

Deze dient zich te richten op vragen naar pijn en/of ongemak door thermische, smaak- en aanrakingsprikkelers.

Wanneer bij onderzoek *verfijnde* gegevens wenselijk zijn, moet gebruik gemaakt worden van het toedienen van gecalibreerde prikkelingen. Daarbij zijn drie methoden bruikbaar: thermische prikkeling (koud, warm), chemische prikkeling (smaakstoffen) en elektrische prikkeling. De resultaten worden vastgelegd door naast het aangeven van meetmethode en grootte van de prikkels, een score te vermelden hoe de patiënt de prikkeling heeft ervaren. Deze ervaring kan in drie stappen worden onderverdeeld: a) er wordt enig ongemak gevoeld tijdens de prikkeling, doch geen pijn; b) tijdens de prikkeling is er een gevoel van pijn en c) zowel tijdens als na de prikkeling is er sprake van een gevoel van pijn. In tabel IV zijn de criteria en methoden samengevat.

- ³ WESTBROOK JL, MILLER AS, CHILTON NW, MUMMA RD, WILLIAMS FL. Root surface caries: a clinical, histopathological and microradiographic investigation. *Caries Research* 1974; 8: 249-55.
- ⁴ BANTING DW, ELLEN RP, FILLERY ED. Prevalence of root surface caries among institutionalized older persons. *Community Dent Oral Epidemiol* 1980; 8: 84-8.
- ⁵ KATZ RV. Development of an index for the prevalence of root caries. *J Dent Res* 1984; 63: 814-8.
- ⁶ BILLINGS RJ, BROWN LR, KASTER AG. Contemporary treatment strategies for root surface dental caries. *Gerodontology* 1985; 1: 20-7.
- ⁷ BECK JD, HUNT RJ, HAND JS, FIELD HM. Prevalence of root and coronal caries in a noninstitutionalized population. *J Am Dent Ass* 1985; 111: 964-7.
- ⁸ HEIFETZ SB, HOROWITZ HS, MILLER AJ, BRUNELLE JA. National Survey of Adult Dental Health: Diagnostic criteria for root caries. 1985.
- ⁹ HAZEN SP, CHILTON NW, MUMMA RD. The problem of root caries. Literature review and clinical description. *J Am Dent Ass* 1973; 86: 137-44.
- ¹⁰ ECCLES JD. Tooth surface loss from abrasion, attrition and erosion. MGDS RCS examination. *Dental Update*, aug. 1982: 373-81.
- ¹¹ LEE WC, EAKLE WS. Possible role of tensile stress in the etiology of cervical erosive lesions of teeth. *J Prosth Dent* 1984; 52: 374-80.
- ¹² SMITH BGN, KNIGHT JK. An index for measuring the wear of teeth. *Br Dent J* 1984; 156: 435-8.
- ¹³ TARBET WJ, SILVERMAN G, STOLMAN JM, FRATERCANGELO PA. Clinical evaluation of a new treatment for dentinal hypersensitivity. *J Periodont* 1980; 51: 535-40.
- ¹⁴ TARBET WJ, SILVERMAN G, STOLMAN JM, FRATERCANGELO PA. An evaluation of two methods for the quantitation of dentinal hypersensitivity. *J Am Dent Ass* 1979; 98: 14-7.
- ¹⁵ THRASH WJ, DORMAN HL, SMITH FD. A method to measure pain associated with hypersensitive dentin. *J Periodont* 1983; 54: 160-2.
- ¹⁶ STARK MM. Rationalization of electric pulp-testing methods. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1977; 43: 598-606.
- ¹⁷ WOLFF BB. Behavioral measurement of human pain. In: *The Psychology of Pain*. New York: Raven Press, 1978.

Correspondentie deze rubriek betreffende te richten aan:

Dr. A. H. B. Schuurs, Stadionweg 53¹, 1077 RZ Amsterdam.

PAOT-Cursusverslagen

GESPREKSVOERING EN VOORLICHTING

Cursusgevers: M. P. M. A. Duyx,
psycholoog
M. A. J. Eijkman

Deze vier middagen omvattende cursus is bedoeld voor 'gevoorderden', die eerder de basiscursus hebben gevolgd. Van de deelnemers wordt een grote mate van inzet en actieve participatie verwacht.

Iste middag

De eerste sessie wordt tamelijk uitvoerig verslagen, omdat daarmee de trend van de cursus en werkwijze van de cursusgevers is getekend.

Na de (hernieuwde) kennismaking met de zes deelnemers werd begonnen met een inventarisatie van onderwerpen/problemen op het terrein van de communicatie met patiënten, die de cursisten graag besproken wilden zien. Onderwerpen als 'Hoe moet ik met een achterdochtige patiënt omgaan en wanneer stuur ik een irriterende patiënt de laan uit, nadat ik eerst heb getracht de problemen bespreekbaar te maken', 'In hoeverre mag je als tandarts voor psycholoog spelen, waar de patiënt in wezen voor tandheelkundige behandeling komt' en 'Hoe moet je uit lichaamssigna-

len achterhalen of je met bij voorbeeld een angstige of vijandige patiënt te doen hebt' werden voor nadere bespreking genoteerd of meteen in adviserende zin afgehandeld.

Als tweede onderdeel werden delen van een videoband getoond. Gefilmd was een eerste gesprek tussen een tandarts en een patiënt met prothese problemen. Nadat circa vijf minuten van de tape waren afgespeeld werd de deelnemers verzocht een vragenformulier in te vullen. Daarop moest worden aangegeven welke onderwerpen besproken waren, of er meer of minder informatie had moeten worden ingewonnen en wat men van het spreek- en non-verbale gedrag van de beide participanten dacht. De cursisten bleken redelijk goede waarnemers, maar hadden toch te weinig gelet op allerlei lichaamssignalen en op tussen-neus-en-lip-gemaakte opmerkingen van de patiënt, die later van belang zouden blijken. Door de camera-instelling kon jammer genoeg de non-verbale communicatie van de tandarts onvoldoende worden beoordeeld.

Vervolgens werd gevraagd hoe men vanaf het afgebroken punt zelf verder zou gaan, en werd een volgend stuk van de band getoond. De vrij afstandelijke cursusleiding maande eerst goed waar te nemen en niet te snel conclusies te trekken op grond van gelaatsuitdrukking, handgeba-

ren en wat dies meer zij. Gewezen werd ook op enkele malen weerkerende kleine themata in het gesprek: deze signalen dienen tot hypothesevorming en -toetsing te leiden en zij kunnen helpen te ontdekken wat een patiënt in werkelijkheid, los van de inhoud van de opmerkingen zelf, wil vertellen over zijn gevoelens, over zijn onzekerheid, angst, gekrentheid, verwachtingen, enzovoorts. Om een goede communicatie en samenwerking met de patiënt te waarborgen is als eerste een zeer zorgvuldig inspelen op de gevoelens van de patiënt vereist. Dit vraagt een zorgvuldig taalgebruik, waarbij men, reflecterend, de bedoeling en gevoelens van de gesprekspartner probeert te verwoorden en uit te diepen. Kap als dienstverlener de gevoelsuitingen van de patiënt niet af door woorden als 'ja, maar'.

Als derde onderdeel van de middag werd een rollenspel gespeeld en op video opgenomen. Een cursist trad op als verontwaardigde patiënt met een volledige prothese, die zijn gram bij de tandarts-cursisten kwam halen omdat hij niet over implantaten was voorgelicht. De patiënt had zojuist in een kritiekloos weekblad gelezen dat implantaten superieur zijn aan de conventionele prothese. (Soortgelijke situaties maakt elke practicus frequent mee na wéér eens een televisie-uitzending over

nieuwe behandelmethoden.) Bij de gezamenlijke evaluatie van de videobanden door spelers, cursisten en cursusleiding wordt duidelijk dat het praktisch toepassen van de theorie over communicatie en gespreksvoering met recht oefening verdient. Degenen die de rol van tandarts speelden brachten het er in de ogen van de anderen verre van vlekkeloos af. Maar al te snel werd door de tandarts een verdedigende houding ingenomen en werd tot een discussie met de patiënt overgegaan, waar in feite als eerste gepeild moet worden wat de behoeften en emoties van de patiënt zijn en de patiënt via feed-back moet worden laten verstaan dat men hem hoort en begrijpt.

De benaderingswijze van de cursusleiding bleek afstandelijk-adviserend: de wijze van omgaan met patiënten door de cursisten wordt door allen gezamenlijk besproken en pas in tweede instantie worden enkele hoofdlijnen door de cursusgevers geschetst. Een en ander is inherent aan het gegeven dat het een werk cursus betreft.

2de middag

Als eerste werd beoefend hoe om te gaan met argwanende patiënten. Voor de niet-actieve deelnemers blijkt het gadeslaan van fouten door de anderen gemaakt, zeer leerzaam. Zo valt op dat men in één adem twee vragen tegelijkertijd stelt en dat de als tandartsen fungerende cursisten vaak met probleemoplossingen komen voordat men zich het probleem in volle omvang bewust is. Na de evaluatie van het rollenspel werd een videoband getoond en besproken.

Door de vele interventies van de deelnemers leek de daaropvolgende discussie weinig geordend, maar de cursusgevers bleken toch telkens weer terug te gaan naar de grote lijn. Onder andere werd gewezen op verhoudingen in de spreektijden van

tandarts en patiënt, op de gevaren van het 'ja, maar' gesprek' dat tot ruzie leidt, op 'meer van hetzelfde' gesprekken, waarin men door herhalingen niet verder komt, op het doel van voorlichting, dat niet gericht is op gedragsverandering maar op hulp geven bij mening- en besluitvorming, op oplossingen van 'de tweede orde', bij voorbeeld door te zeggen dat je maar beter de relatie met de patiënt kunt verbreken. Het belang van karakterstructuurkenmerken wordt nog even aangestipt; intern georiënteerde patiënten kun je niet genoeg informatie geven, waar dat bij 'externals' onzekerheid veroorzaakt, maar beide groepen moeten wel een bepaald minimum aan informatie krijgen.

Tot slot van de middag werd de videoband 'Niemand wil bij mij trekken' getoond; de patiënte die telkens nul op haar request krijgt als zij - ten onrechte - een volledige prothese wenst, blijkt uiteindelijk als gevolg van goede voorlichting zeer bereid haar eigen gebit te behouden.

3de middag

Op verzoek van de cursisten werd aan de hand van een artikel uit de psychotherapeutische hoek gewezen op verborgen signalen, die de patiënt uitzendt bij het binnenkomen en de begroeting (jas aanhouden kan weerstand betekenen), bij het afscheid nemen en conventies (bedanken kan slechts een beleefdheidsfrase zijn) en bij het telefoneren (waardoor gemakkelijk onenigheid ontstaat). Ook het te vroeg of te laat komen kan bijbetekenissen hebben, evenals het laat betalen.

Vervolgens werd de cursisten gevraagd commentaar te leveren op een eerste gesprek met een nieuwe patiënt. Tot slot werd weer een casus gespeeld: een goed gemotiveerde patiënt met pockets had in een populair tijdschrift gelezen dat een alternatieve behandeling mogelijk en ge-

wenst is. Drie cursisten, voor tandarts spelend, pakken dit probleem aan. Het valt op dat er sprake is van een duidelijke progressie in de benaderingswijze.

4e middag

Met enige variatie gelek de laatste middag op de vorige. Gevraagd werd te reflecteren op patiënten met mondbrandproblematiek; welke emoties, welk gevoel zit daar achter? De laatste oefening maakte duidelijk dat goede communicatie een degelijke kennis van ook de nieuwste verworvenheden in de tandheelkunde eist.

BEOORDELING

De cursus was mede door het beperkte aantal deelnemers erg informeel en verliep in een zeer goede sfeer. Door de (gevraagde) inbreng van de (bevlogene) cursisten en de grote mate van vrijheid in de keuze van te beoefenen situaties zal een volgende cursus waarschijnlijk anders in elkaar zitten.

Opvallend is de terughoudendheid van de zeer kundige cursusgevers. Er werd weinig opgedrongen, tijdens de oefensituaties noch tijdens de daaropvolgende evaluaties. Volstaan werd met het in herinnering brengen van algemene principes voor gespreksvoering en informatie-overdracht. Het wijzen op fouten gebeurde op een weinig belerende wijze. De cursisten leken zeer tevreden.

Deze werk cursus, die zeker moet blijven bestaan, is zeer aan te bevelen, al was het maar omdat de technieken moeilijk uit boeken zijn aan te leren en het belang van informatieverstrekking op de juiste wijze en van een goede communicatie niet hoog genoeg kan worden geschat.

A. H. B. Schuurs, Amsterdam

De keuze van de te bespreken cursus is gemaakt in overleg met het Orgaan Paot. De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij de redactie.