

Onderzoek

Waarom bezoeken patiënten een universiteitskliniek?

Samenvatting

Personen (n=104) die zich voor behandeling meldten bij de universiteitskliniek (UK) van het ACTA werden geïnterviewd bij hun eerste bezoek. De respondenten waren zowel particuliere als ziekenfondspatiënten, gesaneerd en ongesaneerd.

Voornaamste redenen voor bezoek waren de verwachte lagere kosten (46%), vertrouwen in de UK (24%), goede ervaringen van anderen (13%), en de grotere mogelijkheden voor behandeling (10%).

Voor particuliere patiënten was het financiële aspect (door 71% van hen genoemd) het belangrijkste en voor ziekenfondspatiënten was naast het financiële (37%), het vertrouwensaspect (29%) erg belangrijk.

Als minder gunstig werden onder andere genoemd de lange wacht- en behandelingsdueren en de behandeling door minder ervaren hulpverleners.

MOLTZER G, VERHEY JGC, CLAASSEN AC, WEBBERS B. Waarom bezoeken patiënten een universiteitskliniek? Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97: 42-5.

G. Moltzer, socioloog
J. G. C. Verhey, methodoloog
A. C. Claassen, tandarts
B. Webbers, tandarts

Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Trefwoorden: **Sociale tandheelkunde**

Datum van acceptatie: 24 november 1989.

Adres: Dr. G. Moltzer, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

1 INLEIDING

Jaarlijks melden zich honderden mensen voor behandeling bij de universiteitskliniek (UK) van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Nagegaan is wat de aanleiding is voor het bezoek aan de UK, welke redenen de mensen hadden om de UK te bezoeken, welke aspecten van de zorgverlening in de UK in vergelijking met die bij de huistandarts gunstiger dan wel ongunstiger werden beoordeeld. Voorts werd gevraagd naar de gewenste aspecten van zorgverlening indien de respondenten het geheel voor het zeggen zouden hebben. Omdat een van de veronderstelde factoren voor het bezoek van de UK de lagere kosten van behandeling kunnen zijn, is de respondenten ten slotte ook gevraagd de tarieven van vijf bekende verrichtingen te schatten.

2 MATERIAAL EN METHODE

Voor de gegevensverzameling werden mensen ondervraagd die zich voor het eerst als patiënt bij het ACTA hadden aangemeld. Allochtonen werden om praktische redenen (taalproblemen) buiten de onderzoeksgroep gehouden. Interviews werden bij binnenkomst afgenomen vóór het eerste contact met de tandarts of de student plaatsvond; keuze van de respondenten geschiedde op aselechte wijze.

In het totaal werden 104 personen ondervraagd; de respons was 100%. Wel hadden drie oudere personen moeite met de beantwoording van de twee-keuzevragen en het schatten van de prijzen van tandheelkundige behandelingen. Eerder waren zes proefinterviews afgenomen, waarna enige wijzigingen werden aangebracht. In de vragenlijst kwamen, afgezien van de sociodemografische en tandheelkundige gegevens, de volgende onderwerpen aan de orde:

– wijze waarop de respondenten over de uni-

versitaire kliniek (UK) geïnformeerd werden (open vraag);

- aanleiding voor bezoek (open vraag);
- reden van bezoek (open vraag);
- vergelijking van hulpverlening van de UK met die van de huistandarts (23 uitspraken waarmee de respondenten het 'eens' of 'oneens' konden zijn. Indien meer dan 50% van de respondenten het eens was met een bepaalde uitspraak kon worden geconcludeerd dat de hulpverlening bij de UK gunstiger op het bijbehorende aspect werd beoordeeld dan bij de huistandarts);

– aspecten van de 'ideale' zorgverlening (14 aspecten die door middel van kaartjes door de respondenten in volgorde van belangrijkheid gerangschikt moesten worden) en

– kennis over tarieven van tandheelkundige verrichtingen. (De respondenten werden uitgenodigd de prijzen te noemen van vijf veel voorkomende verrichtingen: gouden kroon; extractie; vulling; prothese; controle. Bij de verrichting 'vulling' werd uitgegaan van het tarief van de éénvlaksvulling. De respondenten moesten hierbij schattingen doen van zowel de tarieven van het ziekenfonds, als de particuliere tarieven als de tarieven van de UK. Bij de beoordeling van de schattingen, door de respondenten gedaan, werd een toelaatbare foutenmarge van 20% aangehouden, dat wil zeggen schattingen die 20%

boven of onder de officiële tarieven lagen werden nog goedgekeurd).

Voorts is nagegaan in hoeverre de sociodemografische categorieën (bijvoorbeeld particulier verzekerden-zielenfondsvverzekerden en beroepen) verband houden met de gebruikte variabelen.

3 RESULTATEN

3.1 Sociodemografische gegevens

De populatie bestond uit 104 personen, waarvan

Tabel I. Informatiebronnen voor bezoek aan Universiteitskliniek.*)

	%
Vrienden en kennissen	49
Familie	31
Verwijzing door tandarts	15
Student of werknemer van universiteit	11
TV, radio, krant	4
Huisarts	3

*) meerdere antwoorden mogelijk.

Tabel II. Aanleiding voor bezoek aan universiteitskliniek.

	%
Gebit laten 'opknappen', d.w.z. algehele behandeling gebit (Nieuwe) prothese laten plaatsen	27
Verwijzing door tandarts; problematische behandeling	25
Tweede mening	15
Eén of meer kronen laten plaatsen	13
Eén of meer vullingen laten leggen	9
Andere soort behandelingen	5
	6
	100

51 mannen en 53 vrouwen. De leeftijd van de respondenten varieerde van 14 tot 81 jaar; 34% van de respondenten was jonger dan 30 jaar, 30% tussen de 30 en 45 jaar en 35% 45 jaar of ouder. Van de respondenten behoorde 31% tot de hogere sociaal-economische milieus, 37% tot de midden sociaal-economische milieus en 32% tot de lagere sociaal-economische milieus.

Wat de verzekeringsvorm aangaat: 33% van de respondenten was particulier verzekerd en 67% ziekenfondsverzekerd; van de laatste groep was de helft gesaneerd. 40% van de respondenten had een eigen tandarts, terwijl 60% verklaarde geen eigen tandarts te hebben.

De percentages betreffende het tandartsbezoek waren over het algemeen eveneens ongunstig: 50% van de respondenten had het afgelopen jaar de tandarts bezocht, 7% had tussen de één en twee jaar de tandarts niet bezocht en 43% had de tandarts al meer dan twee jaar niet bezocht. Particuliere patiënten gingen regelmatig naar de tandarts (47% had het afgelopen jaar de tandarts bezocht) dan ziekenfondspatiënten (25%) (X^2 , $p < 0,05$).

Van de respondenten vond 15% dat ze een 'goed' gebit hadden, 42% dat ze een 'matig' tot 'redelijk' gebit hadden, en niet minder dan 43% kwalificeerde het gebit als 'slecht'. De particuliere patiënten vonden eerder dat zij een 'goed' gebit hadden (72%) dan de gesaneerde of ongesaneerde ziekenfondspatiënten (respectievelijk 31% en 29%) (X^2 ; $p < 0,01$).

De beroepen van de respondenten bleken niet op een bepaalde manier gekenmerkt te kunnen worden als beroepen met wisseldiensten, met veel vrije tijd overdag, en dergelijke.

3.2 Informatiebronnen

Het overgrote deel van de respondenten kwam naar de kliniek op informatie van vrienden en kennissen (49%) of familie (31%); 11% van de bezoekers had van de kliniek gehoord van een student of werknemer van ACTA. Vijftien procent van de respondenten was verwezen door de eigen tandarts; deze verwezen patiënten bleken allen gesaneerde ziekenfondspatiënten te zijn, van wie 60% met problemen van 'geslonken kaak'. Bezoek aan de UK verloopt blijkbaar voornamelijk via het sociale netwerk (tabel I).

3.3 Aanleiding voor bezoek

Driekwart (76%) van de bezoekers noemde de noodzaak van uitgebreide behandelingen: 27% had een algehele behandeling nodig, 25% een (nieuwe) prothese, 15% was verwezen wegens een moeilijke behandeling en 9% had één of meer kronen nodig (tabel II). De UK werd door 13% van de bezoekers gezien als een instantie waar men voor een 'second opinion' naar toe kan gaan.

Ongeveer 10% van de bezoekers verklaarde pijn te hebben. Voorts zeiden meer ongesaneerde patiënten dan particuliere of gesaneerde patiënten dat het bezoek aan de tandarts 'al lang

Tabel III. Reden van bezoek aan universiteitskliniek (i.p.v. aan huistandarts).*)

	%
Financieel aantrekkelijker	46
Meer vertrouwen in behandeling	24
Gunstige ervaringen van familie, kennissen	13
Meer mogelijkheden: verdoving, moeilijke behandelingen	12
Meer tijd en aandacht	10
Dichter bij huis of werk	8
Kwaliteit tandheelkunde beter	7
Ontevredenheid eigen tandarts	7
Betere controle op verrichtingen	6
Andere redenen, totaal	22

*) Meerdere antwoorden mogelijk.

nodig was' (percentages respectievelijk 36, 9 en 6) (X^2 , $p < 0,05$).

3.4 Redenen van bezoek

De respondenten kwamen vooral naar de kliniek omdat dit financieel aantrekkelijker was (door bijna de helft van de bezoekers genoemd) en omdat ze meer vertrouwen hadden in de behan-

deling aldaar dan bij de huistandarts (door een kwart van de bezoekers genoemd). Ook de gunstige ervaringen van bekenden, de veronderstelde grotere mogelijkheden van behandeling bij de UK, alsmede de grotere aandacht voor de patiënt, speelden een rol (tabel III).

Particuliere patiënten (71%) noemden significant meer het financiële argument dan de gesaneerde (44%) en ongesaneerde (30%) ziekenfondspatiënten. Meer ongesaneerde zieken-

Tabel IV. Vergelijking van hulpverlening van de universiteitskliniek met die van de huistandarts. (De uitspraken zijn geordend naar het percentage respondenten dat het eens is met de betreffende uitspraak. *)

	Eens %	Oneens %
Op de universiteitskliniek:		
1. Wordt meer tijd en aandacht aan patiënten gegeven	97	3
2. Bestaan meer mogelijkheden voor behandeling voor specifieke tandheelkundige problemen	89	11
3. Zijn de hulpverleners vriendelijker	89	11
4. Zijn meerdere soorten behandelingen mogelijk	89	11
5. Zijn de behandelingskosten lager	87	13
6. Wordt meer gebruik gemaakt van de laatste technische ontwikkelingen	83	17
7. Wordt meer gelet of het behandelingsresultaat er mooi uitziet	82	18
8. Is meer discussie over behandeling mogelijk	81	19
9. Wordt meer informatie en uitleg gegeven	81	19
10. Zijn de behandelingen minder pijnlijk	80	20
11. Wordt meer tandheelkundige voorlichting gegeven	79	21
12. Is de sfeer informeler en minder op afstand	79	21
13. Is meer kennis aanwezig	78	22
14. Zijn apparatuur & instrumenten moderner	74	26
15. Is de kwaliteit (medisch-technisch) van de behandeling beter	73	27
16. Worden patiënten niet onnodig behandeld t.b.v. wetenschappelijke doeleinden	59	41
17. Bestaat minder administratieve rompslomp	54	46
18. Zijn behandelingen op alle gewenste tijdstippen mogelijk	49	51
19. Zijn de wachttijden korter	42	58
20. Zijn gunstiger betalingsregelingen mogelijk	41	59
21. Zijn het gebouw en de ruimten mooier	34	66
22. Zijn de hulpverleners meer ervaren	34	66
23. Duren de behandelingen korter	18	82

*) Ter voorkoming van automatismen zijn in de vragenlijst zelf de uitspraken afwisselend in de bevestigende dan wel ontkennende vorm gesteld.

fondspatiënten (door 36% uitgesproken) hadden vertrouwen in de UK dan particulieren (12%) of gesaneerde ziekenfondspatiënten (22%) (X^2 , $p < 0,05$).

3.5 Vergelijking UK en huistandarts

Tabel IV geeft een overzicht van de reacties ('eens/oneens') van de respondenten op 23 uitspraken over de kenmerken van de UK of de huistandarts, in volgorde van hoogte van scores. Bij 17 van de 23 uitspraken wordt de UK gunstiger beoordeeld dan de huistandarts.

3.5.1 Nadelen bij de UK

Op de open vraag 'Welke zaken zullen op de UK slechter zijn dan bij de 'gewone' tandarts?' antwoordde 34% en 25% van de respondenten respectievelijk de langere behandel- en wachttijden. Verder noemde 19% nog de relatieve onervarenheid van de hulpverleners en 15% van de respondenten noemde de grotere kans op fouten (tabel V).

Tabel V. Negatieve aspecten van de UK in vergelijking met de situatie bij de huistandarts.*)

	%
Langere behandel-tijden	34
Langere wachttijden	25
Minder ervaren hulpverleners	19
Meer kans op fouten	15
Andere aspecten genoemd	9

*) Meerdere antwoorden genoemd.

Opvallend was dat 30% van de respondenten zelfs na aandringen van de interviewer geen negatieve aspecten kon noemen en dat 13% te kennen gaf dat geen zaken slechter konden zijn in vergelijking met de huistandarts.

Wat de verwachte langere behandelduur aangaat: dit bezwaar werd meer genoemd door de hogere sociaal-economische milieus (52%) dan door de midden en lagere sociaal-economische milieus (respectievelijk 31% en 23%) (X^2 , $p < 0,05$).

3.6 Gewenste zorgverlening

Hoe zou de ideale zorgverlening moeten zijn, welke aspecten worden door de respondenten als belangrijk ervaren?

Tabel VI laat zien dat de kwaliteit in medisch-technische zin als het belangrijkste aspect werd beschouwd, gevolgd door de wens om bij de behandeling informatie en uitleg te krijgen. Ten derde blijkt het kostenaspect erg belangrijk te zijn.

Dat het gebouw en de behandelruimte aantrekkelijk moeten zijn werd als het minst belangrijk beschouwd. Ook de behandelduur en de

Tabel VI. Gewenste aspecten van tandheelkundige zorgverlening, in volgorde van belangrijkheid, met gemiddelde scores (14 = hoogste score, 1 = laagste score).

1. Kwaliteit (medisch-technisch) van de behandeling	11,2
2. Krijgen van informatie & uitleg	10,2
3. Niet te hoge prijzen	9,2
4. Krijgen van tijd en aandacht	9,1
5. Mogelijkheid tot discussie	9,0
6. Ervaren hulpverleners	8,3
7. Aandacht voor esthetiek	8,3
8. Vriendelijkheid bij hulpverlening	7,8
9. Geen of weinig pijn bij behandeling	7,4
10. Prettige sfeer bij behandeling	6,6
11. Gunstige tijdstippen van behandelingen	5,6
12. Goede apparatuur en instrumenten	5,2
13. Niet te lange duur van behandeling	5,0
14. Mooi gebouw en behandelruimte	2,4

kwaliteit van apparatuur en instrumenten werden minder belangrijk geacht.

3.7 Kennis van tarieven

Eén van de voornaamste overwegingen om de UK te bezoeken blijkt te zijn gelegen in de veronderstelde lagere kosten van de behandeling. In hoeverre hebben de respondenten echter kennis van de tarieven van tandheelkundige verrichtingen?

Ondanks een toelaatbare foutenmarge van 20% bleken de percentages 'goede' antwoorden te variëren van 20 tot 70, of anders gezegd: afhankelijk van de soort verzekering en verrichting waren 30% tot 70% van de antwoorden onjuist, gemiddeld 59% onjuiste antwoorden.

De respondenten waren gemiddeld het best geïnformeerd over de ziekenfondstarieven (47% van hen gaven het 'goede' antwoord), vervolgens over de particuliere tarieven (43%) en het minst waren zij op de hoogte van de tarieven van de UK (33%).

Voorts bleken de respondenten, voor zover zij onjuiste antwoorden gaven, de tarieven van praktisch alle verrichtingen gemiddeld te hoog te schatten.

4 DISCUSSIE

Patiënten die zich meldden voor behandeling op de UK hebben merendeels van deze mogelijkheid gehoord via mond-tot-mond-informatie.

In de populatie zijn de hogere sociaal-economische milieus enigermate oververtegenwoordigd; hetzelfde kan gezegd worden van de ongesaneerde ziekenfondspatiënten. Ook wijken de respondenten af van de gemiddelde Nederlandse cijfers ten aanzien van het al dan niet hebben van een eigen tandarts: 60% verklaarde geen eigen tandarts te hebben (ongesaneerde ziekenfondspatiënten en een groot deel van de particuliere patiënten). Bij het onderzoek van het ITS/TNO (1985), in Den Bosch

gehouden, was het percentage patiënten, ouder dan 29, dat geen vaste tandarts had 32.¹ Lagendijk (1981) had een percentage van 20 over alle leeftijdsgroepen voor heel Nederland.²

Voorts omschrijft 43% van de respondenten hun gebit als 'slecht', 42% als 'matig' tot 'redelijk' en 15% als 'goed'. In het onderzoek bij de bevolking in Den Bosch beoordeelt 35% van de respondenten met een enkele prothese hun gebit 'negatief'. Vergelijking is moeilijk, ook al omdat we te maken hebben met subjectieve beoordelingen.

Angst voor de behandeling, hetgeen naar vaak is vastgesteld een negatieve invloed heeft op het tandartsbezoek, werd niet genoemd. (Mogelijk komen de angstige patiënten ook niet naar de UK, hoewel ongeveer 80% van de respondenten verwacht dat de behandeling op de UK minder pijnlijk en de benadering vriendelijker en informeler zal zijn.)

De bezoekers van de UK willen, indien zij het voor het zeggen zouden hebben, in de eerste plaats een goede kwaliteit van behandeling, medisch-technisch gezien. Vervolgens zijn ook sociale en financiële aspecten erg belangrijk (tabel VI). Deze wensen sluiten voor een groot deel aan bij de spontaan geuite verwachtingen die de patiënten hebben ten aanzien van de behandeling op de UK (tabel III). Behandeling op de UK brengt echter ook nadelen met zich mee: lange behandel-tijden en minder ervaren hulpverleners. Het eerste bezwaar telt minder zwaar, de onervarenheid van de hulpkrachten blijft echter een belangrijk bezwaar (tabel VI).

Het percentage respondenten dat niet bekend is met de prijzen van verrichtingen is hoog: gemiddeld, over alle soorten tarieven gerekend, waren 59% van de antwoorden 'niet juist', ondanks marges van 20% aan beide zijden.

Opvallend is voorts dat de schattingen van de tarieven voor praktisch alle soorten verrichtingen te hoog zijn. De LEOT-gege-

vens kwamen, vanuit eigen grenswaarden, uit op 51% van de ziekenfondspatiënten die geen kostenschatting wist te maken, bij niet-ziekenfondspatiënten geldt dit voor 27%.³ De kennis van de kosten van een volledige prothese was zelfs geringer; in onze studie wisten slechts 25% van de ziekenfondsverzekerden een juiste kostenschatting te maken. De geringe kennis over het tarief voor het plaatsen van een prothese, kan verklaard worden uit de omstandigheid dat voor driekwart van de respondenten het plaatsen van de prothese (nog) niet van toepassing is: jongeren en niet-prothesedragers in ons onderzoek.

Voor een deel kan de beperkte kennis ook verklaard worden door het systeem van verzekering; particuliere patiënten die de kosten meestal wél zelf betalen blijken volgens de LEOT-gegevens meer op de hoogte van de kosten dan ziekenfondspatiënten. In onze studie zijn deze differentiaties echter niet aangetoond.

De bezoekers van de UK hebben een vage notie dat de behandelingen er goedkoper zullen zijn, maar hoeveel minder betaald moet worden, daarover wisten de meesten niet veel te zeggen.

SUMMARY

MOTIVATION OF PATIENTS VISITING THE UNIVERSITY CLINIC OF THE ACADEMIC CENTRE FOR DENTISTRY AMSTERDAM

Key word: Social dentistry

Patients (n = 104) visiting the university clinic (UC) of the Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA), were interviewed during their first visit. The respondents were privately insured ($\frac{1}{3}$) and sickfund patients ($\frac{2}{3}$). 60% of the respondents had no dentist.

Most of the patients came for extensive or difficult treatment. The main reasons for visiting the UC were the expected lower costs (mentioned by 46%), confidence in the UC (24%) and the more extensive possibilities of treatment (10%).

The UC was judged negatively with regard to the long waiting and treatment time, the less attractive building and office rooms, and the unexperienced 'dentists'; only the latter aspect, however, is considered a serious objection.

LITERATUUR

¹VAN ROSSUM GMJM, KALSBEK H. Tandartsbezoek en mondgezondheid. Basis rapport. Den Bosch: ITS/TNO, 1985.

²LAGENDIJK OPINIEONDERZOEK. Meningen over tandverzorging en ervaringen met tandartsen. Rapport. Apeldoorn: Lagendijk Onderzoek (bureau voor opinieonderzoek), 1980.

³VISSER RSH, HELLING GWJ, VAN 'T HOF MA, et al. Landelijk epidemiologisch onderzoek tandheelkunde. Deel III. Resultaten gedragswetenschappelijk onderzoek. Nijmegen/Leiden, 1988: 228-54.

Redactioneel

M. A. van 't Hof en M. A. J. van Waas redactiemedewerkers

Tijdens de vergadering van het Algemeen Bestuur van de Stichting Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde op 31 oktober jl., werden Dr. M. A. van 't Hof en Dr. M. A. J. van Waas benoemd tot medewerker van de Redactie.

Dr. M. A. van 't Hof behaalde zijn doctoraal examen wiskunde aan de rijksuniversiteit te Utrecht. In 1967 vond hij een uitdagende taak in de statistische consultatie bij de Medisch Statistische Afdeling aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Door

toevallige omstandigheden (zoals een goed statisticus betaamt) werd zijn aandacht sterk getrokken door de tandheelkunde. In 1977 promoveerde hij op de methodologische aspecten van het Nijmeegse Groei Onderzoek. Daarna werkte hij aan enkele bekende tandheelkundige studies, zoals het Nijmeegse GVO-project, het Amalgaam-project en het LEOT-project. In het kader van de universitaire onderzoeksprogramma's is hij begeleider geweest bij een twintigtal tandheelkundige proefschriften.

Dr. M. A. J. van Waas behaalde in 1974 het

tandartsdiploma in Utrecht. Zijn belangstelling gaat in het bijzonder uit naar de problematiek van de prothesedragers. In 1985 promoveerde hij op het proefschrift 'Een kunstgebit, een kwestie van doorbijten'. Sedert 1985 is hij werkzaam bij de vakgroep Orale Functie van de Katholieke Universiteit Nijmegen, speciaal belast met de begeleiding en coördinatie van onderzoek op het gebied van de volledige prothese, de maxillofaciale prothetiek, de implantologie en de gerodontologie. Daarnaast is hij werkzaam in een eigen tandartspraktijk.