

## R E D A C T I O N E E L

## THEMANUMMER 1985: 'MEDISCHE ASPECTEN VAN DE TANDHEELKUNDIGE PRAKTIJK'

De overal in de westerse geïndustrialiseerde landen geconstateerde teruggang van het verschijnsel tandcariës, is een der voornaamste factoren die aanleiding geven tot een verschuiving in de behandelingsbehoeften. Deze teruggang wordt, behalve aan de veroudering van de bevolking, in de eerste plaats toegeschreven aan de verschillende toepassingen van fluoriden.

De tandarts zal in verband hiermee in de toekomst zijn werkterrein zien veranderen. Het ziet er naar uit dat hij veel meer dan tot nu toe een medisch geïntendeerde practicus zal moeten worden, in wiens bemoeienissen de zorg voor de gezondheid van de mondweefsels als geheel een overheersende rol zullen spelen.

De kennis van de mondziekten is de laatste decennia belangrijk uitgebreid en het steeds groeiende inzicht dat verschillende algemene afwijkingen zich (niet zelden het eerst) in de mondweefsels manifesteren, maakt dat van de tandarts een grote diagnostische vaardigheid mag worden verwacht, zodat hem belangrijke consultatieve functies kunnen ten deel vallen. De mondiger geworden patiënten zullen in de toekomst van hun tandarts niet alleen hoogwaardige technische verrichtingen vragen, maar hem ook willen zien als – wat wel wordt genoemd – 'oral physician'.

Dit alles is voor de Redactie aanleiding geweest om als onderwerp voor het thans voor u liggende Themanummer 'Medische aspecten van de tandheelkundige praktijk' te kiezen. In deze aflevering worden dan ook, enerzijds, direct voor de dagelijkse praktijk van nut zijnde onderwerpen besproken en, anderzijds, komen aspecten van meer theoretische aard aan de orde. Bovendien zijn de auteurs allen goed op de hoogte van de verschillende facetten van de tandheelkundige praktijk en daarom ook in staat de medische problematiek vanuit het tandheelkundig gezichtspunt te benaderen.

Hoewel de Redactie terdege beseft binnen de beperkingen van een Themanummer nooit volledig te kunnen zijn, gelooft zij toch een coördinatie van representatieve artikelen te bieden.

Zij is de auteurs zeer erkentelijk voor hun deskundige bijdragen.

## DE GEZONDHEIDSANAMNESE IN DE TANDARTSPRAKTIJK

A. S. H. DUINKERKE

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

*Trefwoorden:* **Praktijkvoering** – Gezondheidsanamnese

## 1. Inleiding

Anamnese betekent letterlijk: terugroepen in de herinnering. In de geneeskunde betreft het meestal de voorgeschiedenis van iemands ziekte of afwijking. Een goede anamnese kan leiden tot een juiste diagnose en een effectieve therapie. Dit geldt ook voor de tandheelkunde. Aan een verantwoord tandheelkundig onderzoek dient steeds een anamnese vooraf te gaan. Deze heeft volgens Millard tot doel:<sup>1</sup>

a. Een inzicht te krijgen in de vroegere tandheelkundige behandeling om de huidige toestand van de mond van de patiënt te kunnen verklaren.

b. Het opsporen van factoren in de gewoonten, het beroep en de familie die het orofaciale gebied ongunstig beïnvloeden.

c. Te bepalen of er organische afwijkingen zijn, die de gezondheidstoestand van de mond beïnvloeden of het behandelingsrisico voor de patiënt of de tandarts vergroten. Met name op deze laatste factor heeft dit artikel betrekking.

Het onder punt c genoemde doel lijkt voor de tandheelkunde in belang toe te nemen.

Door de vorderingen in de moderne geneeskunde zijn er steeds meer oudere mensen en mensen die geneesmiddelen gebruiken. Bovendien worden er steeds complexere medische ingrepen uitgevoerd, die het mogelijk maken dat een aantal patiënten nu ambulante is. Zij melden zich ogenschijnlijk gezond voor tandheelkundige behandeling. Een aantal van hen zal van mening zijn dat hun ziekte niet van belang is voor de tandheelkundige behandeling. Anderen zijn terughoudend om hun ziekte te vermelden wanneer ze om tandheelkundige behandeling verzoeken uit angst dat de door hen gewenste behandeling (bijvoorbeeld extractie van de gehele resterende dentitie in één keer) dan niet mogelijk zal blijken. Ouderen hebben de neiging te denken dat hun symptomen ontstaan zijn door hun leeftijd en dat ze geheel gezond zijn. En ten slotte zijn er mensen die bang zijn informatie te geven over hun ziekte (bijvoorbeeld AIDS<sup>2-4</sup> en hepatitis B<sup>5</sup>) uit angst voor weigering van tandheelkundige behandeling wegens besmettingsgevaar. Bij deze groepen patiënten is de kans aanwezig dat symptomen van

*Samenvatting:*

De gezondheidsvragenlijst blijkt een effectief, doelmatig en betrouwbaar hulpmiddel te kunnen zijn bij het als tandarts inschatten van de gezondheidstoestand van de patiënt om op grond daarvan de tandheelkundige behandeling optimaal te kunnen aanpassen. Voor het verkrijgen van valide gegevens is het nodig om de van te voren door de patiënt ingevulde gezondheidsvragenlijst met hem te bespreken en daarna eventueel met diens huisarts te overleggen. Dit kan leiden tot een optimaal aan de gezondheidstoestand van de patiënt aangepaste tandheelkundige behandeling.

ziekten, gebruik van geneesmiddelen en nog in behandeling zijn wegens een ziekte door de patiënt niet uit zichzelf tegen de tandarts worden verteld. Daarom is een effectieve gezondheidsanamnese noodzakelijk alvorens met tandheelkundige behandeling wordt begonnen.

2. *Epidemiologische gegevens*

Om enige indruk te geven van het aantal voor de tandheelkundige behandeling rele-

vante gezondheidsstoornissen dat in de algemene praktijk kan worden gevonden, wordt een viertal artikelen kort samengevat. Eggleston constateerde bij 35,4% van de door hem onderzochte 1125 patiënten voor de tandheelkundige behandeling relevante informatie.<sup>6</sup> Dit percentage bedroeg in het onderzoek van McLundie e.a. bij 2500 patiënten 25,3%.<sup>7</sup> In tabel I is ook een aantal gegevens uit de onderzoeken van Halpern en Cottone en Kafrawy vermeld.<sup>8</sup> <sup>9</sup> In deze tabel valt op, dat de percentages van duidelijk omschreven ziekten bij de verschillende onderzoeken redelijk nauwkeurig met elkaar overeenkomen. Grote verschillen werden gezien bij 'gebruik van medicijnen' en 'ernstige ziekte of operatie ondergaan'. Waarschijnlijk hebben de onderzoekers hier verschillende definities gehanteerd, zoals het wel of niet meetellen van het innemen van aspirine bij gebruik van medicijnen.

Uit bovenstaande gegevens blijkt, dat de tandarts bij het behandelen rekening moet houden met gezondheidsproblemen bij een groter percentage patiënten dan veelal wordt aangenomen. Hoewel bij de betreffende onderzoeken steeds gebruik werd gemaakt van een gezondheidsvragenlijst, blijkt daaruit nog niet dat dat de beste methode is om de benodigde gegevens te verzamelen.

### 3. Methoden voor gezondheidsanamnese

Er bestaan verschillende methoden om informatie te verkrijgen over de gezondheidstoestand van patiënten. Deze methoden zijn de mondelinge anamnese, de gezondheidsvragenlijst en het klinische onderzoek. Variaties en combinaties in het gebruik ervan zijn mogelijk. Ook kan de uitgebreidheid, afhankelijk van het doel waarvoor ze worden gebruikt, verschillen. Voor het beoordelen van de gezondheidstoestand van de patiënt in relatie tot de voorgenomen tandheelkundige behandeling kan de tandarts gebruik maken van de mondelinge anamnese en/of de gezondheidsvragenlijst. Bij twijfel kan de tandarts de patiënt verwijzen naar de huisarts voor nader onderzoek.

In het nu volgende wordt (nogal uitvoerig) ingegaan op de resultaten van Rothwell en Wragg omdat zij de verschillende methoden in een tandartspraktijk vergeleken.<sup>10</sup> Hun onderzoek werd uitgevoerd in een algemene praktijk waar de patiëntenkaarten met aantekeningen over de gezondheidstoestand van de patiënten gedurende 18 jaar waren bijgehouden. Door wisseling van tandartsen waren vele patiënten inmiddels door verschillende tandartsen behandeld. Maar een mondelinge gezondheidsanamnese was al die jaren als een standaardprocedure in het onderzoek van iedere patiënt opgenomen geweest. Deze

Tabel I. Overzicht van anamnestiche gegevens die bij tandheelkundige patiënten werden verkregen met behulp van een gezondheidsvragenlijst.

Percentage positieve antwoorden:	McLundie e.a. <sup>7</sup>	Halpern <sup>8</sup>	Cottone en Kafrawy <sup>9</sup>
1. Acut reuma	1,6	2,0	1,8
2. Hartziekten	1,6	4,7	2,3
3. Longziekten	4,8	4,4	17,9
4. Geelzucht	7,2	*)	1,7
5. Nabloedingen	3,4	*)	*)
6. Medicijnen	8,5	18,5	43,1
7. Allergie	7,1	*)	19,2
8. Ernstige ziekte/operatie	11,6	*)	32,3
9. Hypertensie	*)	8,9	8,8
10. Diabetes mellitus	*)	3,0	2,6
11. Epilepsie	*)	0,8	0,7
12. Geslachtsziekten	*)	1,9	1,9
Aantal onderzochte patiënten:	2500	4785	4365

\*) = Dit gegeven ontbreekt.

mondelijke gezondheidsanamnese omvatte:

1. Bij nieuwe patiënten vragen over hun gezondheid en over eventueel gebruik van geneesmiddelen. Daarbij werd vooral aandacht besteed aan aspecten die de tandheelkundige behandeling zouden kunnen beïnvloeden, zoals hart- en longafwijkingen, stoornissen in de bloedstolling en acut reuma in de anamnese.

2. Bij alle volgende bezoeken opnieuw vragen over de gezondheid, voor zover dit relevant was voor de voorgenomen behandeling.

De gegevens op de patiëntenkaarten waren dus het resultaat van vele mondelinge vragen over de gezondheid. Vervolgens werd aan 500 willekeurige patiënten, die niet edentaat waren en reeds eerder in de praktijk waren behandeld, gevraagd de gezondheidsvragenlijst in de wachtkamer door te lezen en positieve antwoorden aan de behandelend tandarts mee te delen. Wat betreft de leeftijdsverdeling kan worden vermeld, dat 57% jonger dan 30 jaar was en 74% jonger dan 40 jaar.

De resultaten waren opmerkelijk. Er waren 137 patiënten (27%) die steeds hadden gezegd geheel gezond te zijn, maar na het lezen van de vragenlijst informatie gaven over hun gezondheid of gebruik van geneesmiddelen, waarmee bij verdere tandheelkundige behandeling rekening moest worden gehouden. Door 11 patiënten (2%) werd de vroeger reeds gegeven informatie over hun gezondheid na het lezen van de vragenlijst met nieuwe relevante gegevens aangevuld. Bij 41 patiënten (8%) werden met de vragenlijst dezelfde gegevens over de gezondheid verkregen als met de mondelinge anamnese en bij 309 patiënten (62%) leverden beide methoden geen relevante gegevens op.

De resultaten kunnen ook nog op een ande-

re manier worden gerangschikt. Ondanks alle energie die in de betreffende tandartspraktijk werd besteed aan de mondelinge gezondheidsanamnese, waren slechts 7 van de 12 patiënten met acut reuma in de anamnese, 1 van de 12 personen met hartziekten, 4 van de 19 patiënten met een abnormale bloeddruk, 5 van de 17 mensen die aan bloedarmoede leden en geen van de 2 patiënten met suikerziekte bij de tandarts als zodanig bekend.

Volgens Rothwell en Wragg kan uit het bovenstaande worden geconcludeerd, dat de mondelinge methode voor het verkrijgen van gegevens over de gezondheid van de patiënten tijdens de routine van de algemene praktijk faalt.<sup>10</sup> Een gezondheidsvragenlijst die door de patiënt van tevoren wordt beantwoord en daarna met de tandarts wordt besproken, is volgens deze auteurs effectiever.

De vergroting van de effectiviteit van de gezondheidsanamnese door het gebruik van een vragenlijst zou op een viertal manieren kunnen worden verklaard:<sup>10</sup>

1. Een serie mondelinge vragen blijkt in de loop van de tijd minder gelijk en minder volledig dan een vragenlijst.

2. Antwoorden op mondelinge vragen kunnen negatief worden beïnvloed door de manier waarop de vragen worden gesteld (intonatie, manier van formuleren van de vraag). Verwacht zou kunnen worden dat vooral de voor de tandarts belangrijke aspecten van de gezondheid van de patiënt bij mondelinge vragen aan de orde komen, zoals bijvoorbeeld hartafwijkingen. Analyse van de resultaten van Rothwell en Wragg toont echter, dat juist ook de belangrijke stoornissen in de gezondheid van de patiënten bij de tandarts onbekend blijven als de tandarts geen vragenlijst hanteert.<sup>10</sup>

3. Inzicht in het verband tussen de ge-

Tabel II. Anamnestiche gegevens over de gezondheidstoestand van 50 willekeurige tandheelkundige patiënten.<sup>11</sup>

Gezondheidsstoornis	Totaal aantal vernomen	Aantal niet vernomen bij mondelinge anamnese
Acuut reuma	3	2
Hypertensie	3	2
Hartinfarct	2	—
Hartchirurgie	1	1
Recent pijn op de borst	1	1
TBC	2	—
Astma	1	—
Bronchitis	2	1
Bronchopneumonie	1	—
Longcollaps	1	1
Maagzweer	2	1
Niersteen	1	1
Hepatitis	1	—
Allergie voor voedsel, stof, pollen	9	6
Allergie voor penicilline	7	4
Neiging tot nabloeden	1	1
Anemie	1	—
Malaria	1	1
Vertraagde suxamethonium* inactivering	1	—
Spataderen	1	1
Psychiatrische behandeling	4	1
'Drugs'-verslaving	1	1
Encephalitis	1	1

\*) Suxamethonium = scoline: wordt gebruikt bij operaties voor het verslappen van de skeletspieren om reflexmatige spiertrekking tegen te gaan.

zondheidstoestand en de tandheelkundige behandeling kan de bereidheid van de patiënt verhogen om de tandarts in te lichten over stoornissen in zijn gezondheid. Daarom is het van belang de patiënt op dit verband attent te maken alvorens hem vragen over zijn gezondheid te stellen. Verwacht zou kunnen worden dat dit inzicht vaker in de hogere sociale klassen aanwezig is dan in de lagere sociale klassen. Daaruit zou dan kunnen volgen dat een vragenlijst bij mensen uit hogere sociale klassen minder nodig is dan bij mensen uit een lagere sociale klasse. Uit een analyse van de resultaten van Rothwell en Wragg blijkt echter, dat er wat dit betreft geen significante verschillen kunnen worden gevonden.<sup>10</sup> Een vragenlijst verhoogt dus de effectiviteit van de gezondheidsanamnese bij alle groepen patiënten even sterk.

4. De tandarts heeft wellicht niet bij elke patiënt naar alle aspecten van zijn gezondheid geïnformeerd, maar alleen naar datgene wat van belang is voor de voorgenomen behandeling. Wanneer de tandarts dan bij elke behandeling vragen stelt over relevante onderwerpen van de gezondheid, mag worden verwacht dat er meer gegevens over iemands gezondheid bij de tandarts bekend zijn naarmate hij vaker tandheelkundig is behandeld. In de praktijk waar Rothwell en Wragg hun onderzoek uit-

voerden,<sup>10</sup> stelden de tandartsen inderdaad bij elk type behandeling de op dat moment van belang zijnde vragen over de gezondheid. Toch bleken de tandartsen in die praktijk bij hun 'oude' patiënten even slecht te zijn geïnformeerd over de gezondheidstoestand als bij 'nieuwe' patiënten. Een vragenlijst is dus zowel bij reeds langdurig onder behandeling zijnde patiënten van belang, als bij patiënten die voor de eerste keer komen.

In een zeer recent uitgevoerd onderzoek werden soortgelijke resultaten gevonden: zie tabel II.<sup>11</sup>

#### 4. Betrouwbaarheid

De gezondheidsanamnese dient niet alleen effectief maar ook betrouwbaar (dat wil zeggen: reproduceerbaar) te zijn.<sup>12</sup> Om hierover informatie te verkrijgen moet een vragenlijst ten minste twee keer met een korte tussenpoos worden ingevuld door dezelfde groep patiënten of moet een groep patiënten ten minste twee keer hetzelfde interview ondergaan. In de tandheelkunde is over dit onderwerp geen onderzoek uitgevoerd. Daarom moet gebruik worden gemaakt van onderzoek dat in de medische literatuur is beschreven. Collen e.a. gebruikten een gezondheidsvragenlijst van

204 vragen waarop met 'ja' of 'neen' kon worden geantwoord.<sup>13</sup> Van de 2352 onderzochte patiënten, die de vragen twee keer met een tussenpoos van 30 minuten en in willekeurige volgorde beantwoordden, bleek 95% de antwoorden op minder dan 6% van de vragen te veranderen. Een positief antwoord werd veel vaker in een negatief antwoord veranderd dan andersom. Dit zou erop kunnen duiden dat patiënten de neiging hebben zich zo gezond mogelijk te presenteren. Pecoraro e.a. vonden een gemiddelde betrouwbaarheid van meer dan 90% bij een vragenlijst met 40 vragen naar ziekten en 71 vragen naar symptomen.<sup>14</sup>

#### 5. Validiteit

De gegevens van de gezondheidsvragenlijst dienen zo nauwkeurig mogelijk overeen te komen met de werkelijke gezondheidstoestand van de patiënt. Dit wordt de validiteit van zo'n vragenlijst genoemd.<sup>12</sup> Ook voor dit onderwerp moet gebruik worden gemaakt van gegevens uit de geneeskunde. Pecoraro e.a. bepaalden de validiteit van de hierboven reeds genoemde gezondheidsvragenlijst door vergelijking van de antwoorden met een mondeling door een arts afgenomen ziektegeschiedenis.<sup>14</sup> Deze laatste werd afgenomen aan de hand van een lijst die dezelfde onderwerpen bestreek als de vragenlijst. De overeenkomst tussen de antwoorden op de vragenlijst en de mondelinge anamnese bleek te variëren van 85 tot 98% met een gemiddelde van 93%.

Tretli e.a. vergeleken de informatie die ze met behulp van hun vragenlijsten verkregen hadden over hart- en vaatziekten en diabetes met gegevens uit patiëntenkaarten van huisartsen en ziekenhuizen.<sup>15</sup> Hartinfarcten bleken beter (81%) gerapporteerd te worden dan hersenbloedingen (65%) en diabetes mellitus (66%). De beide laatste gegevens werden gemiddeld minder vaak op de vragenlijsten vermeld dan ze in de werkelijkheid voorkwamen. Mensen die onterecht opgaven een hartinfarct te hebben gehad, bleken vrijwel altijd andere hartziekten te hebben.

Mitchell en Miles testten de validiteit van de door hen gebruikte vragenlijst over respiratoire afwijkingen bij 4549 schoolkinderen door de longfunctie te meten en deze te vergelijken met de antwoorden op de vragenlijst.<sup>16</sup> Kinderen die zowel kortademigheid als een productieve hoest op de vragenlijst aangaven, bleken in longfunctie significant te verschillen van de andere kinderen.

Goebel onderzocht in hoeverre hepatitis B-lidjers en/of -dragers anamnestic konden worden geïdentificeerd.<sup>17</sup> De helft van de antigeendragers gaf in de gezondheidsvragenlijst en de mondelinge anamnese

echter geen enkele aanwijzing voor een hepatitis. Van degenen die meedeelden hepatitis B te hebben gehad was dit bij 56% in het serum aantoonbaar. Van degenen met hepatitis A volgens de anamnese had 58% hepatitis B gehad. En van degenen die niet konden aangeven welk type hepatitis zij hadden gehad, was in 31% van de gevallen hepatitis B aantoonbaar.

Uit deze onderzoeken kan worden geconcludeerd, dat de gegevens van een gezondheidsvragenlijst goed overeenkomen met die van een mondelinge anamnese. Bij beide methoden presenteren de patiënten zich echter als gezonder dan zij in werkelijkheid zijn. Onduidelijkheid over ziekten (bijvoorbeeld de soort hartafwijking of hepatitis) leidt ook tot onnauwkeurige anamnestiche informatie.

#### 6. Combinatie van gezondheidsvragenlijst en mondelinge anamnese

Het onvoldoende zijn van alleen een mondelinge anamnese in de tandheelkundige praktijk is in paragraaf 3 beschreven. De vraag doet zich nu voor in hoeverre met het bestuderen van een door de patiënt ingevulde gezondheidsvragenlijst kan worden volstaan. Of is het nodig de antwoorden van de patiënt eerst nog met hem te bespreken alvorens conclusies te trekken? Ter beantwoording van deze vraag onderzochten Brady en Martinoff 2107 achtereenvolgende patiënten die zich aanmeldden voor tandheelkundige behandeling.<sup>18</sup> Bij het overhandigen van de gezondheidsvragenlijst werd uitgelegd wat de bedoeling ervan was. Na het invullen ervan werden de antwoorden in een daarop volgend gesprek besproken. Van de 2107 patiënten bleken 675 patiënten (32%) een zodanige gezondheidstoestand te hebben, dat deze de tandheelkundige behandeling beïnvloedde of bemoeilijkte. Bovendien bleek, dat 681 (32%) van de ingevulde gezondheidsvragenlijsten onjuiste of onvolledige informatie verschaften. Er bleken duidelijk bepaalde groepen ziekten te zijn, die door de patiënten onvolledig werden gerapporteerd, te weten: bloedafwijkingen, hart- en vaatziekten en diabetes mellitus of suikerziekte. Deze drie groepen ziekten werden alsnog gerapporteerd naar aanleiding van respectievelijk 6,8%, 6,7% en 5,3% van de 'onjuiste' antwoorden. Dit gegeven is van groot belang voor de tandarts, omdat het ziekten betreft waarmee de tandarts duidelijk rekening moet houden bij de behandeling. De 'onjuiste' antwoorden werden in dit onderzoek ontdekt door de vragenlijst na het invullen mondeling met de patiënt door te nemen. Dit gesprek was dus van groot belang voor de tandarts om voldoende betrouwbare conclusies over de gezondheidstoestand van de patiënt te kunnen trekken. De daarbij relevante gesprekstechnische vaardigheden

werden reeds eerder besproken.<sup>19</sup>

#### 7. Kenmerken van 'goede' gezondheidsvragenlijsten

Bij bestudering van de literatuur over gezondheidsvragenlijsten valt op, dat de samenstelling ervan wordt bepaald door de opvattingen van de betreffende tandartsen over praktijkvoering. Sommigen streven een zekere volledigheid na en anderen willen alleen de belangrijkste aspecten van de gezondheid niet missen. Iedere tandarts zal dus zelf moeten bepalen welke vragen hij door middel van een gezondheidsvragenlijst wil stellen. Als uitgangspunt kan daarbij gebruik worden gemaakt van de door de Fédération Dentaire Internationale (FDI) gepropageerde voorbeeld-vragenlijsten.<sup>20</sup>

Voor het verkrijgen van een effectieve, betrouwbare en valide gezondheidsvragenlijst is het nodig ervoor zorg te dragen dat deze aan de volgende algemene kenmerken blijft voldoen:

- De gezondheidsvragenlijst start met een uitleg van de bedoeling ervan en instructies voor het invullen.
- De persoonsgegevens worden op de gezondheidsvragenlijst ingevuld ter identificatie van de lijst. Eventueel kunnen de zo verkregen gegevens de basis vormen voor de tandheelkundige administratie.
- Er worden vragen gesteld over verschillende aspecten van de gezondheid waarin de tandarts het meest geïnteresseerd is, te weten: hart- en vaatstelsel (tractus circulatorius), aanleg tot overgevoeligheid (allergische diathese), suikerziekte (diabetes mellitus) en gebruik van geneesmiddelen.
- Algemene vragen over de gezondheid zijn nodig om de vragenlijst compleet te maken (bijvoorbeeld: 'Bent u ooit ernstig ziek geweest of geopereerd en zo ja, in welk jaar, welke ziekte of welke operatie?'), maar moeten verder zo veel mogelijk worden vermeden omdat dit het minst valide type vragen is.<sup>14</sup>
- Alle vragen zijn zodanig geformuleerd, dat een positief antwoord steeds belangrijk is.

f. De vragen zijn zo eenvoudig mogelijk geformuleerd, er wordt per vraag slechts naar één symptoom of ziekte gevraagd.

g. Het gebruik van voor sommige patiënten onbegrijpelijke woorden is zo veel mogelijk vermeden.

h. Enige belangrijke gegevens worden op verschillende manieren gevraagd om vergelijkend van de antwoorden mogelijk te maken.

In het algemeen zijn gezondheidsvragenlijsten voor volwassenen niet bruikbaar voor kinderen. Daarom dient voor deze doelgroep een speciale vragenlijst te worden gehanteerd.<sup>21</sup>

Gezien de recente ontwikkelingen op het gebied van AIDS<sup>2-4</sup> en hepatitis B<sup>5</sup> moeten de volgende twee vragen nog aan de eerder gepubliceerde gezondheidsvragenlijsten<sup>20</sup> worden toegevoegd:

- Hebt u AIDS?
- Gebruikt u verdovende middelen (zoals LSD of heroïne)? Zo ja, welke?

Op een positief antwoord bij de laatste vraag kan dan tijdens de mondelinge bespreking worden gereageerd met de vraag of daarbij gebruik wordt gemaakt van (intraveneuze) injecties.

#### 8. Implementatie in de algemene praktijk

Dunne en Clark vermoeden, dat de tandartsen in de algemene praktijk te weinig weten over de gezondheidstoestand van hun patiënten en er daardoor ook te weinig rekening mee kunnen houden.<sup>11</sup> Zij pleiten voor bespreking van een gezondheidsvragenlijst die door de patiënt van tevoren is ingevuld. Dit verloopt veel sneller en effectiever dan een mondelinge gezondheidsanamnese en is ook betrouwbaarder en meer valide. Een uitgebreide mondelinge gezondheidsanamnese door een arts duurde in het onderzoek van Pecoraro e.a. 20 tot 55 minuten per patiënt met een gemiddelde van 34 minuten per patiënt.<sup>14</sup> In tandartspraktijken duurde bespreking van ingevulde gezondheidsvragenlijsten respectievelijk 1,0 tot 6,0 minuten met een gemiddelde van 3,1 minuten per patiënt (bij gebruik van een lijst met 22 vragen)<sup>11</sup> en 'enkele minuten' (bij gebruik van een lijst met 58 vragen).<sup>22</sup> Hierin werd niet de tijd die nodig was voor contacten met huisartsen meegeteld.

Het is niet voldoende om de patiënt alleen met woorden van het belang van de gezondheidsvragenlijst te overtuigen. De houding van de tandarts, het niet-woorde-lijk gedrag, dient in overeenstemming te zijn met wat hij zegt. Dit betekent: het zo veel mogelijk daadwerkelijk gebruiken van de verkregen informatie door de tandheelkundige behandeling zo mogelijk aan te passen. Het bestuderen van handboeken over dit onderwerp naar aanleiding van de verkregen informatie is een eerste stap naar systematische aanpassing van de tandheelkundige behandeling aan de gezondheidstoestand van de patiënt.

Bij het invoeren van een gezondheidsvragenlijst in de praktijk zal al snel blijken, dat contacten met de huisartsen in het werkgebied gewenst zijn. Het gesprek over de ingevulde gezondheidsvragenlijst levert voor de tandarts vrijwel altijd voldoende informatie op om te kunnen vaststellen of er aanleiding is om behandelende artsen aanvullende informatie te vragen (denk aan de soort hartafwijking of het type hepatitis). In eerste instantie komt de tandarts dan altijd bij de huisarts van de patiënt terecht. Het is diens taak om, naast het

Tabel III. Consulteren van de huisarts is volgens Davis<sup>24</sup> in ieder geval nodig bij patiënten met:

1. Hart- en vaatziekten
2. Cerebrovasculaire afwijkingen
3. Stofwisselingsziekten
4. Neoplasmata
5. Neurologische stoornissen
6. Allergieën
7. Psychische stoornissen

verstrekken van aanvullende informatie, de tandarts behulpzaam te zijn bij diens inschatting van het risico van tandheelkundige behandeling van de patiënt. De ervaring leert dat (huis)artsen hiertoe ook gaarne bereid zijn. Daarbij blijft de tandarts wel zelf verantwoordelijk voor de conclusies die hij uit zo'n gesprek trekt en dus voor de gevolgen van de daarop volgende behandeling.<sup>23</sup>

In een aantal gevallen wordt overleg van de tandarts met de huisarts noodzakelijk geacht. Een volledige opsomming daarvan is echter moeilijk, mede omdat verschillende auteurs slechts gedeeltelijk overeenkomende adviezen geven.<sup>24 25</sup> Daarom zijn deze situaties in de tabellen III en IV weergegeven. Het met de huisarts gevoerde overleg leidt veelal tot kleine aanpassingen van het behandelplan. Slechts in uitzonderingsgevallen blijkt het nodig om de tandheelkundige behandeling uit te stellen of te beperken tot pijnbestrijding.<sup>23</sup> De mate van aanpassing die nodig is, kan mede worden bepaald aan de hand van een eerder gepubliceerd classificatie-systeem.<sup>26</sup>

### 9. Conclusies

Het is wenselijk, dat de tandarts bij iedere patiënt probeert de gezondheidstoestand zo goed mogelijk in te schatten, zo nodig na overleg met de huisarts. Daarbij kan de gezondheidsvragenlijst een effectief, doelmatig en betrouwbaar hulpmiddel zijn. Voor het verkrijgen van gegevens die bovendien valide zijn, is het nodig om de door de patiënt ingevulde gezondheidsvragenlijst als tandarts met de patiënt te bespreken en daarna eventueel met de huisarts van de patiënt te overleggen. Dit alles is echter alleen nuttig, indien de tandarts vervolgens ook daadwerkelijk rekening houdt met de gezondheidstoestand van zijn pa-

Tabel IV. Consulteren van de huisarts is volgens Kramer<sup>25</sup> in ieder geval nodig bij patiënten met:

1. Hart- en vaatafwijkingen
2. Anemie
3. Bloedstollingsstoornissen
4. Hepatitis
5. Levercirrose
6. Nierziekten
7. Longziekten
8. Spierziekten
9. Collageen-ziekten of reumatologische ziekten
10. Allergie
11. Diabetes mellitus
12. Endocriene afwijkingen of hormonale ziekten
13. Genetische afwijkingen
14. Bestraling wegens tumoren
15. Gebruik van cytostatica

tiënt tijdens de tandheelkundige behandeling. Naarmate de tandarts meer ervaring opdoet, zal zijn kennis van de toegepaste interne geneeskunde toenemen. Afhankelijk van zijn achtergrond en interesse zal de tandarts dan leren om de gezondheidstoestand van zijn patiënten steeds beter in te schatten.

### Summary:

Title: Efficacy, reliability and validity of health history questionnaires in dental practice.

Keywords: Practice management, dental - Questionnaires

Health history questionnaires have been shown to be an efficacious and reliable help for the dental practitioner for assessing the health condition of patients prior to dental treatment. It is concluded that the validity of the health information is improved if the dentist discusses the completed questionnaire with the patient. Serious disease should be confirmed by consulting the patient's physician.

### Literatuur:

1. Millard HD. The use of the health questionnaire in dental practice. *Dent Clin North Am* 1967; 445-59.
2. Porter S, Scully C, Cawson R. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS): an update 1984. *Br Dent J* 1984; 157: 387-91.
3. Richards JM. Notes on AIDS. *Br Dent J* 1985; 158: 199-201.

4. Van Palenstein Helderma WH, Van Wijngaarden JK. Aids en de risico's voor de tandarts. *Ned Tandartsenbl* 1985; 40: 210-3.
5. Abraham-Inpijn L. Hepatitis B anno 1984 (deel 1). *Ned Tandartsenbl* 1984; 39: 469-73.
6. Eggleston DJ. The value of a simple medical questionnaire in dentistry. *Aust Dent J* 1977; 22: 160-4.
7. McLundie AC, Watson WC, Kennedy GDC. Medical status of patients undergoing dental care. *Br Dent J* 1969; 127: 265-71.
8. Halpern IL. Patient's medical status - a factor in dental treatment. *Oral Surg* 1975; 39: 216-26.
9. Cottone JA, Kafrawy AH. Medications and health histories: a survey of 4365 dental patients. *J Am Dent Assoc* 1979; 98: 713-8.
10. Rothwell PS, Wragg KA. Assessment of the medical status of patients in general dental practice, a comparative survey of a questionnaire and verbal inquiry. *Br Dent J* 1972; 133: 252-5.
11. Dunne SM, Clark CG. The identification of the medically compromised patient in dental practice. *J Dent* 1985; 13: 45-51.
12. Schaub RMH, Eijkman MAJ. Epidemiologie in de tandheelkunde. Utrecht: Bohn, Scheltema, Holkema, 1981: 67-9.
13. Collen MF, Cutler JL, Siegel AB, Cella RL. Reliability of a self-administered medical questionnaire. *Arch Intern Med* 1969; 123: 664-81.
14. Pecoraro RE, Inui TS, Chen MS, Plorde DK, Heller JL. Validity and reliability of a self-administered health history questionnaire. *Public Health Rep* 1979; 94: 231-8.
15. Tretli S, Lund-Larsen PG, Foss OA. Reliability of questionnaire information on cardiovascular disease and diabetes: cardiovascular disease study in Finnmark county. *J Epidemiol Community Health* 1982; 36: 269-73.
16. Mitchell C, Miles J. Lower respiratory tract symptoms in Queensland schoolchildren. The questionnaire: its reliability and validity. *Aust NZ J Med* 1983; 13: 264-9.
17. Goebel WM. Reliability of the medical history in identifying patients likely to place dentists at an increased hepatitis risk. *J Am Dent Assoc* 1979; 98: 907-13.
18. Brady WF, Martinoff JT. Validity of health history data collected from dental patients and patient perception of health status. *J Am Dent Assoc* 1980; 101: 642-5.
19. Duinkerke ASH. De gezondheidsvragenlijst (deel 3): het gesprek over de vragenlijst. *Ned Tandartsenbl* 1981; 36: 942-6.
20. Duinkerke ASH. De gezondheidsvragenlijst (deel 2): welke vragenlijst in de algemene praktijk? *Ned Tandartsenbl* 1981; 36: 907-12.
21. Putze HR, Duinkerke ASH, Van Grunsven MF. Een gezondheidsvragenlijst voor tandheelkundige behandeling van kinderen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1984; 91: 177-84.
22. Duinkerke ASH. Over het gebruik van een anamneselijst door de tandarts. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1974; 81: 178-83.
23. McCarthy FM. Physical evaluation. In: Symposium on anesthesia and analgesia. *Dent Clin North Am* 1973; 17: 191-209.
24. Davis CO. The personal health history. In: Clark JW, ed. *Clinical dentistry*, vol. 1. 3rd ed. Hagerstown: Harper and Row, Chap 3: 1-31.
25. Kramer HS. Professional consultation. In: Clark JW, ed. *Clinical dentistry*, vol 1. 3rd ed. Hagerstown: Harper and Row, Chap 15: 1-9.
26. Duinkerke ASH. De gezondheidsvragenlijst (deel 4): samenwerking tussen tandarts en huisarts. *Ned Tandartsenbl* 1982; 37: 60-7.

Mei 1985. Adres: Dr. A. S. H. Duinkerke, Ant. Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen.