

# RICHTLIJN A&G

## SELECTIE PATIËNTEN.

### **Inleiding.**

De SBT neemt de tandheelkundige zorg op zich van patiënten, die verwezen kunnen zijn door huis(tand)artsen, tandartsen werkzaam in de bijzondere tandheelkunde, kaakchirurgen, orthodontisten, psychologen en medische specialisten, omdat behandeling in de huispraktijk onder normale omstandigheden niet goed is uit te voeren. Om deze patiënten adequaat te kunnen begeleiden en behandelen kan de SBT beschikken over geconcentreerde kennis, ervaring en kunde, alsmede over mogelijkheden voor interdisciplinaire diagnostiek, indicatiestelling en behandeling.

De behandeling in de SBT is in beginsel van tijdelijke aard. Echter het kan voorkomen, dat een patiënt gedurende langere tijd of zelfs permanent op behandeling bij de SBT is aangewezen. Dit kan alleen in goed overleg met de zorgverzekeraar plaats vinden.

### **Doel van de richtlijn.**

In deze richtlijn worden selectie-instrumenten aangegeven, waarmee uit de verschillende patiëntencategorieën, die zich voor behandeling bij de afdeling A&G melden, die patiënten kunnen worden geselecteerd, die recht hebben op bijzondere tandheelkundige zorgverlening.

Het doel van de richtlijn is de selectie van de patiënten voor de afdeling A&G inzichtelijk te maken en uniform te laten verlopen.

### **1. Categorieën.**

#### 1.1 Kinderen.

- Hele jonge kinderen, waarbij de leeftijd en de bijbehorende behandelbaarheid de handicap vormen.
- Angstige kinderen, die onbehandelbaar zijn in de huispraktijk.
- Kinderen met aangeboren of verworven tandheelkundige ontwikkelingsstoornissen (amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta, oncologische aandoeningen).

#### 1.2 Gehandicapten.

- Thuiswonende verstandelijk en/of lichamelijk (medisch) gehandicapten, die niet terecht kunnen in een huispraktijk.
- Gehandicapten, die in een regionaal instituut verblijven, waar geen tandarts aan verbonden is en die niet in een huispraktijk terecht kunnen.

#### 1.3 Extreem angstige volwassenen.

Volwassen patiënten, die zo angstig zijn, dat zij de reguliere tandheelkundige zorgverlening vermijden.

## 2. Organisatorische aspecten.

Oorsprong verwijzing: (voor de drie categorieën) huistandarts, huisarts, specialist of ziekenhuis, polikliniek van ACTA, instelling voor bijzondere tandheelkunde, instelling voor gehandicaptenzorg.

WachtlIJst: Voor gehandicapten bestaat geen wachtlIJst (afpraak voor intake-gesprek wordt meteen gemaakt).

Voor kinderen en volwassenen wordt een wachtlIJst beheerd door de coördinerend-assistente A&G in samenwerking met het directiesecretariaat. De wachtlIJst zal meestal een termijn tussen 3 en 6 maanden beslaan. Wanneer de wachtlIJst een periode beslaat, die langer is dan 6 maanden, neemt de coördinerend-tandarts zodanige maatregelen, dat deze termijn terug wordt gebracht.

Verzamelen informatie vooraf: Aan alle patiënten, die zich aanmelden voor behandeling, wordt een envelop toegestuurd met een inschrijfformulier en per categorie verschillende lijsten om in te vullen met informatie over gezondheid, angst en sociale situatie. Verder wordt informatie ingewonnen tijdens intake-gesprek. Nadat de lijsten ingevuld zijn geretourneerd wordt de patiënt zonnodig op de wachtlIJst geplaatst, anders wordt meteen een afspraak gemaakt. Patiënt en verwijzer krijgen bericht van ontvangst en een schatting van de eventuele wachtpriode tot het intake-gesprek.

Intake-gesprek bij kinderen en gehandicapten, dit wordt gevoerd door de coördinerend-tandarts of daarvoor aangewezen tandarts(en) van A&G. Bij aanname volgt een afspraak bij één van de A&G-tandartsen of bij de betreffende anesthesioloog voor behandeling onder ambulante anesthesie (IVA) of bij het ziekenhuis (OLVG) voor behandeling onder algehele anesthesie. Zie hiervoor de desbetreffende richtlijnen. Bij ernstige psychologische problematiek wordt de ontwikkelingspsycholoog van de SBT ingeschakeld.

Intake-gesprek bij de volwassen patiënten, dit wordt door één van de tandartsen van A&G gevoerd. De A&G-psycholoog is zonnodig aanwezig bij deze gesprekken (de dubbelintake), dit is afhankelijk van de ernst van de psychologische problematiek zoals die naar voren is gekomen uit de ingevulde angstlijsten. Er wordt drie kwartier tot een uur per gesprek uitgetrokken. Bij aanname volgt een afspraak bij de A&G-tandarts, of bij de betreffende anesthesioloog voor behandeling onder intraveneuze sedatie (IVS) of bij het ziekenhuis (OLVG) voor behandeling onder algehele anesthesie. Verwijzing naar de psycholoog van A&G is eveneens mogelijk. Zie hiervoor de betreffende richtlijnen.

Opvang pijnklachten: kinderen en gehandicapten worden buiten de selectieprocedure om van hun klacht afgeholpen, daarna wordt een vervolgspraak gemaakt voor de intakeprocedure. Voor volwassenen wordt verwezen naar de betreffende richtlijn.

## 3. Aannamecriteria.

### 3.1 Angstige kinderen en gehandicapten.

- Angst door een te jonge geestelijke leeftijd. De kinderen zijn nog niet in staat te begrijpen wat de tandheekundige behandeling inhoudt, zijn moeilijk te beïnvloeden en daardoor angstig en onbehandelbaar in de huispraktijk. Bij kinderen, die 4 jaar en jonger zijn, is sprake van een tijdelijk probleem. Soms groeit het kind er nooit overheen. Door verstandelijke handicaps of ontwikkelingsstoornissen vormt zich een groep, die blijvend niet onder normale routinematige zorg behandeld kan worden.
- Angst zal zich bij kinderen en gehandicapten uiten in sterke afweer en onbehandelbaarheid en bij kinderen vanaf een zekere leeftijd (bijvoorbeeld de pubertijd) door vermijding.

### 3.2 Angstige volwassenen.

Criteria voor een extreme (pathologische) vorm van angst zijn:

- de angst is excessief en moeilijk beheersbaar,
- de angst heeft een irrationeel karakter,
- de angst gaat voorts gepaard met slechte behandelbaarheid en meestal met langdurige vermijding van de tandheelkundige zorgverlening.

Voor volwassenen geldt, dat de angst kwalitatief en kwantitatief -vooraf- vast te stellen is door middel van gevalideerde angstlijsten en voorts tijdens het eerste consult (intake-gesprek), waarin de angstanamnese wordt afgenomen.

De in dit verband relevante lijsten zijn:

- de algemene AngstSchaal (AS): score-verloop 1-10; grenswaarde 8,
- de Dental Anxiety Scale (DAS): score-verloop 4-20; grenswaarde 15,
- de Korte vragenlijst over Angst voor de Tandheelkundige Behandeling (K-ATB): score-verloop 9-45; grenswaarde 28,
- de lijst voor de Duur van de Psycho-Fysiologische Reacties (DPFR): score-verloop 1-7; grenswaarde 5.

Scores op tenminste drie van de vier angstlijsten: AS, DAS, K-ATB en DPFR dienen op de grenswaarden of hoger te liggen

Vermijding is vast te stellen tijdens het intake-gesprek: hoe lang is de patiënt niet regelmatig geweest en waarom. Heeft dit geleid tot een grote behandelachterstand en tandheelkundig lijden. Dit beeld wordt bevestigd tijdens het afnemen van de anamnese gedurende het eerste consult in het centrum.

Slechte behandelbaarheid is vast te stellen door de huistandarts en/of tijdens het intake-gesprek: falende coping en sterke afweer bij het (globale) mondonderzoek en eventueel bij het maken van röntgenfoto's.

## 4. Inhoud intake-gesprek,

(zie ook de richtlijn 'Psychologische zorg voor SBT-patiënten').

- 4.1 Introductie: kennismaking, algemene informatie over SBT en afdeling A&G, algemene gegevens patiënt.
- 4.2 Verwijzing, door wie verwezen, hoe is de verwijzing tot stand gekomen, waarom nu? Verwijsbrieven en eventuele andere documentatie lezen.
- 4.3 Reden van de komst: aanmeldingsklacht. Wat ziet de patiënt als zijn probleem, wat is zijn hulpvraag?
- 4.4 Ontstaansgeschiedenis van de klacht/het probleem.
  - Ontstaan en beloop tandheelkundig / medisch / psychologisch van de klacht: nagaan wanneer en hoe de angst volgens de patiënt is ontstaan (is de patiënt ooit iets afschuwelijks overkomen tijdens een behandeling bij de tandarts, in een ziekenhuis, privé, enz.).
  - Nagaan van de rol van belangrijke anderen (ouders, broers en zusters, omgeving, jeugdinternaten enz.) in het ontstaan en in stand houden van het probleem.
  - Bij kinderen letten op de interactie tussen kind en ouder. Is de moeder beschermend of zelf bang, doet het kind overmatig beroep op de moeder.
- 4.5 Voorgeschiedenis tandartsbezoeken, vermijdingsgedrag.

- Hoe lang is men niet geweest en hoe lang bezocht men de tandarts onregelmatig.
- Wanneer voor het laatst bij een tandarts en waarvoor.
- Hoe is de relatie met de huistandarts. Heeft die iets aan de angst gedaan.
- Heeft de patiënt zelf iets aan de angst gedaan.
- Let op wat het vermijdingsgedrag in stand houdt.

#### 4.6 Angstdiagnostiek.

- Welke uitlokkende en/of begeleidende gedachten (cognities) spelen een rol. Identificeren van eventuele catastrofale gedachtengang: "Wat is het ergste dat u bij de tandarts denkt te kunnen overkomen en met wat als gevolg?".
- Inventarisatie van angstwekkende stimuli. Bespreek een (recent) voorbeeld van de klacht: waar, wanneer, bij wie, welke onderdelen van de behandelingen, controleverlies, naalden, geluid of trillen van de boor, ook buiten de tandheelkunde?
- Inventarisatie van de angst. Bepaal de context, waarbinnen het probleem zich voordoet, waarom juist in die situatie? Welke emoties doen het probleem ontstaan of de klacht toenemen, bijvoorbeeld irritatie, onzekerheid enz. Is de angst solitair of multifactoriëel.
- Identificatie en inventarisatie van kenmerkende angstreacties en emoties: fysiologische reacties, wegvluchten, woede, agressie, paniekaanval, hartkloppingen, flauwvallen, transpireren.
- Nagaan van de (sociale) consequenties van het angstprobleem (welke activiteiten worden vermeden, bijvoorbeeld als gevolg van schaamte).

#### 4.7 Interpersoonlijke factoren.

Welke invloed heeft het gedrag van significante anderen (gezin, familie), zijn deze wel of niet van belang, positief, negatief, steun, enz.

#### 4.8 Uitleg over de behandel- en interventiemogelijkheden.

- Self-management technieken, bijvoorbeeld 'self-exposure', afspraken over stopteken, overleg, uitleg over behandelonderdelen, pauzes invoegen, goede plaatselijke verdovingen, enz.
- Consult bij de psycholoog, psychologische behandeling met als inhoud gedragstherapeutische en/of cognitieve technieken, al dan niet in combinatie met kortdurende traumabehandeling. Eventueel uitgebreid met verdere verwijzing. Zie hiervoor de richtlijn 'Psychologische zorg voor SBT-patiënten'.
- Bespreken van de mogelijkheden van geïntegreerde toepassing van methoden en technieken voor angstreductie voor en tijdens de behandeling 'graduele exposure', afleidingstechnieken, ontspanningstechnieken, hypnose, muziek, doeltreffende lokale verdoving, lachgassedatie, intraveneuze sedatie, algehele anesthesie.
- Commitment vaststellen: hoe lang blijft de patiënt en onder welke voorwaarden.
- De tandarts en/of psycholoog doet een voorstel over de keuze van het behandelplan. Zie hiervoor ook de richtlijn 'Psychologische zorg voor SBT-patiënten'. Vastleggen van de afspraken, zodat vertrouwen ontstaat in de behandelprocedure en later de overgang naar de huistandarts eenvoudiger wordt.

#### 4.9 Medische anamnese, ook in relatie met de angst.

- Medische status en voorgeschiedenis doornemen en letten op de onderdelen: hartkloppingen 'in rust', duizelingen, flauwvallen, ademhalingsproblemen, medicijngebruik, vroegere ziekenhuisopnames. Zo nodig meer informatie opvragen bij huisarts of specialist.

- Geestelijke gezondheid: welk niveau, vorderingen op school, type onderwijs, SPD, RIAGG, enz.
  - Namen, adressen en telefoonnummers noteren.
- 4.10 Tandheelkundig onderzoek en voorstel voor behandelplan.
- Uitnodigen om in de stoel te gaan zitten, bij afweer bespreken van de reden en de consequenties: wanneer dan wel, toch handig om te weten hoe het er voor staat, enz., vooral niet dwingen.
  - Voorzichtige inspectie van de mond, alleen met een spiegel.
  - Eventueel röntgenopnames maken, bij volwassenen (vrijwel) altijd OPG vanwege de vaak lange vermijdingsperiode.
  - Bespreken van de behandelmogelijkheden en de strategie.
  - Een globale kostenbegroting (ook eigen bijdrage) maken.
  - Prognose, medewerking en motivatie van de patiënt bespreken.
  - Na akkoord van de patiënt wordt een aanvraag voor de behandeling bij de zorgverzekeraar ingediend en een kostenbegroting voor de eventuele eigen bijdrage van de patiënt opgesteld.
- 4.11 Afronding.
- Samenvatten van de kernpunten en afspraken.
  - Informatie geven over de praktijkorganisatie van de SBT, onder meer over pamb / pazb en betalingen.
  - Eventuele verwijzingen regelen: psycholoog, kaakchirurg, orthodontist, huisarts of medisch specialist.
  - Na schriftelijke goedkeuring door de zorgverzekeraar en de patiënt kan de behandeling beginnen. Zonodig wordt tussentijds geëvalueerd met patiënt en/of zorgverzekeraar.

~~~~~

*Deze richtlijn is opgesteld door dr. P.C. Makkes in samenwerking met de medewerkers van de afdeling Angstbegeleiding & Gehandicaptenzorg. Eindredactie dr. P.C. Makkes. Het protocol is vastgesteld door het Management-Team in juni 1997. Tekst herzien 14 februari 2001 en 30 augustus 2002 door P.C. Makkes.*

*Copyright 1997 © SBT te Amsterdam.*

*Voor gebruik door anderen voor niet-commerciële doeleinden in de gezondheidszorg kan mondeling of schriftelijk toestemming door de SBT worden verleend. Bij gebruik moet de bron "SBT te Amsterdam" zijn vermeld. Voor commerciële doeleinden is schriftelijke toestemming van de directie van de SBT vereist.*