

ONDERZOEK

DE INVLOED VAN HET VERZEKERINGSTYPE OP DE GEBITSTOESTAND, HET GEDRAG VAN DE TANDARTS EN ENKELE ANDERE VARIABELEN

TJ. TIJMSTRA
M. ENGELS
TJ. POT

*Uit de afdeling Medische Sociologie
van het Sociologisch Instituut
der rijksuniversiteit te Groningen.
Uit de werkgroep Tand- en Mondziekten van de
Gezondheidsorganisatie T.N.O. te Utrecht.*

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Gedragwetenschappen – Verzekeringssystemen

Inleiding

De manier waarop artsen voor de diensten die ze verlenen betaald worden varieert sterk. Niet alleen bestaan er grote verschillen in de betalings- en verzekeringssystemen van diverse landen, maar ook binnen onze gezondheidszorg is dat in sterke mate het geval. De mogelijkheden met betrekking tot de wijze van betaling en verzekering kunnen schematisch worden aangegeven:

Bij veel vormen van hulp is dit niet het geval. In ons land zijn de meeste mensen verzekerd tegen de kosten van specialistische hulp. Bij de kosten van huisartsenhulp ligt dit evenwel anders. Particulier verzekerden moeten deze kosten veelal voor een deel, zo niet volledig, voor eigen rekening nemen; hier kan dus een financiële drempel bestaan.

Voor ons land is bovendien nog het volgende aspect van belang: bij het vergelijken van de verschillende verzekeringstypen blijkt dat er ten aanzien van het honorarium, dat de arts voor dezelfde medische hulp ont-

Schema betalingssystemen

patiënt betaalt per verrichting en krijgt			derde partij betaalt de arts		
niets vergoed	deel vergoed	alles vergoed	per ver- richting	vast bedrag per patiënt	vast salaris

De volgende aspecten zijn naar onze mening van belang:

1. Betaalt de patiënt zelf rechtstreeks voor de ontvangen hulp, of wordt de betaling via een derde partij geregeld?

Zo vinden er in ons land geen financiële transacties plaats tussen huisartsen en ziekenfondsverzekerden, terwijl de particulier verzekerden de huisarts veelal (eerst) zelf zullen betalen.

2. Heeft het gebruik maken van medische hulp financiële consequenties voor de patiënt, in die zin dat – een deel van – de kosten door hem zelf moeten worden gedragen?

vangt, een grote variatie bestaat. Zo is het bedrag, dat een medisch specialist voor een operatie ontvangt afhankelijk van de manier waarop de patiënt is verzekerd, terwijl binnen de groep particulier verzekerden de klasse van de verzekering weer van invloed is op de hoogte van de vergoeding.

Wat kan vanuit deze gezichtspunten worden opgemerkt over de tandheelkundige zorgverlening? Welke implicaties kunnen bij het daarin bestaande betalings- en verzekeringssysteem worden verwacht op het ontvangen en verlenen van deze zorg, en worden deze in werkelijkheid ook gevonden? Er kunnen binnen de tandheelkundige zorgverlening drie groepen patiënten

Samenvatting:

In het voorjaar van 1976 werd in Leeuwarden een gecombineerd tandheelkundig en sociaal-wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd bij ongeveer 600 scholieren en hun moeders. In dit artikel wordt nagegaan of het verzekeringstype van invloed is op diverse aspecten van de tandheelkundige gezondheidszorg, waarbij IZA/IZR-verzekerden worden vergeleken met ziekenfondsverzekerden en particulieren.

Er werden weinig samenhangen gevonden. De verschillen in gebitstoestand van de ouders van de scholieren blijken niet verklaard te kunnen worden door het verzekeringstype van de betrokkenen. Evenmin werden significante samenhangen gevonden tussen verzekeringstype en enkele gebitsgezondheidsindices van de scholieren (aangetaste en gevulde vlakken, behandelingstoestand). Ook verschillen in tandartsbezoek blijken niet aan het type ziektekostenverzekering toegeschreven te kunnen worden.

Opvallend zijn de verschillen die werden gevonden in het gebruik maken van orthodontische hulp: particulieren en IZA/IZR-verzekerden maakten hier veel meer gebruik van dan ziekenfondsverzekerden. Een verdere analyse door middel van kruistabellen wijst op een sterke samenhang tussen inkomen en het gebruik van orthodontische hulp.

Onderzocht werd of er een samenhang is tussen type verzekering en het communicatieve en informatieve optreden van de tandarts; er werden geen verschillen van enige betekenis gevonden. Wel bleken enkele aspecten van de praktijkorganisatie samen te hangen met verzekeringstype.

De manier waarop men verzekerd was bleek niet van grote invloed te zijn op de kennis van tandheelkundige mogelijkheden. Ook wat betreft het belang dat men aan het bezit van het eigen gebit hechtte zijn de samenhangen met het verzekeringstype niet indrukwekkend.

worden onderscheiden: de ziekenfondsverzekerden, de groep particulieren die niet verzekerd zijn en degenen die door middel van restitutieregelingen (Interprovinciale Ziektekosten Regeling, Instituut Ziektekostenregeling Ambtenaren, Dienst Geneeskundige Verzorging Politie, Verzekering voor Beroepsmilitairen) verzekerd zijn tegen de kosten van tandheelkundige hulp (hierna af te korten tot IZA/IZR).

Er blijken tussen deze drie groepen duidelijke verschillen te bestaan ten aanzien van:

- het plaatsvinden van een financiële transactie tussen tandarts en patiënt
- de mate waarin de kosten voor ontvangen tandheelkundige hulp zelf moeten worden gedragen
- de hoogte van het honorarium voor dezelfde tandheelkundige hulpverlening.

Ad a. Ziekenfondsverzekerden betalen de tandarts niet rechtstreeks, althans niet voorzover het verrichtingen betreft die in het ziekenfondspakket zijn opgenomen. Niet-gesaneerde ziekenfondsverzekerden moeten, afhankelijk van de verrichting, (een deel van) deze kosten zelf aan de tandarts betalen.

Bij particulieren en IZA/IZR-verzekerden vindt wel een financiële transactie met de tandarts plaats; deze patiënten kunnen daardoor meer het gevoel hebben dat ze de kosten voor de aan hen verleende hulp 'zelf' betalen.

Ad b. Op het punt van het zelf moeten dragen van de kosten wijkt de tandheelkunde sterk af van de rest van de gezondheidszorg. Terwijl velen in ons land op het standpunt staan dat er voor patiënten geen financiële belemmeringen mogen bestaan om gebruik te maken van voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg, is dit wel het geval bij de tandheelkundige zorg. Ziekenfondsverzekerden hebben recht op gratis hulp, echter alleen voorzover het verrichtingen betreft die in het ziekenfondspakket^{*} zijn opgenomen; de andere meer uitgebreide en duurdere behandelingen moeten zelf worden betaald. Particulieren moeten zelf de vol-

ledige kosten voor tandheelkundige hulp dragen. De IZA/IZR-verzekerden vormen een aparte groep: zij komen in aanmerking voor restitutie (meestal 80%) van alle tandheelkundige hulp die aan hen wordt verleend, inclusief de duurdere behandelingen.

Ad c. Met betrekking tot de hoogte van de tarieven, bestaan er op tandheelkundig gebied aanzienlijke verschillen. De tarieven voor diensten, die voor ziekenfondsverzekerden worden vastgesteld, zijn aanzienlijk lager dan de tarieven, die door de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde worden geadviseerd voor particuliere patiënten.

Het is mogelijk dat de beschreven verschillen in verzekering en tariefstelling van invloed zijn op diverse aspecten van de tandheelkundige gezondheidszorg. Zijn de IZA/IZR-verzekerden bijvoorbeeld in staat om langer hun eigen gebit te behouden, of vormt het moeten betalen van een eigen bijdrage juist een belemmering hiertoe? Ook kan de vraag worden gesteld of een tandarts een ander gedrag zal vertonen bij verschillende typen verzekerden: verstrekt hij meer informatie aan mensen met een verzekering die ook de duurdere behandelingen vergoedt? Er is over deze problematiek in de afgelopen tijd veel gepolemiseerd door onder andere Eijkman, Boer en Hupkes in diverse edities van NRC/Handelsblad. Er is ook gewezen op de noodzaak tot het instellen van onderzoek op dit gebied.

In dit artikel zal worden getracht de invloed van het verzekeringstype nader te analyseren. Vanuit een in 1976 ingesteld onderzoek zal worden nagegaan of er tussen de drie genoemde groepen verzekerden verschillen bestaan met betrekking tot de gebitstoestand, de behandelingstoestand van het gebit, de leeftijd waarop een gebitsprothese werd verkregen, het krijgen van orthodontische hulp, het bezoeken van de tandarts, het gedrag van de tandarts, enkele aspecten van de praktijkorganisatie, de kennis van tandheelkundige mogelijkheden en de belangstelling voor het gebit.

Methode van onderzoek

In het voorjaar van 1976 werd in Leeuwarden een gecombineerd tandheelkundig en sociaal-wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd. Ruim zeshonderd 14- en 15-jarige scholieren werden uitgenodigd om deel te nemen aan een gebitsonderzoek, terwijl hen tevens werd verzocht een vragenlijst in te vullen. Deze groep scholieren werd aselect getrokken uit de populatie van alle in 1961 geboren Leeuwarder scholieren, die geregistreerd waren bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst. Het gebitsonderzoek werd uitgevoerd door de werkgroep Tand- en Mondziekten van de Gezondheidsorganisatie T.N.O., waarbij de gebruikelijke indices werden gehanteerd (Pot et al., 1979). Het sociaal-wetenschappelijk deel van het onderzoek^{*} werd uitgevoerd door de afdeling Medische Sociologie van de rijksuniversiteit te Groningen en bestond uit een enquête onder de scholieren en het interviewen van de moeders van de betrokkenen. Gevraagd werd naar houdingen, kennis en gedrag op het gebied van tandheelkundige zaken. De respons was erg hoog: van de scholieren nam 95% aan het onderzoek deel, terwijl bij de moeders een respons van 94% werd verkregen. Aan de moeders werd naar de aard van de ziektekostenverzekering gevraagd.

De drie groepen die hierbij konden worden onderscheiden (ziekenfonds, particulier, IZA/IZR) zullen in dit artikel nader worden vergeleken. Omdat deze drie verzekeringsgroepen ook van elkaar zullen afwijken op variabelen als opleiding en inkomen zal, door middel van partiële correlaties, voor de invloed van deze 'interveniërende variabelen' worden gecorrigeerd. Omdat ziekenfondsverzekerden en particulieren in feite per definitie van elkaar afwijken wat het inkomen betreft – wel of niet boven de ziekenfondsgrens – is het niet zinvol om deze twee groepen met elkaar te vergelijken. Daarom zullen steeds de IZA/IZR-verzekerden met de ziekenfondsverzekerden worden vergeleken en de IZA/IZR-verzekerden met de particulieren. Bij de vorm van ziektekostenverzekering is de volgende codering toegepast: ziekenfonds 1, IZA/IZR 2, particulier 3.

Bij de berekening van de correlaties zal verder nog gecorrigeerd worden voor de invloed van de variabele leeftijd.

Resultaten

De ziektekostenverzekering

Er bleken 318 respondenten verplicht of vrijwillig bij een ziekenfonds te zijn verzekerd, 159 waren niet verzekerd (particulieren) en 59 respondenten zaten in de IZA/

^{*} Dit omvat beperkte tandheelkunde volgens systematisch rationele beginselen: het weg nemen van pijnklachten, het verwijderen van elementen die niet behouden zullen worden, het verwijderen van tandsteen en het geven van instructie over mondverzorging en mondreiniging, conserverende behandeling met eenvoudige middelen, praktische hulp gericht op herstel van de kauwfunctie.

^{*} Voor dit onderzoek werd financiële steun verleend door de Gezondheidsorganisatie T.N.O.

IZR-groep. Van de ziekenfondsverzekerden was 88% de laatste vijftien jaar op deze manier verzekerd; bij de andere twee groepen waren deze percentages respectievelijk 68 en 63.

Het verzekeringstype en de gebitstoestand van de ouders

Bij de moeders van de onderzochte scholieren kon worden vastgesteld dat 33% nog een eigen gebit bezat, dat 7% één of twee partiële prothesen had, dat 15% een volle boven- of onderprothese droeg en 45% een volledige prothese. De gebitstoestand van hun echtgenoten bleek hiervan niet veel af te wijken: van de vaders bezat 36% nog een eigen gebit, had 8% één of twee partiële prothesen, had 12% of boven of onder een volle prothese en bezat 44% een volledige prothese.

Deze vierdeling is gehanteerd als uitgangspunt voor de vergelijking van de gebitstoestand van de typen verzekerden. De codering loopt van 4 voor het eigen gebit naar 1 voor een volledige prothese.

Een meer uitgebreide operationalisatie van de gebitstoestand (aantal aanwezige elementen, meer of minder ingewikkelde restauraties) kon bij het onderzoek niet worden verwerkt. Hoewel dit meer informatie zou hebben opgeleverd, is het aannemelijk dat met behulp van de vermelde eenvoudige gebitsgegevens eveneens een invloed van het verzekeringstype op de gebitstoestand zou kunnen worden gevonden. Het aanbrengen van bijvoorbeeld kronen en bruggen leidt uiteindelijk ook tot uitstel van het dragen van een prothese.

Worden er nu belangrijke verschillen in gebitstoestand gevonden als de drie typen verzekerden met elkaar worden vergeleken? Om dit na te gaan is de gebitstoestand van de IZA/IZR-groep beurtelings vergeleken met die van de ziekenfondsverzekerden en de particulieren. Daarbij moest worden nagegaan of de gemiddelde leeftijd van de drie groepen verzekerden significant van elkaar afweek; dit bleek niet het geval te zijn.

Tabel I geeft de gevonden correlaties weer.

Het blijkt dat er niet gesproken kan worden van belangrijke verschillen. Bij de moeders bezaten degenen, die via het IZA/IZR waren verzekerd significant vaker nog het

Tabel II. De correlaties tussen het verzekeringstype en drie gebitsgezondheids-indices van de kinderen, met en zonder constant houden van de variabelen opleiding van de moeder en gezinsinkomen.

controle variabelen	IZA/IZR-ziekenfonds (n = 94)			IZA/IZR-particulier (n = 89)		
	D-S	F-S	$\frac{F-S}{DF-S}$	D-S	F-S	$\frac{F-S}{DF-S}$
geen	.00	.04	.06	-.11	-.12	-.03
opleiding	.00	.04	.06	-.11	-.08	.00
inkomen	.02	.05	.06	-.11	-.08	-.04
opl. + ink.	.02	.05	.06	-.11	-.07	-.04

eigen gebit en minder vaak een prothese dan de moeders, die bij het ziekenfonds waren verzekerd.

Maar de aanvankelijk gevonden significante samenhang wordt minder als de invloed van de variabelen opleiding en inkomen wordt uitgeschakeld. Vooral de opleiding blijkt te bepalen dat IZA/IZR-verzekerden vaker nog het eigen gebit bezaten en niet zo zeer het verzekeringstype. Een zelfde tendens wordt gevonden bij de vaders: de toch al lage correlatie tussen de gebitstoestand en IZA/IZR-ziekenfonds wordt nog lager als opleiding en inkomen constant worden gehouden.

Bij de vergelijking van de IZA/IZR-verzekerden met de groep particulieren worden in het geheel geen significante correlaties gevonden. Concluderend kan worden gesteld dat bij deze categorie ouders erg weinig van de verschillen in gebitstoestand worden verklaard door het type verzekering der betrokkenen.

Het verzekeringstype en de gebitsgezondheid van de scholieren

Bij de scholieren werd een tandheelkundig onderzoek verricht, waardoor allerlei kenmerken van de gebitsgezondheid konden worden bepaald; zij kunnen worden gerelateerd aan het type verzekering van de scholieren. Het zou echter onjuist zijn deze analyse uit te voeren voor de totale groep scholieren. Uit alle drie groepen verzekerden hebben immers scholieren deelgenomen aan de schooltandverzorging en voor deze deelnemers heeft daardoor geen verschil in verzekering voor tandheelkundige hulp bestaan. Een analyse is daarom alleen zinvol als de groep scholieren wordt beke-

ken die tijdens de lagere schoolperiode en daarna regelmatig de huistandarts heeft bezocht. Zijn er binnen deze groep verschillen in gebitsgezondheid als de drie typen verzekerden met elkaar worden vergeleken? Hiertoe is nagegaan of er verschillen bestaan in het aantal carieuze vlakken (D-S) en het aantal gevulde vlakken (F-S). Ook wordt onderzocht of er een samenhang bestaat tussen type verzekering en de behandelingstoestand van het gebit van de scholieren: het aantal gevulde vlakken gedeeld door het aantal ongevulde en gevulde carieuze vlakken te zamen (F-S/DF-S). Het aantal ontbrekende elementen was te gering om in de analyse te betrekken.

Tabel II geeft de gewone en partiële correlaties tussen het verzekeringstype en de drie aspecten van de gebitstoestand weer.

Er wordt nergens een significante correlatie gevonden. Daaruit blijkt dat bij deze leeftijdsgroep het type verzekering niet van invloed is op deze aspecten van de gebitsgezondheid.

Het verzekeringstype en het tandartsbezoek

In de inleiding werd gesteld dat er verschillen bestaan in financiële gevolgen voor de drie groepen verzekerden bij het inroepen van tandheelkundige hulp. Zijn deze situaties nu van invloed op de regelmaat van het tandartsbezoek?

Van de kinderen bleek 90% ieder halfjaar naar de tandarts te gaan, terwijl 10% minder regelmatig of niet ging. Onderverdeeld naar het type verzekering werden geen grote verschillen gevonden. Respectievelijk bezocht 91% van de ziekenfondsverzekerden, 92% van de IZA/IZR-groep en 88% van de particulieren ieder halfjaar de tandarts. Omdat deze verschillen gering waren werd geen verdere analyse uitgevoerd.

Van de moeders van de scholieren had 33% nog een eigen gebit; hiervan ging 78% ieder halfjaar naar de tandarts. Een onderverdeling naar het type verzekering bracht nu wel opvallende verschillen naar voren: 71% van de ziekenfondsverzekerden met een eigen gebit bezocht ieder halfjaar de tandarts, terwijl dit bij 90% van de IZA/IZR-verzekerden en 82% van de particulieren het geval was.

Tabel I. De correlaties tussen het verzekeringstype en de gebitstoestand van de moeders en de vaders, met en zonder constant houden van de variabelen leeftijd, hun respectievelijke opleiding en gezinsinkomen.

controle variabelen	IZA/IZR-ziekenfonds		IZA/IZR-particulier	
	mo. (n = 377)	va. (n = 339)	mo. (n = 218)	va. (n = 209)
geen	.10 (p<.05)	.09	.12	-.01
leeftijd	.10 (p<.05)	.10	.12	.00
opleiding	.04	.02	.09	-.05
inkomen	.06	.05	.08	-.08
leeft. + opl. + ink.	.04	.02	.08	-.07

Er zijn weer correlaties berekend en er is nagegaan wat de invloed is van de variabelen opleiding en inkomen. Daarbij werd het tandartsbezoek gecodeerd van 5 (regelmatig ieder halfjaar) tot 1 (nooit). In tabel III zijn de gevonden correlaties weergegeven.

Hieruit blijkt dat IZA/IZR-verzekerden vaker naar de tandarts gaan dan ziekenfondsverzekerden. Vooral het inkomen is van invloed op dit verband: IZA/IZR-verzekerden met een hoger inkomen gaan meer naar de tandarts. Bij een zelfde inkomen is er namelijk geen significante correlatie meer tussen het verzekeringstype en het tandartsbezoek.

Het verzekeringstype en het krijgen van orthodontische hulp

Zoals werd aangetoond was er bij de kinderen geen belangrijk verschil in de mate waarin de drie groepen verzekerden de tandarts bezochten. Een andere vraag is of er een samenhang is tussen type verzekering en het gebruik maken van orthodontische hulp. Het is duidelijk dat een orthodontische behandeling voor particulieren aanzienlijke financiële uitgaven met zich meebrengt terwijl voor IZA/IZR-verzekerden de restitutieregeling geldt. Bij ziekenfondsverzekerden is de ernst van de afwijking van invloed op de hoogte van het bedrag dat men uit eigen middelen zal moeten bijdragen aan de behandeling.

Er werd aan de moeders van de scholieren gevraagd of het kind, dat aan het tandheelkundig onderzoek had deelgenomen, een beugel had gedragen. Bij bijna een kwart (23%) was dit het geval. Er werd ook de vraag gesteld of één van haar kinderen wel eens een beugel had gedragen. Hierop antwoordde 41% van de moeders bevestigend. Deze tweede vraag werd genomen als het uitgangspunt voor de vergelijking van de typen verzekerden. Omdat de gezinsgrootte dit verband kan beïnvloeden was het noodzakelijk na te gaan of er een samenhang bestond tussen de gezinsgrootte en de factoren ziektekostenverzekering, inkomen en opleiding. Verificatie hiervan, met behulp van correlaties en kruistabellen, bracht geen verschillen aan het licht. Tabel IV geeft weer in hoeverre er bij de drie groepen gebruik gemaakt is van orthodontische hulp.

*¹) Bij deze berekening is, vanwege het dichotome karakter van de variabelen, gebruik gemaakt van een log-lineair model voor de analyse van multivariatiefrequentietabellen. Deze analyse is uitgebreid beschreven door A. Boomsma in het artikel: Ongelijkheid bij orthodontische hulp; een analyse met log-lineaire modellen. Mens en Maatschappij, 2, 172-195 (1978).

Tabel III. De correlaties tussen het verzekeringstype en het tandartsbezoek van de moeders, met en zonder constant houden van de variabelen opleiding en gezinsinkomen.

controle variabelen	IZA/IZR-ziekenfonds (n = 99)	IZA/IZR-particulier (n = 99)
geen	.20 (p < .05)	-.05
opleiding	.19	-.07
inkomen	.10	-.07
opl. + ink.	.11	-.08

Er blijken duidelijke verschillen te bestaan in de mate waarin de drie groepen orthodontische hulp hebben gehad. Bij de ziekenfondsverzekerden is dit voor ongeveer een derde gedeelte het geval, terwijl dit bij de groep particulieren meer dan de helft is. Ook hier is weer nagegaan wat de invloed is van de factoren opleiding en inkomen.*¹) Uit deze analyse kan duidelijk worden gesignaleerd dat met name het inkomensniveau van de betrokkenen van invloed is op het wel of niet krijgen van orthodontische hulp; tabel V geeft de percentages verleende orthodontische hulp per inkomenscategorie weer.

Het blijkt dat er met het stijgen van het inkomen in toenemende mate van orthodontische hulp gebruik wordt gemaakt; er kan daarom worden geconcludeerd dat het inkomen een belangrijke factor is bij dit aspect van de tandheelkundige hulpverlening. In de lagere inkomenscategorieën zitten vooral de ziekenfondsverzekerden, die slechts een deel van de kosten voor orthodontische hulp zelf hoeven te betalen. In de hogere inkomenscategorieën (particulieren) vergt deze hulp veel hogere uitgaven. Maar nu blijkt dat er juist in deze hogere inkomenscategorieën vaker toe over wordt gegaan om deze uitgaven te doen. Het is denkbaar dan men meer geld over

heeft voor behandeling die vooral het esthetische aspect van het gebit bevorderen. Er kunnen echter ook andere factoren een rol spelen. Tandartsen kunnen bij het beoordelen van de noodzaak, wenselijkheid en het rendement van orthodontische behandelingen verschillen maken tussen diverse (milieu-)groepen. Zo maakt bijvoorbeeld een slechte mondhygiëne een orthodontische behandeling riskanter, en een slechte toestand van het gebit maakt het rendement meer twijfelachtig. Deze factoren, mondhygiëne en gebitstoestand, zijn ook weer niet gelijkmatig verdeeld over de hierboven beschreven opleidings- en inkomenscategorieën.

Het is niet duidelijk in hoeverre of en in welke mate deze overwegingen een rol spelen. Het is echter moeilijk om aan de hand van dit onderzoeksmateriaal juiste verklaringen te geven voor de gevonden verschillen.

Het verzekeringstype en het communicatieve optreden van de tandarts.

Een van de onderwerpen, waarover in het onderzoek in Leeuwarden informatie werd verkregen, was het optreden van de 33 tandartsen bij wie de respondenten patiënt waren.

De meest betrouwbare informatie zou hier-

Tabel IV. De samenhang tussen het verzekeringstype en het krijgen van orthodontische hulp.

Verzekeringstype	Orthodontische hulp		n
	ja	neen	
Ziekenfonds	34%	66%	316
IZA/IZR	47%	53%	59
Particulier	53%	47%	159
	n		534

($\chi^2 = 18.48$; df = 2; p < .00)

Tabel V. Orthodontische hulp naar inkomenscategorie.

Inkomenscategorie	Orthodontische hulp		n
	ja	neen	
≤ f 1200	26%	74%	101
f 1201-1400	35%	65%	66
f 1401-1600	38%	62%	79
f 1601-2000	40%	60%	104
f 2001-2500	47%	53%	87
> f 2500	59%	41%	97
	n		534

($\chi^2 = 25.07$; df = 5; p < .00)

over kunnen worden verkregen als objectieve beoordelaars dit optreden, onopgemerkt door de beoordeelden, zouden waarden. Aangezien deze procedure moeilijk uitvoerbaar is, is men veelal aangewezen op de beoordeling die patiënten zelf van dit optreden geven. Zo is (Cassee, 1973) het optreden van huisartsen gemeten door aan een steekproef uit de Utrechtse bevolking allerlei uitspraken voor te leggen over hun huisarts. Duidelijk is dat het dan gaat om het 'gepercipieerde' optreden: het optreden zoals dat door de patiënt wordt waargenomen.

In dit onderzoek zijn aan de moeders en kinderen, die een 'eigen' tandarts hadden (resp. 60% en 94%), uitspraken voorgelegd over het optreden van hun tandarts. Er werd daarbij verzocht aan te geven of de tandarts dit optreden altijd, vaak, soms, zelfden of nooit vertoonde. Drie uitspraken, die aan beide groepen werden voorgelegd en een hoge onderlinge correlatie vertoonden, zijn hier gebruikt om na te gaan of er verschillen bestonden tussen de drie typen verzekerden.

Het betreft hier de volgende uitspraken, die betrekking hebben op het communicatieve aspect van de tandarts-patiëntrelatie:

- Mijn tandarts stelt je op je gemak.
- Mijn tandarts is erg geduldig wanneer hij je behandelt.
- Mijn tandarts is nogal kortaf tegen je.

In tabel VI zijn de antwoordpercentages op deze uitspraken weergegeven.

Bestaan er nu verschillen in beoordeling van dit communicatieve optreden van de tandarts indien de drie typen verzekerden met elkaar worden vergeleken? Om dit na te gaan werden per uitspraak scores toegekend, waarbij de meest gunstige beoordeling steeds 5 punten kreeg (b.v. 'mijn tandarts stelt je altijd op je gemak') en de meest ongunstige beoordeling 1 punt (b.v. 'mijn tandarts is altijd kortaf tegen je'). Per respondent werd dus een totaalscore toegekend die kon liggen tussen 15 (erg gunstig) en 3 (erg ongunstig) punten. Er is afzonderlijk voor de moeders en de kinderen nagegaan of er een samenhang bestond tussen het type verzekering en het communicatieve optreden van de tandarts (tabel VII).

De correlaties zijn zeer laag en nergens significant. Als ervan uit wordt gegaan dat het 'gepercipieerde' optreden van de tandarts goed overeen komt met het werkelijke optreden, moet worden geconcludeerd dat tandartsen de drie typen verzekerden in vrijwel dezelfde mate op hun gemak stellen, dat zij bij alle drie bij een behandeling even geduldig zijn en dat zij even weinig kortaf zijn. Er zijn dus aanwijzingen dat het voor een tandarts niet uitmaakt hoe een patiënt is verzekerd en welke vergoeding hij ontvangt.

Tabel VI. De beoordeling door de moeders en de kinderen van het communicatieve optreden van de tandarts.

	stelt op gemak		is geduldig		is kortaf	
	mo.	ki.	mo.	ki.	mo.	ki.
altijd	58%	36%	71%	48%	6%	4%
vaak	17%	24%	16%	32%	4%	5%
soms	11%	21%	6%	9%	11%	15%
zelden	6%	9%	4%	4%	16%	21%
nooit	8%	9%*)	3%	6%	63%	55%

*) Door afrondingsverschijnselen niet altijd 100%, dit komt ook verderop voor.

Tabel VII. De correlaties tussen het verzekeringstype en het communicatieve optreden van de tandarts bij de moeders en de kinderen, met en zonder constant houden van de variabelen leeftijd (alleen bij de moeders), opleiding van de moeder en gezinsinkomen.

controle variabelen	IZA/ZR-ziekenfonds		IZA/IZR-particulier	
	mo. (n = 203)	ki. (n = 343)	mo. (n = 154)	ki. (n = 205)
geen	-.02	-.03	.04	-.02
leeftijd	-.02		.04	
opleiding	-.02	-.01	.02	-.01
inkomen	-.04	-.02	.02	-.01
(leeft.) + opl. + ink.	-.04	-.01	.01	.00

Het verzekeringstype en het informatieve optreden van de tandarts.

Naast de hierboven genoemde uitspraken over het communicatieve optreden van de tandartsen, werd in de interviews bij de moeders van de scholieren nog een vraag gesteld over de mate waarin de tandarts hen informatie verstrekt. Het betreft de vraag:

- Geeft uw tandarts u wel eens voorlichting over zaken betreffende het gebit?

Het antwoord van de moeders op deze vraag is weergegeven in tabel VIII.

Tabel VIII. De beoordeling van het informatieve optreden van de tandarts door de moeders.

	geeft wel eens voorlichting
altijd	0%
vaak	15%
soms	22%
zelden	7%
nooit	56%

Bestaan er, wat de beantwoording van deze vraag betreft, verschillen tussen de drie

groepen verzekerden? Tabel IX geeft de gevonden correlaties weer.

Geen enkele correlatie is zo hoog dat dit leidt tot de conclusie dat tandartsen in verschillende mate informatie geven aan de drie groepen verzekerden.

Het verzekeringstype en enkele aspecten van de praktijkorganisatie.

Naast de vragen over de tandarts zelf zijn aan de moeders met een eigen tandarts ook vragen voorgelegd over de praktijkorganisatie van hun tandarts. Er zal hier op de antwoorden van de respondenten worden ingegaan, terwijl tevens weer zal worden aangegeven of er verschillen bestaan tussen de drie type verzekerden. De gegevens hebben betrekking op 321 moeders met een eigen tandarts.

Afspraakspreekuur of vrij spreekuur

Aan de moeders is de vraag voorgelegd of ze, als ze voor controle naar hun tandarts gingen, een afspraak maakten of het

Tabel IX. De correlaties tussen het verzekeringstype en het informatieve optreden van de tandarts bij de moeders, met en zonder constant houden van de variabelen leeftijd, opleiding en gezinsinkomen.

controle variabelen	IZA/IZR-ziekenfonds (n = 205)	IZA/IZR-particulier (n = 155)
	vraag b	vraag b
geen	-.03	-.10
leeftijd	-.03	-.09
opleiding	.01	-.08
inkomen	-.01	-.10
leeft. + opl. + ink.	.01	-.09

spreekuur bezochten. Het bleek dat 48% een afspraak maakte en 52% het spreekuur bezocht. Als de drie groepen verzekerden worden vergeleken blijken er aanzienlijke verschillen te bestaan in dit aspect van de praktijkorganisatie: van de ziekenfondsverzekerden maakte 32% een afspraak, van de IZA/IZR-verzekerden 62% en van de particulieren 65%.

Tijd tussen het maken van een afspraak en de behandeling

Aan degenen die met hun tandarts een afspraak maakten werd gevraagd hoe lang het meestal duurde voordat ze bij hun tandarts terecht konden. 21% van de respondenten antwoordde dat dit enkele dagen duurde, bij eveneens 21% duurde het ongeveer een week, bij 43% enkele weken en bij 15% enkele maanden.

Er zijn correlaties berekend tussen het type verzekering en het antwoord op deze vraag. Hieruit blijkt dat de periode tussen het maken van een afspraak en de behandeling bij IZA/IZR-verzekerden langer is dan bij de ziekenfondsverzekerden.

Wachttijd op het spreekuur

159 respondenten gingen, als ze voor controle naar de tandarts wilden, naar het spreekuur. Aan hen is gevraagd hoelang ze gemiddeld op het spreekuur zaten voordat ze werden geroepen. De antwoorden waren als volgt: minder dan 15 minuten: 7%; 16-30 minuten: 30%; 31-60 minuten 33%; meer dan 60 minuten: 31%.

Er waren geen belangrijke verschillen naar het type verzekering. Ook aan de 148 respondenten die een afspraak maakten werd gevraagd of ze op tijd werden geroepen of dat men nog een tijd in de wachtkamer moest blijven. 81% antwoordde meestal op tijd te worden geroepen, 13% werd meestal na meer dan een kwartier geroepen, 3% na meer dan een half uur en 2% na meer dan een uur.

Ook hier werden geen belangrijke verschillen naar het type verzekering gevonden.

De bereikbaarheid van de tandarts bij spoedgevallen

De volgende vraag werd gesteld: 'Kunt u als het dringend nodig is bij uw tandarts terecht of gaat dat moeilijk?' 90 respondenten antwoorden hierop met geen ervaring/weet niet, terwijl 1 respondent geen antwoord gaf. Van de overige 230 respondenten antwoordde 60% 'gaat erg gemakkelijk'; 30% 'gaat nogal gemakkelijk'; 4% 'gaat nogal moeilijk' en 7% 'gaat erg moeilijk'. Een vergelijking van de drie groepen verzekerden leverde geen verschillen op.

Het sturen van een oproep

Van de respondenten met een eigen tandarts gaf 35% aan dat hun tandarts een berichtje stuurde als ze voor controle moesten komen. Van de ziekenfondsverzekerden kreeg 18% een oproep, van de IZA/IZR-groep 66% en van de groep particulieren 47%.

Het verzekeringstype en de kennis van tandheelkundige zaken

In de inleiding is gesteld dat er per type verzekering grote verschillen bestaan in de faciliteiten op het gebied van de tandheelkundige hulp. Terwijl de ziekenfondsverzekerden een beperkt tandheelkundig pakket 'gratis' verleend krijgen, maar duurere ingrepen als kronen en bruggen zelf moeten betalen, krijgen IZA/IZR-verzekerden ook van deze meer kostbare behandelingen een groot deel terug. Particulieren zullen alle kosten veelal volledig voor eigen rekening moeten nemen.

Brengt deze regeling ook verschillen met zich mee ten aanzien van de kennis die betrokkenen hebben van tandheelkundige zaken? Zijn patiënten met een ruimer verzekeringspakket, door een mogelijk meer informatief optreden van hun tandarts, bijvoorbeeld beter georiënteerd op het gebied van de tandheelkundige mogelijkheden?

In het onderzoek werden aan de moeders van de scholieren allerlei kennisvragen voorgelegd. Twee hiervan, die de kennis van tandheelkundige mogelijkheden meten, zijn nader geanalyseerd:

– Een kroon is een kunstkie die een getrokken kies vervangt.

– Als een kies bijna volledig uit vulling bestaat en deze vulling brokkelt steeds af, dan blijft er voor de tandarts maar een ding over: trekken.

De respondenten konden antwoorden met 'juist', 'onjuist' en 'weet niet'. De antwoordpercentages zijn weergegeven in tabel X.

Beide vragen hebben betrekking op het bestaan van de mogelijkheid om een kroon aan te brengen. Iets meer dan de helft van de respondenten wist dat een kroon niet een getrokken kies vervangt, terwijl de tweede vraag een nog duidelijker aanwij-

Tabel X. De kennis der moeders van tandheelkundige mogelijkheden.

	kroon is kunstkie	trekken is noodzakelijk
onjuist	56%	28%
weet niet	21%	8%
juist	23%	65%

zing geeft, dat men slechts ten dele op de hoogte was van de mogelijkheden van de tandarts.

Om na te gaan of bepaalde typen verzekerden vaker het juiste antwoord geven zijn er per vraag scores toegekend, waarbij het antwoord 'onjuist' 3 punten kreeg, het antwoord 'weet niet' 2 punten en het antwoord 'juist' 1 punt. De scores lopen van 6 tot 2, naarmate men meer kennis had werd een hogere score verkregen. In tabel XI worden de correlaties tussen het verzekeringstype en kennis weergegeven.

De correlaties zijn ook hier weer erg laag en nergens significant. Hoewel er een tendens is in de richting van meer kennis bij de groep IZA/IZR-verzekerden, als deze worden vergeleken met ziekenfondsverzekerden, blijkt dat dit verschil niet wordt veroorzaakt door het verzekeringstype. Als de invloed van de variabelen opleiding en inkomen wordt uitgeschakeld zijn er nauwelijks nog verschillen.

Bij de vergelijking IZA/IZR-particulieren gaat de samenhang in de richting van meer kennis bij particulieren, maar ook hier worden de correlaties weer lager als de invloed van opleiding en inkomen wordt uitgeschakeld.

Het verzekeringstype en de belangrijkheid van het gebit

In de vragenlijsten is op diverse manieren getracht informatie te verkrijgen over het belang dat men aan het bezit van een eigen gebit hechtte. Eén van de gebruikte methoden bestond uit het voorleggen van een lijst aan de respondenten, waarin van diverse onderwerpen (een goede baan, diploma's halen, een goed gebit houden, etc.) werd gevraagd hoe belangrijk dit werd gevon-

Tabel XI. De correlaties tussen het verzekeringstype en kennis van de moeders met en zonder constant houden van de variabelen leeftijd, opleiding en gezinsinkomen.

controle variabelen	IZA/IZR-ziekenfonds (n = 375)	IZA/IZR-particulier (n = 218)
geen	.09	.10
leeftijd	.09	.10
opleiding	.02	.06
inkomen	.01	.04
leeft. + opl. + ink.	.03	.04

den; aan de moeders werd gevraagd aan te geven hoe belangrijk zij deze dingen vonden voor hun kind(eren). Tabel XII geeft de antwoordpercentages weer.

Tabel XII. De beoordeling door de moeders en de kinderen van de belangrijkheid van het behouden van een goed gebit.

	belangrijkheid goed gebit	
	mo.	ki.
heel erg belangrijk	70%	45%
erg belangrijk	24%	38%
toch wel belangrijk	5%	15%
niet zo belangrijk	1%	2%

Het is opvallend dat de moeders het belang van een goed gebit hoger waardeerden dan hun kinderen.

Het is mogelijk dat het type verzekering van invloed is op de belangrijkheid welke men toeschrijft aan een goed gebit. De vraag kan worden gesteld of het behoud van een eigen gebit belangrijker wordt gevonden als het verzekeringstype ruime mogelijkheden biedt om tandheelkundige hulp verleend te krijgen. Om dit na te gaan zijn aan de respondenten weer scores toegekend aan de hand van de antwoorden op de bovengenoemde vraag. Naarmate het gebit belangrijker werd gevonden werd een hogere score toegekend. Tabel XIII geeft de correlaties weer die werden gevonden.

Bij de moeders wordt geen enkele significante samenhang gevonden. Bij de kinderen wordt bij de vergelijking van de IZA/IZR-groep met de ziekenfondsverzekerden wel een significant verschil gevonden: IZA/IZR-verzekerden vonden het behoud van een goed gebit minder belangrijk. Dit verband blijft bestaan als opleiding en inkomen constant worden gehouden.

Discussie

Tussen de patiënten die een tandarts krijgt te behandelen bestaan grote verschillen. Zo zijn sommigen sterk gemotiveerd om het eigen gebit te behouden, terwijl anderen minder gemoti-

Tabel XIII. De correlaties tussen het verzekeringstype en de belangrijkheid van een goed gebit bij de moeders en de kinderen, met en zonder constant houden van de variabelen leeftijd (alleen bij de moeders), opleiding en gezinsinkomen.

controle variabelen	IZA/IZR-ziekenfonds		IZA/IZR-particulier	
	mo. (n = 376)	ki. (n = 369)	mo. (n = 218)	ki. (n = 216)
geen	-.04	-.10 (p<.05)	-.04	.03
leeftijd	-.04		-.04	
opleiding	-.06	-.11 (0<.05)	-.04	.01
inkomen	-.07	-.09	-.05	.00
(leeft.) + opl. + ink.	-.07	-.10 (p<.05)	-.05	-.01

veerd zijn; ook is er bijvoorbeeld een grote variatie in de kennis die patiënten hebben van tandheelkundige zaken. Een belangrijk verschil bestaat er ook op het punt van de betalings- en verzekeringswijze. Dit laatste hangt bovendien weer samen met de sociaal-culturele achtergrond van de betrokkenen en dus ook weer met hun opvattingen en kennis.

De vraag in hoeverre het betalings- en verzekeringsstelsel van invloed is op diverse aspecten van de tandheelkunde is nog maar weinig onderzocht; in dit artikel wordt daartoe een aanzet gegeven. Bij de beantwoording van deze vraag kan echter niet worden voorbijgegaan aan de hierboven gesignaleerde samenhang tussen type verzekering en de sociaal-culturele achtergrond van patiënten. Bij de analyse van onze gegevens is hier dan ook rekening mee gehouden.

Beïnvloedt het type verzekering nu de werkwijze van de tandarts? Het is onmiskenbaar dat niet iedereen in ons land even gemakkelijk tandheelkundige hulp kan krijgen en dat het type verzekering hierbij een rol speelt.

Onze gegevens wijzen ook op een verschil in enkele aspecten van de praktijkorganisatie (ziekenfondsverzekerden hebben vaker een vrij spreekuur; IZA/IZR-verzekerden krijgen vaker een oproep). Maar er kan echter geenszins worden geconcludeerd dat tandartsen zich in de behandelingssituatie anders zouden opstellen ten opzichte van patiënten uit deze verzekeringsgroepen. Blijkbaar heeft de tandarts in zijn praktijkuitoefening een vast patroon van werken ontwikkeld en wordt hij niet beïnvloed door de wijze waarop een patiënt is verzekerd.

Een andere belangrijke vraag is in hoeverre de patiënt zelf, in de beslissingen

die hij neemt, wordt beïnvloed door het type verzekering. Zijn er bijvoorbeeld aanwijzingen te geven dat een 'ruime' verzekering - zoals de IZA/IZR - er toe leidt dat men langer het eigen gebit behoudt?

Ook dit blijkt niet het geval te zijn. Wanneer de gebitstoestand van de moeders wordt vergeleken worden de volgende percentages vrouwen met een volledige prothese gevonden: van de ziekenfondsverzekerden 52%, van de IZA/IZR-verzekerden 41% en van de groep particulieren 32% (de gemiddelde leeftijd van de drie groepen loopt niet significant uiteen).

Ondanks het feit dat particulieren alle kosten voor tandheelkundige hulp zelf moeten betalen en de IZA/IZR-groep een erg gunstige verzekering heeft komt bij de laatste groep toch meer gebitsverlies voor.

Het is duidelijk dat hier andere factoren dan het verzekeringstype een belangrijke rol spelen. Deze factoren moeten vooral worden gezocht in de sociaal-culturele achtergrond van de betrokkenen. Dit is een belangrijk gegeven omdat daarmee wordt geconstateerd dat een uitbreiding van het verzekeringsstelsel op zichzelf niet voldoende is om tot een betere gebitsgezondheid van de bevolking te komen. Opvallend is de bevinding dat er grote verschillen bestaan in de mate waarin er gebruik wordt gemaakt van orthodontische hulp. Het gegeven dat bij deze vorm van hulp het inkomen van de ouders een belangrijke rol speelt werpt vraagtekens op. Een nadere uitdieping van dit probleem zou zeker op zijn plaats zijn.

Summary:

Title: The influence of the type of insurance on dental health, on the dentist's attitude and on some other variables.

A combined dental and socio scientific investigation was carried out in April 1976 on approximately 600 14-15 year old school children and their mothers. In this study we have checked to see whether the type of insurance has any bearing on the many aspects of dental health care received by the patient; those who are insured in the Ziekenfonds, those in the IZA/IZR system and private patients.

The differences in dental health of the parents were not related to their respective types of insurance. There also were no significant relationships between either the type of insurance and the dental health of the children, or the type of insurance and the number of visits for dental treatment per year.

There were however marked differences to orthodontic care. Children in the private sector and those insured in the IZA/IZR system made much more use of orthodontic care than children insured in the Ziekenfonds. Further analysis proved that there was a strong relationship between the parents income and requests for orthodontic care.

There were no significant relationships between the type of insurance and the behaviour of the dentist, although some aspects of the practice organisation were related to the type of insurance.

The type of insurance was slightly related to the degree of knowledge about the types of dental care available. This was however, just as the importance attached to the possession of a natural dentition, not very impressive.

EEN SURVEY-ONDERZOEK*) NAAR ATTITUDEN EN GEDRAG TEN AANZIEN VAN DE TANDHEELKUNDIGE GEZONDHEID EN DE GEZONDHEIDSZORG

I. ERVARINGEN MET DE TANDHEELKUNDIGE DIENSTVERLENING

C. J. MAAS-DE WAAL, sociaal psycholoog
M. A. J. VAN GROENESTIJN, socioloog
P. A. MILEMAN B.D.S.
J. N. SWALLOW M.D.S.

*Uit de Subfaculteit Tandheelkunde
van de Universiteit van Amsterdam.*

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Gedragwetenschappen – Gezondheidszorg

Inleiding

Uit de beperkte hoeveelheid onderzoeksgegevens die in Nederland over het tandartsbezoek beschikbaar zijn, komt naar voren dat een groot gedeelte van de bevolking niet regelmatig een tandarts bezoekt (Bast, 1973; Consumentenbond, 1973; Ziekenfondsraad, 1974; Pilot en Sheiham, 1977). Een tweede gegeven is dat het tandartsbezoek tussen verschillende bevolkingsgroepen sterk uiteenloopt (Carpay en Lapré, 1974). Niet alleen voor de theorievorming op het terrein van de gezondheidszorg maar ook voor de planning van toekomstig beleid is er behoefte aan onderzoek dat inzicht kan geven in de achtergronden van de regelmaat van het tandartsbezoek.

In een tweetal artikelen zal verslag worden gedaan van een sociaal-tandheelkundig survey-onderzoek dat gehouden werd onder de bevolking van de Jordaan in Amsterdam, alvorens

hier een experimentele tandheelkundige kliniek werd gevestigd. De gegevens die verzameld werden, betreffen zowel tandheelkundige gegevens van de onderzoeksgroep als gegevens over het tandartsbezoek en de houding ten opzichte van tandheelkundige gezondheid en de gezondheidszorg. Deze gegevens kunnen in een later stadium bruikbaar zijn voor een evaluatie-onderzoek naar het effect van de uitbreiding van het aanbod van tandheelkundige hulp in deze vastomschreven populatie.*)

In dit eerste artikel wordt met name ingegaan op de subjectieve ervaringen van de ondervraagden met de tandheelkundige gezondheidszorg. In het tweede artikel wordt aandacht besteed aan de attituden ten aanzien van tandheelkundige gezondheid.

Probleemstelling en theoretisch kader

In onderzoek naar het gebruik van de medische dienstverlening worden ver-

Literatuur:

1. Cassee, E. Th. (1973): Naar de dokter. Uitgeverij Boom, Meppel.
2. Pot, Tj. Theuns, H. M., Tijmstra, Tj. (1979): Tandheelkundige achtergronden en resultaten van een gecombineerd tandheelkundig en sociaal-wetenschappelijk onderzoek bij in 1961 geboren Leeuwarder scholieren, verricht in het voorjaar van 1976. Ter publikatie aangeboden aan het Ned Tijdschr Tandheelkd.

April 1979.

Samenvatting:

Dit artikel is het eerste van twee artikelen gebaseerd op een survey-onderzoek uitgevoerd onder de bewoners van de 'Jordaan' te Amsterdam, naar opvattingen en attituden over tandheelkundige gezondheid en de gezondheidszorg. Hier worden beschreven: de subjectieve ervaringen met de tandheelkundige gezondheidszorg tegen de achtergrond van de variabelen geslacht, leeftijd, sociaal-economische status en de wijze van verzekering.

In het verleden is weinig aandacht besteed aan situationele factoren die van invloed zijn op het tandartsbezoek en worden verschillen tussen mensen veelal verklaard in termen van de houding van het individu.

Enige resultaten zijn: de beleving van de tandheelkundige gezondheidszorg houdt verband met de leeftijd en de sociaal-economische status; daarnaast is er in het algemeen een grotere tevredenheid met de behandeling als particuliere patiënt dan met de behandeling via het ziekenfonds.

Uit de saneringspercentages blijkt een sterke relatie met zowel de leeftijd als de sociaal-economische status. Hoewel persoonlijke factoren in de betekenis van het ontbreken van een positieve instelling ten opzichte van het gebit belangrijk zijn in verband met het niet regelmatig een tandarts bezoeken, worden er daarnaast zowel psychologische als situationele barrières ervaren. Angst blijkt met name door ziekenfonds-verzekerden genoemd te worden als reden waarom men niet regelmatig een tandarts bezoekt. De indruk dat er verschillen bestaan in de behandeling van ziekenfonds- en particuliere patiënten is een belangrijke reden waarom men vindt dat tandheelkundige verzorging door de overheid vergoed zou moeten worden. Indien men de tandheelkundige verzorging zelf zou moeten betalen, vindt men echter een vrij hoog bedrag redelijk om hieraan te besteden.

*) Een survey-onderzoek is een empirisch onderzoek dat betrekking heeft op een veelheid van objecten en waarvan de gegevens in werkelijke situaties worden verzameld en statistisch verwerkt (Albinsky, 1967).

*) Dit uitgangspunt lag ten grondslag aan de beslissing een representatieve steekproef van deze populatie te onderzoeken.

schillen tussen mensen veelal verklaard in termen van micro-sociologische en sociaal-psychologische begrippen. Dat wil zeggen er wordt met name aandacht besteed aan kenmerken van de individuele 'gebruiker' die er toe leiden dat hij in meerdere of mindere mate van de medische dienstverlening gebruik maakt. In vergelijking hiermee zijn karakteristieken van de dienstverlening veronachtzaamd. Recentelijk wordt hieraan in de medisch-sociologische literatuur aandacht besteed. Zo stelt McKinlay (1972) dat karakteristieken van de dienstverlening in even sterke mate van invloed kunnen zijn op het gedrag van de gebruiker als diens persoonlijkheidskenmerken. Er is geen reden om a-priori te veronderstellen dat dit bij de tandheelkundige gezondheidszorg niet het geval is.

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid legt in zijn advies inzake de toekomstige tandheelkundige voorzieningen nadruk op het veranderen bevolking (Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1977). Tandheelkundige problemen zijn in principe gemakkelijk weg te nemen doch vereisen verandering van voedingspatroon en verbetering van de mondhygiëne.

Hierbij plaatsen wij een tweetal kanttekeningen:

1. In sociaal-wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat het verband tussen houding en gedrag veelal zwak is. Toegespitst op het terrein van de tandheelkunde betekent dit dat indien men er in geslaagd is een positieve instelling ten opzichte van het gebit aan te kweken, dit nog niet automatisch betekent dat ook het gedrag verandert. Vooral situationele factoren kunnen belemmeren dat een bepaalde houding tot uitdrukking komt in het gedrag (Wicker, 1969, 1971; Fishbein, 1967). Wat betreft de regelmaat van tandartsbezoek is het daarom zinvol te onderzoeken in hoeverre men situationele barrières hiertoe ervaart.

2. Een tweede kanttekening (in het verlengde hiervan) is dat indien men

zich in onderzoek naar het gebruik van de medische dienstverlening beperkt tot het geven van verklaringen in termen van (sociaal) psychologische begrippen als de 'attitude' men het risico loopt tekortkomingen in de eerste plaats aan de patiënt toe te schrijven. Het directe of indirecte effect van het beleid dat gevoerd wordt op het terrein van de gezondheidszorg wordt in dat geval uit het oog verloren (Bynder en Kong-Ming New, 1976; Segall, 1976; Gold, 1977).

Deze visie komt eveneens naarvoren bij McKinlay (1972): 'While concentrating on such specific (often psychological) individual characteristics as 'neglectfulness', 'irresponsibility', 'distrust' and 'ignorance', researchers have neglected social structural determinants of utilization such as for example proximity and availability services and cost (emotional and financial)'. Rosenstock (1966) en Kegeles (1974) bijvoorbeeld veronderstellen dat het inzien van een gunstig gevolg van handelen, verband houdt met preventief gedrag. Het is niet ondenkbaar dat het ontstaan van een dergelijk inzicht mede bepaald wordt door de effectiviteit en de kwaliteit van de verleende tandheelkundige hulp.

Ook indien men tot de conclusie komt dat bij subgroepen van de bevolking een lage motivatie aanwezig is, kan dit niet los gezien worden van sociaal-structurele factoren:

'There is now a considerable amount of evidence that in low socioeconomic groups, motivation arises predominantly from the need merely to exist and current life-crises override any consideration of future health or welfare' (McKinlay, 1972).

Hokwerda (1977) stelt dat de persoonlijke verantwoordelijkheid van het individu pas gestalte kan krijgen wanneer daarvoor de noodzakelijke condities zijn geschapen.

Deze kanttekeningen leidden ons er toe in dit onderzoek aandacht te besteden aan de ervaringen met de tandheelkundige gezondheidszorg en de attitude ten aanzien van de dienstverlening.

Materiaal en methode

De gegevens zijn verkregen door een survey-onderzoek uit te voeren in een steekproef van de bewoners van de Jordaan in Amsterdam. De onderzoeksgroep werd geïnterviewd door interviewsters die hiertoe een instructie hadden ontvangen. De interviews werden afgenomen aan de hand van een gestructureerde vragenlijst die naast een aantal geprecodeerde vragen, verschillende open vragen bevatte. De antwoorden op deze laatste soort vragen werden door de interviewster weergegeven en achteraf door de onderzoekers gecodeerd.

De volgende vragen werden gesteld met betrekking tot de gezondheids- en tandheelkundige gezondheidszorg:

1. 'Bent u tevreden met de gezondheidszorg in Nederland?'

De keuze-alternatieven waren: zeer tevreden, tevreden, neutraal, ontevreden, zeer ontevreden.

Antwoorde men hierop ontevreden of zeer ontevreden dan werd gevraagd naar de reden(en) hiervan.

2. 'Bent u tevreden met de tandheelkundige behandeling die u in het verleden tot nu toe hebt gehad?'

De keuze-alternatieven waren: zeer tevreden, tevreden, neutraal, ontevreden, zeer ontevreden.

Indien het antwoord ontevreden of zeer ontevreden was, werd gevraagd naar de reden(en).

3. 'Hebt u de indruk dat mensen die lid zijn van een ziekenfonds anders behandeld worden dan particulier verzekerden?'

Indien men bevestigend antwoordde, werd gevraagd of dit bij de behandeling door de huisarts en/of bij de behandeling van de tandarts het geval was en werd tevens gevraagd waaruit het verschil bestond.

4. Alleen de mensen die lid zijn van een ziekenfonds werd gevraagd of men bekend was met de saneringsregeling en tevens of men gesaneerd was. Was men niet gesaneerd dan werd gevraagd naar de reden(en).

5. 'Bent U van mening dat tandheelkundige verzorging kosteloos zou moeten zijn voor iedereen, dat wil zeggen dat de tandheelkundige verzorging door de overheid vergoed zou moeten worden?'

Zowel bij een bevestigend als bij een ontkennend antwoord werd gevraagd waarom.

6. 'Welk bedrag zou u redelijk vinden om per jaar aan tandheelkundige verzorging uit te geven, indien u deze verzorging zelf zou moeten betalen?'

Verwerking van de gegevens

Indien de afhankelijke variabelen op nominaal-niveau^{*)} waren gemeten, werden de verbanden met de sociaal-demografische variabelen – geslacht, leeftijd, sociaal-economische status en de wijze van verzekering – geanalyseerd aan de hand van kruistabellen. De toetsing vond plaats aan de hand van de Chi-kwadraat-toets; tevens vermeldden wij de sterkte van het verband door middel van de associatiematen: phi, Cramer's V of Kendall Tau, afhankelijk van het meetniveau. Daarnaast werden enkele regressie-analyses uitgevoerd, een techniek waarmee men de relatie tussen één afhankelijke variabele en meerdere onafhankelijke variabelen kan onderzoeken. De onafhankelijke variabelen die op nominaal niveau zijn gemeten – in ons geval de variabelen geslacht en wijze van verzekering – werden als 'dummy'-variabelen in de analyse opgenomen (Cohen, 1968; Kerlinger en Pedhazur, 1973).

Door ook de interacties in de analyse op te nemen wordt nagegaan in hoeverre deze van belang zijn. Hierbij maakten wij gebruik van de hiërarchische methode: de hoofdeffecten worden verkregen zonder te controleren voor de interacties; de interactie-effecten worden verkregen na aanpassing voor de hoofdeffecten.

Steekproef en representativiteit

Een steekproef, gestratificeerd naar leeftijd met een niet gelijke waarschijnlijkheid van selectie, werd getrokken door het Bevolkingsregister te Amsterdam. Als steekproef-fractie werd gekozen voor 5% van de bevolking van de Jordaan in de leeftijd van 15-65 jaar en 1% in de leeftijd van 65 jaar en ouder. Dit laatste omdat de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder gezien de doelstelling van het onderzoek minder interessant was vanwege het feit dat het merendeel van de respondenten op deze leeftijd een prothese zal dragen. Van de getrokken steekproef (n=823) waren 86 personen (10,5%) verhuisd buiten de Jordaan; deze werden niet vervangen omdat van een gedeelte het huis was afgebroken en omdat een selectieve groep uit de Jordaan verhuist (Kloeg, 1974); 113 personen (13,7%) werden na herhaalde malen op verschillende tijdstippen bezocht te zijn, niet bereikt; 80 personen (9,7%) weigerden deelname aan het onderzoek en aan 31 personen (3,8%) kon

*) Nominaal-niveau wil zeggen dat de variabele bestaat uit categorieën. De cijfers die men in dat geval aan elk van de categorieën toekent (bijvoorbeeld man=1, vrouw=2) hebben geen numerieke betekenis, er is geen rangorde in te onderkennen en men mag ze niet optellen. Het zijn slechts 'labels' of namen (Kerlinger, 1973).

Tabel I. Multipelere regressievergelijking 1: regressie van de afhankelijke variabele: tevredenheid met de gezondheidszorg op de variabelen: man/vrouw, leeftijd, sociaal-economische status (SES), wijze van verzekering (ZF/Particulier) en de interacties (n=492).

Effecten	β	F-waarde	p	Multipel R	Pearson r
<i>Hoofdeffecten:</i>					
Man/Vrouw	-0,03	0,33	n.s.	0,02	
ZF/Particulier	-0,15	10,63	<0,01	0,15	
Leeftijd	0,00	1,63	n.s.	0,16	-0,08
SES	0,36	11,88	<0,01	0,21	0,21
<i>Interacties:</i>					
Leeftijd \times SES	-0,31	3,77	<0,05	0,24	partiele *) correlatie -0,09

*) Correlatie met de afhankelijke variabele na controle voor de sociaal-demografische variabelen.

de vragenlijst niet worden afgenomen wegens ziekte, verblijf in het buitenland of vanwege het feit dat men geen Nederlands sprak. In totaal werden 513 personen geïnterviewd.

De steekproef en de uiteindelijke onderzoeksgroep verschillen niet significant naar leeftijd (χ^2 2,46; df = 5; n.s) doch het geïnterviewde gedeelte bevat wat meer vrouwen dan mannen (χ^2 7,39; df = 5; p < 0,01). Dit blijkt het geval te zijn in de leeftijd 20-54 jaar; 10% meer vrouwen werden geïnterviewd in vergelijking met de verdeling in de populatie (Bron: Jaarboek 1975, Bureau voor de Statistiek).

De populatie van de Jordaan verschilt naar leeftijd en naar het aantal mannen en vrouwen van de Nederlandse bevolking. De belangrijkste verschillen zijn de volgende.

De leeftijdsgroep 15-19 jaar is in de Jordaan minder aanwezig dan in Nederland als geheel, 4,6% tegen 11,5%. De leeftijdsgroepen 65 jaar en ouder en de 25-34-jarigen zijn in de Jordaan oververtegenwoordigd: respectievelijk 19,1% tegen 14,4% en 25,9% tegen 20,7%. Er zijn proportioneel meer mannen in de Jordaan in de leeftijdsgroep 35-44 jaar: 58,3% tegen 51,4%.

Vergelijken wij de percentages verplicht en vrijwillig ziekenfondsverzekerden, de via een bejaardenverzekering in het ziekenfonds verzekerden en de particulier verzekerden in de steekproef met de percentages zoals deze van de totale Nederlandse bevolking bekend zijn, dan blijkt dat in de steekproef het percentage particulier verzekerden lager is: 19% tegenover een landelijk percentage van 26%; er zijn wat meer mensen vrijwillig in het ziekenfonds verzekerd, 12% tegen 7%, en via een bejaardenverzekering in het ziekenfonds, 21% tegen 12%. Het laatste kan men op grond van de afwijkende leeftijdsopbouw verwachten (Bron: Statistisch zakboek, 1976).

Resultaten

1. De beleving van de gezondheidszorg

Van de respondenten is 72%^{*)} tevreden of zeer tevreden (4%) met de gezondheidszorg in Nederland.

De sociaal-economische status^{**)} houdt significant verband met de tevredenheid; naast een hoofdeffect van deze variabele is de interactie met leeftijd significant (tabel I): dat wil zeggen naarmate men een hogere sociaal-economische status heeft, beantwoordt men deze vraag meer met ontevreden. Het interactie-effect met leeftijd^{***)} geeft aan dat dit met name geldt voor jongeren. Ziektenfondsverzekerden zijn significant meer tevreden dan particulierverzekerden. De sociaal-economische status is relatief de belangrijkste factor.

Van de respondenten is 25% ontevreden of zeer ontevreden (1%) met de gezondheidszorg. Belangrijke redenen waarom men men ontevreden is, zijn een tekort aan tijd en aandacht besteed aan de patiënt – genoemd door 35% van de mensen die zeggen ontevreden te zijn –, een gebrek aan coördinatie en een te lange wachttijd voordat men wordt doorverwezen (15%). Daarnaast noemt men een tekort aan aandacht voor preventie (11%), ontevredenheid over de tandheelkundige behandeling (7%) en over de behandeling die men in het ziekenhuis heeft gehad (5%).

*) De percentages in de tekst zijn afgerond.

***) De sociaal-economische status van de persoon werd bepaald vanuit gegevens over het beroep (beroepenklapper, Instituut voor toegepaste sociologie, 1975), de opleiding en het inkomen. Indexscores – percentiel scores – werden berekend waarbij aan beroep, opleiding en inkomen gelijk gewicht werd toegekend.

****) De betekenis en de richting van de interactie-effecten werden gecontroleerd aan de hand van elaboratie-tabellen: deze zijn hier niet opgenomen.

2. De beleving van de tandheelkundige behandeling in het verleden

Specifiek gevraagd naar de tandheelkundige behandeling geven meer mensen aan ontevreden te zijn: 36% van de respondenten behandeld door het ziekenfonds en 18% van de respondenten behandeld als particuliere patiënt was ontevreden met de behandeling (tabel II). Met andere woorden tweemaal zoveel mensen zijn ontevreden met de behandeling die men via het ziekenfonds heeft ontvangen.

Jongeren zijn meer ontevreden dan ouderen met de behandeling. Dit is het geval zowel ten aanzien van de behandeling via het ziekenfonds als ten aanzien van de behandeling als particuliere patiënt (tabellen III, IV). De tevredenheid met de behandeling ontvangen via het ziekenfonds houdt tevens verband met de sociaal-economische status: ziekenfondsverzekerden met een relatief hogere sociaal-economische status zijn meer ontevreden.

Uit de redenen die men geeft voor ontevredenheid komen duidelijke verschillen naar voren tussen de behandeling via het ziekenfonds en de behandeling als particuliere patiënt (tabel V). De inhoud van de behandeling wordt, zowel door de ziekenfonds- als door de particuliere patiënt het meest als reden genoemd. Uit de onderverdeling wordt echter duidelijk dat de ziekenfondspatiënt als specifieke aspecten noemt: het te snel overgaan tot extracties en de beperktheid van de behandeling terwijl de particuliere patiënt vaker de kwaliteit van de vullingen noemt. Ontevredenheid over de wijze van behandeling wordt door de ziekenfondspatiënt meer genoemd dan door de particuliere patiënt: 34% tegen 13%; met name de onpersoonlijkheid en ruwheid van de behandeling, redenen die door de particuliere patiënt in het geheel niet worden genoemd. Financiële redenen worden uitsluitend door de particuliere patiënt genoemd (21%).

3. Het ervaren van een verschil in de behandeling van ziekenfonds- en particulier verzekerden

Hoewel weinig genoemd als reden van ontevredenheid met de gezondheidszorg heeft 54% van de respondenten de indruk dat er een verschil in behandeling bestaat. Mensen met een hogere sociaal-economische status¹⁾ en jongeren²⁾ ervaren relatief meer een verschil.

De verschillen tussen mannen en vrouwen in de onderscheiden groepen zijn niet significant. Ziektenfondsverzekerden ervaren

Tabel II. De beleving van de tandheelkundige behandeling in het verleden door het ziekenfonds en als particuliere patiënt.

Tevredenheid	Behandeling door het ziekenfonds*)		Behandeling als particulier*)	
	N	%	N	%
Zeer tevreden	21	5,8	29	12,9
Tevreden	205	56,6	152	67,6
Neutraal	7	1,9	4	1,8
Ontevreden	116	32,3	37	16,4
Zeer ontevreden	2	3,3	3	1,3
Totaal	352**)	100	225***)	100

*) 79 respondenten waren in het verleden zowel door het ziekenfonds alswel als particuliere patiënt behandeld.

***) geen antwoord / niet gevraagd: 1; weet het niet: 7.

****) geen antwoord / niet gevraagd: 1; weet het niet: 6.

Tabel III. Multipel regressie vergelijking 2: regressie van de afhankelijke variabele: tevredenheid van de behandeling door het ziekenfonds op de variabelen: man/vrouw, sociaal economische status (SES), leeftijd en de interacties (n=354).

Effecten	β	F-waarde	p	Multipel R	Pearson r
<i>Hoofdeffecten:</i>					
Man/Vrouw	0,02	0,17	n.s.	0,00	
SES	0,13	5,53	<0,05	0,20	0,20
Leeftijd	-0,21	14,24	<0,01	0,28	-0,25
<i>Interacties:</i>					
Niet significant					

Tabel IV. Multipel regressie vergelijking 3: regressie van de afhankelijke variabele: tevredenheid met de behandeling als particuliere patiënt op de variabelen: man/vrouw, leeftijd, sociaal-economische status (SES) en de interacties (n = 225).

Effecten	β	F-waarde	p	Multipel R	Pearson r
<i>Hoofdeffecten:</i>					
Man/Vrouw	0,02	0,10	n.s.	0,02	
Leeftijd	-0,15	4,44	<0,05	0,14	-0,14
SES	-0,04	0,37	n.s.	0,14	0,02
<i>Interacties:</i>					
Niet significant					

significant minder een verschil dan particulier verzekerden: 50% tegen 70%³⁾. Het verschil in behandeling wordt in veel sterkere mate ervaren bij de behandeling door de tandarts dan bij de behandeling door de huisarts (tabel VI). Tevens blijkt dat relatief meer ziekenfondsverzekerden het verschil in behandeling door de tandarts ervaren⁴⁾. Een verklaring hiervoor is dat feitelijk gezien de verschillen in behan-

deling bij de huisarts kleiner zijn. Er is geen beperkt behandelingspakket en de huisarts past in Amsterdam in vele gevallen ook voor ziekenfondsverzekerden een afsprakenstelsel toe.

De meest opvallende verschillen bij de huisarts betreffen dan ook niet de inhoud van de behandeling, maar de wijze van behandeling, gevolgd door verschillen in de praktijkorganisatie (tabel VII). Bij de behandeling door de tandarts worden de verschillen in de behandeling zelf het meest ervaren, gevolgd door de wijze van behandeling en de praktijkorganisatie (tabel VIII).

¹⁾ χ^2 19,03; df = 2; p < 0,01; Cramer's V: 0,21; n = 432.

²⁾ χ^2 met correctie van Yates: 21,40; df = 1; p < 0,01; 0,23; n = 439.

³⁾ χ^2 met correctie van Yates: 15,44; df = 1; p < 0,01; PHI: 0,17; N = 431.

⁴⁾ χ^2 8,52 df = 2; p < 0,01; Cramer's V: 0,18; n = 267.

4. De sanering van ziekenfondsverzekerden

Aan 389 respondenten, de groep die in het ziekenfonds verzekerd was, werd gevraagd of men bekend was met de saneringsregeling; 83% was hiermee bekend. De bekendheid bij mannen is wat lager dan bij vrouwen⁵⁾ en het percentage varieert eveneens met de leeftijd van de respondenten⁶⁾.

Van de ziekenfondsverzekerden is 24% gesaneerd. Daarnaast zegt 16% van de ziekenfondsverzekerden als particuliere patiënt naar de tandarts te gaan. Laten we de groep die een volledige prothese draagt buiten beschouwing dan zijn deze percentages als volgt: 33% van de ziekenfondsverzekerden is gesaneerd; daarnaast zegt 22% als particuliere patiënt naar de tandarts te gaan.

⁵⁾ χ^2 met correctie van Yates: 4,69; df = 1; p < 0,05; PHI: 0,12; n = 370.

⁶⁾ χ^2 38,89; df = 6; p < 0,01; Cramer's V: 0,32; n = 370.

Tabel V. Redenen voor ontevredenheid met de tandheelkundige behandeling ontvangen door het ziekenfonds en met de behandeling als particuliere patiënt.

Redenen van ontevredenheid	Behandeling door het ziekenfonds		Behandeling als particulier	
	N	%	N	%
<i>Wijze van behandeling:</i>				
- onpersoonlijkheid van de behandeling	27	17,1		
- ruwe behandeling	22	13,9		
- te weinig tijd en aandacht	4	2,5	5	13
Totaal	53	33,5	5	13
<i>Behandeling:</i>				
- slechte behandeling	70	44,3	15	38,5
- te snel extracties	14	8,9		
- slechte vullingen	5	3,2	7	17,9
- beperkte behandeling	4	2,5		
- anderszins	6	3,8	2	5,1
Totaal	99	62,7	24	61,5
<i>Organisatorisch:</i>				
- te lange wachttijden	6	4		
- te vaak terug moeten komen			2	5
Totaal	6	4 ***)	2	5
<i>Financieel:</i>				
- te duur			8	21
Totaal			8	21
Totaal	158*)	100	39**)	100

*) geen antwoord/niet gevraagd: 5;

**) geen antwoord/niet gevraagd: 2;

***) verschillende personen geven meer dan één reden; percentages betrekking hebbend op een totaal kleiner dan 15 zijn afgerond.

Tabel VI. Het constateren van een verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden in de behandeling verricht door de huisarts en door de tandarts.

	Algemeen		Huisarts		Tandarts	
	N	%	N	%	N	%
Vershil	279	54,4	139	27,1	228	44,4
Geen verschil	160	31,2	268	52,3	179	35
Weet het niet	74	14,4	93	18,1	98	19,1
Geen antwoord/niet gevraagd			13	2,5	8	1,5
Totaal	513	100	513	100	513	100

Er is een verband met de sociaal-economische status: het percentage gesaneerden en het percentage dat als particuliere patiënt naar de tandarts gaat, neemt toe naarmate de sociaal-economische status hoger is (tabel IX).

Eveneens neemt het percentage gesaneerden af bij hogere leeftijd; dit is ook het geval indien de dragers van een volledige prothese buiten beschouwing worden gelaten. Het percentage van ziekenfondsverzekerden dat zegt als particuliere patiënt naar de tandarts te gaan, loopt op met de leeftijd van de respondent (tabel X).

Het grootste gedeelte van de niet-gesaneerde verzekerden was reeds langer dan 10 jaar niet gesaneerd (47%); 20% is tussen 2,5 jaar en 5 jaar, 14% tussen 1 en 2,5 jaar, 12% tussen 5 en 10 jaar en 8% is korter dan één jaar niet gesaneerd. Deze percentages zijn berekend zonder de groep die een volledige prothese draagt.

Tabel XI geeft een beeld van de redenen die men geeft voor het feit dat men niet gesaneerd is. In de tabel worden deze vergeleken met de redenen die ziekenfondsverzekerden geven voor het feit dat men als particuliere patiënt naar de tandarts gaat en met de redenen die particuliere verzekerden geven voor het feit dat zij niet regelmatig een tandarts bezoeken. Afgezien van de factoren angst en financiële redenen verschillen de redenen die ziekenfondsverzekerden noemen niet sterk van die van particuliere verzekerden.

5. Vergoeding van tandheelkundige verzorging door de overheid

Van de respondenten is 62% van mening dat de overheid tandheelkundige verzorging zou dienen te vergoeden. De percentages verschillen niet significant met de leeftijd en de sociaal-economische status, noch is er een verschil tussen mannen en vrouwen. Van de particulier verzekerden is een hoger percentage deze mening toegegaan dan van de ziekenfondsverzekerden⁷⁾: 72% tegen 59%, hetgeen niet verwonderlijk is gezien het feit dat financiële redenen, door particulier verzekerden relatief vaak als reden van ontevredenheid met de tandheelkundige gezondheidszorg en als reden waarom men niet regelmatig de tandarts bezocht, worden genoemd. De belangrijkste overwegingen waarom de overheid de kosten van tandheelkundige verzorging zou dienen te vergoeden zijn echter dat in dat geval het verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden zou verdwijnen (35%), de opvatting dat tandheelkundige verzorging een taak is

⁷⁾ χ^2 met correctie van Yates: 3,87; df = 1; p < 0,05; PHI: 0,10; df = 473.

van de overheid en belangrijk is om te financieren in vergelijking met andere zaken (23%), alsmede de opvatting dat de huidige tandheelkundige verzorging te duur is (20%). De meest genoemde reden waarom de overheid tandheelkundige verzorging niet zou dienen te vergoeden, is de opvatting dat de overheid slechts gedeeltelijk zou moeten bijdragen in de kosten of alleen voor lagere inkomensgroepen tandheelkundige verzorging zou dienen te vergoeden (72%). Een kleinere groep is van mening dat tandheelkundige verzorging geen taak is van de overheid; zij benadrukken de eigen verantwoordelijkheid (23%).

6. Een redelijk bedrag om jaarlijks aan tandheelkundige behandeling te besteden

Van de respondenten kan 29% zich geen voorstelling maken van een redelijk bedrag. Afgezien van deze groep varieert het bedrag dat men redelijk acht sterk.

Particulier verzekerden vinden een hoger bedrag redelijk in vergelijking tot ziekenfondsverzekerden⁸⁾, hetgeen verklaarbaar is uit de hogere sociaal-economische status van de particulier verzekerde en de hogere tandartskosten die hij naar grote waarschijnlijkheid in het verleden heeft gehad. Ziekenfondsverzekerden vinden echter een vrij hoog bedrag redelijk om jaarlijks aan tandheelkundige verzorging te besteden: 15% vindt dit van een bedrag van f 300,— of hoger.

⁸⁾ $\chi^2=13,97; df=7; p < 0,05$; Cramer's V: 0,19; n=358.

Tabel VIII. Aard van de verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden in de behandeling door de tandarts.

Aard van de verschillen	N	%
<i>Wijze van behandeling:</i>		
– de particulier verzekerde wordt persoonlijker met meer aandacht behandeld	105	30,8
Totaal	105	30,8
<i>Behandeling:</i>		
– de ziekenfonds-verzekerde krijgt een slechtere behandeling	81	23,8
– de ziekenfonds-verzekerde krijgt sneller extracties	30	8,8
– de behandeling van de particuliere patiënt verloopt sneller, efficiënter	14	4,1
– bij de ziekenfonds-verzekerde wordt niet alles gedaan dat nodig is	12	3,5
– de particuliere patiënt wordt met beter materiaal behandeld	9	2,6
– de ziekenfonds-verzekerde krijgt geen kronen en bruggen	8	2,3
– de particuliere patiënt wordt lokaal verdoofd	7	2,1
– voor de ziekenfonds-verzekerde worden geen foto's gemaakt	1	0,1
– de ziekenfonds-verzekerde krijgt te weinig instructie in vergelijking met de particuliere patiënt	3	0,8
Totaal	173	48,1
<i>Organisatorisch:</i>		
– de ziekenfonds-verzekerde heeft lange wachttijden, de particuliere patiënt komt op afspraak	39	11,4
– voor de ziekenfonds-verzekerde is het moeilijker om een tandarts te vinden	11	3,2
– er zijn aparte spreekuren voor ziekenfonds-verzekerden en particuliere patiënten	9	2,6
Totaal	59	17,2
<i>Financieel:</i>		
– de behandeling van de particuliere patiënt is duurder (te duur)	4	1
Totaal	4	1
Totaal	341 ^{*)}	100

^{*)} niet gevraagd/geen antwoord: 3; verschillende respondenten noemen meer dan één verschil.

Tabel VII. Aard van de verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden in de behandeling door de huisarts.

Aard van de verschillen	N	%
<i>Wijze van behandeling:</i>		
– de ziekenfonds-verzekerde krijgt meer aandacht	90	39,5
Totaal	70	39,5
<i>Behandeling:</i>		
– de particulier-verzekerde krijgt een betere behandeling	32	18,1
– de particulier-verzekerde krijgt betere medicijnen	20	11,3
Totaal	52	29,4
<i>Organisatorisch:</i>		
– de ziekenfonds-verzekerde heeft langere wachttijden; de particulier-verzekerde komt op afspraak	37	20,9
– aparte spreekuren voor ziekenfonds- en particulier-verzekerde	16	9,0
Totaal	53	29,9
<i>Financieel:</i>		
– de behandeling van de particulier-verzekerde is te duur	2	1
Totaal	2	1
Totaal	177 ^{*)}	100

^{*)} niet gevraagd/geen antwoord: 9; verschillende respondenten noemen meer dan één verschil.

Jongeren – in de leeftijdsgroep 20 tot 35 jaar – en mensen met een hogere sociaal-economische status vinden een hoger bedrag redelijk in vergelijking met mensen met een lagere sociaal-economische status en ouderen. Het interactie-effect tussen leeftijd en sociaal-economische status geeft een tendens weer n.l. dat jongeren met een lagere sociaal-economische status een relatief hoog bedrag redelijk vinden om aan tandheelkundige zorg te besteden.

Discussie

Evenals Cassee (1973) vinden wij een vrij sterk negatief verband tussen de mate van tevredenheid met de gezondheidszorg en de sociaal-economische status; dat wil zeggen mensen met een hogere sociaal-economische status zijn minder tevreden met de gezondheidszorg dan mensen met een lagere sociaal-economische status. Shortell e.a. (1977) verwachtten dat hoger opgeleiden meer ontevreden zijn met de

Tabel IX. Sanering van ziekenfondsverzekerden uitgesplitst naar mannen en vrouwen en naar sociaal-economische status.

SANERING	SES LAAG						SES MIDDEN						SES HOOG						TOTAAL		
	MAN			VROUW			MAN			VROUW			MAN			VROUW			N	%	%*)
	N	%	%*)	N	%	%*)	N	%	%*)	N	%	%*)	N	%	%*)	N	%	%*)			
Gesaneerd	2	3,9	8,3	9	18,8	31	21	23,3	29,2	40	26,7	35,1	7	46,7	46,7	11	44	45,8	90	23,7	32,4
Niet gesaneerd	22	43,1	91,7	18	37,5	62,1	36	40	50	47	31,3	41,2	2	13,3	13,3	3	12	12,5	128	33,8	46
Particulier naar de tandarts		0		2	4,2	6,9	15	16,7	20,8	27	18	23,7	6	40	40	10	40	41,7	60	15,8	21,6
Prothese dragend	27	52,9		19	39,6		18	20		36	24		0			1	4		101	26,6	
Totaal	51	100	100	48	100	100	90	100	100	150	100	100	15	100	100	25	100	100	379	100	100

*) *Getoetst exclusief de personen die een prothese dragen.*

verschil naar sociaal-economische status: χ^2 38,61; df = 4; $p < 0,01$; contingentiecoëfficiënt: 0,35;

verschil tussen mannen en vrouwen:

sociaal-economische status laag: χ^2 6,44; df = 2; $p < 0,05$; Cramer's V: 0,35;

sociaal-economische status midden: χ^2 1,39; df = 2; n.s.;

sociaal-economische status hoog: χ^2 0,01; df = 2; n.s.

Tabel X. Sanering van ziekenfondsverzekerden uitgesplitst naar mannen en vrouwen en naar leeftijd.

SANERING	15-34 jaar						35 jaar en ouder						Totaal		
	MAN			VROUW			MAN			VROUW			N	%	%*)
	N	%	%*)	N	%	%*)	N	%	%*)	N	%	%*)			
Gesaneerd	28	35,9	36,4	48	39,7	41,7	4	4,9	10,8	13	12,1	24,1	93	24	32,9
Niet gesaneerd	37	47,4	48,1	38	31,4	33	24	29,6	64,9	31	29	57,4	130	33,6	45,9
Particulier naar de tandarts	12	15,4	15,6	29	24	25,2	9	11,1	24,3	10	9,3	18,5	60	15,5	21,2
Prothese dragend	1	1,3		6	5		44	54,3		53	49,5		104	26,9	
Totaal	78	100		121	100		81	100		107	100		387	100	

*) *Getoetst exclusief de personen die een prothese dragen.*

verschil tussen de leeftijdsgroepen: χ^2 14,36; df = 2; $p < 0,01$; Cramer's V 0,22;

verschil tussen mannen en vrouwen:

15-34 jaar: χ^2 5,00; df = 2; n.s.;

35 jaar en ouder: χ^2 2,62; df = 2; n.s.

gezondheidszorg dan lager opgeleiden. Dit baseren zij op de veronderstelling dat hoger opgeleiden hun ontevredenheid met een grotere waarschijnlijkheid zullen uiten en het feit dat deze mensen hogere verwachtingen hebben van de gezondheidszorg. Deze verklaring lijkt ons ook voor het door ons gevonden verband aannemelijk. Het interactie-effect met leeftijd wijst mogelijk op een kritischer houding van jongeren ten opzichte van de gezondheidszorg; ook Tessler en Mechanic (1975) vinden een relatie tussen leeftijd en scepsis ten aanzien van de gezondheidszorg.

Daarnaast vinden wij een verband met de wijze van verzekering. Van belang is de vraag die Tessler en Mechanic (1975) stellen: nl. of gerapporteerde

verschillen in tevredenheid toegeschreven dienen te worden aan karakteristieken van de hulpverlening (die in ons geval voor particulier- en ziekenfondsverzekerden op een aantal punten kan verschillen) of aan karakteristieken van de respondenten zelf.

Het lijkt ons, gezien de redenen die men geeft waarom men ontevreden is, niet aannemelijk dat dit verschil toe te schrijven is aan karakteristieken van de hulpverlening. In dat geval zou namelijk aan particulier verzekerden minder tijd en aandacht besteed worden dan aan ziekenfondsverzekerden en zouden particulier verzekerden meer dan ziekenfondsverzekerden geconfronteerd worden met een gebrek aan coördinatie en een lange wachttijd voordat men wordt doorverwezen.

Hoewel er weinig onderzoek verricht is naar de rol van de tandarts in relatie tot het tandartsbezoek (Richards, 1971) wordt uit onderzoek duidelijk dat de patiënt in het algemeen een positief beeld heeft van de tandarts, tevreden is met de tandheelkundige zorg en dat negatieve ervaringen slechts bij een zeer klein gedeelte van de bevolking voorkomen (Freidson en Feldman, 1958; Kegeles, 1963 a, 1963 b, 1974; Goulding, 1965; Richards e.a., 1965).

Uit de hier gerapporteerde onderzoeksgegevens blijkt echter dat een vrij grote groep – met name met de behandeling die men via het ziekenfonds heeft ontvangen – ontevreden is. Dit is te meer opvallend als men in aanmerking neemt dat in consumentenonderzoek' in de gezondheidszorg

veelal gevonden wordt dat de meeste mensen tevreden zijn met de zorg. Tessler en Mechanic (1975) veronderstellen dat dit mede bepaald is doordat het onplezierig is te geloven dat de eigen behandeling niet adequaat was. Ook hier speelt het reeds genoemde probleem waaraan het verschil in tevredenheid toegeschreven dient te worden (Tessler en Mechanic, 1975). Indien dit aan kenmerken van de patiënten in plaats van aan verschillen tussen de behandeling als particuliere patiënt en de behandeling als ziekenfondspatiënt toegeschreven zou moeten worden, verwachtten wij juist dat particulier verzekerden meer ontevreden zouden zijn, gezien de hogere sociaal-economische status van deze groep. Uit de resultaten blijkt het tegendeel.

De verschillen in redenen van ontevredenheid tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden zouden er op kunnen wijzen dat vooral ziekenfondsverzekerden hun behandeling vergelijken met de behandeling die particulier verzekerden naar hun mening ontvangen. Het feit dat de redenen van ontevredenheid sterk overeenkomen met de aard van de verschillen die men constateert tussen de behandeling via het ziekenfonds en de tandheelkundige behandeling als particuliere patiënt, ondersteunt deze interpretatie. Ook de tandheelkundige behandeling zelf noemt men als reden van ontevredenheid. Aangenomen dat de patiënt de technische vaardigheden niet goed kan beoordelen, merkt de ziekenfondsverzekerde toch op dat er verschillen zijn in de behandeling van ziekenfonds- en particulier verzekerden.

Kegeles (1974) noemt een percentage van 7 – 10% van de totale bevolking dat uit angst voor de behandeling of uit angst voor pijn niet regelmatig een tandarts bezoekt. Hij veronderstelt echter dat het grootste gedeelte van de bevolking bang is voor de tandarts doch dat angst alleen indien dit samen gaat met een lage motivatie van invloed is op het tandartsbezoek. Opvallend is dat particulier verzekerden angst niet noemen als reden waarom

Tabel XI. Redenen voor niet-sanering en keuze om als particuliere patiënt naar de tandarts te gaan en redenen waarom particulier verzekerden niet regelmatig naar de tandarts gaan.

	ziekenfonds				particulier	
	niet gesaneerd		particulier naar de tandarts		niet regelmatig	
	N	%	N	%	N	%
<i>Angst:</i>	23	19,2	5	13		
Totaal	23	19,2	5	13		
<i>Toegeschreven aan de hulpverlening:</i>						
– slechte ervaringen	20	16,7	11	27,5	6	8
– behandeling als particuliere patiënt meer mogelijkheden			7	17,5		
– particulier kan op afspraak komen			3	7,5		
– bij ziekenfonds lange wachttijden			1	2,7		
Totaal	20	16,7	22	55,2	6	8
<i>Toegeschreven aan de persoon zelf:</i>						
– men gaat alleen bij pijn	23	19,2	3	8	4	12
– gemakzucht	9	7,5			3	9
– men vindt het niet noodzakelijk	14	11,7			5	15
– men vindt dat er niets meer aan te doen is					1	3
Totaal	46	38,4	3	8	13	39
<i>Situationele belemmeringen:</i>						
– men kan geen tandarts vinden	22	18,3	9	23	7	21
Totaal	22	18,3	9	23	7	21
<i>Andere redenen:</i>						
– financiële redenen					6	17
– men heeft geen tijd	1	1			1	3
– vervoer is niet aanwezig					1	3
– zwangerschap	1	1				
– kennis is tandarts	1	1	1	3		
– men wordt aan de Universiteit behandeld	6	5				
Totaal	9	8	1	3	8	23
Totaal	120 ^{*)}		40 ^{**)}		34 ^{***)}	

^{*)} geen antwoord/niet gevraagd: 8;

^{**)} geen antwoord/niet gevraagd: 1;

^{***)} geen antwoord/niet gevraagd: 1;

verschillende personen geven meerdere redenen.

men niet regelmatig een tandarts bezoekt. Het is de vraag of dit moet worden toegeschreven aan een hogere motivatie, zodat de particulier verzekerden die bang zijn, toch de tandarts bezoeken of aan het feit dat particulier verzekerden minder angstig zijn, mogelijk op grond van een gewenningsproces of op grond van de wijze en inhoud van de behandeling. Ziekenfondsverzekerden die als particuliere patiënt naar de tandarts gaan noemen relatief vaak slechte ervaringen als reden voor deze keuze alsmede de grotere behandelingsmogelijkheden en het kunnen maken van een afspraak voor

de behandeling. Een tekort aan ziekenfondstandartsen – geen ziekenfondstandarts kunnen vinden – is in tegenstelling tot wat wel wordt verwacht, relatief minder belangrijk. Hoewel de respondent het feit dat hij niet regelmatig een tandarts bezoekt in eerste instantie toeschrijft aan persoonlijke factoren, zijn er daarnaast verschillende aspecten van de tandheelkundige gezondheidszorg die door de respondent hiermee in verband worden gebracht. Bij de ziekenfondsverzekerden zijn dit met name de wijze van behandeling, de beperktheid van de behandelingsmogelijkheden en

het niet kunnen vinden van een tandarts. Bij de particulier wordt de wijze van behandeling wat minder negatief ervaren doch bij deze groep spelen financiële factoren een rol en eveneens het niet kunnen vinden van een tandarts.

Het is ons inziens van belang in toekomstig onderzoek nader in te gaan op de relatieve invloed van deze factoren – in vergelijking met de houding van het individu – op het tandheelkundige gezondheidsgedrag en het tandartsbezoek.

De schrijvers zijn Prof. D. L. Phillips, Drs. A. P. Visser en Drs. J. Holvast erkentelijk voor hun opmerkingen en methodologische adviezen bij een eerdere versie van dit artikel.

Summary:

Title: A survey of attitudes and behaviour patterns regarding dental health and dental health care. Experience concerning dental health care. This article, the first of two, is based upon a survey of the inhabitants of the 'Jordaan', a district in the city of Amsterdam and is concerned with their opinions and attitudes towards dental health and dental health care.

This article deals with the manner in which dental health care is subjectively experienced and gives a correlation between such variables as sex, age, socio-economic status and insurance coverage.

In the past little attention has been paid to situational factors influencing the behaviour of seeking regular dental care and differences between people were explained in terms of the attitude of the individual. This study indicates that the attitudes to dental health care seem to be related to such factors as age and socio-economic status. Generally speaking there is a larger degree of satisfaction in treatment received privately compared to that experienced under the national health insurance system.

The study also shows that there is a strong correlation between the percentage of the total number of people who are dentally fit and both age and socio-economic status. Although personal factors, indicating a lack of a positive attitude towards dental health are important reasons for irregular care, psychological and situational barriers are experienced.

Only among national insurance system patients was fear given as a reason for irregular or negligible dental attendance. There is a general impression that a difference in dental treatment exists and this impression provides the major reason for the feeling that the cost of dental health care should fall under a national health care programme. On the other hand fairly high yearly fees were felt to be reasonable for dental care, should one have to pay for it privately.

Tabel XII. Redenen voor vergoeding van tandheelkundige kosten door de overheid.

Redenen voor vergoeding door de overheid	N	%
<i>Ter opheffing van verschillen in de behandeling:</i>		
– er zou geen verschil zijn in de behandeling van ziekenfondsverzekerden en particuliere patiënten	63	19,7
– iedereen heeft recht op een gelijke behandeling	48	15
Totaal	111	34,7
<i>Ter stimulering van het tandartsbezoek:</i>		
– er zouden meer mensen naar de tandarts gaan	66	20,6
Totaal	66	20,6
<i>Tandheelkundige verzorging is de taak van de overheid:</i>		
– gezondheidszorg is de taak van de overheid	45	14,1
– belastingen dienen hiertoe aangewend te worden	18	5,6
– in vergelijking met andere zaken dient de overheid tandheelkundige verzorging te financieren	11	3,4
Totaal	74	23,1
<i>De huidige tandheelkundige verzorging is te duur:</i>		
– tandheelkundige verzorging is te duur	42	13,1
– de ziekenfondspremie is te hoog	22	6,9
Totaal	64	20
<i>Controle op de tandarts:</i>		
– het geeft de mogelijkheid tot controle op de tandarts	5	2
Totaal	5	2
Totaal	320*)	100

*) geen antwoord/niet gevraagd: 24;
weet het niet: 4;
verschillende personen geven meerdere redenen.

Tabel XIII. Redenen waarom de overheid de tandheelkundige verzorging niet zou dienen te vergoeden.

Redenen geen vergoeding	N	%
<i>Financiële redenen; eigen bijdrage gewenst:</i>		
– alleen de lage inkomens zouden zonder kosten behandeld dienen te worden	47	33,1
– men zou een bijdrage naar inkomen dienen te leveren	17	12
– de overheid zou gedeeltelijk bij moeten dragen	24	16,9
– financieel niet realistisch	14	9,9
Totaal	102	71,9
<i>Tandheelkundige verzorging is niet de taak van de overheid:</i>		
– eigen verantwoordelijkheid	19	13,4
– geen taak voor de overheid	5	3,5
– men moet zelf meer aandacht aan tandheelkundige gezondheid besteden	8	5,6
Totaal	32	22,5
<i>Kwaliteit van de zorg:</i>		
– de kwaliteit van de zorg zou achteruitgaan	4	3
Totaal	4	3
<i>Tandarts:</i>		
– het is onplezierig voor de tandarts	4	3
Totaal	4	3
Totaal	142*)	100

*) niet gevraagd/geen antwoord: 5;
verschillende personen geven meerdere redenen.

Tabel XIV. Meerdere regressie vergelijking 4: regressie van de afhankelijke variabele: een redelijk bedrag om jaarlijks aan tandheelkundige zorg te besteden op de variabelen: man/vrouw, leeftijd, sociaal-economische status (SES), wijze van verzekering (ZF/Particulier) en de interacties (n = 358).

Effecten	β	F-waarde	p	Multipale R	Pearson r
Hoofdeffecten:					
Man/Vrouw	- 0,01	0,01	n.s.	0,01	
SES	0,24	13,71	<0,01	0,29	0,29
Leeftijd	- 0,09	2,85	n.s.	0,30	- 0,17
Wijze van verzekering	- 0,04	0,47	n.s.	0,30	
Interacties:					
Leeftijd \times SES	0,25	4,32	<0,05	0,32	0,11

Tabel XV. Redelijk bedrag om jaarlijks aan tandheelkundige behandeling te besteden naar wijze van verzekering.

Redelijk bedrag	Ziekenfonds		Particulier		Totaal	
	n	%	n	%	n	%
niets	25	6,5	3	2,6	28	5,6
f 10 - 50	31	8	6	5,2	37	7,4
f 50 - 100	67	17,4	14	12,2	81	16,2
f 100 - 150	60	15,5	22	19,1	82	16,4
f 150 - 200	20	5,2	8	7	28	5,6
f 200 - 250	14	3,6	10	8,7	24	4,8
f 250 - 300	12	3,1	6	5,2	18	3,6
meer dan f 300	40	10,4	20	17,4	60	12
weet het niet	117	30,3	26	22,6	143	28,5
Totaal	386	100	115	100	501*	100

Getoetst exclusief de respondenten die 'weet het niet' antwoorden:

$$\chi^2 13,97; df = 7; p < 0,05; \text{Cramer's } V: 0,19.$$

Getoetst over de gehele tabel:

$$\chi^2 17,33; df = 8; p < 0,03; \text{Cramer's } V: 0,18.$$

* exclusief: 9 personen die niet zijn verzekerd;

1 persoon waarvan de wijze van verzekering niet bekend is;

2 personen niet gevraagd/geen antwoord.

Literatuur:

general data-analytic system. Psychol Bull 70:426.

- Albinsky, M. (1967): Surveyresearch, een methode van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Spectrum.
- Bast, A. J. J. (1973): De gebitstoestand van 21-30-jarige personeelsleden van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Ned Tijdschr Tandheelkd 80: 341.
- Bynder, H., Kong-Ming New, P. (1976): Time for a change.: From micro to macro sociological concepts in disability research. J Hlth Soc Behav 17: 45.
- Carpay, J. J., Lapré, R. M. (1974): Schets van de tandheelkundige zorg in Nederland. Tijdschr Soc Geneesk 52: 280.
- Cassee, E. Th. (1973): Naar de dokter. Enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidsgedrag. Boom, Meppel.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid. (1977): Advies inzake de gewenste toekomstige tandheelkundige voorzieningen in Nederland.
- Cohen, J. (1968): Multiple regression as a

- Consumentenbond (1973): Tandartsentarieven. Consumentengids 21: 7.
- Fishbein, M. (1967): Attitude and the prediction of behavior. In: M. Fishbein (Ed.), Reading in attitude theory and measurement. Wiley, New York. P. 447.
- Freidson, E., Feldman, J. J. (1958): The public looks at dental care. J Am Dent Assoc 57: 325.
- Gold, M. (1977): A crisis of identity: the case of medical sociology. J Hlth Soc Behav 18: 160.
- Goulding, P. C. (1965): What the public thinks of the dentist and of dental health. J Am Dent Assoc 70: 1211.
- Hartmann, P. (1977): A perspective on the study of social attitudes. Eur Soc Psychol 7: 85.
- Hokwerda, O. (1977): Is de professie in staat haar maatschappelijke verantwoordelijkheid waar te maken? In de serie: Bijdragen meningsvorming omtrent het advies van de

Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake de gewenste tandheelkundige voorzieningen in Nederland. Ned Tandartsenbl 32: 816.

- Kegeles, S. S. (1963): Some motives for seeking preventive dental care. J Am Dent Assoc 67: 90.
- Kegeles, S. S. (1963): Why people seek dental care: a test of a conceptual formulation. J Hlth Hum Behav 4: 166.
- Kegeles, S. S. (1974): Why and how people use dental services. Int Dent J 24: 347.
- Kerlinger, F. N. (1973): Foundations of behavioral research. Holt, Rinehart en Winston, Inc., Londen.
- Kerlinger, F. N., Pedhazur, E. (1973): Multiple regression in behavioral research. Holt Rinehart and Winston, New York.
- Kloeg, M. (1974): Sociale kaart van de Jordaan. Skriptie voor het vierde jaar van de part-time opleiding cultureel werk.
- McKinlay, J. B. (1972): Some approaches and problems in the study of the use of services. An overview. J Hlth Soc Behav 13: 115.
- Pilot, T., Sheiham, A. (1977): Beoordeling van het resultaat van tandheelkundige verzorging in Nederland. Ned Tijdschr Tandheelkd 84: 224.
- Richards, N. D., Willcocks, A. J., Bulmann, J. S., Slack, G. L. (1965): A survey of the dental health and attitudes towards dentistry in two communities. Part I: Sociological data. Br Dent J 118: 199.
- Rosenstock, I. M. (1966): Why people use health services. Millband Mem Fund Quart 44: 94.
- Segall, A. (1976): The sick role concept: understanding illness behavior. J Hlth Soc Behav 17: 162.
- Shortell, S. M., Richardson, W. C., Logerfo, J. P., Diehr, P., Weaver, B., Green, K. E. (1977): The relationships among dimensions of health services in two provider systems. A causal model approach. J Hlth Soc Behav 18: 139.
- Tessler, R., Mechanic, D. (1975): Consumer satisfaction with prepaid group practice. A comparative study. J Hlth Soc Behav 16: 95.
- Wicker, A. W. (1969): Attitudes versus actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. J Soc Issues 25: 41.
- Wicker, A. W. (1971): An examination of the 'other variables' explanation of attitude behavior in consistency. J Personality Soc Psychol 19: 18.
- Ziekenfondsraad (1974): Rapport inzake de tandheelkundige situatie in Nederland. No. 52.

Maart 1979.

Adres: Mevr. Drs. C. J. Maas-de Waal,
C. Krusemanstraat 36^{III},
1075 NN Amsterdam.