

Serie: *Communicatie in de tandartspraktijk*. Omgaan met conflicten en intimidatie in de tandartspraktijk

Samenvatting. In de tandartspraktijk zijn verschillende situaties denkbaar die kunnen leiden tot een conflict. Hoe met een conflict wordt omgegaan, hangt mede af van het belang van de inhoud van het conflict ten opzichte van het belang van de relatie met de patiënt. In dit artikel worden 5 conflict-hanteringstijlen kort beschreven. Aan de hand van casussen wordt beschreven hoe kan worden gehandeld als een conflict uitmondt in agressie, men wordt geconfronteerd met seksuele intimidatie of als er een conflict ontstaat met een veeleisende patiënt. Ten slotte worden nog enkele tips gegeven over hoe met fouten, complicaties en kritiek kan worden omgegaan.

Smith AJE. Serie: Communicatie in de tandartspraktijk. Omgaan met conflict en intimidatie in de tandartspraktijk. Ned Tijdschr Tandheelkd 2019; 126: 73-78
doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.02.18227>

INLEIDING

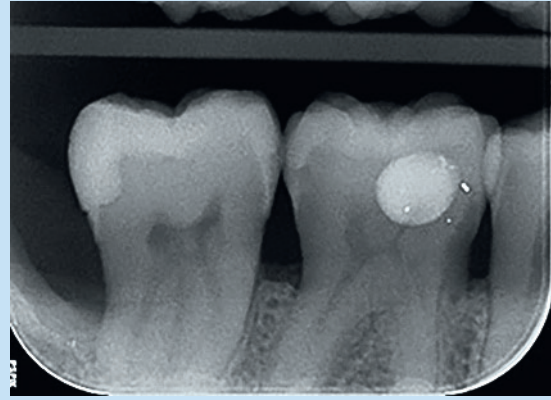
In de algemene praktijk kunnen zich situaties voordoen waarbij een conflict dreigt te ontstaan, bijvoorbeeld als er een verschil van mening is over hoe een behandeling zou moeten verlopen of over verwachtingen met betrekking tot het resultaat van de behandeling. Ook kunnen conflicten ontstaan over de kosten van een behandeling en de betaling daarvan, over wachttijden of over bejegening van een tandarts of een patiënt. Vaak blijkt achteraf dat conflictueuze situaties voorkomen hadden kunnen worden wanneer in eerste instantie beter was gecommuniceerd. In dit artikel worden handvaten gegeven om beter om te gaan met conflictsituaties.

Casus 1 zou makkelijk kunnen escaleren tot een conflict: verschil van mening over wat er is gedaan (2 restauraties in plaats van 1), over de procedure (ook voor instructie een rekening), over de communicatie hierover en het al dan niet geven van informed consent door de patiënt. De tandarts kan nu op verschillende manieren omgaan met deze situatie. Hij zal moeten overwegen wat hij belangrijk vindt. Aan de ene kant speelt het belang van de relatie met de patiënt een rol, aan de andere kant het inhoudelijke aspect van de klinische behandeling. Kilmann en Thomas (1974) ontwikkelden een model waarin 5 conflicthanteringsstijlen zijn te onderscheiden (afb. 2):

1. De tandarts vindt noch de relatie noch de inhoudelijke kant van belang en laat de patiënt weten dat hij niet voor de tweede restauratie en de instructie hoeft te betalen, maar dat hij dan maar een andere tandarts moet zoeken.
2. De tandarts wil de relatie met de patiënt goed houden en geeft niet veel om de inhoudelijke kant. Hij laat de patiënt weten dat hij alleen de restauratie in gebitsselement 46 hoeft te betalen.
3. De tandarts vindt de relatie met de patiënt belangrijk en ook wel de inhoudelijke kant. Hij wil de relatie met de patiënt niet te veel schade toebrengen, maar wil inhoudelijk toch ook niet helemaal toegeven. Hij zoekt een compromis waarbij hij zijn standpunt naast dat van de patiënt legt. Hij geeft aan dat hij het jammer vindt dat er een meningsverschil is ontstaan en stelt de patiënt een compromis voor waarbij hij bijvoorbeeld alleen de helft van de extra behandeling in rekening brengt.
4. De tandarts vindt de inhoud belangrijk en hecht niet erg aan de relatie. Hij laat de patiënt weten dat hij wel degelijk 2 restauraties heeft gemaakt en dat de patiënt dat ook wel had kunnen weten omdat er 2 keer een bandje om de molaren was aangebracht. Restaureren zonder voorlichten heeft geen zin en daarom blijft hij bij zijn beslissing om de ragerinstructie te declareren.

CASUS 1

Een patiënt is een paar weken geleden door de tandarts behandeld. De tandarts had de patiënt op de röntgenopname laten zien dat er distaal in gebitselement 46 een 'zwarting' zat en hem uitgelegd dat er een nieuwe restauratie moest worden gemaakt (afb. 1). Bij het onder verdoving verwijderen van de bestaande restauratie in gebitselement 46 zag de tandarts dat er ook in gebitselement 47 een kleine caviteit aanwezig was. Hij besloot deze ook meteen te prepareren en te restaureren. Na de behandeling nog wat ragerinstructie in de hoop daarmee meer caviteiten te voorkomen. Een paar dagen later belde de patiënt boos op naar de praktijk nadat hij de rekening voor de behandeling had gekregen. *"Er zijn 2 vullingen gedeclareerd terwijl er gezegd was dat er maar 1 gedaan moest worden!?"* Verder vindt hij het belachelijk dat hij moet betalen voor een ragerinstructie. Daar heeft



Afb. 1. Gebitselement 46 met een distale caviteit.

hij helemaal niet om gevraagd en bovendien vindt hij dat dat er gewoon bij hoort.

De rekening wordt dus niet gemodificeerd.

- De tandarts hecht zowel aan de relatie als aan het inhoudelijke aspect veel belang. Het zal dan wat meer tijd en energie van hem vergen om tot een oplossing komen.

Constructief overleggen

Wanneer de tandarts zowel de relatie als de inhoud belangrijk vindt en tot een oplossing wil komen, zal hij vooral aandacht moeten hebben voor de emotionele kant van de zaak: de boosheid of verontwaardiging van de patiënt.

Tandarts: *"Ik kan me voorstellen dat u boos bent als u ziet dat u een rekening krijgt die anders is dan u verwacht en moet betalen voor iets waar u niet om heeft gevraagd".*

Patiënt: *"Ja, op de foto was toch maar 1 gaatje te zien, dat heeft u mij zelf laten zien. En dat advies met die borsteltjes. Dat hoort er toch gewoon bij?"*

Tandarts: *"Ik had een en ander misschien wat beter moeten uitleggen, realiseer ik me nu. Het was zeker niet de bedoeling u op kosten te jagen. Ik wil het graag alsnog toelichten en zien of we beiden toch niet hetzelfde doel voor ogen hebben, is dat goed?"*

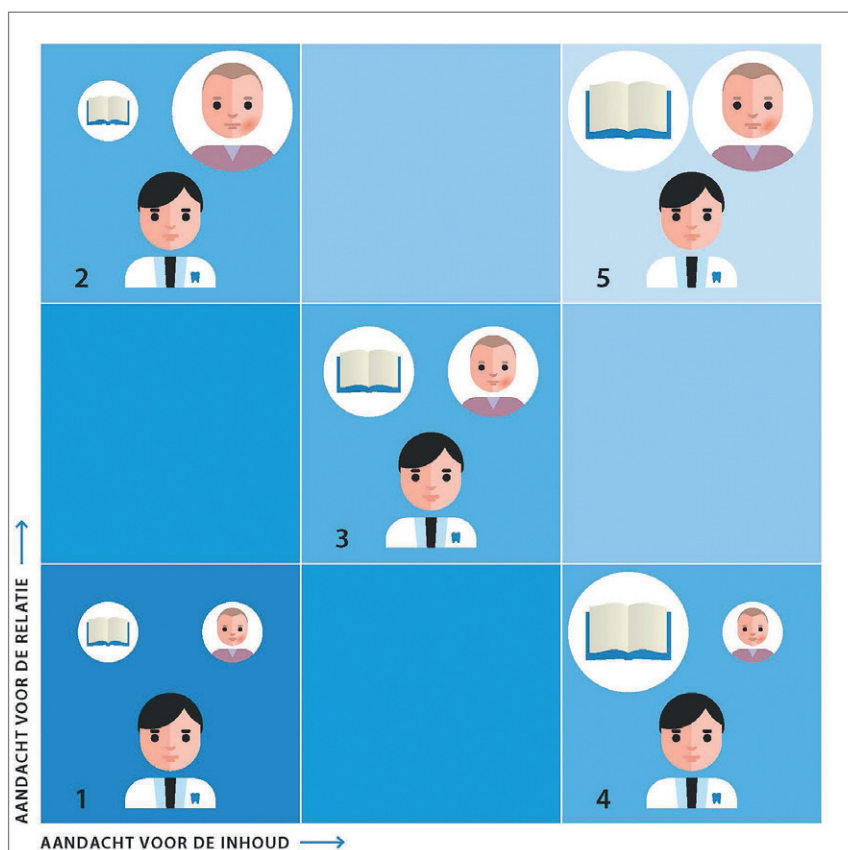
Door eerst te reflecteren laat de tandarts zien dat hij de patiënt heeft gehoord. Dat neemt vaak al veel boosheid weg. Door vervolgens op neutrale toon te antwoorden en de patiënt te vragen nog eens naar gezamenlijke doelen te kijken kan de tandarts het gesprek een andere, minder beladen, richting geven. Weg van de boosheid en naar een oplossingsgerichte discussie. De tandarts kan verder gaan met uitleggen dat hij na het prepareren van gebitselement 46 beter zicht kreeg op het buurelement en constateerde dat deze ook was aangetast. Het meteen maken van de tweede restauratie heeft een kostenbesparing opgeleverd, niet alleen financieel (geen tweede verdoving) maar ook qua tijd

(de patiënt hoeft niet terug te komen). Als de tandarts de patiënt even wat tijd gunt om de nieuwe informatie te verwerken en daarbij een stilte laat vallen, realiseert de patiënt zich vanzelf dat de tandarts toch hetzelfde doel voor ogen heeft als de zichzelf.

De tandarts zou de patiënt ook kunnen vragen om te verwoorden wat zijn gebit voor hem betekent. Als overeenstemming kan worden bereikt over het doel van de behandeling (behoud van dentitie/voorkomen van caviteiten), kan de tandarts de patiënt vragen wat daar voor nodig is. Hij kan zo de discussie sturen naar het belang van interdentaal reiniging en uitleggen dat de patiënt zijn doel niet zal halen zonder kennis van de manier waarop dat bereikt wordt. Met andere woorden, de instructie is onderdeel van de behandeling. Hij zou waar nodig ook zijn motiverende gesprekstechnieken kunnen gebruiken om de interne motivatie van de patiënt te verhogen. Het spreekt vanzelf dat de tandarts deze situatie kan voorkomen door betere communicatie vooraf. Omdat dit nagelaten is zou de tandarts kunnen overwegen om de (extra) behandeling niet volledig in rekening te brengen.

OMGAAN MET AGRESSIE

Agressie tegen hulpverleners komt in onze samenleving steeds vaker voor. We spreken van agressie als *"een attitude van een patiënt, die bij de arts of de assistent een gevoel oproept niet meer in volledige vrijheid een handeling te kunnen kiezen"* (Schipper-Smit, 1993). Ook in de tandartspraktijk worden medewerkers soms met agressie geconfronteerd. Bij een steekproef onder Vlaamse tandartsen bleek dat een kwart van hen al eens met agressie te maken had (Crevits et al, 2007). Bij een recent onderzoek in Engeland onder mka-chirurgen was het zelfs meer dan 37% (Mannion en Gordon, 2018). Vaak zijn openstaande rekeningen en niet onmiddellijke behandeling van pijnklachten oorzaak van agressief gedrag en kunnen ook psychische problemen en gebruik van alcohol en drugs een rol spelen (Luijk en Hosseini Nejad,



Afb. 2. Conflicthanteringsstijlen.

2002; Mannion en Gordon, 2018). Bij patiënten die erg angstig zijn kan agressie ook wel een coping-strategie zijn.

Agressie komt vaak voort uit gevoelens van frustratie en machteloosheid. Kaplan en Wheeler (1983) beschrijven

baar gedrag vindt. Hij beoogt hiermee een afname van de emotie (herstelfase). Door begripvol te reageren is er een goede kans dat de partner inziet dat zijn gedrag ongepast was en mogelijk een schuldgevoel optreedt (depressiefase).

CASUS 2

Een patiënt heeft vanmorgen gebeld met de mededeling dat zij afgelopen nacht niet heeft kunnen slapen van de kiespijn. Er is niet veel ruimte in het rooster van de tandarts maar uit coulance wordt toch een afspraak tussendoor gepland. Als de patiënt en haar partner bij de praktijk arriveren, moeten ze 15 minuten wachten omdat de tandarts nog een patiënt aan het behandelen is. Enigszins geagiteerd dat zij niet meteen aan de beurt was,



Beeld: Shutterstock

komt de patiënt met partner de behandelkamer binnen.

De tandarts neemt een klachtenanamnese af. De patiënt heeft al eerder last gehad van pijn in de linkerbovenkaak. Deze klachten hielden nooit lang aan maar gisterenavond was de pijn opeens ondragelijk geworden. Sinds het moment dat zij deze ochtend belde, is de pijn minder geworden, mede door de pijnmedicatie die de patiënt heeft genomen. Tijdens het mondonderzoek kan de patiënt niet goed aangeven welke molaar het is en twijfelt zelfs of de pijn misschien toch in de onderkaak zit. Intraoraal onderzoek laat zien dat er verschillende grote restauraties in de molaren van zowel onder- als bovenkaak aanwezig zijn. De molaren reageren niet expliciet op sensibiliteits- en percussietesten. Ook een röntgenopname levert geen additionele informatie op.

De tandarts bespreekt zijn bevindingen met de patiënt; er kan helaas niet worden bepaald welke molaar de klachten veroorzaakt en daarom wil hij het verloop van de klachten afwachten. Op deze mededeling ontploft de partner van de patiënt. Hij eist dat er nu meteen wat gedaan wordt, neemt daarbij een dreigende houding aan en doet een stap in de richting van de tandarts.

Tandarts: *“Ik begrijp dat dit voor u beiden buitengewoon frustrerend is en het maakt u woedend dat ik wil afwachten, klopt dat?”* (reflectie)

Partner: *“Ja, we zijn de hele nacht op geweest omdat ze crepeerde van de pijn. Ik wil dat je nu iets doet om haar daarvan af te helpen.”* (doet nog een stap richting tandarts)

Tandarts: (steekt een hand op als stop gebaar en blijft op rustige toon praten) *“Dat begrijp ik mijnheer, en ik zal zeker iets voorschrijven om de pijn van uw vriendin zoveel mogelijk weg te nemen. Ik vind wel dat u nu bedreigend overkomt en dat vind ik bijzonder onplezierig. Wilt u dat ik uw vriendin iets ga voorschrijven?”* (toont begrip, biedt perspectief en stelt grenzen)

Partner: (al wat rustiger) *“Ja, want nog een nacht zo kan echt niet.”*

Tandarts: *“Nee, en dat wil ik ook voorkomen. Ik hoop dat je begrijpt dat als ik niet kan achterhalen welke kies de boosdoener is, ik het risico loop dat ik de verkeerde kies behandel. Daarmee verlos ik haar niet alleen niet van de pijn, maar zou dat ook nog eens leiden tot extra kosten. Misschien kunt u morgen nog even contact opnemen om ons te laten weten hoe het dan gaat.”* (bevestigt wat partner zegt en geeft verklaring voor zijn eigen afwachende houding)

Partner: *“Ok, ja sorry hoor, ik was echt ten einde raad.”*

Tandarts: *“Ok, ik spreek jullie morgen.”*

De kans is groot dat de woede van de partner nu afneemt zodat de tandarts inhoudelijk uitleg kan geven over waarom hij nu niet wil behandelen. Mocht dit niet werken dan kan de tandarts het gesprek beter beëindigen door de ruimte te verlaten en hulp in te roepen. De woede-uitbarsting van de partner had misschien voorkomen kunnen worden door de uitslag voorzichtiger in te leiden. De tandarts had kunnen zeggen: *“Ik heb een aantal testen gedaan en kan niet achterhalen waar de oorzaak ligt. Ik begrijp dat dit uitermate frustrerend voor jullie is en dat u wilt dat ik u nu van de pijn afhelp. Ik ga u zo iets voorschrijven om u daar zo goed mogelijk vanaf te helpen, maar kan nu nog niets doen om de oorzaak weg te nemen....”*. Eventueel gevolgd door een nadere verklaring voor de beslissing. Het mag duidelijk zijn dat voorkomen van escalatie de beste manier is om agressie te voorkomen. Als de tandarts aan het eind van de dag nog even contact zoekt met de patiënt om te vragen hoe het gaat, is de kans groot dat de volgende keer de agressie achterwege blijft.

OMGAAN MET SEKSUELE INTIMIDATIE

Zowel mannelijke als vrouwelijke behandelaars kunnen in de tandartspraktijk geconfronteerd worden met seksueel ongewenst gedrag van patiënten (casus 3). Nu zullen niet alle complimentjes die behandelaars van patiënten krijgen over uiterlijk of anderszins vervelend zijn. Vaak is het gewoon wat het is: een compliment. De definitie *“Seksuele intimidatie is ongewenste seksueel getinte aandacht”* is ook subjectief. Wat ongewenst is wordt immers door de ont-

TIPS IN SITUATIES WAARIN AGRESSIE DREIGT

- Word niet kwaad, blij op rustige en bedachtzame toon praten maar laat ook stiltes vallen om de agressor de kans te geven om tot bezinning te komen.
- Negeer kritiek en reageer in eerste instantie niet op onjuistheden.
- Ga niet in discussie (geen waarom vragen) en spreek de persoon bij zijn naam aan of met beleefdheidsstermen.
- Houd minstens een armlengte afstand en raak de agressor niet aan.
- Vermijd plotselinge bewegingen en blijf rustig zitten of staan.
- In een vroeg stadium is er meer kans op de-escalatie, reageer zodra u merkt dat de dreiging toeneemt.

vanger bepaald. Dat patiënt er misschien helemaal niets mee wil bereiken en het beschouwt als onschuldig flirten is in casus 3 niet belangrijk. De tandarts heeft er last van en zal de patiënt op zijn gedrag moeten aanspreken als ze wil dat het ophoudt. Toch kan adequaat reageren moeilijk zijn. Het blijkt dat zelfs mensen die normaal assertief reageren dit in geval van seksuele intimidatie niet doen (Bos, 2000). De tandarts zal de zorg voor zichzelf even boven de zorg voor de patiënt moeten stellen op een manier die de professionele relatie met hem niet verstoort.

Als de tandarts de patiënt wil aanspreken kan zij dat het best doen in de ik-vorm: *“Ik vind het vervelend dat je steeds opmerkingen maakt over mijn uiterlijk, wil je dat niet meer doen?”* of *“Ik krijg het gevoel dat je me steeds uitkleedt met je ogen en dat vind ik vervelend, wil je daarmee ophouden?”* Zo spreekt ze hem aan op zijn gedrag en het effect daarvan en niet op zijn persoon. Daarbij is het wel van belang dat de tandarts dit met een ernstig gezicht doet zodat de non-verbale communicatie overeenkomt met wat zij verbaal uit. Zou zij dit glimlachend doen dan zou de patiënt tot de conclusie kunnen komen dat het allemaal niet zo ernstig is en de tandarts het stiekem toch wel fijn vindt om zijn complimentjes te horen.

Humor kan soms ook helpen. De tandarts had op de eerste opmerking van de patiënt (*“Zo, ik zie dat ...”*) kunnen antwoorden: *“Ha, met dat oordeel zou ik maar even wachten tot na de behandeling.”* Maar humor moet bij je passen. Het is een kwestie van smaak en kan ook verkeerd opgevat worden.

DE VEELEISENDE PATIËNT

Met recente ontwikkelingen in de tandheelkunde en het toegenomen gebitsbewustzijn van de Nederlandse bevolking zal de tandarts ook steeds vaker geconfronteerd worden met patiënten die onrealistisch hoge verwachtingen hebben van de behandeling. Dit wordt misschien in de hand gewerkt door advertenties waarin behandelingen worden aangeprezen en door ‘make-over’ programma’s op televisie, waar ogenschijnlijk snel en makkelijk een stralende lach wordt geproduceerd. Valt het resultaat tegen,

CASUS 3

Een pas afgestudeerde tandarts in dienst bij een praktijk, heeft in haar agenda een afspraak staan voor het maken van een restauratie bij de 35-jarige patiënt. Vorige week heeft zij een periodieke controle bij hem gedaan en 2 caviteiten geconstateerd. Toen ze de patiënt uit de wachtkamer had opgehaald, had deze gereageerd met: *“Zo, ik zie dat de praktijk er wel op vooruit is gegaan”*. Hij had haar daarbij van onder tot boven bekeken en bij het weggaan met een grijns en een knipoog toegefluiserd: *“Dus volgende week wordt ik door jou gevuld?”*. Hoewel de tandarts wel tegen een grapje kan, had zij zich toch niet helemaal op haar gemak gevoeld bij de opmerkingen van de patiënt. Het was de eerste ontmoeting geweest en ze had er niets van durven zeggen. Bij de begroeting vandaag houdt hij haar hand net iets te lang vast en zegt terwijl hij haar weer bewonderend opneemt: *“Wat zie je er vandaag weer sexy uit”*. Als hij bij het afscheid nog even terloops informeert of ze ook een vriend heeft, begint de tandarts het toch echt heel vervelend te vinden. Ze ziet behoorlijk op tegen volgende week als hij terug komt voor het vervolg van de behandeling.

dan kunnen deze patiënten gemakkelijk teleurgesteld raken in hun behandelaar en kan dat uitlopen op een conflict. Ook wordt steeds vaker het internet geraadpleegd en wil de patiënt een behandeling die niet mogelijk is of waarvoor geen goede indicatie bestaat. De patiënt beseft dan vaak niet dat de vermelde behandelingen alleen onder bepaalde condities uitgevoerd kunnen worden. Door verwachtingen in de anamnese goed uit te vragen en deze waar nodig bij te stellen, kunnen teleurstellingen en conflicten voorkomen worden.

De tandarts kan ook zelf (onbewust) hoge verwachtingen creëren bij de patiënt. Stel dat een patiënt aan de tandarts vraagt hoe het diasteem na verlies van een gebits-element kan worden opgevuld. Als de tandarts uitgebreid over implantaten begint zonder eerst aanvullend onderzoek te doen, kan hij verwachtingen scheppen die misschien niet mogelijk blijken. De tandarts doet er daarnaast verstandig aan zijn eigen vaardigheden op juiste waarde te schatten. Het kan erg vleiend zijn als een patiënt de tandarts vertelt dat hij speciaal voor hem heeft gekozen om een bepaalde behandeling te laten doen. De teleurstelling zal des te groter zijn als blijkt dat de tandarts niet aan de verwachting kan voldoen. De tandarts moet dus ‘nee’ durven zeggen als hij twijfelt over de goede uitkomst van een behandeling. Zowel voor hemzelf als voor de patiënt is het dan beter om de patiënt te verwijzen naar een specialist.

OMGAAN MET FOUTEN

Er is geen tandarts die nooit een fout maakt of bij wie de behandeling altijd zonder complicaties verloopt. Bijvoorbeeld een verdoving van gebits-element 16 terwijl de caviteit in gebits-element 26 zit, een pulpabodemperforatie bij

het opzoeken van de wortelkanalen tijdens een endodontische behandeling, een endovijl die afbreekt of de boor die tegen wang of tong komt en een wondje veroorzaakt bij een patiënt die onverwachts slikt. Het is raadzaam om in geval van een complicatie of fout proactief te reageren. Wacht de tandarts hiermee te lang of totdat de patiënt de fout zelf ontdekt dan zal dit de vertrouwensrelatie verstoren. Dit kan aanleiding zijn tot een conflict of zelfs tot het indienen van een klacht bij klachtencommissie of het tuchtcollege. Het toegeven van fouten en daarvoor excuus aanbieden, vinden mensen over het algemeen moeilijk (Raja et al, 2014).

Defensieve reacties hebben vaker de overhand. De fout wordt ontkend of gewijd aan de omstandigheden: *“U bewoog plotseling”*, of de behandelaar distantieert zich: *“Complicaties zijn nu eenmaal inherent aan dit soort behandelingen.”* Een kenmerk van professioneel gedrag is het herkennen van defensieve mechanismen bij zichzelf door de behandelaar. Er zijn tandartsen die stellen dat een fout nooit moet worden toegegeven omdat de patiënt dan eerder een claim zou kunnen indienen. Onderzoek lijkt dat te weerleggen. Het blijkt dat patiënten 3 zaken belangrijk vinden: gehoord worden door de tandarts, dat deze de fout toegeeft met de daarbij behorende verontschuldiging en suggesties van de behandelaar over hoe de fout in de toekomst voorkomen kan worden (Gallagher et al, 2003; Gu en Itoh, 2012).

Bij het maken van een fout kan deze het beste snel aan de patiënt worden meegedeeld. Het onderscheid tussen het maken van een fout en het optreden van een complicatie tijdens een behandeling kan klein zijn, maar heeft hoe dan ook gevolgen voor de patiënt. Het melden van de fout of complicatie is te beschouwen als een variant op het slechtnieuwsgesprek.

OMGAAN MET KRITIEK

De eerste reactie bij het krijgen van kritiek is meestal een verdedigende reactie. Zeker als het gevoel bestaat dat deze onterecht is bestaat de neiging om de kritiek te weerleggen. Zo'n verdedigende houding komt helaas de relatie met de patiënt meestal niet ten goede. Het leidt vaak tot een welles-nietesdiscussie met alle gevaar op escalatie. De patiënt kan kritiek expliciet en onverhuld uiten zoals: *“U heeft mij waardeloze ragers voorgeschreven”*. Soms wordt kritiek impliciet geuit of is het niet helemaal duidelijk of er echt sprake is van kritiek. Zoals de opmerking *“De vulling die u vorige keer maakte, is weer gebroken”*. In eerste instantie is het belangrijk om de feedback goed te begrijpen. Wat bedoelt de patiënt precies met waardeloze ragers? Pasten ze niet, kon hij er niet mee overweg, moesten ze na 1 keer gebruik worden weggegooid? Daarnaast kan het effectief zijn om de gedachten van de patiënt te exploreren. Dat kan door te reflecteren of door er expliciet naar te vragen: *“U denkt misschien dat er bij het maken van de vulling iets niet goed is gegaan?”*

Met een reflectie of het stellen van een vraag wordt het voor de patiënt duidelijk dat de tandarts de kritiek serieus neemt. De met de kritiek gepaard gaande emotie zal dan

waarschijnlijk afnemen. Vervolgens kan inhoudelijk op de kritiek worden ingegaan. Hoe de patiënt de ragers gebruikt of hoe kan worden voorkomen dat ze al na 1 keer moeten worden weggegooid. Of het daadwerkelijk de restauratie is die onlangs is gemaakt of de restauratie van het buurelement. Afhankelijk van de situatie zal de behandelaar een oplossing zoeken. Het op de juiste manier omgaan met kritiek kan dus voorkomen dat een conflictsituatie ontstaat.

Kritiek zou eigenlijk niet als alleen maar negatief beschouwd moeten worden maar als leermoment. Het is een vorm van feedback waarmee de tandarts zijn voordeel kan doen om de kwaliteit van zijn zorg te verbeteren. Daarnaast is het in het licht van naamsbekendheid beter dat de patiënt zijn kritiek aan de behandelaar meedeelt dan dat hij dat aan derden doet.

LITERATUUR

- * Bos M. Seksuele intimidatie in de zorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.
- * Crevits L, Lievens S, Martens LC. Omgaan met agressieve patiënten. In: Baat C de, Aps JKM, Brands WG, et al. (red.). Het Tandheelkundig Jaar 2007. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
- * Gallagher TH, et al. Patients' and physicians' attitudes regarding disclosure of medical errors. JAMA 3003; 289: 1001-1007.
- * Gu X, Itoh K. Patient views and attitudes to physicians' actions after medical errors in China. J Patient Saf 2012; 8: 153-160.
- * Kaplan SG, Wheeler EG. Survival skills for working with potentially violent clients. Soc Casework 1983; 64: 339-346.
- * Kilman RH, Thomas KW. Developing a forced-choice measure of conflict-handling behavior: The MODE instrument. Educ Psychol Measurement 1977; 37: 309-325.
- * Luijk AM van, Hosseini Nejad G. Agressie in de tandartspraktijk. Ned Tijdschr Tandheelkd 2002; 109: 222-226.
- * Mannion CJ, Gordon C. Aggression directed towards members of the oral and maxillofacial surgical team. Br J Oral Maxillofac Surg 2018; 56: 482-485.
- * Raja S, Rajagopalan CF, Patel J, Kanegan K van. Teaching dental students about patient communication following an adverse event: a pilot educational module. J Dent Educ 2014; 78: 5757-5762.
- * Schipper-Smit M. Arts, agressie en angst. Medisch Contact 1993; 48: 1446.

SUMMARY

Communication in the dental practice. Dealing with conflict and intimidation in the dental practice

In the dental practice, several situations that might lead to conflict are imaginable. How a dentist deals with a conflict depends in part on the importance he places on the content of the conflict in relation to the importance of the relationship with the patient. This article briefly describes 5 conflict management styles. On the basis of case histories, suggestions are made for handling situations when a conflict leads to aggression, you are facing sexual intimidation or a conflict develops with a demanding patient. Finally, some advice is given on how to deal with errors/complications in treatment and dealing with criticism.

BRON

A.J.E. Smith

Uit het Centrum Tandheelkunde en Mondzorgkunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen

Datum van acceptatie: 19 december 2018

Adres: A.J.E. Smith, Ant. Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen
a.j.e.smith@umcg.nl

VERANTWOORDING

Voor dit artikel zijn delen tekst overgenomen uit: Smith AJE, Oomen AJM, Truin GJ. Handboek communicatie in de mondzorg. Effectieve gespreksvoering in de dagelijkse praktijk (Houten: Prelum, 2017).