



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Treating highly anxious dental patients in a dental fear clinic

Aartman, I.H.A.

Publication date
2000

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Aartman, I. H. A. (2000). *Treating highly anxious dental patients in a dental fear clinic*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam].

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Samenvatting

(Summary in Dutch)

BEHANDELING VAN PATIËNTEN MET EXTREME ANGST VOOR DE
TANDHEELKUNDIGE BEHANDELING IN EEN CENTRUM VOOR
BIJZONDERE TANDHEELKUNDE

Behandeling van volwassenen met extreme angst voor de tandheelkundige behandeling kan in Nederland plaatsvinden in centra voor bijzondere tandheelkunde. In dergelijke centra is kennis en ervaring aanwezig met betrekking tot het gebruik van bepaalde methoden die het mogelijk maken deze patiënten tandheelkundig te behandelen. Deze behandelingsmethoden kunnen worden ingedeeld in methoden gebaseerd op een psychologische aanpak en methoden die gebruik maken van een farmacologisch middel. De psychologische aanpak kan variëren van het geven van optimale controle en het structureren van de tijd van de behandeling, tot afleiding en graduele exposure (geleidelijke blootstelling aan tandheelkundige behandeling). In dit proefschrift wordt de term 'behavioral management' (BM) gebruikt voor de psychologische methoden gezamenlijk. Daarnaast kan tandheelkundige behandeling worden ondersteund door het gebruik van lachgas sedatie (LS), waarbij de patiënt via de neus een mengsel van lachgas en zuurstof inademt waardoor hij iets meer ontspannen een behandeling kan ondergaan. Verder kan de patiënt worden gesedeerd met behulp van intraveneuze sedatie (IVS). De patiënt krijgt via een infuus het middel propofol toegediend, waardoor zijn angstniveau dusdanig wordt verlaagd dat behandeling mogelijk is, zonder dat de patiënt hoeft te worden beademd. Deze behandeling wordt begeleid door een anesthesist, maar vindt wel plaats in de kliniek. Tenslotte kan tandheelkundige behandeling onder algehele anesthesie (AA) plaatsvinden in een ziekenhuis.

Om effectieve en efficiënte zorg te leveren in centra waar extreem angstige patiënten worden behandeld met deze behandelingsmethoden (BM, LS, IVS en AA) is het belangrijk te weten hoe succesvol deze methoden zijn in termen van angst en tandartsbezoek na de behandeling. Het doel van het onderzoek beschreven in dit proefschrift was het vaststellen van het succes van de verschillende behandelingsmethoden gebruikt in één van de angstklinieken in Nederland (Stichting Bijzondere Tandheelkunde te Amsterdam (SBT)) en het bepalen voor welk type patiënt behandeling het meest succesvol is.

In *hoofdstuk 2* wordt de stand van zaken in de instellingen voor bijzondere tandheelkunde beschreven, voordat de Kwaliteitswet Zorginstellingen in 1996 van kracht werd. Dit hoofdstuk levert inzicht op in de verschillende opvattingen die binnen de angstklinieken leven over hulp aan extreem angstige volwassen patiënten. De genoemde wet stelt een aantal eisen aan zorginstellingen zoals centra voor bijzondere

tandheelkunde. Eén daarvan is dat de geleverde zorg effectief en efficiënt moet zijn, en op de patiënt gericht. In twaalf instellingen voor bijzondere tandheelkunde waar extreem angstige volwassen patiënten werden behandeld werden semi-gestructureerde interviews met aldaar werkzame tandartsen gehouden over de instelling en het personeel, de aanmelding en de intake, de behandeling en het vervolg daarvan. In vrijwel alle klinieken werd getracht de mate van angst vast te stellen met behulp van een vragenlijst. De wachttijd tot het eerste gesprek varieerde van een maand tot anderhalf jaar, hetgeen aangeeft dat de vraag naar behandeling groter is dan het aanbod. De centra verschilden in de wijze van indicatiestelling van de behandelingsmethoden en de criteria voor het terugverwijzen van de patiënt naar een huistandarts. Een aanbeveling die werd gedaan was dat de centra de effectiviteit van hun behandeling op de langere termijn zouden moeten vaststellen. Het huidige proefschrift is een aanzet daartoe in één van de grootste angstklinieken in de wereld, de Stichting Bijzondere Tandheelkunde te Amsterdam (SBT).

In 1995 introduceerde de SBT een vragenlijst in de kliniek om psychopathologie bij patiënten te onderkennen. Het doel van *hoofdstuk 3* was het bepalen van de ernst van psychische klachten bij patiënten met extreme angst voor de tandheelkundige behandeling. Daarnaast werden de scores van deze patiënten vergeleken met die van de algemene Nederlandse bevolking. Het bleek dat patiënten van de angstkliniek hoger scoorden op alle psychopathologische dimensies van de vragenlijst dan personen uit de algemene Nederlandse bevolking. In een aantal van de volgende hoofdstukken wordt de relatie onderzocht van deze klachten met de behandelingsmethode (*hoofdstuk 7*) en het succes ervan (*hoofdstuk 8 en 10*).

In de hoofdstukken van deel II van dit proefschrift werden de psychometrische eigenschappen van de verschillende, in de kliniek gebruikte, vragenlijsten beschreven. *Hoofdstuk 4* voorziet in data betreffende de psychometrische eigenschappen van de Korte vragenlijst Angst voor de Tandheelkundige Behandeling (K-ATB; Engelse naam: S-DAI) bij patiënten van de SBT. Deze vragenlijst meet angst voor de tandheelkundige behandeling en is ontwikkeld met behulp van een facet-ontwerp, waarbij rekening is gehouden met drie situaties die angst kunnen oproepen, vier tijdselementen waarop angst kan optreden en drie typen reacties. De resultaten wezen uit dat de K-ATB een goed geconstrueerde, betrouwbare en valide vragenlijst is,

geschikt voor het bepalen van angst voor de tandheelkundige behandeling bij reguliere en extreem angstige tandartspatiënten.

De resultaten van *hoofdstuk 5* toonden aan dat de recent in het Nederlands vertaalde Social Attributes of Dental Anxiety Scale (SADAS) voldoende betrouwbaar en valide (construct- en discriminantvaliditeit) is. Deze vragenlijst is ontwikkeld om te bepalen in hoeverre de angst van de patiënt interfereert met de dagelijkse gang van zaken en sociale omgang met anderen en bestaat uit twee schalen: 'psychologische reacties' en 'sociale inhibitie'. Factor analyse wees uit dat de schaal 'sociale inhibitie' ook in de Nederlandse versie als factor onderscheidbaar was. De schaal 'psychologische reacties' lijkt echter te bestaan uit drie aparte constructen. Verder onderzoek naar de schaalstructuur is raadzaam.

In het laatste hoofdstuk van deel II, *hoofdstuk 6*, worden de betrouwbaarheid en validiteit (factoriële en constructvaliditeit) van de uit 52 items bestaande versie van de Fear Survey Schedule III (FSS-III) onderzocht in een populatie van personen met extreme angst voor de tandheelkundige behandeling. Met behulp van deze vragenlijst kan worden bepaald of iemand naast angst voor de tandheelkundige behandeling ook bang is voor andere angstopwekkende stimuli. Algemeen gesteld waren de resultaten positief voor de betrouwbaarheid en validiteit in deze populatie. Er werd geconcludeerd dat het gerechtvaardigd lijkt om de scores op de aparte angstdimensies te gebruiken, in plaats van de minder betrouwbare totaalscore.

Het hoofddoel van *hoofdstuk 7* was het bepalen van de relatie tussen de aanwezigheid van psychische klachten en de behandelingsmethode waarmee de patiënt behandeld werd in de kliniek. Verwacht werd dat patiënten met meer van dit soort klachten vaker met een farmacologische behandelingsmethode behandeld zouden worden. Tevens werd onderzocht welke tandheelkundige variabelen (o.a. het aantal door cariës aangetaste elementen) een rol spelen in het toewijzingsproces. De resultaten wezen uit dat er geen verschil was tussen de behandelingsmethoden voor wat betreft de mate van angst voor de tandheelkundige behandeling en de psychische klachten. Wel bleek dat patiënten behandeld met IVS meer door cariës aangetaste elementen hadden en dat er meer vullingen werden gemaakt bij deze groep dan bij patiënten behandeld met BM. Dus, patiënten met meer psychopathologie werden niet vaker behandeld met een farmacologisch hulpmiddel. Het is vooral de hoeveelheid te verrichten tandheelkundig

werk dat het meest van invloed lijkt op de keuze voor een bepaalde behandelingsmethode.

Vervolgens werd in *hoofdstuk 8* het succes van drie behandelingsmethoden, te weten BM, lachgas sedatie en intraveneuze sedatie, bepaald in termen van angstreductie als gevolg van de behandeling en angstreductie en tandartsbezoek een jaar later. Verder werd bepaald of en in hoeverre de mate van psychopathologie samenhang met behandelingssucces. Uit beide uitkomstmaten (angst voor de tandheelkundige behandeling en tandartsbezoek) bleek dat patiënten voordeel hebben van behandeling in een angstkliniek en het lijkt erop dat in de BM groep betere resultaten worden behaald dan in de IVS groep. Echter, een relatief groot gedeelte van de patiënten verbeterde niet naar tevredenheid. Verder bleek dat de mate van somatische klachten gerapporteerd door de patiënten samenhang met angst na de behandeling, los van de behandelingsmethode. Het percentage variantie dat door deze variabele werd verklaard was echter niet hoog, dus de behoefte bleef bestaan verder te zoeken naar factoren die samenhangen met het succes van een behandeling. Daartoe werden de studies beschreven in hoofdstuk 9 en 10 opgestart.

Hoofdstuk 7 en 8 waren in eerste instantie bedoeld als pilot-onderzoeken voor de uitvoering van een experimenteel onderzoek waarbij patiënten random aan drie behandelingsmethoden (BM, LS en IVS) zouden worden toegewezen. Alleen op deze manier zou het mogelijk zijn geweest zonder voorbehoud te kunnen zeggen dat de éne behandelingsmethode succesvoller is dan de andere. Echter, de tandartsen werkzaam bij de SBT gingen niet akkoord met een dergelijk onderzoeksontwerp, waardoor de studies beschreven in hoofdstuk 9 en 10 quasi-experimenteel van aard zijn. Voor deze studies werden bij de patiënten van de SBT meer variabelen gemeten dan in de studies beschreven in hoofdstuk 7 en 8, maar de hoofddoelen waren vergelijkbaar.

Het doel van *hoofdstuk 9* was het bepalen van het behandelingssucces in een angstkliniek in termen van angst na behandeling, zichzelf in staat achten een tandarts te bezoeken buiten de kliniek, tevredenheid na behandeling en tandartsbezoek na een jaar. Aanvullende doelen waren het bepalen met welke behandelingsmethode de beste resultaten werden verkregen en het bepalen welke behandelingsvariabelen samenhangen met het angstniveau na afloop van de behandeling. De resultaten lieten zien dat het angstniveau na behandeling lager was voor behandelde patiënten dan voor patiënten die zich wel ooit hadden aangemeld voor behandeling, maar die nooit de kliniek bezocht hadden. Ongeveer een derde van de behandelde patiënten dacht in

staat te zijn om een tandarts buiten de SBT te bezoeken, en 67% bezocht een jaar na behandeling een huistandarts op regelmatige basis (minstens eenmaal per jaar). Er waren indicaties dat met de BM groep betere resultaten werden bereikt, maar het was moeilijk de behandelingsmethoden verantwoord te vergelijken omdat er relatief weinig patiënten in deze periode behandeld waren met lachgas sedatie, IVS of onder algehele anesthesie. Tenslotte bleek dat patiënten die op enig moment tijdens hun behandeling in de kliniek de psycholoog van het centrum hadden bezocht, na behandeling minder angstig waren dan de anderen. Er werd geconcludeerd dat, alhoewel behandeling in de kliniek succesvol bleek in een aantal opzichten, er meer inspanning kan worden geleverd ten aanzien van het verwijzen van patiënten naar huistandartsen. Als het belangrijkste doel is te zorgen dat patiënten weer behandeling kunnen ondergaan bij een huistandarts, zouden angstklinieken patiënten op een betere manier naar een reguliere tandarts moeten begeleiden.

In *hoofdstuk 10* is gekeken welke schalen van de (zelfrapportage)vragenlijsten afgenomen bij de aanmelding van patiënten samenhangen met behandelingssucces bij patiënten behandeld met BM. Behandelingssucces werd op dezelfde manier gemeten als in hoofdstuk 9. De belangrijkste bevinding was dat de aanwezigheid van angsten van agorafobische aard tandheelkundige angst ná behandeling voorspelde. Hoe hoger de score op de agorafobie schaal van de FSS-III was, hoe hoger de angst na behandeling was. Aanbevolen werd dat patiënten met een hoge score op deze schaal, worden geadviseerd eerst elders hulp te zoeken voor deze problematiek.

In *hoofdstuk 11*, tenslotte, worden de bevindingen samengevat en bediscussieerd. Eén van de aanbevelingen die in de discussie gedaan wordt is, zoals eerder gemeld, dat het verwijzingsproces van de kliniek naar een huistandarts verbeterd kan worden. In de literatuur zijn aanwijzingen te vinden dat een meer directe relatie tussen kliniek en huistandarts tot een hoger percentage tandartsbezoek leidt. Daar regelmatig bezoek aan een huistandarts als een belangrijkere uitkomstmaat van behandeling in een angstkliniek zou kunnen worden beschouwd dan angstreductie, zou hier meer aandacht aan kunnen worden besteed. Omdat ook steeds minder patiënten gesaneerd de kliniek verlaten en afbehandeling door een huistandarts vaker nodig zal zijn, is ook aanbevolen dat de beroepsorganisatie van tandartsen, de zorgverzekeraars en de opleidingen tandheelkunde een bijdrage leveren aan het stimuleren van tandartsen om angstige patiënten te behandelen in de algemene praktijk.

Met betrekking tot het meten van succes van een behandeling zal toekomstig onderzoek eerst aandacht moeten besteden aan de ontwikkeling van een meer valide manier om succes te meten. Tandartsbezoek wordt beïnvloed door factoren als de beschikbaarheid van tandartsen in een regio, en dit heeft weinig met behandelingssucces op zich te maken. Een meetmethode waarbij het daadwerkelijk kunnen omgaan met de tandheelkundige behandeling wordt vastgesteld, is gewenst.

Tenslotte bleek gedurende het onderzoek dat het niet eenvoudig was onderzoek uit te voeren in een omgeving waar onderzoeksactiviteiten een verstoring betekenen van de dagelijkse gang van zaken. De belangen van de onderzoeker en de tandarts in de kliniek zijn nu eenmaal niet hetzelfde. De prioriteit van de mensen werkzaam in de kliniek is het verlenen van zorg. Bovendien wordt tijd geïnvesteerd in onderzoek niet door de zorgverzekeraars vergoed. Aan de andere kant wil de onderzoeker complete controle hebben over de situatie om de onderzoeksvraag zonder beperkingen te kunnen beantwoorden.

In de discussie werd verder gepleit voor een verschuiving naar een meer evidence-based benadering van de behandeling van extreem angstige patiënten. Daaruit vloeit voort dat onderzoek is gewenst naar de manier waarop het toewijzen aan de behandelingsmethoden plaatsvindt. Alleen door het documenteren en verifiëren van de ervaring die er is op het terrein van de behandeling van deze patiënten kunnen verdere richtlijnen voor behandeling worden opgesteld. Echter, om de kwaliteit van zorg en, daarmee samenhangend, de effectiviteit van de behandeling, optimaal te kunnen evalueren moet deelname van medewerkers in angstklinieken aan onderzoeksactiviteiten worden gestimuleerd en dient een verschuiving plaats te vinden naar een meer evidence-based manier van werken.

