

POST ACADEMIAM

EEN GEZONDHEIDSVRAGENLIJST VOOR TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING VAN KINDEREN

H. R. PUTZE
A. S. H. DUINKERKE
M. F. VAN GRUNSVEN

Uit de vakgroep Parodontologie-Prothetodontie-Sosiodontie van de rijksuniversiteit te Groningen.

Trefwoorden: Gezondheidszorg – Kindertandheelkunde – Praktijkvoering – Gezondheidsvragenlijst

Inleiding

In een niet lang geleden gepubliceerd artikel werd aangetoond, dat het gebruik van een gezondheidsvragenlijst in de algemene tandheelkundige praktijk onmisbaar is.¹ Belangrijke overwegingen om de vragenlijst in de praktijk in te voeren zijn:²

1. Preventie van complicaties tijdens of na de tandheelkundige behandeling. Naar aanleiding van de antwoorden van de patiënt kan zo nodig overleg plaatsvinden met de huisarts of de behandelend specialist.
2. De zekerheid dat steeds alle noodzakelijke vragen zijn gesteld en beantwoord.
3. Tijdbesparing bij het verkrijgen van alle gegevens over de gezondheid van de patiënt voor zover deze daar zelf van op de hoogte is en voor zover van belang voor de tandheelkundige behandeling.

Bij volwassenen leiden deze overwegingen tot een nogal uitgebreide vragenlijst met vragen over voornamelijk hart- en vaatafwijkingen, bloedstollingsstoornissen, suikerziekte en gebruik van geneesmiddelen.³ Vragenlijsten die voor volwassenen zijn ontwikkeld, zijn niet zonder meer bruikbaar voor kinderen. Hiervoor kan een viertal redenen worden genoemd:

1. Bij kinderen moet ook naar nog andere ziekten worden gevraagd.
2. Om de behandeling optimaal te laten verlopen moeten meer vragen worden gesteld over de psychische en lichamelijke ontwikkeling van het kind, onder andere in verband met de behandelbaarheid.
3. De vragenlijst wordt niet door de

patiënt zelf ingevuld maar door de ouders of verzorger van het kind. De vragenlijst is daarbij het uitgangspunt voor het gesprek tussen ouders en tandarts.

4. Tijdens latere behandelingen is het kind soms alleen aanwezig (b.v. in de jeugdtandverzorging waar de tandarts naar de school van het kind komt). Een bij de kennismaking ingevulde en besproken vragenlijst is dan extra belangrijk omdat a) ouders geen aanvullende inlichtingen kunnen geven als er tijdens de behandelingen niet-verwachte complicaties optreden (bijvoorbeeld een epileptische aanval) en b) het kind die aanvullende informatie veelal ook niet kan geven.

Evenals bij het gebruik van de gezondheidsvragenlijst voor volwassenen, kan bij kinderen niet worden volstaan met het bekijken van de antwoorden op de vragenlijst. Een gesprek aan de hand van de ingevulde vragenlijst is noodzakelijk, om de volgende redenen:

1. Juist bij kinderen is de vragenlijst bedoeld voor een gesprek over meer dan de lichamelijke gezondheid van het kind. Dit betekent, dat het niet mogelijk is om met behulp van de vragenlijst alle mogelijke vragen te stellen.
2. Tijdens het gesprek kunnen onjuist ingevulde antwoorden op de vragenlijst worden ontdekt. Een gesprek vergroot de betrouwbaarheid en volledigheid van de informatie.⁴
3. Het gesprek is het startpunt voor een goede relatie met in eerste instantie de ouders van het kind. Op basis van de verkregen informatie van de ouders kan de tandarts beter

Samenvatting:

Het doel en de systematiek van een gezondheidsvragenlijst voor tandheelkundige behandeling van kinderen worden besproken. Vervolgens wordt beschreven hoe de antwoorden op een dergelijke vragenlijst kunnen worden geïnterpreteerd en op welke wijze hierop kan worden ingegaan bij een gesprek met de ouders tijdens het eerste bezoek van het kind aan de tandarts.

bepalen hoe het kind het beste kan worden benaderd. In tweede instantie is het gesprek nuttig voor het opbouwen van een goede relatie met het kind.

4. Bepaalde informatie wordt pas tijdens het gesprek over de vragenlijst door de ouders gegeven, als tijdens dat gesprek vertrouwen is gegroeid in de persoon van de tandarts.

Doel van de hier beschreven vragenlijst

In het hieraan voorafgaande zijn de meeste doelen voor het gebruik van een vragenlijst bij behandeling van kinderen reeds besproken. Specifiek voor de hier beschreven vragenlijst geldt het volgende:

1. De vragenlijst is bedoeld als basis voor het gesprek bij het eerste bezoek van het kind aan een tandarts. In de gezondheidstoestand van het kind kunnen snel veranderingen optreden. Aangezien het niet altijd mogelijk is, dat de ouders bij iedere behandeling van het kind aanwezig zijn, is het gewenst om ten behoeve van de vervolghandelingen met de ouders de afspraak te maken, dat zij in de toekomst het initiatief nemen om veranderingen aan de tandarts door te geven, bijvoorbeeld door middel van een meegegeven briefje.
2. De vragenlijst geeft de tandarts de gelegenheid zich te oriënteren over de tandheelkundige aspecten van aandoeningen en ziekten waarover hij minder goed op de hoogte is (zie bijvoorbeeld vraag 19, 21).
3. De vragenlijst is bedoeld voor zowel de algemene praktijk, de geor-

ganiseerde jeugdtandverzorging als het universitair tandheelkundig onderwijs.

de behandeling zo goed en gemakkelijk mogelijk verloopt.

Daarom wordt uw medewerking als ouders gevraagd bij het beantwoorden van de onderstaande vragen. Als u met sommige vragen moeite heeft, vertel dat dan bij het volgende bezoek aan de tandarts. Het is de bedoeling dat dan met u over de antwoorden wordt gepraat om eventuele misverstanden te voorkomen.

Als u denkt dat het beter is dat uw kind niet bij het eerste gesprek aanwezig is, komt u dan op de afgesproken tijd alleen. Al uw antwoorden worden als vertrouwelijk beschouwd.'

Persoonlijke gegevens

Hierbij zijn minimaal de volgende gegevens van belang:

- ★ Naam.
- ★ Roepnaam: bij het direct aanspreken van het kind met de roepnaam ontstaat snel een goed contact, er ontstaat een wat vertrouwelijkere sfeer.
- ★ Geboortedatum: belangrijk voor het interpreteren van leeftijdsafhankelijke symptomen of afwijkingen (duimzuigen, stadium gebitsontwikkeling, etc.).
- ★ Adres en telefoonnummer.
- ★ Naam van ouder(s)/verzorger(s) (indien afwijkend van de achternaam van het kind).
- ★ Opleiding en werkzaamheden van vader en moeder: in verband met mogelijke relaties met tandheelkundige pathologie (zoals bakkers-cariës), behandelbaarheid en mogelijkheid om zonodig bij de behandeling aanwezig te zijn.
- ★ Naam, adres en telefoonnummer van de huisarts, van de vorige tandarts en zonodig van de behandelend tandarts-specialist.

Samenstelling van het gezin

1. *Heeft het kind nog broertjes en zusjes? Zo ja, welke leeftijd?*

Deze vraag dient om een indruk te krijgen over de omgeving van het kind. Deze blijkt een grote rol te spelen bij het leren medewerken aan tandheelkundig onderzoek en behandeling. De emotionele houding van het gezin te-

genover tandheelkundige zorg bepaalt in belangrijke mate de reacties van het kind, vooral bij zijn eerste bezoek aan de tandarts. Naarmate de ouders en oudere broertjes en zusjes positiever staan ten opzichte van de zorg voor hun gebit, blijken kinderen in het algemeen beter toegankelijk te zijn voor een uitleg over hetgeen er gaat gebeuren en sneller vertrouwd te raken met de voor hen nieuwe situatie. Omgekeerd blijkt de oorzaak van niet-coöperatieve gedragingen in veel gevallen terug te voeren tot ongunstige verwachtingen, die bij het kind zijn ontstaan door een negatieve houding van familieleden of andere personen in de directe omgeving.⁵⁻¹⁰

2. *Zijn andere gezinsleden hier onder behandeling?*

Vooral de mate van angst en nervositeit van de moeder blijkt van grote invloed te zijn op het gedrag van het kind bij een eerste bezoek aan de tandarts. Hoe meer de moeder van mening is dat een tandheelkundige behandeling bedreigend is voor haar kind, des te groter is de kans dat met name een kind van drie of vier jaar de nieuwe situatie aanvankelijk niet of moeilijk kan verwerken.⁸⁻¹⁴ Wanneer andere gezinsleden bij een andere tandarts onder behandeling zijn, kan worden gevraagd waarom dit kind niet naar dezelfde tandarts gaat. De redenen hiervan (bijvoorbeeld gebleken niet-coöperatief gedrag van het kind bij die tandarts) kunnen van belang zijn bij het bepalen hoe het kind het beste kan worden benaderd. Het antwoord kan ook inzicht geven over de verwachtingen van de ouders over de behandeling van hun kind, wanneer zij bijvoorbeeld vertellen wat er bij de andere tandarts tegenviel.

Gezondheidstoestand van het kind

3. *Is uw kind momenteel onder behandeling of controle van de huisarts? Zo ja, waarom?*

Hier wordt alleen gevraagd naar de op dat moment aanwezige ziekten. Deze kunnen vooral bij kinderen snel wisselen. Daarom is in dit verband vooral ook van belang om te vragen of het

Systematiek van de vragenlijst

In de vragenlijst worden vragen gesteld, die betrekking hebben op heel verschillende onderwerpen. Deze zijn:

1. Introductie van de vragenlijst.
 2. Persoonlijke gegevens: deze worden op de vragenlijst ingevuld ter identificatie van de lijst. De zo verkregen gegevens kunnen eventueel de basis vormen voor de tandheelkundige administratie.
 3. Samenstelling van het gezin. Naar aanleiding hiervan kan informatie beschikbaar komen over het 'gebitsbewustzijn' en het preventief gedrag van het hele gezin.
 4. De gezondheidstoestand van het kind in verband met mogelijke gevolgen hiervan voor de technische uitvoering van de tandheelkundige behandeling.
 5. Vragen rond de geboorte voor het opsporen van aangeboren afwijkingen.
 6. De lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van het kind om een indruk te krijgen over zijn behandelbaarheid.
 7. Een aantal algemene vragen.
- In het nu volgende worden de afzonderlijke onderdelen met de erbij behorende vragen besproken.

Introductie van de vragenlijst

Gebleken is, dat een vragenlijst het best kan beginnen met een korte introductie, waarin de bedoeling wordt uitgelegd en instructies voor het invullen worden gegeven. Deze introductie zou als volgt kunnen luiden:

'Het is voor uw tandarts van groot belang dat hij een aantal gegevens over uw kind heeft voordat hij met de behandeling begint. Dan kan namelijk met zowel medische gegevens (b.v. gebruik van geneesmiddelen) als ook met psychische aspecten (b.v. grote angst voor de tandarts) rekening worden gehouden. Zonodig kunnen maatregelen worden genomen, waardoor

kind onder controle van de huisarts is. Het antwoord kan betrekking hebben op iets, dat de ouders niet als een ziekte beschouwen (bijvoorbeeld controle van het bloed) en daarom ook niet ergens anders vermelden. Ook kunnen chronische ziekten worden genoemd.

4. *Is uw kind momenteel onder behandeling of controle van een specialist? Zo ja, waarvoor?*

Ook bij deze vraag is nauwgezet doorvragen bij een positief antwoord noodzakelijk.

5. *Is uw kind in het verleden onder behandeling of controle van een specialist geweest? Zo ja, waarvoor?*

Achter de drie vorige vragen is 'of onder controle' gezet, omdat de ouders een regelmatige controle van bijvoorbeeld stofwisselingsstoornissen, voedingsproblemen of groeistoornissen vaak niet als een 'behandeling' ervaren.

6. *Is uw kind opgenomen geweest in een ziekenhuis? Zo ja, waarvoor?*

Deze vraag levert informatie over ernstige ziekten en operaties, die het kind al heeft gehad. Mondeling kan men naar de positieve en negatieve ervaringen vragen, die het kind daar heeft opgedaan en die van belang kunnen zijn voor de relatie met de tandarts. Als het kind bijvoorbeeld twee maanden geleden in een ziekenhuis behandeld is, is het heel begrijpelijk dat het als gevolg van onprettige ervaringen niet in de stoel wil gaan zitten.¹⁵

7. *Is het kind ooit ernstig ziek geweest? Zo ja, welke ziekte en wanneer?*

Deze vraag doelt grotendeels op dezelfde ziekten als de vorige vraag. Indien iemand heel erg ziek is geweest, is hij vaak ook opgenomen geweest in een ziekenhuis. Met behulp van deze vraag kunnen echter ook aandoeningen als longontsteking of allergieën worden opgespoord.

8. *Heeft uw kind afwijkingen aan het hart en/of de bloedvaten? Zo ja, welke (voorbeelden: acuut reuma,*

aangeboren gebreken, ruisje aan het hart)?

Na *acuut reuma* kunnen vaak beschadigingen aan de hartkleppen worden geconstateerd. In die gevallen behoort een adequate antibiotica-profylaxe te worden gegeven voordat (melk-)elementen worden geëxtraheerd, tandsteen wordt verwijderd of andere behandelingen aan het bot of in de gingiva worden uitgevoerd waarbij een bacteriëmie kan optreden. De meest recente aanwijzingen voor de preventie van bacteriële endocarditis kan de tandarts verkrijgen bij de Nederlandse Hartstichting (Sophialaan 10, 's-Gravenhage). Het verdient aanbeveling om de huisarts of behandelend specialist van de patiënt te raadplegen.¹⁶⁻²³

Ook bij *aangeboren hartgebreken* bestaat gevaar voor een subacute bacteriële endocarditis. Daarom moet bij deze patiënten een bacteriëmie worden voorkomen (antibiotica-profylaxe en bronnen van infectie zoals diep-cariëuze melkmolaren verwijderen liefst door extractie). Zeer langdurige behandelingen moeten worden vermeden omdat deze een te grote belasting voor de patiënt kunnen betekenen. Er moet extra op worden gelet, dat periodieke (driemaandelijke) controles daadwerkelijk plaatsvinden om het ontstaan van infectiehaarden te voorkomen.²²

Bij een *ruisje aan het hart* dient te worden nagegaan of het een functioneel ruisje betreft of een ruisje met een organische oorzaak. De zogenaamde functionele ruisjes mogen worden genegeerd wat betreft preventie voor bacteriële endocarditis met behulp van antibiotica-profylaxe. Aangezien organische ruisjes ontstaan door een afwijking in het endocard, hebben deze patiënten een grote kans op subacute endocarditis na een bacteriëmie. Extracties, tandsteen verwijderen en andere behandelingen waarbij bacteriën uit de mond in het bloed kunnen komen, moeten daarom worden begeleid door een goede antibiotica-profylaxe.²⁴

9. *Heeft uw kind afwijkingen in het bloed (bijvoorbeeld gestoorde*

bloedstolling, bloedarmoede, leukemie)?

Ziekten die bij de ouders van het kind meestal bekend zijn, zijn b.v. hemofilie, ziekte van Von Willebrand, sikkelcel-anemie en leukemie. In het algemeen worden deze patiënten regelmatig gecontroleerd. Bij 'bloedige' ingrepen (zoals anesthesie, endodontische behandelingen, gebitsreinigingen en extracties) is contact met de behandelend specialist noodzakelijk. Het gebruik van aspirine als pijnstiller moet worden afgeraden. Het is beter paracetamol (Finimal®) of glafenine (Glifanan®) voor te schrijven.^{18 25}

10. *Heeft uw kind vaak een hevige bloedneus, grote blauwe plekken, nabloeden na verwondingen of een langzame wondgenezing?*

Bloeden is een symptoom en geen ziekte. Abnormale bloedingen kunnen ook optreden wanneer alle laboratoriumgegevens normale waarden vertonen. Niettemin is contact met de huisarts gewenst om te overleggen of nader onderzoek zinvol is. Tot de afwijkingen die onopgemerkt zijn gebleven behoort relatief vaak de ziekte van Von Willebrand. Dit is vooral bij jonge kinderen van belang, die na een eerste 'chirurgische' tandheelkundige ingreep (extractie) een nabloeding krijgen.

11. *Heeft uw kind longziekten of luchtwegafwijkingen (bijvoorbeeld chronische bronchitis, chronisch verkouden, astma, hooikoorts, CARA, sterk gezwollen amandelen, ontstoken neusbijholte of voorhoofdsholte, vaak hoesten, opgeven van slijm, vaak oorontstekingen)?*

Van de longziekten is vooral de chronische bronchitis van belang, omdat de ademhalingsproblemen van deze mensen bij een bezoek aan de tandarts nog verergerd kunnen worden door opwindend. Laat de patiënt zijn medicamenten tegen een aanval van bronchitis bij iedere behandeling meebrengen. Verdovingsvloeistof mag adrenaline bevatten, want adrenaline geeft bronchusverwijding en wordt gebruikt om een astma-aanval te couperen.

Patiënten met hooikoorts en astma ontwikkelen vaker een hevige allergie. Patiënten met astma in de anamnese kunnen gemakkelijk een sterke astmatische reactie op aspirine ontwikkelen.^{24 26} Raad gebruik van aspirine bij astmatici af (een alternatief is glifanone of Glifanan).

Bij een bemoeilijkte neus-ademhaling moet worden overwogen een tandheelkundige behandeling met koelspray van de boor uit te stellen. Dit geldt ook voor fluoride-applicatie met een gel in lepels en het gebruik van cofferdam bij endodontische behandeling (pulpotomie).

12. *Heeft uw kind leverziekten (gehad), zoals geelzucht of hepatitis?*

In het algemeen moet men bij leverziekten voorzichtig zijn met het voorschrijven van geneesmiddelen, het gebruik van premedicatie en het geven van narcose. Daarnaast is vooral het gevaar voor serumhepatitis (hepatitis B) voor de tandarts van belang. Bij pedodontisten komt serumhepatitis relatief weinig voor (9%) in vergelijking met andere groepen tandartsen (14%) en ook bij kinderen komt het minder voor dan bij volwassenen. Maar er zijn bepaalde risicogroepen onder de kinderen: geestelijk gehandicapte kinderen die in een inrichting leven (10-30% serumhepatitis), in het bijzonder kinderen met het syndroom van Down (mongolen, 50%-100% dragers),²⁷ kinderen die hemodialyse ontvangen (16% dragers), kinderen uit tropische landen (Afrika, Azië, maar ook Suriname en Ned. Antillen), kinderen die met immunosuppressiva worden behandeld en kinderen die drugs gebruiken (spuiten).^{18 27 28} Verwacht mag worden, dat binnenkort vaccinatie tegen hepatitis B op ruime schaal mogelijk zal zijn.²⁹

13. *Heeft uw kind nierziekten of afwijkingen aan de urine?*

Bij nierziekten is het belangrijk om allereerst te vragen of de patiënt gedialyseerd wordt. Bij dialysepatiënten komt in een hoog percentage serumhepatitis voor (16% dragers).^{17 28} Het is verstandig om dan (via de huisarts) te laten nagaan of er voor de tand-

arts reden is voor profylaxe tegen Australië-antigeen en vervolgens specifieke beschermingsmaatregelen ter voorkoming van infectie van andere patiënten te nemen.

Bij verminderde werking van de nieren moet er bij het voorschrijven van geneesmiddelen die via de nieren worden uitgescheiden, op worden gelet dat de dosis wordt aangepast aan de slechte nierfunctie.

Let er ook op dat fluoridepreparaten niet worden ingeslikt. Breng tijdens de fluoride-applicatie een speekselzuiger in de mond, zuig na afloop van de applicatie de in de mond achtergebleven gelvloeistof goed af en laat het kind een keer met water de mond spoelen en uitspugen. Gebruik een gelvloeistof met een lage concentratie fluoride (0,4%).

Na een niertransplantatie krijgen de patiënten vaak immunodepressiva, waardoor de weerstand tegen infecties vermindert. Bij deze patiënten dient altijd met de huisarts en de behandelende specialist te worden overlegd, voordat met enige vorm van tandheelkundige behandeling wordt begonnen. Na transplantaties worden ook vaak corticosteroiden voorgeschreven, zoals cortison of prednison. Deze onderdrukken ontstekingsreacties, waardoor de gebruikelijke symptomen waaraan de tandarts een ernstige infectie kan herkennen, kunnen worden gemaskeerd. Ook kan bij patiënten die corticosteroiden gebruiken een atrofie van de bijnierschors ontstaan. Daardoor kan bij stress, ontstekingen (b.v. bij een diep carieuze melkdentitie) en operaties of narcose een tekort aan bijnierschors-hormoon optreden, waardoor plotseling een shock kan optreden. Soms is premedicatie gewenst en dient hierover met de huisarts of specialist te worden overlegd.

Bij patiënten met nierziekten kan een acute glomerulonefritis ontstaan na een infectie vanuit de mond of de farynx (amandelen!). In het verleden werd daarom veelal geadviseerd om bij iedere patiënt met nierziekten een antibiotica-profylaxe te geven bij iedere tandheelkundige behandeling waarbij bacteriën uit de mond in het bloed

kunnen komen (extracties van (melk-)elementen en verwijderen van subgingivaal tandsteen). Tegenwoordig wordt meestal met antibiotica gewacht, totdat uit het optreden van koorts kan worden afgeleid dat er een ontsteking is opgetreden.^{18 30-32}

14. *Heeft uw kind problemen met de voeding, maag of met de spijsvertering?*

Het dieet geeft informatie over a) mogelijke ziekten of deficiënties, b) gedrag (snoepen, suikerrijk dieet, aantal 'tussendoortjes') en c) mentale instelling of overtuiging (zoals vegetariërs). Het is gewenst te vragen waarom een bepaald dieet wordt gebruikt: op voorschrift van een arts (en waarom) of op eigen initiatief.

Bij maagziekten moet de tandarts voorzichtig zijn met voorschrijven van geneesmiddelen zoals salicylaten en corticosteroiden, omdat deze maagbloedingen kunnen veroorzaken. In dergelijke gevallen kan de tandarts met de huisarts overleggen over toedienen van analgetica door middel van zepillen.

Vomeert (braakt) het kind vaak? Dit is van belang voor het optreden van erosies: door het maagzuur ontkalken de gebitselementen gemakkelijk waardoor snel uitgebreide destructie kan ontstaan, vooral op de vrije gladde vlakken en op de knobbels.

Bij deze vraag kunnen ook erfelijke stofwisselingsstoornissen aan de orde komen en zal de tandarts in overleg met de huisarts of behandelend specialist de consequenties voor de tandheelkundige gezondheid moeten bekijken.^{24 33-35}

15. *Heeft uw kind suikerziekte (diabetes)?*

Een tandheelkundige behandeling heeft voor een goed ingestelde diabeticus geen probleem te zijn. Maar de tandarts moet wel op een aantal dingen letten: a) zorg ervoor dat de patiënt zijn maaltijden en medicamenten ondanks de tandheelkundige behandeling op het normale tijdstip kan gebruiken (om een hypoglykemisch coma te voorkomen), b) zorg dat er voldoende tijd voor de behandeling beschikbaar is

(vermijden van stress-situaties eventueel via een medicamenteuze ondersteuning van de begeleidende maatregelen), c) geef pijnloos anesthesie; gebruik van een anaestheticum zonder adrenaline is meestal gewenst, d) extraheer niet te veel (melk)elementen tegelijk en geef eventueel na overleg met de behandelend arts een antibiotica-profylaxe, omdat diabetici een verhoogd infectierisico hebben, e) infecties in de mond kunnen de insulinebehoefte veranderen. Dit betekent, dat infecties zo veel mogelijk moeten worden voorkomen.

Als een patiënt met suikerziekte (nog) niet goed is ingesteld, dient alleen de acute pijn door middel van een zo eenvoudig mogelijke behandeling te worden opgeheven. Daarna wordt de patiënt verwezen voor nader onderzoek en eventuele behandeling alvorens de tandheelkundige behandeling wordt voortgezet.^{18 36}

16. Heeft uw kind schildklierafwijkingen?

Verhoogde functie van de schildklier (hyperthyroidie) uit zich door verhoogde prikkelbaarheid, nervositeit, sterke motorische onrust en niet zelden psychische stoornissen. De patiënten hebben het voortdurend warm en transpireren veel, warmte verdragen zij slecht. Daarnaast kunnen hartkloppingen, vermageringen, diarree en exophthalmus het beeld completeren. Voor tandheelkundige behandeling is het soms gewenst de begeleidende maatregelen voor deze kinderen medicamenteus te ondersteunen. Het gebruik van vasoconstrictoren in lokale anaesthetica dient te worden vermeden.^{37 38}

17. Is uw kind ergens overgevoelig (allergisch) voor of krijgt het wel eens rode vlekjes op de huid (bijvoorbeeld bij het aanraken van primula's, door geneesmiddelen, pollen of stof)? Zo ja, waarvoor overgevoelig?

Geloof patiënten die zeggen dat zij voor een bepaald geneesmiddel allergisch zijn. Deze geneesmiddelen toch gebruiken kan levensgevaarlijk zijn. Zorg dat voor noodgevallen een oplos-

sing met 1/1000 adrenaline klaar ligt voor subcutane injectie, of in ernstige gevallen van anafylactische shock voor een intramusculaire injectie (bij kinderen beneden de 12 jaar een evenredig lagere dosis dan die van 0,5 ml voor volwassenen).²⁴

18. Heeft uw kind ooit abnormale reacties vertoond op een tandheelkundige behandeling (bijvoorbeeld verdoving, fluoride-applicatie, tandpasta, afdrukmateriaal)?

Met deze vraag kunnen allergische reacties worden ontdekt, die met de tandheelkundige behandeling samenhangen. De meeste abnormale reacties op lokale anaesthetica zijn syncopes met veeleer een psychogene oorzaak dan een allergische. Toch komen een echte allergie (een abnormale reactie op een extreem lage dosis door middel van antilichamen en op een wijze die niets met de werking van de toegediende stof heeft te maken) en idiosyncrasie (een abnormaal hoge gevoeligheid voor een extreem lage dosis met de reacties die bij het toegediende geneesmiddel horen) bij gebruik van tandheelkundige lokale anaesthetica wel degelijk voor! De meeste psychogene reacties op verdoving kunnen worden voorkómen door een goede begeleiding van het kind en een geruststellende houding van de tandarts tijdens het verdoven. Het in de anamnese herkennen van een allergie of een idiosyncrasie op lokale anaesthetica is bijzonder belangrijk om ongewenste en soms zelfs zeer gevaarlijke reacties te voorkomen. Bij patiënten met een allergie voor alle typen lokale anaesthetica kan in noodgevallen gebruik worden gemaakt van diphenhydramine (Benadryl®) als lokaal anaestheticum. Dit geneesmiddel is een antihistaminicum, maar het heeft ook lokaal anesthesische eigenschappen! De toediening van 1,5 tot 2 ml (15 tot 20 mg), geïnjecteerd als ieder ander lokaal anaestheticum, verleent een voldoende diepe anesthesie gedurende ongeveer 30 minuten. Benadryl® wordt goed door de weefsels verdragen. Een lichte slaperigheid is veelal de enige bijwerking. Aangezien een allergie voor de vasoconstrictor in lokale

anaesthetica vrijwel nooit voorkomt, is de keuze hiervan minder belangrijk.^{24 37 39}

Bij deze vraag kan ook naar voren komen, dat een kind het afdrukken maken (voor bijvoorbeeld orthodontische behandeling) niet verdraagt en dan sterke braakneigingen vertoont.

19. Heeft uw kind spieraandoeningen (bijvoorbeeld spasticiteit)?

20. Heeft uw kind vaak kleine ongelukjes?

Hier wordt gevraagd naar 'accident prone children'. De tandarts moet dan zeker voorlichting geven over en letten op mogelijke traumatische gebitsbeschadigingen. Bij kinderen met een sterke propositie van de bovenfrontanden (in het bijzonder klasse II/1 volgens Angle) moet profylactisch op jongere leeftijd orthodontische behandeling worden overwogen.

21. Heeft uw kind aanvallen van duizeligheid of flauwvallen of epilepsie?

Ongeveer 3 tot 5% van de kinderen heeft epilepsie. Het is voor de tandheelkundige behandeling erg belangrijk om hiervan op de hoogte te zijn. Patiënten hebben de neiging om dit te verzwijgen indien er niet uitdrukkelijk naar wordt geïnformeerd. Een epileptische aanval tijdens een tandheelkundige behandeling komt zelden voor, vaker gebeurt dit vlak vóór en vooral ná een behandeling.

Wanneer de tandarts weet dat het kind epileptische verschijnselen heeft, kunnen een hyperplasie van de gingiva (door het gebruik van Diphantoine® en/of Luminal®) of beschadigingen en littekens van de tong, lippen en kin op de juiste wijze worden geïnterpreteerd. Bij een hyperplasie van de gingiva kan de tandarts met de behandelende artsen in contact treden over een mogelijk alternatief voor Diphantoine®.

Bij sommige epileptici kan een aanval worden opgewekt wanneer met de tandheelkundige operatielamp in de ogen wordt geschoten (fotosensibiliteit).

Indien in de anamnese recente of onverklaarbare momenten van bewust-

zijnsverlies voorkomen, dient de patiënt te worden verwezen naar huisarts of neuroloog. 18 33 34 40

22. *Is uw kind gehandicapt?*

Er zijn veel handicaps. Steeds moet worden bekeken wat de eventuele consequenties zijn voor tandheelkundige behandeling.^{41 42}

23. *Komen er in de familie erfelijke afwijkingen voor?*

Er zijn vele erfelijke afwijkingen met tandheelkundige symptomen, die van belang kunnen zijn voor vroegtijdige onderkenning en genetisch advies.⁴³

24. *Heeft uw kind andere hier niet genoemde ziekten (gehad)?*

Soms begrijpen de ouders de voorafgaande vragen niet en vermelden zij hun gegevens bij deze vraag.

25. *Gebruikt uw kind geneesmiddelen (ook bijvoorbeeld ijzer-preparaten en vitamine-preparaten)?*

De geneesmiddelen die het kind gebruikt geven informatie over zijn ziekten en zijn daarom een controle op de informatie die met de voorafgaande vragen werden verkregen. Ook kunnen de geneesmiddelen die het kind gebruikt en de medicatie die de tandarts voor ogen heeft elkaar beïnvloeden. Tenslotte kan het geneesmiddel het verloop van de tandheelkundige behandeling beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan de verlengde bloedings-tijd na langdurig bestrijden van de kiespijn met aspirine bij een kind dat niet naar de tandarts durft.⁴⁴

Er zijn ook minder voor de hand liggende relaties tussen geneesmiddelen en tandheelkundige symptomen. Een voorbeeld is het gebruik van ijzerpreparaten, waardoor zwarte tanden ontstaan of het gebruik van zoete vitaminedrankjes (zoals Roosvice), waardoor gemakkelijk floride ('rampant') cariës ontstaat.

26. *Heeft u eventuele opmerkingen over de gezondheid van uw kind?*

Soms is een kind nooit ziek, maar 'suk-kelt' het met de gezondheid (vaak verkouden, griep).

Ontwikkeling van het kind

27. *Hebben zich vóór, tijdens of na de geboorte van uw kind problemen voorgedaan?*

Een premature geboorte of zuurstofgebrek bij de geboorte kan de oorzaak zijn van handicaps of gebreken. Ook problemen tijdens de zwangerschap kunnen aanleiding zijn tot tandheelkundige afwijkingen. Deze vraag is ook van belang om eventuele orofaciale ontwikkelingsstoornissen op het spoor te komen, dan wel deze juist te kunnen interpreteren.

28. *Heeft uw kind problemen met horen, zien, spreken of lezen?*

Deze vraag geeft algemene informatie. Voorbeeld is een doof kind dat daarom moet liplezen. De tandarts kan dan geen mondlap dragen. Een kind dat stottert moet de tijd krijgen om uit te spreken.

29. *Op welk type school zit uw kind?*

30. *In welke klas zit uw kind?*

31. *Heeft uw kind moeilijkheden op school?*

Met de antwoorden op deze vragen kan de tandarts proberen de geestelijke ontwikkeling van het kind in te schatten, zodat hij hiermee rekening kan houden bij de omgang met het kind. Er kan aanleiding zijn tot doorvragen naar de aard van leerproblemen en eventuele oorzaken als het kind bijvoorbeeld vaker gedoubleerd heeft of een bijzondere school zoekt.^{15 45}

32. *Is uw kind vaak erg zenuwachtig (hyperventilatie, bedplassen, tandknarsen)?*

Sommige kinderen verwerken nieuwe/andere situaties vaak uiterst moeilijk. Als ze nachtenlang niet kunnen slapen omdat ze bij oma gaan logeren, hoeveel medewerking mag de tandarts dan verwachten bij restauratieve behandeling?

Bij hyperventilatie is het vaak aan te bevelen hierover met het kind te praten. Dit stelt het kind meestal zo ge-

rust, dat verdere problemen achterwege blijven.

Algemene vragen

33. *Is dit kind al eens eerder bij een tandarts of tandarts-specialist geweest?*

Het antwoord op deze vraag is vaak een uitstekende aanleiding voor een kennismakingsgesprek met het kind. Als het nog nooit bij een tandarts is geweest, kan worden gevraagd of het weet wat een tandarts doet, waar hij naar kijkt en waarom. Wanneer het kind wel eerder bij een tandarts is geweest, kan worden gevraagd wat de tandarts toen gedaan heeft en hoe het kind dat vond. De tandarts kan hier bij de start van zijn behandeling direct op inspelen.⁴¹

34. *Verwacht u problemen bij de behandeling van uw kind of is er iets dat u (in of zonder aanwezigheid van het kind) aan mij wilt vertellen?*

Een belangrijke oorzaak voor een soms zeer grote vrees voor tandheelkundige behandelingen blijken de onplezierige ervaringen te zijn, die het kind bij eerdere bezoeken aan een tandarts, huisarts of het ziekenhuis heeft opgedaan.^{6 7 9 46-48} In het kader van deze vraag kan mondeling worden gevraagd hoe bang de ouders denken dat het kind is voor tandheelkundige behandeling. De vraag is met opzet niet schriftelijk gesteld, omdat een schriftelijk antwoord vaak een lang leven gaat leiden.

Soms hebben ouders een goede aanleiding om zonder aanwezigheid van het kind met de tandarts te willen praten. Bijvoorbeeld over het algemeen angstige gedrag van het kind, bedplassen of erfelijke afwijkingen. Ook als de ouder wil vertellen welke problemen het kind met zijn uiterlijk heeft (bijvoorbeeld een kind met een schisis en daardoor zowel een orthodontische afwijking als een opvallend lelijke neus), kan het prettig zijn dat hij de tandarts niet hoeft te vragen om het kind even naar de wachtkamer te sturen. Ook gesprekken over leer- en opvoedingsmoeilijkheden voeren vele ouders liever buiten aanwezigheid van het kind.

35. *Zijn er voor u redenen dat u met uw kind juist hier komt of heeft u nog duidelijke wensen voor de behandeling van uw kind?*

Ook bij deze vraag kunnen verwachtingen van de ouders over de behandelbaarheid van het kind door tandartsen aan de orde komen. Dit geeft de tandarts gelegenheid om afspraken met de ouders te maken hoe hij het kind zal behandelen.

Voorbeelden: verdoving, restaureren van het melkgebit in plaats van extractie of juist andersom. Ook kan de tandarts de gelegenheid gebruiken om misverstanden uit de weg te ruimen, zoals, bij de wenselijkheid om te wachten met orthodontische behandeling ('ugly duckling'-stadium bij het doorbreken van de front-elementen).⁴⁹

De vragen over de problemen bij tandheelkundige behandeling zijn bewust aan het einde van de vragenlijst geplaatst om niet al direct een gesprek te beginnen over eventueel onaangename onderwerpen. Bovendien vertellen ouders over dergelijke onderwerpen veel meer, indien er tijdens het gesprek over de gezondheid van het kind al een zeker vertrouwen is gegroeid door de interesse die de tandarts voor het welzijn van het kind uitstraalt.

Hoe omgaan met de verkregen gegevens

In de gezondheid van kinderen kunnen gemakkelijk en snel veranderingen optreden. Kinderen kunnen plotseling ziek worden, maar zijn soms even gauw weer beter. Dit betekent, dat niet kan worden volstaan met slechts één keer inwinnen van informatie over de gezondheid van het kind. Daarom is het gewenst om met de ouders af te spreken om veranderingen in de gezondheid aan de tandarts mee te delen. Waar de ouders soms niet aanwezig zijn bij de tandheelkundige verzorging van hun kind, kan dat door middel van een briefje dat de ouders aan het kind meegeven.

Niet alle gegevens behoeven door de tandarts te worden geadmistriseerd. In het voorafgaande zijn hiervan reeds

enkele voorbeelden gegeven, zoals de mate van angst voor behandeling. Wel is het van belang om afspraken die met de ouders zijn gemaakt, te noteren, zoals: geen lokale fluoride-applicaties omdat de ouders principiële bezwaren hebben.

De auteurs zijn dank verschuldigd aan Prof. Dr. G. Boering (mondheekunde), Prof. Dr. G. J. Bremer (huisartsgeneeskunde), Prof. Dr. J. Fernandes (kindergeneeskunde) en Prof. Dr. J. A. J. Trip (interne geneeskunde) voor het kritisch doornemen van dit artikel.

Summary:

Title: A health questionnaire for children.

Keywords: Data collection – Medical history taking – Pedodontics – Dental practice management

The purpose and the design of a health questionnaire for dental treatment of children are discussed in this article as is the interpretation of the answers provided.

The subjects to be raised when discussing the answers with the parents during the first visit of the child to the dentist are also considered.

Literatuur:

1. *Duinkerke ASH*. De gezondheidsvragenlijst. Deel I. Waarom een gezondheidsvragenlijst in de algemene praktijk? Ned Tandartsenbl 1981; 36: 848-851.
2. *Duinkerke ASH*. Over het gebruik van een anamneselijst door de tandarts. Ned Tijdschr Tandheelk 1974; 81: 178-183.
3. *Duinkerke ASH*. De gezondheidsvragenlijst. Deel II. Welke gezondheidsvragenlijst in de algemene praktijk? Ned Tandartsenbl 1981; 36: 907-912.
4. *Rothwell PS, Wragg KA*. Assessment of the medical status of patients in general dental practice – A comparative study of a questionnaire and verbal inquiry. Br Dent J 1972; 133: 252-255.
5. *Shoben EJ, Borland L*. An empirical study of the etiology of dental fears. J Clin Psychol 1954; 10: 171-174.
6. *Shaw O*. Dental anxiety in children. Br Dent J 1975; 139: 134-139.
7. *Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD*. Origins and characteristics of fear in dentistry. J Am Dent Assoc 1973; 86: 842-848.
8. *Hawley BP, McCorkle AD, Wittemann JK, Ostenberg P van*. The first dental visit for children from low socioeconomic families. J Dent Child 1974; 41: 376-381.
9. *Sandar K, Brook AH*. A study of children who presented management problems for routine dental treatment. J Int Assoc Dent Child 1974; 5: 17-26.
10. *Grunsvan MF van*. Tandheelkundige zorg

voor dieper zwakzinnigen. Tandheelkundige Monografieën, deel XXI. Alphen aan den Rijn: Stafleu en Tholen, 1977.

11. *Johnson R, Baldwin DC*. Relationship of maternal anxiety to the behaviour of young children undergoing dental extraction. J Dent Res 1968; 47: 801-805.
12. *Johnson R, Baldwin DC*. Maternal anxiety and child behaviour. J Dent Child 1969; 36: 87-92.
13. *Wright GZ, Alpern GD*. Variables influencing children's cooperative behavior at the first dental visit. J Dent Child 1971; 38: 124-128.
14. *Wright GZ, Alpern GD, Leake JL*. The modifiability of maternal anxiety as it relates to children's cooperative behavior. J Dent Child 1973; 40: 265-271.
15. *McDonald RE*. Dentistry for the child and adolescent. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1974; 2nd ed.
16. *Hess J*. Prevention of bacterial endocarditis in children with congenital heart disease. Dissertatie rijksuniversiteit te Groningen, 1982.
17. *Eggleston DJ*. The value of a simple medical questionnaire in dentistry. Aust Dent J 1977; 22: 160-164.
18. *Fass B, Lippe BM*. Common pediatric medical disorders complicating surgery. In: Sanders B, Pediatric oral and maxillofacial surgery. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1979: 573-589.
19. *Halpern IL*. Patient's medical status – a factor in dental treatment. Oral Surg 1975; 39: 216-226.
20. *Leo AA de, Schoenknicht FD, Anderson MW, e.a.* The incidence of bacteremia following oral prophylaxis on pediatric patients. Oral Surg 1974; 37: 36-45.
21. *McGowan DA, Tuohy O*. Dental treatment of patients with valvular heart disease. Br Dent J 1968; 124: 519-520.
22. *McLundie AC, Watson WC, Kennedy GDC*. Medical status of patients undergoing dental care – An assessment. Br Dent J 1969; 127: 265-271.
23. *Tarsitano JJ*. Never treat a stranger. J Am Dent Assoc 1966; 73: 856-862.
24. *Millard HD*. The use of the health questionnaire in dental practice. Dent Clin North Am 1967; 445-459.
25. *Schneider-Trip MD, Cate JW ten*. Enige aspecten van bloedstelping en bloedstolling van belang voor de mondheekunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 1975; 82: 72-77.
26. *Jolly M*. Pre-operative assessment of the dental patient. Aust Dent J 1967; 12: 258-269.
27. *Dankert J, Zijlstra JB, Kruijt AC, Grunsvan MF van*. The occurrence of hepatitis B-antigen and hepatitis B-antibody in pupils and employees in an institute for mentally retarded. Bulletin van de Coördinatiecommissie biochemisch onderzoek van de sectie psychiatrische instituten van de Nationale Ziekenhuisraad, 1973; 6: 54-60.
28. *Sanger RG*. Hepatitis: a new crisis in pedodontics. Pediatr Dent 1981; 3: 46-55.

29. Cooley RI, Lubow RM. Hepatitis B vaccine: implications for dental personnel. *J Am Dent Assoc* 1982; 105: 47-49.
30. Bottomley WK, Cioffi RF, Martin AJ. Dental management of the patient treated by renal transplantation: preoperative and postoperative considerations. *J Am Dent Assoc* 1972; 85: 1330.
31. Christensen G. Preoperative medication for oral surgery patients. *Aust Dent J* 1967; 12: 476-481.
32. Cohen L. Oral diagnosis and treatment planning. Springfield: Thomas, 1973: 8-18.
33. Mitchell DF, Standish SM, Fast TB. Oral diagnosis/oral medicine. Philadelphia: Lea and Febiger, 1971: 82-92.
34. Morris AL. The medical history in dental practice. *J Am Dent Assoc* 1967; 74: 129-137.
35. Kerr DA, Ash MM, Millard HD. Oral diagnosis. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1974: 3-75 (4e ed.).
36. Lynch MA. Burket's oral medicine. Philadelphia: Lippincott, 1977.
37. Bennet CR. Monheim's local anesthesia and pain control in dental practice. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1974: 5e druk.
38. Formijne P. Leerboek der anamnese en der fysische diagnostiek. Amsterdam: Scheltema en Holkema, 1971.
39. Ravindranan N. Allergic reaction to lignocaine - A case report. *Br Dent J* 1975; 138: 101-102.
40. Erni E, Sauter R. Zahnärztliche Behandlung von Patienten mit epileptischen Anfällen. *Schweiz Monatsschr Zahnheilkd* 1974; 84: 999-1006.
41. Smith LB. Dental care of the medically compromised child: a behavioral overview. *J Can Dent Assoc* 1981; 47: 667-672.
42. Grunsvan MF van, Hoff M. Tandheelkundige zorg voor gehandicapten. In: D. Backer e.a. (ed.), *Handboek voor de tandheelkundige praktijk*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1982.
43. Stewart RE, Prescott GH. Oral facial genetics. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1976.
44. Duinkerke ASH. Interpretatie van een gezondheidsvragenlijst. Deel III. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1976; 83: 8-13.
45. Rud B, Kisling E. The influence of mental development on children's acceptance of dental treatment. *Scand J Dent Res* 1973; 81: 343-352.
46. Rosengarten M. The behavior of the preschool child at the initial dental visit. *J Dent Res* 1961; 40: 673.
47. Eichenbaum IW, Dunn NA. Projective drawings by children under repeated dental stress. *J Dent Child* 1971; 38: 164-174.
48. Sermet O. Emotional and medical factors in child dental anxiety. *J Child Psychol Psychiatry* 1974; 15: 313-321.
49. Linden FPGM van der, Duterloo HS. Development of the human dentition. An atlas. Hagerstown: Harper and Row, 1976: 140.

December 1982.

Ant. Deusinglaan 1,
9713 AV Groningen.

Boekbesprekingen

D. L. Johnson, R. J. Stratton: *Grundlagen des herausnehmbaren Zahnersatzes*. 527 pag., 456 afb. Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin, Chicago, London, Rio de Janeiro, Tokyo 1983. Prijs DM 178,—. ISBN 3 87652 355 9.

Dit kloeke, rijk geïllustreerde werk bestaat uit drie delen. In deel I worden de wetenschappelijke grondslagen en wetenswaardigheden betreffende de uitneembare tandvervanging besproken. Hier komen onderwerpen aan de orde als de psyche van de patiënt, het speeksel, de slijmvliezen, de musculatuur, bijzondere maatregelen bij oudere patiënten, etc. In deel II wordt de uitneembare partiële prothese beschreven. Hier wordt vrijwel uitsluitend het ontwerpen en het vervaardigen van een gegoten frameprothese behandeld. In deel III tenslotte komt 'de volledige prothese' uitvoerig aan de beurt. Zowel aan de behandelplanning als ook aan de klinische uitvoering van de verschillende behandelingen wordt veel aandacht besteed. Als een soort toegift worden nog twee hoofdstukjes gewijd aan de directe- en de overkappingsprothese.

Het boek bevat veel, heel concrete, op de algemeen-practicus afgestemde informatie en is voorzien van een index en literatuurlijst. Het is een Duitstalige uitgave van de oorspronkelijke Amerikaanse versie: *Fundamentals of removable prosthodontics*. Een boek is op het moment van verschijnen vrijwel altijd enige jaren achter bij de

recente ontwikkelingen. Een vertaling loopt vaak nog meer achter. De meest recente literatuurverwijzing is uit 1978. Daar de potentiële kopers in Nederland allemaal tenminste Engels lezen, is het de vraag of op de Nederlandse markt aan deze uitgave behoefte bestaat.

A. C. M. van de Poel

G. Moltzer: *Van mond tot mond*. 199 pag. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam. Krips Repro, Meppel 1983.

Moltzer heeft de twijfelachtige eer te behoren tot de groep wetenschappers van wie een voltooid en gedrukt proefschrift op het allerlaatste moment werd afgekeurd. In de tweede versie, welke een jaar later wel tot een promotie leidde, zijn een aantal veranderingen aangebracht, met name in het literatuurhoofdstuk. Maar ook werd de volgende passage weggelaten: 'Door de medewerking die ik de afgelopen jaren van verschillende kanten ontving is mijn vertrouwen in de mensheid er zeker niet minder op geworden.'

In 1973 werd door medewerkers van de vakgroep Sociale Tandheelkunde van de Universiteit van Amsterdam enthousiast gestart met een tandartsengroepspraktijk in Abcoude. De tandheelkundige situatie werd door hen destijds als volgt omschreven: 'Er bestaat een grote discrepantie tussen de behoefte aan tandheelkundige hulp en de hoeveelheid beschikbare mankracht.' Er bestond op dat moment nog

een tekort aan tandartsen en ook in Abcoude was dit het geval. Vanaf het begin van de tandartsengroepspraktijk werden er in het centrum allerlei experimenten opgezet waarover door de vakgroepsleden veel is gepubliceerd. Tan heeft de tandheelkundige aspecten van deze onderzoeken geïnventariseerd en Moltzer beschrijft in zijn proefschrift de voorlichtingskant van de experimenten in Abcoude.

Na een inleidend hoofdstuk geeft Moltzer een bruikbaar literatuuroverzicht van de nationale en internationale studies naar het effect van tandheelkundige voorlichting. In de hiernavolgende hoofdstukken beschrijft hij een drietal wat hij noemt 'micro-experimenten': experimenten waarbij het effect van diverse voorlichtingsactiviteiten wordt gemeten. Deze drie experimenten vormen de hoofdmoot van het proefschrift. In 1973/74 vond het eerste experiment plaats. Aan een groep - nieuw ingeschreven - patiënten werd 'standaardvoorlichting' gegeven door mondhygiënist; een tweede groep patiënten kreeg, naast deze voorlichting, ook nog een voorlichtingsfilm te zien, en een derde (controle)groep werd op de 'normale' wijze behandeld (d.w.z. er vond geen voorlichting plaats). Ongeveer een halfjaar later werd, met behulp van een vragenlijst, nagegaan of er tussen de drie groepen verschillen bestonden in houding, kennis, gedrag en 'angst voor de tandarts'. Resultaat: bij de voorgelichten werden gemiddeld gunstiger scores verkregen, maar de 'extra-film' bleek er niet toe te doen. De jaren hierna heeft Moltzer nog een