

Komt een orthopedagoog bij de tandarts

Henk Algra, orthopedagoog/GZ-psycholoog.

Gemiddeld twee keer in het jaar bezocht ik de tandarts. Op mijn werk op een instelling voor verstandelijk gehandicapten werkte ook een tandarts. Ik sprak hem regelmatig. Maar als het om de cliënten ging was het contact misschien ook wel beperkt tot twee keer per jaar. Is dat niet wat vreemd? Dat ben ik me in de loop van de tijd steeds meer af gaan afvragen.

Gedragsdeskundigen bemoeien zich overal mee. Hoe trainen we de zelfredzaamheid? Welke keuzes mag iemand maken? Wat doen we met iemand die steeds wegloopt? Hoe laat moet iemand thuis zijn? Hoe lang mag iemand gamen?

Complexe mondzorg

De mondzorg behoort tot de meest complexe activiteiten in het kader van de zelfredzaamheid. Niet voor niets is een vuistregel dat kinderen pas vanaf hun tiende tot twaalfde jaar zelfstandig kunnen poetsen. Het betekent dat in principe bijna niemand van de cliënten die op instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking woont in

staat is om zelfstandig het gebit te verzorgen. Ook al die mensen met een lichte verstandelijke beperking niet, die zo op het oog streetwise en ook begeleiders-resistent zijn. Veel LVB'ers zouden nagepoetst moeten worden.

Ouderenzorg

Trouwens, als ik een overstap maak naar de ouderenzorg... in veel dossiers staat een opmerking als 'Mevrouw poetst zelf'. Maar als we beter kijken zien we dat mevrouw niet meer in staat is om goed zelfstandig te poetsen. Ze poetst bijvoorbeeld maar een deel van haar gebit: de structuur raakt zoek omdat de executieve functies achteruit zijn gegaan. In het proces van dementering is de mondverzorging één van de eerste aspecten van de zelfredzaamheid die achteruitgaat. Hoe zit dat dan met de vergrijzing in instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking? Al die redelijk zelfstandig functionerende bewoners die onder de zorgkoepel van een grote instelling staan ingeschreven? Ze redden het nog aardig, met af en toe wat extra ondersteuning. Maar is de mondzorg ook in beeld? Die ontbreekt in veel dossiers. Wie heeft daar zicht op?

Henk Algra.



Observaties in de behandelkamer

De afgelopen vijftien jaar heb ik de kans gekregen om me te verdiepen in de mondzorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Een deel van mijn werk bestond vooral uit het observeren van behandelingen van patiënten bij de Stichting Bijzondere Tandheelkunde (SBT) in Amsterdam. Op die manier heb ik honderden patiënten gezien en observaties uitgeschreven. Daarnaast legde ik samen met een mondhygiëniste huisbezoeken af om in de thuissituatie in gesprek te gaan met opvoeders over de kwaliteit van de mondzorg. Later heb ik ook nog bij enkele andere organisaties observaties kunnen doen en (be)handeladviezen kunnen geven. Daarnaast raakte ik betrokken bij de opleiding voor tandartsen in de gehandicaptenzorg. De regelmatige supervisies met tandartsen in opleiding waren voor mij een leerzame ervaring. In de tussentijd werd ook een intakeformulier ontwikkeld teneinde over zoveel mogelijk kennis die de ouders/dagelijkse opvoeders rond de mondzorg hadden opgebouwd vooraf te kunnen beschikken.

Angstige patiënten

De afgelopen decennia is er veel onderzoek gedaan naar de behandeling van angstige patiënten. Er zijn zelfs hele tv-series aan gewijd. Op het gebied van de behandeling van angst voor de tandarts is aanzienlijke vooruitgang geboekt. Zijn al die behandelprincipes ook toepasbaar binnen de mondzorg voor mensen met een verstandelijke beperking? Naar mijn idee is dat vraagstuk onderbelicht gebleven. Op individueel niveau is er ervaring opgebouwd, maar de kennis wordt onvoldoende gedeeld. Heeft de angst voor de tandarts bij mensen met een verstandelijke beperking een andere kleur? Is het bijvoorbeeld niet zozeer de angst voor de behandeling, maar meer het gevolg van de onderbreking van de dagelijkse routine die angst oproept? Immers: als je niet kunt volgen, herkennen en voorspellen wat er gebeurt, dan ervaar je ook geen eigen invloed.¹ Als jou alles maar overkomt, dan roept dat vanzelf angst op: je hebt geen grip op de wereld. Of zijn het vroegere ervaringen en roept alleen al de geur van de behandelkamer een angstige associatie op met een pijnlijk verleden? Als deze tijdens latere behandelingen geactiveerd worden kan EMDR geïndiceerd zijn. Ook kan EMDR goede diensten bewijzen als de patiënt vreest voor de gevolgen van de behandeling (‘als dat gebeurt ga ik stikken’), zo blijkt uit het promotieonderzoek van Liesbeth Mevissen-Renckens.²

Je zou bij Jaap – na een bezoek aan de tandarts – verwachten dat hij opgelucht is. Maar de nieuwe angst is meteen manifest: wanneer moet ik weer naar de tandarts? Maar hoe zit dat dan met die patiënten die nauwelijks ik-besef lijken te hebben of die alleen maar in

het heden lijken te leven? Waarom dan soms die heftige agressie rond of tijdens de behandeling? Is dat angst? Hoe lezen en duiden we de angst? En waarom is de kleur van die angsten per persoon zo verschillend? Het zijn allemaal vragen en veronderstellingen, ze kunnen allemaal waar zijn. Maar er is meer...

Wie is de patiënt

Welke patiënt komt in de stoel? We zijn geneigd om vooral de patiënt in beeld te krijgen. Is het een persoon met een ernstige verstandelijke beperking, met een bepaald syndroom, is het iemand met autisme of downsyndroom? Inderdaad, het is van belang dat de behandelaar daar vooraf iets over weet. Het is ook van belang omdat bepaalde syndromen vaak samengaan met bepaalde afwijkingen in het mondgebied. Maar dat is slechts een stukje van de puzzel. Inmiddels zijn we steeds meer gaan beseffen dat elk mens uniek is. Ook het werk aan de stoel vraagt om finetuning. Het gaat niet om het ‘wat’ maar om het ‘wie’. Dat vraagt om sensitiviteit van de kant van de behandelaar.

Wie is de behandelaar?

Daarmee kom ik op een tweede fundament in de behandelkamer: wie is de behandelaar? Hij of zij heeft zijn eigen kwaliteiten, maar ook zijn eigen kwetsbaarheden. Mensen met een verstandelijke beperking kunnen daar extra gevoelig voor zijn. Het gaat dan niet om de techniek van de behandeling, maar om de persoon van de behandelaar. In het werk met kwetsbare mensen worden de krachten en kwetsbaarheden van de behandelaar meer zichtbaar en voelbaar. Een klein beetje onrust bij de behandelaar (bijvoorbeeld tijdsdruk) of irritatie tussen de tandartsassistente en de tandarts kan al maken dat de patiënt zich minder veilig voelt.

Wie is de begeleider?

Maar in de behandelkamer speelt ook nog een derde aspect: wie is de opvoeder of de begeleider? En hoe verloopt de samenwerking tussen de familie en het behandelend team rond de stoel? Als deze drie zijden van de driehoek in beeld zijn ontstaat er een boeiende dynamiek waar boeken over volgeschreven zouden kunnen worden.

Vanessa (6 jaar) ligt in de behandelstoel. Haar moeder houdt haar hand vast. Tandarts Johan doet een eerste onderzoek naar haar gebit. Als het haakje richting de mond van Vanessa gaat zie ik haar moeder angstig kijken. Op dat moment vangt Vanessa de blik van haar moeder. Meteen doet ze haar mond dicht. De controle lukt verder niet meer...

Dat was mijn eerste observatie. Die vergeet ik nooit meer. Nee, dit is geen pleidooi om familieleden buiten de behandelkamer te houden. Veel patiënten hebben de nabijheid van een vertrouwde opvoeder nodig. Het voorbeeld daagt wél uit. Hoe gaan we samenwerken in de driehoek behandelaar, patiënt en begeleider?

Een aantal aandachtspunten

Uit de veelheid van factoren die een rol spelen bij de behandeling bij de tandarts, de mondhygiënist of de preventie-assistente licht ik er enkele uit.

Voortraject

Veel problemen rond de behandeling in de stoel zijn al ontstaan in het traject naar de stoel. Daarbij moet vooral de moeite met de overgangen genoemd worden. Als Peter in te hoog tempo een voor hem niet bekende route met tal van overgangen moet lopen loopt de spanning onderweg al te hoog op. Zijn lichaam zit dan bij wijze van spreken al in de stoel, maar zijn hoofd is nog onderweg. Dat vraagt in eerste instantie om vertraging, om rust, om de emmer van indrukken eerst een beetje leeg te laten lopen.

Aangepast tempo

De behandeling van mensen met een verstandelijke beperking vraagt om een aangepast tempo. In principe moet er één ding tegelijk gebeuren, zeker in een onbekende situatie. De stap van de eerste ervaring (via de zintuigen) naar de betekenisverlening (wat gebeurt hier?) kost veel meer tijd. Datzelfde geldt ook voor patiënten in de ouderenzorg. ‘Hang je jas op en ga in de stoel zitten’ is te veel gevraagd. Bovendien heeft elke patiënt zijn eigen manier om de omgeving te verkennen. De één moet de hele behandelkamer eerst scannen, de ander moet eerst de jas op een bepaalde manier ophangen, de derde stapt meteen in de stoel. Mondzorgverleners zijn gewend om taakgericht te werken. Mensen met een verstandelijke beperking hebben vrijwel altijd een lager tempo van informatieverwerking. Dat vraagt om meer langzame zorg, meer care dan cure.

Niveau van functioneren

Bij de behandeling speelt het niveau van functioneren een belangrijke rol. De patiënt wordt in eerste instantie ingeschat op zijn kunnen: het cognitieve functioneren en de vaardigheden van de patiënt. Daardoor worden veel patiënten overschat. Juist in spannende situaties vallen patiënten meer en ook snel terug op het niveau van het aankunnen: op het sociale en emotionele niveau van functioneren ().³ In de behandelkamer speelt het sociale en emotionele functioneren van de patiënt mogelijk een nog belangrijker rol dan het cognitieve functioneren.

Inzicht in het aankunnen levert grote winst op bij het vinden van een goede pasvorm bij de behandeling van patiënten met een verstandelijke beperking. Dit thema speelt een belangrijke rol binnen de opleiding tandarts gehandicaptenzorg.

Minder verbaal, meer visueel

De gesproken taal speelt nog altijd een te grote rol in de communicatie met patiënten met een verstandelijke beperking. Taal kan een functie hebben bij het geruststellen (betrekkingsniveau), maar als het om de inhoud gaat moet er meer aandacht zijn voor het laten zien, voor de visuele aspecten van de communicatie. Dat is des te meer van belang omdat de gang naar de tandarts vaak spannend is. Dan komt de verbale boodschap ook vaak minder goed binnen. Bij het Tell-Show-Feel-Do (TSFD) moet het Show onderstreept worden.

Zintuigen

Kennis van de werking van de zintuigen is van groot belang bij de behandeling in de stoel. We snappen allemaal dat een heftige pepermuntsmak van de tandpasta bij bijna alle jonge kinderen weerstand oproept. Maar hoe zit het met de structuur van de tandpasta. Een korrelstructuur van de polijstpasta leidt bij sommige patiënten direct tot kokhalzen. Maar het gaat niet alleen om het proeven, om de smaak, maar om alle zintuigen. Bij de helft van de patiënten met downsyndroom zag ik een schrikreactie als de stoel achteroverging, ook als dat goed werd aangekondigd. En wat de te denken van het geluid van de instrumenten in de behandelkamer of van het licht van de lamp? Voor een persoon die op scherp staat wordt dat al snel te veel.

Wie heeft de regie

In de behandelkamer zijn meerdere mensen aanwezig. De tandarts zegt: ‘Ga maar in de stoel zitten.’ Mireille staat nog even te aarzelen. Mamma zegt: ‘Mireille, in de stoel!’ Op dat moment wordt de situatie voor Mireille onduidelijk en de kamer wordt een chaos. In de behandelkamer heeft één persoon de regie en dat is in principe de behandelaar. Degene die de regie heeft is in principe ook degene die de patiënt uit de wachtkamer haalt. Op die manier wordt het aantal overgangen beperkt.

Toepassing in de praktijk

Resultaten die behaald worden in de behandelkamer bieden geen garantie voor een betere kwaliteit van mondzorg in de thuissituatie. Het goed leren poetsen bij de preventie-assistente wil nog niet zeggen dat de patiënt die kennis thuis kan toepassen. Wat dat betreft is het van belang om de verwachtingen niet te hoog te stellen. Met name rond de behandeling van mensen met een

lichte verstandelijke beperking denken we nog altijd dat het adviseren rond de leefstijl zijn vruchten wel al zal werpen. 'Als de patiënt eenmaal weet hoe ongezond slechte mondzorg is gaat het allemaal vanzelf wel lukken'. En dan raakt vervolgens iedereen gefrustreerd.

Mondhygiënist Angela had veel met Margreet (LVB) geoeftend op het poetsen. Dat lukte in de praktijk voor de spiegel prima. Maar waarom lukte die mondzorg thuis dan niet? Het bleek dat ze thuis geen spiegel boven de wasbak had hangen. Ze had het zicht nodig op haar tanden om goed te kunnen poetsen. Maar ze kwam thuis niet op het idee dat er een spiegel moest hangen.

Wet Zorg en Dwang

De afgelopen decennia is grote winst geboekt in het zonder dwang kunnen behandelen van patiënten. De tijd dat er riemen aan de stoel zaten en dat veel patiënten uit voorzorg gefixeerd werden ligt achter ons. Toch valt er, met de Wet Zorg en Dwang als richtinggevend kader, nog winst te behalen als het gaat om het verbeteren van de kwaliteit van de mondzorg zonder dwang, zowel in de thuissituatie als in de behandelkamer. Het gaat daarbij vooral om het bespreekbaar maken van de gang van zaken. Kunnen we alternatieven bedenken? Hoe maken we goede afwegingen? Dit zou ook plaats kunnen vinden in bijvoorbeeld casuïstiek-besprekingen en in de vorm van intercollegiale toetsing.

Ten slotte

Deze bijdrage is vooral geschreven vanuit observaties in de behandelkamer. Het eerste doel in de bijzondere tandheelkunde is een veilige stoel. Pas als dat doel bereikt is, is er ook ruimte voor verdergaande behandelingen.

Maar als het om mondzorg gaat is er veel meer. De omstandigheden rond en in de behandelkamer vormen maar een fractie van de mondzorg. Ook over de mondverzorging thuis zou nog veel meer geschreven kunnen worden. Ik zou wel erg nieuwsgierig zijn naar de bevindingen...

algra.werk@gmail.com

Referenties

1. Vastgelopen, Jacques Heijkoop (1995).
2. Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in individuals with intellectual disabilities, Liesbeth Mevissen-Renckens (2017).
3. Ontdekkend kijken, Jacques Heijkoop (2020). Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking, Anton Došen (2014), Lien Claes e.a.: Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking, Lien Claes ea (2011).
4. Psychische stoornissen, probleemgedrag en verstandelijke beperking, Anton Došen (2014).

Over Henk Algra

Henk Algra (1950) werkte als orthopedagoog/GZ psycholoog en docent bij verschillende organisaties voor mensen met een verstandelijke beperking. Daarnaast was hij als orthopedagoog verbonden aan de Stichting Bijzondere Tandheelkunde in Amsterdam en is hij nog betrokken bij de opleiding Tandarts Gehandicaptenzorg binnen BT-Academy in Amsterdam.

Gedragsdeskundigen worden zelden betrokken bij de mondzorg voor mensen met verstandelijke beperking. Henk Algra kreeg de kans om regelmatig te observeren en vanuit die observaties behandeladviezen te geven. Hij liet zich bij zijn werk inspireren door het werk van Jacques Heijkoop en door de ontwikkelingsdynamische manier van kijken van Prof. D. Anton Došen.⁴ In deze bijdrage vat hij een aantal inzichten samen die voortkomen uit vijftien jaar aan observaties rond de behandelstoel.



Ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de VMBZ schreef Henk Algra een casusboek met twintig observaties rond de mondzorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Dit boek (Van Puzzel naar Maatwerk) verschijnt rond 1 april 2021 bij uitgeverij Prelum. ■