je dat moet beginnen aanklaarten in het onderwijs vooral ook hé, daar bereik je iedereen mee. (...) het onderwijs heeft de taak om op zich mondgezondheid te promoten, basismondgezondheid.

Discussie

Het doel van dit onderzoek was om na te gaan waar de tandartsen zichzelf situeren binnen de eerstelijnszorg, wat hun verwachtingen en visie hierover zijn en welke functie ze voor de beroepsgroep zien weggelegd in de zorgraad. Daarnaast werd nagegaan wat hen kan motiveren en wat hen ontmoedigt om zelf een actieve rol op te nemen binnen hun eigen ELZ. De visie van de deelnemende tandartsen kan de overheid helpen in het beter benaderen van tandartsen en het integreren van mondzorg in de werking van de Vlaamse ELZ's.

Representativiteit steekproef

Hoewel binnen dit kwalitatief onderzoek gebruik gemaakt werd van een convenience sample, kan de informatie uit de interviews veralgemeend worden voor de algemeen tandartsen in Vlaanderen. Voor ieder thema werd de theoretische saturatie ruimschoots bereikt. Bovendien maakten de 30 deelnemers deel uit van 17 van de 60 eerstelijnszones in Vlaanderen, waardoor de antwoorden van de tandartsen niet zomaar te wijten kunnen zijn aan een betere of mindere werking van één specifieke eerstelijnszone. Hoewel de geografische spreiding over de verschillende provincies nog beter kon, is de steekproef toch voldoende divers om representatief te zijn voor de tandartsenpopulatie te Vlaanderen.

Interpretatie van de resultaten

Het belangrijkste resultaat dat uit het onderzoek kan gehaald worden is dat de tandartsen het begrip eerstelijnszone zo goed als niet kennen, ondanks alle moeite die de Vlaamse overheid en de STELZ (Stuurgroep Tandartsen in de Eerstelijnszones) staken in informatie- en communicatiecampagnes. Er kan dus niet zomaar van uitgegaan worden dat de mails die werden uitgestuurd met informatie over de ELZ, ook daadwerkelijk werden gelezen. 66% van de deelnemers van dit onderzoek kende hun ELZ niet, wat in sterk contrast staat met de resultaten van het pilootonderzoek van STELZ, daar bleek slechts 15% van de tandartsen hun ELZ niet te kennen. (21)

De overheid zoekt dus best naar bijkomende manieren om de ELZ kenbaar te maken bij de tandartsen. Wat wel zeer goed gekend is bij de doelgroep zijn de lokale studieclubs en de bijscholingen waar elke tandarts toe verplicht is in het kader van accreditering. De ELZ zou zich dus best kenbaar maken tijdens een dergelijke bijscholing. Dit kan door samen met de studieclubs een infomoment rond de ELZ tot stand te brengen, of zelf een bijscholing op poten

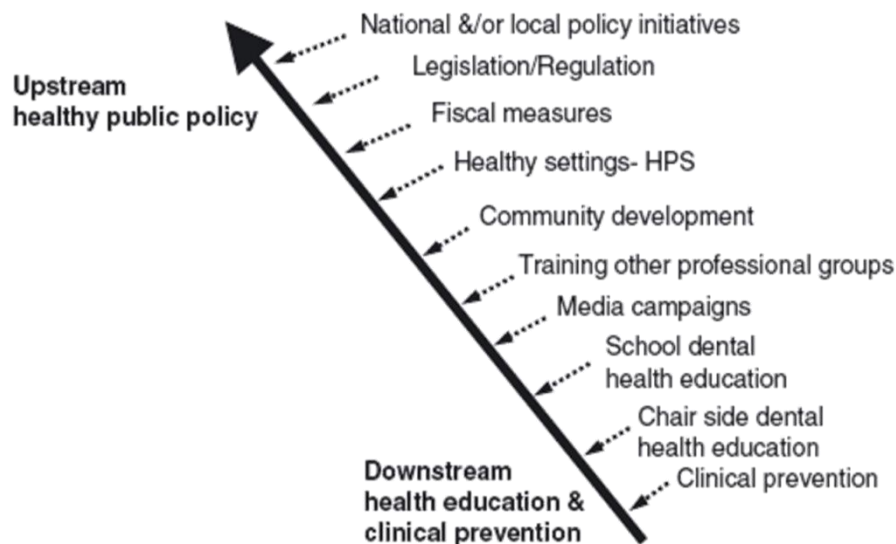
te zetten en hier accrediteringspunten aan koppelen, waardoor een win-winsituatie ontstaat: de ELZ kan informatie rechtstreeks delen en tandartsen warm maken om zich te engageren, terwijl de tandartsen verplichte accrediteringspunten kunnen verzamelen.

Een tweede belangrijke vaststelling is dat de visie van de deelnemende tandartsen op wat een ELZ zou moeten zijn, verschilt met de vooropgestelde doelstellingen en het concept van de ELZ, zoals uitgewerkt door de Vlaamse overheid. Zo vinden tandartsen de ELZ te weinig gericht op de tandartsen en zien ze enkel meerwaarde in een persoonlijk engagement als ze hier zelf direct baat bij hebben in hun dagelijkse praktijk. Dit verschilt sterk met de verbredende visie van de ELZ en de zorggraden. Zij wensen een patiëntgerichte zorg waar de samenwerking loopt in functie van de zorgvrager, in plaats van de individuele zorgverlener. Dat tandartsen vooral op zoek gaan naar een directe link met hun eigen praktijk, is wellicht vooral te wijten aan het groeiende tandartsentekort, waardoor tandartsen op geen enkel moment 'tijd willen verliezen'. (24)

De tandartsen zien echter wel een belangrijke rol weggelegd voor de tandartsen als beroepsgroep binnen de ELZ, om een betere integratie van de tandzorg in de algemene zorg te bewerkstelligen, maar zien voor zichzelf geen persoonlijk engagement weggelegd. Er kan niet voorbijgegaan worden aan de mismatch tussen de plaats van de mondgezondheid volgens de tandartsen en hun eigen rol van de tandarts. Op individueel vlak is de tandarts veel te hard gericht op zijn eigen praktijk en patiënten. De ELZ is voor hen een veel te grootschalig project zonder duidelijke meerwaarde voor hun eigen werk. De tandartsen zelf willen vooral betrokken worden vanuit hun eigen praktijk, waar ze concreet iets kunnen bijdragen en minder in de conceptfase van projecten of tijdens vergaderingen.

De vraag is dan ook of het wel degelijk nodig is om de tandarts vanaf de eerste vergadering te betrekken, en of we het thema mondzorg niet kunnen laten uitdragen door andere afgevaardigden dan tandartsen alleen. Dit zou kunnen door het mondzorgteam te laten vertegenwoordigen door mondhygiënist of iemand extern op te leiden om deze taak op zich te nemen. Door iemand die zich meer upstream bevindt te betrekken, kan deze de tandarts vervangen die downstream in zijn praktijk vastgeketend zit. (*figuur 5*) Op de site van het TELZ (<https://tandartsen.vlaanderen/>) ziet men dat nog minstens 14 ELZ op zoek zijn naar een vertegenwoordiger van de tandartsen. Door een vertegenwoordiger aan te stellen voor deze functie en hier een vergoeding aan te koppelen, kan deze problematiek mogelijks opgelost worden. Anderzijds kan de afwezigheid van een tandarts in de officiële organen mogelijks nadelig zijn voor andere eerstelijnsactoren, aangezien zij de lokale tandartsen dan niet

rechtstreeks kunnen aanspreken in een één op één contact, al gaven de tandartsen uit dit onderzoek wel aan dat collega-zorgverleners hen zeker kunnen bereiken bij concrete vragen.



Figuur 5: downstream en upstream-model (Bron: Watt) (25)

Een gelijklopende bevinding tussen het eerdere pilotproject en dit kwalitatieve onderzoek is dat de tandartsen het wel belangrijk vinden dat er een interprofessionele samenwerking bestaat tussen tandartsen en andere zorgverleners. Er is evenwel een duidelijk verschil in de perceptie van "betrokkenheid". Tandartsen voelen zich onvoldoende betrokken binnen de algemene zorg, maar geven tegelijk ook het signaal niet te veel betrokken te willen worden. De vraag zal zijn hoe tandartsen betrokken kunnen worden, zodat ze een meerwaarde kunnen zijn voor de andere partners binnen de ELZ, en er tegelijk ook een meerwaarde in vinden voor zichzelf en hun praktijk. Dit kan bijvoorbeeld door bijscholingen te organiseren over mondgezondheid binnen andere beroepsgroepen om zo samenwerking te optimaliseren en een efficiëntere doorverwijsstructuur mogelijk te maken. Het is een belangrijk werkpunt om in te zetten op de integratie van de tandheelkunde in de algemene zorg, al moeten de inspanningen wel vanuit alle beroepsgroepen komen. Een bijkomend advies is het promoten van het gebruik van eHealthBox om informatie over patiënten te delen en zo alle behandelaars op de hoogte te stellen van de nodige inlichtingen die op hen betrekking kunnen hebben.

Om de drukke praktijken te verlichten en het tandartsentekort op te vangen, moet er binnen de ELZ's prioritair ingezet worden op preventie. Dit kan enerzijds door de mondhygiënist in te schakelen, maar dan moet er een duidelijke financiële omkadering van het beroep komen,

zodat zowel lokale praktijken als overheden hen kunnen tewerkstellen. Anderzijds kan er meer stroomopwaarts (figuur 5) ingezet worden op het promoten van mondgezondheid via campagnes en via het onderwijs.

De tandartsen gaven eveneens aan een aanpassing van de nomenclatuur te willen en een verhoogde terugbetaling voor de patiënten. Echter behoren zowel het RIZIV als het maximaal aantal toegelaten tandartsen tot de bevoegdheden van de federale overheid (26), de Vlaamse overheid, die bevoegd is voor de ELZ, heeft dus helemaal geen zeggenschap over de terugbetaling en het RIZIV. Tandartsen moeten dus ook geïnformeerd worden over de grenzen van wat zij van een ELZ mogen verwachten. De splitsing van bevoegdheden tussen de federale en Vlaamse overheid is complex en blijkbaar niet helemaal duidelijk voor veel tandartsen.

Beperkingen van het onderzoek

De meeste deelnemers waren niet bekend met de term eerstelijnszone, wat kan leiden tot verschillende vormen van response bias. Het is immers niet evident om het interview af te nemen zonder een volledige kadering te geven rond de ELZ en de organisatie eromheen, zonder op deze manier de antwoorden van de tandartsen te beïnvloeden. Er diende een balans gezicht te worden tussen informatie geven en het niet sturen van de respons op de vraagstelling.

Relevantie van het onderzoek

Tandartsen denken steeds praktijkgericht en zijn doeners, zij willen hun tijd optimaal gebruiken en vergaderingen van hun ELZ bijwonen, of mails lezen hierover, behoort hier niet toe. Door hun drukke agenda's kunnen en wensen zij vaak niet verder te kijken dan hun behandelingsruimte en eigen werk. Nochtans hebben ze heel sterk het gevoel er niet bij te horen, ze voelen zich geen onderdeel van de geneeskundige zorg. Om tandartsen toch te betrekken binnen de ELZ worden hieronder de bovenvermelde beleidsaanbevelingen nog eens opgesomd.

1. De ELZ kenbaar maken bij de tandartsen aan de hand van persoonlijk contact tijdens de studieclubs of bijscholing.
2. Een niet-tandarts inschakelen om de tandartsen te vertegenwoordigen, hiervoor een mondhygiënist afvaardigen of iemand extern hiertoe opleiden.
3. Integratie van de tandheelkunde in de algemene gezondheidszorg aan de hand van bijscholing en het promoten van eHealthBox.
4. Beleidsmatig inzetten op preventie en zorgen voor een financieel kader voor de mondhygiënisten.
5. Adapteren van de nomenclatuur aan de huidige tandheelkunde en de patiënten voorzien van een verhoogde terugbetaling. Dit is echter een werkpunt dat besproken moet worden op federaal niveau.

Bijkomend onderzoek zou kunnen verricht worden nadat de tandartsen effectief weten wat de ELZ is en wat de organisatie erachter doet. Zo kan er nagegaan worden of de tandartsen meer betrokken worden en of de informatie het gewenste effect teweeg heeft gebracht.

Conclusie

Voor de tandarts die binnen de muren van zijn praktijk werkt is de eerstelijnszone een onbekend concept, dat gepercipieerd wordt als te grootschalig en waar te veel administratieve taken aan gebonden zijn. Om de zones bekend te maken bij de tandartsen en hen te betrekken, moeten er andere manieren gezocht worden om hen te bereiken, dit kan via de studieclubs en bijscholing. Bovendien kan er gezocht worden naar een afgevaardigde die de tandartsen vertegenwoordigt bij de vergaderingen en kan de tandarts effectief betrokken worden wanneer er iets praktisch moet worden uitgevoerd. Verder zijn er acties nodig om de tandartspraktijken te ontlasten en de tekorten op te vangen om zo een tandheelkundig zorgnetwerk voor iedere patiënt uit te bouwen.

Referenties

1. Primary health care [Internet]. [cited 2021 Apr 6]. Available from: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1
2. DE VLAAMSE SOCIALE BESCHERMING: EEN MASSIEVE OEFENING IN DEVOLUTIE TIJDENS DE KOMENDE VIJF JAREN.
3. Agentschap Zorg & Gezondheid. EEN GEÏNTEGREERDE ZORGVERLENING IN DE EERSTE LIJN [Internet]. 2017 [cited 2022 May 1]. Available from: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELZ%20beleidstekst%20hervorming%20eerstelijnszorg.pdf>
4. WHO. Creating 21st century primary care in Flanders and beyond. WHO Regional Office for Europe [Internet]. 2019;57. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325529/9789289054164-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Nash D, Ruotoistenmäki J, Argentieri A, Barna S, Behbehani J, Berthold P, et al. Profile of the oral healthcare team in countries with emerging economies. *European Journal of Dental Education*. 2008 Feb;12(SUPPL. 1):111–9.
6. Prasad M, Manjunath C, Murthy A, Sampath A, Jaiswal S, Mohapatra A. Integration of oral health into primary health care: A systematic review. *Journal of Family Medicine and Primary Care* [Internet]. 2019 [cited 2020 Oct 15];8(6):1838. Available from: <http://www.jfmpc.com/text.asp?2019/8/6/1838/261411>
7. Myers-Wright N, Lamster IB. A New Practice Approach for Oral Health Professionals. *Journal of Evidence-Based Dental Practice* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Feb 10];16:43–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jebdp.2016.01.027>
8. Roxo-Gonçalves M, Strey JR, Bavaresco CS, Antonio M, Martins T, Romanini J, et al. Teledentistry: A Tool to Promote Continuing Education Actions on Oral Medicine for Primary Healthcare Professionals. Available from: www.liebertpub.com
9. Simon L. Overcoming historical separation between oral and general health care: Interprofessional collaboration for promoting health equity. Vol. 18, *AMA Journal of Ethics*. American Medical Association; 2016. p. 941–9.
10. Simon L. POLICY FORUM Overcoming Historical Separation between Oral and General Health Care: Interprofessional Collaboration for Promoting Health Equity [Internet]. Vol. 18, *AMA Journal of Ethics*. 2016. Available from: www.amajournalofethics.org
11. Harnagea H, Lamothe L, Couturier Y, Emami EI. How primary health care teams perceive the integration of oral health care into their practice: A qualitative study. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205465>

12. Atchison KA, Weintraub JA, Rozier RG. Bridging the dental-medical divide: Case studies integrating oral health care and primary health care. *Journal of the American Dental Association* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2021 Feb 10];149(10):850–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2018.05.030>
13. Theile CW, Strauss SM, Northridge ME, Birenz S. The Oral Health Care Manager in a Patient-Centered Health Facility. *Journal of Evidence-Based Dental Practice*. 2016 Jun 1;16:34–42.
14. Holzinger F, Dahlendorf L, Heintze C. “Parallel universes”? The interface between GPs and dentists in primary care: A qualitative study. *Family Practice*. 2016 Oct 1;33(5):557–61.
15. Stuart J, Hoang H, Crocombe L, Barnett T. Relationships between dental personnel and non-dental primary health care providers in rural and remote Queensland, Australia: Dental perspectives. *BMC Oral Health*. 2017 Jun 19;17(1).
16. Regeerakkoord Vlaamse Regering 2019-2024 [Internet]. [cited 2022 May 1]. Available from: <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/31742>
17. Reorganisatie van de eerstelijnszorg in Vlaanderen 2015-2019 [Internet]. 2015 [cited 2022 May 1]. Available from: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/ELZ%20ConfReorganisatie2017%20Visie%20tekst%2020150527.pdf>
18. Wat is een eerstelijnszone? - Eerstelijnszone [Internet]. [cited 2021 Apr 6]. Available from: <https://www.eerstelijnszone.be/wat-is-een-eerstelijnszone>
19. Zorgraden - VIVEL [Internet]. [cited 2021 Apr 6]. Available from: <https://www.vivel.be/zorgraden/>
20. Home | De sociale kaart [Internet]. [cited 2021 Apr 11]. Available from: <https://www.desocialekaart.be/>
21. Möbius, VBT, VVT. Resultaten survey [Internet]. 2021 [cited 2022 May 1]. Available from: https://tandartsen.vlaanderen/onewebmedia/Resultaten%20bevraging_Website.pdf
22. VBT, VVT. Infographic TELZ [Internet]. [cited 2022 May 1]. Available from: <https://tandartsen.vlaanderen/onewebmedia/STELZ:%20toelichting%20werking%20ELZ.pdf>
23. Glaser BG, Strauss AL. Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. 2017 Jul 5;1–271.
24. Mullainathan S, Shafir E. Scarcity: Why Having Too Little Means So Much [Internet]. 2013 [cited 2022 May 1]. Available from:

<https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=NTnjsTHrfj8C&oi=fnd&pg=PP3&ots=8SDpS2ICR3&sig=W1jQ7rsN7Wqw7xnZIV5s8bzzWqo>

25. Watt RG. From victim blaming to upstream action: tackling the social determinants of oral health inequalities. *Community Dent Oral Epidemiol* [Internet]. 2007 Feb [cited 2022 May 1];35(1):1–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17244132/>
26. Gerkens S, Review SMBHS, 2010 undefined. Health systems in transition. *pe-online.org* [Internet]. [cited 2022 Apr 24]; Available from: https://www.pe-online.org/download.aspx?FileName=7303960_HIT%20belgium.docx&FileKey=6a5357627a63545a4b4f6f58425867397477692b78734441664155782f3161374431535968716e454d37453d

Bijlagen

Bijlage 1: interviewguide

Goeiemorgen/middag/avond,

Mijn naam is Yentl Malaise, masterstudent aan de Universiteit Gent. Voor mijn Masterproef doe ik onderzoek naar de plaats van de tandarts binnen de eerstelijnszorg. Ik zou dit willen doen aan de hand van een kort interview bij tandartsen, bestaande uit 4 thema's. Dit interview zal worden opgenomen via een audio opname, zodat ik dit achteraf kan uitschrijven. Deze geluidsopname wordt nergens verspreid, en de verwerking is volledig anoniem: uw naam zal nergens vermeld worden en er is geen enkele link naar u persoonlijk. De vragen zijn ruime open vragen waarin u alles mag zeggen wat u denkt. Er bestaan geen foute antwoorden.

De enige persoonlijke dingen die ik wel zou moeten weten zijn:

- de naam van uw eerstelijnszone
- uw leeftijd

1. Wat is volgens u de rol van de tandarts als beroepsgroep binnen een eerstelijnszone?
2. Welke rol ziet u voor uzelf weggelegd binnen uw ELZ?
 - a. Wat houdt u tegen?
 - b. Wat zou u kunnen motiveren?
3. Kan u iets meer vertellen over uw contact met andere zorgverleners binnen uw ELZ?
 - a. Hoe is uw contact met uw ELZ als organisatie?
 - b. Welke impact heeft het ontstaan van de ELZ op uw eigen praktijkvoering en het contact met andere zorgverleners?
 - c. Zijn er concrete acties van uw ELZ die u zich kan herinneren?
4. Welke adviezen zou u aan de overheid geven om mondzorg en tandheelkundige zorg te betrekken binnen de eerstelijnszorg?

Bijlage 2: informed consent

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: De plaats van de tandarts binnen de eerstelijnszorg

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist om deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' voor deelname aan een experiment genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

U zal binnenkort een interview ondergaan, deze zal ongeveer 60 minuten van uw tijd in beslag nemen.

De vakgroep mondgezondheidswetenschappen voert een onderzoek uit naar de plaats van de tandarts binnen de eerstelijnszorg, om te kijken welke functie de tandarts voor zichzelf ziet binnen deze eerstelijnszorg.

Er zal een audio opname worden gemaakt van dit interview, dit om geen informatie te missen en een optimale evaluatie te kunnen maken.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Lambert

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om dit interview te ondergaan of bepaalde vragen te beantwoorden zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op de verdere relatie met de onderzoeker. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging.

3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes om tandartsen te betrekken binnen de eerstelijnszorg.

4. KOSTEN

Deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de over u verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, paragraaf 1 (a) n artikel 9, paragraaf 2 (j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal geanonimiseerd worden (hierbij is er totaal geen terugkoppeling meer mogelijk naar uw persoonlijk dossier). Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonsgegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, Dr. Rita Cauwels (UZ Gent). Zijn/haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te

controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichhoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u contact opnemen met de onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Yentl Malaise

Adres: Klakvijverstraat 130, 9506 Grimminge

Telefoonnummer : 0479 93 29 75

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

<p>Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 4 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.</p>

Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoeker.

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum
Malaise Yentl		

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	