

Tandartsen over de behandeling van angstige patiënten

Een voorstudie

Samenvatting. De houding van tandartsen ten opzichte van angst bij de patiënt voor de tandheelkundige behandeling is in een vooronderzoek bestudeerd. Tandartsen uit drie regio's verspreid over het land hebben daartoe deelgenomen aan een groepsgebesprek. Uit de resultaten blijkt dat tandartsen minder begrip hebben voor angst bij hun patiënten dan zij zelf dachten. De rol van de assistente wordt over het algemeen als zeer belangrijk ervaren.

STOUTHARD MEA, BAST AJJ, EIJKMAN MAJ. Tandartsen over de behandeling van angstige patiënten. Een voorstudie. Ned Tijdschr Tandheelkd 1991; 98: 457-9.

M.E.A. Stouthard, psychologe

A.J.J. Bast, tandarts

M.A.J. Eijkman, tandarts

Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA).

Trefwoorden: **Sociale tandheelkunde – Praktijkvoering – Angst**

Datum van acceptatie: 15 oktober 1990.

Adres: Mw. dr. M.E.A. Stouthard, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

1 Inleiding

Niet alleen voor veel tandartspatiënten is angst voor de tandheelkundige behandeling een probleem,¹ maar ook voor tandartsen.² Tandartsen verkiezen patiënten die niet angstig zijn boven angstige patiënten.³ De behandeling van angstige patiënten is een van de belangrijkste bronnen van stress bij tandartsen.^{4,5} Een kwart van de tandartsen in de VS meent dat de ontevredenheid van patiënten met de manier waarop met hun angst wordt omgegaan een veel voorkomende reden is om van tandarts te wisselen.⁶

In het onderhavige onderzoek wordt nagegaan hoe tandartsen in Nederland in het algemeen tegenover angst voor de tandheelkundige behandeling staan en welke behandelprocedures zij volgen.

2 Materiaal en methode

2.1 Het groepsgebesprek

Gekozen is voor het groepsgebesprek als onderzoeksmethode. Deze kwalitatieve methode past bij het exploratieve karakter van het onderzoek. De groepsgebesprekken hebben de vorm van een half gestructureerd interview. De gesprekken werden gevoerd aan de hand van een lijst met vragen en eventueel te stellen vervolgvragen, waarbij de nodige ruimte werd gelaten om ook op onvoorziene onderwerpen in te gaan. Voordeel van de gehanteerde methode boven individuele interviews is dat alle deelnemers de gele-

genheid hebben om over alle gespreksonderwerpen hun mening te geven. Bovendien is het tijdsbesparend. Voordeel van de gehanteerde methode boven gestructureerde vragenlijsten is de flexibiliteit in de onderwerpkeuze.

2.2 Samenstelling steekproeven

In drie regio's uit verschillende delen van het land zijn tandartsen benaderd voor deelname aan het onderzoek. De regio's zijn willekeurig gekozen in respectievelijk West-Nederland/Randstad (Amsterdam), Zuid-Nederland (Eindhoven) en Noordoost-Nederland (Zwolle).

De tandartsen zijn aselekt geselecteerd uit de Tandartsengids 1988 en overdag in hun praktijk telefonisch benaderd. De samenstelling van de drie steekproeven is vermeld in tabel I.

Uit de gegevens blijkt dat het vooral in Amsterdam moeite kost om voldoende tandartsen bereid te vinden om aan het onderzoek deel te nemen. Redenen voor niet deelnemen waren:

- geen praktijk meer op het opgegeven adres ($n = 8$)
- telefonisch niet bereikbaar ($n = 8$)
- kon niet op de vastgestelde datum ($n = 16$)
- overige redenen ($n = 14$).

Het aantal tandartsen dat wel toezegde te zullen meewerken aan een groepsgebesprek maar uiteindelijk toch niet heeft deelgenomen is ook in Amsterdam het hoogst. Uiteindelijk hebben 17 tandartsen in het onderzoek geparticipeerd.

De tandartsen zijn redelijk gespreid over de universiteiten en het jaar van afstuderen. De meeste tandartsen waren voltijds werkzaam in een gemengde solopraktijk. Eén tandarts had

alleen particuliere patiënten, één tandarts was tevens werkzaam in een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde.

3 Resultaten

3.1 Houding ten opzichte van angstige patiënten

Gevraagd naar de redenen van angst voor de tandheelkundige behandeling bij patiënten werd een groot aantal factoren genoemd. Angst voor de tandheelkundige behandeling werd door tandartsen op de eerste plaats teruggevoerd op het gebrek aan controle en de onmacht van de patiënt in de tandartsstoel. Afhankelijkheid, onwetendheid, geen invloed op de situatie kunnen uitoefenen, de liggende houding van de patiënt, de tandarts die voor de patiënt onzichtbaar achter de stoel staat, het zijn allemaal factoren die hierbij genoemd zijn. In de tweede plaats werd angst gezien als een gevolg van pijn. Ook werden ervaringen van vroeger bepalend geacht voor de mate van angst voor de tandheelkundige behandeling, zowel eigen ervaringen als ervaringen van anderen. Verder werden nog genoemd: psychologische problemen van de patiënt, kritiek van de tandarts op het gebit en op de mondgezondheid, beschermende maatregelen tegen AIDS (handschoenen, mondkapje, bril), de persoonlijkheid en het karakter van de patiënt en tenslotte de rol van de media.

De tandartsen waren het er unaniem over eens dat angst voor de tandheelkundige behandeling heel begrijpelijk is. Een aantal tandartsen gaf aan zelf ook bang te zijn.

Naarmate een tandarts meer ervaring heeft werd de behandeling van angstige patiënten minder een probleem geacht. Angstige kinderen zijn moeilijker te behandelen dan angstige volwassenen, en patiënten die niet zeggen dat zij bang zijn zijn moeilijker te behandelen dan patiënten die dat uit zichzelf al zeggen. Opmerkelijk is dat in alle drie de groepsgebesprekken het onderwerp telkens weer op kinderen kwam als het over moeilijk te behandelen patiënten ging. Kinderen uiten angst anders, directer en meer fysiek, dan

Tabel I. Samenstelling steekproeven tandartsen.

	Amsterdam N	Eindhoven N	Zwolle N
Geselecteerd	37	16	19
Toegezegd	8	9	9
Deelgenomen	4	7	6

volwassenen. Vaak is bij kinderen ook duidelijk observeerbaar dat ze bang zijn. En bovendien werd de behandeling van angstige kinderen door de tandartsen lastig gevonden.

De meeste tandartsen gaven aan niet uit zichzelf bij elke (nieuwe) patiënt te vragen naar eventuele angst voor de tandheelkundige behandeling. De belangrijkste redenen die zij hiervoor gaven was dat ze geen slapende honden wakker willen maken. Als de patiënt zelf op de een of andere manier duidelijk maakt dat hij of zij bang is, gaan de tandartsen daar wel op in. Als al expliciet naar angst gevraagd werd, werd het beter gevonden om heel specifiek te vragen ('Bent u bang voor de verdoving?', 'Bent u bang voor bloed?') dan algemeen naar angst voor de tandheelkundige behandeling. Een paar tandartsen gaven aan dat ze naar aanleiding van de uitnodiging voor het groeps gesprek angst bij hun patiënten nadrukkelijker aan de orde zijn gaan stellen.

De tandartsen zeiden het over het algemeen niet moeilijk te vinden om met hun patiënten over angst te praten. Wel gaven zij aan dat hen vaak de tijd ontbreekt om voldoende aandacht aan angstige patiënten te besteden.

Over de noodzaak om te weten of een patiënt angstig is waren de meningen verdeeld. Sommige tandartsen vonden het eigenlijk nodig om dat van elke patiënt te weten. Anderen vonden het wel makkelijk en prettig, maar als een patiënt het zelf niet aangeeft zouden zij er niet naar vragen.

Van de meeste angstige patiënten zeiden de tandartsen wel te zien dat ze bang zijn. Ze komen zenuwachtig binnen of beginnen er zelf meteen over. Maar er zijn ook patiënten aan wie aanvankelijk niets bijzonders opvalt en die toch heel bang blijken te zijn.

3.2 Behandelprocedure

Gevraagd naar het percentage angstige patiënten in hun eigen praktijk overheersten twee opvattingen. De eerste luidde dat de helft bang is, oplopend in gradatie van een beetje tot extreem. De tweede luidde dat iedereen bang is, maar dat een deel zich flink houdt. Opgemerkt werd dat een groot deel van de extreem angstige patiënten nooit naar de tandarts komt.

De meeste tandartsen gaven aan dat zij niet bewust angstige patiënten selecteren, maar dat iets dergelijks onbewust toch wel gebeurt: algemeen werd gesteld dat een praktijk zich vanzelf selecteert door de manier van praktijk voeren ('Als je geen tijd besteedt aan angstige patiënten heb je ze ook niet') en door de persoon van de tandarts. Tandartsen verwijzen patiënten wel eens door, en angstige patiënten komen alleen naar tandartsen waarover zij goede verhalen hebben gehoord.

De rol van de assistente bij de behandeling van angstige patiënten werd over het algemeen als zeer belangrijk ervaren. De assistente ontvangt de patiënt, heeft het eerste contact. De assistente is minder bedreigend voor de patiënt en tegen haar durft een patiënt veel meer te zeggen over wat hem of haar dwars zit. Ook tijdens de behan-

deling van angstige patiënten heeft de assistente een belangrijke rol, zij kan de hand van de patiënt vasthouden en hem of haar geruststellen.

De meeste tandartsen gebruiken geen uitgebreide standaard anamneselijst. Sommigen stellen de patiënt mondeling een paar tandheelkundige en medische anamnesevragen, anderen vragen alleen 'Is er iets dat ik moet weten?'. Door de automatisering van de tandartsadministratie wordt de anamneselijst wel vaker gestandaardiseerd. Over het nut van standaard anamneselijsten waren de meningen verdeeld. De een stelde dat patiënten de vragen niet begrijpen. Een ander vroeg zich af of tandartsen al die informatie wel behoren te hebben. En de derde liet het van de patiënt zelf afhangen welke informatie die wil geven.

Aspecten van 'patient management' die door de tandartsen genoemd zijn, zijn: de behandeling langzaam opbouwen, de patiënt uitleggen wat je gaat doen, de patiënt controle teruggeven over de situatie door hem of haar de kans te geven de behandeling te onderbreken, rustig zijn en niet haasten, naar de patiënt luisteren, de patiënt inspraak geven ('Wat wilt u zelf?'), naar het verwachtingspatroon van de patiënt vragen, de patiënt voorlichting geven en de inrichting van de behandel- en de wachtkamer en het instrumentarium aandacht geven.

4 Conclusie

Op het eerste gezicht lijkt de tandarts/algemeen practicus een begripvolle houding ten opzichte van een angstige patiënt te hebben. Echter, nauwkeuriger bestudering van de uitkomsten van de groeps gesprekken leert dat er toch meer problemen zijn.

De behandeling van angstige kinderen komt in de groeps gesprekken telkens terug als een lastig probleem. Ook de tijdsdruk wordt regelmatig genoemd als belemmerende factor voor een goede benadering van angstige patiënten.

In een onderzoek naar vraag en aanbod van TGVO wordt geconcludeerd dat tandartsen een (te) positief beeld van zichzelf hebben.⁷ Uit ander onderzoek blijkt dat tandartsen angst bij hun patiënten minder goed kunnen herkennen dan pijn, en dat ze angst slechter herkennen naarmate de behandeling voor hen zelf stressvoller is.⁸

In het algemeen kan gesteld worden dat de tandarts van mening is dat het niet nodig is om bij iedere patiënt standaard naar zijn of haar angst te vragen. Milgrom zegt echter dat tandartsen een fout maken als zij niet bij iedere patiënt naar eventuele angst vragen, en dat vaststelling van het angstniveau onderdeel van de standaardanamnese bij iedere nieuwe patiënt dient te zijn.⁹

Uit het onderzoek blijkt dat tandartsen meer aandacht aan angst bij hun patiënten gaan besteden als zij aan de problematiek herinnerd worden. Bovendien geven zij aan dat pas na enige jaren praktijkervaring het behandelen van angstige patiënten geen probleem meer vormt. Hieruit mag geconcludeerd worden dat het behandelen van angstige patiënten in het (klinisch) onderwijs mogelijk onvoldoende ruimte krijgt.

Bij de bespreking van de resultaten moet de kanttekening gemaakt worden dat de deelnemende tandartsen vrijwillig aan het onderzoek meewerkten. Er is selectie opgetreden omdat zij al geïnteresseerd zijn in

Summary

DENTISTS ABOUT DENTAL ANXIETY AND THE TREATMENT OF ANXIOUS PATIENTS: A PILOT STUDY

Key words: Socialized dentistry – Dental anxiety – Dental care

Dentists' attitudes towards dental anxiety and management of anxious patients were objects of a pilot study. Dentists from The Netherlands participated in a group discussion. Results show that dentists understand dental anxiety in their patients. However, upon closer consideration the picture they give of themselves in this respect appears to be too positive. The role of the dental assistant is generally considered to be very important.

Literatuur

- ¹STOUTHARD MEA, HOOGSTRATEN JOH. Angst voor de tandheelkundige behandeling. Ned Tijdschr Tandheelkd 1988; 95: 268-70.
- ²EIJKMAN MAJ, VISSER APH. Patiëntenvoorlichting en tandarts. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1987: 103.
- ³CORAH NL, O'SHEA RM, BISSELL GD. The dentist-patient relationship: mutual perceptions and behaviors. J Am Dent Assoc 1986; 113: 253-6.
- ⁴GODWIN WC, STARKS DD, GREEN TG, KORAN A. Identification of sources of stress in practice by recent dental graduates. J Dent Educ 1981; 45: 220-1.
- ⁵LIEVENS S. Tandarts, een beroep met stress? NT 1988; 43: 146-9.
- ⁶O'SHEA RM, CORAH NL, AYER WA. Why patients change dentists: practitioner views. J Am Dent Assoc 1986; 112: 851-4.
- ⁷VAN RIEL CBM, EIJKMAN MAJ. Vraag en aanbod van tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Delft: Eburon, 1989: 66.

angst voor de tandheelkundige behandeling. Als deze selectie de resultaten heeft beïnvloed, dan heeft dat waarschijnlijk geleid tot een gunstiger beeld van de houding ten opzichte van en de omgang met angst in de tandartspraktijk.

⁸BARON RS, LOGAN H, KAO CF. Some variables affecting dentists assessment of patients distress. *Health Psychol* 1990; 9: 143-53.

⁹MILGROM P, FISET L, MELNICK S, WEINSTEIN P. The prevalence and practice management consequences of dental anxiety in a major US city. *J Am Dent Assoc* 1988; 116: 641-7.

INGEZONDEN

Kwaliteit en beleid versus integriteit

Enige notities vanuit de praktijk naar aanleiding van het artikel 'Principes en belangen in de tandheelkunde' van Prof. Dr. H.M. Dupuis in het NTvT van februari 1990.*

Van de zijde van de overheid bestaat er een streven naar het beheersen van de kwaliteit en de kosten van de gezondheidszorg. Bij dat proces wordt ook de tandheelkundige professe betrokken. Zij zal zich daarbij moeten afvragen hoe de individuele tandarts aankijkt tegen het begrip kosten- en kwaliteitsbeheersing.

Zou de tandarts louter op het kostenaspect letten ten behoeve van patiënt, verzekeraar of overheid, dan kunnen merkwaaardige situaties ontstaan. Een extractie is immers voordeliger dan een wortelkanaalbehandeling en helemaal geen behandeling is het voordeligst. Indien de tandarts uitsluitend de kwaliteit zou laten prevaleren, zou hij zich voortdurend moeten afvragen of er niet een betere collega is.

Op deze manier omgaan met dit vraagstuk is niet gebruikelijk. In de praktijk evenwel zullen de individuele tandarts en de individuele patiënt zich meer en meer moeten aanpassen aan derden die nu reeds de verrichtingen en het tarief bepalen. Een en ander heeft geleid tot wettelijke vastgestelde omschrijvingen van verrichtingen met de daarbij behorende tarieven onder de naam Uniform Particulier Tarief naast de reeds bestaande tarieven van de ziekenfondswetgeving.

Kwaliteit zegt iets over duurzaamheid en eerlijkheid. Enerzijds is er kwaliteit in materiële zin, zoals kwaliteit van instrumenten en materialen, anderzijds in morele zin,

zoals het belang van de patiënt. Ook tijd en aandacht voor de patiënt en toewijding voor het vak maken deel uit van kwaliteit.

Maar hoe wordt de kwaliteit, materieel en moreel, beïnvloed? Welke geaardheid van de mens speelt daarbij de belangrijkste rol? Die laatste vraag moet het eerst behandeld worden om op de eerste een passend antwoord te kunnen geven.

De meest in het oog springende geaardheid van de 'gemiddelde mens' lijkt zijn streven naar materieel comfort, veiligheid en zekerheid. Wordt een mens in het nauw gedreven en staat zijn materiële zekerheid op het spel, dan is het een uitzondering dat hij afziet van het sluiten van compromissen. Stakingen en dergelijke zijn de openlijke protesten; sabotage, lijntrekken en fraude de heimelijke.

Op het moment dat de beleidsmakers worden geconfronteerd met een budgetoverschrijding, rest hun een aantal maatregelen, waaronder beperking van het verrichtingenpakket en reductie van de tarieven. Gelet op de menselijke geaardheid zijn er drie, en mogelijk meer, reacties denkbaar:

- De tandarts bezuinigt op de exploitatiekosten om zijn consumptieniveau op peil te houden. Dit impliceert een rechtstreekse achteruitgang in kwaliteit;
- De tandarts gaat over tot de 'heimelijke handelingen', in het gunstigste geval met het motief om kwaliteit en consumptiepeil te handhaven;

- De tandarts legt zich toe op efficiëntie; meer doen in dezelfde tijd met behoud van kwaliteit.

Hoe het in de laatste twee gevallen ook gesteld is met de bedoelingen van de tandarts, de effecten stoken niet met de bedoeling van de beleidsmakers. Zij stonden immers een matiging van de kosten voor, de kwaliteit daargelaten.

Het ziet er naar uit dat ook met betrekking tot de kwaliteit wettelijke eisen zullen worden gesteld. Gezien de gevolgen echter van de wettelijke opgelegde tarieven is de vraag gerechtvaardigd wat in dezen de beleidsmakers doet veronderstellen dat op te leggen kwaliteitseisen wel een gunstig effect zullen sorteren.

Er is een groeiende aandacht voor de ethiek in de gezondheidszorg. Die aandacht is echter hoofdzakelijk gericht op het medisch handelen. Het zal duidelijk zijn dat een ethische toetsing van beleidsvoornemens evenzeer aandacht behoeft.

Ten slotte is de wens gerechtvaardigd dat er binnen de tandheelkundige professe niet zozeer consensus bestaat over wat het juiste tarief zou moeten zijn, maar over wat de noodzakelijke voorwaarden dienen te zijn om de integriteit van de individuele tandarts en daarmee het belang van de patiënt te waarborgen.

H.L. van Nouhuys, tandarts

* De reactie van collega Van Nouhuys vormde voor mw. Prof. Dr. H.M. Dupuis geen aanleiding tot nader commentaar.