

Op 27 september 2003 werd een workshop met deze titel gehouden in het kader van de Bij- en Nascholingsdagen van COBIJT. In aanwezigheid van 41 COBIJT-leden werden 14 stellingen besproken en getoetst op hun waarde.

De discussies waren plezierig en zinvol. Sommige stellingen zijn na discussie bijgesteld. Er werd consensus bereikt over onderstaande vetgedrukte stellingen.

- **Vooraf ingevulde angstvragenlijsten zijn onmisbaar bij de diagnostiek van extreme angst voor de tandheelkundige situatie bij volwassenen.**

Angstige patiënten kunnen vooraf met behulp van deze angstvragenlijsten worden gescreend om vast te stellen of zij in aanmerking komen voor behandeling in een centrum voor bijzondere tandheelkunde. De papieren diagnostiek met deze lijsten wordt tijdens het intakegesprek verder uitgediept met de onderwerpen, die door de patiënt zijn aangekruist.

De ingevulde lijsten kunnen ook aanleiding zijn om tijdens het intakegesprek de patiënt te adviseren psychologische hulp te zoeken ter ondersteuning van de geïndiceerde tandheelkundige behandeling.

De meest toegepaste lijsten zijn:

- DAS (Dental Anxiety Scale): schaal van 4-20, extreme angst 15 en hoger, matig ernstige angst 10-14.

- K-ATB (Korte Angstlijst Tandheelkundige Behandeling): schaal van 9-45, extreme angst 28-45, matig ernstige angst 20-27.

- AS (Angstschaal): schaal 1-10, extreme angst 8 en hoger, matig ernstige angst 5-7.

- DPFR (Duur PsychoFysiologische Reacties): schaal van 1-7, extreme angst 5-7, matig ernstige angst 2-4.

- DCQ (Dental Cognition Questionnaire): deze lijst is vooral bedoeld om met de patiënt tijdens de intake of later de hoogst scorende items te bespreken, trachten de verkeerde cognities te herstellen en exposure-onderwerpen te selecteren.

SCL-90 (Symptom Check List): een psychologische klachtenlijst, waar samen met de psycholoog naar gekeken moet worden.

- **Het screenen van de angstvragenlijsten dient kort na ontvangst van de ingevulde lijsten plaats te vinden.**

Angstlijsten moeten spoedig na ontvangst gescreend worden. Als er aanleiding voor is, kan bij een vroege screening meteen contact met de patiënt opgenomen worden. Wachten tot de patiënt aan de beurt is, geeft problemen als deze als nog moet worden afgewezen, is dan weinig patiëntvriendelijk en niet efficiënt.

- **Uit de screening kan, in het belang van een goede diagnostiek en het vaststellen van het behandelplan, blijken dat een psycholoog aanwezig moet zijn bij het intakegesprek.**

Angstlijsten, vooral de SCL-90, kunnen aanleiding geven om de psycholoog bij de intake te betrekken, de zogenoemde 'dubbelintake'. De expertise van de psycholoog levert bredere informatie op. Hierdoor kan de behandelstrategie beter op de specifieke problematiek van de patiënt worden afgestemd, waardoor tandarts en patiënt worden behoed voor een verkeerd gerichte en risicovolle behandelaanpak.

- **Een wachttijd behoort niet langer te zijn dan 6 maanden.**

De wachttijd is de tijd, die verloopt tussen de ontvangst van de retourgezonden angstvragenlijsten en de afspraak voor een intakegesprek.

Een wachttijd, die langer is dan 6 maanden dient te worden aangepakt. Een wachttijd van een jaar of langer is onacceptabel. De volgende maatregelen kunnen worden genomen: scherpere selectie, snellere doorstroom, en als minst acceptabele de patiëntenstop.

- **Een CBT dient te kunnen beschikken over een psycholoog met relevante deskundigheid.**

Een psycholoog met relevante deskundigheid moet minimaal op afroep beschikbaar zijn, en bij voorkeur iedere week aanwezig zijn (uiteraard afhankelijk van de grootte van het CBT). Zonder een dergelijke psychologische inzet zal de tandheelkundige begeleiding, die gericht is op angstvermindering en het klaar stomen van de patiënt voor terugkeer naar de huispraktijk, minder goed verlopen.

De aanwezigheid van een psycholoog heeft therapeutisch gezien een positieve invloed op de patiënt, maar daarnaast ook op de ontwikkeling van het tandheelkundig team op het terrein van de psychologische gedragsbeïnvloeding.

Een CBT, dat nog niet kan beschikken over een psycholoog, dient alles in het werk te stellen om een dergelijk contact te organiseren. Als dit niet mogelijk is, dient de psychologische expertise van de tandartsen optimaal te worden ontwikkeld via cursussen, stages bij andere CBT's, en dergelijke.

- **De behandeling dient in principe gericht te zijn op het creëren van behandelbaarheid. Er wordt naar gestreefd de angst via een confronterende aanpak te verminderen (cognitief herstructureren, exposure, zonodig met behulp van een psycholoog). De patiënt wordt klaargestoomd voor de huispraktijk. Het toedekken van de angst door een farmacologische aanpak of anderszins, waarbij de patiënt afhankelijk wordt van het tandheelkundig team, is daarom in het algemeen ongewenst. Tandheelkundige sanering is in de CBT-setting geen einddoel.**

De behandeling in een CBT moet niet gericht zijn op tandheelkundig saneren. Na voldoende training, via bijvoorbeeld exposure-oefeningen, moet de patiënt terug verwezen kunnen worden naar een/de huistandarts. Dat moet van het begin af aan duidelijk gemaakt worden aan de patiënt. De behandelingperiode duurt in beginsel niet langer dan 1,5 jaar, waarbij de patiënt in ieder geval pijnvrij en ontstekingsvrij gemaakt wordt. Een goede begeleiding naar de huispraktijk dient plaats te vinden. Verslag van de uitgevoerde behandeling en training, plus een behandeladvies, behoren hiervan een onderdeel te zijn.

Toedekken van de problemen en 'vertroetelen' van de patiënt is binnen een CBT in het algemeen geen goede aanpak.

Er zijn uitzonderingen, waarbij de patiënt langer in een CBT verblijft en/of wel met farmacologische middelen wordt geholpen.

Goede motivatie in samenspraak met een psycholoog is hiervoor aan te bevelen.

- **Je moet de zelfredzaamheid van een patiënt niet onderschatten, en aan de andere kant moet je de zelfredzaamheid van een patiënt niet overschatten.**

Stel de patiënt op de proef door exposureoefeningen, geef hem inzicht in zijn probleem maar ook in zijn kunnen. Stimuleer zijn zelfvertrouwen en maak hem assertief voor toekomstige tandheelkundige 'ontmoetingen'.

De inzet van sommige patiënten mag ook niet worden overschat. De voorgeschiedenis en de hulpvraag van de patiënt is beslissend voor het vaststellen van het behandelplan en de route die moet worden gevolgd om dit plan uit te voeren.

- **De motivatie van de patiënt is bepalend voor het vaststellen van een behandelplan.**

Een slechte motivatie, die niet te verbeteren is, leidt tot beperkingen in het behandelplan. Bijvoorbeeld het inkorten van tandbogen en eerder extraheren dan endodontische behandelen. Uiteindelijk wordt een patiënt, die weinig waarde aan zijn gebit hecht, begeleid naar een VP.

Een apart probleem is de patiënt met een heftige kokhalsreflex, die niet gemotiveerd is om oefeningen te doen om de reflex in te perken. Toch geldt ook hier hetzelfde principe. Een VP is bij deze patiënt natuurlijk een groot probleem en dit moet danook goed gecommuniceerd worden naar de patiënt toe. Bij bepaalde patiënten verbetert de motivatie als de lijdensdruk toeneemt.

- **Een gemotiveerde wens van een patiënt voor een totale extractie, zonder dat daar een directe tandheelkundige reden voor is, dient te worden gehonoreerd.**

Een aantal voorwaarden dient, voordat toegegeven wordt aan de wens van de patiënt, natuurlijk wel te worden gesteld. Niet alleen een uitvoerig gesprek over de achterliggende redenen en de motivatie van de patiënt voor deze keus. De discussie over slinkende kaken kan er in betrokken worden, alhoewel er zijn inmiddels goede hulpmiddelen zijn, zoals implantaten onder een VP. Maar ook voorwaarden als extra bedenktijd, praten met derden, gesprek met psycholoog zullen moeten worden gehanteerd. Uiteindelijk zal de patiënt een verklaring (informed consent) moeten ondertekenen. Een geschreven protocol over dit onderwerp is aan te bevelen.

Wij moeten dergelijke patiënten aan de ene kant tegen zichzelf beschermen, maar aan de andere kant mogen wij ze niet in de steek laten

- **Een protocolaire aanpak is geen keurslijf, maar een weg naar consensus en kwaliteitsverbetering.**

Een protocol behoort geen keurslijf te zijn, maar een proces van handelen (met de nodige flexibiliteit) dat je met elkaar afspreekt en waar je elkaar aan houdt. Als het niet meer past, verander je het protocol,

maar wel na overleg en met instemming van de groep. Dus altijd met elkaar.
Het gezamenlijk opstellen van een protocol is de eerste stap naar consensus, het toepassen van een protocol is de tweede stap en het regelmatig toetsen en zonodig gezamenlijk bijstellen van een protocol zijn de derde en de volgende stappen naar consensus en verbetering van de kwaliteit van handelen. Het is aan te bevelen om in een CBT iemand 'aan te wijzen', die de verantwoordelijkheid draagt voor het ontwerpen, implementeren en beheren van richtlijnen en protocollen.

P.C. Makkes
december 2003