



Beroepsdifferentiatie in de tandheelkunde 9

Problemen in de mondzorg voor kinderen met een ernstige verstandelijke beperking

Het doel van dit onderzoek was eventueel bestaande knelpunten en belemmeringen te identificeren ten aanzien van de zelfzorg en de tandheelkundige zorgverlening aan thuiswonende kinderen met een ernstige verstandelijke beperking. De steekproef bestond uit ouders ($n = 126$) en behandelende tandartsen ($n = 40$) van kinderen van 4-12 jaar afkomstig uit 7 kinderdagverblijven, aan wie gevraagd werd een vragenlijst in te vullen. Gevonden werd dat relatief veel kinderen (32%) geen tandarts hadden of bezochten; van de allochtone kinderen was dit zelfs meer dan de helft. Van de ouders gaf tweederde aan problemen te ondervinden bij de dagelijkse gebitsverzorging en 70% vond dat de mondhygiëne kon worden verbeterd. Van de tandartsen was een kwart ontevreden over de door hen zelf geboden zorg en driekwart vond dat de huidige tandheelkundige zorg aan deze groep patiënten verbetering behoeft. De resultaten doen vermoeden dat de begeleiding aan ouders van kinderen met een ernstige verstandelijke beperking kan worden verbeterd en onderschrijven het belang van gedegen onderwijs in het omgaan met en de behandeling van mensen met beperkingen.

Houtem CMHH van, Jongh A de, Broers DLM, Schoof M van der, Resida GHB. Beroepsdifferentiatie in de tandheelkunde 9. Problemen in de mondzorg voor kinderen met een ernstige verstandelijke beperking

Ned Tijdschr Tandheelkd 2007; 114: 129-133

Inleiding

Een goede mondgezondheid van kinderen met een verstandelijke beperking is van belang vanwege de directe samenhang met hun functioneren op lichamelijk, somatisch en psychosociaal gebied (Van Grunsven en Koelen, 1990). Omdat adequate zelfzorg door deze kinderen vaak onmogelijk is, zijn zij in veel gevallen aangewezen op de zorg van anderen. In de praktijk blijkt echter dat de aanwezigheid van een grote of in de weg zittende tong, strakke wangen of lippen, pijnlijk of bloedend tandvlees en een gebrek aan coöperatie de dagelijkse gebitsreiniging van deze categorie patiënten ernstig bemoeilijkt of zelfs onmogelijk maakt (Van Grunsven en Koelen, 1990).

Vanwege bovengenoemde beperkende factoren is het goed voorstelbaar dat er voor mensen met een beperking niet alleen een goede begeleiding en tandheelkundige zorgverlening nodig is, maar dat in veel gevallen bij hen ook een grote behandel noodzaak bestaat. Er blijken echter voor het verkrijgen van kwalitatief hoogwaardige tandheelkundige zorg een groot aantal belemmeringen te bestaan. Zo blijkt dat ouders of verzorgers van kinderen met een ernstige verstandelijke beperking in veel gevallen niet om tandheelkundige hulp verzoeken, ook als deze eigenlijk wel nodig

is, omdat aan de tandheelkundige problematiek vaak een lagere prioriteit wordt gegeven dan aan andere medische problematiek (Van Grunsven en Koelen, 1990). Ook wordt de tandheelkundige behandeling vaak uitgesteld vanwege het voor het kind bedreigende karakter ervan, vervoersproblemen of materiële belemmeringen. Daarnaast blijkt er een relatief grote terughoudendheid van tandartsen en mondhygiënisten te bestaan ten aanzien van de behandeling van deze patiëntencategorie (Van Grunsven en Koelen, 1990).

Sinds 1990 is – onder invloed van de modernisering van de *Algemene wet bijzondere ziektekosten* – ook de regelgeving rondom de indicatiestelling ingewikkelder geworden. Zo krijgt tegenwoordig niet iedereen die een verstandelijke beperking heeft een indicatie ‘behandeling’. De laatste jaren is namelijk een ontwikkeling gaande om hulpbehoevende personen zoveel mogelijk in de samenleving te laten functioneren. Grote (intramurale) instellingen worden afgebouwd en bewoners worden overgeplaatst naar kleinere (extramurale) wooneenheden, een beleid dat met de term ‘decentralisatie’ wordt aangeduid. Als gevolg van deze ontwikkelingen moeten mensen met een beperking die voorheen in een instelling verbleven maar nu extramuraal wonen, in toenemende mate een beroep doen op algemene

	Gemiddelde schaalscore ouders	Gemiddelde schaalscore tandartsen	Ontevreden ouders (%)	Ontevreden tandartsen (%)
Gebitsonderhoud	4,00	3,89	15,9	24,0
Het kind op zijn gemak stellen	4,09	3,71	15,4	27,3
Tijd voor een consult	4,14	3,80	12,4	24,0
Informatie over verloop van de behandeling	4,12	3,76	14,1	29,1
Mate waarin ouders de handicap van hun kind kunnen toelichten	4,14	3,73	13,1	35,3
Toegankelijkheid van praktijkruimte	4,24	3,84	14,6	25,4

Tabel 1. Gemiddelde scores van ouders en tandartsen ten aanzien van diverse aspecten van de tandheelkundige zorg en de percentages van ouders en tandartsen die hierover ontevreden zijn. Schaal: 1 (= zeer ontevreden) tot 5 (= zeer tevreden).

gezondheidszorgvoorzieningen en op tandartsen-algemeen practici met een praktijk in de omgeving. De vraag is of de algemene tandartspraktijken hierop voldoende zijn berekend. De tandheelkundige behandeling van mensen met een verstandelijke beperking vereist immers extra tijd, bijzondere kennis en vaardigheden, speciale hulpmiddelen en een geschikte praktijkinrichting. Daarnaast speelt dat, gezien het tandartsentekort, het de tandarts in de eerste lijn steeds meer aan tijd zal ontbreken deze patiënten goed te kunnen behandelen.

In Nederland is er slechts 1 onderzoek gepubliceerd over knelpunten en belemmeringen ten aanzien van de tandheelkundige zorgverlening aan mensen met een verstandelijke beperking (Van Grunsven en Koelen, 1990). Het betrof hier echter een zeer beperkte steekproef van 21 thuiswonende kinderen die de dagopvang bezochten. Het doel van het huidige onderzoek was om eventueel bestaande knelpunten en belemmeringen in de tandheelkundige zorgverlening aan bovengenoemde patiëntengroep in kaart te brengen, ten einde een beeld te kunnen vormen van de kwaliteit van de huidige tandheelkundige zorgverlening aan deze specifieke patiëntencategorie.

Materiaal en methode

Steekproefselectie en onderzoeksopzet

De steekproef bestond uit 126 ouders en 40 behandelend tandartsen van 4- tot 12-jarige kinderen met een ernstige verstandelijke beperking, die afkomstig waren uit 7 a-select gekozen kinderdagverblijven in Noord-Holland. Na het geven van toestemming voor deelname aan het onderzoek door de directie van het betreffende kinderdagverblijf, werden de ouders van de kinderen benaderd voor deelname, alsmede het invullen van een uitgebreide vragenlijst. Daarnaast werd hen gevraagd toestemming te verlenen voor het benaderen van de behandelend tandarts van hun kind om meer te weten te komen over de orale gezondheid van het kind. Van de ouders verleende 92% hiervoor toestemming. Uiteindelijk namen de tandartsen van 66 kinderen (40 verschillende tandartsen) aan het onderzoek deel

(een respons van 81,5%). Uit de gegevens over de tandartsen bleek dat zij gemiddeld sinds 17,0 jaar met verstandelijk beperkte kinderen werkten, gemiddeld 101 van deze kinderen in behandeling hadden en gemiddeld 15% van hun werkweek aan de behandeling van deze kinderen besteedden. Van de tandartsen had 20% meer dan 1 aan het onderzoek deelnemend kind in behandeling.

Vragenlijst ouders

De vragenlijst die aan de ouders werd verstuurd, bestond voor het grootste deel uit meerkeuzevragen en bevatte naast demografische vragen 27 vragen over onder meer het tandartsbezoek van het kind, de tevredenheid over de tandheelkundige verzorging, de dagelijkse mondverzorging en hun mening over de mondgezondheid van het kind.

Vragenlijst tandartsen

De vragenlijst voor de tandartsen bevatte 25 open en meerkeuzevragen. Naast een aantal specifieke vragen over de individuele patiënt, bestond deze uit algemene vragen, zoals vragen over de behandelervaring, het aantal verstandelijk beperkte kinderen dat men onder behandeling had, de tevredenheid over de behandeling van patiënten met een verstandelijke beperking en de gegeven voorlichting aan ouders en begeleiders.

Statistische analyse

De onderzoeksgegevens werden ingevoerd en verwerkt in het statistiekprogramma SPSS 11,0. Bij het toetsen van verschillen in de frequentie van het voorkomen van nominale variabelen werd gebruikgemaakt van de chi-kwadraattest. Voor alle statistische analyses, werd een p-waarde van 0,05 als statistisch significant beschouwd.

Resultaten

Tandartsbezoek

Van de kinderen die bij het onderzoek waren betrokken, bezocht 31,9% geen tandarts. Volgens de ouders van de autochtone kinderen bezocht 23,8% in het geheel gééntand-

Beperking	%
Communicatieproblemen	75,0
Onvoldoende financiële vergoeding	33,3
Onvoldoende ervaring	27,8
Onvoldoende behandel­faciliteiten	25,0
Onvoldoende kennis	22,2
Onvoldoende opleiding	19,4
Niet aangepaste behandelruimte	19,4
Onvoldoende toegankelijkheid van de praktijkkamer	2,8

Tabel 2. Door tandartsen aangegeven beperkingen tijdens behandeling.

arts; van de allochtone kinderen was dit 53,1%. Van de overige kinderen kwam 16% meer dan 2 maal per jaar bij een tandarts, 66% iedere 6 maanden, 12% 1 maal per jaar en 6% minder vaak dan 1 maal per jaar bij de tandarts voor onderzoek of behandeling. De kinderen die regelmatig (minimaal 1 maal per jaar) een tandarts bezochten, ontvingen deze zorg in 37% van de gevallen van een tandarts algemeen-practicus, in 36% van een tandarts die (tevens) werkzaam was in een centrum voor bijzondere tandheelkunde, in 16% van een tandarts verbonden aan het kinderdagverblijf en in 11% van een andere, niet nader omschreven zorgverlener. Opmerkelijk was dat 14% van de kinderen, van wie de ouders aangaven dat het kind de tandarts regelmatig bezocht, volgens de tandarts nooit of slechts éénmalig de praktijk hadden bezocht.

Tevredenheid over de geboden tandheelkundige zorg

In tabel 1 is de gemiddelde score (1 = zeer ontevreden, tot 5 = zeer tevreden) aangegeven van de tevredenheid over de diverse behandelaspecten en is tevens het percentage ouders en tandartsen weergegeven dat ontevreden was over de diverse aspecten van de tandheelkundige behandeling. De mate van ontevredenheid is laag en de tandartsen bleken significant ($p < 0,05$) meer ontevreden te zijn over de geboden zorg dan de ouders. Deze ontevredenheid betrof de mate waarin het kind op zijn gemak kon worden gesteld, over de tijd die kon worden genomen voor een consult, over de informatie die werd gegeven over het verloop van de behandeling en over de toegankelijkheid van de praktijkruimte. Alleen ten aanzien van gebitsonderhoud verschilden de meningen niet van elkaar.

Beperkingen tijdens de behandeling

De behandeling werd door 37,1% van de tandartsen als normaal, door 51,4% als zwaarder dan een behandeling van een gemiddelde patiënt en door 11,4% als problematisch ervaren. Welke beperkingen de tandartsen ondervonden, staat vermeld in tabel 2. Communicatieproblemen werden door de tandartsen het meest frequent genoemd.

Dagelijkse mondverzorging

De ouders van 8 van de 126 kinderen wisten niet of het gebit van hun kinderen daadwerkelijk werd gepoetst. Van

Probleem	%
Hoofd wegdraaien	71,6
Mond dichtdoen	57,7
Bijten op de tandenborstel	54,0
Ongedurig zijn en wegdraaien	47,1
Tong duwt borstel weg	27,6
Overgevoeligheid mondgebied	26,7
Voortdurend bloedend tandvlees	21,8
Poetsen lijkt pijnlijk	18,4
Verzet door hard te huilen	13,8
Moeilijk poetsen aan de tongzijde	13,8
Kokhalzen	12,5
Strakke wangen en/of lippen	11,5
Hysterisch gedrag	4,6
In de weg zitten van de lipband	3,4

Tabel 3. Door ouders aangegeven problemen tijdens het tandenpoetsen.

de overige kinderen werd het gebit in 98,3% van de gevallen gepoetst. Dit gebeurde in 93,3% van de gevallen door de ouders/verzorgers. Van de ouders die aangaven de tanden te poetsen bij hun kinderen, werd dit bij 69,3% korter dan 2 minuten per keer gedaan. Van de ouders gaf 68,4% aan dat ze problemen ondervonden met het tandenpoetsen van hun kind. In tabel 3 wordt daarvan een overzicht gegeven. Wegdraaien van het gelaat en het dichthouden van de mond leverden de grootste beperkingen op.

Oordeel over gebitsgezondheid en mondhygiëne

Van de ouders gaf 41,4% aan dat ze de gebitstoestand van hun kind goed vonden, 45,9% noemde deze redelijk en 12,6% noemde deze ronduit slecht. De mondgezondheid werd door 53,1% van de ouders als goed, door 39,8% als redelijk, en door 7,1% als slecht beoordeeld. Van de ouders vond 70% dat de mondhygiëne van hun kind verbetering behoeft. Ook aan de tandartsen werd gevraagd de mondhygiëne van de patiënten te beoordelen. Van de ondervraagde tandartsen vond 41,8% de mondhygiëne van hun patiënt goed, 47,3% vond deze redelijk, en 10,9% vond de mondhygiëne slecht. Van de ouders was 34,8% van mening dat door mond- en gebitsproblemen, zoals halitose, het kind in sociaal opzicht werd belemmerd. Als de sociaal meest belemmerende factoren werden kwijlen (33,3%), bruxisme (22,2%) en halitose (18,5%) genoemd.

Voorlichting

Bij 38,5% van de ouders bestond behoefte aan meer voorlichting in de mond- en gebitsverzorging. Van de ouders had 37,7% al eens een poetsinstructie ontvangen, die door 87,5% van hen als nuttig werd aangemerkt. Volgens de tandartsen bestond er bij 90,7% van de ouders en bij 91,7% van de begeleiders behoefte aan voorlichting.

Tandheelkundige zorgverlening in het algemeen

Slechts 17,1% van de tandartsen vond dat er tijdens de opleiding voldoende aandacht aan de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking was besteed. Van de tandartsen was 84,4% van mening dat er meer gespecialiseerde tandartsen zouden moeten komen en 75,0% oordeelde dat de huidige tandheelkundige zorg aan deze groep patiënten verbetering behoeft.

Discussie

Een van de belangrijkste bevindingen van dit onderzoek is dat de weg naar de tandarts voor kinderen met een ernstige verstandelijke beperking niet eenvoudig is. Zo blijkt dat ongeveer eenderde van de onderzochte kinderen niet regelmatig een tandarts bezoekt en dat voor diegenen met een andere dan de Nederlandse afkomst dit aandeel zelfs veel hoger ligt. Juist gezien de ernst van de problematiek en het feit dat deze jonge kinderen volledig zijn aangewezen op de hulp en zorg van anderen, is het gegeven dat een dergelijk groot aandeel geen tandheelkundige zorg geniet zeer zorgelijk. Dit wordt onderschreven door onderzoek waaruit blijkt dat naarmate kinderen van hun ouders of verzorgers afhankelijker zijn, de gebitsproblemen en de niet-gediagnosticeerde tandheelkundige problemen toenemen (Maclaurin et al, 1985; Evans et al, 1991). Het lage percentage kinderen met een ernstige verstandelijke beperking dat regelmatig een tandarts bezoekt staat overigens in schril contrast met de gegevens van Van Grunsven en Koelen die in 1990 nog een percentage van 95 vonden. Waarschijnlijk valt dit verschil het best te verklaren uit een verschil in steekproeftrekking. De kinderen uit het onderzoek van Van Grunsven en Koelen waren namelijk allen afkomstig uit hetzelfde kinderdagverblijf dat nauw verbonden was met een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, waaraan gespecialiseerde en ervaren tandartsen waren verbonden. Daarnaast zal ook het relatief hoge aandeel kinderen van buitenlandse afkomst een rol spelen, omdat juist kinderen afkomstig uit deze laatste groep relatief vaak geen eigen tandarts bleken te hebben. Dit is in overeenstemming met de resultaten van een recente landelijke steekproef onder de Nederlandse bevolking waaruit naar voren kwam dat mensen met een niet-Nederlandse afkomst vaker geen eigen tandarts hebben dan mensen van autochtone afkomst (13% versus 8%) (De Jongh et al, 2006). Dat de helft van de allochtone kinderen in de hier beschreven steekproef geen tandarts had, is mogelijk het gevolg van een grotere onbekendheid onder de ouders van deze kinderen omtrent het functioneren van het zorgsysteem en de redelijk ingewikkelde regelgeving van de *Algemene wet bijzondere ziektekosten*. Wellicht spelen ook andere culturele opvattingen over tandartsbezoek en over de wijze van omgaan met kinderen met een verstandelijke beperking een rol. Daarnaast speelt de ontwikkeling dat door de eerder genoemde decentralisatie het voor ouders en verzorgers nog complexer is

geworden om passende zorg te vinden en te verkrijgen. Daar komt nog bij dat de ouders of verzorgers van kinderen met een ernstige beperking vaak niet om tandheelkundige hulp vragen, ook als deze wel nodig is (Van Grunsven en Koelen, 1990). Tandheelkundige problemen hebben nu eenmaal vaak een lagere prioriteit in verhouding tot problemen van psychosociale, economische of algemene gezondheidskundige aard. Bovendien blijkt de tandheelkundige behandeling vaak te worden uitgesteld vanwege angst of materiële problemen (Van Grunsven en Koelen, 1990). Het is denkbaar dat bovengenoemde belemmeringen in allochtone gezinnen in sterkere mate spelen dan in autochtone gezinnen.

Een andere bevinding is dat tweederde deel van de ouders in het huidige onderzoek problemen rapporteerde bij het uitvoeren van de dagelijkse mondverzorging van hun kind, terwijl 70% vond dat de mondhygiëne verbeterd zou kunnen worden. Deze resultaten ondersteunen die van buitenlands onderzoek waaruit blijkt dat kinderen met een beperking een laag tot matig niveau van mondhygiëne hebben en dat slechts een klein gedeelte van hen een gezond parodontium heeft (Shaw et al, 1986; Desai et al, 2001; Mitsea et al, 2001). Ofschoon bij het merendeel van de ouders en de tandartsen de wil bestaat de mond- en gebitsgezondheid van het kind te verbeteren, lijken vooral praktische barrières, zoals de moeilijkheid om het gebit van de kinderen goed te reinigen (vanwege de onmogelijkheid de tandenborstel zelfs maar in de mond te brengen) en communicatieproblemen tijdens de tandheelkundige behandeling, tot op heden een dergelijke verbetering in de weg te staan. De vraag is natuurlijk ook hoe deze problemen kunnen worden opgelost.

Een voor de hand liggende oplossing is het bieden van betere voorlichting aan de ouders en verzorgers van thuiswonende kinderen met een ernstige beperking die specifiek gericht is op preventie en toegang tot passende zorg. Bijvoorbeeld door op locatie voorlichting te geven, waarbij ouders én verzorgers actief bij de zorg worden betrokken. Zo zou men kunnen denken aan het instellen van een team bestaande uit gespecialiseerde hulpverleners dat in een jaar tijd bij alle kinderen van kinderdagverblijven in Nederland een mondcontrole uitvoert. Dit zorgteam zou in het bijzijn van de ouders – en eventueel met behulp van een tolk – mondhygiëne-instructies kunnen geven aan zowel ouders als de leiding van het dagverblijf, waarna zij onder toezicht van het team praktisch zouden kunnen oefenen met het tandenpoetsen van het kind. Daarnaast kunnen specifieke problemen van tandheelkundige aard met de ouders worden besproken, en indien een uitgebreide en relatief invasieve behandeling nodig is, zou in overleg met de ouders praktische hulp kunnen worden geboden bij een verwijzing naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde of naar een tandarts-algemeen practicus die de hiervoor benodigde competenties heeft.

Ook aan de kant van de tandarts kan een traject van

verbetering worden ingezet. Een opmerkelijke bevinding van het huidige onderzoek is namelijk dat van de tandartsen een kwart ontevreden was over de door hen zelf geboden zorg en dat driekwart van hen vond dat de huidige tandheelkundige zorgverlening aan deze groep patiënten verbetering behoeft. Juist omdat het hier ging om een groep tandartsen met relatief veel behandelervaring op het terrein van patiënten met beperkingen, onderschrijven de resultaten de stelling dat tandartsen zichzelf vaak onvoldoende vinden toegerust om ernstig verstandelijk beperkte kinderen adequate zorg te kunnen bieden. Een oplossing van praktische aard is investeren in het verbeteren van de toegankelijkheid van de praktijk, een knelpunt dat door een kwart van de tandartsen naar voren werd gebracht. Een ander, meer fundamenteel punt betreft het verwerven van de benodigde behandelexpertise voor deze bijzondere zorgcategorie. Ruim 80% van de ondervraagde tandartsen was van mening dat er tijdens hun opleiding onvoldoende tijd aan de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking werd besteed. Dit onderschrijft de voortdurende noodzaak om in het onderwijs aan studenten en tandartsen gerichte aandacht te besteden aan het omgaan met en de behandeling van mensen met lichamelijke of verstandelijke beperkingen met de bedoeling de hiervoor benodigde vaardigheden aan te leren of te verbeteren. Een positieve bijdrage wordt geleverd door de onlangs gestarte 3-jarige differentiatieopleiding tot tandarts-gehandicaptenzorg die geïnteresseerde tandartsen in staat stelt op dit terrein van de bijzondere tandheelkunde specifieke kennis en ervaring te verwerven.

Literatuur

- > Desai M, Messer L, Calache H. A study of the dental treatment needs of children with disabilities in Melbourne, Australia. *Aust Dent J* 2001; 46: 41-50.
- > Evans DJ, Greening S, French AD. A study of the dental health of children and young adults attending special schools in South Glamorgan. *Int J Paediatr Dent* 1991; 1: 17-24.
- > Grunsven MF van, Koelen MA. Psychosociale aspecten van tandheelkundige zorg voor gehandicapten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1990; 97: 448-451.
- > Jongh A de, Vo G, Lie SLSDF, Oosterink FMD, Rood YR van. De populariteit van esthetische behandelingen. Resultaten van een landelijk onderzoek. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006; 113: 356-360.
- > Maclaurin ET, Shaw L, Foster TD. Dental study of handicapped children attending special schools in Birmingham, Part 1. Dental caries of children living in a fluoridated area. *Community Dent Health* 1985; 2: 249-257.
- > Mitsea AG, Karidis AG, Donta-Bakoyianni C, Spyropoulos ND. Oral health status in Greek children and teenagers, with disabilities, *J Clin Pediatr Dent* 2001; 26: 111-118.
- > Shaw L, Maclaurin ET, Foster TD. Dental study of handicapped children attending special schools in Birmingham, UK. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; 14: 24-27.

Summary

Post-academic specialties 9. Dental care of disabled home-living children

The aim of this study was to identify possible problem areas regarding preventive selfcare and dental care for severely mentally retarded children living at home. The sample test comprised parents (n = 126) and dentists (n = 40) of children between the ages of 4 and 12 from 7 randomly selected daycare centres in The Netherlands, who were asked to fill out a questionnaire. Of the children 32% were found to receive no dental care at all, while among the children from ethnic minority groups this number exceeded 50%. Of the parents two-thirds indicated that they had encountered problems with daily dental care and 70% reported that their child's oral hygiene was in need of improvement. Of the dentists 25% were dissatisfied with the dental care they provide, and 75% felt that dental care for mentally retarded children needs improving. The results suggest that there is room for improvement in the support of parents of mentally disabled children in maintaining an adequate level of oral hygiene, and that adequate training of dental professionals in serving the needs of people with severe disabilities is wanted.

Bron

C.M.H.H. van Houtem¹, A. de Jongh^{1,2}, D.L.M. Broers³, M. van der Schoof¹, G.H.B. Resida¹

Uit ¹de sectie Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en ²de Stichting Bijzondere Tandheelkunde Amsterdam

Datum van acceptatie: 21 november 2006

Adres: mw. C.M.H.H. van Houtem, ACTA, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam

cvanhoutem@gmail.com