

Serie: *Communicatie in de tandartspraktijk*. Met communicatie bouwen aan een goede tandarts-patiëntrelatie

Samenvatting. Een goede tandarts-patiëntrelatie bevordert de mondgezondheid van de patiënt. Voor het opbouwen en onderhouden van zo'n relatie zijn goede communicatieve vaardigheden essentieel. Allereerst is een open, empathische houding belangrijk, waarbij tandartsen zich ervan bewust zijn dat fouten gemaakt kunnen worden in de interpretatie van gedrag. Goede observatievaardigheden zijn nodig om (non-)verbale signalen op te merken die aanwijzingen geven over hoe het verhaal van de patiënt geïnterpreteerd moet worden. Door non-verbaal, paralinguaal en verbaal luistergedrag te vertonen, kan een tandarts laten zien dat hij aandacht voor de patiënt heeft. Bij het bespreken van bevindingen is het verder voor patiënten belangrijk dat zij een duidelijke uitleg krijgen en gelegenheid hebben om vragen te stellen. Het is dan verstandig om aandacht te besteden aan verwachtingen die de patiënt van de behandeling heeft, de voor- en nadelen van behandelopties te benoemen en transparant te zijn bij het optreden van complicaties.

Smith AJE. Serie: Communicatie in de tandartspraktijk. Met communicatie bouwen aan een goede tandarts-patiënt relatie

Ned Tijdschr Tandheelkd 2019; 126: 37-44

doi: <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.01.18212>

INLEIDING

Het is natuurlijk een open deur om te stellen dat het werk van een tandarts prettiger is als er een goede relatie bestaat tussen hem en zijn patiënten. Onderzoek heeft ook aangetoond dat een goede vertrouwensrelatie resulteert in een betere gebitsgezondheid van de patiënt (Woelber et al, 2012; Muirhead et al, 2014). De tandarts kan effectiever werken omdat de patiënt eerder geneigd is zijn adviezen op te volgen. Adviezen met betrekking tot behandeling, maar ook ten aanzien van preventief gedrag (Zolnierek en Dimateo, 2009). Daarnaast kan een goede relatie voorkomen dat de patiënt een klacht indient, mocht er tijdens de behandeling een complicatie optreden. Een goede tandarts-patiëntrelatie ontstaat helaas niet automatisch. Uit de toename van het aantal klachten blijkt dat de relatie tussen tandarts en patiënt lang niet altijd goed is (Van der Ven

et al, 2014). Patiënten rapporteren dat zij een tandarts willen met een persoonsgerichte onbevooroordeelde houding, gebaseerd op communicatie, empathie en begrip (Mills et al, 2014). Verder moet een tandarts aandacht hebben voor ongemak tijdens behandeling (pijn en angst), goed kunnen uitleggen en patiënten de gelegenheid geven om vragen te stellen (Raja et al, 2015). Patiënten vinden dat tandartsen hierin nog wel wat kunnen verbeteren (De Vries et al, 2018). Dit geeft inzicht in hoe men met behulp van communicatieve vaardigheden een goede relatie met een patiënt kan opbouwen en onderhouden. Daarvoor is dus een open, empathische houding cruciaal en zal een tandarts op professionele manier moeten kunnen communiceren.

PROFESSIONEEL COMMUNICEREN

Tussen alledaags en 'professioneel' communiceren be-

staan wezenlijke verschillen. Dagelijkse communicatie met andere mensen is grotendeels gebaseerd op automatismen. Mensen zijn zich nauwelijks bewust van hun gezichtsuitdrukkingen of gebaren en zullen maar zelden nadenken over de manier waarop ze iets zeggen. Soms ontstaan daarbij misverstanden, maar het is dan ieders verantwoordelijkheid deze op te lossen. In de relatie tussen patiënt en tandarts is echter geen sprake van een geheel gelijkwaardige relatie. De patiënt is uiteindelijk afhankelijk van de tandarts voor behandelingen die nodig zijn. Bovendien heeft de patiënt vaak niet de tandheelkundige kennis die nodig is om tot weloverwogen beslissingen ten aanzien van zijn mondgezondheid te komen. Door het ontbreken van die kennis kan hij meestal niet beoordelen of een behandeling goed is uitgevoerd. Door goede communicatieve vaardigheden van de tandarts kan deze ongelijkwaardigheid voor een groot deel worden weggenomen. De patiënt kan dan de mogelijke behandelalternatieven tegen elkaar afzetten en daarover een besluit nemen. Als communicatieve vaardigheden van een tandarts goed zijn, bepaalt dit voor een groot deel hoe een patiënt de kwaliteit van tandheelkundige behandeling beleeft en leidt het tot een betere vertrouwensrelatie (Di Blasi et al, 2001; Schouten et al, 2003; Riley et al, 2012; Van Vliet et al, 2016).

Professioneel communiceren betekent ook dat de tandarts zich bewust moet zijn van de manier waarop hij communiceert en de effecten daarvan op zijn gesprekspartner. Soms moet dan contra-intuïtief gereageerd worden, om de communicatie zo effectief mogelijk te laten verlopen. Als een patiënt tijdens een gesprek zijn stem verheft omdat hij geïrriteerd raakt, zal de tandarts de neiging hebben ook zijn stem te verheffen. Dat is echter vaak niet productief en de kans is dan groot dat er een conflict ontstaat. Beter is het dan om op neutrale toon te reageren en te onderzoeken waarom de patiënt geïrriteerd is geraakt. Professioneel communiceren zou gedefinieerd kunnen worden als het gebruiken van communicatieve vaardigheden die de mondzorgverlener nodig heeft om zijn beroep goed te kunnen uitoefenen en de doelen die in het kader van de professie gesteld zijn, te bereiken.

RECEPTIEVE VAARDIGHEDEN: OBSERVEREN

Om professioneel te kunnen communiceren is het nodig om eerst stil te staan bij de verschillen in informatieverwerking. Deze kunnen betrekking hebben op de inhoudelijke letterlijke betekenis van woorden: de verbale communicatie of op de manier waarop die woorden worden gecommuniceerd: de non-verbale communicatie. Voor een goed contact tussen tandarts en patiënt is niet alleen de verbale communicatie van belang maar juist ook de non-verbale communicatie, omdat dit vaak beter laat zien hoe de patiënt zich voelt. Non-verbale communicatie wordt vaak onbewust geuit en is dan onmisbaar in de interpretatie van de boodschap. Tandartsen dienen zich dus te oefenen in het nauwkeurig observeren van patiënten.

Soms geven de signalen die de patiënt non-verbaal uit heel duidelijk aan hoe de patiënt zich voelt. Het is niet

moelijk om te raden dat een patiënt erg angstig is, als deze in huilen uitbarst op het moment dat een behandeling moet beginnen. Soms echter zal de emotie zich veel subtieler uiten. Een tandarts kan pas te weten komen dat een patiënt het toch wel erg spannend vindt als hij bij het aanspannen van de lip tijdens verdoving merkt dat de hartslag van de patiënt erg hoog is. Andere fysiologische informatie als transpireren of trillen duidt ook vaak op spanning. Bij het observeren van non-verbaal gedrag kan men verder letten op de gezichtsuitdrukking en oogcontact. Mensen die oogcontact vermijden zijn vaak of verlegen of angstig (Wang et al, 2012). Verder kan worden gelet op lichaamshouding, beweging en gebaren en op taalgebruik.

REACTIEVE VAARDIGHEDEN: LUISTERGEDRAG

Goed observeren van de patiënt die zijn verhaal vertelt is belangrijk om te kunnen interpreteren wat zijn klachten en wensen zijn. Dit alleen is echter niet voldoende voor het creëren van een goede vertrouwensrelatie. De patiënt moet namelijk ook het gevoel krijgen dat hij gehoord en begrepen wordt. Daarvoor dient de tandarts luistergedrag te vertonen. Dat is veel meer dan horen welke woorden iemand uitspreekt. Zelfs als de behandelaar goed kan observeren en bereid is om te luisteren is er pas sprake van goed luistergedrag als hij zijn gesprekspartner laat weten dat hij luistert. De tandarts die naar het verhaal van de patiënt luistert en ondertussen naar een röntgenopname op het beeldscherm van de computer staart, zal best horen wat de patiënt zegt. Hij is misschien zelfs bezig zijn om de klacht van de patiënt aan de hand van wat hij op het beeldscherm ziet te interpreteren, maar als hij niet doorvraagt op wat de patiënt vertelt zal de patiënt zich niet gehoord voelen. Dit leidt tot tijdsverlies als de patiënt later in het gesprek weer terugkomt op zijn klacht. In andere situaties kan slecht luistergedrag resulteren in misverstanden en zelfs verkeerde behandelingen. Omdat een patiënt geen gedachten kan lezen moet de behandelaar patiënten op een of andere manier laten merken dat hij luistert.

Non-verbaal luistergedrag

Er zijn gelukkig veel manieren waarop interesse kan worden getoond en iemand te laten merken dat er wordt geluisterd. Veel van deze manieren zijn non-verbaal en kunnen worden onderscheiden in:

1. Lichaamshouding. Uit de zithouding kan de patiënt soms al aflezen of de tandarts bereid is te luisteren. Zo heeft een gesloten houding van de behandelaar - benen over elkaar, armen voor de borst gekruist en rechtop of licht achteroverzittend - tot gevolg dat de patiënt minder makkelijk gevoelige informatie onthult (Duggan en Parrott, 2001). Neemt de tandarts een licht asymmetrisch naar de patiënt toe neigende houding aan met de handen in de schoot en lichte spreidstand van de benen, dan verstrekt een patiënt eerder openhartig informatie die van belang kan zijn voor verdere behandeling. Verder kan de positie ten opzichte van de patiënt van invloed zijn op het gesprek (Westside toastmas-

- ters, 2016). Een 90 graden gesprekspositie vergroot de kans op samenwerking en is daarom te prefereren.
2. Fysieke afstand. Iedereen heeft behoefte aan ruimte rond het eigen lichaam. Deze interpersoonlijke afstand wordt mede bepaald door hoe persoonlijk een relatie is, welk gespreksonderwerp centraal staat en welke sociale rol men in een bepaalde context vervult. Een grotere afstand innemen kan tevens worden gebruikt om een gesprek te vermijden. Daarnaast kan het verkleinen van de gespreksafstand een gesprek intiemmer maken. Onderzoek toont aan dat het verwijderen van obstakels als een tafel tijdens een gesprek over mogelijke behandeling een positief effect heeft op het consult (Lattimore, 2013).
 3. Oogcontact. Door de patiënt aan te kijken laat de behandelaar zien dat hij aandacht heeft en het helpt hem eventueel psychosociale problemen boven water te krijgen (Bensing et al, 1995). In oogcontact zit echter ook een vorm van dominantie. Te veel oogcontact moet daarom vermeden worden.
 4. Bewegingen. Handgebaren en licht knikken met het hoofd tijdens het verhaal van de patiënt, geeft aan dat geluisterd wordt en moedigt de patiënt aan om door te vertellen. Snelle bewegingen en tegelijkertijd verkleinen van de interpersoonlijke afstand kan op de patiënt bedreigend overkomen, zeker wanneer mensen elkaar nauwelijks kennen. Ook onrustige bewegingen van de behandelaar kunnen onrust veroorzaken bij de patiënt.
 5. Gezichtsuitdrukkingen. Een patiënt leest doorgaans aan de gezichtsuitdrukking van de tandarts af of deze geïnteresseerd of in gedachten verzonken is. Een glimlach zal geïnterpreteerd worden als belangstellend, meelevend of welwillend en stimuleert de patiënt om verder te vertellen. Net als met oogcontact geldt dat te veel ook vermeden moet worden. Het gevaar bestaat dan dat de patiënt zich niet serieus genomen voelt. Een tandarts die tijdens het gesprek het hoofd licht opzij neigt terwijl hij de wenkbrauwen licht fronst, geeft de patiënt de indruk dat hij het verhaal niet helemaal kan



Afb. 1. Voorbeeld van een parafrase met positief effect.



Afb. 2. Voorbeeld van 'foute' communicatie met negatief effect.

volgen. Trekt hij de wenkbrauwen op dan laat hij daarmee zijn verbazing zien. Al deze gedragingen duiden erop dat er geluisterd wordt.

Paralinguaal luistergedrag

Paralinguaal luistergedrag uit zich in intonatie en snelheid van de reactie op het verhaal van de patiënt.

1. Spreekpauzes. Naast natuurlijke adempauzes tussen gesproken zinnen, gebruiken mensen ook spreekpauzes. Een spreekpauze geeft de gesprekspartner de gelegenheid om te reageren. Echter, er bestaan geslachtsgebonden verschillen tussen de lengte van adempauzes en spreekpauzes. De spreekpauzes van mannen zijn significant korter dan de spreekpauzes van vrouwen en bijna even lang als de adempauzes van vrouwen. Mogelijk krijgen vrouwen hierdoor vaker het gevoel dat mannen hen interrumpen en niet luisteren terwijl mannen en vrouwen onderling minder vaak deze ervaring hebben (Leaper, 2014).
2. Stemgeluid. Ook aan stemgeluid schrijven mensen emoties toe. Verheffen van de stem duidt vaak op irritatie of boosheid, terwijl een zin die hoog eindigt een vraag impliceert. Door korte tussenvoegingen als "ja" of "um-hmm" toon je aan de verteller dat je hem volgt en moedig je hem aan door te gaan met zijn verhaal.

Verbaal luistergedrag

Tot nog toe zijn vooral non-verbale vaardigheden van de tandarts en mondhygiënist in gedrag en observatie aan de orde geweest. Maar met alleen goed kijken en luisteren, krijgt de behandelaar natuurlijk niet alle informatie die hij nodig heeft. Naast non-verbaal luistergedrag is ook ver-

baal luistergedrag nodig. Parafraseren, reflecteren en samenvatten tonen empathie en begrip en laten de patiënt merken dat goed wordt geluisterd.

1. Parafraseren. Door kort samen te vatten laat de tandarts zien dat hij luistert en kan hij controleren of hij de patiënt goed heeft begrepen. Een parafrase nodigt uit tot commentaar en eindigt als een vraag, dat wil zeggen dat de toonhoogte naar het einde van de parafrase oploopt. Een parafrase kan ook voorafgegaan worden door een kort zinnetje als: "Als ik het goed begrijp dan" of ermee afgesloten worden: "....., klopt dat?". De patiënt kan dan reageren en eventueel nog iets toevoegen. Parafraseer wel in eigen woorden. Letterlijk herhalen van wat is gezegd (papagaaien) is meestal niet functioneel en kan zelfs irritatie bij de patiënt wekken. Met een parafrase kan de tandarts het gesprek ook een bepaalde richting op sturen. Dit doet hij door uit zijn samenvatting alleen de relevante aspecten te benoemen. Hij kan zo aan de patiënt duidelijk maken wat voor hem als behandelaar van belang is (afb. 1 en 2).
2. Reflecteren. Bij reflecteren gaat de behandelaar in op gevoelens van de patiënt. Deze blijken vaak uit non-verbaal gedrag of de manier waarop de patiënt iets verwoordt. Zo geeft iemand, die ineens zijn stem verheft, daarmee aan dat hij geëmotioneerd raakt. Of hij dan enthousiast, geagiteerd, geïrriteerd of ronduit kwaad wordt zal uit inhoudelijke context en uit andere non-verbaal gedrag afgeleid moeten worden. Tranen kunnen duiden op verdriet, intens geluk of boosheid. Het geven van een gevoelsreflectie is bij uitstek geschikt om empathie te tonen en om te toetsen of de interpretatie van het geobserveerde gedrag en woorden juist is.



Afb. 3. Voorbeeld van een reflectie met positief effect.

Het is erg belangrijk dat de reflectie het juiste gevoel met de juiste intensiteit weergeeft. Alleen dan bereikt de behandelaar dat de patiënt het gevoel krijgt dat hij begrepen wordt. Reflecteert hij bij de patiënt die kwaad is met: *“ik krijg de indruk dat u zich een beetje druk maakt”* dan zou dat wel eens tot gevolg kunnen hebben dat de patiënt explodeert. Verlagen van de intensiteit bagatelliseert gevoelens van de patiënt en wordt vaak ingegeven door het misverstand dat de behandelaar denkt op deze manier de emoties in het gesprek in de hand te kunnen houden (afb. 3 en 4). Soms ook gaat de behandelaar helemaal niet in op emoties omdat hij bang is dat het hem teveel tijd gaat kosten. Toch zullen beide averechts werken omdat de kans groot is dat de patiënt nog meer uitdrukking gaat geven aan zijn emotie en hij geen informatie meer opneemt zolang de emotie niet is besproken. De behandelaar wint dan geen tijd maar verliest deze juist, omdat blijkt dat de patiënt niet open staat voor nieuwe informatie. Wanneer aandacht wordt besteed aan emoties, kan het gebruik van verkleinwoorden als een beetje, ietsje, of andere woorden (als enigszins) een reflectie afzwakken.

Parafaseren en reflecteren wordt vaak als lastig gezien. Omdat deze vaardigheden in alledaagse communicatie niet worden gebruikt, heeft het iets kunstmatigs, men hoort zich dan als het ware reflecteren. Veel oefenen is hierbij de oplossing. Naarmate deze vaardigheden meer worden gebruikt, verdwijnt dit gevoel en wordt men zich langzaam onbewust van het gebruik ervan.



HET Stellen VAN VRAGEN

Volgende vragen

Ook de manier waarop de tandarts doorvraagt laat de patiënt zien dat er wordt geluisterd. In een anamnesegegesprek zal de behandelaar informatie moeten vergaren die hij nodig heeft om een zorg- en behandelplan op te stellen. In het begin van het consult onderzoekt hij welke verwachtingen en wensen de patiënt heeft, hoe deze aankijkt tegen de eigen mondgezondheid en wat de invloed van eventuele klachten is op het dagelijks leven. Om de patiënt de ruimte te geven zijn verhaal te doen, moet de behandelaar voorkomen dat de patiënt beperkt wordt in zijn antwoordopties door de manier waarop de behandelaar de vraag stelt. Hij moet dan voornamelijk gebruikmaken van open, explorerende vragen, vragen die het gedachtespoor van de patiënt volgen en doorvragen op de antwoorden die de patiënt geeft. Ook het af en toe samenvatten van wat de patiënt heeft verteld, zal de patiënt het gevoel geven dat hij wordt gehoord.

Sturende vragen

De tandarts zal deze open vragen soms wat moeten afwisselen met meer sturende vragen om specifieke informatie te krijgen. Tijdens een klachtenanamnese bijvoorbeeld stelt hij vragen uit zijn eigen referentiekader over de aard van de klacht, de lokalisatie van de pijn, het klachtenbehoefte en de intensiteit van de klacht.

De grootste valkuil bij het stellen van veel gesloten sturende vragen is dat dit passiviteit bij de patiënt in de hand werkt, omdat de behandelaar de regie maximaal naar zich toetrekt om bepaalde aspecten nauwkeurig uit te vragen



Afb. 4. Voorbeeld van 'foute' communicatie met negatief effect.

en de eigen hypothesen te kunnen toetsen. Patiënten kunnen dan letterlijk en figuurlijk achterover gaan zitten waardoor de tandarts informatie mist die mogelijk van grote diagnostische waarde is. Let ook tijdens de klachtenanamnese op non-verbale en verbale reacties van de patiënt. Stel tussentijds vragen om na te gaan of de patiënt begrijpt waarom de vragen worden gesteld, te checken of iets niet duidelijk is of om de patiënt in de gelegenheid te stellen aanvullende informatie te geven.

Toetsende vragen

Tussentijds en aan het eind van het consult zal de behandelaar steeds zijn hypothesen toetsen. Hij test daarmee of de hypothesen die hij heeft geformuleerd naar aanleiding van het eerste deel van het consult en eventueel intraoraal onderzoek juist zijn. Bovendien houden deze vragen de patiënt actief en voorkomen ze miscommunicatie.

Vooraf doorvragen in het gedachtespoor van de patiënt en samenvattende vragen zullen de patiënt de indruk geven dat er naar hem en zijn klachten/wensen wordt geluisterd en dat de tandarts zijn best doet om zich in hem in te leven.

Bovengenoemde communicatieve vaardigheden zijn natuurlijk in elk patiëntcontact belangrijk. Zowel tijdens afnemen van anamnese, bespreken van bevindingen als tijdens de behandeling zelf. Toch is er een aantal momenten waarop zij extra belangrijk zijn bij het tot stand komen van een goede tandarts-patiëntrelatie. In de eerste plaats als de patiënt zich voor het eerst in de praktijk van de tandarts meldt en daarna als de tandarts zijn bevindingen rapporteert en een behandelpunten voorstelt.

HET EERSTE CONTACT

De eerste indruk die patiënt en behandelaar van elkaar krijgen wordt bepaald door een combinatie van verbale en non-verbale communicatie en wordt snel gevormd (Bar et al, 2006). Een blik op iemands uiterlijk of de observatie van bepaald gedrag leidt al tot een eerste indruk, nog voor er enige verbale communicatie heeft plaatsgevonden (Oppensteiner, 2013). Uit onderzoek blijkt dat eerste indrukken snel worden gevormd vaak juist zijn en bovendien moeilijk zijn te veranderen. Het is dus buitengewoon belangrijk om de eerste indruk goed te laten zijn: *"You never get a second chance to make a first impression"*.

De tandarts moet zich echter realiseren dat eerste indrukken niet altijd juist zijn en dat er bij interpretatie van gedrag de nodige fouten kunnen worden gemaakt (Barrick, 2009). Een patiënt die bij de kennismaking erg zwijzaam is, zou het stempel 'verlegen' of 'introvert' opgelegd kunnen krijgen. Deze interpretatie van het gedrag van de patiënt kan natuurlijk juist zijn. Toch zijn er ook andere oorzaken van dit gedrag te bedenken. De patiënt kan bijvoorbeeld erg angstig zijn en hopen dat hij door het kort houden van antwoorden de lengte van het bezoek kan beperken. De patiënt kan ook in een slechte bui of met de gedachten elders zijn. Signalen die bij de patiënt worden geobserveerd, worden vaak snel geïnterpreteerd, maar die interpretatie hangt ook af van eigen ervaringen. Daardoor kunnen fouten worden gemaakt. Interpretatie van observaties moet eigenlijk worden uitgesteld tot meer informatie is verkregen.

De behandelaar doet er verder verstandig aan om voor zo'n eerste bezoek extra tijd in te plannen. Er is meer tijd nodig voor de anamnese, het vastleggen van de status

VRAGEN STELLEN

Volgende vragen exploreren het referentiekader van de patiënt:

- Wat kan ik voor u doen?
- Hoe is uw ervaring met vorige tandartsen/tandheekkundige behandelingen?
- U geeft uw gebit een zesje. Wat zou een hoger cijfer betekenen?
- Wat zou volgens u de oorzaak van uw klachten kunnen zijn?
- Wilt u een voorbeeld geven?
- Hoe beïnvloedt de klacht uw dagelijks leven?

Sturende vragen komen voort uit het referentiekader van de tandarts:

- Ik wil graag wat meer weten over de pijn rechtsboven. Kunt u ...?
- Hoe gebruikt u de koffie/thee?
- Wanneer is deze zwelling begonnen?
- Bloedt uw tandvlees regelmatig?
- Wordt de pijn erger als u stevig dichtbij?

Toetsende vragen worden gebruikt om afstemming tussen tandarts en patiënt te krijgen:

- Om de kies te kunnen behouden is een wortelkanaalbehandeling noodzakelijk, kunt u zich daarin vinden?
- Ik heb de indruk dat door uw drukke werkzaamheden het flossen er vaak bij inschiet. klopt dat?
- Ik heb de indruk dat u schrikt van de diagnose (parodontitis), klopt dat?

praesens en voor het verstrekken van praktijkinformatie als bereikbaarheid, weekenddiensten en dergelijke. Verder moeten verwachtingen over en weer worden onderzocht. Door aan al dit soort zaken extra aandacht te besteden, zal de patiënt een positiever beeld van de praktijk krijgen en kunnen misverstanden in de toekomst worden voorkomen. Deze extra investering in tijd zal zich dus in volgende ontmoetingen weer terugbetalen.

Naast extra tijd moet de behandelaar bedenken waar hij het gesprek met de patiënt wil voeren. Laat hij hem al meteen in de behandelstoel plaatsnemen of in een daarvoor gereserveerde zithoek. Over het algemeen geniet het de voorkeur om de patiënt niet meteen in de behandelstoel te laten plaatsnemen. De behandelaar weet immers niet met wat soort patiënt hij te maken heeft. Bij een angstige patiënt zal de aanblik van apparatuur en instrumenten de aandacht afleiden en een goed gesprek verstoren. Veel ruimte is er ook niet voor nodig. Twee stoelen met een hoektafel in de behandelkamer is al voldoende. Zo'n opstelling creëert ook een hoek van 90 graden die zoals al eerder genoemd de voorkeur verdient bij het voeren van een gesprek.

DE BESPREKING VAN HET BEHANDELPLAN

Na het intraoraal onderzoek van de patiënt doet de tandarts verslag van zijn bevindingen. Zet dan eerst de patiënt weer rechtop zodat behandelaar en patiënt op gelijke hoogte kunnen converseren. Dat vermindert de machtsongelijkheid die door sommige patiënten wordt gevoeld en maakt het voor hen gemakkelijker om vragen te stellen. Vaak is de problematiek die wordt aangetroffen beperkt en omvat het plan niet veel meer dan het vervangen van wat restauraties en het geven van mondhygiëne-instructie. Dit kan dan in dezelfde zitting gebeuren. Bij meer complexe problematiek is het noodzakelijk dat de tandarts een behandelplan maakt met daarin verschillende alternatieven voor het oplossen ervan.

De presentatie van een dergelijk plan is niet eenvoudig. Begin het rapporteren van bevindingen met een algemene observatie alvorens in detail te treden. Voor een weloverwogen beslissing moet de patiënt kunnen begrijpen wat de consequenties zijn van de alternatieven. In hoeverre staat een patiënt open voor het verhaal van de tandarts? Dat zal beter zijn naarmate behandelvoorstellen beter aansluiten bij de behoefte en (financiële) mogelijkheden van de patiënt. De tandarts kan bovendien beter niet te veel informatie tegelijk geven om te voorkomen dat de patiënt niet alles kan opnemen en verwerken. Ter voorbereiding op het gesprek doet hij er verstandig aan om een lijst met enkele prioriteiten op te stellen, zodat in elk geval de meeste urgente onderwerpen aan bod komen, en daarbij aantekenen wat hij daarover minimaal kwijt wil. Hij zal tijdens het gesprek regelmatig moeten controleren of de patiënt hem nog wel kan volgen. Een vraag als *“heeft u het allemaal begrepen”* kan beter worden vermeden, zeker als non-verbale signalen van de patiënt anders doen vermoeden. Beter is het dan om de patiënt nog eens te vragen wat hij denkt dat er nu gedaan moet worden. Zijn alle alternatieven besproken kan een vraag als: *“Hoe kijkt u aan tegen wat u tot nu toe hebt gehoord?”* enig zicht geven op de attitude van de patiënt en zijn voorkeur voor behandeling.

Een duidelijke uitleg, zo mogelijk ondersteund door hulpmiddelen als foto's, modellen enzovoorts, van de voor- en nadelen van de alternatieven zal de patiënt in staat stellen actief mee te denken. Dat zal de relatie tussen tandarts en patiënt ten goede komen. Daarbij is het verstandig om te controleren welke verwachtingen de patiënt heeft van de behandeling en deze zo nodig bij te stellen. Een patiënt die te hoge verwachtingen heeft, zal snel teleurgesteld en ontevreden zijn en zijn vertrouwen in de tandarts verliezen.

SLOTOPMERKING

Naast het wat extra tijd besteden aan de eerste ontmoeting en het geven van een goede uitleg over behandelopties (inclusief preventie) is het voor een goede relatie verstandig om bij complicaties of gemaakte fouten open kaart te spelen. Een patiënt die van een endodontoloog tijdens een her-endo moet horen dat er een afgebroken vijltje moet worden verwijderd, zal het vertrouwen in zijn tandarts verliezen als de tandarts hem daarvan niet op de hoogte heeft

gesteld. Ten slotte is het voor het opbouwen van een goede relatie natuurlijk belangrijk dat de tandarts zich aan afspraken houdt. Met andere woorden: dat hij zegt wat hij doet en doet wat hij zegt. Het is daarbij verstandig om afspraken die met de patiënt worden gemaakt in de patiëntkaart te noteren en de patiënt zo mogelijk een kopie van het overeengekomen behandelplan mee te geven. Zo kunnen misverstanden worden voorkomen als een van de partijen vergeet wat is besproken.

LITERATUUR

- * Bar M, Neta M, Linz H. Very first impressions. *Emotion* 2006; 6: 269-278.
- * Barrick MR, Shaffer JA, DeGrassi SW. What you see may not be what you get: relationships among self-presentation tactics and ratings of interview and job performance. *J Appl Psychol* 2009; 94: 1394-1411.
- * Bensing JM, Kerssens JJ, Pasch M van der. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *J Nonverbal Behav* 1995; 19: 223-242.
- * Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757-762.
- * Duggan P, Parrott L. Physicians' nonverbal rapport building and patients' talk about the subjective component of illness. *Hum Commun Res* 2001; 27: 299-311.
- * Lattimore KL. The effect of seating orientation and a spatial barrier on students' experience of person-centered counseling. A thesis presented to the faculty of the Graduate School of Cornell University in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of science in human environment relation. Cornell: 2013.
- * Leaper C. Gender similarities and differences in language. In: Holtgraves TM. *The Oxford Handbook on language and social psychology*. New York: Oxford University Press, 2014.
- * Mills I, Frost J, Kay E, Moles DRJ. Patient-centred care in general dental practice - a systematic review of the literature. *BMC Oral Health* 2014; 14: 64.
- * Muirhead VE, Marcenos W, Wright D. Do health provider-patient relationships matter? Exploring dentist-patient relationships and oral health-related quality of life in older people. *Age Ageing* 2014; 43: 399-405.
- * Oppenheimer M. Motion cues that make an impression. Predicting perceived personality by minimal motion information. *J Exp Soc Psychol* 2013; 49: 1137-1143.
- * Raja S, Shah R, Hamad J et al. Patients' perceptions of dehumanization of patients in dental school settings: Implications for clinic management and curriculum planning. *J Dent Educ* 2015; 79: 1201-1207.
- * Riley JL et al. Components of patient satisfaction with a dental restorative visit: results from the Dental practice-based research network. *J Am Den. Assoc* 2012; 143: 1002-1010.
- * Schouten BC, Eijkman MAJ, Hoogstraten J. Dentists' and patients' communicative behaviour and their satisfaction with the dental encounter. *Community Dent Health* 2003; 20: 11-15.
- * Smith AJE, Oomen AJM, Truin GJ. *Handboek communicatie in de mondzorg*. Effectieve gespreksvoering in de dagelijkse praktijk. Houten: Prelum uitgevers B.V., 2017.
- * Ven JM van der, Eijkman MAJ, Brands WG. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 10. De Wet klachtrecht: laagdrempelig klagen *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2014; 121: 147-153.
- * Vliet LM van, Dulmen S van, Mistiaen P, Bensing JM. De placebo-effecten van goede communicatie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016; 160: D251.
- * Vries A de, Brands WG, Brand HS. Imago van huisartsen versus tandartsen in Nederland. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2018; 25: 455-460.
- * Wang Q, Hu C, Short LA, Fu G. The influence of shyness on the scanning of own- and other-race faces in adults. *PLoS One* 2012; 7: e52203.
- * *Westside Toastmasters* http://westsidetoastmasters.com/resources/book_of_body_language/chap17.html. (Geraadpleegd 26 sept. 2018)
- * Woelber JP et al. The importance of teaching communication in dental education. A survey amongst dentists, students and patients. *Eur J Dent Educ* 2012; 16: e200-204.
- * Zolnieriek KB, Dimateo MR. Physician communication and patient adherence to treatment. A meta-analysis. *Med Care* 2009; 47: 826-834.

SUMMARY

Series: Communication in the dental practice. Building a good dentist-patient relationship with communication

A good dentist-patient relationship promotes better oral health of the patient. In order to build and maintain such a relationship a dentist should possess good communication skills. First of all, an open, empathic attitude is important, in which the dentist is aware that he can make mistakes interpreting patient behaviour. Good observational skills are necessary to detect (non-)verbal signals indicating how to interpret the patient's story. By demonstrating non-verbal, paralingual and verbal listening behaviour, he can show patients that he is paying attention to them. When discussing findings, it is important for patients to receive a clear explanation and be given the opportunity to ask questions. It is also wise to pay attention to the patient's expectations of the treatment outcome, elaborate on the advantages and disadvantages of the treatment alternatives and to be transparent in case of complications.

BRON

A.J.E. Smith

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

Datum van acceptatie: 22 november 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.