

## Bijzonder onderwerp

# Bijzondere tandheelkunde: zo mogelijk de huistandarts, indien nodig een instelling

## Verleg je grenzen!

### Voorwoord

Het voorjaarscongres van de Nederlandse Vereniging van Tandartsen, in samenwerking met COBIJT, vond plaats op vrijdag 17 april 1998 in de Jaarbeurs Congreszaal te Utrecht. Het congres had als thema: 'Bijzondere tandheelkunde: zo mogelijk de huistandarts, indien nodig een instelling. Verleg je grenzen!'

De moderator van het congres, dr. C. van Loveren, is erin geslaagd, samen met dr. P.C. Makkes, een congres voor te bereiden dat om meerdere redenen bijzonder was. Ten eerste de patiëntencategorie. De aandacht was gericht op de verschillende patiëntengroepen zoals gehandicapten, extreem angstigen en CMD-patiënten. Dikwijls is de tandheelkundige problematiek daarbij niet bijzonder, maar de omgang met de patiënt wel. Ten tweede ging het om bijzonderheden bij de behandeling. Wat kunt u in de huispraktijk zelf goed doen en wat kunnen anderen daarbuiten beter doen? Welke nuttige praktijktips zijn bij deze patiëntengroepen te gebruiken en hoe kunt u deze toepassen in uw eigen praktijk en daarin afstemmen met de Centra voor Bijzondere Tandheelkunde? Ten derde ging het om uzelf. Waarom bent u bijzonder dat u zich voor dit onderwerp interesseert, waarop wilt u zich toeleunen en hoe kunt u uzelf daar het beste op voorbereiden? Ten slotte waren de sprekers bijzonder. Zij hebben een brede ervaring op diverse deelgebieden van de bijzondere tandheelkunde. Nuttige informatie werd door hen verstrekt over alle aspecten die van belang zijn op het grensvlak tussen een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde en de eigen huispraktijk.

In deze bijdrage treft u de samenvattingen aan van de gehouden voordrachten. Moge het lezen ervan u inspireren om de bijzondere patiënten, die aan uw zorgen worden toevertrouwd, met nog meer inzicht en deskundigheid optimale zorg te geven.

Prof.dr. A.J.M. Plasschaert, voorzitter NVT

NVT VOORJAARSCONGRES

**'BIJZONDERE TANDHEELKUNDE'**

NVT  
DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN TANDARTSEN

Jaarbeurs Utrecht  
 Vrijdag 17 april 1998

# Tandheelkunde voor bijzondere patiënten

## Inleiding

Iedere tandarts wordt zo nu en dan geconfronteerd met patiënten met zulke ingewikkelde, ernstige of uitzonderlijke problemen, dat specifieke deskundigheid gewenst is om tot een oplossing te komen. Toch geldt voor deze bijzondere patiënten dat de eigen tandarts in principe de tandheelkundige zorg verleent. Centra voor Bijzondere Tandheelkunde kunnen de tandarts ondersteunen met advies, begeleiding of door tijdelijke overname van (een deel) van de behandeling. Dit vergt een goede communicatie tussen alle betrokkenen – huis-tandarts, centrumtandarts, adviserend tandarts en patiënt – opdat de patiënt niet via 'trial and error', maar langs de kortste route de juiste zorg krijgt. De bij de 'bijzondere' patiënt betrokken tandheelkundige professionals zullen elkaar niet alleen inhoudelijk moeten begrijpen, maar men zal ook rekening moeten houden met de financiële en verzekeringstechnische randvoorwaarden waarbinnen de behandeling geëffectueerd kan worden.

## Centrumindicatie

Voor de tandarts algemeen-practicus is het van belang dat deze als poortfunctionaris wordt aangemerkt en dat anderen, zoals een medisch specialist, kaakchirurg, orthodontist of huisarts, in principe bij tandheelkundige probleemsituaties eerst terugverwijzen naar de huistandarts, of ten minste met deze overleg plegen voordat de patiënt naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT) wordt verwezen. Een uitzondering wordt gemaakt voor extreem angstige patiënten, die lang geen tandarts meer hebben bezocht en veelal via hun huisarts hulp zoeken. Een goede leidraad bij dit alles vormen de 'Uitvoeringsrichtlijnen voor de tandheelkundige hulp, verleend in instellingen voor Bijzondere Tandheelkunde op grond van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering', die door COBIJT (Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde), het College van Adviserend Tandartsen en de NMT (Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, Werkgroep Gehandicaptenzorg) zijn ontwikkeld. Deze richtlijnen maken sinds december 1997 deel uit van het Vademecum Tandheelkunde.

Voor een aantal bijzondere, weinig voorkomende problemen of handicaps is het zonder meer duidelijk dat behandeling in een CBT noodzakelijk is. Te denken valt aan dentoalveolaire defecten, schisis, oligodontie, amelogenesis imperfecta, patiënten die een bestraling ondergaan en ernstig lichamenteel en/of verstandelijk gehandicapt.

Voor de groepen patiënten die het vaakst worden verwezen naar de centra – patiënten met ernstige gebitsprothese problemen, patiënten met craniomandibulaire dysfunctie en extreem angstige patiënten – is het onderscheid tussen normaal en bijzonder en tussen ernstig en minder ernstig niet zo scherp. Juist hier zouden tandartsen in de algemene praktijk meer betrokken kunnen zijn bij een adequate opvang van patiënten.

## De procedure

Voorkomen moet worden dat de bij de verwijzing verstrekte informatie te summier is om te kunnen beoordelen of en in hoeverre een patiënt in aanmerking komt voor vergoeding van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Hierbij zijn twee vragen van belang: 1) Kan de patiënt aanspraak maken op bijzondere tandheelkundige hulp? en 2) Is het CBT inderdaad de meest geëigende plek voor de behandeling?

De problematiek moet van dien aard zijn dat in verband met de noodzakelijke specifieke deskundigheid, vaardigheden, faciliteiten en/of ondersteuning de behandeling redelijkerwijs niet kan plaatsvinden in de huistandartspraktijk. Als beide vragen positief kunnen worden beantwoord, spreken we van een centrumindicatie.

Om de verwijzing beter te structureren is een standaardverwijsformulier ontwikkeld, dat voor de tandarts enerzijds een goede leidraad vormt, maar hem anderzijds tot een actievere vorm van verwijzing dwingt. Het bevat de onderdelen: het doel van de verwijzing (bijvoorbeeld adviesvraag, tweede mening, begeleiding, gehele of gedeeltelijke overname van de behandeling); de relevante historie; de eigen bevindingen van de huistandarts; de eigen inspanningen terzake van het geconstateerde probleem en het eerdere behandelingsresultaat; de concrete vraagstelling en wensen ten aanzien van eigen participatie in de behandeling.

Het is denkbaar dat de huistandarts advies inwint bij het CBT en vervolgens zelfstandig de behandeling uitvoert, omdat hij kan overzien wat er moet gebeuren. Denkbaar is ook dat de huistandarts advies inwint en met enige begeleiding van het centrum als het ware wordt gecoacht bij de behandeling. De patiënt wordt gedurende het verloop van de behandeling door de huistandarts nog eens onderzocht in het centrum. Van deze laatste mogelijkheden, die een CBT kan bieden, wordt te weinig gebruikgemaakt. Voor de laatstgenoemde drie categorieën patiënten bevatten de 'Uitvoeringsrichtlijnen' criteria voor het vaststellen van een 'centrumindicatie'.

## Conclusie

Het is bij een verwijzing van cruciaal belang om een centrumindicatie vast te kunnen stellen. Immers, alleen als men beschikt over voldoende gegevens, kan men redelijk snel inschatten of een doorverwezen patiënt inderdaad aan het juiste adres is en mag men ervan uitgaan dat het eerste consult en de daaropvolgende behandeling voor een belangrijk deel door de zorgverzekering worden vergoed. Wanneer de verwijzing nauwelijks informatie bevat, kan men geen inschatting maken van de centrumindicatie en moet men er rekening mee houden dat de kosten, ook die van het consult, niet door de zorgverzekeraar worden vergoed.

A.P. Slagter

# De Zwolse netwerkgedachte

## Inleiding

In de dagelijkse praktijk blijkt dat er in veel bredere zin dan op basis van de regelgeving mogelijk is, een beroep wordt gedaan op de expertise van het Centrum voor Tandheelkunde in Bijzondere Gevallen (CTBG) te Zwolle. Niet alleen de tandarts, de orthodontist en de kaakchirurg, maar ook medische disciplines en (zorg- en schade)verzekeraars consulteren het CTBG regelmatig als kenniscentrum op vrijwel alle deelgebieden van de tandheelkunde. Ook de andere Centra voor Bijzondere Tandheelkunde in Nederland worden veelvuldig geraadpleegd. Een en ander resulteert in consultaties en behandelingen anders dan omschreven in de 'Uitvoeringsrichtlijnen voor tandheelkundige hulp, verleend in instellingen voor Bijzondere Tandheelkunde'.

Algemene maatschappelijke trends, zoals vergrijzing, technologische ontwikkelingen en verdergaande individualisering, waarbij de wensen van de patiënt steeds meer centraal staan, leiden tot een toename van de behoefte aan tijdrovende tandheelkundige zorg. Belemmeringen hierbij zijn de steeds strakere financiële kaders en het te verwachten tekort aan tandartsen. De specialistische kennis van een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde zal niet doelmatig kunnen worden ingezet, wanneer de patiëntenstroom niet adequaat verloopt.

Bovenstaande problematiek is onderkend door de diverse partijen in de regio Zwolle, zoals vertegenwoordigers van de Afdeling IJsselland van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT), verzekeraars, het CTBG en de directie van het ziekenhuis waar het CTBG gevestigd is. Na overleg is 'de Zwolse netwerkgedachte' ontstaan die betrekking heeft op de wijze waarop het leveren van tandheelkundige zorg in de regio te waarborgen is. Uitgangspunten zijn: 1. Optimale tandheelkundige zorg zonder discontinuïteit bij (terug)verwijzing. 2. Maximale benutting van de – beperkte – tandheelkundige menskracht. 3. Efficiënte en kwalitatief verantwoorde delegatie van zorg naar de regio.

## Het Zwolse netwerk

Alle partijen onderschrijven de wenselijkheid van een zorgnetwerk en de belangrijke rol van het CTBG als kenniscentrum voor de regio hierbij, en propageren voor de tandarts een grotere betrokkenheid bij patiëntenstromen van en naar het CTBG. De tandarts moet de spil blijven in de tandheelkundige zorgverlening. Het CTBG verleent, zoals de naam al zegt, tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen. Beide zullen hun taak volledig moeten kunnen waarmaken.

Voor die zorg waar de tandarts zich niet voor toegerust voelt of waarvoor hem/haar het instrumentarium ontbreekt

en die ook niet in het centrum thuishoort, kan een tussenlaag van gedifferentieerde tandartsen worden gecreëerd. Hierdoor ontstaat een piramidevormige opbouw van de beroepsgroep (afb. 1). Aan de basis staat de tandarts die bij toenemende complexiteit van een casus, via horizontale verwijzing een beroep kan doen op een meer gedifferentieerde collega uit het 'netwerk'. Is het probleem dermate ingewikkeld dat multidisciplinaire aanpak gewenst is, dan kan worden verwezen naar het Centrum. Dit schept de mogelijkheid de patiënt zo dicht mogelijk bij huis de noodzakelijke zorg te bieden. Voor het Centrum is dit netwerk nuttig en belangrijk omdat een deel van haar taken door deze gedifferentieerde collega kan worden overgenomen. Zo zullen uiteindelijk de scheidslijnen tussen de verschillende groepen vervagen. Een indicatiecommissie met vertegenwoordigers van alle betrokken partijen waakt over de patiëntenstromen.

## Voorbeeld casus

Een vrouw van 39 jaar werd verwezen naar het Centrum met de volgende klachten: knappende pijnlijke kaakgewrichten, pijn in de onderkaak links en rechts, tinteling in de wang, en in de anamnese tevens nek-, rug- en knieklachten. De historie vermeldde dat zij voor al deze klachten in de afgelopen 4 jaar diverse behandelingen bij kaakchirurg en fysiotherapeut had ondergaan. De werkdiagnose luidde: TMD zowel myo- als artrogeen plus dentogene pijn. Bovendien bleken er nogal wat dubieuze endodontische behandelingen te zijn verricht.

Door het Centrum werd patiënte verwezen naar een manueel therapeut en werd gelijktijdig met splinttherapie aangevangen. Tevens werd zij verwezen naar een 'netwerk'tandarts met speciale interesse in de endodontologie voor revisie van de endodontisch en chirurgisch behandelde elementen. Nadat patiënte klachtenvrij was, werd zij terugverwezen naar haar huistandarts voor occlusieherstel door middel van kroon- en brugwerk.

## Samenwerken

Het waarborgen van de tandheelkundige zorg in de Zwolse regio in de toekomst zal gerealiseerd worden dankzij de Zwolse netwerkgedachte, die als kenmerken heeft: (a) continueren en uitbreiden van cursussen voor de tandarts algemeen-practicus door het CTBG; (b) intensiveren van begeleiding en ondersteunen van het netwerk door het creëren van stagemogelijkheden in het centrum; (c) het hanteren van een strak verwijzingsprotocol; (d) systematische evaluatie van de effectiviteit van behandelstrategieën van het centrum en het netwerk; (e) uitbreiding van het CTBG.

## Conclusie

Naar onze mening is het met het geschetste model mogelijk te komen tot een overzichtelijk, flexibel en beheersbaar systeem van tandheelkundige zorg. Hierdoor, zo is onze intentie, kan adequaat worden ingespeeld op de groei van het aantal patiënten en zal de patiëntenstroom beter kunnen worden gestroomlijnd.

W.J. van der Kam, P.A.M. Versteegh

Met dank aan H.B. Derksen, J.H.A. van Zanten en R. Rowel.



afb. 1  
De Zwolse netwerkgedachte schematisch weergegeven.  
(CTBG = Centrum voor Tandheelkunde in Bijzondere Gevallen. TAP = Tandarts algemeen-practicus)

# De AWBZ-tandheelkunde op de helling?

## Nieuw uitgangspunt

Onder verantwoordelijkheid van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is in september 1997 het advies 'De toekomst van de AWBZ' verschenen. In deze nota wordt de huidige AWBZ-regeling niet alleen beschreven als een nationale trots, een omvangrijk stelsel van voorzieningen voor ouderen, mensen met een handicap en geesteszieken, maar ook als 'een uitdijend heelaal'. Dit stelsel gaat om diverse redenen op de helling. De belangrijkste reden, hoewel dat minder expliciet gesteld wordt, is waarschijnlijk van financieel-economische aard.

Als nieuw uitgangspunt geldt de stelregel: *Zo gewoon als mogelijk, zo bijzonder als nodig*. Het gevolg hiervan is dat er in de toekomst zo veel mogelijk gebruikgemaakt gaat worden van de gewone en zo nodig aangepaste voorzieningen. Dit heeft tot gevolg dat de grote instellingen, waar nu honderden mensen met een verstandelijke handicap wonen, opgesplitst gaan worden in kleine en regionaal gelegen wooneenheden. De medische en tandheelkundige zorg zal dan lokaal door de huisarts en huistandarts moeten worden gegeven.

De intramurale medische en tandheelkundige expertise die in de loop van vele jaren is opgebouwd, komt daarmee ofwel te vervallen of zal op z'n minst zeer sterk worden gereduceerd. Als gevolg hiervan kan worden betwijfeld of de overheid een goede kwaliteit van de zorg kan handhaven en aan haar zorgplicht kan blijven voldoen.

## Gevolgen voor de praktijk

De huispraktijken worden in de komende jaren uitgebreid met naar schatting 30.000 patiënten met een verstandelijke handicap. Een klein aantal daarvan zal goed in de huispraktijk kunnen worden behandeld, een groot aantal zal echter moeten worden doorverwezen naar de lokale Centra voor Bijzondere Tandheelkunde en de daarmee vergelijkbare instellingen. Deze centra hebben echter nu al lange wachtlijsten. Er moet dus enerzijds in de komende jaren flink worden geïnvesteerd in de uitbreiding van de behandelcapaciteit van deze centra. Anderzijds is uitbreiding van de kennis en vaardigheden binnen de huispraktijk ook noodzakelijk. Hierdoor zullen minder verwijzingen nodig zijn.

Een nog nauwelijks onderkende reden van de lange wachttijden binnen de centra is het gebrek aan doorstroming van patiënten. De meeste verwijzingen vanuit de huispraktijk gaan vergezeld met het verzoek de patiënt blijvend onder behandeling te nemen. Na afbehandeling vindt er dan geen terugverwijzing plaats met als gevolg dat de centra dichtgroeien en daardoor minder nieuwe doorverwezen patiënten kunnen aannemen. Bij een substantieel aantal verwijzingen is een zogenoemde blijvende centrumindicatie terecht, bij sommige patiënten zou terugverwijzing naar de huistandarts echter tot de normale procedure moeten behoren. Deze groeiende capaciteitsproblemen van de centra behoren er niet te zijn. Het is niet acceptabel dat patiënten die worden verwezen, meerdere maanden moeten wachten op een eerste consult, laat staan behandeling.

## Zo gewoon als mogelijk, zo bijzonder als nodig

De NMT is goed op de hoogte van de hier geschetste proble-

matiek. Binnen de Werkgroep Gehandicaptenzorg wordt overleg gevoerd om passende voorstellen te ontwikkelen.

Hoewel het op dit moment onbekend is in welke mate een en ander realiteit zal worden, is één ding zeker: in toenemende mate zullen mensen met een handicap de huistandarts consulteren en dat zal hier en daar enige aanpassing van de praktijkorganisatie vragen. Veel praktijken zijn goed geoliede organisaties waarbinnen de zaken uniform en gedisciplineerd verlopen. Er zijn vaste regels omtrent procedures, afspraken en tijden. Iedereen moet zich hier zo veel mogelijk aan onderwerpen. Patiënten die zich hier echter niet of slechts met moeite aan kunnen houden, worden al gauw beoordeeld op hun afwijkend gedrag of gebrek. Dit afwijkende gedrag of gebrek gaat dan de boventoon voeren, waardoor patiënten zich niet meer als individu benaderd voelen. Dit kan voor angstige mensen gelden, maar zeker ook voor mensen met een handicap.

De tandheelkundige zorg voor mensen met een handicap is geen aaneenschakeling van trucjes en handigheidjes, maar vraagt vooral om een attitude die erop gericht is samen met de patiënt te zoeken naar de mogelijkheden. Het aansluiten bij wat wel mogelijk is, moet de boventoon voeren, en niet het blijven steken bij wat niet mogelijk is.

Deze grondhouding is ook de leidraad in het omgaan met mensen met een verstandelijke handicap. Het samen zoeken naar wat mogelijk is door stap voor stap een behandeling op te bouwen, geeft al gauw een vertrouwensrelatie. Vanuit deze vertrouwensrelatie is het in het algemeen niet moeilijk te ervaren tot hoever een behandeling wel mogelijk is en voor welk onderdeel verwijzing eventueel nodig is. Ouders van kinderen met een handicap of professionele begeleiders zullen graag helpen met het zoeken naar oplossingen in de huispraktijk. Alle betrokkenen zijn dan bezig met hetzelfde doel: verantwoordelijke zorg zo veel mogelijk in de huispraktijk, zo gewoon als mogelijk.

Vanuit deze grondhouding zullen dan ook noodzakelijke verwijzingen naar Centra voor Bijzondere Tandheelkunde geaccepteerd worden. Deze verwijzingen kunnen dan zowel onderdelen van behandelingen betreffen als de gehele blijvende zorg: zo bijzonder als nodig.

Het is belangrijk dat de mogelijkheden tot verwijzing kunnen blijven bestaan. Dit zal ingrijpend veranderen wanneer het merendeel van de AWBZ-instellingen, als gevolg van een nieuwe visie op de AWBZ, gedwongen wordt de nu nog aanwezige intramurale tandheelkundige zorg te beëindigen. Alleen de huidige Centra voor Bijzondere Tandheelkunde blijven dan nog over.

## Besluit

Vanuit de ons omringende landen wordt in het algemeen met afgunst gekeken naar het niveau van de tandheelkundige zorg aan mensen met een handicap in Nederland. Men heeft al 25 jaar geleden erkend dat deze zorg extra inspanning en extra tijd vergt. De nieuwe AWBZ-visie zal ongetwijfeld leiden tot een onacceptabele reductie van de toegankelijkheid en het niveau van tandheelkundige zorgverlening aan mensen met een handicap. Een ontwikkeling die we als professe zo veel mogelijk moeten tegengaan.

P.R.M. Meuwissen

# Behandelingsaspecten van angstige patiënten

## Inleiding

Eén op de twintig Nederlanders gaat niet naar de tandarts vanwege angst. Dit heeft natuurlijk negatieve gevolgen voor het gebit. Maar ook reguliere patiënten zullen niet in alle gevallen angstbestendig zijn. Geschat wordt dat tachtig procent van de patiënten tijdens de behandeling angst ervaart. Wat te doen als uw patiënt te kennen geeft bang te zijn voor pijn of een injectie, of gaat kokhalzen tijdens het nemen van een afdruk?

## De enkelvoudige angststoornis

Extremes angst voor een bepaald object of een bepaalde situatie wordt een specifieke fobie genoemd. Volgens het internationale classificatiesysteem van psychiatrische stoornissen, DSM-IV, voldoet men aan de kenmerken van een (specifieke) fobie voor de tandheelkundige behandeling in een of meer van de volgende gevallen:

- De angst wordt opgewekt door stimuli die rechtstreeks te maken hebben met de tandheelkundige behandeling zelf, zoals het geluid van de boor of de injectienaald.
- Er is sprake van vermijding of, als dit niet kan, heftige angstreacties.
- De angst is zo onredelijk en excessief dat het dagelijks leven er in negatieve zin door wordt beïnvloed.

## Wijze van behandeling

Is er sprake van alleen een specifieke fobie voor de tandheelkundige behandeling, dan zal het in het algemeen niet moeilijk zijn de patiënt te behandelen. Tenminste, als aan de volgende drie voorwaarden wordt voldaan:

1. Er wordt moeite gedaan vertrouwen te wekken, onder andere door het tonen van respect en begrip voor de patiënt en zijn problematiek.
2. De behandeling wordt zo veel mogelijk voorspelbaar gemaakt, onder andere door heldere informatie en uitleg over de te verrichten handelingen te geven. Daarnaast wordt elk gebruik van instrumenten in de mond van tevoren aangekondigd ('tell-show-do').
3. De patiënt wordt zo veel mogelijk een gevoel van controle gegeven, onder andere door het afspreken van een stopsignaal, door de behandeling in een aantal kleinere (seconden durende) stukken op te delen en door het inlassen van rustpauzes.

Daarnaast kan het soms noodzakelijk zijn de patiënt een aantal vaardigheden te leren die hem kunnen helpen bij het weerstaan of hanteren van angstreacties. Voorbeelden hiervan zijn bepaalde manieren van ademhaling, ontspanning, afleiding, fantasie of het in samenwerking met de patiënt bedenken van positieve zelfverbalisaties ('peptalk'). Het meest robuuste angstreducerende effect valt overigens te verwachten van het toepassen van gedragstherapeutische technieken, vooral 'gradual exposure in vivo'. Dit behelst het langzaam en stapsgewijs confronteren van de patiënt met angstwekkende stimuli of situaties. Hierdoor treedt gewinning op, krijgt de patiënt weer vertrouwen in zijn eigen kunnen en kan de angst geleidelijk verdwijnen.

## Psychiatrische stoornissen

In veel gevallen gaat het echter niet om een specifieke tand-

heelkundige angst, maar is er sprake van een ernstiger vorm van psychopathologie, dat wil zeggen: een die zich ook buiten de tandheelkundige setting voordoet. Uit cijfers van een recente landelijke steekproef blijkt dat één op de vier Nederlanders last heeft van een psychiatrische stoornis. Uit de gegevens van dit onderzoek komt verder naar voren dat bijna de helft van de mensen met een psychiatrische stoornis ook nog een andere psychische aandoening heeft (Bijl *et al*, 1997). De meest voorkomende combinatie is die van angst en depressie. In het kader van het behandelen van angstige of anderszins moeilijke patiënten is het van belang in te schatten of er sprake is van een enkelvoudige of ongecompliceerde fobie, dan wel van een meervoudige angst of een andere complexe vorm van psychopathologie (tab. 1).

**Tabel 1. Enkele kenmerken van categorieën van psychiatrische stoornissen die de tandheelkundige behandeling op negatieve wijze kunnen beïnvloeden.**

### Paniekstoornis

- Plotselinge aanvallen van benauwdheid, duizeligheid, hyperventilatie of hartkloppingen, die aanleiding geven tot intense angst.
- De aanvallen treden vooral op in situaties waar veel mensen zijn (supermarkten, openbaar vervoer, etc.).

### Obsessief-compulsieve stoornis

- Telkens terugkerende indringende gedachten of impulsen (over besmetting, het gebit etc.), meestal in combinatie met sterk geritualiseerde dwanghandelingen (handen wassen, tandenpoetsen, etc.) die sterk interfereren met het dagelijks leven.

### Gegeneraliseerde angststoornis

- Buitensporige angst voor en bezorgdheid (onder andere 'onbeheersbaar piekeren') over mensen of activiteiten (kinderen, financiën, werk, etc.).

### Somatisatiestoornis

- Grote variëteit aan somatische klachten met een lange voorgeschiedenis van somatische diagnoses, ingrepen en zorgverleners.
- De klachten kunnen niet worden toegeschreven aan een lichamelijke ziekte of specifiek tandheelkundig probleem.

### Hypochondrie

- Angstige overtuiging aan een ernstige ziekte te lijden zonder dat er sprake is van een lichamelijke aandoening (de patiënt klaagt wel).

### Nagebootste stoornis

- Lichamelijke symptomen die voorgewend (bijvoorbeeld pijn, epileptische insulten) (onder andere Münchhausen syndroom) of met opzet verwekt worden (bijvoorbeeld braken) met als doel de rol van patiënt te verkrijgen.

## Besluit

Indien er sprake is van psychopathologie zoals vermeld in tabel 1, kan het noodzakelijk zijn te verwijzen naar een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT); het liefst een waaraan een psycholoog verbonden is. Vroegtijdige herkenning en verwijzing is belangrijk, omdat dit niet alleen de patiënt maar ook de tandarts algemeen-practicus kan behoeden voor onverwacht moeilijke, nare of ondoelmatige behandelingen.

A. de Jongh

## Literatuur

BIJL RV, ZESSEN G VAN, RAVELLI A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141: 2453-2460.

# Een alternatieve diagnose voor angst

## Inleiding

Wanneer een tandarts te maken krijgt met angstige patiënten, is het niet altijd duidelijk of de patiënt inderdaad angstig is of dat hij/zij angst voorwendt. Sommige patiënten komen met een heel concrete klacht, bijvoorbeeld: 'Ik durf niet naar de tandarts'. Dit kan vergelijkbaar zijn met: 'Ik moet voor ik naar bed ga altijd aan de gaskranen voelen of ze dicht zijn'. Zodra deze patiënten hun angsten en deze dwanghandelingen kwijt zijn, zijn ze meestal tevreden.

Een andere categorie van patiënten gebruikt een algemene formulering: 'Ik ben onzeker, durf niet goed contacten te leggen, kan geen beslissingen nemen en pieker over alles'. Men komt met dit type klachten in de regel pas om hulp vragen als er in meer situaties moeilijkheden zijn ontstaan. Het zijn klachten waarbij de persoonlijkheid van de patiënt een rol speelt. De persoonlijkheid moet gezien worden als een complex patroon van diep ingebedde, niet direct zichtbare psychologische kenmerken, die zich als automatische mechanismen uiten in vrijwel ieder facet van het persoonlijk functioneren.

## De persoonlijkheidsstoornis

Van een stoornis in de persoonlijkheid is pas sprake zodra het gehele functioneren van de persoon wordt getekend door bepaalde extreme eigenschappen (Vandereycken *et al*, 1996). Deze eigenschappen zijn altijd aanwezig en tevens zo star, rigide en slecht aangepast aan de sociale context dat het functioneren van de persoon in kwestie erdoor wordt belemmerd (tab. 1).

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis zijn in veel gevallen moeilijke mensen voor hun directe omgeving. Zij zien de wereld en niet zichzelf als uit de pas lopend. Een gevolg hiervan is dat zij niet worden begrepen, en dit proces bekrachtigt hun deviatie.

Het hebben van een klacht of symptoom (zoals angst voor de tandarts) vormt vaak het beginpunt van een hulpvraag. Achter de aangegeven klacht kan een uitgebreide persoonlijkheidspathologie schuilgaan. Patiënten met een somatisatiestoornis en/of patiënten met meervoudige pijnklachten voldoen zeer vaak (40-60%) aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis (Derksen, 1993). In de praktijk herkent u deze patiënten pas als het mogelijk al te laat is en de tandarts-patiëntrelatie verstoord is. Het zijn mensen die ageren, manipuleren, dreigen, instructies niet opvolgen, niet betalen, of juist met u afrekenen in de vorm van een proces.

Een specifieke vorm van de persoonlijkheidsstoornis waarbij een grote verscheidenheid van sociaal afwijkend gedrag voorkomt, is de antisociale persoonlijkheidsstoornis (tab. 2). Deze persoonlijkheidskenmerken zijn voor 50 tot 70% genetisch bepaald. Het begin wordt vaak al vóór de leeftijd van

Tabel 2. Kenmerken van antisociale persoonlijkheidsstoornis.

- Grote onverschilligheid ten aanzien van gevoelens van anderen.
- Zich weinig of niets gelegen laten liggen aan normen, regels en verplichtingen.
- Niet in staat zijn duurzame relaties te onderhouden, ondanks het geen moeite hebben met het aangaan ervan.
- Een lage frustratietolerantie en een lage drempel voor uitbarstingen van agressie, geweld en wreedheid.
- Zich niet schuldig kunnen voelen en niet van negatieve ervaringen (met name straf) leren.
- Anderen de schuld geven of smoezen verzinnen voor zaken die leiden tot botsingen met anderen of met de samenleving.

twalf jaar gesignaleerd. De kenmerken kunnen gecamoufleerd worden door goede sociale vaardigheden, schijnbare aangepastheid en/of bovengemiddelde intelligentie.

## Hoe moet men omgaan met patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis?

Ten aanzien van de herkenning is het 'niet pluis'-gevoel een aardige indicatie. Het verdient aanbeveling dat gevoel te volgen en een vriendelijke professionele houding aan te nemen, waarbij u duidelijk aangeeft wat u kunt bieden. Als dat niet geaccepteerd wordt, is er geen reden om aan de behandeling te beginnen. U vertelt eerlijk en duidelijk onder welke omstandigheden u wilt en kunt werken. Zonodig herhaalt u dat. Houd uw eigen grenzen goed in de gaten en laat u niet verleiden tot het verleggen ervan. Bij dreigende escalatie blijft u zo neutraal mogelijk dezelfde 'boodschap' herhalen (kapotte-grammofoonplaatmethode). U blijft de patiënt duidelijk maken dat u hem echt niets meer kunt bieden. Bedenk hierbij dat hij u dan waarschijnlijk een slechte tandarts zal vinden, maar hierbij geldt: beter zo genoemd worden dan het daadwerkelijk te zijn. Wat u absoluut niet moet doen, is de strijd aangaan. De kans dat het dan uit de hand loopt, is groot, en u bent gegarandeerd degene die verliest en met de brokken of angst komt te zitten (Meyntjes, 1995).

## Slotbeschouwing

Voor verdere verwijzing kan de algemeen-practicus terugvalen op het CBT, vooral voor verdere diagnostiek en begrenzing van de zorg. Als het gaat om noodzakelijke behandeling of ondersteuning door een psycholoog, is de huisarts de eerst aangewezen persoon voor verwijzing. Als u deze routes aanhoudt, is het probleem voor declaratie van verdere behandeling ook zo veel mogelijk afgedekt.

H.J.M. van den Oord, J.S.J. Veerkamp

## Literatuur

- DERKSEN J.J.L. Handboek persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 1993.
- MEYNTJES P. Persoonlijkheidsstoornissen: een pleidooi voor een geïntegreerde aanpak. Gedragstherapie 1995; 4: 231-56.
- VANDEREYCKEN W, HOOGDUIN CAL, EMMELKAMP PGM, RED. Handboek psychopathologie. Houten/Diegen: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.

Tabel 1. Kenmerken van persoonlijkheidsstoornis.

- Inflexibele en onaangepaste reacties op stress.
- Onvermogen tot werken en tot het aangaan van (volwassen) relaties, ernstiger dan bij symptoomstoornissen zoals angst-/dwangklachten.
- Onaangepaste reacties treden altijd op in reactie op een sociale context.
- Bijzonder vermogen om anderen op de zenuwen te werken.

# Diagnostiek en behandelingsstrategie bij TMD

## Inleiding

De behandeling van patiënten met een temporomandibulaire dysfunctie (TMD) is gebaat bij een systematische benadering. Dit geldt zowel voor het diagnostisch proces als voor het behandelingsprotocol. De tandarts die geconsulteerd wordt zal ervaring op beide fronten moeten hebben. Daarnaast wordt inzicht gevraagd om ernstiger afwijkingen op het spoor te komen en adequaat te verwijzen, om zodoende 'doctors delay' te voorkomen en "over" diagnostiek en -behandeling te vermijden. De zienswijze dat het resultaat van de therapie bij de individuele patiënt indicatief is voor de juistheid van de werkdiagnose is in het algemeen, maar in het bijzonder bij een vermoeden van TMD, een ongewenste denkwijze. Bij patiënten met pijnklachten in het hoofd-halsgebied is een 'trial-and-error'-methode om tot een diagnose te komen niet geschikt. De anamnese en het lichamenlijk onderzoek, waar nodig aangevuld met beeldvormend onderzoek, zijn noodzakelijke ingrediënten voor diagnostiek (Steenks en De Wijer, 1996). De behandeling richt zich op het geconstateerde symptoomprofiel (patroonherkenning) en op de geconstateerde beïnvloedende factoren (etiologie).

## Diagnostiek

Als de tandarts algemeen-practicus wordt geconsulteerd door patiënten met TMD-(achtige) klachten moeten de volgende vragen worden beantwoord (afb.): 1. Is er sprake van TMD of is een andere afwijking aanwezig? 2. Is het een acuut of chronisch probleem? 3. In welke subgroep van TMD kan de afwijking worden geclassificeerd?

De belangrijkste criteria voor de beantwoording van de eerste vraag zijn de houdings-, bewegings- en belastingsafhankelijkheid van klachten die betrekking hebben op het bewegingsapparaat. De vragen daaromtrent dienen specifiek te zijn. Op bewegen (wijd openen, kauwen van hard en taai voedsel en afbijten) dient als trias positief te worden gescoord. Voorts moet de specifieke pijnklacht kunnen worden geprovoceerd; het optreden van pijn in het algemeen is onvoldoende om een diagnose op te baseren. Indien de anamnese en het onderzoek in dit opzicht geen eensluidende resultaten opleveren, dient extra te worden opgelet. De bewegingskarakteristieken (beperkingen, deviaties, coördinatie, bereidheid) dienen eveneens als leidraad bij de diagnostiek. Een algehele stelregel is dat alle gegevens uit het onderzoek in eenzelfde richting moeten wijzen. Indien klachten aanwezig zijn die duiden op de aanwezigheid van meer afwijkingen dan dient deze stelregel te gelden voor alle afzonderlijke diagnoses. Bij een acute permanente discusluxatie in een van beide kaakgewrichten behoort een

vaststaande trias van actieve bewegingsbeperkingen: bij openen, bij contralaterale laterotrusie en bij protrusie. Als niet wordt voldaan aan dit beeld dient de veronderstelling van permanente discusluxatie in eerste instantie te worden verworpen. De diagnostiek wordt soms bemoeilijkt door het ontbreken van een substraat (myogene klachten) en dus het ontbreken van een test met voldoende diagnostische waarde. Het is de eerste verantwoordelijkheid van de tandarts dentogene afwijkingen uit te sluiten die op TMD gelijkende klachten veroorzaken. Bij verwijzing naar bijvoorbeeld een fysiotherapeut moet deze (niet in de tandheelkunde opgeleide) hulpverlener ervan uit kunnen gaan dat dentogene problemen afwezig zijn. Indien wordt gekozen voor aanvullende röntgendiagnostiek is het orthopantomogram in dit verband het geschiktst.

Bij weging van een eventuele dentogene betrokkenheid is de proefanesthesie een te weinig gebruikt hulpmiddel. De beoordeling van de gevonden beïnvloedende factoren door middel van bijvoorbeeld het NVG-protocol (Nederlandse Vereniging voor Gnathologie) bepaalt mede de keuze van de behandelingsstrategie. Bij eenzelfde symptoomprofiel kunnen daarom verschillende behandelingsstrategieën passen.

## Therapie

De tandarts die een behandeling start, moet de behandeling kunnen overzien en voorbereid zijn op een klachtenbeloop dat anders is dan in eerste instantie wordt verwacht. Belangrijke elementen van de therapie zijn de uitleg van de onderzoekgegevens en de behandelingsstrategie aan de patiënt en het geven van een prognose ten aanzien van de invloed van de behandeling op de afzonderlijke klachten en de termijn waarbinnen resultaat wordt verwacht (Okeson, 1996). Geruststelling ten aanzien van het gewoonlijk benigne karakter van de afwijking vormt een goede basis voor het uitvoeren van de therapie. De goede prognose is eveneens relevant voor de keuze van behandelopties: in de eerste aanzet komen irreversibele handelingen zoals selectief inslijpen niet in aanmerking; door het vervaardigen van een stabilisatie-spalk kan het effect van de beoogde veranderingen worden getest alvorens deze daadwerkelijk uit te voeren. Tegen correctief beslijpen van gebitselementen (curvenherstel) bestaat geen bezwaar als door migratie verhoudingen zijn ontstaan, die een normale occlusie en articulatie in de weg staan. Bij meervoudige klachten en chroniciteit moet worden bekeken of een aanpak vanuit één discipline voldoende succes belooft. Chroniciteit, een atypisch klachtenpatroon, comorbiditeit en psychosociale factoren zijn redenen om een multidisciplinaire aanpak te kiezen. Onvoldoende ervaring en overzicht moeten worden meegewogen bij de beoordeling of de behandeling in eigen hand wordt gehouden. De fysiotherapeut boekt de beste resultaten bij een beleid dat gericht is op behandeling van de myogene componenten van TMD-klachten.

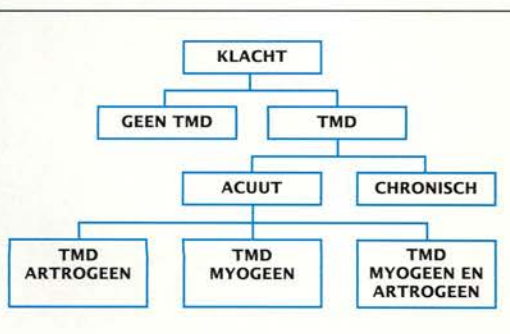
M.H. Steenks

## Literatuur

OKESON JP. Orofacial Pain. Guidelines for assessment, diagnosis and management. The American Academy of Orofacial Pain. Chicago: Quintessence Publishing Co. Inc., 1996.

STEENKS MH, WIJER A DE. Diagnostiek en classificatie van temporomandibulaire dysfuncties door de tandarts-algemeen practicus. Ned Tijdschr Tandheeldk 1996; 103: 243-248.

Afb. Beslisboom voor de diagnostiek van TMD, die mogelijk in de huispraktijk behandeld kan worden.



# Temporomandibulaire dysfuncties en neklachten

## Inleiding

Temporomandibulaire dysfuncties (TMD) is een verzamelbegrip voor stoornissen van het kauwstelsel die vooral veroorzaakt worden door spier- en gewrichtsdysfuncties, waarbij twee of meer van de volgende kenmerken aanwezig zijn: pijn, gewrichtsgeluiden en bewegingsbeperking van de onderkaak.

Diverse auteurs beschrijven het tegelijkertijd voorkomen van TMD en neklachten. Uit door ons uitgevoerd vragenlijstonderzoek blijkt dat, afhankelijk van de subgroep van TMD, neklachten in 42 tot 58% van de patiënten met TMD worden gerapporteerd. Bij TMD-patiënten werden tijdens het actief bewegingsonderzoek van de nek pijnklachten gevonden bij 51 tot 68% van de patiënten en tijdens de nekpalpatie bleek meer dan 75% van de patiënten positief te scoren. Bij patiënten met TMD worden klachten in de nekregio veelvuldig gevonden, zowel tijdens de anamnese als tijdens het orthopedisch functieonderzoek van de nek, en meer dan in de 'gezonde populatie' te verwachten valt.

## Nekklachten

Mechanische dysfuncties van de cervicale wervelkolom (Cervical Spine Disorders, CSD) worden gekenmerkt door klachten in de nekregio met veelal uitstraling naar de schouder, de arm, de interscapulaire regio en/of het hoofd. Patiënten met een dysfunctie van de cervicale wervelkolom hebben over het algemeen last van een houdings- en bewegingsafhankelijke pijn, bewegingsbeperkingen van de nek, en hypertone, veelal bij rek en druk pijnlijke nekspieren. Uit een vragenlijstonderzoek in Noorwegen blijkt dat bij volwassenen de prevalentie van nekpijn 34% is. Van deze groep gaf 14% aan meer dan zes maanden last te hebben van de nekpijn. Deze chronische pijnklachten werden vaker door vrouwen dan door mannen gerapporteerd.

Hoofdpijn, aangezichtspijn en de meeste chronische pijnsyndromen blijken in het algemeen vaker voor te komen bij vrouwen. Slechts een beperkte groep van mensen vraagt hulp. Het percentage van voorkomen van nekhoofdpijn binnen de bevolking blijkt 2,5% te zijn, terwijl de prevalentie van nekhoofdpijn bij een groep personen met hoofdpijn 18% bleek te zijn. Hiermede is duidelijk dat naast spanningshoofdpijn en migraine, nekhoofdpijn frequent voorkomt.

Tabel 1. Anamnese van klachten in de nekregio.

- Kunt u het hoofd en de nek goed bewegen?
- Zijn er beperkingen in de bewegingsuitslag?
- Is bewegen pijnlijk?
- Treden er bij bewegingen andere verschijnselen op?
- Kunt u alle houdingen innemen?
- Waren er ongevallen waarbij hoofd of nek betrokken waren?
- Is de nek regelmatig onderzocht of behandeld?

## Praktijk

Bij patiënten met TMD wordt tandartsen geadviseerd een functieonderzoek van de nek uit te voeren, bestaande uit een actief bewegingsonderzoek van de halswervelkolom en palpatie van de nekspieren. Bij het actief bewegen buigt de patiënt het hoofd naar voren (kin naar de borst), naar achteren (kijkt naar het plafond), zijwaarts (oor naar de schouder) en wordt de patiënt gevraagd het hoofd te draaien (kijkt over de schouder). Bij het actief bewegen is het van belang te onderzoeken of de klachten die optreden, overeenkomen met de klacht van de patiënt.

Daar patiënten met TMD frequent nevenverschijnselen vertonen die sterk lijken op die van CSD, en patiënten met nekdisfuncties verschijnselen van TMD melden, dient de tandarts alert te zijn. Om beide patiëntengroepen uit elkaar te houden wordt de tandarts geadviseerd enkele gerichte vragen te stellen met betrekking tot de functie van het kauwstelsel (Steenks, 1996; De Wijer en Steenks, 1997). Uit onderzoek blijkt dat de tandarts zich na de anamnese en het tandheelkundig onderzoek het best kan beperken tot het uitvoeren van een functieonderzoek van het kauwstelsel, waaronder actief bewegen, passief openen en palpatie van kaakgewricht en kauwspieren. Om CSD en TMD te onderscheiden blijkt het onderzoek van het kauwstelsel meer voorspellend en discriminerend dan het functieonderzoek van de nek.

Bij complexere problemen, waarbij er naast TMD en nekpijn ook sprake is van uitbreiding van klachten naar andere regio's, dan wel van ernstige klachten in de nekregio met de daarbijbehorende tekenen en symptomen (tab. 1), dient de patiënt naar de huisarts te worden verwezen alvorens een behandeling van het kauwstelsel te overwegen. Een verwijzing naar de fysiotherapeut behoort ook tot de mogelijkheden. De Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Tandheelkunde kent een register van aangesloten fysiotherapeuten, die kennis en vaardigheden hebben op het specifieke terrein van de relatie tussen kaak- en nekdisfuncties. Bij een eventuele verwijzing naar de fysiotherapeut wordt minimaal informatie opgenomen betreffende de hulpvraag, de medische indicatie, de mogelijke etiologische factoren en de vraagstelling aan de fysiotherapeut.

A. de Wijer

## Literatuur

STEENKS MH. Thema Temporomandibulaire Dysfuncties. Ned Tijdschr Tandheelk 1996; 103: 241-292.

WIJER DE A, STEENKS MH. Temporomandibulaire dysfuncties en klachten in het nekgebied. Uit: Handboek Tandheelkundige Praktijk, september, B5.8-1-35. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.