

ONDERZOEK

ENKELE DETERMINANTEN VAN DE EVALUATIE VAN
TANDHEELKUNDIGE VOORZIENINGEN IN EEN STADSREGIO

A. Ph. VISSER,
sociaal psycholoog

*Uit de vakgroep Sociale Psychologie
van de Vrije Universiteit te Amsterdam.*

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde – Gezondheidszorg – Ziekenfonds –
Consumentensatisfactie

1. Inleiding

Er zijn verschillende criteria die gehanteerd kunnen worden voor de bepaling van de kwaliteit van de tandheelkundige verzorging die mensen ontvangen. Hierbij kan gedacht worden aan de aard en omvang van bepaalde voorzieningen (b.v. aantal tandartsen), de kwaliteit van de behandeling van gebitselementen (vullen, trekken e.d.), het aanwezige accent op de voorlichting en de preventie etc. In dit artikel gaan we uit van de evaluatie van de tandheelkundige voorzieningen door de gebruikers van dit deel van de gezondheidszorg. De mate van de satisfactie van consumenten met de gezondheidszorg kan opgevat worden als een resultante van diverse factoren. Onder satisfactie verstaan we het waarderend oordeel van consumenten omtrent onderdelen of het totaal van de ontvangen behandeling in de gezondheidszorg (Visser, 1982 c). Een drietal factoren zijn in het onderzoek in verband gebracht met de satisfactie van gebruikers van de gezondheidszorg.

In de eerste plaats wijzen wij er op dat satisfactie-onderzoek de mogelijkheid biedt de persoonlijke opvattingen van patiënten of consumenten over de door hun ontvangen zorg tot hun recht te laten komen. Deze subjectieve beoordeling dient nadrukkelijk onderscheiden te worden van het aanleggen van intersubjectieve of meer objectieve kwaliteitsmaatstaven, zoals b.v. de intercollegiale beoordeling van de kwaliteit van de tandheelkundige behandeling of de gezondheidstoestand van de mond (toestand tandvlees, om-

vang cariës e.d.). Een kenmerk van de subjectieve beoordeling is dat het een weerspiegeling is van de eigen gevoelens van de consument ten aanzien van de ontvangen tandzorg. De eigen oordelen zullen in psychologisch opzicht meer van invloed zijn op het gedrag van patiënten dan de meer objectieve oordelen omtrent de kwaliteit van de geboden gebitsverzorging. Pas als iemand zich een bepaald oordeel heeft eigen gemaakt kan er sprake zijn van de beïnvloeding van het gedrag. De waarde die aan de subjectieve oordelen van consumenten gehecht kan worden neemt toe wanneer die vergeleken kan worden met die van deskundigen, zoals de verstrekkers van bepaalde gezondheidsvoorzieningen. Indien de evaluaties van consumenten en verstrekkers overeenstemmen kan aangenomen worden dat de oordelen van de consumenten niet uitsluitend berusten op hun eigen subjectief gekleurde ervaringen.

In de tweede plaats wijzen we erop dat de aard van de formulering van satisfactievragen eveneens van invloed kan zijn op de meting van de satisfactie van de consumenten. Diverse onderzoekers concluderen dat grote groepen ondervraagden tevreden zijn over de tandheelkundige behandeling. Zo stelt Tijmstra (1980) vast dat 92% van de patiënten zeer tevreden of tevreden over hun tandarts is; slechts 8% van de respondenten had wel eens van tandarts willen veranderen, terwijl 9% van de ondervraagde vrouwen antwoordt dat zij wel eens minder prettige ervaringen met hun tandarts hebben gehad. Maas-De Waal et al. (1979) vermelden dat 71% van de ondervraagden zeer

Samenvatting:

In een onderzoek onder consumenten en verstrekkers van de gezondheidszorgvoorzieningen is nagegaan wat hun oordeel is over de tandheelkundige voorzieningen in het betrokken stadsdeel. Beide groepen oordelen relatief negatief over de tandheelkundige voorzieningen in vergelijking met de beoordeling van de overige lokale gezondheidszorgvoorzieningen. De satisfactie van de consumenten wordt niet beïnvloed door de factor sociale wenselijkheid. De sterkste dissatisfactie over de ziekenfondstandarts wordt geuit door de ziekenfondsverzekerden en degenen met een sterk lokale oriëntatie. De particuliere tandarts wordt positiever beoordeeld door vrouwen, door degenen met een sterke medische sceptische oriëntatie en door consumenten met een lage gezondheidsmachteloosheid.

tevreden of tevreden is over hun tandheelkundige behandeling. In de genoemde onderzoeken werd rechtstreeks gevraagd naar de absolute satisfactie-oordelen. Het ontbreekt de ondervraagden in een dergelijke situatie aan een maatstaf waarmee ze hun oordeel kunnen vergelijken. Een methode waarin er sprake is van een relatieve beoordeling verdient wellicht daarom de voorkeur. Dit kan gebeuren door de beoordeling van tandheelkundige voorzieningen te vergelijken met die van andere onderdelen van de gezondheidszorg (huisartsen, regionale ziekenhuishulp, fysiotherapie e.d.). Aan consumenten kan b.v. gevraagd worden de beste en de slechtste gezondheidszorgvoorzieningen te noemen. Een dergelijke aanpak, waarin de ondervraagden gedwongen worden hun oordelen te differentiëren, voorkomt wellicht dat zij zich te veel laten leiden door sociaal-wenselijke antwoorden, d.w.z. een antwoord geven dat van hen als consument verwacht wordt.

In de derde plaats is het van belang in satisfactie-onderzoek rekening te houden met de invloed van diverse persoonsfactoren op de beoordeling van de tandheelkundige zorg. De invloed van dergelijke persoonsfactoren, zoals biografische kenmerken en per-

soonlijksheidskenmerken differentiëren het beeld van de resultaten van evaluatie-onderzoek. Echter evenzeer wijzen dergelijke invloeden erop dat het beoordelingsproces bepaald wordt door allerlei individuele kenmerken. Verschillen in verwachtingen en normen kunnen ertoe bijdragen dat bepaalde groepen mensen dezelfde gezondheidszorgvoorzieningen anders waarnemen en beoordelen. Zo is bijvoorbeeld veelvuldig in onderzoek onder ziekenhuispatiënten vastgesteld dat oudere patiënten en degenen met hogere sociaal-economische status tevredener zijn over de aard van hun behandeling in het ziekenhuis (Visser, 1982 a). Soortgelijke resultaten vermelden Maas-De Waal et al. (1979) inzake de beoordeling van de tandheelkundige behandeling. Een in dit opzicht belangrijke factor is eveneens de aard van de ziektekostenverzekering. Maas-De Waal et al. (1979) signaleren dat de ziekenfondsverzekerden een negatiever oordeel hebben over de tandheelkundige behandeling dan degenen die een particuliere ziektekostenverzekering hebben. Bovendien bleek dat relatief meer ziekenfondsverzekerden een verschil in de behandeling door de tandarts ervaarden dan de particulier verzekerden dat deden. Satisfactie-onderzoek vereist dus dat men vanwege het subjectieve karakter van de beoordeling rekening houdt met de invloed van allerlei persoonsgebonden factoren, waaronder de aard van de ziekteverzekering. En tandheelkundig evaluatie-onderzoek onder concumenten vereist bovendien dat er een onderscheid gemaakt wordt tussen de behandeling door een particuliere of een ziekenfondstandarts.

Vraagstellingen

In een onderzoek over de evaluatie van diverse gezondheidszorgvoorzieningen in Amsterdam-Noord zijn aan consumenten en verstrekkers van gezondheidszorg een aantal vragen gesteld over hun subjectieve beoordeling van de kwaliteit van de aldaar aanwezige tandheelkundige voorzieningen. Aan de hand van drie vraagstellingen worden in dit artikel de onderzoeksresultaten beschreven, te weten:

1. In welke mate is er een overeenstemming tussen de evaluatie zoals die gegeven wordt door verstrekkers en consumenten aan de tandheelkundige zorg?
2. Hoe is de relatieve evaluatie van de tandheelkundige voorzieningen in die stadsregio, d.w.z. een evaluatie in vergelijking met de beoordeling van andere onderdelen van de gezondheidszorg door verstrekkers en consumenten?
3. Wordt de evaluatie aan consumentenzijde beïnvloed door allerlei persoonsfactoren, zoals biografische kenmerken, de oriëntatie op deze stadsregio, de gezondheidsbeleving, de machteloosheid inzake het bereiken van levensdoeleinden, de ervaringen met de gezondheidszorg en sociale wenselijkheid?

2. Materiaal en methode

2.1. Opzet en uitvoering van het onderzoek

In opdracht van de Stichting Werkgroep Gezondheidszorg Amsterdam-Noord (W.G.A.N.) is een onderzoek gehouden over de evaluatie en het gebruik van de gezondheidszorgvoorzieningen in dit stadsdeel. Het doel van het onderzoek was de W.G.A.N. gedetailleerde beschrijvende gegevens te verschaffen over de beoordeling door consumenten en verstrekkers van de gezondheidszorg (Visser, 1979). Deze gegevens dienden de werkgroep het mogelijk te maken om verstrekkers en consumenten van de gezondheidszorg naar eigen aard, vermogen en functie in te zetten voor de verbetering van de gezondheidszorg in deze stadsregio. De werkgroep, die is samengesteld uit huisartsen, specialisten, consumenten en vertegenwoordigers uit de wijkverpleging en de geestelijke gezondheidszorg, was opgericht vanwege de signaleerde verschillende visies op diverse aspecten van de gezondheidszorg in

dit stadsdeel. Die aspecten betroffen o.a.: de klachten over het ontbreken van eerste hulpvoorzieningen buiten kantooruren, de verbetering van de contacten tussen huisartsen en specialisten, de uitbouw van de g.z.z. en de bouw van een nieuw ziekenhuis.

De opzet van het onderzoek onder verstrekkers en consumenten wordt hieronder nader beschreven.

2.2. Het verstrekkersonderzoek

Dit deel van het onderzoek is gehouden als postenquôte, verzonden aan 233 adressen van personen en instellingen op het terrein van de gezondheidszorg in en ten behoeve van Amsterdam-Noord. Er waren twintig intra- en extramuraal werksorten te onderscheiden, zoals huisartsen, specialisten, wijkverpleegkundigen, apothekers, tandartsen, fysiotherapeuten, psychotherapeuten, maatschappelijk werk, schoolartsen, bedrijfsgeneeskundigen, verloskundigen etc. Van de verzonden brieven en enquêteformulieren werden er 19 als onbestelbaar teruggezonden. Van de resterende 214 vragenlijsten zijn er 87 ingevuld terugontvangen; dit is 40% van de getrokken steekproef, waaronder 6 tandartsen. Van 16.8% is in het geheel geen reactie ontvangen, terwijl 10.7% op een extra telefonisch verzoek positief reageerde, echter in werkelijkheid niet de vragenlijst opstuurde.

De groep weigeraars (31.8%) hanteerde of met name het argument geen tijd/te druk, of wees erop dat men te weinig contact had met cliënten/patiënten uit Amsterdam-Noord teneinde een oordeel te geven over allerlei aspecten van de gezondheidszorg aldaar. De overige weigeraars vonden de vragenlijst te specifiek, of twijfelden aan het nut van een dergelijk onderzoek. Slechts twee personen uitten twijfels inzake de anonimiteit van de postenquêtes. De helft van de twaalf aangeschreven tandartsen stuurde de vragenlijst ingevuld terug. De vragenlijst bevatte naast een standaardgedeelte ook een voor een aantal werksorten specifiek onderdeel. De belangrijkste onderwerpen hadden betrekking op: (a) de algemene beoordeling van de kwaliteit van de gezondheidszorg in Amsterdam-Noord, (b) de kennisvragen over de aanwezigheid van bepaalde voorzieningen, (c) de aard en frequentie van de samenwerking en werkcontacten tussen bepaalde beroepsgroepen, (d) de verwijspatronen en (e) een aantal vragen over de praktijk en biografische gegevens van de betrokkenen. De inhoud van een aantal voor dit artikel relevante vragen zal bij de beschrijving van de resultaten vermeld worden. Voor verdere gegevens over het verstrekkersonderzoek wordt verwezen naar Visser, Dubbeldam, Rotmensen en Schaaf (1978).

2.3. Het consumentenonderzoek

In totaal hebben 676 bewoners van Amsterdam-Noord een vragenlijst ingevuld. Daartoe zijn verschillende deelsteekproeven getrokken uit de administraties van huisartsen, het ziekenhuis in dit stadsdeel, een M.O.B. en S.P.D., en een gezondheidscentrum. Van de niet in het ziekenhuis ondervraagde personen reageerde

35.4% in het geheel niet op een brief om aan het onderzoek deel te nemen; 15.9% van de 1191 aangeschreven weigerde om uiteenlopende redenen aan het onderzoek deel te nemen; 48.6% van deze getrokken steekproef werd dus bereikt. Van de in het ziekenhuis benaderde patiënten (234) weigerde 13.6% hun medewerking; in 17.5% van de gevallen verhinderde de toestand van de patiënt de deelname aan het onderzoek, terwijl voor 23.9% van de patiënten overige redenen bestonden om niet in het onderzoek te participeren (te jong, te lange vragenlijst, e.d.).

Een vergelijking van de samenstelling van de bereikte steekproef met gegevens van de gemeente Amsterdam (Volkstelling en jaarcijfers 1978) wijst uit dat de samenstelling van de steekproef op verschillende punten niet afwijkt van die van de totale bevolking van Amsterdam-Noord. Dit betreft o.a.: het aantal mannen en vrouwen, de leeftijdsopbouw, de burgerlijke staat, de indeling naar sociaal-economisch statuscategorieën, en de verdeling van de belangrijkste wijken. De steekproef bevat wel meer mensen die reeds langer in Amsterdam-Noord wonen. De deelnemers vulden thuis (of in het ziekenhuis) met behulp van een interviewer(ster) de vragenlijst in. De vragenlijst bevatte vragen over diverse onderwerpen zoals:

- de kennis van de gezondheidszorg in Amsterdam-Noord;
- de evaluatie van diverse aspecten van de intra- en extramurale gezondheidszorg;
- de redenen om al of niet van bepaalde voorzieningen gebruik te maken;
- de gewenste verbeteringen van de gezondheidszorg in deze stadsregio en de daarbij aan te leggen prioriteiten.

Naast deze vragen over de gezondheidszorg werden er vragen gesteld over de onderstaande persoonsfactoren; de herkomst van deze vragen wordt hierbij tevens aangegeven.

- Biografische achtergrondgegevens*: leeftijd, sekse, opleiding, burgerlijke staat, aard van de verzekering, opleiding, beroep en inkomen.
- De wijkoriëntatie*: de binding met Amsterdam-Noord, er wel of niet geboren te zijn, woonduur aldaar, mobiliteitsbelemmeringen, de gerichtheid van de ontspanningsactiviteiten in Noord en de evaluatie van het wonen in Amsterdam-Noord (Korteweg en Van Weesep, 1975).
- Het gezondheidsbeleven*: de subjectief ervaren gezondheidstoestand (VOEG-lijst), het belang toegekend aan gezondheid en de tevredenheid met de eigen gezondheid (Cassee, 1973).

- Dimensies van subjectief ervaren machteloosheid*: algemene gevoelens van doelloosheid en machteloosheid, scepsis ten opzichte van prestaties van de medische wetenschap en anomie ten opzichte van eigen inspanning met betrekking tot het gezond blijven (Visser, 1981 en 1982 b; Cassee, 1973).
- De aanwezigheid van *ervaringen* met betrekking tot aspecten van de gezondheidszorg in Amsterdam-Noord: bezoek huisartsen, specialisten van ziekenhuis etc.
- De sociale wenselijkheidstendie*: de neiging om in antwoorden rekening te houden met wat men denkt dat een sociaal wenselijk antwoord is (Hermans, 1967).

In de meeste gevallen betreft het standaardtests of vragenlijstonderdelen die in een vooronderzoek ontwikkeld waren (Kroon et al., 1977). De gemiddelde alpha-coëfficiënt van Cronbach voor de diverse vragenlijstonderdelen was .77. Voor verdere details over de opzet van het onderzoek wordt verwezen naar Visser (1978) en Oudhof (1978). De specifieke vragen over de tandheelkundige voorzieningen worden bij de beschrijving van de resultaten vermeld.

3. Resultaten

3.1. Resultaten van het verstrekkersonderzoek

De ondervraagde verstrekkers noemen in een open vraag de tandheelkundige voorzieningen zelf niet als één van de belangrijkste knelpunten van de gezondheidszorg in Amsterdam-Noord. Ook bij open vragen over de klachten die hen bereiken van patiënten en collegae worden de tandheelkundige voorzieningen niet genoemd. Toch blijken er uitgesproken opvattingen te bestaan over de tandheelkundige voorzieningen in dit stadsdeel. In tabel I verstreken we daarover enkele gegevens.

Uit toegekende rapportcijfers (lopend van 1 t/m 10) aan 19 gezondheidszorgvoorzieningen blijkt dat de 'ziekenfondstandarts' op de 17e plaats en de 'particuliere tandarts' op de 15e plaats komt. De gemiddelde rapportcijfers zijn resp. 5.0 en 6.3. Met de geriatrische voorzieningen (gemiddelde 5.0) en de eerstehulpvoorzieningen (gemiddelde 3.0) behoort de 'ziekenfonds-

tandarts' tot de meest negatief beoordeelde aspecten van de gezondheidszorg in Amsterdam-Noord. Ter vergelijking geven we hieronder de gemiddelde rapportcijfers van enkele gezondheidszorgvoorzieningen: wijkverpleging (7.9), fysiotherapie (7.4), huisartsen (7.2), schoolartsen (6.9) en polikliniek ziekenhuis (6.5).

Uit tabel I valt verder op te maken dat een grote groep van de verstrekkers (62%) een onvoldoende als rapportcijfer toekent aan de 'ziekenfondstandarts'. Dit resultaat stemt overeen met de antwoorden op de vraag welke van de negentien gezondheidszorgvoorzieningen tot de vijf slechtste voorzieningen behoren. De 'ziekenfondstandarts' wordt in dit opzicht door 54% van de ondervraagden genoemd, terwijl de 'particuliere tandarts' door 27% als zodanig wordt aangewezen. De tandheelkundige voorzieningen worden niet alleen relatief ongunstig beoordeeld, bovendien blijkt dat de tandartsen een relatief geïsoleerde positie in de gezondheidszorg innemen. Van de ondervraagde hulpverleners heeft 87% bijna nooit mondeling contact met tandartsen, terwijl 97% bijna nooit schriftelijk contact met hen heeft inzake de behandeling van patiënten. Opvallend is dat 40% van de ondervraagden meer of veel meer werkcontacten met tandartsen wenst te hebben.

Vanwege de kleine aantallen per beroepsgroep zijn de verschillen daartussen inzake de beoordeling van de tandheelkundige voorzieningen niet verder onderzocht.

3.2. De resultaten van het consumentenonderzoek

Uit de gegevens van het consumentenonderzoek blijkt dat de meningen verdeeld zijn over de kwaliteit van de tandheelkundige voorzieningen in Amsterdam-Noord. Volgens 25% van de consumenten is dit één van de drie beste voorzieningen, terwijl 41% het één van de drie slechtste voorzieningen vindt; 34% van de ondervraagden laat zich op dit punt niet uit. Deze positieve beoordeling van de tandheelkundige voorziening (= behorend tot de beste drie voorzieningen) wijkt weinig af van de beoordeling van de wijkverpleging (21%), de fysiotherapie (20%), verloskundige hulp (19%) en de poliklinische hulpverlening in het betrokken subregionale ziekenhuis (30%). Echter in negatieve zin (één van de drie slechtste voorzieningen) scoort de tandheelkunde relatief hoog. Uitsluitend het

Tabel I. De door verstrekkers toegekende rapportcijfers aan de particuliere en de ziekenfondstandarts.

Type tandarts	Gemiddelde rapportcijfer	Frequentieverdeling				Totaal aantal
		1/tm 5	6	7	8	
Particuliere tandarts	6.3	33%	10%	30%	27%	42
Ziekenfondstandarts	5.0	62%	21%	10%	7%	45

ontbreken van een continue eerstehulpvoorziening in het ziekenhuis wordt ongunstiger beoordeeld dan de tandheelkundige voorzieningen; 77% vindt de eerste hulp één van de drie slechtste voorzieningen. Alle overige genoemde voorzieningen behalen op dit punt geen hogere score dan 13%. Vastgesteld kan worden dat er zich voor de tandheelkundige voorzieningen één van de grootste verschillen voordoet tussen de rangordening van het oordeel wat de beste en de slechtste voorziening is. Het hiervoor beschreven beeld wordt bevestigd door de beoordeling aan de hand van het toekennen van een rapportcijfer. De particuliere tandartsvoorzieningen krijgen een gemiddeld rapportcijfer van 6.8; door 16% wordt een onvoldoende uitgedeeeld (rapportcijfer van 1 t/m 5). De ziekenfondstandarts ontvangt gemiddeld een 5.9, waarbij 37% van de ondervraagden een onvoldoende geeft. Alle andere gezondheidszorgvoorzieningen hebben een gemiddeld hoger rapportcijfer (variërend tussen 7.5 en 8.1); zo krijgt b.v. de wijkverpleging een 7.5 en de fysiotherapie een 7.8 en de vroedvrouwenhulp een 8.1. De ziekenfondstandarts krijgt een rapportcijfer dat gemiddeld 1.7 lager ligt; voor de particuliere tandarts is dit 0.7.

Gevraagd naar de prioriteiten van de gewenste verbeteringen, voegt de grootste groep respondenten de verbetering van de tandheelkundige voorzieningen toe aan een rijtje van negen genoemde prioriteitsgebieden. Uit allerlei toelichtingen, gegeven door 33% van de ondervraagden, blijkt dat de kritiek zich met name richt op het te klein aantal particuliere tandartsen in deze stadsregio. Verder wijst men op de lange wachttijden en het niet voldoen van de schooltandarts. Volgens de ondervraagden is men voor een goede (= particuliere) tandheelkundige behandeling op de stad aangewezen, d.w.z. aan de overkant van het IJ. Ook het ontbreken van een orthodontist is één van de genoemde klachten anno 1978. Er zijn ook correlaties berekend tussen de toegekende rapportcijfers aan de tandheelkundige voorzieningen en de rapportcijfers voor de overige aspecten van de gezondheidszorg in dit stadsdeel. Deze aspecten correleren $\bar{r} = .18$ met de toegekende rapportcijfers aan de ziekenfondstandartsen $\bar{r} = .07$ met de rapportcijfers voor de particuliere tandartsen.

Samenhang tussen de evaluatievragen

Nagegaan is in hoeverre er een verband bestaat tussen de antwoorden op de drie soorten evaluatievragen die aan de consumenten zijn voorgelegd. In tabel II worden daarvoor enige gegevens vermeld.

Het blijkt dat degenen die de tandheelkundige voorzieningen één van de drie beste voorzieningen noemen, daarbij iets vaker

Tabel II. De samenhang tussen de evaluatievragen in het consumentenonderzoek.

Vraag over een van de drie beste of slechtste voorzieningen	Gemiddelde rapportcijfer toegekend aan de:		
		particuliere tandarts (n)*	ziekenfondstandarts (n)**
Eén van de drie <i>beste</i> voorzieningen	25%	7.3 (32)	7.9 (96)
Niet als één van de drie beste of slechtste voorzieningen genoemd	34%	6.8 (28)	6.8 (59)
Eén van de drie <i>slechtste</i> voorzieningen	41%	6.6 (80)	4.3 (147)
Totaal aantal	100%	6.8 (140)	5.9 (302)

* F-toets $p = .38$ (n.s.). ** F-toets $p \leq .001$.

gedacht hebben aan de ziekenfondstandarts dan aan de particuliere tandarts (7.9 vs. 7.3). Echter de beoordeling 'een van de slechtste drie' gaat met name gepaard met het toekennen van lage rapportcijfers aan de ziekenfondstandarts (gemiddelde 4.3), terwijl de 'particuliere tandarts' veel positiever beoordeeld wordt (gemiddelde 6.6). De correlatie tussen de beoordeling van de beide typen tandheelkundige voorzieningen is $r = .19$ ($n = 106$; $p = .03$).

Sociale wenselijkheid

De beantwoording van de vragen over de evaluatie van de tandheelkundige voorzieningen wordt niet beïnvloed door de neiging om sociaal-wenselijk te antwoorden. Sociale wenselijkheid is het verschijnsel dat proefpersonen zich bij de beantwoording van vragen laten leiden door sociale goedkeuring en niet zo zeer door wat ze zouden moeten antwoorden wanneer ze een zo 'eerlijk' mogelijk antwoord zouden trachten te geven (Drenth, 1975; Visser, 1982 c). De correlaties tussen deze antwoordtendentie en het toegekende rapportcijfer aan de tandheelkundige voorzieningen voor ziekenfondspatiënten is $r = .02$ ($n = 303$) en die voor particulier verzekerden $r = -.08$ ($n = 141$). Ook het oordeel over de mate waarin de tandheelkundige voorzieningen in die regio tot de drie beste of slechtste voorzieningen behoort, hangt niet samen met de factor sociale wenselijkheid ($r = -.02$; $n = 436$).

Aard van de verzekering

Uit tabel III blijkt dat de ziekenfondsverzekerden een negatiever oordeel hebben over de 'ziekenfondstandarts' dan over de

'particuliere tandarts'. Echter de particulier verzekerden oordelen veel ongunstiger over de 'ziekenfondstandarts' dan over de 'particuliere tandarts'.

Het grootste verschil tussen de beide groepen verzekerden doet zich voor inzake de beoordeling van de ziekenfondstandarts. Uit tabel IV blijkt dan ook dat de aard van de verzekering uitsluitend negatief gecorreleerd is met de beoordeling van ziekenfondstandarts ($r = -.14$). Indien de opleiding, het beroep en het inkomen van de ondervraagden constant wordt gehouden blijkt dat er een zelfde significante partiële correlatie blijft bestaan tussen de aard van de verzekering en de beoordeling van de ziekenfondstandarts ($r = -.14$; $n = 232$; $p = .02$).

Sociaal-economische status

Het zijn vooral de ondervraagden met een lager inkomen die ongunstiger oordelen over de ziekenfondstandarts, zo kan uit tabel IV opgemaakt worden ($r = -.13$). Echter naarmate de opleiding hoger ligt, is het oordeel over de particuliere tandarts gunstiger ($r = .17$).

Sociaal-culturele achtergronden

Uit de gegevens in tabel IV blijkt (punt 3) dat de factoren leeftijd en burgerlijke staat niet de aard van de beoordeling van de tandheelkundige voorzieningen beïnvloeden. Wel zijn vrouwen enigszins positiever over de particuliere tandarts dan mannen ($r = .16$).

Machteloosheid

Opvalt ten aanzien van de gegevens in tabel

Tabel III. De invloed van de aard van de verzekering op de beoordeling van de ziekenfondstandarts en de particuliere tandarts.

Aard verzekering	Rapportcijfer toegekend aan de:		T-toets afhankelijke steekproeven
	ziekenfondstandarts	particuliere tandarts	
Ziekenfondsverzekerden	6.1 (274)	6.7 (95)	$T = -.323$ (df 83)***)
Particulier verzekerden	4.7 (29)	6.9 (46)	$T = -.343$ (df 21)***)
F-toets aard verzekering	$F = 5.7^*$ (df 1)*	$F = 0.21$ (df 1)**)	

* $P = .02$. ** n.s. ($p = .65$). *** $p \leq .01$.

IV dat naarmate men van mening is dat mensen zelf weinig invloed kunnen uitoefenen op hun gezondheid, dat men dan ontevredener is over de particuliere tandarts ($r = -.18$). En de gedachte dat de medische wetenschap soms meer beloofd dan zij waar kan maken (= medische scepsis) leidt met name tot een positievere beoordeling van de particuliere tandarts ($r = -.16$).

Gezondheidsbeleving

Het blijkt dat uitsluitend degenen die meer belang hechten aan de eigen gezondheid ongunstiger oordelen over de particuliere tandarts ($r = -.16$). Alle andere aspecten van de gezondheidsbeleving, zoals de tevredenheid met de eigen gezondheid en de mate waarin men zich gezond voelt, beïnvloeden niet de kwaliteitsbeoordeling van de tandheelkundige voorzieningen.

Gebruik, evaluatie en voorkeur regionale gezondheidszorg

De gegevens in tabel IV (punt 6, 7 en 8) tonen overduidelijk aan dat noch de medische consumptie, noch de evaluatie van de gezondheidszorg en noch de voorkeur voor de regionale gezondheidszorg samenhang vertoont met de evaluatie van de tandheelkundige voorzieningen in de betrokken regio. Hieruit kan opgemaakt worden dat de evaluatie van de tandheelkundige voorzieningen relatief onafhankelijk is van het gebruik en de beoordeling van de overige gezondheidszorgvoorzieningen in dit stadsdeel. Over de frequentie van het tandartsenbezoek zijn geen vragen gesteld.

Kennis en regio-oriëntatie

Het is niet zozeer de kennis van de regionale gezondheidszorgvoorzieningen, dan wel de oriëntatie op de regio in het algemeen die de evaluatie van de tandheelkundige voorzieningen voor ziekenfondspatiënten beïnvloedt. Naarmate men meer op de regio is georiënteerd is men positiever over de ziekenfondstandarts ($r = -.18$). Een lokale oriëntatie speelt dus een rol bij de beoordeling van de tandheelkundige voorzieningen.

3.3 Interacties en verklaarde varianties

In een drietal stapsgewijze regressie-analyses is nagegaan welke van de hiervoor besproken factoren de belangrijkste determinanten zijn van de satisfactie met de tandheelkundige voorzieningen. De resultaten staan weergegeven in tabel V.

Uitsluitend de verklaarde variantie van die factoren is vermeld waarbij er sprake was van een significante bijdrage bij $p \leq .10$. Vermeld staan de verklaarde varianties voor elk der afzonderlijke factoren.

Het blijkt dat alle onderzochte factoren (zoals eerder weergegeven in tabel IV, inclusief de factor sociale wenselijkheid) in

Tabel IV. De correlaties tussen diverse onafhankelijke factoren en drie vragen over de evaluatie van de tandheelkundige voorzieningen.

Onafhankelijke factoren	Schoolcijfer voor de:			Beste vs. slechtste voorziening
	ziekenfondstandarts	particuliere tandarts		
1. Aard verzekering (ziekenfonds = 1; particulier = 2)	-.14** (303)	.04 (141)	-.07 (456)	
2. Sociaal-economische status				
a. opleidingsniveau	-.05 (303)	.17* (141)	-.09* (436)	
b. beroepsniveau	-.07 (245)	-.10 (111)	-.06 (360)	
c. inkomensgroep	-.13** (291)	-.01 (132)	-.14** (418)	
d. s.e.s. totaal (a t/m c)	-.13* (237)	-.00 (104)	-.13** (347)	
3. Sociaal-culturele gegevens				
a. leeftijdsklasse	.09 (303)	-.09 (141)	.06 (436)	
b. sekse (man = 1, vrouw = 2)	-.05 (303)	.16* (141)	-.11** (436)	
c. burgerlijke staat (gehuwd = 1; ongehuwd = 2)	.04 (303)	.02 (141)	.08* (436)	
4. Machteloosheid				
a. gezondheidsanomie	-.02 (236)	-.18* (107)	.08 (318)	
b. scepsis t.o.v. med. wetenschap	.00 (235)	.16* (107)	.05 (317)	
c. externe beheersing	-.08 (235)	-.10 (107)	-.03 (317)	
d. doelloosheid/zinloosheid	.08 (236)	.05 (315)	-.00 (318)	
5. Gezondheidsbeleving				
a. ervaren gezondheid (V.O.E.G.)	-.03 (237)	-.09 (107)	-.08 (319)	
b. tevredenheid met gezondheid	-.02 (237)	-.01 (107)	-.05 (319)	
c. belang gezondheid	.05 (236)	-.16* (106)	.08 (318)	
6. Medische consumptie				
a. frequentie huisartsenbezoek	.00 (237)	.07 (107)	.02 (319)	
b. frequentie specialistenbezoek	.05 (237)	.05 (107)	-.02 (319)	
c. frequentie ziekenhuisopnamen	.05 (303)	-.10 (107)	-.05 (436)	
7. Evaluatie gezondheidszorg				
a. huisartsenhulp	.02 (229)	-.02 (106)	-.04 (309)	
b. specialistenhulp	.04 (197)	-.01 (84)	-.10* (251)	
c. ziekenhuis	.06 (232)	-.08 (105)	-.03 (308)	
d. gezondheidszorg algemeen	.15** (283)	.10 (130)	-.01 (394)	
8. Voorkeurskeuze regionale gezondheidszorg bij ziekte	.08 (237)	.04 (107)	-.09 (319)	
9. Kennis regionale gezondheidszorg	.04 (303)	.03 (141)	-.07 (436)	
10. Regionale oriëntatie				
a. woonsatisfactie	.13* (237)	-.03 (107)	-.03 (319)	
b. regio gerichte activiteiten	.14** (237)	-.09 (107)	.04 (319)	
c. aldaar geboren en getogen	.11* (237)	-.05 (107)	-.01 (318)	
d. mobiliteitsbeleving	-.04 (236)	.11 (107)	-.05 (318)	
e. totaalscore (a t/m d)	.18** (236)	-.08 (107)	-.01 (317)	

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$; eenzijdig getoetst.

sterkste mate de variantie in de beoordeling van de particuliere tandarts kunnen verklaren (26.0%). De minste variantie kan verklaard worden door de antwoorden op de vraag over de drie beste en drie slechtste voorzieningen. Voor elke satisfactie vraag treden er verschillende soorten determinanten op.

Een vergelijking met de gegevens in tabel IV wijst uit dat er weinig veranderingen optreden. Dit betekent dat de vermelde correlaties in tabel IV berusten op een onafhankelijke bijdrage van elk der genoemde factoren aan de verklaring van de satisfactie met de tandheelkundige voorzieningen.

Tabel V. De resultaten van stapsgewijze regressie-analyse.

Onafhankelijke factoren	Schoolcijfer voor de:		Beste vs. slechtste voorzieningen (n = 257)
	ziekenfonds-tandarts (n = 182)	particuliere tandarts (n = 78)	
1. Verzekering	3.2% (2)	-	-
2. S.e.s.	-	-	1.8% (1)
3. Sekse	-	6.6% (1)	1.7% (2)
4. Leeftijd	1.5% (3)	-	-
5. Gezondheidsanomie	-	4.1% (2)	-
6. Medische scepsis	-	4.1% (3)	-
7. Externe beheersing	1.6% (4)	-	-
8. Doelloosheid/zinloosheid	1.6% (5)	-	-
9. Voorkeurskeuze regio	-	-	1.1% (3)
10. Regio oriëntatie	3.4% (1)	-	-
<i>Verklaarde variantie:</i>			
Significante factoren	11.4%	14.8%	4.5%
Overige factoren	2.2%	11.2%**)	3.8%
Totaal verklaarde variantie	13.6%	26.0%	8.3%

*) Significante bijdrage bij $p \leq .10$.

***) Diverse kleine factoren; zie tabel IV.

- Geen significante F-toets bij $p = .10$.

() De gevonden volgorde van de factoren in de regressie-analyse

4. Discussie en conclusie

In een vragenlijstonderzoek onder de consumenten en de verstrekkers van de gezondheidszorg, waaronder de tandartsen, is nagegaan hoe de tandheelkundige voorzieningen aldaar worden geëvalueerd en welke factoren van invloed zijn op deze evaluaties (Visser, 1978 en 1979). Het consumentenonderzoek omvat een voor Amsterdam-Noord redelijk representatief samengestelde steekproef, hoewel 51,4% van de getrokken steekproef niet werd bereikt. Aan het verstrekkersonderzoek heeft slechts 40,7% van de aangeschrevenen deelgenomen; dit onderzoek is voor enkele beroepsgroepen in de gezondheidszorg niet representatief. Van de 12 tandartsen werd de helft ondervraagd. De beschrijvende gegevens uit de beide onderzoeken zijn vanwege specifieke kenmerken van de gezondheidszorg in Amsterdam-Noord niet te generaliseren. De belangrijkste onderzoeksgegevens laten we hieronder kort de revue passeren.

4.1. De evaluatie van de tandheelkundige voorzieningen

Vastgesteld kan worden dat enkele op-

vattingen van de consumenten overeenstemmen met die van degenen die in de gezondheidszorg werkzaam zijn. Dit wijst er op dat de oordelen van de consumenten niet slechts ingegeven zijn door de subjectief gekleurde eigen ervaringen, maar dat ze betrekking hebben op een algemene beoordeling van de kwaliteit van de tandheelkundige voorzieningen in dit stadsregio. Opvalt daarbij dat in tegenstelling tot eerder onderzoek (Tijmstra, 1980; Maas-De Waal et al., 1979) de consumenten zich relatief ongunstig uitlaten over de tandheelkundige voorzieningen, met name wat betreft de voorzieningen voor ziekenfondsverzekerden. Niet minder dan 37% kent daaraan een onvoldoende rapportcijfer toe, terwijl de tandheelkundige voorzieningen in het algemeen volgens 41% van de ondervraagde consumenten tot één van de slechtste voorzieningen behoort in dit stadsdeel.

Er zijn aanwijzingen dat de oorzaak van de ontevredenheid van de consumenten gezocht moet worden in het kleine aantal (met name particuliere) tandartsen in dit stadsdeel en het ontbreken van een orthodontist. Dit leidt wellicht tot lange wachttijden of noodzaakt de betrokkenen elders hun tandheelkundige hulp in Amsterdam te

zoeken. Het IJ vormt in dit opzicht zowel een fysieke als een psychologische barrière.

Ook ten aanzien van het oordeel van de verstrekkers valt op dat een grote groep van hen eveneens een negatief oordeel uitspreekt over de tandheelkundige voorzieningen. Een mogelijke oorzaak kan zijn dat er vrijwel geen werkcontacten plaatsvinden met tandartsen. Het is kennelijk ongebruikelijk om elkaar over tandheelkundige aspecten van de behandeling van patiënten te informeren.

De gegevens wijzen niet alleen uit dat er in het betrokken stadsdeel tekortkomingen zijn inzake de tandheelkundige voorzieningen, maar dat bovendien de aard van de gestelde enquêtevragen van invloed is op het gegeven oordeel. Er is namelijk geen absoluut oordeel gevraagd over de tandheelkundige voorzieningen, maar de ondervraagden brachten een vergelijking aan tussen de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg. Een relatieve beoordeling biedt voor consumenten meer mogelijkheden om hun dissatisfacties met betrekking tot bepaalde onderdelen van de gezondheidszorg weer te geven. Dat deze antwoorden valide betekenis hebben blijkt o.a. uit het feit dat er geen significante correlaties optreden met de neiging om sociaal wenselijk te reageren ($r = -.04$). Wij wijzen er overigens op dat de factor sociale wenselijkheid eveneens zwak samenhangt ($r = -.09$) met de beoordeling van andere aspecten van de extra-murale gezondheidszorg in dit onderzoek (Visser, 1978).

4.2. De particuliere en ziekenfondstandarts

Het onderzoek toont aan dat het in satisfactie-onderzoek van belang is een onderscheid te maken tussen de beoordeling van de tandheelkundige voorzieningen voor particulieren en ziekenfondsverzekerden. Het blijkt dat de ziekenfondsverzekerden minder differentiëren in hun beoordeling van de ziekenfondstandarts en de particuliere tandarts dan dat voor de particulier verzekerden het geval is. De

particulier verzekerden oordelen met name ongunstig over de kwaliteit van de tandheelkundige voorzieningen voor ziekenfondsverzekerden. Dit verband blijft bestaan indien de opleiding, het beroep en het inkomen van de respondenten constant wordt gehouden. Dit wijst erop dat de aard van de verzekering als zodanig, en als s.e.s.-kenmerk de beoordeling van de voorzieningen voor ziekenfondstandartsen beïnvloedt. De beoordeling van de tandheelkundige voorzieningen voor particulier verzekerden is voor beide groepen verzekerden gelijk.

4.3. De invloed van persoonsfactoren

De onderzochte invloed van verschillende persoonsfactoren op de beoordeling van de tandheelkundige voorzieningen laat zien dat het wel relevant is een onderscheid te maken tussen de voorzieningen voor de particulieren en de ziekenfondsverzekerden. De beoordeling van de ziekenfondstandarts wordt het minst door de persoonsfactoren verklaard (13.6%). Dit wijst er wederom op dat deze evaluatie niet berust op louter subjectief gekleurde ervaringen. Het minste tevreden zijn de ziekenfondsverzekerden en degenen die in geringe mate een lokale oriëntatie hebben op het betrokken stadsdeel. De particuliere tandarts wordt met name ongunstiger beoordeeld door mannen; ook naarmate men *minder* sceptisch staat ten opzichte van de medische wetenschap en men zich *meer* machteloos voelt inzake het in stand houden van de eigen gezondheid beoordeelt men de particuliere tandarts ongunstiger.

Het positievere verband tussen het medisch scepticisme en de beoordeling van de particuliere tandarts ($r = .16$) wijkt af van de resultaten van eerder onderzoek. Door Cassee (1973) wordt een negatief verband vastgesteld met de evaluatie van de huisarts, terwijl een soortgelijk verband ook werd gevonden in onderzoek onder ziekenhuispatiënten (Visser, 1981 a en 1982 b).

Eveneens voor de evaluatie van andere gezondheidszorgvoorzieningen in

het stadsdeel werden in het onderhavige onderzoek negatieve correlaties gevonden met het medisch scepticisme (Visser, 1978). Een verklaring voor het in dit geval gevonden positieve verband tussen medisch scepticisme en de evaluatie van de particuliere tandarts zou gezocht kunnen worden in het feit dat men uit cynisme juist positieve aspecten toeschrijft aan de kwaliteit van de tandheelkundige voorzieningen voor particulier verzekerden, die zoveel slechter zijn dan die voor ziekenhuisverzekerden. Een bevestiging van deze veronderstelling wordt gevonden in het gegeven dat het genoemde positieve verband uitsluitend optreedt voor de ziekenfondsverzekerden ($r = .24$) en niet voor de particulier verzekerden ($r = .02$).

4.4. Conclusie

Geconcludeerd kan worden dat het mogelijk is om door middel van satisfactie-onderzoek onder consumenten een beeld te krijgen van de kwaliteit van de tandheelkundige voorzieningen. Of deze subjectieve oordelen samenhangen met de objectief te meten kwaliteit van de tandheelkundige zorg was niet het doel van het onderzoek. Wel bleek er een intersubjectieve overeenstemming te bestaan tussen de oordelen van verstrekkers en consumenten.

Mits er de juiste vragen gesteld worden, behoeft satisfactie-onderzoek niet steeds het traditionele beeld van de sterk tevreden consumenten op te leveren, zoals ook in onderzoek onder ziekenhuispatiënten vaak is vastgesteld (Visser, 1982 a en 1982 c). Wel dient er op gelet te worden dat persoonsgebonden factoren van invloed kunnen zijn op de subjectieve beoordeling van de kwaliteit van tandheelkundige voorzieningen. Er zijn aanwijzingen dat dit meer het geval is voor de beoordeling van de particuliere tandarts dan voor de ziekenfondstandarts.

Summary:

Title: Some determinants of the evaluation of dental care provisions in a city district.

In a survey among consumers and providers of health care the evaluation was studied of the satisfaction about the dental care provisions in a quarter of a town. Both groups gave rather negative evaluations in comparison with the evaluation of other health care provisions in that quarter. The satisfaction of the consumers was not influenced by the social desirability tendency. Especially those insured in a sick-fund and the non-local orientated people utter dissatisfaction about their dental care facilities. The dental care provisions for privately insured was positively evaluated by women, consumers with a strong medical sceptical attitude and people with a low health anomia orientation.

Literatuur:

1. Cassee, E. Th. (1973): Naar de dokter. Boom, Meppel.
2. Drenth, P. J. D. (1975): Inleiding in de testtheorie. Van Loghum Slaterus, Deventer.
3. Hermans, H. J. M. (1967): Motivatie en prestatie. Swets en Zeitlinger, Amsterdam.
4. Kroon, F., J. Valkhoff, A. Ph. Visser (1977): Vooronderzoek evaluatie gezondheidszorg in een Amsterdamse wijk. Vakgroep Sociale Psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.
5. Korteweg, P. J., J. van Weesep (1975): De band met Amsterdam. Een onderzoek in een deel van het Amsterdamse overloopgebied. Geografisch en Planologisch Instituut van de Vrije Universiteit, Amsterdam.
6. Maas-de Waal, C. J., M. A. J. van Groenestijn, P. A. Mileman, J. N. Swallows (1979): Een survey-onderzoek naar attitudes en gedragingen ten aanzien van de gezondheidszorg (I en II). Ned Tijdschr Tandheelkd 86: 252-261 en 285-291.
7. Oudhof, C. (1978): Ziek zijn, anders doen. Deel II van het onderzoek over de gezondheidszorg in Amsterdam-Noord. Vakgroep Sociale Psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.
8. Tijmstra, T. (1980): Sociologie en tandheelkunde: resultaten van een gecombineerd sociaal-wetenschappelijk en tandheelkundig onderzoek. Wolters-Noordhoff, Groningen.
9. Visser, A. Ph. (1978): De gezondheidszorgvoorzieningen in een stadsdeel. Deel I: Het consumentenonderzoek. Vakgroep Sociale Psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.
10. Visser, A. Ph. (1979): De gezondheidszorg in Amsterdam-Noord. Medisch Contact 34: 684-687.
11. Visser, A. Ph., J. Dubbeldam, M. Rotmenssen, W. Schaaf (1978): De visie van de hulpverleners op de gezondheidszorg in een stadsdeel. Vakgroep Sociale Psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.
12. Visser, A. Ph. (1981): Algemene en gezondheidsspecifieke vervreemding van patiënten. Vakgroep Sociale Psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.
13. Visser, A. Ph. (1982 a): Patiënt en Zieken-

huis. Deel IV van de rapporten over het onderzoek 'Ziekenhuisorganisatie en Patiëntgedrag'. Vakgroep Sociale Psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

14. Visser, A. Ph. (1982 b): De samenhang tus-

sen machteloosheid, kenmerken van de ziekenhuisomgeving en de beleving van patiënten. *Mens en Maatschappij* 57: 290-304.

15. Visser, A. Ph. (1982 c): Methodische factoren in satisfactie-onderzoek onder zieken-

huispatiënten. *Gezondheid en Samenleving* (in druk).

De Boelelaan 1081,

1081 HV Amsterdam
Oktober 1982.

BERICHTEN

Verenigingsverslagen en mededelingen

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR KINDERTANDHEELKUNDE

Aankondiging programma jaarvergadering d.d. 14 januari 1983

De jaarvergadering van de *Nederlandse Vereniging voor Kindertandheelkunde* wordt op 14 januari a.s. in het Jaarbeurscongresgebouw te Utrecht gehouden.

Het wetenschappelijke gedeelte zal geheel worden verzorgd door Prof. Dr. Göran Koch en Mevr. Dr. Anna Lena Hallonsten verbonden aan het Instituut voor Postacademisch Onderwijs Tandheelkunde van de universiteit in Jönköping (Zweden).

Het programma luidt:

10.00 uur: Ontvangst met koffie.

10.15 uur: Inleiding.

10.30 uur: P.A.O.T. in Zweden.

11.00 uur: Glazuurafwijkingen: epidemiologie en etiologie.

11.30 uur: Glazuurafwijkingen: therapeutische mogelijkheden.

12.00 uur: Discussie.

12.30 uur: Lunch.

14.00 uur: Introductie van de lachgas-zuurstofsedatie in Zweden (film).

15.00 uur: Exarticulated teeth (film).

15.15 uur: Toegepaste epidemiologie.

16.00 uur: Discussie.

Opgave voor de lunch kan uitsluitend geschieden door uiterlijk 31 december a.s. f 20,— over te maken op rekening nr. 41.15.81.910 van de penningmeester van de Ned. Ver. voor Kindertandheelkunde bij de Amrobank te Amsterdam (het gironummer van de bank is 8000). Introducés zijn welkom.

Internationaal

FÉDÉRATION DENTAIRE INTERNATIONALE

Aanpassing aan alom zich wijzigende inzichten aangaande de gebitszorg

Inleiding

Het Dagelijks Bestuur van de Fédération Dentaire Internationale, bestaande uit president, president-elect, penningmeester en algemeen-secretaris, heeft in april 1982 gedurende een vierdaagse bijeenkomst de taken van de F.D.I. ten aanzien van de gebitszorg over de gehele wereld aan een grondige bespreking onderworpen. Geen eenvoudig thema — aldus een verslag van de algemeen-secretaris, Dr. J. E. Ahlberg in de F.D.I.-Newsletter nr. 124 van juli 1982 — want met een zo groot aantal leden in bijna 100 in velerlei opzichten zeer uiteenlopende landen strekken de bemoeiingen zich over nagenoeg de gehele aardbol uit. Dit wil zeggen dat zij ook met betrekking tot de tandheelkunde zeer verschillende toestanden en behoeften ontmoet: deze ongelijkheid stelt haar meermalen voor netelige vraagstukken.

Toch wordt van de Fédération verwacht dat haar totale programma een weerspiegeling is van een juiste afweging tussen de activiteiten, gericht op geïndustrialiseerde staten en de ontwikkelingslanden. Daarbij is te bedenken dat de overgrote meerderheid van de tandartsen praktizeert in geïndustrialiseerde landen.

Vanouds is ook verreweg de belangrijkste financiële steun voor de F.D.I. juist uit die gebieden afkomstig. De economische vooruitzichten in dit deel van de wereld zijn echter allesbehalve opwekkend. Daarbij komt nog het dreigende teveel aan tandartsen in diverse geïndustrialiseerde landen. Dit complex van omstandighe-

den kan er gemakkelijk toe leiden dat de individuele tandarts wordt beperkt in zijn mogelijkheden, aan zijn contributieverplichtingen ten aanzien van de verschillende beroepsorganisaties te voldoen. Met dit soort ontwikkelingen heeft de F.D.I. bij haar toekomstige activiteiten rekening te houden.

Het Dagelijks Bestuur beseft echter heel wel dat dit alles geenszins een vermindering van haar activiteiten tot gevolg mag hebben. Integendeel, de toekomst van de tandheelkunde bevat zoveel hachelijke elementen, die voor veel landen in gelijke mate gelden, dat een eensgezinde internationale aanpak juist van essentieel belang moet worden geacht. Niettemin zal het Dagelijks Bestuur aan de Algemene Vergadering voorstellen doen die zijn gericht op vermindering van contributie in bepaalde gevallen. (Hierbij mag worden aangetekend dat dezelfde aflevering van de F.D.I.-Newsletter het afschrift bevat van een aan de algemeen-secretaris gerichte brief d.d. 27 oktober 1981 van de American Dental Association, waarin zij haar lidmaatschap van de F.D.I. per 31 december 1981 opzegde: blijkbaar omdat de jaarlijkse bijdrage haar te machtig werd.) Ter compensatie zal de Fédération nieuwe financiële bronnen moeten zien aan te boren, wellicht van buitenstaanders.

Het Dagelijks Bestuur denkt zijn activiteiten in de toekomst vooral te richten op de in het onderstaande genoemde problemen, die zij als prioriteiten van de eerste rang beschouwt.

Mankrachtproblemen

Terwijl andere internationale organisaties, in het bijzonder de W.H.O., belangrijke activiteiten ontwikkelen om in het tekort aan mankracht in de ontwikkelingslanden te voorzien, kampt de F.D.I. in de geïndustrialiseerde staten juist met tegengestelde tendensen. Zij tracht over een