

POST ACADEMIAM

ANGST VAN HET KIND BIJ DE TANDARTS*)

F. N. AKVELD

*Uit de vakgroep Sociale en Preventieve Tandheelkunde van de rijksuniversiteit te Utrecht.
Voorzitter: Prof. Dr. O. Backer Dirks.*

Trefwoorden: Gedragwetenschappen – Kindertandheelkunde – Sociale tandheelkunde – Angst

1. Inleiding

Het begrip angst zal weinig tandartsen vreemd zijn. In iedere praktijk stappen dagelijks mensen binnen met min of meer duidelijke uitingen ervan. Waarschijnlijk is angst voor de handelingen van de tandarts een belangrijke reden waarom van alle ziekenfondspatiënten minder dan de helft regelmatig de tandarts bezoekt (Kegeles, 1974).

Toen Kalsbeek (1972) een enquête hield onder 1336 dienstplichtige recruten zei een derde van hen in het algemeen angst voor de tandarts te hebben. Behalve dat dit gegeven het heldhaftige beeld van de Nederlandse krijgsman relativeert, geeft het ook te denken over de opvang door de Nederlandse tandartsen van hun patiënten. Dat deze opvang niet altijd optimaal is heeft meerdere oorzaken.

In de eerste plaats weten tandartsen vaak niet voor hoeveel van hun patiënten angst een probleem is. De angstige patiënt zal waarschijnlijk zo min mogelijk komen en als hij komt zal hij geneigd zijn zich groot te houden. Aan de andere kant zal de patiënt die regelmatig terugkomt door het vertrouwd raken met de behandelingen van de tandarts misschien minder angstig worden.

In de tweede plaats is de tandarts over het algemeen slecht bekend met de oorzaken en de oplossingen van het probleem. Zijn roeping tot tandarts is

meestal niet ontstaan uit zijn geschiktheid tot het oplossen van het 'angstprobleem' en ook zijn opleiding is daar niet (primaair) op gericht geweest. Veeleer is hij een technisch en medisch specialist.

Daar komt nog bij dat ook gedragswetenschappers het onderling niet eens zijn over de oorzaak van angst. Wel bestaat er bij hen eensgezindheid over de werkzaamheid en het nut van een aantal angstreducerende technieken. In dit artikel wil ik een overzicht geven van wat mij, met betrekking tot angst van het kind bij de tandarts, uit de literatuur bekend is.

2. Het kind bij de tandarts

Dat dit overzicht zich beperkt tot angst bij kinderen komt voornamelijk doordat ook de meeste onderzoeken zich daartoe beperkt hebben. Daarvoor kan een aantal redenen genoemd worden.

Kinderen laten hun emoties gemakkelijker blijken dan volwassenen, daardoor lijken ze als groep angstiger en lijkt onderzoek bij deze groep zinvoller. Onderzoek naar angst is eenvoudiger als de uitingen ervan duidelijker zijn. Wanneer men angst bij de tandarts wil voorkomen zal men, zoals bij iedere vorm van preventie, daarmee op jonge leeftijd moeten beginnen.

Verder is voor kinderen 'de tandarts' iets heel anders dan voor volwassenen:

– Kinderen moeten vaak met de ouders, of via de schooltandverzorging, ook als ze het niet leuk vinden, naar een tandarts. Het is niet hun vrije keuze. Ze kunnen vaak niet, zoals volwas-

Samenvatting:

Al heel lang schrijven tandartsen in vakbladen over de angst van hun patiënten. Aan het eind van de jaren 50 is echter pas het vergelijkend onderzoek op dit gebied van de grond gekomen. In dit artikel worden de bevindingen uit die onderzoeken samengevat.

Waar dit verantwoord lijkt worden ook conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan over de omstandigheden waarin kinderen zich het minst angstig voelen. De waarschijnlijk meest belangrijke factor, het gedrag van de tandarts zelf, is echter nauwelijks aan vergelijkend onderzoek onderworpen.

senen, een andere tandarts zoeken als hij niet bevalt, of simpelweg niet naar de tandarts gaan.

– Een jong kind weegt niet de voor- en nadelen van een behandeling af zoals een volwassene dat kan.

– Wanneer een tandarts een fout maakt in psychologische zin, zal het kind hem dat onmiddellijk laten blijken. Bij een volwassene kan dit verborgen blijven doordat deze zich beheerst.

Kinderen worden vaak door een ouder begeleid. Dat maakt het voor de tandarts ook lastiger om zijn houding te bepalen, omdat hij niet gewend is aan de aanwezigheid van 'derden' tijdens zijn behandelingen.

Dit alles overwegend is er eigenlijk alle reden om juist aan deze speciale groep patiënten te denken als het om angst voor de tandarts gaat.

3. Het wezen en het ontstaan van angst en vrees

In de gedragswetenschappen maakt men onderscheid tussen angst en vrees. Angst is een subjectieve ervaring. Daardoor is het moeilijk om een voor ieder bevredigende definitie te geven.

Angst kan worden omschreven als de ervaring van een onprettige emotie, waarvan de oorzaak niet als een nauwkeurig te specificeren object of situatie wordt waargenomen. Het is de belevenis dat men elke houvast heeft verloren.

*) Deze publikatie is mede mogelijk gemaakt door subsidie uit het Praeventiefonds, ten behoeve van onderzoek naar de bereidheid van kinderen zich tandheelkundig te laten behandelen.

Bij vrees wordt de oorzaak wél gezien of in de verbeelding waargenomen. In beide gevallen is die emotie meestal het gevolg van een prikkel waarop het individu niet is voorbereid: daardoor is organisatie van de gevoelens niet mogelijk en ervaart men onverwacht een verlies aan ondersteuning. Men voelt zich hulpeloos.

Dat iedereen toch altijd over 'angst' voor de tandarts praat komt doordat deze vrees altijd met angst samen gaat. Bij angst geldt een onderscheid tussen persoonsgebonden angst (eigenschap) en situatiegebonden angst (omgeving). Door interactie van deze twee wordt de sterkte van de emotie bepaald. Voor mensen met een grote persoonsgebonden angst kan een bepaalde situatie angst oproepen, terwijl mensen bij wie deze eigenschap slechts gering aanwezig is in het geheel geen angst vertonen.

Voor het gemak wordt in het algemeen alleen over angst geschreven, ook als er vrees bedoeld kan zijn.

Angst kan verder ook optreden zonder een reële dreiging. Een kind kan b.v. al hysterisch reageren op het zien van een tekening van een tandarts, doordat zijn fantasie sterker is dan de werkelijke dreiging.

Angst kan geconditioneerd worden. Tevoren neutrale objecten (witte jas, geluid van een airrotor, geur van Eugenol) kunnen dan zelf al angst oproepen, doordat bij een (onplezierige, pijnlijke) ervaring deze conditie ook aanwezig was. Ook kan angst overgebracht worden op anderen. Kinderen kunnen uit hun omgeving (ouders, vriendjes, etc.) onplezierige ervaringen horen. De tandarts is voor hen dan al een reële dreiging voordat ze hem gezien hebben.

4. Uitingen van angst

De mens is van nature geneigd de gevoelens die hij van angst ondervindt te onderdrukken en zal zich manieren aanleren om zich tegen angst te beschermen. Dit houdt in dat er een brede scala van uitingen bestaat die angst kunnen betekenen. Al die uitingen kunnen ook bij angst voor de tandarts optreden. Bijvoorbeeld:

Regressie. Zo noemt men het gedrag van een individu dat eigenlijk hoort bij een eerder ontwikkelingsstadium. Men reageert minder volwassen, kan zijn gevoelens minder goed onder woorden brengen, huilt, etc.

Vermijdingsgedrag kan het gevolg zijn van een psychologisch conflict: Iemand weet dat het voor het behoud van een gezond gebit van belang is naar de tandarts te gaan. Aan de andere kant vindt hij dat erg griezelig. Overheerst het laatste gevoel dan zal hij het gebitsonderhoud gaan relativeren om zijn beslissing om niet naar de tandarts te gaan aanvaardbaar te maken, hetgeen leidt tot een geringer gebits-bewustzijn. Ook zijn tandheelkundige problemen zal hij gaan afzwakken, of zelfs het bestaan ervan ontkennen. Angst kan (ook) voor het kind zulke vormen aannemen dat het niet meer bereid is zich te laten behandelen door de tandarts.

Wint daarentegen het eerste gevoel (het belang van het gebit), dan kan er ook ontkenning van de angst ontstaan en zal het individu, althans in woorden, zich 'groot' houden. Hij overwint zijn angst.

Van *rationalisatie* spreekt men wanneer bepaald gedrag achteraf met argumentatie omkleed wordt. Dit gebeurt zodanig dat naar eigen waarneming de persoonlijke integriteit gehandhaafd blijft. Iemand die niet naar de tandarts gaat (omdat hij bang is) kan dan zeggen: dat tandartsen meer verprutsen dan repareren.

In de tandheelkundige situatie wordt door bijna iedere patiënt van deze afweermechanismen gebruik gemaakt. De tandarts kan daarom uit dit gedrag van de patiënt vaak heel slecht diens gevoelens opmaken. Maar daarnaast kan hij wel een aantal fysiologische veranderingen waarnemen, zoals een versnelde bloedsomloop, een verhoogde zweetsecretie en vermeerdering van de spieractiviteit (tong, wang, lip en vingers).

In feite is er bij angst zowel fysiologisch als psychisch een verhoogde activiteit om als een buffer te dienen voor

de te verwachten grotere en plotselinge prikkel.

5. Factoren die van invloed kunnen zijn op angst

De bovenbeschreven ontstaanswijze van angst is een samenvoegsel van theoretische beschouwingen en meningen van gedragswetenschappers. Voor het grootste gedeelte is die theorie gebaseerd op persoonlijke ervaringen en niet op vergelijkende experimenten, om de eenvoudige reden dat zulk onderzoek bijna onuitvoerbaar is. Evenwel, over de omstandigheden die voor de angst van het kind bij de tandarts van belang zijn is wel degelijk onderzoek bekend. Onderstaand overzicht, dat onmogelijk volledig kan zijn, vermeldt alleen iets over factoren die de indruk maken voldoende basis te vinden in onderzoekingen en waarnemingen

5.1. Vroegere ervaringen

In gesprekken met ouders en tandartsen worden vaak onplezierige vroegere ervaringen ('sinds zijn amandelen geknipt zijn') genoemd als oorzaak voor de angst die kinderen bij behandeling van de tandarts vertonen. Ook in de literatuur wordt door velen de vroegere ervaring als van mogelijke invloed gezien. Een aantal onderzoekers wijst erop dat de houding van de tandarts tijdens de pijnervaring van veel gewicht is (McDermott, 1963; Schwartz, 1971).

Een meevoelend geruststellen en het opvangen van de eerste ervaringen bepaalt de kwaliteit van de ervaring en bevordert de relatie tandarts-kind. Het lijkt daarbij niet zozeer van belang hoe vaak die ervaring zich heeft voorgedaan, als wel hoe ze zich voordeed. Met andere woorden de kwaliteit van het geheel van vroegere ervaringen wordt als angst-bepalend gezien. Het is dan ook niet verwonderlijk dat een aantal onderzoekers aan kan tonen dat de reactie van een kind dat voor de eerste keer bij een bepaalde tandarts komt sterk afhangt van vroegere onplezierige medische ervaringen (Wright en Alpern, 1971; Bailey e.a.,

1973; Shaw, 1975; Martin e.a., 1977). Sommigen konden dit overigens niet bevestigen (Lewis en Law, 1959).

Is een kind eenmaal aan de bepaalde behandelingssituatie en de tandarts gewend geraakt dan spelen de vroegere ervaringen op medisch gebied een veel geringere rol. Dit is gebleken uit experimenten waarin men onderscheid maakte tussen eerste en volgende bezoeken aan een tandarts (Johnson en Baldwin, 1969; Pillard, 1970).

Er bleken in deze onderzoeken nog twee andere zaken een rol te spelen bij het eerst bezoek van een kind, n.l.:

– Het bewust zijn van de eigen tandheelkundige situatie; m.a.w. de verwachting van een eventuele (niet) pijnlijke behandeling (zie 5.8.) en

– De angst die de moeder vertoont (zie 5.3.) (Königsberg en Johnson, 1972). Bij een tweede en later bezoek blijkt dit niet meer van belang.

De voorzichtige conclusie kan hieruit getrokken worden dat men moet zorgen dat zeker het eerste bezoek van een kind aan een tandarts plezierig ervaren wordt en dat het kind daarbij geen pijn ervaart.

5.2. De leeftijd en het geslacht van het kind

Uit psychiatrisch onderzoek is bekend dat hoe jonger een kind is, hoe groter het traumatisch effect van negatieve ervaringen kan zijn. Volgens Kamp (1953) zijn er geen algemene richtlijnen op te stellen omtrent het wel of niet optreden van een psychisch trauma op een bepaalde leeftijd. De reactie hangt volgens hem niet alleen af van het ontwikkelingsstadium, en daarmee het meer of minder emotioneel beladen zijn van de mond, maar tevens van karakter, psychisch klimaat en de waarden waartoe een kind wordt opgevoed.

De onderzoeken die bij tandartsen gedaan zijn, wijzen erop dat de leeftijd van het kind hierbij niet van doorslaggevende invloed is op zijn angst. Alleen bij de jongste groep kinderen, tussen 34-40 maanden, zagen Frankl en Oppenheim (1971) meer angstreacties dan bij andere kleuters, volgens sommigen uit angst voor scheiding van de

moeder, en niet voor de tandarts. Daarbij moet opgemerkt worden dat niet de kalenderleeftijd, maar het emotionele ontwikkelingsniveau in wezen van belang is.

Daarnaast maakt het ook verschil hoe men de angst meet: Frankl observeerde de kinderen en noteerde hun gedrag, Sonnenberg en Venham (1977) suggereren dat ook oudere kinderen wel degelijk angstig zijn, maar dit niet laten blijken. Ze konden dit opmaken uit tekeningen die ze de kinderen lieten maken.

Van volwassenen is uit onderzoek bekend dat vrouwen zichzelf meer angst toeschrijven dan mannen (Lamb, 1972; Kleinknecht, 1973), misschien zijn vrouwen werkelijk angstiger, misschien geven zij dat alleen eerder toe (rolpatroon).

Een verschil in angst tussen jongens en meisjes heeft men vaak onderzocht. Slechts in één enkel onderzoek kon men een verschil aantonen. Het betrof daarbij Turkse kinderen (Demiröz, 1979) waarvan de meisjes angstiger waren.

5.3. Angst van de moeder

Het effect van de angst van de moeder op het kind is door velen beschreven. De meeste auteurs vinden een significante relatie tussen de angst van de moeder (op grond van een vragenlijst) en die van het kind (op grond van observaties). Of men zo'n relatie vindt blijkt, onder meer, af te hangen van de volgende zaken:

– Is het een eerste bezoek van het kind aan een tandarts, of niet. Zo ja, dan komt de angst van het kind beter overeen met die van de moeder (Königsberg en Johnson, 1972).

– De leeftijd van het kind. Jongere kinderen zijn over het algemeen gevoeliger voor de invloeden die de moeder overbrengt dan oudere. Dit geldt met name voor kinderen onder de vijf jaar (Wright e.a., 1973; Venham, 1979). Bij kinderen boven de 10 jaar is een dergelijke relatie niet meer aan te tonen (Bailey e.a., 1973).

Shaw (1975) onderzocht of kinderen, wat dit betreft, ook gevoelig zijn voor de invloed van de vaders. Er bleek

geen verschil in invloed te zijn. Ook bleken vaders even angstig te zijn als de moeders, hoewel de moeders over het algemeen dachten dat hun mannen minder angstig waren.

Eijkman e.a. (1978) vonden een positief verband tussen de angst van de moeder en het aantal caviteiten van haar kind.

In dit verband is verder het onderzoek van Shoben en Borland (1954) interessant. Hieruit bleek dat personen, die angstig reageerden bij bezoek aan de tandarts bijna allen afkomstig waren uit gezinnen waar (ook) anderen ongunstige ervaringen bij de tandarts hadden gehad. Alle andere oorzakelijke verklaringen die zij uittestten bleken géén duidelijk verband te houden met de angst van deze patiënten. De naaste omgeving heeft kennelijk een belangrijke invloed op de houding van de patiënt. Hoewel op grond hiervan ook erfelijke eigenschappen (zoals zo vaak bij milieufactoren) niet zijn uit te sluiten. Angst wordt volgens Shoben en Borland (1954) 'meer aangeleerd dan aangeboren'.

5.4. De aanwezigheid van de moeder bij de behandeling

Binnen de tandheelkundige wereld is er altijd een meningsverschil geweest over het effect van de aanwezigheid van de moeder bij de behandeling van haar kind. Er zijn tandartsen die moeders te allen tijde weren uit de behandelruimte en er zijn tandartsen die het liefst het kind behandelen terwijl het bij de moeder op schoot zit; de eerste groep tandartsen is bevreesd dat de moeder door haar gedrag onwillekeurig angstige gevoelens bij het kind zal oproepen, de andere groep is bang dat de scheiding tussen moeder en kind angst zal opwekken.

Bij de beslissing over de aanwezigheid van de moeder bij de behandeling van haar kind kunnen voor de tandarts de volgende zaken een rol spelen:

- zijn/haar eigen voorkeur,
- de houding van de moeder (rustig, angstig, grijpt snel in),
- de houding van het kind (heeft de moeder nodig).

Vooral over dit eerste punt, de per-

soonlijke voorkeur, zijn in de literatuur zeer tegenstrijdige meningen te vinden. Zowel voor- als tegenstanders van scheiding van moeder en kind baseren hun standpunt meestal niet op onderzoek, maar op hun persoonlijke ervaringen en verkregen voorkeur. (Voorstanders: Shapiro, 1967; Way, 1952; Schwartz, 1964.) (Tegenstanders: Østergaard, 1971; Brown, 1967.) Lezend krijgt men de indruk dat er ongeveer evenveel voor- als tegenstanders zijn. Gershen (1976) toont echter aan dat van de 910 ondervraagde Amerikaanse tandartsen 69% vóór scheiding van moeder en kind tijdens de behandeling is. Slechts 4% ziet de moeder er graag bij.

Naast deze persoonlijke ervaringen en meningen zijn ook een aantal onderzoeken bekend, waarbij groepen kinderen met en zonder begeleiding van een ouder geobserveerd werden (Frankl, 1962; Bachman, 1974; Venham, 1979). Daaruit lijken de volgende conclusies gerechtvaardigd:

- bij kinderen tot en met ongeveer 4 jaar is aanwezigheid van een ouder zeer gewenst;

- bij kinderen van 5 en 6 jaar werkt de aanwezigheid van de moeder stimulerend op het kind;

- bij oudere kinderen, tot ongeveer 9 jaar, kan het geen kwaad als er een ouder bij is;

- kinderen vanaf ongeveer 9 jaar willen vaak liever zonder ouder komen.

Een voorwaarde voor de aanwezigheid van de moeder is wel, volgens bovenstaande auteurs, dat de moeder dit zelf wil, rustig is, en zelf geen angst toont. Ze moet met de tandarts één lijn trekken. Het liefst zou de moeder 'naast het kind moeten zitten' en toch 'achter de tandarts moeten staan'.

Het is goed mogelijk dat de genoemde leeftijds grenzen voor de Nederlandse situatie iets anders liggen. Bij een vergelijkbare pedagogische ontwikkelingstest van kinderen blijken Amerikaanse kinderen eerder zelfstandig te zijn dan Nederlandse.

5.5. De tandarts en zijn relatie tot het kind

Er is in de bestudeerde literatuur geen

onderwerp te vinden waar alle auteurs het zo over eens zijn, terwijl er ook zo weinig vergelijkend onderzoek over bekend is. Iedereen vindt een goede patiënt-tandartsrelatie belangrijk als angst-verminderende factor. Menigeen geeft ook uitleg hoe die 'goede' relatie door de tandarts bevordert wordt: door zichzelf als tandarts op z'n gemak te voelen; begrip te hebben voor de gevoelens en het handelen van de patiënt; duidelijkheid te scheppen in doelstelling en verwachtingen. Pijn belemmert daarentegen de opbouw van de relatie.

De angst van een kind kan het gevolg zijn van het handelen van een tandarts (Schwartz, 1964), die niet weet op welke wijze een goede relatie gelegd moet worden, of niet naar een goede relatie streeft.

Weinstein e.a. (1971) laten zien dat de persoon van de tandheelkundige hulpverleners (in dit onderzoek mondhygiënist) een belangrijke variabele is met betrekking tot de angst van de patiënt.

Een relatie patiënt-tandarts is echter altijd in beide richtingen werkzaam: ook de patiënt levert er zijn bijdrage aan.

5.6. De aankleding

Het kan zeer wel mogelijk zijn dat de inrichting van de behandelruimte mede bepaalt of een patiënt zich bij een tandarts op zijn gemak voelt. Immers, de aankleding bepaalt voor een deel de (eerste) indruk van de patiënt. Een rustgevend inrichting zal daardoor bij patiënten misschien minder angst oproepen. Deze veronderstelling lijkt aannemelijk en wordt dan ook door veel auteurs geponeerd. Slechts één publikatie vermeldt er een onderzoek over (Swallow e.a., 1975). Daarin werden twee groepen van 50 kinderen aan twee praktijkinrichtingen blootgesteld: één gewone praktijkruimte en één waar al het instrumentarium uit het zicht van de patiënt was gehouden. Vervolgens werd hun gedrag geobserveerd. Een verschil in angst kon niet worden aangetoond.

Het is ook moeilijk te omschrijven wat een praktijkinrichting rustgevend

maakt. Sterke prikkels, die zich aan de patiënt opdringen, zullen daarin niet voorkomen. Dergelijke prikkels kunnen van allerlei aard zijn en door vele zintuigen worden waargenomen, zoals horen, zien, voelen, ruiken en proeven.

Vrij vaak leest men dan ook adviezen om deze prikkels te mijden, b.v.:

- houd het instrumentarium uit het zicht,

- draag geen witte jas,

- zorg ervoor dat er geen tandarts(eugenol)geur hangt,

- zorg ervoor dat het geluid van de boor zacht is, of

- zorg voor wat achtergrondmuziek,

- leg wat kinderspeelgoed en lectuur neer.

In 1973 bleek uit een Amerikaans onderzoek (Kleinknecht) bij jongeren van 12 tot 24 jaar dat zij even angstig waren bij het zien en het horen van de boor als bij het voelen ervan. Het niet-zien of -horen zal deze patiënten daardoor angstprikkels besparen.

Daarvóór was al een Zweeds onderzoek uitgevoerd bij kinderen van ongeveer 12 jaar, waarbij angst door middel van de polsslagen en de ademhaling tijdens de behandeling werd gemeten (Ladislav en Kominek, 1963). Het aansteken van een lamp gaf al meetbare veranderingen. Schijnbaar onbelangrijke zaken geven al kennelijke angstreacties en met verdoezelen van instrumenten alléén zal men dan ook maar gedeeltelijk succes hebben.

Omdat bij volwassenen gebleken is dat tijdens het wachten op een behandeling een duidelijke angsttoename optreedt (Lamb, 1972), is het waarschijnlijk ook zinvol bij kinderen voor afleiding te zorgen in de wachtruimte door bijvoorbeeld lectuur en speelgoed neer te leggen.

Zowel bij ouderen als bij kinderen is er enige ervaring opgedaan met verhoging van de pijndrempel door middel van geluid. De proefpersonen kregen hiervoor een koptelefoon op waaruit muziek kwam die met een ruis was gemengd. Ze zeiden dat ze zich rustiger voelden en minder pijn hadden (Howitt en Stricker, 1966 en 1967).

Volgens sommigen werkt het dragen

van een witte jas stimulerend op de angst van kinderen. Deze hypothese is in individuele gevallen wel eens bevestigd (Borland, 1962), maar in 1973 liet Cohen zien dat dit niet algemeen geldig is. Kinderen, die op foto's een tandarts mochten uitkiezen, keken naar de personen en lieten niet op diens kleding. Cohen (1973) concludeerde dan ook dat het wel of niet dragen van de witte jas wellicht de tandarts op zijn gemak stelt, maar op het kind meestal geen invloed heeft.

5.7. Doel van het tandartsbezoek

Een logische gedachte lijkt ook dat een kind bij het vooruitzicht op een behandeling angstiger zal zijn, dan wanneer het weet dat het alleen maar om een halfjaarlijkse controle gaat. De drie onderzoeken, die hiernaar gedaan zijn bij kinderen, wezen echter alle drie uit dat dit voor de angst van het kind geen verschil maakte (Johnson en Baldwin, 1969; Frankl en Oppenheim, 1971; Bailey, e.a., 1973).

Kinderen maken dit onderscheid kennelijk niet, maar ze reageren wél angstiger als ze zélf pijn verwachten: Wright en Alpher (1971 en 1973) lieten, in een proefopzet bij 6-jarigen, zien dat het kind, dat dacht dat er iets aan de hand was met zijn gebit, duidelijk angstiger reageerde. Baily (1973) deelt deze mening. Bij volwassenen ligt dit iets anders. Hun waarneming is gedetailleerder. Onderzoek van Eijkman en Orlebeke (1975) bij marinepersoneel liet zien dat hun angst groter is bij behandeling dan bij controle. Ook namen zij waar dat angst vóór behandeling groter is dan erna, wat weer de bevindingen van Corah en Salomonson uit 1970 bevestigt. Dezen lieten proefpersonen naar tv-opnamen kijken, waarin patiënten gecontroleerd en behandeld werden. De tv-kijkers voelden zich het angstigst vóór de behandeling, wat minder onrustig vóór de controle en het rustigst na de behandeling.

5.8. Angst van het kind in een ziekenhuis

In een aantal opzichten is de ervaring

die het kind bij de tandarts opdoet vergelijkbaar met wat het in een ziekenhuis meemaakt. De gegevens die men daar uit onderzoek verzameld heeft stemmen dan ook redelijk overeen met wat in de tandheelkundige situatie gevonden werd: vanaf ongeveer de zevende maand tot het vierde jaar kan het kind slecht zonder de moeder (zie 5.4.).

Als moeder en kind samen opgenomen werden (Bowlby, 1951; Vernon e.a., 1966; Issner, 1970) vertoonde het kind wel enige angst, maar niet in die mate waarin dat bij andere kinderen van die leeftijd vrijwel altijd het geval was. Oudere kinderen reageerden verstandelijker op de opname, als er maar iemand was, die als klankbord fungeerde en hen uitleg gaf (Fraiberg, 1962).

Als men kinderen die voor tonsillectomie in het ziekenhuis worden opgenomen en door hun ouders daarop voorbereid zijn, vraagt waarvoor ze bang zijn, blijkt dat voor de jongsten, de 2- en 4-jarigen, meestal de opname zélf te zijn (80% van de kinderen) en maar zelden de operatie (10%). Wat oudere kinderen, 4-6-jarigen, hebben angst voor de opname (42%), voor de operatie (30%), de injectie (34%) en de narcose (10%). Bij 12-jarigen is er angst voor de opname bij nog 10% van de kinderen, maar 60% heeft dan angst voor de narcose (Jessner, e.a. 1952). Een dergelijk gegeven is terug te vinden in de tandheelkundige onderzoeken (5.7.): kinderen van 12 jaar (en ook volwassenen) kunnen heel goed bepalen waarvoor ze angstig zijn; bij jongere kinderen maakt het niet veel uit of het doel van het bezoek controle of behandeling is. Het bezoek zelf maakt hen al angstig.

6. Aanbevelingen op basis van de onderzoeken

De eerste conclusie die we uit deze opsomming van onderzoekgegevens kunnen trekken is dat de tandarts er zelf veel aan kan doen om de angst van het kind te beperken en daarmee de behandelbaarheid van het kind te vergroten. De onderzoeken leiden tot in ieder geval de volgende aanbevelingen:

- het kind bij een eerste bezoek niet te behandelen (5.1.);
- het kind op z'n gemak te stellen door hem de toestand van het gebit niet te slecht (bedreigend) voor te stellen (5.1.);
- de moeder (begeleider) op haar gemak te stellen (5.3.);
- bij kinderen tot zes jaar, in ieder geval, en bij kinderen tot ongeveer 9 jaar in overleg met het kind, een ouder aanwezig laten zijn (5.4.);
- een goede relatie op te bouwen (5.5.), zie *discussie*;
- de zintuigen van het kind zo min mogelijk negatief te prikkelen (door de opstelling van het instrumentarium, of het maken van lawaai), mogelijk door de zintuigen af te leiden (speelgoed, tekeningen) (5.6.).

Een andere belangrijke conclusie is ook dat er geen reden lijkt om kinderen op jonge leeftijd niet met de tandarts te confronteren omdat ze er angstig van zouden worden (5.2.), zeker niet als men hen door een ouder laat begeleiden (5.3. en 5.4.).

7. Discussie

Bij de bovengenoemde aanbevelingen moet men wel bedenken dat bij de onderzoeken correlaties aangetoond worden, wat niet automatisch inhoudt dat er ook een causaal verband zou bestaan.

Daarnaast wordt dit soort onderzoek vaak gedaan door en bij tandartsen die een meer dan gemiddelde belangstelling voor kinderbehandeling hebben. Het is dan ook de vraag of het effect van de aanbevelingen bij anderen niet kleiner of juist groter zal zijn. Waar men in ieder geval voor moet waken is deze aanbevelingen als een 'methode' om kinderen te behandelen te gaan zien. Er zijn in de literatuur wel een aantal van dergelijke 'behandelmethode' bekend en onderzocht die ontstaan zijn vanuit de gedragswetenschappen. Uit verschillende onderzoeken blijkt de werkzaamheid van, bijvoorbeeld, nabootsing, desensitisatie, stap-voor-stap benadering. In 1975 publiceerde Eijkman in het Nederlands Tandartsenblad een overzicht

van de belangrijkste van deze methoden. De conclusies die hij toen trok zijn in de tussentijd niet achterhaald. Ook van Grunsven geeft er in zijn proefschrift in 1976 een kort overzicht van. Daarom wordt hierop in dit literatuuroverzicht niet verder ingegaan.

Vooraf in de wat oudere jaargangen van tandheelkundige tijdschriften komt men artikelen tegen waarin tandartsen hun ervaringen met het omgaan met kinderen samenvatten, vaak vol adviezen die primair de auteur zelf betreffen en meestal niet onderzocht zijn op hun algemenere geldigheid. Ze geven vele hypothesen aan die nader onderzoek verdienen. De bevindingen uit onderzoek, dat de laatste 15 à 20 jaar heeft plaatsgevonden, zijn betrouwbaarder, maar soms nog tegenstrijdig.

Verskil in onderzoeksmethoden, zoals bijvoorbeeld de manier om iemands angst te meten en het grote aantal variabelen dat men bij de meeste onderzoeken aantreft, zijn hier o.a. debet aan; maar ook het verschil in theoretische uitgangspunten. De relatie patiënt-tandarts is een gebeuren waar we nog maar weinig inzicht in hebben. Iedere auteur schrijft dat als die relatie goed is, de angst van het kind verdwijnt. Aan de andere kant zal men de relatie pas goed gaan noemen als het kind rustig is. En of nu het gedrag van een kind afhankelijk is van zijn relatie met de tandarts, of dat die relatie afhangt van het gedrag van het kind, weet in feite niemand. Er is een behoefte om het gedrag, de opbouw en het verloop van relaties tussen tandarts en kind vast te leggen, zodat objectief vastgesteld kan worden wat het gevolg van het handelen van een tandarts is. Ook tandheelkundig-technisch zal men daar de gevolgen van moeten bezien en bereid zijn zich eventuele beperkingen op te leggen.

Essence, function and origin of fear and anxiety are described, and, where possible, recommendations, based on comparative investigations, are made.

Although even in early publications authors emphasise the need of research on the behavior of child and dentist, only 20 years ago research on children's behavior was started.

Research on dentists' behavior however, has not been started as yet.

Literatuur:

1. *Bachman, L. H.* (1974): Psychology aids treatment of child dental patients. NY J Dent 44:86.
2. *Bailey, P. M., Talbot, A., Taylor, P. P.* (1973): A comparison of maternal anxiety levels with anxiety levels manifested in the child dental patient. J Dent Child 40: 277-284.
3. *Borland, L. R.* (1962): Odontophobia-Inordinate fear of dental treatment. Dent Clin North Am 683-696.
4. *Bowlby, J.* (1951): Child care and the growth of love. Bewerkt door M. Frey, naar Maternal Care. Uitg. WHO.
5. *Brown, W. E.* (1967): Behavioral guidance of child dental patients. Austr Dent J 12: 314
6. *Cohen, S. D.* (1973): Children's attitudes toward dentists' attire. J Dent Child 40: 285-287.
7. *Corah, N. L., Salomonson, R. J.* (1970): Psychologic response to a simulated dental procedure as a function of proximity to an actual dental appointment. J Dent Res 49: 438-441.
8. *Demiröz, I.* (1979): Psychodynamic analysis of Turkish children's perceptual drawings of the dental situation. 7th congress Int. Ass. Dent. Children, Budapest.
9. *McDermott, J. F.* (1963): Understanding the nature of children's reactions to the dental experience. J Dent Child 30: 126-130.
10. *Eijkman, M. A. J.* (1975): Voorlichtings- en voorbereidingsmethoden in de kindertandheelkunde. Ned Tandartsenbl 30: 297-302.
11. *Eijkman, M. A. J., Houwink, B., de With, C.* (1978): Enige aspecten van patiëntenvoorlichting door de tandarts aan moeders van jonge kinderen. Ned Tijdschr Tandheelkd 85: 304-315.
12. *Eijkman, M. A. J., Orlebeke, J. F.* (1975): De factor 'angst' in de tandheelkundige situatie. Ned Tijdschr Tandheelkd 82: 114-123.
13. *Fraiberg, S. H.* (1962): The magic years. Uitg. Charles Scribner's Sons, N.Y.
14. *Frankl, S. N., Shiere, F. R., Fogels, H. R.* (1962): Should the parent remain with the child in the dental operator? J Dent Child 29: 150-163.
15. *Frankl, S. N., Oppenheim, M. N.* (1971): A behavioral analysis of the preschool child when introduced to dentistry by the dentist or hygienist. J Dent Child 38: 317-325.
16. *Gershen, J. A.* (1976): Maternal influence on the behavior patterns of children in the dental situation. J Dent Child 43: 28-32.
17. *Grunsvan, M. F. van* (1976): Tandheelkundige zorg voor dieper-zwakzinnigen. Dissertatie R.U. Groningen. Pp. 146-149
18. *Howitt, J. W., Stricker, G.* (1966): Objective evaluation of audio-analgesia effects. J Am Dent Assoc 73: 874-877.
19. *Howitt, J. W.* (1967): An evaluation of audio analgesia effect. J Dent Child 34: 406-411.
20. *Issner, N.* (1970): The family of the hospitalized child. The nursing clinics of North America 7: 5-12.
21. *Jessner, L., Blom, G. E., Waldfogel, S.* (1952): Emotional implications of tonsillectomy and adenoidectomy on children. Psycho-analysis of the child 7: 126-169.
22. *Johnson, R., Baldwin, D. C.* (1969): Maternal anxiety and child behavior J Dent Child 36: 87-92
23. *Kalsbeek, H.* (1972): Schooltandverzorging. Dissertatie R.U. Utrecht. P. 231.
24. *Kamp, L. N. J.* (1953): Het psychologisch aspect van de kinderbehandeling. Cursus Kindertandheelkunde IX, C 27; samengesteld door Veldkamp, D. F.
25. *Kegeles, S.S.* (1974): Why and how people use dental services. Int Dent J 24: 347.
26. *Kleinknecht, R. A., e. a.* (1973): Origins and characteristics of fear of dentistry. J Am Dent Assoc 86: 842-848.
27. *Koenigsberg, S. R., Johnson, R.* (1972): Child behavior during sequential dental visits. J Am Dent Assoc 85: 128-132.
28. *Ladislav, S. R. P., Kominek, J.* (1963): The reaction of children to dental treatment - an experimental study. Odontologisk Revy 14: 178-186.
29. *Lamb, D. H.* (1972): Patient anxiety in the dentist's office. J Dent Res 51: 986.
30. *Lewis, T. M., Law, D. B.* (1958): Investigation of certain autonomic responses of children to a specific dental stress. J Am Dent Assoc 57: 769-777.
31. *Martin, R. B., Shaw, M., Taylor, P. P.* (1977): The influence of prior surgical experience on the child's visit. J Dent Child 44: 443-447.
32. *Østergaard, L.* (1971): Reactions of anxiety in children towards physical treatment.
33. *Pillard, R. C.* (1970): Aspects of anxiety in dental clinic patients. J Am Dent Assoc 80: 1331-1334.
34. *Schwartz, W.* (1964): Behavior management in dentistry for children. J Dent Child 31: 295-300.
35. *Schwartz, W.* (1971): Psychological factors in the practice of dentistry. J Am Coll Dent 38: 161-172.
36. *Shapiro* (1967): Reactions of children to oral surgery experience. J Dent Child 34: 97-107.
37. *Shaw, O.* (1975): Dental anxiety in children. Br Dent J 139: 134-139.
38. *Shoben jr., E. J., Borland, L.* (1954): An empirical study of the etiology of dental fears. J Clin Psych 10: 171.

Summary:

Title: Anxiety of children to dental treatment. In this article systematic observations on anxiety of children to dental treatment is reviewed and discussed.

39. Sonnenberg, E., Venham, L. (1977): Human figure drawings as a measure of the child's response to dental visits. *J Dent Child* 44: 438-442.
40. Swallow, J. N., Jones, J. M., Morgan, M. F. (1975): The effect of environment on a child's reaction of dentistry. *J Dent Child* 42: 290-292.
41. Venham, L. L. (1979): The effect of mother's presence of child's response to dental treatment. *J Dent Child* 46: 219-225.
42. Vernon, D. T. A., Foley, J. M., Schuman, J. L. (1966): Changes in children's behavior after hospitalisation. *Am J Dis Child* 111: 581-593.
43. Way, D. C. (1952): A psychological approach to dentistry for children. *J Can Dent Assoc* 18: 188-197.
44. Weinstein, O., Smith, T., Packer, M. (1971): Method for evaluating patient anxiety and the interpersonal effectiveness of dental personnel: an exploratory study. *J Dent Res* 50: 1324-1326.
45. Wright, G. Z. e.a. (1973): A cross-validation of variables affecting children's cooperative behavior. *J Can Dent Assoc* 39: 268-273.
46. Wright, G. Z., Alpern, G. D. (1971): Variables influencing children's cooperative behavior at the first dental visit. *J Dent Child* 38: 124-128.

Oktober 1979.

Sorbonnelaan 16,
3584 CA Utrecht.SAMENWERKING VAN TANDARTSEN^{*)}

H. NIJENHUIS

Trefwoorden: Sociale tandheelkunde

Voor het bereiken van een collegiale samenwerking moet de individuele beroepsbeoefenaar zich beperkingen opleggen. Nu verliest het vrije medische beroep langzamerhand vele facetten van die vrijheid, maar in beginsel staat het de tandarts (nog) in ruime mate vrij bij de behandeling van zijn patiënten zijn eigen tandheelkundige inzichten te volgen. De tuchtrechtelijke eisen, met name, veronderstellen een marginale toetsing:

- niet het vertrouwen in de stand der tandartsen ondermijnen;
- geen ernstige schade toebrengen aan patiënten en
- geen blijk geven van grove onkunde.

In een samenwerking zal de patiëntenbehandeling collegialiter beïnvloed worden. Toetreding tot een ruimer verband vraagt een meer dan normaal gevoel voor sociale verantwoordelijkheid. De idealen, daarbij gesteld, behoeven echter niet op een extreem

hoog niveau te liggen: tandartsen die de beperkingen accepteren die ik bedoel, in een samenwerking met collega's, doen dat niet altijd uit externe overwegingen, uit motieven, gericht op de patiënt of op de samenleving. Het betreft bijna altijd interne overwegingen: motieven gericht op een beter functioneren als tandarts. Daaruit vloeien 'tastbare' voordelen voort voor de patiënt, maar in zekere zin kan dat als een bijproduct worden onderhouden.

Ter afbakening van het onderwerp moet meer precies worden aangeven waar het in het vervolg van dit artikel wél en niet over handelt.

- Het betreft algemeen practici: specialisten verkeren, vooral ook voor wat betreft externe oorzaken, in een andere samenhang van motieven.

- Niet aan de orde komen interdisciplinaire samenwerkingsvormen in de eerste-lijns-(maatschappelijke) gezondheidszorg; het is vaak genoeg geconstateerd dat tandartsen door de aard van hun beroep geen grote behoeften hebben aan samenwerking buiten hun vak; omgekeerd ervaren

Samenvatting:

In dit artikel worden de motieven aan de orde gesteld, die tandartsen bewegen tot samenwerking met collega's over te gaan.

Uit die verschillende motieven vloeien zekere, wel onderscheiden, vormen van samenwerking voort, die eveneens behandeld worden.

Tenslotte wordt ingegaan op de mogelijke rechtsvormen die voor samenwerkingsverbanden kunnen worden gekozen.

andere disciplines in de gezondheidszorg die behoefte evenmin.^{*)}

- Ter sprake komt eveneens niet de samenwerking in familieverband (141 maal te constateren, slechts eenmaal met meer dan twee personen); de motivering en vormgeving daarvoor ligt uiteraard buiten de gebruikelijke.

- Voorzover uit het voorgaande nog niet duidelijk mocht blijken: het volgende gaat uit van de situatie in het vrije beroep. Loondienstverband blijft daarom buiten beschouwing, omdat hierbij het initiatief vrijwel nimmer van de practicus uitgaat.

De motieven, die tot een nauwer, frequenter en meer georganiseerd intradisciplinair contact leiden zijn - voor-

^{*)} Laatstelijk in het 'Advies inzake multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste-lijns gezondheidszorg' (blz. 29) Begeleidingsgroep Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Leidschendam, 1980.

^{*)} Naar een voordracht gehouden tijdens het Jubileumcongres van de Nederlandse Vereniging van Tandartsen te 's-Gravenhage in september 1979.