

Een onderzoek naar methoden en doelmatigheid van angstbegeleiding

P.R.M. Meuwissen, tandarts¹
E.J. Hosli, psycholoog¹
A.N. Brand, psycholoog²
J.A.M. Winnubst, psycholoog³

Samenvatting. Bij 211 patiënten is, na tandheelkundige angstbegeleiding, door middel van een enquête onderzocht in hoeverre de begeleiding succesvol is geweest. Een half jaar na (terug)verwijzing naar de huistandarts bleek 74% van de 158 responderende patiënten een goed contact met de huistandarts te hebben. Bij de angstbegeleiding wordt vooral gebruik gemaakt van de Tell-Show-Do-methode.

MEUWISSEN PRM, HOSLI EJ, BRAND AN, WINNUBST JAM. Een onderzoek naar methoden en doelmatigheid van angstbegeleiding. Ned Tijdschr Tandheelkd 1992; 99: 489-92.

Uit de ¹vakgroep Mondziekten/Kaakchirurgie en Bijzondere Tandheelkunde van de rijksuniversiteit te Utrecht en de afdeling Angstbegeleiding en Gehandicaptenzorg van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht, de ²vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheid en de ³werkgroep Psychologie en Gezondheid i.o. van de Faculteit der Geneeskunde van de rijksuniversiteit te Utrecht.

Trefwoorden: **Sociale tandheelkunde** – Angst

Datum van acceptatie: 13 maart 1992.

Adres: Mevr. E.J. Hosli, Padualaan 14, 3584 CH Utrecht.

1 Inleiding

Angst voor de tandheelkundige behandeling komt veelvuldig voor: ongeveer 25% van de Nederlandse bevolking zegt altijd en 33% zegt soms bang te zijn.¹ Een groot deel van hen bezoekt desondanks, al dan niet regelmatig, een huistandarts. Een milde vorm van angst kan zelfs reden zijn om de gebitstoestand nauwkeurig in de gaten te laten houden, opdat langdurige en pijnlijke behandelingen vermeden kunnen worden.

Bij ongeveer 7% van de bevolking is de angst voor de tandarts echter zo hevig dat tandartsbezoek wordt vermeden, met alle gevolgen van dien.² Een deel van deze mensen komt uiteindelijk terecht bij tandheelkundige centra die zich hebben toegelegd op de behandeling van extreem angstige patiënten. Eén van die centra is de afdeling Angstbegeleiding en Gehandicaptenzorg binnen het Academisch Ziekenhuis te Utrecht. Op deze afdeling worden extreem angstige patiënten op een zodanige wijze begeleid en (eventueel) tandheelkundig behandeld, dat zij leren omgaan met hun angst, met als doel behandeling redelijkerwijs mogelijk te maken door een huistandarts. Tandheelkundige afbehandeling is daarbij geen voorwaarde. Er worden dan ook alleen patiënten aangenomen die bereid zijn te werken aan het zelf leren beheersen van hun angst.

Nadat de patiënt zich, meestal telefonisch, heeft aangemeld volgt een kennismakingsgesprek: de intake. Het doel van de intake is tweeledig. Enerzijds kan de tandarts zich een goed beeld vormen van de problematiek van de patiënt en anderzijds krijgt de patiënt inzicht in de mogelijkheden die er zijn om hem of haar te helpen. Op grond van de uitgewisselde informatie besluiten tandarts en patiënt samen of een

vervolgbehandeling zal plaatsvinden. Soms is goede informatie, of het eens uitpraten van problemen, al voldoende om te kunnen verwijzen naar een huistandarts.

Wordt besloten over te gaan tot behandeling, dan wordt in overleg met de patiënt een behandelingsstrategie bepaald. Hierbij speelt de achtergrond van de angst een grote rol, evenals de specificiteit en complexiteit ervan.³ Het bepalen van de strategie in het geval van niet-tandheelkundige oorzaken van de angst vindt plaats in nauw overleg met de medisch psycholoog van het behandelingssteam. Het team bestaat verder uit 3 tandartsen, 2 assistenten en een mondhygiëniste.

In het onderhavige onderzoek zijn de strategieën geïnventariseerd die worden gebruikt bij de behandeling van extreem angstige patiënten. Tevens zijn de resultaten van de angstbegeleiding verzameld in het licht van de centrale doelstelling: terugverwijzing naar de huistandarts. Hiermee wordt een globaal inzicht verkregen in de resultaten van de angstbegeleiding op langere termijn.

2 Materiaal en methode

2.1 Patiënten

Het onderzoek is uitgevoerd bij 211 patiënten, die allen tussen 1984 en 1990 werden behandeld en terugverwezen naar de huistandarts. De groep bestond uit 68 mannen (32%) en 143 vrouwen (68%), variërend in leeftijd van 2,5 tot 60 jaar. Er werden vooral volwassenen behandeld; 65% van de patiënten was ouder dan 20 jaar (tab. I).

Van de patiënten hadden 82 (39%) via de huistandarts met de afdeling kennis ge-

maakt, 57 (27%) via de media, 35 (17%) via overige disciplines, zoals de huisarts en het maatschappelijk werk en 26 (12%) door 'mond-op-mond-reclame'. Van 11 patiënten (5%) is niet bekend op welke manier kennismaking met de afdeling plaatsvond.

Van de 211 patiënten volgden 158 (75%) daadwerkelijk de angstbegeleiding, bij de overige 53 (25%) vond alleen een intake plaats. Het aantal zittingen dat nodig was vóórdat kon worden (terug)verwezen varieerde van 1 tot meer dan 15 (afb. 1). Gemiddeld nam de angstbegeleiding 7 zittingen in beslag. Blijft de intakegroep buiten beschouwing dan wordt dit gemiddelde 9 zittingen. Een zitting duurt hoogstens een uur.

2.2 Behandelingsstrategieën en terugverwijzing

2.2.1 Behandelingsstrategieën

Na aanmelding en intake volgt in het merendeel van de gevallen de daadwerkelijke angstbegeleiding. Voor deze angstbegeleiding wordt gebruik gemaakt van een aantal strategieën. De gehanteerde strategieën binnen de afdeling zijn:

1. Gedragsbeïnvloeding:

- Tell-Show-Do-methode: de tandheelkundige behandeling wordt eerst omschreven. Vervolgens worden de instrumenten en dergelijke getoond. Pas daarna wordt de behandeling daadwerkelijk uitgevoerd. De patiënt bepaalt hierbij steeds wanneer een volgende stap wordt genomen;⁴
- Systematische desensitisatie: terwijl de patiënt volledig ontspannen is wordt de situatie in een aantal kleine stappen 'ge-

speeld'. Daarna wordt wederom in kleine stappen de behandeling uitgevoerd, waarbij de ontspanning centraal staat;⁴

- c Hypnose: deze methode is gebaseerd op een goede vertrouwensrelatie tussen patiënt en tandarts. In een hypnotische toestand is de patiënt ontvankelijk voor suggesties waarmee het gevoel van ontspanning en behaaglijkheid kan worden bevorderd.⁶

2. Inhalatie-sedatie:

Door het inademen van een mengsel van zuurstof en lachgas krijgt de patiënt een aangenaam gevoel van ontspanning, terwijl hij of zij volledig bij bewustzijn blijft.

3. Narcose:

Dit wordt alleen toegepast indien op humane gronden niet gewacht kan worden met de tandheelkundige behandeling.

2.2.2 Terugverwijzing

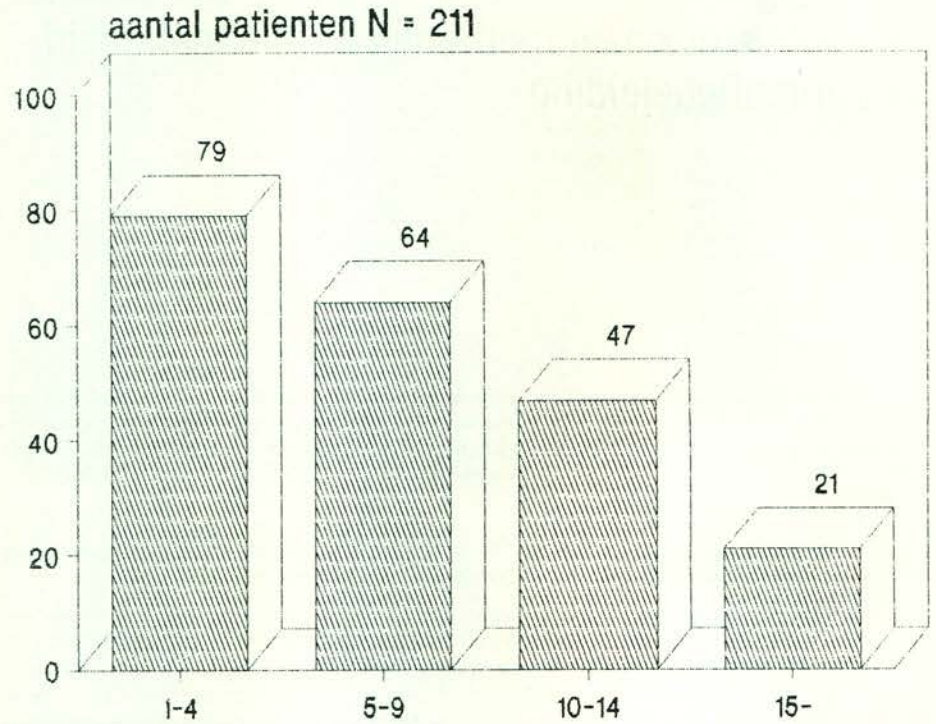
Zoals gesteld is het doel van de angstbegeleiding (terug)verwijzing naar de huistandarts. Deze vindt plaats op het moment dat:

- zowel patiënt als tandarts vinden dat de patiënt eraan toe is om naar de huistandarts te gaan. Vaak geeft de patiënt dit zelf aan;
- de tandheelkundige situatie zodanig is dat wat nog bij de huistandarts moet gebeuren op de afdeling aan de orde is geweest. Bijvoorbeeld: de patiënt heeft een behandelingsachterstand van 3 extracties en 4 vullingen. Op de afdeling worden dan 1 extractie gedaan en 1 vulling vervaardigd; de rest van de behandeling wordt voltooid bij de huistandarts;
- de tandarts het idee heeft dat hij of zij de patiënt niets meer bij kan brengen. Het gebeurt bijvoorbeeld dat mensen die op de afdeling goed behandeld kunnen worden, tegen het eind van de angstbegeleiding juist weer meer angst gaan vertonen. Deze patiënten leggen veelal de verantwoordelijkheid voor (het slagen van) de behandeling bij de tandarts. Deze moet in hun ogen hun angst met trucs en technieken omzeilen;
- gedurende de behandeling blijkt dat de oorzaak van de problematiek niet op tandheelkundig terrein ligt. Deze patiënten worden veelal verwezen naar andere, meer gespecialiseerde hulpverleners, zoals RIAGG, psycholoog en dergelijke.

2.3 Procedure

2.3.1 Behandelingsstrategie

Na afsluiting van de behandeling geeft de behandelend tandarts op een evaluatieformulier aan welke strategie hij of zij heeft gebruikt en op grond waarvan deze strate-



Afb. 1. Aantal zittingen.

gie werd gekozen. Indien een combinatie van strategieën is gebruikt, wordt gekozen voor de strategie die volgens de tandarts het meest effectief was.

De Tell-Show-Do methode en Systematische desensitisatie zijn als 1 strategie beschouwd, omdat zij in de praktijk bijna altijd samen worden gebruikt. Tijdens de behandelings sessies wordt via de Tell-Show-Do methode gewerkt en bij specifieke problemen tijdens die behandeling wordt Systematische desensitisatie toegepast.

2.3.2 Effecten van de behandeling

Een half jaar na terugverwijzing kreeg iedere patiënt een vragenformulier toegezonden waarin via open vragen werd geïnformeerd naar de bevindingen met betrekking tot de angstbegeleiding en het contact met de huistandarts daarna. De vragenformulieren konden kosteloos worden geretourneerd. Na 2 maanden ontvingen de niet-respondenten een herinnering.

Bij het bepalen van het effect van de behandeling werd gekeken naar een aantal punten, namelijk: heeft de patiënt al contact gehad met de huistandarts? Zo ja, hoe is dat contact verlopen en zo nee, waarom is er nog geen contact geweest. Wat is er naar aanleiding van de angstbegeleiding volgens de patiënt verbeterd en/of verslechterd?

2.4 Statistische toets

De gegevens met betrekking tot de ge-

bruikte behandelingsstrategieën werden geanalyseerd met behulp van χ^2 -toetsen.

3 Resultaten

3.1 Behandelingsstrategieën

De behandelingsstrategie is onderzocht bij 158 patiënten (211 patiënten minus 53 patiënten waarbij alleen sprake was van een intake). De resultaten zijn weergegeven in tabel I.

De Tell-Show-Do-methode blijkt verreweg de meest gebruikte methode. Vooral bij patiënten van 20 jaar en ouder wordt deze methode in vergelijking met de andere methoden veel toegepast. Om dit nader te bekijken is een post-hoc chi-kwadraat toets uitgevoerd, waarbij 2 leeftijdscategorieën (0 tot 19 jaar en 20 jaar en ouder) werden afgezet tegen 2 categorieën behandelingsmethoden (Tell-Show-Do-methode en andere methoden). Hieruit blijkt inderdaad dat bij patiënten van 20 jaar en ouder in vergelijking met patiënten van jonger dan 20 jaar overwegend de Tell-Show-Do-methode wordt toegepast ($\chi^2 = 11,23$; $p < 0,001$).

Narcose lijkt vooral toegepast te worden bij zeer jonge kinderen (0 tot 4 jaar). Een chi-kwadraat toets waarbij 2 leeftijdscategorieën (0 tot 4 jaar en 5 jaar en ouder) werden afgezet tegen 2 behandelingscategorieën (narcose en andere behandelingsmethoden) bevestigt dit ($\chi^2 = 21,95$; $p < 0,001$).

De inhalatie-sedatie-methode wordt vooral bij kinderen van 10 tot 14 jaar ge-

Tabel I. Verdeling van de patiënten over de leeftijdsgroepen en toegepaste strategieën.

Leeftijd	Aantal patiënten	Strategie				
		intake	narcose	inh-sed*	hypnose	tsd@
0-4	19	1	9	0	0	9
5-9	27	4	6	2	2	13
10-14	17	0	3	8	0	6
15-19	10	3	0	2	1	4
20-29	72	23	2	3	8	36
30-39	37	15	0	2	1	19
40-oo [§]	29	7	0	1	5	16
totaal	211	53	20	18	17	103

* inhalatie-sedatie

@ tell-show-do

§ en ouder

bruikt (10 tot 14 jaar en overige leeftijden tegenover inhalatie-sedatie en overige methoden; $\chi^2 = 20,21$; $p < 0,001$), dat wil zeggen: vooral bij kinderen in de puberteit.

Hypnose, tot slot, wordt eigenlijk alleen gebruikt bij patiënten die ouder zijn dan 15 jaar.

3.2 Effecten van de behandeling

Alle 211 patiënten die tussen 1984 en 1990 werden (terug)verwezen, ontvingen een evaluatieformulier. Van hen hebben 158 (75%) het formulier geretourneerd, 50 mannen en 108 vrouwen. Van deze 158 patiënten hadden er 142 (90%) intussen contact gehad met de huistandarts. Zestien patiënten (10%) hadden nog geen contact met de huistandarts gehad. Deze 16 patiënten gaven de volgende redenen daarvoor aan: angst nog niet overwonnen (4), geen klachten bij volledige prothese (2), geen tijd (2), financiële redenen (2) en al wel een afspraak gemaakt maar nog geen contact gehad (6). Bij de 142 patiënten die al wel contact met de huistandarts hadden gehad, hield het contact in: controle (56), daadwerkelijke behandeling (81) en een kennismakingsgesprek (5).

Gevraagd naar het verloop van de contacten antwoordden 117 patiënten (74%) met goed of uitstekend, 16 patiënten (10%) met matig en 5 patiënten (3%) met slecht. De overige 4 patiënten hebben de vraag niet beantwoord.

De vragen van de enquête hadden een open karakter. Veel mensen hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid een en ander nader toe te lichten. Opvallend daarbij is dat een groot aantal mensen gunstige effecten van de behandeling meldt op hun psycho-sociaal welbevinden, zoals toename van het zelfvertrouwen en het beter kunnen uiten van de angst. De meest gegeven reacties zijn weergegeven in tabel II.

Van de 53 niet-respondenten behoorden er 19 tot de intakegroep en 34 tot de behandelingsgroep. Er was geen verband te zien tussen het al dan niet reageren en leeftijd of wijze van kennis maken met de afdeling.

4 Discussie en conclusie

In dit onderzoek zijn zowel methoden als resultaten van de angstbegeleiding bij extreem angstige patiënten geïnventariseerd. Het blijkt dat de Tell-Show-Do-methode bij de behandeling van volwassen patiënten het meest wordt gebruikt. Ook bij kinderen wordt deze methode veel gebruikt, maar daarnaast wordt bij kinderen van 0 tot 4 jaar veel gebruik gemaakt van narcose en bij kinderen van 10 tot 14 jaar van inhalatie-sedatie.

Er is een aantal verklaringen voor het feit dat de Tell-Show-Do-methode zo veel wordt gebruikt. Allereerst behoudt de patiënt bij deze methode een zekere mate van controle over de behandeling, het is immers de patiënt die bepaalt wat er wanneer gaat gebeuren. Dit is uiterst belangrijk omdat aan de basis van de angst voor de tandheelkundige behandeling bij veel patiënten angst voor controleverlies ligt.^{3,7} Daarnaast wordt bij een consequente toepassing van de Tell-Show-Do-methode vroeg of laat duidelijk waar de echte problemen te verwachten zijn, voordat deze zich daadwerkelijk voordoen. Een niet herkende prikfel bij voorbeeld zal zich manifesteren op het moment dat de tandarts de spuit laat zien aan de patiënt, en niet wanneer de tandarts op het punt staat de injectie daadwerkelijk te geven. Een groot voordeel van de Tell-Show-Do-methode boven de andere methoden is dat ze ook eenvoudig toegepast kan worden in de huistandartspraktijk, waardoor er sprake kan zijn van een goede aansluiting tussen de angstbegeleiding en de behandeling bij de huistandarts.

Tabel II. Meest genoemde effecten van de angstbegeleiding.

Toename van het zelfvertrouwen	29
Angst is minder geworden	29
Angst is geheel weg	22
Angst is vrijwel weg	21
Veel baat van het leren ontspannen	20
Durven uiten van en praten over angst	13
Beter omgaan met 'witte jassen'	8

De verklaring voor het feit dat narcose, inhalatie-sedatie en hypnose, bij volwassenen, duidelijk minder worden gebruikt dan de Tell-Show-Do-methode, moet gezocht worden in het feit dat bij deze methoden sneller afhankelijkheid van behandelingsmethode of behandelaar op kunnen treden. Gezien de doelstelling van de angstbegeleiding is het niet wenselijk dat de patiënt de angst leert beheersen met behulp van middelen die de huistandarts doorgaans niet toe zal kunnen passen.

Opvallend is dat narcose relatief veel gebruikt wordt bij zeer jonge kinderen (0 tot 4 jaar). Het blijkt hier veelal te gaan om kinderen met een grote behandelingsachterstand, ten gevolge van de zogenaamde 'zuigfles cariës'. Tandheelkundige hulp is bij deze kinderen zo urgent, dat niet gewacht kan worden op het verloop van de angstbegeleiding. Bovendien bestaat de indruk dat deze kinderen op zich niet extreem bang zijn voor de tandarts. Het probleem is vooral dat er zoveel aan hun gebit moet gebeuren dat ieder kind daar bang van zou worden.

Inhalatie-sedatie wordt vooral bij kinderen van 10 tot 14 jaar gebruikt. Vaak is er bij hen sprake van een slechte motiveerbaarheid – ze komen niet uit zichzelf, maar worden meestal door hun ouders gestuurd – en leveren andere vormen van ontspanning onvoldoende resultaat op.

De resultaten van de angstbegeleiding zijn bemoedigend. Negentig procent van de respondenten heeft weer contact met de huistandarts en 74% van de respondenten geeft aan dat dit contact goed te noemen is. Van de 16 patiënten die nog geen contact met de huistandarts hebben gehad geven slechts 4 patiënten expliciet aan dat de nog aanwezige angst daar de oorzaak van is. Dit resultaat komt in grote lijnen overeen met de resultaten van een van de weinige andere onderzoeken op dit gebied, dat van Hakeberg, Beggren en Carlsson.⁸ Zij vonden

dat gemiddeld 81% van de 14 door hen behandelde extreem angstige patiënten na angstbegeleiding weer regelmatig een tandarts bezocht. Zij hebben echter niet onderzocht wat de kwaliteit van de contacten was.

Het effect van de non-respons op de resultaten is moeilijk vast te stellen, aangezien de groep die het evaluatieformulier niet retourneerde op variabelen als leeftijd en wijze van kennis maken met de afdeling niet afwijkt van de groep die het evaluatieformulier wel retourneerde. Er zijn dan ook geen redenen om aan te nemen dat het alleen om mensen gaat waarbij de angstbegeleiding niet geslaagd is.

Opvallend is dat veel respondenten aangeven dat er ook verbeteringen in het psycho-sociaal welbevinden zijn opgetreden die niet direct iets met de angstbegeleiding te maken hebben. Er is dus sprake van een generalisatie-effect van de therapie naar andere dan tandheelkundige situaties. Dit effect vinden we ook terug in andere studies.^{8,9}

Naast de 211 patiënten die de afdeling inmiddels hebben verlaten is er een kleine groep van ongeveer 10 patiënten waarbij de angstbegeleiding ook na lange tijd onvoldoende resultaat heeft om verantwoord terug te kunnen verwijzen. Bij deze patiënten is veelal sprake van een zeer gecompliceerde en niet aan de tandheelkundige situatie gebonden problematiek. Verwacht wordt dat een aantal van hen wellicht altijd op de afdeling onder behandeling zal blijven.

Geconcludeerd kan worden dat de angst-

begeleiding doelmatig is. Het overgrote deel van de angstpatiënten heeft een half jaar na afsluiting van de begeleiding een goed contact met de huistandarts. Hierbij gaat het veelal om mensen die, voordat ze

zich op de afdeling aanmeldden, al jaren niet meer bij een tandarts zijn geweest. Daarbij blijken er gemiddeld slechts 7 zittingen nodig te zijn om tot een verantwoord (terug)verwijzing te komen.

Summary

A RESEARCH INTO THE METHODS AND EFFICIENCY OF THE TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING FROM DENTAL FEAR

Key words: Dental fear – Follow-up

211 Patients followed a special dental fear programme. The Tell-Show-Do method was the method most often used. Half a year after having finished the programme all patients received a questionnaire. A majority (74%) of the 158 patients that returned the questionnaire reported a good contact with their home dentist.

Literatuur

- ¹LAGENDIJK. 92% Van de ondervraagden: goed gebit uiterst belangrijk. NT 1980; 35: 1330-7.
- ²SCHUURS AHB, DUIVENVOORDEN HJ, THODEN VAN VELZEN SK, VERHAGE F. Dental anxiety, the parental family and regularity of dental attendance. Community Dent Oral Epidemiol 1984; 12: 89-95.
- ³BERGSMA J, MEUWISSEN PRM, MACLEOD-KUIK EM. Angst voor de tandarts. Ned Tijdschr Tandheelkd 1992; 99: 375-7.
- ⁴ALBERDA B, KWEE M. Tandartsfobie. Gedragstherapie 1984; 17: 115-35.
- ⁵SOKOL DJ, SOKOLS, SOKOL CK. A review of noninvasive therapies used to deal with anxiety and pain in the dental office. J Am Dent Assoc 1985; 110: 217-22.
- ⁶SCHUURS AHB, BROERSMA-VAN DER MEULEN MJ. Angstbegeleiding en -bestrijding: benadering van volwassenen. Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97: 482-5.
- ⁷BORLAND LR. Odontophobia-Inordinate fear of dental treatment. Dent Clin North Am 1962; 1: 683-95.
- ⁸HAKBERG M, BEGGREN U, CARLSSON SG. A 10-year follow-up of patients treated for dental fear. Scand J Dent Res 1990; 98: 53-9.
- ⁹GERSCHMAN JA. Dental fears and phobias. Aust Fam Physician 1988; 17: 261-6.