

De risico's op het mislukken van een angstbehandeling

In de tandheelkunde wordt het risico op het mislukken van een op angstreductie gerichte behandeling bijzonder groot geschat (ongeveer 60%). Gegevens hierover zijn er echter nauwelijks. De term 'mislukking' wordt in dit verband gedefinieerd als een behandeling waarvan de doelstelling, voldoende angstreductie om behandeling in een reguliere praktijk mogelijk te maken, niet wordt bereikt. Er zijn 9 typen risico's die een op angstreductie gerichte behandeling kunnen doen mislukken: onvoldoende motivatie, angst groter dan draagkracht, comorbiditeit, moeite met aangaan behandelrelatie, onjuiste indicatiestelling en behandelplan, te afhankelijke patiënt, onvoldoende afstemming op zorgvraag, beschadiging behandelrelatie en ongeluk tijdens behandeling.

Jongh A de, Broers DLM. De risico's op het mislukken van een angstbehandeling
Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 324-329

Inleiding

Een tandheelkundige behandeling is voor velen een gebeurtenis die als onplezierig wordt ervaren. Carl Witthaus, de in 1868 geboren grondlegger van de sociale tandheelkunde, verzuchtte in 1901 in zijn artikelenserie 'Brieven over Conserveerende tandheelkunde': "De sensibeleit van het dentin is de vloek van de moderne tandheelkunde!". Witthaus bedoelde daarmee dat de pijn tijdens een behandeling en de angst van de patiënt voor deze pijn de tandarts nerveus kunnen maken. Door deze factoren werd volgens Witthaus nauwkeurig werken bemoeilijkt, met als lastige bijkomstigheid dat de patiënt een hekel krijgt aan de tandarts (Witthaus, 1901).

Gelukkig is tegenwoordig tandartsbezoek niet meer voor iedereen automatisch gekoppeld aan pijn. Echter, absolute pijnloosheid is een garantie die nu, ruim 100 jaar na Witthaus' waarschuwing, nog steeds niet kan worden gegeven. Naast het risico op pijn zijn er tijdens een behandeling diverse andere situaties die voor patiënten problemen kunnen opleveren. Zo ervaren velen een tandartsbezoek als een situatie waarin iemand macht uitoefent over iemand anders. Een zekere terughoudendheid ten opzichte van een vreemde die aan of in iemands lichaam prikt of snijdt is begrijpelijk. Tijdens een behandeling bepaalt de behandelaar nu eenmaal vaak wat er gebeurt. Niet zelden worden, zonder dat dit wordt aangekondigd, bepaalde handelingen uitgevoerd. Een deel van de patiënten heeft het gevoel zich tegen deze gang van zaken nauwelijks te kunnen verzetten, waardoor gevoelens van hulpeloosheid en machteloosheid ontstaan. Recent onderzoek onder een grote groep patiënten liet zien dat van alle (akelige) gebeurtenissen die zich in een tandartspraktijk kunnen voordoen, het gevoel de controle

kwijt te zijn het sterkst is geassocieerd met het ontstaan van een fobie. Uit de resultaten van dit onderzoek kwam naar voren dat de kans dat men een fobie voor een tandheelkundige behandeling heeft 16 maal groter is als men ooit een tandheelkundige behandeling heeft ondergaan waarbij men zich extreem hulpeloos of machteloos voelde (Oosterink et al, 2009).

In het geval van irrationele en aanhoudende angst, waardoor tandheelkundige situaties worden vermeden of doorstaan met intense angst – én wanneer dit leidt tot een belemmering in het dagelijks functioneren – spreekt men van pathologische angst (American Psychiatric Association, 2000). Volgens de normen van de 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM-IV-TR), een internationaal gebruikt psychiatrisch classificatiesysteem, is er dan sprake van een specifieke fobie (American Psychiatric Association, 2000). Mensen met een specifieke fobie voor de tandheelkundige behandeling worden gekenmerkt door het feit dat ze lijden onder hun angst of de gevolgen daarvan. Vaak wordt dit lijden versterkt door schaamte voor de door achterstallig onderhoud veroorzaakte zichtbaar deplorabele toestand van het gebit. De zichzelf versterkende spiraal van vermijding, gebitsschade, pijn, rampgedachten, angst en schaamte kan door goede zorgverlening worden doorbroken. Maar als de spanningen te hoog oplopen en een behandelaar vindt dat hij niet in staat is deze patiënt naar alle redelijkheid te behandelen, ontstaat een nieuwe situatie. In bepaalde gevallen zal dan een verwijzing plaatsvinden naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Als het tot een behandeling komt door een tandarts-algemeen practicus, of door een tandarts in een centrum voor bijzondere tandheelkunde dringt zich de vraag op hoe

Casus 1

Een tandarts-angstbegeleiding werd benaderd om mee te werken aan een televisieprogramma. In dit programma werden wensen van patiënten vervuld. Tijdens het eerste consult merkte de tandarts dat het contact met de patiënt moeizaam verliep. Bij navraag bleek dat de partner van de patiënt hem voor het programma had opgegeven en dat hij zelf eigenlijk helemaal geen angstbehandeling wilde en zeker niet op televisie. De tandarts was niet op de hoogte geweest van het feit dat de patiënt vooraf niet wist dat hij naar een tandarts zou gaan. De tandarts heeft daarom de behandeling afgebroken en de patiënt gezegd dat hij zich altijd opnieuw kon aanmelden. Dit is tot op heden niet gebeurd.

risicovol deze behandeling is en of de kans bestaat dat de behandeling mislukt. Zoals in de inleiding van dit artikel werd geschetst, is bijzonder weinig bekend over het aantal in Nederland gemaakte fouten of mislukte behandelingen. Dit geldt zeker voor de bijzondere tandheelkunde en speciaal voor de angstbegeleiding. Dit heeft natuurlijk grotendeels te maken met het feit dat onvoldoende duidelijk is wat van een dergelijke behandeling redelijkerwijs mag worden verwacht.

Voorafgaand aan de vraag wat mensen redelijkerwijs mogen verwachten van een angstbehandeling, wanneer er sprake is van een mislukking of een beroepsfout en wanneer een negatief resultaat tot de normale risico's behoort, moet eerst duidelijk zijn hoe groot het risico op een mislukking is en wat dit risico inhoudt. In het onderhavige artikel wordt deze kwestie benaderd vanuit het gezichtspunt van de professional. Het betreft de vraag welke wetenschappelijke of psychologisch-technische problemen er zijn waardoor een behandeling kan misgaan en welke valkuilen er voor een tandarts zijn op het terrein van een angstbehandeling. De term mislukking wordt in dit verband gedefinieerd als een behandeling waarvan de doelstelling 'voldoende angstreductie om behandeling in een reguliere praktijk mogelijk te maken' niet wordt bereikt. De meer algemene vraag of een behandelaar aansprakelijk kan worden gesteld als het beoogde behandeldoel niet wordt bereikt en of dit in juridische of tuchtrechtelijke zin als verwijtbaar handelen moet worden beschouwd, blijft in dit artikel grotendeels onbesproken. Hetzelfde geldt voor de vraag welke omstandigheden een behandelaar al dan niet kunnen vrijpleiten van het niet behaalde resultaat.

In dit artikel wordt allereerst een schatting gegeven van de grootte van het probleem, ofwel van de frequentie van mislukte angstbehandelingen in een gespecialiseerde kliniek. Vervolgens worden de typen risico's van een angstbehandeling geïnventariseerd. Dit wordt voor elk type geïllustreerd met een korte casus. Ten slotte volgt een discussie waarbij ondermeer wordt ingegaan op de vraag hoe moet worden gehandeld om de risico's te beperken.

Frequentie van mislukkingen

Gegevens over het mislukken van een angstbehandeling zijn er nauwelijks. In onderzoeken naar de effectiviteit van angstbehandelingen en de daarbij optredende uitval van patiënten worden de oorzaken van uitval vaak niet vermeld. Hierdoor blijft het onduidelijk of de uitval moet worden toegeschreven aan het vermijdingsgedrag van de patiënt of

aan het mislukken van de behandeling, bijvoorbeeld door onervarenheid of ondeskundigheid van de behandelaar dan wel aan een combinatie van oorzaken. In ieder geval is duidelijk dat een mislukte behandeling zich in verschillende fasen van het behandelproces kan voordoen. In het algemeen gaat het dan over uitval zowel voor, tijdens of direct na het eerste consult. Een van de mogelijkheden is dat de patiënt niet op de eerste afspraak verschijnt, al is het de vraag of dit wel als een mislukte behandeling kan worden beschouwd. Ook tijdens de verschillende behandelafasen kan uitval plaatsvinden.

Een van de meest gedocumenteerde onderzoeksverslagen op dit gebied beschreef de resultaten van behandeling een jaar na de behandeling (Aartman et al, 2000). Uit de resultaten kwam naar voren dat van een groep van 341 mensen ongeveer 45% uiteindelijk geen behandeling had ondergaan. De redenen hiervoor waren divers: een deel verscheen niet op de eerste afspraak (26%), een deel kwam na het eerste consult niet meer opdagen voor behandeling (11%) en een deel werd doorverwezen naar een andere afdeling en verdween daardoor uit het zicht (8%) (Aartman et al, 2000). Deze gegevens komen globaal overeen met die van andere angstklinieken. Vanuit Zweden werd bijvoorbeeld, afhankelijk van het type behandeling, een uitval van 25% tot meer dan 40% gerapporteerd (Berggren et al, 2000; Abrahamsson et al, 2003). Uit het onderzoek van Aartman et al (2000) bleek ook dat 70% van alle in eerste instantie verwezen patiënten nog geen huistandarts had en/of regelmatige behandeling vermeed en dat van de behandelde patiënten iets meer dan 40% een jaar later nog steeds geen tandarts had geconsulteerd. Generalisering van de gegevens om een indicatie voor het succes van deze behandelingen te krijgen, leerde dat een relatief groot deel was mislukt. Van de patiënten had 51% een jaar na de behandeling een angstscore onder het hoge angstniveau. Ongeveer 35% achtte zichzelf niet in staat een behandeling bij een tandarts-algemeen practicus te ondergaan.

Kortom, resultaten van onderzoek laten zien dat de kans op mislukking van een angstbehandeling bijzonder groot is.

Typen risico's van mislukking

Op basis van de literatuur en klinische ervaringen van de auteurs kunnen verschillende typen risico's worden geïdentificeerd voor een mislukte behandeling. Elk type risico wordt in het vervolg van deze paragraaf geïllustreerd aan de hand van een casus. Achtereenvolgens komen aan de orde:

Casus 2

Joanne had een aantal traumatische ervaringen. Zo was ze op 14-jarige leeftijd verkracht. Bovendien zou ze na de dood van haar moeder gedurende een periode van 7 jaar verschillende keren door haar huistandarts seksueel zijn misbruikt. Zij gaf aan hierover nooit met iemand te hebben gesproken omdat ze zich hiervoor schaamde en het idee had dat toch niemand haar zou geloven. Ze had veel last van herbelevingen, slaapproblemen en schrikachtigheid. Hierdoor was ze in een depressie beland en voelde ze zich niet meer in staat om te werken. De klachten maakten het voor haar moeilijk om goed te functioneren op bijna alle gebieden van het dagelijks leven. Tijdens de tweede afspraak met Joanne werd besloten tot graduele blootstelling *in vivo*. Er werd begonnen met het oefenen om in de behandelstoel plaats te nemen. Dit kostte Joanne in het begin veel moeite. Aan het eind van deze behandelsessie had ze een aantal keren in de stoel plaatsgenomen en haar mond geopend. Bovendien durfde ze boorgeluid aan te horen. Vervolgens werden haar gebitselementen in het onderfront gepolijst. Joanne was erg blij, trots op zichzelf en vooral opgelucht dat het haar was gelukt dit te doorstaan. Ze kreeg een aantal afspraken om verder te wennen. Deze afspraken belde ze echter huilend af. Besloten werd om haar af en toe op te bellen om haar zo toch voor behandeling te motiveren. Een jaar later had dit nog niet geleid tot een concrete afspraak, noch tot een verwijzing voor behandeling van haar traumagerelateerde klachten. De psychische problemen die haar dagelijks leven verstoorden, waren zo ernstig dat de positieve ervaringen onvoldoende gewicht in de schaal legden om de spiraal van angst en vermijding te doorbreken. Daarbij speelde natuurlijk sterk mee dat de traumatische geschiedenis van jarenlang seksueel misbruik oorzakelijk was gerelateerd aan een tandarts.

1. onvoldoende motivatie, 2. angst groter dan draagkracht, 3. comorbiditeit, 4. moeite met aangaan behandelrelatie, 5. onjuiste indicatiestelling en behandelaanpak, 6. te afhankelijk patiënt, 7. onvoldoende afstemming op zorgvraag, 8. beschadiging behandelrelatie, en 9. ongeluk tijdens behandeling.

Onvoldoende motivatie

Een gebrek aan motivatie van de patiënt staat te boek als een van de belangrijkste factoren voor het mislukken van een angstbehandeling (Berggren et al, 2000; Abrahamsson et al, 2003). Onderzoek liet zien dat uitval direct na het eerste consult voor het grootste deel werd bepaald door een gebrek aan motivatie van de patiënt (Berggren et al, 2000). Er is een onduidelijke scheidslijn tussen de mogelijkheid dat de patiënt niet wil en dat hij het niet kan opbrengen een confrontatie met de behandelingsituatie aan te gaan. Vaak gaat het om een combinatie van factoren (casus 1).

Angst groter dan draagkracht

Uit onderzoek kwam naar voren dat uitval in een latere fase van de behandeling vooral werd bepaald door de intensiteit van de angst (Berggren et al, 2000). De door angst veroorzaakte draaglast kan zo sterk oplopen dat de patiënt bijvoorbeeld angst voor zijn eigen angstreacties ontwikkelt ('angst

voor de angst'). Dit pleit ervoor alleen een behandeling uit te voeren waarvan kan worden verwacht dat deze ook past binnen de mogelijkheden van de patiënt. Het succes daarvan hangt voor een belangrijk deel af van zijn copingvaardigheden (De Jongh, 2006). De mate waarin een patiënt bestand is tegen de stress van een potentieel bedreigende situatie wordt voor een belangrijk deel bepaald – of beter gezegd ondermijnd – door de aanwezigheid van andersoortige psychische problemen (casus 2) (De Jongh et al, 2008).

Comorbiditeit

Elke behandeling staat of valt met een gedegen zorgplan op basis van een zorgvuldige diagnose. Als niet de juiste diagnose wordt gesteld, is de kans aanwezig dat een verkeerde behandeling wordt ingezet. Daarom is het belangrijk de aanwezigheid van comorbiditeit, bijvoorbeeld psychopathologie, niet te missen. Voor een juiste diagnose en analyse van de problematiek is men aangewezen op een psycholoog of psychiater, bijvoorbeeld in het geval van een depressieve stoornis. Onderzoek liet zien dat een depressieve stemming een significante voorspeller was voor uitval gedurende een angstbehandeling (Abrahamsson et al, 2003). Ook de meer uitgesproken vormen van psychopathologie vergroten de kans op het mislukken van een angstbehandeling (De Jongh, 2004). Voorbeelden hiervan zijn bepaalde

Casus 3

Alie had ontzettende pijn in haar mond. Eerst zat de pijn in haar bovenkaak, maar sinds kort voelde ze vage pijn in de onderkaak. Deze klachten had ze al 4 jaar en ze waren ontstaan in de periode nadat haar man was overleden. Ze volgde een cursus en toen het examen eraan kwam, waren de klachten heviger dan ervoor. De huistandarts kon de oorzaak van de klachten niet vaststellen. De laatste jaren bezocht ze daarom diverse andere tandartsen, een kaakchirurg, een regressietherapeut, een endodontoloog en een parodontoloog. Dit alles had geen vermindering van de pijn teweeggebracht. De huistandarts, wanhopig geworden van allerlei behandelingen die hij had uitgevoerd zonder een bevredigend resultaat, had haar verwezen naar een tandarts-angstbegeleiding omdat ze ook bang was tijdens de behandeling een hartaanval te krijgen. Vervolgens werd door een psycholoog een somatoforme stoornis vastgesteld. Bij aanvang van de angstbehandeling kreeg ze last van benauwdheid, duizeligheid en hartkloppingen die plotseling en zonder aanleiding optraden. Tijdens een dergelijke paniekaanval had ze het gevoel dat haar keel werd dichtgeknepen en vreesde ze dood te gaan. Eenvoudige angstreducerende technieken hadden geen invloed op de klachten. Nadat Alie tijdens een behandeling een fikse paniekaanval had ervaren, werd besloten haar te verwijzen naar een psycholoog in een kliniek voor geestelijke gezondheidszorg omdat de problematiek buiten het kader van de angstbehandeling viel.

Casus 4

Bert leed aan schizofrenie. De eerste keer had hij zich aangemeld, maar na 5 minuten was hij weer uit de wachtkamer verdwenen. Zijn moeder vertelde dat dit was "omdat hij even met de lift moest spelen". De tweede keer stond hij na korte tijd midden in het gesprek op, gaf de tandarts een hand en wenste haar een "prettige kerst". De afspraak was in mei. Hij had diverse theorieën over wat de beste manier was om zijn carieuze laesies te restaureren. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door een gaatje in de wang te maken en via dit gaatje een vloeistof in de kies en de wortels te gieten. Toen de tandarts een röntgenopname bij hem wilde maken, liep hij weg omdat hij zeker wist dat hij dood zou gaan door de röntgenstraling.

Casus 5

Johan was bang dat de naald van de injectiespuit zou breken als hij lokale anesthesie zou krijgen. Hij had dit een keer op de televisie gezien en zo zat dat in zijn hoofd. De tandarts-angstbegeleiding stelde voor hem met behulp van graduele blootstelling *in vivo* te behandelen (De Jongh et al, 2005). Hiertoe werd de injectiespuit op steeds kortere afstand van de injectieplaats gebracht, gedurende een steeds langere periode. Alle stappen doorstond hij goed tot de tandarts aangaf de injectie daadwerkelijk te gaan geven. Dit gebeurde bij elke behandelsessie waarbij de graduele blootstelling werd uitgevoerd. De behandelaanpak had hier gericht moeten zijn op het beïnvloeden van Johan's opvatting dat naalden gemakkelijk breken, bijvoorbeeld door het uitvoeren van een gedragsexperiment (De Jongh, 2006). Een andere mogelijkheid zou geweest zijn het beïnvloeden van Johan's negatief beladen geheugenrepresentatie van de afbrekende naald, bijvoorbeeld door een behandeling met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (De Jongh et al, 2002). Graduele blootstelling *in vivo* bij een injectiefobie had overigens wel geïndiceerd kunnen zijn, bijvoorbeeld wanneer Johan de pijn van de prik had gevreest.

Casus 6

Ramon was doodsbang een tandheelkundige behandeling te moeten ondergaan. Vroeger werd hij behandeld met lachgas. Hij zei: "ik wil alleen maar lachgas, anders doe ik het niet!".

typen persoonlijkheidsstoornissen, zoals de schizotypische persoonlijkheidsstoornis en de dissociatieve identiteitsstoornis. Hetzelfde geldt voor psychische stoornissen die aanleiding geven tot agressieve uitingen of andere ernstige gedragsproblemen, zoals de periodieke explosieve stoornis, de borderline persoonlijkheidsstoornis, de antisociale persoonlijkheidsstoornis, de antisociale gedragsstoornis en de oppositioneel opstandige gedragsstoornis (casus 3) (De Jongh, 2004).

Moeite met aangaan behandelrelatie

In het verlengde van het voorgaande ligt de problematiek van een patiënt waarbij het niet lukt een adequate behandelrelatie aan te gaan. Mogelijk speelt ook de factor geslacht hierbij een belangrijke rol. In een onderzoek onder 117 volwassenen, waarbij alle tandartsen mannen waren, maakten meer vrouwen de behandeling niet af dan mannen (Abrahamsson et al, 2003). Een vergelijkbaar risico op uitval werd gevonden onder patiënten met een beeld van de tandarts als iemand die incompetent is en die erop uit is patiënten te kleineren (Abrahamsson et al, 2003). De kans dat een behandeling mislukt, is groter naarmate de karaktereigenschappen van patiënt en behandelaar zich moeilijker met elkaar laten verenigen. In extreme mate doet zich dit voor als een patiënt regelrecht eigenaardig, bizar, impulsief of excentriek gedrag vertoont. Dit kan een aanwijzing zijn voor comorbiditeit en deze problematiek kan zich uiten in een moeilijke of onwerkbare (behandel)relatie (casus 4).

Onjuiste indicatiestelling en behandelaanpak

Lange tijd is de voornaamste doelstelling van angstbehan-

deling geweest om de door angst en vermijding aangetaste dentitie te restaureren, desnoods met gebruikmaking van algehele anesthesie. Onderzoek heeft aangetoond dat de levenskwaliteit van patiënten na een behandeling onder algehele anesthesie verbeterde, maar dat er geen angstreductie van dit type behandeling viel te verwachten (Klaassen et al, 2008). Dit kan worden verklaard door het ontbreken van positieve of corrigerende ervaringen ten aanzien van de angstwekkende elementen van de behandeling, een voorwaarde voor het optreden van angstreductie (De Jongh, 2006). Hierdoor bestaat de kans dat de dentitie opnieuw verslechtert en de ellende voor de patiënt weer van voren af aan begint. De behandeling kan in die zin dan als mislukt worden beschouwd (casus 5).

Te afhankelijke patiënt

Bij een angstbehandeling is het niet goed dat de patiënt afhankelijk wordt van zijn behandelaar of de gebruikte behandelmethode. De patiënt moet worden voorbereid om zijn weg (terug) te vinden naar de algemene praktijk. Gebruik van technieken zoals hypnose en lachgas hebben in dit opzicht het nadeel dat lang niet alle huistandartsen deze kennis, ervaring of apparatuur in huis hebben (casus 6).

Onvoldoende afstemming op zorgvraag

Een patiënt komt meestal met een duidelijke zorgvraag. Ook heeft hij of zij doorgaans wel een idee op welke wijze de behandeling zou moeten plaatsvinden. Daarom is het verstandig de behandeling af te stemmen op de zorgvraag van de patiënt, daaraan zo mogelijk te voldoen en eventuele misverstanden te bespreken en op te lossen (casus 7).

Beschadiging behandelrelatie

Veiligheid, controle en vertrouwen zijn belangrijke thema's in het leven van een angstpatiënt, vooral omdat er in het verleden van de patiënt vaak op dit gebied iets is misgegaan. De patiënt heeft door vervelende ervaringen de overtuiging gekregen dat plotseling dingen kunnen gebeuren die hij niet zelf in de hand heeft en dat de tandarts niet altijd te vertrouwen is. Het is belangrijk het vertrouwen in tandartsen te herstellen (casus 8).

Ongeluk tijdens behandeling

Natuurlijk kan ook bij een angstbehandeling op velerlei manieren iets misgaan. Ook kunnen er echte ongelukken gebeuren die het vertrouwen ondermijnen. Bovendien kan een negatieve ervaring een sterk angstinducerende invloed uitoefenen (casus 9).

Discussie

Mislukkingen komen bij angstbehandelingen vaak voor. Vragen die opdoemen zijn in welke mate behandelaars voor dit falen verantwoordelijk kunnen worden gesteld, en hoe deze hoge uitval kan worden verminderd of voorkomen.

Als iemand met buitenproportionele angst voor de tandheelkundige behandeling zich aanmeldt bij een tandarts dan zal de behandelaanpak in de eerste plaats gericht zijn op het effectief bestrijden van de primaire klachten. Daarnaast zal de behandelaar op basis van diagnostiek de geconstateerde onvolkomenheden behandelen en zich inspannen om de mondgezondheid te verbeteren. Een doel als het verminderen van angst komt dan op een latere plaats. De vraag is of een huistandarts voldoende competent is om de behandeling van de soms weerbarstige problematiek van een

angstpatiënt, bijvoorbeeld in het geval van comorbiditeit, tot een goed einde te brengen. Niet binnen alle opleidingen tandheelkunde maakt onderwijs op het terrein van angstreductie of het vakgebied psychopathologie immers deel uit van het curriculum. De volgende vraag of het niet tot stand brengen van enige angstreductie in de reguliere praktijk een voorbeeld van verwijtbaar handelen is, wordt waarschijnlijk door weinig tandartsen bevestigend beantwoord. Als er sprake is van aantoonbaar technisch professioneel handelen en als de patiëntenrechten zijn geëerbiedigd, valt niet te verwachten dat een klacht van een patiënt over falende angstreductie gegrond wordt verklaard. De verwijtbaarheid ligt echter anders als dezelfde patiënt is behandeld door een tandarts-angstbegeleiding, bijvoorbeeld in een centrum voor bijzonder tandheelkunde. Hoewel in alle redelijkheid mag worden verwacht dat de behandeling hier juist gericht zal zijn op angstreductie, is het onwaarschijnlijk dat moet worden gesproken van een mislukking of verwijtbaar handelen als de angstbehandeling is mislukt. Ook hier behoort een negatief resultaat tot de normale risico's van een behandeling. Van de geïnventariseerde 9 typen risico's kunnen ook hier de eerste 4 (onvoldoende motivatie, angst groter dan draagkracht, comorbiditeit, moeite met aangaan behandelrelatie) niet eenvoudig worden voorkomen. Het evenwicht tussen de haalbaarheid van de oplossing en de mogelijkheden van de patiënt is hier immers lastig te bepalen, al zou ook kunnen worden betoogd dat tandartsen die gespecialiseerd zijn in bijzondere tandheelkunde met deze categorie patiënten uit de voeten moeten kunnen. Deze verwachting geldt zeker voor het type risico's 'onvoldoende motivatie', de factor die verantwoordelijk lijkt te zijn voor het grootste deel van de mislukkingen. Hoe beter een patiënt kan wor-

Casus 7

Janda had een fobie voor een tandheelkundige behandeling. Ze wilde graag een mooi gebit. De tandarts-angstbegeleiding was echter gewend om protocollair te werken en begon met een behandeling met behulp van graduele blootstelling *in vivo*, met de bedoeling Janda's angst te reduceren. Hij startte met het vervaardigen van een kleine restauratie. Bij de volgende behandeling werd een iets grotere restauratie gemaakt. De angst was inmiddels duidelijk afgenomen. De volgende afspraak kwam Janda echter niet na. Navraag leerde dat ze inmiddels in een particuliere kliniek onder algehele anesthesie haar gebit had laten opknappen zodat ze stralend op de bruiloft van haar dochter kon verschijnen.

Casus 8

Tijdens de eerste angstbehandeling van Ed ging de telefoon. De tandartsassistent nam de telefoon op en besprak in het bijzijn van Ed met de tandarts de vraag van de beller. Hierbij werden naam en geboortedatum van de bellende patiënt vermeld. Het ging over een niet betaalde rekening. De assistent sprak weinig respectvol over de patiënt. Ed zegde zijn volgende afspraak af omdat hij het niet prettig vond het risico te lopen dat in het bijzijn van anderen op een dergelijke manier over hem zou worden gesproken.

Casus 9

Anja meldde zich met stikangst bij een tandarts-angstbegeleiding. De kern van Anja's klachten was dat wanneer een wattenrol of een matrixband in haar mond werd aangebracht ze bang was hierin te stikken. Ook het maken van gebitsafdrukken deed haar angstgevoelens sterk toenemen. Met behulp van graduele blootstelling *in vivo* werd getracht het angstniveau blijvend te verminderen. Tijdens een van de laatste behandelsessies werd een gebitsafdruk gemaakt. De afdruklepel bleef echter vastzitten in de mond. Het kostte de tandarts ongeveer 20 minuten om de lepel te verwijderen. Dit lukte pas door deze kapot te boren. Hierna was Anja's stikangst weer enigszins verergerd. Anja kreeg vervolgens afspraken bij de psycholoog om haar 'trauma' te verwerken.

den gemotiveerd om zelf verantwoordelijkheid te dragen voor het succes van de behandeling, des te groter is de kans dat de behandeling slaagt. Meer kennis over motiverings-technieken bij de behandelaar genereert waarschijnlijk een kleinere uitval van patiënten. Dit geldt des te meer voor de andere 5 typen risico's, waarvan enkele op het vlak liggen van het niet toepassen van richtlijnen of wetenschappelijk gefundeerde behandelmethoden (De Jongh et al, 2005). Naast de standaardregel om patiënten met een buitenproportionale angst zo snel mogelijk systematisch te confronteren met hun angstwekkende stimuli zonder dat daarbij de gevreesde ramp optreedt, moet een behandelaar een andere behandelmethode (bijvoorbeeld behandeling onder algemene anesthesie) in ieder geval kunnen verdedigen (Wolitzky-Taylor et al, 2008).

Om de geconstateerde risico's te reduceren, moet een behandelaar voldoende bekwaam zijn in de begeleiding van zeer angstige patiënten. De behandelaar moet ook oog hebben voor het belang van psychische en sociale omstandigheden van deze patiënten en de invloed van deze factoren op het orale gebied en de behandeling. Een tandarts-angstbegeleiding moet daarom werken op basis van de meest recente behandelrichtlijnen.

In welke mate de huidige competenties van tandartsen toereikend zijn voor een goede angstbehandeling valt moeilijk na te gaan. De inventarisatie van risico's en de beschrijving en de analyse hiervan kunnen echter een bijdrage leveren aan de verbetering van de kwaliteit van de angstbehandelingen, bijvoorbeeld door deze informatie te gebruiken in het onderwijs. Een gewaarschuwd mens telt immers voor twee!

Literatuur

- *Abrahamsson KH, Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG.* The importance of dental beliefs for the outcome of dental-fear treatment. *Eur J Oral Sci* 2003; 111: 99-105.
- *Aartman IHA, Jongh A de, Makkes PC, Hoogstraten J.* Dental anxiety reduction and dental attendance after treatment in a dental fear clinic: a follow-up study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 435-442.
- *American Psychiatric Association (APA).* Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-IV-TR). Washington DC: APA, 2000.
- *Berggren U, Hakeberg M, Carlsson SG.* Relaxation vs. cognitively oriented therapies for dental fear. *J Dent Res* 2000; 79: 1645-1651.
- *Jongh A de.* Oppassen voor valkuilen: de problematiek van de somatiserende patiënt. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1997; 104: 149-151.
- *Jongh A de.* Lastige patiënten in de tandartspraktijk: over psychische problemen en de gevolgen voor het behandelplan. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2004.
- *Jongh A de.* Angst voor de tandarts. Assen: Van Gorcum, 2006.
- *Jongh A de, Abkhezr S, Broers DLM.* Een patiënt met angst gebaseerd op een wel zeer bijzondere traumatische ervaring: seksueel misbruik door de eigen tandarts. *ACTA Quality Practice* 2008; 3: 21-25.
- *Jongh A de, Adair P, Meijerink-Anderson M.* Clinical management of

dental anxiety: what works for whom? *Int Dent J* 2005; 55: 73-80.

- *Jongh A de, Makkes PC, Broers DLM.* Behandelstrategieën voor patiënten met pathologische angst. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2005; 112: 95-98.
- *Jongh A de, Oord HJM van den, Broeke E ten.* Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in the treatment of specific phobias: four single-case studies on dental phobia. *J Clin Psychol* 2002; 58: 1489-1503.
- *Klaassen MA, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J.* Dental treatment under general anaesthesia: the short-term change in young children's oral-health-related quality of life. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9: 130-137.
- *Oosterink, FMD, Jongh A de, Aartman, IHA.* Negative events and their potential risk of precipitating pathological forms of dental anxiety. *J Anxiety Disord* 2009; 23: 451-457.
- *Wolitzky-Taylor KB, Horowitz JD, Powers MB, Telch MJ.* Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 1021-1037.

Summary

Risks of dental fear reduction treatments

In dentistry, estimations of the risk of failure of treatments focused on dental fear reduction are particularly high (about 60%). Research data on this subject are lacking. Failure has been defined as a treatment whose aim, sufficient reduction of fear to make possible treatment in a general dental practice, has not been achieved. Nine different types of risk may be the cause of a treatment failure: insufficient motivation, fear greater than the capacity to cope with it, co-morbidity, trouble with entering into a patient-care provider relation, inaccurate treatment indication or treatment strategy, patient too dependent on care provider, treatment insufficiently fulfilling demand, damage to the patient-care provider relation, and accident during treatment.

Bron

A. de Jongh, D.L.M. Broers

Uit de sectie Sociale Tandheelkunde en Voorlichtingskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en de Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT), Amsterdam

Datum van acceptatie: 6 maart 2009

Adres: prof. dr. A. de Jongh, ACTA, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam
a.de.jongh@acta.nl