

Kokhalsneiging

1. Inleiding en doel van deze richtlijn

Tandheelkundig gezien kan een 'verhoogde kokhalsneiging' een groot probleem zijn voor de patiënt zelf en voor het behandelteam. Het verschijnsel van een gemakkelijk optredende kokhalsneiging kan vele oorzaken hebben en is vrijwel nooit met het geven van een simpel advies of het uitvoeren van een simpele handeling te verhelpen of te beïnvloeden. Interventies die de verhoogde kokhalsneiging verminderen op de lange termijn worden in de literatuur nauwelijks beschreven.

In deze richtlijn zal een kader worden aangegeven voor diagnostiek en behandeling van deze problematiek binnen de afdelingen MFP en A&G van SBT. Dit kader is voornamelijk op basis van kennis die hebben we hebben uit *case reports* en klinische ervaring van behandelaars. Van deze richtlijn mag gemotiveerd worden afgeweken. Deze motivatie moet blijken uit het patiëntendossier.

2. Analyse van de problematiek.

1. De verhoogde kokhalsneiging:

- kan op elke leeftijd optreden, maar kan zich ook pas op latere leeftijd ontwikkelen,
- treedt vaak op in combinatie met spanning (stress); spanning kan de kokhalsneiging opwekken en versterken,
- kan een vorm van vermijdingsgedrag zijn
- kan matig zijn en zal dan weinig overlast veroorzaken voor bijvoorbeeld de mondhygiëne van de patiënt en de behandeling door het tandheelkundig team,
- kan sterk zijn en kan dan een ernstige belemmering betekenen voor de patiënt om een goede mondhygiëne te onderhouden, het voor het behandelteam zeer moeilijk maken om de behandeling uit te voeren en het dragen van een uitneembare prothese (ernstig) bemoeilijken,
- kan regionaal zijn aangestuurd en is alleen actief bij een prikkel in de mond (spiegel, afzuiger, röntgenfoto, boor, afdruklepel, wattenrol),
- kan centraal zijn aangestuurd, heeft dan vaak een psychologische component, en is actief ook als de prikkel niet in de mond is (zien, ruiken, horen, denken aan),
- kan een combinatie zijn van een aantal van bovenstaande factoren.

2. De verhoogde kokhalsneiging kan ook gecombineerd zijn met (extreme) angst. Deze (extreme) angst kan gericht zijn op de tandheelkundige behandeling en/of het kokhalzen zelf. In het laatste geval is de patiënt bijvoorbeeld bang om over te geven (emetofobie) of te stikken tijdens het kokhalzen. Dit kan leiden tot een versterking van de kokhalsreflex.

3. Verder dient er onderscheid gemaakt te worden met patiënten die last hebben van stikangst, ten gevolge waarvan een verhoogde kokhalsneiging ontwikkeld is. Het hoofdprobleem is dan wellicht de stikangst, al dan niet met een traumatische onset. Psychologische hulp kan dan geïndiceerd zijn.

4. Een belangrijke factor in het kader van de beschrijving van de problematiek is de motivatie van de patiënt om zelf iets aan zijn probleem te doen. De mate van eigen inzet is bepalend voor het verloop van de problematiek en het succes van de aanpak ervan en daardoor voor de inhoud en omvang van de tandheelkundige behandeling.

3. Diagnostiek

1. Vragenlijsten

De eerste stap in de diagnostiek zal vaak de verwijzing en beschrijving van de problematiek door de huistandarts zijn. Specifiekere diagnostiek vindt plaats via de vragenlijsten, zoals die standaard gehanteerd worden door de afdelingen MFP en A&G. Daarnaast wordt de patiënt gevraagd een kokhalsvragenlijst in te vullen. De vragenlijsten worden geëvalueerd en gescoord door tandarts of psycholoog.

2. Het intakegesprek

Tijdens het intakegesprek worden achtergronden en voorgeschiedenis van de kokhalsproblematiek uitgevraagd en eventuele verbanden en oorzaken verder uitgewerkt en besproken.

De problematiek, de motivatie van de patiënt en de prognose van het slagen van de behandeling worden afgewogen en met de patiënt besproken.

3. Evaluatie van het intakegesprek

Psycholoog en tandarts evalueren de tot dan toe verzamelde gegevens en indrukken, formuleren een werkdiagnose en stellen in overleg met de patiënt een behandelplan vast.

4. Het behandelbeleid

Het behandelbeleid is er opgericht om met behulp van gedragstherapeutische interventies de kokhalsreflex te verminderen en beheersbaar te maken, waardoor de behandelbaarheid toeneemt en tandheelkundige behandelingen beter verlopen.

Er wordt dus in principe niet gekozen voor het toedekken van de problematiek door middel van farmacotherapeutische maatregelen. Indien de gedragstherapeutische interventies onvoldoende resultaat geven kan een tijdelijke farmacologische ondersteuning in de vorm van lachgas een optie zijn om de tandheelkundige behandeling mogelijk te maken. Dit kan indien nodig in de huispraktijk worden gecontinueerd en is dus geen reden om blijvend in het centrum behandeld te worden.

5. De behandelmogelijkheden

Om een tandheelkundige behandeling mogelijk te maken staat het multidisciplinaire behandelteam een aantal behandelstrategieën ter beschikking. Behandelstrategieën die kunnen worden ingezet om de kokhalsreflex te verminderen/beheersbaar te maken zijn:

- Cognitieve gedragstherapie, zoals graduele exposure in vivo, gedragsexperiment, cognitief herstructureren.
- Copingvaardigheden aanleren, zoals (zelf)hypnose, afleiding, ontspanningsoefeningen,
- EMDR-behandeling door een psycholoog als er sprake is van een onderliggend trauma.
- Lachgassedatie
- Algehele anesthesie op locatie of in een ziekenhuis kan overwogen worden als lachgassedatie onvoldoende resultaat geeft. Dit moet altijd vooraf in het afdelingsoverleg besproken worden.

6. De keuze voor een behandelplan

Na uitgebreide diagnostiek wordt in overleg met de patiënt besproken welk behandeldoel er geformuleerd wordt en welke behandeltechnieken daarvoor zullen worden ingezet.

Bepalende factoren kunnen hierbij zijn; de motivatie en inzet van de patiënt maar ook de ernst van het kokhalzen en noodzakelijke tandheelkundige behandeling.

Deze behandelkeus heeft weer directe invloed op de keuzes die gemaakt moeten worden met betrekking tot het tandheelkundige behandelplan. Hoe moeilijker de patiënt te behandelen is, hoe simpeler het tandheelkundige plan zal moeten zijn. Echter omdat uitneembare prothetische voorzieningen vaak problemen opleveren zal het behandelplan zo veel als mogelijk gericht moeten zijn op het behoud van de eigen dentitie.

7. Retour huispraktijk.

De patiënt wordt terugverwezen naar de huispraktijk, wanneer:

1. de verhoogde kokhalsneiging verminderd is, c.q. hanteerbaar is geworden bij uitgebreide(re) behandelingen of het inhouden van de prothese. Dit terugverwijzen dient te gebeuren volgens het 'vlechtbeleid'.
2. de verhoogde kokhalsneiging hanteerbaar is geworden met behulp van het gebruik van lachgas. De patiënt dient dan een tandarts te zoeken met lachgasfaciliteiten in de praktijk.
3. de verhoogde kokhalsneiging hanteerbaar geworden is bij controles en kleine behandelingen.
4. de tandarts inschat dat het maximaal haalbare resultaat is behaald en verdere behandeling niet zinvol is.

De patiënt kan opnieuw verwezen worden door de huistandarts wanneer behandeling in de huispraktijk niet mogelijk blijkt. Op dat moment zal er een nieuwe afweging plaats moeten vinden van de te kiezen behandelaanpak.

8. Inwerkingtreding

De richtlijn Kokhalsneiging is op 06-10-2020 vastgesteld door het MT. De regeling treedt op 07-10-2020 in werking. De regeling zal op 07-10-2022 geëvalueerd worden. Gelijktijdig worden eerder vastgestelde richtlijnen Kokhalsneiging ingetrokken.