

# Van informeren tot interactief communiceren

C.M.J. van Woerkum

**Samenvatting.** Ook in de tandartspraktijk is communicatie een belangrijk onderdeel van de professie. Daarbij zijn een drietal functies te onderscheiden: 1. De direct aan de behandeling gekoppelde functie; 2. De functie die samenhangt met het 'informed consent'; en 3. De preventieve functie. Voor deze functies is het van belang dat tandartsen zich bezinnen op hun wijze van communiceren. Daartoe kunnen een drietal basismodellen worden onderscheiden, die in het artikel uitgewerkt worden. Er is een ontwikkeling bespeurbaar in de richting van een meer interactieve benadering.

WOERKUM CMJ VAN. Van informeren tot interactief communiceren. Ned Tijdschr Tandheelkd 1998; 105: 46-48.

Uit de vakgroep Voorlichtingskunde van de Landbouwwuniversiteit Wageningen.

Trefwoorden: Communiceren – Voorlichting – Informed consent

Datum van acceptatie: 4 november 1997.

Adres: Prof.dr. C.M.J. van Woerkum  
Hollandseweg 1,  
6706 KN Wageningen.

## 1 Inleiding

In de gezondheidszorg en ook in de tandartspraktijk is communicatie een belangrijk aspect van het werk, dat aan steeds hogere kwaliteitsnormen moet beantwoorden. Het is niet meer voldoende dat 'men eraan doet', maar goede communicatie hoort standaard tot het arsenaal waarmee de hulpverlener werkt. Of het nu een chirurg betreft die zijn patiënten begeleidt naar (en na) een operatie, een huisarts of een tandarts, de contacten met de patiënt moeten aan bepaalde normen voldoen. De gezondheidszorg onderscheidt zich op dit punt overigens niet van uiteenlopende beroepen als de bestuurder, de politieagent of de manager.

Bij de tandartsen zijn drie functies van deze communicatie te onderscheiden:

- De direct aan de behandeling gekoppelde functie.  
Het gaat hier om de ontvangst van de patiënt (met de wachtkamer als eerste contactpunt), de bejegening voor, tijdens en na de behandeling en eventuele vervolgspraken. Aspecten hiervan zijn de informatie over wat er gaat gebeuren (en waarom) en de omgang met angstige patiënten of met kinderen. Dit alles ten dienste van een zo effectief mogelijke behandeling.
- De functie die samenhangt met het 'informed consent'.  
De patiënt moet instemmen met de behandeling. Dit kan, zeker bij alternatieven, de vorm aannemen van onderhandelingen, waarbij de besluitvorming in feite een gemeenschappelijke aangelegenheid is en dus ook van de patiënt het een en ander vraagt. Deze moet de belangrijkste consequenties van een behandeling (effectiviteit, duurzaamheid, financiële gevolgen, pijn) onderkennen en op grond hiervan, met de tandarts, tot een besluit komen.
- De preventieve functie.  
Tandartsen hebben, evenals huisartsen, de belangrijke taak de patiënt te stimuleren zelf voor zijn gezondheid te zorgen. Dit kunnen ze op vele manieren bereiken, via affiches, folders en uiteraard een goed educatief gesprek.

Vanwege deze functies is het nuttig dat tandartsen zich bezinnen op hun communicatief gedrag en op de achtergronden en de consequenties hiervan. Daarbij is het wenselijk dat ze zich enkele fundamentele opvattingen over communicatie eigen maken.

Het doel van dit artikel is te laten zien welke basismodellen over communicatie in omloop zijn en wat ze voor het beroep van tandarts betekenen. Daarbij wordt een drietal modellen onderscheiden:

1. Communicatie als informatie-overdracht. Het gaat hier om een opvatting van communicatie waarbij de tandarts als

zender een boodschap overbrengt naar de patiënt (de ontvanger), om deze een noodzakelijk geachte informatie op de hoogte te brengen.

2. Communicatie als persuasie. Deze vorm van communicatie heeft verderliggende doelen: attitude en/of gedragsverandering. Aanname is dat alleen het (cognitief) verstrekken van een boodschap daarbij niet volstaat. Nodig is een doelbewuste, strategische aanpak om de patiënt tot een andere houding of gedrag te bewegen.
3. Communicatie als interactie. Hierbij wordt het wederkerigheidsaspect van communicatie benadrukt. De rollen zender en ontvanger wisselen en bijgevolg vindt er aan beide zijden kenniswinst en/of beïnvloeding plaats.

In principe kunnen alle drie communicatiemodellen gekoppeld worden aan de drie bovengenoemde functies. Het idee is echter dat het interactiemodel bij alle functies mogelijk beslissende voordelen biedt. Dit is het model dat ons inziens meer aandacht dient te krijgen in de beroepspraktijk. Om deze veronderstelling beter te funderen worden bovengenoemde drie modellen achtereenvolgens besproken.

## 2 Communicatie als informatie-overdracht

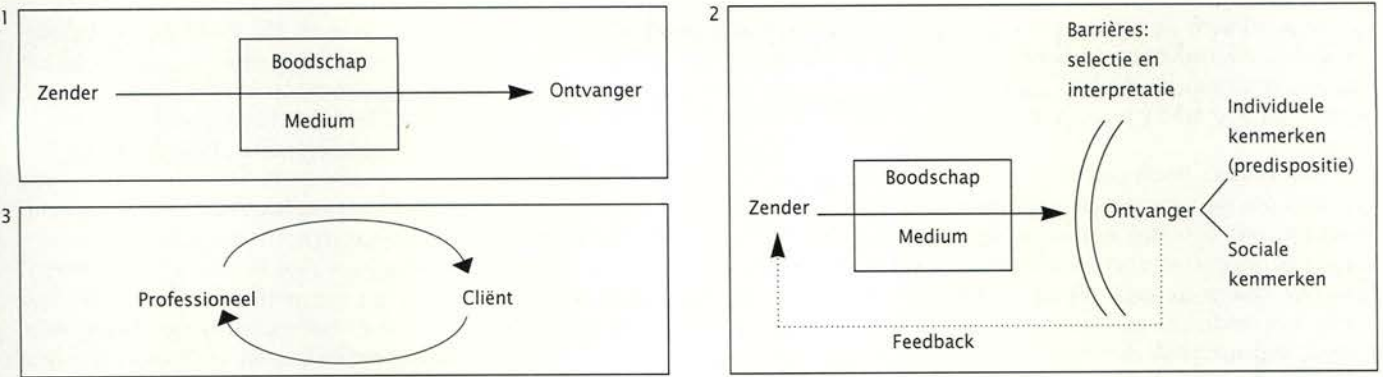
Een tandarts kan zich beperken tot het aangeven van wat hij gaat doen (de eerste functie), alternatieven voorleggen (de tweede functie) of zeggen wat een verstandige mondhygiëne oplevert (de derde functie). Hij verstrekt daartoe in begrijpelijke termen de nodige informatie.

In deze minimale variant is de tandarts de informant en de patiënt puur een ontvanger. Deze manier van communiceren is ook terug te vinden in massamediale nieuwsrubrieken, bijvoorbeeld waar het gaat om het weerbericht. In afbeelding 1 is deze vorm van communicatie weergegeven.

Typerend is een relatief geringe betrokkenheid van de zender op de eigenaardigheid van de ontvanger. Dit uit zich in standaardvoorlichting: aan de verschillen tussen patiënten wordt betrekkelijk weinig aandacht besteed. Een belangrijk criterium is wel de algemene begrijpelijkheid. Als een tandarts tegen een patiënt zegt dat een kies 'pervers gesitueerd' is wordt aan dit criterium niet voldaan.

Achter dit communicatiemodel ligt een beroepsopvatting die de distantie tussen de hulpverlener en de patiënt accentueert. De tandarts hoeft van de patiënt niet veel meer te weten dan wat hij in diens mond aantreft. Op vragen van de patiënt zal hij ingaan, maar hij zal die vragen niet zelf oproepen. De patiënt moet verder zelf weten wat hij met de informatie doet.





Afb. 1. Communicatie als informatie-overdracht. Afb. 2. Communicatie als persuasie. Afb. 3. Communicatie als interactie.

### 3 Communicatie als persuasie

De tandarts kan angstige patiënten doelbewust tot een meer ontspannen houding proberen te bewegen (de eerste, op de behandeling gerichte functie), bij onderhandelingen over alternatieve behandelingen de patiënt proberen te overtuigen van de zijns inziens meest effectieve oplossing (de tweede, op 'informed consent' gerichte functie) of hem aanspreken op zijn slechte poetsgedrag (de derde, preventieve functie). We praten dan over bewuste beïnvloeding, of in jargon: over persuasieve communicatie. Het gaat niet alleen om informatie-overdracht. Door de communicatie moet de patiënt zijn houding of gedrag veranderen.

Deze variant vraagt meer tijd, aandacht en energie van de tandarts dan de vorige. We kunnen een vergelijking maken met de specialisten op het gebied van ideële reclame, of met de verkeersvoorlichter. Het gaat ergens om, de inzet is een andere houding of gedrag en we weten dat dit niet vanzelf bereikt kan worden. Vanwege allerlei kenmerken van de ontvanger (predispositie) en de doelgroep waartoe deze behoort vindt er een bepaalde selectie en interpretatie plaats die het effect sterk kunnen beïnvloeden. Alleen strategisch doordachte boodschappen maken enige kans (afb. 2).

Daarbij past een veel intensievere aandacht voor de ontvanger en voor de verschillen tussen ontvangers. De voorlichting is dus niet standaard meer, maar gericht op een bepaald individu of een segment. Bij massamediale campagnes wordt zeer nadrukkelijk vanuit een bepaalde doelgroep gedacht. In de spreekkamer wordt de boodschap afgestemd op de persoon. Bij personen met een betrekkelijk geringe opleiding wordt bijvoorbeeld geen uitvoerig tandheekkundig exposé gegeven om duidelijk te maken waarom de ene behandeling beter is dan de andere. Bij jonge kinderen gebruikt men zeer gedoseerd (of juist niet) 'fear-appeal', bijvoorbeeld "Als je niet beter poetst, dan...", enzovoorts.

Ging het bij het eerste model hoogstens om begrijpelijkheid, hier gaan meer 'boodschapprofactoren' meetellen, zoals attractiviteit (ze moeten open staan voor de boodschap), bindkracht (ze moeten geboeid blijven), acceptatie (ze moeten de strekking van de boodschap onderschrijven) en indringendheid (ze moeten er zich nog iets van kunnen herinneren). Er bestaan diverse sociaal-psychologische modellen, waarmee een dergelijke benadering kan worden geoptimaliseerd, bijvoorbeeld van McGuire, Fishbein en Ajzen, of Petty en Cacioppo (Petty en Cacioppo, 1987; Kok *et al*, 1992; Van Woerkum en Kuiper, 1995).

De achterliggende beroepsopvatting is weliswaar gebaseerd op distantie, met de tandarts als de bewegende en de patiënt als de bewegene (het 'object van communicatie'), maar deze distantie is toch maar betrekkelijk. Van de zender wordt gevraagd dat hij zich uitvoerig in zijn patiënt verdiept, om tot

succes te kunnen komen. Om deze reden zal hij de patiënt ook vragen stellen. Tot een werkelijk gesprek komt het niet, want de vragen zijn puur strategisch van aard. De patiënt moet kenbaar gemaakt worden en daarmee beïnvloedbaar. De tandarts heeft verder aandacht voor evaluatie. De mate van compliance wordt beoordeeld, in latere contacten wordt gezien of en hoe de patiënt anders is gaan denken of zijn gedrag heeft aangepast (monitoring).

### 4 Communicatie als interactie

De tandarts kan zijn behandeling interactief maken: de patiënt bepaalt bijvoorbeeld korte pauzes (de eerste functie), hij kan in open overleg over de beste behandeling praten (informed consent, de tweede functie), of in een gesprek, de patiënt mee helpen denken over zijn snoepprobleem (de derde, preventieve functie).

Het zal duidelijk zijn dat interactie relatief veel tijd kost. De hele behandeling is in deze opvatting te zien als een co-productie en ook bij preventie is de ervaring en deskundigheid van de patiënt (m.b.t. zijn eigen situatie) een even belangrijke input als de expertise van de tandarts. Zowel bij de oorzaken van tandheekkundige problemen als bij de oplossingen is de patiënt een persoon die actief meedenkt en in interactie met de tandarts tot een bepaalde oordeelsvorming komt. De extra bestede tijd zou in theorie kunnen renderen omdat de behandeling beter kan verlopen, er sprake is van een werkelijk onderbouwde informed consent en er ook preventief resultaten worden bereikt. Dit laatste is te beargumenteren, onder andere vanuit het gegeven dat via participatie betrokkenheid ontstaat en dat betrokkenheid een belangrijke voorwaarde is voor ander gedrag. De via persuasieve communicatie verstrekte argumenten werken vaak niet, juist omdat de motivatie ontbreekt om op het gebied van de mondhygiëne veel te ondernemen. In interactie ontstaat veel meer de kans voor bezinning en de actieve exploratie van de eigen situatie ('waarom snoep ik zoveel?'). Uiteraard hangt de effectiviteit sterk af van de uitvoering. Toch bestaat allerwegen het idee dat bij 'health promotion' participatie essentieel is (Vaandrager, 1995). De instrumenteel gerichte persuasieve communicatie heeft grote beperkingen, dit is de teneur van veel onderzoeken (Van Woerkum, 1997).

Een ideaaltypisch voorbeeld van het interactieve communicatiemodel is het beroepskeuze-advies, wat in de praktijk doorgaans sterk interactief wordt georganiseerd. Maar we vinden deze variant steeds vaker ook in andere sectoren: in zogenaamde MIM-projecten (moeders informeren moeders), bij vraagstukken van ruimtelijke planning, in ondernemingen. De gedachte is steeds dat het individu in zijn rol als patiënt, opvoeder, burger of werknemer eigenaar is van de problemen



om hem heen en de eerste is om de voor hem toepasselijke analyse van oorzaken en oplossingen te bedenken. De verdeling van communicatie rollen in zenders en ontvangers wordt opgeheven. De tandarts luistert evenzeer als dat hij spreekt (afb. 3).

Deze variant heeft dus belangrijke methodische consequenties. Zo ligt het voor de hand dat de patiënt de tandarts moet kunnen opbellen om bepaalde vragen opgehelderd te krijgen of om over een bepaalde behandeling nader te overleggen. Die vragen kunnen uit hemzelf komen, of uit wat hij hoort van anderen, of via al zijn niet hierop toegespitste media, bijvoorbeeld de algemene publieksvoorlichting op dentaal gebied. Ook is het vanzelfsprekend dat een patiënt zijn dossier moet kunnen inzien en een goed inzicht moet kunnen krijgen in de actuele en te verwachten conditie van zijn gebit. Bovendien moet de relatie open en egalitair zijn, zonder remmingen die te wijten zijn aan de hiërarchische code waarbij een alwetende professional beslist en de patiënt afwacht.

De beroepsopvatting is derhalve faciliterend. De tandarts helpt de patiënt bij zijn gezondheid, zowel praktisch uitvoerend als in zijn denken daarover. De principes van de behandelingspraktijk moeten desgewenst inzichtelijk gemaakt kunnen worden. De patiënt is de eerstverantwoordelijke en zo moet hij worden aangesproken.

## 5 Besluit

In de sfeer van de gezondheidsvoorlichting valt een verschuiving waar te nemen van een puur-informatieve benadering naar een meer actieve persuasieve benadering en vervolgens naar een interactieve benadering. In recente ideeën over 'health promotion' wordt interactie steeds sterker als wenselijk naar voren geschoven.

Het is zeker nog niet duidelijk hoe deze interactieve benadering zich verhoudt met de realiteit van de modale tandartspraktijk. Ze kost meer tijd, zonder dat dit gepaard gaat met

evenredige vergoedingen. De winst aan kwaliteit kan berekend worden, maar is moeilijk hard empirisch aantoonbaar, hoewel onderzoek in deze richting denkbaar lijkt.

Twee ontwikkelingen zullen het actieve model begunstigen. De eerste ontwikkeling is reeds genoemd. Het idee van informed consent suggereert op zijn minst meer overleg en een andere relatie. Dit kan zijn weerslag hebben op het totale communicatiepatroon, ook ten aanzien van de andere functies.

De tweede ontwikkeling, die niet los staat van de eerste, betreft de hele ontwikkeling van patiënten tot zelfstandige, bewuste en (soms) kritische consumenten van gezondheidsfaciliteiten. Ook in ziekenhuizen en huisartspraktijken gedragen zich patiënten anders dan – zeg – tien jaar geleden. Het hogere opleidingsniveau speelt daarbij een rol, tezamen met sociale ontwikkelingen als een verdergaande individualisering en het mede door toedoen van de media ontmythologiseren van de medische professie. Ten slotte is ook in de commerciële sfeer een veel sterkere klantgerichtheid bespeurbaar, waardoor ook de medische 'klant' eerder voor zichzelf opkomt en met vragen en problemen tot de hulpverlener toetreedt.

Op zijn minst lijkt het gewenst dat de professie 'tandarts' zich op deze ontwikkelingen bezint en bedenkt of en hoe daaraan vorm gegeven kan worden in de praktijk.

## Literatuur

- KOK GJ, MEERTENS RW, WILKE HAM. Voorlichting en verandering. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1992.
- PETTY RE, CACIOPPO JT. The elaboration likelihood model of persuasion. In: L.Berkowitz, red. *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press, 1986.
- VAANDRAGER HW. Constructing a healthy balance; action and research ingredients to facilitate the process of health promotion. Wageningen: Landbouwwuniversiteit Wageningen, 1995. Academisch proefschrift.
- WOERKUM CMJ VAN, KUIPER D. Voorlichtingskunde; een inleiding. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- WOERKUM CMJ VAN. Communicatie en interactieve beleidsvorming. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.

## Summary

### FROM INFORMATION TO INTERACTION

Key words: Communicate – Health promotion – Informed consent

Three functions of communication are distinguishable in the practice of dentists: the function directly related to the treatment, the function related to 'informed consent' and the preventive function. For these three functions different communication-models are applicable: communication as transfer-of-information, communication as persuasion and communication as interaction. It is argued that the interaction model of communication is the most promising model nowadays.