

O N D E R W I J S

TRAINING IN COMMUNICATIEVE VAARDIGHEDEN MET BEHULP VAN VIDEO-OPNAMEN VAN PATIËNTENBEHANDELINGEN

ONTWIKKELING, UITVOERING EN EVALUATIE VAN EEN PROEFOPZET BINNEN HET TANDHEELKUNDIG ONDERWIJS

G. TER HORST, psychologe

M. BEKKER, doctoraal studente psychologie

G. MOLTZER, socioloog

*Uit de vakgroep Sociale Tandheelkunde van de Universiteit van Amsterdam.**Voorzitter: Drs. G. Moltzer.**Trefwoorden: Onderwijs – Communicatieve vaardigheden – Sociale tandheelkunde*

1. Inleiding

Tandheelkundige zorgverlening gericht op de actieve medewerking van de patiënt bij het gezond houden van de mond vergt van de tandarts meer dan het verrichten van tandheelkundig-technische handelingen alleen. Zo is een goede communicatie tussen zorgverlener en zorgontvanger een noodzakelijke voorwaarde voor de vorming van mondgezonder gedrag, een juiste indicatiestelling en een efficiënte uitvoering van het behandelplan. Goed – dat wil zeggen doelmatig – communiceren is echter moeilijk en vereist intensieve scholing. Binnen het tandheelkundig onderwijs is men dan ook aandacht gaan besteden aan dit gebied. Trainingsprogramma's gericht op het bewust worden van de eigen (tandarts)rol in de tandarts-patiëntinteractie en op het verwerven van communicatieve vaardigheden, hebben langzaam maar zeker een eigen – zij het vaak nog bescheiden – plaats in het tandheelkundig onderwijs ingenomen. In Nederland is dat inmiddels op alle Subfaculteiten Tandheelkunde het geval.

Veelal bestaat dit onderwijs uit zogenaamde gesprekstrainingen. Door middel van rollenspelen en andersoortige communicatie-oefeningen wordt de studenten inzicht gegeven in communicatieprocessen. Tevens wordt de mogelijkheid geboden te oefenen in een aantal basisvaardigheden. Hoewel wij dergelijke trainingen onmisbaar achten, menen wij dat ze op zich niet voldoende zijn om doelmatig communicerende tandartsen af te leveren. De reden hiervoor is enerzijds gelegen in de aard van dit onderwijs. De tandheelkundige praktijk wordt in gesprekstrainingen immers gesimuleerd. Feedback over het persoonlijk functioneren van de student tijdens de daadwerkelijke patiëntbehandeling dient daarom via een andere onderwijsvorm gerealiseerd te worden (vgl. Dworckin, 1974). Anderzijds moet als reden genoemd worden de veelal gebrekkige inte-

gratie van gesprekstrainingen in het totale tandheelkundig onderwijs. Aan beide voorwaarden kan tegemoet gekomen worden door:

- a. de tandartsen die de patiëntbehandeling op zaal begeleiden (zaalinstructeurs), direct te betrekken bij het onderwijs in communicatieve vaardigheden;
- b. de studenten feedback te geven over hun communicatief functioneren tijdens de patiëntbehandeling.

Ad a.

Het betrekken van zaalinstructeurs bij het onderwijs in communicatieve vaardigheden is om een aantal redenen van belang: – Zaalinstructeurs zijn het meest betrokken bij de patiëntbehandelingen door studenten en kunnen hen daardoor op de meest directe wijze feedback geven over hun functioneren.

– Zaalinstructeurs vervullen voor studenten de belangrijke functie van 'rolmodel'. Van hen wordt afgekeken hoe een volleerd tandarts omgaat met patiënten (vgl. Seime en Ingersoll, 1977; Weinstein en Getz, 1978). Indien een als rolmodel fungerende zaalinstructeur een goede communicatie belangrijk vindt, en dit ook in woord en gedrag uit, vergroot dit in de ogen van studenten de geloofwaardigheid van genoemd soort onderwijs (vgl. Wepman, 1977).

Benadrukt moet worden dat scholing van zaalinstructeurs in het observeren en analyseren van student-patiëntinteracties en het geven van feedback hierover onontbeerlijk is voor het gewenste resultaat. (Voor een voorbeeld van een gesprekstraining van zaalinstructeurs, zie Bekker, 1980).

Ad b.

Het leren uitvoeren van tandheelkundig-technische handelingen vindt plaats door middel van theoretische vorming, fan-

Samenvatting:

In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderwijsopzet waarin patiëntbehandelingen op video worden opgenomen en daarna in een groep worden besproken. Van acht eerstejaarsstudenten werd het bespreken van het mondonderzoek en het geven van voorlichting geregistreerd.

Daarenboven werd van twee studenten het afnemen van de anamnese opgenomen. Deze video-opnamen werden in een groep bestaande uit de betrokken acht studenten, een tandarts, die de patiëntbehandelingen had begeleid, en een psycholoog besproken. Op grond van de ervaringen kon worden geconcludeerd dat een dergelijke opzet binnen het tandheelkundig onderwijs praktisch uitvoerbaar is en de studenten veel informatie verschaft over de tandheelkunde student-patiëntinteractie in het algemeen en het eigen aandeel van de student daarin in het bijzonder.

toemoefeningen en klinische oefeningen. Voor het doelmatig leren communiceren is een zelfde opbouw denkbaar: naast colleges en gesprekstrainingen dienen studenten zich te oefenen in het communiceren met hun patiënten. Essentieel hierbij is dat studenten inzicht verschaft wordt in hun functioneren. Hiertoe is analyse van het communicatieproces nodig, waarbij het aandeel van de student centraal staat.

2. Ontwikkeling van een proefopzet

In een poging het onderwijs in communicatieve vaardigheden te koppelen aan de patiëntbehandeling is naar een onderwijsvorm gezocht waarin zowel de onder a. genoemde participatie van zaalinstructeurs, als de ad b. vermelde procesmatige benadering van de communicatie tussen student en patiënt konden worden gerealiseerd.

De mogelijkheden tot registratie van de patiëntbehandeling bestonden uit: video-opnamen, geluidsbandopnamen, observatie door één of meerdere observatoren (b.v. zaalinstructeurs), observatie door de student zelf. Gekozen is voor video-opnamen omdat deze een aantal voordelen bieden boven de drie andere alternatieven (vgl. Oomkes, 1976). Weergave door de student zelf en/of door andere observatoren sluit de mogelijkheid van controle op het optreden van subjectieve kleurigheid en onvolledigheid uit (Ivey, 1974). Aangezien video-opnamen de mogelijkheid scheppen de geregistreerde werkelijkheid meerdere malen weer te geven, is hier-

door de kans op onvolledigheid nihil en het risico van subjectieve kleuring klein. Video-opnamen stellen voorts de student in de gelegenheid zijn/haar eigen gedrag waar te nemen en het communicatieproces van begin tot eind te volgen. Ook kan als voordeel worden genoemd dat video-opnamen door meer mensen tegelijk bekeken kunnen worden, terwijl het bijwonen van de patiëntenbehandeling door meer dan één persoon door de student en de patiënt toch zeker als storend ervaren zou worden. Geluidsopnamen bieden in principe dezelfde voordelen als video-opnamen. In aanvulling op audio-opnamen registreren video-opnamen echter ook non-verbaal gedrag. Voor een goed inzicht in het communicatieproces is dit van essentieel belang (vgl. Ivey, 1974). Tot slot: welke registratiemethode men ook kiest, elke vorm van openlijke registratie van gedrag heeft zijn invloed op dit gedrag (Carver en Scheier, 1978; Geen en Gange, 1977; Innes en Young, 1975). Of de genoemde registratiemethoden zich op dit punt van elkaar onderscheiden is ons niet bekend.

Eenmaal gekozen voor het gebruik van video, restte de vraag op welke manier opnamen van door studenten uitgevoerde patiëntenbehandelingen het beste besproken konden worden. Het lag voor de hand meerdere opnamen te maken en deze met alle betrokken studenten te zamen te bespreken in plaats van met elke betrokken student apart, aangezien de student dan kan rekenen op meer en gevarieerdere feedback. Het ter discussie leren stellen van eigen en andermans gedrag is ons inziens voor een adequate zorgverlening van groot belang. Het zien van patiëntenbehandelingen uitgevoerd door medestudenten biedt studenten daarbij de mogelijkheid de manier van doen van anderen waar te nemen en te vergelijken met eigen gedrag. Een nadeel van het bespreken van de opnamen in een groep zou kunnen zijn, dat het voor studenten bedreigend is voor meerdere mensen 'te kijk' te staan. Geldt dit 'te kijk' staan echter voor alle groepsleden in gelijke mate, dan zal, zo veronderstelden wij, het gevoel van bedreiging verminderen. Een expliciet niet-veroordelende opstelling van de begeleider(s) en het benadrukken van het leerelement zal in aanvulling hierop zorg moeten dragen voor een vrije uitwisseling van standpunten zonder dat groepsleden zich voelen aangevallen. De voor een zo volledig mogelijke evaluatie van het functioneren van de student benodigde inbreng vanuit de psychologie en de tandheelkunde, kon ons inziens het best gewaarborgd worden door de aanwezigheid van een psycholoog én een zaalinstructeur.

Uiteindelijk is de volgende proefopzet tot stand gekomen: acht patiëntenbehandelingen, uitgevoerd door studenten, werden op

video geregistreerd. Deze opnamen werden in een groep, bestaande uit die acht studenten, een zaalinstructeur en een (aankomend) psychologe (M.B.) besproken. Hierbij trad de psychologe op als begeleider van de groep en nam de zaalinstructeur als (speciaal) groepslid deel. Onze voornaamste doelstelling was een uitspraak te kunnen doen over de uitvoerbaarheid van deze proefopzet en over de bijdrage van deze onderwijsvorm aan het onderwijs in communicatieve vaardigheden.

Hoewel de literatuur gebruik van deze methode (en varianten daarvan) op tal van gebieden beschrijft (Ivey, 1974), is tot op heden geen melding gemaakt van een dergelijke onderwijsopzet binnen het tandheelkundig onderwijs. Met een nadere beschrijving van onze proefopzet en vermelding van onze bevindingen willen wij hier toe een aanzet geven.

3. Uitvoering van de proefopzet

Hieronder volgt eerst een beschrijving van de gang van zaken rond de video-opnamen. Daarna komen zowel procedurele als inhoudelijke aspecten van de besprekingen van de opnamen aan de orde.

3.1. Video-opnamen van de patiëntenbehandeling

3.1.1. Studenten en patiënten

Acht eerstejaarsstudenten werkten op vrijwillige basis mee. Zij waren hiertoe uitgenodigd tijdens de gesprekstraining die een maand tevoren had plaatsgevonden. Afgezien van deze driedaagse gesprekstraining, gericht op het geven van voorlichting en het afnemen van een anamnese, hadden de studenten nooit enig onderwijs in communicatieve vaardigheden genoten. De studenten waren afkomstig uit twee van de vijftien gesprekstraininggroepen. Drie studenten deden voor de tweede keer hun eerste jaar en hadden derhalve reeds eerder patiënten behandeld. Voor de overige vijf was het de eerste keer dat zij patiënten behandelden. De begeleiding van de behandelingen (uitgezonderd de op video geregistreerde) geschiedde door verschillende zaalinstructeurs (en niet door één en dezelfde, zoals oorspronkelijk onze bedoeling was). Aan de patiënten, die ten tijde van de opname een afspraak hadden, werd vlak voor de behandeling door de studenten zelf toestemming gevraagd voor het maken van de video-opnamen. Tekst en uitleg werd gegeven over doel en werkwijze.

3.1.2. Patiëntenbehandeling

De patiëntenbehandeling door eerstejaarsstudenten bestaat uit: anamnese afnemen, mondonderzoek verrichten, gingivitis- en plaque-index opnemen, voorlichting geven, tandsteen verwijderen, polijsten en

eventueel fluoride appliceren. Deze behandeling strekt zich doorgaans uit over vier zittingen van ongeveer vijf kwartier. Aan de studenten werd gevraagd de behandeling zo te plannen dat tijdens de vooropname bedoelde zitting voorlichting werd gegeven en, zo dit niet al gebeurd was, een anamnese werd afgenomen. Deze onderdelen van de behandeling zijn namelijk vanuit communicatief oogpunt het meest interessant en daardoor voor opname en bespreking het meest geschikt. De vooropname bestemde behandeling vond plaats op een verder door niemand bezette practicumzaal. Tijdens de behandeling kwam de zaalinstructeur zoals gebruikelijk op gezette tijden langs om de verrichtingen van de student te controleren.

3.1.3. Video-apparatuur en -opnamen

De apparatuur in de box bestond uit een aan de muur gemonteerde camera en een microfoon. In een aparte kamer was registratie-apparatuur, een beeld- en geluidsmonitor en een afstandsbedieningspaneel voor de camera aanwezig.

Van elke student werd één patiëntenbehandeling opgenomen. Aangezien zo'n zitting gemiddeld vijf kwartier duurde en de lengte van een videoband één uur omvatte, is selectief opgenomen. De psychologe die deze taak op zich had genomen, volgde de behandeling op de monitor en schakelde de opname-apparatuur zo nu en dan uit wanneer de student tandheelkundig-technische handelingen verrichtte. Het optreden van de zaalinstructeur werd steeds geregistreerd.

3.2. Besprekingen van de video-opnamen

3.2.1. Samenstelling van de groep en gevolgde procedure tijdens de besprekingen

De groep bestond uit de acht studenten waarvan een patiëntenbehandeling op video was opgenomen, de (aankomend) psychologe, als kandidaatsassistente verbonden aan de vakgroep Sociale Tandheelkunde en een zaalinstructeur uit het eerste jaar, die de op video opgenomen patiëntenbehandeling had begeleid. Deze zaalinstructeur had in het verleden een aantal malen deelgenomen aan gesprekstrainingen voor stafleden en was van het begin af aan betrokken bij het tot stand komen van de proefopzet.

De eerste bijeenkomst vond een maand na de eerste opnamen plaats. In principe was voor elk van de acht bijeenkomsten anderhalf tot twee uur uitgetrokken voor de bespreking van één band. Wegens tijdgebrek van de studenten (die aan dit experiment deelnamen naast hun reguliere onderwijs) zijn twee bijeenkomsten gehouden waarbij steeds één band besproken werd en drie bijeenkomsten waarbij telkens (gedeelten) van twee banden na elkaar onder de loep werden genomen.

De procedure die tijdens een groepsbijeenkomst werd gehanteerd, was als volgt: eerst hield de student, waarvan de behandelingszitting centraal stond, een korte inleiding, waarin iets verteld werd over de patiënt, over hoe de student de behandeling ervaren had, over de ondervonden moeilijkheden, enz. Vervolgens werd telkens een afgerond onderdeel van de behandeling bekeken, zoals het afnemen van de anamnese. Dit stuk werd nabesproken waarbij met name het aandeel van de desbetreffende student in de geobserveerde interactie naar voren werd gehaald. Waar dit van pas kwam werd verwezen naar de theorie zoals die in de gesprekst raining aan de orde was gekomen. Telkens een ander groepslid kreeg de taak toebedeeld de feedback, bestemd voor degene wiens behandelingszitting werd besproken, te noteren en aan het eind van de bespreking in samengevatte vorm ten gehore te brengen. Iedere bijeenkomst werd afgesloten met het houden van een ronde, waarin ieder voor zich verwoordde wat hij/zij van de betreffende nabespreking had geleerd.

3.2.2. Inhoud van de besprekingen

Het grootste gedeelte van de videobanden bestond steeds uit het bespreken van het mondonderzoek en het geven van voorlichting. Op twee banden was ook het afnemen van de anamnese geregistreerd. De inhoud van de besprekingen werd gericht op de rol van de student in deze studentpatiëntinteractie. Ook kwam de interactie tussen instructeur en student en de rol van de student als (aankomend) tandarts ter sprake. De meer tandheelkundig-technische kwesties, zoals de inhoudelijke kant van de gegeven voorlichting, kregen een marginale plaats toebedeeld.

Om een meer gedetailleerd beeld te geven van de inhoud van de nabesprekingen zal een aantal discussiepunten rond bovengenoemde onderwerpen nader belicht worden.

Bij het afnemen van de *anamnese* bleken de volgende problemen te spelen:

- het merendeel van de studenten slaagde er niet in de patiënt bij de introductie van de anamnese afdoende op de hoogte te brengen van het doel ervan;
- herhaaldelijk kwam de vraag naar voren of de anamnestiche vragen juist wel of juist niet in jargon gesteld zouden moeten worden;
- onzekerheid van de kant van de student bij het afnemen van de anamnese werd soms geprojecteerd op de patiënt; leidde dit tot onnodige geruststellende opmerkingen van de student, dan bleek dit onzekerheid bij de patiënt teweeg te brengen;
- sommige studenten ervoeren tijdens het stellen van de vragen een gevoel van gêne, dat hen belemmerde dóór te vra-

gen ter verkrijging van nadere informatie rond bepaalde ziekten (bijvoorbeeld geslachtsziekten, hartziekten);

- de vragen werden vaak op een suggestieve wijze gesteld, dat wil zeggen de student legde de patiënt door de manier van vragen het antwoord in de mond (bijvoorbeeld: uw bloeddruk levert zeker ook geen problemen op?);
- op een vraag volgde nogal eens een langdurig, irrelevant, antwoord van patiëntenzijde; een aantal studenten bleek er moeite mee te hebben de patiënt weer op het goede spoor te brengen.

Tijdens het nabespreken van de *voorlichtingsgesprekken* kwamen de volgende problemen aan het licht:

- Het bleek de studenten moeilijk te vallen patiënten die zich expliciet of impliciet ongeïnteresseerd, sceptisch, ongemotiveerd betoonden ten aanzien van de voorlichting te interesseren voor hun uitleg, suggesties en adviezen. Een veel beproefd, maar weinig probaat middel bleek te zijn de patiënt te overladen met zoveel mogelijk informatie.
- Het kennisniveau, de gewoonten, interesse e.d. van de patiënt ten aanzien van tandheelkundige zaken werden nogal eens onvoldoende geëxploreerd. De voorlichting sloot hier dan ook niet bij aan en kreeg het karakter van een standaardverhaal, met alle gevolgen van dien.

Alle acht studenten zeiden het moeilijk te vinden al na vijf maanden studie de *rol van 'tandarts'* aangemeten te krijgen. Bij sommigen ontstond hierdoor het dilemma of ze patiënten juist wel of juist niet moesten zeggen dat ze bepaalde informatie door kennisgebrek nog niet konden verschaffen. Het eerste alternatief vergrootte hun angst de eigen geloofwaardigheid ten aanzien van de patiënt te verliezen, de tweede mogelijkheid leverde hen ethische problemen op en bracht bovendien het risico met zich mee des te harder door de mand te vallen als het gebrek aan kennis alsnog aan het licht zou komen.

Een aan het bovenstaande verwant probleem bleek de *controle door de zaalinstructeur* te zijn. In drie van de acht opgenomen behandelingszittingen was hetgeen de zaalinstructeur aan het licht bracht over de toestand van de mond van de patiënt strijdig met de bevindingen van de student. De studenten ervoeren dit naar de patiënt toe als een uiterst penibele situatie; zij voelden zich in de ogen van de patiënt afgaan als tandarts. Het bespreken van deze tegenstrijdigheid in informatie met de patiënten vond men moeilijk. Doodzwijgende bleek een populaire, maar onbevredigende oplossing.

Ook als de informatie van de zaalinstructeur overeenstemde met de informatie afkomstig van de student ging het de studenten niet gemakkelijk af na het intermezzo met de zaalinstructeur de draad met de patiënt weer op te pakken.

4. Evaluatie van de proefopzet

Gezien het bescheiden karakter van onze doelstellingen, hebben wij ons dienovereenkomstig voor de evaluatie beperkt tot het peilen van de meningen van de deelnemers over de proefopzet. Hiertoe is alle groepsleden (inclusief de zaalinstructeur) gevraagd schriftelijk een vijftal vragen anoniem te beantwoorden. De vragen betroffen de mening over deelname aan het experiment, het maken van de opnamen en de besprekingen. Voorts werd verzocht punten van kritiek en suggesties voor veranderingen te noteren. Bovendien werden op de laatste groepsbijeenkomst enkele specifieke aspecten van de proefopzet aan de orde gesteld. In beide gevallen werd de wenselijkheid van een waarheidsgetrouwe beantwoording benadrukt. Of men gevolg heeft gegeven aan dit verzoek is, zoals bij meningspeilingen altijd het geval is, onzeker.

Op grond van de verkregen informatie kunnen we in algemene zin concluderen dat alle groepsleden enthousiast waren over de proefopzet. Allen gaven te kennen veel geleerd te hebben en ervoeren dit onderwijs als een uitstekende continuering van de in de gesprekst raining opgedane ervaringen en kennis. Als een meer specifieke evaluatie zullen wij alle aspecten van de proefopzet de revue laten passeren, waarbij de nadruk zal liggen op die punten die volgens deelnemers of/en begeleider in de toekomst voor verbetering vatbaar zijn. De onder 3. gehanteerde indeling zal ook hier worden aangehouden.

4.1. Video-opnamen van de patiëntbehandeling

4.1.1. Studenten en patiënten

Geen van de studenten had het onplezierig gevonden op video te worden opgenomen. De aan (eerste)patiëntenbehandelingen inherente zenuwachtigheid van de studenten werd door de opnamen, naar hun zeggen, niet of nauwelijks vergroot. Wel rapporteerde iedereen voor deze gelegenheid extra de punten op de i te hebben gezet.

Alle betrokken patiënten gaven hun toestemming voor het opnemen van de behandeling op video. Eén patiënte zei tijdens een volgende behandelingszitting dat ze liever meer bedenktijd had willen hebben. Zelf zijn wij ook van mening dat aan patiënten geruime tijd vooraf (schriftelijke) toestemming moet worden gevraagd voor opname. De invloed van de opnamen op het gedrag van de patiënten is moeilijk vast te

stellen. Bij één patiënt was er duidelijk van een dergelijke invloed sprake (zwaaien naar de camera, commentaar over opname). Video-opnamen van het afnemen van de anamnese zouden kunnen leiden tot onvolledige of onware informatie van de kant van de patiënt. Een dergelijke onwenselijke situatie is wellicht te vermijden door de patiënt op het hart te drukken dat de opname op ieder gewenst ogenblik stopgezet kan worden of achteraf kan worden uitgewist.

4.1.2. Patiëntenbehandeling

Het alleen werken op een grote zaal (in onze proefopzet onvermijdelijk) had vrijwel iedereen als onplezierig ervaren. Het maken van video-opnamen te midden van de gewone zaalbezetting zal echter problemen opleveren door de aanwezigheid van ruis, die de registratie van het geluid verstoort. Afscherming van boxen waar opnamen worden gemaakt, is wellicht een acceptabel alternatief.

4.1.3. Video-apparatuur en -opnamen

Afgezien van kleine onvolkomenheden, waren de opnamen voor de besprekingen goed bruikbaar.

Het door iemand laten opnemen van de behandeling is zeer tijdsintensief. Wij denken momenteel aan een constructie waarbij de videorecorder in de box is ingebouwd, zodat de student zelf de opname aan het begin van de behandeling kan starten en aan het eind weer kan stoppen. Dit heeft als gering nadeel dat in- en uitzoomen en positieverandering van de camera onmogelijk wordt. Het – onvermijdelijke – selecteren van bandmateriaal voor de bespreking kan door de student zelf of samen met (een van) de begeleider(s) van de groep geschieden. Dit laatste heeft onze voorkeur, maar ook hier geldt het nadeel dat hiermee veel staftijd gemoeid is.

4.2. Besprekingen van de video-opnamen

4.2.1. Samenstelling van de groep en gevolgde procedure bij de besprekingen

Zoals vermeld waren de acht studenten afkomstig uit twee gesprekstrainingsgroepen. Deze samenstelling werd door de studenten als plezierig ervaren. Het bekend zijn met een deel van de groep zorgde namelijk voor een gevoel van vertrouwdheid, terwijl de inbreng van de groepsleden afkomstig uit de andere gesprekstrainingsgroep verfrissend werkte.

Het verdient aanbeveling dat de zaalinstructeur die aan de groepsbijeenkomsten deelneemt, ook degene is die de betreffende studenten normaliter bij hun patiëntenbehandeling begeleidt^{*}. De invloed van

hetgeen tijdens de groepsbijeenkomsten besproken wordt zal groter zijn wanneer de zaalinstructeur hier tijdens de patiëntenbehandeling naar kan verwijzen.

De rolverdeling tussen de psychologe en de zaalinstructeur die als begeleider respectievelijk groepsleid optraden, bleek geen problemen op te leveren. (Voor de positie van de zaalinstructeur, zie verder 4.2.2.)

Welke rolverdeling men ook kiest, het is van belang van te voren goed vast te leggen wie welke positie in de groep inneemt en na te gaan of er overeenstemming bestaat over uitgangspunten en basisfilosofie ten aanzien van het behandelen van patiënten en het begeleiden van studenten.

Wegens organisatorische problemen zat er vrij veel tijd tussen de opname van de behandelingen en de bespreking ervan. De groepsleden waren van mening dat een snellere opeenvolging – bijvoorbeeld een week – gunstiger zou zijn geweest. Het zou daarmee mogelijk worden behandelingen op te nemen nadat reeds een aantal besprekingen heeft plaatsgevonden. De in die besprekingen opgedane ervaringen kunnen dan in de latere behandelingen worden toegepast en op hun beurt worden nabesproken. Ook vanuit leertheoretisch oogpunt is het wenselijk dat feedback zo snel mogelijk gegeven wordt (vgl. Oomkes, 1976).

Het feit dat op sommige bijeenkomsten één videoband werd besproken en op andere bijeenkomsten twee, leverde bruikbaar vergelijkingsmateriaal op. In het algemeen zei men liever (gedeelten) van twee opnamen te bekijken, omdat de banden inhoudelijk gezien duidelijke overeenkomsten vertoonden. Wat betreft de gevolgde procedure vond iedereen het zinnig dat aan het eind van iedere zitting alle bevindingen nog eens op een rij werden gezet. Wel vond men dat deze – door steeds een ander groepsleid gehouden – samenvatting, de privé-samenvatting overbodig maakte. Vanuit didactisch oogpunt echter kan het nuttig zijn alle groepsleden tenminste één keer – zij het dan verplicht – aan het woord te laten.

4.2.2. Inhoud van de besprekingen

Het afnemen van de anamnese, het bespreken van het mondonderzoek en het geven van voorlichting vormden het hoofdbestanddeel van de gesprekstof tijdens de besprekingen. Ook in de gesprekstraining stonden deze aspecten centraal. De studenten waren van mening dat hetgeen in de gesprekstrainingen met behulp van rollenspelen was geleerd, middels de besprekingen van 'echte' patiëntenbehandelingen op effectieve wijze werd gecontinueerd. Voor alle deelnemers aan de proefopzet was het verrassend te ontdekken dat de besprekingen naast deze verwachte gesprekstof ook nog ander relevant materiaal opleverden (zie 3.2.2.). De suggestie van de studenten deze aspecten van de behandeling

ook in de gesprekstraining op te nemen, zal zeker overwogen worden. De op deze wijze ontstane koppeling tussen gesprekstraining en besprekingen maakt het mogelijk met behulp van informatie uit de ene onderwijsvorm de andere te verbeteren en vice versa. Dit geldt evenzeer voor de theoretische voorbereiding van de studenten op de patiëntenbehandeling en de gang van zaken rond de behandeling op de kliniekzalen. Voor het doorspelen van deze informatie is de noodzaak van de aanwezigheid van een zaalinstructeur evident.

Wij hebben geconstateerd dat de studenten open stonden voor feedback en zeer goed in staat bleken elkaar relevante, persoonlijke, feedback te geven. Oefening in de gesprekstraining had hiervoor, aldus de studenten, de basis gelegd. De studenten waren van mening dat zij het functioneren van de zaalinstructeur, zichtbaar in tal van de opgenomen situaties, uitgebreid aan de orde hadden gesteld. Noch de betrokken zaalinstructeur, noch de begeleider van de groep waren het in dit opzicht met hen eens. Zij waren van mening dat er relatief weinig feedback naar de zaalinstructeur toe was gegeven. Wanneer dit wel gebeurde was deze bovendien van vergoelijkende of sussende aard. Dit verschijnsel laat zich ons inziens verklaren uit de dubbelrol waarin de zaalinstructeur zich ten opzichte van de studenten bevond. Enerzijds was hij groepsleid en ontvanger van feedback, anderzijds blijft hij beoordelaar van de prestaties van studenten. Kennelijk is zelfs een zaalinstructeur die zich open en coöperatief opstelt, zoals hier het geval was, voor studenten toch nog bedreigend. Dit neemt niet weg dat het creëren van een situatie waarin studenten feedback kunnen geven aan 'hun' zaalinstructeur, als waardevol dient te worden aangemerkt.

5. Conclusies en slotopmerkingen

Het karakter van de proefopzet (gering aantal proefpersonen, vrijwillige deelname etc.) leent zich niet voor het doen van algemene uitspraken over het effect van de beschreven onderwijsvorm. (Hiervoor zij verwezen naar Ivey, 1974). Wel menen wij op grond van onze ervaringen met de beschreven proefopzet te mogen concluderen dat een dergelijke opzet uitvoerbaar is binnen het tandheelkundig onderwijs, en daarnaast goed bleek aan te sluiten op het geleerde in de gesprekstraining en een specifieke bijdrage leverde aan de training in communicatieve vaardigheden.

Niet alleen is het mogelijk gebleken door middel van video-opnamen – zowel letterlijk als figuurlijk – een goed beeld te krijgen van patiëntenbehandelingen, ook de bruikbaarheid van dit materiaal voor het verschaffen van informatie aan studenten over hun functioneren is aangetoond. In de

^{*} In onze proefopzet was dit organisatorisch niet haalbaar.

besprekingen kon een niet-defensieve opstelling van studenten en zaalinstructeur – een voor leren noodzakelijke voorwaarde – worden gerealiseerd. Bovendien bleken eerstejaarsstudenten zeer goed in staat elkaar relevante feedback te geven en van elkaar, de zaalinstructeur en de begeleider te ontvangen. Hierbij dient te worden aangetekend dat de studenten op vrijwillige basis participeerden, de zaalinstructeur geïnteresseerd was in de communicatieve aspecten van de patiëntenbehandeling en intensief overleg tussen de betrokken stafleden vóór de totstandkoming van de proefopzet heeft plaatsgevonden.

Over de bruikbaarheid van de methode op grotere schaal kan dan ook slechts na uitproberen met andere deelnemers een uitspraak worden gedaan. Wil deze onderwijsvorm het maximale effect sorteren, dan zal altijd aan de volgende randvoorwaarden moeten worden voldaan:

- de studenten moeten reeds enige oefening hebben gehad in communicatieve basisvaardigheden, in het werken met video en in het geven van feedback aan medestudenten;
- aan de besprekingen van de videobanden dienen zowel een psycholoog als een tandarts, die nauw betrokken is bij de patiëntenbehandeling door studenten, deel te nemen;
- overleg dient plaats te vinden tussen de psycholoog en de tandarts over uitgangspunten en basisfilosofie ten aanzien van het behandelen van patiënten en over de te volgen procedure tijdens de besprekingen;
- de begeleider(s) dient(en) in staat te zijn een defensieve opstelling van de studenten te voorkomen;
- zoveel mogelijk tandartsen, die de patiëntenbehandeling van studenten begeleiden, moeten bij deze onderwijsvorm betrokken worden; zij zullen ook degenen moeten zijn die de studenten tijdens de patiëntenbehandelingen aansluitend op de besprekingen, begeleiden bij het ontwikkelen en uitproberen van gedragsalternatieven.

De door ons beschreven onderwijsopzet, die op vele andere gebieden reeds zijn waarde heeft bewezen (Ivey, 1974), lijkt ook voor het trainen van tandheelkundestudenten in communicatieve vaardigheden perspectief te bieden. Niet alleen het afnemen van de anamnese, het bespreken van het mondonderzoek en het geven van voorlichting, maar ook het bespreken van het behandelingsplan, het behandelen van kinderen en angstige patiënten zouden in aanmerking komen voor opname en bespreking. Dergelijke pogingen tot verbetering van het tandheelkundig onderwijs ten einde adequaat functionerende zorgverleners af te leveren zijn ons inziens de niet geringe investering in geld en man/vrouwkracht wel degelijk waard.

Dankbetuiging

De auteurs zijn dank verschuldigd aan Charles Penning, Tina Kwa, Carlo de Groot, Harry ter Heide, Wim van der Ven, Michel Tummers, Ben Huberts, Susie Voss en Almar Hauber voor hun deelname aan de proefopzet.

Summary:

Title: Communication skills training by means of videotaped interaction of dental students with their patients. Development, realization and evaluation of a trial educational method.

In this study an educational method was tried out in which student-patient interactions were recorded on videotape and subsequently discussed in a group. Videotape recordings of eight first-year students were made while they discussed the oral examination with their patients and provided dental health care instruction. Two of the students were also videotaped while recording the dental history. These videotapes were later discussed in a group consisting of the eight students concerned, a psychologist and the dental instructor who had supervised the students. On the basis of the experiences with this trial educational method, it could be concluded that this method is feasible in the dental educational

setting. Furthermore, this method can provide students with considerable information about the student-patient interaction in general, and the student's own individual role in this interaction, in particular.

Literatuur:

1. Bekker, M. (1980): Verslag gesprekstraining voor zaalinstructeurs van het eerste studiejaar. Intern rapport, Vakgroep Sociale Tandheelkunde, Universiteit van Amsterdam.
2. Carver, C. S., Scheier, M. F. (1978): Self-focusing effects of dispositional self-consciousness, mirror presence and audience presence. *J Personality and Social Psychology* 36: 324.
3. Dworkin, S. F. (1974): Behavioral sciences in dental education: Broad purposes and educational objectives. *J Dent Educ* 38: 204.
4. Geen, R. G., Gange, J. J. (1977): Drive theory of social facilitation: twelve years of theory and research. *Psychological Bulletin* 84: 1267.
5. Innes, J. M., Young, R. F. (1975): The effect of presence of an audience, evaluation apprehension and objective self-awareness on learning. *J Experimental Social Psychology* 11: 35.
6. Ivey, A. E. (1974): Microcounseling. Innovations in interviewing training. Thomas books. Illinois, U.S.A. 3rd printing.
7. Oomkes, F. R. (1976): Handboek voor gesprekstraining. Uitg. Boom, Meppel.
8. Seime, R. J., Ingersoll, B. D. (1977): Development of a behavioral dentistry course: a follow-up report. *J Dent Educ* 41: 735.
9. Weinstein, P., Getz, T. (1978): Preclinical laboratory course in dental behavioral science: changing human behavior. *J Dent Educ* 42: 147.
10. Wepman, B. J. (1977): Communication skills training for dental students. *J Dent Educ* 41: 633.

November 1980.

Louwesweg 1,
1066 EA Amsterdam.

BERICHTEN

Verenigingsverslagen en mededelingen

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PARODONTOLOGIE

Verslag voorjaarsvergadering d.d. 10-12 april 1980 te Vejle (Denemarken)

De voorjaarsvergadering werd deze keer te zamen met de Britse en Scandinavische Verenigingen voor Parodontologie georganiseerd. Het voornaamste doel was: 'Het bevorderen van de

contacten tussen onze leden en collegae uit het buitenland.' Ongeveer 400 congresgangers verzamelden zich van 10 tot 12 april in het zeer goed geoutilleerde Munkebjerg Hotel in Vejle (Denemarken).

Op donderdag 10 april werd het congres officieel geopend door Rolf Attsröm (Århus, Denemarken). Op deze eerste dag werden enige lange voordrachten gehouden die voornamelijk ten doel hadden de huidige stand van zaken met betrekking tot de kennis van preventie, therapie, etiologie en pathogenese van parodontale aandoeningen samen te vatten. Jan Lindhe (Gothenburg, Zweden) verzorgde de

eerste voordracht. Op voortreffelijke wijze besprak en becommentarieerde hij de recente literatuurgegevens over het effect van preventie en therapie op parodontale aandoeningen.

Vervolgens kwamen de etiologie en pathogenese van parodontale aandoeningen aan de orde. Else Theilade (Århus) verzorgde het onderdeel microbiologie, Giorgio Cimasoni (Genève, Zwitserland) besprak de afbraak van zachte weefsels en Robin Davies (Macclesfield, Groot-Brittannië) belichtte de botresorptie tijdens parodontale afbraak.

Op vrijdag 11 april hadden de deelnemers de keuze uit twee parallel verloopende program-