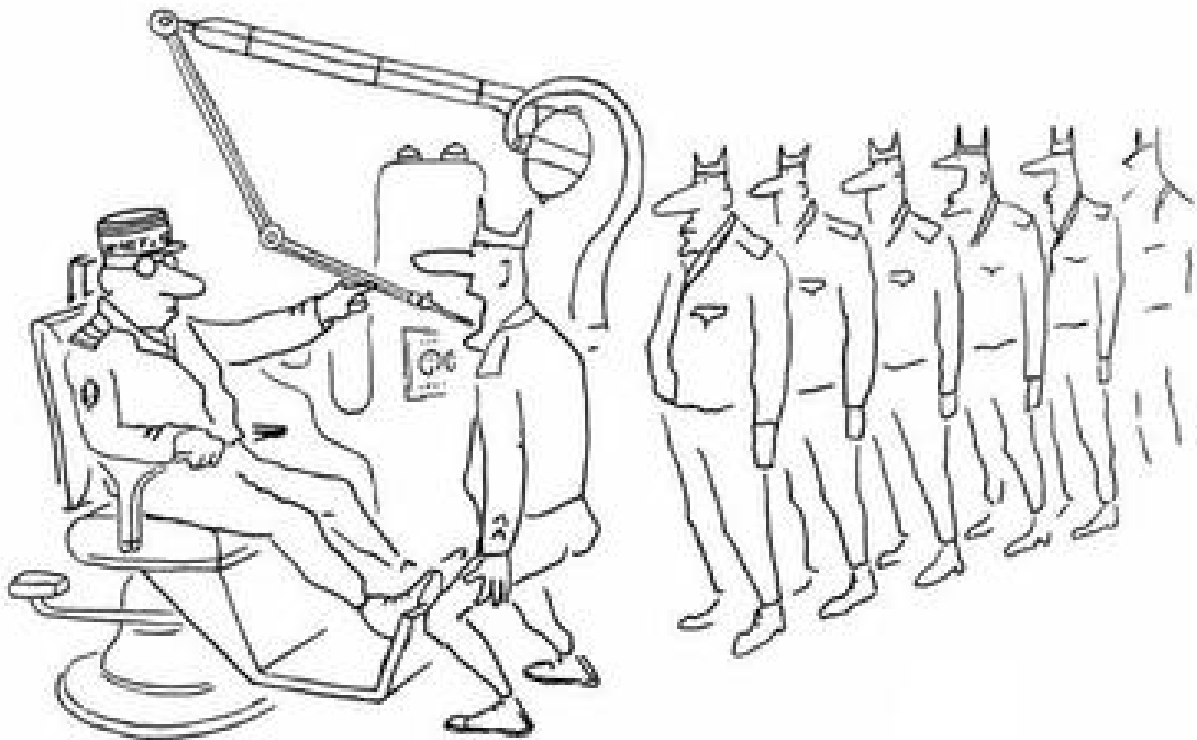


Patiëntgerichte toegang en efficiëntie in de (militaire) mondzorg aan de tand gevoeld.

Een onderzoek naar een betere afstemming van vraag en aanbod bij de Tandheelkundige Dienst van de Koninklijke Marine door de toepassing van zorglogistiek.



P.M. Lansdorp
Studentnummer: 314858

Afstudeerbegeleider: Dr. Ir. S.G. Elkhuisen
Docent meezezer: Dr. Ir. J.M. van Oostrum
Begeleider casusorganisatie: H. B. van den Heuvel, tandarts

Erasmus Universiteit Rotterdam, 9 juni 2010
Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
Master Zorgmanagement

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie die ik geschreven heb ter afronding van de Master Zorgmanagement gevolgd aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Deze Master heb ik gevolgd nadat ik als onderdeel van mijn Bachelor aan de Nederlandse Defensie Academie het schakeljaar heb gevolgd, vanuit mijn dienstverband bij de Koninklijke Marine. Het was voor mij daarom een voor de hand liggende keuze om een onderzoek te doen binnen het geneeskundige systeem van de Koninklijke Marine. Daarbij wilde ik wel juist een invalshoek kiezen, die minder voor de hand lag in de militaire context waarin de zorg wordt geleverd: het centraal stellen van de patiënt. Ook mijn keuze voor de mondzorg heb ik weleens moeten toelichten. Het leek me een uitdaging om zorglogistische principes toe te passen binnen een zorgcontext waarin dat, voor zover ik kon vinden, nog niet eerder was gedaan.

Het hoofd Tandheelkundige Dienst van de Koninklijke Marine, tandarts Bart van den Heuvel, was vanaf het begin enthousiast over mijn keuze. Hij heeft veel tijd geïnvesteerd in gesprekken om me wegwijs te maken binnen de complexe omgeving waarin de casusorganisatie moet werken en in het geven van feedback op eerdere versies van deze scriptie. Ik ben hem daar zeer erkentelijk voor en wil hem daar op deze plaats graag voor bedanken. Voorts wil ik mijn scriptiebegeleidster Sylvia Elkhuizen heel hartelijk bedanken. Haar heldere adviezen, haar (altijd snelle) feedback en de tijd die zij in de begeleiding stak, hebben me door deze, af en toe best pittige, fase van de studie heen geloodst. Ook de docent mee-lezer Jeroen van Oostrum wil ik graag bedanken voor zijn input. Al leverde me dit in de beginfase veel extra werk op, vind ik het eindresultaat er wel veel beter door geworden. Michaila Weidum, student-meelezer wil ik eveneens bedanken voor haar feedback, met name in de beginfase van het schrijven van deze scriptie.

Verder wil ik alle patiënten van de Tandheelkundige Dienst die de moeite hebben genomen de vragenlijst in te vullen bedanken en natuurlijk alle medewerkers van de Centrale Ziekenboeg, die met hun enthousiaste medewerking de uitvoering van het onderzoek heel plezierig maakte. Tenslotte een laatste dankwoord gericht aan mijn vriend, vrienden en familie, die in deze laatste fase van mijn studie af en toe een beetje geduld voor mij moesten opbrengen en vaak, heel vaak, moesten luisteren naar mijn verhalen over dit onderzoek.

Petra Lansdorp
9 juni 2010

Samenvatting

In de Nederlandse gezondheidszorg is, mede onder invloed van de invoering van geregeleerde marktwerking, een trend waarneembaar dat zorgaanbieders de patiënt meer centraal wil stellen, onder andere door het organiseren van patiëntgerichte toegang en daarnaast meer efficiënt wil werken. Hiervoor is een goede afstemming nodig tussen de inzet van schaarse capaciteiten en de veelal fluctuerende zorgvraag. Hoe deze afstemming georganiseerd kan worden neemt een belangrijke plaats in de wetenschappelijke discipline zorglogistiek in. Wetenschappelijk onderzoek van deze discipline richt zich daarbij vooral op complexe zorgaanbieders als ziekenhuizen, terwijl aannemelijk is dat ook minder complexe zorgaanbieders, zoals mondzorgaanbieders, kunnen profiteren van zorglogistieke inzichten. In dit onderzoek is daarom een eerste poging gedaan zorglogistiek toe te passen op de mondzorg. De tandheelkundige dienst van de Koninklijke Marine fungeerde hierbij als casusorganisatie. Belangrijkste aanleiding om juist binnen deze organisatie dit onderzoek te doen is dat het operationele belang in deze organisatie maakt dat het belang van patiëntgerichte toegang nogal eens op de achtergrond verdwijnt.

Het onderzoek is uitgevoerd door eerst een theoretisch kader te formuleren waarin begrippen als patiëntgerichte toegang en efficiëntie zijn uitgediept en is gekozen voor een theoretisch raamwerk waarmee op integrale en structurele wijze vraag een aanbod van ziekenhuiszorg kan worden afgestemd door de inzet van capaciteiten te baseren op een geïdentificeerde zorgvraag. Het raamwerk is vervolgens aangevuld tot een conceptueel model met het concept vraagmanagement, waarmee fluctuaties aan zorgvraagzijde kunnen worden ingeperkt, zodat een zorgaanbieder capaciteiten minder flexibel hoeft in te zetten. Daarnaast is het aangevuld met wat medewerkers van zorgaanbieders 'prikkel' om bij te dragen aan efficiënt en patiëntgericht werken. Aan de hand van het conceptueel model is een patiënten-enquête opgesteld en uitgezet om na te gaan in hoeverre patiënten van de casusorganisatie van mening zijn dat sprake is van patiëntgerichte toegang. Deze uitkomsten zijn vervolgens gebruikt om richting te geven aan interviews met medewerkers, het verkrijgen van statistische informatie en het zoeken van (beleids)documenten. Ondanks enkele methodologische en inhoudelijke beperkingen leidde triangulatie van bronnen tot een goed beeld van in hoeverre op dit moment sprake is van patiëntgerichte toegang en efficiënt werken binnen de casusorganisatie.

Er blijkt een hoop te verbeteren binnen de casusorganisatie. De belangrijkste bevindingen duiden erop dat zowel aan vraagzijde als aan aanbodzijde fluctuaties zijn, de casusorganisatie op dit moment het aanbod nog bijna volledig leidend laat zijn voor het leveren van zorg en dat daardoor zowel op het gebied van efficiëntie als patiëntgerichte toegang grote slagen te maken zijn door toepassing van het conceptuele model. Het onderzoek heeft niet kunnen aantonen of civiele mondzorgaanbieders, die niet met de vraag- en aanbodfluctuaties ingegeven door de militaire context te maken hebben, veel voordeel kunnen behalen met toepassen van het conceptuele model. Door de toename van het aantal grotere mondzorgaanbieders met de beschikking over meer gedifferentieerde mondzorgprofessionals, is dit echter wel aannemelijk. Verder onderzoek zou hier duidelijkheid over kunnen verschaffen. Voorts wordt aanbevolen te onderzoeken in hoeverre het conceptuele model daadwerkelijk in de praktijk te implementeren is en welke kosten en baten daarbij komen kijken en te onderzoeken of de aanvullingen van het raamwerk tot het conceptuele model van toegevoegde waarde kan zijn binnen een andere zorgcontext dan de mondzorg.

Summary

Dutch healthcare organizations are, influenced by the introduction of the regulated market in healthcare, moving towards working more efficiently and providing more patient oriented care, amongst others by organizing patient-centered access. This requires good coordination between the use of scarce resources and, often, fluctuating demand for care. How this alignment can be organized is an important issue in the scientific discipline healthcare operations management. Scientific research focuses primarily on complex healthcare providers, like hospitals, while it is likely that less complex care providers, such as dental care providers, can also benefit from health logistic insights. This research is therefore a first attempt to apply healthcare operations management insights on organizing dental care. The dental care department of the Royal Netherlands Navy served as a case study. Main reason for this choice is that, because of the focus on supporting military operations in that organization, the importance of patient-centered access often disappears in the background.

The research was conducted by formulating a theoretical framework to clarify concepts as patient-oriented access and efficiency. Next a theoretical model was chosen in which, in an integrated and structured manner, identified demand and allocated resources are balanced. Then the concept of demand management and incentives were added to the theoretical framework. Demand management decreases fluctuations in demand, so less flexibility on capacity side is needed, and applying the concept incentives clarifies what motivates health professionals to work efficiently and patient oriented. This adding's to the theoretical framework led to this research's conceptual model. Based on the conceptual model a patient survey was deployed to find out patients opinions about the patient-oriented access of the care delivered by the case study organization. These results are then used to guide interviews with employees of the dental care department of the Royal Netherlands Navy, obtaining statistical information and searching (policy) documents. Despite some limitations of the research, triangulation of sources led, to a clear picture of how well the case study organization succeeds in delivering patient oriented access and efficient care.

Results of this study indicate that there is a lot to improve. The main findings are that the organization deals with fluctuations on both demand and supply side, that currently, resource availability is leading in the process of care delivering and that both efficiency and patient-centered access are lacking. The conceptual model could be well applied to gain a lot in those areas. Results of this research failed to demonstrate if civilian oral care providers, that are not coping with demand and supply fluctuations as caused by the military context, will benefit from applying the conceptual model. The amount of big oral care providers with a variety of oral care professionals, is increasing however, so it is, if not now, probably in the future, plausible. Further research could point this out. In addition, recommendations are made to investigate how well the conceptual model can be implemented in practice, what are costs and benefits and to do a research on how this research's conceptual model can be of value in other care contexts than dental care.

Inhoudsopgave

| | |
|---|----|
| Voorwoord | 2 |
| Samenvatting..... | 3 |
| Summary | 4 |
| | |
| Hoofdstuk 1 Inleiding..... | 7 |
| 1.1 Casusorganisatie de Tandheelkundige Dienst van de Koninklijke Marine..... | 7 |
| 1.2 Aanleiding en probleemverkenning..... | 9 |
| 1.3 Relevantie en doel van het onderzoek..... | 9 |
| 1.4 Leeswijzer..... | 10 |
| | |
| Hoofdstuk 2 Theoretisch kader | 11 |
| 2.1. Centrale begrippen..... | 11 |
| 2.1.1 Zorgvraag en zorgaanbod | 11 |
| 2.1.2 Efficiëntie en patiëntgerichte toegang | 12 |
| 2.2 Zorglevering: Afstemming van zorgvraag en zorgaanbod..... | 13 |
| 2.2.1 Raamwerk voor productiebesturing..... | 13 |
| 2.2.2 Vraag- en capaciteitsmanagement op het strategische niveau | 15 |
| 2.2.3 Vraag en capaciteitsmanagement op het tactische niveau..... | 15 |
| 2.2.4 Vraag en capaciteitsmanagement op het operationele niveau..... | 16 |
| 2.2.5 Afweging tussen vraagmanagement of capaciteitsmanagement | 18 |
| 2.3 Prikkel om patiëntgericht en efficiënt te werken..... | 18 |
| 2.4 Conceptueel model..... | 21 |
| 2.5 Onderzoeksvraag en deelvragen | 23 |
| | |
| Hoofdstuk 3 Methode van onderzoek | 25 |
| 3.1 Onderzoeksdesign en scope..... | 25 |
| 3.2 Dataverzameling..... | 25 |
| 3.2.1. (Beleids)documenten casusorganisatie | 25 |
| 3.2.2. Interviews medewerkers casusorganisatie..... | 26 |
| 3.2.3. (Statistische) gegevens Exquise | 27 |
| 3.2.4. Patiëntenenquête en -interviews | 27 |
| 3.3 Data-analyse en kwaliteitsaspecten..... | 28 |
| | |
| Hoofdstuk 4 Resultaten | 29 |
| 4.1 Respons patiëntenenquête | 29 |
| 4.2 Zorgvraag en zorgaanbod bij de casusorganisatie | 29 |
| 4.2.1 Zorgvraag en zorgaanbod | 30 |
| 4.2.2 Preventieve mondzorg..... | 31 |
| 4.2.3 Curatieve mondzorg | 31 |
| 4.3 Afstemming van vraag en aanbod bij de casusorganisatie | 32 |
| 4.3.1 Randvoorwaarden voor de afstemming | 32 |
| 4.3.2 Patiënttevredenheid..... | 35 |
| 4.3.3 De afstemming volgens medewerkers en kwantitatieve data | 39 |
| 4.4 Prikkel voor patiëntgericht en efficiënt werken..... | 44 |

| | |
|--|--------|
| Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen..... | 46 |
| 5.1 Conclusie | 46 |
| 5.1.1 Beantwoording eerste deelvraag: Zorgvraag casusorganisatie..... | 46 |
| 5.1.2 Beantwoording tweede deelvraag: Zorgaanbod casusorganisatie | 47 |
| 5.1.3 Beantwoording derde deelvraag: Randvoorwaarden en verticale stratificatie..... | 47 |
| 5.1.4 Beantwoording vierde deelvraag: Patiënttevredenheid | 48 |
| 5.1.5 Beantwoording vijfde deelvraag: Afstemming vraag en aanbod..... | 49 |
| 5.1.6 Beantwoording zesde deelvraag: 'Prikkel's' | 50 |
| 5.1.7 Beantwoording zevende deelvraag: Inzichten door toepassen conceptueel model..... | 50 |
| 5.1.8 Beantwoording achtste deelvraag: Aanpassuggesties raamwerk Vissers <i>et al.</i> | 51 |
| 5.1.9 Beantwoording onderzoeksvraag..... | 52 |
| 5.2 Discussie | 52 |
| 5.3 Aanbevelingen..... | 53 |
| Literatuur..... | 55 |
| Bijlage 1: Gegevens tandheelkundige dienst KM | 60 |
| Bijlage 2: Raamwerk voor productiebesturing van ziekenhuizen | 61 |
| Bijlage 3: Topiclijst interview | 62 |
| Bijlage 4: Patiëntenenquête | 63 |
| Bijlage 5: Tabel ter beantwoording deelvraag 6..... | 68 |
| Bijlage 6: Processen binnen casusorganisatie | 72 |
| Bijlage 7: Uitkomsten patiëntenenquête..... | 75 |

Hoofdstuk 1 Inleiding

In de Nederlandse gezondheidszorg is, onder andere als gevolg van de invoering van geregeleerde marktwerking en de komst van vergelijkingssites op internet, zoals www.kiesbeter.nl, een trend waarneembaar dat zorgaanbieders zich ten doel stellen om de patiënt centraal te stellen. Een korte zoekactie op internet met behulp van de zoekmachine www.google.nl levert al snel een kleine 2000 zorgaanbieders op die dit letterlijk verwoorden in hun missie. Daarnaast zorgt het toenemende financiële risico voor zorgverzekeraars en civiele zorgaanbieders voor prikkels die zorgverzekeraars en zorgaanbieders bewegen naar het efficiënter leveren van zorg (Meijerink, 2008).

Om efficiënt te werken dienen kostbare schaarse capaciteiten zo goed mogelijk te worden benut (Lapré, 1999), wat bij een onzekere vraag niet eenvoudig te realiseren is zonder de wachttijden voor patiënten op te laten lopen. Een zorgaanbieder die dus zowel efficiënt wil werken als de patiënt centraal wil stellen dient vraag en aanbod zorgvuldig op elkaar af te stemmen (De Vries, 2001). Een wetenschappelijke discipline, die zich onder andere richt op de afstemming van vraag en aanbod in de zorg, is zorglogistiek. Al kan er door gebrek aan goede informatie over de prijs-prestatieverhouding van zorgverzekeraars en zorgaanbieders nog niet geconcludeerd worden dat geregeleerde marktwerking resulteert in het behalen van de beoogde effecten (Schut, 2003 en Van den Berg, 2008), de invoering van geregeleerde marktwerking heeft er wel mede voor gezorgd dat zorglogistiek veel aandacht krijgt in de wetenschap en de zorgpraktijk (Vissers & De Vries, 2005). Deze aandacht richt zich echter vooral op de complexere vormen van zorg, zoals de zorg die geboden wordt in ziekenhuizen, terwijl het aannemelijk is dat elke vorm van zorg baat kan hebben bij het toepassen van zorglogistiek. Een voorbeeld van minder complexe zorg waar hier op wordt bedoeld en waar dit onderzoek zich op zal richten is mondzorg. Hoewel de mondzorg door de wijze waarop deze gefinancierd wordt enigszins een vreemde eend in de bijt van het zorgaanbod is, zijn genoemde trends door inmenging van de overheid wel degelijk ook waar te nemen in de mondzorg. Uit een kleinschalig literatuuronderzoek blijkt echter dat er nog genoeg te verbeteren valt (Associatie Nederlandse Tandartsen, 2007) en dat er nog nauwelijks sprake is van de toepassing van zorglogistiek binnen de mondzorg (Schaub, 2008). Dit onderzoek richt zich op de mondzorg die geleverd wordt door de Tandheelkundige Dienst van de Koninklijke Marine (KM). Alvorens wordt ingegaan op de aanleiding van het onderzoek, volgt eerst een beschrijving van de casusorganisatie en de zorg die geleverd wordt door de casusorganisatie. Uit de beschrijving zal blijken dat de prikkels veroorzaakt door geregeleerde marktwerking die civiele zorgaanbieders beweegt naar efficiënter en meer patiëntgericht werken, niet als zodanig herkenbaar zijn binnen de casusorganisatie.

1.1 Casusorganisatie de Tandheelkundige Dienst van de Koninklijke Marine

Het Ministerie van Defensie beschikt over een eigen gezondheidszorgsysteem voor haar actief dienende militairen. Het primaire doel van dit militaire gezondheidszorgsysteem, eveneens de reden voor haar bestaan, is het bewaken, bevorderen en zo nodig herstellen van de gezondheid van de militair, zodat hij of zij inzetbaar is voor de operationele taak van het Ministerie van Defensie (Ministerie van Defensie, 2002:5). Actief dienende militairen zijn verplicht gebruik te maken van de militaire gezondheidszorg, ingevolge de wet tot wijziging van de Militaire ambtenarenwet 1931 en intrekking van de wet voor het reservepersoneel der Krijgsmacht van 8 november 2007 (Koninklijke Marine, 2010a). Kwaliteit van zorg is binnen het militaire gezondheidszorgsysteem vanzelfsprekend van groot belang. De Nederlandse

wet en regelgeving die voor de civiele gezondheidszorg geldt, zoals de Kwaliteitswet Zorginstellingen, is ook van toepassing op het militaire gezondheidszorg systeem (Ministerie van Defensie, 2002) en op de naleving hiervan wordt toegezien door de Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG, 2010).

Voor de mondzorg beschikken de Landmacht, Luchtmacht en Koninklijke Marine (KM) ieder over een eigen Tandheelkundige Dienst. Dit onderzoek zal plaatsvinden binnen de Tandheelkundige Dienst van de KM. Deze dienst is verantwoordelijk voor meer dan 15.500 patiënten en beschikt hiervoor over tien praktijken, waarvan twee in de Nederlandse Antillen. De grootste en meest complexe praktijk in Nederland met een verantwoordelijkheid voor ongeveer 5000 patiënten, waar tevens geregeld (eigen) gedifferentieerde¹ tandartsen zoals endodontologen, een gnatholoog en een paradontoloog/implantoloog aanwezig zijn, bevindt zich op de Nieuwe Haven in Den Helder. Het onderzoek zal zich op het operationele niveau en deels op het tactische niveau richten op deze praktijk. Meer specifieke gegevens met betrekking tot praktijken en medewerkers van de tandheelkundige dienst KM zijn opgenomen in bijlage 1.

Alle medewerkers van de Tandheelkundige Dienst van de KM zijn in vaste loondienst. Tandartsen en tandartsassistenten krijgen alleen extra betaald indien zij werken onder operationele omstandigheden (op oefening, op uitzending of aan boord van een schip). Patiënten van de militaire mondzorg krijgen de tandheelkundige zorg van de militaire mondzorg (op 40 % eigen bijdrage aan kroon- en brugwerk en implantologie na) volledig vergoed (Univé, 2010). Bij een civiele tandarts kunnen patiënten meer zorg kopen dan ze medisch noodzakelijk gezien nodig hebben. Medisch niet noodzakelijke zorg wordt binnen de militaire mondzorg echter nauwelijks geleverd. Zorglevering gericht op het verkrijgen van een maatschappelijk geaccepteerd niveau van orofaciale esthetiek vormt hierin de uitzondering (DMG, 2008). In verband met het feit dat militairen overal ter wereld kunnen worden ingezet op plaatsen waar niet altijd tandheelkundige zorg voor handen is, wordt medisch noodzakelijke zorg gedefinieerd als de zorg die nodig is om een militair een jaar lang te kunnen laten functioneren zonder dat tandheelkundige calamiteiten te verwachten zijn. Het door krijgsmachten internationaal gebruikte dental fitness systeem ondersteunt hierbij (Koninklijke Marine, 2010b; Simecek, 2008; Skec, 2002; NATO-OTAN, 2007). De tandheelkundige gesteldheid van patiënten wordt bijgehouden met behulp van de dental fitness status:

1. Er zijn geen tandheelkundige calamiteiten te verwachten binnen een jaar. De mondgezondheid van de patiënt voldoet tevens aan de eisen die aan enkele specifieke groepen militairen (bijvoorbeeld duikers en vliegers) worden gesteld;
2. Er zijn geen tandheelkundige calamiteiten te verwachten binnen een jaar.
3. Er zijn wel tandheelkundige calamiteiten te verwachten binnen een jaar en behandeling is nodig.
4. De patiënt is een jaar of langer niet op controle geweest en de dental fitness is onbekend.

Zodra militairen worden aangenomen bij de krijgsmacht, worden militairen opgenomen in het tandheelkundige systeem van de krijgsmacht en krijgen ze bij de tandarts een dental fitness status toegewezen. Militairen zijn er in principe zelf verantwoordelijk voor dat zij jaarlijks op

¹ Een gedifferentieerde tandarts heeft na de studie tandheelkunde een postdoctorale opleiding gevolgd om zich verder te verdiepen in één van de aspecten van algemene tandheelkunde (Kwaliteitsregister Tandartsen, 2010).

afpraak voor controle verschijnen bij de Tandheeskundige Dienst. Militairen worden zonder de vereiste dental fitness status echter niet operationeel ingezet en voordat een eenheid (zoals een schip) operationeel dreigt te worden ingezet, worden militairen die niet over de vereiste dental fitness status beschikken actief opgespoord en met voorrang alsnog gecontroleerd en zo nodig behandeld. Ook militairen die zichzelf voorafgaand aan een operationele inzet melden, worden met voorrang behandeld ten opzichte van militairen die op dat moment niet operationeel ingezet gaan worden.

1.2 Aanleiding en probleemverkenning

Uit de casusbeschrijving valt af te leiden dat de operationele inzetbaarheid van de militairen meer centraal staat in de zorgverlening aan militaire patiënten dan de patiënt zelf. Dit kan tot gevolg hebben dat militairen ontevreden zijn over (delen van) het militaire gezondheidszorgsysteem. Volgens het hoofd Tandheeskundige Dienst (HTDZ) is dit het geval bij een onbekend aantal van de militairen van de KM die voor tandheeskundige zorg zijn aangewezen op zijn dienst. Een voorbeeld van een klacht is de soms lange wachttijd voor in niet operationeel geplaatste militaire patiënten met een niet spoedeisende behandelbehoefte. Er is bekend dat er, onder andere als gevolg hiervan, militairen zijn die er voor kiezen zorg te genieten van een civiele tandarts, ondanks de verplichting gebruik te maken van de Tandheeskundige Dienst van de KM. De kosten die hieraan verbonden zijn, worden door de Stichting Ziektekostenverzekering Krijgsmacht (SZVK) gewoon vergoed, omdat kosten die gemaakt zouden worden met uitzoeken of de militair terecht is uitgeweken naar een civiele tandarts, niet opwegen tegen eventuele baten bij het niet vergoeden van de kosten. Een ander probleem is dat er, zoals later in dit onderzoeksverslag uitgediept zal worden, veel sprake is van “no-shows”. Patiënten die wel een afspraak maken, maar zonder de afspraak *tijdig* af te zeggen, geen gebruik maken van de voor hen ingeplande tijd. Dit zou onder andere kunnen samenhangen met de wachttijd voor de afspraak (Whittle *et al.* 2008). Al met al kan aangenomen worden dat er zowel voor wat betreft de efficiëntie als de patiënte toegang, oftewel de afstemming tussen vraag en aanbod, het één en ander te verbeteren valt binnen Tandheeskundige Dienst van de KM. Zoals in de inleiding is genoemd, geldt dit, ondanks de invloed van gereguleerde marktwerking, ook voor de civiele mondzorg (Associatie Nederlandse Tandartsen, 2007).

1.3 Relevantie en doel van het onderzoek

Aan de hand van een korte literatuurstudie definiëren Moeke en Verkooijen (2010:28) logistiek binnen een zorgomgeving als: “Het zo beheersen van behandel-/zorg-/ondersteuningsprocessen en de daarmee verbonden inzet van medewerkers, informatie- en goederenstromen, dat tegen optimale kosten aan de wensen van cliënten/mensen kan worden voldaan”. Moeke en Verheijen (2010) wijzen op de relevantie van onderzoek gericht op de toepassing van zorglogistiek binnen verschillende zorgomgevingen. Het aantal samenwerkingsverbanden in de mondzorg is groeiende en de complexiteit van de mondzorg blijft, door met name de toename van verschillende soorten mondzorgprofessionals, almaar toenemen (Schaub, 2008; Dekker, 2008). Het is daarom aannemelijk dat het toepassen van zorglogistiek binnen de mondzorg nu, maar zeker in de toekomst, een belangrijke bijdrage kan leveren aan een betere afstemming tussen vraag en aanbod.

In de literatuurstudie voor dit onderzoek is, binnen een militaire mondzorgcontext, enkel eerder onderzoek hieromtrent aangetroffen, gericht op het verbeteren van de organisatie

van mondzorg in uitzendgebied (bijvoorbeeld Dunn, 2004) of op het verbeteren van de mondgezondheid van militairen (dental fitness) met het oog op hun operationele inzetbaarheid (bijvoorbeeld York, 2008 en Hurley, 2007). Voor wat betreft de afstemming tussen vraag en aanbod in de civiele mondzorg is alleen "Samenwerken in de mondzorg" (2008) dat onder redactie van Schaub tot stand is gekomen, aangetroffen. In dit boek wordt aangestipt dat, met name in grotere organisaties, de afstemming van zorgvraag op zorgaanbod erg belangrijk is met het oog op kostenbeheersing. Over hoe een organisatie dit kan bereiken of over toepassing van logistieke principes, wordt in het boek echter met geen woord gerept.

In 2001 hebben Vissers, de Vries en Bertrand een raamwerk voor productiebesturing van ziekenhuizen ontwikkeld. Dit raamwerk is opgenomen in bijlage 2. In het raamwerk neemt de integrale afstemming van vraag en aanbod op verschillende niveaus in een ziekenhuis een centrale plaats in. In het theoretisch kader wordt hier dieper op ingegaan. Een vergelijkbaar raamwerk is niet aangetroffen. Vissers en De Vries (2005) verwachten dat het raamwerk, zo nodig aangepast, ook op de productiebesturing van zorginstellingen niet zijnde ziekenhuizen toepasbaar kan zijn. Het doel van dit onderzoek is daarom: inzicht krijgen in de bijdrage die het raamwerk van Vissers, de Vries en Bertrand (2001) kan leveren aan de afstemming van vraag en aanbod in de mondzorg, zodat efficiënt gewerkt kan worden en een patiëntgerichte toegang kan worden gerealiseerd. De Tandheelkundige Dienst van de Koninklijke Marine zal fungeren als casusorganisatie en derhalve direct baat hebben bij eventuele aanbevelingen die voortvloeien uit dit onderzoek.

1.4 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk wordt eerst het theoretische kader voor dit onderzoek uiteengezet. Dit theoretische kader leidt tot een conceptueel model en de onderzoeksvragen voor het empirisch onderzoek. In hoofdstuk drie wordt de onderzoeksmethode besproken en in hoofdstuk vier worden de onderzoeksresultaten gepresenteerd. In hoofdstuk vijf volgt ten slotte de conclusie waarin de onderzoeksvragen worden beantwoord, de discussie waarin kritisch op dit onderzoek wordt gereflecteerd en aanbevelingen.

Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

Dit onderzoek betreft een eerste verkenning naar de winst die te behalen valt in patiëntgerichte toegang en efficiëntie in de mondzorg door de toepassing van zorglogistiek. Het onderzoek zal daarom meer gericht zijn op breedte dan op diepte. Voor de literatuurverzameling is gebruik gemaakt van de literatuur van het bacheloronderwijs van de faculteit Militaire Wetenschappen van de Nederlandse Defensie Academie te Breda, van het bachelor- en masteronderwijs van de faculteit Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam en van de zoekmachines PiCarta, Scholar.google en Pubmed. Er is gezocht met verschillende combinaties van de woorden 'military', 'dental care', 'logistics', 'healthcare', 'operations management', 'access', 'efficiency', 'patient oriented', 'capacity management', 'demand management', 'production control', 'no-show', 'appointment scheduling', 'motivation' en 'incentive'. Uit de hits die dit opleverde zijn wetenschappelijke artikelen geselecteerd op basis van beschikbaarheid, aansluiting bij het onderzoek, recent gepubliceerd en waarvan de validiteit en betrouwbaarheid te controleren zijn (Baarda 2001). Wanneer door auteurs naar andere bronnen werd verwezen, is de primaire bron erbij gezocht en de informatie uit deze primaire bron gebruikt in dit onderzoek.

Allereerst zullen de centrale begrippen worden toegelicht, daarna komt de afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod aan de orde en vervolgens wordt ingegaan op prikkels die zouden kunnen leiden tot meer patiëntgericht en efficiënt werken. Aan het einde van het hoofdstuk worden de theoretische bevindingen weergegeven in een conceptueel model en wordt de onderzoeksvraag geponeerd.

2.1. Centrale begrippen

In deze paragraaf eerst toegelicht wat wordt verstaan onder zorgvraag en zorgaanbod en daarna wordt besproken hoe de begrippen efficiëntie en patiëntgerichtheid in dit onderzoek worden gehanteerd.

2.1.1 Zorgvraag en zorgaanbod

Objectieve zorgbehoefte, in termen van morbiditeit, leidt niet rechtstreeks tot zorggebruik. Onderzoek van Gilbert *et al.* (1998) heeft voor mondzorggebruik zelfs aangetoond dat een patiënt met een slechtere mondgezondheid minder snel naar de tandarts zal gaan dan een patiënt met een betere mondgezondheid. Volgens Mackenbach en Van der Maas (2004) is zorggebruik in het algemeen afhankelijk van de determinanten: behoefte aan zorggebruik, neiging tot zorggebruik en mogelijkheid tot zorggebruik. Deze determinanten hebben echter alleen betrekking op de gang naar een zorgaanbieder, want de uiteindelijk geconsumeerde zorg komt tot stand door de onderhandeling tussen de patiënt en de zorgprofessional. Hierbij is de inbreng van de zorgprofessional door de informatieasymmetrie vaak het meest bepalend (Grytten *et al.* 1990). Onder zorgvraag wordt in dit onderzoek echter de uiteindelijke concrete vraag naar zorgaanbod verstaan, ongeacht op basis van welke motieven deze behoefte tot stand is gekomen.

Volgens Vissers en Beech (2005) kan zorgaanbod vanuit het perspectief zorglogistiek worden gezien als een proces van een serie bewerkingen die, meestal in een bepaalde volgorde, moeten worden uitgevoerd om de zorgvraag te beantwoorden. Daarvoor is een combinatie van capaciteiten benodigd, welke volgens deze auteurs objecten zijn die gebruikt worden in het productieproces (het leveren van de zorg), maar niet veranderen of geconsumeerd worden door de productie. In dat kader maken Vissers en de Vries (2005) onder-

scheid in een expliciete, minder expliciete en acute zorgvraag. Patiënten met vergelijkbare behoefte aan zorgaanbod en vergelijkbare planbaarheid, zijn in het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) aangeduid als patiëntengroep.

Capaciteiten kunnen al naar gelang de eigenschappen omtrent beschikbaarheid, multi-inzetbaarheid, plaats in het zorgproces (leidend of volgend) en schaarste, worden beschouwd in het productieproces (*ibid.*). Hierbij is het nog van belang op te merken dat veel capaciteitssoorten samen een productiefactor in het productieproces vormen en zonder gezamenlijke inzet geen waarde toevoegen aan het proces de zorgvraag te beantwoorden (de Vries, 2001). De inzet van capaciteiten kan tenslotte nog beschouwd worden vanuit de inzet binnen een unit of een keten. Binnen een unit worden met een bepaalde set capaciteiten dezelfde typen bewerkingen uitgevoerd voor verschillende zorgvragen. Binnen een keten gaat het om dezelfde typen zorgvragen, waarvoor verschillende soorten capaciteiten en verschillende typen bewerkingen benodigd kunnen zijn (Vissers & Beech, 2005). Indien de logistieke prestaties van een unit of een keten worden beschouwd, kan respectievelijk gesproken worden van een unitlogistieke of een ketenlogistieke benadering. Waar beiden in ogenschouw worden genomen, zoals in dit onderzoek, wordt gesproken van een netwerklogistieke benadering (*ibid.*).

2.1.2 Efficiëntie en patiëntgerichte toegang

Efficiëntie wordt in wetenschappelijke literatuur over het algemeen gedefinieerd in termen van hoe zuinig een organisatie met haar resources omgaat en geoperationaliseerd als de ratio tussen input en output (Siegel, 2008). Efficiëntie wordt in de gezondheidszorg daarom beoordeeld door de benodigde resources uit te zetten tegen de behaalde gezondheidswinst (Retzlaff-Roberts, 2004; Porter, 2006). In dit onderzoek wordt gezondheidswinst eng geïnterpreteerd als het beantwoorden van de zorgvraag. Efficiëntie behelst dan het met zo weinig mogelijk middelen beantwoorden van de zorgvraag. Wachttijden, die in dit onderzoek een belangrijke plaats innemen, kunnen hier ook in meegenomen worden. Het zo goed mogelijk benutten van schaarse resources, kunnen de wachttijden in zorginstellingen vaak verkorten (Aktas, 2005), al is het omgekeerde ook waar, zoals in de volgende paragraaf aan de orde komt. In dit onderzoek zal, waar het gaat om het aspect efficiëntie, de benutting van schaarse resources vooral aandacht krijgen.

Patiëntgerichtheid kent vele dimensies en kan vanuit diverse perspectieven worden beschouwd. In de wetenschap bestaat nog geen consensus over het concept (Mead, 2001; Davis, 2005). Wel is duidelijk dat een patiënt uiteindelijk bepaalt of de zorg die geboden wordt patiëntgericht kan worden genoemd (Stewart, 2001; Berry, 2003). In dit onderzoek wordt patiëntgerichtheid gezien vanuit een logistiek perspectief, waardoor aandacht besteed zal worden aan de toegang tot de zorg (Davis, 2005). De inhoud van de zorg, bejegening door professionals en andere aspecten van belang om patiëntgerichtheid te onderzoeken (Mead, 2001), worden buiten beschouwing gelaten. Murray en Tantau (1999) claimen de eersten te zijn die de toegang tot zorg definiëren vanuit de preferenties van de patiënt en definiëren *excellent access* gericht op eerstelijnszorg als (*ibid*:46): "The ability of a patient to seek and receive primary care with the provider of choice at the time the patient chooses." Berry *et al.* (2003) onderschrijven dit in hun bespreking van patiëntgerichte toegang, maar voegen er nog aan toe dat de zorg *appropriate* moet zijn: de juiste zorg afgestemd op de zorgbehoefte, waarvan in de vorige subparagraaf bleek dat dit niet eenduidig is vast te stellen. Met inachtneming van de wijze waarop de begrippen efficiëntie en patiëntgerichte toe-

gang in dit onderzoek worden gehanteerd, wordt verwacht dat het verbeteren van efficiëntie en het verbeteren van patiëntgerichte toegang samen kunnen gaan en elkaar zelfs kunnen versterken (Davis, 2005).

2.2 Zorglevering: Afstemming van zorgvraag en zorgaanbod

Onder ideale omstandigheden is elke zorgvraag expliciet en niet acuut en beschikt een zorgorganisatie precies over voldoende resources om deze goed planbare zorgvraag te beantwoorden. Echter, zowel aan vraag als aan aanbodzijde zijn fluctuaties te onderkennen (Jack, 2009). Aan vraagzijde gaat het om de hoeveelheid en aard van de zorgvraag en om no-shows en aan aanbodzijde gaat het om momenten dat capaciteiten gepland niet beschikbaar zijn of ongepland niet bruikbaar zijn (Vissers & Beech, 2005). Er zijn buffers nodig in de vorm van overcapaciteit aan aanbodzijde om flexibel om te kunnen springen met fluctuaties in de zorgvraag en wachtende patiënten aan vraagzijde om zo efficiënt mogelijk gebruik te kunnen maken van capaciteiten aan aanbodzijde (Jack, 2009). Een te lange wachttijd, zowel in de toegang tot de eerste afspraak als tussen processtappen in het zorgproces, gaat daarbij ten koste van de patiëntgerichte toegang en patiënttevredenheid (Badri, 2009) en te veel capaciteit gaat ten koste van de efficiëntie (Aktas, 2005). Vanuit het perspectief van netwerklogistiek is het zoeken naar een evenwicht tussen beide dus van belang (Vissers en de Vries, 2005). Genoemde fluctuaties aan vraagzijde en aan aanbodzijde kunnen echter ook worden aangepakt door vraag- en capaciteitsmanagement om de behoefte aan flexibiliteit in te perken (Klassen, 2002; Fitzsimmons, 2006; Jack, 2009). Jack en Powers (2009) definiëren vraag- en capaciteitsmanagement in hun review van 493 artikelen aangaande deze onderwerpen als volgt:

Demand management can be conceptualized as the process of identifying where, how and why people demand health care and developing the best methods of curtailing, coping with or creating demand. Capacity management is concerned primarily with ensuring that the organization has the capability to respond to the level of demand experienced.

Het combineren van beide levert volgens de auteurs de meeste winst. Het raamwerk van Vissers *et al.* (2001), waar in de volgende subparagraaf op wordt ingegaan, betreft integraal, structureel capaciteitsmanagement. Vraagmanagement als bedoeld door Jack en Powers (2009) heeft echter geen, of slechts heel beperkt, plaats binnen het raamwerk.

2.2.1 Raamwerk voor productiebesturing

Vissers *et al.* (2001:86-87) hanteren de volgende definitie voor productiebesturing in ziekenhuizen:

het ontwerpen, plannen, invoeren en beheersen van patiëntstromen en zorgactiviteiten binnen een zorgsysteem om een op de klant afgestemde leveringsflexibiliteit (op afspraak, spoed, acuut) en leverbetrouwbaarheid (wachttijd) te realiseren teneinde output/throughput te maximaliseren binnen een vastgesteld budget. Hantering van een budget impliceert minimalisatie van kosten bij handhaving van kwaliteit.

Deze definitie past binnen een netwerklogistische benadering en impliceert een aantal zaken:

1. Afstemmen van zorgactiviteiten op patiëntstromen binnen een zorgsysteem dient een proces van ontwerpen, plannen, invoeren en beheersen te zijn;
2. Zorgactiviteiten, maar ook patiëntstromen zijn beïnvloedbaar;

3. Bij optimale afstemming van zorgactiviteiten op patiëntstromen worden schaarse capaciteiten, het vastgestelde budget, maximaal benut.
4. Leveringsflexibiliteit en leverbetrouwbaarheid dienen te worden afgestemd op zorgvraag van de klant;

Het raamwerk van Vissers *et al.* (2001:98) is ontworpen om in bovenstaande te voorzien.

Drie eisen aan productiebesturing van Bertrand *et al.* (1992:22) vormen hierbij de focus:

- De relatie tussen het beheer van de goederenstroom (ofwel ketenlogistiek) en het beheer van de productieafdeling (ofwel unitlogistiek): horizontale stratificatie;
- De relatie tussen geaggregeerd capaciteitsgeoriënteerd beheer en gedetailleerd productgeoriënteerd beheer: verticale stratificatie;
- De afstemming van vraag en aanbod.

In het raamwerk vindt horizontale stratificatie plaats op vijf niveaus, waartussen verticale stratificatie plaats vindt door middel van feedback en feed forward. Elk niveau heeft een eigen rol in de afstemming van de zorgvraag van buiten op het zorgaanbod binnen de organisatie en zodoende een eigen focus (Vissers *et al.*, 2001). Het is mogelijk dat niet alle vijf niveaus uit het raamwerk als zodanig zijn terug te vinden in een organisatie (Vissers & de Vries, 2005), maar er is in ieder geval sprake van drie niveaus met een eigen planningshorizon: het operationele, tactische (De Vries, 1999) en strategische niveau. In tabel 2.1 hieronder is de planningshorizon en beslisfocus van ieder niveau weergegeven.

| Niveau | Planningshorizon | Maatregelen en beslisfocus | |
|--------------|----------------------|-------------------------------------|---|
| Strategisch | 2 tot 5 jaar | Strategische planning | Dienstenbereik, markten en productgroepen, langere termijn capaciteitsbehoefte, centraal bestuurd schaarse capaciteitssoorten; Jaarlijkse productieafspraken, doelwaarden service level |
| Tactisch | 1 tot 2 jaar | Patiënten volume planning & control | Hoeveelheid beschikbare capaciteit op jaarniveau per specialisme en patiëntengroep, regelingen ten aanzien van capaciteitsgebruik |
| | 3 maanden tot 1 jaar | Capaciteiten planning & control | Toewijzing van gedeelde capaciteitssoorten in de tijd, met inbegrip van specialistentijd; Gedetailleerd aantal patiënten per periode |
| | Weken tot 3 maanden | Patiëntengroep planning & control | Urgentie- en dienstverleningscriteria, planningsregels per patiëntengroep |
| Operationeel | Dagen - weken | Patiënten planning & control | Planning van individuele patiënten, op basis van planningsregels per patiëntengroep en regels voor capaciteitsgebruik per capaciteitssoort |

Tabel 2.1 Planningshorizon en beslisfocus per niveau (Vissers, 2001:87)

In dit onderzoek zal het raamwerk gebruikt worden als tool om de afstemming van vraag en aanbod binnen de casusorganisatie te analyseren. Hieruit zal worden afgeleid, in hoeverre en in welke vorm, het raamwerk toegepast kan worden, om de afstemming van vraag en aanbod binnen de casusorganisatie en meer in het algemeen binnen de mondzorg te verbeteren. In de volgende subparagrafen worden het strategische, tactische en operationele niveau verder geëxpliciteerd door het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) in verband te brengen met andere literatuur.

2.2.2 Vraag- en capaciteitsmanagement op het strategische niveau

Strategische beslissingen hebben primair tot doel het voortbestaan van de organisatie veilig te stellen, onder andere door concurrenten van de organisatie op bepaalde gekozen punten de baas te worden en blijven (Barney, 2000; Porter, 1980). Een voorbeeld van dergelijke beslissingen die in toenemende mate bij kunnen dragen aan de afstemming van vraag en aanbod binnen een zorgorganisatie, betreffen beslissingen omtrent informatietechnologie. Jack en Powers (2004) benadrukken in hun artikel de toegevoegde waarde die toepassing van informatietechnologie kan hebben op efficiëntie en op de service aan patiënten en Suomi *et al.* bespreken in artikel over onderzoek in Finland (2007) bijvoorbeeld een innovatieve sms-dienst, gekoppeld aan het afsprakensysteem, die helpt op een kosteneffectieve wijze gereserveerde capaciteit van afgezegde afspraken in de mondzorg alsnog te benutten.

In algemene zin zullen strategische beslissingen volgens Vissers *et al.* (2001) resulteren in randvoorwaarden voor de onderliggende niveaus. Mintzberg (1978) en vele auteurs die hem later citeren, bestrijden echter het idee dat een geformuleerde strategie een volledig bewuste set van richtlijnen voor beslissingen in de toekomst behelst. Volgens Bourgeois (1980) zijn er in het onderzoeksveld naar beleid en strategieformulering twee typen literatuur te vinden: normatief en descriptief. Het artikel van Vissers *et al.* (2001) zou geschaard kunnen worden onder de normatieve literatuur en dat van Mintzberg (1978) onder de descriptieve literatuur. Voor interpreteren van onderzoeksresultaten uit een praktijksituatie kan descriptieve literatuur relevant zijn. Mintzberg stelt dat strategische beslissingen worden genomen binnen een spectrum van drie krachten: de dynamische omgeving van de organisatie, de als bureaucratie naar stabiliteit strevende organisatie en het leiderschap wat tussen twee voorgenoemde krachten intervenueert. Het moment van de krachten leidt tot bedoelde en gerealiseerde strategieën, ongerealiseerde strategieën en onbedoelde gerealiseerde strategieën.

2.2.3 Vraag en capaciteitsmanagement op het tactische niveau

Het is onmogelijk om capaciteiten precies af te stemmen op de vraag naar capaciteiten indien alleen op het niveau dat een patiënt die zich meldt met een zorgvraag gepland wordt. Een zorgorganisatie moet bijvoorbeeld op de middellange termijn de inhoud van een contract en de roostering van medewerkers moeten afspreken (Jack, 2004). Gedetailleerde kennis van de zorgvraag dient volgens het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) de leidraad te zijn voor dergelijke beslissingen (zie tabel 2.1). Gedetailleerde kennis van de zorgvraag kan worden verkregen door, bijvoorbeeld op basis van historische gegevens, de zorgvraag te identificeren (Fitzsimmons, 2006). Dit dient te gebeuren op het tactische niveau (Vissers *et al.*, 2001). Volgens Vissers *et al.* (2001) dienen patiënten met een, in logistiek opzicht, gelijkvormige zorgvraag gegroepeerd te worden. Vissers en De Vries (2005) spreken in dit verband van inzicht krijgen in de “black box” van behandelingen door het zoveel als mogelijk inzichtelijk maken van het zorgproces in termen van doorlooptijd, bewerkingen en gebruik van resources. Door bij het in kaart brengen en het zorgproces in ogenschouw te houden dat elke processtap waarde moet toevoegen aan het eindproduct, het beantwoorden van de zorgvraag van de patiënt, kan verspilling, in termen van onnodige wachttijd, overbodige handelingen en overbodig gebruik van resources uit het proces worden gefilterd (Porter, 2008; Mills, 2005). Het identificeren van voorspelbare gelijkvormige processen, in termen van capaciteitsgebruik, maakt inzichtelijk waar gestandaardiseerd en meer vraaggestuurd (pull) gewerkt kan worden (Fitzsimmons, 2006; Visser, 2004). Als immers van te voren goed kan worden ingeschat welke capaciteit benodigd is om een bepaalde zorgvraag te beantwoorden, kan

capaciteit meer precies worden gereserveerd. Volgens Moeke en Verkooijen (2010) geldt dit echter alleen voor zorgvragen die vaak genoeg voorkomen om een planning op in te richten.

Uit de eerdergenoemde definitie van Jack en Powers (2009) kan worden afgeleid dat vraagmanagement meer inhoudt dan het identificeren van de vraag. Indien door de vraag te identificeren niet alleen duidelijkheid is verkregen over het wat, hoeveel en wanneer van de zorgvraag, maar ook het waarom, kunnen gerichte pogingen ondernomen worden om de zorgvraag te beïnvloeden om pieken en dalen in de zorgvraag te reduceren en het aantal zorgvragen die getypeerd zijn als meer onzeker te verminderen (Fitzsimmons, 2006; Jack, 2009). De uitvoering daarvan ligt in de interactie met de patiënt (Jack, 2009), dus op het operationele niveau, maar de afspraken hieromtrent dienen te worden gemaakt op het tactische niveau.

2.2.4 Vraag en capaciteitsmanagement op het operationele niveau

Op het operationele niveau gaat het om het plannen van individuele patiënten binnen de randvoorwaarden die op het tactische en strategische niveau zijn bepaald (Vissers *et al.*, 2001). Twee problemen die zich op operationeel niveau voor kunnen doen, zoals reeds genoemd in de inleiding, zijn lange toegangstijd en no-shows. Deze worden hier apart besproken.

Tijdige toegang

Onderzoek gericht op de toegang tot mondzorg, betreft over het algemeen onderzoek naar de absolute toegang tot deze vorm van zorg, zoals de onderzoeken van Greenberg *et al.* (2008) en Wamala *et al.* (2006). Onderzoek gericht op tijdige toegang tot de mondzorg is niet gevonden tijdens het literatuuronderzoek. Wel blijkt er veel onderzoek gedaan te zijn naar tijdige toegang tot eerstelijnszorg, met name huisartsenzorg. Murray en Tantau (2000) hebben naar aanleiding van onderzoek naar dit onderwerp het concept “*Advanced Access*” ontwikkeld. Het principe van het *Advanced Access* concept is dat patiënten terecht kunnen op de dag dat ze bellen voor een afspraak, maar dat patiënten die wensen verder vooruit een afspraak te maken dat nog wel kunnen doen, zij het in beperktere mate. Murray en Berwick (2003a) voegen hier in 2003 aan toe dat *Advanced Access* niet geschikt is voor zorgaanbieders waar de vraag naar afspraken de hoeveelheid beschikbare capaciteit van de zorgaanbieder permanent overstijgt. Daarnaast lichten zij zes elementen toe die van belang zijn bij het toepassen van *Advanced Access*. Eén van die elementen is het uitbreiden van de bottleneck capaciteit, wat volgens Murray *et al.* (2003b) vaak de arts blijkt te zijn. Praktijken die succesvol zijn in het toepassen van *Advanced Access* blijken deze capaciteit vaak uit te breiden door waar mogelijk taken te delegeren (Murray, 2003b).

Onderzoek van Belardi *et al.* in 2004 bevestigen de positieve verwachtingen van Murray *et al.* van het concept *Advanced Access* in hun onderzoek naar de implementatie van *Advanced Access* in een “Family Medicine Center” in de Verenigde Staten. Ook Bergeson en Dean zijn in 2006 positief over *Advanced Access* en menen dat het systeem goed past bij patiëntgerichte zorg. Salisbury uit in 2004 echter kritiek op het onderzoek van Murray *et al.* (2003b) en publiceert in 2007 en 2008 een paar artikelen over een grootschalig onderzoek dat hij samen met collega’s (waaronder Sampson, 2008) heeft uitgevoerd naar de effecten van *Advanced Access* binnen huisartspraktijken in Engeland. Hieruit blijkt dat *Advanced Access* inderdaad leidt tot snellere toegang (2007a en 2007b), maar dat dit minder belangrijk blijkt voor patiënten dan keuze voor een moment van de afspraak (2007b) en dat sommige

patiënten(groepen), zoals ouderen, zelfs ontevredener zijn met het nieuwe afsprakensysteem (Sampson, 2008). Daarnaast leidt *Advanced Access* volgens dit onderzoek niet tot minder werklast voor zorgaanbieders en toegenomen continuïteit van zorg voor patiënten (2007a). Volgens Salisbury *et al.* (2007b) dienen afsprakensystemen flexibel te zijn ingericht om tegemoet te komen aan de verschillende behoeften van verschillende patiënten. Mehrotra *et al.* (2008) bevestigen deze resultaten met de resultaten van hun onderzoek in de Verenigde Staten en noemen dat *Open Access* (wat, in ieder geval in dit artikel, hetzelfde is als *Advanced Access*) niet te implementeren is in alle praktijken en dat implementatie niet in alle praktijken leidt tot succesvolle resultaten. Het besluit om *Advanced Access* te implementeren zal op het tactische of strategische niveau genomen moeten worden, maar het zal het meeste impact hebben op werkzaamheden op het operationele niveau. De bereidheid van medewerkers op het operationele niveau blijkt dan ook cruciaal voor het implementeren van *Advanced Access* (Murray, 2003b).

No-shows

Het begrip “no-shows” wordt in de literatuur meestal gedefinieerd als patiënten die, nadat volgens afspraak capaciteit voor hen is gereserveerd, zonder hun afspraak af te zeggen niet komen opdagen of hun afspraak, waardoor de voor hen gereserveerde capaciteit niet meer gepland ingezet kan worden ten behoeve van andere patiënten (Korrelboom, 2007; Lehmann, 2007; Hashim, 2001). Hetzelfde probleem doet zich echter voor indien patiënten zeer kort van te voren, bijvoorbeeld op de dag van hun afspraak, afzeggen (Gupta, 2008). In dit onderzoek wordt deze groep patiënten daarom ook meegenomen onder de noemer no-shows.

Whittle *et al.* tonen in hun onderzoek van 2008, met data verzameld van 154 ziekenhuizen en 875 klinieken in de Verenigde Staten aan dat veel tijd tussen het maken van een afspraak en terecht kunnen voor een afspraak een groot effect heeft op het afzeggen van afspraken, maar een klein effect op het niet verschijnen op een afspraak. De resultaten van de onderzoeken naar de oorzaken van no-show zijn echter niet eenduidig, mede omdat telkens andere variabelen worden onderzocht of een andere definitie voor een variabele wordt gehanteerd en in sommige gevallen spreken onderzoeksresultaten elkaar zelfs tegen. Zo vinden Bennett *et al.* (2009), Goldman *et al.* (1982) en Lehmann *et al.* (2007) bijvoorbeeld alle drie een verband tussen de kans op het niet verschijnen op een afspraak en etniciteit, waarbij Bennett *et al.* een grotere kans op no-show vinden voor blanken, Goldman *et al.* juist voor niet-blanken en Lehmann *et al.* (2007) voor niet-Europeanen. Korrelboom *et al.* (2007) vinden een groter aantal no-shows indien de afspraak later op de dag plaatsvindt en Lehmann *et al.* (2007) vinden geen verband tussen het niet verschijnen op de afspraak en het tijdstip van de afspraak. Het is waarschijnlijk dat niet verschijnen op een afspraak niet universeel te voorspellen is en dat de setting ook een belangrijke rol speelt. Dit wordt al in 1980 door Deyo *et al.* geconcludeerd aan de hand van een literatuurreview en dit wordt tevens bevestigd doordat bijvoorbeeld specifiek in de mondzorg angst voor de tandarts ook een rol blijkt te spelen bij het niet verschijnen op een afspraak (Harrison, 1989). Voor onderzoeksresultaten van onderzoeken naar kosteneffectieve maatregelen in het terugdringen van no-shows geldt eveneens dat er vanuit literatuur geen eenduidig advies kan worden gegeven. Zo tonen Hashim *et al.* (2001) bijvoorbeeld in hun onderzoek aan dat een telefonische reminder het aantal no-shows doet afnemen, terwijl Satiani *et al.* (2009) juist aantonen dat een geautomatiseerd herinneringssysteem het aantal no-shows doet toenemen. Onderzoekers

zijn het er wel over eens dat zowel in service organisaties (Fitzsimmons, 2006) als in zorgaanbieders (LaGanga, 2007) bewezen is dat overboeken, of anders gezegd, meer afspraken inplannen dan de capaciteit toelaat, positieve gevolgen heeft voor efficiënt gebruik van schaarse capaciteiten, wat weer positieve gevolgen heeft voor de levertijd. Hierbij moet echter rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat alle patiënten komen als afgesproken (LaGanga, 2007). Overboeken heeft anders wellicht positieve gevolgen voor doelmatigheid, maar tevens negatieve gevolgen voor patiëntgerichte toegang.

2.2.5 Afweging tussen vraagmanagement of capaciteitsmanagement

Duidelijk is dat een integrale aanpak de voorkeur heeft (Vissers, 2001, Jack, 2009). Jack en Powers (2004) formuleren een model om eenvoudiger te kunnen kiezen welke strategieën een organisatie naar verwachting het meest voordeel op zal leveren in termen van verbeteren van onder andere financiële performance, de service en tevredenheid van patiënten:

- Een organisatie die weinig flexibel kan zijn aan aanbodzijde, maar te kampen heeft met grote vraagfluctuaties kan zich het beste bezig houden met management van de vraag.
- Een organisatie die weinig flexibel kan zijn aan aanbodzijde, maar ook niet veel vraagfluctuaties ervaart kan zich beperken tot minimale buffers aan vraagzijde en aanbodzijde.
- Een organisatie die flexibel kan zijn aan aanbodzijde, maar niet veel te maken krijgt met vraagfluctuaties kan zich vooral richten op buffers aan aanbodzijde om onzekerheden zoals no-shows en uitvallende capaciteit op te vangen.
- Een organisatie die flexibel kan zijn aan aanbodzijde en veel te maken krijgt met vraagfluctuaties kan het beste zowel vraag- als capaciteitsmanagement toepassen, of mogelijk de hele organisatie herstructureren, om de behoefte aan flexibiliteit te temperen.

2.3 Prikkel om patiëntgericht en efficiënt te werken

Zorgverlening is zeer arbeidsintensief en service kwaliteit en efficiëntie is in de zorg daardoor volledig afhankelijk van zorgprofessionals (Franco, 2002). De beschikbaarheid van resources en competenties van zorgprofessionals zijn van invloed op hun prestaties, maar ook van de mate waarin ze gemotiveerd zijn om te komen werken, hard te werken, flexibel te zijn en bereid zijn zich op bepaalde taken toe te leggen (ibid). Franco *et al.* (2002:1255) definiëren motivatie in de werkcontext als:

An individual's degree of willingness to exert and maintain an effort towards organizational goals. It is an internal psychological process and a transactional process: worker motivation is the result of the interactions between individuals and their work environment, and the fit between these interactions and the broader societal context.

Wat mensen motiveert om te werken of om organisatiedoelen te internaliseren, en hoe deze motivatie beïnvloed kan worden, houdt wetenschappers al langer dan een eeuw bezig (Hsueh, 2002), waardoor veel theorie over dit onderwerp te vinden. Motivatietheorieën zijn daarbij terug te vinden in verschillende wetenschapdisciplines, zoals economie, psychologie, organisatiekunde, human resource management en sociologie (Franco, 2002). Franco *et al.* (2002) stellen dat een verschil tussen veel theorieën het mensbeeld betreft dat onderzoekers

aanhangen, maar dat de meeste theorieën drie aspecten erkennen die invloed hebben op medewerkermotivatie:

1. Hun doelen, behoeften en waarden;
2. Hun zelfconcept en andere 'zelf' variabelen;
3. Hun cognitieve verwachtingen van de relatie tussen bepaalde acties en hun gevolgen.

In dit theoretische kader wordt echter slechts kort ingegaan op dit onderwerp, waardoor een volledige beschouwing niet mogelijk is.

Het kopje van deze paragraaf bevat de term "prikkel". Volgens het woordenboek betekent prikkel "aansporing" (Koenen, 1992:890). De vraag waar in deze paragraaf een antwoord op gezocht wordt, is wat professionals kan aansporen om efficiënt en patiëntgericht te werken. In dat kader kan onderscheid gemaakt worden tussen intrinsieke en extrinsieke motivatie. Gagné en Deci (2005:331) leggen deze begrippen (in navolging van Porter en Lawler, 1968) als volgt uit:

Intrinsic motivation involves people doing an activity because they find it interesting and derive spontaneous satisfaction from the activity itself. Extrinsic motivation, in contrast, requires an instrumentality between the activity and some separable consequences such as tangible or verbal rewards, so satisfaction comes not from the activity itself but rather from the extrinsic consequences to which the activity leads.

Er zijn volgens deze definitie activiteiten die bepaalde individuen doen omdat ze dat zelf willen en activiteiten waar een prikkel voor nodig is. Volgens Kakinaka en Kato (2008) speelt intrinsieke motivatie een belangrijke rol in de performance van medewerkers in de zorgsector. Deze intrinsieke motivatie is bij zorgprofessionals volgens hen, meestal gericht op het leveren van goede zorg en op te verkrijgen van status op basis van hun kennis en expertise. Dit laatste is echter volgens bovenstaande definitie ook een vorm van extrinsieke motivatie. Volgens Conrad en Christianson (2004) worden artsen in hun handelen vooral gedreven door sociale en professionele normen en altruïsme. McGuire (2000) noemt dat het handelen van artsen wordt bepaald door het voordeel voor de patiënt dat de arts verwacht met zijn handelen te behalen, wat als altruïsme geïnterpreteerd kan worden. Uit voorgaande kan geconcludeerd worden dat er sprake is van een mix van intrinsieke en extrinsieke motivatoren die het handelen van zorgprofessionals bepalen.

Andersen (2009) heeft binnen de Deense tandheelkunde onderzocht of sturing door intrinsieke motivatie (in haar studie Public Service Motivation) of door economische *incentives* leidt tot verschillende prestaties. Zij concludeert, op basis van interviews met de professionals zelf, dat economische *incentives* onbelangrijk zijn, zolang er maar duidelijke professionele normen geformuleerd zijn. Volgens verschillende auteurs bestaat er inmiddels echter veel empirisch bewijs dat aantoont dat financiële vormen van extrinsieke motivatie op de korte termijn licht positieve effecten kunnen hebben, maar op de langere termijn kan conflicteren met en vaak ten koste gaat van intrinsieke motivatie (Franco, 2002; Bénabou, 2003; Gagné, 2005; Kakinaka, 2008, Douglas, 2009). Heyes (2005), die intrinsieke motivatie in zijn artikel met 'roeping' aanduidt, stelt zelfs dat het beter betalen van verpleegkundigen zou leiden tot het aantrekken van het verkeerde type mens.

Op basis van voorgaande kan geconcludeerd worden dat zorgprofessionals, rekening houdende met individuele verschillen (Franco, 2002), veelal intrinsiek gemotiveerd zullen zijn om patiëntgericht te werken. Volgens Boxall en Purcell (2003) is de prestatie van medewerkers van een organisatie afhankelijk van hun motivatie, hun kunnen en de kansen die zich

voordoen om hun kunnen en motivatie in te zetten. Of zorgprofessionals ook daadwerkelijk patiëntgericht zullen werken is dus ook afhankelijk van of ze weten hoe dat moet en of ze daar de mogelijkheid voor hebben. Dit is consistent met de *self-efficacy* theorie van Bandura (1982), maar deze theorie voegt hier ook nog wat aan toe. In deze theorie wordt gesteld dat als een individu zelfvertrouwen en een positieve opvatting heeft over zijn/haar mogelijkheden om een bepaalde taak goed ten uitvoer te brengen, dus vertrouwen in het eigen kunnen heeft, een individu moeilijkere taken aan zal kunnen en meer volhardend zal zijn om deze taken tot een goed einde te brengen dan individuen die dit zelfvertrouwen of deze positieve opvatting niet hebben. Daarbij is het interessant te realiseren dat een organisatie niet alleen medewerkers kan begeleiden hun kunnen te ontwikkelen, maar ook het zelfvertrouwen en de opvatting over zichzelf kan beïnvloeden met training en feedback (Franco, 2002).

Zorgprofessionals zijn echter vaak niet vanuit zichzelf ingesteld op het efficiënt inzetten van resources (Abernethy, 2004). Het leveren van kwalitatief goede zorg en efficiënte zorg worden door zorgprofessionals vaak ervaren als twee conflicterende doelen (Pizzini, 2006). Om zorgprofessionals toch een zeker mate van efficiëntie na te laten streven en hen te motiveren organisatiedoelen daaromtrent te internaliseren, kan dus aangenomen worden dat er extra prikkels nodig zijn. In dit theoretische kader is echter besproken dat patiëntgerichtheid en efficiëntie geen conflicterende doelen hoeven te zijn, maar dat het nastreven van beide elkaar in positieve zin kunnen versterken. Met inachtneming van wat besproken is in de vorige alinea, is het aannemelijk dat een eerste prikkel om zorgprofessionals efficiëntie na te laten streven kan zijn duidelijk te maken dat het niet hoeft te conflicteren met patiëntgerichte zorg, integendeel. Een tweede prikkel kan het geven van feedback zijn.

Doelen kunnen echter ook conflicteren op een ander niveau, omdat efficiënter werken wellicht meer inspanning vraagt en dat zorgprofessionals daar geen zin in hebben. Een bekende economische theorie dat zich richt op conflicterende organisatiedoelen en doelen van individuen is de *Agency Theory* (Eisenhardt, 1989). In het kort komt deze theorie erop neer dat werknemer, de agent, en werkgever, de principaal, gedeeltelijk tegengestelde belangen hebben. Er is informatieasymmetrie tussen principaal en agent, waar de principaal rekening mee moet houden en actie op moet ondernemen om te voorkomen dat de agent de eigen belangen nastreeft. Volgens de *Agency Theory* dienen met name organisaties die streven naar efficiëntie, contractueel prestatie-indicatoren te specificeren en te linken aan beloningen. Aangezien de *Agency Theory* een economische theorie is, wordt in deze theorie gesproken over financiële beloningen. Een literatuur review van Chaix-Couturier *et al.* (2000) bevestigt dat financiële incentives kunnen leiden tot efficiënter gebruik van resources door artsen. In de zorg dient men met financiële beloningen, zoals besproken, echter voorzichtigheid te betrachten en het concept beloningen omvat meer dan financiële beloningen. Een onderscheid dat Porter *et al.* (2003) maken tussen verschillende soorten beloningen is:

- Extrinsieke beloningen gericht op het individu, waarvan een simpel schouderklopje een voorbeeld is;
- Extrinsieke beloningen gericht op (een deel van) de organisatie, waarvan positieve aandacht van het management een voorbeeld is;
- Intrinsieke beloningen gericht op het individu, waarvan het gevoel van voldoening dat het vervullen van een bepaalde taak geeft een voorbeeld is;
- Intrinsieke beloningen gericht op (een deel van) de organisatie, waarvan het als groep trots zijn op een bepaalde groepsprestatie een voorbeeld is.

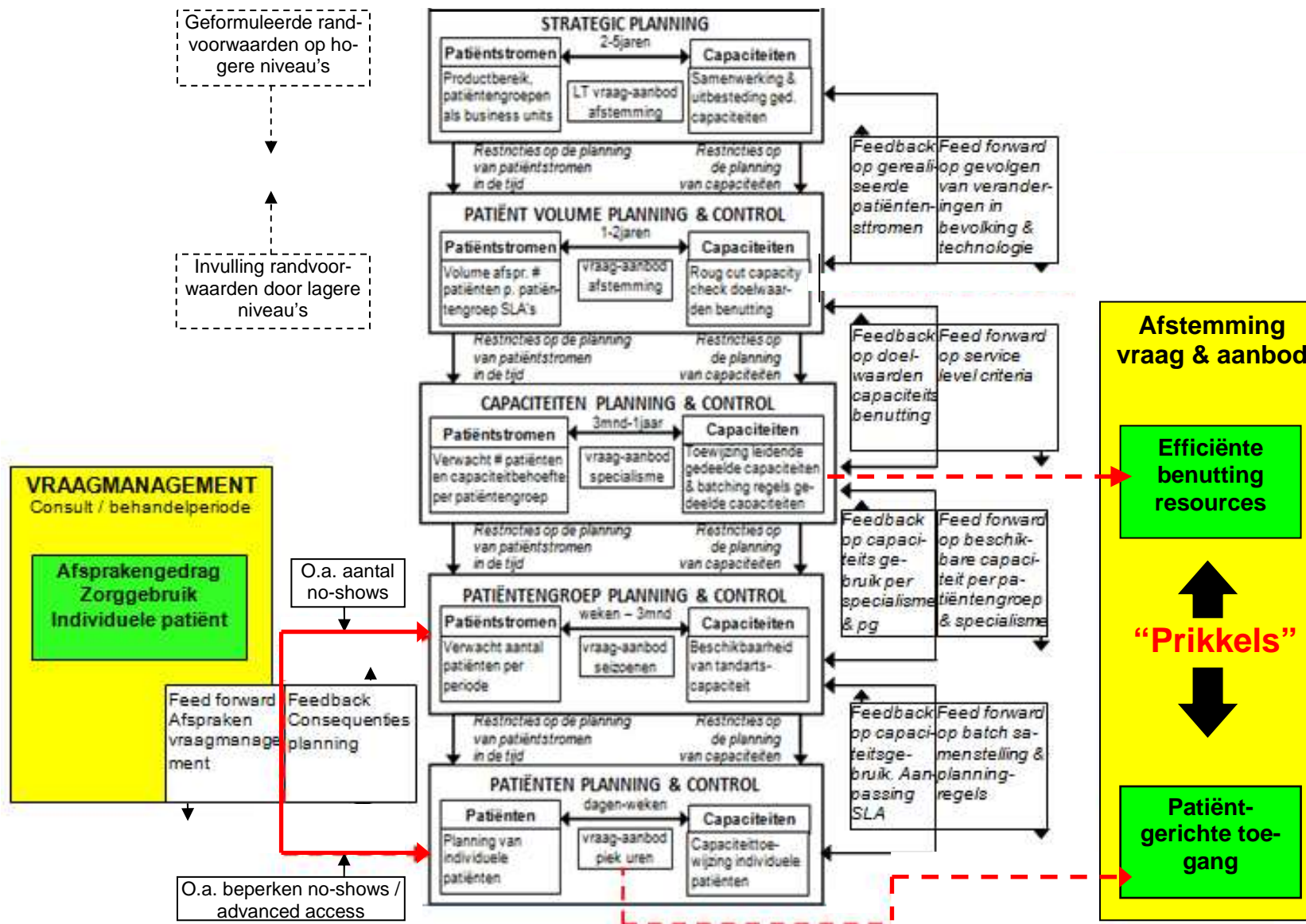
Clusters *et al.* (2008) hebben verschillende (extrinsieke) beloningsstructuren onderzocht om te identificeren wat werkt binnen de zorg. Hun conclusie was dat er niet één beste beloningsstructuur is, maar dat een beloningsstructuur binnen de context aan een aantal voorwaarden moet voldoen. Volgens hen moet een beloningsstructuur de waarden en doelen van de organisatie in zich hebben en moet er een goede match met de beoogde doelen. Over het stellen van doelen valt vanuit de theorie ook een hoop te zeggen, wat hier achterwege wordt gelaten. In het kader van de match tussen doelen en het belonen van het behalen van doelen is het nog wel van belang te wijzen op gevaren bij een onjuiste match. Ordóñez *et al.* (2009) noemen bijvoorbeeld dat het risico bestaat dat gebieden waar geen doelen voor gesteld zijn of waarvan de performance niet wordt gemeten verwaarloosd kunnen worden of dat professionals zich onethisch kunnen gaan gedragen om gestelde doelen die beloond worden te behalen.

Om te kunnen meten of organisatiedoelstellingen worden behaald, kunnen organisaties gebruik maken van management accounting systemen, die veelal gebaseerd zijn op de eerder beschreven *Agency Theory* (Eisenhardt, 1989). Naranjo-Gil en Hartman (2006) hebben onderzoek gedaan naar hoe management accounting systemen gebruikt worden in zorginstellingen en hoe deze de prestatie van een zorginstelling beïnvloeden. Conclusies uit hun onderzoek zijn dat het gebruik van dergelijke systemen om ex-ante resources te alloceren, ex post performance te beoordelen, het gebruik van financiële prestatie informatie en het interactief gebruik van de verkregen informatie (om in overleg te gaan met ondergeschikten en van de informatie te leren) positief gerelateerd waren met efficiëntie (in monetaire zin). Daarnaast bestaat er volgens hun onderzoek een negatieve relatie tussen het gebruik van niet financiële prestatie informatie en efficiëntie.

Uit een eerder onderzoek van Abernethy en Vagnoni (2004) blijkt voorts dat het formeel delegeren van autoriteit aan artsen bijdraagt aan het gebruik van accounting informatie systemen als hulpmiddel om beslissingen te nemen. Het gebruik van dergelijke systeem heeft, indien goed ontworpen om de performance van de arts en de unit weer te geven, weer een positief effect op het kostenbewustzijn van de artsen, omdat het helpt het ervaren rolconflict tussen hun professionele doelen en hun managementdoelen te verminderen. Opvallend in het onderzoek van Abernethy en Vagnoni is nog dat hoe meer informele macht (verkregen door kennis en expertise) een arts heeft, hoe minder hij geneigd is om resources efficiënt te gebruiken.

2.4 Conceptueel model

De in dit theoretisch kader besproken literatuur is samenhangend weergegeven in het conceptueel model in figuur 2.1 op de volgende pagina. Het figuur bestaat uit het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) waar vraagmanagement aan is toegevoegd. In de figuur komt terug hoe inzicht verkregen kan worden in de ketenlogistieke kwaliteit en de benutting van de resources van de organisatie, wat het beantwoorden van de hoofdvraag van dit onderzoek mogelijk maakt. Tenslotte wordt met “prikkel” bedoeld op redenen voor medewerkers en management om efficiënt en patiëntgericht te werken. Een aantal aspecten uit het conceptueel model wordt in tabel 2.2 op pagina 23 geoperationaliseerd ten behoeve van de enquête die bij patiënten zal worden afgenomen, zoals in het volgende hoofdstuk aan de orde zal komen.



Figuur 2.1 Conceptueel model

| <i>Begrip</i> | <i>Dimensie</i> | <i>Indicatoren</i> |
|---|---|--|
| Patiëntgerichte toegang Als besproken in hoofdstuk 2 | Toegang naar de definitie van Murray en Tantau (1999) | <ul style="list-style-type: none"> • Wachtijd tussen het moment dat de eerste afspraak wordt gemaakt en dat de patiënt terecht kan voor de eerste afspraak • Patiënt kan terecht bij tandarts van keuze • Afspraak wordt gemaakt op een moment dat het de patiënt goed uitkomt • Afspraken worden aan aanbodzijde nagekomen |
| | Doorlooptijd vanuit ketenlogistiek perspectief | <ul style="list-style-type: none"> • Aantal bezoeken • Wachtijd tussen bezoeken • Wachtijd in de wachtkamer • Wachtijd tussen behandelingen tijdens één bezoek |
| Patiëntengedrag: het gedrag van patiënten dat invloed heeft op de logistieke kwaliteit | Zorggebruik | <ul style="list-style-type: none"> • Frequentie preventieve controleafspraken • Verzorgt gebit naar eigen zeggen goed • Gaat in acute situaties bij gebrek aan militaire tandarts naar civiele tandarts* • Gaat ook in niet acute situaties naar de civiele tandarts* |
| | Afsprakengedrag | <ul style="list-style-type: none"> • Verschijnt te vroeg, op tijd of te laat op een afspraak • Gemaakte afspraken worden wel eens niet nagekomen • Deze afspraken worden dan tijdig (minimaal een dag van te voren) afgezegd • Heeft in de afgelopen twee jaar wel eens een afspraak afgezegd op de dag van de afspraak • Is in de afgelopen twee jaar wel eens niet verschenen op een afspraak zonder af te zeggen |

**alleen relevant voor casusorganisatie*

Tabel 2.2 Operationalisatie van begrippen ten behoeve van patiëntenenquête

2.5 Onderzoeksvraag en deelvragen

Het doel van het onderzoek, als besproken in het eerste hoofdstuk, leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Op welke wijze kan het toepassen van het raamwerk voor productiebesturing van ziekenhuizen van Vissers, de Vries en Bertrand (2001) bijdragen aan de afstemming van vraag en aanbod van mondzorgaanbieders zodat efficiënt gewerkt kan worden en een patiëntgerichte toegang kan worden gerealiseerd?

Deze onderzoeksvraag wordt beantwoord met behulp van een aantal deelvragen:

1. Hoe komt de zorgvraag van de casusorganisatie tot stand en welke patiëntengroepen zijn te onderscheiden?
2. Uit welke capaciteiten, units en ketens bestaat het zorgaanbod van de casusorganisatie en hoe komt het zorgaanbod bij de casusorganisatie tot stand?
3. Wat zijn de randvoorwaarden in de casusorganisatie op operationeel, tactisch en strategisch niveau waarbinnen vraag en aanbod van zorg op elkaar dienen te worden

afgestemd, hoe komen deze randvoorwaarden tot stand en in hoeverre is sprake van verticale stratificatie?

4. In hoeverre zijn de patiënten van de casusorganisatie van mening dat sprake is van patiëntgerichte toegang? Is er een verschil waar te nemen tussen de tevredenheid van patiënten wanneer zij operationeel waren/worden ingezet of wanneer zij een plaatsing in Nederland hebben? Waar is volgens patiënten verbetering mogelijk?
5. In hoeverre zijn vraag en aanbod voor verschillende typen klantvragen bij de casusorganisatie op elkaar afgestemd volgens medewerkers van de casusorganisatie en volgens beschikbare cijfers hieromtrent? Waar is volgens medewerkers en beschikbare cijfers verbetering mogelijk?
6. Welke prikkels ervaren professionals van de Tandheelkundige Dienst van de Koninklijke Marine om al dan niet efficiënt en patiëntgericht te werken?
7. Welke inzichten kunnen worden verkregen voor het verbeteren van de afstemming van vraag en aanbod binnen de casusorganisatie door toepassing van het conceptueel model?
8. In hoeverre leiden verkregen inzichten tot het aanpassen van het raamwerk van productiebesturing voor ziekenhuizen van Vissers *et al.* (2001) naar een raamwerk dat door mondzorgaanbieders kan worden toegepast om een optimale afstemming van vraag en aanbod te bewerkstelligen?

Hoofdstuk 3 Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt de methode van empirisch onderzoek besproken. Allereerst worden het onderzoeksdesign en de scope van het onderzoek besproken, vervolgens wordt ingegaan op de dataverzameling en tenslotte wordt ingegaan op de data-analyse en de kwaliteitsaspecten van het onderzoek.

3.1 Onderzoeksdesign en scope

Deze enkelvoudige casestudy bevat exploratieve en toetsende elementen en kwalitatieve en kwantitatieve elementen, wat in de volgende subparagrafen verder verduidelijkt zal worden. De Tandheelkundige Dienst van de Koninklijke Marine zal fungeren als casusorganisatie. Voor de volledigheid is het belangrijk om te noemen dat de Tandheelkundige Dienst van de marine geen zelfstandige organisatie is, maar onderdeel uitmaakt van een groter geheel, waar in het volgende hoofdstuk verder op wordt ingegaan. Het onderzoek was alleen gericht op de mondzorg die de organisatie levert binnen Nederland, omdat verkregen resultaten van het onderzoek daardoor beter generaliseerbaar zijn.

Onderzoek naar het operationele en tactische niveau heeft, zoals beargumenteerd in paragraaf 1.2, plaatsgevonden in de praktijk op de Nieuwe Haven te Den Helder, vanaf hier aangeduid met Centrale Ziekenboeg (CZB). Om een zo compleet mogelijk beeld te geven van de afstemming van vraag en aanbod binnen de organisatie richtte het onderzoek zich zowel op de organisatie zelf als op haar patiënten.

3.2 Dataverzameling

Om de deelvragen van dit onderzoek te kunnen beantwoorden, waarmee uiteindelijk de onderzoeksvraag kan worden beantwoord, zijn verschillende bronnen gebruikt. In tabel 3.1 hieronder wordt per deelvraag aangegeven hoe data is verzameld om desbetreffende deelvraag te beantwoorden. In de volgende subparagrafen wordt voor elke genoemde bron meer specifiek ingegaan op naar welke informatie precies is gezocht en hoe de dataverzameling is aangepakt.

| <i>Deelvraag</i> | <i>Beantwoording door analyseren van verkregen informatie uit:</i> |
|------------------|--|
| 1 , 2 en 3 | (beleids)documenten en interviews met medewerkers van de casusorganisatie |
| 4 | Enquêtes patiënten casusorganisatie |
| 5 | (Statistische) data uit patiëntensysteem Exquise casusorganisatie, en interviews medewerkers |
| 6 | Interviews medewerkers |
| 7 en 8 | Analyse van relevante verzamelde data met behulp van het theoretische kader |

Tabel 3.1. Overzicht dataverzameling ter beantwoording deelvragen.

3.2.1. (Beleids)documenten casusorganisatie

In (beleids)documenten van de casusorganisatie, deels aangedragen tijdens interviews met de medewerkers, is gezocht naar informatie om de eerste twee deelvragen te beantwoorden. Er is gezocht naar documenten waarin de visie, missie en doelstellingen van de organisatie zijn terug te vinden, daar deze de randvoorwaarden vormen waarbinnen organisatieleden hun werkzaamheden dienen uit te voeren. Daarnaast is gezocht naar informatie over het zorgaanbod en de wijze waarop verwacht wordt dat medewerkers hun werkzaamheden uit-

voeren. Voordeel van informatie verkregen uit deze bron is de non-reactiviteit, waardoor de informatie betrouwbaar is (Baarda, 2001). Nadeel was de afhankelijkheid van het verkrijgen van deze informatie van het HTDZ, waardoor documenten subjectief geselecteerd zijn (ibid).

3.2.2. Interviews medewerkers casusorganisatie

Voor het beantwoorden van de deelvragen 1, 2, 3, 5 en 6 waren kennis en meningen van medewerkers van de casusorganisatie nodig, welke het best verkregen kon worden middels interviews. (Baarda, 2001). Het feit dat mensen een selectief geheugen hebben en zich soms niet bewust zijn van eigen gedrag of motieven, levert nadelen op voor de betrouwbaarheid van verkregen data (ibid). Dit nadeel kan enigszins worden ingeperkt door per functie, meerdere respondenten te interviewen. Om verschillende gezichtspunten mee te kunnen nemen in het beantwoorden van de eerste drie deelvragen, zijn vijf semigestructureerde interviews gehouden met managers van de casusorganisatie. Hiervoor is gesproken met:

- het hoofd van de Tandheelkundige Dienst van de marine (HTDZ), die tevens één dag per week als gedifferentieerd tandarts (endodontoloog) op de CZB werkzaam is;
- het plaatsvervangend hoofd van de Tandheelkundige Dienst van de marine, die tevens het hoofd van de praktijken in Den Helder en vier dagen per week als gedifferentieerd tandarts (gnatholoog) op de CZB werkzaam is;
- het plaatsvervangend hoofd van de praktijk in de CZB, die tevens drie dagen per week als gedifferentieerd tandarts (endodontoloog) op de CZB en één dag per week in Doorn werkzaam is;
- de twee dames die beiden drie dagen op de CZB werkzaam zijn en samen de functie van hoofd tandarts assistente delen, waarbij ze ook nog geregeld assisteren;

In deze interviews zijn tevens vragen gesteld, die resulteren in een antwoord op de vijfde en zesde deelvraag. Om deze vraag verder beantwoord te krijgen, zijn nog negen interviews gehouden met:

- de vaste baliemedewerker;
- drie tandarts assistentes;
- de mondhygiëniste;
- drie reguliere tandartsen;
- een gedifferentieerde tandarts (endodontoloog).

De functie van baliemedewerker wordt niet alleen uitgevoerd door de vaste baliemedewerker, maar ook door verschillende tandarts assistentes. In de uitwerking van de resultaten wordt met baliemedewerker de functie en niet bovenstaande persoon aangeduid. Om de anonimiteit te garanderen geldt dit, tenzij anders vermeld, voor alle functionarissen. Het garanderen van anonimiteit was een eerste vereiste om het grootste nadeel van interviews, de kans op sociaal wenselijke antwoorden, in te perken (Baarda, 2001).

Voorafgaand aan de interviews zijn enkele vragen opgesteld, die tijdens het gesprek vooral als topiclijst fungeerden. Deze is bijgevoegd in bijlage 3. Op interessante aspecten die tijdens het interview naar voren kwamen, die relevant zijn voor het onderzoek, is doorgevraagd. De interviews duurden tussen de drie kwartier en de tweeënhalve uur, grotendeels afhankelijk van de functie van de medewerker. De interviews zijn direct genotuleerd. Voorts is gedaan aan *member checking* door na afloop van het interview controlevragen te stellen om te controleren of de notulen daadwerkelijk een weergave was van wat de respondent had gezegd en bedoeld. Nadat het hoofdstuk resultaten was uitgewerkt is een aantal responden-

ten gevraagd de inhoud te controleren. Het HTDZ heeft dit gedaan, wat een paar kleine aanpassingen opleverde.

3.2.3. (Statistische) gegevens Exquise

Het patiënteninformatiesysteem van de Tandheelkundige Dienst van de Koninklijke Marine beschikt over de mogelijkheid om bepaalde statistische informatie, zoals het aantal no-shows, te verschaffen die van belang is voor het beantwoorden van de vierde deelvraag. Dit is een belangrijke aanvulling op het onderzoek, omdat uit interviews subjectieve informatie wordt verkregen (Baarda, 2001) en objectieve informatie uit een informatiesysteem betrouwbaardere informatie genereert (Jones, 2003). Voorwaarde daarvoor is wel dat bepaalde informatie ook wordt geregistreerd. Het HTDZ heeft hier duidelijkheid over verschaft. Exquise bevat tevens de agenda's van alle tandartsen, waaruit bijvoorbeeld informatie verkregen kan worden over de planning. In het onderzoek zijn de agenda's betrokken uit week 49 uit 2009 en tot en met 13 uit 2010. Deze beslaan de vier maanden voorafgaand aan dit onderzoek. Voorts zijn de (handmatig gemaakte) roosters van de tandartsen, tandartsassistentes en spreekkamers betrokken in het onderzoek. Week 51 tot en met 53 uit 2009 zijn buiten het onderzoek gelaten, omdat deze door de verlofperiode een afwijkende planning bevatten.

3.2.4. Patiëntenenquête en -interviews

Om de derde deelvraag te beantwoorden is een enquête, te vinden in bijlage 4, afgenomen onder patiënten van de casusorganisatie. De enquête is opgesteld vanuit het theoretische kader en verfijnd na feedback van de begeleiders (zowel universiteit als casusorganisatie) van dit onderzoek en drie testpersonen. De enquête bestond uit vier onderdelen:

1. Persoonlijke gegevens en kenmerken om de heterogeniteit van de respons vast te kunnen stellen en eventueel verbanden te kunnen leggen tussen patiëntkenmerken en bepaalde uitkomsten van de enquête;
2. Meerkeuzevragen gericht op zorggebruik en afsprakengedrag van patiënten;
3. Zestien positief en negatief geformuleerde stellingen (waarvan twee stellingen elkaars tegenovergestelde waren) gericht op de patiënttevredenheid en het boven tafel krijgen van wat patiënten belangrijk vinden;
4. De vraag om zeven onderdelen van de dienstverlening van de Tandheelkundige Dienst te waarderen met een cijfer, om bij het onjuist invullen van de vorige vraag toch een beeld over de patiënttevredenheid te kunnen krijgen.

De enquête is in de eerste verspreid in de wachtkamers van de CZB en actief uitgedeeld in het bedrijfsrestaurant van de Nieuwe Haven, waar veel patiënten van de CZB hun maaltijden nuttigen. Respondenten kregen een week de tijd om de vragenlijst in te vullen. De ingevulde vragenlijst konden zij deponeren in brievenbussen in de CZB en het bedrijfsrestaurant.

De patiëntenenquête maakte het mogelijk informatie over gedrag, gedragsmotieven en meningen van een grote groep patiënten te achterhalen en te vergelijken. Een nadeel van een enquête is dat niet doorgevraagd kan worden op interessante uitkomsten. Om de voordelen van een enquête en een interview te bundelen en de nadelen van een enquête in te perken, was in de enquête de mogelijkheid geboden contactgegevens te noteren, zodat eventueel een vervolginterview afgenomen kon worden. Een vervolginterview werd vooral interessant geacht met respondenten die in de afgelopen twee jaar weleens no-show was geweest en/of helemaal niet naar de tandarts waren geweest, naar de civiele tandarts waren geweest en/of ontevreden waren over de dienstverlening van de Tandheelkundige Dienst.

Door een gebrek aan respondenten, die aan deze criteria voldeden, is van een vervolginterview afgezien. De resultaten van de enquête, die in het volgende hoofdstuk besproken zullen worden, werden geanalyseerd alvorens de interviews met medewerkers afgenomen werden.

3.3 Data-analyse en kwaliteitsaspecten

Er is door onderzoeker verondersteld dat meer gerichte vragen en controlevragen gesteld konden worden op hogere niveaus door eerst de knelpunten op lagere niveaus te inventariseren. De patiënt vormde daarbij het uitgangspunt. Eerst is daarom de patiëntenenquête afgenomen en geanalyseerd en daarna zijn medewerkers van het operationele, tactische en strategische niveau achtereenvolgens geïnterviewd. De patiëntenenquête is geanalyseerd met behulp van SPSS. De interviews door antwoorden aangaande dezelfde onderwerpen (deelvragen 1, 2, 3 en 5) met elkaar en met data verkregen uit andere bronnen te confronteren. Voor de beantwoording van de zesde deelvraag is slechts data verkregen uit interviews en zijn antwoorden van verschillende respondenten geconfronteerd met behulp van een tabel die is opgenomen in bijlage 5.

Door het bevragen van verschillende soorten medewerkers en patiënten van de casusorganisatie, respondenten anonimiteit te garanderen, goed door te vragen, controle vragen te stellen en *member checking* is de validiteit en betrouwbaarheid van de informatie verkregen uit de interviews zoveel mogelijk gewaarborgd (Baarda, 2001; Yin, 2003). Door de vragenlijsten op te stellen volgens de eisen uit "Enquêteren en gestructureerd interviewen" van Baarda, de Goede en Kalmijn (2000), de periode waarop de vragen betrekking hebben te beperken tot de afgelopen twee jaar, de vragenlijst te testen en de vragenlijst actief uit te delen aan een in samenstelling zo representatief mogelijk deel van de patiëntenpopulatie van de KM is de validiteit en betrouwbaarheid van de informatie verkregen uit de enquêtes zoveel mogelijk gewaarborgd. Voorts heeft de triangulatie van bronnen, waardoor voordelen van methodes van dataverzameling zijn gebundeld en nadelen van methodes van dataverzameling zijn ingeperkt, bijgedragen aan de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek (Baarda, 2001). In de discussie van dit onderzoeksrapport zal verder ingegaan worden op de kwaliteit van dit onderzoek.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek weergegeven als antwoord op de verschillende deelvragen. Waar de resultaten verkregen zijn uit de patiëntenenquête, (beleids)documenten of Exquise, zal dit worden aangegeven. De resultaten uit de interviews zullen zoveel mogelijk anoniem worden gepresenteerd. In de eerste paragraaf wordt de respons van de patiëntenenquête besproken, in de tweede paragraaf wordt ingegaan op de totstandkoming van vraag en aanbod binnen de casusorganisatie. De derde paragraaf zal de resultaten aangaande de afstemming van vraag en aanbod binnen de casusorganisatie bespreken en de vierde en laatste paragraaf van dit hoofdstuk zal ingaan op prikkels aangaande patiëntgericht en efficiënt werken als ervaren door de medewerkers.

4.1 Respons patiëntenenquête

In totaal zijn er 175 enquêtes verspreid. Daarvan zijn er 81 enquêtes ingevuld, waarvan er 78 bruikbaar waren. De respons was dus 46 %. Van de enquêtes die bruikbaar werden bevonden, zijn niet door alle respondenten alle vragen ingevuld. 35 % van de respondenten heeft gebruik gemaakt van de mogelijkheid om (korte) extra toelichting te geven. Van de respondenten is 31 % in de afgelopen twee jaar onder operationele omstandigheden door een tandarts gezien en is 23 % helemaal niet operationeel geplaatst geweest. De verhouding lager (VMBO/MAVO), middelbaar (MBO/HAVO) en hoger opgeleid (VWO+) respondenten is precies 1:1:1. Van de respondenten heeft 35,9 % de rang van matroos of korporaal, is 28,6 % onderofficier en is 44,6 % officier.

78 % (N = 68) van de bruikbare enquêtes waren ingevuld door militairen die overwegend als patiënt op de CZB komen, ongeveer 1,3% van hun totale patiëntenpopulatie. De overige 23 % van de respondenten kwam overwegend als patiënt bij andere, verschillende praktijken. Voor het in kaart brengen van zorggebruik en afsprakengedrag van respondenten zijn alle enquêtes (N=78) meegenomen, waar het gaat om patiënttevredenheid zijn alleen de ingevulde enquêtes geanalyseerd van de groep respondenten die voornamelijk patiënt is bij de CZB. Resultaten van het zorggebruik en afsprakengedrag van de respondenten worden gaandeweg dit hoofdstuk besproken in combinatie met andere data, de patiënttevredenheid in een eigen paragraaf, paragraaf 4.3.2.

4.2 Zorgvraag en zorgaanbod bij de casusorganisatie

In deze paragraaf wordt besproken hoe de zorgvraag en zorgaanbod van de casusorganisatie tot stand komen. De hoofdprocessen bij de Tandheelkundige Dienst omvatten (DMG, 2008):

1. Dental fitness-bepaling en –vastlegging;
2. Preventieve mondzorg;
3. Curatieve mondzorg;
4. Operationele mondzorg;
5. Dental fit rapportage;
6. Advies commandanten;
7. Opnemen en vastleggen status praesens (bij indiensttreding van militairen);
8. Forensische odontologie (identificatie van slachtoffers).

Alle tandartsen die bij de casusorganisatie in dienst zijn, zijn militair en, afhankelijk van hun competenties, inzetbaar voor alle taken die voortvloeien uit bovengenoemde hoofdprocessen, die niet allemaal plaatsvinden in een reguliere praktijk zoals de CZB, waar dit onder-

zoek heeft plaatsgevonden. In deze paragraaf, zullen alleen de processen 1, 2, 3 en 5, die in de regel in deze praktijk plaatsvinden, aan de orde komen. Allereerst algemeen en daarna meer specifiek waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen preventieve en curatieve mond-zorg. Zoals duidelijk zal worden bestaan de zorgprocessen uit: Bepalen van tandheelkundige zorgvraag, vaststellen en uitvoeren van het tandheelkundig behandelplan en afsluiten en evalueren tandheelkundige zorg. Van deze processen is een processchema en – beschrijving opgenomen in bijlage 6.

4.2.1 Zorgvraag en zorgaanbod

De casusorganisatie levert preventieve en een curatieve zorgvraag. De preventieve zorgvraag omvat de jaarlijkse controle bij de tandarts en preventieve behandelingen, die gemakshalve worden meegenomen in de bespreking van curatieve zorg. Militairen dienen jaarlijks voor controle te verschijnen om hun dentalreadiness (afhankelijk van de functie van de militair een dental fitness 1 of 2, waarbij de militair operationeel ingezet mag worden) te behouden. Eén keer per jaar op controle wordt echter niet altijd gehaald. In de afgelopen twee jaar is 5 % van de respondenten niet één keer naar de tandarts geweest en 23 % één keer. Voor de verzorging van hun gebit volgt 33 % van de respondenten naar eigen zeggen minstens het advies van de tandarts, 64 % geeft aan dat ze het advies redelijk opvolgen en slechts 1 % zegt het advies nauwelijks te volgen (en 1 % heeft deze vraag niet ingevuld). Deze verdeling is bijna precies zo te vinden onder de respondenten die minder dan twee keer naar de tandarts zijn geweest. Het aantal lager opgeleiden is wel oververtegenwoordigd (namelijk 100%) in de groep die niet naar de tandarts is geweest.

Voor de curatieve zorgvraag wordt, naast een categorie 'overig', onderscheid gemaakt in een negental typen zorgvragen:

- | | | |
|---------------------|------------------|----------------|
| - endodontologie | - parodontologie | - extractie |
| - mondhygiëne | - gnathologie | - prothetiek |
| - kroon en brugwerk | - implantologie | - conserverend |

Deze zorgvragen kunnen zich openbaren door (pijn)klachten waar de patiënt zelf mee komt, door een (interne) doorverwijzing, tijdens de preventieve controle afspraak al dan niet op indicatie van de tandarts of – in het uiterste en minst ongunstige geval – tijdens de behandeling. De diagnose en de behandeling worden door de (al dan niet gedifferentieerde) tandarts vastgesteld.

Voor het beantwoorden van de zorgvraag is een spreekkamer, een al dan niet gedifferentieerde tandarts en een tandartsassistente nodig of een spreekkamer en een mondhygiëniste. Reguliere tandartsafspraken (preventieve controles en eventueel daarop volgende behandelingen) vormen de trigger voor zorg door gedifferentieerde tandartszorg of zorg van de mondhygiëniste. De CZB beschikt over acht spreekkamers, die allen geschikt zijn voor reguliere tandheelkunde, twee tevens zijn uitgerust voor endodontologische behandelingen door endodontologen, één van deze twee tevens geschikt is voor chirurgie en één kamer overwegend gebruikt wordt voor mondhygiëne. Tandartsen en militaire tandartsassistenten zijn niet telkens verbonden aan één praktijk. Al dan niet gedifferentieerde tandartsen zijn vaak werkzaam op meerdere praktijken en drie gedifferentieerde tandartsen in Den Helder, hebben tevens een managementfunctie, waardoor ze niet fulltime als professional werkzaam zijn. In bijlage 1 is opgenomen welke professionals ten tijde van het onderzoek op de CZB werkzaam waren.

4.2.2 Preventieve mondzorg

Indien militairen op eigen initiatief een afspraak voor een preventieve controle willen, kunnen ze doorgaans de hele dag (behalve tussen de middag), in marineterminologie, onder scheepstijd, telefonisch terecht. Uit de agenda-uitdraai uit Exquise werd duidelijk dat er in de agenda van elke reguliere tandarts, indien aanwezig, een kwartier per patiënt wordt gereserveerd tussen 08.15 uur en 09.30 uur zodra de patiënt contact opneemt voor het maken van een preventieve controleafspraak. De baliemedewerker plant de gereserveerde blokken voor preventieafspraken in de agenda's vol in de volgorde dat de militairen contact opnemen. Slechts indien de militair aangeeft dat hij of zij bij een bepaalde tandarts wil of indien de voorgestelde afspraak hem of haar niet schikt, wordt gekeken naar andere mogelijkheden. In bijzondere gevallen, naar het oordeel van de baliemedewerker, worden controleafspraken op andere tijdstippen gepland dan in de gereserveerde blokken.

Een bijzondere situatie, die zich geregeld voordoet op de CZB, is als de ziekenverpleger van een schip contact opneemt, omdat het schip voor een langere periode gaat varen. De baliemedewerker krijgt daarop een bemanningslijst van de ziekenverpleger om handmatig na te gaan wat de dentalfitness van de aan boord van dat schip geplaatste bemanning is. De baliemedewerker geeft op de lijst aan wie op basis van hun dentalfitness een afspraak met de tandarts nodig heeft, blokkeert naar eigen inzicht een gedeelte in de agenda's van de tandartsen voor preventieve controles en eventueel daaruit voortvloeiende behandelingen en communiceert dit terug naar de ziekenverpleger, die op zijn beurt afspraken maakt met de militairen die door de tandarts gezien en eventueel behandeld moeten worden. De gereserveerde capaciteit wordt pas weer voor andere patiënten vrijgegeven, zodra duidelijk is hoeveel capaciteit voor genoemde militairen benodigd is. Er kan dus gesteld worden dat deze laatste groep voorrangszorg krijgt.

De capaciteit die wordt ingezet voor de preventieve controle bestaat uit vijftien minuten tandartscapaciteit, een assistente en een spreekkamer. Elke twee jaar wordt in principe een gebitsfoto van elke patiënt gemaakt, waar ook capaciteit voor benodigd is. Tandartsen kijken voorafgaand aan een controleafspraak in de patiënthistorie, maar tandarts en patiënt kennen elkaar meestal niet voorafgaand aan de controle. Tandartsen ervaren dat er tijdens een afspraak daarom naast het beantwoorden van de zorgvraag, extra tijd nodig is voor het sociale aspect. Voorts is volgens respondenten veel tijd nodig voor dossiervorming. Een collega moet een patiënt makkelijk kunnen overnemen. Geconstateerde tandheelkundige problemen worden nooit tijdens een eerste consult behandeld.

4.2.3 Curatieve mondzorg

Indien tijdens de preventieve controle afspraak blijkt dat behandeling nodig is, schat desbetreffende tandarts in hoeveel tijd hij/zij nodig heeft voor de behandeling en plant de patiënt zelf in de eigen agenda of laat dit door de patiënt doen bij de baliemedewerker. In het geval dat een behandeling volgt uit een preventieve controle kan de benodigde capaciteit, mede afhankelijk van ervaring van desbetreffende tandarts, redelijk precies worden gereserveerd. Indien een patiënt binnen scheepstijd contact opneemt in verband met een klacht, schat de baliemedewerker door uitvragen in, hoeveel spoed het behandelen van de klacht vereist. Er is afgesproken dat patiënten met pijn in principe dezelfde dag gezien moeten worden. Er wordt naar gestreefd dat er in de agenda's van alle aanwezige tandartsen, 's ochtends een half uur (tussen de preventieve controles en de koffiepauze) voor dergelijke pijnklachten vrij gepland blijft. De rest van de dag wordt in de agenda's volgepland met niet acute behande-

lingen. Hoewel volgens enkele tandartsen en tandartsassistenten bij bepaalde klachten redelijk is in te schatten hoeveel tijd nodig is voor het behandelen van de klacht, is de afspraak dat voor klachten een half uur wordt ingepland. In noodgevallen kunnen militairen buiten kantooruren telefonisch terecht bij de wacht (doorgaans een ziekenverpleger) van de Centrale Ziekenboeg (Tandheelkundige Dienst Zeemacht, 2010). De wacht vraagt de klacht uit en neemt contact op met de tandarts van de wacht, wat elke week een andere tandarts is. Deze tandarts neemt contact op met de patiënt en overlegt of hij/zij de patiënt zo snel mogelijk gaat zien, of de patiënt naar een civiele tandarts in zijn/haar woonplaats mag of dat de klacht kan wachten tot tijdens kantooruren. Acute klachten komen niet veel voor, maar worden zo nodig tussendoor behandeld.

In het geval van interne doorverwijzing wordt volgens protocol of na overleg tussen verwijzer en de professional waarnaar verwezen wordt een afspraak gemaakt. Voor twee van de gedifferentieerde tandartsen wordt dit gedaan door hun eigen assistente, voor de anderen door de baliemedewerker. Voor alle afspraken op de CZB, op de preventieve controleafspraak en het klachtconsult na, geldt dat de professional (inclusief de mondhygiëniste) bepaalt hoeveel tijd hij/zij wenst dat er wordt ingepland. Het komt echter wel voor dat medewerkers achter de balie, naar eigen inzicht of in overleg met één van de managers of desbetreffende tandarts, gemaakte afspraken inkorten om er een extra patiënt tussen te kunnen plannen. Andersom gebeurt ook als de agenda dat toelaat, indien de baliemedewerker inschat dat een bepaalde (vaak minder ervaren) tandarts meer tijd nodig zal hebben.

Indien de gereserveerde tijd, om welke reden dan ook, te kort blijkt te zijn om de zorgvraag te beantwoorden wordt, verschillend per tandarts en afhankelijk van de mogelijkheden, aard van de klacht en omstandigheden doorgewerkt buiten de gereserveerde tijd tot de zorgvraag alsnog beantwoord is of zo nodig met een noodoplossing een nieuwe afspraak gemaakt. Indien de gereserveerde tijd te lang blijkt te zijn, proberen tandartsen en assistentes deze tijd op te vullen met andere werkzaamheden.

4.3 Afstemming van vraag en aanbod bij de casusorganisatie

In deze paragraaf wordt de stand van zaken met betrekking tot de afstemming van vraag en aanbod van zorg binnen de casusorganisatie besproken. Eerst zal ingegaan worden op de randvoorwaarden die een rol spelen voor de afstemming, vervolgens wordt de uitkomst van de patiëntenenquête aangaande de patiënttevredenheid besproken en daarna de afstemming zoals deze wordt ervaren door medewerkers van de casusorganisatie en wat blijkt uit Exquise.

4.3.1 Randvoorwaarden voor de afstemming

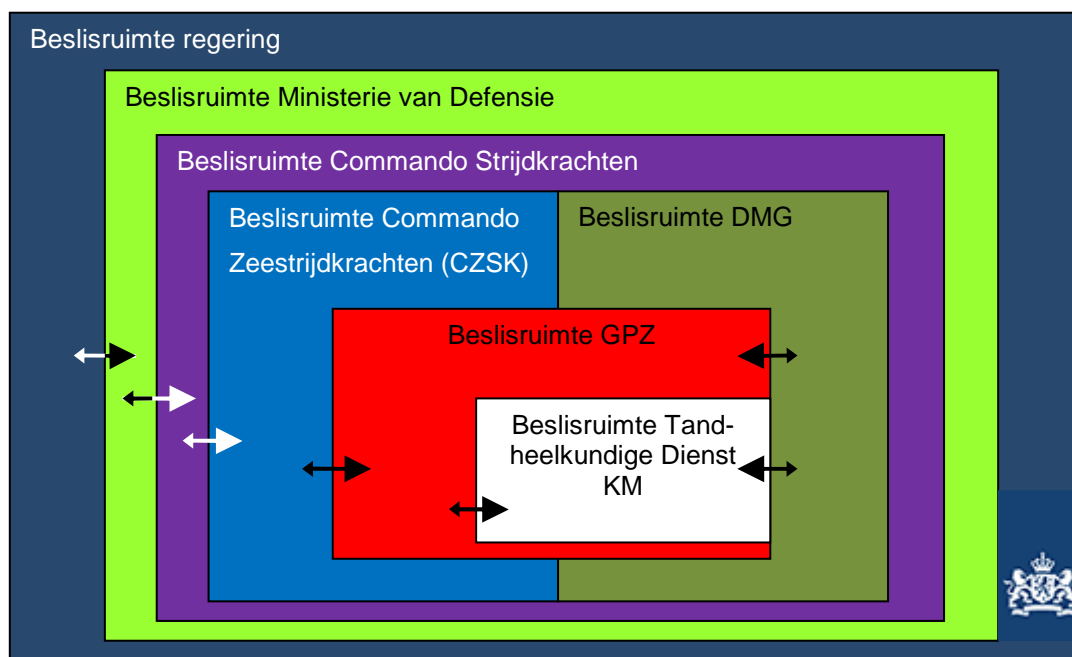
De casusorganisatie heeft te maken met een continu in beweging zijnde omgeving, die sturing geven aan strategie en werkwijzen. De relevante aspecten aangaande de afstemming van zorgvraag en zorgaanbod, die in de interviews aan de orde zijn geweest en/of terug te vinden waren in documenten, worden besproken. De beslisfocus van de verschillende niveaus, waar Vissers *et al.* (2001) in hun raamwerk naar verwijzen (zie tabel 2.1) is daarbij het uitgangspunt geweest.

Stellers van de randvoorwaarden

De beslisruimte voor de Tandheelkundige Dienst blijkt op bepaalde punten behoorlijk ingeperkt, doordat geen sprake is van een zelfstandige organisatie. In figuur 4.1 is dit grafisch

weergegeven. Met pijlen is weergegeven dat er wel enig overleg tussen betreffende partijen mogelijk is, maar de grootte van de pijlen geven aan dat het geen gelijkwaardig overleg betreft. Daarnaast is met pijlen aangegeven dat de Directie Militaire Gezondheidszorg (DMG) voor bepaalde zaken via Geneeskundige en Personele Zorg (GPZ) invloed uitoefent op de casusorganisatie en voor andere zaken (veelal inhoudelijk over mondzorg) rechtstreeks op de casusorganisatie. Voorts zijn er wettelijke kaders, in sommige gevallen zelfs opgesteld buiten de landsgrenzen, die van invloed zijn op de organisatie en werkwijze van de casusorganisatie, al dan niet door tussenkomst van eerder genoemde organisatieonderdelen DMG (2008).

Voorgaande leidt er, in sommige gevallen met inspraak van het HTDZ of diens plaatsvervanger, toe dat een aantal strategische randvoorwaarden al buiten de casusorganisatie zijn vastgesteld. Waar dat niet het geval is, formuleert het HTDZ deze, al dan niet in samenspraak met zijn plaatsvervangers of medewerkers van de casusorganisatie. Het niveau daaronder vullen locatiehoofden, al dan niet in samenspraak met plaatsvervangers of medewerkers van de locaties, de randvoorwaarden in. Op de CZB zijn er daaronder nog twee niveaus waar te nemen, die door de tandartsen, de hoofd tandarts assistentes en de baliemedewerkers worden ingevuld.



Figuur 4.1 Inperking van de beslisruimte van de Tandheelkundige Dienst KM.

Strategische randvoorwaarden

Allereerst zijn de zorgplicht van de casusorganisatie voor alle militairen en de voor de casusorganisatie geldende wettelijke verplichtingen aangaande de inhoud van deze zorgplicht al besproken in het eerste hoofdstuk. Over het dienstenbereik, de markten en productgroepen hoeft men binnen de casusorganisatie derhalve geen beslissingen meer te nemen. De invloed van de capaciteits(ver)werving (mens en materiaal, waarvoor beiden ook diverse wettelijke kaders te noemen zijn) is eveneens behoorlijk krap. GPZ krijgt van eerder genoemde hogere beslisniveaus een beperking ten aanzien van de personele omvang (meer in termen van aantallen dan in termen van loonsommen) opgelegd. Daarbij mag GPZ op dit moment in verband met bezuinigingen geen extern personeel inhuren om eventuele gaten

op te vullen en zijn loongebouwen vastgelegd buiten de invloed van de casusorganisatie. Daarnaast worden jaarlijks een investeringsbudget, een budget voor de aanschaf van verbruiksartikelen en een budget voor scholing aan GPZ toegekend. Binnen GPZ worden budgetten en aantal aan te nemen medewerkers naar behoefte verdeeld. De behoefte wordt door betrokken partijen mede op basis van de normgetallen 1 militaire tandarts op 950 militairen, 1 civiele tandarts op 1350 patiënten en 1 FTE tandartsassistente op 1 FTE tandarts, vastgesteld (DMG, 2008). Het HTDZ hanteert echter het managementstreven van 1,5 FTE tandartsassistente op 1 FTE tandarts.

Over infrastructuur wordt op het niveau DMG of CZSK besloten en over ICT defensiebreed op het niveau DMG met verplichte winkelnering bij iVent, een onderdeel van Defensie. Een voorbeeld van een ICT-probleem toont de traagheid van beslissingen (of het beperkte belang dat aan mondzorg wordt gehecht binnen Defensie) daaromtrent aan. Handmatige controle van de dentalfitness-status van uit te zenden militairen is zeer arbeidsintensief en maakt dat er nog al eens patiënten zonder de vereiste dentalreadiness-status tussendoor kunnen glijpen. De controle moet momenteel handmatig uitgevoerd worden, omdat het defensiebreed gebruikte personeelssysteem PeopleSoft en Exquise tot op de dag van dit onderzoek nog niet (voldoende betrouwbaar) met elkaar kunnen communiceren. Het HTDZ kon een brief van hem aan de minister gedateerd 10 maart 2006 en een brief van één van de directies (Directie Aansturen Operationele Gereedstelling) van de Defensiestaf van 10 mei 2007 overleggen waarin dit probleem al werd geconstateerd.

Op het niveau van het HTDZ wordt dus, binnen genoemde beslisruimte, de langere termijn capaciteitsbehoefte (zowel personeel als materieel) vastgesteld. Er is niet expliciet sprake van jaarlijkse productieafspraken. Wel houdt het HTDZ de productie in de gaten en geeft terugkoppeling als productie opvallend hoog of laag is. Dit gaat aan de hand van declaratiegegevens. Elke tandarts stelt voor verrichtingen een declaratie op aan de hand van de door het College Tarieven Gezondheidszorg vastgestelde Uniform Particulier (maximum) Tarieven. Deze declaraties worden centraal gedeclareerd bij SZVK, waarvandaan het geld wordt gestort op een inkomstenbudget, algemene middelen van Defensie (DMG, 2008), waar de casusorganisatie geen beschikking over heeft. In het interview valt op dat het HTDZ bij vragen over productie denkt aan declaraties en niet aan de hoeveelheid verrichtingen. Volgens het HTDZ geven declaraties vrij exact het aantal verrichtingen weer.

Tactische randvoorwaarden

Op het niveau van het HTDZ wordt eveneens globaal vastgelegd, waarbij het aantal patiënten leidend is, op welke locatie welke behoefte jaarlijks benodigd is (patiëntenvolume planning en control). Dit gebeurt in overleg met het management van desbetreffende locaties en kan in de loop van het jaar wijzigen. Hierbij moet opgemerkt worden dat dit medewerkers betreft die worden overgeplaatst naar een locatie waar ze harder nodig zijn. Infrastructuur (spreekkamers) en de hoeveelheid groot materieel (zoals tandartsstoelen) kunnen niet zomaar worden gewijzigd. Een verandering in de personeelsbezetting wordt echter lang niet altijd geïndiceerd door een wijziging in de hoeveelheid te behandelen patiënten, maar vaker door:

- bij- en nascholing van medewerkers van de casusorganisatie, vooral van tandartsen;
- het operationeel inzetten van (militaire) tandartsen en –assistentes.

Wanneer CZB medewerkers bij- en nascholing mogen genieten of operationeel worden ingezet op schepen, gebeurt in principe na overleg met het hoofd (of diens plaatsvervanger)

van de CZB. Voor andere situaties (bijvoorbeeld de inzet van een forensisch team na een aardbeving) wordt door hogere legerleiding met het HTDZ of diens plaatsvervanger gesproken. Ook komt voor dat vanuit hogere legerleiding slechts de opdracht geformuleerd medewerkers te leveren, waarbij alleen het wie-vraagstuk nog zelfstandig ingevuld kan worden.

Formele regelingen ten aanzien van capaciteitsgebruik, dat in het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) ook ligt op het niveau van patiëntenvolume planning en control zijn vooral ingegeven door:

- wet en regelgeving, zoals voorrangszorg aan operationeel in te zetten, of ingezette militairen (DMG, 2008); en
- kaders van de beroepsgroep, zoals doorverwijzen naar gedifferentieerde tandartsen.
- de roostering die bij aannahme van tandartsassistentes is afgesproken.

Het niveau capaciteiten planning en control uit het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) is beperkt ingevuld binnen de casusorganisatie. Tandartsen beheren zelf hun agenda en kunnen, bij voldoende vrije dagen of toestemming voor deelname aan scholing of een bepaalde activiteit in het belang van de dienst, zelf hun agenda blokkeren om zichzelf vrij te plannen, zolang er maar minimaal één tandarts beschikbaar blijft. Tandartsassistentes kunnen deelnemen aan scholing, activiteiten of vrij nemen zolang het aantal tandartsen (in de regel moet er één tandartsassistentente per tandarts aanwezig zijn (Wal, van der, 2010)) dat toestaat. Voor de spreekkamers geldt dat iedere tandarts, zeker gedifferentieerde tandartsen, zoveel mogelijk in dezelfde spreekkamer werkt. Op lokaal niveau zijn bepaalde afspraken verder expliciteerd (patiëntengroep planning en control), zoals de te reserveren capaciteit voor een controle en een pijnklacht, maar van dienstverleningscriteria, als maximale wachttijd, is geen sprake.

Operationele randvoorwaarden

Op het operationele niveau (patiënten planning en control) worden tenslotte dagelijks de individuele patiënten gepland, qua hoeveelheid gereserveerde capaciteit vooral volgens werkafspraken en qua urgentiecriteria deels volgens afspraken en deels naar eigen inzicht. Wijzigingen of problemen hieromtrent worden overwegend mondeling aangekaart tijdens het werkoverleg voor aanvang werkzaamheden of worden, als eraan gedacht wordt, in het afsprakenboek op de balie genoteerd.

4.3.2 Patiënttevredenheid

Respondenten hebben hun (on)tevredenheid kunnen uitten door het beantwoorden van stellingen en door onderdelen van de dienstverlening te waarderen met een cijfer. In de stellingen, waarvan resultaten van belang zijn voor dit onderzoek, kan onderscheid gemaakt worden tussen stellingen gericht op de mening over de toegang tot zorg en stellingen gericht op de mening over de doorlooptijd van zorg. In tabel 4.1 is de mening van patiënten van de CZB aangaande de toegang tot zorg weergegeven. In tabel 4.2 de mening van patiënten van de CZB aangaande de doorlooptijd van zorg. In tabel 4.3 is de waardering van de patiënten aangaande alle bevroegde onderdelen van de dienstverlening van de CZB af te lezen. Voorts was 83,8 % van de respondenten het (helemaal) eens met de stelling dat tandartsen van de KM voldoende tijd voor hen nemen en 92,6% met de stelling dat ze voldoende informatie verstrekken tijdens een consult of behandeling (zie tabel f in bijlage 7). Bij de verwerking van de resultaten zijn alle stellingen omgescoord tot een positieve stelling, waardoor de stellingen kunnen afwijken van de stellingen in de vragenlijst.

| Stelling | | Mening | | Negatief |
|----------|--|---------------------|--------|----------|
| 1 | Als ik bel voor een afspraak kan ik snel terecht (N=67) | Helemaal mee oneens | 29,9 % | 71,7 % |
| | | Mee oneens | 41,8 % | |
| | | Neutraal | 16,4 % | |
| | | Mee eens | 9,0 % | |
| | | Helemaal mee eens | 3,0 % | |
| 2 | Ik kan voor een afspraak bij de tandarts van mijn keuze terecht (N=67) | Helemaal mee oneens | 9,0 % | 37,4 % |
| | | Mee oneens | 28,4 % | |
| | | Neutraal | 50,7 % | |
| | | Mee eens | 10,4 % | |
| | | Helemaal mee eens | 1,5 % | |
| 3 | Ik kan voor een afspraak terecht op een moment dat mij goed uitkomt (N=68) | Helemaal mee oneens | 4,4 % | 33,8 % |
| | | Mee oneens | 29,4 % | |
| | | Neutraal | 29,4 % | |
| | | Mee eens | 32,4 % | |
| | | Helemaal mee eens | 4,4 % | |
| 5 | Met mij gemaakte afspraken worden niet door de Tandheelkundige Dienst afgezegd / verschoven (N=68) | Helemaal mee oneens | 8,8 % | 27,9 % |
| | | Mee oneens | 19,1 % | |
| | | Neutraal | 17,6 % | |
| | | Mee eens | 48,5 % | |
| | | Helemaal mee eens | 5,9 % | |

Tabel 4.1 Mening van patiënten van de CZB aangaande de toegang tot zorg

| Stelling | | Mening | | Negatief |
|----------|---|---------------------|--------|----------|
| 9 | Ik vind het prettig dat ik een nieuwe afspraak moet maken als er tijdens controle blijkt dat ik een behandeling (bijv. gaatjes vullen) nodig heb (N=68) | Helemaal mee oneens | 14,7 % | 39,7 % |
| | | Mee oneens | 25,0 % | |
| | | Neutraal | 22,1 % | |
| | | Mee eens | 32,4 % | |
| | | Helemaal mee eens | 5,9 % | |
| 10 | Als ik na controle een nieuwe afspraak moet maken voor een behandeling, kan ik snel terecht (N=68) | Helemaal mee oneens | 13,4 % | 40,1 % |
| | | Mee oneens | 26,9 % | |
| | | Neutraal | 32,8 % | |
| | | Mee eens | 22,4 % | |
| | | Helemaal mee eens | 4,5 % | |
| 11 | Ik moet niet lang wachten in de wachtkamer (N=68) | Helemaal mee oneens | 4,4 % | 35,3 % |
| | | Mee oneens | 30,9 % | |
| | | Neutraal | 41,2 % | |
| | | Mee eens | 22,1 % | |
| | | Helemaal mee eens | 1,5 % | |

Tabel 4.2 Mening van patiënten van de CZB aangaande de doorlooptijd van zorg

| Onderdeel | N | Min | Max | Gem. | St.de- viatie | Me- diaan | onvoldoendes |
|------------------------|----|-----|------|------|------------------|--------------|---------------|
| Afspraken 'systeem' | 66 | 1,0 | 9,0 | 6,8 | 1,7 | 7,0 | 16,7 % (N=11) |
| Wachttijd tot afspraak | 66 | 1,0 | 8,0 | 5,1 | 2,2 | 5,0 | 53,0 % (N=35) |
| Wachttijd wachtkamer | 67 | 1,0 | 10,0 | 6,6 | 1,5 | 7,0 | 20,9 % (N=14) |
| Bejegening | 66 | 3,0 | 10,0 | 7,2 | 1,2 | 7,0 | 6,1 % (N=4) |
| Informatieverstrekking | 67 | 3,0 | 10,0 | 7,2 | 1,1 | 7,0 | 4,5 % (N=3) |
| Kwaliteit van zorg | 67 | 3,0 | 10,0 | 7,0 | 1,4 | 7,0 | 13,4 % (N=9) |
| Eindoordeel | 67 | 4,0 | 9,0 | 6,7 | 1,3 | 7,0 | 19,4 % (N=13) |

Tabel 4.3 Patiëntwaardering van de dienstverlening geleverd door de CZB

Er is geen over- of ondervertegenwoordiging van bepaalde patiëntenkenmerken aangetroffen in positieve, dan wel negatieve meningen en beoordelingen. In verband met de voorrangszorg voor operationeel geplaatsten, zou het aannemelijk zijn dat deze groep patiënten

positiever is aangaande de wachttijd tot afspraken dan niet operationeel geplaatst. In tabel 4.4 is te zien dat eerder het omgekeerde het geval is. Dit zelfde geldt voor de waardering voor het afsprakensysteem en de wachttijd voor een eerste afspraak zoals te zien is in tabel 4.5. In de tabellen 4.4 en 4.5 is onderscheid gemaakt tussen militairen die in de afgelopen twee jaar operationeel geplaatst zijn geweest en militairen die in de afgelopen twee jaar onder operationele omstandigheden door een tandarts gezien zijn.

| Stelling | | Mening | Oper. geplaatst | | Oper. tandarts | |
|----------|--|-----------------------|-----------------|------------|----------------|------------|
| | | | Ja (N=49) | Nee (N=18) | Ja (N=29) | Nee (N=38) |
| 1 | Als ik bel voor een afspraak kan ik snel terecht (N=67) | (Helemaal) mee oneens | 73,5 % | 66,7 % | 72,4 % | 71,0 % |
| | | Neutraal | 16,3 % | 16,7 % | 24,1 % | 10,5 % |
| | | (Helemaal) mee eens | 10,2 % | 16,7 % | 3,4 % | 18,4 % |
| 10 | Als ik na controle een nieuwe afspraak moet maken voor een behandeling, kan ik snel terecht (N=67) | (Helemaal) mee oneens | 35,4 % | 52,6 % | 37,9 % | 42,1 % |
| | | Neutraal | 39,6 % | 15,8 % | 37,9 % | 28,9 % |
| | | (Helemaal) mee eens | 25,0 % | 32,0 % | 24,1 % | 28,9 % |

Tabel 4.4 Patiëntenmeningen, gedifferentieerd naar operationele plaatsing en door tandarts gezien in operationele omstandigheden, aangaande de wachttijden van de CZB

| Onderdeel | Patiëntenkenmerk | | Waardering | | |
|------------------------|----------------------------|------------|------------|---------|-------------|
| | | | Gemid. | Mediaan | Onvoldoende |
| Afsprakensysteem | Operationeel geplaatst | Ja (N=49) | 6,7 | 7,0 | 18,4 % |
| | | Nee (N=17) | 7,1 | 8,0 | 11,8 % |
| | Oper. door tandarts gezien | Ja (N=29) | 6,5 | 7,0 | 20,7 % |
| | | Nee (N=37) | 6,9 | 7,0 | 13,5 % |
| Wachttijd tot afspraak | Operationeel geplaatst | Ja (N=49) | 4,8 | 5,0 | 55,1 % |
| | | Nee (N=17) | 5,2 | 5,5 | 47,1 % |
| | Oper. door tandarts gezien | Ja | 5,0 | 5,0 | 55,2 % |
| | | Nee | 5,0 | 5,0 | 51,4 % |

Tabel 4.5 Patiëntenwaarderingen, gedifferentieerd naar operationele plaatsing en door tandarts gezien in operationele omstandigheden, m.b.t. afsprakensysteem en wachttijd van de CZB

Er was voor aanvang van het onderzoek reeds bekend dat er militaire patiënten zijn die, ondanks de verplichting naar de militaire tandarts te gaan, toch naar de civiele tandarts gaan. Van de respondenten is 15 % in de afgelopen twee jaar wel eens naar een civiele tandarts geweest. Hiervan:

- had 33 % toestemming om naar een civiele tandarts te gaan;
- heeft 25 % zonder toestemming nog een eigen civiele tandarts waar ze naar toegaan;
- ging 42 % zonder toestemming naar een civiele tandarts, omdat ze daar sneller geholpen konden worden.

Er zijn geen over- of ondervertegenwoordiging van bepaalde kenmerken - zoals aantal jaren in dienst, operationeel geplaatst, rang, reisafstand (zie vragenlijst voor alle kenmerken) - gevonden binnen deze groepen. Eén respondent heeft in de toelichting nog aangegeven dat hij, doordat zijn afspraak die hij in maart zou hebben in drie keer is verzet naar juni, van plan is naar de civiele tandarts te gaan. In tabel e in bijlage 7 is voorts over het verzetten van afspraken te vinden dat patiënten dit minder vervelend vinden indien er een goede reden voor

is. Eén respondent heeft in de toelichting aangegeven dat het op prijs gesteld zou worden als verzetten in overleg gebeurt.

Patiënten hebben in de enquête kunnen aangeven hoe belangrijk ze bepaalde onderdelen van de dienstverlening vinden. Dit heeft ongeveer 60% van de patiënten van de CZB gedaan. In tabel 4.6 is te zien welk percentage van deze respondenten de diverse onderdelen met betrekking tot de toegang tot zorg en de doorlooptijd (heel) belangrijk vindt. Meer gedetailleerde tabellen (a en b) zijn opgenomen in bijlage 7. In deze bijlage is ook een tabel c. opgenomen waarin de mate waarin respondenten van mening zijn dat afspraken die met hen gemaakt zijn niet door de Tandheelkundige Dienst worden afgezegd, is uitgezet tegen het belang dat respondenten aan het nakomen van afspraken hechten.

| Stellingen toegang tot zorg CZB | | (Heel) belangrijk |
|---|---|--------------------------|
| 1 | Als ik bel voor een afspraak kan ik snel terecht (N=40) | 90 % |
| 2 | Ik kan voor een afspraak bij de tandarts van mijn keuze terecht (N=38) | 13,2 % |
| 3 | Ik kan voor een afspraak terecht op een moment dat mij goed uitkomt (N=38) | 79,0 % |
| 5 | Met mij gemaakte afspraken worden niet door de Tandheelkundige Dienst afgezegd / verschoven (N=37) | 62,2 % |
| Stellingen doorlooptijd zorg CZB | | |
| 9 | Ik vind het prettig dat ik een nieuwe afspraak moet maken als er tijdens controle blijkt dat ik een behandeling (bijv. gaatjes vullen) nodig heb (N=38) | 55,3 % |
| 10 | Als ik na controle een nieuwe afspraak moet maken voor een behandeling, kan ik snel terecht (N=38) | 81,6 % |
| 11 | Ik moet niet lang wachten in de wachtkamer (N=38) | 54,3 % |

Tabel 4.6. Belang dat patiënten van de CZB hechten aan toegang tot zorg en de doorlooptijd van zorg

In bijlage 7 is tenslotte ook nog een tabel d. opgenomen waarin het belang dat respondenten, die in de afgelopen twee jaar operationeel geplaatst zijn geweest, hechten aan korte wachttijden, is uitgezet tegen het belang dat respondent, die in de afgelopen twee jaar niet operationeel geplaatst zijn geweest, hechten aan korte wachttijden. Dit zelfde is opgenomen in deze tabel van respondenten die al dan niet onder operationele omstandigheden door een tandarts zijn gezien. Alleen bij het maken van het tweede genoemde onderscheid is een verschil (zij het door de kleine n niet significant) te zien, waarbij het verschil het duidelijkst is voor het belang dat gehecht wordt aan de snelheid waarmee men terecht kan voor een nieuwe afspraak als tijdens controle blijkt dat een behandeling nodig is. 92,9 % (van 14) van de respondenten die onder operationele omstandigheden door een tandarts zijn gezien, vindt dit (heel) belangrijk, tegen 75,5 % (van 24) van de respondenten niet onder operationele omstandigheden door een tandarts zijn gezien.

Tenslotte hebben een aantal respondenten nog een aantal klachten met betrekking tot de planning van de zorg, die ze niet kwijt konden in eerdere vragen, in de toelichting genoemd:

- Vier respondenten (5,9 %) noemen dat het lastig is om vanuit een varende plaatsing een afspraak te krijgen met de tandarts, omdat afspraken niet gemaakt kunnen worden op korte termijn, maar de planningshorizon weer niet lang genoeg is om al voorafgaand aan een vaarperiode een afspraak in te plannen;

- Vier respondenten schreven het vervelend te vinden dat ze telkens een andere tandarts hebben, waarvan drie (4,4 %) omdat ze bang zijn voor de tandarts;
- Eén respondent (1,5 %) vond het vervelend te merken dat een tandarts en een tandarts-assistente tijdens een behandeling niet op elkaar waren ingespeeld;
- Eén respondent schreef een keer te hebben meegemaakt dat hij/zij in verband met de lunchpauze van een tandarts werd weggestuurd, nadat deze reeds drie kwartier was uitgelopen.

4.3.3 De afstemming volgens medewerkers en kwantitatieve data

In de interviews kwamen verschillende problemen in de afstemming tussen vraag en aanbod naar voren. Daarbij is ook gesproken over redenen waar medewerkers die problemen aan wijten en hun ideeën over bepaalde oplossingsrichtingen. Alle respondenten zijn van mening dat er binnen de reguliere mondzorg sprake is van pieken en dalen in de zorgvraag en pieken en dalen in het zorgaanbod, die resulteren in “rennen of stilstaan”. Voorts zijn er nog factoren die pieken en dalen in de werkdruk kunnen veroorzaken, die losstaan van pieken en dalen in de zorgvraag of het zorgaanbod. Respondenten zijn het met elkaar oneens over of vaker wordt gerend of wordt stilgestaan en of sprake is van een hoge werkdruk.

Pieken en dalen in de zorgvraag, pieken en dalen in het zorgaanbod en de overige factoren die zorgen voor pieken en dalen in de werkdruk, kunnen zich tegelijk voordoen, waardoor ze elkaar versterken of juist compenseren in de uiteindelijk ervaren werkdruk en de logistieke kwaliteit die geleverd wordt. Medewerkerrespondenten zijn het er over eens dat de wachttijd voor curatieve zorg soms te lang is, maar vinden dat de wachttijd voor een preventieve controle acceptabel is in vergelijking met civiele praktijken. De helft van de respondenten, waaronder meer tandartsassistenten dan tandartsen, zijn van mening dat het wel beter kan. Ten tijde van het onderzoek bedroeg de wachttijd voor patiënten die geen voorrangszorg genieten tussen de 2 en de 3 maanden.

Pieken en dalen in de zorgvraag

De pieken en dalen in de zorgvraag worden opgemerkt door meer bellende patiënten en langere toegangstijden voor met name niet operationeel geplaatste militairen. Deze pieken en dalen worden geweten aan:

- dagdeel, 's ochtends is het drukker;
- dag van de week, maandag(ochtend) is het drukker en vrijdag(middag) is het rustiger;
- de schepen die gaan varen (pieken) of aan het varen zijn (dalen);
- een aankomende verlofperiode (respondenten zijn het oneens of dit pieken of dalen veroorzaakt), afgelopen verlofperiode (pieken);

Toegangstijden worden niet geregistreerd en de beleving van respondenten kan in deze daarom niet worden gestaafd aan kwantitatieve data.

Pieken en dalen in het zorgaanbod

De pieken en dalen in het zorgaanbod, worden door medewerkerrespondenten opgemerkt door een betere of slechtere bezetting van de spreekkamers en de verhouding tandartsassistentes en tandartsen. Het programma Exquise bevatte onvoldoende mogelijkheden om hieromtrent relevante, interpreteerbare cijfers te genereren. Een grove schatting kon gemaakt worden door bezettingsgraden in hele en halve dagdelen van de spreekkamers en de

verhouding tandartsen en tandartsassistenten van de roosters van week 49 en 50 uit 2009 (week 51 tot en met week 53 waren er veel medewerkers met verlof) en week 1 tot en met week 13 uit 2010 handmatig over te nemen in Excel. In tabel 4.7 is de leegstand van de acht spreekkamers, de niet bruikbare capaciteit, weergegeven en is berekend:

- hoeveel dagen per werkweek (5 dagen) elke spreekkamer gemiddeld leegstaat;
- hoeveel spreekkamers er gemiddeld per dag van de werkweek leegstaan; en
- hoeveel spreekkamers er gemiddeld dagelijks leegstaan.

De kamers 7 en 8 staan het vaakst leeg, omdat deze kamers door gedifferentieerde tandartsen worden gebruikt die weleens werkzaam zijn op andere praktijken en/of meerdere dagen per week managementtaken hebben. Vrijdags staat gemiddeld meer dan de helft van het aantal beschikbare spreekkamers leeg. Gemiddeld staan er 2,7 kamers per dag leeg en kamers staan gemiddeld 1,7 dag per week leeg. In de 15 weken die zijn bekeken is er niet één week geweest waarin alle kamers alle dagen bezet waren en is het 1 keer op maandag en 5 keer op woensdag gebeurd dat alle kamers bezet waren.

| <i>Kamer</i> \ <i>Dag</i> | MA | DI | WO | DO | VR | <i>Totaal</i> | <i>Gemid. aantal dgn/wk</i> |
|-------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|-----------------------------|
| 1 | 4 | 0 | 0 | 3 | 3 | 10 | 0,7 |
| 2 | 2 | 14 | 2 | 8 | 15 | 41 | 2,7 |
| 3 | 0 | 3,5 | 1,5 | 1 | 5 | 11 | 0,7 |
| 4 | 2 | 7 | 2 | 1 | 9 | 21 | 1,4 |
| 5 | 4 | 6,5 | 1,5 | 2,5 | 15 | 29,5 | 2,0 |
| 6 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 11 | 0,7 |
| 7 | 13 | 4 | 5 | 3 | 13 | 38 | 2,5 |
| 8 | 4 | 4 | 3,5 | 15 | 14 | 40,5 | 2,7 |
| <i>Totaal</i> | 31 | 41 | 17,5 | 35,5 | 77 | 202 | 1,7 |
| <i>Gemid. aantal kamers per dag</i> | 2,1 | 2,7 | 1,2 | 2,4 | 5,1 | 2,7 | |

Tabel 4.7 Leegstand spreekkamers

Eerder is al aangegeven dat het HTDZ streeft naar 1,5 tandartsassistente op 1 tandarts, maar dat de strategische randvoorwaarde 1 op 1 is. In tabel 4.8 is de verhouding tandarts – tandartsassistente opgenomen van eerdergenoemde periode. Het is, volgens het rooster, vier keer voorgekomen dat er minder tandartsassistenten waren dan tandartsen. Drie van de vier keer kwam door ziekten. Gedurende week 8 heeft er een tandartsassistente van een andere praktijk ingevallen. Gemiddeld was er wekelijks 1,8 ‘tandartsassistent-dag’ capaciteit meer dan tandartscapaciteit. Sturingscijfers, als deze, die de verhouding tussen strategische randvoorwaarde en tactische uitvoering weergeven, worden binnen de tandheelkundige dienst niet gegenereerd.

Pieken en dalen in het zorgaanbod wordt door respondenten geweten aan:

- inplannen van scholing, vrije dagen of andere facultatieve activiteiten door medewerkers;
- opgelegde deelname aan organisatieactiviteiten door medewerkers;
- operationele inzet van medewerkers, al dan niet ver van te voren bekend en al dan niet beïnvloedbaar door het management;
- gebrek aan afstemming van de roostering tussen tandartsen en tandartsassistenten;
- gebrek aan afstemming van de roostering van tandartsassistenten op elkaar;
- ziekte van medewerkers.

Pieken en dalen in de vraag naar gedifferentieerde zorg worden door gedifferentieerde tandartsen niet echt ervaren, omdat gewerkt wordt met een wachtlijst. Hetzelfde geldt voor de mondhygiëniste.

| Dag \ Week | MA | DI | WO | DO | VR | Totaal |
|------------|------|------|-----|-----|-----|--------|
| 49 | 1,5 | 1 | 1 | 0,5 | 0 | 4 |
| 50 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| 1 | 0 | 2 | 0,5 | 2 | 1,5 | 6 |
| 2 | -1,5 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0,5 |
| 3 | 0 | 2 | 0,5 | 0 | 1 | 3,5 |
| 4 | 1 | -1,5 | 0 | 0 | 0 | -0,5 |
| 5 | 0 | 0,5 | 0,5 | 0 | 0 | 1 |
| 6 | 1 | -1,5 | 0 | 0 | 0 | -0,5 |
| 7 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 |
| 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | 0 | 1,5 | 1 | 0 | 0 | 2,5 |
| 10 | 0 | 0,5 | 1 | 0 | 0 | 1,5 |
| 11 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| 12 | 0,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 |
| 13 | 0,5 | 1,5 | 0 | -1 | 0 | 1 |
| Totaal | 5 | 8 | 6,5 | 4,5 | 3,5 | 27,5 |
| Gem. | 0,3 | 0,5 | 0,4 | 0,3 | 0,2 | 1,8 |

Tabel 4.8 'overschot' assistentendagen ten opzichte van tandartsdagen

Andere redenen voor pieken en dalen in de werkdruk

Pieken en dalen in de werkdruk anders dan door pieken en dalen in de zorgvraag of het zorgaanbod die respondenten opmerkten of uit wat Exquise bleek:

- Gebrek aan afstemming tussen zorgvraag en zorgaanbod:
- De roostering van de balie-medewerkers is niet afgestemd op de drukte, het komt bijvoorbeeld voor er op maandag één persoon achter de balie zit en op vrijdag twee;
- De bezetting van de spreekkamers is niet afgestemd op pieken in de zorgvraag;
- De verdeling van het type afspraken wordt nauwelijks afgestemd op de zorgvraag. Gedifferentieerde tandartsen voeren bij toename in de zorgvraag weleens reguliere tandarts-handelingen uit, maar of er nu 1 of 5 reguliere tandartsen aanwezig is, de eerder beschreven agenda indeling (vijf keer een kwartier preventieve controletijd en een half uur gereserveerde klachtentijd) blijft per reguliere tandarts gehandhaafd;
- Volgens afspraak te kort of te veel gereserveerde tijd voor een afspraak, waarbij te veel volgens respondenten vaker voorkomt, maar minder erg wordt gevonden;
- Te kort of te veel gereserveerde tijd voor een afspraak naar eigen inzicht van een balie-medewerker. Vooral te kort gereserveerde tijd wordt door een aantal respondenten aangegaand als een veelvoorkomende en vervelende gebeurtenis;
- Een te groot of te klein gereserveerd blok afspraken voor te saneren bemanning van een vertrekkend schip, waarbij een te groot gereserveerd blok soms resulteert in onbenutte capaciteit;

- Werkdruk voor de balie medewerker door het moeten verzetten van afspraken door voorge-noemde (onvoorziene) pieken en dalen in het zorgaanbod, wat volgens respondenten vaak voorkomt;
- De mate waarin tandarts en tandartsassistente op elkaar zijn ingespeeld. Op de eerderge-noemde roosters valt af te lezen dat tandartsen wekelijks en soms zelfs dagelijks door ande-re assistentes worden geassisteerd. In de meetperiode is het voorgekomen dat een tandarts in één week door vijf verschillende assistentes is geassisteerd;
- No-shows;
Op de gereserveerde capaciteit voor de preventieve controles en op de no-shows wordt nog wat dieper ingegaan. Daarna wordt nog ingegaan op het onderwerp taakdelegatie.

Preventieve controleafspraken

Tandartsen en tandartsassistenten zijn het er over eens dat voor afspraken meestal geen vijftien minuten nodig is. Het fluctueert, maar het komt vaker voor dat men minder tijd nodig heeft dan meer. Eén van de tandartsen merkte hierbij op: “je gaat alleen geen afspraken van twaalf minuten inplannen”. Door medewerkers ervaren differentiatie in benodigde tijd voor een preventieve controle per tandarts en per patiënt ligt volgens respondenten aan:

- de tandarts, bijvoorbeeld hoe ervaren;
- de patiënt, bijvoorbeeld een gezond gebit of een gebit met veel problemen;
- of tandarts en patiënt al bekend zijn met elkaar;
- of er al dan niet foto's gemaakt moeten worden.

Er wordt door medewerkers onderkend dat er voorafgaand aan de afspraak door uitvragen en het raadplegen van het patiëntendossier al bepaalde voorspellende factoren leidend zou-den kunnen zijn voor de tijd die voor een afspraak ingepland zou kunnen worden. Tandart-sen hebben er alleen geen vertrouwen in dat dit goed zou gebeuren en medewerkers die de balie bemannen geven aan dat er niet altijd tijd voor is en dat het daarom maar helemaal niet gebeurt.

No-shows

Indien een patiënt zonder afbellen niet verschijnt op zijn of haar afspraak, moeten tandartsen dit registreren. Deze geregistreeerde tijd kan door Exquise worden uitgedraaid. Het HTDZ geeft aan dat hij op basis daarvan berekend heeft dat de capaciteit van ongeveer één hele FTE tandarts en één hele FTE tandartsassistent op jaarbasis door deze no-shows verloren gaat. Patiënten die wel afbellen, maar waarvan de gereserveerde capaciteit niet meer voor een andere patiënt kan worden ingezet, worden echter, verschillend per tandarts, niet alle-maal geregistreerd. Feitelijk gaat er dus meer capaciteit verloren dan bekend is. Afspraken die op verzoek van de patiënt verzet worden, kunnen daarnaast baliecapaciteit kosten. Niet alleen omdat de balie medewerker een nieuwe afspraak met deze patiënt moet boeken, maar ook omdat de balie medewerker vaak bij een gat in de planning probeert om een patiënt naar voren te halen. Van de respondenten van de patiëntenenquête (n=78) geeft 28 % aan in de afgelopen twee jaar weleens een afspraak niet nagekomen te zijn. 32 % van hen zegt de afspraak niet of op de dag zelf te hebben afgezegd. 57 % daarvan was vergeten af te zeg-gen en van de overgebleven 3 respondenten, was er één bang, vond één het niet nodig en had één een andere reden om niet af te zeggen.

Volgens de medewerker respondenten is het heel verschillend hoeveel no-shows er op een dag zijn. Soms verschijnen alle afspraken op een bepaalde dag, maar het komt ook

voor dat alle afspraken van een bepaald dagdeel niet komen. Tandartsen en assistentes bellen no-shows na in de hoop dat ze alsnog komen en proberen anders, wanneer een behandelafpraak is opge gevallen, een andere patiënt naar voren te halen. Wanneer dit lukt, resulteert dit echter vaker in het verschuiven van het probleem, omdat een patiënt van later op de dag naar voren wordt gehaald.

Respondenten noemen twee maatregelen tegen no-shows die effectief zijn gebleken, die mede na een brief van het Hoofd Directie Personeel (HDP) van 31 augustus 2006 zijn ingesteld. Op de praktijk in Doorn is met commandanten afgesproken om no-shows te sanctioneren middels het inzetten van het militaire tuchtrecht. Dit is volgens respondenten echter niet op de CZB mogelijk door de grootte van de praktijk en de verspreidheid van commandanten. Een andere maatregel wordt toegepast door één van de gedifferentieerde tandartsen, die overwegend behandelafspraken heeft, die langer dan een uur duren. Deze laat de assistente een (bepaald aantal) dag(en) van te voren telefonisch contact opnemen met de patiënten. Voorts bestaat de indruk dat het aantal no-shows kleiner is op de kleinere praktijken en/of als er een stabiele tandarts patiënt relatie bestaat. Het HTDZ geeft aan een telefonisch reminder systeem te willen, wat moeizaam gaat in verband met de beveiligingsautoriteit. Verder geven respondenten aan dat er in ieder geval op het niveau van de CZB niemand structureel bezig is om het no-show probleem aan te pakken.

Taakdelegatie

In de eerdergenoemde brief van het HDP wordt gezegd (2006:3):

Het realiseren van een stringenter taakscheiding tussen preventie en curatie. Dit zou zowel financieel als qua capaciteit zijn vruchten kunnen afwerpen. De intentie is ooit uitgesproken om preventie te laten uitvoeren door mondhygiënisten c.q. preventieassistentes, zodat tandartsen (met daaraan gekoppeld een tda-assistente) hun handen meer vrij hadden voor curatie en operationele inzet (militairen). In de praktijk is dit niet of nauwelijks gerealiseerd door tekortschietende financiële beloning van de mondhygiënisten, inleveren van FTE'en of deze deels te gebruiken voor uitbreiding overige tandheelkundige capaciteit.

Nu, bijna vier jaar verder is hier nog weinig aan veranderd. De CZB heeft één parttime mondhygiënist in dienst, maar het overgrote deel van de mondhygiëne wordt nog door tandartsen zelf uitgevoerd. CZB heeft een aantal preventieassistentes, maar het beleid op het niveau tandheelkundige dienst KM, is op dit moment nog dat zij niet mogen werken als preventieassistent, wat zij zelf heel jammer vinden en een enkele tandarts "zonde". Redenen die door respondenten worden genoemd waarom preventieassistentes dit niet mogen:

- Een aantal tandartsen, waaronder één of meer leden van het management, geven aan dit niet over te willen dragen aan assistentes. Ze twijfelen aan hun bekwaamheid door een gebrek aan achtergrondkennis, omdat de opleiding tot preventieassistent volgens hen nog niet goed genoeg is. Uit de televisie uitzending van Radar van 10 mei 2010 blijkt dat civiele tandartsen in sommige gevallen te ver gaan met taakdelegatie, hier wil men bij de KM voor waken;
- Sommige tandartsrespondenten betwijfelen of het wel efficiënter is, omdat ze het werk van de preventieassistentes moeten controleren;
- Er zijn te weinig tandartsassistentes;
- Er zijn te weinig spreekkamers beschikbaar.

4.4 Prikkel voor patiëntgericht en efficiënt werken

Alle respondenten noemden tandheelkunde een mooi vak te vinden en uitdaging uit het werk zelf te halen. Tandartsen geven daarbij aan bij de marine te werken vanwege:

- de kans zichzelf te ontwikkelen tot een betere tandarts door de tijd die men zelf mag indelen en nemen voor afspraken, de begeleiding van gedifferentieerde tandartsen en de scholingsmogelijkheden;
- de tijd en middelen die men heeft om kwalitatieve zorg te leveren;
- de uitdaging door de afwisseling door bijvoorbeeld varen.

Allen geven aan dat een tandarts niet bij de marine hoeft te komen voor het salaris.

Tandartsassistenten geven aan bij de marine te werken vanwege:

- het werken in zo een grote praktijk met veel collega's en de loyaliteit aan elkaar;
- het contact met mensen;
- de rust in verhouding met een civiele praktijk.

Militaire tandartsassistenten geven aan daarbij ook bij de marine te werken voor de uitdaging door bijvoorbeeld varen.

Respondenten voelen zich meer intrinsiek dan extrinsiek geprikkeld. Eén van de respondenten van de tandartsassistenten zegt hier iets over wat representatief is voor alle respondenten:

Niet iedereen is geschikt om in de zorg te werken. Het zit in je of het zit niet in je. Het geeft een goed gevoel. Maar het is ook wel een stukje ego: ik doe het want ik kan het. Er zijn wel collega's die niet harder werken dan strikt noodzakelijk. De tandartsen met wie ik werk zijn allemaal wel fanatiek.

Ondanks dat respondenten zich meer intrinsiek geprikkeld voelen om goed werk af te leveren en door te werken, zijn er wel een aantal extrinsieke prikkels genoemd. Tandarts respondenten geven aan in hun werk extrinsiek geprikkeld te worden door:

- de controle op de kwaliteit van hun werk: Het werk wat zij doen wordt vroeg of laat door een collega gezien;
- een lange wachtlijst, vooral een merkbare olopende wachttijd, motiveert de meeste tandartsen om een stapje harder te doen.
- formele controle: Tandartsen worden erop aangesproken als men opvallend weinig heeft gedeclareerd.
- sociale controle: Jonge tandartsen geven aan dat er informeel onderling wordt vergeleken. Ze kunnen in elkaars agenda kijken in Exquise en het valt binnen de praktijk op als een tandarts langzamer is dan anderen. Daarnaast worden tandartsen regelmatig door andere assistentes geassisteerd, die hier onderling over praten.

Extrinsieke prikkels die door tandartsassistenten en de baliemedewerker worden ervaren zijn:

- een lange wachtlijst of een volle wachtkamer.
- boze patiënten.
- formele controle: Er zijn jaarlijks functioneringsgesprekken, tandartsen geven na het samenwerken wel eens feedback en tandartsassistenten (zowel leidinggevende als collega's) spreken elkaar aan. Respondenten zijn hierbij wel van mening dat ze eerder negatieve feedback krijgen dan positieve feedback en vinden dat jammer. Tandartsassis-

tentes zijn tevens van mening dat er te weinig overleg is tussen tandartsen en tandarts-assistenten. Er is volgens hen, ondanks de informele sfeer, sprake van twee groepen.

- sociale controle: Tandartsassistenten ervaren dat ze onderling worden vergeleken door elkaar en door tandartsen; er wordt tijdens de werkoverleggen 's ochtends weleens feedback gegeven; en tijdens assistentenoverleggen worden zaken uitgesproken.

Twee tandartsrespondenten, zonder werkervaring in een civiele praktijk, noemen een spanningsveld te ervaren tussen het werk goed willen doen en patiënten snel willen helpen. Meerdere respondenten, vooral diegenen die weten hoe het er in een civiele praktijk aan toe gaat, zijn van mening dat de afwezigheid van de financiële prikkel maakt dat er niet door iedereen even hard gewerkt wordt en dat efficiënt werken niet veel aandacht krijgt. Eén van de respondenten zegt hierover:

Al zijn er meer stoelen en assistenten, dan nog zullen tandartsen niet geprikkeld worden. Je hebt hard werken en hard werken. Hier werkt men hard, maar niet efficiënt. Efficiëntie komt toch met name uit de financiële prikkel. Die prikkel leidt ertoe dat er geld beschikbaar is om mensen op allerlei manieren tevreden te houden zoals secundaire arbeidsvoorwaarden of leuke schilderijen aan de muur. De behaalde efficiëntiewinst komt hier nooit ten goede van het systeem.

Een opvallende uitspraak van een respondent van de tandartsassistenten geeft aan dat er echter ook in de patiëntgerichtheid van de medewerkers van de tandheelkundige dienst wel het één en ander te verbeteren valt:

Ik denk dat er een hele hoop kan verbeteren hier. Ik kan me heel druk maken om patiënten die lang moeten wachten, of patiënten die worden afgebeld. Ik vind dat het belang van de patiënt te veel op de achtergrond komt en dat daar wel wat meer op gelet mag worden.

Tenslotte valt hierbij op dat in meerdere interviews is gezegd dat men verwend is bij de marine. Gericht op de professionals zijn twee van de uitspraken:

Ik vind dat de motivatie hier minder is, omdat er geen druk achter zit. Wij zeggen weleens onderling: voor sommigen zou het goed zijn in een burgerpraktijk te werken.

Je wordt hier niet echt gedwongen om efficiënt te werken. Een kijkje buiten de deur kan daar misschien bij helpen. Assistenten uit een burgerpraktijk zie je gewoon heel hard werken.

Gericht op patiënten zijn twee van de uitspraken:

In- en ontschepingsverlof [de verlofperiode die men krijgt omdat men gaat varen of gevaren heeft] is juist ook bedoeld om dingen te regelen waar je anders niet aan toe komt. Mensen bij de marine gaan alleen in de baas zijn tijd naar de tandarts. Mensen realiseren zich vaak pas als ze uit dienst gaan dat het normaal is vrij te nemen om naar de tandarts te gaan.

Wij vinden de patiëntenpopulatie hier wel heel erg verwend, maar ze klagen evengoed altijd. Ik vind het moeilijk [te beoordelen] hoe gegrond die klachten zijn. Bij pijn worden patiënten in principe dezelfde dag gezien. Ik vind het niet zo raar dat er voor andere zaken een wachtlijst is. (...) Ik weet niet precies wat er uit het onderzoek [patiëntenenquête] is gebleken, waar de ontevredenheid over gaat, maar ik weet niet of de uitkomst een motivatie voor ons zal zijn om efficiënter te gaan werken. De vraag is wat voor mensen vullen de vragenlijst in. (...) Als je niet tevreden bent in de burgerpraktijk ga je ook op zoek naar een andere tandarts. Hier zijn ze verplicht om hier te komen, dus we zullen altijd ontevreden patiënten houden.

Hoofdstuk 5 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt een conclusie geformuleerd door de deelvragen en onderzoeksvraag van dit onderzoek te beantwoorden, vervolgens wordt in de discussie kritisch op dit onderzoek gereflecteerd en tenslotte volgen in de laatste paragraaf enkele aanbevelingen voor zorgaanbieders en verder onderzoek.

5.1 Conclusie

In deze paragraaf worden achtereenvolgens alle acht de deelvragen, geformuleerd in paragraaf 2.5, beantwoord, waardoor aan het slot van dit hoofdstuk een antwoord op de onderzoeksvraag van dit onderzoek gegeven kon worden.

5.1.1 Beantwoording eerste deelvraag: Zorgvraag casusorganisatie

Onder zorgvraag is in dit onderzoek de concrete vraag naar zorgaanbodcapaciteiten verstaan. Patiënten met dezelfde zorgvraag en planbaarheid zijn aangeduid als patiëntengroep (Vissers *et al.*, 2001). Uit de resultaten blijkt dat de vraag naar zorgaanbodcapaciteiten in veel gevallen expliciet is, mede omdat tijdens een preventieve controle de diagnose het eindproduct is (Vissers & de Vries, 2005). Ditzelfde geldt na doorverwijzing naar een gedifferentieerde tandarts, waar eerst een consult wordt gehouden om het behandelplan vast te stellen. Patiënten waarvan bekend is dat ze operationeel ingezet zijn of gaan worden, krijgen voorrangszorg ten opzichte van patiënten met een niet operationele plaatsing, waardoor hun zorgvraag als semiacuut is gelabeld. In onderstaande tabel 5.1 is weergegeven welke tien zorgvragen daarmee grofweg zijn te onderscheiden binnen de casusorganisatie.

| <i>Operationele inzet</i> | <i>Dental fitness</i> | <i>Zorgvraag</i> | <i>Type klantvraag</i> | <i>Klant-contact</i> |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------|---|----------------------|
| Nee | 1, 2, 3 of 4 | 1 Preventieve controle | Expliciet | 1 |
| | 2 of 3 | 2 consult gedif.tandarts | Expliciet | 2 of > 2 |
| | 2 of 3 | 3 Geïndiceerde zorgvraag | Expliciet | 2 of > 2 |
| | 3 | 4 Pijnklachten | (Minder) expliciet ² & semiacuut | 1 |
| | 3 | 5 Pijnloze klachten | (Minder) expliciet ² | 1 |
| Ja | 1, 2, 3 of 4 | 6 Preventieve controle | Expliciet & semiacuut | 1 |
| | 2 of 3 | 7 consult gedif.tandarts | Expliciet & semiacuut | 2 of > 2 |
| | 2 of 3 | 8 Geïndiceerde zorgvraag | Expliciet & semiacuut | 2 of > 2 |
| | 3 | 9 (Pijn)klachten | (Minder) expliciet ² & semiacuut | 1 |
| N.v.t. | 3 | 10 Acuut probleem | (Minder) expliciet ² & acuut | 1 |

Tabel 5.1 Zorgvragen binnen de militaire tandheelkundige zorg.

Voor de geïndiceerde zorgvraag, waarmee het uitvoeren van het behandelplan, na het vaststellen van de zorgvraag en het behandelplan (zie bijlage 6), wordt aangeduid, is nog onderscheid te maken in de tien typen zorgvragen genoemd in paragraaf 4.2.1. Een meer precieze onderverdeling is ook voor de andere zorgvragen mogelijk, maar wordt binnen de casusorganisatie niet gehanteerd. Patiënten die niet operationeel zijn geplaatst dienen zich met zorgvraag 1, 4 of 5 altijd uit zichzelf aan. Patiënten die operationeel zijn geplaatst of geplaatst worden, dienen zich met zorgvraag 6 geregeld groepsgewijs aan, nadat ze zijn ge-

² Afhankelijk van de voorspelbaarheid van het bestrijden van de klachten

stuurd door de ziekenverpleger van hun eenheid. Zorgvragen 2, 3, 7 en 8 ontstaan pas na behandeling door een reguliere (of bij uitzondering gedifferentieerde) tandarts.

5.1.2 Beantwoording tweede deelvraag: Zorgaanbod casusorganisatie

Met het begrip zorgaanbod is in dit onderzoek de benodigde capaciteiten om de processen voor het beantwoorden van de zorgvraag uit te kunnen voeren aangeduid (Vissers & de Vries, 2005). De casusorganisatie beschikt over spreekkamers en mondzorgprofessionals. De spreekkamers zijn te typeren als continu beschikbare capaciteit, maar zijn onderdeel van de productiefactor. Voor alle zorgvragen genoemd in tabel 5.1 waarbij sprake is van het eerste klantcontact bestaat de productiefactor uit een spreekkamer, een reguliere tandarts en, idealiter, een tandartsassistente. Bij uitzondering nemen gedifferentieerde tandartsen ook, geassisteerd door een assistente, een deel van deze zorgvraag voor hun rekening. Zij beantwoorden in ieder geval de zorgvragen 2 en 7 na verwijzing door een reguliere tandarts. Zorgvragen 3 en 8 kunnen door eerder genoemde productiefactoren worden beantwoord of door een spreekkamer met mondhygiëniste. Productiefactoren met reguliere tandarts capaciteit kan in principe leidende capaciteit genoemd worden en productiefactoren met gedifferentieerde tandartsen en mondhygiënisten volgende capaciteit. Het totaal van deze drie typen productiefactoren op één locatie kunnen unit genoemd worden (Vissers & Beech, 2005). Ketens zijn talrijker en vangen aan bij het eerste klantcontact (ibid). De meest eenvoudige keten is die voor de beantwoording van de zorgvragen 1 en 6 van patiënten zonder tandheelkundige problemen. Een veel voorkomende is die van patiënten met (te differentiëren) tandheelkundige problemen die zich openbaren tijdens de preventieve controle en in één behandeling door een reguliere tandarts te verhelpen zijn. In deze laatste keten is sprake van wachttijd tussen de controle en de behandeling en in beide tussen het maken van de afspraak voor de preventieve controle en de controle. Pas waar reguliere tandartsen voor een zorgvraag doorverwijzen naar mondhygiëniste of gedifferentieerde tandarts zijn meer units betrokken in één keten. Patiënten dienen minstens één keer per jaar door een reguliere tandarts gezien te worden. Het aantal patiënten is op het niveau strategische planning en patiëntvolume planning en control (Vissers *et al.*, 2001) in principe dan ook de factor die de totstandkoming van het zorgaanbod bepaalt. Op lagere niveaus spelen de randvoorwaarden waar nu op wordt ingegaan een grotere rol bij de totstandkoming van zorgaanbod.

5.1.3 Beantwoording derde deelvraag: Randvoorwaarden en verticale stratificatie

De beslisfocus van tabel 2.1 van Vissers *et al.* (2001) vormde het uitgangspunt voor het identificeren van de randvoorwaarden en de verticale stratificatie. Strategische randvoorwaarden worden grotendeels buiten de casusorganisatie geformuleerd. Het HTDZ heeft hierin vooral een signalerende rol of de hoeveelheid capaciteiten nog overeenkomen met het totaal aantal patiënten die de casusorganisatie op verschillende locaties onder haar hoede heeft. Hierbij kan het HTDZ meer en op kortere termijn invloed uitoefenen op toewijzing van personele capaciteiten dan op toewijzing van spreekkamers. Er is geen sprake van productieafspraken of *service level agreements*. Het HTDZ signaleert en geeft slechts feedback op opvallende afwijkende resultaten. De theorie van Mintzberg (1978), waarin gesteld wordt dat strategieën tot stand komen door de kracht die de omgeving van de organisatie uitoefent op de organisatie, de kracht die de stabiliteit nastrevende bureaucratische organisatie uitoefent op de strategieën en het leiderschap dat tussen beide intervenueert, is duidelijk te herkennen in de strategieformulering van de casusorganisatie.

Op tactisch niveau geldt voor patiëntvolume en control dat het HTDZ afstemt met de locatiehoofden over de toe te wijzen personele capaciteit per jaar. Aanwezige regelingen ten aanzien van capaciteitsgebruik zijn alleen geformuleerd in wet- en regelgeving en kaders van de beroepsgroep. Voorts is de roostering van tandartsassistenten inflexibel. Locatiehoofden zijn verantwoordelijk voor de planning op kortere termijn. Hierbij valt op de CZB op dat vooral wordt gereageerd op invloeden van buitenaf door vertrekkende schepen of de vraag om personele capaciteit elders in te zetten of individuele wensen van professionals. Vooral voor wat betreft eerstgenoemde heeft het management van de CZB ook slechts beperkte invloed.

De enige geformuleerde randvoorwaarde op het niveau capaciteiten planning en control is dat te allen tijde één tandarts en één tandartsassistent op de CZB aanwezig moet (kunnen) zijn. Op het niveau van patiëntengroep planning en control zijn planningregels afgesproken voor de zorgvragen 1, 4, 5, 6, 7, 9, 10 uit tabel 5.1. Verder worden de laagste twee planningsniveaus uit het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) vooral ingevuld door al dan niet beschikbaar zijnde professionals en de invulling die de individuele baliemedewerker aan zijn of haar taken geeft.

5.1.4 Beantwoording vierde deelvraag: Patiënttevredenheid

Patiëntgerichte toegang is in dit onderzoek geoperationaliseerd (tabel 2.3) met behulp van de definitie van Murray en Tantau (1999) en Berry *et al.* (2003). Op de meeste onderdelen zijn patiënten gemiddeld genomen gematigd positief. Opvallend in de resultaten van de patiëntenenquête is dat er grote verschillen zijn tussen de tevredenheid van respondenten. De standaarddeviatie van het cijfer dat patiënten toekennen aan de wachttijd tot de eerste afspraak is zelfs 2,2. Dit kan worden verklaard door de grote niet gekwantificeerde fluctuaties aan vraagzijde en de grote enigszins gekwantificeerde fluctuaties aan aanbodzijde, waar in de volgende subparagraaf op wordt ingegaan. Een meerderheid van de patiëntenrespondenten (71,7 % volgens de stellingen en 53 % volgens de waardering in cijfers) vindt de wachttijd tot de eerste afspraak wel te lang. Een minderheid, maar nog steeds 40,1 % is ontevreden over de wachttijd tussen preventieve controle en een daaropvolgende behandeling. Hierbij is echter niet onderscheiden of patiënten überhaupt een dergelijke zorgvraag hadden, waardoor dit getal mogelijk onterecht positiever is uitgevallen. Het aantal keer dat neutraal is geantwoord op de stelling die wachttijd tussen preventieve controle en behandeling (stelling 10) aangaat is namelijk bijna twee keer zo groot als de stelling aangaande wachttijd tussen maken van eerste afspraak en terecht kunnen (stelling 1). Ditzelfde geldt voor de stelling aangaande het maken van een nieuwe afspraak voor behandeling. Hierdoor kan geen eenduidige conclusie getrokken worden over de tevredenheid van patiënten aangaande ketenlogistieke prestaties van de casusorganisatie.

In de resultaten valt op dat operationeel geplaatste militairen, in tegenstelling tot de verwachting, negatiever zijn dan niet operationeel geplaatste militairen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat operationeel geplaatste militairen alleen voorrangszorg genieten indien zij aangeven operationeel geplaatst te zijn en indien de baliemedewerker hen daarop voorrangszorg verleent. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat operationeel geplaatste militairen verwachten sneller terecht te kunnen en dat minder aan hun verwachtingen wordt voldaan dan aan de verwachtingen van niet operationeel geplaatste militairen. Het kleine aantal respondenten dat heeft aangegeven hoe belangrijk ze de verschillende onderdelen van patiëntgerichte toegang vinden, vindt de stellingen 1 en 10, in tegenstelling tot de uitkomst van het onderzoek van Salisbury (2007b), het meest belangrijk.

5.1.5 Beantwoording vijfde deelvraag: Afstemming vraag en aanbod

Uit de resultaten blijkt dat nauwelijks gesproken kan worden over afstemming tussen vraag en aanbod. Door de bank genomen is het aanbod bepalend voor de zorg die wordt geleverd, waaruit geconcludeerd kan worden dat overwegend aanbodgestuurd gewerkt wordt (Moeke, 2009). Wachtende patiënten vormen de grootste buffer, wat, consistent met de bevindingen van Badri (2009) ten koste blijkt te gaan van patiënttevredenheid en de patiëntgerichte toegang. De enige waar te nemen buffer aan aanbodzijde zijn gedifferentieerde tandartsen die soms reguliere tandheelkundige zorg verlenen om pieken in de zorgvraag of dalen in het zorgaanbod op te vangen. Dit gebeurt echter slechts op ad hoc basis en vanuit een perspectief van het benutten van schaarse resources kan de vraag gesteld worden hoe wenselijk een dergelijke buffer is. Uit het onderzoek is niet gebleken dat prestaties op het gebied van patiëntgerichte toegang of benutting van resources worden geëvalueerd. Alleen no-shows en aantallen declaraties worden geregistreerd, waarbij laatstgenoemde, bij uitschieters, besproken wordt. Met behulp van roosters die een periode van vier maanden beslaan, is een grove schatting gemaakt van de benutting van beschikbare spreekkamer capaciteit (tijdens scheepstijd) en beschikbare tandartsassistenten capaciteit. Hierin wordt de door medewerkerrespondenten ervaren fluctuaties in werkdruk, beschikbaarheid van capaciteit en afstemming tussen verschillende capaciteiten (zoals tandarts en tandartsassistent) bevestigd. Voorts valt op dat veel capaciteit verloren gaat door de beperkte beschikbaarheid van al dan niet gedifferentieerde tandartsen, die daardoor in principe, in zowel de units als de ketens, als de bottleneck resources aan te wijzen is.

Een onbepaalde hoeveelheid capaciteit gaat verloren als gevolg van minder differentiëren of strak plannen van afspraken met individuele patiënten dan mogelijk is en er gaat veel capaciteit verloren als gevolg van no-shows. Van laatstgenoemde is bekend dat het gaat om ongeveer een hele FTE tandarts en een hele FTE tandartsassistent en dat meer capaciteit verloren gaat dan wordt geregistreerd. Bevindingen uit het onderzoek van Whittle *et al.* (2008), waarbij een lange tijd tussen het maken van een afspraak en terecht kunnen voor een afspraak resulteren in veel afzeggingen en enkele no-shows, worden in de resultaten van de patiëntenenquête van dit onderzoek bevestigd. Het aantal no-shows blijkt te verschillen per praktijk, wat consistent is met de bevindingen van Deyo *et al.* (1980). Ook is één patiëntrespondent er eerlijk voor uitgekomen dat hij door zijn angst voor de tandarts niet is verschenen op zijn afspraak, wat consistent is met het onderzoek van Harrison *et al.* (1989). 57 % van de no-shows onder patiëntrespondenten was de afspraak eenvoudigweg vergeten. Daarbij nam het aantal no-shows volgens medewerkerrespondenten aanzienlijk af wanneer patiënten voorafgaand aan de afspraak aan hun afspraak werden herinnerd. Hierdoor is het, consistent met de bevindingen van Hashim *et al.* (2001) en in tegenspraak met de bevindingen van Satiani *et al.* (2009), aannemelijk dat de aanschaf van een remindersysteem, waar toe binnen de casusorganisatie de wens bestaat, zich vroeg of laat zal terugbetalen. Overboeken van afspraken zou mogelijk kunnen leiden tot efficiëntiewinst, maar door de fluctuaties in het aantal no-shows, eveneens tot een (nog) slechtere patiëntgerichte toegang (LaGanga, 2007).

Een door medewerkerrespondenten, met name tandartsassistenten, gesignaleerde mogelijkheid om enige winst te boeken op het gebied van patiëntgerichte toegang is, consistent met de bevindingen van Murray *et al.* (2003). Het uitbreiden van tandarts capaciteit door taakdelegatie op het gebied van preventie. Om verschillende redenen wil men hier binnen de casusorganisatie (nog) niet aan, waarbij het argument van een te kort aan spreekkamers en

in mindere mate zelfs een te kort aan assistentes onderuit is gehaald. Uit dit onderzoek blijkt dat het vooral een afstemmingsprobleem en veel minder een probleem van tekorten betreft.

5.1.6 Beantwoording zesde deelvraag: 'Prikkel's'

De uitkomsten van dit onderzoek zijn consistent met de bevindingen van Kakinaka en Kato (2008), Conrad en Christianson (2004), McGuire (2000). Medewerkers van de casusorganisatie voelen zich intrinsiek geprikkeld om patiënten te helpen en goede kwaliteit zorg te leveren, waarbij meer sprake is van individuele intrinsieke beloningen dan intrinsieke beloningen als groep (Porter *et al.*, 2003). Bij tandartsen speelt daarnaast mee dat ze zich graag willen ontwikkelen in hun vak en ernaar streven dat hun werk niet alleen door patiënten, maar ook door collega's wordt gewaardeerd. In mindere mate geldt dit ook voor de tandartsassistentes. Voor wat betreft de intentie om kwaliteit te leveren is de uitkomst van dit onderzoek ook consistent met de bevinding van Andersen (2008). Medewerkerrespondenten bevestigen met hun uitspraken echter, consistent met de *Agency Theory* (Eisenhardt, 1989), het onderzoek van Chaix-Couturier *et al.* (2000) en de bevindingen van Abernethy en Vagnoni (2004), dat intrinsieke motivatie alleen, voor efficiënt werken en doorwerken niet afdoende is. Volgens medewerkers zijn er verschillen waar te nemen in de prestaties van medewerkers, wat volgens hen vooral komt doordat minder hard werkende collega's het minder in zich hebben om hard te werken. Enkele respondenten missen echter ook een stukje waardering van collega's of managers, in de vorm van positieve feedback en er zijn respondenten die, consistent met eerdergenoemde onderzoeken, denken dat de afwezigheid van een financiële prikkel meespeelt in achterblijvende prestaties. Dit wordt echter ten dele tegengesproken doordat enkele respondenten van mening zijn dat professionals met werkervaring in civiele mondzorgaanbieders harder werken. Dit duidt er namelijk op dat deze medewerkers mogelijk beter weten hoe ze dit moeten doen (Boxall, 2003) of meer vertrouwen hebben in hun eigen kunnen (Bandura, 1982). Dit wordt ook bevestigd door het ervaren rollenconflict, als reeds benoemd door Pizzini (2006), door twee tandartsrespondenten zonder werkervaring in een civiele praktijk. Voorts beschikt men binnen de casusorganisatie niet over een management accounting systeem, ter ondersteuning van beslissingen voor bij voorbeeld het ex ante alloceren van resources, als bedoeld door Naranjo-Gil en Hartman (2006) en Abernethy en Vagnoni (2004) om dit ervaren rollenconflict op te heffen. Daarbij hanteert het HTDZ enkel de hoeveelheid declaraties als prestatie-informatie van individuele tandartsen, maar dit geeft maar een beperkt beeld van prestaties en meet geen logistieke kwaliteit. Tenslotte valt op dat de bevinding van Abernethy en Vagnoni (2004) dat professionals met meer informele macht, minder geneigd zijn resources efficiënt te gebruiken, ook wordt bevestigd in dit onderzoek. Spreekkamers ingericht voor gedifferentieerde tandartsen, die binnen de casusorganisatie overigens ook meer formele macht bezitten, staan het vaakst leeg.

5.1.7 Beantwoording zevende deelvraag: Inzichten door toepassen conceptueel model

Binnen de casusorganisatie is sprake van een aantal, voor de afstemming van vraag en aanbod, ingrijpende voorvallen, zoals het moeten leveren van een tandarts voor een uitzending, waardoor de casusorganisatie beperkingen kent die specifiek zijn voor de militaire context. Voor de casusorganisatie zal een adviesrapport worden geschreven dat gedetailleerd op verkregen inzichten in zal gaan, waarbij rekening wordt gehouden met deze militaire context. Hier zal volstaan worden met de bespreking van meer algemeen geldende inzichten. Uit de beantwoording van voorgaande deelvragen blijkt dat er binnen de casusorganisatie veel

te verbeteren valt op zowel het gebied van capaciteitsmanagement als het gebied van vraagmanagement waardoor de efficiëntie en patiëntgerichte toegang duidelijk kunnen verbeteren. Het conceptueel model, met alle subniveaus in het raamwerk van Vissers *et al.* (2001), bleek geschikt om dit in kaart te brengen. Vooral op het niveau capaciteiten planning en control en patiëntengroep planning en control van het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) valt veel winst te behalen door de zorgvraag op de middellange termijn en op de kortere termijn met invloed van 'seizoenen' in kaart te brengen en de capaciteiten hierop en op elkaar af te stemmen. Ook kan veel winst behaald worden door bepaalde vraagfluctuaties, zoals bijvoorbeeld de pieken in de zorgvraag die vertrekkende schepen veroorzaken, te verminderen door vraagmanagement een structurele plaats in de werkwijze van de casusorganisatie te geven (Fitzsimmons, 2006; Jack, 2009). Voorts valt veel winst te behalen met het aanpakken van no-shows. De afwezigheid van logistieke prestatie-informatie, feedback daaromtrent en andere prikkels bleken verder ook van invloed te zijn op de achterblijvende resultaten aangaande efficiëntie en patiëntgerichte toegang.

Indien de casusorganisatie genoemde aspecten beter en structureel (Vissers *et al.*, 2001) voor elkaar heeft, valt aan capaciteitsmanagementzijde meer winst te behalen door zorgprocessen beter in kaart te brengen en de "black box" van behandelingen meer te verduidelijken, waardoor capaciteit, bijvoorbeeld voor de preventieve controle, meer precies kan worden gereserveerd (Vissers en de Vries, 2005). De inzichten van Porter (2008) en Mills en Spencer (2005) kunnen hier nog aan bijdragen dat voor de patiënt niet waarde toevoegende handelingen uit dit proces worden gehaald. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan het beperken van tijdbesteding aan dossiervorming. Doordat de casusorganisatie op dit moment, met name door gebrek aan afstemming, nog permanent een grotere vraag naar afspraken heeft dan de hoeveelheid beschikbare ingeplande capaciteit aankan, is de introductie van *Advanced Access* nog geen mogelijkheid (Murray en Berwick, 2003a). Gezien het feit dat door verschillende auteurs (Murray *et al.*, 2003b; Belardi *et al.*, 2004; Bergeson en Dean, 2006), waaronder zelfs critici (Salisbury *et al.*, 2007a en 2007b) geconstateerd is dat *Advanced Access* leidt tot snellere toegang en dat patiënten van de casusorganisatie snelle toegang het belangrijkste aspect van patiëntgerichte toegang vinden, zou de casusorganisatie implementatie van *Advanced Access* voor delen van de zorgvraag in de toekomst wel kunnen overwegen. Bij voorbeeld voor de preventieve controles, daar hier voldoende vraag naar bestaat om hier een aparte planning op in te richten (Moeke, 2010). Snellere toegang voor de preventieve zorgvraag kan daarbij tevens de vraag naar curatieve zorg doen afnemen (Loveren, 2000).

5.1.8 Beantwoording achtste deelvraag: Aanpassuggesties raamwerk Vissers *et al.*

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) goed toepasbaar is op de organisatie van de mondzorg binnen de casusorganisatie. De toevoeging van de concepten vraagmanagement en prikkels blijken daarnaast heel waardevol voor het identificeren van waar verbeteringen in de efficiëntie en patiëntgerichte toegang mogelijk zijn en geven extra richting aan structureel te nemen maatregelen. De casusorganisatie zou, door de inflexibiliteit aan aanbodzijde, volgens Jack en Powers (2004) zelfs het meeste voordeel kunnen behalen door zich vooral te richten op vraagmanagement en minder op capaciteitsmanagement. Onderzoeksresultaten leiden echter tot de conclusie dat zowel vraagmanagement als capaciteitsmanagement kunnen leiden tot betere efficiëntie en een meer patiëntgerichte toegang.

De casusorganisatie is naar verwachting een meer complexe organisatie dan de meeste, zo niet alle civiele mondzorgaanbieders en de vraag kan gesteld worden in hoeverre het conceptueel model andere mondzorgaanbieders voordeel op zou kunnen leveren. De complexiteit van de civiele mondzorg is volgens Schaub (2008) en Dekker (2008) wel aan het toemenen, maar de extreme fluctuaties van vraag en aanbod die binnen de casusorganisatie zijn waargenomen, zijn vooral ingegeven door de militaire context waarbinnen de casusorganisatie moet opereren. Indien een organisatie weinig flexibel kan zijn aan aanbodzijde, wat aanmerkelijk is voor een civiele mondzorgaanbieder van beperkte omvang met een beperkt aantal medewerkers, en weinig te maken heeft met fluctuaties aan vraagzijde, kan zij volgens Jack en Powers (2004) volstaan met minimale buffers aan vraag- en aanbodzijde.

5.1.9 Beantwoording onderzoeksvraag

De hoofdvraag van dit onderzoek luidde:

Op welke wijze kan het toepassen van het raamwerk voor productiebesturing van ziekenhuizen van Vissers, de Vries en Bertrand (2001) bijdragen aan de afstemming van vraag en aanbod van mondzorgaanbieders zodat efficiënt gewerkt kan worden en een patiëntgerichte toegang kan worden gerealiseerd?

Uit de beantwoording van de deelvragen is duidelijk geworden dat het raamwerk zoals het is ontworpen door Vissers *et al.* (2001) voor ziekenhuizen, één op één kan worden toegepast om de efficiëntie en patiëntgerichte toegang binnen de casusorganisatie en mondzorgaanbieders met een vergelijkbare complexiteit en context te verbeteren. Het toevoegen van de concepten vraagmanagement en prikkels aan het model vergroten de haalbare winst echter aanzienlijk. De resultaten van het onderzoek leiden echter nog niet tot de conclusie dat het raamwerk, met toevoegingen, van dezelfde waarde kan zijn voor civiele mondzorgaanbieders.

5.2 Discussie

In hoofdstuk 3 zijn enkele voor en nadelen van de gekozen methoden om data te verzamelen besproken en maatregelen om de nadelen die ten koste gaan van de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek in te perken. Met name de triangulatie van methoden heeft aan de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek bijgedragen. Het onderzoek kent echter toch een aantal beperkingen. Allereerst is gezondheidswinst in dit onderzoek eng geïnterpreteerd als het beantwoorden van de zorgvraag, waarbij onder zorgvraag de concrete vraag naar zorgaanbod is verstaan. Gezondheidswinst behelst echter veel meer dan dat. Daar in dit onderzoek de kwaliteit van zorg buiten beschouwing werd gelaten, heeft deze enge interpretatie echter geen problemen opgeleverd voor de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

Ten tweede is voor het verkrijgen van informatie over de tevredenheid van patiënten gebruik gemaakt van een niet gevalideerde enquête. Bij het uitwerken van de enquête bleek deze enquête op bepaalde punten inderdaad niet intern valide (Yin, 2003), doordat enkele vragen van belang niet gesteld waren en geen duidelijkheid kon worden verschaft over de patiënttevredenheid aangaande de doorlooptijd van zorg. Doordat de casusorganisatie dit zelf niet meet en geen cijfers kon aanleveren waaruit dit kon worden afgeleid en een longitudinaal onderzoek hiernaar voor deze scriptie niet tot de mogelijkheden behoorde, kon over

de ketenlogistieke kwaliteit van de geboden zorg door de casusorganisatie weinig gezegd worden. Ten derde is het aantal respondenten van de patiëntenenquête klein en de samenstelling van de respondenten niet representatief voor de samenstelling van de patiëntenpopulatie, waardoor aan de externe validiteit van de uitkomst eveneens getwijfeld kan worden (Yin, 2003). Triangulatie van bronnen maakten echter wel aannemelijk dat resultaten aangaande de toegang van de zorg desalniettemin betrouwbaar zijn (Baarda, 2001) en de uitkomst van de patiëntenenquête bleek een goede uitgangspositie voor de volgende stap in het onderzoek.

Ten vierde was het onderzoek, omdat het een eerste onderzoek gericht op het toepassen van zorglogistiek op de mondzorg was, meer gericht op breedte dan op diepte. Hierdoor zijn een aantal onderwerpen in dit onderzoek onvoldoende belicht. Zo is de feedback en feed forward tussen planningniveaus nauwelijks belicht en kunnen bepaalde capaciteits- en vraagmanagement activiteiten door zorgprofessionals als inperking van hun professionele autonomie worden ervaren, terwijl hun medewerking hierin een kritische succesfactor is (Mills, 2005). Verder had in het onderzoek, zowel in het theoretische kader als in de empirische dataverzameling, onder andere dieper ingegaan kunnen worden op vraagmanagement, no-shows, patiëntengroepen en capaciteiten. Tenslotte zijn mogelijk financiële maatregelen, die met name bij vraagmanagement een rol van betekenis kunnen spelen (Klassen, 2002; Fitzsimmons, 2006; Jack, 2009), door het gebrek aan relevantie voor de casusorganisatie niet meegenomen in het onderzoek, wat de externe validiteit van dit onderzoek op bepaalde punten eveneens ondermijnt.

Ondanks deze beperkingen heeft het onderzoek wel een aantal zaken opgeleverd. Moeke en Verkooijen wezen in hun onderzoek (2010) op de relevantie van het toepassen van zorglogistiek binnen verschillende zorgomgevingen en Vissers en De Vries (2005) noemden het nut van een onderzoek naar de toepassing van het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) in een zorginstelling, niet zijnde ziekenhuis. In dit onderzoek is succesvol een eerste inventarisatie gedaan van de toepassing van zorglogistiek en meer specifiek het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) op de mondzorg in een militaire context. Resultaten van dit onderzoek wijzen er daarnaast op dat de aanvulling van het raamwerk met vraagmanagement en het concept 'prikkels' van toegevoegde waarde is. Schaub (2008) en Dekker (2008) wijzen op de toename van complexe samenwerkingsverbanden in de mondzorg. Ondanks dat dit onderzoek niet heeft kunnen aantonen dat het conceptueel model uit dit onderzoek ook toepasbaar is voor productiebesturing van een civiele mondzorgaanbieder, is het aannemelijk dat dit, als het nog niet het geval is, in de nabije toekomst wel het geval gaat zijn. Tenslotte is het aannemelijk dat de besproken aanvullingen aan het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) relevant kunnen zijn in andere zorgomgevingen.

5.3 Aanbevelingen

Indien een zorgaanbieder efficiëntie en patiëntgerichte toegang nastreeft, waarvan uit de inleiding van dit onderzoek blijkt dat dit meer en meer het geval is, dienen zorgaanbieders op een structurele manier de inzet van hun capaciteiten af te stemmen op de zorgvraag. Om dit te kunnen doen is het noodzakelijk inzicht te krijgen in het wat, hoeveel en wanneer van de zorgvraag. Hoe gedetailleerder dit inzichtelijk te maken is, hoe beter het mogelijk is om de inzet van capaciteiten op deze zorgvraag af te stemmen. Zorgaanbieders dienen zich op verschillende planningniveaus bezig te houden met het inzichtelijk maken van de zorgvraag en het daarop afstemmen van de inzet van capaciteiten en tussen deze planningniveaus

dient eveneens afstemming plaats te vinden. Het raamwerk voor productiebesturing van Vissers *et al.* (2001), is een goede tool gebleken om inzichtelijk te maken in hoeverre sprake is van adequaat capaciteitsmanagement. Een eerste aanbeveling aan (mond)zorgaanbieders is daarom het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) te gebruiken voor analyse van de eigen prestaties op het gebied van capaciteitsmanagement. Uit het onderzoek blijkt daarnaast dat het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) voor mondzorgaanbieders, in ieder geval in een militaire context, een goede tool is om de productiebesturing mee in te richten, wat daarom een tweede aanbeveling is. Indien een organisatie hierin slaagt, kunnen efficiëntie en patiëntgerichte toegang twee kanten van dezelfde medaille inhouden.

Indien een zorgaanbieder veel te maken heeft met fluctuaties in de geïdentificeerde zorgvraag, is het relevant om inzicht te krijgen in het waarom van de zorgvraag. Hierdoor kan men gericht maatregelen nemen om de fluctuaties en daarmee de behoefte aan flexibiliteit aan aanbodzijde in te perken. Bij het inrichten van de productiebesturing aan de hand van het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) is daarom een derde aanbeveling een niveau vraagmanagement toe te voegen. Afspraken hiervoor dienen gemaakt te worden op het tactische niveau, maar de uitvoering zal veelal op de individuele zorgprofessionals aankomen. Een vierde aanbeveling is daarom zorgprofessionals hierin te ondersteunen, inzichtelijk te maken in hoeverre zorgprofessionals slagen in het verbeteren van logistieke kwaliteit, zowel positieve als negatieve feedback te geven en te zorgen voor op de organisatiedoelen, op de context en op de zorgprofessional afgestemde prikkels. Hierdoor zullen zorgprofessionals naar alle waarschijnlijkheid bereid zijn om bij te dragen aan het middels capaciteitsmanagement en vraagmanagement verbeteren van de efficiëntie en patiëntgerichte toegang. In hoeverre professionals het toepassen van bovenstaande als een inperking van hun professionele autonomie ervaren en waar de grens ligt voordat ze het als een inperking zullen ervaren is onduidelijk. Een vijfde aanbeveling is derhalve dit te onderzoeken.

In dit onderzoek is inzichtelijk gemaakt dat het raamwerk van Vissers *et al.* (2001), met de aanvullingen vraagmanagement en prikkels in theorie toepasbaar is op een organisatie als de casusorganisatie. Een zesde aanbeveling is om te onderzoeken in hoeverre het haalbaar is om de productiebesturing daadwerkelijk op deze manier in te richten in de praktijk, met behulp van een gedegen systeem voor beslisondersteuning, en om een longitudinaal onderzoek te doen naar de kosten en baten van het implementeren daarvan. In een dergelijk praktijkonderzoek kan niet worden volstaan met de in dit onderzoek gehanteerde enge interpretatie van zorgvraag, maar moet ook aandacht besteed worden aan de kwaliteit van zorg.

In dit onderzoek werd het raamwerk met aanvullingen toegepast op een mondzorgaanbieder die binnen een complexe militaire context werkzaam was. Het onderzoek heeft nog niet kunnen aantonen dat het ook toepasbaar is op mondzorgaanbieders die in een minder complexe en stabielere omgeving mondzorg verlenen. Een zevende aanbeveling is daarom dit te onderzoeken. Een achtste en laatste aanbeveling is te onderzoeken in hoeverre de aanvulling van het raamwerk van Vissers *et al.* (2001) toepasbaar is om binnen andere zorgomgevingen meer efficiënte en patiëntgerichte toegang te bewerkstelligen. Daar patiënten bepalen wat patiëntgerichte toegang inhoudt, is het zinvol te starten met een patiëntenenquête, zoals in dit onderzoek is gedaan. Wel is het daarbij aan te bevelen gebruik te maken van een gevalideerde enquête.

Literatuur

- Abernethy, M.A. & E. Vagnoni. 2004. Power, organization design and managerial behaviour. *Accounting, Organizations and Society* 29(3-4):207-225.
- Admiraal, W.J. 2008. Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt. Goed patiëntschap. *Tandartspraktijk* 2008:31-32.
- Aktas, E., F. Ülengin, S.O. Sahin 2005. A decision support system to improve the efficiency of resource allocation in healthcare management. *Socio-Economic Planning Sciences* 41:130-146.
- Andersen, L.B. 2009. What determines the behavior and performance of health professionals? Public service motivation, professional norms and/or economic incentives. *International Review of Administrative Sciences* 75(1):78-97
- (Associatie Nederlandse Tandartsen). 2007. *Het kan anders in de mondzorg: Het kan beter, gezonder, mondiger*. Heemstede: Associatie Nederlandse Tandartsen.
- Baarda, D.B. & M.P.M de Goede. 2001. *Basisboek methoden en technieken*. Derde herziene druk. Groningen: Stenfert Kroese.
- Baarda, D.B., M.P.M. de Goede & M. Kalmijn. 2000. *Enquêtes en gestructureerd interviewen*. Groningen: Wolters-Noordhoff B.V.
- Badri, M.A., S. Attia & A.M. Ustadi. 2009. Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: testing for causality. *International journal of healthcare quality assurance* 22(4):382-410
- Bandura, A. 1982. Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist* 37(2):122-147.
- Barney, J.B. 2000. Firm resources and sustained competitive advantage. *Advances in Strategic Management* 17:203-227.
- Belardi, F.G., S. Weir & F.W. Craig. 2004. A controlled trial of an *Advanced Access* appointment system in a residency family medicine center. *Family Medicine* 36(5):341-345.
- Bénabou, R. & J. Tirole. 2003. Intrinsic and extrinsic motivation. *Review of Economic Studies* 70:489-520.
- Bennett, K.J. & E.G. Baxley. 2009. The effect of a carve-out *Advanced Access* scheduling system on no-show rates. *Practice Management* (41) 1:51-56.
- Berg, B., van den, P. van Dommelen, P. Stam, T. Laske-Aldershof, T. Buchmueller & F. T. Schut. 2008. Preferences and choices for care and health Insurance. *Social Science & Medicine*. 66:2448-2459. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Bergeson, S.C. & J.D. Dean. 2006. A systems approach to patient-centered care. *JAMA* 296(23):2848-2851.
- Berry, L.L., K. Seiders & S.S. Wilder. 2003. Innovations in access to care: a patient-centered approach. *Annual Internal Medicine* 139:568-574.
- Bertrand, J.W.M., J.C. Wortmann & J. Wijngaard. 1992. A framework for production control and materials management. *IFIP Transactions B Applications in Technology* (B-7):213-222.
- Bourgeois, L.J., III. 1980. Strategy and environment: A conceptual integration. *Academy of Management Review* 5(1):25-39.
- Boxall, P.J. Purcell, 2003, *Strategy and Human Resource Management*. Hampshire/ New York: Palgrave Mac Millen
- Chaix-Couturier, C., I. Durand-Zaleski, D. Jolly & P. Durieux. 2000. Effects of financial incentives on medical practice : results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care* 12(2):133-142.
- Clusters, T., J. Hurley, N.S. Klazinga & A.D. Brown. 2008. Selecting effective incentive structures in health care: A decision framework to support health care purchasers in finding the right incentives to drive performance. *BMC health services research* 8(1):66-80
- Coolen, G.L. 2004. *Militair tuchtrecht*. Vierde druk. Deventer: Kluwer
- Conrad, D.A. & J.B. Christianson. 2004. Penetrating the "Black Box": Financial incentives for enhancing the quality of physician services. *Medical Care Research and Review* 61(3):37S-68S
- Davis, K., S.C. Schoenbaum & A. Audet. 2005. A 2020 vision of patient-centred primary care. *Journal of General Internal Medicine*. 20(10):953-957.
- Dekker, J. 2008. Hoofdstuk 5. Het veld van mondzorg, in *Mondzorg in sociaal perspectief*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Deyo, R.A. & T.S. Inui. 1980. Dropouts and broken appointments: a literature review and agenda for future research. *Medical Care* 18(11):1146-1157
- (Directie Militaire Gezondheidszorg). 2008. *Militaire tandheelkunde: beleidsvisie*. Den Haag: Ministerie van Defensie, Hoofddirectie Personeel, Directie Militaire Gezondheidszorg, Afdeling Algemeen Gezondheidszorgbeleid.
- Dunn, W.J. & R. E. Langsten. 2004. Dental satisfaction survey at an expeditionary dental clinic in support of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Military Medicine* 169 (10): 773-776

- Eisenhardt, K.M. 1989. *Agency Theory: an assessment and review*. *The Academy of Management Review* 14(1):57-74.
- Fitzsimmons, J.A. & M.J. Fitzsimmons. 2006. Chapter 11, Managing Capacity and Demand, in *Service management: operations, strategy and information technology*, 5th edition. Columbus: McGrawhill [1998]
- Franco, L.M., S. Bennetb & R. Kanferc. 2002. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science & Medicine* 54:1255-1266.
- Gagné, M. & E.L. Deci. 2005. Self-determination theory and work motivation. *Journal of Organizational Behavior* 26:331-362.
- Gilbert, G.H., R.P. Duncan & B. Vogel. 1998. Determinants of dental care use in dentate adults: Six-monthly use during a 24-month period in the Florida dental care study. *Social Science & Medicine* 47(6):727-737.
- Goldman, L., R. Freidin, E.F. Cook, J. Eigner & P. Grich. 1982. A multivariate approach to prediction of no-show behavior in a primary care center. *Arch Intern Med* 142:563-567
- Gupta, D. & B. Denton. 2007. Appointment scheduling in health care: Challenges and opportunities. *IIE transactions* (2008) 4:800-819.
- Greenberg, J.S., J.V. Kumar & H. Stevenson. 2008. Dental case management. Increasing access to oral health care for families and children with low incomes. *The journal of American Dental Association* 139(8):1114-1121.
- Grytten, J., D. Holst & P. Laake. 1990. Supplier inducement: Its effect on dental services in Norway. *Journal of Health Economics* 9:483-493
- Harrison, J.A., U. Berggren & S.G. Carlsson. 1989. Treatment of dental fear: systematic desensitization or coping? *Behavioural Psychotherapy* 17:125-133.
- Hashim, M.J., P. Franks & K. Fiscella. 2001. Effectiveness of telephone reminders in improving rate of appointments kept at an outpatient clinic: a randomized controlled trial. *JABFP* (14)3:193-196.
- Heyes, A. 2005. The economics of vocation or 'why is a badly paid nurse a good nurse'? *Journal of Health Economics* 24(3):561-569.
- (Hoofd Directie Personeel (HDP)), 2006. *Dental fitness en no-show tandheelkunde*, brief d.d. 30 augustus 2006, ons kenmer 2006027736. Den Haag:HDP.
- Hsueh, Y. 2002. The Hawthorne experiments and the introduction of Jean Piaget in American industrial psychology, 1929-1932. *History of Psychology* 5(2):163-189
- Hurley, S.J. & J. Tuck. 2007. Improving the dental fitness of the British Army by changing the strategy for dental care provision for recruits from a vertically equitable model to a horizontally equitable model. *Military Medicine* 172 (11): 1182-1195.
- (Inspectie Militaire Gezondheidszorg (IMG)), 2010. *Wettelijk kader*. [Internet]. IMG, 26 januari 2010 [aangehaald op 26 januari 2010]. Bereikbaar op: http://www.defensie.nl/img/organisatie_img/wettelijk_kader/
- Jack, E.P. & T.L. Powers. 2004. Volume flexible strategies in health services: a research framework. *Production and Operations Management* 13(3):230-244.
- Jack, E.P. & T.L. Powers. 2009. A review and synthesis of demand management, capacity management and performance in health-care services. *International Journal of Management Reviews* 11(2):149-174.
- Jones, W., G. Elwyn, P. Edwards, A. Edwards, M. Emmerson & R. Hibbs. 2003. Measuring access to primary care appointments: a review of methods. *BMC Family Practice*. [Internet]. Bio med central, 15 maart 2010 [aangehaald op 15 maart 2010]. Bereikbaar op: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/4/8>
- Kakinaka, M. & R.R. Kato. 2008. Intrinsic motivation of physicians. [Internet]. *SHIGA University*, januari 2008 [aangehaald op 10 april 2010]. Bereikbaar op: <http://133.102.12.10/28/10/2/3/res.3/A9Kato200801.pdf>
- Klassen, K.J. & T.R. Rohleder. 2002. Demand and capacity management decisions in services: how they impact on one another. *International Journal of Operations & Production Management* 22:527-548.
- Koenen, M.J. & J.B. Drewes. 1992. *Wolters' Handwoordenboek Nederlands*. Negenentwintigste druk. Utrecht: Wolters' Woordenboeken. [1897]
- (Koninklijke Marine), 2010a. *Voor patiënten*. [Internet]. KM, 12 maart 2010 [aangehaald op 13 maart 2010]. Bereikbaar op: http://www.tandheelkundigedienstzeemacht.nl/http__www.TandheelkundigeDienstzeemacht.nl/voor_patienten.html
- (Koninklijke Marine), 2010b. *Stroomdiagram militaire patiënt*. [Internet]. KM, 12 maart 2010 [aangehaald op 13 maart 2010]. Bereikbaar op: http://www.tandheelkundigedienstzeemacht.nl/http__www.tandheelkundigedienstzeemacht.nl/stroomdiagram_militaire_patient.html

- Korrelboom, C.W., I.P.A.M. Huijbrechts, D. Zitar & T.O. Hoffman. 2007. Wie zijn de no-shows en waarom blijven zij weg? *Tijdschrift voor de psychiatrie* (49)9: 623-628.
- (Kwaliteitsregister Tandartsen), 2010. *Gedifferentieerde tandartsen en registratie in het KRT*. [Internet]. KRT, 29 mei 2010 [aangehaald op 29 mei 2010]. Bereikbaar op: <http://www.kwaliteitsregister-tandartsen.nl/nmt/KRT/cms.nsf/v9907BBS3/504AD1FF4539601EC125768E0041AAB6?OpenDocument>
- LaGanga, L.R. & S.R. Lawrence. 2007. Appointment scheduling with overbooking to mitigate productivity loss from no-shows. *Decision Sciences*:38(2):2831-2836.
- Lacy, N.L., A. Paulman, M.D. Reuter & B. Lovejoy. 2004. Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *Annals of Family Medicine* 2:541-545
- Lapré, R., F. Rutten & E. Schut (red). 2006. *Algemene economie van de gezondheidszorg*. Tweede druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. [1999]
- Lehmann, T.N.O., A. Aebi, D. Lehmann, M. Balandraux Olivet & H. Stalder. 2007. Missed appointments at a Swiss university outpatient clinic. *Journal of the Royal Institute of Public Health* 121:790-799.
- Loveren, C. van & G.A. van der Weijden (red). 2000. *Preventieve tandheelkunde. Op weg naar een doelmatige aanpak*. Tweede herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. [1996]
- Mackenbach, J.P. & P.J. van der Maas (red). 2004. *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Derde druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg. [1995]
- McGuire, T. G. 2000. Chapter 9: Physician agency, in *Handbook of health economics*, edited by A. J. Culyer & J. P. Newhouse, 461-536. New York: Elsevier.
- Mead, N. & P. Bower. 2001. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling* 48:51-61.
- Mehrotra, A., L. Keehl-Markowitz & J.Z. Ayanian. 2008. Implementing open-access scheduling of visits in primary care practices: a cautionary tale. *Annals of Internal Medicine* 148:915-922.
- Meijerink, R. et al. 2008. *Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Mills, A.E. & E.M. Spencer. 2005. Values based decision making: a tool for achieving the goals of healthcare. *H.E.C. Forum* 17(1):18-32.
- (Ministerie van Defensie). 2002. *Grondslagen, Hoofdlijnen en Systeemeisen voor de Militaire Gezondheidszorg*. Den Haag: Directie Militaire Gezondheidszorg.
- Mintzberg, H. 1978. Patterns in Strategy Formation. *Management Science* 24(9):934-948.
- Moeke, D. & H.E.C. Verkooijen. 2010. Logistiek in een zorgomgeving: client central. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* 19(1):22-38
- Murray, M. & C. Tantau. 1999. Redefining open access to primary care. *Managed Care Quarterly* 7(3):45-55.
- Murray, M. & C. Tantau. 2000. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Family practice management* 7(8):45-51.
- Murray, M. & D. Berwick. 2003a. *Advanced Access*: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* 289(8):1035-1040.
- Murray, M. T. Bodenheimer, D. Rittenhouse & K. Grumbach. 2003b. Improving timely access to primary care. Case studies of the *Advanced Access Model*. *JAMA* 289(8):1042-1046.
- Naranjo-Gil, D. & F. Hartmann. 2006. How top management teams use management accounting systems to implement strategy. *Journal of Management Accounting Research* 18(1):21-53
- (North Atlantic Treaty Organization Standardization Agency – Agence OTAN de normalization (NATO-OTAN). 2007. *STANAG 2466 MEDSTD (Edition 2) – Dental Fitness standards for military personnel and a dental fitness classification system*. Brussel: NATO.
- Ordóñez, L.D., M.E. Schweitzer, A.D. Galinsky & M.H. Bazerman. 2009. Goals gone wild: The systematic side effects of overprescribing goal setting. *Academy of Management Perspectives* 23(1):6-16.
- Pizzini, M.J. 2006. The relation between cost-system design, managers' evaluations of the relevance and usefulness of cost data, and financial performance: an empirical study of US hospitals. *Accounting, Organizations and Society* 31(2):179-210.
- Porter, M.E. 1980. *Competitive Strategy*. New York: Free Press.
- Porter, L.W., G.A. Bigley & R.M. Steers. 2003. Rewards, in *Motivation and Work Behavior*, seventh edition, 451-456. New York: McGraw-Hill [1975]
- Porter, M. E. & E. Olmsted Teisberg. 2006. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Porter, M.E. 2008. Value based health care delivery. *Annals of Surgery* 258(4):503-509.

- (Radar). 2010. *Radar*, [Internet] Tros, 10 mei 2010 [aangehaald op 24 mei 2010]. Bereikbaar op: <http://player.omroep.nl/?afIID=10937453&silverlight=true>
- Retzlaff-Roberts, D., C.F. Chang & R.M. Rubin. 2004. Technical efficiency in the use of health care resources: a comparison of OECD countries. *Health policy* 69(1):55-72.
- Salisbury, C. 2004. Does *Advanced Access* work for patients and practices? *British Journal of General Practice* 54(502):330-331
- Salisbury, C., A.A. Montgomery, L. Simons, F. Sampson, S. Edwards, H. Baxter, S. Goodall, H. Smith, V. Lattimer & D. M. Pickin. 2007a. Impact of *Advanced Access* on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. *British Journal of General Practice* 57:608-614
- Salisbury, C., S. Goodall, A.A. Montgomery, D.M. Pickin, S. Edwards, F. Sampson, L. Simons & V. Lattimer. 2007b. Does *Advanced Access* improve access to primary health care? Questionnaire survey of patients. *British Journal of General Practice* 57:615-621.
- Sampson, F., M. Pickin, A. O'Cathain, S. Goodall & C. Salisbury. 2008. Impact of same-day appointments on patient satisfaction with general practice appointment systems. *British Journal of General Practice* 58:641-643
- Satiani, B., S. Miller & D. Patel. 2009. No-show rates in the vascular laboratory: Analysis and possible solutions. *Journal of Vascular Surgery* 20:87-91.
- Schaub, R. (red.) 2008. *Samenwerken in de mondzorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Schut, E. 2003. *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Siegel, J.P. & L. Summermatter. 2008. *Defining performance in public management: a survey of academic journals*. [Internet] European Group of Public Administration, 3 september 2008 [aangehaald op 14 april 2010]. Bereikbaar op: <http://webh01.ua.ac.be/pubsector/Rotterdam/papers/Siegel%20Summermatter%20paper.pdf>
- Simecek, J.W., J.L. McGinley, M.E. Levine, K.E. Diefenderfer & R.L. Ahlf. 2008. A statistical method to evaluate dental classification systems used by military dental services. *Military Medicine* 173(1):51-55.
- Skec, V., D. Macan, J. Spicsek, M. Susac & J. Luksic. 2002. Influence of oral health on combat readiness in the Croatian army. *Military Medicine* 167(12):1016-1019.
- Stewart, M. 2001. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 322:444-445.
- Suomi, R. A. Serkkola & M. Mikkonen. 2007. GSM-based SMS time reservation system for dental care. *International Journal of technology and human interaction* 3(1):54-68.
- (Tandheelkundige Dienst Zeemacht). 2007a. *Proces: Bepalen tandheelkundige zorgvraag*. Den Helder: Tandheelkundige Dienst Zeemacht.
- (Tandheelkundige Dienst Zeemacht). 2007b. *Proces: Vaststellen tandheelkundig behandelplan*. Den Helder: Tandheelkundige Dienst Zeemacht.
- (Tandheelkundige Dienst Zeemacht). 2007c. *Proces: Uitvoeren van tandheelkundige behandeling*. Den Helder: Tandheelkundige Dienst Zeemacht.
- (Tandheelkundige Dienst Zeemacht). 2007d. *Proces: afsluiten en evalueren tandheelkundige zorg*. Den Helder: Tandheelkundige Dienst Zeemacht.
- (Tandheelkundige Dienst Zeemacht). 2010. *Tandheelkundige Dienst Zeemacht*, [Internet], Tandheelkundige dienst, 13 mei 2010 [aangehaald op 13 mei 2010]. Bereikbaar op: <http://www.tandheelkundigedienstzeemacht.nl/>
- (Univé). 2010. *Algemene verzekeringsvoorwaarden SZVK 2010. Basis pakket en uitbreiding basis pakket*. Den Haag: SZVK.
- Verschuren, P. & H. Doorewaard. 2007. *Het ontwerpen van een onderzoek*. Vierde druk, zevende oplage. Den Haag: Uitgeverij LEMMA. [1995]
- Visser, H.M. & A.R. van Goor. 2004. *Werken met logistiek*. Vierde druk. Houten: Wolters-Noordhoff. [1994]
- Vissers, J. & R. Beech. 2005. *Health operations management. Patient flow logistics in health care*. London: Routledge.
- Vissers, J. & G. de Vries. 2005. *Sleutelen aan zorgprocessen. Een visie op zorglogistieke bedrijfsvoering*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Vissers, J.M.H., G. de Vries & J.W.M. Bertrand. 2001. Een raamwerk voor productiebesturing van een ziekenhuis, gebaseerd op logistieke patiëntengroepen. *Acta Hospitalia* 2:85-103.
- Vries, G.D., de, J.W.M. Bertrand, J.M.H. Vissers. 1999. Design requirements for health care production control systems. *Production planning and control* 10(6):559-569
- Vries, G. de & U.F. Hiddema. 2001. Hoofdstuk 5. Theoretisch kader voor sturing van zorgprocessen. In *Management van patiëntstromen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

- Wal, H., van der. 2010. *Presentatie "Studie Tandheelkundige zorg bij Defensie"*. Den Haag: Hoofd Directie Personeel, Directie Militaire Gezondheidszorg.
- Wamala, S., J. Merlo & G. Boström. 2006. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National surveys of public health 2004-2005. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60:1027-1033
- Whittle, J., G. Schectman, N. Lu, B. Baar & M.F. Mayo-Smith. 2008. Relationship of scheduling interval to missed and cancelled clinic appointments. *Journal of Ambulatory Care Management* 31(4):290-302.
- Wester, F. & V. Peters. 2004. *Kwalitatieve analyse. Uitgangspunten en procedures*. Bussum: Uitgeverij Coutinho. [1987]
- Yin, R.K. 2003. *Case study research. Design and methods*. Third Edition. London, etc.: Sage Publications Ltd. [1998]
- York, A.K., D.L. Moss & G. Martin. 2008. A longitudinal study of dental experience during the first four years of military experience. *Military Medicine* 173:38-41.

Cartoon voorpagina: [aangehaald op 2 juni 2010]. Bereikbaar op internet: http://cartoonblog weblog.nl/cartoonblog/images/2008/06/22/dentiste_2.jpg

Bijlage 1: Gegevens tandheelkundige dienst KM

De tandheelkundige dienst van de KM beschikte te tijde van het onderzoek over drie tandartspraktijken in Den Helder, één praktijk in Amsterdam, één praktijk in Doorn, één praktijk in Rotterdam, twee praktijken in Den Haag en twee praktijken in de Nederlandse Antillen (één op Curaçao en één op Aruba). Daarnaast beschikt de KM over zeven schepen waar infrastructuur en materiaal aanwezig is om een tandartsteam aan boord te nemen. In totaal beschikt de KM (inclusief staftandartsen) over (Wal, van der, 2010):

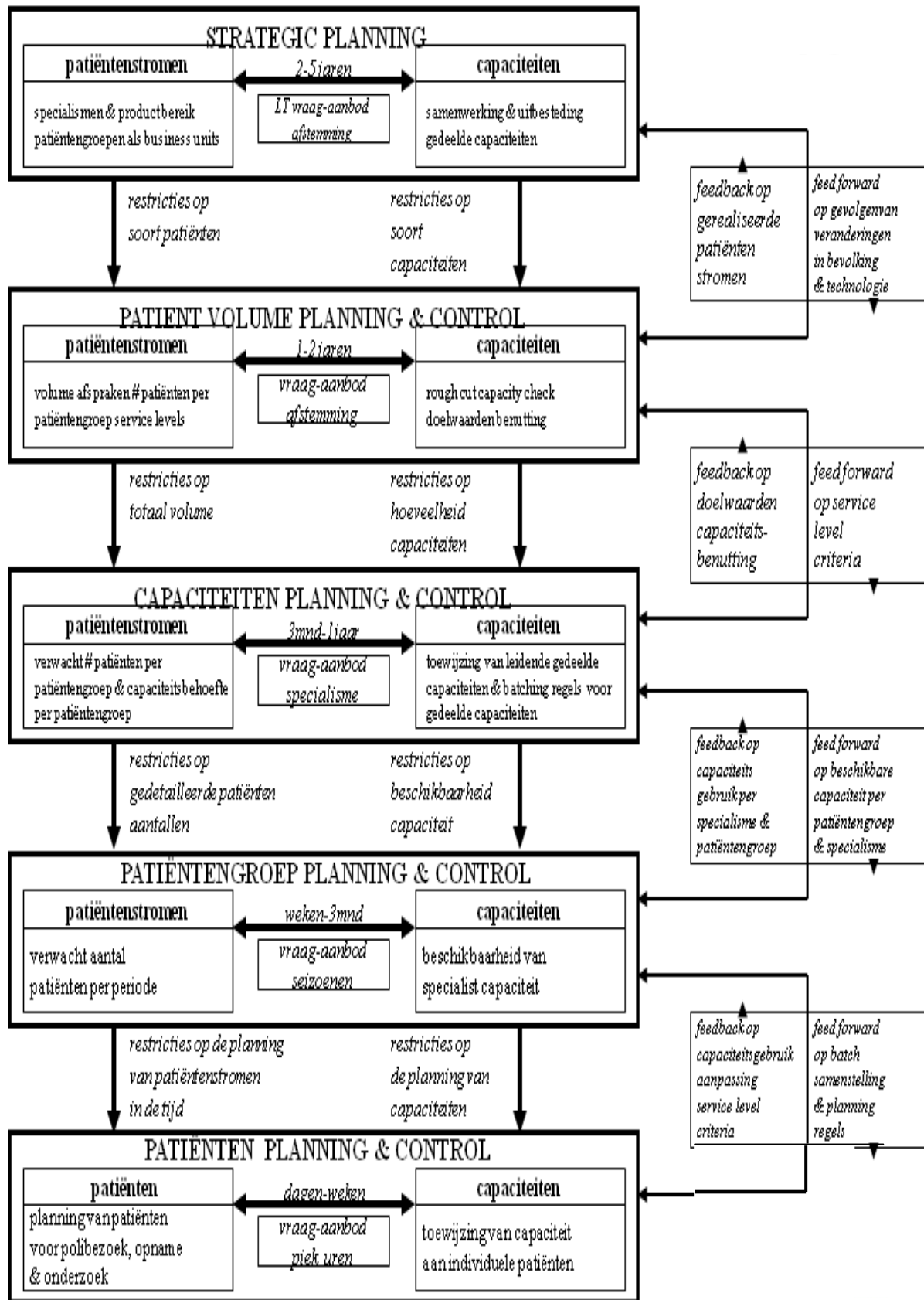
- 17 al dan niet gedifferentieerde³ militaire tandartsen;
- 3 civiele tandartsen;
- 8 militaire tandartsassistentes;
- 7 FTE civiele tandartsassistentes;
- 2 mondhygiënistes;
- 1 baliemedewerker.

Tijdens het onderzoek waren op de CZB werkzaam:

- Drie endodontologen, waarvan: het hoofd Tandheelkundige Dienst één dag in de week en het plaatsvervangend hoofd stelling Den Helder drie dagen in de week;
- Gnatoloog, drie dagen in de week, tevens hoofd stelling Den Helder (omvat CZB en twee kleinere praktijken) en plaats vervangend hoofd Tandheelkundige Dienst KM;
- Eén parodontoloog, één dag in de week;
- Vijf reguliere tandartsen;
- Eén parttime (drie dagen in de week) mondhygiëniste;
- Twee parttime (burger) tandartsassistentes, die samen de functie van hoofd tandartsassistentes vervullen (scheiding tussen materieel en planning personeel);
- Zeven parttime (burger) tandartsassistentes;
- Drie fulltime militaire tandartsassistentes;
- Eén fulltime (maar door ziekte nu parttime) baliemedewerker.

³ Een gedifferentieerde tandarts heeft na de studie tandheelkunde een postdoctorale opleiding gevolgd om zich verder te verdiepen in één van de aspecten van algemene tandheelkunde (Kwaliteitsregister Tandartsen, 2010).

Bijlage 2: Raamwerk voor productiebesturing van ziekenhuizen



(Vissers, 2001:98)

Bijlage 3: Topiclijst interview

1. Persoonsgegevens: opleiding, werkhistorie
2. Eigen functie en verantwoordelijkheden
3. Motivatoren en demotivatoren in de eigen functie
4. Algemene informatie over patiënten en capaciteiten van de KM / CZB
5. Zorgvraag: Aantal, soort, inhoud per zorgvraag, planning, doorverwijzing, voorspelbaarheid, fluctuaties
6. Zorgaanbod: Aantal, soort, planning, fluctuaties, buffers, eigen werkwijze
7. Afstemming: Planningshorizon, mening patiëntgerichte toegang, verticale/horizontale stratificatie
8. Werkdruk: mening, fluctuaties, ervaren problemen
9. No-shows: hoe vaak, reden, genomen acties aan de voor- en achterkant
10. Verbeteringen: ideeën, historie, toekomst
11. Prestatiemeting: afspraken, feedback op nakomen afspraken
12. Motivatie/prikkels

DEEL 2: MEERKEUZEVRAGEN

Hieronder volgen een aantal meerkeuzevragen. Omcirkel het antwoord dat het meest op u van toepassing is. Bij sommige vragen wordt om een toelichting gevraagd.

1. Welke tandheelkundige walinrichting(en) in Nederland heeft u de afgelopen twee jaar bezocht en hoe vaak:

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| a. CZB te Den Helder: keer | e. VBHKAZ te Doorn: keer |
| b. MVKK te Den Helder: keer | f. VGKAZ te Rotterdam: keer |
| c. MKERF te Den Helder: keer | g. Binckhorst te Den Haag: keer |
| d. MKAD te Amsterdam: keer | h. Frederik te Den Haag: keer |

2. Hoe vaak bent u in de afgelopen twee jaar bij een tandarts op controle geweest?

- a. 0 keer
- b. 1 keer
- c. 2 keer of vaker

3. Hoe goed verzorgt u uw gebit ten opzichte van uw persoonlijke tandartsadvies (handmatig of elektrisch poetsen, flossen, gebruik tandenstokers, etc.) ?

- a. Ik vind mijn gebit heel belangrijk en volg voor de verzorging van mijn gebit minstens het advies van de tandarts op.
- b. Ik volg voor de verzorging van mijn gebit het advies van de tandarts redelijk goed op, maar het kan beter.
- c. Ik volg het advies van mijn tandarts nauwelijks op en zou mijn gebit beter moeten verzorgen.
- d. Ik weet niet goed hoe ik mijn gebit het beste zou moeten verzorgen, want ik heb hier nooit advies van de tandarts over gevraagd en/of gekregen.

4. Bent u in de afgelopen twee jaar bij een civiele tandarts geweest? **Ja / nee***

Zo ja, waarom?

- a. Ik had een klacht waar ik direct aan geholpen moest worden (volgens de KM tandarts) en kon op dat moment niet bij de marinetandarts terecht en/of ik had toestemming van een defensie tandarts om naar de civiele tandarts te gaan.
- b. Ik had een klacht waar ik zo snel mogelijk aan geholpen wilde worden en ik kon sneller terecht bij de civiele tandarts.
- c. Ik heb nog steeds mijn eigen civiele tandarts, omdat ik dat prettig vind.
- d. Anders, name-
lijk.....
.....

5. Als u naar de tandarts gaat, verschijnt u meestal:

- a. ruim op tijd op uw afspraak.
- b. precies op tijd op uw afspraak.
- c. te laat op uw afspraak.

6a. Heeft u in de afgelopen twee jaar wel eens een afspraak gemaakt bij de tandheelkundige dienst aan de wal, die u niet kon of wilde nakomen?

- a. Nee, alle afspraken die ik de afgelopen twee jaar heb gemaakt ben ik nagekomen. → ga door naar de stellingen (deel 3) op pagina 4.
- b. Ja, ik kon in de afgelopen twee jaar één of meer afspraken niet nakomen. → ga door met vraag 6b en sla vraag 6c over.
- c. Ja, ik wilde in de afgelopen twee jaar één of meer afspraken niet nakomen. → ga door naar vraag 6c.

6b. Indien u de meest recente afspraak die u niet nakwam niet kon nakomen, waarom was dat?

- a. Dienstverplichtingen aan de wal lieten het nakomen van de afspraak niet toe.
- b. Operationele dienstverplichtingen lieten het nakomen van de afspraak niet toe.
- c. Privéomstandigheden lieten het nakomen van de afspraak niet toe.
- d. Anders, namelijk.....
.....

6c. Indien u de meest recente afspraak die u niet nakwam niet wilde nakomen, waarom was dat?

- a. De afspraak was niet meer nodig, omdat.....
.....
- b. Ik wilde de afspraak verzetten, omdat een ander moment me beter uit kwam.
- c. Ik zag te erg tegen de afspraak op.
- d. Anders, namelijk.....
.....

7a. Heeft u de meest recente afspraak die u niet nakwam afgezegd zodra u wist dat u de afspraak niet kon of wilde nakomen? **Ja / nee***

Hoe ver van te voren heeft u deze afspraak afgezegd?

- a. Deze afspraak heb ik niet afgezegd. → Ga door met vraag 7b en sla vraag 7c over.
- b. Deze afspraak heb ik op de dag zelf afgezegd. → Ga door naar vraag 7c.
- c. Deze afspraak heb ik langer dan een dag van te voren afgezegd. → Ga door naar de stellingen op de volgende pagina.

7b. Indien u de afspraak niet heeft afgezegd, wat was daarvoor de reden?

- a. Ik was het vergeten.
- b. Ik vond het niet nodig om de afspraak af te zeggen.
- c. Ik durfde de afspraak niet af te zeggen, omdat.....
.....
- d. Anders, namelijk.....
.....

7c. Indien u de afspraak op de dag zelf heeft afgezegd, wat was de reden dat u de afspraak niet eerder heeft afgezegd?

- a. Ik wist niet eerder dat ik niet kon / wou verschijnen op de afspraak.
- b. Ik had niet eerder de mogelijkheid om de afspraak af te zeggen, omdat.....
.....
- c. Ik was het vergeten.
- d. Anders, namelijk.....
.....

DEEL 3: STELLINGEN

Hieronder volgen 16 stellingen. De eerste dertien stellingen hebben betrekking op de dienstverlening door de tandheelkundige dienst van de KM aan de wal. Hierbij vraag ik u de walinrichting in gedachten te houden waarvan u in meerkeuzevraag 1 heeft aangegeven dat u die in de afgelopen twee jaar het vaakst heeft bezocht. Het is de bedoeling dat u van elke stelling aangeeft in hoeverre u het eens bent met de stelling. Daarnaast vraag ik u in de kolom 'belangrijkheid' met een cijfer van 1 tot 5 aan te geven hoe belangrijk u desbetreffend onderdeel van de dienstverlening van de tandheelkundige dienst vindt. Hierbij geldt 1 = helemaal niet belangrijk, 2 = niet belangrijk, 3 = neutraal, 4 = belangrijk en 5 = heel belangrijk.

| | | Helemaal mee oneens | Mee oneens | Neutraal | Mee eens | Helemaal mee eens | Belangrijkheid |
|----|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| 1 | Als ik bel voor een afspraak kan ik snel terecht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 2 | Ik kan voor een afspraak bij de tandarts van mijn keuze terecht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 3 | Ik kan voor een afspraak terecht op een moment dat mij goed uitkomt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 4 | Ik vind dat ik prettig te woord word gestaan bij het maken van een afspraak | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 5 | Met mij gemaakte afspraken worden niet door de tandheelkundige dienst afgezegd / verschoven | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 6 | Ik vind het vervelend als mijn afspraak zou worden afgezegd / verschoven | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 7 | Ook als er een goede reden voor is vind ik het vervelend als mijn afspraak zou worden afgezegd / verschoven | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 8 | Ik kan niet snel terecht als ik bel voor een afspraak | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 9 | Ik vind het prettig dat ik een nieuwe afspraak moet maken als er tijdens controle blijkt dat ik een behandeling (bijv. gaatjes vullen) nodig heb | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 10 | Als ik na een controle een nieuwe afspraak moet maken voor een behandeling, kan ik snel terecht | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 11 | Ik moet lang wachten in de wachtkamer | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 12 | De tandartsen van de KM nemen genoeg tijd voor me | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 13 | Ik krijg voldoende gevraagde en ongevroagde informatie tijdens mijn bezoek aan de tandarts | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 14 | Ik heb vertrouwen in de tandartsen van de KM | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 15 | Ik vind dat ik prettig word behandeld door de tandartsen van de KM | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |
| 16 | Ik vind dat ik prettig word behandeld door de tandartsassistenten van de KM | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | |

DEEL 4: WAARDERING

Tot slot vraag ik u uw waardering voor de onderstaande onderdelen van de dienstverlening van de tandheelkundige dienst van de KM uit te drukken in een cijfer van 1 tot 10, waarbij een 1 zeer slecht betekent en een 10 uitstekend. Hierbij vraag ik u wederom de walinrichting in gedachten te houden waarvan u in meerkeuzevraag 1 heeft aangegeven dat u die in de afgelopen twee jaar het vaakst heeft bezocht.

| <i>Onderdeel</i> | <i>Waardering</i> |
|--|-------------------|
| De wijze waarop afspraken worden gemaakt en nagekomen | |
| Wachttijd tussen het maken van een afspraak en het moment dat u terecht kunt voor een afspraak | |
| Wachttijd in de wachtkamer | |
| Bejegening door tandartsen, tandartsassistenten en praktijkondersteuners | |
| Informatieverstrekking | |
| Kwaliteit van zorg | |
| Eindoordeel over de gehele dienstverlening van de tandheelkundige dienst van de KM | |

Ruimte indien u nog iets kwijt wilt dat relevant kan zijn voor dit onderzoek:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

De resultaten van de enquête geven mogelijk aanleiding verder onderzoek uit te voeren. Bent u eventueel bereid mee te werken aan een (telefonisch) interview als vervolg op deze enquête? In dat geval vraag ik u hieronder uw naam en telefoonnummer of e-mailadres te noteren:

.....
.....

Deze enquête wordt anoniem verwerkt en uw persoonlijke gegevens zullen niet worden opgenomen in de onderzoeksresultaten. Nadat alle vragenformulieren zijn verwerkt, zullen deze worden vernietigd.

Bijlage 5: Tabel ter beantwoording deelvraag 6⁴

| Beleving/mening feedback | |
|----------------------------------|---|
| <i>Tandarts-assistenten</i> | Ik zou het wel goed vinden als er iets meer gekeken wordt door het management hoe de assistentes werken. Ik heb het idee dat de leidinggevenden geen idee hebben wat er speelt. (...) Feedback krijg je van degene met wie je werkt of van je collega, sneller negatief dan positief. Soms krijg je wel feedback van de tandarts met wie je hebt gewerkt en functioneringsgesprekken. |
| | Er zijn geen overlegmomenten tussen tandartsen en assistentes, dat willen wij wel heel graag. 14 en 15 mei heeft de hele tandheelkundige dienst tandartsoverlegdagen. Dan gaan de assistentes samen ook wat regelen. Maar weer niet samen, dat is heel jammer. (...) Ik heb hier nog nooit gehoord "goh meid wat heb je dat goed gedaan" Ik mis complimentjes. Complimentjes motiveren ook heel veel. Ik probeer dat zelf wel te doen naar collega's. |
| | Wij hebben meerdere gesprekken met de tandarts met wie je werkt. Tijdens assistentenvergaderingen hoor je het ook van elkaar, soms via via. (...) Je hebt jaarlijks een functioneringsgesprek met het hoofd en het plaatsvervangend hoofd van de stelling Den Helder. In sommige dingen kan ik het me vinden in andere dingen niet. Positieve dingen hoor je ook wel, dan ben je heel blij. |
| | Er wordt wel gekeken of er hard gewerkt wordt en er wordt wel tegen tandartsen gezegd dat er een bepaald bedrag omgezet moet worden. (...) Als iets heel erg fout gaat hoor ik dat dezelfde dag. We hebben om 8 uur een korte werkbespreking. Daar wordt ook wel het één en ander gezegd. Mensen die parttime werken horen dit niet. |
| | We hebben één keer per jaar een functioneringsgesprek. Verder krijg je op de werkvloer wel eens informeel iets terug: "ik ben zo blij dat ik het aan jou gevraagd heb, dan komt het tenminste voor elkaar." Maar ook hier moppert men sneller dan dat men iets positiefs zegt. |
| <i>Tandartsen</i> | Ik ervaar heel erg sociale controle, patiënt die je vandaag ziet, komt de volgende keer bij iemand anders. Slecht werk krijg je weer terug. Hier zien anderen ook wat je doet en je bespreekt met elkaar wat je doet. Ik vind dat heel waardevol. Soms kijk je weleens bij iemand in de agenda om wat over te nemen of waar is iemand mee bezig. Er wordt wel over gesproken als iemand meer tijd nodig heeft dan iemand anders. Dat zijn wel moeilijke dingen. Gaat soms eerder richting roddelcircuit dan serieus benaderen. Assistenten spelen daar ook wel een rol in. Vaste assistente is ideaal, je werkt veel sneller. Ze staan sowieso weleens bij iemand anders. Als je het af en toe hebt, heb je juist dat het positief werkt. |
| | We hebben hier de unieke situatie dat wat wij doen, op korte of langere termijn beoordeeld wordt door een andere tandarts. Je ziet elkaar werk. De lijnen zijn kort, dus men geeft hier ook wel feedback op. Het houdt mensen scherp op kwaliteit. Je zit in een systeem waar je formeel beoordeeld wordt. Als de indruk bestaat dat tandartsen vaak niks te doen hebben, wordt daar feedback op gegeven. Verder hebben we natuurlijk de jaargesprekken. |
| | Collega's zeggen onderling weleens "goh, heb je daar x tijd voor nodig!?" |
| Beleving/mening motivatie | |
| <i>Tandarts-assistenten</i> | Het zit in je of het zit niet in je. Niet iedereen is geschikt om in de zorg te werken. Het geeft een goed gevoel. Het is ook wel een stukje ego: ik doe het want ik kan het. Er zijn wel collega's die niet harder werken dan strikt noodzakelijk. De tandartsen met wie ik werk zijn allemaal wel fanatiek. Ik vind het vervelend dat ik mensen met een klacht niet altijd snel genoeg kan helpen. |
| | De een loopt een stapje harder als de ander, de een pakt werk erbij wat niet tot taken behoort en de ander doet dat niet. Tijdens assistenten overleg wordt daar wel feedback op gegeven. (...) Prikkel hier: tandheelkunde op zich. Omgaan met mensen. Ze komen hier sowieso niet voor het geld werken. De marine is een spannend jongens- |

⁴ Om de anonimiteit te waarborgen zijn namen weggelaten, zijn de baliemedewerker en mondhygiëniste niet opgenomen in de tabellen, zijn antwoorden van respondenten onder de verschillende onderdelen door elkaar gezet en zijn enkele direct op de persoon herleidbare uitspraken weggelaten.

| | |
|-------------------|--|
| | <p>boek. Team is heel groot, waardoor soms weleens tegenvalt hoe vaak iemand kan varen of op uitzending kan. Efficiënt werken moet echt in iemands karakter zitten, die dwang voelen ze niet zo. Het management heeft de functie om daar feedback op te geven. Sociale druk zou het wel kunnen zijn, dat zou het wel kunnen zijn. Ze kijken naar elkaar, dat merk ik ook wel. Vooral de jonge tandartsen.</p> |
| | <p>Ik vind heel veel leuk, de omgeving, de collega's, het is voor mij altijd een uitdaging om een tandarts zo snel mogelijk haar werk te laten doen. Ik haal heel veel voldoening uit m'n werk. (...) Ik doe wat er van me verwacht wordt. Ik doe gewoon m'n werk en ik heb nog nooit iemand horen klagen. Ik vind m'n werk leuk, dus dan is het voor mij niet heel moeilijk om die dingen, of iets meer te doen dan van me wordt gevraagd. Een hele dag niks doen past niet bij mij. (...) We moeten de wachtlijst wegwerken. Patiënten worden niet vrolijk. Ik denk dat dat bij heel veel tandartsen wel een beetje steekt. Nieuwe tandartsen die net van school zijn, willen volgens mij graag werken. (...) Ik denk dat er een hele hoop kan verbeteren hier. Ik kan me heel druk maken om patiënten die lang moeten wachten, of patiënten die worden afgebeeld. Ik vind dat het belang van de patiënt te veel op de achtergrond komt en dat daar wel wat meer op gelet mag worden.</p> |
| | <p>Ik vind tandheelkunde een leuk vak, het omgaan met mensen. (...) Het zit gewoon in me om hard te werken. Ik ben geen type van de halve dag achter de computer zitten. Ik vind dat sommigen zich hier vrij makkelijk ziek melden.</p> |
| | <p>Je moet het hier meer hebben van loyaliteit naar de tandarts en collega's toe en naar het bedrijf. Je ziet dat de ene collega hier ook harder werkt dan de ander. Harde werkers en mensen die meeliften met harde werkers en die allemaal met hetzelfde geld naar huis gaat. Hier moet je het puur hebben van ligt het in mensen hun aard om zelf een stapje harder te zetten. Sommige mensen komen naar hun werk voor hun werk, ik heb dat nooit gehad. Ik zie mijn werk als iets dat bij mijn leven hoort.</p> |
| <i>Tandartsen</i> | <p>Een reden dat ik bij de marine ben gekomen is om te kunnen varen. Je zit niet alleen maar in één praktijkruimte. Dat maakt het wel bijzonder. (...) Het is een heel open praktijk. Specialisten staan letterlijk een kamer verderop. Al je begint staat er daardoor heel veel expertise naast je die je elk moment kunt raadplegen. (...) Het is een heel mooie praktijk om te werken qua spullen. Wat je wilt kun je in overleg aan laten schaffen. (...) Hard werken moet gewoon je instelling zijn. Ik ga niet lekker langzaam werken omdat ik niet meer betaald krijgt. Dit is per tandarts verschillend. (...) Iedereen is langzaam begonnen, zodat je je kunt focussen op kwaliteit. (..) Eerlijkheid is denk ik ook heel belangrijk. Als je een half uur nodig hebt, dat je dan ook een half uur inplant. Het is altijd een schatting die je maakt. (...) Als doorwerkt kun je meer patiënten zien. Patiëntenwachtijd, mijn wachtijd kort ik daarmee in. Mijn eigen agenda wordt daar overzichtelijker van. Dat vind ik wel belangrijk. Het geeft wel een kick. Als je in een burgerpraktijk gaat werken moet je harder gaan werken, dus push ik mezelf om harder te gaan werken. Als je altijd maar te ruim plant, zul je dat ook nooit gaan leren.</p> |
| | <p>Als zorgverlener wil je patiënten helpen. Mensen die aan de balie staan willen snel geholpen worden. Er is een spanningsveld tussen je werk goed willen doen en patiënten snel willen helpen.</p> |
| | <p>Ik vind het werken als tandarts en het contact met de patiënten erg leuk. De leukste uitdaging vind ik het om ze te laten doen wat jij wilt. Mensen motiveren zondar dat ze door hebben dat ze het voor jou doen.</p> |
| | <p>Al zijn er meer stoelen en assistentes, dan nog zullen tandartsen niet geprikkeld worden. Je hebt hard werken en hard werken. Hier werkt men hard, maar niet efficiënt. Efficiëntie komt toch met name uit de financiële prikkel. Die prikkel leidt ertoe dat er geld beschikbaar is om mensen op allerlei manieren tevreden te houden zoals secundaire arbeidsvoorwaarden of leuke schilderijen aan de muur. De behaalde efficiëntiewinst komt hier nooit ten goede van het systeem.</p> |
| | <p>Het werken hier en onder operationele omstandigheden is uitdagend. We hebben veel opleidingsmogelijkheden, je werkt hier met veel collega's en specialismen. (...) We zijn ons wel volledig bewust van financiën en kosten/baten. Mede door contact met collega's die in burgerpraktijken werken. (...) Ik vind dat hoe efficiënter je werkt, hoe fijner je werkt. Wat je voor productie draait wordt ook bekeken. Ik vind het prettig om hard te werken, ik hou niet van stilzitten. Er wordt ook van mij verwacht dat ik een bepaald tempo draai. Daarnaast vind ik het belangrijk om kwaliteit te leveren. Ik denk dat pres-teren hier vooral afhangt van of je een goede instelling hebt.</p> |

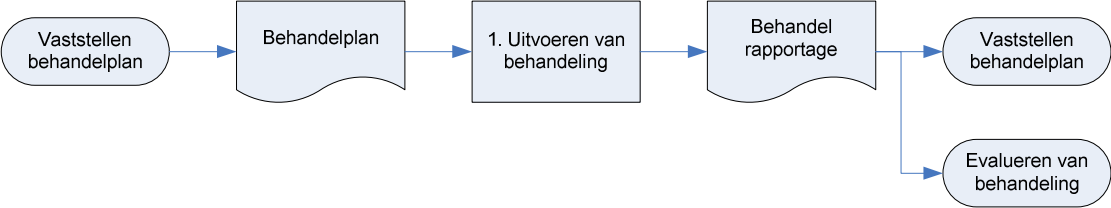
| | |
|--|--|
| | <p>Iedereen komt bij de marine om iets te doen. Jonge mensen hebben nog niet echt veel gedaan, dus die willen echt graag varen. Voor het geld hoeft je niet naar de tandarts. (...) Prikkels: lastig in zo'n zetting als we hier zitten. Er wordt heel erg op elkaar gelet. In een kleinere setting, zoals in Doorn of aan boord, komen situaties voor waar je in kortere periode een heel schip moet afbehandelen. Drive zit er dan vaak wel, maar er zijn ook tandartsen die er het minimale uithalen. In Doorn heb je meer te maken met groepen die voor uitzending staan. Dit hebben we hier ook als er schepen komen. Dan werkt iedereen hard aan mee. Als dat er niet is, wordt er ruim gepland. (...) Bij tandartsen was altijd wel iemand die wat minder deed, dat is nu wel wat anders. (...) Van dit team heb ik de indruk dat ze allemaal hard willen werken. Allemaal enthousiaste en sociale tandartsen.</p> <p>(...) Bij de tandartsen zijn hier niet heel erge carrièremogelijkheden, heel veel groei heb je in het bedrijf niet, dus je hoeft je niet echt profileren boven de anderen.</p> <p>(...) Wij vinden de patiëntenpopulatie hier wel heel erg verwend, maar ze klagen evengoed altijd. Ik vind het moeilijk hoe gegrond die klachten zijn. Bij pijn worden patiënten in principe dezelfde dag gezien. Ik vind het niet zo raar dat er voor andere zaken een wachtlijst is. (...) Ik weet niet precies wat er uit het onderzoek [patiëntenenquête] is gebleken, waar de ontevredenheid over gaat, maar ik weet niet of de uitkomst een motivatie voor ons zal zijn om efficiënter te gaan werken. De vraag is wat voor een mensen vullen de vragenlijst in. (...) Als je niet tevreden bent in de burgerpraktijk ga je ook op zoek naar een andere tandarts. Hier zijn ze verplicht om hier te komen, dus we zullen altijd ontevreden patiënten houden.</p> |
| | <p>Dit is een mooie omgeving om beter te worden in het tandarts zijn. Een uitdaging om steeds op verschillende plekken te komen door varen en uitzending en dergelijke. (...) Ik wil goed werk leveren. Motivatie vind ik dat de patiënt er beter uitkomt dan er in ging. (...) Door ervaring wordt je sneller en dan geef ik zelf aan dat ik minder tijd nodig heb. Mij motiveert het dat ik dan meer kan doen, ik vind het zelf prettig als ik meer kan doen, meer patiënten zien en helpen. (...) Ik denk niet dat ik sneller zou gaan werken als ik er meer geld voor zou krijgen. Ik denk niet dat ik mijn kwaliteit goed kan houden als ik sneller ga werken. Als ik voor geld zou gaan, zou ik hier niet werken. Ik ben heel blij dat ik de tijd krijg om kwaliteit te leveren.</p> |
| | <p>Mij prikkelt de verantwoordelijkheid voor de patiënten. Ik hou er niet van om niks te doen. Het zou denk ik niet slecht zijn als er iets anders, tegenover stond. Iemand die hard werkt en iemand die de kantjes ervan af loopt krijgen hetzelfde geld gestort. We hebben hier ook niet zozeer de motivatie van bevorderingen. Hetzelfde geldt ook voor de assistentes. Dat zie je ook wel. Misschien is het wel een karaktereigenschap.</p> |
| <p>Prikkels in casusorganisatie vs civiele praktijk</p> | |
| <i>Tandarts-assistentes</i> | <p>Ik verdien hier ongeveer hetzelfde als in de burgerpraktijk. Hier heb ik meer uitdaging door varen, doordat je zelf opeens alles weer moet doen. Je bent niet het hele jaar hier aan het werk, het is hier elke dag anders en je hebt meer collega's, meer aanspraak. (...) In een burgerpraktijk ben je er wat meer voor elkaar, als iemand nog iets meer moet doen help je elkaar. Dat mis ik hier wel wat meer die collegialiteit. Hier dan denk ik toch teveel mensen. Kleinere groep ben je meer samen.</p> |
| | <p>Je hebt hier betere arbeidsvoorwaarden. Ik ben er wel iets op vooruit gegaan. Hier minder contact met dezelfde patiënten, wisselde patiënten per tandarts. Ook door part-time werken. (...) Ik vind dat de motivatie hier minder is, omdat er geen druk achter zit. Wij zeggen weleens onderling: voor sommigen zou het goed zijn in een burgerpraktijk te werken.</p> |
| | <p>Een collega die hier €275 minder per maand minder verdient bij de KM zei laatst tegen mij dat ze hier zo'n rust vindt ten opzichte van bij haar vorige burgerbaas. Zij gaat nu relaxed naar werk. Daar liep ze continu achter de feiten aan, achter de agenda aan.</p> |
| <i>Tandartsen</i> | <p>In een burgerpraktijk wordt meteen gefocust op kwantiteit.</p> |
| | <p>Ten opzichte van civiele praktijken is de werkdruk hier heel schappelijk. (...) Het komt voor dat dingen ad hoc besloten worden, die al langer bekend zijn, zoals wie gaat varen en wie naar een andere locatie gaat. (...) Daardoor moet dan een heel programma worden gecanceled. Als daar zorgvuldiger mee wordt omgegaan, wordt veel onrust voorkomen en scheelt dat de mensen bij de balie heel veel werk en boze patiënten. Dit heb je in een civiele praktijk nauwelijks.</p> |
| | <p>De werkdruk is hier minimaal en is daar ook op gepland. Als je van eigen omzet af-</p> |

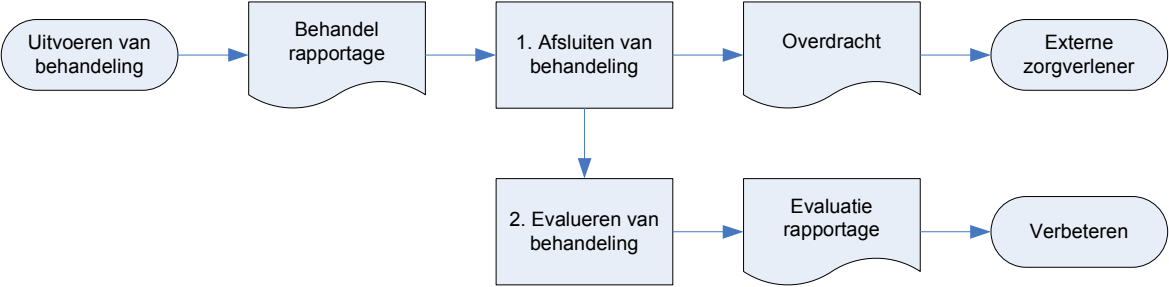
| | |
|--|---|
| | <p>hankelijk bent, wordt er sneller gewerkt. Die drive is hier niet. Een kwartier over een controle is luxe, maar voor de kwaliteit wel goed. Genoeg praktijken in NL die dat sneller doen. Ik denk ook wel dat het heel goed is, je kunt heel goed met patiënt praten. Je wordt niet echt gedwongen om efficiënt te werken. Kijkje buiten de deur kan daar misschien bij helpen. Assistenten uit een burgerpraktijk zie je gewoon heel hard werken. (...) Ik vind mensen bij defensie wel een erge 8-17 mentaliteit hebben. Er wordt je ook wel heel veel vrij gegund. Het is bij ons werk dan lastig om efficiënt te blijven. (...) Op vrijdagmiddag wordt ook zo weinig mogelijk ingepland. Laatst had ik een assistente die zei: "maar op vrijdag werken we hier toch maar tot drie uur". Toch de afwezigheid van die financiële prikkel. (...) Als je niet tevreden bent in de burgerpraktijk ga je ook op zoek naar een andere tandarts. Hier zijn ze verplicht om hier te komen, dus we zullen altijd ontevreden patiënten houden.</p> |
|--|---|

Bijlage 6: Processen binnen casusorganisatie

| Processchema bepalen tandheelkundige zorgvraag (Tandheelkundige Dienst Zeemacht, 2007a) | Procesbeschrijving |
|--|--|
| <pre> graph TD ZR(Zorgvrager) --> ZV(Zorgvraag) MIP(Medisch inzetbaarhouden CZSK-personeel) --> VDF(Vraag DF-score CZSK-personeel) IZ(Interne zorgverlener) --> V(Verwijzing) EZ(Externe zorgverlener) --> O(Overdracht) R(Roosteren) --> RO(Rooster) ZV --> S1[1. Vaststellen recht op zorg] VDF --> S1 VDF --> S2[2. Verzamelen zorggegevens] V --> S2 O --> S2 RO --> S3[3. Verduidelijken zorgvraag en urgentie bepalen] S1 --> S2 S2 --> LDF(Lijst DF-score CZSK-personeel) LDF --> MIP2(Medisch inzetbaarhouden CZSK-personeel) S2 --> S3 S3 --> S4[4. Toewijzen zorgverlener] S4 --> S5[5. Vaststellen zorgvraag] S5 --> GZ(Gedefinieerde zorgvraag) GZ --> VB(Vaststellen behandelplan) </pre> | <p>Dit proces is van toepassing op tandheelkundige zorg</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Er wordt, volgens bestaande kaders, vastgesteld of defensie de aansprakelijkheid voor de behandeling in de gegeven omstandigheid accepteert. 2. Noodzakelijke zorggegevens worden verzameld en beoordeeld. Een lijst DF-score CZSK-personeel wordt op aanvraag opgesteld en verspreid 3. De zorgvraag is duidelijk en de urgentie wordt volgens werkafspraken bepaald 4. De zorgverlener wordt bepaald volgens werkafspraken 5. De zorgvraag wordt vastgesteld volgens de professionele tandheelkundige standaard <p>Let op: bij ieder consult een DF-score vaststellen volgens WI Vaststellen DF-score</p> |

| Processchema vaststellen behandelplan (Tandheelkundige Dienst Zeemacht, 2007b) | Procesbeschrijving |
|--|--|
| <pre> graph TD A([Bepalen zorgvraag]) --> B[Gedefinieerde zorgvraag] C([Uitvoeren van zorg]) --> D[Zorgrapportage] B --> E[1. Opstellen behandelplan] D --> E E --> F[2. Vaststellen behandelplan] F --> G[behandelplan] G --> H([Uitvoeren van zorg]) </pre> | <p>Dit proces is van toepassing op alle situaties waar tandheelkundige zorg wordt verleend.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Een behandelplan wordt volgen de professionele eisen opgesteld en prioriteiten worden bepaald. Het is belangrijk dat de zorg die vereist is voor een DF-score F2 wordt vastgelegd. <p>Patiënten die onder behandeling staan van een specialist worden vermeld op de Lijst specialistische tandheelkundige hulp</p> <p>De zorgrapportage wordt beoordeeld en het behandelplan wordt bijgesteld</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Het behandelplan wordt besproken met de zorgvrager of zijn vertegenwoordiger en na verkregen toestemming vastgesteld Het is belangrijk dat de zorgvrager is geïnformeerd over: <ul style="list-style-type: none"> – de voor- en nadelen van de behandeling – de prognoses – de eventuele risico's en complicaties – de eventuele financiële consequenties – de eventuele operationele en rechtspositionele consequenties |

| | |
|---|---|
| Processchema uitvoeren van tandheelkundige behandeling (Tandheelkundige Dienst Zee-macht, 2007c) | Procesbeschrijving |
|  <pre> graph LR A([Vaststellen behandelplan]) --> B[Behandelplan] B --> C[1. Uitvoeren van behandeling] C --> D[Behandel rapportage] D --> E([Vaststellen behandelplan]) D --> F([Evalueren van behandeling]) </pre> | <p>Dit proces is van toepassing op alle situaties waar een tandheelkundige behandeling wordt uitgevoerd.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In deze processtap wordt de behandeling uitgevoerd volgens het vastgestelde behandelplan. <p>Let op: dat de DF-score wordt geactualiseerd</p> |

| | |
|--|--|
| Processchema afsluiten en evalueren tandheelkundige zorg (Tandheelkundige Dienst Zee-macht, 2007d) | Procesbeschrijving |
|  <pre> graph LR A([Uitvoeren van behandeling]) --> B[Behandel rapportage] B --> C[1. Afsluiten van behandeling] C --> D[Overdracht] D --> E([Externe zorgverlener]) C --> F[2. Evalueren van behandeling] F --> G[Evaluatie rapportage] G --> H([Verbeteren]) </pre> | <p>Dit proces is van toepassing op alle situaties waar tandheelkundige zorg wordt verleend.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De zorg wordt afgesloten en indien nodig overgedragen aan een externe zorgverlener. <p>Het is belangrijk dat een overdracht tenminste de volgende onderdelen bevat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. De tandheelkundige zorg wordt geëvalueerd en een evaluatierapportage wordt volgens werkafspraken gemaakt |

Bijlage 7: Uitkomsten patiëntenenquête

| Stellingen toegang tot zorg CZB | | Mening | | (Heel) belangrijk |
|---------------------------------|--|-------------------|--------|-------------------|
| 1 | Als ik bel voor een afspraak kan ik snel terecht (N=40) | Heel onbelangrijk | 2,5 % | 90 % |
| | | Onbelangrijk | 0,0 % | |
| | | Neutraal | 7,5 % | |
| | | Belangrijk | 52,5 % | |
| | | Heel belangrijk | 37,5 % | |
| 2 | Ik kan voor een afspraak bij de tandarts van mijn keuze terecht (N=38) | Heel onbelangrijk | 23,7 % | 13,2 % |
| | | Onbelangrijk | 15,8 % | |
| | | Neutraal | 47,4 % | |
| | | Belangrijk | 7,9 % | |
| | | Heel belangrijk | 5,3 % | |
| 3 | Ik kan voor een afspraak terecht op een moment dat mij goed uitkomt (N=38) | Heel onbelangrijk | 2,6 % | 79,0 % |
| | | Onbelangrijk | 0,0 % | |
| | | Neutraal | 18,4 % | |
| | | Belangrijk | 57,9 % | |
| | | Heel belangrijk | 21,1 % | |
| 5 | Met mij gemaakte afspraken worden niet door de Tandheelkundige Dienst afgezegd / verschoven (N=37) | Heel onbelangrijk | 2,7 % | 62,2 % |
| | | Onbelangrijk | 5,4 % | |
| | | Neutraal | 29,7 % | |
| | | Belangrijk | 54,1 % | |
| | | Heel belangrijk | 8,1 % | |

Tabel a. Het belang dat patiënten van de CZB hechten aan toegang tot zorg

| Stellingen doorlooptijd zorg CZB | | Mening | | (Heel) belangrijk |
|----------------------------------|---|-------------------|--------|-------------------|
| 9 | Ik vind het prettig dat ik een nieuwe afspraak moet maken als er tijdens controle blijkt dat ik een behandeling (bijv. gaatjes vullen) nodig heb (N=38) | Heel onbelangrijk | 5,3 % | 55,3 % |
| | | Onbelangrijk | 0,0 % | |
| | | Neutraal | 39,5 % | |
| | | Belangrijk | 42,1 % | |
| | | Heel belangrijk | 13,2 % | |
| 10 | Als ik na controle een nieuwe afspraak moet maken voor een behandeling, kan ik snel terecht (N=38) | Heel onbelangrijk | 0,0 % | 81,6 % |
| | | Onbelangrijk | 7,9 % | |
| | | Neutraal | 10,5 % | |
| | | Belangrijk | 57,9 % | |
| | | Heel belangrijk | 23,7 % | |
| 11 | Ik moet niet lang wachten in de wachtkamer (N=38) | Heel onbelangrijk | 0,0 % | 54,3 % |
| | | Onbelangrijk | 5,7 % | |
| | | Neutraal | 40,0 % | |
| | | Belangrijk | 40,0 % | |
| | | Heel belangrijk | 14,3 % | |

Tabel b. Het belang dat patiënten van de CZB hechten aan de doorlooptijd van zorg

| | | | | | |
|--|--|---|--------------|----------|------------|
| N = 37 | | <i>Belangrijkheid nakomen afspraken</i> | | | |
| <i>Met mij gemaakte afspraken worden niet door de Tandheelkundige Dienst afgezegd / verschoven</i> | | | Onbelangrijk | Neutraal | Belangrijk |
| | | Oneens | 0 | 4 | 5 |
| | | Neutraal | 1 | 1 | 2 |
| | | Eens | 2 | 6 | 16 |

Tabel c. De mate waarin patiënten van de CZB van mening zijn dat afspraken door de CZB worden nagekomen uitgezet tegen het belang dat patiënten daaraan hechten.

| Stelling | Mening | Oper. geplaatst | | Oper. tandarts | |
|---|---------------------|-----------------|------------|----------------|---------------|
| | | Ja (N=28/26) | Nee (N=12) | Ja (N=14) | Nee (N=26/24) |
| 1 Als ik bel voor een afspraak kan ik snel terecht (N=67) | (Heel) onbelangrijk | 3,6 % | 0 % | 0 % | 3,8 % |
| | Neutraal | 7,1 % | 8,3 % | 7,1 % | 7,7 % |
| | (Heel) belangrijk | 89,3 % | 91,7 % | 92,9 % | 88,5 % |
| 10 Als ik na controle een nieuwe afspraak moet maken voor een behandeling, kan ik snel terecht (N=67) | (Heel) onbelangrijk | 7,7 % | 8,3 % | 0 % | 12,5 % |
| | Neutraal | 11,5 % | 8,3 % | 7,1 % | 12,5 % |
| | (Heel) belangrijk | 80,8 % | 83,3 % | 92,9 % | 75,5 % |

Tabel d. Het belang dat patiënten van de CZB, gedifferentieerd naar al dan niet operationeel ingezet en al dan niet onder operationele omstandigheden door een tandarts gezien, hechten aan de wachttijd

| Stelling | Mening | Eens | |
|--|---------------------|--------|--------|
| 6 Ik vind het vervelend als mijn afspraak zou worden afgezegd verschoven (N=68) | Helemaal mee oneens | 0,0 % | 58,9 % |
| | Mee oneens | 19,1 % | |
| | Neutraal | 22,1 % | |
| | Mee eens | 32,4 % | |
| | Helemaal mee eens | 26,5 % | |
| 7 Ook als er een goede reden voor is vind ik het vervelend als mijn afspraak zou worden afgezegd / verschoven (N=68) | Helemaal mee oneens | 7,4 % | 36,7 % |
| | Mee oneens | 29,4 % | |
| | Neutraal | 26,5 % | |
| | Mee eens | 27,9 % | |
| | Helemaal mee eens | 8,8 % | |

Tabel e. Mening van CZB patiënten ten aanzien van het verzetten van afspraken

| Stelling | Mening | Eens | |
|--|---------------------|--------|--------|
| 12 De tandartsen van de KM nemen genoeg tijd voor me (N=68) | Helemaal mee oneens | 0,0 % | 83,8 % |
| | Mee oneens | 16,2 % | |
| | Neutraal | 25,0 % | |
| | Mee eens | 50,0 % | |
| | Helemaal mee eens | 8,8 % | |
| 13 Ik krijg voldoende gevraagde en ongevraagde informatie tijdens mijn bezoek aan de tandarts (N=68) | Helemaal mee oneens | 1,5 % | 92,6 % |
| | Mee oneens | 5,9 % | |
| | Neutraal | 20,6 % | |
| | Mee eens | 61,8 % | |
| | Helemaal mee eens | 10,3 % | |

Tabel f. Mening van CZB patiënten ten aanzien van de tijd die tandartsen voor hen nemen en de informatie die hen wordt verstrekt