

INFORMEREN EN SANEREN

EEN POGING HET GEBRUIK VAN TANDHEELKUNDIGE DIENSTEN TE STIMULEREN

G. TER HORST
W. DE HAAN
JOH. HOOGSTRATEN

*Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde
van de Universiteit van Amsterdam.*

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde - T.G.V.O. - Tandartsbezoek - Ziekenfondsverzekerden

1. Inleiding

Op basis van landelijke gegevens uit 1980 kan worden geconcludeerd dat in dat jaar een kwart van de Nederlandse ziekenfondsverzekerden niet gesaneerd was, terwijl hun gebit in principe voor sanering in aanmerking kwam.¹ Afgezien van de consequenties die het niet-gesaneerd zijn voor de mondgezondheid kan hebben, staat vast dat ongesaneerde verzekerden geen optimaal gebruik maken van de mogelijkheden die het ziekenfondssysteem hen biedt. Zij hebben recht op minder verstrekkingen dan gesaneerde verzekerden, en betalen voor de verstrekkingen waar zij recht op hebben meer, terwijl de premie die zij moeten afdragen, gelijk is.

Het (on)regelmatig bezoeken van een tandarts is blijkens de literatuur aan een veelheid van factoren gerelateerd.¹⁻³ Een analyse van de Nederlandse literatuur van de afgelopen twintig jaar leverde 24 publicaties op, waarin de (on)regelmaat van tandartsbezoek met in totaal 44 variabelen in verband is gebracht.¹ Beperken wij ons tot de dertien variabelen die in meer dan twee studies gerelateerd zijn aan de (on)regelmaat van tandartsbezoek, dan blijkt ten aanzien van zeven variabelen het aantal studies dat een significante relatie vermeldt groter dan het aantal studies dat een niet-significante relatie rapporteert.

De onderzoeksresultaten kunnen voor deze variabelen als volgt worden samengevat: vrouwen, jongeren, niet-angstigen alsmede zij die meer tandheelkundige kennis hebben, meer vertrouwen hebben in of waardering hebben voor de tandarts, of een afkeer hebben van een kunstgebit, gaan relatief vaker naar de tandarts dan personen die deze kenmerken niet bezitten. Ten aanzien van de variabele 'jaar van onderzoek' kan worden geconcludeerd dat de regelmaat van tandartsbezoek in de loop van de tijd is toegenomen. Hoe interessant deze resultaten op zich ook zijn, de correlatieve aard van dergelijk onderzoek maakt het niet mogelijk uitsluitel te geven over de causaliteit van de gevonden relaties. Met andere woorden: een vraag als 'Is het vertrouwen hebben in een tandarts nu oorzaak of gevolg van een regelmatig bezoek aan deze zorgverlener?' kan op basis van dit type onderzoek niet worden beantwoord. Is men geïnteresseerd in de mogelijkheden de regelmaat van tandartsbezoek daadwerkelijk te beïnvloeden,

dan zal een onderzoek met een experimenteel karakter uitsluitel moeten geven.

In dit artikel wordt verslag gedaan van een poging daartoe. Ongesaneerde ziekenfondsverzekerden werden door middel van schriftelijke voorlichting aangezet zich voor sanering aan te melden. Onze interesse ging met name uit naar het effect van een boodschap waarin de rechten en plichten van ziekenfondsverzekerden op tandheelkundig gebied uiteen worden gezet. Uit eerder onderzoek is immers gebleken dat het ziekenfondsverzekerden ontbreekt aan kennis van elementaire ziekenfondsregels.^{1,4,5} Worden verzekerden ervan op de hoogte gesteld dat tegenover de premie die zij maandelijks betalen het recht op tandheelkundige hulp staat, dan zullen zij – zo luidde onze verwachting – van dit recht ook meer gebruik maken. Om uit te kunnen maken of van een brief met informatie over rechten en plichten meer of minder invloed uitgaat dan van een brief met andere inhoud, is aansluiting gezocht bij twee psychologische theorieën, die beide een model presenteren ter verklaring en voorspelling van (gezondheids)gedrag: het Health Belief Model^{6,7} en de 'theory of reasoned action' van Ajzen en Fishbein.⁸ Het Health Belief Model acht de kans dat iemand preventief gezondheidsgedrag*) vertoont afhankelijk van de volgende factoren:

1. De bereidheid actie te ondernemen. Deze bereidheid is afhankelijk van hoe hoog de kans op vatbaarheid voor de ziekte wordt geschat en hoe ernstig de consequenties van het krijgen van de ziekte worden genomen.
2. De evaluatie van het gepropageerde gezondheidsgedrag. Hiertoe zal het nut, in termen van het verminderen van de vatbaarheid of de ernst, worden afgewogen tegen de barrières die overwonnen moeten worden om de actie uit te voeren.
3. Het gepropageerde gedrag moet 'getrig-

*) Het is discutabel of het bezoeken van een tandarts ter sanering van het gebit als een uiting van gezondheidsgedrag kan worden beschouwd. Veelal zal eerder sprake zijn van ziektegedrag. Het voorspellen van ziektegedrag is met behulp van het Health Belief Model ook mogelijk. Hiertoe dient het begrip 'vatbaarheid' (susceptibility) aldus Becker et al.⁹ te worden opgevat als 'hernieuwde vatbaarheid' (resusceptibility).

Samenvatting:

Ongesaneerde ziekenfondsverzekerden van 21 tot 50 jaar (N=215) werden schriftelijk opgeroepen zich aan te melden voor de sanering van hun gebit. Naast een controleconditie (N=54), die geen brief kreeg toegestuurd, en een conditie die alleen een aanmeldingsformulier, vergezeld van een kort begeleidend schrijven, kreeg toegestuurd, werden drie condities onderscheiden. De proefpersonen uit één conditie ontvingen een brief over de rechten en plichten van ziekenfondsverzekerden op tandheelkundig gebied. Aan de proefpersonen uit de tweede conditie werd een brief gezonden geënt op het zgn. Health Belief Model. De proefpersonen uit de derde conditie, tenslotte, kregen een brief toegestuurd opgesteld volgens de richtlijnen van Ajzen en Fishbein. Alle drie de brieven gingen vergezeld van een aanmeldingsformulier. Na enige tijd werden de proefpersonen benaderd voor een interview.

Geconcludeerd wordt dat het zeer wel mogelijk is ongesaneerde ziekenfondsverzekerden te bewegen zich aan te melden voor sanering. In totaal meldt 47% van de aangeschrevenen zich aan: 25% na de brief, 6% na het telefonische verzoek om een interview en 16% na het interview zelf. Uit de controlegroep meldt niemand zich binnen 11 dagen aan. De vier onderscheiden benaderingen ontlopen elkaar nauwelijks in effectiviteit: alleen het aantal aanmeldingen in de aanmeldingsformulier-conditie is – tegen de verwachting in – significant hoger dan het aantal aanmeldingen in de rechten en plichten-conditie. Van degenen die zich aanmeldden, verschijnt 81% op de eerste oproep tot behandeling en binnen 15 maanden na aanmelding is 70% gesaneerd.

gered' worden door een 'cue to action', die intern kan zijn (bijvoorbeeld symptomen) of extern (bijvoorbeeld een campagne via de massamedia of een advies van de arts). De 'theory of reasoned action' stelt dat gedragsverandering tot stand kan worden gebracht door veranderingen aan te brengen in 1. de opvattingen die iemand heeft over de consequenties van het al dan niet vertonen van een bepaald gedrag (i.c. zich laten saneren) en/of 2. de opvattingen die iemand huldigt over de mening van anderen – familie, collega's, vrienden – dat de persoon in kwestie het gedrag moet vertonen of juist nalaten. Het beïnvloeden van deze opvattingen impliceert het veranderen van de attitude ten opzichte van het gedrag en/of de subjectieve norm met be-

trekking tot datzelfde gedrag. De attitude en de subjectieve norm bepalen te zamen de intentie om het gedrag te vertonen. De intentie, tenslotte, is de uiteindelijke determinant van het gedrag.

In het onderzoek waarvan in dit artikel verslag wordt gedaan, zijn de volgende vraagstellingen betrokken:

1. Is het mogelijk door middel van het verstrekken van informatie over rechten en plichten via een brief, ongesaneerde ziekenfondsverzekerden te bewegen zich aan te melden voor de sanering van hun gebit?

2. Is de inhoud van de brief van belang, met andere woorden: is de rechten en plichtenbrief effectiever dan een brief geënt op het Health Belief Model of op de theorie van Ajzen en Fishbein?

2. Materiaal en methode

Boodschappen

Op basis van de drie beschreven theoretische uitgangspunten werden drie boodschappen opgesteld. Bij het opstellen van de boodschappen is getracht ze – met uitzondering van de specifieke inhoud – zoveel mogelijk te laten overeenstemmen qua lengte (2½ vel A4, 1½ regelafstand), structuur, duidelijkheid, begrijpelijkheid en geloofwaardigheid. Briefhoofd en aanhef, alsmede de eerste twee alinea's en de slotpassage zijn identiek. De eerste twee alinea's behelzen, met het oog op de rest van de brief, een korte explicatie van het begrip 'sanering'. Aangestipt wordt dat de sanering voor een deel door de verzekerde moet worden betaald. Na deze gemeenschappelijke introductie komt de specifieke inhoud van de boodschappen aan de orde. In de rechten en plichten-boodschap wordt allereerst een uiteenzetting gegeven van de verzekeringstechnische voordelen die aan sanering verbonden zijn. Vervolgens wordt de lezer, die in zijn hoedanigheid van ongesaneerde wordt aangesproken, een overzicht gegeven van de behandelingen waarvoor bij de sanering van het gebit moet worden betaald. De bedragen die de ongesaneerde verzekerde verschuldigd is worden eveneens vermeld.

De specifieke inhoud van de Health Belief Model-boodschap is afgestemd op de centrale elementen uit het model, te weten de vatbaarheid voor tandheelkundige ziekten, de mogelijke consequenties van die ziekten en het nut van gezondheidsgedrag ter voorkoming van die ziekten of de gevolgen. Anders dan in de rechten en plichten-boodschap worden niet de verzekeringstechnische, maar de voordelen van sanering met betrekking tot de gezondheid onderstreept.

Ajzen en Fishbein geven richtlijnen voor het opstellen van een boodschap. Gedragsverandering kan tot stand worden gebracht door wijziging aan te brengen in de opvattingen die gelieerd zijn aan dit gedrag. Op basis van een voor-

onderzoek,¹⁰ waarin naar de opvattingen over de voor- en nadelen van het zich laten saneren werd gevraagd, is de Ajzen en Fishbein-boodschap opgesteld. Meer dan in de andere twee boodschappen wordt uiteengezet wat de verzekerde die zich wil laten saneren, kan verwachten. Voorts worden de door de proefpersonen uit het vooronderzoek als positief aangemerkte consequenties van sanering onderstreept en de als negatief aangemerkte consequenties afgezwakt. De eindpassage van de drie brieven is – zoals reeds aangestipt – identiek. De lezer wordt meegedeeld dat hij zich kan aanmelden voor sanering door het bijgevoegde aanmeldingsformulier ingevuld in de voorgefrankeerde envelop te retourneren. Daarna wordt kort aangegeven hoe de verdere procedure verloopt. De passage eindigt met de opmerking dat ook wanneer men denkt dat het gebit te slecht is om gesaneerd te worden, het zinvol is zich aan te melden: 'Misschien valt het mee en is sanering toch mogelijk.'

In navolging van het onderzoek van Ajzen en Fishbein onder alcoholisten⁸ eindigen de brieven met een oproep. Voor de rechten en plichten-boodschap, de Health Belief Model-boodschap en de Ajzen en Fishbein-boodschap luidt de oproep respectievelijk:

'Maak gebruik van de rechten die u als ziekenfondsverzekerde heeft! Wacht niet langer! Meldt u nu aan voor de sanering van uw gebit!'

'Laat uw gebit niet verloren gaan. Wacht niet langer. Meldt u nu aan voor de sanering van uw gebit!'

'Het is in uw eigen voordeel om u te laten saneren! Wacht niet langer. Meldt u nu aan voor de sanering van uw gebit!'

Steekproef

Door bemiddeling van de Amsterdamse vereniging tot bevordering der Tandheelkundige verzorging van Ziekenfondsverzekerden (ATZ) kon een aselechte steekproef van 7605 personen uit de hoofdverzekerden van de Amsterdamse ziekenfondsen in de leeftijd van 21 tot 50 jaar worden verkregen. Naast dit leeftijds criterium werden, ter samenstelling van de doelgroep, de volgende selectiecriteria gehanteerd. Verzekerden dienden:

- langer dan 2½ jaar ongesaneerd te zijn;
- de afgelopen drie jaar niet onder regelmatige (inclusief een frequentie van minder dan eens per jaar) behandeling te zijn geweest van een 'particuliere' tandarts, bedrijfsstandarts, de Universiteit van Amsterdam of de Vrije Universiteit;
- redelijk Nederlands te spreken;
- een gebit te hebben dat nog gesaneerd kon worden;
- zich niet reeds voor sanering te hebben aangemeld.

Met behulp van gegevens beschikbaar op de ATZ en/of een telefonische raadpleging van de verzekerde zelf kon van circa 3200 personen worden vastgesteld of zij aan de selectiecriteria voldeden.*¹ Aangezien hoofdverzekerden niet representatief zijn voor de ziekenfondsverze-

kerden – het zijn bijvoorbeeld merendeels mannen – is in de loop van de selectieprocedure besloten dat, indien zowel de hoofdverzekerde als diens echtgenote aan de selectiecriteria voldoen, gekozen wordt voor de vrouw. Op de consequenties van deze gang van zaken voor de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten komen wij in de discussie terug.

Uiteindelijk resteerden 269 proefpersonen. Zij werden aselekt toegewezen aan één van de condities. Vijf condities werden onderscheiden, waarvan drie boodschap-condities: de rechten en plichten-conditie (RP), de Health Belief Model-conditie (HB) en de Ajzen en Fishbein-conditie (AF). De proefpersonen uit deze condities kregen de voor hun conditie opgestelde brief toegestuurd, een aanmeldingsformulier***) een lijst met ATZ-centra en een voorgefrankeerde antwoordenvolop. Aangezien van het aanmeldingsformulier een wervend effect kan uitgaan, werd een extra conditie toegevoegd, waarvan de proefpersonen alleen het aanmeldingsformulier (met een kort begeleidend schrijven), de lijst met ATZ-centra en een antwoordenvolop kregen toegezonden (AAN). Voorts voorzag de onderzoeksopzet in een controleconditie, waarvan de proefpersonen in het geheel niets kregen toegestuurd (CONT).

De verdeling van de proefpersonen over de condities was als volgt:

- conditie RP: 52,
- conditie HB: 54,
- conditie AF: 56,
- conditie AAN: 53,
- conditie CONT: 54.

Procedure

Elf dagen nadat aan de proefpersonen uit de experimentele condities de respectievelijke brieven met bijgaande stukken waren toegezonden, werden zij telefonisch benaderd voor het houden van een interview bij hen thuis. De proefpersonen uit de controleconditie, die niet zouden worden geïnterviewd, werden op de elfde dag gebeld met de vraag of zij zich sinds de vorige telefonische enquête (zie *steekproef*) bij de ATZ of elders hadden aangemeld voor de sanering van hun gebit. Van de overige proefpersonen kon, aangezien het aanmeldingsformulier gedateerd diende te worden, met behulp van de aanmeldingsformulieren worden nagegaan wanneer zij zich voor sanering aanmeldden.

Tijdens het interview, werd de proefpersoon allereerst verzocht de hem gestuurde brief alsnog of opnieuw te lezen. Aan de proefpersonen uit conditie AAN, die niet middels een brief waren geïnformeerd over het begrip sanering, werd in gestandaardiseerde vorm enige informatie verschaft. Dit alles met het oog op de afname

*¹) Zie voor een uitgebreidere bespreking Ter Horst.¹

***) Het aanmeldingsformulier is een enigszins gewijzigde versie van het standaard-aanmeldingsformulier (sluisformulier) van de ATZ.

van de Ajzen en Fishbein-vragen, waarop in dit artikel niet verder zal worden ingegaan. Na de Ajzen en Fishbein-vragen, volgden een aantal geprecodeerde kennisvragen, een aantal open vragen over de reden van het ongesaneerd zijn, de reden van (niet-)aanmelding etc. en, tenslotte, een aantal vragen over demografische en tandheelkundige zaken. De interviews werden afgenomen door elf vrouwelijke en vijf manlijke, goed getrainde, interviewers en duurden gemiddeld een uur. Van de 215 proefpersonen uit de condities RP, HB, AF, en AAN zijn er uiteindelijk 151 geïnterviewd. Van de 64 proefpersonen, die niet werden ondervraagd, weigerde de helft, terwijl 20% onbereikbaar was en eveneens 20% een valide excuus had. De overige proefpersonen konden om verschillende redenen niet worden geïnterviewd.

3. Resultaten

Steekproef

De steekproef bestaat uit 168 mannen (62.5%) en 101 vrouwen (37.5%). Twaalf procent is tussen de 21 en 24 jaar oud. De leeftijdsklassen van 25-29 jaar, 30-34 jaar en 35-39 jaar omvatten elk ongeveer 20% van de steekproef. Zestien procent is tussen de 40 en 44 jaar oud en 12% is ouder dan 44 jaar, maar jonger dan 50. Nagenoeg 76% heeft geen (partiële) prothese. Bijna 60% (59.9%) van de steekproef is verzekerd bij het AZA, 23.8% bij het AOZ en 16.7% bij het

Tabel I. χ^2 , vrijheidsgraden en p-waarden van de verdeling der proefpersonen (N = 269) op de zes variabelen over de vijf condities.

	χ^2	df	p
Sekse	2.67	4	0.614
Leeftijd	14.47	20	0.806
Prothesebezit	18.16	16	0.315
Ziekenfonds	23.17	8	0.003*
Soort verzekering	4.95	4	0.293
Aanvullende verzekering	5.51	4	0.239

*) Significant op 20% niveau.

ZZ. Verplicht verzekerd is 85.5%, vrijwillig verzekerd 14.5%. Twee en dertig personen (11.9%) hebben geen aanvullende verzekering bij hun ziekenfonds afgesloten. De gegevens over leeftijd, ziekenfonds, soort verzekering en aanvullende verzekering zijn ontleend aan de ziekenfondsadministratie. Het geslacht en het prothesebezit zijn tijdens de telefonische enquête vastgesteld. Naar het prothesebezit is bij degenen die zijn geïnterviewd, tijdens dit gesprek nogmaals geïnformeerd.

Tabel I geeft het resultaat van de aselecte toewijzing van de proefpersonen aan de condities. Wij zien dat de condities op de variabele 'ziekenfonds' significant van elkaar verschillen.*) Op de overige vijf variabelen – waaronder de drie belangrijkste: sekse, leeftijd en prothesebezit – verschillen de vijf condities niet noemenswaard. Geconcludeerd kan worden dat de randomisatie - op één variabele na - geslaagd is. De representativiteit van de groep geïnterviewden voor de steekproef kon worden nagegaan door de groep geïnterviewden te vergelijken met de groep niet-geïnterviewden. Dit is gebeurd voor de zes zójuist besproken variabelen. Alleen voor de variabele 'soort verzekering' is de groep geïnterviewden niet representatief voor de steekproef (p = .113).*)

Aanmeldingen

Tabel II geeft een overzicht van de aantallen en percentages aanmeldingen per conditie. Een opsplitsing is gemaakt naar de interventie waarna de aanmelding plaatshad: na de brief, maar vóór het telefonische verzoek om een interview, na het telefonisch verzoek om een interview, maar vóór het interview zelf,**) en na het interview. Bekijken wij het sub-totaal uit tabel II, dan zien wij dat 47% van alle aangeschreven proefpersonen (N = 215) zich voor sanering heeft aangemeld. Ruim een kwart deed dit vóór het telefoni-

*) Omdat de opzet is de nul-hypothese niet te verwerpen, wordt ter vergroting van het onderscheidingsvermogen een significantie-niveau van .20 aangehouden.

**) De zinsnede 'maar vóór het interview zelf' is uiteraard alleen van toepassing op proefpersonen die daadwerkelijk geïnterviewd werden.

sche verzoek om een interview, 6% na het telefonische verzoek om een interview, maar vóór het interview zelf, en 16% na het interview. In de controleconditie meldde niemand zich aan in de daarvoor gestelde periode. De verschillen in aanmeldingen tussen de condities zijn getoetst met behulp van de G^2 (de aannemelijkheidsverhouding chi-kwadraat).¹¹ Tabel III geeft de resultaten. Het verschil in aanmeldingen na de brief tussen conditie RP en AAN is statistisch significant. Echter, de richting van het verschil is niet zoals voorspeld (zie tabel II). Niet in de tabel opgenomen is dat het verschil in aanmeldingen na de brief tussen conditie RP en conditie CONT significant is ($\chi^2 = 10.19$, df = 1, p = 0.001).

De verschillen in aanmeldingen daterend van na het interview kunnen uiteraard alleen berekend worden over de proefpersonen die geïnterviewd zijn (N = 151). Bij het toetsen van de verschillen worden degenen die zich reeds vóór het interview hadden aangemeld, buiten beschouwing gelaten. Tabel III (laatste kolom) geeft de G^2 , de vrijheidsgraden en de p-waarden van de verschillen tussen de condities in aanmeldingen daterend van na het interview.

De G^2 voor conditie RP versus conditie AAN is niet significant, met andere woorden: het interview heeft op de proefpersonen uit conditie RP en conditie AAN een zelfde 'effect' gehad.

Ten aanzien van de eerste onderzoeksvraagstelling kan nu het volgende worden geconcludeerd. Het is mogelijk om door middel van het verstrekken van informatie over rechten en plichten via een brief, ongesaneerden te bewegen zich aan te melden voor de sanering van het gebit, maar deze informatie dient dan wel gepaard te gaan met een aanmeldingsformulier. Hecht men er niet aan ongesaneerden voor te lichten en is het men alleen om de aanmeldingen te doen, dan kan de informatie over rechten en plichten zelfs beter achterwege blijven; het aanmeldingsformulier, vergezeld van een kort begeleidend schrijven, is effectiever.

De tweede onderzoeksvraagstelling luidde: 'Is de inhoud van de brief van belang, met andere woorden: is de rechten en plichten-brief effectiever dan een brief geënt op het Health Belief Model of op de theorie van Ajzen en Fishbein?' Uit tabel III valt op te maken dat het aantal aanmeldingen na de brief in conditie RP niet

Tabel II. Frequenties en percentages aanmelders en niet-aanmelders per conditie, opgesplitst naar het tijdstip van aanmelding (N = 269).

Aanmelding	Conditie								Subtotaal		Conditie CONT	
	RP		HB		AF		AAN		Abs.	%	Abs.	%
Na brief, vóór telefoon	9	17.3	14	25.9	13	23.2	19	35.8	55	25.6	0	0
Na telefoon, vóór interview	2	3.8	4	7.4	2	3.6	5	9.4	13	6.0	n.v.t.	
Na interview	7	13.5	7	13.0	10	17.9	10	18.9	34	15.8	n.v.t.	
Totaal aanmelders	18	34.6	25	46.3	25	44.6	34	64.2	102	47.4	0	0
Niet-aanmelders	34	65.4	29	53.7	31	55.4	19	35.8	113	52.6	54	100
Totaal	52	100.0	54	100.0	56	100.0	53	100.0	215	100.0	54	100

Tabel III. G^2 , vrijheidsgraden en p-waarden van de verschillen in aanmeldingen van vóór het interview tussen de condities, opgesplitst naar aanmeldingen na de brief en na het telefonische verzoek om een interview (N=215), en van na het interview (N=151).

Conditie	Na brief vóór telefoon			Na telefoon vóór interview			Na interview		
	G^2	df	p	G^2	df	p	G^2	df	p
RP versus HB	1.17	1	0.279	0.90	1	0.343	0.44	1	0.507
RP versus AF	0.58	1	0.446	0.00	1	1.000	0.11	1	0.740
RP versus AAN	4.70	1	0.030*)	2.34	1	0.126	1.05	1	0.306
HB versus AF	0.11	1	0.740	0.90	1	0.343	0.15	1	0.699
HB versus AAN	1.24	1	0.265	0.38	1	0.538	0.09	1	0.764
AF versus AAN	2.10	1	0.147	2.34	1	0.126	0.57	1	0.450

*) Significant op 5% niveau.

significant hoger is dan in de andere twee condities. Dit geldt eveneens voor de aanmeldingen na het telefoontje en de aanmeldingen na het interview (zie tabel III). Ten aanzien van de tweede vraagstelling kan dus worden geconcludeerd dat de rechten en plichten-brief niet effectiever of minder effectief is dan de Health Belief Model-brief of de Ajzen en Fishbein-brief.

Geen deel uitmakend van de vraagstellingen, maar voor de volledigheid vermeld, is het resultaat dat de Health Belief Model-brief en de Ajzen en Fishbein-brief even effectief zijn. Van beide brieven, die – we herhalen het nog eens – gepaard gingen met een aanmeldingsformulier, gaat voorts niet meer effect uit dan van het aanmeldingsformulier alleen (zie tabel III).

4. Discussie

Het blijkt zeer wel mogelijk ongesaneerde ziekenfondsverzekerden te bewegen zich voor sanering aan te melden. Een aanmeldingsformulier, vergezeld van een kort begeleidend schrijven of een meer uitvoerige voorlichtingsbrief, is voldoende om een kwart van de aangeschrevenen binnen elf dagen over de streep te trekken. Nog eens 6% geeft zich op na een telefonisch verzoek om een interview. Niet met zekerheid is te zeggen of deze personen zich ook zonder telefonisch contact zouden hebben aangemeld. Wij houden het op een interactie-effect. Na het interview meldt 16% zich alsnog aan. Opnieuw is een interactie-effect waarschijnlijk. In totaal meldt 47% van de aangeschreven ongesaneerden zich aan voor sanering. Uit de controleconditie meldt niemand zich binnen elf dagen aan. Met de aanmelding voor sanering is uiteraard pas de eerste stap op weg naar werkelijke sanering gezet. De vraag rijst in welke mate gereageerd is op de oproep voor behandeling*) en in hoeverre de aanmelding

ook tot daadwerkelijke sanering heeft geleid. Van de ongesaneerden die zich voor sanering hebben aangemeld én een oproep ontvingen (N = 100), is 81% op de oproep voor behandeling ingegaan en 15 maanden na aanmelding bleek 70% gesaneerd. Deze percentages zijn van dien aard, dat het invullen en opsturen van het aanmeldingsformulier niet als een loos gebaar kan worden afgedaan. Het al dan niet gevolg geven aan de oproep voor behandeling hangt overigens niet samen met de conditie waaruit men afkomstig is ($\chi^2 = 3.76$, $df = 3$, $p = 0.289$). Dit geldt eveneens voor het al dan niet binnen 15 maanden gesaneerd zijn ($\chi^2 = 3.36$, $df = 3$, $p = .339$).

Bij deze resultaten mogen de criteria, waaraan de onderzoeksgroep moest voldoen, niet uit het oog worden verloren. Tegen de achtergrond van potentieel respons-verhogend c.q. respons-verlagend werkende invloeden, kan niet met zekerheid worden gezegd wat het nettoresultaat zou zijn geweest, wanneer selectie achterwege was gebleven.

Voor de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten is het voorts van belang te memoreren dat niet alle proefpersonen afkomstig zijn uit de steekproef hoofdverzekerden. Aangezien deze steekproef overwegend mannen bevat en daarom al nauwelijks representatief kan zijn voor de Amsterdamse ziekenfondsverzekerden, is tijdens de selectieprocedure besloten, indien zowel hoofdverzekerde als echtgenote aan de selectiecriteria voldeden, te kiezen voor de vrouw. Hoewel hiermee een zeker percentage vrouwelijke ziekenfondsverzekerden werd gewaarborgd, kan in de strikte zin des woords niet van een aselechte steekproef Amsterdamse ziekenfondsverzekerden worden gesproken. Onze interesse ging er niet alleen naar uit óf ongesaneerde verzekerden via een brief te bewegen zich voor sanering aan te melden, maar ook naar de wijze waarop dit het beste kan gebeuren. Tegen de verwachting in bleek van de rechten en plich-

ten-boodschap niet meer effect uit te gaan dan van de andere boodschappen of van het aanmeldingsformulier alleen. De correlatie voor de groep geïnterviewden als geheel tussen de som-score op de negen kennisvragen en het aanmeldingsgedrag is daarenboven zwak ($r = .10$, $N = 151$, $p = 0.122$). Met andere woorden: het feit dat iemand zich wel of niet heeft aangemeld voor sanering, hangt niet of nauwelijks samen met de kennis die hij heeft van zijn rechten en plichten op tandheelkundig gebied.

Als kennis niet samenhangt met het zich al dan niet aanmelden, welke variabele verklaart dan of iemand zich al dan niet aanmeldt? Voor de zes variabelen waarop de proefpersonen aselekt aan de condities zijn toegewezen, te weten sekse, leeftijd, prothesebezit, ziekenfonds, soort verzekering en aanvullende verzekering, kon deze samenhang worden nagegaan. Geen van de zes variabelen blijkt enige samenhang te vertonen met het aanmeldingsgedrag. Ook per conditie is geen van de zes relaties significant (α tweezijdig $< .05$). Het afwezig zijn van een verband voor met name de variabelen sekse en leeftijd moet enigszins verrassend worden genoemd. Aparte aandacht verdient het gebrek aan samenhang – zowel voor de groep als geheel als per conditie – tussen de variabele 'ziekenfonds' en het aanmeldingsgedrag. Dit resultaat is van belang omdat de condities op deze variabele significant van elkaar verschillen (zie paragraaf *resultaten*), een factor die het aanmeldingspercentage in een bepaalde conditie kunstmatig kan hebben verhoogd. Nu blijkt dat een relatie tussen het ziekenfonds waarvan men lid is en het zich al dan niet aanmelden afwezig is, kan van een zodanig effect geen sprake zijn geweest. Dit berooft ons van een mogelijke verklaring voor het hoge percentage aanmeldingen in de conditie waarin het aanmeldingsformulier slechts vergezeld ging van een kort begeleidend schrijven. Dit percentage was niet alleen significant hoger dan het aanmeldingspercentage in de rechten en plichten-conditie, maar eveneens hoger – zij het niet significant – dan in de Health Belief Model-conditie en de Ajzen en Fishbein-conditie (cf. tabel III). Wij houden het erop dat óf conditie AAN significant van de overige condities verschilt op relevante – niet door ons gemeten – variabelen óf dat het sturen van een brief niets toevoegt aan het effect – c.q. er zelfs afbreuk aan doet – van een aanmeldingsformulier alleen. Denkbaar is dat een aantal ongesaneerden tijdens het lezen van de brief de belangstelling heeft verloren en noch het wervend bedoelde slot van de brief, noch het aanmeldingsformulier, heeft opgemerkt.

De interviews kunnen eveneens indicaties opleveren voor de redenen van het zich niet aanmelden. Aan de geïnterviewden

*) Degenen, die zich voor sanering hadden aangemeld, werden verdeeld over enkele ATZ-centra. Zo snel mogelijk werden de patiënten opgeroepen voor behandeling.

die zich niet hadden aangemeld (N=88) is gevraagd waarom zij daar niet toe waren overgegaan. Een kwart noemt angst als reden. Andere redenen, die door een geringer percentage proefpersonen worden opgegeven, zijn: geen tijd, geen zin meer voor gebit, geen geld, wil niet naar ziekenfondstandarts, geen interesse, geen klachten. De proefpersonen is ook gevraagd wat er zou moeten gebeuren opdat zij zich wel zouden aanmelden. Meer dan de helft (54%) noemt veranderingen in de behandeling (algehele anesthesie), het gedrag of de attitude van de tandarts (minder onpersoonlijk), of het ziekenfondssysteem (kortere wachten, minder kosten, minder onpersoonlijk). Achtien procent zal alvorens zich aan te melden (meer) last van het gebit moeten krijgen, terwijl 19% verwijst naar veranderingen van zichzelf (minder angst, minder schaamte). Concluderend kan worden gesteld dat de beïnvloeding van het gebruik van tandheelkundige diensten alleszins mogelijk is. Het zal een politieke kwestie zijn of de strategie die in dit onderzoek effectief is gebleken op grotere schaal in Nederland zal worden toegepast.

Summary:

Title: Stimulating the demand for dental care. A field experiment.

Keywords: Social dentistry – Behavioral dentistry – Dental health education – Use of dental services

The effects of providing information by mail to not-dentally fit insured persons on their demand for dental care, was studied. Three persuasive messages were constructed: 1. one based on our assumption that providing information about rights and obligations will increase the demand for care; 2. one based on the Health Belief Model; and 3. one based on the 'theory of reasoned action' of Ajzen and Fishbein.

Subjects (N=269), 21 to 50 years of age, were randomly assigned to one of the five conditions: the 'rights and obligations'-condition (RO), the Health Belief Model-condition (HB), the Ajzen and Fishbein-condition (AF), an application form-only-condition (AO) and a control condition (CONT). Subjects of condition RO, HB and AF received the letter constructed for their condition and an application form. Subjects of condition AO received the application form with only a covering letter. The control condition subjects received neither a letter nor an application form. Eleven days after sending the letters, the subjects of the conditions RO, HB, AF and AO were telephoned to ask permission for an interview. Seventy per cent was interviewed. In all, 47 per cent of those who received a letter applied for treatment: 25% after the letter, 6% after the telephone request for an interview and 16% after the interview. Of the control condition, no subjects applied within eleven days. Of those who did apply, 81 per cent actually came when called for treatment and 70% received a certificate of dental fitness within 15 months after application.

Contrary to our expectation, the number of applications from the rights and obligations-condition (RO) was no higher than from the

conditions HB, AF and AO. The number of applications from condition AO was even significantly higher than from condition RO.

Literatuur:

1. Ter Horst G. Informeren en saneren. Het stimuleren van de vraag naar tandheelkundige hulp. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 1984.
2. Bauer JC, Pierson AP, House DR. Factors which affect the utilization of dental services. A review and analysis of the literature. Maryland: U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1978.
3. Schuur AHB. Factors associated with regularity of dental attendance. An empirical-psychological investigation. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 1981.
4. Novum BV. De ziekenfondsen. Een kwantitatief onderzoek naar het functioneren en het image van de ziekenfondsen. Haarlem, 1979.
5. Vos RJ. Determinanten van gebitsgezondheid en preventief gebitsgezondheidsgedrag. Een sociologisch onderzoek. Doctoraalscriptie. Sociologisch Instituut, Groningen, 1978.
6. Becker MH (ed.). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. New Jersey: Slack, Inc. Thorofare, 1974.
7. Rosenstock JM. Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs 1974; 2:409-19.
8. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1980.
9. Becker MH, Haefner DP, Kasl SV, Kirscht JP, Maiman LA, Rosenstock JM. Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. Medical Care 1977; 15:27-46.
10. De Haan W. Gezond verstand en gezond gebit. Een toepassing van de theorie van Ajzen en Fishbein. Doctoraalwerkstuk. Universiteit van Amsterdam, 1983.
11. Bishop YMM, Fienberg SE, Holland FW. Discrete multivariate analysis. Massachusetts Institute of Technology Press, 1975.

Januari 1985. Adres: Dr. G. ter Horst, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

RUIMTE VOOR IMPLANTATEN IN DE ATROFISCHE ONDERKAAK?

EEN ANATOMISCH ONDERZOEK

A. A. H. VELDHUIS
H. W. DENISSEN
F. VAN FAASSEN †

*Uit de vakgroep Anatomie
van de Vrije Universiteit te Amsterdam.*

Trefwoorden: Prothetische tandheelkunde-Implantologie-Hydroxylapatiet-titanium implantaten

Inleiding

Na extractie van gebitselementen verdwijnt geleidelijk de processus alveolaris van de onderkaak.^{1,2} De onderkaak kan verder atrofiëren door resorptie van de basale botgedeelten van het corpus mandibulae (afb. 1). De atrofie van de onderkaak levert een groot probleem voor de vervaardiging van een prothese. Immers, houvast, functie en esthetiek van de onderprothese zijn in hoge mate afhankelijk van vorm en grootte van het beschikbare draagvlak

voor de prothese (afb.2). Wanneer het draagvlak onvoldoende is geworden, kan een mondbodemverdieping en vestibulumplastiek worden uitgevoerd, waarbij de aan de processus alveolaris aangehechte weefsels naar caudaal worden verplaatst.^{3,4} Hiermee wordt een relatieve verhoging van de processus alveolaris verkregen. Een absolute verhoging met autoloog bot of kraakbeen,^{5,6} homoloog bot of kraakbeen^{7,8} of met alloplastische materialen⁹ is ook mogelijk. Bij deze gecompliceerde chirurgische ingrepen moet men

Samenvatting:

In een anatomische studie van 36 geatrofieerde edentate onderkaakshelften van kadavers zijn de mogelijkheden voor het plaatsen van enossale implantaten onderzocht.

Uit de verkregen gegevens blijkt, dat de ramus ascendens en de oorspronkelijke molaarstreken ongeschikt zijn voor het zonder risico aanbrengen van deze implantaten. Daarentegen bleek er in het gebied tussen de beide foramina mentalia zowel in kwantitatief als kwalitatief opzicht voldoende bot aanwezig te zijn.

zich evenwel afvragen, of de onzekerheid over het succes op langere termijn¹⁰ en de mogelijke ongunstige neveneffecten voor de patiënt wel opwegen tegen het voordeel van een betere functionerende onderpro-