

PRAKTIJKVOERING EN GROEPSPRAKTIJK

A. F. KÄYSER

„Avoidance of stress on you and the patient, is the aim of office design.”

C. E. Rutledge (1)

Tandheelkundige dienstverlening

Een belangrijk aspect van de tandheelkunde, dat vaak door de professie genegeerd wordt, is de dienstverlenende aard van dit beroep. De realisering van deze service vindt plaats in de tandheelkundige praktijk. Onder tandheelkundige dienstverlening wordt hier verstaan een *geplande, kwalitatief goede* tandheelkunde, welke op een *zo prettig mogelijke* wijze wordt verleend.

Dat deze dienstverlening, waarbij de patiënt uiteraard centraal staat, dikwijls te wensen overlaat, kunnen we dagelijks constateren:

1. De tandheelkundige verzorging schiet kwalitatief en kwantitatief tekort. Afgezien van de potentiële behoefte, kan momenteel aan de werkelijke vraag naar tandheelkundige service in het algemeen niet optimaal worden voldaan.
2. De wachttijden, alvorens men behandeld kan worden, zijn voor de patiënten lang. Meestal duurt het maanden voordat men zijn (kwartier) afspraakje krijgt. Met – en vooral zonder – afspraak zal men vaak uren in de wachtkamers aan tijd verliezen. In de medische professie gaat men er van uit dat alléén de patiënt zijn afspraak stipt moet nakomen.

Service is slechts te bieden als de patiënt 1–2 weken op zijn afspraak moet wachten en in de wachtkamer een kwartier of bij uitzondering een half uur geduld moet opbrengen.

3. Tandheelkundige hulpverlening is kostbaar door het arbeidsintensieve karakter hiervan. Bedenklijk is dat diverse tarieven de neiging hebben sneller te stijgen dan de algemene kosten van levensonderhoud.

Vooral in tijden waarin aan de werknemer gevraagd wordt zijn looneisen te matigen mag men, zeker van de medische professie, verwachten een goed voorbeeld in deze te geven. In de publiciteitsmedia staan de medische tarieven steeds meer aan zware kritiek bloot.

Het is voor ons tandartsen van belang onze tarieven gefundeerd te motiveren. Een onzerzijds uitgelokt ingrijpen van de overheid zou niet alleen ongewenst, maar ook beschamend zijn.

Voor de gesignaleerde tekortkomingen zijn vele oorzaken aan te wijzen, waarvan we een gedeelte direct kunnen beïnvloeden:

1. Het tandartsentekort is iedereen bekend.

Eén aspect hiervan is dat de prikkelende concurrentie ontbreekt. Dit tekort zou minder nijpend zijn, indien de tandheelkunde in Nederland meer in teamverband werd bedreven, waardoor de kostbare tijd van de tandarts voor een groot deel door hiervoor opgeleide hulpkrachten kan worden ontlast (2).

Verdiend het niet de voorkeur om – in plaats van nieuwe tandheelkundige opleidingen te creëren – eerst de bestaande opleidingen volwaardig te maken? Dat wil zeggen het tandheelkundige team geïntegreerd aan de universiteit op te leiden?

2. Gebrek aan interesse voor de preventie, zowel van de kant van de tandarts, maar vooral van het publiek.

Heeft research wel zin als we de resultaten niet kunnen toepassen? Is serieuze belangstelling voor de tandheelkundige preventie ooit te verwachten? De schadelijke gevolgen van het roken voor de gezondheid schijnen niet veel indruk te maken. De rokende of te veel etende collega die fluor adviseert, overtuigt moeilijk.

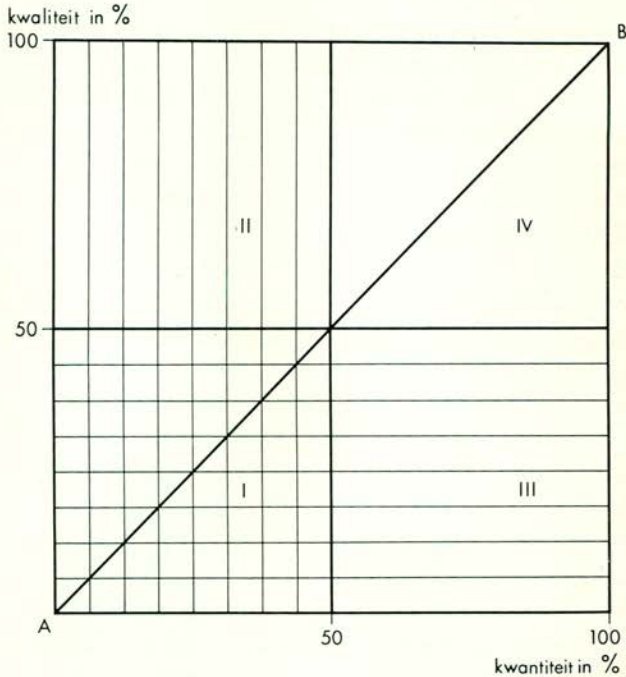
3. Het te weinig delegeren van – zelfs eenvoudige – werkzaamheden. Arnold heeft diverse mogelijkheden gepubliceerd (2, 3). Er zijn collegae die in ernst beweren dat men de perken te buiten gaat indien men zijn assistente zelfstandig röntgenfoto's laat maken. Het is mijn ervaring dat een assistente de patiëntenbescherming met een loden schort stipter nakomt dan de tandarts. Het tarief voor de röntgenfoto's kan, bij gebruik maken van delegering, tot 50 % zakken, zonder financieel nadeel voor de tandarts.

4. Inefficiënte praktijkvoeringen. Ook hier is de tandarts zelf in staat in te grijpen (3). In tegenstelling tot de eerstgenoemde oorzaken, waar verbetering geremd wordt door gebrek aan slagvaardig beleid bij de professie, het onderwijs en de overheid.

Rendementverhoging van de tandheelkundige praktijk

De mogelijkheden hiertoe bevinden zich op diverse terreinen: praktijkorganisatie, -inrichting, -administratie en uitvoering van de behandeling (4, 5).

Alleen die maatregelen tot verhoging van de efficiëntie mogen worden ingevoerd, die een grotere service voor de patiënt inhouden. De kwaliteit moet gehandhaafd of, indien mogelijk, worden opgevoerd.



Afb. 1. Schematisering van praktijken naar kwaliteit en productie. Maatregelen die een even groot effect op kwaliteit en kwantiteit hebben, cumuleren langs de lijn AB.

Karakterisering van praktijken (volgens afb. 1)

I. Door kwalitatief en kwantitatief onvoldoende resultaten behoren de praktijken in dit gebied niet levensvatbaar te zijn.

De betreffende tandarts kan zich misschien via een dienstbetrekking of research beter ontplooiën. Het is niet iedere collega gegeven een bedrijf, wat een praktijk in wezen is, goed te beheren.

II. Praktijken met goed tandheelkundig werk en lage productie zetten sociaal weinig zoden aan de dijk. Bovendien moet het beroep aantrekkelijk blijven. Ook in dit geval kan de collega beter een dienstbetrekking aanvaarden als een reorganisatie van de praktijk vruchteloos blijft.

III. Praktijken met hoge productie en onvoldoende kwaliteit floreren door het gebrek aan concurrentie.

Door het tandartsentekort is het bestaan van deze praktijken begrijpelijk. Zij kunnen echter in sociaal opzicht goed werk doen. De

kans op kwaliteitsverbetering zal groter worden door het volgen van post-graduate onderwijs en kwalitatieve (zelf-)controle met bijv. bitewings.

IV. De kwalitatief en productief optimaal werkende praktijken.

Groepspraktijken hebben de beste mogelijkheden zich hierin te plaatsen, mits de kansen worden benut.

De principes voor rendementsverhoging zijn het delegeren, combineren en vereenvoudigen. De mogelijkheden zijn talrijk.

1. Delegeren. *Alle* werkzaamheden die niet de directe specifieke kunde van de tandarts vereisen moeten worden gedelegeerd.

In ons land kunnen we delegeren aan de assistente, de secretaresse-receptioniste, de tandtechnicus en de mondhygiëniste. Vaak moet men met eigen initiatief een deel van deze krachten zelf opleiden zodat het onderwijs hierin tekort schiet.

2. Combinatievoorbeelden zijn:

- het werken in verscheidene behandelkamers,
- het gebruik van dubbeleindige handinstrumenten,
- het maken van lange afspraken bij tijdrovende behandelingen,
- het gebruik van bitewings (cariësdagnostiek en kwalitatieve controle),
- het toepassen van:
 - spray-koeling en washed field-techniek,
 - de gespoten afdruktechniek,
 - bleekmiddelen bij de wortelkanaalbehandeling,
 - fluorhoudende polijstpasta's etc.

3. Vereenvoudigingsmogelijkheden doen zich voor bij:

- de inrichting van de behandelruimte,
- het instrumentarium assortiment,
- de standaardisering van instrumenten en technieken,
- het behandelingsplan: de indicatie kan worden gericht op behoud van occlusie met een verkorte tandboog. Hoeveel tandheelkundige verspilling vindt plaats bij de conserverende behandeling van misbare of zelfs ongewenste elementen?

Groepspraktijk

Bovenstaande mogelijkheden zijn maximaal te verwezenlijken in een groepspraktijk. Hierin concentreren twee of meer tandartsen hun praktijken in één gebouw, waarbij de uitgaven en vaak ook de inkomsten

worden gecombineerd. In de Amerikaanse benaming dental partnership komt de bedoeling beter tot uiting dan de term associatie.

Voordelen van een groepspraktijk zijn:

1. Lagere kosten door een combinatie van kapitaaluitgaven. Hierbij denken we niet alleen aan een röntgenapparaat e.d., maar ook aan salarissen van hulpkrachten. Deze salarissen stijgen jaarlijks en zijn voor een éénmanspraktijk een zware financiële last.
2. Betere mogelijkheden om hulppersoneel in dienst te nemen daar de continuïteit van de werkvoorziening met meerdere tandartsen veilig gesteld is.
3. Minder zorg bij afwezigheid (ziekte, vakantie) daar de praktijk doorgaat.
4. Door uitwisseling van ervaring en kennis wordt de interesse in het beroep gestimuleerd, wat resulteert in betere tandheelkunde. Dit vindt vooral plaats met een eigen tandtechnisch laboratorium.
5. De werkzaamheden met betrekking tot het praktijkbeheer, zoals administratie, personeel en instrumentariumaankoop, kunnen verdeeld worden naar persoonlijke geschiktheid.

De meeste voordelen voor de tandarts komen ook de patiënt ten goede. Bij een groepspraktijk kan de service dus groter zijn (6).

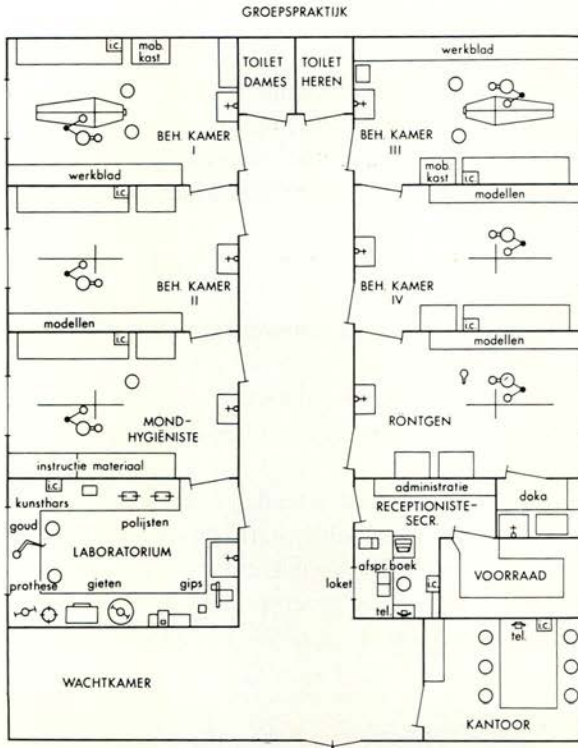
Schematische gang van zaken bij een groepspraktijk (volgens afb. 2)

De secretaresse-receptioniste is het organisatorische hart van de praktijk. Zij vangt de patiënten op en regelt de distributie over de behandelkamers, waarbij zij rekening houdt met de voorkeur van de patiënt. Zij verzorgt het nakomen van de afspraken volgens het boek, zowel door de tandarts als door de patiënt. Zij heeft een lijst van telefonisch bereikbare patiënten om afzeggingen en niet nagekomen afspraken op te vangen.

De tandarts is telefonisch in principe niet bereikbaar. Noodzakelijke informatie geschiedt via een intercommunicatiesysteem.

Met een doordachte planning, gebaseerd op twee behandelkamers per tandarts en een aparte ruimte voor röntgenopnamen door een assistente, kan er de gehele dag spreekuur zijn. In de volledig ingerichte 1e behandelkamer vinden de behandelingen op afspraak plaats. De eenvoudig ingerichte 2e behandelkamer wordt in hoofdzaak gebruikt voor de niet-afgesproken patiënten. Deze komen in het algemeen alleen voor onderzoek en wegens pijnklachten, dus voor korter durende verrichtingen.

In het laboratorium wordt hoofdzakelijk goud- en prothesewerk verricht. De kwaliteit van het tandheelkundige werk wordt hier voor een groot deel bepaald. Het directe contact met de technicus maakt dat deze



Afb. 2. Grondplan voor een groepspraktijk voor 2 tandartsen, 1 mondhygiëniste, 1 secretaresse-receptioniste, 2 assistentes en 1 tandtechnicus.

wordt gestimuleerd en meer bij het werk wordt betrokken. Hij kan de patiënt zien waarvoor hij de frontopstelling maakt. Reparaties kunnen direct in de praktijk worden verricht.

De twee tandartsen kunnen elkaar consulteren, assisteren en aanvullen, wat de patiënt ten goede komt.

Door delegering van elementair parodontologisch werk naar de mondhygiëniste kan meer restauratief werk in schonere monden worden gedaan.

Het is duidelijk dat zo een organisatie vele tijdbesparende en kwaliteit bevorderende mogelijkheden biedt. De tandarts zal intensiever werken maar kan met kortere werktijden volstaan.

Uiteraard zijn aan een groepspraktijk ook problemen verbonden. Door

een grondige analyse hiervan kan men deze onderkennen en daardoor voorkómen:

1. Bij het vinden van een goede partner zal gelet moeten worden op karakter, gezondheid en bekwaamheid. Men moet bereid zijn tot een compromis en teamgeest kunnen opbrengen. Het leeftijdsverschil is een apart probleem en vaak oorzaak van mislukking. Een tandarts heeft zijn grootste produktie tussen zijn 35ste en 45ste jaar. Een redelijke verdeling naar produktie moet echter mogelijk zijn. Eventueel kunnen de administraties worden gescheiden, al gaat dit ten koste van de efficiëntie.
2. De werk- en verantwoordelijkheidsverdeling in de bedrijfsvoering kan een bron van spanningen zijn.
3. Het belangrijkste is een goed contract. Dit moet in alle eventualiteiten voorzien. Deskundig advies is hierbij noodzakelijk.

In de Verenigde Staten en andere landen is het aantal groepspraktijken in de medische beroepen na 1945 sterk toegenomen. Door de lastendaling ontstaan mogelijkheden voor kortere werktijden, stijging van het inkomen en tariefverlaging. De groepspraktijk is tandheelkundig en economisch *het* antwoord op de qua dienstverlening falende eenmanspraktijk.

Samenvatting:

De oorzaken voor het falen van de tandheelkundige dienstverlening worden aangegeven. Op de factoren die de individuele tandarts kan verbeteren wordt ingegaan. De groepspraktijk biedt de beste mogelijkheden voor optimale tandheelkundige service.

Summary:

The lack of dental service and its causes are discussed. The factors that can be influenced by the individual dentist are evaluated. Dental group practice has many advantages and offers the best opportunities to provide good dental service.

Literatuur:

1. Report of a workshop on dental manpower, dental education, and auxiliary personnel (1964). *J. Prost. Dent.* 14: 825.
2. *Arnold, G. Th. E. R.* (1969): Vrouwelijke hulpkrachten in de tandheelkunde. *N.T.v.T.* 76: 422-439.
3. *Arnold, G. Th. E. R.* (1966): Zittend werken. N.V. Haagsche Drukkerij en Uitgeversmij. Pag. 56-61 en 184-187.

4. *Anderson, J. A.* (1960): Dental office design and layout. *J.A.D.A.* 60: 344-353.
5. *Stinaff, R. K.* (1965): Tactful appointment book control. *J.A.D.A.* 70: 57-61.
6. *Bureau of Economic research and statistics, A.D.A.* (1964): Survey of dental partnerships. *J.A.D.A.* 69: 529-538.
7. *Bureau of economic research and statistics, A.D.A.* (1966): 1965 survey of dental practice. *J.A.D.A.* 73: 1124-1127.

Prof. v. d. Grintenstraat 1,
Nijmegen.