

University of Groningen

Management van tandheelkundige zorgprocessen

Feilzer, A.J.; Berendsen, J.A.Th.

Published in:
Default journal

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2003

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):
Feilzer, A. J., & Berendsen, J. A. T. (2003). Management van tandheelkundige zorgprocessen: een braakliggend gebied? Default journal.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Management van tandheelkundige zorgprocessen Een braakliggend gebied?

Auteur : A.J. Feilzer/J.A. Th Berendsen

Wat is de relatie tussen vijf neerstortende balkons in Maastricht en de moderne tandheelkunde? Het gegeven dat het 'productieproces' steeds meer stapsgewijs op verschillende locaties plaatsvindt, waarna alle onderdelen worden samengevoegd. Dat komt de efficiëntie en kwaliteit ten goede, maar heeft het risico in zich dat er fouten worden gemaakt als de processen door ontoereikend management niet goed op elkaar worden afgestemd

Donderdagavond 24 april 2003 stortten in Maastricht vijf balkons van het gloednieuwe appartementencomplex *Patio Sevilla* op het trottoir. Twee bewoners die onder het puin werden bedolven, kwamen hierbij om het leven. Ongetwijfeld zijn er fouten gemaakt door eigenaars, constructeurs of aannemers. Thans doet justitie onderzoek naar de oorzaak en kunnen wij uit de krant vernemen dat de aannemer zich niet aansprakelijk voelt voor het product dat hij heeft geleverd op grond van het feit dat het complex gebouwd is uit componenten waarvoor hij de individuele producent verantwoordelijk acht. Deze denkwijze doet ons sterk denken aan de tandheelkunde in Nederland. Wat is de parallel?

In het begin van de vorige eeuw werden huizen volledig op de bouwplaats door vaklieden gebouwd. Medio vorige eeuw veranderde dit en werd er steeds meer gebruik gemaakt van componenten welke op andere, verschillende, locaties werden geproduceerd en waarvan op de bouwplaats een bouwwerk werd samengesteld. In de bedrijfskunde is dit een herkenbare ontwikkeling welke zelfs ten grondslag heeft gelegen aan het ontstaan van het wetenschapsgebieden van de bedrijfskunde en de organisatiewetenschappen.

Voor de industriële revolutie werd voornamelijk ambachtelijk gewerkt. De productie van goederen werd in hoofdzaak uitgevoerd door vaklieden in kleine werkplaatsen. Door de technische ontwikkelingen tijdens de industriële revolutie werd massaproductie mogelijk. Productie vond steeds meer plaats in fabrieken, waar het productieproces anders werd benaderd. Men deelde het gehele proces volgens een rationele wijze in kleine stapjes op en belastte een arbeider met maar één van de deelstappen. De in de diverse stappen geproduceerde onderdelen werden vervolgens, op een wederom rationele wijze, samengesteld tot eindproducten.

Voorman

Achtergrond van deze benaderingswijze was dat het aanleren en uitvoeren van een enkele stap van een productieproces veel efficiënter was dan het aanleren van het gehele ambachtelijke vervaardigingsproces. Bij deze werkwijze bleek het noodzakelijk om iemand aan te stellen die de leiding over en verantwoordelijkheid voor het gehele proces had.

Hierdoor ontstonden de functies van voorman, chef, manager en directeur en ontstond het werkveld van de bedrijfskunde. In grote op massaproductie gerichte organisaties heeft deze aanpak zijn waarde bewezen en blijkt dit model van organiseren en 'managen' goed te werken.

Met name in kleine productiebedrijven, vaak ontstaan uit ambachten die met betrekking tot het verdelen van taken een soortgelijke ontwikkeling hebben doorgemaakt, blijken de managementkant en verantwoordelijkheidskant vaak nog niet voldoende onderkend en ingevuld. De reacties van de betrokken bouwbedrijven in het Maastrichtse balkondrama illustreren dit.

Differentiaties

De tandheelkunde kent dit probleem van gebrek aan regie, organisatievermogen en verantwoordelijkheidstoewijzing echter ook. In de laatste helft van de vorige eeuw is een aantal differentiaties in de tandheelkunde ontstaan die er toe leiden dat taken van het tandheelkundige productieproces over meerdere professionals worden verdeeld. Zondermeer heeft deze ontwikkeling tot gevolg dat de deelproducten, producten van betrouwbare en goede kwaliteit zijn geworden. De endo van de endodontoloog zal ongetwijfeld een betere technische kwaliteit kennen dan die van de vaardige algemeen practicus. Echter, een goede endodontische verrichting op zichzelf garandeert niet per definitie een goed tandheelkundig

resultaat en zeker geen goede mondgezondheid. Hiervoor is veel meer nodig. Vanuit het perspectief van mondgezondheid vraagt een goede endo niet alleen om goede restauratie als vervolg, maar ook zal de patiënt begeleid moeten worden in zelfzorggedrag en zullen onze fraaie tandheelkundige bouwwerken onderhouden moeten worden. Wellicht is naast de endodontische problematiek ook nog een deelspecialistische parodontale interventie nodig om de door patiënt en tandarts bedoelde mondgezondheid te bereiken. De vraag rijst nu wie deze multidisciplinaire benadering regisseert.

Regisseursrol

In Nederland is de rol van regisseur van tandheelkundige zorgverlening weggelegd voor de tandarts-algemeen practicus. Deze gaat een carrière-lange relatie aan met de patiënt waarbij het gezond houden van het gebit de gezamenlijke inzet is. De gedifferentieerde tandarts gaat soms eenzelfde verplichting aan, maar meestal slechts een 'leverings'verplichting voor een deel van het productieproces aan. Daarmee is de tandarts-algemeen practicus degene geworden die regisseursrol zou moeten gaan vervullen. De vragen die wij ons nu stellen zijn: ervaart de algemeen practicus deze rollen van regie en verantwoording en op welke wijze geeft hij hier uitvoering aan? En als de tandarts de regisseursrol vervult, welke infrastructuur en 'managementtools' worden dan gebruikt om deze verantwoording aan te kunnen? Gedraagt de patiënt zich zo dat de tandarts deze verantwoordelijkheid kan dragen? En welke tools zijn voorhanden als patiëntengedrag te risicovol is?

Consequenties

Wanneer wij een korte blik in de nabije toekomst werpen dan zien wij een mondarts, een mondverzorgende, een tandprothetist, een mondhygiëniste, een tandartsassistente met uitgebreid takenpakket et cetera in het veld zullen gaan werken. De overheid heeft thans nog geen structuren voorgeschreven waarin regie en verantwoordelijkheid voor de mondzorg zijn vastgelegd. Alle mondzorg professionals kunnen thans zelfstandig gaan werken. De consequentie daarvan kan zijn dat de tandarts-algemeen practicus onmogelijk in staat zal zijn om de regisseursrol zodanig te vervullen dat hij verantwoordelijk kan worden geacht voor de regie en de gevolgen van slechte regie. In de bouw vallen de balkonnetjes al naar beneden, welke rampen staan onze patiënten te wachten? Het lijkt daarom zinvol om werk te maken van de regierol en het zorgmanagement in de mondzorg en de rol van de algemeen practicus in deze richting te ontwikkelen. Hier ligt een belangrijke taak en grote uitdaging voor belangenorganisaties en opleidingen van mondzorgprofessionals met als doel balkondrama's op patiënteniveau te voorkomen.