

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. Multipele 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	Multipele 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. Ziekenfondsverzekerden 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 als wel 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 toegeedaan 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	Multipelle 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.