



D.L.M. Broers¹
P.R.M. Meuwissen²

Tandheelkundige behandeling van mensen met een verstandelijke beperking

Samenvatting

Trefwoorden:

- Gehandicaptenzorg
- Sociale tandheelkunde
- Behandelingsstrategie

Uit ¹de Stichting voor Bijzondere Tandheelkunde (SBT) in Amsterdam en de Stichting Bijzondere Tandheelkunde Rijnmond (BIJTER) in Rotterdam, ²de afdeling Angstbegeleiding en Gehandicaptenzorg Bijzondere Tandheelkunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht en ³de Bartiméushage in Doorn.

Datum van acceptatie:
17 juli 2001.

Adres:

Mw. D.L.M. Broers
SBT
Louwesweg 1
1066 EA Amsterdam

Om de tandheelkundige behandeling van mensen met een verstandelijke beperking optimaal te laten verlopen is een goede samenwerking tussen tandarts en ouders, respectievelijk verzorgers, van groot belang. Nadat de psychosociale, de medische en de tandheelkundige anamnese zijn afgenomen, kan in overleg met de patiënt en/of zijn verzorgers een voorlopig behandelingsplan worden opgesteld. Het behandelingsplan en de behandelingsvorm worden regelmatig geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. De medewerking, aard van de beperking, mondverzorging en motivatie spelen een belangrijke rol bij het bepalen van het doel van de behandeling. In de meeste gevallen kan met een op verandering van gedrag gerichte aanpak worden volstaan. Soms is echter farmacologische ondersteuning vereist. Hiervoor zal de patiënt meestal verwezen worden naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

BROERS DLM, MEUWISSEN PRM. Tandheelkundige behandeling van mensen met een verstandelijke beperking. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001; 108: 470-473.

Inleiding

Hoewel de tandheelkundige zorg van mensen met een verstandelijke beperking is verbeterd, is deze in veel gevallen niet optimaal (Pieper *et al*, 1986; Nunn *et al*, 1992; Waldman *et al*, 1998). Er is vaak sprake van 'onderbehandeling'. Dit blijkt onder andere uit het onderzoek dat Holland en O'Mullane (1990) verrichtten onder ouderen met een verstandelijke beperking. Zij constateerden dat deze groep ouderen niet sneller cariës ontwikkelde dan andere groepen, maar dat de hoeveelheid onbehandelde caviteiten bij hen beduidend hoger lag. Ook constateerden zij dat mensen met een verstandelijke beperking meer parodontale problemen hadden en een slechtere mondhygiëne. Volgens Francis *et al* (1991) is deze behandelingsachterstand primair afhankelijk van de medewerking van de patiënt. Aan de andere kant kan de achterstand tevens te wijten zijn aan het feit dat tandartsen (en mondhygiënist) denken niet in staat te zijn adequate zorg te bieden en heeft de tandheelkundige zorg voor veel ouders of verzorgers een lage prioriteit. Soms zijn er zoveel andere problemen die aandacht vragen, dat de tandarts alleen bij pijn of andere klachten bezocht wordt.

Ook tandartsangst van de ouders of begeleiders zelf kan meespelen bij het uitstellen van het tandartsbezoek van de patiënt (Storhaug *et al*, 1991). Naast factoren die in het algemeen angst voor de tandheelkundige behandeling kunnen veroorzaken, zoals traumatische ervaringen in het verleden, het observeren van anderen die behandeld worden (model-leren) en het aanhoren van nare verhalen van anderen over de behandeling, spelen bij mensen met een verstandelijke beperking nog een aantal factoren mee die de kans op deze angst vergroten. Zo hebben zij meer moeite met het begrijpen van de wereld om hen heen en zijn de com-

municatiemogelijkheden vaak beperkt, waardoor meer situaties door hen als bedreigend worden ervaren (Van Grunsven, 1996).

Uit het onderzoek van Soto Rojas (1992) onder tandartsen met affiniteit voor de gehandicaptenzorg blijkt dat ongeveer 70% van de tandartsen behoefte heeft aan educatie, vooral op het gebied van gedragsbeïnvloedende technieken, communicatietechnieken en behandelingsplanning. Uit een ander onderzoek bleek dat meer problemen werden ervaren in de communicatie dan dat er sprake was van een beperkte medewerking. De meeste mondhygiënist vonden een speciale training noodzakelijk (Bickley, 1990). Ook tandartsen blijken hieraan behoefte te hebben (Waldman *et al*, 1998). Tevens gaf een door het Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschap uitgevoerd onderzoek onder tandartsen en mondhygiënist (Mensink en Tunissen, 1991), werkzaam in de gehandicaptenzorg of in de algemene praktijk, alsmede een onderzoek van Meuwissen *et al* (1993) aan dat er ook in Nederland behoefte is aan scholing op dit gebied.

Het doel van dit artikel is tandartsen een aantal praktische aanwijzingen te verschaffen, zodat mensen met een verstandelijke beperking vaker in de algemene praktijk kunnen worden behandeld. Achtereenvolgens komen het verzamelen van informatie, het opstellen van een behandelingsplan en de gedragsmatige aanpak aan bod. Farmacologische ondersteuning van de behandeling valt buiten het bestek van dit artikel en wordt slechts summier besproken.

Informatie verzamelen

Om een goed behandelingsplan te kunnen opstellen en te kunnen inschatten op welke manier de behandeling uitgevoerd kan worden, is een zorgvuldige anamnese

noodzakelijk. Hierbij zal naast een tandheelkundige en medische ook een psychosociale anamnese moeten worden afgenomen. Het is aan te bevelen hiervoor een standaardprocedure te volgen, zodat geen relevante informatie wordt vergeten. Voor de medische anamnese zijn verschillende goede vragenlijsten beschikbaar. Voor de tandheelkundige en psychosociale anamnese en voor het verzamelen van informatie met betrekking tot de beperking, kan gebruikgemaakt worden van een checklist zoals beschreven in tabellen 1 tot en met 3.

Extra aandacht moet worden geschonken aan het gedrag en de communicatiemogelijkheden. Kars en Zwets (1998) gaan ervan uit dat elke vorm van gedrag een betekenis heeft. Wat een bepaald soort gedrag in een specifieke situatie betekent, kan vaak pas achterhaald worden nadat hierover uitvoerig van gedachten is gewisseld met de ouders of verzorgers.

Veel zorg moet worden besteed aan de voedingsanamnese belangrijk. Deze kan het beste worden afgenomen aan de hand van voedingsdagboekjes. Hierbij dient apart gevraagd te worden naar de consistentie van het voedsel (in veel gevallen zacht en kleverig). Bij het vaststellen van het aantal suikermomenten moet ook gelet worden op het gebruik van medicatie, die soms gezoet is.

Vaak is er sprake van complexe medische problematiek. Aangezien ouders of verzorgers niet altijd de beschikking hebben over alle medische informatie, is het wenselijk deze schriftelijk op te vragen bij de behandelend arts. Hiervoor is schriftelijke toestemming van de patiënt, de ouders, de voogd of de cliënt-vertegenwoordiger noodzakelijk. Van belang is deze informatie up-to-date te houden.

Ook dient informatie te worden verzameld over het ontwikkelingsniveau van de patiënt. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het feit dat bij mensen met een verstandelijke beperking de cognitieve ontwikkeling vaak geen gelijke tred houdt met de emotionele ontwikkeling en de sociale redzaamheid (Kraijer, 1995).

Behandelingsplan opstellen

Nadat er ruim aandacht is besteed aan het verzamelen van informatie en de patiënt vertrouwd is geraakt met de tandheelkundige behandeling, kan een behandelingsplan worden opgesteld. Het behandelingsplan zal zonodig later bijgesteld kunnen worden wanneer ingeschat kan worden hoe de medewerking en het niveau van mondhygiëne zich ontwikkelen (Welbury *et al*, 1997). Men moet als het ware eerst ervaring opdoen. Bij het opstellen van het behandelingsplan spelen de motivatie, de wensen en de verwachtingen van ouders of verzorgers en van de patiënt een belangrijke rol.

Uit een onderzoek onder tandarts-algemeen practici door Seiler en Casamassimo (1987), waarbij gekeken werd naar het verschil in behandelingsplannen bij mensen met en zonder beperking, kwam naar voren dat er in de meeste gevallen geen verschil was in het

Tabel 1. Vragenlijst voor een tandheelkundige anamnese.

- **Mondverzorging**
 - Verzorgt de patiënt de mond zelfstandig, met hulp van derden of wordt de zorg volledig overgenomen?
 - Hoe vaak en op welke manier wordt de mond verzorgd, wat is hierbij de houding van patiënt en verzorger?
 - Wordt er fluoride en/of chloorhexidine gebruikt? In welke vorm?
 - Vindt er interdentale reiniging plaats?
- Zijn er factoren die de tandheelkundige behandeling of de mondverzorging kunnen bemoeilijken (bijv. dichtbijten, aanspannen mondspier, extreme kokhalsreflex)?
- Worden extra hulpmiddelen gebruikt (bijv. een bijtblokje of -houtje, een aangepaste tandenborstel)?
- Wat zijn de voedingsgewoonten (consistentie, cariogeniteit, aantal zoetmomenten)?
- Hoe is de kauwfunctie?(kán er gekauwd worden en wórdt er gekauwd?)
- Hoe is de slikfunctie (kans op verslikken, 'silent aspiration', kwijlen)?
- Is er sprake van 'mondgewoonten' (bruxisme, rumineren, 'hamsteren', automutieren)?
- Hoe zijn de mogelijkheden om pijn aan te kunnen geven?
- Hoe was het verloop van eerdere tandheelkundige behandelingen?
- Is er sprake van aan tandheelkunde gerelateerde angst?
- Is er een verhoogde kans op gebitstraumata (bijv. bij gestoorde motoriek of bij epilepsie)?
- Zijn uitneembare prothetische voorzieningen mogelijk?
- Wat zijn de wensen en verwachtingen van de patiënt en/of de ouders, de begeleiders?

soort behandelingsplan. Dit is opmerkelijk, omdat de beperking in veel gevallen invloed heeft op de behandeling, zowel wat betreft gedragsmatige, als zuiver tandheelkundig-technische aspecten.

Veel mensen met een verstandelijke beperking ervaren prothesen als hinderlijk en zien er weinig voordelen in. Wanneer de motivatie om deze te dragen nihil is, zal er in de meeste gevallen geen gewenning optreden. Hier zal dan ook bij het opstellen van het behandelingsplan rekening mee gehouden moeten worden. Aangezien veel mensen met een verstandelijke beperking slecht kauwen (ook wanneer vanuit tandheelkundig oogpunt de kauwfunctie goed zou moeten zijn), is het voedsel dat hun aangeboden wordt vaak zacht en soms zelfs gemalen. Het eten hiervan gaat zonder prothesen meestal ook goed. Wanneer door de patiënt de esthetiek van het gebit ook niet als belangrijk wordt ervaren, dan lijkt er geen reden meer de prothesen te dragen. Om psychosociale redenen kan worden over-

Tabel 2. Vragenlijst voor een psychosociale anamnese.

- Wat zijn de communicatiemogelijkheden (verbaal, non-verbaal)?
- Wat is de mate van zelfredzaamheid?
- Is er sprake van andere, niet specifiek aan de tandheelkunde gerelateerde angsten?
- Zijn er gedragsproblemen?
- Is de patiënt onder behandeling van psycholoog, psychiater, orthopedagoog, maatschappelijk werker?
- Wat is de wijze waarop emoties worden geuit?
- Hoe is de gezinssituatie?
- Waar bestaan de werkzaamheden van de patiënt uit? Op welk schooltype zit hij/zij?
- Wat zijn de hobby's en interesses van de patiënt?
- In welke woonvorm leeft de patiënt (instelling, gezinsvervangend tehuis, thuiswonend)?
- Hoe vindt het vervoer plaats: zelfstandig, begeleid?
- Is de patiënt rolstoelgebonden? Vindt behandeling plaats in de rolstoel of in de behandelingsstoel?
- Wie is de contactpersoon of verantwoordelijke (ouders, voogd, cliëntvertegenwoordiger, mentor)?

Tabel 3. Vragenlijst voor het verkrijgen van informatie over de beperking van de patiënt.

- Wat is de aard en de oorzaak van de beperking?
- Is de aandoening aangeboren of verworven?
- Wat is ongeveer het ontwikkelingsniveau (cognitief en emotioneel)?
- Wat zijn de ontwikkelingsverwachtingen? Wat is de prognose van de aandoening?
- Is er sprake van overmatige orale reflexen? Is er sprake van overgevoeligheid van het mondgebied?

wogen voornamelijk alleen een bovenprothese te vervaardigen. Soms geven de mate waarin en de manier waarop gewinning aan bijvoorbeeld een bril of gehoorapparaat heeft plaatsgevonden een indicatie voor de mogelijkheid van gewinning aan een gebitsprothese.

Casus 1 illustreert dat het resultaat van de behandeling teleurstellend kan zijn wanneer onvoldoende gelet wordt op hetgeen de patiënt zelf wil. In casus 1 is waarschijnlijk bij het bepalen van het doel teveel 'tandheelkundig' gedacht en te weinig rekening gehouden met de wensen en de mogelijkheden van de patiënt. Mogelijk heeft de tandarts zich door de wensen van ouders en verzorgers laten verleiden tot dit behandelingsplan.

Casus 2 illustreert het belang van een goede samenwerking met de ouders. De moeder van Angela, die haar lichaamstaal beter kan interpreteren dan de tandarts, kan in een vroeg stadium aan haar zien wanneer ze het benaauwd krijgt of wanneer de spanning te hoog oploopt. Op de aanwijzingen van moeder last de tandarts dan een korte pauze in, zodat patiënte letterlijk en figuurlijk op adem kan komen. Bovendien kon uit de informatie die de tandarts tijdens het intakegesprek

Casus 1. Onvoldoende aandacht voor de wensen en mogelijkheden van de patiënt?

Jan is een man met het syndroom van Down. Hij heeft een lichte verstandelijke beperking en is sinds vele jaren volledig edentaat. In de onderkaak, die sterk geresorbeerd is, zijn vier implantaten aangebracht. Hierop is een steg bevestigd. In de bovenkaak zijn geen pijlers aanwezig. De prothesen lijken technisch in orde. De begeleiders van Jan reinigen zijn implantaten en zijn prothesen. De mondhygiëne is uitstekend. Helaas haalt Jan, ondanks een uitgebreid trainingsprogramma, de prothesen direct uit zijn mond als zijn begeleiders er niet zijn.

Jan lijkt goed te kunnen eten zonder prothesen (maar met steg!). Er wordt nu overwogen de steg te verwijderen en de implantaten te laten zitten. Misschien wordt in de toekomst een nieuwe poging gedaan Jan aan zijn prothesen te laten wennen.

Casus 2. Het belang van een goede planning.

Angela is een vrouw met een lichamelijke en een ernstig verstandelijke beperking. Haar medewerking tijdens de tandheelkundige behandeling is beperkt. Het mondhygiëneniveau was aanvankelijk niet hoog. Aangezien haar mondgebied overgevoelig is, gaat ze regelmatig naar de mondhygiëniste en de logopediste om haar langzaam te laten wennen aan de mondverzorging. Haar ouders oefenen thuis ook met haar. Omdat Angela ontspannen is nadat ze bij de fysiotherapeut is geweest, worden tandartsafspraken aansluitend op deze bezoeken gemaakt. Het is moeilijk om met haar te communiceren. Haar moeder kan aan haar lichaamshouding zien wanneer de tandarts of mondhygiënist even moet pauzeren. Op deze manier is de behandeling in stappen uit te voeren zonder medicamenteuze ondersteuning. De mondhygiëne is verbeterd, maar zal altijd extra zorg en aandacht vragen.

kreeg, worden vastgesteld wat het meest geschikte moment van de dag is om haar te behandelen. Door na elke behandeling te evalueren hoe deze verlopen is, kunnen dergelijke afspraken zonnodig bijgesteld worden.

Gedragmatige aanpak

Aan de hand van de bij het intakegesprek verkregen informatie zal zoveel mogelijk, samen met de patiënt, de ouders of de begeleiders en eventuele andere deskundigen (zoals arts, psycholoog, logopediste of diëtiste) een voorlopige behandelingsvorm en een voorlopig behandelingsplan worden opgesteld. Wanneer een patiënt vroegtijdig behandeld wordt, is de kans op angst voor de tandheelkundige behandeling minder groot. Bovendien is de omvang van de behandeling dan beperkter (Cichon *et al*, 1999).

Door te beginnen met een eenvoudige behandeling (bijv. een controle of het polijsten van de gebitselementen) kan ingeschat worden hoe coöperatief de patiënt is. In principe wordt pas met een volgend, moeilijker onderdeel begonnen als het vorige geaccepteerd is. Aanbevolen wordt bij mensen met een verstandelijke beperking volgens de 'Tell-Show-Do'-methode te werken, waarbij de verschillende fasen van de behandeling worden aangekondigd, getoond en vervolgens uitgevoerd. Daarnaast is het zinvol om gebruik te maken van 'positive reinforcement'. Hierbij wordt elke gewenste reactie direct verbaal of non-verbaal bekrachtigd. Dit heeft tot doel het gewenste gedrag steeds frequenter te laten optreden. Wanneer er sprake is van ongewenst gedrag wordt dit zoveel mogelijk genegeerd. Het is aan te raden bij elke behandeling dezelfde (soort) uitleg, handelingen en volgorde te gebruiken. De hierbij individueel aangepaste behandelingsstrategie moet in het patiëntendossier worden vastgelegd. Het gebruik van dergelijke rituelen kan zorgen voor meer voorspelbaarheid. Zo kan bij mensen met een lichte verstandelijke beperking een stopteken afgesproken worden. Wenselijker is het om zelf regelmatig de behandeling te onderbreken, zodat gebruik van het stopteken niet nodig is. Dit is vooral aan te bevelen wanneer de patiënt zelf niet goed kan aangeven wanneer hij/zij een 'ademspauze' wil.

Voorts is het van belang de behandelingen zo pijnloos mogelijk te laten verlopen. Dit houdt in dat bij boren gebruikgemaakt wordt van lokale anesthesie, eventueel voorafgegaan door oppervlakteanesthesie (Van Grunsven en Koelen, 1990; Van Grunsven, 1996; Desai, 1997).

Om de behandeling zo rustig mogelijk te laten verlopen is een prikkelarme omgeving vereist. Dit betekent dat bijvoorbeeld muziek of verschillende mensen die tegelijkertijd tegen de patiënt praten kunnen zorgen voor een verstoring van de behandeling. Dit geldt ook voor visuele prikkels.

Gedurende de hele behandeling dient de patiënt, vooral met betrekking tot de medewerking, goed geobserveerd te worden door het tandheelkundig team om waar nodig de behandelingsvorm of het behandelings-

tempo aan te passen. Bij de observatie kan de tandarts-assistent een belangrijke rol spelen.

Farmacologische ondersteuning

Bij een onderzoek in Ierland onder geïnstitutionaliseerde mensen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking bleek ongeveer 50% van hen in de algemene praktijk te kunnen worden behandeld (Holland en O'Mullane, 1986). In de meeste gevallen waren hierbij geen extra hulpmiddelen of farmacologische ondersteuning vereist.

Soms zijn bovenstaande technieken en hulpmiddelen echter niet afdoende om de patiënt behandelbaar te maken. Dan kan gekozen worden voor farmacologische ondersteuning (orale premedicatie, inhalatiesedatie, intraveneuze sedatie of algehele anesthesie). Voor de meeste van deze behandelingsvormen is extra scholing of apparatuur vereist, waardoor verwijzing naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde (of naar een tandarts met kennis en ervaring in het behandelen van mensen met een beperking) noodzakelijk is. Voor behandeling met behulp van intraveneuze sedatie of onder algehele anesthesie is bovendien een anesthesioloog vereist.

Overigens kan men bij een centrum voor bijzondere tandheelkunde ook voor advies terecht, zodat behandeling in de algemene praktijk toch mogelijk is of deze slechts tijdelijk door het centrum wordt overgenomen.

Conclusies

Bij de tandheelkundige behandeling van mensen met een verstandelijke beperking is overleg met diverse disciplines en met de ouders of verzorgers noodzakelijk. Door de patiënt tijdens de behandeling goed te observeren, wordt beoordeeld in hoeverre het behandelingsplan of de behandelingsaanpak aangepast moet worden.

In veel gevallen kan de behandeling in een algemene praktijk plaatsvinden. Wanneer dit niet mogelijk is, kan verwezen worden naar een centrum voor bijzondere tandheelkunde.

Literatuurlijst

- BICKLEY SR. Dental hygienists' attitudes towards dental care for people with a mental handicap and their perceptions of the adequacy of their training. *Br Dent J* 1990; 168: 361-364.
- CICHON P, GRIMM WD EDS. Zahnheilkunde für behinderte Patienten. Teil 1: Klinik der Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen bei behinderten Patienten. Hannover: Schlütersche, 1998.
- DESAI SS. Down syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997; 84: 279-285.
- FRANCIS JR, STEVENSON DR, PALMER JD. Dental health and dental care requirements for young handicapped adults in Wessex. *Community Dent Health* 1991; 8: 131-137.
- GRUNSVEN MF VAN. Tandheelkundige zorg voor kinderen met een handicap. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
- GRUNSVEN MF VAN, KOELEN MA. Psychosociale aspecten van tandheelkundige zorg voor gehandicapten. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1990; 97: 448-451.
- HOLLAND TJ, O'MULLANE DM. The organisation of dental care for groups of mentally handicapped persons. *Community Dent Health* 1990; 7: 285-293.
- KARS H, ZWETS JHJ. Problemen met het gedrag van mensen met een verstandelijke handicap. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
- KRAIJER DW. Vormen van gedragsonderzoek en -registratie. In: Kars H, red. Ernstig probleemgedrag bij zwakzinnige mensen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- MENSINK J, TUNISSEN C. De behoefte aan scholing op het gebied van de tandheelkundige zorg voor gehandicapten. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschap, 1991.
- MEUWISSEN PRM, TUNISSEN CA, MENSINK JGB. Tandheelkundige zorg aan gehandicapten: scholing en noodzaak. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale Wetenschap, 1993.
- NUNN JH, GORDON PH, CARMICHAEL CL. Dental disease and current treatment needs in a group of physically handicapped children. *Community Dent Health* 1993; 10: 389-396.
- PIEPER K, DIRKS B, KESSLER P. Caries, oral hygiene and periodontal disease in handicapped adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1986; 14: 28-30.
- SEILER CL, CASAMASSIMO PS. Comparison of dentists' treatment and management of normal and handicapped patients. *J Public Health Dent* 1987; 3: 115-120.
- SOTO ROJAS AE, CUSHING A. Assessment of the need for education and/or training in the dental care for people with handicaps. *Community Dent Health* 1992; 9: 165-170.
- STORHAUG K, HALLONSTEN AL, ALMER NIELSEN L. Dentistry with handicapped children. In: Koch G, Modeér, Poulsen S et al. Pedodontics - a clinical approach. Copenhagen: Munksgaard, 1991.
- WALDMAN HB, SWERDLOFF M, PERLMAN SP. Dental care for children with mental retardation: thoughts about the Americans with Disabilities Act. *J Dent Child* 1998; 65: 487-491.
- WELBURY RR ED. Paediatric dentistry. Oxford: Oxford University Press, 1997.

Dental treatment of mentally handicapped people

To let the dental treatment of mentally handicapped people run as smoothly as possible a good cooperation between dentist and parents, or attendants, is of great importance. After the psychosocial, the medical and the dental anamneses a provisional treatment plan can be made in consultation with the patient and/or his attendants. The treatment plan and the treatment itself are regularly evaluated and, if necessary, adjusted. The cooperation, the nature of the handicap, the oral care and motivation play an important role in determining the aim of the treatment. In most cases an approach directed towards a change in behaviour will suffice. Sometimes, however, pharmacological support is required. For this the patient will usually be referred to a centre for special care dentistry.

Summary

Key words:

- Care for the disabled
- Public health dentistry
- Strategy of treatment