Logopedisten, osteopaten en orthodontisten: multidisciplinair of monodisciplinair?

Is er een samenwerking mogelijk tussen logopedisten, osteopaten en orthodontisten? Bestaat er in het werkveld reeds een multidisciplinaire samenwerking tussen de verschillende disciplines? In dit artikel wordt enerzijds een antwoord geformuleerd op bovenstaande vragen. Tot op de dag van vandaag zijn er nog steeds factoren aanwezig die een multidisciplinaire samenwerking belemmeren. Naast het aanhalen van de belemmerende factoren, willen we het belang van multidisciplinair samenwerken duiden. Aan de hand van een uitgewerkte logopedische problematiek wordt het belang duidelijk geïllustreerd.

We kunnen stellen dat vanuit logopedisch werkveld de vraag kwam of er een multidisciplinaire samenwerking mogelijk is en voor welke problematieken deze effectief is. Uit onderzoek en bevraging is gebleken dat er zich weinig samenwerkingsverbanden voordoen, met uitzondering de samenwerking tussen logopedisten en orthodontisten. Dit samenwerkingsverband vindt reeds op regelmatige basis plaats. Cliënten met articulatieproblemen ten gevolge van een anterieure open beet worden in de praktijk zowel orthodontisch als logopedisch behandeld. (Ni, et al., 2014)

Zowel uit literatuurstudie als bevraging van het werkveld kwamen er een aantal belemmerende factoren aan bod, die een mogelijke verklaring bieden voor een beperkte samenwerking. Onbekendheid over de andere disciplines vormde de hoofdreden voor het beperkt samenwerken en doorsturen. De verschillende disciplines hebben onvoldoende kennis over elkaars vakgebied wat hen belemmert om cliënten door te sturen. (Tuinzing, Greebe, Dorenbos, & Hakman, 2000) Naast onwetendheid vormt een gesloten houding van de zorgverstrekker ook een belangrijke factor voor het niet multidisciplinair behandelen van een cliënt. Hieraan zijn vaak de beperkte sociale en communicatieve vaardigheden van de zorgverlener gekoppeld. (Prahl-Andersen & Kuijpers-Jagtman, 2003) Nog een belangrijke factor heeft te maken met het stereotype beeld van een behandeling in combinatie met een eigen overtuigingspatroon. Sommige zorgverleners werken volgens een vast handelingspatroon binnen hun eigen vakgebied, wat maakt dat ze het niet relevant vinden om een beroep te doen op andere disciplines. (Tuinzing, Greebe, Dorenbos, & Hakman, 2000) Als laatste reden willen we aanhalen dat er een bepaalde controverse heerst over wie op welk tijdstip moet behandelen. Zowel uit literatuur als uit bevraging van het werkveld blijkt dat de verschillende disciplines geen eenduidige mening hebben over welk tijdstip effectief is. (Jansonius-Schultheiss, Van Coppenolle, & Beyeart, 1991)

Uit bevraging van het werkveld blijkt dat er een toenemende tendens is tot multidisciplinair samenwerken. In wat volgt komen een aantal redenen aan bod die het belang hiervan duiden. Als eerste staat de holistische visie binnen de zorgverlening centraal. Hiermee willen we toelichten dat de cliënt centraal staat en dat we hem in zijn totaliteit moeten bekijken. Hierdoor wordt de kwaliteit van de zorg verhoogd, wat voordelen biedt voor de cliënt. (Brocatus, 2012) Een tweede reden waarom multidisciplinair samenwerken belangrijk is, heeft te maken met de complexiteit van de problematiek. In het werkveld merken we een toename van complexe problematieken die een multidisciplinaire samenwerking vereisen. (Stegenga, 2000) In sommige situaties ontstaan complexe problematieken doordat bepaalde disciplines niet tijdig doorsturen. (Verlinden & Helderop, 2008) Ook om de behandelingsduur te verkorten en terugval te verkleinen is multidisciplinair samenwerken aangewezen. (Simons, 2009) Tot slot willen we dieper ingaan op het belang van communicatie en overleg tijdens de samenwerking. Door intercollegiaal overleg houden de disciplines elkaar op de hoogte omtrent evolutie en inhoud van behandeling. Dit bevordert de kwaliteit en duur van de zorg. (Jansonius-Schultheiss, Van Coppenolle, & Beyeart, 1991)

Om de multidisciplinaire samenwerking te verduidelijken werken we een beknopt voorbeeld uit waarin logopedisten, osteopaten en orthodontisten betrokken zijn. Neem bijvoorbeeld een cliënt die regelmatig nagelbijt omwille van stress. Het frequent nagelbijten veroorzaakt een protrusie van de onderkaak in combinatie met een hypertonie van de kaken. Dit leidt tot klachten aan het kaakgewricht. Daarnaast ontstaat er een klasse III-malocclusie. De logopedist zal de afwijkende bijtgewoonte behandelen. De osteopaat daarentegen staat in voor de kaakgewrichtsklachten en zal hierbij de spanning wegnemen en het bewegingsverlies herstellen. Aangezien nagelbijten hier een stress gerelateerde gewoonte is, kan de osteopaat deze stress verminderen. Ook de orthodontist kan bij deze problematiek betrokken worden voor de afwijkende gebitsrelatie. Wat betreft het tijdstip van wie wanneer behandelt, bestaat er nog heel wat onenigheid. Dit vraagt nog verder wetenschappelijk onderzoek.

We kunnen besluiten dat er heel wat vraag en toenemende belangstelling is naar multidisciplinair samenwerken. Toch zijn er een aantal factoren die dit belemmeren. Deze belemmerende factoren zouden niet mogen doorwegen op een mogelijke samenwerking en zouden de kwaliteit van zorg niet in de weg mogen staan. Hopelijk zet dit artikel deuren open tot verder onderzoek en brengt dit de verschillende disciplines samen zodat er een holistische kijk op de zorgverlening ontstaat.

# Bibliografie

Brocatus, N. (2012). Het biopsychosociale model: implementatie in de klinische praktijk van een CAR d.m.v. ICF. *Signaal*, 6-15.

Jansonius-Schultheiss, K., Van Coppenolle, L., & Beyeart, E. (1991). *Afwijkende mondgewoonten.* Leuven: Acco.

Ni, X., Vanderlinden, A., Collaert, B., Zink, I., Alqerban, A., & Jacobs, R. (2014). De relatie tussen tandheelkunde en logopedie. In J. Aps, H. Brand, M. De Bruyne, R. van Es, R. Jacobs, & A. Vissink, *Het tandheelkundig jaar 2015* (pp. 139-150). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. doi:10.1007/978-90-368-0689-3\_12

Prahl-Andersen, B., & Kuijpers-Jagtman. (2003, Januari). De mondarts en de orthodontist. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 46-49.

Simons, M. (2009, juni). Myofunctionele therapie. *Standby*, 6-9.

Stegenga, B. (2000, November). Diagnostiek en behandeling van orofaciale pijn. *Nederlands Tijdschrift voor tandheelkunde*, 464- 470.

Tuinzing, D., Greebe, R., Dorenbos, J., & Hakman, E. (2000, November). Het osteotomieteam. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 461-463.

Verlinden, B., & Helderop, P. (2008, oktober). Voorkom relaps door OMFT. *TandartsPraktijk, 29*(10), 64-69. doi:10.1007/BF03077841