

TNO-rapport

KvL/GB/2009.074

TNO Kwaliteit van Leven

Behandeling van angstige volwassen patiënten in Centra voor Bijzondere Tandheelkunde



Auteurs:

Verrips GHW

Schuller AA

Gerardu VAM

TNO-rapport
KvL/GB/2009.074

TNO Kwaliteit van Leven

Gezondheidsbevordering

Wassenaarseweg 56

Postbus 2215

2301 CE Leiden

T 071 518 18 18

F 071 518 19 03

ISBN: 978-90-5986-328-6

Het kwaliteitssysteem van TNO Kwaliteit van Leven voldoet aan ISO 9001.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst. Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2009 TNO Kwaliteit van Leven

Inhoud

Samenvatting — 5

1. Inleiding — 9

2 Materiaal en Methode — 11

2.1 Materiaal — 11

2.2 Methode — 13

2.2.1 Neemt de vraag naar angstbehandeling in een CBT toe? — 13

2.2.2 Welke factoren beïnvloeden de vraag naar angstbehandeling? — 14

2.2.3 Welk deel van de angstige patiënten wordt effectief behandeld? — 14

2.2.4 Welke kenmerken onderscheiden effectief behandelde patiënten van niet-effectief behandelde patiënten? — 15

2.3 Nonresponsonderzoek — 16

2.4 Analyse — 16

3 Resultaten — 17

3.1 Neemt de vraag naar angstbehandeling in een CBT toe? — 17

3.2 Welke factoren beïnvloeden de vraag naar angstbehandeling? — 17

3.3 Welk deel van de angstige patiënten wordt effectief behandeld? — 18

3.3.1 Dossieronderzoek — 19

3.3.2 Vragenlijstonderzoek onder patiënten — 23

3.4 Welke kenmerken onderscheiden effectief behandelde patiënten van niet-effectief behandelde patiënten? — 29

4. Discussie — 31

4.1 Interne validiteit van de onderzoeksresultaten — 31

4.2 Externe validiteit van de onderzoeksresultaten — 31

4.3 Neemt de vraag naar angstbehandeling in een CBT toe? — 32

4.4 Welke factoren beïnvloeden de vraag naar angstbehandeling door CBT's? — 32

4.5 Welk deel van de angstige patiënten wordt effectief behandeld? — 33

4.6 Welke kenmerken onderscheiden effectief behandelde patiënten? — 33

4.7 Hoe nu verder — 34

Literatuur — 35

Bijlagen — 37

1 Itemlijst dossieronderzoek CBT's — 37

2 Patiëntenvragenlijst — 39

3 Coördinatorenvragenlijst — 45

4 Lijst van deelnemende CBT's — 47

Samenvatting

Vraagstelling

Een kwart van de Nederlandse bevolking is bang voor de tandarts. Bijna vier procent van de bevolking is zo bang dat er sprake is van psychiatrische problematiek: zij lijden aan een fobie. Dergelijke patiënten zijn zo angstig voor een tandheelkundige behandeling dat zij het bezoek aan een tandarts voortdurend vermijden. Meestal heeft dit tot gevolg dat de angst verder toeneemt en dat er een steeds grotere behandelachterstand ontstaat. Angsttherapie en intensieve angstbegeleiding tijdens de tandheelkundige behandeling zijn in deze gevallen dan ook meestal geïndiceerd. Dergelijke zorg kan worden verleend door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT). Het doel van behandeling van de angstige volwassen patiënt in een CBT is veelal tweeledig: 1) het bereiken van een zodanige angstreductie dat de patiënt (weer) door een tandarts in de algemene praktijk kan worden behandeld en 2) verbetering c.q. herstel van de mondgezondheid.

Er is weinig bekend over de effectiviteit van angstbehandelingen uitgevoerd in CBT's. Daarom wenste het College voor zorgverzekeringen (CVZ) actuele informatie te verkrijgen over de volgende vragen:

- 1 Neemt de vraag naar angstbehandeling van volwassenen in een CBT toe?
- 2 Welke factoren beïnvloeden de vraag naar angstbehandeling door CBT's?
- 3 Welk deel van de patiënten wordt effectief behandeld?
- 4 Welke kenmerken onderscheiden effectief behandelde patiënten van niet-effectief behandelde patiënten?

Materiaal en methode

De onderzoeksvragen werden beantwoord door middel van dossieronderzoek bij CBT's, vragenlijstonderzoek onder (ex-)patiënten en onder de coördinatoren van de deelnemende CBT's. Van de 26 CBT's die angstige volwassen patiënten behandelen, namen er 16 deel aan het onderzoek. De resultaten gelden daardoor strikt genomen alleen voor de deelnemende CBT's. Niettemin leverde het onderzoek een zeer goed beeld van angstbehandeling in CBT's.

In het dossieronderzoek werden 1243 patiëntendossiers bestudeerd en 1156 patiënten werden benaderd met een vragenlijst. Van de benaderde patiënten stuurde 25 procent de vragenlijst ingevuld retour. De non-respons bleek niet selectief te zijn. De coördinatoren van de 16 deelnemende CBT's stuurden allen de coördinatorenvragenlijst ingevuld retour.

Indicatoren van de effectiviteit van behandeling door CBT's waren behandelduur, aantal afspraken, aantal gedeclareerde uren en terugverwijzing naar de tandarts in de algemene praktijk. Daarnaast werd gevraagd naar ervaringen van patiënten: de tevre-

denheid over angstbehandeling door de CBT's, de mate waarin hun mondgezondheid naar hun oordeel was verbeterd, de mate waarin hun angst werd gereduceerd en hun kwaliteit van leven na de behandeling.

Resultaten

Met betrekking tot de vraag of angstbehandeling in een CBT was toegenomen, rapporteerden negen CBT's meer dan een verdubbeling van het aantal behandelde angstige patiënten tussen 2001 en 2005. De Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT) echter rapporteerde een daling van ongeveer 25 procent. Als oorzaken voor een toename werden de volgende factoren genoemd: het ontbreekt de huistandarts mogelijk aan tijd, vaardigheid en affiniteit met betrekking tot de behandeling van angstige patiënten; patiënten worden gebitsbewuster en mondiger en zijn beter geïnformeerd; de groeiende toegankelijkheid van angstbehandeling.

Het gegeven dat een patiënt na behandeling door een CBT (van intake tot uitstroom) terugverwezen kon worden naar de huistandarts, werd aangemerkt als een belangrijke indicator van effectiviteit van behandeling. De SBT bleek daarin het meest effectief. Als echter de proportie patiënten die tandheelkundig werden afbehandeld als criterium voor effectiviteit wordt gehanteerd, dan was de SBT het minst effectief. De gemiddelde behandelduur bij de SBT bleef tot een jaar beperkt terwijl de overige CBT's een gemiddelde behandelduur van meer dan vier jaar kenden.

Van de patiënten was 92 procent tevreden tot zeer tevreden over de behandeling door het CBT. Tevens rapporteerden zij een grote verbetering van hun gebitsgezondheid en een grote reductie van hun angst voor de tandheelkundige behandeling. Ook waren patiënten na behandeling door het CBT minder angstig voor pijn, voor de boor en voor de injectienaald.

Er werd geen relatie aangetoond tussen patiëntkenmerken enerzijds en de indicatoren voor effectiviteit van behandeling anderzijds. Wel bleek dat laagopgeleide patiënten een slechtere kwaliteit van leven hadden dan hoogopgeleide patiënten.

Discussie

De financieringsstructuur van angstbehandeling in Nederland kan in de toekomst onder druk komen te staan in het geval dat de latente vraag naar angstbehandeling volledig tot expressie komt. Mogelijke oorzaken voor een toename van de vraag zijn dat tandartsen in de algemene praktijk wellicht minder tijd of affiniteit met angstbehandeling hebben en dat patiënten mondiger worden en hun recht eisen. Het betreft hier echter geen harde feiten. Nader onderzoek moet uitwijzen in hoeverre de tand-

heelkundige capaciteit voor de behandeling van angstige patiënten in de toekomst voldoende zal blijken.

De verschillen tussen de deelnemende CBT's in dossiervoering, behandeldoelen, -strategieën en -resultaten waren groot. Het verdient aanbeveling duidelijker dan tot nu toe te articuleren wat nu precies het doel van angstbehandeling door CBT's is. Onderzoek naar effectieve *screening* en interventies vormt daartoe een noodzakelijke voorwaarde. Ook kostenaspecten dienen daarin te worden betrokken.

Patiënten waren tevreden over de behandeling door het CBT en ook gaven zij aan minder angstig te zijn na CBT-behandeling. Bovendien rapporteerden zij een verbeterde mondgezondheid. In die zin was angstbehandeling door CBT's duidelijk effectief. Het inzicht wint terrein dat het aan de patiënt is te besluiten welke interventies hij of zij wenst te ondergaan. Maar de beleidsmakers dienen te bepalen welke interventies doelmatig geacht mogen worden, in de context van de totale gezondheidszorg in Nederland. Om dat op rationele gronden te kunnen doen, is onderzoek naar de kosten-effectiviteit van angstbehandeling noodzakelijk.

Nederland loopt in de wereld voorop in de voorzieningen die zijn getroffen om mensen met extreme angst voor de tandheelkundige behandeling te helpen. Onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van nieuw beleid is onontbeerlijk om de behandeling van patiënten met een extreme angst voor de tandheelkundige behandeling ook in de toekomst te waarborgen.

1. Inleiding

Een kwart van de Nederlandse bevolking is bang voor de tandarts. Bijna vier procent van de bevolking is zo bang dat er sprake is van psychiatrische problematiek: zij lijden aan een fobie (Oosterink FM et al., 2009). De prevalentie van angst voor een tandheelkundige behandeling is in Nederland de afgelopen twintig jaar nauwelijks veranderd. Al in 1990 bleek dat 22% van de Nederlandse populatie zeer angstig was en dat nog eens 4% als fobisch kon worden aangemerkt (Stouthard ME, Hoogstraten J, 1990). Dergelijke patiënten zijn zo angstig voor een tandheelkundige behandeling dat zij het bezoek aan een tandarts voortdurend vermijden. Meestal heeft dit tot gevolg dat de angst verder toeneemt en dat er een steeds grotere behandelachterstand ontstaat. Hierdoor treden regelmatig pijnklachten en ontstekingen op in het orale gebied. De angst en de tandheelkundige gevolgen ervan kunnen naast medische ook psychosociale gevolgen hebben, zoals een slechte kwaliteit van leven (Vermaire et al., 2008). De aard van de specifieke problematiek vereist veelal een multidisciplinaire aanpak. In het kader van de behandelbaarheid wordt als uitgangspunt gehanteerd dat de patiënt in de huispraktijk niet behandelbaar is, wanneer een bekwame tandarts volgens de geldende stand van de wetenschap en techniek niet in staat is de behandeling in de huispraktijk uit te voeren.

Angsttherapie en intensieve angstbegeleiding tijdens de tandheelkundige behandeling zijn in deze gevallen dan ook meestal geïndiceerd. Dergelijke zorg kan worden verleend door een Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde (CBT). Een CBT kenmerkt zich door een samenwerkingsverband van tandartsen met specifieke deskundigheden, vaardigheden en faciliteiten respectievelijk ondersteuning, dat consultatie, diagnostiek en behandeling verleent aan patiënten met bijzondere tandheelkundige problematiek. De mate van angst en behandelbaarheid zijn doorslaggevend voor het vaststellen van een centrumindicatie met multidisciplinaire behandelingen (psycholoog, anesthesioloog). Er is volgens het Centraal Overleg Bijzondere Tandheelkunde (COBIJT) sprake van een extreme, pathologische vorm van angst als de angst:

- excessief en moeilijk beheersbaar is;
- een irrationeel karakter heeft;
- gepaard gaat met slechte behandelbaarheid en in veel gevallen met langdurige vermindering van de tandheelkundige zorgverlening.

Voor volwassenen geldt dat de angst kwalitatief en kwantitatief -vooraf- is vast te stellen door middel van gevalideerde angstvragenlijsten en voorts tijdens het eerste consult waarin de angstanamnese wordt afgenomen. De in dit verband relevante lijsten zijn onder meer: de Anxiety Scale (AS), de Dental Anxiety Scale (DAS; Corah NL, 1969), de Korte vragenlijst over Angst voor de Tandheelkundige Behandeling (K-ATB; Stouthard MEA, 1989) en de lijst voor de Duur van de Psycho-Fysiologische Reacties (DPFR).

Het doel van behandeling van de angstige volwassen patiënt in een CBT is veelal tweeledig: 1) het bereiken van een zodanige angstreductie dat de patiënt (weer) door een tandarts in de algemene praktijk, in dit rapport aangeduid als huistandarts, kan worden behandeld en 2) verbetering c.q. herstel van de mondgezondheid. De centrumindicatie vervalt wanneer de patiënt de hulp in het bijzonder tandheelkundig centrum niet meer nodig heeft. Op dat moment dient de patiënt te worden terugverwezen naar huistandarts.

Volgens informatie van COBIJT zijn er in Nederland momenteel ongeveer 26 CBT's werkzaam die (onder meer) volwassen angstige patiënten behandelen. De CBT's zijn zeer heterogeen qua grootte en werkwijze. In sommige CBT's worden alleen behandelingen onder volledige narcose verricht, terwijl in andere naast sedatie met lachgas ook gedragsbeïnvloeding plaatsvindt, soms zelfs aangevuld met een kortdurende psychotherapeutische interventie uitgevoerd door een psycholoog. Meer informatie over de werkwijze van CBT's is te vinden op de website van COBIJT (www.cobijt.nl).

Er is weinig bekend over de effectiviteit van angstbehandelingen uitgevoerd in CBT's. In 2000 verscheen een academisch proefschrift (Aartman IHA, 2000) waarin onder andere de effectiviteit van angstbehandeling door de Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT) werd bestudeerd. Het angstniveau van daar behandelde patiënten bleek over het algemeen lager te zijn dan van niet-behandelde patiënten en 67% bezocht een jaar na behandeling een huistandarts. Na het proefschrift van Aartman is angstbehandeling in CBT's niet meer onderzocht. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) wenste actuele informatie te verkrijgen over de effectiviteit van angstbehandeling van volwassen patiënten in CBT's. De onderzoeksvragen zoals door het CVZ gesteld waren:

- 1 Neemt de vraag naar angstbehandeling van volwassenen in een CBT toe?
- 2 Welke factoren beïnvloeden de vraag naar angstbehandeling door CBT's?
- 3 Welk deel van de patiënten wordt effectief behandeld?
- 4 Welke kenmerken onderscheiden effectief behandelde patiënten van niet-effectief behandelde patiënten?

Met het CVZ is besproken dat onderzoeksvraag 2 ('Welke factoren beïnvloeden de vraag naar angstbehandeling?') niet te beantwoorden was binnen het beschikbare budget en de daarop gebaseerde onderzoeksopzet. De invloed van dergelijke factoren kan slechts met grootschalig longitudinaal onderzoek worden achterhaald.

2. Materiaal en Methode

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, werden drie bronnen geraadpleegd:

- CBT-dossiers van angstige patiënten behandeld in de jaren 2001, 2003 en 2005 (dossieronderzoek; bijlage 1)
- angstige (ex-)patiënten van CBT's (patiëntenvragenlijst verstuurd naar alle angstige patiënten uit het dossieronderzoek; bijlage 2)
- coördinatoren van CBT's (coördinatorenvragenlijst, verstuurd naar de coördinatoren van de deelnemende CBT's; bijlage 3)

2.1 Materiaal

Inclusie CBT's

De medewerking van de CBT's in Nederland was voor het onderzoek noodzakelijk. Van de 26 benaderde CBT's waren er 20 bereid aan het onderzoek mee te werken, zo bleek uit een studie van TNO naar de haalbaarheid van het beantwoorden van de onderzoeksvragen (Schuller et al., 2007). Bij 16 CBT's kon uiteindelijk door middel van een dossieronderzoek de gewenste gegevens verzameld worden, voor zover beschikbaar. In figuur 1 wordt een overzicht gegeven van de geografische spreiding van de deelnemende CBT's.

Figuur 1 *Geografische spreiding deelnemende CBT's.*



De deelnemende CBT's varieerden sterk in het aantal angstige patiënten dat zij jaarlijks behandelde. Uit het haalbaarheidsonderzoek (Schuller et al., 2007) was gebleken dat de behandelstrategie in grotere CBT's vaker multidisciplinair van aard was en dat er meer faciliteiten en behandel mogelijkheden waren dan in kleinere CBT's. Dat zou van invloed kunnen zijn op de effectiviteit van angstbehandeling. Daarom werden de deelnemende CBT's ingedeeld in drie categorieën, op basis van het aantal angstige volwassen patiënten dat per jaar werd behandeld: minder dan 100 (zeven CBT's), 100-200 (zes CBT's) en meer dan 200 (twee CBT's) als respectievelijk klein, middelgroot en groot. De SBT in Amsterdam werd als een aparte categorie beschouwd, gezien het feit dat dit CBT verreweg de grootste in Nederland was. De SBT had er geen bezwaar tegen als aparte categorie in het onderzoeksrapport herkenbaar te zijn.

Steekproef en respons

De behandelduur werd aangemerkt als een van de indicatoren van de effectiviteit van de angstbehandeling. Deze variabele is gebruikt bij de *power*analyse ter bepaling van een adequate steekproefgrootte. Daarbij is de gemiddelde behandelduur gesteld op 12 maanden met een standaardafwijking gelijk aan de helft van dit gemiddelde (6 maanden). Om tussen de vier CBT-categorieën verschillen van vier maanden in behandelduur te kunnen aantonen met een *power* van 80% bij een statistisch significantieniveau van 5% waren minimaal 50 personen per groep nodig. Met het oog op mogelijke hoge non-respons lag het in de bedoeling 100 angstige volwassenen per CBT-categorie per onderzoeksjaar te benaderen. Uiteindelijk werden 1243 patiëntendossiers gelicht (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 Aantal bestudeerde dossiers per CBT-categorie per onderzoeksjaar (totaal n=1243).

	2001	2003	2005
Klein (<100 pt)	114	101	119
Middel (100-200 pt)	124	133	166
Groot (>200 pt)	26	41	83
SBT	112	112	112

Het aantal bestudeerde dossiers in de CBT-categorie "groot" was relatief klein, doordat een groot CBT te elfder ure zijn medewerking weigerde nadat de overige grote CBT's al waren bezocht. Om laatstgenoemde CBT's niet verder te belasten werd besloten hen niet nogmaals te benaderen voor dossieronderzoek. Een van de 16 deelnemende CBT's waar dossieronderzoek kon worden verricht, weigerde toestemming te verlenen hun (ex-)patiënten te benaderen omdat dit CBT zelf al onderzoek onder patiënten uitvoerde. Uiteindelijk konden 1156 patiënten worden benaderd met een vragenlijst. Het vragenlijstsonderzoek onder patiënten werd goedgekeurd door de METC en aange meld in het kader van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

In tabel 2.2 staan de aantallen patiënten weergegeven die de vragenlijst ingevuld retourneerden. Het totale responspercentage was 25%.

Tabel 2.2 *Aantal (%) geretourneerde vragenlijsten per CBT-categorie per onderzoeksjaar (totaal n=285).*

	2001	2003	2005	totaal
Klein (<100 pt)	26 (34%)	17 (22%)	33 (44%)	76 (100%)
Middel (100-200 pt)	16 (18%)	29 (32%)	46 (50%)	91 (100%)
Groot (>200 pt)	13 (27%)	12 (25%)	23 (48%)	48 (100%)
SBT	15 (21%)	31 (44%)	24 (35%)	70 (100%)
totaal	70	89	126	285

Uit tabel 2.2 blijkt dat de respons van patiënten over het algemeen hoger was naarmate zij meer recent bij een CBT onder behandeling waren.

De coördinatoren van de 16 deelnemende CBT's stuurden allen de coördinatorenvragenlijst ingevuld retour.

2.2 Methode

De onderzoeksmethoden worden per onderzoeksvraag toegelicht.

2.2.1 **Neemt de vraag naar angstbehandeling in een CBT toe?**

Om een indicatie te krijgen van een eventuele toename van angstbehandeling in de CBT's, lag het in de bedoeling in drie jaren, te weten 2001, 2003 en 2005, bij te houden hoeveel dossiers gelicht moesten worden om aan het bedoelde aantal te benaderen angstige patiënten te komen. Als bijvoorbeeld zou blijken dat er tussen 2001 en 2005 steeds minder dossiers hoefden te worden gelicht om aan het gewenste aantal angstige patiënten te komen, zou dit een indicatie kunnen vormen voor een toename van de vraag naar angstbehandeling. Deze methode bleek in de praktijk niet goed uitvoerbaar doordat de administratie per CBT zeer verschillend was opgezet. Patiëntendossiers waren soms categorisch gerangschikt en dan weer op datum van instroom. Ook bij de CBT's met een geautomatiseerde administratie bleek het niet altijd mogelijk gegevens over toename van het aantal ingestroomde angstige patiënten boven tafel te krijgen. Om toch enig zicht te krijgen op een mogelijke toename van de vraag naar angstbehandeling, werd kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder de coördinatoren van elk van de zestien deelnemende CBT's. Zij werden benaderd met een vragenlijst (coördinatorenvragenlijst; zie bijlage 3), met onder meer de vraag of men de indruk had dat een dergelijke toename had plaatsgevonden. Alle coördinatoren stuurden de vragenlijst ingevuld retour.

2.2.2 Welke factoren beïnvloeden de vraag naar angstbehandeling?

Zoals vermeld in de inleiding kon deze vraagstelling met de onderhavige onderzoeksopzet niet worden beantwoord. Om toch een indruk te krijgen van mogelijke factoren die de vraag naar angstbehandeling beïnvloedden, werd in de coördinatorenvragenlijst een vraag daaromtrent opgenomen.

2.2.3 Welk deel van de angstige patiënten wordt effectief behandeld?

De criteria die voor de status ‘effectief behandeld’ werden gehanteerd, verschilden tussen de CBT's, zo bleek uit het haalbaarheidsonderzoek (Schuller et al., 2007). Acht CBT's gaven als criterium aan: “wanneer een patiënt voor zijn/haar angst is afbehandeld”, vier CBT's gaven als criterium: “wanneer een patiënt tandheelkundig is afbehandeld” en drie CBT's noemden beide criteria. Zes CBT's noemden (ook nog): “nadat narcose behandeling is uitgevoerd”, of “nadat patiënt bij de huistandarts is geweest”.

Effectiviteit van behandeling is dus vanuit verschillende perspectieven te benaderen. In het onderhavige onderzoek werd een aantal mogelijke indicatoren van effectiviteit in kaart gebracht, waaronder behandelduur, aantal afspraken, aantal gedeclareerde uren en angstreductie zodanig dat de patiënt niet meer onder behandeling is bij een CBT en door de huistandarts kan worden behandeld.

Informatie over de effectiviteit van behandeling werd verzameld in dossieronderzoek en, zoals vermeld, tevens door middel van een vragenlijst die aan (ex-)patiënten van CBT's werd verstuurd (patiëntenvragenlijst; zie bijlage 2). Daartoe werd door middel van dossieronderzoek een steekproef getrokken van patiënten die in 2001, 2003 of 2005 onder behandeling waren voor angst voor de tandheelkundige behandeling. De keus voor deze jaren was ingegeven door de wens na te gaan of de vraag naar angstbehandeling in een CBT toeneemt (vraagstelling 1).

Naast gegevens over behandelduur en andere mogelijke indicatoren van effectiviteit leverde het dossieronderzoek een goed beeld van wat zich in de CBT's afspeelde bij de behandeling van angstige patiënten. Zo werden onder meer de volgende achtergrond- en behandelgegevens in kaart gebracht:

- geslacht
- leeftijd
- verwijzer
- soort gebruikte angstvragenlijst
- soort angstbehandeling
- soort tandheelkundige behandeling.

Indicatoren als behandelduur, aantal afspraken, aantal gedeclareerde uren en angstreductie doen vooral recht aan het perspectief van de behandelaar en de beleidsmaker. Het oordeel van de patiënt over de geleverde zorg klinkt er niet direct in door. In de medische wetenschappen, en ook in de tandheelkunde, is er de laatste decennia

groeïende aandacht voor zogenaamde *patient-reported outcomes*: de meningen en ervaringen van patiënten in zake de interventies die zij hebben ondergaan (Sprangers 2006; Verrips, 2008). Om recht te doen aan deze innovaties in effectbepaling, werd in dit onderzoek nadrukkelijk aandacht besteed aan de ervaringen van patiënten als indicatoren van effectiviteit. In de vragenlijst voor patiënten werd onder meer gevraagd naar hun tevredenheid over angstbehandeling door de CBT's, de mate waarin hun mondgezondheid naar hun oordeel was verbeterd, de mate waarin hun angst werd gereduceerd en hun kwaliteit van leven na de behandeling, zoals die werd beïnvloed door hun mondgezondheid (mondgezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven; *Oral Health-Related Quality of Life* (OHQL)).

OHQL werd gemeten door middel van de *Oral Health Impact Profile* en wel de verkorte versie daarvan (OHIP-14; Slade GD, 1997). De OHIP is het meest beschreven OHQL-instrument in de literatuur. De verkorte versie verdiende de voorkeur omdat respondenten minder tijd kwijt zijn met het invullen van 14 dan van 49 vragen. Bovendien is gerapporteerd dat de OHIP-14 94% van de variantie met de OHIP-49 gemeenschappelijk had (Slade GD, 1997).

2.2.4 Welke kenmerken onderscheiden effectief behandelde patiënten van niet-effectief behandelde patiënten?

Om een indruk te krijgen van de kenmerken die effectief behandelde patiënten onderscheiden van niet-effectief behandelde patiënten werden de volgende variabelen aangemerkt als mogelijke determinanten:

- geslacht
- leeftijd (in jaren)
- opleidingsniveau (laag, midden, hoog)
- mate van angst voordat het CBT werd bezocht (10-puntschaal)
- ervaren mondgezondheid voordat het CBT werd bezocht. (4-puntschaal)

Deze variabelen werden in verband gebracht met de volgende mogelijke indicatoren van effectiviteit van angstbehandeling:

- behandelduur (in maanden)
- totaal aantal afspraken
- totaal aantal gedeclareerde uren
- is huistandartsbezoek mogelijk na CBT-behandeling? (ja of nee)
- tevredenheid met angstbehandeling door CBT's (4-puntschaal)
- mate van angstreductie na CBT-behandeling (verschilscore angst na (10-puntschaal) en angst voor (10-puntschaal) de behandeling)
- mate van verbetering van mondgezondheid na CBT-behandeling (verschilscore mondgezondheid na (4-puntschaal) en mondgezondheid voor (4-puntschaal) de behandeling)
- kwaliteit van leven (OHQL), bereik 0-56.

2.3 Nonresponsonderzoek

Om drie redenen werd een hoge nonrespons onder patiënten verwacht. Mogelijk wilden zij liever niet aan deze periode worden herinnerd, was het bezoek aan een CBT al (te) lang geleden, of mogelijk waren adresgegevens niet meer correct. Om na te gaan in hoeverre de non-respons selectief was, werden dossiergegevens van respondenten en niet-respondenten met elkaar vergeleken met betrekking tot de volgende variabelen:

- CBT-categorie
- leeftijd
- geslacht
- al dan niet afbehandeld
- is huistandartsbezoek mogelijk na CBT-behandeling.

2.4 Analyse

Per categorie van CBT werden frequentieverdelingen berekend van de variabelen uit het dossieronderzoek en van variabelen uit het patiëntenonderzoek. Verschillen tussen CBT-categorieën werden getoetst door middel van een chi-kwadraattoets (categorische variabelen) of een variantie-analyse (continue variabelen). Waar relevant worden de toetsresultaten weergegeven. Een verband tussen variabelen werd als statistisch significant beschouwd bij een alpha kleiner dan 0.05. Bij continue variabelen wordt het 95% betrouwbaarheidsinterval van het gemiddelde weergegeven.

De patiënten werd soms gevraagd aan te geven hoe hun toestand was na behandeling door het CBT en tevens (in terugblik) hoe hun toestand was voor de behandeling. Dit gold voor hun oordeel over de toestand van hun gebit, hun angst voor de tandheelkundige behandeling, hun angst voor pijn, hun angst voor de naald en hun angst voor de boor. Om een indruk te krijgen van de grootte van het behandelingseffect, werd voor deze variabelen per CBT-categorie de effectgrootte (d ; Cohen, 1977) van de verschilscore berekend. De effectgrootte werd berekend door de gemiddelde verschilscore te delen door de standaarddeviatie ervan. Cohen (1977) stelt voor een effectgrootte van $d=0.20$ als klein, van $d=0.50$ als matig en van $d=0.80$ als groot aan te merken.

In de analyse van de relatie tussen patiëntkenmerken enerzijds en mogelijke indicatoren anderzijds werden drie analysetechnieken gebruikt, afhankelijk van het meetniveau van de variabelen:

- beide variabelen waren categorisch: kruistabel met chi-kwadraattoets;
- een variabele was categorisch en de andere continu: anova met F-toets;
- beide variabelen waren continu: Pearson's correlatiecoëfficiënt.

Een correlatiecoëfficiënt met een waarde lager dan 0.20 werd irrelevant geacht en in dat geval niet gerapporteerd.

3. Resultaten

De resultaten worden in deze paragraaf per vraagstelling weergegeven, waarbij zo mogelijk telkens de gedefinieerde CBT-categorieën worden onderscheiden. Het totaal aantal dossiers en respondenten kan per tabel verschillen wegens ontbrekende gegevens.

3.1 Neemt de vraag naar angstbehandeling in een CBT toe?

De coördinatoren werd de vraag voorgelegd of zij een schatting konden geven van het aantal angstige patiënten dat zij behandelden in 2001, 2003 en 2005. Negen CBT's waren in staat een globale schatting te geven, waarbij veelal met nadruk de opmerking werd gemaakt dat het hier geen harde gegevens betrof. Gemiddeld werd meer dan een verdubbeling van het aantal behandelde angstige patiënten tussen 2001 en 2005 gerapporteerd. De SBT daarentegen rapporteerde een daling van 600 in 2001 naar 472 in 2005.

3.2 Welke factoren beïnvloeden de vraag naar angstbehandeling?

De coördinatoren werd gevraagd naar mogelijke oorzaken voor de waargenomen stijging van de vraag naar angstbehandeling. De antwoorden konden in drie categorieën worden ingedeeld:

Oorzaken aan de kant van de huistandarts:

- huistandartsen zijn geneigd patiënten sneller door te sturen doordat zij het steeds drukker krijgen (4x)
- kothalspatiënten worden vroegtijdig ingestuurd wegens de werkdruk in de huispraktijk
- huistandartsen willen geen moeite doen voor angstige patiënten en dan vooral voor angstige kinderen (2x)
- afnemende kennis en vaardigheden van huistandartsen op het gebied van angstbegeleiding
- commercialisering van algemene praktijken waardoor er steeds minder ruimte is voor patiënten die meer tijd nodig hebben
- economische vraag: hoeveel tijd heeft de tandarts over?

Naar het oordeel van de coördinatoren ontbreekt het de huistandarts dus mogelijk aan tijd, vaardigheid en affiniteit met betrekking tot de behandeling van angstige patiënten.

Oorzaken aan de kant van de patiënt:

- de bekendheid bij het publiek van de mogelijkheid van angstbehandeling in een CBT is toegenomen, media-aandacht (2x)
- het wordt voor patiënten steeds minder acceptabel een slechte mondgezondheid te hebben, vooral wegens de sociale consequenties (2x)
- patiënten menen steeds meer dat zij recht hebben op behandeling door het CBT (2x)
- een groeiend gebruik van het internet als communicatiekanaal voor angstige patiënten
- patiënten overwinnen vaker de drempel hulp te zoeken
- mond tot mond reclame in de regio
- het taboe op angst voor de tandheerkundige behandeling is doorbroken (2x)

De coördinatoren meenden derhalve dat de vraag naar angstbehandeling mogelijk zal toenemen doordat patiënten gebitsbewuster en mondiger worden en beter geïnformeerd zijn over hun rechten en behandelmogelijkheden.

Oorzaken aan de kant van de organisatie van de zorg:

- toe- of afname is afhankelijk van de lengte van de wachtlijsten van andere CBT's in de regio
- de mogelijkheden worden aangeboden en daarmee wordt de vraag gecreëerd
- een groeiende aandacht voor tandartsangst in de media en het feit dat er nu een opleiding Tandarts Angstbegeleiding bestaat
- huistandartsen zien op tegen de administratieve rompslomp in zake de honorering
- toenemende taakdifferentiatie in de tandheerkunde maakt verwijzen makkelijker
- adequate hulp is verkrijgbaar
- de opkomst van adverterende praktijken die het onderwerp angstbehandeling meer onder de aandacht brengen (2x)
- bij verwijzers groeit de bekendheid over de verwijsmogelijkheden (2x)
- hulp is dichterbij

De coördinatoren waren kennelijk van mening dat de groeiende toegankelijkheid van angstbehandeling mogelijk een factor is die kan leiden tot een toename van de vraag.

3.3 Welk deel van de angstige patiënten wordt effectief behandeld?

De gegevens ter beantwoording van deze onderzoeksvraag werden verzameld door middel van dossieronderzoek en vragenlijstonderzoek onder patiënten.

3.3.1 **Dossieronderzoek**

Achtergrond- en behandelgegevens

Uit het dossieronderzoek bleek dat 60% van de behandelde patiënten vrouw was. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 41 jaar met een standaard deviatie van 12 jaar. De verdelingen naar geslacht en leeftijd verschilden nauwelijks tussen CBT-categorieën. Wel werden forse verschillen in soort verwijzer geconstateerd (tabel 3.1).

Tabel 3.1 Aantal (%) patiënten naar verwijzer en CBT-categorie.

	Huisarts	Tandarts	Eigen initiatief	totaal
Klein (<100 pt)	27 (9%)	254 (86%)	16 (5%)	297 (100%)
Middel (100-200 pt)	94 (23%)	295 (73%)	14 (4%)	403 (100%)
Groot (>200 pt)	38 (26%)	106 (73%)	1 (1%)	145 (100%)
SBT	123 (41%)	165 (54%)	16 (5%)	304 (100%)
totaal	282 (25%)	820 (71%)	47 (4%)	1149

Bij kleine CBT's was de tandarts verreweg de belangrijkste verwijzer. Bij de SBT speelde ook de huisarts een belangrijke rol.

In de dossiers werd gezocht naar gegevens over het gebruik van angstvragenlijsten (tabel 3.2). Immers, een indicatie voor behandeling in een CBT komt mede op basis van dergelijke vragenlijsten tot stand.

Tabel 3.2 Aantal (%) patiënten naar soort gebruikte angstvragenlijst en CBT-categorie.

	Geen	DAS	Andere	totaal
Klein (<100 pt)	229 (69%)	90 (27%)	15 (4%)	334 (100%)
Middel (100-200 pt)	127 (30%)	133 (31%)	163 (39%)	423 (100%)
Groot (>200 pt)	31 (21%)	76 (51%)	43 (28%)	150 (100%)
SBT	122 (36%)	0 (0%)	214 (64%)	336 (100%)
totaal	509 (41%)	299 (24%)	435 (35%)	1243

Uit tabel 2.3 blijkt dat vooral bij kleine CBT's meestal geen gegevens over het gebruik van angstvragenlijsten in de dossiers terug te vinden was.

Gegevens over de aard van de toegepaste behandelingen staan weergegeven in tabel 3.3. Het is van belang op te merken dat per patiënt meer dan 1 behandeling kan zijn toegepast.

Tabel 3.3 *Percentage patiënten bij wie angstbehandelingen werd toegepast, naar soort behandeling en CBT-categorie (n = 1194).*

	Tandarts	Psycholoog	Medicatie	Lachgas	Narcose
	%	%	%	%	%
Klein (<100 pt)	82	21	1	24	28
Middel (100-200 pt)	99	15	3	7	31
Groot (>200 pt)	99	3	1	64	12
SBT	97	11	1	5	12
totaal	94	14	2	18	22

De tandarts bleek bij 94% van de patiënten de angstbehandeling te hebben verricht. Narcosebehandeling werd in kleine en middelgrote CBT's vaker toegepast dan in grote CBT's en de SBT. Overigens varieerde de behandelstrategie ook binnen categorieën van CBT sterk. Zo werd in een CBT 100% van de patiënten onder narcose behandeld, en in nog eens twee CBT's 80%. In een ander CBT werd slechts 3% van de patiënten onder narcose behandeld.

Welke tandheelkundige behandelingen werden dan zoal uitgevoerd? Een opsomming daarvan staat weergegeven in tabel 3.4. Ook hier geldt dat per patiënt meer dan 1 behandeling kan zijn toegepast.

Tabel 3.4 *Percentage patiënten bij wie tandheelkundige behandelingen werden toegepast, naar soort behandeling en CBT-categorie (n = 1164).*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Klein	99	79	14	81	42	14	1	54	1	13	9	11
Middel	85	59	5	67	21	4	1	53	0	11	8	6
Groot	100	66	4	77	26	3	0	59	0	11	11	5
SBT	100	30	0	66	11	2	0	24	0	14	13	7
totaal	94	57	5	72	24	6	1	46	0	12	10	7

- 1 = consultatie en preventie

2 = mondhygiëne instructie

3 = behandeling parodontitis

4 = restauraties/vullingen

5 = wortelkanaalbehandelingen

6 = kroon of brug
- 7 = implantaat

8 = extractie

9 = orthodontie

10 = prothese boven

11 = prothese onder

12 = plaatje of frame

Uit tabel 3.4 komt het beeld naar voren dat de CBT's nogal verschilden in het soort behandelingen dat zij uitvoerden. In de kleine CBT's werd meer instructie mondhygiëne gegeven en werden meer behandelingen van parodontitis uitgevoerd dan in de

andere CBT's. Ook werden in de kleine CBT's meer restauraties gelegd, wortelkanaalbehandelingen uitgevoerd en kronen, bruggen en implantaten geplaatst. Voorts valt op dat de SBT het minst frequent restauraties legde en wortelkanaalbehandelingen en extracties uitvoerde.

Effectiviteit van behandeling

In tabellen 3.5 tot en met 3.9 wordt een vijftal indicatoren van effectiviteit van behandeling getoond, te weten: het aantal patiënten dat werd terugverwezen naar de huistandarts, het aantal patiënten dat tandheelkundig werd afbehandeld, de behandelduur, het aantal afspraken en het aantal gedeclareerde uren.

Het gegeven dat een patiënt na behandeling door een CBT (van intake tot uitstroom) terugverwezen kon worden naar de huistandarts, werd aangemerkt als een belangrijke indicator van effectiviteit van behandeling. Voor zover uit de dossiers kon worden opgemaakt, verschilden de CBT's in dezen aanzienlijk (tabel 3.5).

Tabel 3.5 Aantal (%) angstpatiënten terugverwezen naar de huistandarts, naar CBT-categorie.

	Huistandarts	Nog CBT	anders	totaal
Klein (<100 pt)	105 (52%)	99 (48%)	0 (0%)	204 (100%)
Middel (100-200 pt)	256 (74%)	81 (23%)	9 (3%)	246 (100%)
Groot (>200 pt)	21 (22%)	74 (77%)	5 (2%)	96 (100%)
SBT	240 (95%)	9 (4%)	5 (1%)	254 (100%)
totaal	622 (69%)	263 (29%)	15 (2%)	900 (100%)

Op grond van het aantal patiënten dat werd terugverwezen naar de huistandarts was de SBT het meest effectief, zo blijkt uit tabel 3.5.

Als echter de proportie patiënten die tandheelkundig werden afbehandeld als criterium voor effectiviteit wordt gehanteerd, dan was de SBT het minst effectief (tabel 3.6).

Tabel 3.6 Aantal (%) patiënten dat tandheelkundig werd afbehandeld, naar CBT-categorie.

	Niet	Grotendeels	Wel	totaal
Klein (<100 pt)	42 (14%)	32 (11%)	219 (75%)	293 (100%)
Middel (100-200 pt)	79 (19%)	74 (18%)	257 (63%)	410 (100%)
Groot (>200 pt)	12 (8%)	32 (22%)	101 (70%)	145 (100%)
SBT	114 (35%)	77 (24%)	132 (41%)	323 (100%)
totaal	247 (21%)	215 (18%)	709 (61%)	1171 (100%)

Kennelijk richtte de SBT zich vooral op terugverwijzing naar de huistandarts en minder op tandheelkundige afbehandeling.

Een andere belangrijke indicator van effectiviteit van behandeling is de behandelduur (tabel 3.7).

Tabel 3.7 *Aantal behandelde patiënten (n), gemiddelde behandelduur in jaren* (m), standaard deviatie (sd) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) naar CBT-categorie*

	N	M	Sd	95% BI
Klein	332	4.3	5.2	3.8-4.9
Middel	416	2.1	2.5	1.8-2.3
Groot	63	5.1	2.7	4.4-5.8
SBT	334	0.9	1.0	0.7-1.0
totaal	1145	2.5	3.6	2.3-2.7

* behandelduur in jaren (= dagen/365; decimalen zijn tienden van jaren).

Uit tabel 3.7 blijkt dat de gemiddelde behandelduur bij de SBT tot een jaar beperkt bleef en dat de kleine en grote CBT's een gemiddelde behandelduur van meer dan vier jaar kenden. Dit gegeven is consistent met het feit dat de SBT zich vooral inspande de patiënten zodanig te behandelen dat zij spoedig weer verwezen konden worden naar een tandarts in de algemene praktijk. In kleine en grote CBT's was de gemiddelde behandelduur vier tot vijf keer zo lang; kennelijk werd in deze centra patiënten de gelegenheid geboden in het centrum onder behandeling te blijven.

Ook het aantal afspraken kan gelden als indicator van effectiviteit (tabel 3.8).

Tabel 3.8 *Aantal behandelde patiënten (n), gemiddeld aantal afspraken (m), standaard deviatie (sd) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) naar CBT-categorie.*

	N	M	Sd	95% BI
Klein	330	16.7	15.7	15.0-18.4
Middel	418	11.0	9.9	10.0-12.0
Groot	149	13.2	9.9	11.6-14.8
SBT	334	7.4	5.2	6.9-8.0
totaal	1231	11.8	11.4	11.2-12.5

Uit tabel 3.8 blijkt dat de SBT gemiddeld minder afspraken nodig had dan andere CBT's voor de behandeling van angstige volwassen patiënten. Ook dit feit bevestigt het beeld dat uit tabellen 3.5 tot en met 3.7 naar voren kwam.

Inzicht in de effectiviteit van behandeling werd tevens verkregen aan de hand van het aantal gedeclareerde uren (tabel 3.9).

Tabel 3.9 Aantal behandelde patiënten (n), gemiddeld aantal gedeclareerde uren (m), standaard deviatie (sd) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) naar CBT-categorie.

	N	M	Sd	95% BI
Klein	232	8.9	8.3	7.8-9.9
Middel	340	8.2	5.9	7.6-8.9
Groot	143	5.6	5.2	4.8-6.5
SBT	326	6.4	4.0	6.0-6.9
totaal	1041	7.3	5.9	6.6-8.1

De SBT en de grote centra declareerden minder uren dan de andere centra.

3.3.2 Vragenlijstonderzoek onder patiënten

In het dossieronderzoek werd onder meer informatie verzameld over de effectiviteit van angstbehandeling door CBT's. In het vragenlijstonderzoek, uitgevoerd onder alle patiënten van het dossieronderzoek, gebeurde dat eveneens. Alvorens de resultaten te presenteren is het van belang na te gaan in hoeverre patiënten die de vragenlijst retourneerden, verschilden van hen die dat niet deden: het nonresponsonderzoek. Het bleek dat de respons nauwelijks verschilde tussen categorieën van CBT, geslacht en al dan niet terugverwijzing naar de huistandarts. Respondenten waren wel gemiddeld vier jaar ouder dan non-respondenten, en non-respons kwam wat vaker voor bij hen die niet tandheelkundig waren afbehandeld. Deze verschillen waren echter klein, hetgeen de conclusie rechtvaardigt dat de respondenten vrijwel representatief waren voor de gehele groep patiënten uit het dossieronderzoek.

Een belangrijke indicator voor de effectiviteit voor angstbehandeling door CBT's was: ging de patiënt na behandeling weer naar de huistandarts? In tabel 3.5 werden de gegevens uit het dossieronderzoek hieromtrent weergegeven. Ook de patiënten werd gevraagd of zij inmiddels (weer) ingeschreven stonden bij de huistandarts, al hoewel de vraagstelling enigszins verschilde. Door de gegevens uit beide bronnen te vergelijken, ontstond een beeld van de reproduceerbaarheid er van. In totaal waren van 137 patiënten gegevens uit beide bronnen beschikbaar. In 87% van de gevallen waren de gegevens met elkaar in overeenstemming (80% overeenstemming wel huistandarts-bezoek; 7% overeenstemming geen huistandartsbezoek).

Patiënten werd gevraagd hoe tevreden zij waren over de behandelingen door het CBT. Van de respondenten (n=280) was 60% erg tevreden en nog eens 32% tevreden. Ontevreden of erg ontevreden waren 8% van de respondenten. Er waren nauwelijks verschillen in dezen tussen categorieën van CBT's. De mate van tevredenheid

hield geen verband met het soort behandeling dat patiënten hadden ondergaan.

Op een 4-puntschaal (1=slecht, 4=zeer goed) konden patiënten aangeven hoe zij hun gebitstoestand beoordeelden respectievelijk voordat zij het CBT bezochten (in terugblik) en daarna (tabel 3.10).

Tabel 3.10. Aantal behandelde patiënten (n), gemiddeld oordeel gebitstoestand, voor en na CBT-behandeling (m), gemiddelde vershilscore na-voor, 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) en effectgrootte (D) naar CBT-categorie.

	Voor CBT behandeling			Na CBT behandeling		Vershilscore		D
	N	M	95% BI	M	95% BI	M	95% BI	
Klein	71	1.8	1.6-2.0	2.6	2.4-2.7	0.8	0.5-1.0	0.8
Middel	91	1.7	1.5-1.9	2.5	2.4-2.7	0.9	0.7-1.0	1.0
Groot	44	1.8	1.6-2.0	2.4	2.2-2.6	0.6	0.4-0.9	0.9
SBT	66	1.6	1.4-1.8	2.7	2.5-2.8	1.1	0.8-1.3	1.1
totaal	272	1.7	1.6-1.8	2.6	2.5-2.7	0.8	0.7-0.9	0.9

In alle CBT-categorieën werd een statistisch significante ($p < 0.001$) verbetering van de ervaren gebitstoestand gerapporteerd, gemiddeld ongeveer 23%. De verbetering kan als groot worden aangemerkt, gelet op de waarde van de effectgrootte. Verschillen daarin tussen categorieën van CBT's waren marginaal en statistisch niet significant.

Patiënten werd de vraag voorgelegd hoe angstig zij waren voor een aantal aspecten van de tandheelkundige behandeling voordat zij het CBT bezochten (in terugblik), en na behandeling door het CBT. Het betrof angst voor een tandartsbezoek, voor pijn, voor de boor en voor de naald. Zij gaven hun oordeel op een schaal van 1-10, waarbij 1 stond voor “niet bang” en 10 voor “extreem bang”. In tabellen 3.11a-d staan de resultaten weergegeven.

Patiënten gaven aan hoe angstig zij waren voor de tandheelkundige behandeling in het algemeen.

Tabel 3.11a. Aantal behandelde patiënten (N), gemiddelde angstscore voor een tandartsbezoek, voor en na CBT-behandeling (M), gemiddelde vershilscore na-voor (M), 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) en effectgrootte (D) naar CBT-categorie.

	Voor CBT behandeling			Na CBT behandeling		Vershilscore		D
	N	M	95% BI	M	95% BI	M	95% BI	
Klein	76	8.3	7.7-8.8	5.9	5.3-6.5	2.4	1.9-2.9	1.1
Middel	91	8.6	8.1-9.0	5.7	5.1-6.2	2.8	2.3-3.4	1.1
Groot	46	8.8	8.2-9.4	6.5	5.7-7.3	2.4	1.8-2.9	1.2
SBT	69	8.5	8.0-9.0	5.9	5.4-6.5	2.5	2.0-3.1	1.0
totaal	282	8.5	8.2-8.8	5.9	5.7-6.3	2.6	2.3-2.9	1.1

Alle categorieën van CBT's slaagden er naar het oordeel van hun patiënten in een statistisch significante ($p < 0.001$) reductie (ongeveer 25%) van angst voor een tandartsbezoek te bewerkstelligen. Deze reductie kan als groot worden aangemerkt. Verschillen daarin tussen categorieën van CBT's waren marginaal en statistisch niet significant.

De resultaten met betrekking tot angst voor pijn staan weergegeven in tabel 3.11b.

Tabel 3.11b. Aantal behandelde patiënten (N), gemiddelde score voor angst voor pijn, voor en na CBT-behandeling (M), gemiddelde vershilscore na-voor (M), 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) en effectgrootte (D) naar CBT-categorie.

	Voor CBT behandeling			Na CBT behandeling		Vershilscore		D
	N	M	95% BI	M	95% BI	M	95% BI	
Klein	76	6.9	6.1-7.6	5.4	4.8-6.1	1.4	0.9-1.9	0.7
Middel	91	7.1	6.4-7.7	5.3	4.7-6.0	1.7	1.2-2.2	0.7
Groot	46	7.6	6.7-8.4	6.6	5.7-7.4	1.0	0.3-1.8	0.4
SBT	67	7.6	7.0-8.2	6.4	5.6-7.0	1.2	1.1-1.7	0.5
totaal	280	7.2	6.9-7.6	5.8	5.5-6.2	1.4	1.1-1.7	0.6

Ook met betrekking tot angst voor pijn werd door alle CBT-categorieën een statistisch significante ($p < 0.001$) reductie gerealiseerd (ongeveer 15%). De grootte van deze reductie varieerde van klein tot matig. Verschillen daarin tussen categorieën van CBT's waren statistisch niet significant.

De resultaten met betrekking tot angst voor de boor staan weergegeven in tabel 3.11c.

Tabel 3.11c. Aantal behandelde patiënten (N), gemiddelde score voor angst voor de boor, voor en na CBT-behandeling (M), gemiddelde verschijscore na-voor (M), 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) en effectgrootte (D) naar CBT-categorie.

	Voor CBT behandeling			Na CBT behandeling		Verschijscore		D
	N	M	95% BI	M	95% BI	M	95% BI	
Klein	74	7.8	7.2-8.5	6.6	5.9-7.3	1.2	0.8-1.7	0.7
Middel	91	8.2	7.7-8.7	6.1	5.5-6.7	2.1	1.5-2.7	0.8
Groot	46	8.1	7.3-8.9	6.8	6.0-7.7	1.3	0.7-1.9	0.6
SBT	67	8.4	7.9-9.0	6.9	6.3-7.6	1.5	1.0-1.9	0.8
totaal	278	8.1	7.8-8.4	6.6	6.2-6.9	1.6	1.3-1.9	0.7

Met betrekking tot angst voor de boor werd door de CBT's een statistisch significante ($p < 0.001$) reductie van 15% gerealiseerd. De grootte van de reductie kan als matig tot groot worden aangemerkt. Verschillen daarin tussen categorieën van CBT's waren statistisch niet significant

Patiënten werd gevraagd naar hun angst voor de injectienaald (tabel 3.11d).

Tabel 3.11d. Aantal behandelde patiënten (N), gemiddelde score voor angst voor de injectienaald, voor en na CBT-behandeling (M), gemiddelde verschilscore na-voor (M), 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) en effectgrootte (D) naar CBT-categorie.

	Voor CBT behandeling			Na CBT behandeling		Verschilscore		D
	N	M	95% BI	M	95% BI	M	95% BI	
Klein	72	6.5	5.6-7.3	5.6	4.9-6.4	0.9	0.5-1.2	0.6
Middel	91	7.0	6.4-7.7	5.3	4.7-6.0	1.7	1.2-2.3	0.7
Groot	46	7.0	6.0-7.9	6.2	5.3-7.2	0.7	0.3-1.1	0.6
SBT	68	7.1	6.4-7.9	5.7	5.0-6.4	1.4	0.9-2.0	0.6
totaal	277	6.9	6.5-7.3	5.7	5.3-6.0	1.3	1.0-1.5	0.6

Met betrekking tot angst voor de injectienaald wisten de CBT's een statistisch significante ($p < 0.001$) reductie van 12% te bewerkstelligen. De grootte van de reductie was matig. Verschillen daarin tussen categorieën van CBT's waren statistisch significant ($p < 0.01$)

Ten slotte werd de kwaliteit van leven van de patiënten gemeten, met behulp van de OHIP-14. De uitkomstmaat is een continue score die varieert van 0 (perfect) tot 56 (extreem slecht). In tabel 3.12 staan de resultaten weergegeven. Het betreft hier kwaliteit van leven op het moment van bevraging. Retrospectie werd hier niet opportuun geacht, met het oog op de belastbaarheid van de patiënten.

Tabel 3.12 Aantal behandelde patiënten (N, gemiddelde OHIP14-score (M), standaard deviatie (SD) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) naar CBT-categorie.

	N	M	SD	95% BI
Klein	67	7.1	9.7	4.7-9.4
Middel	85	11.0	12.2	8.4-13.7
Groot	43	10.6	12.9	6.7-14.6
SBT	59	7.6	10.0	5.0-10.2
totaal	254	9.1	11.3	7.7-10.5

De verschillen in gemiddelde OHIP-14 scores tussen CBT-categorieën waren statistisch niet significant.

Omwille van de overzichtelijkheid van de gegevens over effectiviteit worden deze in tabel 3.13 kort samengevat. De statistische details staan weergegeven in de tabellen 3.5 tot en met 3.12.

Tabel 3.13 Overzicht effectiviteit angstbehandeling, naar indicator van effectiviteit en CBT-categorie

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Klein	52%	75%	4.3	16.7	8.9	0.8	2.4	1.4	1.2	0.9
Middel	74%	63%	2.1	11.0	8.2	0.9	2.8	1.7	2.1	1.7
Groot	22%	70%	5.1	13.2	5.6	0.6	2.4	1.0	1.3	0.7
SBT	95%	41%	0.9	7.4	6.4	1.1	2.5	1.2	1.5	1.4
totaal	69%	61%	2.5	11.8	7.9	0.8	2.6	1.4	1.6	1.3

- 1 = % terug naar huisstandarts
2 = % afbehandeld
3 = gemiddelde behandelduur in jaren
4 = gemiddeld aantal afspraken
5 = gemiddeld aantal gedeclareerde uren
- 6 = gemiddelde verbetering gebitstoestand (schaal 1-4)
7 = gemiddelde vermindering angst (schaal 1-10)
8 = gemiddelde vermindering angst voor pijn (schaal 1-10)
9 = gemiddelde vermindering angst voor boor (schaal 1-10)
10 = gemiddelde vermindering angst voor naald (schaal 1-10)

Op basis van de gegevens uit tabel 3.13 kon aan de CBT-categorieën per indicator van effectiviteit een rangorde worden toegekend (tabel 3.14), waarbij 1 het meest effectief en 4 het minst effectief is op de betreffende indicator. Hierbij moet worden aange-merkt dat de verschillen in effectiviteit soms niet groot waren.

Tabel 3.14 Rangorde van effectiviteit van angstbehandeling (1 = best presterend, 4 = minst presterend) naar CBT-categorie en indicator van effectiviteit.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Klein	3	1	3	4	4	2	4	2	4	3
Middel	2	3	2	2	3	2	1	1	1	1
Groot	4	2	4	3	1	4	3	4	3	4
SBT	1	4	1	1	2	1	2	3	2	2

- 1 = % terug naar huisstandarts
2 = % afbehandeld
3 = gemiddelde behandelduur in jaren
4 = gemiddeld aantal afspraken
5 = gemiddeld aantal gedeclareerde uren
- 6 = gemiddelde verbetering gebitstoestand (schaal 1-4)
7 = gemiddelde vermindering algehele angst (schaal 1-10)
8 = gemiddelde vermindering angst voor pijn (schaal 1-10)
9 = gemiddelde vermindering angst voor boor (schaal 1-10)
10 = gemiddelde vermindering angst voor naald (schaal 1-10)

Opvallend is dat de middelgrote CBT's het hoogst scoorden op reductie van algehele angst, angst voor pijn, de boor en de naald. De SBT was daarin veelal tweede. Voorts bleek de SBT het meest effectief met betrekking tot terugverwijzing naar de huisstand-arts, de behandelduur, het aantal afspraken en de verbetering van de gebitstoestand.

3.4 Welke kenmerken onderscheiden effectief behandelde patiënten van niet-effectief behandelde patiënten?

De volgende variabelen werden aangemerkt als patiëntkenmerken die mogelijk verband houden met de effectiviteit van behandeling:

- geslacht
- leeftijd
- opleidingsniveau
- ervaren mondgezondheid voordat het CBT werd bezocht.
- mate van angst voordat het CBT werd bezocht

Deze variabelen werden in verband gebracht met de volgende mogelijke indicatoren van effectiviteit van angstbehandeling:

- behandelduur
- aantal afspraken
- aantal gedeclareerde uren
- huistandartsbezoek na CBT-behandeling
- tevredenheid met angstbehandeling door CBT's
- mate van verbetering van mondgezondheid door CBT-behandeling
- kwaliteit van leven (OHQL).

De relaties tussen patiëntkenmerken enerzijds en de mogelijke indicatoren voor effectiviteit van behandeling anderzijds worden per patiëntkenmerk weergegeven.

Geslacht – Er kon geen verband worden aangetoond tussen geslacht en enige indicator.

Leeftijd – Er kon geen verband worden aangetoond tussen leeftijd van de patiënt en enige indicator.

Opleiding – Het opleidingsniveau van de patiënten hield verband met kwaliteit van leven ($p < 0.005$). Dat verband is weergegeven in tabel 3.15.

Tabel 3.15 Aantal (n), gemiddelde OHIP14-score (m), standaard deviatie (sd) en 95% betrouwbaarheidsinterval (95% BI) naar opleidingsniveau.

	N	M	Sd	95% BI
Laag	96	12.0	13.5	9.3-14.7
Midden	85	7.3	10.0	5.1-9.4
Hoog	56	7.0	8.1	4.8-9.2
totaal	237	9.1	11.4	7.7-10.6

Ervaren mondgezondheid voordat het CBT werd bezocht – Er kon geen verband worden aangetoond tussen deze variabele en de indicatoren, uitgezonderd kwaliteit van

leven. De waarde van de correlatiecoëfficiënt tussen de ervaren mondgezondheid voor de behandeling en kwaliteit van leven na de behandeling was 0.33.

Mate van angst voordat het CBT werd bezocht - Er werden geen verbanden gevonden tussen deze variabele en enige indicator.

4. Discussie

De behandeling van volwassen angstige patiënten in CBT's werd in kaart gebracht door middel van dossieronderzoek bij CBT's, vragenlijstonderzoek onder (ex-)patiënten en onder de coördinatoren van de deelnemende CBT's.

4.1 Interne validiteit van de onderzoeksresultaten

Het bleek niet mogelijk harde gegevens over een mogelijke toename van de vraag naar angstbehandeling te achterhalen. Wel werd in kaart gebracht wat de indruk van de coördinatoren van de deelnemende CBT's hieromtrent was. Dat geldt tevens voor het benoemen van factoren die de vraag naar angstbehandeling beïnvloeden. Het onderzoek leverde hieromtrent dus een kwalitatief beeld; prospectief onderzoek is aangegeven om de toename van de vraag naar angstbehandeling valide te beantwoorden. De onderzoeksvragen rond effectiviteit van angstbehandeling konden door middel van dossieronderzoek evenals door vragenlijstonderzoek bij patiënten kwantitatief en valide beantwoord worden.

4.2 Externe validiteit van de onderzoeksresultaten

Van de 26 CBT's die angstige volwassen patiënten behandelen, namen er 16 deel aan het onderzoek. Bij de tien CBT's die niet deelnamen was de administratie veelal zodanig opgezet dat de gewenste gegevens niet of slechts met veel inspanning te achterhalen zouden zijn geweest. De deelnemende CBT's vormden derhalve geen willekeurige, maar een selectieve, steekproef uit alle CBT's. De resultaten gelden daardoor strikt genomen alleen voor de deelnemende CBT's. Niettemin leverde het onderzoek een zeer goed beeld van angstbehandeling in CBT's. Immers, de resultaten gelden voor meer dan zestig procent van alle CBT's in Nederland die angstige patiënten behandelen, waaronder de grootste: de SBT.

Uit het onderzoek naar non-respons kwam naar voren dat patiënten die de vragenlijst retourneerden vrijwel representatief waren voor alle patiënten die werden benaderd. Bovendien bleek de informatie verkregen van patiënten goed overeen te komen met dossierinformatie, voor zover beschikbaar.

Behalve een CBT, kan ook de tandarts in de algemene praktijk machtiging verkrijgen angstige patiënten te behandelen. Het voorkomen en de effectiviteit van dergelijke behandelingen viel buiten het bestek van het onderhavige onderzoek.

4.3 Neemt de vraag naar angstbehandeling in CBT's toe?

Alleen de SBT rapporteerde een daling in het aantal behandelde angstige volwassenen tussen 2001 en 2005. De overige CBT's rapporteerden een verdubbeling in die periode. Beleidsmatige overwegingen speelden hierbij wellicht een rol. Mogelijk besloot de SBT de gelimiteerde capaciteit in te zetten voor de behandeling van andere categorieën patiënten, zoals (verstandelijk) gehandicapten of angstige kinderen. Het betreft hier geen harde cijfers, maar een weergave van indrukken van de coördinatoren. De prevalentie van angst voor een tandheelkundige behandeling is in Nederland de afgelopen twintig jaar niet verminderd. Al in 1990 bleek dat 22 procent van de Nederlandse populatie zeer angstig was en dat nog eens vier procent als fobisch moest worden aangemerkt (Stouthard ME, et al., 1990). Ook in 2008 was bijna vier procent van de volwassen bevolking zo bang dat er sprake was van psychiatrische problematiek: zij leden aan een fobie (Oosterink et al. 2009). Het betreft hier naar schatting een half miljoen volwassen Nederlanders (0,04 maal 13 miljoen).

Fobische patiënten maken per definitie aanspraak op angstbehandeling door een CBT of anderszins. De financieringsstructuur van angstbehandeling in Nederland kan in de toekomst onder druk komen te staan in het (onwaarschijnlijke) geval dat de latente vraag naar angstbehandeling volledig tot expressie zou komen.

Jaarlijks bereiken in Nederland ongeveer 200.000 kinderen de volwassen leeftijd. Van hen heeft vier procent, dus achtduizend mensen, een fobische angst voor de tandheelkundige behandeling, los van angstbehandeling die mogelijk in hun jeugd heeft plaatsgevonden. Als het jaarcohort fobische patiënten dat volwassen wordt telkens zou worden behandeld, dan zou daarvoor een extra structurele behandelcapaciteit van ongeveer 23 FTE tandartsformatie noodzakelijk zijn (8.000 jongvolwassen fobische patiënten maal zeven behandelingen = 56.000 behandelingen; gedeeld door 2.400 stoeluren per FTE tandarts).

4.4 Welke factoren beïnvloeden de vraag naar angstbehandeling door CBT's?

Deze vraag werd voorgelegd aan coördinatoren van CBT's. Als mogelijke factoren werden genoemd: tandartsen in de algemene praktijk hebben geen tijd of affiniteit, patiënten worden mondiger en eisen hun recht, de zorg is toegankelijker. Het betreft hier geen harde feiten. Mocht nader onderzoek uitwijzen dat de coördinatoren gelijk hebben, dan heeft dat implicaties voor de tandheelkundige behandelcapaciteit in Nederland, vooral ook gelet op de latente vraag naar angstbehandeling zoals hierboven geschetst.

4.5 Welk deel van de angstige patiënten wordt effectief behandeld?

De verschillen tussen de deelnemende CBT's in dossiervoering, behandeldoelen, -strategieën en –resultaten waren groot. Zo leek de SBT zich meer te richten op angstreductie en snelle terugverwijzing naar een huistandarts en minder op tandheelkundige rehabilitatie. Bij andere CBT's, bijvoorbeeld de centra die veel meer gebruik maakten van behandeling onder narcose, leek het tandheelkundig resultaat voorop te staan, en niet zozeer angstreductie. Het verdient aanbeveling duidelijker dan tot nu toe vanuit beleidskringen te articuleren wat nu precies het doel van angstbehandeling door CBT's is. Onderzoek naar effectieve screening en interventies vormt daartoe een noodzakelijke voorwaarde. Ook kostenaspecten dienen daarin te worden betrokken.

Patiënten waren tevreden over de behandeling door het CBT en ook gaven zij aan minder angstig te zijn na CBT-behandeling. Bovendien rapporteerden zij een verbeterde mondgezondheid. De gerapporteerde verbeteringen konden over het algemeen als matig tot groot worden aangemerkt. In die zin was angstbehandeling door CBT's duidelijk effectief. Opvallend is dat hierin geen verschillen optraden tussen categorieën van CBT's. Kennelijk maakte het patiënten niet veel uit welke behandelstrategieën CBT's toepasten, al konden zij hierin natuurlijk niet vergelijken tussen CBT's. *Patient-reported outcomes* als tevredenheid, angstreductie en gepercipieerde mondgezondheid winnen steeds meer aan belang bij de beoordeling van de effectiviteit van medische interventies (Sprangers AG, 2006; Verrips GHW, 2008). Het is immers aan de patiënt te besluiten welke interventies hij of zij wenst te ondergaan. Het is uiteindelijk aan de beleidsmakers te bepalen welke interventies doelmatig geacht mogen worden, in de context van de totale gezondheidszorg in Nederland. Om dat op rationele gronden te kunnen doen, is onderzoek naar de kosteneffectiviteit van angstbehandeling noodzakelijk.

4.6 Welke kenmerken onderscheiden effectief behandelde patiënten?

Acht mogelijke indicatoren van effectiviteit van behandeling werden in kaart gebracht. Geen van de patiëntkenmerken hing daarmee samen. Eenvoudig vast te stellen kenmerken als geslacht, leeftijd en opleiding, als mede de zelfgerapporteerde mate van angst en de ervaren gebitsstatus waren dus niet indicatief voor de effectiviteit van behandeling. De conclusie dringt zich op dat nauwkeurige screening van patiënten noodzakelijk is. Om de belasting van patiënten bij het invullen van de vragenlijsten te ontzien, werd de kwaliteit van leven vragenlijst (OHIP-14) niet retrospectief afgenomen, maar slechts na afloop van de behandeling. Veranderingen in kwaliteit van leven ten gevolge van de behandeling konden dus niet worden bestudeerd.

Sociaaleconomische verschillen in kwaliteit van leven waren groot: na behandeling hadden laagopgeleide patiënten een kwaliteit van leven die bijna tweemaal zo slecht was als die van patiënten met een opleiding geclassificeerd als midden of hoog.

In nationaal perspectief geplaatst waren de (ex-) patiënten van de CBT's slecht af. Hun kwaliteit van leven was na de behandeling nog steeds veel slechter dan die van de doorsnee volwassen bevolking (Verrips et al, 2009). Hierbij past de kanttekening dat de validiteit van de OHIP recent in twijfel wordt getrokken (Locker et al, 2008; Verrips, 2008). De discussie over dit psychometrische vraagstuk is nog gaande. Vooralsnog beschouwen wij de OHIP-14 als een betrouwbare meting van kwaliteit van leven zoals die wordt beïnvloed door de gezondheid van de mond.

4.7 Hoe nu verder?

Wij constateerden dat CBT's zeer heterogeen waren met betrekking tot behandel-doelen, -strategieën, -methoden en -resultaten. Patiënten maakte dat weinig uit: zij waren zeer tevreden. Echter, vanuit overwegingen van doelmatigheid en evidence based handelen lijkt een betere regie over angstbehandeling in Nederland gewenst, mede gelet op de latente vraag. Beleidskringen hebben daartoe informatie nodig over de meest geschikte screeningsinstrumenten, behandeldoelen en -methoden en administratieve procedures. Een Delphi-onderzoek in combinatie met literatuuronderzoek lijkt de meest geëigende methode dergelijke informatie te verkrijgen. De ervaringen van zorgverleners worden in zo een methode optimaal benut en door de focus op consensus zal het draagvlak voor een nieuwe regie groot zijn. Vervolgens is onderzoek naar de kosteneffectiviteit van angstbehandeling noodzakelijk.

Nederland loopt in de wereld voorop in de voorzieningen die zijn getroffen om mensen met fobische angst voor de tandheelkundige behandeling te helpen. Onderzoek naar belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie van nieuw beleid is onontbeerlijk om de behandeling van patiënten met een extreme angst voor de tandheelkundige behandeling ook in de toekomst te waarborgen.

Literatuur

Aartman I.H.A. Treating highly anxious dental patients in a dental fear clinic Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 2000.

Cohen J. Statistical power analysis for the social sciences. New York: Academic Press, 1977.

Corah NL. Development of a dental anxiety scale. J Dent Res 1969;48:596.

Oosterink FM, de Jongh A, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. Eur J Oral Sci 2009; 117(2): 135-43.

Schuller AA, Gerardu VAM, Chorus AMJ, Verrips GHW. Haalbaarheidsonderzoek: Doelmatigheid van angstbehandeling in Centra Bijzondere Tandheelkunde. Rapport KvL/P&Z 2007.0039, 2007.

Stouthard MEA, Hoogstraten J. Prevalence of dental anxiety in The Netherlands. Community Dent Oral Epidemiol. 1990;18(3):139-42.

Slade DG, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community Dental Health 1994;11:3-11.

Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol 1997;25:284-90.

Stouthard MEA. Fear of dental treatment. Amsterdam: University of Amsterdam, the Netherlands, ACTA, 1989.

Sprangers AG. Van zacht begrip naar hard getal. Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2006.

Vermaire JH, de Jongh A, Aartman IHA. Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. Community Dent Oral Epidemiol. 2008;36:409-16.

Verrips GHW. Think bigger. Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2008.

Verrips GHW, Schuller AA. Mondgezondheid en kwaliteit van leven van 25-74-jarigen. In: Schuller AA (red). mondgezondheid volwassenen 2007. TNO-rapport kvl/gl/2009.048, 2009.

Bijlage 1

Itemlijst dossieronderzoek CBT's

NIEUWE STATUS

lokatie CBT
patient nummer in dit CBT
geboortedatum patient

BASISGEGEVENS

bang ? (Ja/Nee)
angstbehandeling in jaar : 2001-2003-2005
angstdiagnose
andere angstdiagnose

PATIENTGEGEVENS

NAW, geslacht, etniciteit
verwijzer

ANGST

angst- diagnose
andere angstdiagnose
gebruikte angstlijst
toelichting geen/andere angstlijst
beginscore angstlijst
datum beginscore
eindscore angstlijst
datum eindscore
1^e bezoek / Intake dd
laatste bezoek dd
tot aant. verschenen afspraken
aant. gemiste afspraken
angst behandeling is afgerond
 tbv angstbeh patient gebleven
 tbv gebitsbeh patient gebleven

extra afspraken angstbeh nodig
zo ja , hoeveel afspraken
extra afspraken gebitsbeh nodig
zo ja , hoeveel afspraken
is de angst genezen ?
mond gesaneerd (alles klaar)?
aantal gedeclareerde uren bekend? Zo ja:
verwezen naar

ANGSTBEHANDELING

angstbehandeling in jaar : 2001-2003-2005
soort angsbehandeling bekend? Zo nee:
soort angsbehandeling (KIES)
gedragsbeïnvloeding door tandarts (J/N)
angstbehandeling door psycholoog (J/N)
angstbehandeling met medicatie (J/N)
angstbehandeling met lachgas (J/N)
angstbehandeling met narcose (J/N)
angstbehandeling anders (J/N) : vraag 55
andere angstbehandeling (omschrijf)

UITGEVOERDE BEHANDELINGEN (J/N)

Consultatie (C) / Preventie (M)
Mondhygiene en Gebitsreiniging (M)
paro (T)
vullingen (V)
endo (E)
kroon en / of brug (R)
implantaat (I)
extracties (H)
ortho (O)
Volledige bovenprothese (P)
Volledige onderprothese (P)
Frame / prothethiek (P)
Andere behandelingen:

ADRES tandarts

Bijlage 2 Patiëntenvragenlijst

Graag verzoeken we u om onderstaande vragen te beantwoorden.

U kunt dat doen door het antwoord aan te kruisen dat op u van toepassing is.

Er zijn geen goed of foute antwoorden: het gaat om uw mening en ervaring!

- 1 Van welk geslacht bent u? ☐¹ Man ☐² Vrouw

- 2 Wat is uw geboortjaar? 19 __

- 3 In welk land bent u geboren?

☐ ¹ Nederland	☐ ⁵ Marokko
☐ ² Suriname	☐ ⁶ Voormalig Joegoslavië
☐ ³ Ned. Antillen	☐ ⁷ ander land
☐ ⁴ Turkije	☐ ⁸ land onbekend

- 4 Heeft u na de lagere school of basisschool nog een bepaalde opleiding gevolgd?
Zo ja, welke?
Instructie: Alleen de hoogste opleiding waarvoor een diploma is behaald
 - ☐¹ Basisonderwijs (of speciaal basis onderwijs), lagere school (dus geen aanvullende opleiding)
 - ☐² Lager beroepsonderwijs, LBO (bijv. LTS, Huishoudschool of opleiding leerlingwezen)
 - ☐³ VMBO / MAVO / MULO / ULO
 - ☐⁴ Middelbaar beroepsonderwijs, MBO (bijv. MTS, MEAO)
 - ☐⁵ HAVO / VWO / gymnasium / atheneum / lyceum / HBS / MMS
 - ☐⁶ Hoger beroepsonderwijs, HBO (bijv. HTS, Pedagogische Academie)
 - ☐⁷ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
 - ☐⁸ Niet van toepassing

- 5 Heeft u eigen tanden of kiezen of een kunstgebit?
 - ☐¹ alleen eigen tanden/kiezen
 - ☐² zowel eigen tanden/kiezen (in boven- of onderkaak) als een (gedeeltelijk) kunstgebit
 - ☐³ volledig kunstgebit (helemaal geen eigen tanden/kiezen)
 - ☐⁴ geen eigen tanden/kiezen en ook geen kunstgebit

- 6 Sommige mensen zijn erg bang voor de tandarts. Anderen zijn dat veel minder.
Bent u bang voor de tandarts?

☐ ¹ erg bang
☐ ² nogal bang
☐ ³ niet zo bang
☐ ⁴ helemaal niet bang
☐ ⁵ weet niet

7 Wanneer was uw laatste bezoek aan het Centrum Bijzondere Tandheelkunde (CBT) ?
 __/____ (maand / jaar)

8 Door wie bent u naar het CBT verwezen?

- ☐¹ tandarts ☐⁴ eigen initiatief
☐² huisarts ☐⁵ anders, namelijk.....
☐³ psycholoog

9 Op welke manier of met welk hulpmiddel heeft het CBT uw tandartsangst kunnen beïnvloeden? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ ¹ voldoende tijd, informatie en uitleg
- ☐ ¹ gewenning aan praktijksituatie en behandeling
- ☐ ¹ hypnose
- ☐ ¹ lachgas
- ☐ ¹ narcose
- ☐ ¹ rustgevend/kalmerend medicijn
- ☐ ¹ psycholoog
- ☐ ¹ anders, namelijk.....

10 Kunt u in onderstaande balk aangeven hoe tevreden u bent over de behandeling op het CBT door een ' X' te plaatsen in de balk?

1	2	3	4
---	---	---	---

Erg ontevreden

Ontevreden

Tevreden

Erg tevreden

11 Bent u nog onder behandeling bij het CBT? ☐¹ Ja > ga naar vraag 12

☐² Nee > ga naar vraag 13

12 Waarom bent u nog patiënt bij het CBT? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ ik ben nog te bang om naar een 'gewone' tandarts te gaan
- ☐ de behandeling van mijn gebit is nog niet klaar
- ☐ ik wil graag bij mijn tandarts in het CBT blijven
- ☐ het CBT roept mij nog steeds op voor controle
- ☐ ik heb nog geen andere tandarts gevonden
- ☐ ik kan nergens terecht vanwege wachtlijsten
- ☐ ik durf niet naar een andere tandarts te gaan
- ☐ het is er niet van gekomen me aan te melden bij een 'gewone' tandarts
- ☐ ik heb afgesproken dat ik patiënt blijf bij het CBT
- ☐ anders, namelijk.....(andere reden invullen)

13 Staat u nu ingeschreven bij een 'gewone' tandarts? (dus niet bij het CBT)

☐¹ Ja > Bent u al geweest?

☐¹ Ja, ga naar vraag 14

☐² Nee, ga naar vraag 17

☐² Nee > ga naar vraag 17

14 Wanneer bent u voor het laatst geweest? ____ / ____ (maand / jaar)

15 Hoe vaak gaat u voor controle?

☐¹ nooit

☐² bij pijn of klachten

☐³ 1x per jaar

☐⁴ 2x per jaar

☐⁵ meer dan 2x per jaar

16 Kunt u in onderstaande balk aangeven hoe tevreden u bent over uw *huidige* tandartsbezoeken door een 'X' te plaatsen in de balk?

1	2	3	4
---	---	---	---

Erg ontevreden

Ontevreden

Tevreden

Erg tevreden

17 Wat vindt u in het algemeen van de *huidige* toestand van uw (kunst)gebit?

Die is ☐¹ zeer goed

☐² goed

☐³ matig

☐⁴ slecht

18 Hoe vond u de toestand van uw (kunst)gebit voordat u bij het CBT kwam?

Die was ☐¹ zeer goed

☐² goed

☐³ matig

☐⁴ slecht

19 Wilt u bij de volgende vragen uw antwoorden geven door een 'X' te plaatsen in de balk? De cijfers 1 t/m 10 geven de mate van bang zijn aan: 1 = niet bang en 10 = heel erg bang

Voordat u bij het CBT kwam: Hoe bang was u voor een tandartsbezoek

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Niet bang

Extreem bang

En nu? Hoe bang bent u nu voor een tandartsbezoek

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Voordat u bij het CBT kwam: Hoe bang was u voor pijn?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

En nu? Hoe bang bent u nu voor pijn?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Voordat u bij het CBT kwam: Hoe bang was u voor de boor?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

En nu? Hoe bang bent u nu voor de boor?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Voordat u bij het CBT kwam: Hoe bang was u voor de naald / de verdoving?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

En nu? Hoe bang bent u nu voor de naald / verdoving?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

De laatste vragen gaan over de invloed van uw mondgezondheid op uw kwaliteit van leven.

Wilt u bij ieder van de onderstaande klachten en problemen nagaan of u er afgelopen maand last van heeft gehad?

Wilt u dan het antwoord omcirkelen dat het meest van toepassing is?

		Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel erg
1.	Heeft u moeilijkheden gehad met het uitspreken van bepaalde woorden vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	1	3	4	5
2.	Heeft u het gevoel gehad dat uw smaakvermogen is afgenomen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5

3.	Heeft u pijn in uw mond gehad?	1	2	3	4	5
4.	Heeft u moeite gehad om bepaald voedsel te eten vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
5.	Heeft u zich onzeker gevoeld vanwege uw gebit, uw mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
6.	Heeft u zich gespannen gevoeld vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
7.	Is de samenstelling van uw voeding onbevredigend geweest vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
8.	Heeft u maaltijden moeten onderbreken vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
9.	Heeft u moeite gehad om zich te ontspannen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
10.	Heeft u zich een beetje opgelaten gevoeld vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
11.	Bent u wat prikkelbaar geweest tegen andere mensen vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
12.	Heeft u moeite gehad met het uitvoeren van uw dagelijkse bezigheden vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
13.	Heeft u het gevoel gehad dat het leven in het algemeen minder bevredigend was door problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5
14.	Heeft u totaal niet kunnen functioneren vanwege problemen met uw gebit, mond of gebitsprothese?	1	2	3	4	5

HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST!!
U KUNT DE LIJST TERUGSTUREN IN DE PORTVRIJE ENVELOPPE

Bijlage 3 Coördinatorenvragenlijst

Wilt u de volgende vragen beantwoorden?

Lokatie CBT : (tbv respons)

- 1 Wie stelt de diagnose ‘angst voor de tandheelkundige behandeling’ in uw CBT? (één antwoord kiezen)

- ☐¹ (angst-)tandarts
☐² psycholoog
☐³ tandarts en psycholoog
☐⁴ andere medewerker, namelijk.....

- 2 Hoe wordt de diagnose ‘tandartsangst’ in uw centrum gesteld? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ door middel van een intake gesprek
☐¹ door middel van een psychologische screening
☐¹ door een score op een zelf ontwikkelde vragenlijst
☐¹ door een score op bestaande vragenlijst, zoals bv DAS
☐¹ niet opnieuw vastgesteld: de diagnose angst is al door verwijzer gesteld
☐¹ anders, namelijk

- 3 Wilt u zo nauwkeurig mogelijk een schatting geven van het totaal aantal patiënten en het aantal angstige volwassenen dat bij uw centrum in de jaren 2001, 2003 en 2005 onder behandeling was?

Dit kunt u bijvoorbeeld schatten aan de hand van het aantal tandartsen en/of dagdelen voor (angst-)behandeling.

Jaar	Totaal aantal patiënten	Aantal volwassen angstige patiënten
2001		
2003		
2005		

- 4 Wanneer is de patiënt afbehandeld in uw CBT? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ als patiënt van zijn angst af is
☐¹ als patiënt weer naar de huistandarts kan (beheersbare angst)
☐¹ als patiënt tandheelkundig gesaneerd is
☐¹ als totaal extractie heeft plaatsgevonden
☐¹ als narcose is uitgewerkt
☐¹ nooit, patiënt blijft in bepaalde mate angstig
☐¹ anders, namelijk.....

5 Wat verstaat u onder angstbehandeling? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐¹ gedragsbeïnvloeding door behandelend (angst)tandarts
☐¹ gedragsbeïnvloeding door psycholoog
☐¹ hypnose
☐¹ lachgas sedatie
☐¹ farmaceutische sedatie
☐¹ narcose
☐¹ anders, nml.....

6 Welke scoringslijsten worden bij u in het CBT gehanteerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|--|---|
| ☐ ¹ Dental Anxiety Scale | ☐ ¹ AS |
| ☐ ¹ k-ATB | ☐ ¹ DCQ |
| ☐ ¹ DPFR | ☐ ¹ SCL 90 |
| ☐ ¹ BST | ☐ ¹ Anders, namelijk..... |

7 Heeft u de indruk dat de vraag naar angstbehandeling in uw CBT toeneemt?

- ☐ Weet niet
☐ Nee
☐ Ja >>> Sinds wanneer heeft u die indruk? (MM/YYYY)
 En hoe komt dit volgens u?

Er is meer vraag naar angstbehandeling omdat

8 Welke factoren beïnvloeden volgens u de vraag naar angstbehandeling?

De vraag naar angstbehandeling wordt beïnvloedt door

HARTELIJK DANK VOOR UW ANTWOORDEN EN MEDEWERKING!

WILT U DE LIJST TERUGSTUREN IN DE RETOURENVELOP OF TERUGMAILEN ?

Bijlage 4 Lijst van deelnemende CBT's

Klein (< 100 angstpatiënten jaarlijks):

- CBT Baarn
- CBT Breda
- CBT Heerhugowaard
- CBT Nootdorp
- CBT Poortugaal
- CBT Rotterdam
- CBT Vlissingen

Middel (100-200 angstpatiënten jaarlijks):

- CBT Alkmaar
- CBT Arnhem-Klimmendael
- CBT Arnhem-Rijnstate
- CBT Wehl
- CBT Zwolle
- CBT Nijmegen

Groot (200-400 angstpatiënten jaarlijks):

- CBT Almere
- CBT Den Haag

SBT (> 400 angstpatiënten jaarlijks):

- Stichting Bijzondere Tandheelkunde Amsterdam.

