Medical Students' Attitudes

Attitude Development in a Medical School

V. Batenburg

Omslag: R. van de Bosch, "Man op fiets in duin; hommage aan Willem Hussen."
Foto: Riet Kamper
Druk: Drukkerij Elinkwijk BV, Utrecht
Correctie Engels: mw. drs. L. Cobb en mw. drs. A. de Glanville

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotocopie, microfilm, of op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm, or any other means, without prior permission of the author.

Medical Students' Attitudes

Attitude Development in a Medical School

Attitudes van medisch studenten

Attitude-ontwikkeling in een medische faculteit

(met een samenvatting in het Nederlands)

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Utrecht
op gezag van de Rector Magnificus, prof.dr. J.A. van Ginkel,
ingevolge het besluit van het College van Decanen in het openbaar te verdedigen
op dinsdag 29 april 1997 des namiddags te 2.30 uur.

door

Vera Batenburg
geboren op 1 april 1948 te Amersfoort

Promotor:

Prof.dr. R.A. de Melker

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Faculteit Geneeskunde, Universiteit Utrecht

Co-promotor:

Dr. J.A. Smal

Afdeling Onderwijs en Onderzoek, Faculteit Geneeskunde, Universiteit Utrecht

"Acquisition of self-awareness is a healing process in itself."

(Longhurst 1989)

Aan mijn moeder

CONTENTS

1. Introduction 13
   1.1 Introduction 14
      1.1.1 The science and the art of medicine 14
      1.1.2 The affective domain 15
   1.2 Attitude 16
      1.2.1 Definition 16
      1.2.2 The formation and change of attitudes 17
      1.2.3 The relation between attitudes and behaviour 19
   1.3 Attitudes and medical education 20
      1.3.1 Attitude development 21
      1.3.2 Research data: students' attitudes 21
   1.4 Aim of the thesis 22
   1.5 References 26

2. Medical interviewing: initial student problems 31
   2.1 Summary 32
   2.2 Introduction 32
   2.3 A new objective 33
   2.4 Initial problems of the students 35
   2.5 Evaluation of the programme 36
   2.6 Discussion 38
   2.7 References 40

3. A comprehensive course in history-taking: the approach in Utrecht 41
   3.1 Synopsis 42
   3.2 Inleiding 43
   3.3 Onderwijs gespreksvoering 44
   3.4 Klinische gespreksvoering 45
   3.5 Doel 45
   3.6 Inhoud 46
   3.7 Organisatie 46
   3.8 Werkwijze 47
   3.9 Evaluatie 47
   3.10 Resultaten 48
   3.11 Bespreking 49
   3.12 Conclusie 51
   3.13 Referenties 52

4. Reflection: a meeting for clerks 53
4.1 Synopsis 54
4.2 Samenvatting 56
4.3 Inleiding 56
4.4 Begeleiding van co-assistenten 57
4.5 Doel van de 'terugkombijeenkomst' 58
4.6 Programma 58
4.7 Enkele aanpassingen 60
4.8 Evaluatieresultaten 60
4.9 Beschouwing 61
4.10 Conclusie 64
4.11 Referenties 65

5. The Ideal Physician 67
5.1 Synopsis 68
5.2 Samenvatting 70
5.3 Abstract 70
5.4 Inleiding 71
5.5 Methode 73
5.6 Resultaten 75
5.7 Beschouwing 77
5.8 Conclusie 79
5.9 Dankwoord 79
5.10 Referenties 80

6. Do professional attitudes change during medical education? 83
6.1 Abstract 84
6.2 Introduction 84
6.3 Method 86
6.4 Results 89
6.5 Discussion 92
6.6 Conclusion 94
6.7 References 95

7. Does a communication course influence medical students' attitudes? 97
7.1 Summary 98
7.2 Introduction 98
7.3 Methods 99
7.4 Results 102
7.5 Discussion 106
7.6 Conclusion 108
7.7 References 109

8. Are professional attitudes related to gender and medical specialty? 113
8.1 Summary 114
8.2 Introduction 114
8.3 Methods 116
8.4 Results 117
8.5 Discussion 119
8.6 References 121

9. 'Het binnenste buiten' 123
9.1 Ten geleide 124
9.2 Hoofdstuk 1: De attitude van de arts: begripsbepaling 125
9.2.1 Wat is attitude? 125
9.2.2 Wat is de beroepsattitude van de arts? 126
9.2.3 Bestaat er een 'juiste' beroepsattitude? 127
9.2.4 Hoe ontwikkelt zich de beroepsattitude van de arts? 129
9.2.5 Waarom expliciet attitude-onderwijs? 130
9.2.6 Moet attitude-onderwijs getoetst worden? 131
9.2.7 Conclusie 132
9.3 Twee vormen van attitude-onderwijs in Nederland 133
9.3.1 Inleiding 133
9.3.2 De Maastrichtse Ervaringscirkel 133
9.3.3 Het Amsterdamse attitudelijnonderwijs 135
9.3.4 Vergelijking Maastricht-Amsterdam 136
9.3.5 Conclusie 140

9.4 Contouren van attitude-onderwijs 141
9.4.1 Inleiding 141
9.4.2 Definitie 141
9.4.3 De onderwijsdoelstelling 141
9.4.4 Didactisch model 142
9.4.5 Voorwaarden voor attitude-onderwijs 147
9.4.6 Toetsing van attitude-onderwijs 148
9.4.7 Conclusie 149
9.5 Concretisering van attitude-onderwijs in het curriculum 150
9.5.1 Inleiding 150
9.5.2 De plaats in het curriculum 150
9.5.3 Expliciet attitude-onderwijs jaar 1-4 151
9.5.4 Geïntegreerd attitude-onderwijs 152
9.5.5 Attitude-onderwijs tijdens de co-assistentschappen 152
9.5.6 De haalbaarheid van attitude-onderwijs in het curriculum . . . 154
9.5.7 Toetsing van attitude-onderwijs in het curriculum 155
9.5.8 Conclusie 156
9.6 Conclusies en aanbevelingen 156
9.7 Kader 3.1: Weerstanden bij studenten 159
9.8 Kader 4.1: Angst voor kanker 161
9.9 Kader 4.2: Introductiemiddag fysische diagnostiek 163
9.10 Kader 4.3: Twee suggesties voor attitude-onderwijs 165
9.11 Kader 4.4: Checklist reflectie 166
9.12 References 167

10. Final discussion, conclusions and recommendations 171
10.1 Introduction 172
10.2 Main findings on students' attitudes 172
10.2.1 The art of medicine and attitudes 172
10.2.2 The fate of attitudes in medical education 173
10.2.3 Students' experiences of attitude-aimed courses 174
10.2.4 Students' attitudes measured by attitude questionnaires 176
10.3 Methodological and conceptual considerations 178
10.4 Implications for medical education 180
10.4.1 Which attitudes should be taught? 181
10.4.2 How should attitudes be taught? 182
10.4.3 How can attitudes be assessed? 183
10.5 Recommendations for future research 184
10.6 References 185

Summary 189

Samenvatting 199

References in alphabetical order 211

Appendix 1. Attitude - Vragenlijst 225

Appendix 2. Attitude - Vragenlijst (A-versie) 237

Appendix 3. Attitude - Vragenlijst (B-versie) 245

Nawoord 253

Curriculum vitae 255

Chapter 1

Introduction

Introductie

"Doctors treat patients, not diseases."

(Cassell 1985)

1.1 Introduction

The attitudes of medical students and medical trainees in various phases of their education are described in this thesis. The relation between students' attitudes and the medical curriculum is investigated.

The following questions are discussed: What is the importance of 'attitude' in medical practice? Which attitudes are held by medical students and trainees? How can attitudes be defined? Can attitudes be learned? Are attitudes teachable and if so, how can they be taught? The background of our attitude studies is described in the next sections, followed by the research questions and hypotheses of the studies discussed later in this thesis.

1.1.1 The science and the art of medicine

A distinction has been made between 'the two faces of medicine'[1]: the science and the art of medicine. These two faces each have different possibilities and limitations, which are illustrated below in the case of a knee trauma. The patient's disease is interpreted by one doctor in terms of objective pathology and the treatment is based on sound scientific principles. The same patient is also treated by a second doctor in a different, more subjective way, focussing on the personal trauma surrounding the knee trauma. Here, the physician's 'scalpel' consists of entering the patient's world, listening closely, and trying to see the trouble through her eyes. These two approaches in treating a patient represent two different professional attitudes: a doctor-centred and a patient-centred attitude.

Case

A 19-year-old girl was playing baseball when she fell down. She was unable to bear weight on her right leg after the fall as she had dislocated her patella.
After referral to the orthopedic service of a general hospital, an arthrotomy was performed with soft tissue stabilisation of her patella. The clinic doctor felt that the patient's response to surgical treatment was unsatisfactory. She had not complied with instructions to practice quadriceps exercises and did not cooperate with the physiotherapist. When challenged with this by the doctor, the patient became hostile and their relationship deteriorated. As her convalescence progressed, the patient continued to have loss of function in her knee. In addition, she complained of fatigue, fainting, palpitations, vomiting, diarrhoea, and excessive perspiration. The doctor told her that these symptoms were not due to postsurgical complications and

suggested that she consult her family physician.
Following a physical examination and laboratory investigations, the family physician concluded that the patient's additional symptoms were manifestations of anxiety. In the next few weeks, in response to the physician's active listening, she talked about her life. She was raised in a strict environment as the youngest child; competition with her athletic brothers had caused her to excel in sports, which compensated for her average academic performance. All her time, hopes, and aspirations were invested in baseball.
Over several weeks, the patient developed insight into her problems and gradually recovered from her injury. In her view, the only area in which she had actualised herself had been destroyed, and in response she had developed profound anxiety.[2]

Knee injuries do not usually cause life crises. The meaning of this patient's illness can be interpreted at more than one level. Its meaning in anatomical and functional terms was not difficult to define. To the patient, however, it had another meaning which was conveyed to the physician indirectly, through noncooperation and physiological symptoms.
What did this require of the physician? It required self-knowledge to respond to the patient's anger, not with anger, but with the question: "Why is this patient angry and uncooperative?" The doctor needed the analytical skill to exclude an organic basis for the patient's symptoms. He needed skills of empathy and attentive listening to help the patient work through her problems he had to think in terms of complex relationships rather than in a single causal chain. These required professional attitudes comprise the art, the affective domain, of medicine.[3]

1.1.2 The affective domain

Should not a notion of blindness - and of a particular patient's experience of blindness - be as important as a knowledge of vision?[2]

What is the importance of the affective domain for medical practice? The affective side of medicine heavily influences doctor-patient relations and outcomes of health care.[4] Current research demonstrates that the quantity, quality, and impact of information obtained during a medical encounter are related to the interviewer's style, interest, and involvement.[5,6] A good doctor-patient interaction has been associated with a variety of positive effects on accurate diagnosis, effective patient education,

patient satisfaction as well as compliance and recall, detection and management of psychosocial problems, and favourable health outcomes.[7,8,9,10,11] Interest in the affective aspects of the doctor-patient relationship and in doctors' attitudes toward patients is growing in Dutch public debates,[12,13] in research,[1,14,15,16,17] in Dutch medical curricula - especially since the adoption of new attitudinal educational objectives,[18] and also internationally in medical teaching.[19,20]

1.2 Attitude

It happened the other morning on rounds, as it often does, that while I was carefully ausculting a patient's chest, he began to ask me a question. 'Quiet', I said, 'I can't hear you while I'm listening.[21]

1.2.1 Definition

What exactly is an attitude? In their influential study on attitudes, Fishbein and Ajzen stated that there are over 500 ways to measure attitudes,[22] which highlights the diversity of notions in the concept of attitude. Attitude has been defined as: a system of personality traits, norms, values, feelings, ideas, and opinions that determines how a person behaves in certain situations.[3] Attitude has sometimes been used as a synonym of personality, but attitudes are less deeply rooted, less enduring, and less characteristic than personality traits. Personality traits (for instance, extraversion) refer to broader ranges of behaviour and are not directed to a specific object. The term 'values', sometimes used as a synonym of attitudes, is restricted to attitudes towards relatively abstract goals or end states of human existence, like benevolence.[23]

The concept of attitude has been a long-standing theme in social psychology. In the 1930s, attitude was described as a form of readiness to respond to a situation; for instance, the attitude towards minority groups.[24] Later, it was seen as a learned predisposition to respond favourably or unfavourably in a consistent way to a given object, e.g., to a person, an institution, or an idea, such as the attitude towards smoking.[22,25,26] A recent definition of attitude is a psychological tendency that is expressed by evaluating a particular entity with some degree of favour or disfavour.[23]

Three components are commonly distinguished in attitudes: the beliefs about an object- the cognitive component; the affect connected with the object - the feeling component; and the disposition to take action with respect to the object - the action tendency component. The following example illustrates these three components in one doctor's attitude towards alcoholism.

Example

During my early years in practice, I was not particularly successful in dealing with alcoholics. I believed that alcoholism was not a disease and that self-control was a valued characteristic attainable by all. My physician role, at best, was to treat disease in the hospital, at worst, to treat people in the home. My professional attitude was predictable. My professional development was still, in many ways, adolescent. My personal experience of alcohol reflected a family capacity to tolerate moderate social drinking at the right time and place but under control. Drinking did not make one sick, unless it was by choice (the hangover).

However, in practice I was confronted with people being destroyed by alcoholism. I responded inappropriately to passive-aggressive personalities and the endless noncompliance of the alcoholic patient. I was arrogant, paternalistic, intolerant and belligerent, but that was my perspective, my model of the reality of alcoholism.[27]

In this example, the physician's personal internal beliefs and feelings about alcoholism had a vast influence on his manifest professional behaviour toward his patient. He was convinced that alcoholism was not a disease (cognition); he felt disapproval for his patients (feeling); and his actions were paternalistic (action tendency).

For our study on medical students' attitudes, we chose Fishbein and Ajzen's definition of attitudes: attitudes are systems of beliefs, feelings, and action intentions toward a given object.[22,25] This definition was chosen because of its longstanding theoretical and empirical reputation and its pragmatical value for medical education, where aims in knowledge, attitudes, and skills are distinguished in course development. This definition is commonly accepted in the circles of medical teachers and educational researchers united in the Dutch Association for Medical Education.

1.2.2 The formation and change of attitudes

How do attitudes develop? And how do they change? Development and change occur by four processes: cognitive, behavioural, affective, and social. Firstly, cognitive processes are at work: new information is processed selectively by people,[28,29] and persuasion can occur when messages evoke favourable thoughts.[30] Persuasion based on arguments is thought to be powerful.[31] A boomerang effect, however, can occur if new information is too different from the existing attitude.[32] These cognitive models are based upon the strive for balance in attitudes; imbalance motivates attitude change. If for example, agreement exists with friends and disagreement with

enemies, there is balance. Inbalance exists when one disagrees with friends and agrees with enemies. Secondly, attitudes are influenced by behaviour and actions: if people change their behaviour, their attitudes change accordingly. Festinger's theory[33] of cognitive dissonance predicts attitudinal change when one overtly advocates an opinion, discrepant from one's private point of view. In role-play, for instance, when a student has to play the part of a demanding patient, the student can discover, in displaying demanding behaviour, that the patient's perspective is quite reasonable. Thirdly, affective processes play a role in learning by conditioning or reinforcement.[34] If, for instance, an opinion does not receive attention and support, it will eventually fade away. Views which are reinforced, are gradually strengthened. Affective processes are also linked to the influence of the social environment, the fourth issue. In social influence,[35] three types of conformation processes can be distinguished: compliance, to get a favourable reaction from a superior, identification, to preserve a relation with an admired tutor, and internalization, in seeking help from a credible expert. The latter occur on a deeper level and are thought to be more enduring. Groups influence the attitudes of individual members by pressure to conform.[36,37,38]

Attitudes can vary in strength and importance; stronger and more important attitudes are frequently found to be more resistant to change. Attitudes can change in either a congruent (into the direction of the existing attitude) or an incongruent (away from the existing attitude) way. Attitude theory proposes that congruent change is easier to produce than incongruent change by the principle of cognitive dissonance.[33] Deeper change demands an increased self-insight; because these changes take a longer time to occur, the effect of change by self-insight has been called 'the sleeper effect',[39] for example in changing racial prejudice by information versus understanding one's self-defenses. To date, there is still no integrative theory on attitude change.[23]

Attitudes can be developed and changed by education, a conclusion which arose from a review of attitude studies in medical education.[4] Students' attitudes towards patients, illness, or proper conduct in care are influenced by peers, teachers, and curriculum content. The following example illustrates the persuasive power of medical education on attitudes, which in this case resulted in an unwelcome attitude change in a student.

Example

I was astounded by my behaviour with the patient. Intensive training in interpersonal communications would not have altered how I behaved. Given the time constraint, I dispensed with small talk, barely retaining a semblance of amenity... The focus of my thinking was on the patient's physical signs and symptoms and the physiological reasons for them.[40]

The student in the example was an educational psychologist who entered medical school to learn about the stresses on medical students. He had developed sensitivity to the psychological aspects of illness, but the lack of time and the pressure to conform to the behaviour of colleagues destroyed his good intentions; his attitude changed from patient-centred to doctor-centred.

1.2.3 The relation between attitudes and behaviour

The verdict of attitudes and behaviour being only very loosely if at all related, cannot be sustained any more.[41]

Attitudes have been postulated to motivate behaviour; the stronger the attitude, the more impact it has.[42] Most theories on the relation between attitudes and behaviour, however, are limited to will-controlled and simple behaviour; more encompassing theory is needed.[23] Predicting overt behaviour from attitude has been a problem in attitude research, because the relation between the two is inconsistent.[43] Individual factors, attitude characteristics, and situational factors influence the degree of agreement between attitudes and behaviour.[44] It has been stated that only rarely as much as 10% of the variance in overt behaviour of an individual can be accounted for by attitudinal data.[45] A recent meta-analysis of over 500 empirical studies dating from 1927 to 1990, however, showed a stronger relation. The correlation between attitudes and behaviour was 0.39-0.49; 15% to 24% of the variance was explained by attitudes.[41] It was concluded that attitudes play a central role in behaviour. For example, doctors' attitudes influence their perception, communication style, interpretation of obtained information, clinical problem solving, diagnosis, management, and referral.[46,47,48,49,50,51,52,53]
The following example is given, to illustrate the central role of attitudes in behaviour.

Example

Bill was a non-compliant patient who created difficulty for his physician. Bill ate chocolate bars that increased his weight and blood sugar; he refused the brace on his left leg, the side of his stroke; he rarely took his anti-hypertensive medications; and he was abusive to the nurses at the lodge. The doctor became angry, told me she disliked the patient and wished she could "fire him" from the practice. I asked the doctor, "Why would a 60-year-old man act in such a noncompliant manner and still come to the office?"
The doctor had not given this patient any space to rest his anguish. She was, in fact, inhospitable. She would not "let him in." She somatized everything about him and offered only oblique subversive communication to any substantive issues. We began to examine what was happening to her as a physician and as a person, to talk about old men, loneliness, disability, impotence, control and limitation. As she acknowledged her own fears surrounding these issues, she began to manifest her real compassion and her attention focused on Bill as a person. He had sensed that she had that compassion in her; that's why he kept coming back.[27]

This example shows how attitudes guide behaviour. Moreover, it is apparent that a lack of awareness of attitudes can hamper medical treatment. Reflection by the doctor upon personal beliefs and values can enhance awareness of attitudes. Self-awareness is important for medical care; its foundation can be laid in medical education.

1.3 Attitudes and medical education

Of paramount importance to successful relationships between physicians and their patients are the attitudes of physicians - toward their patients and toward themselves. Physicians must recognize their own limitations; understand their own values, emotions, and expectations; communicate effectively; and respect both the physical and emotional needs of their patients.[54]

Medical education has a profound influence on attitudes: medical education leaves a mentality in students.[55] Students acquire norms, values, and patterns of behaviour.[56]

1.3.1 Attitude development

Recent Dutch educational reports have stressed the importance of systematic and explicit attitude development and coaching of medical students, before and during clerkships.[57,58,59] Internationally, educational aims concerning attitudes and aims regarding the cognitive and skills domain to gain medical competence are considered equally relevant.[54,60]

In 1994, the Dutch medical schools agreed upon the definition of the final objectives of undergraduate medical education. In this 'Blueprint', medical competence is explicitly seen as the holding of attitudes alongside of the possession of knowledge and skills.[18] These attitudes consist firstly of the ability to establish a doctor-patient relationship. In this relationship, the doctor should 'act without prejudice, pursue as equalitarian a relationship as possible, act with tact and empathy, handle his or her own feelings and norms, handle the patients' feelings and norms, listen with an open ear, take into account the patient's needs and expectations, understand the patient's situation and social background, and understand the consequences of the illness in the context of the patient'. Secondly, awareness of the following requirements is stressed: 'handling one's uncertainties, limitations, and powerlessness; handling stress, acute situations, and responsibility; working in a team; and handling positive and negative criticism'.

If these attitudes are the final objectives of medical education, data on the actual attitudes of students are relevant. It has often been assumed that students automatically acquire the 'right' attitudes during medical training, but little is known about the result of this automatic learning process.

1.3.2 Research data: students' attitudes

It seems that medical school does contribute to the development of cynicism in students and that participation in a liberalized curriculum does not reverse this trend.[61]

Early studies on students' attitudes showed some startling results: students seemed to develop cynicism. The cross-sectional and longitudinal research by Eron showed a rise in cynicism as students proceeded with their studies.[62,63] Later studies demonstrated that students did not improve, but even deteriorated in the way they interviewed patients.[64] Students' interest in social factors in illness and in doctor-patient relations decreased when special courses were absent.[65] 'Clinical hypocom-

petence' toward patients was found in 300 conversations with students, house staff, and attending physicians, who had previously been thought quite competent.[66] It seemed that the biomedical orientation of the educational climate was a factor in the longitudinal decrease in the quality of students' interpersonal behaviour.[67] In a literature review of attitude studies from 1955 to 1974, it was demonstrated that medical education did indeed contribute to the development of cynicism and the decrease of humanitarianism in medical students.[61] Apparently, attitudes and skills fostering good doctor-patient relationships were not acquired automatically by the students. An 'erosion of attitudes' was the result.

One-sided confidence in technology to solve medical problems has caused medical schools to neglect teaching clinical skills.[68] Research has shown that attitudes can be modified by formal courses; however, it has also been demonstrated that newly acquired attitudes can only survive if they are supported and reinforced by the entire educational program.[4] Rezler and many others emphasize the short-lived effects on students' attitudes of patient-centred and comprehensive care courses in biomedical curricula favouring only doctor-centred attitudes.[69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80,81,82,83,84]

Students of medical schools with a biomedical orientation hold biomedical attitudes, while students of a biosocial curriculum hold biosocial attitudes.[85,86,87,88] Not only the formal content of the curriculum, but also the implicit value orientation within the medical school and the influence of role models appear very powerful in shaping attitudes, sometimes even more influential than the formal curriculum.[89,90,91,92,93,94,95,96,97] This implicit influence is called 'the hidden curriculum'.[98]

It can be concluded that medical schools with a biomedically oriented formal and hidden curriculum foster the development of doctor-centred attitudes at the cost of patient-centred attitudes, despite the existence of a few attitude-aimed courses. For example, the expected favourable influence of a special patient-oriented course was nil when students' attitudes to patients were assessed; there was only an increase in their knowledge on the subject.[99] In contrast, students' communication skills (showing empathy and handling emotions) seemed to improve after special courses, embedded in and supported by a biosocially oriented curriculum.[100]

1.4 Aim of the thesis

The aim of this thesis is to describe the attitude development of medical students at Utrecht Medical School. Which attitudes are actually exhibited by medical students?

What is the product of medical education in terms of students' attitudes? Does medical education contribute to the development of patient-centred attitudes?
Our first series of attitude studies consisted of a closer look at the aims and results of educational programmes on attitudes and communication skills. We investigated students' perception and assessment of these courses. In view of the research data mentioned above, we investigated whether students themselves experienced benefits on the attitudinal domain. These studies, three in total, are presented in Chapters 2 - 4.
The aim of the first study (**Chapter 2**) was to investigate which difficulties the students experienced in their first clinical interviews, in particular in collecting information and in communicating with (simulated) patients. From the literature, it was known that interview skills deteriorate when they do not receive explicit attention during the medical curriculum. At the time of the study, there were several courses in doctor-patient communication in the curriculum, but a systematic integrated approach to medical interviewing was absent. Furthermore, differences in student proficiency in clinical interviewing before and after a short clinical course were investigated by means of self-assessment. Students' appreciation of the course is also described. This study is entitled: 'Medical interviewing, initial student problems'.
Chapter 3 evaluates a new, comprehensive course in clinical interviewing at the start of the first clerkship. Teachers were general internists and social scientists. In response to the results found in the first study on student problems with the medical interview, a systematic approach to medical interviewing had been realised in the curriculum at the time of this second study. The aim of this study was the enhancement of skills, knowledge, and attitudes in history taking and patient communication. By means of self-assessment, it was investigated whether the course was successful in terms of benefits experienced by the students and whether students felt prepared for the clinical phase. This chapter is entitled: 'A comprehensive course in history-taking; the approach in Utrecht'.
Chapter 4 (the third study) describes the attitude development of students during the first phase of their clerkship. Several comprehensive courses had already prepared the students for their confrontation with patients, suffering, and hospital work in the role of (semi)professionals. The goal of the newly developed short course was to develop self-awareness in the students, since it is known that a risk of dehumanisation and a loss of feelings exist under the pressure of clinical work. We investigated whether this short course fostered a process of self-awareness in the clerks. The study is entitled: 'Reflection, a meeting for clerks'.

In the second series of studies, the influence of the curriculum as a whole and of specific attitude-aimed courses on the development of students' attitudes was assessed in attitude measurements. Since the programme of Utrecht Medical School has a predominantly biomedical orientation, the question was whether students' attitudes would show an 'erosion' or dehumanisation over time, as has been documented in research. Attitudes of trainees in different medical specialties, after graduation from medical school, were also investigated. The results are presented in Chapter 5 - 8.

In **Chapter 5**, the focus of research changes from evaluative reports of attitude development to empirical attitude measurements. A pilot study, using attitude scales, was conducted among first- and second-year and senior students to investigate attitude development during medical education. The focus was on attitudes toward the medical profession in terms of care versus cure orientation. Since an erosion of attitudes had been found in other studies, we hypothesised that senior students would show less care-oriented attitudes than beginning students. Attitudes of entire classes of first-, second-, fourth- and fifth-year students were compared cross-sectionally using the Ideal Physician Scale and differences in attitudes between male and female students were analysed. We hypothesised that female students would show more care-oriented attitudes, in accordance with research data elsewhere. Moreover, validity and reliability of the attitude scale had to be established. 'The ideal physician; medical students' views of the medical profession' is the title of this chapter.

Another aim of the pilot study, the subject of **Chapter 6**, was to study patient-centredness and orientation to illness in first- and second-year and in senior students. The first hypothesis was that senior students would show less patient-centred and psychosocially oriented attitudes than younger students, due to a process of erosion as students proceed with their medical training. The second hypothesis was that female students would show more patient-centredness and psychosocial orientation than male students, in accordance with findings by other researchers. Moreover, validation of the Doctor-Patient Scale and the Social Context Scale is described. The study is entitled: 'Do professional attitudes change during medical education?'

Chapter 7 reports the results of a study on the influence of a communication course on the attitudes of third- and fourth-year students. Since the aim of the course consisted of both skills and attitude enhancement, it was hypothesised that students' attitudes would show an increase in patient-centredness, psychosocial orientation, and care orientation directly after the course, and that an erosion of attitudes would be visible half a year later. More patient-centred, psychosocially oriented, and care-oriented attitudes in female students were also expected. To measure these attitudes,

the Doctor-Patient Scale, the Social Context scale, and the Ideal Physician Scale were employed in a pre-test, post-test, and follow-up design. Further validation of the scales is reported. This study is entitled: ’Does a communication course influence medical students’ attitudes?’.

In **Chapter 8**, the attitudes of trainees in a later phase of medical education are discussed. Vocational trainees in general practice and in surgery were compared with regard to their patient-centredness. In accordance with the findings of our attitude studies among pre-graduate students, it was hypothesised that both general practice and female trainees would have more patient-centred attitudes. Differences in patient-centredness between final-year students and vocational trainees were also studied. The title of the chapter is: ’Are professional attitudes related to gender and medical specialty?’

The perspective of **Chapter 9** is, again, medical education. This chapter has the title: ’The inside out; attitude development in medical education’. It was written for the Dutch Association for Medical Education after a series of seminars and discussions on attitude development and incorporates recommendations for aims and formats of attitude programmes in medical curricula and specific suggestions for medical teachers.

Chapter 10 offers final answers to research questions and considers methodological and conceptual aspects. Possibilities and problems for attitude development in medical education are discussed. Recommendations for future research are given.

1.5 References

1. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice [dissertation]. Utrecht: Nivel, 1991.
2. McWhinney IR. The need for a transformed clinical method. In: Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park: Sage Publications, 1989; 25-40.
3. Krathwohl DR, Bloom BS, Masia BB. Taxonomy of educational objectives. The Classification of Educational Goals. Handbook II: Affective domain. New York: McKay Company, 1964.
4. Rezler AG, Haken J ten. Affect and research in medical education. Med Educ 1984; 18: 331-8.
5. Frankel R, Beckman H. Evaluating the patient's primary problems. In: Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park: Sage Publications, 1989: 86-98.
6. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Patient-physician communication: a descriptive summary of the literature. Pat Educ Counsel 1988; 12: 99-119.
7. Kaplan SH, Greenfield S, Ware J. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1989; 27 (Suppl): 110-27.
8. Kern DE, Grayson M, Randol Barker L, Roca RP, Cole KA, Roter D, et al. Residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. J Gen Intern Med 1989; 4: 421-31.
9. Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. Annu Rev Public Health 1989; 10: 163-80.
10. Roter DL, Cole KA, Kern DE, Barker LR, Grayson M. An evaluation of residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. J Gen Intern Med 1990; 5: 347-54.
11. Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
12. Borst-Eilers E. Openingstoespraak Gezond Onderwijs Congres 1995. In: Cate ThJ ten, et al., editors. Gezond Onderwijs-5. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 1996.
13. NRC-Handelsblad. Ligt u lekker? Artikelenserie: Zaterdags Peil. Rotterdam: 20 mei-8 juli 1995.
14. Have P ten. Sequenties en formuleringen; aspecten van de interactionele organisatie van huisarts-spreekuur gesprekken [dissertatie]. Universiteit van Amsterdam: Faculteit Sociale Wetenschappen, 1987.
15. Hofmans-Okkes I. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten [dissertatie]. Universiteit van Amsterdam. Lelystad: Meditekst, 1991.
16. Meeuwesen L. Spreekuur of zwijguur. Somatische fixatie en sexe-asymmetrie tijdens het medisch consult. Een gedragswetenschappelijke proeve op het gebied van de sociale wetenschappen [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1988.
17. Weijts LBM. Patient participation in gynaecological consultations: studying interactional patterns [dissertation]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993.
18. Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Blueprint 1994: Training of doctors. Objectives of undergraduate medical education in The Netherlands. University of Nijmegen: University Publication Office, 1994.
19. Newble DI. Assessment of clinical competence: state of the art. In: Bender W, et al., editors. Teaching and assessing clinical competence (TICTAC-Conference Proceedings). Groningen: Boekwerk Publications, 1990.

20. Norman G. Summary of the conference. In: W.Bender, et al., editors. Teaching and assessing clinical competence (TICTAC-Conference Proceedings). Boekwerk Publications, Groningen, 1990.
21. Baron RJ. An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. Ann Intern Med 1985; 103: 606-11.
22. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.
23. Eagly AH, Chaiken S. The psychology of attitudes. New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1993.
24. Allport GW. Attitudes. In: Murchison C, editor. Handbook of social psychology Worcester MA: Clark University Press, 1935: 798-844.
25. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall, 1980.
26. Nunnaly JC. Educational measurement and evaluation. New York: McGraw Hill, 1972.
27. Longhurst MF. Physician self-awareness: the neglected insight. In: Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park: Sage Publications, 1989: 62-72.
28. McGuire WJ. Attitude change: the information-processing paradigm. In: McClintoce CG, editor. Experimental Social Psychology. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1972; 108-41.
29. McGuire WJ. Attitudes and attitude change. In: Lindzey G, Aronson E, editors. Handbook of Social Psychology. New York: Random House, 1985; 2: 233-346.
30. Greenwald AG. Cognitive learning, cognitive response to persuasion and attitude change. In: Greenwald AG, Brock TC, Ostrom TM, editors. Psychological foundations of attitudes. San Diego CA: Academic Press, 1968; 147-70.
31. Petty RE, Cacioppo JT. The elaboration likelihood model of persuasion. In: Berkowitz L, editor. Advances in experimental and social psychology, San Diego CA: Academic Press, 1986; 19: 123-205.
32. Sherif CW, Sherif M, Nebergall RE. Attitude and attitude change: the social judgment-involvement approach. Philadelphia: Saunders, 1965.
33. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Evanston, IL: Row, Peterson, 1957.
34. Zajonc RB. Attitudinal effects of mere exposure. J Pers Soc Psychol Monograph Supplement, 1968; 9 (Pt 2): 1-27.
35. Kelman HC. Further thoughts on the processes of compliance, identification and internalization. In: Tedeschi JT, editor. Perspectives on social power, 1974: 125-71.
36. Sherif M. A study of some social factors in perception. Arch Psychol 1935; 27: 1-60.
37. Asch SE. Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgements. In: Guetzkow H, editor. Groups, leadership and men. Pittsburgh PA: Carnegie Press 1951: 177-90
38. Deutsch M, Gerard HB. A study of normative and informational social influences upon individual judgement. Journal of Abnormal and Social Psychology 1955; 51: 629-36.
39. Krech D, Crutchfield RS, Ballachy EG. Individual in society. A textbook of social psychology. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc., 1962.
40. Weston WW, Lipkin M. Doctors learning communication skills: developmental issues. In: Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park: Sage publications, 1989: 43-57.
41. Eckes T, Six B. Fakten und Fiktionen in der Einstellungs-Verhaltens-Forschung: Eine Meta-Analyse. Zeitschrift für Sozialpsychologie 1994: 253-71.

42. Fazio RH. How do attitudes guide behaviour? In: Sorrentino ME, Higgins ET, editors. Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behaviour. New York: Guilford Press 1986: 204-43.
43. Street WR. Attitude-behaviour congruity, mindfulness, and self-focused attention: a behaviour-analytic reconstruction. The Behaviour Analyst 1994; 17: 145-53.
44. Ajzen I. Attitudes, personality and behaviour. Milton Keynes, England: Open University Press, 1988.
45. Wicker AW. Attitudes versus actions: the relationship of erbal and avert behavioural responses to attitude object. Journal of Social Issues 1969; 4: 41-78.
46. Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen [dissertatie]. Utrecht: Nivel, 1986.
47. Verhaak PFM. Hoe speciaal is de communicatie van de huisarts? Huisarts Wet 1991; 4: 320-4.
48. Grol R, Eijk J van, Mokkink H, Mesker P, Smits A, Mesker-Niesten J. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. Gezondheid & Samenleving 1985; 6: 31-40.
49. Grol R, Maeseneer J de, Whitfield M, Mokkink H. Disease-centered versus patient-centered attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and The Netherlands. Fam Pract 1990; 7: 100-3.
50. Staveren G van. Taakopvatting en werkwijze bij huisartsen [dissertatie]. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1984.
51. Mokkink HGA, Lisdonk EH van de, Smits AJA. Het woord bij de daad gevoegd. Huisarts-patient communicatie: een integraal onderdeel van de werkstijl van de huisarts. Huisarts Wet 1991; 34: 340-5.
52. Rezler AG. Do personal characteristics and attitudes influence clinical decisions? Paper for the International Conference of the World Federation of Medical Education, Ottawa, Ontario, 1985.
53. Tielens VCL, Mokkink HGA, Hoogen HJM van der. Het handelen van huisartsen tijdens het spreekuur 2. Een typologie van consulten. Huisarts Wet 1988; 31: 89-92.
54. American Association of Medical Colleges. Physicians for the 21st century. Report of the Working Group on Personal Qualities, Values and Attitudes. J Med Educ 1984; 59: 177-89.
55. Gerritsma JGM, Smal JA. Grensverschuivingen in het medisch onderwijs. Utrecht: Oosthoek, Scheltema en Holkema, 1974.
56. Harris CM. Formation of professional attitudes in medical students. Br J Med Educ 1974; 8: 241-5.
57. Selleger VJ, Batenburg V, Spaendonck K van. Het Binnenste Buiten: Attitudeonderwijs in de Artsopleiding. NVMO 1996, in press.
58. Metz JCM, Bulte JA, Paridon EJM van. Basisarts: bevoegd en bekwaam. Eindrapport van het Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentschappen. Beleidsgerichte Studies Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.
59. Vereniging van Samenwerkende Nederlandes Universiteiten. Rapport van de Visitatiecommissie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. Utrecht: VSNU, 1992.
60. TICTAC Proceedings. Teaching and Assessing Clinical Competence. In: Bender W, et al., editors. Groningen: Boekwerk Publications, 1990.
61. Rezler AG. Attitude changes during medical school: a review of the literature. J Med Educ 1974; 49: 1023-30.
62. Eron LD. Effect of medical education on students' attitudes. J Med Educ 1955; 30: 559-66.
63. Eron LD. The effect of medical education on attitudes: a follow-up study. J Med Educ 1958; 33: 25-33.

64. Helfer RE. An objective comparison of the paediatric interviewing skills of freshmen and senior medical students. Paediatrics 1970; 45: 623-7.
65. Parlow J, Rothman A. Attitudes towards social issues in medicine of five health science faculties. Soc Sci Med 1974; 8: 351-8.
66. Platt FW, McMath JC. Clinical hypocompetence: the interview. Ann Intern Med 1979; 91: 898-902.
67. Barbee RA, Feldman S. A three-year longitudinal study of the medical interview and its relationship to student performance in clinical medicine. J Med Educ 1970; 45: 770-6.
68. Engel GL. Are medical schools neglecting clinical skills? JAMA 1976; 239: 861-3.
69. Boersma IH, Bakel H van. Medische opleiding en medische psychologie 2: gevoelde tekorten. Medisch Contact 1984; 12: 375-8.
70. Brock CD, Johnson AH, Durand RP, Levine JH, Downey DB. The erosion of empathy in medical education: a comparison of freshman and junior medical student responses to the Barrett-Lennard relationship inventory. J Balint Soc 1992; 20: 8-9.
71. Charlton R, Dovey SM, Jones DG, Blunt A. Effects of cadaver dissection on the attitudes of medical students. Med Educ 1994; 28: 290-5.
72. Dufort F, Maheux B. When female medical students are the majority: do numbers really make a difference? J Am Med Women Assoc 1995; 50: 4-6.
73. Dwyer JW, Detweiler NL, Kosch SG. Medical students and comprehensive patient care: attitudes, perceived competence and demonstrated ability. Med Educ 1988; 22: 19-26.
74. Eisenthal S, Stoekle JD, Ehrlich CM. Orientation of medical residents to the psychosocial aspects of primary care: influence of a training program. Acad Med 1994; 69: 48-54.
75. Ewan CE. Social issues in medicine: a follow-up comparison of senior-year medical students' attitudes with contemporaries in non-medical faculties. Med Educ 1988; 22: 375-80.
76. Fasano LA, Muskin PR, Sloan RP. The impact of medical education on students' perceptions of patients. Acad Med 1993; 68: 43-45.
77. Finlay IG. House officers' attitudes towards terminal care. Med Educ 1986; 20: 507-11.
78. Huxham GJ, Lipton A, Hamilton D. Does medical training affect personality? Med Educ 1985; 19: 118-22.
79. Kelly B, Raphael B, Byrne G. The evaluation of teaching in undergraduate psychiatric education: students' attitudes toward psychiatry and the evaluation of clinical competency. Med Teacher 1991; 13: 77-87.
80. Leserman J. Changes in the professional orientation of medical students: a follow-up study. J Med Educ 1980; 55: 415-22.
81. Levinson W, Dunn PM, Parker D, Kaufman K. A scale to measure house-staff members' attitudes toward psychosocial apects of patient care. J Med Educ 1988; 63: 562.
82. Maheux B, Delorme P, Béland F, Beaudry J. Humanism in medical education: a study of educational needs perceived by trainees of three Canadian schools. Acad Med 1990; 65: 41-5.
83. Merrill JM, Camacho Z, Laux LF, Lorimor R, Thornby JI, Vallbona C. Uncertainties and ambiguities: measuring how medical students cope. Med Educ 1994; 28: 316-22.
84. Streit U. Attitudes toward psycho-social factors in medicine: an appraisal of the ATSIM-scale. Med Educ 1980; 14: 259-66.
85. Franssen AMJ, Persoon JMG, Veling S. Verschillen in attitude tussen medische studenten: een vergelijking tussen 4e en 6e jaars medische studenten in Maastricht en Nijmegen. Med Contact 1982; 32: 970-4.
86. Maheux B, Béland F. Students' perceptions of values emphasized in their medical schools. J Med Educ 1986; 61: 308-16.

87. Maheux B, Béland F. Changes in students' sociopolitical attitudes during medical school: socialisation or maturation effect? Soc Sci Med 1987; 24: 619-24.
88. Wattis JP, Smith CW, Binns V. Medical students' attitudes to old people and career preference: a comparison of two universities. Med Educ 1986; 20: 498-501.
89. Alexander DA, Eagles JM. Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. Med Educ 1990; 24: 452-60.
90. Cooper S, Beau G, Alpert R, Baum JH. Medical students' attitudes toward cancer. J Med Educ 1980; 55: 434-9.
91. Creed F, Goldberg D. Students' attitudes toward psychiatry. Med Educ 1987; 21: 227-34.
92. De Monchy C. Attitude en klinische competentie. Med Contact 1987; 49: 1549-51.
93. De Monchy C. Professional attitudes of doctors and medical teaching. Med Teacher 1992; 14: 327-31.
94. De Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. Med Educ 1988; 22: 231-9.
95. Lunsen HW van, Hoos AM, Büller HA, Schreuder MCJ, Kupka R. Een adequate beroepshouding kan geleerd worden; training en toetsing van attitudes in het medisch onderwijs. Ned Tijdschr Geneeskd 1994; 138: 1333-7.
96. Maheux B, Beaudoin C, Lebel P, Delorme P, Philibert L. Influence of premedical preparation in the humanities and social sciences on attitudes toward patient care: a study of Quebec medical students and recent graduates. Acad Med 1992; 67 (Suppl): 25S-27S.
97. Notzer N, Soffer S, Aronson M. Traits of the 'ideal physician' as perceived by medical students and faculty. Med Teacher 1988; 10: 181-9.
98. Armstrong D. The structure of medical education. Med Educ 1977; 11: 244-8.
99. Markham B. Can a behavioral science course change medical students' attitudes? J Psychiatr Educ 1979; 3: 44-54.
100. Prince CJAH, Dalen J van, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der. Vooruitgang in communicatievaardigheden. Bulletin Medisch Onderwijs 1996; 15: 177-83.

Chapter 2

Medical interviewing: initial student problems

"The student seemed more interested in getting answers to his own questions then he was trying to find out about my concerns and worries."

(a patient, in Poole and Sanson-Fisher 1979)

Published in: Med Educ 1983; 17: 235-9. Medical interviewing: initial student problems. (reproduced with the permission of the editor)

Authors: Batenburg V, Gerritsma JGM

2.1 Summary

Although every lecturer in a department of medical education would endorse the importance of sound medical interviewing the position of courses on this subject is generally unstressed. In the past few years a course has been developed in the Department of Internal Medicine at the University hospital of Utrecht in which special attention is paid to the sort of problems students experience in the initial phase of medical interviewing. Use is made of simulated patients. At the same time attention is given to both the medical and communicative aspects. This approach is specially appreciated by the students. Self assessment shows that they report a considerably enhanced proficiency. Observations and questionnaires show that the students have problems mostly on the emotional level, both in coping with their own emotions and in discussing personal and emotional topics with a patient.

2.2 Introduction

Investigations show that interviewing takes a very important place in medicine, but also that the way in which it takes place is far from ideal.[1,2] There is little doubt about the importance of good medical interviewing. The greater part of arriving at a diagnosis takes place during the medical interview.[3] An effective working relationship between doctor and patient is established here[4] and the foundation for further treatment is laid.[5] Research indicates that the way in which a doctor relates to a patient influences the adequacy of the clinical interview;[6] the style of the interview is connected with the exactness and relevance of the obtained data.[1,2] If adequate communication is not achieved the obtaining of necessary information can be hampered.[7]

In the curriculum medical interviewing is not stressed. It appears that students do not improve and sometimes even deteriorate in their interviewing behaviour the further they advance in their training.[8] However, with the aid of systematic and purposive teaching, medical interviewing can be improved.[6,9]

At the Medical School of Utrecht the students attend during their second and fourth year (in the preclinical period) separate courses in identifying the major diseases and their symptoms and in interactive aspects of the medical interview. The trouble with this approach is that although important aspects are dealt with there is no systematic integrated approach. This lack of integration gives rise to specific problems especially during the transition from the preclinical to the clinical period. One of the major problems is that students experience difficulties in collecting and interpreting relevant data to develop hypotheses while mastering the social skills. Moreover the situation is

new and the junior clerk feels insecure. During the foregoing decade the above has led to an attempt to pay close attention to an integrated approach to interview training during the transitional period of the junior clerkship in internal medicine. To bring this about in the introductory course lecturers in internal medicine and social scientists, complementing each other, are responsible for training in medical interviewing.

In this article we first describe the most important features of a new course in medical interviewing at the transition of the preclinical to the clinical period as an attempt to link up with the problems students encounter at that time. Thereafter we deal with the problems of students during their first history-taking interview; we conclude by recounting the students' appreciation of the course.

2.3 A new objective

Bringing about the integration in a new course took place in phases. In the initial phase for the first time use was made of simulated patients. The use of this new teaching technique was carefully worked into the existing course with specially reserved afternoons. The most important motive for using simulated patients was that medically relevant problems varying from simple to complex could be presented. The possibilities of this medium are considerably larger than those of, for example, role-playing. Moreover, simulated patients can provide the student with feedback, that is comment on the way in which the student's behaviour affects the patient.[10] The teaching situation seems ideally suited for a more integrated approach.

During the sessions a social scientist was present, along with the medical instructor, whereby it was possible to analyse the communicative aspect as well as the medical content.

The first phase produced some extremely positive reactions from the students, according to an evaluation study.[11] On the basis of these positive results the course was extended. In the event, the original introductory programme has been totally abandoned and replaced by a new introductory programme, completely based on the initial problems experienced by students after their first contact with patients. In this programme a Simulation and Instruction Laboratory acquired an extremely important role.[12]

In this new course special sections of the history taking can also be practised by other methods, such as questioning each other in dyads with the help of specially developed lists in order to learn how to formulate questions. Written simulations are performed to practice the interpretation of data, the formulation of hypotheses and

differential diagnosis. Role-playing is utilized in learning how to communicate bad news or give medical advice. Apart from the attention paid to medical interviewing, attention was also given to physical examination, laboratory procedures and management planning.

On the whole, the introductory programme takes 3 weeks. It is obligatory for all students (about 250 students per year). The students are divided into groups of ten students each, succeeding each other every fortnight. Each group has three half-day sessions of interviewing training, supervised by a physician and an social scientist. Individual students are given the opportunity to conduct an interview with a simulated patient within a limited time (20 minutes). The supervisors and the other student members of the group observe the interview and provide feedback to the student who conducted the interview. This interview is recorded on video tape so that it may be reviewed by the students with the aid of written comments from the supervisors. The distribution of tasks between the doctor and the social scientist is based on three mutually depending aspects of the history taking: the doctor is concerned with the process of gathering the relevant medical data, the interpretation of this data and the generation of hypotheses about possible diagnosis. Observations are focused on the way the student questions the simulated patients about the complaints and the way the review of systems is dealt with. The social scientist focuses on the interaction between the student and the patient and on questioning techniques. For this last purpose, use is made of observation points derived from Jason et al. (1971).[13] In the new phase this list was refined and extended with items from Van Dorp (1977).[14] It encompasses the following parts: way of opening the interview, sort of questions, listening on a non-verbal level, facilitating and blocking, atmosphere, division of the initiative, professional behaviour, spontaneous reactions and closing the interview.

The supervisors give ’formative feedback’ that is, identify the difficulties the students experienced. Apart from this, one of the main tasks of the supervisors is stimulating and supervising the discussion and feedback of the other students in the group. The feedback given by the simulated patient is ’mirroring’, that is, the patient recalls the reactions he or she experienced during the interview with the student. In this way the group, the simulated patient and the supervisors thoroughly discuss the conducted interview. After the comments, students can repeat parts of the interview in short supplementary interviews.

The simulated patients are healthy, non-professional volunteers, men and women of differing ages. They have thoroughly trained to reproduce credibly the psychological,

emotional, historical and physical manifestations of a real patient. Besides, they are trained to convey specific feedback to students after the interview. They are employed by the University for this work and they are given a special labour contract for 4 half days a month. At the time of the investigation we worked with six simulated patients, each mastering several protocols of important diseases in internal medicine, such as spastic colon, asthmatic bronchitis, hiatus hernia, diabetes mellitus, menopausal complaints, gallbladder complaints. Some of the problems are presented in a simple way at the beginning of the course, the more complex ones in a later stage.

2.4 Initial problems of the students

To obtain a picture of the initial problems of medical interviewing as experienced by students, during approximately 6 months of 1979, preceding the start of the new introductory course, a questionnaire was given to all students of the successive groups at the end of the interview training. Here they were able to indicate what their major problems were (n=94). The questions were open-ended. The results are recorded in rank order in Table 2.1. Only those aspects which occurred more than ten times are reproduced. From their own rough notes used for providing feedback to students over a 4-year period of interview training, the authors have summarized some salient observations. About 250 interviews were involved; no objective quantitative analysis could be made on this data. We determined that generally students do not go in depth into the general life situation of the patients: a noteworthy diffidence exists about venturing onto personal or emotional grounds. The step form medical to psycho-social questions is obviously a big one to take for the student. These non-quantified results are corroborated by answers to the questionnaires.

Table 2.1 Most frequent initial problems (n=94)

Aspect of the medical interview	Number of times mentioned
Asking personal questions	19
Concluding the interview	17
Beginning the conversation	15
Applying medical knowledge	13
Coping with emotions	12
Working systematically	12
Developing further ideas (hypotheses)	12

When we specifically consider the process of interaction, the following is striking. Although the students do not often mention it on the questionnaires, we see that they frequently ask too many closed or leading questions instead of open questions. Their vocabulary is often too medical and therefore incomprehensible. Few summaries are given. The patient has little opportunity of explaining things in his own words. The conversation is dominated by the student, that is, the student speaks proportionally too much. No use is made of the silences. Finally they are too little aware of non-verbal signals from the patient.

As far as the acquisition of information is concerned, we observe that students are quite often content with obscure information. They often presume that the patient knows nothing about former medication and treatment.

How deeply a problem should be investigated and what systems may be overlooked in the review provides another problem - the urogenital system is often overlooked even though a complaint indicates consideration of these organs. These last observations link up with the problem mentioned by the students of being systematic during medical interviewing.

Finally with regard to the processing of information we see that applying previously acquired medical knowledge gives rise to problems. To turn one's knowledge into questions and to generate more than one hypothesis seems to be an important obstacle for the beginner. Moreover, reactions to certain answers which do not fit into the picture of a particular problem also seems to give difficulties. This can be explained, in our opinion, by the problems mentioned by the students: coping with their own tensions and nervousness during the conservation. The data we obtained can be compared with the results of other research projects.[6,9,15] From Poole & Sanson-Fisher (1979)[16] we borrowed a characteristic patient remark: 'he (the student) seemed more interested in getting answers to his own questions than he was trying to find out about my concerns and worries'.

2.5 Evaluation of the programme

With the aid of questionnaires the various phases of training have been evaluated in order to form an impression of how the teaching methods were appreciated. On three different occasions a whole or half a cohort of fifth-year students was studied. Firstly during the initial phase[11] secondly just before starting the new course and thirdly during the new introductory course with the help of the Simulation and Instruction Laboratory in 1980.[12]

In this last study every teaching method used has been evaluated separately. We

selected the evaluation score of the simulated patients and the score of a comparable method, mutual practice in two's (dyads) in the form of a medical examination, for a comparison. The results are summarized in Fig. 2.1. The results show that as far as medical interviewing is concerned the training with the help of simulated patients is positively appreciated in increasing measure. The part dealing with mutual practice was also positively appreciated, however with reference to working with simulated patients, less (Kolmogorov-Smirnov X^2=42.52, P<0.001).

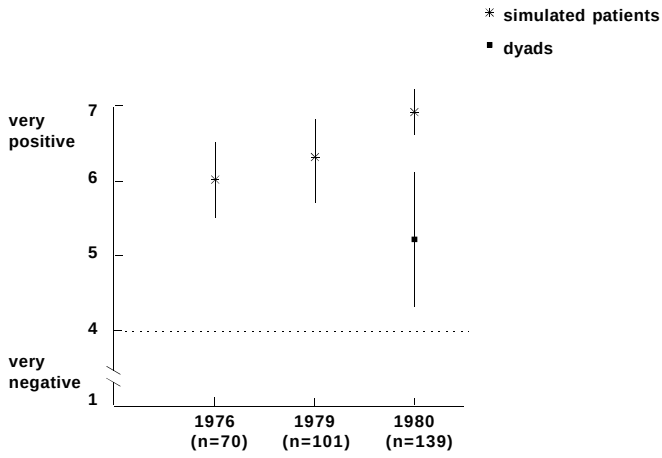


Fig. 2.1 Evaluation of medical interview training with the help of simulated patients and in dyads. (Results are mean scores. Error bars indicate standard deviations.)

The expansion of the medical interview training and support from the Simulation and Instruction Laboratory has been successful. Next to the student's appreciation of the topic of medical interview training, an attempt was made to gain an impression of whether the course as a whole had in fact enhanced conversational skills. Use was made in this respect of a study by Bleys & Gerritsma (1981).[17] They made use of a self-assessment scale for the students. At the beginning and end of the introductory course (medical interview training and other topics) the student was able to assess himself on a five-point scale. The lowest assessment, 1, implied that on the whole no skill was present. The highest score, 5, implied that sufficient proficiency was available to be confronted with patients in the ward. The topics of medical interviewing on which one could assess oneself were: making the first contact, gaining a general impression, isolating the principle complaint, medical interviewing with regard to systems review and conversational technique. The results of all aspects together are reproduced in Fig. 2.2.

The figure shows that there has been an obvious displacement in the positive direction (Kolmogorov-Smirnov X^2=20.7; P<0.001). The students consider that after the course they are in a better position to deal with patients. In this self assessment the effect of the whole course as an intermediary between the preclinical and clinical phase is clearly stated.

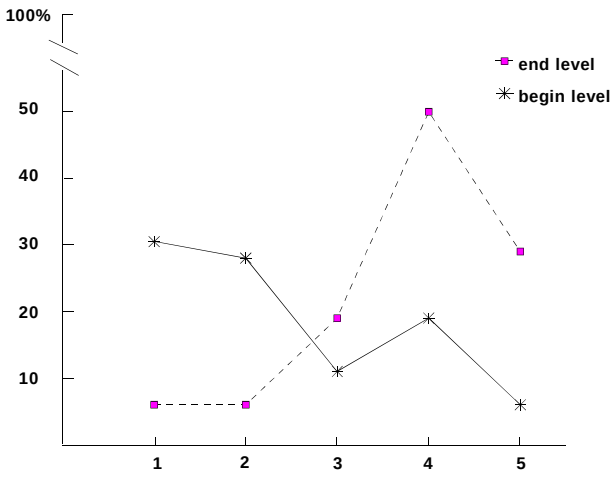


Fig. 2.2 Self assessment of proficiency in the conduct of the medical interview with the help of simulated patients at the beginning and end of the introductory course.

2.6 Discussion

The result of the various research projects show that medical-interview training with the help of simulated patients provides a very good preparation for the clinical method. The so-called multi-method approach, that is practice in the various aspects of a consultation, also with the help of written simulations and mutual practice in the form of a medical examination fits in well with practice with the help of simulated patients. Appreciation of working with simulated patients is indeed most positive; it is possible to call it a very high level of appreciation. The students themselves think that their skills in conducting a medical interview are greatly enhanced after the course. It should be noted in this connection that this is a subjective judgement. We chose to have the students assess their own behaviour, because we were interested to know whether the new course could remedy their old complaint of being insufficiently prepared for their entrance in the clinic. However, a comparative study of assessment by experts and assessment by students shows a considerable measure of agreement. The students even tend to underassess themselves.[18] To make a meaningful assessment of the increase in all skills during the introductory period we should have to compare self assessment with a more objective test.

Another limitation is formed by the fact that the reported increase in interviews skills cannot be attributed solely to the interview training. It is probable that other parts of the whole introductory course, as described before, also contributed to this effect. Further, the course being compulsory for all students we used no control group to compare the amount of increase in skills in non-trained students.

The most important conclusion can be summarized as follows. Students have many initial problems which are found in all dimensions of a medical interview: collecting relevant information, interpreting this in a diagnostic framework and relating to patients. It is striking that the students have a strong inclination to dominate and to suppress the patient’s personal feelings and emotional subjects. Investigating not only

the ’sickness’ but also the ’sick person’ causes great problems. The problems dealt with in this study are comparable to the problems found in other studies outside the Netherlands, although the training situations and areas of study are different.
Co-operation between doctors and social scientists in the course seems to be a good basis from which to approach these gaps in the functioning of the future doctor. In this co-operation both sides can develop a deeper insight in approaching other disciplines. This seems to be the subject of, and to be benefit to the subject of medicine. This is, in other words, the patient.

2.7 References

1. Maguire GP, Rutter DR. History-taking for medical students. 1. Deficiencies in performance. Lancet 1976; ii: 556.
2. Sanson-Fisher RW, Maguire GP. Should skills in communicating with patients be taught in medical schools. Lancet 1980; ii: 523.
3. Hampton JR, Harris MJG. Relative contributions of history-taking, physical examination and laboratory investigation to the diagnosis and management of medical outpatients. Br Med J 1975; 2: 286.
4. Ward NG, Stein L. Reducing emotional distance: a new method to teach interviewing skills. J Med Educ 1975; 50: 605.
5. Anderson J, Day JL, Dowling MAC, Pettingdale KW. The definition and evaluation of skills required to obtain a patient's history of illness: the use of videotape recording. Postgrad Med J 1970; 46: 606.
6. Sanson-Fisher RW, Poole AD. Simulated patients and the assessment of medical students' interpersonal skills. Med Educ 1980; 14: 249.
7. Engler CM, Saltzman GA, Walker NL, Wolf FN. Medical student acquisition and retention of communication and interviewing skills. J Med Educ 1981; 56: 572.
8. Helfer RE. An objective comparison of the paediatric interviewing skills of freshman and senior medical students. Pediatrics 1970; 45: 623-7.
9. Nardone DA, Reuler JB, Girard DE. Teaching history-taking: where are we? Yale J Biol Med 1980; 53: 233.
10. Barrows HS. Simulated patients. Springfield, Illinois: Thomas, 1971.
11. Oppelaar L, Gerritsma JGM. Geprogrammeerde patiënten in de kliniek voor inwendige geneeskunde. Med Contact 1976; 31: 261.
12. Oppelaar L, Bleys FC, Gerritsma JGM. An innovative course linking up preclinical and clinical studies: the intermediate role of simulation techniques. Simulation and Instruction Laboratory, Department of Internal Medicine, State University of Utrecht, 1981.
13. Jason H, Kagan N, Werner A, Elstein AS, Thomas JB. New approaches to teaching basic interview skills to medical students. Am J Psychiatr 1971; 127: 1404.
14. Dorp C van. Luisteren naar patiënten: een analyse van het medisch interview. Lochem: De Tijdstroom, 1977.
15. Platt FW, McMath JC. Clinical hypocompetence: the interview. Ann Intern Med 1979; 91: 898-902.
16. Poole AD, Sanson-Fisher RW. Understanding the patient: a neglected aspect of medical education. Soc Sci Med 1979; 13a: 37.
17. Bleys FC, Gerritsma JGM. Self-assessment in the Junior-Clerkship internal medicine. Simulation & Instruction Laboratory, Department of Internal Medicine, State University of Utrecht, 1981.
18. Cochran SB, Spears MC. Student self-assessment and instructors' ratings: a comparison. J Am Diet Assoc 1980; 76: 253.

Chapter 3

A comprehensive course in history-taking: the approach in Utrecht

Klinische gespreksvoering: het Utrechts model.

" One component of excellent communication is a set of attitudes in student-physicians."

(Stewart & Roter 1989)

Published in: Bulletin Medisch Onderwijs 1993; 12(2): 50-5. Klinische Gespreksvoering: het Utrechts model. (reproduced with the permission of the editor)

Author: Batenburg V

3.1 Synopsis

A new comprehensive clinical course

In September 1992, a new introductory programme was included in the clinical phase of the curriculum of the Utrecht Medical school. Part of this programme consisted of a comprehensive course in history taking, with each new group of clerks practising the clinical interview during six three-hour sessions. The course formed an extension of preclinical courses in medical interviewing.

Aim of the course

In the new clinical course, the importance of both the interviewing process and the gathering of medical information was stressed. The aim was to enhance students' knowledge, skills, and attitudes in taking a history and communicating with patients. History taking in general internal medicine was the central topic. Elements of the patient-centred clinical method were incorporated in the training, so that the clerks could learn to understand the patient as well as the disease.

Format

Each session had a different theme. The themes were of increasing complexity, for instance: exploring the chief complaint, exploring the patient's view, review of all systems, psychosocial aspects of medical complaints, giving information, and handling emotions. During each session, two clerks took the complete medical history of two simulated patients, who had been trained in giving feedback to students. Each interview was observed, analysed, and discussed afterwards in the student group with the help of feedback by the patient, the group members, and the teacher. Groups consisted of six to eight beginning clerks. Four sessions were taught by a social scientist, two by a general internist.

Evaluation

Opinions of students, teachers, and simulated patients were unanimously positive. Students participated enthusiastically and actively. They seemed to be learning rapidly, in particular in integrating medical and communicative aspects into the medical interview. Much of the previous training was reactivated and applied together with the newly developing proficiency in talking with the simulated patients.

To investigate this closer, anonymous evaluation forms with structured and open questions on aims, format, and perceived impact of the course were distributed and collected from fifteen consecutive groups of clerks (N=115) during the first year of

the new programme. The highest evaluation possible was represented by a score of 5, the lowest by 1.

Results

The use of the new course, together with the aims, format, and teaching seemed to be highly valued by the participants. The aims receiving the highest scores in student self-assessment were knowledge and skills in history taking and communicating, and insight into one's strong and weak sides in history taking and communicating with a patient (score: 4 or more). Lowest scores were given to clinical reasoning, clinical knowledge, and psychosocial aspects of disease.

The clerks reported considerable gains in knowledge, skills, and attitudes. Answers to the open questions revealed the high value of feedback by simulated patients, group members, and teachers. Furthermore, the structure and content of the complete medical history as described in the written course material was valued for its use.

Conclusion

Although first evaluations of a new programme may give an unduly favourable impression, the value of the new comprehensive course is clear. The students felt capable of integrating medical and psychosocial aspects while communicating with patients. In comparison with the previous situation, students now acquire more experience with the clinical interview, in practice as well as by observation. The preclinical courses in medical interviewing and this clinical course form a well-built comprehensive format that spans several years of the medical curriculum. The course appears to offer a sound preparation for the clinical phase.

3.2 Inleiding

In september 1992 is in Utrecht een nieuw onderwijsprogramma voor de klinische fase ingevoerd. De belangrijkste verandering ten opzichte van het oude curriculum bestaat uit drie perioden van ALCO-schappen: blokken cursorisch onderwijs voorafgaand aan en voorbereidend op het functioneren als co-assistent in de kliniek.

Tijdens het eerste ALCO-schap, dat 6 weken duurt, volgen de co-assistenten een cursus Klinische Gespreksvoering. Voorheen stond slechts een korte Anamnese-training op het programma van de introductie-periode voor het co-assistentschap Interne Geneeskunde.[1] In het nieuwe onderwijsprogramma worden voor iedere groep co-assistenten 6 bijeenkomsten georganiseerd om te oefenen met anamnese afnemen en praten met patiënten. In dit artikel worden de opzet, het doel en de inhoud van

deze cursus beschreven. Tevens worden de resultaten van de evaluatie door de eerste 15 groepen (N=115) onder de loep genomen.

3.3 Onderwijs gespreksvoering

Wanneer de co-assistenten beginnen met hun ALCO-schap en de klinische gespreksvoering, zijn ze al enigszins voorbereid door eerdere cursussen in de doctoraal-fase (zie Tabel 3.1).

Tabel 3.1 Overzicht van de cursussen in de doctoraalfase voorafgaand aan de klinische gespreksvoering

Jaar	Cursus		Dagdelen
2	Waarneming en Communicatie		6
3	Gespreksvoering I: Het medisch gesprek		6
4	Gespreksvoering II: Anamnese en advies		6
5	Klinische Gespreksvoering	ALCO I	6

Uit onderwijsevaluaties van de afgelopen jaren door de betrokken docenten[2,3] en door de afdeling O&O[4,5,6] blijkt dat deze cursussen positief gewaardeerd worden door de studenten. Uit zelf-rapportage van de cursisten werd duidelijk dat dit vooral slaat op het verwerven van inzicht in processen die meespelen tijdens gesprekken tussen arts en patiënt, op het aanleren van gespreksvaardigheden en ook, zij het in mindere mate, op het aanleren van een patiënt-gerichte benadering. Vooral de mogelijkheid om te oefenen met simulatie-patiënten bleek het krachtigste leermiddel te zijn. Verder bestaat waardering voor de mate waarin medische kennis toegepast moet worden in de oefensituaties.

In deze preklinische cursussen ligt het accent op het gesprek tussen huisarts en patiënt. Daarbij wordt het model van het systematisch werken gevolgd.[7] De studenten oefenen de bijbehorende vaardigheden dor middel van rollenspel, waarbij zij meteen feedback krijgen. Deze aanpak blijkt bij gespreksvoeringsonderwijs de beste resultaten op te leveren.[8]

3.4 Klinische gespreksvoering

Op grond van deze gegevens en van informatie over de ervaringen van collega's met soortgelijke cursussen aan zusterfaculteiten is de nieuwe cursus Klinische Gespreksvoering opgezet. Het verschil met de voorafgaande cursussen bestaat hierin dat de studenten nu het gevoel hebben dat ze het straks echt moeten kunnen. Bovendien moeten zij in de klinische fase tijdens een gesprek met een patiënt veel meer dingen tegelijkertijd doen: niet alleen procesmatig en inhoudelijk een goed gesprek voeren maar ook diagnostisch en therapeutisch denken. Tenslotte is hun rol tegenover hun gesprekspartner anders: zij functioneren als hulpverlener.

3.5 Doel

Het doel van de cursus Klinische Gespreksvoering is: leren een anamnese af te nemen. Daarbij komen zowel de gespreksvoering als de medische inhoud aan bod. Het zwaarste accent ligt op de gespreksvoering. Wij onderscheiden aan ieder anamnestisch gesprek drie onderling gerelateerde processen: a. het proces van informatie-uitwisseling, hypothesevorming en diagnostisch denken; b. het proces van interactie en opbouw van de arts-patiënt relatie; en c. het proces van hulpverlening.

In de klinische cursus staat de internistische anamnese centraal. Daarbij is het de bedoeling dat de studenten leren, zowel de ziekte als de patiënt te begrijpen. Inzichten uit de patiëntgerichte klinische methode[9] zijn toegepast om een patiëntgerichte aanpak te verweven met de internistische anamnese.

In de opbouw van het cursusprogramma hebben wij dit als volgt verwerkt. De co-assistenten nemen tijdens iedere cursusmiddag bij een simulatiepatiënt de internistische anamnese af (na het eerste ALCO-schap volgt het eerste co-schap: Interne Geneeskunde). De simulatiepatiënten hebben aanvankelijk simpele, maar naarmate de cursus vordert steeds complexere somatische klachten. Deze klachten gaan in toenemende mate gepaard met psychosociale factoren. Eerst oefenen de co-assistenten met simulatie-patiënten, maar tijdens de laatste sessie nemen zij de anamnese af bij een echte patiënt. Deze sessie valt in de periode dat zij 's-ochtends al op de afdelingen meelopen om te kijken en 's-middags nog cursorisch onderwijs krijgen. Bovendien wordt in iedere bijeenkomst steeds een nieuw onderwerp toegevoegd, b.v. het lichamelijk onderzoek of de psychosociale anamnese.

3.6 Inhoud

De inhoud van het cursusprogramma is weergegeven in het onderstaande overzicht bij Tabel 3.2.

Tabel 3.2 Klinische Gespreksvoering ALCO-I: inhoud cursusprogramma per middag

1 Internistische anamnese:	- hoofdklacht - beleving patiënt - contact met patiënt
2 Volledige internistische anamnese:	- tractus anamnese - hypothesevorming - contact met patiënt
3 Anamnese en lichamelijk onderzoek:	- onderzoek hoofd-hals-thorax - beleving aanraking patiënt en co-assistent
4 Anamnese en psychosociale anamnese:	- psychosociale problemen rond klacht - inpassing in anamnese
5 Anamnese, informatie en uitleg:	- informatie en uitleg aan patiënt - hantering reacties en vragen van patiënt
6 Anamnese en emoties:	- beleving en verwerking ernstige ziekte door patiënt - inpassing in anamnese - emoties co-assistent

3.7 Organisatie

Iedere twee weken stroomt een nieuwe groep van 8 co-assistenten in het ALCO-schap. Per jaar wordt de cursus aan 25 groepen aangeboden. Iedere groep heeft als docent steeds dezelfde gedragswetenschapper voor sessie 1, 4, 5 en 6. Sessie 2 en 3 worden gegeven door internisten. Ieder groep krijgt te maken met 5 verschillende simulatiepatiënten en 1 echte patiënt, allen getraind in het geven van feedback. Bij de cursus zijn in totaal betrokken: 3 gedragswetenschappers, 15 internisten, 10 (simulatie)patiënten en een onderwijs-secretariaat.

3.8 Werkwijze

Om in deze omvangrijke organisatie zoveel mogelijk tot uniformiteit in de inhoud en uitvoering van het onderwijs te komen, zijn per middag gedetailleerde draaiboeken gemaakt voor de docenten. De simulatiepatiënten hebben vaste protocollen, behorend bij de bovengenoemde thema's van de 6 middagen. De co-assistenten worden geacht tevoren de betreffende tekst over de thema's in een syllabus te lezen.

Per middag werkt men een vast programma af: de docent houdt een korte inleiding en geeft instructie voor de anamnese; een co-assistent neemt, meestal in een apart kamertje voorzien van een spiegelwand voor observatie door de overige groepsleden en de docent, de anamnese af bij de simulatiepatiënt; dit wordt systematisch nabesproken onder begeleiding van de docent. Een tweede co-assistent neemt daarna bij dezelfde patiënt, nu met een ander protocol, de tweede anamnese af; ook deze wordt nabesproken en tenslotte bekijkt de groep een videoband met een anamnese. Zo kunnen twee co-assistenten per middag oefenen en feedback krijgen over hun functioneren.

3.9 Evaluatie

De ervaringen met de cursus sinds de start zijn zeer positief. De studenten zijn enthousiast en doen actief en geïnteresseerd mee. Zij leren in een snel tempo: wat tijdens de eerste cursusmiddag nog moeizaam ging bij de ene co-assistent, gaat in de tweede sessie bij een andere co-assistent goed. Gaandeweg worden de leerervaringen van eerdere cursussen weer actueel. De studenten maken zichtbare vorderingen in het combineren van medisch inhoudelijke aspecten met communicatieve aspecten tijdens een anamnese.

Om deze indrukken te objectiveren, heeft er vanaf de eerste groep een evaluatie plaats gevonden. Aan het eind van de laatste cursusmiddag vullen alle co-assistenten een formulier in met geprecodeerde (van ++ tot -- met 5 keuzemogelijkheden) en open vragen.

Over de volgende vragen werd bij studenten informatie ingewonnen:

1. Vinden de studenten de cursus leerzaam, voegt de cursus naar hun mening iets toe?
2. Wat vinden de studenten van de begeleiding door hun docenten? Dit zijn immers zowel clinici als gedragswetenschappers met mogelijk verschillende aanpak en visie.
3. Wat vinden de studenten dat ze van de cursus leren met betrekking tot een aantal door ons geformuleerde onderwijsdoelen?

3.10 Resultaten

De ingevulde evaluatie-formulieren van 15 groepen zijn bewerkt (N=115).
In Tabel 3.3 staan de gemiddelde score en bijbehorende betrouwbaarheidsinterval per vraag weergegeven (5 is de hoogst mogelijke en 1 de laagst mogelijke waarde). De vragen betreffen kenmerken van de cursus als geheel. Het betrouwbaarheidsinterval geeft de nauwkeurigheid van het gevonden gemiddelde weer. Hoe kleiner het interval, des te nauwkeuriger het gevonden gemiddelde.
In Tabel 3.4 zijn de gemiddelde score en de betrouwbaarheidsinterval per onderwijsdoel weergegeven.

Tabel 3.3 Waardering van de co-assistenten voor de cursus als geheel (N=115)

	Gem.	95 % Betrouwb. int.
1 Opzet	4.48	4.36 - 4.60
2 Leerzaamheid	4.42	4.29 - 4.55
3 Inhoud	4.32	4.21 - 4.43
4a Begeleiding	4.16	4.02 - 4.30
4b gedragswetenschapper	4.25	4.12 - 4.38
4c clinicus	4.19	4.04 - 4.34
5 Syllabus	3.73	3.59 - 3.87

Tabel 3.4 Waardering van de co-assistenten per onderwijsdoel (N=115)

	Gem.	95 % Betrouwb. int.
1 Kennis gespreksvoering + anamnese	4.41	4.30 - 4.52
2 Vaardigheden gespreksvoering + anamnese	4.19	4.07 - 4.31
3 Inzicht sterke/zwakke kanten gespreksvoering + anamnese	3.96	3.81 - 4.11
4 Somatiek bespreken met patiënt	3.82	3.67 - 3.97
5 Inzicht eigen functioneren	3.80	3.65 - 3.95
6 Psycho-sociale aspecten bespreken met patiënt	3.77	3.62 - 3.92
7 Verplaatsen in patiënt	3.68	3.53 - 3.83
8 Oog psycho-sociale aspecten	3.41	3.27 - 3.55
9 Vaardigheden in diagnostisch denken	2.97	2.81 - 3.13
10 Kennis interne ziektebeelden	2.63	2.47 - 2.79

3.11 Bespreking

Opvallend is de hoge waardering van de deelnemers voor de cursus: opzet, inhoud, begeleiding en leerzaamheid krijgen een positieve tot zeer positieve beoordeling. De begeleiding van zowel de gedragswetenschappers als de clinici krijgt eveneens een hoge score. De leerzaamheid en de begeleiding worden dus zeer positief gewaardeerd. Een andere onderzoeksvraag betrof de toegevoegde waarde op specifieke doelen. Deze onderwijsdoelen springen er in gunstige zin uit: door deze cursus hebben de co-assistenten naar hun eigen oordeel meer tot veel meer kennis opgedaan met betrekking tot gespreksvoering en anamnese. Naast kennis hebben zij naar hun zeggen ook meer tot veel meer vaardigheden op dat gebied verkregen. Hun eigen sterke en zwakke kanten met betrekking tot gespreksvoering en anamnese zijn hen duidelijker geworden.

Een viertal doelen valt in de middengroep wat betreft het oordeel van de co-assistenten: inzicht in het eigen functioneren in patiëntencontact, bespreken van somatische zaken met patiënten, bespreken van psychosociale onderwerpen met patiënten en zich verplaatsen in een patiënt zijn door de cursus verbeterd. Op drie doelen is nauwelijks tot geen winst geboekt volgens de studenten. Dat zijn: oog krijgen voor psychosociale aspecten van ziekte, kennis opdoen over interne ziektebeelden en vaardigheden krijgen in diagnostisch denken. Bij zeven van de tien door ons geformuleerde doelen is dus volgens de studenten door de cursus vooruitgang geboekt.

Wanneer we deze gegevens leggen naast het boven geformuleerde doel van de cursus: nadruk op de gespreksvoering bij de anamnese, dan kunnen we zien dat de behaalde resultaten hier precies mee overeenkomen. De medisch inhoudelijke kant komt op de tweede plaats en krijgt dan ook een lagere beoordeling van de studenten.

Verder valt op dat niet alleen een winst in kennis en vaardigheden wordt gemeld maar ook vooruitgang op punten die meer met attitude samenhangen, zoals inzicht in eigen sterke en zwakke kanten, functioneren in patiëntencontact, zich verplaatsen in een patiënt en bespreken van psychosociale onderwerpen.

Dit sluit aan bij de constatering onder docenten en simulatiepatiënten, dat het fenomeen "bot gedrag" onder studenten zich nauwelijks lijkt voor te doen: de co-assistenten doen serieus moeite om zo goed mogelijk met de simulatiepatiënten om te gaan. Een in vroeger tijden geuite hartenkreet van een van de simulatiepatiënten: "Ik voel me soms behandeld als een galblaas op pootjes!" wordt nu nog maar zelden gehoord.

Bovendien valt op dat de co-assistenten elkaar in de groep van uitstekende feedback

kunnen voorzien. Het lijkt alsof zij over een referentiekader beschikken van waaruit zij anamneses observeren en beoordelen. Natuurlijk bestaan hierin onderlinge verschillen.
Deze resultaten zijn in overeenstemming met onderzoekingen elders.[10,11] Daar is bij soortgelijke onderwijsprogramma's gebleken dat getrainde studenten, in vergelijking met studenten die nog geen vaardigheidscursussen gevolgd hadden, enorm snel gespreksvaardigheden erbij leren. Bovendien zijn zij in staat die vaardigheden goed toe te passen in contact met patiënten.
Wat waarderen de co-assistenten nu zelf het meeste aan de cursus klinische gespreksvoering? Daar is naar gevraagd in de open vraag: "Wat was voor jou het meest waardevolle aan deze cursus?" Bijna alle co-assistenten hebben de moeite genomen om hierop te reageren (N=110); soms werden meerdere antwoorden per persoon gegeven.
De gegeven antwoorden zijn achteraf gegroepeerd in 5 categorieën. In volgorde van de meest frequente tot de minder vaak voorkomende antwoorden staan in Tabel 3.5 de resultaten.

Tabel 3.5 Antwoorden van co-assistenten (N=110) op de vraag naar wat het meest gewaardeerd werd in deze cursus

1	De feedback van docenten, simulatiepatiënten en groepsgenoten. Dit geeft je een spiegel met betrekking tot je eigen functioneren en inzicht in je sterke en zwakke kanten.	60 maal
2	De structuur en de systematiek van de anamnese, ook zoals die in de syllabus staat. Dat geeft je houvast in het gesprek.	33 maal
3	Het observeren van medestudenten die de anamnese afnemen. Het is leerzaam om te zien hoe anderen dat doen.	19 maal
4	De gelegenheid om te oefenen. Dat neemt angst of schroom weg om het straks zelf te doen in de kliniek.	19 maal

Een voorbeeld van een karakteristiek antwoord, letterlijk geciteerd van een formulier: "Het aangaan van een gesprek met een patiënt terwijl ik van alle kanten kritisch bekeken werd. Vooral de eerste keer was ik behoorlijk zenuwachtig, maar niemand komt eronder uit. Ik heb beter leren inzien wat mijn sterke en zwakke punten zijn in een gesprek; vooral tijdens het gesprek maar ook door de kritiek van anderen. Ik ben

er een stuk zekerder van geworden en zal, denk ik, nauwelijks meer opzien tegen het afnemen van de anamnese. Dat is zeker een waardevol aspect van deze cursus!"
Vaak werd in een 'terzijde' waardering voor de cursus uitgesproken: men vond deze leuk en leerzaam. Sommige antwoorden werden heel weinig frequent gegeven; deze rest-categorie is niet in de tabel opgenomen. Tenslotte is gevraagd naar mogelijke verbeteringen aan de cursus.
Hierop kwam veel minder reactie (N=70). Sommige studenten (N=18) willen meer kans krijgen om te oefenen, nl. twee maal per persoon; nu kan niet iedereen twee maal oefenen. Anderen (N=16) willen meer aandacht voor internistische en differentiaal diagnostische aspecten. Tenslotte willen 14 co-assistenten vaker dan nu mogelijk is in de spiegelkamer oefenen omdat zij dan minder last hebben van het idee dat ze geobserveerd worden.
In vergelijking met de voormalige, kortere anamnesetraining is een enorme winst geboekt: de studenten krijgen veel meer gelegenheid om te oefenen en daardoor meer zicht op wat zij kunnen. De opbouw in het pre-klinische onderwijs in gespreksvoering en anamnese is verbeterd en vormt nu een goed samenhangend geheel met de huidige klinische cursus. Hierdoor is de integratie tussen medisch inhoudelijke en psychosociale aspecten bevorderd. De indruk is dat de studenten nu beter dan vroeger in staat zijn om op een breder vlak te communiceren met patiënten dan uitsluitend over somatische zaken. Deze indruk is bevestigd door de ervaringen die de co-assistenten rapporteren in een latere fase van het klinisch curriculum, in ALCO-II. De studenten zeggen daarover, dat zij goed voorbereid waren op patiëntencontacten.

3.12 Conclusie

De nieuwe cursus Klinische Gespreksvoering blijkt goed aan te slaan bij de eerste 15 groepen co-assistenten. Zij zijn van oordeel dat de cursus een duidelijke toevoeging geeft in kennis, vaardigheden en attitude op het gebied van het anamnestisch gesprek. De begeleiding door gedragswetenschappers en clinici wordt als goed beoordeeld. Door de feedback leren de deelnemers wat zij waard zijn in gesprek met een patiënt; door zelf te oefenen en anderen te observeren durven ze het contact met patiënten in de kliniek beter aan. De cursus vormt een goede voorbereiding op het komende co-assistentschap.

3.13 Referenties

1. Batenburg V, Gerritsma JGM. Medical Interviewing: initial student problems. Med Educ 1983; 17: 235-9.
2. Batenburg V. Gespreksvoering, een cursus in Utrecht. Med Contact 1991; 47: 1425-8.
3. Batenburg V. Wat steken de studenten ervan op? Evaluatie van een cursus gespreksvoering. In: Metz JCM, et al., editors. Gezond Onderwijs-2. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau, 1993: 259-64.
4. Smal JA. Onderwijsenquetes doctoraal 1, 2 en 3. Afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het medisch onderwijs, Rijksuniversiteit Utrecht, januari 1988, januari 1989, januari 1990, juni 1990.
5. Smal JA. Enquêtes onderwijs en tentamens propedeuse en doctoraal 1 GBO en doctoraal 2 en 3 Geneeskunde, Afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het medisch onderwijs, Rijksuniversiteit Utrecht, januari 1991 en januari 1992.
6. Smal JA. Enquêtes onderwijs en tentamens doctoraal 3 Geneeskunde, Afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het Medisch Onderwijs, Rijksuniversiteit Utrecht, 1993.
7. Grol R. Algemene normen voor een huisartsgeneeskundige wijze van probleemoplossen en hulpverlenen. In: Huisarts en onderlinge toetsing, Grol RPTM, Mesker PJR, editors. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge 1986: 31-65.
8. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors. I: Benefits of feedback training in interviewing as students persist. Br Med J 1986; 292: 1573-6.
9. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Pract 1986; 3: 24-30.
10. Maguire P, Clarke D, Jolley B. An experimental comparison of three courses in history-taking skills for medical students. Med Educ 1977; 11: 175-82.
11. Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B. Lectures and skills workshops as teaching formats in a history-taking skills course for medical students. Med Educ 1989; 23: 364-70.

Chapter 4

Reflection: a meeting for clerks

De terugkommiddag voor co-assistenten: een reflectie

"Zoiets laat een scherf in je achter"

"One key to satisfactory relationships with patients is the physician’s self-awareness."

(Stewart & Roter 1989)

Published in: Bulletin Medisch Onderwijs 1995; 14(1): 32-8. De terugkommiddag voor co-assistenten: een reflectie. ’Zoiets laat een scherf in je achter’. (reproduced with the permission of the editor)

Author: Batenburg V

4.1 Synopsis

Introduction

In the clinical phase of medical education, students often experience feelings of uncertainty, inability, and powerlessness in the face of illness and death. These feelings, as well as the way students relate to patients, receive little systematic attention during the education process. It has been reported that an internal mechanism of repression of feelings, resulting in a loss of empathy, can occur in students as a survival mechanism. Since 1990, a compulsory meeting has been organised during the internal medicine clerkship in Utrecht. Experiences during the clerkship are subjected to reflection. The meeting, a form of coaching, is aimed at attitude development. The goal is to enhance students' awareness of their feelings, ideas, and behaviour while performing their tasks as beginning professionals. Although the first evaluations in 1993 were moderately positive, some changes in the aims and format have been made, and the meeting has become part of a larger training programme that is followed directly after the clerkship. In 1994, the revised programme was evaluated.

Aim and format of the meeting

Difficult experiences are the focus of the meeting. The difficulties discussed concern the handling of emotions, commitment versus distance to patients, and handling the role of a semi-professional. Previously, we tried, without success, to teach students to improve their handling of difficulties. Evaluations, however, pointed to the importance of sharing the unsettling sides of new experiences and of receiving mutual recognition and support. The aim of the revised programme is therefore the analysis of the difficulties experienced, and the enhancement of self-awareness. Sharing, recognition, and support are encouraged. Difficulties discussed concern the handling of emotions, commitment versus distance to patients, and the role of semi-professional helper. Students meet once for three hours in small groups after the first three-month clerkship, internal medicine. Teachers are social scientists, experienced in clinical education.

After an introduction on the aims and format, students in turn present a difficult situation they experienced during the clerkship. Feelings, ideas, choices, and actions are clarified. The nature of the problem is explored and discussed, with group members sharing their views and experiences. At the end of the meeting, each student

summarises the positive and negative sides of his or her development as a clerk in the past three months. The main task of the teacher is to help create an open safe atmosphere fit to reveal personal matters, to clarify and structure, and to place individual problems into a more comprehensive framework.

Method of evaluation

From september 1993 to May 1994 the revised programme was evaluated by 15 groups of clerks, with each group consisting of 8 students. At the end of the session, questionnaires concerning the programme's aims and procedures were distributed and filled in. Answers were given on a 5-point scale, 5 representing the most positive and 1 the most negative evaluation. Open questions with regard to the value of the programme were also included. The evaluation was anonymous. Results were compared with previous evaluations by means of Student's *t*-tests.

Results

In total, 108 forms were collected, a response rate of 90%. A total of 43 students answered the open questions. Evaluation scores of the revised meeting were higher than those of the previous programme. Of the nine aims (a.o.: sharing, reflection, support, self-awareness), six were evaluated positively by the students (range: 4.3-3.5) and three were neutral (range 3.2-3.4). All aspects of the programme (format, coaching, timing) received a positive evaluation (range: 4.3-3.9).

Discussion

The revised meeting was well received. According to the students, most of the aims of the programme seemed to be reached. The use, format, and coaching of the meeting were evaluated positively. The main value appeared to consist of sharing and reflecting upon difficult experiences and of receiving mutual support.

These data confirmed the impression of the teachers. It appeared that students were more motivated than previously to reflect upon their experiences; they now had a longer period of performing as a clerk to look back upon. Discussions often reached impressive depth and students recounted without reservation the uneasy sides of their confrontation with medical practice and clinical teachers. Feelings of uncertainty, powerlessness, and grief, but also of pride and growing self-confidence were expres

sed openly. In a minority of cases, the teachers felt resistance among the students to openly discuss the personal aspects of the reported difficulties. Most of the time, it was possible to move from incidental experiences to the more general development of an individual student. These positive results are probably due to the reduction in the aims of the meeting, to the improved position of the programme in the clinical curriculum, and to the process of habituation in the students.

Conclusion
For the students, the reflection meeting offers an opportunity to come to terms with the emotional side of their experiences as clerks. The programme thus contributes to the development of professional attitudes as formulated in Blueprint 1994.

4.2 Samenvatting

Tijdens de terugkommiddag aan het eind van het eerste co-assistentschap worden onder begeleiding ervaringen uitgewisseld. Het programma van de in 1990 gestarte en in 1993 bijgestelde terugkombijeenkomst is geëvalueerd. De waardering van de co-assistenten voor de aangepaste terugkommiddag valt positiever uit dan voorheen. Het programma lijkt beter aan te slaan. De waarde van deze vorm van begeleiden blijkt voor de co-assistenten vooral te liggen op het gebied van onderlinge herkenning en steun. Het lukt veelal om co-assistenten te laten nadenken over hun eigen functioneren op een niveau dat dieper ligt dan hun gedrag in incidentele moeilijke situaties. Op grond van de evaluatie-resultaten en de ervaringen van de docenten kan gesteld worden dat het programma een aanzet levert aan de ontwikkeling van een professionele attitude.

4.3 Inleiding

Attitude-onderwijs en begeleiding van co-assistenten zijn actuele thema's geworden naar aanleiding van het rapport van de Visitatiecommissie Geneeskunde, het BOC-rapport over de co-assistentschappen en het Raamplan 1994.[1,2,3]
Dit artikel gaat over de begeleiding van het persoonlijk functioneren van co-assistenten. In Utrecht wordt al enkele jaren een verplichte terugkombijeenkomst georganiseerd voor co-assistenten, waarin de eigen gevoelens, opvattingen en gedragswijzen in de omgang met patiënten onder de loep worden genomen. Het onderwijs heeft dus betrekking op attitudes van studenten en is bedoeld om bewustwording van het eigen functioneren te bevorderen.
Onder deskundige begeleiding wordt gereflecteerd op de ervaringen op de stageplaats.

Het functioneren als persoon in de rol van een beginnende professionele hulpverlener staat bij de reflectie centraal.
Dat de ervaringen van een beginnende co-assistent soms bijzonder confronterend kunnen zijn wordt geïllustreerd aan de uitspraak in de titel van dit artikel: "Zoiets laat een scherf in je achter." Deze uitspraak is afkomstig van een co-assistent; tijdens de terugkommiddag bracht zij een ervaring in die voor haar belangrijk geweest is. Het ging om het sterven van een betrekkelijk jonge patiënt die zij had opgenomen en over de voor haar onthutsende manier waarop de behandelend artsen met de patiënt omgingen in diens stervensfase. Die gebeurtenis en de wijze waarop zij hier achteraf op terugkijkt waren onderwerp van bespreking van die middag.

4.4 Begeleiding van co-assistenten

Het is juist in de klinische fase van de medische opleiding belangrijk om aandacht te besteden aan het persoonlijk functioneren van studenten, omdat co-assistenten te maken krijgen met gevoelens van onzekerheid, onkunde en onmacht.[4] Wanneer zij geen raad weten met deze gevoelens en moeite moeten doen om zelf in evenwicht te blijven, gaan zij veelal mechanismen hanteren, gericht op zelfhandhaving.[5] Een voorbeeld van deze mechanismen is: het verbergen van onzekerheid of het vermijden van emotioneel geladen situaties met patiënten. Het hanteren van deze mechanismen draagt het risico in zich, dat op den duur alle emotionele reacties bij co-assistenten uit het patiëntencontact en uit het zelfbeeld "weggecensureerd" worden. Het vermogen voor empathie ten opzichte van anderen gaat dan verloren.[5]
Omdat dit proces vaak onbewust verloopt en onopgemerkt blijft, is de kans groot dat de medische opleiding co-assistenten aflevert met een eenzijdig dokter-of ziektegerichte attitude, waarbij in de beroepshouding het accent eenzijdig op de technische en zakelijke aspecten van ziekte ligt. De patiënt-gerichte attitude, evenzeer een deel van medische competentie, dreigt hierdoor verloren te gaan.[6,7]
In de begeleiding die co-assistenten krijgen op hun stageplaats ligt het accent meestal op medisch-technische kennis en vaardigheden.[7,8] Aan het product, de diagnose of het beleid, dat afkomstig is uit het contact tussen de co-assistent en de patiënt wordt aandacht besteed. Voor begeleiding bij het proces waarlangs de diagnose tot stand is gekomen en voor de manier waarop het beleid uitgevoerd wordt, bestaat meestal geen aandacht bij opleiders en arts-assistenten. Ook het proces van het opbouwen van een goede relatie tussen co-assistent en patiënt en de manier waarop de co-assistent hierin functioneert, krijgt meestal geen aandacht.
Er bestaan aanwijzingen dat co-assistenten achteruit gaan in interpersoonlijke be-

kwaamheid wanneer niet expliciet, in de vorm van begeleiding of cursorisch onderwijs, aandacht wordt besteed aan de ontwikkeling van de relationele aspecten van het vak.[9] Om te pogen, een mogelijk ongunstige ontwikkeling tegen te gaan zijn in Utrecht en Nijmegen verplichte terugkombijeenkomsten in het curriculum ingevoerd.[10]

4.5 Doel van de 'terugkombijeenkomst'

Het is onvermijdelijk dat co-assistenten te maken krijgen met emotioneel belastende ervaringen; de beroepsuitoefening bestaat immers voor een belangrijk deel uit het hanteren van problemen rond ziekte, gezondheid, leven en dood. De opzet van de 'terugkombijeenkomst' is om co-assistenten te helpen hun eigen weg te vinden in moeilijke situaties die zij tijdens hun co-assistentschappen meemaken. Maastrichtse docenten beschrijven dergelijk attitude-onderwijs als een bewustwordingsproces waarbij studenten de kans krijgen te ontdekken op welke wijze invloeden uit de omgeving op hun ideeënvorming, emoties en gedragingen inwerken- en welke bijdrage zij daar zelf in hebben en kunnen hebben; zo ontdekken zij of de houding die zij aannemen de houding is die zij (willen) kiezen.[11] Het is de bedoeling dat de studenten hierdoor meer inzicht krijgen in hun manier van functioneren en de keuzes die daaraan ten grondslag liggen.

Bovendien worden de gevoelens van onzekerheid, angst en onmacht, kenmerkend voor de eerste fase in de ontwikkeling van een professionele identiteit,[4] onder woorden gebracht en besproken. Het is gebleken dat het bespreken van als belastend ervaren gebeurtenissen nuttig is en steun biedt in het hanteren van die belasting.[12] Groepsbesprekingen in de vorm van terugkomdagen hebben een positief effect op het verwerken en hanteren van belastende ervaringen.[12]

In terugkombijeenkomsten worden co-assistenten dus aan het denken gezet over hun beroepsmatig gedrag en kunnen zij hun ervaringen in het patiëntencontact te verwerken. Het onderwijs in Utrecht wordt gegeven in groepen van 8 co-assistenten die hun ervaringen uitwisselen.

4.6 Programma

Wij hebben sinds begin 1990 ervaring opgedaan met terugkombijeenkomsten. Het programma is in 1993 bijgesteld. In dat jaar is begonnen met een geheel vernieuwd onderwijsprogramma voor de klinische fase. Daarbij werden de zogenaamde ALCO-schappen ingevoerd. De terugkommiddag kreeg een plaats in ALCO-II, een periode van cursorisch onderwijs volgend op drie maanden co-assistentschap in de inwendige

geneeskunde.
Iedere groep komt één maal gedurende een middag bijeen. De middag begint met een korte inventarisatieronde van meegemaakte moeilijke situaties met patiënten, aan de hand van een huiswerk-opdracht die eerder aan de co-assistenten is uitgereikt.[10] Alle co-assistenten komen om de beurt aan bod. Het probleem in die moeilijke situatie, de aanpak van de co-assistent en het resultaat daarvan worden kort op het bord gezet.
Vervolgens worden de problemen uitgebreid besproken, waarbij de co-assistenten ook op elkaar kunnen reageren. Geanalyseerd wordt wat de co-assistent nu precies moeilijk vond, waarom dat zo was, wat de gekozen aanpak in concreto inhield, op welke gronden juist díe aanpak gekozen werd, welke invloed de gevoelens of eigen normen van de co-assistent daarin hadden, welk aandeel de context, met name beleidsmatige en ideologische aspecten van de afdeling of het ziekenhuis hadden, en wat het verdere verloop van het contact met de patiënt inhield. Nagegaan wordt in hoeverre de co-assistent achteraf tevreden is met deze aanpak; mogelijke alternatieven worden besproken.
Meestal zijn de verschillende problemen van de individuele co-assistenten onder te brengen in een aantal centrale thema's, zoals: hanteren van de eigen emoties die het patiëntencontact oproept; spanning tussen betrokkenheid en distantie ten opzichte van de patiënt en spanning tussen de positie van hulpverlener en leerling. In de terugkombijeenkomsten benoemt de docent de individuele problemen steeds in het kader van deze centrale thema's om de co-assistenten te helpen, structuur aan te brengen in hun ervaringen. Zo krijgt de co-assistent de kans, problematische ervaringen te uiten en te overdenken en daardoor meer inzicht te krijgen in het eigen functioneren.
Tot slot van de terugkombijeenkomst maken alle co-assistenten een balans op van winst- en verliespunten in de eigen ontwikkeling van de afgelopen drie maanden. Zij worden gestimuleerd om na te gaan in hoeverre zij veranderd of gegroeid zijn, of zij beschadigingen hebben opgelopen en wat er met hun idealen gebeurd is. Kortom, het programma van de terugkomdag bestaat uit vier onderdelen: 1. inleiding, 2. inventarisatieronde van moeilijke situaties, 3. discussie, 4. balans van eigen functioneren.
Als voornaamste taak van de docent zien wij: het proces van reflectie op gang te brengen en de individuele ervaringen te relateren aan de centrale thema's. Het is belangrijk om een open en veilige sfeer te scheppen in de groep, zodat ieder zich vrij voelt om persoonlijke ervaringen te uiten en te reageren op het relaas van de groepsgenoten. De co-assistenten zijn al grotendeels bekend met deze werkwijze door cursussen gespreksvoering in de pre-klinische fase en door de cursus klinische

gespreksvoering aan het begin van de co-assistentschappen.[13,14] In Utrecht zijn de docenten sociale wetenschappers. Zij kennen de co-assistenten veelal uit eerdere cursussen; zij zijn niet betrokken bij het geven van beoordelingen over de co-assistenten.

4.7 Enkele aanpassingen

Op grond van resultaten van een gezamenlijk Utrechts-Nijmeegs evaluatieproject van terugkommiddagen moest destijds enerzijds geconstateerd worden dat het Utrechtse programma geschikt was om studenten te laten reflecteren op persoonlijk niveau, maar anderzijds dat enkele leerdoelen van de terugkombijeenkomst niet gehaald werden naar het oordeel van de co-assistenten.[10] Met name het daadwerkelijk op een andere manier leren hanteren van moeilijke situaties bleek te hoog gegrepen binnen het bestaande kader van één terugkommiddag. Dit doel is nu vervallen. Moeilijke situaties worden nog wel besproken, maar nu om het inzicht in het eigen functioneren te bevorderen, zonder te streven naar verandering in het functioneren. Wat destijds zeer gewaardeerd werd was "Het kunnen spuien van ervaringen en die kunnen delen met mensen die dit zelf ook meemaken", zoals een co-assistent bij de evaluatie opschreef. Dit is als leerdoel gehandhaafd. De periode van drie weken waarin de co-assistenten werkzaam geweest waren, bleek aan de korte kant om reflectie te kunnen plegen. Daarom is in 1993 het programma bijgesteld: de leerdoelen zijn in aantal teruggebracht en gericht op het delen van ervaringen en bewustwording van het persoonlijk functioneren. Bovendien werd het tijdstip van de terugkombijeenkomst opgeschoven: het huidige programma is na afloop van het drie maanden durende co-assistentschap inwendige geneeskunde. Nu hebben de co-assistenten veel meer ervaringen kunnen opdoen.

4.8 Evaluatieresultaten

Van september 1993 tot en met mei 1994 is de bijgestelde terugkommiddag geëvalueerd. Wij hebben de gegevens bewerkt van 15 groepen co-assistenten, in totaal 108 studenten. Van drie groepen zijn geen gegevens beschikbaar omdat deze uitvielen of omdat de evaluatieformulieren ontbraken. De vragen konden beantwoord worden op een 5-puntsschaal, waarbij 5 de hoogst mogelijke en 1 de laagst mogelijke waardering weergaf. In Tabel 4.1 zijn de resultaten per vraag weergegeven.

Tabel 4.1: Evaluatie van de terugkommiddag, uitgedrukt in gemiddelde score en standaarddeviatie van 108 co-assistenten (5 is de hoogst mogelijke, 1 de laagst mogelijke score).

		gem	sd
1.	Deze terugkommidag vind ik zinvol	4.0	1.0
2.	Ik kon dingen kwijt die mij geraakt hebben	3.9	0.9
3.	Voor het nadenken over mijn eigen functioneren als co-assistent is deze bijeenkomst waardevol	3.5	0.8
4.	Voor het opmaken van een balans over mijn functioneren als co-assistent is deze middag waardevol	3.4	1.1
5.	Aan het bespreken van moeilijke situaties heb ik veel gehad	3.2	0.9
6.	Ik heb inzicht gekregen in mijn aanpak van moeilijke situaties met patiënten/anderen	3.2	1.0
7.	Aan opmerkingen van overige groepsleden heb ik veel gehad	3.6	0.9
8.	Door de ervaringen van de overige groepsleden voelde ik mij gesteund	3.9	0.9
9.	Even afstand kunnen nemen van mijn werk als co-assistent vind ik zinvol	4.3	0.8
10.	Over het programma van deze bijeenkomst ben ik tevreden	3.9	0.9
11.	Over de begeleiding ben ik tevreden	4.3	0.7
12.	Het moment van deze bijeenkomst t.o.v. het coschap interne vind ik geschikt	4.2	0.7

4.9 Beschouwing

De waardering (4.0) voor de bijgestelde terugkommiddag valt positiever uit (P<.001) dan voorheen (3.3).[10] Het bijgestelde programma lijkt beter aan te slaan en heeft een positievere bekendheid gekregen dan voorheen. De belangrijkste functie voor de co-assistenten is, dingen te uiten die hen geraakt hebben (3.9) en van elkaar steun te ervaren (3.9). De waarde van het nadenken over hun eigen functioneren is nu voor hen hoger dan eerder het geval was (nu 3.5 versus 2.9 destijds; P<.001). Zij vinden de middag zinvol (4.0) en zijn tevreden over het programma (3.9), de begeleiding (4.3) en het tijdstip van de middag na drie maanden co-schap (4.2).

De waarde van deze vorm van begeleiden van co-assistenten lijkt dus vooral op het gebied van onderlinge herkenning en steun te liggen. Voor het bespreken van moeilijke situaties en het krijgen van inzicht in de eigen aanpak daarvan lijkt de terug-

kommiddag minder goed gewaardeerd te worden (beide 3.2).
Bij de evaluatie zijn ook schriftelijke open vragen gesteld waar 43 van de 108 studenten op gereageerd hebben. Op de vraag naar het meest leerzame van de terug-kommiddag was een typerend antwoord van een co-assistent: "Ervaringen van anderen horen; herkenning geeft steun." En: "Bespreking van moeilijke situaties die iedereen tegen is gekomen, en de manier van omgaan daarmee. Inzichten van anderen hebben mij geholpen m'n eigen inzichten verder te ontwikkelen." En een andere co-assistent: "Ik voel opluchting terwijl ik niet wist dat er iets 'opgelucht' moest worden!"
Kennelijk is het gelukt om de co-assistenten naar hun eigen functioneren te laten kijken op een niveau dat dieper ligt dan hun individuele gedrag in incidentele moeilijke situaties, zodanig dat zij zelf een ontwikkelingslijn kunnen signaleren in hun persoonlijk functioneren.
Na een paar jaar ervaring met de terugkommiddag kunnen de ervaringen van de docenten naast de evaluaties van de studenten geplaatst worden.
Ten eerste: de mate waarin het programma aanslaat. Het is de docenten opgevallen dat de co-assistenten in overgrote meerderheid gemotiveerd en goed in staat waren om over hun eigen functioneren te praten en na te denken. De verhalen werden vaak bijzonder openhartig en eerlijk verteld. Er was nauwelijks reserve te bespeuren in de manier waarop de co-assistenten hun eigen positieve en negatieve emoties erkennen en bespreken. Veel co-assistenten vertoonden daarbij een vrij hoge mate van inzicht in zichzelf. Er was ruimte voor verdriet en schaamte, maar ook voor humor en trots. Het kwam regelmatig voor dat co-assistenten zichtbaar geraakt waren wanneer zij hun ervaringen beschreven. Velen stelden zich open en kwetsbaar op. Juist daarin vonden zij bij elkaar veel herkenning en steun. De co-assistenten reageerden veelal actief en betrokken op elkaars' verhaal. Zij konden zo nadenken over hun eigen onmacht en onzekerheid zonder zich groot te hoeven houden maar ook zonder hun sterke kanten uit het oog te verliezen. De gebeurtenis met 'de scherf' is hiervan een voorbeeld.
In 3 à 4 van de 15 groepen verliep de terugkommiddag stroever en bestond er meer reserve. De persoonlijke kanten van de ervaringen kwamen maar moeizaam tot uiting en de groep gaf de voorkeur aan een zakelijke, pragmatische bespreking. Hier speelden, in de ogen van de begeleiders, zelfhandhavingsmechanismen gericht op het opzij zetten van emoties een grote rol. Bovendien was in deze groepen nauwelijks sprake van persoonlijke betrokkenheid tussen de groepsleden onderling. Deze groepen hadden in het algemeen een lagere waardering voor de terugkombijeenkomst dan de gemotiveerde groepen.

Een tweede punt dat de docenten opviel, was een terugkerend thema in de ervaringen van de co-assistenten: zij vinden nogal eens dat zij niet respectvol behandeld worden door hun opleiders. Een deel van de ingebrachte moeilijke situaties sloeg dan ook op contacten met assistenten en opleiders en niet zozeer op contact met patiënten. De co-assistenten hadden de indruk dat hun inbreng en hun werk nauwelijks waardevol gevonden werd. Dit had niet te maken met het krijgen van kritiek: de co-assistenten willen juist graag feedback krijgen op hun functioneren en geven aan dat zij veel meer positieve en negatieve kritiek zouden willen krijgen van hun begeleiders. Hun onvrede betrof dan ook meer het gevoel, niet serieus genomen te worden. Dergelijke ervaringen zijn niet bevorderlijk geweest voor het zelfvertrouwen van deze co-assistenten. Aan de andere kant versterkten dergelijke negatieve voorbeelden de eigen idealen van de co-assistenten op het gebied van humaan gedrag ten opzichte van patiënten en collega's. In de discussie werd vrijwel altijd stilgestaan bij het vraagstuk: "hoe zorg ik dat *ik* niet zo word?"

Een derde en laatste belangrijke bevinding is, dat de studenten veelal melden dat zij meer zelfvertrouwen gekregen hebben in de loop van de drie maanden co-assistentschap. Dit houdt niet in dat zij een schijnbare competentie proberen hoog te houden, maar dat zij meer op zichzelf durven vertrouwen met erkenning van hun onzekerheden. Hier is ons inziens sprake van een proces van persoonlijke groei. De belasting van de stages heeft kennelijk ook een belangrijk positief effect op de ontwikkeling van de co-assistenten.

De docenten hebben de indruk dat de begeleiding in de vorm van de terugkommiddag aan de co-assistenten een steun in de rug biedt in een periode van emotionele belasting. In hoeverre deze steun een duurzaam effect heeft, is niet bekend omdat later in de co-schappen geen terugkommiddagen bestaan.

Tijdens de terugkommiddag komen emoties en belevingen aan de orde; emoties in het directe contact tussen co-assistenten en patiënten, maar ook in meer algemene zin van het functioneren als arts-in-wording. Grenzen en mogelijkheden van de co-assistenten zelf en van de geneeskunde als professie zijn onderwerp van discussie. Op deze wijze draagt de terugkommiddag bij aan de ontwikkeling van attitude zoals omschreven in de Algemene Eindtermen van Raamplan 1994.[3]

De terugkommiddag is zinvol voor de co-assistenten. Na een aarzelende aanloopfase kan nu gezegd worden dat de begeleiding van het persoonlijk functioneren van co-assistenten succes heeft. Onder de huidige randvoorwaarden, gevormd door het doel van de terugkommiddag (reflectie plegen op en inzicht krijgen in het persoonlijk functioneren), de plaats in het curriculum (na drie maanden co-assistentschap), de

tijdsinvestering (één middag), de aard van het programma (gestructureerd ervaringen bespreken) en de begeleiding (gedragswetenschappers) blijkt de terugkommiddag aan te slaan en als goed gewaardeerd te worden.

4.10 Conclusie

Bijeenkomsten waarin de co-assistenten onder deskundige begeleiding hun ervaringen kunnen uitwisselen slaan aan. Een proces van bewustwording wordt op gang gebracht. De co-assistenten krijgen de kans, hun ervaringen te ordenen en te verwerken. Zij ondervinden daarbij veel steun aan elkaar. Op deze wijze krijgen zij meer inzicht in hun eigen functioneren. Het bijgestelde programma van de Utrechtse terugkommiddag levert op deze wijze een waardevolle aanzet aan de ontwikkeling van een professionele attitude.

4.11 Referenties

1. Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten. Rapport van de Visitatiecommissie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. Utrecht: VSNU, 1992.
2. Metz JCM, Bulte JA, Paridon EJM van. Basisarts: bevoegd en bekwaam. Eindrapport van het Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentschappen. Beleidsgerichte Studies Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.
3. Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Raamplan 1994 Artsopleiding. Eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau KUN, 1994.
4. Gilmore MM, Perry SW. The Psychiatry Intership and the Development of Professional Identity. Am J Psychiatry 1980; 137: 1206-10.
5. Schouten JAM, Groot L de. Dokters in wording. In: Pierloot R. Arts-patiëntrelaties. Alphen aan de Rijn: Stafleu, 1981.
6. Batenburg V, Gerritsma JGM. Attitude, is dat aan te leren? Attitude- en persoonlijkheidsvorming in de medische opleiding. Med Contact 1990; 45: 1016-20.
7. Lunsen HW van, Hoos AM, Büller HA, Schreuder MCJ, Kupka R. Een adequate beroepshouding kan geleerd worden; training en toetsing van attitudes in het medisch onderwijs. Ned Tijdschr Geneeskd 1994; 138: 1333-7.
8. Sinke E, Metz JCM. Begeleiding van co-assistenten. Bulletin Medisch Onderwijs 1989; 8: 132-9.
9. McManus IC, Vincent CA, Thom S, Kidd J. Teaching communication skills to clinical students. Br Med J 1993; 306: 1322-7.
10. Postma CT, Batenburg V, Spaendonck K van, Metz JCM. De begeleiding van het persoonlijk functioneren van co-assistenten. Bulletin Medisch Onderwijs 1992; 11: 86-95.
11. Graat JMJM, Hoogland HJ, Horst FG van der. Bewustwording van attitudes en de Maastrichtse ervaringscirkel. In: Metz JCM, Scherpbier AJJA, Houtkoop E, editors. Gezond Onderwijs-2. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau KUN, 1993: 56-61.
12. Sinke E. "Co-schap lopen, een psychologische opgave." Onderzoeksverslag wetenschappelijke stage. Nijmegen, 1989.
13. Batenburg V. Wat steken de studenten ervan op? Evaluatie van een cursus gespreksvoering. In: Metz JCM, et al., editors. Gezond Onderwijs-2. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau, 1993: 259-64.
14. Batenburg V. Klinische gespreksvoering: het Utrechts model. Bulletin Medisch Onderwijs 1993; 12: 50-5.

Chapter 5

The Ideal Physician

De Ideale Arts: het beroepsbeeld van medisch studenten.

"Although clinical method is a tool, it has dimensions beyond those of a scalpel, a drug, or an endoscope. The personality of physicians, and their perception of themselves and their task, enter deeply into clinical method."

(McWhinney 1989)

Published in: Ned Tijdschr Geneeskd 1995; 139(23): 1177-81. De Ideale Arts: het beroepsbeeld van medisch studenten. (reproduced with the permission of the editor)

Author: Batenburg V

5.1 Synopsis

Introduction

Attitude development is an important task of medical schools; attitudes are learned and can be modified. The process of attitude development is partly overt and specific by the influence of special courses, and partly covert and undirected in the 'hidden curriculum', for instance by teachers' examples. This study addressed attitudes with regard to the traits of the Ideal Physician, expressed in terms of cure versus care. These terms refer to the two sides of medicine: a humane, socially oriented side versus a technological, science oriented side. It has been reported that medical education develops the cure side of attitudes, while the care side is at risk of declining. First- and second-year and female students seem to hold more care-oriented attitudes. In the Netherlands, no empirical data on the actual attitudes of medical students are presently available.

Aim

The relation between phase of education and gender and the students' idea of the Ideal Physician was studied. Hypotheses were that senior and male students have less care-oriented attitudes than first- and second-year and female students.

Method

Subjects included 445 medical students of the Utrecht University; four different classes of first- and second-year, senior, and clinical students participated. In this way, a cross-section of students' attitudes could be obtained. Attitudes were measured using questionnaires containing 18 statements, each with a care and cure alternative. Agreement could be indicated on a 7-point scale of the Likert type. Answers were given anonymously; data on gender and specialty preference were also obtained. Reliability and validity had to be established in this study. Differences in scores between classes and between men and women were tested using Student's *t*-tests and analysis of variance.

Results

The obtained reliability of the attitude scale fulfilled the pre-established norm. Content, construct, and concurrent validity were adequate. Students preferring technical specialties like surgery showed more cure-oriented attitudes than students preferring social specialties like general practice. Generally, students' attitudes appeared to be neutral to slightly care-oriented.

Traits like democratic as opposed to hierarchical, committed versus distant, open versus reticent, and person- versus disease-oriented were considered important. Attitudes of first- and second-year students did not differ from those of senior students. Clinical students' attitudes seemed to be more care-oriented than those of preclinical students. Differences between male and female students' attitudes were visible among senior and clinical students, with women having slightly more care-oriented attitudes. Generally, women attached more importance to democratic, psychosocial, and emotional traits than men. There was no relationship between gender and phase of education.

Discussion

First, contrary to expectation, the attitudes of senior and clinical students did not seem to be less care-oriented than those of first- and second-year students. In contrast, clinical students seemed to value care-oriented traits even more. This could be due either to a lack of one-sided cure-oriented examples of role-models in the clinical phase or to selective internalisation by students. Second, a neutral to slightly care-oriented attitude was found as an overall result. Students were not exclusively oriented to the technical sides of medicine and they valued the humane aspects of care, a finding also reported by others. This could, possibly, be due to the impact of special attitude-aimed courses in the Utrecht curriculum. Third, according to expectation, female students' attitudes were slightly more care-oriented than male students' attitudes, a difference also reported by other authors.

Limitations of this study consisted of a cross-sectional comparison between junior and senior students; additional longitudinal research is needed. More data on the use of the attitude scale are also required. The obtained differences in attitudes, although significant, were small.

Conclusion

Medical students do not seem to lose their care orientation during their schooling. Female students have more care-oriented attitudes than male students.

5.2 Samenvatting

Doel
Onderzoeken van het beroepsbeeld van 445 medisch studenten.

Opzet
Transversaal onderzoek van verschillende jaarklassen.

Plaats
Utrecht.

Methode
Gebruik werd gemaakt van een ’ideale arts’-schaal, waarin de ideale arts wordt omschreven met 18 ’care’- versus ’cure’-gerichte kenmerken (verschillende aspecten van de beroepsuitoefening). Verschillen tussen de scores van jongerejaars- en ouderejaarsstudenten en tussen mannelijke en vrouwelijke studenten werden geanalyseerd.

Resultaten
De studenten schreven aan de ideale arts neutrale tot licht care-gerichte kenmerken toe. Men neemt meestal aan dat de attitude van ouderejaarsstudenten minder care-gericht is dan van jongerejaars. In tegenstelling tot deze hypothese bleek de ideale arts van ouderejaar niet minder, maar juist meer care-gerichte kenmerken te vertonen. De ideale arts van vrouwelijke studenten bleek meer care-kenmerken te vertonen dan die van de mannelijke studenten, in overeenstemming met de uitgangshypothese.

Conclusie
Medisch studenten verliezen hun care-gerichtheid niet tijdens de studie.

5.3 Abstract

The ideal physician: medical students’ views of the medical profession.

Objective
To investigate the view medical students have of the medical profession.

Design
Cross sectional study of year cohorts, Utrecht.

Method
The attitudes of 445 medical students towards the 'ideal physician' were studied. It is often assumed that medical students' attitudes change into a less care-oriented direction as they proceed in their education. It is also assumed that female students' attitudes are more care-oriented than male students' attitudes. Traits of the ideal physician were described in a scale of 18 care-versus cure oriented items. Validity and reliability of the measuring instrument were sufficient. The scores of preclinical and clinical, male and female students were obtained.

Results
Contrary to expectation, ideals of clinical students were more care-oriented than ideals of beginning students. In general, students' ideals were neutral to slightly care-oriented. As was expected, female students' ideals were more care-oriented than male students ideals.

Conclusion
Medical students did not lose their slightly care-oriented ideals as they progressed. Female students held more care-oriented attituds than their male colleagues.

5.4 Inleiding

Welk beroepsbeeld hebben medisch studenten op dit moment? Welke opvattingen heersen onder hen ten aanzien van de 'ideale arts'? Deze vraagstelling ligt op het gebied van de attitude-ontwikkeling. De belangstelling voor attitudeontwikkeling groeit, zoals blijkt uit twee recente rapporten over de medische opleiding.[1,2] De in Raamplan 1994 geformuleerde en inmiddels landelijk onderschreven eindtermen van de artsopleiding sluiten aan bij vernieuwingen in de gezondheidszorg. Deze eindtermen betreffen, naast kennis en vaardigheden, ook attitudes met betrekking tot het functioneren als arts. Ook internationaal krijgt dit probleem steeds meer aandacht.[3] De medische faculteiten zijn bezig met inventarisatie en planning van het attitude-onderwijs.[4]

Attitude en opleiding
De medische opleiding heeft een belangrijke invloed op attitude: studenten maken zich normen, waarden en gedragspatronen eigen.[5] Attitude wordt als volgt gedefinieerd: het geheel van opvattingen, gevoelens, intenties en gedrag ten opzichte van een bepaald object,[6] in dit geval: de beroepsuitoefening. Uit onderzoek is gebleken

dat attitudes aangeleerd en veranderbaar zijn.[6,7] Het proces van attitude-ontwikkeling verloopt enerzijds op ongerichte en indirecte wijze via het zogenaamde verborgen curriculum door voorbeelden van docenten.[8] Anderzijds wordt in de opleiding ook *expliciet* in cursusvorm aandacht besteed aan de ontwikkeling van professionele attitudes.[9,10,11] In Nederland is nog weinig empirisch onderzoek gedaan naar de neerslag van de opleiding op de attitude van de studenten. Wel is bekend, dat studenten per opleiding van elkaar verschillen in attitude.[12,13]

Cure en care

In het onderzoek is gekeken naar de attitude ten opzichte van kenmerken van de 'ideale arts', uitgedrukt in 'cure' en 'care'. Deze termen, waarvoor geen Nederlands equivalent bestaat, zijn gangbaar in het medisch onderwijs en in de onderzoeksliteratuur over arts-patiënt relaties.[14,15,16] Zij duiden op het onderscheid tussen technologische en humane geneeskunde.[14] Angelsaksische onderzoekers beschrijven dit onderscheid ook wel als de natuurwetenschappelijke en de sociale oriëntatie van de arts ten opzichte van de beroepsuitoefening.[17] Artsen zijn te rangschikken op de cure-care-lijn.[14] De uitersten van deze dimensie zijn als volgt te karakteriseren. De geneeskunde als cure is gebaseerd op een natuurwetenschappelijk denkmodel; technologie heeft hier een belangrijke plaats. Ziekte is het gevolg van een aantoonbare afwijking; de arts is een instrument om biomedische problemen op te lossen. De geneeskunde als care kent een denktraditie die meer in de psychiatrie en de psychologie geworteld is. Humaniteit krijgt een zwaarder accent: de arts streeft een begeleidende of therapeutische relatie na waarin zorg en affectiviteit belangrijk zijn. Beide soorten geneeskunde hebben hun eigen verdiensten en beperkingen.

Op grond van de bovengenoemde onderwijsrapporten zal de care kant in de opleiding meer aandacht vragen dan voorheen. Wij vragen ons af, in welke richting het beroepsbeeld van de huidige studenten zich ontwikkelt, met name of het meer cure dan wel meer care aspecten bevat. Tien jaar geleden bleken studenten in vergelijking met de gevestigde beroepsgroep meer care gericht te zijn.[13] Inmiddels is duidelijk geworden dat bij attitudes van medisch studenten minstens twee variabelen invloedrijk zijn: opleidingsfase en geslacht.

Opleidingsfase

In internationaal onderzoek naar het effect van de medische opleiding op attitudes van studenten constateert men veelal een negatief effect op de care-aspecten; dit uit zich in een afname van humaniteit bij ouderejaarsstudenten.[7,18,19] Alleen de cure-

aspecten komen tot ontwikkeling. Dit zou ook gelden voor de Nederlandse situatie.[20] Naast negatieve effecten worden echter ook positieve gemeld: care aspecten kunnen behouden blijven bij studenten die aan het begin van de studie al een care gerichte attitude hadden.[21] Op grond van deze gegevens kunnen wij concluderen dat de cure kant weliswaar tot ontwikkeling komt maar dat er een gevaar bestaat voor vermindering van de care kant in de loop van de medische opleiding.

Geslacht

Tussen mannelijke en vrouwelijke studenten en artsen blijken verschillen in attitude te bestaan. In onderzoek naar attitudes ten opzichte van de beroepsuitoefening zijn bij mannen meer biomedische en bij vrouwen meer care gerichte opvattingen gevonden.[22,23] Vrouwelijke artsen en studenten bleken meer op care en mannen meer op natuurwetenschappelijke aspecten gericht te zijn.[24] Ook Nederlands onderzoek leverde aanwijzingen voor eenzelfde verschil, waarbij de vrouwelijke artsen meer op care gericht waren.[25]

Vraagstelling en hypothesen

Het onderzoek werd gericht op het beeld dat studenten hebben van de ideale arts, uitgedrukt in cure en care kenmerken. Nagegaan werd, in hoeverre er een relatie bestond tussen opleidingsfase en geslacht van de deelnemers en hun beeld van de ideale arts.

De hypothesen waren dat ouderejaarsstudenten een minder care-gerichte attitude hadden dan jongerejaars, en dat vrouwelijke studenten een meer care-gerichte attitude hadden dan mannelijke.

5.5 Methode

Om de hypothesen te toetsen werd, evenals in de bovenvermelde attitude onderzoeken, gebruik gemaakt van gestructureerde vragenlijsten. In sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar attitude is dit momenteel de meest gehanteerde en belangrijkste onderzoekstechniek.[7,26,27,28] Achterliggende opvattingen, normen en waarden over de ideale arts zijn te meten via uitspraken met antwoordmogelijkheden.[26,27] Omdat de betrouwbaarheid en validiteit van dergelijke schalen niet bij voorbaat vaststaan, werd hieraan in het onderzoek aandacht geschonken.

Deelnemers

De zogenaamde Ideale Arts (IA)-schaal werd voorgelegd aan de gehele jaarklassen van 1e, 4e en 6e jaarsstudenten en (om organisatorische redenen) aan een gedeelte van de jaarklasse van 2e jaars studenten.

De verschillende jaarklassen zijn op achtergrondvariabelen, opgenomen in de vragenlijst, onderzocht. Met name de man-vrouw verdeling, het gemiddelde studieniveau en overige gevolgde opleidingen waren hierbij relevant. De jaarklassen bleken onderling niet te verschillen op deze variabelen en konden dus met elkaar vergeleken worden.

In totaal 445 studenten vulden onder identieke omstandigheden de IA-schaal in. Dat werd gedaan na afloop van verplichte practica, zodat vrijwel de voltallige jaarklassen, behoudens zieken, deelnamen aan het onderzoek. Deze IA-schaal beoogt de attitude te meten van medisch studenten ten opzichte van kenmerken van de ideale arts. Wij vergeleken verschillende jaarklassen met elkaar in een transversale meting: een momentopname van verschillende jaarklassen, zodat als het ware een dwarsdoorsnede van studenten in opleiding verkregen wordt. Het betrof jaarklassen van jongerejaars (1e en 2e jaars) en ouderejaars (4e en 6e jaars) studenten van de faculteit Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Ook de scores van mannen en vrouwen zijn vergeleken. Nagegaan is, in hoeverre binnen de jaarklassen en in de totale groep verschillen in scores zichtbaar waren. De verschillen zijn getoetst met de Student-*t*-toets (tweezijdig).

Meetinstrument

Attitudes kunnen met behulp van schalen gemeten worden; de IA-schaal is voor dit onderzoek ontwikkeld volgens aanbevelingen voor attitudeschalen.[26,27] De schaal telt 18 items, omschrijvingen van kenmerken van een ideale arts; ze bestaan uit trefwoorden met hun tegenpool, b.v.: ’afstandelijk’ versus ’betrokken’, of: ’wetenschapper’ versus ’hulpverlener’. De inhoud van de trefwoorden werd gedeeltelijk gebaseerd op thema’s binnen het onderwijs aan de Utrechtse faculteit en gedeeltelijk ontleend aan de literatuur over attitudes van medisch studenten en artsen.[12,13,14,15,29,30] Op een 7-punts schaal konden de respondenten per kenmerk weergeven, in hoeverre dit volgens hen op de ideale arts van toepassing was. De polen van de kenmerken vertegenwoordigden cure versus care aspecten. De laagst mogelijke score per item (een 1) representeerde een cure-gerichte, de hoogste score per item (een 7) een care-gerichte attitude.

Validiteit en betrouwbaarheid

In het onderzoek werden eerst de betrouwbaarheid en validiteit van de IA-schaal vastgesteld; hierover bestonden nog geen gegevens. De betrouwbaarheid over alle 445 proefpersonen, uitgedrukt in Cronbach's Alpha, bedroeg .77; de betrouwbaarheidscoëfficiënten van de verschillende jaarklassen varieerden van .71 tot .80. In dit type onderzoek is een minimale waarde van .50 voor de betrouwbaarheid nodig.[31] De gevonden betrouwbaarheid voldoet aan deze norm.

De inhoudsvaliditeit van de IA-schaal werd ondersteund door de herkenbaarheid van de trefwoorden. De correlatiecoëfficiënten voor de convergente validiteit lagen tussen .57 en .90, voldoende om de convergente validiteit te ondersteunen.[32]

Studenten met een voorkeur voor een sociale specialisatie scoorden hoger ($p<.001$) en dus meer care-gericht dan studenten met voorkeur voor een technisch specialisme, hetgeen de construct-validiteit van de IA-schaal versterkt.[32]

Met behulp van de IA-scores kunnen wij dus betrouwbare en valide uitspraken doen over de attitude van de Utrechtse studenten ten opzichte van care- en cure-gerichtheid van de ideale arts.

5.6 Resultaten

Cure en Care

Wanneer wij de neutrale waarde, die tussen cure en care in ligt, stellen op 3.5-4.5, dan zien wij in Tabel 5.1 dat acht van de achttien kenmerken van de ideale arts een enigszins care-gerichte score (hoger dan 4.5) kregen.

Negen van de achttien kenmerken kregen een neutrale beoordeling, en één kenmerk een 'cure' gerichte score.

De studenten bleken belang te hechten aan gelijkwaardigheid, betrokkenheid en openheid. Zij hadden oog voor de mens met een ziekte, vonden hulp geven belangrijker dan wetenschap bedrijven en wilden liever in onderling overleg werken dan als solist.

Opleidingsfase

In Tabel 5.2 zijn de gemiddelde scores van de jongerejaars- en de ouderejaarsstudenten te vinden. Met behulp van de *t*-toets werd het verschil tussen de jaarklassen getoetst. Jaar 1, 2 en 4 bleken onderling niet verschillend in attitude, zoals te zien is de tabel. Tussen deze jaren en jaar 6 was echter wel een verschil in attitude zichtbaar: de 6e jaars scoorden meer naar de care gerichte kant van ideale-arts kenmerken. Het duidelijkste verschil op item-niveau betrof de kenmerken: hiërarchisch-democratisch, solist-teamlid, en aandacht voor ziekte versus de zieke.

Tabel 5.1 **Kenmerken van de ideale arts volgens Utrechtse medisch studenten (n=445) op een 7-puntsschaal. De laagst mogelijke score is 1 (’cure’), de hoogst mogelijke 7 (’care’)**

	kenmerk			
	’cure’	**’care’**	**gem.score**	**SD**
1.	hiërarchisch	democratisch	5.4	1.55
2.	afstandelijk	betrokken	5.4	1.41
3.	gericht op ziekte	op de zieke	5.4	1.44
4.	terughoudend	mededeelzaam	5.3	1.43
5.	solist	teamlid	5.3	1.58
6.	wetenschapper	hulpverlener	5.2	1.50
7.	zakelijk	zorgzaam	4.9	1.49
8.	objectiverend	invoelend	4.7	1.60
9.	analyserend	integrerend	4.5	1.57
10.	specialist	generalist	4.3	1.69
11.	somatisch	psychosociaal	4.3	1.49
12.	ingrijpend	beschouwend	4.2	1.62
13.	technicus	biechtvader	4.1	1.51
14.	nuchter	gevoelig	4.0	1.64
15.	logisch	intuïtief	3.8	1.74
16.	verstandelijk	emotioneel	3.6	1.74
17.	leidend	volgend	3.5	1.72
18.	zeker	twijfelend	2.9	1.86

Tabel 5.2 **Verschillen in IA-scores tussen jaarklassen via two-tailed *t*-toets. De sterretjes duiden op significante (<.05) verschillen**

	Lagere jaarklasse			**Hogere jaarklasse**			
Groepen	**N**	**Gem.**	**SD**	**N**	**Gem.**	**SD**	**P**
jaar 1-2	128	4.1	.52	48	4.1	.55	.939
jaar 2-4	48	4.1	.55	127	4.2	.47	.551
jaar 1-4	128	4.1	.52	127	4.2	.47	.331
jaar 4-6	127	4.2	.47	142	4.3	.42	.023*
jaar 2-6	48	4.1	.55	142	4.3	.42	.043*
jaar 1-6	128	4.1	.52	142	4.3	.42	.002*

Geslacht

In de lagere jaarklassen werden geen verschillen gevonden tussen mannen en vrouwen; in de hogere jaarklassen en overall waren significante verschillen zichtbaar (Tabel 5.3). De verschillen waren op zich niet groot, maar de vrouwen scoorden hoger, en dus meer care-gericht, dan de mannen.

Op itemniveau waren enkele zeer consistente verschillen te zien: telkens drie dezelfde items toonden in alle of in drie van de vier jaarklassen een verschil tussen mannen en vrouwen. Het betrof de volgende kenmerken van de ideale arts: hiërarchisch-democratisch; somatisch-psychosociaal; verstandelijk-emotioneel. De vrouwen kozen, meer dan de mannen, de care-gerichte kant van deze kenmerken. De omvang van het verschil in idealen tussen mannen en vrouwen is groter voor de oudere jaarklassen.

Tabel 5.3 Verschillen in gemiddelde 'ideale arts'-score tussen Utrechtse studenten, naar geslacht, per jaarklasse

	man			vrouw			
jaarklasse	**N**	**Gem**	**SD**	**N**	**Gem**	**SD**	**p†**
jaar 1	55	4.0	.57	73	4.2	.48	.122
jaar 2	21	4.0	.39	19	4.3	.41	.066
jaar 4	50	4.1	.52	76	4.2	.42	.044*
jaar 6	66	4.2	.40	74	4.4	.40	.002*
overall	192	4.1	.49	242	4.3	.44	.000*

* De ideale-arts-score was een aantal punten op een 7-puntsschaal, waarbij 1 stond voor 'cure' en 7 voor 'care'.

† Waarde van p bij vergelijking van mannelijke en vrouwelijke studenten (*t*-toets, tweezijdig).

Met behulp van variantieanalyse werd nagegaan of er sprake was van een interactie tussen de variabelen opleidingsfase en geslacht. Dit bleek niet het geval te zijn (F= .148; p=.931). Voor vrouwen was een effect te zien van de opleidingsfase (F= 3.809; p=.010) in de richting van een hogere, meer 'care'-gerichte score voor hogere jaarklassen; dit effect ontbrak bij de mannen.

5.7 Beschouwing

Het onderzoek leverde een verrassend resultaat op: de hypothese dat ouderejaars studenten minder care-gericht zouden zijn dan jongerejaars werd niet bevestigd. Een minder humanitaire gerichtheid leek niet aanwezig. Studenten die de klinische fase

afgerond hebben, kennen de ideale arts juist meer care kenmerken toe dan preklinische studenten. De in de inleiding gerapporteerde afname in humaniteit wordt wel toegeschreven aan een voorbeeldwerking van eenzijdig op cure-gerichte opleiders.[7,33] De onverminderde en zelfs toegenomen care-gerichtheid bij de door ons onderzochte klinische studenten zou dan mogelijkerwijs verklaard kunnen worden uit de afwezigheid van dergelijke voorbeelden in de klinische fase, ofwel door een niet klakkeloos navolgen van dergelijke voorbeelden. Elders is bij klinische studenten een onafhankelijke stellingname en selectieve overname van voorbeelden geconstateerd, waardoor een deel van hun humane idealen behouden blijft.[34,35,36] Aanwijzingen voor een gelijkblijvende tot licht stijgende humaniteit in andere attitudes van Utrechtse ouderejaars studenten zijn ook gevonden in een elders besproken deelstudie.[37] Het is onwaarschijnlijk dat de niet aangetroffen afname in care-gerichtheid te wijten is aan ongevoeligheid van het onderzoeksinstrument. De validiteit en betrouwbaarheid aan bleken aan de normen bleken te voldoen. Bovendien was het instrument in staat, verwachte man-vrouwverschillen te signaleren.

Uit de bevindingen kunnen wij als tweede conclusie trekken dat de attitude van Utrechtse medisch studenten ten opzichte van kenmerken van de ideale arts in het algemeen neutraal tot licht care-gericht is. Dit sluit aan bij de eerder vermelde onderzoeksresultaten.[13] De studenten zijn niet (meer) eenzijdig gericht op technische aspecten van de beroepsuitoefening. Zij hechten belang aan humane aspecten. Het is mogelijk dat het Utrechtse attitude-onderwijs invloed heeft gehad op de idealen van de studenten.[37] Hier en elders zijn aanwijzingen gevonden voor een door studenten waargenomen winst op attitude-gebied na het volgen van expliciet op attitude gerichte cursussen.[10,38,39,40]

Ten derde bleek dat onder de studenten onderling een verschil bestond in de mate waarin hun idealen op care-kenmerken gericht zijn. De vrouwelijke studenten waren gedeeltelijk evenveel en gedeeltelijk meer care-gericht dan de mannelijke studenten. Hoewel de gevonden verschillen niet groot waren, sluiten ook deze gegevens aan bij de in de inleiding vermeldde onderzoeksresultaten van andere auteurs.[22,23,24,25]

Het onderzoek kent enkele beperkingen. De gegevens over attitude-ontwikkeling zijn gebaseerd op transversaal onderzoek; longitudinaal vervolgonderzoek bij studenten is nodig voor meer definitieve uitspraken. De gevonden verschillen waren, hoewel statistisch significant, niet groot. Het gebruikte instrument zal in een vervolgonderzoek naar attitudes van studenten verder op zijn merites beoordeeld worden.

5.8 Conclusie

Uit het onderzoek onder Utrechtse studenten blijkt dat het beeld van de ideale arts neutrale tot licht care-gerichte kenmerken vertoont. Vrouwelijke studenten uit hogere jaarklassen hebben meer humane dat wil zeggen care-gerichte idealen dan mannelijke. De idealen van studenten bleken, in tegenstelling tot wat meestal aangenomen wordt, niet verloren te gaan in de loop van de opleiding. Deze bevindingen wijzen er niet op dat 'humaniteit' in het beroepsbeeld van de onderzochte studenten, minder belangrijk zou zijn gevonden.

5.9 Dankwoord

De auteur dankt Dr. J.A. Smal, Hoofd Afdeling Onderwijs en Onderzoek, voor zijn bijdrage aan de totstandkoming van dit artikel.

5.10 Referenties

1. Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Raamplan 1994 Artsopleiding. Eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau KUN, 1994.
2. Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten. Rapport van de Visitatiecommissie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. Utrecht: VSNU, 1992.
3. Southgate L. Freedom and discipline: clinical practice and the assessment of clinical competence. Br J Gen Pract 1994; 44: 87-92.
4. World Summit on Medical Education. Med Educ 1994; 28: 1-200.
5. Harris CM. Formation of professional attitudes in medical students. Br J Med Educ 1974; 8: 241-5.
6. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.
7. Rezler AG, Haken J ten. Affect and research in medical education. Med Educ 1984; 18: 331-8.
8. Batenburg V, Gerritsma JGM. Attitude, is dat aan te leren? Attitude- en persoonlijkheidsvorming in de medische opleiding. Med Contact 1990; 45: 1016-20.
9. Postma CT, Batenburg V, Spaendonck K van, Metz JCM. De begeleiding van het persoonlijk functioneren van co-assistenten. Bulletin Medisch Onderwijs 1992; 11: 86-95.
10. Batenburg V. Klinische gespreksvoering: het Utrechts model. Bulletin Medisch Onderwijs 1993; 12: 50-5.
11. Graat JMJM, Hoogland HJ, Horst FG van der. Bewustwording van attitudes en de Maastrichtse ervaringscirkel. In: Metz JCM, Scherpbier AJJA, Houtkoop E, editors. Gezond Onderwijs-2. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau KUN, 1993: 56-61.
12. Franssen AMJ, Persoon JMG, Veling S. Verschillen in attitude tussen medische studenten: een vergelijking tussen 4e en 6e jaars medische studenten in Maastricht en Nijmegen. Med Contact 1982; 32: 970-4.
13. Boersma IH, Bakel H van. Medische opleiding en medische psychologie. Een onderzoek bij co-assistenten en artsen naar de beleving en evaluatie van het medisch curriculum. Katholieke Universiteit Nijmegen, 1983.
14. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice [dissertation]. Utrecht: Nivel, 1991.
15. American Association of Medical Colleges. Physicians for the 21st century. Report of the Working Group on Personal Qualities, Values and Attitudes. J Med Educ 1984; 59: 177-89.
16. Inui TS, Carter WB. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. Med Care 1985; 23: 521-38.
17. Mechanic D. Practice orientation among general medical practitioners in England and Wales. Med Care 1970; VIII: 15-25.
18. Wolf TM, Almen TK van, Faucett JM, Randall HM, Franklin FA. Psychosocial changes during the first year of medical school. Med Educ 1991; 25: 174-81.
19. Brock CD, Johnson AH, Durand RP, Levine JH, Downey DB. The erosion of empathy in medical education: a comparison of freshman and junior medical student responses to the Barrett-Lennard relationship inventory. J Balint Soc 1992; 20: 8-9.
20. Krol LJ, Groot L de. Het socialisatieproces van co-assistent tot arts. Bulletin Medisch Onderwijs 1990; 9: 141-3.
21. Zeldow PB, Daugherty SR. The stability and attitudinal correlates of warmth and caring in medical students. Med Educ 1987; 21: 353-7.
22. Carsen ML, Roskin MD, Rabiner CJ, Marell SK. Gender differences in the attitudes toward patients of medical students in a third-year psychiatry clerkship. J Med Educ 1987; 62: 442.

23. Calnan M. Images of general practice: the perceptions of the doctor. Soc Sci Med 1988; 27: 579-86.
24. Weisman CS, Teitelbaum MA. Physicians' gender and the physician-patient relationship. Recent evidence and relevant questions. Soc Sci Med 1985; 20: 1119-27.
25. Meeuwesen L, Schaap PCDR, Staak CPF van der. Het spreekuur onder de loep. Huisarts Wet 1991; 34: 334-9.
26. Swanborn PG. Schaaltechnieken. Theorie en praktijk van acht eenvoudige procedures. Meppel: Boom, 1982.
27. Henerson ME, Morris LL, Fitz-Gibbon CT. How to measure attitudes. Newbury Park: Sage Publications, 1987.
28. Westerhof GJ. Statements and Stories. Towards a new methodology of attitude research [dissertation]. Amsterdam: Thesis Publishers, 1994.
29. Gerritsma JGM, Reitsma FE, Dijkstra-Krint FA, Everwijn SEM. Patiënt- en ziekte-oriëntatie in de medische opleiding. In: Groot AD de, et al., editors. Empirische studies over onderwijs-18. Groningen: Tjeenk Willink, 1975.
30. Dunning AJ. Broeder Ezel. Over het onvermogen in de geneeskunde. Utrecht: Bunge, 1983.
31. Stewart AL. Psychometric considerations in functional status instruments. In: Functional status measurement in primary care. WONCA Classification Committee. New York: Springer Verlag, 1990: 3-26.
32. Gerritsma JGM. Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist. Een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie [dissertatie]. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1982.
33. De Monchy C. Professional attitudes of doctors and medical teaching. Med Teacher 1992; 14: 327-31.
34. Leserman J. Changes in the professional orientation of medical students: a follow-up study. J Med Educ 1980; 55: 415-22.
35. Notzer N, Soffer S, Aronson M. Traits of the 'ideal physician' as perceived by medical students and faculty. Med Teacher 1988; 10: 181-9.
36. Walker M. Training the trainers: socialisation and change in general practice. Sociol Health & Illness 1988; 3: 282-302.
37. Batenburg V. Attitudes van medische studenten: resultaten van een onderzoek. Bulletin Medisch Onderwijs 1994; 13: 127-32.
38. Kern DE, Grayson M, Randol Barker L, Roca RP, Cole KA, Roter D, et al. Residency training in interviewing skills and the psychological domain of medical practice. J Gen Intern Med 1989; 4: 421-31.
39. Kramer D, Ber R, Moore M. Increasing empathy among medical students. Med Educ 1989; 23: 168-73.
40. Schüffel W. Can medical students acquire patient centered attitudes at medical schools? Psychother Psychosom 1983; 40: 22-32.

Chapter 6

Do professional attitudes change during medical education?

"Students may have a staggering knowledge of disease but be naïve about human suffering".

(Weston & Lipkin 1989)

Published in: Accepted for publication in Advances in Health Sciences Education, 1997

Author: Batenburg V

6.1 Abstract

Objective

The aim was to measure students' professional attitudes, in particular the level of humaneness. The quality of humaneness was defined in terms of both patient-centredness and psychosocial orientation towards disease.

Method

Medical students completed a questionnaire designed to survey professional attitudes. Measuring instruments consisted of the Doctor-Patient Scale and the Social Context Scale, both containing statements of the Likert-type. Reliability and validity of the scales had to be established.

Sample

In total, 476 students from four different classes, both preclinical and clinical, were studied in a cross-sectional design.

Results

The expectation that the attitudes of senior students would be less patient-centred and less psychosocially oriented due to a process of dehumanisation, was not supported by the results. Differences in the attitudes of male and female students were also examined. Generally, female students held more patient-centred and psychosocially oriented attitudes than their male counterparts. The possible influence of measurement and educational factors upon students' attitudes is also discussed.

Conclusion

No decrease in humaneness during medical education was detected. Gender differences in professional attitudes were visible. More validation of the scales has to be done.

6.2 Introduction

Attitudes form an important part of medical competence.[1,2,3] The attitude of the physician influences the doctor-patient relationship, the outcome and the quality of care.[4,5] A recent meta-analysis of 500 empirical studies on the relation between attitudes and behaviour showed a correlation of 0.49; it was concluded that attitudes play a central role in behaviour.[6] Attitudes are defined as systems of beliefs, feelings and action intentions towards a given object.[7] Attitudes can be investigated and

measured by questionnaires.[8,9,10]

In 1958 the medical educational establishment was challenged by the disturbing conclusions of a study concerning the attitude development of students.[11,12] These conclusions stated that students appeared to become more cynical and less humane as a result of the medical education; self-interest was developing at the cost of respect for the interests and wellbeing of patients. Though Eron's methods and results have been criticised,[13] his results were repeated by later educational research.[14,15,16] It has been established that attitudes are learned and can be modified.[7,15,17] The unfavourable attitude development observed, also called 'dehumanisation', was ascribed to the predominantly biomedical orientation of the educational programme.[15,18] Together, these findings provided the stimulus for medical schools to seek educational conditions which would enhance a more favourable attitude development amongst students.

In response to this, the Utrecht Medical School also began to consider which parts of the educational programme could best support positive attitude development among students. At the time of the study, the programme consisted of four years of traditional discipline-centred teaching, followed by two years of clinical clerkships. During each of these years a limited amount of time was devoted to courses fostering attitude development. No empirical data were available however concerning the attitudes actually held by students. In view of future curricular changes into a more biomedical orientation it was decided to record the existing attitudes of the students in a pilot study. The study was directed in particular to attitudes toward patients and disease.

Attitudes toward patients can be described by a dimension ranging from doctor-centred to patient-centred.[19] In the case of a doctor-centred attitude, diagnosing pathological phenomena and curing physical disease are considered most important. The doctor-patient relationship can be described in terms of guidance-cooperation.[20] A patient-centred attitude favours understanding the problem of the illness for the patient. The doctor has a listening approach to the patient; the doctor-patient relationship is based on mutual participation.

Attitudes toward disease can be described by a dimension ranging from the biomedical to the psychosocial.[2] In a biomedical orientation, attention is payed to detectable biomedical factors causing disease. Disease is conceived as an objective, somatic phenomenon. A psychosocial orientation takes into consideration the psychosocial factors influencing health and illness. Illness is regarded in a broader, more subjective sense.

In several studies of attitudes to patients and disease, male doctors and students have been found to show more doctor-centred and biomedically oriented attitudes than their female colleagues.[19,21,22]

One priority of the pilot study was to establish the reliability and validity of the measuring instrument, containing the Doctor-Patient Scale and the Social Context Scale. This required the use of a third scale designed to check the validity of the above-mentioned scales. After this testing of the measuring instrument, the questions of whether the attitudes of medical students were related to phase of medical education and to gender could then be investigated. The following outcomes were expected: senior students would have more doctor-centred and biomedically oriented attitudes than junior students, and male students would have more doctor-centred and biomedically oriented attitudes than their female counterparts. Students preferring biomedical specialties would show more doctor-centred and biomedically oriented attitudes than students preferring biosocial specialties.

6.3 Method

Subjects

The study was carried out in the 1989-1990 academic year and involved four classes of students in the Utrecht Medical School. Attitude scales were completed by the first year students (N=165), a number of students in their second year (N=53), all fourth year students (the last pre-clinical year; N=160) and all students in the sixth year (N=188), the final year of clinical clerkships. A total of 566 students participated. Questionnaires were distributed and completed under identical circumstances at the end of compulsory practical courses. The questionnaires were answered completely anonymously. In a written instruction it was stressed that respondents should express their own opinion and that data were to be treated confidentially. The research design was cross-sectional. The four classes consisted of both junior and senior students enrolled at the school at the time of the study.

Measuring instruments

The most common technique used to measure attitudes is that of the structured questionnaire of a scale-type.[7,9,15]

The Doctor-Patient Scale by De Monchy et al. (1988) was employed as a measuring instrument for doctor- versus patient-centredness. This Likert-type scale measures attitudes toward patients and the doctor-patient relationship. It consists of 48 statements; the respondent expresses agreement or disagreement on a 5-point scale.

At one pole, a low score (1) indicates a doctor- and disease-centred attitude. The opposite pole, representing a patient- and problem-centred attitude, is indicated by a high score (5). Table 6.1 shows examples of statements.

Table 6.1 Examples of statements from the Doctor-Patient scale and the Social Context scale

Doctor-Patient scale
- Listening to patients is more efficient than talking to them.
- In deciding on the management of a given case the doctor should have the last word.
- "Unclassifiable disease" is an important domain of attention for every doctor.
- Clinical competence is based on knowledge and skills, very little on attitude.
Social Context scale
- I am more interested in somatic aspects than in psychosocial aspects of disease.
- In most diseases psychosocial factors influence genesis and course.

De Monchy et al. (1988) have established a sufficient reliability (Cronbach alpha: 0.62) of the Doctor-Patient Scale to characterise doctor- and patient-centredness of British medical students' and registrars' attitudes. Moreover, an expert panel adequately recognised the items on the doctor-versus patient-centred dimension of the scale; this corroborated content validity. Construct validity was supported by higher, i. e. more patient-centred scores of general practice trainees in comparison to students and registrars; also, scores of women were more patient-centred than scores of men. In a validation study among Italian medical students, the difference between men and women was repeated; reliability was 0.85.[23] A validation study among US medical students showed mean scores and standard deviations comparable to the British study, with a reliability of 0.69.[24] For the study in Utrecht, reliability and validity of the Dutch version (translated) had to be established.

The Social Context Scale was developed for this study[8,10] to measure the attitude toward disease. This 5-point scale of the Likert-type consists of 10 statements on the importance of somatic versus psychosocial factors in health and illness. One pole (score 1) represents a biomedically oriented, the other pole (score 5) a psychosocially oriented attitude. The statements have been derived from themes in the attitude-aimed courses of the Utrecht curriculum and from the literature.[2,25] Examples of statements

can be found in Table 6.1. Validity and reliability of the Social Context Scale had to be established.

To avoid response-sets, the statements were formulated using alternatingly humane and technological terms. Answers to statements were given a score. Statement scores were transformed into final mean scale scores. Final scores of 3.5 or above were called humane, final scores of 2.5 or below were called technological. The neutral score between humane and technological ranged from 2.5 to 3.5.

Questions relating to background variables such as gender, previous education and specialty preference were added. A preference was defined as biosocial if it consisted of family medicine, psychiatry or community medicine; a biomedical preference was represented by surgery, neurology and biomedical research. To study scale validity another questionnaire was completed at the same time. It contained a scale regarding traits of the Ideal Physician, expressed in terms of cure versus care.[26]

Data-analyses

The four different classes of junior and senior students have been compared on background variables via Chi-square and Scheffé test. Differences between classes and between men and women on final mean scale scores have been tested by Student's *t*-test for independent samples. P-values of .05 and lower were considered significant. It was decided to use a two-sided test since subjects were studied for the first time without prior empirical data on the direction of their attitude development. Data have been analysed by analysis of variance (SAS procedure GLM).

Reliability and validity

To study internal consistency of the scales, Cronbach's alpha, a habitual test of reliability,[27] was calculated. A value of 0.50 has been mentioned in the literature as a sufficient criterium for reliability when comparing final scale scores on group level.[28] Reliability for all 476 respondents was 0.77 for the Doctor-Patient Scale and 0.73 for the Social Context Scale. Amongst the four classes variations between 0.73 to 0.88 were found on the Doctor-Patient Scale and between 0.70 to 0.81 on the Social Context Scale. These results are comparable to other findings on the Doctor-Patient Scale.[19,23,24] We did not study reliability by repeated tests to avoid a possible learning effect from the first measurement, contaminating the second test. Parallel forms or equivalent halves of the attitude scales were not yet available.

Validity was investigated using four different criteria: content validity, convergent and discriminant validity and construct validity.[28,29] The translated version of the

Doctor-Patient Scale resembles attitude scales used before in Dutch attitude studies[30,31,32] but is more encompassing. This corroborates content validity. Statements of the Social Context Scale are derived form themes in the Utrecht medical education programme and as such are recognisable to the students. This strengthens face validity.[33]

For convergent validity subscores of both scales were correlated with scores on the extra attitude scale mentioned above (measuring cure- versus care-oriented attitudes). Pearson correlations between subscores on the Doctor-Patient and Social Context Scale were 0.61 and 0.64 respectively. Correlations between related subsets of items on the other two scales were: for the Doctor-Patient Scale between 0.35 and 0.49 for the Social Context Scale between 0.78 en 0.90. This partly sustains convergent validity. The correlation between items on the Doctor-Patient Scale and unrelated subsets on the Social Context Scale was 0.23, corroborating the discriminant validity of the Doctor-Patient Scale. Social Context-items correlated 0.58 with unrelated Doctor-Patient-items. This only partly upholds discriminant validity of the Social Context Scale.

Construct validity was studied in two ways: female students' scores were compared to male's scores; according to expectation, women scored higher on both scales, into a more patient-centred and context oriented direction than men ($P< 0.001$ and $P< 0.002$ respectively). This strengthened construct validity of both scales. Secondly, students preferring biomedical specialties were compared to their counterparts preferring biosocial specialties, with outcomes as expected, the former scoring into a more doctor-centred and biomedically oriented direction ($P< 0.001$ on both scales), thus further corroborating construct validity of the Doctor-Patient and Social Context Scales. Specialty preference and gender may be correlated; however, they each contributed their unique part.

Although further validation is needed, we conclude from our data that validity and reliability of the translated version of the Doctor-Patient Scale and of the newly developed Social Context Scale are adequate to describe students' attitudes toward patients and disease.

6.4 Results

A total of 489 forms has been collected. For years one, two, four and six, the response rates were 89%, 93%, 84% and 79% respectively. The mean response rate was 86%. 13 Forms were incomplete or unfit for analysis. A total of 476 forms remained.

Analysis of background variables did not reveal differences between the four classes of students in terms of gender, self-reported level of grades or prior education.

Attitude

The final scale score of doctor-versus patient-centredness was 3.5 (SD=0.24); the final scale score of biomedical versus psychosocial orientation was 3.4 (SD=0.46). These scores were situated between the neutral and humane side.

Phase of education

Analysis of variance showed no influence of educational phase on patient-centredness (Table 6.2). In psychosocial orientation, however, differences were apparent. The senior students in year four and six scored higher and appeared to have a greater level of humaneness than their first-year counterparts.

Table 6.2 The influence of gender and phase of education on patient-centredness and psychosocial orientation

Patient-centredness			**Psychosocial orientation**		
	Mean Square	**P**		**Mean Square**	**P**
Gender	0.97	0.001	Gender	1.78	0.002
Phase	0.01	0.93	Phase	1.25	0.001
	Difference Means	**CI 95 %**		**Difference Means**	**CI 95 %**
year:			year:		
1-2	0.01	-0.10-0.12	1-2	0.02	0.20-0.24
2-4	0.03	-0.09-0.14	2-4	0.14	0.08-0.36
1-4	0.02	-0.06-0.09	1-4	0.16	0.15-0.31*
4-6	0.01	-0.08-0.07	4-6	0.04	0.11-0.19
1-6	0.01	-0.07-0.08	1-6	0.20	0.06-0.35*
2-6	0.02	-0.09-0.13	2-6	0.19	0.03-0.40

* comparisons significant at 0.05 level; the direction of all differences is: a higher score for students of later years.

A surprising finding was that the students' answers to both scales appeared to be highly consistent. In all four classes the statements receiving the highest final scores as well as statements receiving the lowest final scores were identical.

Gender

Analysis of variance showed an influence of gender on both scales (Table 6.2). Female students generally scored the same as or more highly than male students; they have more patient-centred and slightly more psychosocially oriented attitudes, as can be seen in Table 6.3 and Table 6.4.

At item-level, a difference between male and female students was also visible: women scored more highly on 21 of 48 items of the Doctor-Patient Scale and were more patient-centred ($P<.05$). Scores were equal on the remaining 27 items. On the Social Context Scale women scored also more highly on 6 out of 10 items ($P<.05$), indicating a greater psychosocial orientation. Scores were equal for the remaining 4 items.

Analysis of variance did not show an interaction between phase of education and gender on Doctor-Patient or Social Context scores.

Table 6.3 Differences in final mean Doctor-Patient scores (patient-centredness) of male and female students. The highest possible score is 5, the lowest is 1

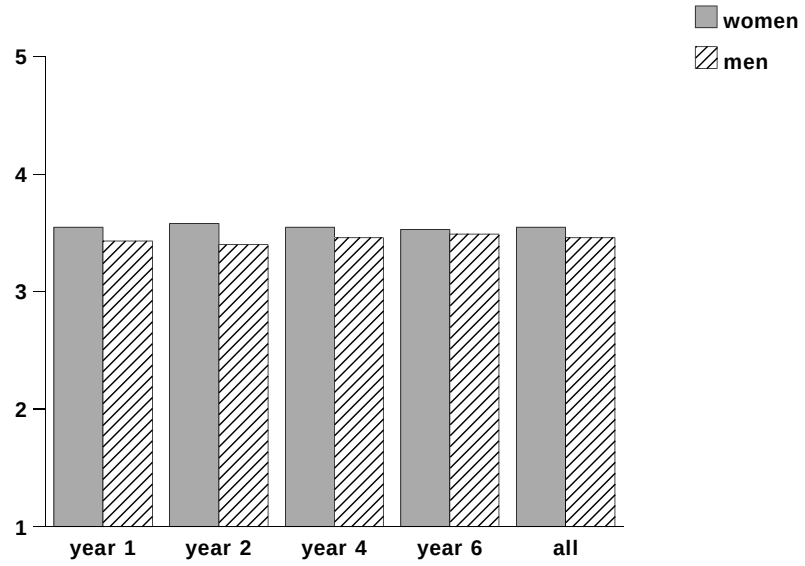
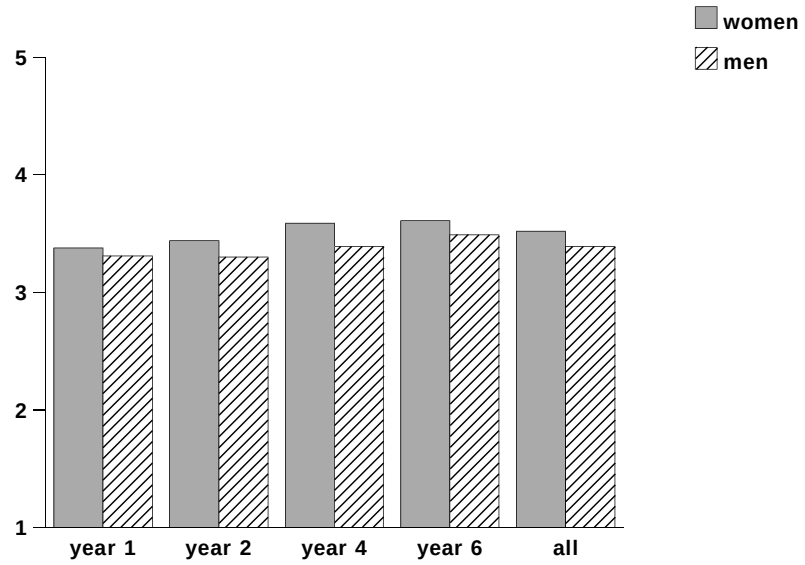


Table 6.4 **Differences in Social Context scores (psychosocial orientation) of male and female students. The highest possible score is 5, the lowest is 1.**



6.5 Discussion

The expression of humaneness, in terms of patient-centredness and psychosocial orientation in students' attitudes, appears to remain unchanged during the course of six years of medical education. Contrary to expectation, and the findings of other authors, no decreased patient-centredness or psychosocial orientation has been found in attitudes of senior students. Generally, attitudes toward patients seem to remain 'slightly humane'. Attitudes toward disease seem to be neutral in junior students but slightly more humane in senior students, even after clinical clerkships. Psychosocial orientation even appears to have increased as students proceed through the educational process. As expected, female students show slightly more humane attitudes than their male colleagues; the observed differences are small but statistically significant.

The main result of the study, a stable level of humaneness, could have been influenced through some unseen measurement factor. It is possible that the attitude scales are not sufficiently sensitive to detect existing differences in students' attitudes. However, since differences between men and women in patient-centredness and psychosocial orientation were visible, and because research using the Doctor-Patient Scale elsewhere has revealed differences in gender and phase of education[19,23] it is improbable that the Doctor-Patient Scale is insensitive. Further validation of the

scales is needed, however.

Students' answers to scale statements may have been influenced by social desirability. Although the existence of response sets can never be totally ruled out, we took precautions to minimise any bias. Care was taken to instruct the students to express their own opinions, to guarantee the anonymity of the response, to alternate the terms the statements and to ensure the confidential treatment of data. It cannot be not excluded however that students preferred patient-centred and psychosocially oriented answers because these were more acceptable, according to societal norms, than doctor-centred or biomedically oriented alternatives. If this is the case, students' answers could be regarded as strategies to show acceptable attitudes.[9] Students would then appear to be knowledgable of what patient-centredness and psychosocial orientation include. They would at least be aware of the social desirability of some attitudes compared to others and are able to show humane attitudes at a strategic moment. It has been pointed out that students are active accommodators to educational demands[34] and do not absorb examples of attitudes passively;[35] the norms and values they express can vary according to circumstances.

The possibility that attitude scales measure relatively stable and unchanging personality traits rather than modifiable attitudes can be discarded because in the British study[19] the Doctor-Patient Scale showed clearly different attitudes between groups of students and registrars. Other authors[36] have found that students beginning their education with humane attitudes and warm personality traits are able to retain these attitudes and traits as they proceed. Perhaps the same is true for our population, due to the relatively large number of female students in the study. Female students seemed to have somewhat more humane attitudes than men. It may be that demonstration of these attitudes by female students, who formed a small majority in student groups during coursework, permitted male students to retain their attitudes through medical school.

Differences in attitudes between male and female students appear constantly, from the first to the final year of medical education. This may be caused by differences between men and women in responding to questionnaires, but other authors mentioned above have also found gender differences in attitudes of medical students and practising physicians. In the literature[37] this difference is commonly explained as the result of a process of gender socialisation and psychological development. In a societal process, norms and values for customary behaviour of men and women are transmitted and internalised. On an individual level, women seem to develop at an early stage a greater psychological potential for personal involvement and empathy in

relationships, thus entering medical school with different attitudes than men.
The stability of attitudes in different classes and the slightly more humane attitudes of students in senior years can be indicative of an absence of dehumanisation in the professional socialisation. Considering the predominantly biomedical content of the educational programme, this finding is remarkable. The existing attitude-aimed courses possibly have a counterbalancing influence, resulting in a net stability in students' attitudes. In course evaluations by self-assessment students have reported repeatedly a benefit in attitudes.[38,39] The existence of a counterbalancing influence by specific course cannot be investigated within the design of this pilot study and remains as a hypothesis for further research. Likewise it could be assumed that a general process of maturation exists in students relatively independent of curriculum content or experience.
Since the stability in attitudes has been found in a cross-sectional design involving groups of different students, no definite conclusions on a longitudinal development can be drawn as yet. A longitudinal study following the same students during different phases of education is needed for further insight.

6.6 Conclusion

In this pilot study surveying junior and senior students' attitudes, humane to neutral attitudes toward patients and disease have been found. There seemed to be no difference in patient-centredness between junior and senior students even after clinical clerkships. In psychosocial orientation differences were found: senior students appeared to have more psychosocially oriented attitudes. These findings seem to indicate a stability in humaneness instead of dehumanisation in attitudes as students proceed in their education. Attitude-aimed courses may have provided a counterbalancing influence.
Female students were found to hold more patient-centred and slightly more psychosocially oriented attitudes than their male counterparts. This is probably the effect of a societal process of gender socialisation resulting in different attitudes in men and women.
Since these results were obtained in a cross-sectional design, caution in longitudinal interpretation is needed. In future studies more validation work on the attitudes scales is to be done.

6.7 References

1. American Association of Medical Colleges. Physicians for the 21st century. Report of the Working Group on Personal Qualities, Values and Attitudes. J Med Educ 1984; 59: 177-89.
2. Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
3. Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Blueprint 1994: Training of doctors. Objectives of undergraduate medical education in The Netherlands. University of Nijmegen: University Publication Office, 1994.
4. Kaplan SH, Greenfield S, Ware J. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1989; 27 (Suppl): 110-27.
5. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice [dissertation]. Utrecht: Nivel, 1991.
6. Eckes T, Six B. Fakten und Fiktionen in der Einstellungs-Verhaltens-Forschung: Eine Meta-Analyse. Zeitschrift für Sozialpsychologie 1994: 253-71.
7. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.
8. Swanborn PG. Schaaltechnieken. Theorie en praktijk van acht eenvoudige procedures. Meppel: Boom, 1982.
9. Lalljee M, Brown LB, Ginsburg GP. Attitudes: disposition, behaviour or evaluation? Br J Soc Psychol 1984; 23: 233-44.
10. Henerson ME, Morris LL, Fitz-Gibbon CT. How to measure attitudes. Newbury Park: Sage Publications, 1987.
11. Eron LD. Effect of medical education on students' attitudes. J Med Educ 1955; 30: 559-66.
12. Eron LD. The effect of medical education on attitudes: a follow-up study. J Med Educ 1958; 33: 25-33.
13. Bender W. Cynisme of eronie? Een meta-analyse van Eron's onderzoek. Bulletin Medisch Onderwijs 1993; 12: 117-22.
14. Rezler AG. Attitude changes during medical school: a review of the literature. J Med Educ 1974; 49: 1023-30.
15. Rezler AG, Haken J ten. Affect and research in medical education. Med Educ 1984; 18: 331-8.
16. Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. A retrospective study of attitude change during medical education. Med Educ 1989; 23: 19-23.
17. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall, 1980.
18. Armstrong D. The structure of medical education. Med Educ 1977; 11: 244-8.
19. De Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. Med Educ 1988; 22: 231-9.
20. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. In: Millon T, editor. Medical Behavioral Science. Philadelphia: Saunders Company, 1975: 432-40.
21. Weisman CS, Teitelbaum MA. Physicians' gender and the physician-patient relationship. Recent evidence and relevant questions. Soc Sci Med 1985; 20: 1119-27.
22. Meeuwesen L. Spreekuur of zwijguur. Somatische fixatie en sexe-asymmetrie tijdens het medisch consult. Een gedragswetenschappelijke proeve op het gebied van de sociale wetenschappen [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1988.
23. Lingiardi V, Maffei C, De Monchy C. Evaluating sex as a variable in the doctor-patient relationship of an Italian medical student sample. Med Educ 1993; 27: 188.
24. Markert RJ. Cross-cultural validation of the doctor-patient scale. Acad Med 1989; 64: 690.

25. Streit U. Attitudes toward psycho-social factors in medicine: an appraisal of the ATSIM-scale. Med Educ 1980; 14: 259-66.
26. Batenburg V. De ideale arts: het beroepsbeeld van medische studenten (The ideal physician: medical students' views of the medical profession). Ned Tijdschr Geneeskd 1995; 139: 1177-81.
27. Traub RE. Reliability for the social sciences; theory and applications. Volume 3. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994: 89.
28. Stewart AL. Psychometric considerations in functional status instruments. In: Functional status measurement in primary care. WONCA Classification Committee. New York: Springer Verlag, 1990: 3-26.
29. Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist. Een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie [dissertatie]. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1982.
30. Gerritsma JGM, Reitsma FE, Dijkstra-Krint FA, Everwijn SEM. Patiënt- en ziekte-oriëntatie in de medische opleiding. In: Groot AD de, et al., editors. Empirische studies over onderwijs-18. Groningen: Tjeenk Willink, 1975.
31. Franssen AMJ, Persoon JMG, Veling S. Verschillen in attitude tussen medische studenten: een vergelijking tussen 4e en 6e jaars medische studenten in Maastricht en Nijmegen. Med Contact 1982; 32: 970-4.
32. Boersma IH, Bakel H van. Medische opleiding en medische psychologie. Een onderzoek bij co-assistenten en artsen naar de beleving en evaluatie van het medisch curriculum. Katholieke Universiteit Nijmegen, 1983.
33. Gerritsma JGM, Smal JA. Grensverschuivingen in het medisch onderwijs. Utrecht: Oosthoek, Scheltema en Holkema, 1974.
34. Walker M. Training the trainers: socialisation and change in general practice. Sociol Health & Illness 1988; 3: 282-302.
35. Leserman J. Changes in the professional orientation of medical students: a follow-up study. J Med Educ 1980; 55: 415-22.
36. Zeldow PB, Daugherty SR. The stability and attitudinal correlates of warmth and caring in medical students. Med Educ 1987; 21: 353-7.
37. Deben-Mager M. Opvattingen over psycho-analyse en feminisme. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1992; 11: 1195-1208.
38. Batenburg V. Gespreksvoering, een cursus in Utrecht. Med Contact 1991; 47: 1425-8.
39. Batenburg V. Wat steken de studenten ervan op? Evaluatie van een cursus gespreksvoering. In: Metz JCM, et al., editors. Gezond Onderwijs-2. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau, 1993: 259-64.

Chapter 7

Does a communication course influence medical students' attitudes?

"Doctor-patient communication and improved doctor-patient relations are teachable, learnable skills."

(Korsch 1989)

Published in: Submitted for publication

Authors: Batenburg V, Smal JA

7.1 Summary

Professional attitudes of 302 medical students in two pre-clerkship classes (years three and four) were measured. The aim was to assess changes in attitudes during and after a practical course in doctor-patient communication within a biomedically oriented curriculum. Attitudes were measured by means of a questionnaire containing three subscales: the Doctor-Patient Scale measuring patient-centredness, the Social Context Scale for psychosocial orientation and the Ideal Physician Scale for care orientation. The design of the study consisted of a pre-, post- and follow-up test with parallel versions of the questionnaire. Attitudes of female students were more patient, psychosocial-, and care-oriented (i.e. more humane) than those of their male counterparts. No changes in attitudes were found at the end of the communication course in either year three or year four. The course seemed to have less influence on attitudes than expected. Contrary to expectation, no erosion of attitude into a less humane direction was measured half a year later. Generally, students' attitudes seemed to be stable. Considerable educational effort seems to be needed to bring about a measurable change in attitudes.

7.2 Introduction

Attitude and medical education

Dutch medical schools have recently started paying explicit attention to the development of professional attitudes of medical students,[1] since attitudes are important determinants of the quality and efficacy of medical care.[2,3] They are, like knowledge and skills, developed and modified by medical education.[4] Several studies have shown, however, that without specific attention to attitude development, dehumanisation or 'erosion' of students' attitudes may occur.[5,6,7,8,9,10,11] An adverse effect does not always occur, however, as some studies have shown that initially present humane attitudes can be retained.[12,13]

Attitude development concerns a domain close to the development of communication skills. It has been demonstrated repeatedly that the performance of communication skills can be enhanced by training.[14,15,16,17,18,19,20,21,22] It has been concluded that these skills can be acquired rapidly and may be retained from one to several years. They can, however, decrease without continuous training and practice and result in a decline in empathy.[20,23,24]

As to attitude development, several authors have reported benefits from special comprehensive courses.[4,25,26] According to traditional attitude theory, attitude development and change are influenced by four factors: exposure to new information,

enforced behaviour modification, changes in group affiliations, and increased self-insight, the latter often taking a longer time to occur.[27,28] This theory is supported by courses based on these principles that result in attitude change.[24,29,30,31,32,33] However, attitude changes do not seem to persist unless they are supported and reinforced by the entire medical school environment, including curricular attention and examples by clinical role models.[34,35,36] A risk of dehumanisation exists in traditional biomedical curricula.[37,38,39] Attitude development seems to demand more educational effort than skills development.

Aim of the study

The aim of the study was to determine whether the experience of required communication courses, aimed at skills acquisition and attitude development, was accompanied by a change in attitudes toward patients, illness, and care. Moreover, we wanted to establish whether an erosion of attitudes occurred after the courses within the context of a predominantly biomedical programme. It was hypothesised that directly after the courses students' attitudes would shift into a more patient-centred, psychosocial, and care-oriented direction: in short, into a more humane direction. An erosion of attitudes was expected to occur later, resulting in a decline in humaneness.

7.3 Methods

Context of the study

The biomedical programme of the Utrecht Medical School starts with four years of traditional discipline-centred teaching, followed by two years of clinical clerkships, including general practice and community medicine. In addition, the curriculum includes several courses aimed at attitude development. The influence of this curriculum on students' attitudes was assessed in this and two previous studies.[40,41] In the pilot study, pre-clinical and clinical students were surveyed cross-sectionally. No evidence was found of an unfavourable development in terms of a decline in humaneness in students' attitudes. Final-year clinical students showed similar or even more humane attitudes than pre-clerkship students. However, no conclusions could be drawn about the effect of special courses aimed at attitude development.

Required communication courses with the dual aim of skills acquisition and attitude development are programmed yearly, starting in the second year and continuing into the first year of clinical clerkships. In a structured format of six weekly three-hour sessions, small groups of students practise medical interview skills. Much of the time was spent on role-playing with simulated patients, followed by immediate feedback.

Awareness of student behaviour in communicating with patients was encouraged. Medical interviews were observed on videotapes, group discussions were held, and mini-lectures were given by the teacher. A patient-centred and psychosocial approach was stressed. The third- and fourth-year courses had identical aims and formats; there were, however, some small differences in the content of the courses. Students' evaluations of use, relevance, and benefit were quite favourable.
Since the methods mentioned above fostering attitude development have been incorporated in the training programme, a favourable development in students' attitudes was expected to occur in both courses, followed by an erosion of attitudes afterwards. Empirical data, however, were not available. The present study was directed at the influence of these courses.

Subjects
Two entire classes of 169 medical students each, enrolled in the compulsory third- and fourth-year communication courses, participated.

Instruments
Attitudes were measured using a questionnaire, comprised of three subscales: the Dutch version of the Doctor-Patient (DP) Scale[42,43] measuring the attitude toward patients in terms of patient- versus doctor-centredness; the Psychosocial Orientation (SO) Scale, measuring the attitude toward illness in psychosocial versus biomedical orientation; and the Ideal Physician (IP) Scale, measuring the attitude toward patient care on a care versus cure dimension. All scales consisted of Likert-type statements alternatingly formulated into humane or technological terms to avoid response sets. Answers per item were given a score; item scores were transformed into final mean scale scores ranging from 1 to 5 for patient-centredness and psychosocial orientation and from 1 to 7 for care orientation. Higher scores indicated a more humane attitude, lower scores a more technological one. A humanising effect should express itself in higher scale scores, an erosion effect in lower scale scores.
In the pilot study, reliability and validity of these scales were found adequate.[40,41] For the present study, the original questionnaire was divided into equivalent halves, resulting in two parallel versions, A and B. This was done to avoid a possible learning effect from the first measurement, which could confound the scores of later measurements when the same questionnaire was used. Pairs of items with similar content and equal mean score in the pilot study were identified. The items of each pair were randomly assigned to either version A or version B. Thus, each parallel

version of the Doctor-Patient Scale contained 24 items, the Social Context Scale 5, and the Ideal Physician Scale 9. Correlations between scores on version A and B of the three subscales were r=0.64, r=0.67 and r=0.65 respectively. The reliability of the shorter new subscales was estimated beforehand, based on the data gathered with the longer original scales in the population of the pilot study. Cronbach's alpha for the subscales was 0.63, 0.58, and 0.58, respectively, for version A; 0.65, 0.52, and 0.67 for version B. Since the scales were meant to compare group scores instead of individual scores, a reliability coefficient of 0.50 or more of each version was considered adequate.[44] In the present study, reliability of the parallel versions of the three scales had to be established anew on the population of third- and fourth-year students.

Design and procedures

The study was carried out during the 1994/95 academic year. Before following the communication courses described above, third- and fourth-year students were randomly divided into two equal groups per year. Group I completed one questionnaire before the communication course and a parallel version at the end, while Group II completed one questionnaire at the end of the course and a parallel version at follow-up six months later (Table 7.1).

Table 7.1 **Design of the study: two groups (I and II) within each class of third- and fourth-year students, measured by two parallel versions (A or B) of the attitude questionnaire before and after the course, or after the course and half a year later at follow-up**

Participants	Moments of attitude measurement			
	Before course	Course	After course	Follow-up
Third-year students				
Group I	B	x	A	
Group II		x	B	A
Fourth-year students				
Group I	A	x	B	
Group II		x	A	B

Questionnaires were distributed and completed at the start and at the end of the course, and again half a year later. Data were obtained on students' gender, previous education, self-reported previous and actual grades, specialty preference, and activities alongside of study. The questionnaires were completed anonymously; outcomes were treated confidentially.
Using this design, the attitudes of each class could be measured at three different moments: before the course, directly after the course and six months later. Longitudinal as well as cross-sectional comparisons could be made. There was no control group of students, i.e. those who did not follow the communication course, available for this study because of the structure of the curriculum.

Data analyses
Reliability of the parallel questionnaires A and B was established for each of the three scales by calculating Cronbach's alpha. Construct validity was determined by comparing scores of male and female students. Differences between groups on background data were tested by Chi-square and Student's *t*-test. Differences were computed at the group level only because of a lack of data at the individual level. Since female students in the pilot study showed more patient-centred, context-oriented and care-oriented attitudes than male students, the data in the present study were analysed separately for gender groups.[40,41] Differences in final mean scale scores between before, after, and follow-up measurements were tested by Student's *t*-test for independent samples and by uni- and multivariate analyses. P values of 0.05 and lower were considered significant.

7.4 Results

In all, 601 questionnaires were obtained, a mean response rate of 89%. Pre- and post-response rates varied between 92% and 97%. Follow-up response rates were 84% and 58%, the latter rate due to non-attendance at the time of the fourth-year follow-up measurement. Galtung's guideline for removal was applied when checking the obtained questionnaires for missing scores and response sets.[45] Thirty-nine (6%) of the obtained forms had to be removed, so that a total of 562 questionnaires was analysed (288 for year three, 274 for year four).
Statistical analysis on background data revealed no differences between year three and year four, except for a higher number of students involved in social activities alongside their study in year four ($P<.003$).

Reliability

Reliability of version A and version B of the attitude questionnaires is displayed in Table 7.2. All values but one accorded with the pre-established value of 0.50, indicating a sufficient reliability for the parallel versions A and B of the questionnaire.

Table 7.2 Reliability coefficients of the split-half versions A and B of the Doctor-Patient (DP), Social Context (SO), and Ideal Physician (IP) scales in Cronbach's Alpha

Version		N	DP	SO	IP
A version	all	288	0.61	0.50	0.59
	Year 3	135	0.60	0.46	0.54
	Year 4	153	0.63	0.52	0.63
B version	all	274	0.59	0.54	0.56
	Year 3	153	0.53	0.56	0.50
	Year 4	121	0.66	0.51	0.61

Construct validity

Female students scored higher on all subscales than male students (Table 7.3). This corroborated the construct validity of the scales.

Equivalence of parallel scales

Systematically higher scores for version B in comparison to version A were found for both classes of students independent of the moment and order of measurement. On the Ideal Physician Scale an interaction effect of gender with the parallel version was visible. For both effects, a correction was performed. After correction, no systematic difference was found in year three and year four of the A versus B version was visible and no version gave higher or lower scores on the three subscales. Thus, scores on versions A and B could be treated as equivalent and could be compared.

Gender differences

Differences between male and female students were generally apparent, with female students scoring the same or higher on all scales (Table 7.3). At the follow-up measurement in year three, gender differences on psychosocial orientation and care orientation disappeared while the difference in patient-centredness remained.

Multivariate analysis of variance followed by univariate analysis for the effect of gender showed significant differences in patient-centredness (F=15.72, P<.001), psychosocial orientation (F=4.09, P<.044), and care-orientation (F=19.96, P<.001), with higher scores for female students.

Table 7.3 Mean scores (M) of male (m) and female (f) students for patient-centredness (DP Scale), psychosocial orientation (SO Scale), and care orientation (IP Scale), on the two questionnaire versions (A or B) before (1) and after (2) the course and at follow-up (3) on the three subscales. Differences were tested with a two-sided *t*-test

Version/ moment		N		DP scale					CO scale					IP scale				
				Male		Female		P	Male		Female		P	Male		Female		P
		m	f	M	sd	M	sd		M	sd	M	sd		M	sd	M	sd	
Year 3																		
B	1	34	45	3.38	.27	3.51	.20	.02	3.09	.48	3.36	.43	.01	3.72	.45	4.12	.49	.00
A	2	32	46	3.40	.31	3.57	.25	.00	3.22	.60	3.48	.39	.04	3.91	.55	4.20	.42	.01
B	2	25	47	3.43	.23	3.55	.21	.03	3.27	.49	3.44	.44	.15	3.91	.43	4.19	.41	.00
A	3	19	37	3.39	.26	3.54	.21	.02	3.31	.55	3.48	.52	.26	4.20	.39	4.08	.38	.26
Year 4																		
A	1	23	52	3.48	.24	3.56	.30	.25	3.49	.54	3.50	.57	.91	4.29	.43	4.18	.47	.35
B	2	25	48	3.43	.31	3.56	.24	.03	3.43	.62	3.50	.42	.66	3.99	.59	4.26	.47	.04
A	2	30	47	3.42	.33	3.59	.24	.00	3.43	.54	3.51	.49	.48	4.00	.69	4.25	.39	.08
B	3	13	35	3.42	.20	3.55	.27	.12	3.31	.51	3.38	.39	.62	3.76	.46	4.12	.45	.02

Humanising influence

To test the hypothesis of a humanising influence, differences between before and after measurement scores of Group I were compared (Table 7.4). No differences were found in patient-centredness, psychosocial orientation and care orientation found in year three and year four, except for a decline in care orientation in the male students' attitudes in year four.

Table 7.4 **Mean scores of third- and fourth-year male and female students before and after the course (Group I) and after the course and at follow-up (Group II) using the three subscales. Differences were tested by two-sided *t*-test**

Scale/ year	Group	Before			After			Follow-up			P
		N	M	sd	N	M	sd	N	M	sd	
Patient-centredness (DP scale)											
Male											
3	I	34	3.38	.27	32	3.40	.31				.76
	II				25	3.43	.23	19	3.39	.26	.54
4	I	23	3.48	.24	25	3.43	.31				.52
	II				30	3.42	.33	13	3.42	.20	.97
Female											
3	I	45	3.51	.20	46	3.57	.25				.19
	II				47	3.55	.21	37	3.54	.21	.74
4	I	52	3.56	.30	48	3.56	.24				.91
	II				47	3.59	.24	35	3.55	.27	.45
Psychosocial orientation (SO scale)											
Male											
3	I	34	3.09	.48	32	3.22	.60				.35
	II				25	3.27	.49	19	3.31	.55	.84
4	I	23	3.49	.54	25	3.43	.62				.76
	II				30	3.42	.54	13	3.31	.51	.52
Female											
3	I	45	3.36	.43	46	3.48	.39				.17
	II				47	3.44	.44	37	3.48	.52	.72
4	I	52	3.50	.57	48	3.50	.42				.95
	II				47	3.51	.49	35	3.38	.39	.20
Care orientation (IP scale)											
Male											
3	I	34	3.72	.45	32	3.91	.55				.12
	II				25	3.91	.43	19	4.20	.39	.03
4	I	23	4.29	.43	25	3.99	.59				.05
	II				30	4.00	.69	13	3.76	.46	.25
Female											
3	I	45	4.12	.49	46	4.19	.42				.45
	II				47	4.19	.41	37	4.08	.38	.20
4	I	52	4.18	.47	48	4.26	.47				.42
	II				47	4.25	.39	35	4.12	.45	.15

Erosion

To test the hypothesis of erosion in a period of half a year without special courses aimed at attitude development, differences between scores at the end of the communication course and half a year later (Group II) were calculated. No differences in patient-centredness and psychosocial orientation were found in years three and four (Table 7.4). Male students' attitudes in year three showed a rise in care orientation and a fall in year four, while no difference in care orientation was found between year three and year four in female attitudes.

There was no difference in scores on the three scales between third-year students at follow-up and fourth-year students at the start of the communication course (F=.168, P<.299; F=.734, P<.389; F=.167, P<.235). Analysis of variance for year of education did not reveal differences between third- and fourth-year students on any of the scales, nor were different scores found at the different moments of measurement, except on the care-cure dimension of the Ideal Physician Scale (F=3.20; P<.042).

7.5 Discussion

The main finding of this study was the stability in the students' attitudes. Students' humaneness in terms of patient-centredness, psychosocial orientation, and care orientation remained the same throughout year three and year four, while we had expected to find an increase in humaneness after the communication course and a decrease in humaneness six months later. In general, the students' professional attitudes did not seem to be influenced by the communication course. Differences in care orientation in male students' attitudes, although significant, were considered random findings among the many measurements made in this study. Our results may be due to educational, attitudinal and measurement factors.

Validity and reliability of the measurement instruments seem to be adequate as was found in the pilot study. Moreover, existing differences in male and female students' attitudes could be detected by the questionnaire. Since other authors have successfully employed the Doctor-Patient Scale[42,43] it seems improbable that measurement factors confounded our results.

Since the educational programme contains many influencing factors and because there was not a control group without an attitude-aimed course, we cannot isolate specific educational influences on students' attitudes. It would seem implausible, however, to ascribe the net result, stability, to the unchangeability of students' attitudes since other researchers have documented the possibilities of change in overtly displayed attitudes after similar communication courses.[9,16,17,24] Also, in the student self-assess-

ment conducted during the course evaluations, both third- and fourth-year students reported an increased sense of their strengths and weaknesses in communicating with patients as well as an increased awareness of their attitudes and behaviour toward patients.[46] This could be expected according to attitude theory because overt behaviour change due to role-playing is accompanied by a shift in underlying attitudes.[47]

Persisting change could be expected if the attitude expressed is socially supported by the structure and content of the educational environment[4,35] especially by role models[36] and by opportunities of supervised clinical practice followed by feedback.[20] It has been stressed by researchers that a biomedical environment is not the best in which to nurture a patient-centred attitude in future doctors, even in students interested in the humane aspects of care.[4,38,39] Attitudes seem to be highly resistant to change unless supported and reinforced by the entire environment.[26] Therefore, it seems more likely that the stability in attitudes in this study was the net result of the curriculum as a whole, with the communication course counterbalancing the possibly dehumanising influence of the biomedical programme.

The expected erosion in humaneness after half a year did not occur in years three and four. In year three, a course stressing patient, psychosocial and care aspects was given parallel to the communication course. Such a course was absent in year four. The possibility that students in year three underwent an extra humanising influence, supporting the acquired attitudes in the communication course, must be studied further.

Third-year female students already started the communication course with more humane attitudes than did their male counterparts. A similar gender difference in humaneness was found in our pilot study and in other studies using the Doctor-Patient Scale.[40,41,42,43] Gender differences in attitudes have also been found by others, indicating more humane attitudes in female students.[48] In our population, this difference remained after the course but decreased at the follow-up and in year four. A decrease in gender differences as students proceed has also been reported elsewhere.[49]

No conclusions can be drawn from our data about what could happen without special courses, although other research has shown a risk of decline in humaneness. It remains to be seen how our students' professional attitudes develop further, especially during the clinical years and in later training.

7.6 Conclusion

No substantial changes in students' attitudes could be detected under the present conditions. Unlike the rapid acquisition and retention of overt behavioural skills in special courses, it seems that underlying attitudes are harder to influence into a more humane direction. Considerable educational effort of the entire medical school environment seems to be needed for a measurable change in students' attitudes. It seems likely that within a predominantly biomedically oriented programme, practical courses in doctor-patient communication can have a stabilising influence on students' attitudes and prevent the often documented dehumanising effect. This stabilisation can be maintained by regularly offering, in our case once a year, a communication course aimed at attitude and skills development.

7.7 References

1. Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Blueprint 1994: Training of doctors. Objectives of undergraduate medical education in The Netherlands. University of Nijmegen: University Publication Office, 1994.
2. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice [dissertation]. Utrecht: Nivel, 1991.
3. Kaplan SH, Greenfield S, Ware J. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1989; 27 (Suppl): 110-27.
4. Rezler AG, Haken J ten. Affect and research in medical education. Med Educ 1984; 18: 331-8.
5. Brock CD, Johnson AH, Durand RP, Levine JH, Downey DB. The erosion of empathy in medical education: a comparison of freshman and junior medical student responses to the Barrett-Lennard relationship inventory. J Balint Soc 1992; 20: 8-9.
6. Charlton R, Dovey SM, Jones DG, Blunt A. Effects of cadaver dissection on the attitudes of medical students. Med Educ 1994; 28: 290-5.
7. Ewan CE. Social issues in medicine: a follow-up comparison of senior-year medical students' attitudes with contemporaries in non-medical faculties. Med Educ 1988; 22: 375-80.
8. Franssen AMJ, Persoon JMG, Veling S. Verschillen in attitude tussen medische studenten: een vergelijking tussen 4e en 6e jaars medische studenten in Maastricht en Nijmegen. Med Contact 1982; 32: 970-4.
9. Kramer D, Ber R, Moore M. Increasing empathy among medical students. Med Educ 1989; 23: 168-73.
10. Leserman J. Changes in the professional orientation of medical students: a follow-up study. J Med Educ 1980; 55: 415-22.
11. Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. A retrospective study of attitude change during medical education. Med Educ 1989; 23: 19-23.
12. Dornbush RL, Richman S, Singer P, Brownstein EJ. Medical school, psychosocial attitudes. J Am Med Women Assoc 1991; 46: 150-2.
13. Zeldow PB, Daugherty SR. The stability and attitudinal correlates of warmth and caring in medical students. Med Educ 1987; 21: 353-7.
14. Carroll JG, Monroe J. Teaching clinical interviewing in the health professions: a review of empirical research. Evaluation and Health Professions 1980; 3: 21-45.
15. Davis H, Nicholaou T. A comparison of the interviewing skills of first- and final year medical students. Med Educ 1992; 26: 441-7.
16. Evans BJ, Stanley RO, Coman GJ, Burrows GD. Psychological tests to measure the effects of medical education on students' interpersonal skills. Med Educ 1989; 23: 492-7.
17. Evans BJ, Sweet B, Corman GJ. Behavioral assessment of the effectiveness of a communication programme for medical students. Med Educ 1993; 27: 344-50.
18. Kern DE, Grayson M, Randol Barker L, Roca RP, Cole KA, Roter D, et al. Residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. J Gen Intern Med 1989; 4: 421-31.
19. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors. I: Benefits of feedback training in interviewing as students persist. Br Med J 1986; 292: 1573-6.
20. Maguire P. Can communication skills be taught? Br J Hosp Med 1990; 43: 215-6.
21. McManus IC, Vincent CA, Thom S, Kidd J. Teaching communication skills to clinical students. Br Med J 1993; 306: 1322-7.
22. Roter DL, Cole KA, Kern DE, Barker LR, Grayson M. An evaluation of residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. J Gen Intern Med 1990; 5: 347-54.

23. Bowman FM. Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. Med Educ 1992; 26: 63-8.
24. Evans BJ, Stanley RO, Mestovic R, Rose L. Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. Med Educ 1991; 25: 517-26.
25. Moore GT, Block SD, Style CB, Mitchell R. The influence of the New Pathway curriculum on Harvard medical students. Acad Med 1994; 69: 983-9.
26. Rezler AG. Attitude changes during medical school: a review of the literature. J Med Educ 1974; 49: 1023-30.
27. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.
28. Krech D, Crutchfield RS, Ballachy EG. Individual in society. A textbook of social psychology. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc., 1962.
29. Alexander DA, Eagles JM. Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. Med Educ 1990; 24: 452-60.
30. Anderson RM, Donnelly MB, Gorenflo DW, Funnel MM, Sheets KJ. Influencing the attitudes of medical students; a controlled study. Diabetes Care 1993; 16: 503-5.
31. Dwyer JW, Detweiler NL, Kosch SG. Medical students and comprehensive patient care: attitudes, perceived competence and demonstrated ability. Med Educ 1988; 22: 19-26.
32. Schüffel W. Can medical students acquire patient centered attitudes at medical schools? Psychother Psychosom 1983; 40: 22-32.
33. Smith RC, Osborn G, Hoppe RB, Lyles JS, Egeren L van, Henry R, et al. Efficacy of a one-month training block in psychosocial medicine for residents: a controlled study. J Gen Intern Med 1991; 6: 535-43.
34. Branch WT, Arky RA, Woo B, Stoeckle JD, Levy DB, Taylor WC. Teaching medicine as a human experience: a patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students. Ann Intern Med 1991; 114: 482-9.
35. Colditz GA, Sheehan M. The impact of instructional style on the development of professional characteristics. Med Educ 1982; 16: 127-32.
36. De Monchy C. Professional attitudes of doctors and medical teaching. Med Teacher 1992; 14: 327-31.
37. Huxham GJ, Lipton A, Hamilton D. Does medical training affect personality? Med Educ 1985; 19: 118-22.
38. Maheux B, Delorme P, Béland F, Beaudry J. Humanism in medical education: a study of educational needs perceived by trainees of three Canadian schools. Acad Med 1990; 65: 41-5.
39. Maheux B, Beaudoin C, Lebel P, Delorme P, Philibert L. Influence of premedical preparation in the humanities and social sciences on attitudes toward patient care: a study of Quebec medical students and recent graduates. Acad Med 1992; 67 (Suppl): 25S-27S.
40. Batenburg V. De ideale arts: het beroepsbeeld van medische studenten (The ideal physician: medical students' views of the medical profession). Ned Tijdschr Geneeskd 1995; 139: 1177-81.
41. Batenburg V. Do professional attitudes change during medical education? J Adv Health Sci Educ, 1997. (in press)
42. De Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. Med Educ 1988; 22: 231-9.
43. Lingiardi V, Maffei C, De Monchy C. Evaluating sex as a variable in the doctor-patient relationship of an Italian medical student sample. Med Educ 1993; 27: 188.
44. Stewart AL. Psychometric considerations in functional status instruments. In: Functional status measurement in primary care. WONCA Classification Committee. New York: Springer Verlag, 1990: 3-26.

45. Galtung J. Methods of Social Research. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.
46. Batenburg V. Wat steken de studenten ervan op? Evaluatie van een cursus Gespreksvoering. In: Metz JCM, et al., editors. Gezond Onderwijs-2. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau, 1993: 259-64.
47. Eagly AH, Chaiken S. The psychology of attitudes. New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1993.
48. Weisman CS, Teitelbaum MA. Physicians' gender and the physician-patient relationship. Recent evidence and relevant questions. Soc Sci Med 1985; 20: 1119-27.
49. Dufort F, Maheux B. When female medical students are the majority; do numbers really make a difference? J Am Med Women Assoc 1995; 50: 4-6.

Chapter 8

Are professional attitudes related to gender and medical specialty?

"To recognise our need for the special skills of others is to acknowledge our limitations in medicine."

(Magraw 1975)

Published in: submitted for publication

Author: Batenburg V, Smal JA, Lodder A, Melker RA de

8.1 Summary

Background

The importance of professional attitudes in medical care has long been recognized; however, medical training has not stressed attitude development until recently. In previous studies among medical students, we found that gender and specialty preference are important factors in attitudes. In this study, patient-centredness of trainees in general practice and surgery and of final-year clerks preferring one of these specialties was assessed in one medical school in the Netherlands. The effect of gender, specialty, and training level on attitude was investigated.

Methods

In 1995, attitudes of 37 general practice trainees, 31 surgery trainees, and 120 clerks were measured anonymously using questionnaires containing the Doctor-Patient Scale. This attitude scale measures patient-centredness versus doctor-centredness. Response rates were 78%, 58%, and 84%, respectively.

Findings

Attitudes were related to specialty. General practice trainees showed more patient-centredness than surgery trainees. In accordance with previous findings among younger students, no differences were found between final-year clerks and vocational trainees. In contrast to previous studies, gender was not related to patient-centredness.

Interpretation

Professional attitudes, in particular patient-centredness, seem to be related to specialty preference in the final year of graduate medical training and specialty as a career choice. It remains unclear whether professional socialization reinforces existing attitudes or whether existing attitudes result in specialty preference.

8.2 Introduction

Historically, professional attitudes have been recognized as very important in medical care.[1] For example, at the end of the 19th century Sir William Osler stated that: "it is more important to understand which patient has a disease, than which disease a patient has".[2] In medical training, however, attitude development was rarely stressed. This can be seen in the Flexner report of 1910 that based medical training on a bioscientific foundation.[1] As a consequence, biomedical aspects of disease were more prominent during medical training than were the psychological aspects of patients.

Actual training of professional attitudes has seldom been an explicit part of the medical curriculum. It was assumed to happen automatically as students proceeded: attitude development remained a part of the 'hidden curriculum'.[3] Interest in medical students' professional attitudes, however, received a strong impulse by the studies of Eron, almost fourty years ago, who found that medical students developed a 'cynical' attitude during medical training.[4,5] Although his research has been criticized, the 'erosion of attitudes' or 'dehumanization' has been affirmed in many other studies.[6,7] At the Wickenburg conference in the 1980s, clinicians and medical teachers discussed the limitations of a bioscientific model for medicine, pleading instead for a biopsychosocial model including dialogue with the patient.[8] The importance of a patient-centred approach has been especially recognized in general practice and psychiatry.[9,10] Today, a professional evolution within American medicine seems to be heading toward a renewed regard for the patient's perspective.[11]

Recently, the Dutch medical schools, reconsidering attitude development, have agreed upon a new definition of the final objectives of undergraduate medical education. In this 'Blueprint', medical competence explicitly includes professional attitudes, alongside of knowledge and skills.[12] In contrast to previous training programmes, attitude development will now definitely become a part of the curriculum in all Dutch medical schools.

In contrast to the often- documented 'erosion' of attitudes, we found no differences between first and final year students in an attitude study among students at Utrecht Medical School, while the curriculum at Utrecht has a biomedical orientation.[13] Factors influencing attitudes seemed to be gender and specialty preference, with female students and students preferring primary care specialties having more patient-centred attitudes than male students and students preferring biomedical specialties. However, preferences in the first years were diffuse and confounded by gender.[13]

Similar results have also been reported by others.[6,14,15,16,17] In addition, male students seem to prefer technical specialties, while female students prefer patient-centred specialties.[18,19,20] Little systematic research has been directed at comparing professional attitudes of clinical specialists to those of primary care generalists.[1,21] Since attitude is an important issue in medical education, professional choice, selection for vocational training, medical competence, and patient care, the current study was undertaken.

Aims

The aim of this pilot-study at Utrecht Medical School was to gain insight into the professional attitudes of vocational trainees in different specialties and final year students preferring different specialties. We compared patient-centredness of general practice and surgery trainees, and of final year students preferring general practice versus surgery. In accordance with our previous studies, we hypothesized that attitudes would be related to specialty and gender, and not to level of training. We expected more patient-centred attitudes in women, general practice trainees and final year students preferring general practice.

8.3 Methods

Subjects

Attitude questionnaires were handed out to all 37 general practice trainees finishing their two-year vocational training in Utrecht in the fall of 1995. Since only a few surgery trainees were enrolled in vocational training at Utrecht Medical School, all 31 surgery trainees in the Netherlands finishing their second year received a questionnaire by mail. In the period April-December 1995, all 120 final-year medical students at Utrecht Medical School attending the general practice clerkship, the final clerkship before graduation, also completed the questionnaire. Clerks preferring specialties other than general practice or surgery were then excluded from the study. Because most of the subjects were trained at the biomedically oriented Utrecht Medical School, the results of our study have a limited generalizability.

Variables and Instruments

Professional attitudes towards patients (patient-centred versus doctor-centred) were studied in relation to gender, and medical specialty (general practice versus surgery), and level of training (final year clerkship versus vocational training). Patient-centredness was assessed anonymously using the Doctor-Patient Scale. The Doctor-Patient Scale has been developed at a medical school in Great Britain to assess patient-centredness in attitudes of students and practising doctors.[14] The scale contained 48 Likert-type statements with 5 alternatives ranging from strong agreement to strong disagreement. Examples of statements are: ’Listening to patients is more efficient than talking to them’ and ’Clinical competence is based on

knowledge and skills, very little on attitude'. Previous studies on medical students' and physicians' attitudes have established the reliability and validity of this scale.[13,14,16,22] Data on gender, specialty preference, and level of training were also obtained anonymously as part of the questionnaire.

Data analyses

The different groups were compared cross-sectionally. Attitude-scale scores of general practice trainees, surgery trainees, and clerks were compared. Scores of male and female subjects were analysed apart to avoid a confounding gender influence. First, attitude-scale scores were transformed to percentage scores. Then, reliability of the scale was established by calculating Cronbach's alpha. To assess the effect of exclusion, distribution of variables of the excluded group of clerks was compared with data of the included group. Analysis of variance was used to test the three hypotheses; P values of $P<0.05$ were considered significant. Non-significant interaction terms were pooled. Effect sizes with a 95% confidence interval were computed.

8.4 Results

Response rates for general practice trainees, surgery trainees, and final-year clerks were 78%, 58%, and 84% respectively; in total, 149 forms were collected. Two forms were removed because of missing data, 1 from the general practice group and 1 unknown. Of the remaining 147, 62 more were excluded; these concerned clerks with other specialty preferences. Of these 62, relatively many were women, who preferred paediatrics, psychiatry, or gynaecology. There was no difference in attitude scores between included and excluded clerks ($P= 0.20$).

A total of 85 forms remained: 27 from general practice trainees (13 female; 14 male); 18 from surgery trainees (5 female, 13 male), and 40 from final-year clerks (24 female, 16 male).

Reliability

The reliability coefficient of the Doctor-Patient Scale was 0.79.

Patient-centredness

Mean scores of the different groups are shown in Table 8.1.

Table 8.1: Percentage scores on patient-centredness for specialty, level of training and gender.

General Practice mean(SD)		**Surgery mean(SD)**	
Clerks (n=23)	**Trainees (n=27)**	**Clerks (n=17)**	**Trainees (n=18)**
64.0 (5.6)	63.8 (5.1)	58.3 (6.3)	56.0 (4.9)
men (n=6)	**men (n=14)**	**men (n=10)**	**men (n=13)**
62.5 (6.0)	64.8 (6.4)	59.1 (6.6)	54.8 (4.9)
women (n=17)	**women (n=13)**	**women (n=7)**	**women (n=5)**
64.5 (5.6)	62.7 (3.2)	57.1 (6.3)	59.1 (3.7)

Table 8.2 shows that a significant effect (P< 0.001) was only found in specialty. Clerks preferring general practice and general practice trainees showed more patient-centred attitudes than clerks preferring surgery and surgery trainees.

Table 8.2: Effect sizes of specialty, level of training and gender on patient-centredness.

Variable	**Mean* (N)**	**Mean* (N)**	**Effect**	**95%CI**	**P**
	General Practice	**Surgery**			
Specialty	63.9 (50)	57.1 (35)	6.8	4.3-9.3	0.001
	Clerks	**Trainees**			
Training level	61.1 (40)	60.0 (45)	1.1	-1.4-3.5	0.383
	Men	**Women**			
Gender	60.5 (43)	60.5 (42)	0.04	-2.5-2.5	0.972

* all means (percentage scores) are adjusted for the other variables, using analysis of variance.

Patient-centredness seemed to be unrelated to level of training and gender: no differences were found between clerks and vocational trainees, nor between men and women.

8.5 Discussion

Our pilot-study among trainees of a Dutch medical school shows that professional attitudes, especially patient-centredness, are related to medical specialty. As expected, final-year clerks preferring general practice as a specialty as well as vocational trainees in general practice showed more patient-centred attitudes than surgery trainees and clerks preferring surgery. In this study, no relation between gender and patient-centredness was detected. In the final year of medical education and later during vocational training, male and female subjects within the different professional groups seem to hold similar attitudes. This absence of gender differences in later phases of medical training was surprising because our previous studies showed that among younger classes, female students were more patient-centred than male students.[13] Attenuation in gender differences over time has, however, been reported by other authors and has been interpreted as the result of a process of professional socialisation in medical training.[18,23]

Differences in doctors' attitudes have been explained as a result of a complex learning process.[24,25,26,27] For instance, in general practice, a primary care specialty, many problems cannot be diagnosed neatly and many contain psychological and social elements, thus demanding a comprehensive approach and special attention to the consultation.[28,29] Because of this, vocational training in general practice devotes one third of its curriculum time to interpersonal skills and attitude development.[30] Evaluations of programmes show an influence on trainees' attitudes as a result of professional socialization and experience.[31] Thus, general practitioners will probably show patient-centered attitudes. In surgery, however, a hospital-based specialty, highly technical skills are needed to resolve physical problems. In vocational training for surgeons, competence in physical issues is stressed. Attitude development is present during the later years of surgical training, taking up 10% of training time.[32] This seems to influence surgeons towards a doctor-centred attitude. Differences in attitudes have been affirmed in several studies: patient-centred attitudes were most apparent among psychiatrists, followed by general practitioners, while doctor-centred attitudes were prominent among surgeons.[1,14,25] It has been proposed that these differences in attitudes, resulting from a combination of preference and training, can have an impact on the doctor-patient communication.[29]

It would appear from our results that, while gender seems to be important for undergraduate professional attitudes, specialty orientation seems to become more important later in training. Attitudes of final-year clerks seem to be a reflection of attitudes in vocational training. It remains unclear, however, whether attitudes precede

specialty orientation or vice versa. It has been suggested that attitudes affect career choice;[33] others, however, have found only a weak relationship.[20]

Even though other studies show similar results regarding final-year students and vocational trainees,[34,35] there are several limitations to our study. First, only a cross-sectional comparison was made; groups were not followed over a longer period of time. Second, our analysis was based on relatively small groups of subjects in one medical school with a biomedical orientation. Third, it is uncertain whether the subjects studied in the different professional groups were representative for the whole population: response rate was moderate due to mailing in the group of surgeons, and only those final-year clerks with a crystallized specialty preference were studied. Therefore, caution is needed when generalizing from our results.

8.6 References

1. Verhaak PFM. Hoe speciaal is de communicatie van de huisarts? Huisarts Wet 1991; 34: 320-4.
2. Cushing H. The life of sir William Osler. Oxford: The Clarendon Press, 1925.
3. Armstrong D. The structure of medical education. Med Educ 1977; 11: 244-8.
4. Eron LD. Effect of medical education on students' attitudes. J Med Educ 1955; 30: 559-66.
5. Eron LD. The effect of medical education on attitudes: a follow-up study. J Med Educ 1958; 33: 25-33.
6. Rezler AG, Haken J ten. Affect and research in medical education. Med Educ 1984; 18: 331-8.
7. Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. A retrospective study of attitude change during medical education. Med Educ 1989; 23: 19-23.
8. White KL. The task of medicine. Dialogue at Wickenburg. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Foundation, 1988.
9. Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. London: Royal College of General Practitioners, 1984.
10. McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York/Oxford: Oxford University Press, 1989.
11. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professional evolution. JAMA 1996; 275: 152-6.
12. Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Blueprint 1994: Training of doctors. Objectives of undergraduate medical education in The Netherlands. University of Nijmegen: University Publication Office, 1994.
13. Batenburg V. De ideale arts: het beroepsbeeld van medische studenten. Ned Tijdschr Geneeskd 1995; 139: 1177-81.
14. De Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. Med Educ 1988; 22: 231-9.
15. Geller G, Faden RR, Levine D.M. Tolerance for ambiguity among medical students: Implications for their selection, training and practice. Soc Sci Med 1990; 31: 619-24.
16. Lingiardi V, Maffei C, De Monchy C. Evaluating sex as a variable in the doctor-patient relationship of an Italian medical student sample. Med Educ 1993; 27: 188.
17. Calnan M. Images of general practice: the perceptions of the doctor. Soc Sci Med 1988; 27: 579-86.
18. Dufort F, Maheux B. When female medical students are the majority: do numbers really make a difference? J Am Med Women Assoc 1995; 50: 4-6.
19. Kruythof CJ, Leeuwen CD van, Ventevogel P, Horst HEV van der, Staveren G van. Career perspectives of women en men medical students. Med Educ 1992; 26: 21-6.
20. Mann MP. Attitudes toward and subsequent career choice of family practice: a weak relationship. Fam Pract 1994; 26: 504-8.
21. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Patient-physician communication: a descriptive summary of the literature. Pat Educ Counsel 1988; 12: 99-119.
22. Markert RJ. Cross-cultural validation of the doctor-patient scale. Acad Med 1989; 64: 690.
23. Arnold RM, Martin SC, Parker RM. Taking care of patients - does it matter whether the physician is a woman? West J Med 1988; 149: 729-33.
24. Bing-You RG. Changes in students' attitudes and values during medicine versus surgery clerkships. Med Educ 1991; 25: 383-8.
25. Roskin G, Marell SK. Differences in attitudes towards patients among medical specialties. Int J Psychiatry 1988; 18: 223-33.
26. De Monchy C. Professional attitudes of doctors and medical teaching. Med Teacher 1992; 14: 327-31.

27. Furnham A. Attitudes to the medical specialties: comparing pre-clinical students' perceptions of nine specialties. Soc Sci Med 1986; 23: 587-94.
28. Bucks RS, Williams A, Whitfield MJ, Routh DA. Towards a typology of general practitioners' attitudes to general practice. Soc Sci Med 1990; 30: 537-47.
29. Southgate L. Freedom and discipline: clinical practice and the assessment of clinical competence. Br J Gen Pract 1994; 44: 87-92.
30. Pieters HM. Utrechtse Consult Evaluatie Methode. Vaardigheden in consultvoering van huisartsen getoetst. Lelystad: Meditekst, 1991.
31. Deforge BR, Sobal J. Intolerance of ambiguity among family practice residents. Fam Med 1991; 23: 466-8.
32. Zwierstra RP, Scherpbier AJJA, Schilfgaarde R van. Changing patterns in graduate surgical education in the Netherlands. World J Surg 1994; 18: 718-23.
33. Merrill JM, Camacho Z, Laux LF, Lorimor R, Thornby JI, Vallbona C. Uncertainties and ambiguities: measuring how medical students cope. Med Educ 1994; 28: 316-22.
34. Nieman LZ, Holbert, DH, Bremer C. Career preferences, career decision-making, and orientation toward medicine among third-year students. J Med Educ 1988; 63: 474-6.
35. Deforge BR, Sobal J. Investigating whether medical students' intolerance of ambiguity is associated with their specialty selections. Acad Med 1991; 66: 49-51.

Chapter 9

’Het binnenste buiten’

Attitude-onderwijs in de artsopleiding

"The question is not whether the teacher has to apply himself to attitude development, but whether he wants to continue the way in which he is already forming attitudes."

(Gerritsma & Smal 1974)

Published in: De Interfacultaire Werkgroep Praktisch Medisch Onderwijs van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs. December 1996.

Author: Selleger VJ, Batenburg V, Spaendonck KPM van

9.1 Ten geleide

De attitude van de arts heeft invloed op de kwaliteit van de diagnostiek en de effectiviteit van de behandeling.[1,2,3,4] Het Raamplan 1994[*] geeft aan dat de competentie van de arts wordt bepaald door kennis, vaardigheden èn attitudes, en dat attitude-onderwijs daarom één van de drie pijlers van het medisch onderwijs is. In de onderdelen 'profiel van de arts' en 'algemene eindtermen' wordt gedetailleerd beschreven tot welk 'eindproduct' de studie geneeskunde moet opleiden, met inbegrip van de 'juiste' attitudes van de arts.[5] Voor de vertaling van de uitgangspunten naar onderwijsdoelstellingen en de operationalisatie hiervan in een curriculum wordt echter alle ruimte gelaten.

De werkgroep Praktisch Medisch Onderwijs van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs heeft in het seizoen 1993-1994 een uitgebreide discussie gevoerd over uitgangspunten en mogelijkheden voor attitude-onderwijs in de artsopleiding.

Deze brochure beoogt concrete mogelijkheden aan te geven voor de operationalisatie van attitude-onderwijs in het medisch curriculum. Deze zijn gebaseerd op de gedachtewisseling binnen de genoemde werkgroep. Tevens is gebruik gemaakt van inzichten op dit gebied in de vakliteratuur en van de ervaringen in de medische faculteiten met het bestaande attitude-onderwijs.

In hoofdstuk 1 worden de gehanteerde begrippen toegelicht en worden de argumenten voor attitude-onderwijs binnen de studie geneeskunde kritisch gewogen. Hierbij komen aan de orde: het begrip attitude, de normstelling van de beroepsattitude van de arts, de ontwikkeling van de attitude van de arts en de noodzaak van attitude-onderwijs en van toetsing ervan.

In hoofdstuk 2 worden de twee meest uitgewerkte vormen van attitude-onderwijs aan de medische faculteiten in Nederland vergeleken.

In hoofdstuk 3 volgen adviezen van de Werkgroep Praktisch Medisch Onderwijs voor doelen en aanpak van attitude-onderwijs.

In hoofdstuk 4 worden suggesties gedaan voor de concrete invulling binnen het medisch curriculum.

De brochure wordt afgerond met een samenvatting van de theoretische conclusies en van de adviezen voor attitude-onderwijs en -toetsing.

---

[*] Het Raamplan 1994: een document dat de gemeenschappelijke eindtermen van de artsopleiding definieert en dat door alle medische faculteiten in Nederland is aanvaard als richtlijn voor de inrichting van hun onderwijs.

'De waarheid van de dokter eist dat hij er gezond uitziet, voor zover zijn natuur het toelaat. Hij moet goed gevoed zijn. Ook moet hij proper zijn, nette kleren dragen en zich behoorlijk parfumeren. De zieken vinden dat prettig.
Maar daarnaast moet hij ook zijn innerlijk niet verwaarlozen, niet alleen door het geheim te bewaren, maar vooral door een onberispelijke levenswandel.... Hij moet het karakter hebben van een edelman.'
(Hippocrates van Kos, ca. 400 v. Chr.[6])

9.2 Hoofdstuk 1: De attitude van de arts: begripsbepaling

9.2.1 Wat is attitude?

In het Raamplan 1994 worden leerdoelen ingedeeld in drie categorieën: kennis, vaardigheden en attitudes. Deze, onderwijskundige, indeling van leerdoelen of leereffecten is oorspronkelijk afkomstig van Bloom. De drie categorieën vertonen een zekere samenhang en onderlinge overlap.[7] Maar wat wordt precies verstaan onder attitudes?

Al sinds de jaren twintig wordt binnen de sociale psychologie onderzoek gedaan naar attitudes. Het is dan ook uit die hoek dat de meeste theorievorming afkomstig is. Een veel gebruikte definitie is die van Ajzen en Fishbein: *'Attitude is een geheel van opvattingen, gevoelens en geneigdheid tot handelen ten opzichte van iets of iemand.'*[8,9]

Attitudes hebben binnen deze definitie betrekking op iets of iemand: het 'object' van de desbetreffende attitude. Verder hebben attitudes drie componenten: een cognitieve (opvattingen, normen, waarden), een affectieve (gevoelens, emoties) en een handelingscomponent (de geneigdheid een bepaald gedrag te vertonen).[9] Deze componenten beïnvloeden elkaar wederzijds. Een voorbeeld is iemands houding ten opzichte van bedelaars in de grote stad. Hierin speelt mee of hij vindt dat mensen door hun eigen schuld aan lager wal geraken of juist dat in deze harde maatschappij veel weerlozen buiten de boot vallen (cognitieve component). Deze mening staat in wisselwerking met de gevoelens die een bedelaar oproept: afkeer, mededogen of misschien angst (affectieve component). Mede op grond hiervan is de persoon geneigd een bepaald gedrag te vertonen, in dit geval bijvoorbeeld met een boog om de bedelaar heen te lopen of juist snel naar een gulden te grijpen (handelingscomponent). De drie samenhangende componenten hebben een sturende invloed op de daadwerkelijke

reactie van de betrokkene op de bedelaar.
Attitudes hebben invloed op iemands gedrag. Veel sociaal-psychologen definiëren attitude als een sturende factor voor het gedrag, dus niet als het gedrag zelf.[8,9,10] Door anderen wordt het begrip attitude gebruikt voor iemands zichtbare stellingname, dus wel voor gedrag.[11,12] Deze benadering is begrijpelijk omdat de attitude in gedrag zichtbaar en daarmee observeerbaar wordt. Om beide benaderingen van het begrip attitude met elkaar te verbinden kan men onderscheid maken tussen de ’binnenkant’ van de attitude, de achterliggende gedachten en gevoelens, en de ’buitenkant’, de concrete, zichtbare stellingname.
Sociaal-psychologisch onderzoek wijst uit dat attitudes zijn aangeleerd.[9] Attitudes zijn redelijk stabiel, maar wel te beïnvloeden. Ze zijn constanter dan bijvoorbeeld iemands stemming, maar meer veranderlijk dan persoonlijkheidskenmerken.[13] Het gegeven dat attitudes te beïnvloeden zijn, opent perspectieven voor attitude-onderwijs.
Deze brochure gaat over attitude-onderwijs aan aanstaande artsen. Onder attitude wordt in dit verband verstaan: de beroepshouding van de (aanstaande) arts, in het bijzonder de attitude van de arts ten opzichte van de patiënt. De patiënt is hier dus het object van de attitude.*
In navolging van het Raamplan wordt uitgegaan van Blooms klassieke indeling van leerdoelen. Deze keuze leidt tot een wat ruimere opvatting van het begrip attitude dan die in de sociale psychologie die het begrip beperkt tot de ’binnenkant’. Concreet betekent dit dat ook leerdoelen die de waarneembare stellingname van de arts betreffen, worden ondergebracht bij attitude-onderwijs. Attitude-onderwijs voor artsen gaat dus zowel over de ’binnenkant’ als over de ’buitenkant’ van de attitude.

9.2.2 Wat is de beroepsattitude van de arts?

De beroepsattitude van de arts is niet beperkt tot zijn houding ten opzichte van de patiënt. Zijn beroepsuitoefening strekt zich uit over een ruimer terrein: de samenwerking met collegae, verpleegkundigen en paramedici, organisatorische en administratieve taken, onderzoeks- en laboratoriumwerkzaamheden etc. Sommige artsen hebben in hun beroepsuitoefening geen direct contact met patiënten. Toch blijft de kern van het beroep van arts het direct of indirect bevorderen van de gezondheid, c.q. het welzijn van de patiënt.[5,14] In deze brochure is er daarom voor gekozen de

* In deze brochure wordt voor de (aanstaande) arts, de patiënt en de docent de persoonsaanduiding in de mannelijke vorm gebruikt; steeds wordt hiermee ook de vrouwelijke vorm bedoeld.

attitude van de arts ten opzichte van de patiënt centraal te stellen.
Dè patiënt bestaat echter niet. De individuele patiënt met zijn specifieke 'probleem' van dat moment is object van de beroepsattitude van de arts. Dè attitude van de arts ten opzichte van dè patiënt is dus opgebouwd uit vele, niet altijd consistente, soms zelfs conflicterende deelattitudes ten opzichte van individuele patiënten en hun problemen. Dat de som van deze deelattitudes niet altijd een consistent geheel vormt, zullen veel artsen uit eigen ervaring kunnen bevestigen. Een enkel voorbeeld: een arts kan heel verschillende opvattingen hebben over 'uitleg geven' als een willekeurige patiënt dan wel een eigen vriend of familielid in het geding is.
Daarmee wordt ook duidelijk waarom in de literatuur attitude (enkelvoud) wordt gebruikt naast attitude**s** (meervoud). Ook in deze brochure wordt het enkelvoud naast het meervoud gebruikt.
Met de keuze van de patiënt als object van attitude vindt een essentiële wijziging in het begrip attitude plaats. Het belang van de patiënt is namelijk in het geding: de attitude van de arts heeft concrete gevolgen voor de patiënt. Het begrip attitude verschuift van een neutraal, beschrijvend naar een normatief begrip. Het is dan ook niet verrassend dat in het Raamplan 1994 van een 'juiste' beroepsattitude van de arts wordt gesproken. Maar bestaat er wel zoiets als de juiste beroepsattitude van de arts?

9.2.3 Bestaat er een 'juiste' beroepsattitude?

De invoering van het begrip 'juiste' attitude impliceert dat er ook zoiets bestaat als een onjuiste beroepsattitude. Is dat inderdaad zo?
De meeste artsen en patiënten zullen bevestigen dat er een onjuiste beroepsattitude bestaat. Recente publicaties bieden legio voorbeelden van de 'onjuiste' beroeps-attitude van de arts.[15] Wat men echter als 'juist' of 'onjuist' bestempelt, verschilt van persoon tot persoon en is tevens tijd- en cultuurgebonden. De vraag is of er in deze verscheidenheid toch een gemeenschappelijke norm is te vinden. Indien het doel van beroepsuitoefening van de arts is het welzijn van de patiënt te bevorderen, impliceert dit dat de beroepshouding van de arts 'juist' is indien deze het welzijn van de patiënt ten goede komt. Er bestaan dus 'juiste' en 'onjuiste' attitudes. Wat juist en onjuist is kan hierbij alleen beoordeeld worden in het licht van het welzijn van de individuele patiënt.
Als het welzijn van de patiënt tot norm verheven wordt, roept dit echter een nieuwe vraag op. Wat is het welzijn van de patiënt? Het welzijn van de patiënt is niet synoniem met de wensen van de patiënt. De patiënt consulteert een arts op grond van diens competentie. Tegenover de wensen van de patiënt staan het professionele

oordeel van de arts en diens mogelijkheden binnen de context waarin hij werkt. Een voorlopige conclusie is dat een arts met een 'juiste' attitude een weloverwogen afweging maakt tussen de vraag en wensen van de patiënt enerzijds en zijn eigen oordeel alsmede de mogelijkheden in de gegeven situatie anderzijds.

Deze norm is, met wat accentverschillen, ook terug te vinden bij andere auteurs. Hippocrates schrijft al: 'De zieken vinden dat prettig.' In dit citaat ligt de nadruk op de wensen van de patiënt. Elders wijst Hippocrates echter duidelijk op de eigen verantwoordelijkheid van de arts op grond van zijn professie.[6]

In The Report of the Working Group on Personal Qualities, Values and Attitudes staat ten aanzien van artsen: 'They should be respectful, modest, and compassionate toward their patients and toward other health professionals.'[16] Van Lunsen et al. geven twee normen voor de 'adequate' beroepsattitude: 'maximale betrokkenheid met behoud van distantie' (ontleend aan Rümke) en 'recht doen aan de integriteit van de patiënt, ongeacht zijn of haar levensovertuiging, leefstijl, sekse, sociale status en persoonlijkheid'.[17]

Het Raamplan 1994 tenslotte beschrijft een arts met de 'juiste' attitudes als volgt: 'Om als arts te functioneren wil hij zich inzetten en voelt hij zich verantwoordelijk voor het lichamelijke, geestelijke en sociale welzijn van mensen. Hij beschikt over communicatieve vaardigheden: gaat met respect om met de patiënt ongeacht diens sekse, ras, levensfase, sociale en economische status, opleiding, cultuur, seksuele geaardheid en levensovertuiging. Tevens kan hij in een voor de patiënt duidelijke formulering informatie overbrengen en kan hij zich voldoende inleven in de patiënt en zijn omgeving. Om als arts te functioneren heeft hij geleerd eigen verantwoordelijkheid te dragen en zelfstandig medische beslissingen te nemen, voor zover zijn kennis en ervaring hiervoor toereikend zijn en met inachtneming van de medisch-ethische aspecten.'[5]

Kernwoorden zijn: respect, betrokkenheid en inlevingsvermogen enerzijds en verantwoordelijkheid, competentie en inzicht in eigen kunnen anderzijds. Ook deze beschrijvingen plaatsen de 'juiste' attitude van de arts in het raakvlak van de 'vraag' van de patiënt enerzijds en de professionele en persoonlijke inbreng van de arts anderzijds. Een arts met een 'juiste' attitude laat de patiënt tot zijn recht komen en stemt vervolgens zijn eigen inbreng af op het welzijn van de patiënt.

9.2.4 Hoe ontwikkelt zich de beroepsattitude van de arts?

Het beeld van de sociaal bewogen, gevoelige, beginnende student geneeskunde die door de studie 'wordt' veranderd in een koude onpersoonlijke arts is wijdverbreid.[18,19] Dit beeld vraagt op zijn minst om enige nuancering.[20] De aanstaande arts begint zijn medische studie niet als een onbeschreven blad. Hij begint zijn studie als adolescent met voordien ontwikkelde waarden, normen, emoties en gedrag. Hij heeft zich een beeld gevormd van dè arts, of van zichzelf als arts, op grond van verschillende bronnen zoals televisieseries en romans, eigen ervaringen als patiënt, ervaringen van vrienden of familie als patiënt of als arts. Dit beeld van zichzelf als arts en zijn huidige normen, waarden, gedragsstijl en attitudes zullen mede bepalen welke professionele attitudes de student in de loop van zijn studie verder ontwikkelt. Daarbij geldt dat een attitude eerder in een reeds bestaande richting wordt versterkt dan dat deze wordt omgebogen in het tegendeel.[10]

Opleiders kunnen door het voorbeeld dat zij geven, de attitudes van studenten beïnvloeden. Dit proces wordt 'modelling' genoemd. Kelman onderscheidt drie processen die hierbij kunnen spelen: (1) 'conformeren': het vertonen van een bepaald gedrag door een student in een afhankelijke positie, bedoeld om aan gestelde eisen te voldoen; (2) 'identificeren': het overnemen van gedrag en attitudes van de opleider uit onzekerheid en behoefte aan houvast; (3) 'internaliseren': het - min of meer kritisch kiezend - overnemen van attitudes of elementen daarvan die bij de student passen.[21] Het mag duidelijk zijn dat dit laatste proces de voorkeur heeft; het proces verloopt bewuster en selectiever.

Hoewel het aannemelijk lijkt dat bewust en kritisch overgenomen attitudes ook kwalitatief 'beter' zijn, is dit echter geenszins zeker. Studenten nemen immers attitudes over die passen bij reeds aanwezige attitudes. Zeldow en Daugherty vonden dat aanvankelijk meelevende en zorgzame studenten ook als meelevende en zorgzame artsen de opleiding verlieten, maar dat studenten die deze eigenschappen ontbeerden, deze tijdens hun opleiding ook niet verwierven.[22]

Tegenover het tot nu toe beschreven proces van 'modelling' staat 'anti-modelling': door het voorbeeld van de docent wordt het de student duidelijk wat voor attitude of gedrag hij niet wenst over te nemen. Dit proces verloopt dus bewust. Uit onderzoek blijkt dat de attitudes van studenten in de loop van de co-assistentschappen in sommige opzichten meer op die van hun opleiders gaan lijken, maar in andere opzichten sterker hiervan gaan verschillen.[23] Het is aannemelijk dat ook bij het proces van 'anti-modelling' reeds aanwezige normen en waarden richtinggevend zijn.

De attitude van de student ontwikkelt zich niet alleen onder invloed van voorbeelden.

Ook door eigen ervaringen met patiënten zal, al dan niet bewust, een verschuiving in de attitude plaatsvinden. Van Lunsen et al. beschrijven de aard van de attitudeveranderingen die studenten tijdens de co-assistentschappen vaak ondergaan, als volgt: de ervaringen in het eerste co-assistentschap zijn dikwijls indringend en emotionerend, omdat zij veelal het eerste contact met ernstige ziekte en dood betreffen en met de onmacht die dit kan oproepen bij de arts. Als studenten hierbij niet worden begeleid, lopen zij het risico hun toevlucht te nemen tot inadequate handhavingsmechanismen, die tot uiting komen in een (ogenschijnlijke) onverschillige houding. Het voorbeeld dat tijdens de co-assistentschappen door menige arts en oudere co-assistent wordt gegeven bevestigt studenten in deze opstelling.[17]
Indien geen expliciet attitude-onderwijs wordt gegeven, ontwikkelt de attitude van de aanstaande arts zich dus veelal buiten diens kritische reflectie om, in een samenspel van reeds aanwezige attitudes, voorbeelden van opleiders en toevallige ervaringen en ontmoetingen. Hierbij is niet gegarandeerd dat de ontwikkelde attitude het welzijn van de patiënt ten goede komt, noch dat de arts met deze beroepsattitude trouw aan zichzelf blijft.

9.2.5 Waarom expliciet attitude-onderwijs?

Uit onderzoek is gebleken dat een patiënt-gerichte attitude en goede gespreksvaardigheden een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de diagnostiek, de effectiviteit van de behandeling en de tevredenheid van de patiënt.[1,2,3,4,24,25] Bovendien blijkt dat de therapie-trouw samenhangt met patiënt-gericht gedrag van de arts en met de tevredenheid van de patiënt over het consult.[25,26] De Monchy stelt dat de grondhouding van de arts de behoefte (of het gebrek daaraan) zal bepalen met de patiënt te communiceren als mens tot mens.[3]
Bovenstaande geeft aan dat de attitude van de arts van belang is voor een adequate beroepsuitoefening en steunt daarmee de opvatting dat de attitude deel uitmaakt van de competentie van de arts. Op grond hiervan kan worden gesteld dat attitude-onderwijs thuishoort in de opleiding tot arts. Omdat attitudes zich meestal in de reeds ingeslagen richting verder ontwikkelen, is er reden om aanwezige attitudes in het onderwijs expliciet te bespreken en zo bewust te maken. Dit wordt expliciet attitude-onderwijs genoemd. Ook de affectieve component van de attitude is hierbij van belang. Indien de emoties die tijdens de co-assistentschappen worden opgeroepen bespreekbaar worden gemaakt kan de student deze beter en bewuster leren hanteren.[17] Zo wordt de student geholpen om bewust zijn proces van vorming en internalisatie van attitudes richting te geven.

Maar is expliciet attitude-onderwijs wel nodig; met andere woorden: hoe is het met de attitudes van net afgestudeerde artsen gesteld, als zij in hun opleiding geen expliciet attitude-onderwijs ondergaan? Er zijn toch heel wat artsen met een juiste attitude die dit onderwijs nooit hebben gehad. Onderzoek naar de ontwikkeling van attitudes in de loop van de artsopleiding geeft echter aan dat patiëntgerichte attitudes, die essentieel zijn voor een adequate beroepsuitoefening[2], over het algemeen afnemen wanneer zij geen gerichte aandacht krijgen in het onderwijs.[4,27,28] Er is dus wel degelijk reden om expliciet attitude-onderwijs te geven op verschillende momenten in de studie, en hiermee de attitudevorming niet over te laten aan toevallige invloeden.

Resteert de vraag of expliciet attitude-onderwijs wel leidt tot de gewenste attitudes. Onderzoek hiernaar levert bemoedigende resultaten op. Door expliciet attitude-onderwijs vindt een toename in de patiëntgerichtheid van de attitude van medisch studenten plaats.[27,29] Bovendien worden door gericht onderwijs positieve attitudes ten opzichte van bijvoorbeeld ouderen of patiënten met pijn bevorderd.[30,31] Het lijkt erop dat door expliciet attitude-onderwijs invloed op de attitudevorming kan worden uitgeoefend.

De attitude van de arts is dus van belang voor de kwaliteit van diens beroepsuitoefening, ontwikkelt zich zonder gerichte aandacht soms in ongewenste richting, en is wel te beïnvloeden door regelmatig expliciet onderwijs. Daarom is er reden expliciet attitude-onderwijs op te nemen in de opleiding tot arts.

9.2.6 Moet attitude-onderwijs getoetst worden?

In beginsel dient alle onderwijs getoetst te worden. Toetsing biedt immers de mogelijkheid om het resultaat van onderwijs te evalueren, zowel bij de individuele student als bij de groep als geheel. Op grond van tussentijdse toetsing kan bij tegenvallend resultaat op tijd corrigerend worden opgetreden. De meest voor de hand liggende functie van toetsing is het selecteren van studenten op grond van de toetsuitslag. Bovendien onderstreept toetsing het belang van het desbetreffende onderwijs, in de optiek van zowel de docent als de student. De op handen zijnde toetsing werkt motiverend, of negatief gesteld, als een stok achter de deur.[32,33,34]

Voor onderwijs in kennis en vaardighedenstaat toetsing doorgaans niet ter discussie. Men kan zich echter de vraag stellen of toetsing van attitudes wel gewenst is, omdat attitude-toetsing - méér dan kennis- of vaardigheidstoetsing - betrekking heeft op de persoon van de student. Is het wenselijk en mogelijk de student een beoordeling, een cijfer, voor zijn attitude te geven?

Vaak wordt ervan uitgegaan, dat toetsing van attitude-onderwijs synoniem is met beoordeling van de attitude zelf.[17,35] Deze aanname is aanvechtbaar. In de onderwijskunde is voor toetsing de volgende eis geformuleerd: er moet getoetst worden wat met het onderwijs bedoeld is. Concreet betekent dit dat vorm en inhoud van toetsing moeten passen bij de doelstelling van het onderwijs.[32,36]
In het attitude-onderwijs valt onderscheid te maken tussen het bewust maken van de wijze waarop attitudes zich ontwikkelen (het proces) enerzijds en de inhoud van de ontwikkelde attitudes (het product) anderzijds. Het risico bestaat dat het onderwijs zich richt op reflectie op de eigen attitudes, het proces, terwijl de toetsing zich richt op de 'juistheid' van de aanwezige attitudes, op het product. In dat geval wordt niet getoetst wat bedoeld is; de inhoud van het getoetste past niet bij de doelstelling. Toetsing van attitude-onderwijs is dus niet synoniem met attitudetoetsing. Het toetsen van de attitudes zelf past alleen bij onderwijs dat als doelstelling heeft studenten een bepaalde attitude aan te leren, niet bij onderwijs dat als doel heeft studenten te leren reflecteren op hun attitude. Onderwijs gericht op reflectie op de attitude vraagt om een toetsinstrument waarmee deze reflectie beoordeeld kan worden.
Voor de toetsing van attitude-onderwijs gelden dus dezelfde argumenten en eisen als voor de toetsing van onderwijs in kennis en vaardigheden.

9.2.7 Conclusie

De attitude van de arts ten opzichte van de patiënt heeft invloed op de effectiviteit van diagnostiek en therapie. De competentie van de arts wordt dan ook mede bepaald door diens attitude. Omdat de patiënt belang heeft bij de attitude van de arts, bestaan er in de praktijk 'juiste' en 'onjuiste' attitudes; norm voor de 'juistheid' van de attitude is of deze het welzijn van de individuele patiënt bevordert. Gedurende de opleiding tot arts ondergaat de attitude van de student veranderingen door bewuste en onbewuste processen, in een wisselwerking tussen het voorbeeld van opleiders, reeds aanwezige attitudes en nieuwe ervaringen van de student. Indien tijdens de opleiding onvoldoende expliciete aandacht aan de attitude wordt gegeven, bestaat het risico dat deze zich ongemerkt in een voor de patiënt ongunstige richting ontwikkelt. Expliciet attitude-onderwijs in de verschillende studiefases lijkt de aangewezen weg om de student in staat te stellen zelf greep op zijn attitude-ontwikkeling te krijgen.
Toetsing van attitude-onderwijs vraagt om een goede afstemming van de toets op de onderwijsdoelstelling. Bij onderwijs gericht op het verwerven van inzicht in de eigen attitude is toetsing van de attitude zelf niet de passende vorm van toetsing.

9.3 Twee vormen van attitude-onderwijs in Nederland

9.3.1 Inleiding

In Nederland wordt aan de meeste medische faculteiten wel in enigerlei vorm aandacht besteed aan de attitude van de student. Veelal is dit attitude-onderwijs verweven met trainingen in communicatieve en diagnostische vaardigheden. Attitude-ontwikkeling vormt dan niet de hoofddoelstelling van het onderwijs. De twee meest uitgewerkte vormen van attitude-onderwijs zijn de ’Maastrichtse Ervaringscirkel’ en het ’attitudelijnonderwijs’ aan de Universiteit van Amsterdam. Voor beide geldt attitude-ontwikkeling als hoofddoelstelling. Beide vormen zijn in publicaties beschreven, en lijken hierin op belangrijke punten te verschillen.[17,37,38,39] Ten einde de mogelijkheden voor het inrichten van attitude-onderwijs te verkennen volgen hier een beschrijving en vergelijking van dit Maastrichtse en Amsterdamse attitude-onderwijs.

9.3.2 De Maastrichtse Ervaringscirkel

De Maastrichtse visie op attitude-onderwijs heeft vorm gekregen in de zogenaamde Maastrichtse Ervaringscirkel (MEC), als idee ontwikkeld in 1974 en in zijn huidige vorm gegeven sinds 1984. Sinds kort wordt dit onderwijs aangeboden aan alle beginnende co-assistenten, op basis van relatieve vrijwilligheid: co-assistenten zijn verplicht zich tijdens de eerste bijeenkomst te melden, daarna mogen zij echter wegblijven. Hieraan voorafgaande, in de eerste jaren van de studie, wordt eveneens uitgebreid attitude-onderwijs gegeven, ingebed in het vaardigheidsonderwijs.

Als **uitgangspunt** geldt dat de enige juiste attitude niet bestaat en dat de inhoud van de attitude onder verantwoordelijkheid van de student valt. Als doelstelling van het attitude-onderwijs wordt dan ook geformuleerd: ’de bewustwording van en het greep krijgen op de eigen attitude met betrekking tot het eigen functioneren in de gezondheidszorg en met betrekking tot de diverse facetten van die gezondheidszorg als zodanig.’ Men beoogt studenten enerzijds inzicht te geven in de samenhang van de drie componenten (zie 9.1.1) van attitude en anderzijds bewuster te maken van de grens tussen het ’eigen territorium’, het gebied van eigen verantwoordelijkheid en het bereik van eigen handelen, en de ’context’, de plaats of organisatie waarbinnen men zijn beroep uitoefent. Het **onderwijs** vindt eens in de twee weken plaats, gedurende een periode van acht weken. Acht tot tien co-assistenten komen samen onder leiding van twee vaste docenten, van wie minstens één clinicus is. De duur van de bijeenkomsten varieert van anderhalf tot drie uur, afhankelijk van de behoefte van de studenten. In het onderwijs wordt uitgegaan van zelf ingebrachte ervaringen van

individuele studenten. Voorbeelden van deze ervaringen zijn: het gevoel van afschuw dat een student ervoer toen een opleider zich 'grof' gedroeg ten opzichte van een patiënt, het gebruikt worden als loopjongen van arts-assistenten en problemen met het in de status noteren van onderzoeksgegevens die niet door de assistent gecontroleerd zijn. De docenten beschouwen de bijeenkomsten als een vorm van individueel onderwijs binnen een groep. Steeds staat één student met zijn ingebrachte ervaring centraal, is de rol van de groepsgenoten vooral het helpen verwoorden van onuitgesproken verwachtingen of angsten van de student en vindt het belangrijkste proces plaats tussen student en docenten. Idealiter doorloopt de student een proces (de cirkel) van zeven stappen.

Een student brengt een ervaring in (stap 1), die wordt geëxploreerd en geanalyseerd, met speciale aandacht voor de grens tussen eigen territorium en context (stap 2). Discrepanties tussen gedachten, gevoelens en gedrag brengen de student op het spoor van ongeverifieerde veronderstellingen, waaraan angsten en weerstanden ten grondslag liggen, zoals in het onderwijs blijkt (stap 3). Vanuit de verkregen verheldering formuleert de student welke actie hij ten aanzien van het probleem wil ondernemen (stap 4). Deze actieplannen kunnen buiten de groep, in de context van het coassistentschap, worden uitgevoerd, maar ook in de groep in de vorm van een rollenspel (stap 5). De student beschrijft in de groep zijn opgedane ervaring (stap 6), waarna hij verwoordt wat hij geleerd heeft, de 'oogst' (stap 7). Door het verwoorden van de nieuw opgedane ervaring wordt de cirkel gesloten. De oogst bestaat vaak uit de vaststelling dat 'wat je vooraf bedenkt niet gebeurt, en dat wat wel gebeurt vooraf niet te bedenken valt'. In de praktijk blijkt dat minder dan de helft van de studenten zelf een probleem inbrengt en dat ongeveer 10% van alle studenten tot het uitvoeren van een actieplan in de kliniek komt. Als de student zijn plannen niet ten uitvoer heeft gebracht, wordt op grond van dit gegeven de cirkel opnieuw doorlopen, teneinde aanwezige weerstanden te verkennen. Studenten kunnen **voorafgaand** aan het onderwijs een videoband over doelstellingen van het onderwijs en verloop van een bijeenkomst bekijken. Het onderwijs is jarenlang door de zelfde docenten gegeven, zodat er geen behoefte was aan voorlichtingsmateriaal voor de docent. Recent zijn door de ervaren docenten enkele nieuwe docenten getraind. Het onderwijs door middel van de ervaringscirkel wordt niet **getoetst**, maar wel geëvalueerd.[37,38,39,38]

9.3.3 Het Amsterdamse attitudelijnonderwijs

Sinds 1992 heeft de Universiteit van Amsterdam in het klinisch lijnonderwijs van de eerste fase een 'attitudelijn' opgenomen. Deze attitudelijn beslaat twee dagdelen in het tweede studiejaar, vijf dagdelen in het derde jaar en drie dagdelen in het vierde jaar. Naast het attitudelijnonderwijs vindt sinds kort in beide alcoschappen ook expliciet attitude-onderwijs plaats. Men stelt als **uitgangspunt** dat er een 'adequate' professionele attitude van de arts bestaat die gekenmerkt wordt door inzicht in de effecten van eigen emoties, normen, waarden en (voor)oordelen op het beroepsgedrag, door empathie, door maximale toenadering met behoud van distantie en door respect voor de integriteit van de patiënt. Dit uitgangspunt is vertaald in vijf onderwijsdoelstellingen:

- het bevorderen van inzicht in het effect van eigen emoties, normen, waarden en (voor)oordelen op het beroepsmatig handelen,
- het leren van een empathische beroepshouding, die gekenmerkt wordt door de bereidheid patiënten te steunen bij het omgaan met de gevolgen van ziekten en behandeling,
- het leren scheppen van voorwaarden, waaronder patiënten hun integriteit kunnen handhaven en het recht op zelfbeschikking kunnen uitoefenen,
- het bevorderen van een deskundige oordeelsvorming die gekenmerkt wordt door kennis, zorgvuldigheid, realisme en bescheidenheid; dat wil zeggen het (leren) kennen van de grenzen aan de eigen competentie,
- het bevorderen van de bereidheid tot toetsing en bijsturing van eigen gedrag met betrekking tot professionele en ethische normen.

Het attitudelijn**onderwijs** wordt gegeven aan groepen van maximaal twaalf studenten. In deze vaste groepssamenstelling volgen de studenten gedurende één jaar alle vaardigheidsonderwijs. Elk dagdeel is toebedeeld aan een vakgroep, die zelf ook de docent levert. De docent kent de studenten meestal niet. De vakgroepen die meewerken zijn: Interne Geneeskunde, Gynaecologie, Psychiatrie, Medische Psychologie, Kindergeneeskunde, Huisartsgeneeskunde en Seksuologie.

In de dagdelen verzorgd door Medische Psychologie ligt de nadruk op de ervaring van de student, vaak opgeroepen door het spelen van een rollenspel. Een voorbeeld hiervan is de middag 'slecht nieuws gesprek', waarin elk groepslid op zijn beurt een 'patiënt' (meestal gespeeld door de docent) op de hoogte moet brengen van een gemaakte medische fout. Deze ervaring in de rol van arts dient als basis om eigen vermijdingsgedrag te verkennen. Bij de overige vakgroepen is de meest gebruikte onderwijsvorm de casusbepreking. Op beslissingsmomenten in de casus wordt de

studenten gevraagd naar hun gevoelens en naar overwegingen bij de keuze van handelen. Er wordt gestreefd naar een uitwisseling tussen studenten en de docent in een sfeer van onderling respect, waarbij men elkaar niet beoordeelt maar veeleer een spiegel voorhoudt. Het devies is: 'Vanmiddag zijn er geen goede of foute antwoorden.' De casus vormen een vertaling van de beschreven doelstellingen naar praktijksituaties. Naar aanleiding van de casus komen onderwerpen aan de orde als machteloosheid of onzekerheid van de arts, het omgaan met patiënten die sterke emoties oproepen, te sterke betrokkenheid van de arts en het recht op informatie en zelfbeschikking van de patiënt. De meeste casus zijn op echte ziektegeschiedenissen gebaseerd. Alle docenten ontvangen **vooraf** een uitgebreide docenteninstructie met daarin een korte theoretische beschouwing over de beroepsattitude, gevolgd door de doelstellingen van het onderwijs en de vertaling van deze doelstellingen naar concreet onderwijs. Ook de studenten ontvangen materiaal ter voorbereiding: een zeer korte algemene inleiding op het attitude-onderwijs en verder specifieke informatie voor de verschillende onderwerpen van de dagdelen. Het onderwijs kent geen specifieke **afronding** of toetsing.[17]

9.3.4 Vergelijking Maastricht-Amsterdam

Een vergelijking tussen de beschreven aanpak in Maastricht en Amsterdam laat de keuzes zien die men kan maken bij het ontwerpen van attitude-onderwijs en de mogelijkheden en beperkingen die zo'n keuze met zich meebrengt.

Uitgangspunten

Terwijl in het Amsterdamse attitudelijnonderwijs wordt uitgegaan van een duidelijk omschreven 'adequate' attitude van de arts, gaat de Maastrichtse benadering ervan uit dat dè juiste attitude niet bestaat en dat de attitude uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de student zelf is. Dit verschil in uitgangspunt is ook terug te vinden in de onderwijsdoelstellingen. Amsterdam geeft vijf gedetailleerde doelstellingen, gebaseerd op de omschrijving van de 'juiste' attitude; Maastricht geeft als doelstelling: bewustwording van de attitude ten opzichte van het eigen functioneren.

Hier treedt een tweede verschil aan het licht. Amsterdam en Maastricht kiezen niet het zelfde object van de beroepsattitude. In de Amsterdamse omschrijving is de patiënt het object van de attitude; in Maastricht is gekozen voor de attitude ten opzichte van het eigen functioneren binnen het beroep. De keuze van het attitude-object heeft consequenties voor de inhoud van het onderwijs. In Maastricht is het onderwijs primair gericht op het eigen territorium van de (aanstaande) arts, het gebied

van eigen verantwoordelijkheid en bereik van eigen handelen. De student leert zijn eigen territorium te onderscheiden van de context. Hierbij spelen vragen als: wat wil en kan ik zelf, en wat denk ik dat de omgeving van mij verwacht. Op grond van de Amsterdamse definiëring van attitude komt de vraag 'wat wil en kan ik zelf?' ook wel aan de orde, maar voorafgegaan door de vraag 'wat verwacht de patiënt van mij?' Het Amsterdamse onderwijs is vooral gericht op het spanningsveld tussen (aanstaande) arts en patiënt, het Maastrichtse op het spanningsveld tussen (aanstaande) arts en context. Door de Maastrichtse objectkeuze wordt de persoon van de student bewust tot onderwerp van onderwijs gemaakt. In de praktijk betekent dit dat het onderwijs voor studenten emotioneel aangrijpend is. Studenten zijn vaak zichtbaar geraakt. In Amsterdam blijft de student emotioneel gezien vaker buiten schot.
Eerder in deze brochure werd onderscheid gemaakt tussen productgerichte en procesgerichte onderwijsdoelstellingen. Op grond van de uitgangspunten kan de Amsterdamse benadering als meer productgericht worden getypeerd - het bereiken van een 'adequate' beroepsattitude is het einddoel - de Maastrichtse benadering als meer procesgericht - bewustwording van attitudes en van attitudeveranderingen is het doel van het onderwijs.
De uitgangspunten in Amsterdam en Maastrichtse verschillen duidelijk. Maar in hoeverre is dit verschil in uitgangspunt ook in het onderwijs zelf terug te vinden?

Aansluiting van het onderwijs op de doelstellingen

Op grond van de meer productgerichte doelstellingen van het Amsterdamse attitude-onderwijs en de meer procesgerichte van de Maastrichtse Ervaringscirkel, zou men verwachten dat het Amsterdamse onderwijs ook meer normatief van karakter zou zijn dan het Maastrichtse. Dit verschil is echter niet duidelijk in het onderwijs te traceren.
In Amsterdam heeft men weliswaar een 'adequate' attitude als onderwijsdoel omschreven, maar men gaat ervan uit dat dit doel alleen bereikt kan worden door bewustwording van de eigen attitude. Het devies 'vanmiddag zijn er geen foute of goede antwoorden' lijkt op het eerste gezicht strijdig met de onderwijsdoelstelling, maar past wel in de gekozen onderwijsstrategie. Voor bewustwording is een sfeer van onderling vertrouwen en respect nodig. Alleen in zo'n sfeer kan men elkaar een spiegel voorhouden.
In Maastricht heeft men gekozen voor bewustwording van attitudes en van attitudeverandering, waarbij alleen de student zelf kan bepalen wat zijn juiste attitude is. Dat wil echter niet zeggen dat er tijdens het onderwijs geen normen worden doorgegeven. De belangrijkste norm is: bewustwording is een voorwaarde om verantwoordelijkheid

te kunnen nemen voor je handelen. Andere normen betreffen met name de grens van eigen territorium en context. De boodschap lijkt te zijn: blijf bij jezelf ondanks (vermeende) andere verwachtingen van de omgeving, en heb de moed om aan onvrede actie te verbinden. Een keuze voor procesgericht onderwijs maakt het onderwijs dus zeker niet 'normloos'.

Werkvormen

De keuze van werkvormen wordt tot op zekere hoogte bepaald door de fase in de opleiding. In de Maastrichtse Ervaringscirkel wordt gebruik gemaakt van eigen praktijkervaringen van co-assistenten. In het Amsterdamse attitudelijnonderwijs is het nodig praktijkervaring te simuleren, omdat studenten nog geen eigen ervaring met patiënten hebben. De Amsterdamse aanpak met casus en gesimuleerde of gespeelde patiënten biedt de mogelijkheid te plannen welke onderwerpen in de serie bijeenkomsten aan de orde komen. De casus zijn vaak gebaseerd op echte patiëntenverhalen, waardoor zij meer aanspreken dan geconstrueerde casus. Deze onderwijsvorm houdt echter het risico van vrijblijvendheid in.

De zelf ingebrachte problemen in Maastricht zijn meer emotioneel beladen voor de student en vaak ook herkenbaar voor de groepsgenoten. Dit bevordert de emotionele diepgang van het onderwijs. Inhoudelijk kan het onderwijs echter niet worden voorgestructureerd, met het risico dat essentiële onderwerpen niet aan bod komen. Wat de studenten inbrengen, wordt bepaald door wat zij toevallig meemaken en wat zij zelf selecteren om in te brengen. Zo brengen studenten vaak problemen in die niet direct met de patiënt te maken hebben, met het gevolg dat ook in dit opzicht in de Maastrichtse aanpak de patiënt minder aandacht krijgt dan in Amsterdam. Conform de uitgangspunten is er meer aandacht voor de student zelf.

Groepsgrootte en rolverdeling

Amsterdamse studenten volgen het attitudelijnonderwijs in de zelfde groep van twaalf studenten, waarin zij ook het vaardigheidsonderwijs volgen. De groep is groot, maar de studenten kennen elkaar redelijk goed. De docent wisselt echter steeds en kent de studenten niet. Deze constructie biedt veel variatie in door de docent gestelde voorbeelden en getoonde standpunten, maar is niet bevorderlijk voor de diepgang. Omdat de studenten elkaar wel kennen en de docent hen niet, kan de docent moeilijk inschatten hoe ver hij (onderlinge) emoties kan laten oplopen.

Sinds kort is de, iets kleinere, Maastrichtse groep studenten niet meer samengesteld uit co-assistenten van dezelfde afdeling. Wel geeft een vast koppel van twee docenten

gedurende acht weken dit onderwijs. De docenten leren de studenten beter kennen en kunnen aansluiten bij gebeurtenissen in eerdere bijeenkomsten. Dit komt de diepgang ten goede, maar biedt minder afwisseling in standpunt. Waarschijnlijk hebben co-assistenten hieraan echter minder behoefte, omdat zij in het co-assistentschap verschillende artsen van dichtbij meemaken.
Er is ook een verschil in rolverdeling in beide onderwijsvormen. In Amsterdam is sprake van groepsonderwijs. De docent fungeert als duidelijk aanwezige voorzitter met een substantiële, eigen inbreng. In Maastricht beschouwt men het onderwijs volgens de Ervaringscirkel als individueel onderwijs in de groep, waarbij studenten op eigen verzoek aan de beurt kunnen komen. De groep heeft alleen een soort commentariërende functie, maar het eigenlijke onderwijs speelt zich af tussen beide docenten en de ene student die op dat moment centraal staat. Een risico van deze rolverdeling is dat de twee docenten een ’overmacht’ tegenover de student vormen. De Maastrichtse rolverdeling biedt de mogelijkheid in te springen op de behoeften van de individuele student. Studenten kunnen echter ook makkelijk buiten schot blijven door zelf geen probleem in te brengen. Ook in Amsterdam is het voor studenten mogelijk buiten schot te blijven door weinig te zeggen. Stille studenten krijgen soms ’de beurt’, maar dit leidt niet vanzelf tot meer diepgaande participatie.
Groepsgrootte, wisseling van docenten en rolverdeling in de groep hebben consequenties voor de mate waarin het onderwijs de individuele student raakt.

Docenten

In Amsterdam is gekozen voor steeds wisselende docenten, ervaren clinici en gedragswetenschappers. De clinici kunnen uit eigen ervaring spreken, maar zijn daarmee niet vanzelfsprekend theoretisch geschoold op attitudegebied. Ook is het aannemelijk dat er verschillen in opvatting zijn tussen de vele docenten. Daarom ontvangen de docenten vooraf theoretische informatie over attitudeproblemen bij (aanstaande) artsen en over deze vorm van attitude-onderwijs.
In Maastricht is gekozen voor een koppel van twee vaste docenten, een arts en een gedragswetenschapper of twee artsen, ieder met zijn eigen rol in het onderwijs. Deze aanpak garandeert de consistentie van het onderwijs.
De wisselende docenten in Amsterdam passen in de meer oriënterende opzet van attitudeonderwijs in de eerste studiejaren, terwijl het vaste koppel docenten in Maastricht de mogelijkheid biedt ingrijpender onderwijs te geven.

Afronding van het onderwijs

In Amsterdam wordt weinig aandacht besteed aan de afronding van elke aparte groepsbijeenkomst. Ook eindigt een jaarcyclus over attitudes niet met een afsluitend onderdeel. Het risico hiervan is dat studenten zich niet realiseren wat zij geleerd hebben, en dat daardoor een deel van het rendement weer verloren gaat. Daarnaast hebben docenten weinig zicht op het effect van hun onderwijs.

Het verwoorden van de individuele oogst is een vaste stap in de Maastrichtse cyclus. Hierdoor worden individuele studenten die de cyclus doorlopen zich bewust van wat zij geleerd hebben en van hoe zij hiermee in de toekomst om kunnen gaan. Wat studenten die als 'toeschouwer' fungeren geleerd hebben wordt echter niet verwoord. Ook hoeven studenten niet te verantwoorden waarom zij geen ervaring inbrengen. De docent heeft daarmee weinig zicht en greep op de stille studenten.

Het valt op dat bij beide - goed doordachte en gedegen uitgewerkte - vormen van attitude-onderwijs niet voor een vorm van toetsing is gekozen. In het geval van Maastricht is dit begrijpelijk daar uitdrukkelijk wordt gesteld dat de attitude de verantwoordelijkheid van de student zelf is. De Amsterdammers zijn echter voorstanders van attitudetoetsing, maar hebben de stap (nog) niet gezet. Het ontwikkelen van een vorm van toetsing van attitude-onderwijs is blijkbaar gecompliceerder dan het ontwikkelen van het onderwijs zelf.

9.3.5 Conclusie

Vergelijking van de beschreven benaderingen levert een aantal essentiële verschillen op in uitgangspunten, onderwijsinhoud, werkvormen en relatie groep-docent. In de Maastrichtse Ervaringscirkel wordt sterk op de persoon van de student gemikt; het onderwijs is daarmee ingrijpend voor die studenten die de handschoen durven op te pakken. Wat er met de andere studenten gebeurt is de vraag. Het Amsterdamse attitudelijnonderwijs gaat minder diep, maar misschien is dat in de eerste jaren van de studie ook minder nodig. De inhoudelijke planning van het onderwijs in Amsterdam biedt een brede oriëntatie op attitudegebied. Hier wordt een basis gelegd voor de coassistentschappen. Het verschil in doelstelling, in Maastricht uitdrukkelijk procesgericht, in Amsterdam meer productgericht, is in de onderwijspraktijk nauwelijks terug te vinden. Wel heeft de gehanteerde definitie van de attitude consequenties voor wie er in het onderwijs centraal staat. In Maastricht staat de student als persoon centraal, vooral in relatie tot de context; in Amsterdam zijn dat patiënt èn student in onderlinge relatie. Beide benaderingen zijn qua aanpak, inhoud en diepgang eerder complementair dan strijdig.

9.4 Contouren van attitude-onderwijs

9.4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden adviezen gegeven voor de doelen en aanpak van attitude-onderwijs. De in hoofdstuk 1 gekozen definitie van de attitude van de arts wordt omgezet in een onderwijsdoelstelling. Vervolgens wordt deze geoperationaliseerd in attitude-onderwijs, bestaande uit een theoretisch en een praktisch deel. Het praktische onderwijs wordt uitgewerkt in een didactisch model. Tenslotte komen de voorwaarden voor attitude-onderwijs en de mogelijkheden voor toetsing aan de orde.
In hoofdstuk 4 volgt een nadere concretisering van het attitude-onderwijs in het curriculum.

9.4.2 Definitie

In hoofdstuk 1 wordt een attitude als ’juist’ gedefinieerd als deze het welzijn van de patiënt ten goede komt. Dit welzijn is de norm voor de juistheid, de constante in de definitie van de ’juiste’ attitude. Iedere arts geeft vanuit zijn persoon invulling aan de beroepsattitude. Deze persoonlijke invulling is de variabele kant van de attitude.
De arts oefent zijn beroep echter niet uit in een vacuüm. De ’context’ waarin de arts werkt, ziekenhuis of praktijk, collegae, eventuele opleiders, juridische regelgeving etc. stelt eisen aan de arts.
Attitude-onderwijs voor aanstaande artsen richt zich dus op drie ’domeinen’, de patiënt, de arts en de context, en op de interactie tussen deze drie domeinen.

9.4.3 De onderwijsdoelstelling

Het ’product’ van attitude-onderwijs, de ’juiste’ beroepsattitude van de arts, is van dien aard dat het niet aangeleerd, van buitenaf opgelegd, kan worden. Omdat de arts vanuit zijn persoon invulling geeft aan de beroepsattitude, kan de ontwikkeling van een ’juiste’ beroepsattitude zich alleen voltrekken in een individueel en bewust proces. Om een ’juiste’ attitude te kunnen ontwikkelen moet de student eerst inzicht in zijn actuele attitude hebben. Attitude-onderwijs begint dus met bewustwording van de eigen attitude ten opzichte van de patiënt binnen de gegeven context. De bewustwording, het ’proces’, garandeert echter nog niet dat de student een attitude ontwikkelt die de patiënt ten goede komt, het ’product’. De student zal moeten leren consequenties uit zijn inzicht te trekken, met het oog op het welzijn van de patiënt.

Als het welzijn van de patiënt de norm voor een ’juiste’ attitude is, moet deze norm ook in het onderwijs herkenbaar zijn. Een en ander leidt tot de volgende onderwijs-doelstelling:

Het doel van attitude-onderwijs is de student te leren zich van zijn eigen attitude rekenschap te geven, en deze op basis van dit inzicht bij te stellen met het oog op het welzijn van de patiënt, onder afweging van de door de context gestelde eisen.

9.4.4 Didactisch model

In de onderwijsdoelstelling wordt gekozen voor attitude-ontwikkeling via bewust-wording, en daarmee voor het expliciet aan de orde stellen van de attitude van de student in het medisch onderwijs. Daarnaast wordt de student in het onderwijs ge-confronteerd met een grote variëteit aan attitudes, die echter doorgaans impliciet aan de dag treden. Het effect van deze impliciete beïnvloeding van de attitude van de student onttrekt zich gemakkelijk aan het oog van de docent en aan de reflectie van de student. Reflectie op de eigen attitude veronderstelt enig inzicht in het begrip attitude. Theoretische informatie omtrent het begrip attitude vormt dus een onmisbaar element van expliciet attitude-onderwijs. Het doel van dit theoretisch onderwijs is studenten een referentiekader te verschaffen, waarbinnen zij reflecties op hun gedrag een plaats kunnen geven. Daarnaast dienen studenten ervaring op te doen in het reflecteren op hun attitude. Herhaalde oefening in een, op de attitude gerichte, procedure voor reflectie is noodzakelijk. Attitude-onderwijs bestaat dus uit een theoretisch en uit een praktisch deel.

Theoretisch referentiekader

Het theoretische element van het attitude-onderwijs heeft als doel studenten inzicht te geven in wat onder attitude verstaan wordt en in het belang van de attitude van de arts voor zijn beroepsuitoefening.

Onderwerpen zijn: wat zijn attitudes, hoe worden attitudes gevormd en beïnvloed, hoe heeft de attitude van de arts een weerslag op het welzijn van de patiënt? Basale kennis omtrent het begrip attitude dient in het begin van het attitude-onderwijs aangeboden te worden, zodat docenten, zo nodig, hiernaar kunnen verwijzen en studenten ervan gebruik kunnen maken in oefensituaties.

Aansluitend bij de eigen ervaring kan daarna meer toegespitste informatie worden gegeven over veel voorkomende attitudeproblemen. Voorbeelden hiervan zijn: een te grote betrokkenheid bij de patiënt of juist een te grote distantie, sterke persoonlijke

emoties van de arts of gevoelens van onmacht en de stellingname van de arts tegenover een patiënt met andere normen en waarden dan die van hemzelf.[17]
Het theoretische referentiekader vormt geen doel op zichzelf, maar dient ter ondersteuning van het praktische attitude-onderwijs.

Didactisch model

Om inzicht in hun attitude te kunnen krijgen dienen studenten zich een procedure eigen te maken voor reflectie op hun attitude. Hiervoor zijn verschillende benaderingen denkbaar. Hier wordt voor een didactisch model gekozen, waarin de student stapsgewijs reflecteert op de drie domeinen: patiënt, student en context (schema 9.3.1).

Schema 9.3.1 De drie domeinen

domein		**positie**	**richtlijnen voor gedrag**
1. patient		wat denkt/voelt/wil de patient?	laat de patiënt tot zijn recht komen
2. student	* als arts	wat denkt/wil/kan ik als arts?	handel optimaal binnen je competentie
	* als persoon	wat denkt/voel/wil ik als persoon?	blijf trouw aan jezelf
3. context		wat verwacht de context en wat is mogelijk in de context?	maak waar mogelijk eigen keuzes binnen de samenwerking

Door elk van de drie domeinen apart te beschouwen, krijgt de student een beeld van het krachtenveld waarbinnen hij zijn stellingname moet realiseren.
Domein 1 (patiënt): Inzicht in de mening, gevoelens en verwachtingen van de patiënt is een voorwaarde om de patiënt tot zijn recht te laten komen. Studenten menen vaak te weten wat de patiënt voelt of verwacht zonder dit te hebben getoetst. Een empathische houding begint bij vragen en luisteren.
Domein 2 (student): Als aanstaande arts moet de student leren een voor deze patiënt optimaal beleid te formuleren, maar ook te erkennen waar de grens van zijn eigen competentie ligt. Door zijn standpunt als persoon te onderscheiden van zijn standpunt als arts, krijgt de student een duidelijker beeld van zijn persoonlijke opvattingen,

normen, waarden en emoties in de gegeven situatie, ook als deze eventueel strijdig zijn met zijn standpunt als arts.
Domein 3 (context): De vragen over de context waarbinnen de student werkt, hebben ten doel duidelijk te maken wat wel en niet haalbaar is in de gegeven werksituatie. Als de student harde onontkoombare eisen leert onderscheiden van subjectieve normen en waarden, kan hij, in goede samenwerking met opleiders, ander medisch personeel en collegae, zelf zijn weg leren kiezen.[40]
In de nader uitgewerkte onderwijsopzet (schema 9.3.2) is de benadering vanuit de drie domeinen ondergebracht in model voor reflectief leren, dat bestaat uit vijf stappen.[41] De vijf stappen zijn: (1) de concrete ervaring, (2) de terugblik van de student op deze ervaring, (3) feedback aan de student, (4) de balans die de student opmaakt op grond van het voorgaande en (5) plannen die hij maakt op grond van de balans.

Schema 9.3.2 Didactisch model

domein	**patiënt**	**student, als arts en als persoon**	**context**
stap			
1. ervaring		patiënt-arts contact in context	
2. terugblik	wat dacht/voelde/ wilde de patiënt? hoe reageerde de patiënt op mij?	wat dacht/voelde/ wilde/kon ik? en wat deed ik?	wat wilde de context? hoe reageerde de context op mij?
3. feedback	is er een andere visie?	is er een andere visie?	is er een andere visie?
4. balans	synthese terugblik en feedback	synthese terugblik en feedback	synthese terugblik en feedback
	kwam mijn opstelling binnen de gegeven context het welzijn van de patiënt ten goede? wil ik met het oog hierop iets veranderen?		
5. plannen	hoe pak ik dit aan?		

Het onderwijs gaat uit van een concreet contact van een student met een patiënt in een context. In de stappen die hierop volgen is steeds aandacht voor elk van de drie

domeinen en hun onderlinge interactie, zodat de student zich een beeld kan vormen van de factoren die zijn opstelling bepaalden en van het effect van zijn opstelling op patiënt en context. Alleen als de student zich van dit effect rekenschap geeft, kan hij nagaan of het een wenselijk effect is, namelijk of daardoor het welzijn van deze patiënt ten goede komt.
Hieronder wordt elk van de stappen geconcretiseerd.

ad 1. De ervaring
Uitgangspunt van het onderwijs is een ervaring van een student met een patiënt in een bepaalde context. De ervaring kan een (gesimuleerd) patiëntcontact tijdens het attitude-onderwijs zelf zijn, een ervaring met een patiënt in het co-assistentschap of eventueel een indirect contact via een papieren casus. Het doel van deze fase is de attitude van de student ’op te roepen’ om er daarna mee aan het werk te gaan. Bij een ervaring buiten het attitude-onderwijs zelf, bijvoorbeeld een belevenis op de afdeling tijdens het co-assistentschap, kan dit gebeuren door de student zijn verhaal zo concreet mogelijk te laten vertellen. De taak van de docent is het scheppen van een open, veilige sfeer, waarin de student zijn ervaring zo onbevangen mogelijk kan bezien.

ad 2. Terugblik
Tijdens de terugblik exploreert de student zijn ervaring met deze patiënt in deze context. Daartoe doorloopt hij elk van de domeinen aan de hand van vragen zoals: wat dacht, voelde en wilde *de patiënt*, wat dacht, voelde, wilde en kon *ik als arts en als persoon* (de drie componenten van de ’binnenkant’ van de attitude), wat verwachtte *de context*? (schema 9.3.1). Hierna tracht de student te beschrijven welke concrete opstelling hij koos (de ’buitenkant’ van de attitude) en wat zijn opstelling betekende voor de patiënt en voor de context (schema 9.3.2). De terugblik van de student hoeft geen monoloog te zijn. De aanwezigen kunnen de student helpen door vragen te stellen. Het is de taak van de docent erop toe te zien dat de student de ruimte krijgt zijn eigen visie op de ervaring te geven. Daarbij dient hij de systematiek en volledigheid van de reflectie te bewaken, door te structureren en door, zo nodig, aanvullende vragen te stellen.

ad 3. Feedback
Onder feedback wordt hier verstaan het plaatsen van een andere visie op de ervaring naast die van de student. Ook hierbij bevordert een aanpak per domein de

inzichtelijkheid. Feedback op grond van eigen waarneming van collegae, docent en eventueel (simulatie)patiënt is alleen mogelijk bij geobserveerde arts-patiëntcontacten. De (simulatie)patiënt geeft vooral informatie over zijn eigen domein. Daarbij kan hij vertellen hoe hij de houding van de student heeft ervaren. Bij niet-geobserveerde arts-patiëntcontacten, zoals een navertelde ervaring van een co-assistent, kunnen de luisteraars hun eigen visie geven op het verhaal van de co-assistent en op zijn terugblik. De docent heeft in deze fase een inhoudelijke en een bewakende rol. De docent kan zelf feedback geven. Daarnaast dient hij er voor te waken, dat alle feedback in zo'n vorm wordt gegeven dat de student er zijn voordeel mee kan doen en niet dichtklapt. Idealiter neemt de inbreng van de docent in deze fase geleidelijk af, omdat de studenten er samen steeds beter uitkomen.

ad 4. Balans

Na de feedback maakt de student eerst per domein de balans op van zijn eigen terugblik en van de feedback van anderen. Dit kan geschieden aan de hand van de volgende vragen: is de patiënt tot zijn recht gekomen, ben ik mijzelf trouw gebleven, heb ik mijn eigen weg kunnen vinden tussen de eisen en verwachtingen van de context? Daarna verbindt de student de conclusies van de domeinen met elkaar aan de hand van twee kernvragen: Is mijn opstelling binnen de gegeven context het welzijn van de patiënt ten goede gekomen? Wil ik met het oog hierop iets veranderen?
De taak van de docent hierbij is te bewaken, dat de student in vrijheid zijn eigen conclusies trekt.

ad 5. Plannen maken

Ten slotte vertaalt de student zijn conclusies in concrete plannen. De docent kan de student uitnodigen te verwoorden welke weerstanden hij in zichzelf, bij de patiënt en in de omgeving denkt te ontmoeten bij de uitvoering van zijn plannen. De exploratie van de weerstanden maakt duidelijk waar precies de uitdaging ligt. Vervolgens besluit de student welke plannen op dit moment haalbaar lijken en hoe hij deze concreet wil aanpakken en terugmelden. Hoe simpeler de plannen, des te groter de kans van slagen. Soms kan bij het terugmelden volstaan worden met een verslag van de gebeurtenis, soms kan de uitvoering van de plannen als 'ervaring' bij het volgende attitude-onderwijs dienen, waarmee de cirkel wordt gesloten. In de vijfde fase heeft de docent als belangrijkste taak er voor te waken, dat de student haalbare plannen formuleert, die uit hemzelf voortkomen.

De bruikbaarheid van het didactisch model

Het model is bruikbaar bij ervaringen van uiteenlopende aard en op verschillende momenten in de studie. De benadering vanuit de drie domeinen kan duidelijk maken 'waar de schoen wringt'. Dit inzicht kan bepalen op welk(e) domein(en) de nadruk in de geformuleerde plannen komt te liggen. Daarnaast is het mogelijk binnen een bijeenkomst één domein centraal te stellen. Het model biedt een toegang tot de drie componenten van de 'binnenkant' van de attitude van de student via de vragen naar wat hij dacht, voelde en wilde. Daarnaast komt de 'buitenkant', de daadwerkelijke stellingname, aan de orde.

Door het gebruik van simulatiepatiënten of schriftelijke casus is het mogelijk op een bepaald probleem te focussen. Maar ook de ervaringen die co-assistenten zelf inbrengen kunnen toegankelijk worden gemaakt via de stappen van het model, zowel in groepsonderwijs als in individueel onderwijs. Eén voorbeeld van zo'n ervaring: een co-assistent wordt door een patiënt uitgenodigd eens thuis bij hem langs te komen. De co-assistent voelt zich gevleid, maar aarzelt toch of hij op de uitnodiging moet ingaan. Tijdens de reflectie wordt gekeken naar motieven van de patiënt om de co-assistent uit te nodigen, naar rationele en emotionele motieven van de co-assistent om hier al dan niet op in te gaan en naar de normen hieromtrent in de beroepsgroep. In dit geval trekt de co-assistent de conclusie dat hij niet op de uitnodiging wil ingaan, maar wel de patiënt zal opbellen om dit uit te leggen. In de volgende bijeenkomst brengt hij hiervan verslag uit.

Het mag duidelijk zijn dat het onderwijs aan een aantal voorwaarden moet voldoen om een dergelijke reflectie mogelijk te maken.

9.4.5 Voorwaarden voor attitude-onderwijs

De belangrijkste voorwaarde voor attitude-onderwijs is veiligheid. Alleen in een veilig onderwijsklimaat kan de student onbevangen naar zijn eigen gedrag en onderliggende emoties, normen, waarden en opvattingen kijken. Hoewel de veiligheid mede afhankelijk is van de sfeer in een groep en daardoor niet altijd optimaal te realiseren valt, wordt de basis ervoor gelegd door de organisatie van het onderwijs en door de docent.

De organisatie kan bijdragen tot de veiligheid door niet te grote groepen, geschikte onderwijsruimtes en duidelijke informatie en afspraken, zoals over geheimhouding.

Het is de taak van de docent ervoor te waken, dat studenten hun eigen grenzen niet overschrijden, dat studenten onderling elkaar respecteren en dat geheimhouding in acht wordt genomen.

Ook in een veilig onderwijsklimaat zal attitude-onderwijs echter regelmatig weerstanden oproepen bij studenten. Reflectie op eigen gedrag en onderliggende beweegredenen kan, om vele redenen, confronterend of emotionerend zijn. Om dit te vermijden kunnen studenten trachten zich aan het onderwijs te onttrekken of dit te saboteren. Het is belangrijk dat de docent weerstanden herkent en serieus neemt. Kader 9.3.1 geeft enige richtlijnen voor het omgaan met weerstanden bij studenten.
Van de docent wordt de expertise verwacht waarmee hij het onderwijsproces kan bewaken en adequate feedback kan geven. Daarnaast vraagt dit onderwijs om een houding van gelijkwaardigheid ten opzichte van de student, die tot uiting komt in respect voor diens gevoelens, normen, waarden en beslissingen.

9.4.6 Toetsing van attitude-onderwijs

De gekozen doelstelling voor attitude-onderwijs werd geoperationaliseerd in theoretisch en in praktisch onderwijs. Het heeft weinig zin het theoretische onderwijs apart te toetsen, omdat het als ondersteuning voor het praktische onderwijs is bedoeld. Wel is er behoefte aan een adequate toetsingsvorm voor het praktisch attitude-onderwijs.
Bij elk soort onderwijs dient de inhoud en methode van toetsing te passen in de onderwijsdoelstelling.[32,36] In deze brochure is gekozen voor een ’procesgerichte’ onderwijsvorm, waarin echter wel een norm voor het ’product’ wordt aangereikt. Het hanteren van deze norm blijft echter de verantwoordelijkheid van de student. Aansluitend bij deze benadering wordt gekozen voor toetsing van het proces van reflectie op de eigen attitude, waarbij onvermijdelijk het hanteren van de norm aan de orde komt. Beoordeling van de ’binnenkant’ van de attitude past niet in de doelstelling en zou een inbreuk op de persoon van de student maken. Mogelijkheden voor beoordeling van de ’buitenkant’ van de attitude, de bejegening van de patiënt, worden aangegeven in hoofdstuk 4.
In het didactisch model wordt studenten een procedure geleerd voor reflectie op hun attitude en voor het, zo nodig, bijstellen van die attitude. Het is mogelijk na te gaan of studenten na verloop van tijd in staat zijn zelfstandig deze procedure te doorlopen. Studenten kan verzocht worden mondeling of schriftelijk te reflecteren op een ervaring met een (simulatie)patiënt, op geleide van elk van de drie domeinen, de balans op te maken en plannen te formuleren. In feite wordt hun niets anders gevraagd dan tijdens het onderwijs zelf, met dit verschil dat zij tijdens deze reflectie niet geholpen worden door vragen en feedback van anderen.
De beoordeling betreft dan het proces van reflectie. In principe kan een student dus

een goede beoordeling krijgen voor een adequate analyse van een ’slecht’ verlopen patiëntcontact. Deze vorm van toetsing kan worden ondergebracht in een aantal ’voortgangsbeoordelingen’ door de studie heen. De student krijgt zodoende de gelegenheid aan zijn zwakke kanten te werken en wordt niet verrast door kritiek tegen het einde van de opleiding. Op momenten van ’overgang’ in de studie kan steeds de ’attitudevoortgang’ mee worden gewogen.
Er zijn twee situaties denkbaar waarin de voortgangsbeoordeling als onvoldoende wordt aangemerkt: als de student bij herhaling òf niet in staat is tot een adequate, systematische reflectie op zijn houding, òf zijn gedrag niet aanpast aan zijn eigen analyse.
Toetsing van het proces van reflectie op de eigen attitude biedt dus een instrument waarmee op tijd de vinger op de zere plek kan worden gelegd. Alleen door deze toetsing een duidelijke status te geven wordt erkend, dat de attitude deel uitmaakt van de competentie van de arts.

9.4.7 Conclusie

Het doel van attitude-onderwijs is studenten zodanig greep op hun eigen attitude te geven, dat zij deze ook in hun latere beroepsuitoefening kunnen blijven bijschaven. Hiertoe is onderwijs nodig dat studenten inzicht geeft in het belang van hun attitude voor de kwaliteit van hun beroepsuitoefening en hun daarbij een procedure voor reflectie op hun attitude aanleert. Alleen door voldoende oefening en veilige experimenteerruimte zullen zij ook werkelijk greep op hun attitude krijgen.
Een aantal ’attitude-voortgangsbeoordelingen’, waarbij beoordeeld wordt of de student in staat is zelfstandig op zijn attitude te reflecteren en uit deze reflectie lering te trekken, kan bijdragen tot deze onderwijsdoelstelling.

9.5 Concretisering van attitude-onderwijs in het curriculum

9.5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden adviezen verstrekt voor de concrete invulling van het attitude-onderwijs in het medisch curriculum: de plaats in het curriculum, de vormgeving per studiefase en de relatie tot ander onderwijs. De adviezen worden uitgewerkt in een aantal voorbeelden. Vervolgens wordt aangegeven hoe dit onderwijs getoetst kan worden, direct aansluitend bij de verschillende vormen van attitude-onderwijs op verschillende momenten in de studie.
In dit hoofdstuk wordt bewust geen uitgewerkt attitude-curriculum aangereikt, aangezien de definitieve vormgeving mede bepaald wordt door het overige facultaire curriculum.

9.5.2 De plaats in het curriculum

Het preklinische deel van de medische opleiding en de co-assistentschappen hebben verschillende mogelijkheden en beperkingen op het gebied van het attitude-onderwijs. De eerste vier jaren bieden de gelegenheid de student bewust te maken van zijn eigen attitudes en van factoren die deze kunnen beïnvloeden, voordat hij aan de realiteit van de co-assistentschappen wordt blootgesteld. De student kan nog eenmaal, min of meer onbevangen zijn idealen voor de praktijk formuleren. In het begin van de studie zijn praktijksituaties voor studenten echter moeilijk voorstelbaar. Simulatievormen of stages zijn nodig om onderwijs gericht op de eigen attitude in de medische praktijk mogelijk te maken. Een voordeel van simulatievormen boven onderwijs in de praktijk is dat vooraf gepland kan worden welke problematiek aan de orde komt, om zo tot een brede oriëntatie te komen als voorbereiding op de co-assistentschappen.
In de co-assistentschappen moet de student dagelijks zijn houding ten opzichte van echte patiënten en ten opzichte van de ’context’ bepalen. Aan ervaringen geen gebrek. Nu komt het erop aan de student, tussen de drukke werkzaamheden, voldoende gelegenheid voor kritische reflectie op zijn attitude in ontwikkeling te bieden. Hiertoe is begeleiding op de afdeling zelf nodig, maar ook de gelegenheid om op afstand, dat wil zeggen buiten de afdeling, te reflecteren.
Attitude-onderwijs verandert mede door de toenemende medische ervaring van de student in de loop van de studie van karakter. Onderwijs tijdens de co-assistentschappen zal vooral vruchten afwerpen als in de eerste vier jaren de basis is gelegd.

9.5.3 Expliciet attitude-onderwijs jaar 1-4

De eerste jaren zijn de aangewezen periode om een theoretisch referentiekader aan te reiken, om de student te oefenen in reflectie op zijn eigen attitude en om een verbinding te leggen tussen attitude-onderwijs en de praktijk.

Het theoretisch referentiekader, eerder beschreven in 9.3.4.1, kan worden aangeboden in collegevorm voorafgaand aan meer praktisch attitude-onderwijs, of als onderdeel van het praktisch attitude-onderwijs zelf. In beide gevallen dient in het praktisch onderwijs de verbinding met de theorie te worden gelegd. De essentie van theoretisch attitude-onderwijs is de student inzicht te geven in het belang van zijn attitude voor de patiënt.

Om studenten in staat te stellen zich een procedure voor reflectie op hun attitude eigen te maken is praktisch attitude-onderwijs noodzakelijk. Hiervoor werd in 9.3.4.2 een didactisch model beschreven. Bij het oefenen van de reflectie is het belangrijk aandacht te besteden aan de ’binnenkant’ van de attitude van de student. De student wordt zich hierdoor meer bewust van zijn eigen emoties, normen, waarden en opvattingen voordat hij de (semi-)professionele rol van arts gaat aannemen. (Een uitgewerkt voorbeeld van onderwijs gericht op de ’binnenkant’ van de attitude staat in kader 4.1.) Daarnaast kunnen bij het oefenen met simulatiepatiënten of casus volgens het didactisch model belangrijke attitude-problemen uit de praktijk worden aangeboden, zoals een patiënt die iets van de arts verwacht dat strijdig is met diens normen of met de eisen van de context, een patiënt die sterke emoties oproept bij de student of een patiënt die vindt dat de arts een fout heeft begaan. In deze oefensituaties kan de student in een veilige omgeving experimenteren met gedrag en vervolgens zijn stellingname evalueren.

Contact met echte patiënten wordt door beginnende studenten hogelijk gewaardeerd. Hiervoor bestaan legio mogelijkheden: stages, zoals de verpleeghulpstage of het meelopen met huisartsen of met (medische) hulpverleners in ’de grote stad’,[42] een bezoek aan een chronische patiënt thuis of een ontmoeting met een vertegenwoordiger van een patiëntenorganisatie.[43] Een voorbeeld van een langdurig contact met een ’patiënt’ is het Nijmeegse zwangerschapsproject waarin een student een zwangere vrouw en haar partner vergezelt bij alle zwangerschapscontroles, aanwezig is bij de partus en het kraambed begeleidt tot en met de nacontrole.[44] Het belangrijkste doel van contacten met echte patiënten is studenten een beter inzicht te geven in de ervaringen van patiënten. Om dit te bereiken is het essentieel dat studenten voorafgaand aan de ontmoeting een duidelijke opdracht meekrijgen en naderhand terugblikken met bijzondere aandacht voor het ’domein’ van de patiënt.

9.5.4 Geïntegreerd attitude-onderwijs

Attitude-onderwijs heeft alleen zin indien de verworvenheden uit dit onderwijs worden geïntegreerd in het medisch handelen van de student. In het begin van de studie en in de alco-schappen is het vaardigheidsonderwijs de aangewezen plaats om hieraan te werken.

Aandacht voor attitude in het vaardigheidsonderwijs betreft meestal de ’buitenkant’ van de attitude, de bejegening van de patiënt. Er is alle reden vanaf het eerste moment dat studenten vaardigheden oefenen, systematisch aandacht te besteden aan de bejegeningsaspecten van de vaardigheid. Dit geldt voor anamnestische, fysisch-diagnostische en therapeutische vaardigheden. Een eenvoudig voorbeeld is het belang van de communicatie met de patiënt bij het onderzoek van de buik. Indien de arts ervoor zorgt dat de patiënt er zo ontspannen mogelijk bij ligt, indien hij de patiënt voorzichtig aanraakt, naar pijn vraagt en steeds goed contact houdt, schept dit de voorwaarde voor een adequaat onderzoek en een tevreden patiënt. Een patiëntgerichte houding en medische efficiëntie zijn sterk met elkaar verweven.[1,2,3,4] In checklisten voor vaardigheden vallen medisch technische en bejegeningsitems vaak samen. Het is belangrijk dat de student in het vaardigheidsonderwijs op deze verwevenheid attent wordt gemaakt.

Naast de aandacht voor bejegening biedt het vaardigheidsonderwijs legio aanknopingspunten om op de ’binnenkant’ van de attitude in te gaan. Een goed voorbeeld hiervan is het onderwijs van het gynaecologisch en andrologisch onderzoek gegeven door ’instructie-vrouwen’ en ’-mannen’. Bij het oefenen van dit emotioneel beladen onderzoek wordt ruim de tijd genomen om de gevoelens, normen, waarden en opvattingen van student en patiënt te bespreken.[45,46,47] Juist situaties waarin een bepaalde vaardigheid voor het eerst wordt geoefend, bieden de gelegenheid stil te staan bij attitude-aspecten. (In kader 4.2 wordt een voorbeeld gegeven van attitude-onderwijs, geïntegreerd in het oefenen van de basistechnieken van fysische diagnostiek.)

Om geïntegreerd attitude-onderwijs een kans van slagen te geven moeten docenten profiteren van momenten die zich voor dit onderwijs lenen en moeten zij op de hoogte zijn van het eerder gegeven attitude-onderwijs.

9.5.5 Attitude-onderwijs tijdens de co-assistentschappen

Met het begin van de co-assistentschappen ontstaat een nieuwe situatie, waarin studenten zelfstandig hun houding moeten bepalen ten opzichte van echte patiënten. Door de vele indrukken en de veelheid aan gestelde eisen schiet reflectie op handelen

en dus op attitude er vaak bij in. Om studenten in staat te stellen juist nu hun attitude te bewaken is attitude-onderwijs op de afdeling zelf nodig, naast de mogelijkheid even afstand te nemen tijdens terugkom-bijeenkomsten.

Het lijkt moeilijk attitude-onderwijs op de afdeling te geven, omdat studenten al zo veel moeten leren, assistenten en opleiders druk bezet zijn en de meeste artsen geen ervaring hebben met het geven van attitude-onderwijs. Om dit onderwijs desalniettemin te realiseren moet een praktische, niet te tijdrovende, methode worden gekozen die een vaste plaats krijgt binnen de vaste werkzaamheden van de co-assistent op de afdeling. Omdat het didactisch model is toegesneden op concrete arts-patiëntcontacten lijkt het daartoe bruikbare elementen te bevatten. Voorlichting aan klinische docenten over het belang van attitude-onderwijs en over de benadering vanuit de drie domeinen kan hen motiveren voor eenvoudig attitude-onderwijs.

Attitude-onderwijs op de afdeling kan worden aangepakt met twee complementaire benaderingen: observatie van studenten tijdens patiëntcontacten, gevolgd door feedback, enerzijds en het nabespreken van attitude-aspecten van niet-geobserveerde patiëntcontacten anderzijds. In beide benaderingen kan gebruik worden gemaakt van het didactisch model of van elementen daarvan. Geobserveerde patiëntcontacten bieden de mogelijkheid feedback te geven op de bejegening van de patiënt, de 'buitenkant' van de attitude. Bij niet-geobserveerde patiëntcontacten daarentegen kan de nadruk worden gelegd op de terugblik van de student zelf, met meer aandacht voor de 'binnenkant' van de attitude. Eén-op-één onderwijs, gegeven door een specialist of eventueel een zaalarts, lijkt de meest aangewezen vorm. Individueel attitude-onderwijs op afdeling of polikliniek past in een herwaardering van de meester-gezel-aspecten van het co-assistentschap. (Twee mogelijkheden voor attitude-onderwijs tijdens de co-assistentschappen zijn uitgewerkt in kader 4.3.)

Als aanvulling op het onderwijs op de afdeling zelf zijn terugkom-bijeenkomsten onmisbaar. Door afstand te nemen kan de student zijn opstelling tijdens het co-assistentschap in een ander licht gaan zien. Voorwaarde is dat de docent niet direct bij het co-assistentschap betrokken is, maar wel inzicht heeft in de realiteit van de co-assistentschappen, liefst uit eigen ervaring. Zo kan de student vrijuit spreken en vindt hij begrip voor zijn ervaring. Terugkom-bijeenkomsten geven studenten de kans emoties te uiten en te delen, maar moeten hierin niet blijven steken. Om lering uit de ervaring te kunnen trekken dient het uiten gevolgd te worden door een constructieve analyse,[48] zoals aangegeven in het model voor reflectie. De geformuleerde plannen kunnen in het co-assistentschap ten uitvoer worden gebracht en later in de groep worden teruggemeld.

Attitude-onderwijs in de tweede fase van de studie heeft tot doel studenten hun beroepsattitude kritisch te laten bezien vanaf het moment dat deze concreet vorm krijgt.

9.5.6 De haalbaarheid van attitude-onderwijs in het curriculum

De keuze voor apart en geïntegreerd attitude-onderwijs in elk van de studiefases impliceert niet dat attitude-onderwijs altijd en overal moet worden gegeven.
In de eerste fase kan volstaan worden met een korte, intensieve cursus op een strategisch moment, bijvoorbeeld vlak voor de eerste confrontatie met echte patiënten, of met jaarlijks een paar bijeenkomsten zoals in de Amsterdamse attitudelijn. In de tweede fase is het eerste co-assistentschap de aangewezen plaats om gericht attitude-onderwijs aan te bieden, ten minste herhaald in één later co-assistentschap, bijvoorbeeld gynaecologie, met het doel ongewenste ontwikkelingen bij te sturen. Attitude-onderwijs in het eerste co-assistentschap legt een fundament voor de volgende co-assistentschappen. Hoewel onderwijs tijdens meer co-assistentschappen het effect zou kunnen vergroten, bestaat ook het risico dat de student overvoerd raakt. Alleen op grond van ervaringen met het eigen curriculum kan per faculteit besloten worden wat de optimale ’dosering’ is.
Aandacht voor attitude in vaardigheidsonderwijs is essentieel bij de eerste oefeningen in anamnese en in het uitvoeren van onderzoek op elkaar. Ook moet gedacht worden aan emotioneel beladen vaardigheden zoals het gynaecologisch, andrologisch en mamma-onderzoek. Het gaat erom de student vanaf het begin bewust te maken van zijn opstelling en niet om tot vervelens toe over attitudes en gevoelens te praten. Daarnaast dienen de checklisten voor anamnese, lichamelijk onderzoek en therapeutische handelingen die reeds in omloop zijn, eenmaal gecontroleerd te worden op bejegeningsitems.
Het is aan te raden attitude-onderwijs gefaseerd in te voeren, parallel aan een programma met informatie aan en zo nodig training van docenten. Een gefaseerde invoering geeft de mogelijkheid elk nieuw in te voeren onderdeel zorgvuldig voor te bereiden en zo nodig in een vroeg stadium bij te sturen. In de loop van de tijd wordt dan ook duidelijk hoeveel attitude-onderwijs in de praktijk nodig is. De bevindingen bij toetsing en evaluatie van attitude-onderwijs leveren hiervoor informatie.

9.5.7 Toetsing van attitude-onderwijs in het curriculum

In het vorige hoofdstuk werd voorgesteld een aantal voortgangsbeoordelingen in te voeren waarbij niet de attitude zelf, maar de reflectie op de eigen attitude wordt getoetst. Bij de concrete uitwerking hiervan moeten de toetsen aangepast worden aan de studiefase en aan het tot op dat moment gegeven onderwijs met zijn specifieke leerdoelen.

Al snel na de eerste oefeningen aan de hand van het didactisch model, kan van studenten gevraagd worden aan te geven welke vragen essentieel zijn om systematisch op hun eigen beroepshouding te reflecteren. Later, na het regelmatig zelf oefenen van de reflectie, mag verwacht worden dat de reflectie steeds vollediger en adequater wordt. Deze lijn is door te trekken tot het artsexamen. De student wordt na een geobserveerd consult tijdens het artsexamen verzocht hierop, mondeling of schriftelijk, te reflecteren. Deze reflectie wordt door de examinator beoordeeld aan de hand van een checklist. (Een voorstel voor een checklist is te vinden in kader 4.4.)

De toetsing van de bejegening van de patiënt, de ’buitenkant’ van de attitude, staat hier los van. Toetsing hiervan past alleen bij onderwijs waarin de bejegening expliciet aan de orde is geweest, met inbegrip van toetsingscriteria. Een voorbeeld hiervan is de bejegening van de patiënt tijdens fysische diagnostiek. In de checklist voor het onderwijs behoren bejegeningsitems te zijn opgenomen, die ook tijdens een geobserveerd examen worden gescoord. Voorbeelden van zulke items zijn: vraagt de patiënt naar diens beleving van de klacht, kijkt de patiënt aan als hij tegen hem spreekt, geeft duidelijke uitkleedinstructie, vraagt of de patiënt pijn tijdens het onderzoek wil aangeven. Meestal zijn dergelijke items behalve voor het welbevinden van de patiënt ook medisch-technisch relevant. Het is logischer deze items mee te wegen als deel van de technische vaardigheid, juist om aan te geven dat beide niet te scheiden zijn. Zonder goed contact geen goede diagnostiek. De bejegening van de patiënt wordt op deze wijze geïntegreerd in vaardigheidstoetsen en in geobserveerde artsexamens. De ’buitenkant’ van de attitude wordt niet apart getoetst, maar maakt deel uit van de beoordeling van de vaardigheid.

Er worden dus twee vormen van toetsing van attitude-onderwijs voorgesteld: toetsing van het vermogen tot reflectie op de attitude in voortgangsbeoordelingen en toetsing van de ’buitenkant’ van de attitude als deel van geobserveerde vaardigheidstoetsen, die direct aansluiten bij het vaardigheidsonderwijs. Beide vormen kunnen gecombineerd worden in een geobserveerd artsexamen met reflectie hierop achteraf door de student. De patiënt kan nuttige informatie leveren voor de beoordeling van de bejegening en van de reflectie op het ’domein’ van de patiënt.

9.5.8 Conclusie

Attitude-onderwijs vraagt in de praktijk om een meersporenbenadering: onderwijs tijdens de preklinische jaren èn tijdens de co-assistentschappen, apart attitude-onderwijs naast geïntegreerd onderwijs, aandacht voor 'binnenkant' en 'buitenkant', onderwijs op de afdeling en terugkom-onderwijs.
Voor de toetsing geldt dat de reflectie op de eigen attitude beoordeeld kan worden in een aantal voortgangsbeoordelingen, terwijl de beoordeling van de bejegening van de patiënt binnen de vaardigheidstoetsing thuishoort.

9.6 Conclusies en aanbevelingen

De beroepsattitude van de arts

. De beroepsattitude van de arts, zijn houding ten opzichte van de patiënt, maakt deel uit van zijn competentie.
. Een arts met een 'juiste' attitude laat de patiënt tot zijn recht komen en stemt vervolgens zijn eigen inbreng af op het welzijn van de patiënt.
. Gedurende de opleiding tot arts ondergaat de attitude van de student veranderingen in een, vaak onbewuste, wisselwerking tussen het voorbeeld van opleiders, reeds aanwezige attitudes en nieuwe ervaringen.
. Indien tijdens de opleiding de attitude van de student niet expliciet aan de orde wordt gesteld, bestaat het risico dat deze zich ongemerkt in een voor de patiënt ongunstige richting ontwikkelt.

Attitude-onderwijs

. Attitude-onderwijs voor aanstaande artsen richt zich op de 'binnenkant' van de attitude, opvattingen, normen, waarden, emoties en gedragsgeneigdheid, èn op de 'buitenkant', de concrete stellingname ten opzichte van de patiënt.
. In attitude-onderwijs valt onderscheid te maken tussen het '*proces*' van bewustwording van eigen attitudes en van de wijze waarop deze beïnvloed kunnen worden en het uiteindelijke '*product*', de attitude zelf.
. Zonder reflectie krijgt de student geen greep op zijn attitude, zonder norm in de reflectie is het belang van de patiënt niet gewaarborgd.
. Het *doel* van attitude-onderwijs is de student te leren zich van zijn eigen attitude rekenschap te geven, en deze op basis van dit inzicht bij te stellen met het oog op het welzijn van de patiënt, onder afweging van de door de 'context' gestelde eisen.

. Expliciet attitude-onderwijs bestaat uit het aanbieden van een theoretisch referentiekader en het oefenen van de reflectie op de eigen attitude.
. Reflectie op de attitude betreft steeds drie 'domeinen': *de patiënt, de student (als arts en als persoon) en de context.*
. Oefening van de reflectie gericht op de drie domeinen kan plaatsvinden in een 'model' van vijf stappen:
  1. de concrete ervaring;
  2. de terugblik van de student op de ervaring;
  3. de feedback van (simulatie)patiënt, groepsgenoten en docent;
  4. het opmaken van de balans;
  5. het maken van plannen.
. In de eerste studiejaren zijn simulatievormen of stages nodig om ervaringen met 'patiënten' aan te bieden.
. Naast expliciet attitude-onderwijs, uitsluitend gericht op de attitude, dient binnen het vaardigheidsonderwijs geïntegreerd attitude-onderwijs te worden gegeven.
. Het is wenselijk dat attitude-onderwijs tijdens de co-assistentschappen bestaat uit onderwijs op de afdeling èn uit terugkom-bijeenkomsten.

Toetsing van attitude-onderwijs

. Toetsing van attitude-onderwijs is niet synoniem met attitude-toetsing.
. Beoordeling van de 'binnenkant' van de attitude van de student maakt een ongeoorloofde inbreuk op diens persoon.
. Het proces van reflectie op de eigen attitude kan beoordeeld worden in een aantal 'voortgangsbeoordelingen'.
. In twee situaties kan de voortgangsbeoordeling onvoldoende zijn: als de student bij herhaling òf niet in staat is tot een systematische, adequate reflectie, òf zijn gedrag niet aanpast aan zijn eigen analyse.
. Toetsing van de 'buitenkant' van de attitude, de bejegening van de patiënt, past binnen de vaardigheidstoetsing of het geobserveerde artsexamen.
. Voorwaarde voor toetsing van de bejegening is duidelijkheid over de criteria in het voorafgaande onderwijs.

Ten slotte

. Attitude-onderwijs is geslaagd indien het studenten zodanig greep op hun eigen attitude geeft, dat zij deze ook in hun latere beroepsuitoefening kunnen blijven bijschaven.

De auteurs danken J.M.J.M. Graat, A.M. Hoos en M.C.J. Schreuder voor hun informatie over het attitude-onderwijs in Maastricht en Amsterdam en het kritisch commentaar op deze brochure. G. Erkens danken zij voor zijn onderwijskundig commentaar.

9.7 Kader 3.1: Weerstanden bij studenten[*49]

Onderwijs gericht op de persoon van de student roept over het algemeen meer weerstanden op dan onderwijs gericht op iets buiten de student. Dit onderwijs kan enerzijds als bedreigend worden ervaren en anderzijds als irrelevant, vaag of 'soft'. Als attitude-onderwijs weerstand oproept, kan dit een aanwijzing zijn dat het werkelijk 'impact' heeft. Het oplossen van de weerstand is dan een stap vooruit.
Alleen indien de docent de weerstand herkent, kan hij een gerichte bijdrage aan de oplossing leveren. Vervolgens helpt een stapsgewijze analyse van de weerstand de docent bij zijn keuze deze al dan niet openlijk aan de orde te stellen.

Oorzaken van weerstanden:
1. bij individuele studenten:
   - angst om de nek uit te steken
   - onzekerheid
2. in de groep:
   - onveiligheid
   - 'negatieve' sfeer
3. in het onderwijs:
   - onveilige onderwijsvormen
   - weinig relevante inhoud
4. bij de docent:
   - zich op glad ijs voelen
   - het nut van het onderwijs niet zien

N.B. Vaak combinaties van oorzaken.

Manifestatievormen:
Bij individuele studenten of (deel) van groep
1. geslotenheid:
   - stille/stugge/ontwijkende student of groep
2. tegenwerking:
   - onderhuidse sabotage
   - 'klieren'
   - uiten van kritiek op realiteitsgehalte van het onderwijs

Stapsgewijze aanpak door de docent:
Stap 1: Weerstand **lokaliseren**:
a. Van wie gaat de weerstand uit?
   - individuele student
   - (sub)groep
b. Waartegen richt zich de weerstand?
   - het onderwijs (inhoud/vorm)
   - mij als docent
   - groepsgenoten

Stap 2: Weerstand **evalueren**:
a. Is de weerstand van dien aard dat het onderwijs geblokkeerd wordt (voor de groep/het individu)?
b. Is er voldoende draagkracht om de weerstand aan te kaarten (bij de student/de groep/mijzelf)?

---

[*] Geïnspireerd door 'Weerstand' in: Spaendonck KPM van e.a. Functionele klachten in de medische praktijk.

Stap 3: Benadering **kiezen**:

a. Weerstand aan de orde stellen
   - in de groep
   - individueel

b. Niet aan de orde stellen
   - omzeilen
   - student voorzichtig over de streep trekken
   - negeren

Het **aan de orde stellen** van de weerstand heeft tot doel de student(en) inzicht te geven in de weerstand en zelf te laten bijdragen tot een oplossing. Dit begint bij het onderkennen van de weerstand, gevolgd door het uitzoeken waartegen de weerstand gericht is en het exploreren van eventuele daarachter liggende oorzaken. De exploratie eindigt met de beantwoording van de vraag: hoe gaan we nu verder?
Richtlijn voor de docent is dat hij studenten serieus neemt in hun kritiek op het onderwijs, of op hemzelf, ook indien hij vermoedt dat achter de kritiek persoonlijke gevoeligheden van de student schuilgaan.

Enkele voorbeeldvragen voor het exploreren van weerstanden:

1. Wat vind je van dit onderwijs/onderdeel?
   - Wat verwacht je van dit onderwijs/onderdeel?

2. Wanneer zou je dit onderwijs wel zinnig vinden:
   - andere inhoud/inbreng docent/inbreng groep?

3. Welke inbreng wil je zelf hebben in dit onderwijs/onderdeel?
   - Wordt van jou iets verwacht wat je niet wilt?
   - Waarom wil je dat niet?
   - Wil je het niet en/of durf je het niet en/of vind je het niet zinvol?
   - Wat denk je dat er gebeurt als je het toch doet?
   - Wat zou je wel willen/durven/zinvol vinden?

Indien de docent besluit de weerstand **niet aan de orde te stellen**, dient hij toch een oplossing voor de blokkade te vinden, zeker als deze de gehele groep betreft. De keuze van de aanpak wordt mede bepaald door datgene waartegen de weerstand gericht is. Een verrassende ommezwaai in onderwijs-aanpak, onderwijssinhoud of opstelling van de docent kan vaak de ’patstelling’ doorbreken en alsnog een opening geven om het leerdoel te realiseren.

9.8 Kader 4.1: Angst voor kanker[*50]

Een **dagdeel** attitude-onderwijs met als doel studenten bewust te maken van hun eigen normen, waarden en emoties, nu en vroeger, en de invloed ervan op hun communicatie met de patiënt. Het zwaartepunt ligt bij het 'domein arts als persoon'.

Groep: 8-10 studenten
Docent: een arts
Tijd: ca. 3 uur

Verloop van de les

1. Introductie en uitleg

2. Oefenen anamnese in tweetallen
   Elke student speelt eenmaal arts en eenmaal patiënt. Elk tweetal krijgt één rol van een vermoedelijk ernstig zieke patiënt, die (uit angst?) lang met een klacht is doorgelopen (bijvoorbeeld een jonge moeder met sterke aanwijzing voor een coloncarcinoom) en één rol van een patiënt die bang is voor kanker en vraagt om frequente screening door de arts (bijvoorbeeld een vrouw, met belaste familie-anamnese, die om maandelijks borstonderzoek vraagt omdat zij haar zelfonderzoek niet vertrouwt).
   (5 minuten voorbereiden, 10 minuten anamnese, kort napraten, rolwisselen.)

3. Plenaire (strikt) medische nabespreking per casus
   - Welke anamnestische gegevens zijn essentieel?
   - Wat is je differentiaal diagnose?
   - Wat is je beleidsvoorstel?
   Verschillen in (subjectieve) opvatting over het gedrag van de patiënt worden geïnventariseerd en even 'bewaard' voor na de pauze.

   PAUZE

4. Invullen vragenlijst over eigen beleving van de patiënt (Geen onderling overleg.)
   - Wat vond ik, als arts en als persoon, van de patiënt?
   - Wat voelde ik bij de patiënt?
   - Met welke van de twee patiënten voel ik de meeste affiniteit?

5. Korte plenaire inventarisatie van antwoorden
   Verschillen en overeenkomsten in antwoorden worden gesignaleerd en geaccepteerd.

---

[*] Dit voorbeeld is geïnspireerd door elementen van onderwijs aan huisartsen in opleiding aan de Katholieke Universiteit Leuven. Jaspaert H, Beullens J. GOC-5.

6. Onderling interview in tweetallen
   Indien mogelijk tweetallen formeren van studenten met ieder affiniteit voor een andere patiënt, of met sterk verschillende antwoorden op de eerste twee vragen.
   (Interview 15 minuten, kort napraten, rolwisselen.)
   Vragen voor interview:
   - Hoe vind je dat een persoon zou moeten omgaan met ’klachten’ die bijvoorbeeld op kanker kunnen duiden?
   - Hoe ga je zelf om met ’klachten’?
   - Heb je wel eens iets ’verdachts’ aan je eigen lichaam ontdekt (knobbeltje in borst, rare moedervlek)? Hoe reageerde je toen?
   - Ken je het gevoel van angst voor een ernstige ziekte?
   - Hoe werd vroeger bij jou thuis met ziektesymptomen omgegaan?
   - Hoe sta jij daar nu tegenover?
   - Kun je een invloed herkennen van jouw houding ten opzichte van symptomen bij jezelf op je houding ten opzichte van de twee patiënten?

   (Interviewer krijgt vragen op papier, maar mag zelf selecteren en doorvragen; geïnterviewde mag vragen ’weigeren’.)
   Na afloop maakt het koppel afspraken over wat wel en niet wordt gerapporteerd.

7. Plenaire nabespreking
   Elk koppel rapporteert hoe het interview verliep en wat er inhoudelijk uit kwam.
   Kort rondje: heb je iets geleerd?
   Afsluiting door docent aan de hand van de casus, eigen ervaring als arts en (vooral!) de inbreng van de studenten.

Vervolg

- Een dagdeel: anamnese bij simulatiepatiënt, die rol speelt van patiënt met langer bekend carcinoom, waarmee hij met vallen en opstaan leert leven. De hulpvraag betreft een eenvoudig probleem. Nabespreking van de ervaring volgens het didactisch model voor reflectie (3.4.2).
  Het onderwerp is nu verschoven van angst voor kanker naar omgaan met kanker. Er wordt teruggegrepen op ervaringen en conclusies van de vorige bijeenkomst. Het zwaartepunt komt te liggen bij het ’domein patiënt’.

- Volgend dagdeel: ontmoeting met een echte patiënt met bij voorbeeld een carcinoom of AIDS. Studenten kunnen vragen stellen over het ontdekken van de ziekte, wat de patiënt toen doormaakte, hoe artsen met hem omgaan, hoe het hem nu gaat, hoe hij zijn toekomst ziet en wat hij aanstaande artsen wil meegeven.
  In dit dagdeel staat weer het ’domein patiënt’ centraal, waarbij nu door de ogen van de patiënt naar de bejegening door de arts, de ’buitenkant’ van diens attitude wordt gekeken.

9.9 Kader 4.2: Introductiemiddag fysische diagnostiek*

Een eerste dagdeel fysische diagnostiek, met het doel studenten over de drempel te helpen bij het oefenen op elkaar, bewust te maken van gevoelens hierbij, gedragsrichtlijnen voor bejegening van elkaar en de patiënt mee te geven en de beginselen bij te brengen van inspectie, auscultatie, percussie en palpatie.

Groep: 10-12
Docent: arts
Tijd: 3,5 uur

Verloop van de les

1. Introductie en uitleg van het programma

2. Vraag over lichamelijk onderzoek, bezien vanuit de student:
   - Waar zie je tegen op of wat denk je dat je moeilijk zult vinden als je straks zelf echte patiënten moet gaan onderzoeken? Concrete voorbeelden (puntsgewijs voor jezelf noteren, geen onderling overleg).

3. Beantwoorden in de groep
   Inventarisatie en ordening op 'flap' (bijvoorbeeld technische versus emotionele factoren, patiënt te nabij versus patiënt die afstoot, beginnersonzekerheid versus wat altijd moeilijk blijft).
   Docent geeft commentaar, eventueel ook eigen ervaring, en vult zo nodig hiaten in de lijst aan. (10 min.)

4. Vragen over lichamelijk onderzoek bezien vanuit de patiënt:
   - In welke opzichten kan het voor een patiënt moeilijk of belastend zijn een lichamelijk onderzoek te ondergaan?
   - Bedenk per probleem wat je als arts zou kunnen doen om de belasting weg te nemen of te verlichten (kort noteren, geen overleg).

5. Beantwoorden in de groep
   Inventarisatie en ordening op flap, aangevuld met praktische tips van de arts. (15 min.)

6. 'Oefenen op elkaar', plenaire voorbespreking
   - Welke van de nu genoemde problemen van arts en patiënt kunnen ook spelen bij het oefenen op elkaar?

   (Lijst samen langslopen en aanstrepen.)

---

* Dit voorbeeld is geïnspireerd door een programma-onderdeel ontworpen voor het Alcoschap van de Universiteit van Amsterdam

- Welke andere, specifieke, problemen zouden kunnen spelen bij het oefenen op elkaar?
(Roept u maar! Bijschrijven op flap.)

7. Richtlijnen voor oefenen op elkaar
Studenten formuleren richtlijnen/gedragsregels/afspraken voor het oefenen op elkaar. (Docent noteert deze op flap.)
Daarna deelt de docent reeds bestaande richtlijnen voor het oefenen op elkaar uit.
Vergelijking en discussie, eventueel suggesties voor aanpassing lijst. (N.B. bewaak als docent dat de mening van de individuele student wordt gerespecteerd.) (15 min.)

PAUZE

8. Vier basistechnieken fysische diagnostiek (afwisselend vragend en docerend gepresenteerd)
   - Volgorde
   - Uitvoering en regels van de kunst
   - Specifieke mogelijkheden per techniek
   - Korte opsomming buikonderzoek

9. Demonstratie buikonderzoek door docent bij vrijwilliger
(Docent dient hierbij te letten op het voorbeeld van ’bejegening’ dat hij geeft en uit te leggen dat je tijdens een ’demonstratie’ nooit optimaal met een patiënt omgaat, onder andere omdat je over hem heen praat.)

10. Oefenen op elkaar in drietallen (45 - 60 min.)
Docent loopt rond, kijkt steeds een tijdje mee per groepje.
(Voorbeelden van aandachtspunten bij bejegening: uitkleedinstructie (N.B. wel bloot genoeg!), oogcontact, handen/stethoscoop warm, aanraking etc.)

11. Korte plenaire afronding
   - Hoe ging het, respectievelijk wat is nog moeilijk (de techniek en het oefenen op elkaar)?
Laatste, korte rondje: wat wil ik volgende keer oefenen, respectievelijk waar wil ik volgende keer op letten?

Vervolg
Oefenen buikonderzoek op elkaar en bij patiënt

- Voor pauze verder buikonderzoek op elkaar oefenen, na pauze in klein groepje (3-4 studenten) buikonderzoek bij echte, mondige patiënt, begeleid door arts. Patiënt geeft feedback over bejegening. Nabespreking, feedback en tips in het kleine groepje door arts.
Dit dagdeel heeft tot doel meer praktijkervaring in de geleerde vaardigheden, inclusief de bejegening, aan te bieden in toenemende mate van ’echtheid’. Wat het attitude-onderwijs betreft, ligt de nadruk op de invloed op de patiënt van de bejegening door de arts.

9.10 Kader 4.3: Twee suggesties voor attitude-onderwijs

A. Geobserveerd patiëntcontact

Op vaste momenten in het co-assistentschap, bij voorbeeld tijdens de dienst of op de poli, observeert een ervaren arts de co-assistent bij anamnese en eventueel onderzoek van een patiënt. Liever geen uitgebreide opname maar bijvoorbeeld een contact met een patiënt op de eerste hulp of bij een (vervolg)consult. De arts is op de achtergrond aanwezig, maar grijpt alleen in als dat nodig is. De co-assistent neemt de anamnese af en doet zo nodig lichamelijk onderzoek. Daarna formuleert hij (alleen met de arts) een gemotiveerd voorstel voor beleid. De co-assistent brengt de patiënt op de hoogte van het definitieve, door de arts goedgekeurde, beleidsvoorstel.
Tijdens de observatie kijkt de arts naar medisch technische vaardigheden èn naar bejegening. In de nabespreking komen beide aan de orde.
De arts gebruikt een globaal observatieformulier als kapstok voor de observatie en feedback ten aanzien van de bejegening:

Anamnese:
- geeft duidelijkheid aan patiënt
- stelt patiënt op zijn gemak
- geeft patiënt aandacht en ruimte

Lichamelijk onderzoek:
- maakt het onderzoek zo min mogelijk belastend
- houdt goed contact tijdens het onderzoek

Voorleggen van beleid:
- is duidelijk over het voorgestelde beleid
- geeft patiënt ruimte voor emoties
- geeft patiënt ruimte voor vragen en eigen beslissingen

Tijdens de nabespreking blikt de co-assistent eerst zelf kort terug en daarna geeft de arts concrete feedback aan de hand van het observatieformulier. De co-assistent noteert op het formulier waar hij volgende keer op wil letten.

B. Schriftelijke terugblik na opname

Na een ’opname’ vult de student naast de status een formulier in waarop vragen staan over de ’drie domeinen’: waar stond de patiënt, wat wilde de context, waar stond ik zelf en wat deed ik? Bij de individuele nabespreking van een opname met een arts behoort ook het samen doornemen van dit formulier. De arts kan aanvullende vragen stellen of feedback geven. De student formuleert daarna kort een balans en noteert kort zijn plannen voor de eerstvolgende opname op het formulier.
Na de volgende opname vult de student weer een formulier in, en beschrijft daarbij nu ook hoe het met de plannen is gegaan. Enzovoort.

De student bewaart de formulieren (van A en/of B) in een persoonlijk ’logboek’ en kan ze op vrijwillige basis inbrengen tijdens een voortgangsgesprek met zijn vaste begeleider/mentor. In deze gesprekken ligt de nadruk op de voortgang in het leerproces.

9.11 Kader 4.4: Checklist reflectie

Deze checklist is bedoeld om de volledigheid en systematiek van de terugblik na te gaan (niet om het gedrag van de student te beoordelen).
De procedure is als volgt: eerst geeft de student een terugblik op een patiëntencontact, vervolgens becommentarieert de docent hetgeen de student gerapporteerd heeft.
De docent geeft aan of de student elk aspect belicht in zijn terugblik en zo ja, of de terugblik op de observeerbare punten klopt met de waarnemingen van observator en eventueel van de simulatie-patiënt.

TERUGBLIK

Per domein:

A. patiënt
- Wat dacht de patiënt?
- Wat voelde de patiënt?
- Wat wilde de patiënt

B. student
- Wat dacht ik als arts?
- Wat wilde ik als arts?
- Wat kon ik als arts?
- Wat dacht ik als persoon?
- Wat voelde ik als persoon?
- Wat wilde ik als persoon?

C. context
- Wat verwachtte de context?

Interactie domeinen
- Hoe stelde ik mij op?
- Hoe reageerde de patiënt op mijn opstelling?
- Hoe reageerde de context op mijn opstelling?

Balans
- Kwam de patiënt tot zijn recht?
- Handelde ik optimaal binnen mijn competentie?
- Bleef ik trouw aan mijzelf?
- Koos ik mijn weg in dialoog met de context?

- Kwam mijn opstelling in deze context het welzijn van de patiënt ten goede?
- Wat wil ik eventueel een volgende keer anders doen?

9.12 References

1. Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
2. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice [dissertation]. Utrecht: Nivel, 1991.
3. De Monchy C. Attitude en klinische competentie. Med Contact 1987; 49: 1549-51.
4. Batenburg V, Gerritsma JGM. Attitude, is dat aan te leren? Attitude- en persoonlijkheidsvorming in de medische opleiding. Med Contact 1990; 45: 1016-20.
5. Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Raamplan 1994 Artsopleiding. Eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau KUN, 1994.
6. Hoeven JA van der. Hippocrates arts en ethiek. Leiden: Stafleu, 1963.
7. Krathwohl DR, Bloom BS, Masia BB. Taxonomy of educational objectives. The Classification of Educational Goals. Handbook II: Affective domain. New York: McKay Company, 1964.
8. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.
9. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall, 1980.
10. Eagly AH, Chaiken S. The psychology of attitudes. New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1993.
11. Lalljee M, Brown LB. Ginsburg GP. Attitudes: disposition, behaviour or evaluation? Br J Soc Psychol 1984; 23: 233-44.
12. Westerhof GJ. Statements and Stories. Towards a new methodology of attitude research [dissertation]. Amsterdam: Thesis Publishers, 1994.
13. Rezler AG, Haken J ten. Affect and research in medical education. Med Educ 1984; 18: 331-8.
14. Gedragsregels voor artsen. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1994.
15. NRC Handelsblad. Ligt u lekker? Artikelenserie: Zaterdags Peil. Rotterdam: 20 mei-8 juli 1995.
16. American Association of Medical Colleges. Physicians for the 21st century. Report of the Working Group on Personal Qualities, Values and Attitudes. J Med Educ 1984; 59: 177-89.
17. Lunsen HW van, Hoos AM, Büller HA, Schreuder MCJ, Kupka R. Een adequate beroepshouding kan geleerd worden; training en toetsing van attitudes in het medisch onderwijs. Ned Tijdschr Geneeskd 1994; 138: 1333-7.
18. Eron LD. Effect of medical education on students' attitudes. J Med Educ 1955; 30: 559-66.
19. Eron LD. The effect of medical education on attitudes: a follow-up study. J Med Educ 1958; 33: 25-33.
20. Bender W. Cynisme of eronie? Een meta-analyse van Eron's onderzoek. Bulletin Medisch Onderwijs 1993; 12: 117-22.
21. Gerritsma JGM, Smal JA. Grensverschuivingen in het medisch onderwijs. Utrecht: Oosthoek, Scheltema en Holkema, 1974.
22. Zeldow PB, Daugherty SR. The stability and attitudinal correlates of warmth and caring in medical students. Med Educ 1987; 21: 353-7.
23. Harris CM. Formation of professional attitudes in medical students. Br J Med Educ 1974; 8: 241-5.
24. Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. Pediatrics 1968; 42: 855-71.
25. Francis V, Korsch BM, Morris MJ. Gaps in doctor-patient communication: patient's response to medical advise. N Engl J Med 1969; 280: 535-40.

26. Blackwell B. Drug therapy, patient compliance. N Engl J Med 1973; 289: 249-52.
27. Franssen AMJ, Persoon JMG, Veling S. Verschillen in attitude tussen medische studenten: een vergelijking tussen 4e en 6e jaars medische studenten in Maastricht en Nijmegen Med Contact 1982; 32: 970-4.
28. Rezler AG. Attitude changes during medical school: a review of the literature. J Med Educ 1974; 49: 1023-30.
29. Schüffel W. Can medical students acquire patient centered attitudes at medical schools? Psychother Psychosom 1983; 40: 22-32.
30. Wattis JP, Smith CW, Binns V. Medical students' attitudes to old people and career preference: the case of the Nottingham medical school. Med Educ 1989; 23: 81-5.
31. Wilson JF, Brockopp GW, Kryst S, Steger H, Witt WO. Medical students' attitudes toward patients with pain. Pain 1992; 50: 251-6.
32. Gelder L van, Peters JJ, Oudkerk Pool Th, Sixma J, editors. Didactische analyse I. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1971.
33. Dochy FJRC, Bouwens MJR. Toetsing en toetsservicesystemen voor individuele leertrajecten in open leersituaties. Leiden: Spruyt, Van Mantgem en De Does, 1992.
34. Vleuten CPM van der. Toetsing van medische competentie. In: Metz JCM, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der, editors. Medisch onderwijs in de praktijk. Assen: Van Gorcum, 1995: 152-64.
35. Bonke B. Attitudevorming en -beoordeling: training in de medische opleiding. Med Contact 1995; 50: 121-2.
36. Groot AD de. Begrip van evalueren. 's-Gravenhage/Amsterdam: VUGA, 1986.
37. Graat JMJM, Hoogland HJ, Horst FG van der. Bewustwording van attitudes en de Maastrichtse ervaringscirkel. In: Metz JCM, Scherpbier AJJA, Houtkoop E, editors. Gezond Onderwijs-2. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau KUN, 1993: 56-61.
38. Graat JMJM. Bewustwording van attitude. In: Metz JGM, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der, editors. Medisch onderwijs in de praktijk. Assen: Van Gorcum, 1995: 94-101.
39. Poeze M, Hoebe CJPA, Steeg AFW van der. Ervaringen van co-assistenten met attitude-onderwijs. Bulletin Medisch Onderwijs 1995; 14: 145-9.
40. Spaendonck KPM van. Attitude-onderwijs in zakformaat. Bulletin Medisch onderwijs 1995; 14: 69-75.
41. Peeters OL, Spaendonck KPM van. Studenten leren nadenken over hun eigen functioneren. In: Metz JGM, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der, editors. Medisch onderwijs in de praktijk. Assen: Van Gorcum, 1995: 356-63.
42. Studiegids 1996-1997, Faculteit der Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam. Opleiding Geneeskunde. Instellingspecifiek Onderwijs, Zwaartepuntonderwijs: 'patiënten in de grote stad': 173-5.
43. Crebolder HFJM, Metsemaker JFM, Root JMH op 't, Bartholomeus P, Bouhuis P, Bosthuizen HPA. Patiëntgebonden onderwijs in de huisartspraktijk binnen de artsopleiding; het programma van de Rijksuniversiteit Limburg. Ned Tijdschr Geneeskd 1996; 140: 1320-3.
44. Hein PR, Vliegen RFA, Adamo N, Steegers EAP, Steegers-Theunissen RPM, Eskes TKAB. Het Nijmeegse longitudinale studenten zwangerschapsproject, een project voor en door 4e jaars geneeskunde studenten. In: Houtkoop E, Pols J, Pollemans MC, Scherpbier AJJA, Verwijnen GMJM, editors. Gezond Onderwijs-3. 's-Gravenhage 1994: Haagse Hogeschool, 1994: 210-3.
45. Lunsen HW van. Wie is er bang voor het gynaecologisch onderzoek? Het gynaecologisch onderzoek; een kritisch moment voor patiënten, studenten en docenten [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit, 1986.
46. Soesbergen P van. Motives for teaching the male recto-genital examination to medical students. In: Bender W, Hiemstra RJ, Scherpbier AJJA, Zwierstra RP, editors. Teaching and Assessing Clinical Competence. Groningen: BoekWerk, 1990: 167-8.

47. Selleger VJ, Overgoor AG, Willekens LAM. Learning the male recto-genital examination by performing it on an instructor. In: Bender W, Hiemstra RJ, Scherpbier AJJA, Zwierstra RP, editors. Teaching and assessing clinical competence. Groningen: BoekWerk, 1990: 165-6.
48. Batenburg V. De terugkommiddag voor co-assistenten: een reflectie. Bulletin Medisch Onderwijs 1995; 14: 32-8.
49. Spaendonck KPM van, Berger HJC, Haverkort AFM, Lisdonk EH van de. Functionele klachten in de medische praktijk. Een werkmodel. Assen: Van Gorcum, 1996.
50. Jaspaert H, Beullens J. Seminarie omgaan met waardenprofielen voor studenten huisartsgeneeskunde. In: Cate ThJ ten, Dikkers JH, Houtkoop E, Pollemans MC, Pols J, Smal JA, editors. Gezond Onderwijs-5. Proceedings Gezond Onderwijs Congres 1995. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1996: 205-8.

Chapter 10

Final discussion, conclusions and recommendations

"The person is a missing dimension in medical care and in medical education."

(Weston 1988)

10.1 Introduction

Even though the importance of attitudes in practising medicine has been recognized[1] and the systematic curricular attention to attitude development has been stressed recently,[2] little is known about the actual attitude development of medical students. Because of this, the attitudes of medical students and vocational trainees of the Utrecht Medical School were the subject of this thesis and changes in attitudes in relation to elements of the medical curriculum were investigated. The main questions were: What is the role of attitudes in medical practice? How do attitudes develop during medical training? Which attitudes are held by medical students and trainees? Can attitudes be learned and are they teachable?

This final chapter summarizes and explores further the questions, initially posed in this thesis and answered in the various substudies. The main findings are summarized and discussed and final conclusions are drawn. In addition, the methodological aspects of attitude assessment are considered as are the limitations of our studies. Finally, recommendations are made for attitude development in medical education and for future attitude studies.

10.2 Main findings on students' attitudes

The biological aspect of illness was the dominant value.[3]

10.2.1 The art of medicine and attitudes

Medical practice is influenced by physicians' professional attitudes.[1,4] Attitudes are not an extra but an essential part of medical competence, for instance in clinical decision-making[5]: attitudes influence the detection of patient problems, the quality of diagnostic information, the management of problems, and patient education.[6,7] They also influence the doctor-patient relationship and communication.[1,4,8] Lastly, attitudes have an impact on outcomes like satisfaction, compliance, and health status.[1,7,9,10,11,12,13,14] Attitudes belong to the 'art' of medicine. While the patients'welfare has always been the aim, medicine has largely been physician-centred.[15] The 'scientific face' of medicine has predominated in both medical care and medical education at the cost of the 'art' of medicine, while the two are each others' complement. Lately, however, medical care has increasingly incorporated patients' perspectives and the 'art' of medicine has received more attention. Following this trend, Dutch medical schools have adopted educational objectives concerning attitudes.[2]

The attitudes required at the end of graduate training include the ability to establish a doctor-patient relationship where the doctor can act with understanding and empathy, can take into account the patient's perspective, feelings, and needs, can understand the psychosocial aspects of the illness, and is aware of his or her own attitudes. These attitudes coincide with patient-centredness, psychosocial orientation, care orientation, and self-awareness: the attitudes under investigation in this thesis. In our studies, more patient-centred, psychosocially oriented and care-oriented attitudes are called 'humane'; more doctor-centred, biomedically oriented and cure-oriented attitudes are called 'technological'. From the literature, it has become clear that these attitudes do not develop automatically during medical training, as had often been assumed, because of the one-sided attention to medicine as a biomedical science.[11]
In the past, a similar assumption about the automatic development of communication and history-taking skills in students was refuted by empirical data, indicating a decline in skills as students proceed with their education. Later studies on these skills have found that they are teachable and can persist for a considerable time if curricular attention is paid to their systematic development by means of special courses.[16,17] Less empirical data are available on attitude development but it is known that attitudes are influenced and can be modified by medical education.[11]

10.2.2 The fate of attitudes in medical education

Many studies have demonstrated an unfavourable influence of medical education on students' attitudes. A decline in humaneness has been found, i.e. a decrease in patient-centredness, psychosocial orientation, and care orientation as students proceed with their training.[3,11,18] It has become clear that two socialising processes are at work in medical education. Alongside a process of formal attitude development in required curricular courses, another process is also influential: indirect learning in 'the hidden curriculum' of implicitly present norms and values.[19] For example: a biomedical orientation to disease presupposes that biomedical factors in illness are more basic, true and relevant than psychosocial or cultural factors. Disease is seen as a deviation from a normal value, expressed in a number. In a learning process, attitudes are acquired by medical students as by-products of contacts with instructors and peers.[20] In turn, students' existing attitudes influence their perception and acceptance of attitudes offered: they seek out those which support their own point of view. Attitudes displayed by valued sources have a modelling effect.[21,22]
When no explicit curricular attention to attitudes with regard to the 'art' of medicine is given due to dominance of the 'science' of medicine, an erosion of humane

attitudes occurs and a one-sided development of biomedical and technological attitudes takes place. Only in those students who hold very humane attitudes at the start, do these attitudes remain intact. The result is a loss of empathy, patient-centredness, and psychosocial orientation in the majority of the students. Since the importance of these attitudes in medical practice has been shown, such a result of medical training gives rise to concern.

It has also been demonstrated that single, isolated courses directed at patient-centredness and comprehensive care will only have a short-lived effect on students' attitudes in medical schools with a biomedical value climate.[18,21] Newly acquired attitudes will fade and eventually disappear these when students return to their regular programme.[18] Becker has discussed the resulting loss of humanism and idealism as a temporary adjustment by students to the pressures of medical school.[23] If, on the contrary, medical students are supported and praised by teachers and backed by the entire formal curriculum for their efforts to elicit psychosocial information during an initial patient interview, they are likely to develop a positive attitude toward the psychosocial aspects of medical care. Studies on the effect of attitude courses that are supported by more parts of the medical curriculum have produced favourable results.[10,24,25,26]

It can be concluded that medical education contributes to a process of dehumanisation if the curriculum has a one-sided biomedical orientation and if little or no formal attitude training exists. In this type of curriculum, only technological attitudes develop and they are reinforced at the cost of humane attitudes, since students do not automatically develop such attitudes. In comprehensive curricula with integrated courses directed at attitude development and a value climate in favour of the 'art' alongside to the 'science' of medicine, students can acquire and retain humane attitudes. Here, these attitudes are reinforced by the curriculum content and by the 'hidden curriculum', including examples of role models.

10.2.3 Students' experiences of attitude-aimed courses

In the biomedically oriented curriculum of Utrecht Medical School, several required courses aimed at the development of attitudes have been incorporated for students of various pre-clinical and clinical years (see Table 10.1).

Table 10.1 Courses, aimed at attitude-development

Course	Year	Sessions	Aims
Doctor-patient communication I	3	6	skills
			attitudes
Doctor-patient communication II	4	6	skills
			attitudes
Clinical communication	5	6	skills
			attitudes
Self-reflection	5	1	attitudes

The aims of these courses are: the acquisition and enhancement of history-taking and communication skills; the development of patient-, psychosocially, and care-oriented attitudes; and the development of awareness of personal strengths and weaknesses in contacts with (simulated) patients. These courses have been implemented gradually for the past two decades. Since little was known about the attitudes actually held by the students, students' attitudes were investigated in a series of evaluative and empirical studies.

Our first series of studies examined students' experiences of the attitude-aimed courses (Chapter 2-4). In their first clinical interviews, it appeared that students experienced serious difficulties in combining a patient-centred with a diagnostic approach (Chapter 2). Since these approaches had been taught separately without a systematic integration, this result was not surprising. Students' self-assessments showed enhanced proficiency in medical interviewing on both a diagnostic and a patient-centred level, but coping with their own emotions and entering the patient's world remained problematic issues for the students.

Later, in a revised comprehensive course in clinical interviewing, students reported considerable benefits in knowledge, skills, and attitudes relevant to history-taking and patient communication (Chapter 3). The students seemed to feel capable of integrating medical and psychosocial aspects during their interviews with patients. Self-awareness of strengths and weaknesses in relating to patients was much enhanced by this course. Students felt well prepared for their clinical work. The difference with the former situation was the extent of prior preparation and experience acquired by

the students in pre-clinical courses in patient communication, due to adaptations in the formal curriculum. Moreover, general internists and social scientists in turn taught the new comprehensive course. Again, simulated patients were highly valued, particularly for their feedback on student communication. Data were obtained in anonymous written evaluations.

The last study of this series investigated the impact of a newly implemented short clinical course for clerks (Chapter 4). In this course, the clerks discussed and reflected upon difficult experiences in working as a (semi) professional. The aim was to foster self-awareness and to provide mutual recognition and support. During the course, feelings were expressed openly and discussions reached considerable depth; the personal involvement of the clerks was impressive to the teachers. Even though the course was given only once per group for half a day, students were able to move from reciting incidental experiences to a more general trend in their development as a person and as a professional. This course appeared to offer an opportunity to come to terms with the emotional sides of medical practice.

The conclusion of these evaluative studies is that attitude-aimed courses can make students aware of their attitudes. Moreover, students experienced and reported benefits on the attitudinal domain, especially in patient-centredness and psychosocial and care orientation. In this sense, the courses contributed to attitude development in medical students.

10.2.4 Students' attitudes measured by attitude questionnaires

The second series of studies concerned the empirical measurement of students' attitudes by means of attitude questionnaires (Chapter 5-8). Classes of students in various stages of medical education at the Utrecht Medical School were studied with regard to doctor- versus patient-centredness, biomedical versus psychosocial orientation, and cure versus care orientation (Chapter 5 and 6). More patient-centred, psychosocially oriented, and care-oriented attitudes were called 'humane'; more doctor-centred, biomedically oriented and cure-oriented attitudes were called 'technological'.

In general, students' attitudes seemed to be slightly humane. The hypothesis that senior students would show less patient-centredness, psychosocial orientation, and care orientation due to a process of attitudes erosion, was not corroborated by the data. Students' attitudes seemed to remain stable and not to change during medical training. Attitudes towards care remained the same; traits of the 'ideal physician' in terms of cure versus care did not change. Patient-centredness and psychosocial

orientation to illness also remained unchanged. Contrary to expectation however, a specific influence of attitude- and skills-aimed communication courses on students' humaneness could not be detected (Chapter 7). A decline in humaneness, expected to occur half a year later in a period without such courses, was not visible.

In the earlier stages of education, small but significant gender differences were found, as was expected, indicating slightly more humane attitudes in female students. Differences in attitudes were also found between students preferring either technical of patient-centred specialties, for instance surgery versus general practice with the latter showing more humane attitudes. In a later stage of education, during vocational training, the relation between gender and attitudes disappeared (Chapter 8). Attitudes related to specialty, however, remained. Final-year clerks preferring either general practice or surgery held the same attitudes as vocational trainees in these specialties.

Two findings were surprising in this study. First, the evaluative studies reported benefits with regard to humane attitudes and self-awareness, while in the empirical studies attitudes did not seem to be influenced and remained remarkably stable during pre-clinical, clinical, and vocational training. The assumption is that attitude aimed courses did indeed influence students attitudes, but their impact served as a 'maintenance dose', preventing erosion of attitudes. Since a control group without attitude-courses was not available in this study, we are unable to predict which development would take place in students' attitudes without the experience of these courses. From the literature, it seems plausible to expect a decline in patient-centredness, psychosocial orientation, and care orientation. Another assumption is that the attitude scales employed were unable to detect smaller changes in attitudes. Small attitudinal differences between male and female students' were, however, detected in our study. A third possibility is that attitudes comprise stable as well as flexible elements; the courses may have reached those flexible parts, while the scales were aimed at the stable parts.

The second surprising finding concerns the relation between gender and attitudes. Main factors in students' and trainees' attitudes did not seem to be the phase of education, but, in pre-graduate students, gender. Although gender differences were small, they were statistically significant: female students held slightly more humane attitudes. Similar gender differences have been documented elsewhere: female physicians were more oriented toward the interpersonal aspects of health care, while their male colleagues were more reserved and science-oriented.[27] This has been explained as the result of the different sex-role socializations of men and women. In graduate students' attitudes, however, specialty preference and subsequent career

choice appeared to be the main factor, with gender differences disappearing within the specialty groups. Trainees in general practice held more patient-centred attitudes than did surgery trainees. Here, selection for vocational training plays a role, since the applicants' attitudes are important for admission. Furthermore, during vocational training, the present attitudes are further strengthened, because of the different tasks, patient problems, and positions in the health care system of these two specialties.

It can be concluded is that a stability in attitudes, in particular in humaneness, was found in a predominantly biomedical curriculum that contained some attitude-aimed courses. Although students reported benefits of an attitude-aimed course, the impact was not sufficient to bring about a measurable change in attitudes. No signs of a decline in humaneness were visible as students proceeded with their training. Attitudes of beginning and senior students and vocational trainees were measured cross-sectionally by attitude questionnaires. Differences in attitudes were related first with gender and later with specialty preference.

10.3 Methodological and conceptual considerations

Attitudes should not be studied only as individual possessions, but always in relation to the social and cultural structures in which they develop.[28]

In the first series of studies, students' attitudes were assessed using evaluation questionnaires (Chapter 2-4); in the second series, their attitudes were measured by means of attitude scales (Chapter 5-8). Although the students themselves perceived an impact from the attitude courses, no changes in their attitudes were visible in the measurements of the attitude questionnaires. The only attitudinal differences found were related to gender and specialty preference.

First, it is possible that the evaluation of the impact of a course measures different aspects of attitudes than the assessment of attitudes using a questionnaire. Values, an aspect of attitudes according to the definition of Bloom,[29] seem to remain constant in medical education.[30,31] Attitudes in the sense of views or opinions according to the definition of Fishbein and Ajzen,[32] seem to be susceptible to change by persuasion.[33] If the attitude questionnaires were directed more at values and the course evaluations more at opinions, the discrepancy between the perceived impact of the courses and the measured stability in attitudes becomes more plausible.

Second, the studies concerning the perceived impact of attitude-aimed courses

employed evaluative questionnaires, to be filled in anonymously by the participating students. This kind of evaluation is a form of self-assessment. Recent studies on students' self-assessment of their skills showed increased proficiency with increased clinical experience, especially in interpersonal skills.[34] High-performing students tended to underestimate themselves, while low-performing students did the opposite. The correlation between self-assessment and external ratings by teachers, however, seemed to be weak. It is not yet clear whether students assess non-cognitive aspects like attitudes in the same way as their knowledge and skills; different outcomes have been obtained in various studies.[34] It is possible that the more students learn about skills or attitudes, the better they can calibrate their assessments to those of their teachers and the more critical they become because they can make more distinctions. Nevertheless, comparison of self-assessment with more objective data remains desirable.

Measuring attitudes by means of attitude scales, as was conducted in the second part of the study, poses some methodological problems. First, the context of measuring attitudes can induce the subjects to show particular attitudes. Attitudes of professionals in any field receive social support inside the professional group and within society at large. In expressing attitudes in attitude questionnaires, subjects will thus present socially supported attitudes, making it difficult to differentiate between the 'real' attitude and a measurement error.[28] It is impossible, however, to separate the students' attitudes from the professional and measurement context and treat them as true or completely objectively found attitudes. In displaying slightly humane attitudes, however, the students at least demonstrated that they are familiar with such attitudes.

The second problem is that the, reliability and validity of attitude scales and questionnaires are uncertain.[11] In our studies, however, internal reliability, and content validity, convergent, discriminant, and construct validity of the employed scales seemed to be adequate. Nevertheless, comparison with data from different subjects, for instance students in other medical schools, remains desirable. Others have found similar results with regard to gender differences when employing the Doctor-Patient Scale.[35,36,37]

One limitation of our study on attitude development among junior and senior medical students and vocational trainees lies in the study design: groups were compared cross-sectionally and not followed longitudinally. In addition, there were no control groups without attitude-aimed courses in the study on vocational trainees, the number of subjects was very limited. These conditions limit the generalizability of our data. Attitudes should first be studied in the context in which they developed[28]; in this

sense, the Utrecht Medical School is the context of the students' attitudes and comparison with attitudes of students in other medical schools is the next step.
A final critical remark concerns the bipolarity of the concepts in the attitude scales of patient- versus doctor-centredness, psychosocial versus biomedical orientation, and care versus cure orientation. In a recent theoretical overview, the bipolarity and unidimensionality of attitudes was criticised and the complexity of attitude structures, in the form of networks, was proposed.[33] Studies on political liberalism versus conservatism have cast doubt on the unidimensionality and suggest two relatively independent dimensions instead: liberalism and conservatism with a low negative correlation. Although this invalidates the construct validity of our attitude questionnaires, it does shed a new light upon the unexpected absence of change in attitudes. The art and the science of medicine, as well as humane and technological attitudes, in this study seen as two ends of one dimension, be seen as different but complementary dimensions, both having their merits and limitations. The importance of each dimension can change for the students as they proceed with their training, without resulting in a visible change in one-dimensional scale scores. It would be worthwhile to study attitudes toward patients, illness, and care in two dimensions instead of only one.

10.4 Implications for medical education

We believe that strongly positive educational efforts that begin early and extend through medical school are needed to enhance the humanistic interpersonal skills of future physicians.[24]

The art and the science of medicine are both needed in medical practice. In medical education, the science of medicine is incorporated in the entire curriculum. The art of medicine, however, receives less attention. The attitudes, needed in the art of medicine do not develop automatically while following the biomedical curriculum, they run the risk of erosion. If medical schools want to foster attitudes in their students in accordance with the attitudinal educational objectives, special programs supported by the entire educational programme and by teachers in the pre-clinical and clinical years are needed (Chapter 9).
In our studies, it appeared that the existing courses were insufficient to bring about a measurable change in attitudes into a more humane direction. Either more educational effort or different courses are needed than the existing one communication course per

curriculum year. These courses probably serve as a 'maintenance dose', preventing an erosion of attitudes and a decline in humaneness. In a study on the development of diagnostic interviewing skills, it has been stated that newly acquired skills that have not yet become 'automatised' may be easily pushed aside by new educational activities.[16,38] Smooth activation of these skills requires extensive and repeated application and exposure to patient problems. It is possible that the same principle is valid in attitude development.

Attitude development, in our assumption, concerns a domain close to the development of communication skills. Communication skills can be acquired rapidly and may be retained for several years; they can, however, decline without ongoing training and practice. While acquisition of humane attitudes through special courses is possible, it seems to demand considerable and sustained effort.[24,39,40,41] Encouraging results have been obtained in curricula designed to master the humanistic aspects of medicine alongside the scientific aspects.[3,10,12,24,25,26,42,43,44] Special courses directed at psychosocial skills result in improved skills plus more favourable attitudes towards psychosocial care. Students demonstrate greater psychosocial knowledge, better relational skills as well as more humane attitudes.

10.4.1 Which attitudes should be taught?

Which attitudes are the 'right' attitudes (Chapter 9)? The welfare of the patient is the aim of medicine. Alongside attitudes towards a scientific way of practising medicine, attitudes towards the patient, towards the doctor-patient relationship, and towards care should be explicitly developed in medical education.[2] Here, the 'right' attitudes consist of attitudes conducive to the welfare of patients, to a good doctor-patient relationship, and to a good delivery of care. Attitude development should be directed at three domains: the student, as a person in a professional helping role; the patient, as a person with an illness; and the medical context in which the care is given. Furthermore, the interaction between these three domains should be taken into consideration.

A distinction can be made in attitude development, between the 'inside' of attitudes, i.e. beliefs and feelings, and the 'outside', the overtly manifested attitudes in terms of observable behaviour or skills. The 'inside' and the 'outside' of attitudes are related, although the relationship is complex. For example, opinions of students on what constitutes 'a pleasant patient' play a role and can be observed in the actual communication skills manifested by that student towards a particular patient. Medical education is directed at both the inside and the outside of students' attitudes. The

inside of attitudes concerns the knowledge and value of the importance of attitudes in medical care, of the doctor-patient relationship, of self-awareness, and of psychosocial factors in illness. The outside of attitudes can be developed in the form of skills in communicating, history taking, and relating to patients and colleagues. The development of attitudes in terms of skills should result in an outcome, a product: the correct relational skills. In addition to this product-oriented aim, a process-oriented aim is also relevant. This aim consists of the awareness of one's attitudes and their impact on professional behaviour, and of handling one's attitudes in relation to patients and colleagues. Feelings and opinions on patients and medical care, awareness of these feelings and opinions, and awareness of their influence on professional behaviour should also be subjects of attitude courses. The skills needed here consist of self-reflection and self-observation. Thus, attitude development is directed toward the acquisition of relational and self-reflective skills, and knowledge of the importance of psychosocial aspects in care. A list of the 'right' skills and knowledge should be accompanied by steps or phases and formats of development. In addition, criteria have to be formulated as end-terms for assessment.[45]

10.4.2 How should attitudes be taught?

It has been stated that fostering humane attitudes in students requires a humanizing of the educational process.[24] Attitude courses should be an integrative part of the entire medical curriculum. They should start at the beginning of medical education and continue until the end of the clinical years, as described in Chapter 9. In a longitudinal trajectory, important phases in the process of professional and personal development of students can be followed and new experiences can be elaborated and reflected upon. Students then have the opportunity to handle the emotional sides of these experiences instead of repressing their feelings and resorting to distant behaviour.[46,47] This approach can raise the awareness and handling of attitudes in professional behaviour and practice the skill of self-reflection. To raise attitude awareness by means of acquiring self-reflective skills, a didactic model has been developed; students learn a procedure to reflect upon their attitudes in the three domains of patient, student and medical context.[48] In this model, several distinctive steps in reflecting have been incorporated, starting from students' experiences and continuing to plans for action.

In the pre-clinical years, courses directed at communication and history-taking skills are important. Other skills courses should also incorporate attitude development, since attitude development needs to be integrated into the professional behaviour of the

student. Apart from the integrated curriculum structure, the instructional style of attitude courses is important. To encourage the development of relational and self-reflective skills, boundaries between different curriculum contents or subjects have to be open; this has been called a 'weak classification' of subjects. Futhermore, the control over the selection, organization, and phasing of the course content, the 'framing', should rest not only with the teachers but also with the students. It has been demonstrated that weak classification and framing encourage the development of interpersonal and attitudinal qualities like empathy, while strong classification and framing encourage factual, cognitive learning and retention.[49]

The learning environment should consist of small groups, an interdisciplinary faculty, mentorships, contacts with patients, case discussions, skills training, and continuous feedback to students, especially in the clinical years, preferably in the form of supervision. This requires a highly trained staff, as teachers also have a facilitative role.

The aims of attitude development should be defined in terms of observable student behaviour in order to assess whether these aims are met (see Chapter 9). Relational and self-reflective skills, as well as knowledge of their importance, should be assessed as a part of the medical curriculum.

10.4.3 How can attitudes be assessed?

How should students' attitudes be assessed or graded? Rezler[18] describes several forms of attitude assessment for medical teachers: direct methods like attitude scales to capture the covert, internal side of attitudes. Indirect measures, involving judgement in case vignettes, can be used to compare individuals or groups. Behaviour observation can be carried out by means of rating scales to assess behaviours that overtly reflect attitudes.

In our view, the assessment of attitudes is restricted to the outside of attitudes, i.e. the self-reflecting and relational skills resulting from the attitude objectives,[50] and to the knowledge of psychosocial aspects of care. The inside of attitudes, regarding students' personal opinions, views, and feelings, belongs to the privacy of the student. Thus, the professional knowledge and skills needed in self-reflection and relating to patients and colleagues are subjected to assessment, not the personal feelings or norms of a student (see Chapter 9). This form of attitude assessment in terms of

skills assessment can be realised in skills tests, as a part of objective structured examinations, and in testing the ability to reflect upon one's attitudes, as a part of continuous assessment. Knowledge can be tested with the usual forms of examination.

10.5 Recommendations for future research

More insight is needed in the exact conditions favouring attitude development in medical education: comparison of the impact of different curricula, course aims and formats, instructional styles, and teachers' attributes on students' attitudes in descriptive and intervention studies with control groups. A literature review of recent developments should be the first step. In addition, more research is needed to study the impact of skills training (the outside of attitudes) on students' opinions, views, and values (the inside of attitudes). A distinction between more flexible opinions and more stable values would also be useful on the conceptual level with regard to the definition of attitudes. Finally, separate measurement scales of humane as well as technological attitudes should be developed; these scales should consist of two instead of one dimension.

10.6 References

1. Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park: Sage Publications, 1989.
2. Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Blueprint 1994: Training of doctors. Objectives of undergraduate medical education in The Netherlands. University of Nijmegen: University Publication Office, 1994.
3. Eisenthal S, Stoekle JD, Ehrlich CM. Orientation of medical residents to the psychological aspects of primary care: influence of a training program. Acad Med 1994; 69: 48-54.
4. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice [dissertation]. Utrecht: Nivel, 1991.
5. McWhinney IR. Patient-centred and doctor-centred models of clinical decision-making. In: Decision making in general practice; Sheldon, et al., editors. New York: Stockton Press 1985.
6. Rezler AG. Do personal characteristics and attitudes influence clinical decisions? Paper for the International Conference of the World Federation of Medical Education. Ottawa, Ontario: 1985.
7. Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen [dissertatie]. Utrecht: Nivel, 1986.
8. Verhaak PFM. Hoe speciaal is de communicatie van de huisarts? Huisarts Wet 1991; 4: 320-4.
9. Kaplan SH, Greenfield S, Ware J. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1989; 27 (Suppl): 110-27.
10. Kern DE, Grayson M, Randol Barker L, Roca RP, Cole KA, Roter D, et al. Residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. J Gen Intern Med 1989; 4: 421-31.
11. Rezler AG, Haken J ten. Affect and research in medical education. Med Educ 1984; 18: 331-8.
12. Roter DL, Cole KA, Kern DE, Barker LR, Grayson M. An evaluation of residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. J Gen Intern Med 1990; 5: 347-54.
13. Rutten GEHM. Huisarts en patiënt; richtlijnen en uitgangspunten. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.
14. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Patient-physician communication: a descriptive summary of the literature. Pat Educ Counsel 1988; 12: 99-119.
15. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professional evolution. JAMA 1996; 275: 152-6.
16. Bögels SM. Teaching and assessing diagnostic interviewing skills. An application to the mental health field [dissertation]. Maastricht: Universitaire Pers, 1994.
17. Maguire P. Can communication skills be taught? Br J Hosp Med 1990; 43: 215-6.
18. Rezler AG. Attitude changes during medical school: a review of the literature. J Med Educ 1974; 49: 1023-30.
19. Armstrong D. The structure of medical education. Med Educ 1977; 11: 244-8.
20. Walker M. Training the trainers: socialisation and change in general practice. Sociol Health & Illness 1988; 3: 282-302.
21. Markham B. Can a behavioral science course change medical students' attitudes? J Psychiatr Educ 1979; 3: 44-54.
22. Harris CM. Formation of professional attitudes in medical students. Br J Med Educ 1974; 8: 241-5.
23. Becker HS, Gear B, Hughes EC, Strauss AL. Boys in white: student culture in medical school. New Brunswick: Transaction Books, 1961.

24. Branch WT, Arky RA, Woo B, Stoeckle JD, Levy DB, Taylor WC. Teaching medicine as a human experience: a patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students. Ann Intern Med 1991; 114: 482-9.
25. Smith RC, Osborn G, Hoppe RB, Lyles JS, Egeren L van, Henry R, et al. Efficacy of a one-month training block in psychosocial medicine for residents: a controlled study. J Gen Intern Med 1991; 6: 535-43.
26. Moore GT, Block SD, Style CB, Mitchell R. The influence of the New Pathway curriculum on Harvard medical students. Acad Med 1994; 69: 983-9.
27. Weisman CS, Teitelbaum MA. Physicians' gender and the physician-patient relationship. Recent evidence and relevant questions. Soc Sci Med 1985; 20: 1119-27.
28. Westerhof GJ. Statements and Stories. Towards a new methodology of attitude research [dissertation]. Amsterdam: Thesis Publishers, 1994.
29. Krathwohl DR, Bloom BS, Masia BB. Taxonomy of educational objectives. The Classification of Educational Goals. Handbook II: Affective domain. New York: McKay Company, 1964.
30. Jaspaert H, Beullens J. Seminarie omgaan met waardenprofielen voor studenten huisartsgeneeskunde. In: Cate ThJ ten, Dikkers JH, Houtkoop E. Pollemans MC, Pols J, Smal JA, editors. Gezond Onderwijs-5. Proceedings Gezond Onderwijs Congres 1995. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1996: 205-8.
31. Beullens J, Fontaine J, Jaspaert H. Het waardeprofiel van studenten huisartsgeneeskunde. In: Cate Th ten, et al., editors. Gezond Onderwijs-5. Proceedings Gezond Onderwijs Congres 1995. Houten: Bohn, Stafleu en van Loghum, 1996: 35-40.
32. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.
33. Eagly AH, Chaiken S. The psychology of attitudes. New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1993.
34. Woolliscroft JO, Haken J ten, Smith J, Calhoun JG. Medical students' clinical self-assessments: comparison with external measures of performance and the students' self-assessments of overall performance and effort. Acad Med 1993; 68: 285-94.
35. De Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. Med Educ 1988; 22: 231-9.
36. Lingiardi V, Maffei C, De Monchy C. Evaluating sex as a variable in the doctor-patient relationship of an Italian medical student sample. Med Educ 1993; 27: 188.
37. Markert RJ. Cross-cultural validation of the doctor-patient scale. Acad Med 1989; 64: 690.
38. Bögels SM. Training in interviewvaardigheden. De stand van zaken. Bulletin Medisch Onderwijs 1996; 15: 133-9.
39. Maheux B, Delorme P, Béland F, Beaudry J. Humanism in medical education: a study of educational needs perceived by trainees of three Canadian schools. Acad Med 1990; 65: 41-5.
40. Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B. Lectures and skills workshops as teaching formats in a history-taking skills course for medical students. Med Educ 1989; 23: 364-70.
41. Evans BJ, Stanley RO, Coman GJ, Burrows GD. Psychological tests to measure the effects of medical education on students' interpersonal skills. Med Educ 1989; 23: 492-7.
42. Schüffel W. Can medical students acquire patient centered attitudes at medical schools? Psychother Psychosom 1983; 40: 22-32.
43. Stillman PL, Regan MB, Swanson DB, Case S, McCahan J, Feinblatt J, et al. An assessment of the clinical skills of fourth-year students at four New-England medical schools. Acad Med 1990; 65: 320-6.

44. Franssen AMJ, Persoon JMG, Veling S. Verschillen in attitude tussen medische studenten: een vergelijking tussen 4e en 6e jaars medische studenten in Maastricht en Nijmegen. Med Contact 1982; 32: 970-4.
45. Gerritsma JGM, Smal JA. Grensverschuivingen in het medisch onderwijs. Utrecht: Oosthoek, Scheltema en Holkema, 1974.
46. Lunsen HW van, Hoos AM, Büller HA, Schreuder MCJ, Kupka R. Een adequate beroepshouding kan geleerd worden; training en toetsing van attitudes in het medisch onderwijs. Ned Tijdschr Geneeskd 1994; 138: 1333-7.
47. Schüffel W. Does history-taking affect learning of attitudes? Psychother Psychosom 1979; 31: 81-92.
48. Spaendonck KPM van. Attitude-onderwijs in zakformaat. Bulletin Medisch Onderwijs 1995; 14: 69-75.
49. Colditz GA, Sheehan M. The impact of instructional style on the development of professional characteristics. Med Educ 1982; 16: 127-32.
50. Cate ThJ ten. Over vorming en toetsing van attitude in de artsopleiding. Bulletin Medisch Onderwijs 1996; 15: 169-76.

Summary

"In the attempt to train future physicians for better doctor-patient relationships, one cannot teach only about the *other* (the patient) but one must also know about the *self* (the student). Only thus can this self-other interaction be improved."

(Bloom 1958)

Summary

Chapter 1 presents a general introduction describing attitudes in medicine and the design of this research project. Attitudes are important in medical care; they influence the doctor-patient relationship, the communication, the information exchange, the diagnosis, the decision-making, and the management of a patient's problems, as well as satisfaction, compliance, and a patient's health status. In this thesis, attitudes are defined as systems composed of beliefs, feelings, and action tendencies toward a given object, for instance: the patient. They develop and change during processes of cognitive, affective, behavioural, and social learning. The relation between attitudes and behaviour is complex; attitudes do, nevertheless, play a central role in behaviour. A distinction is also made in this thesis between two aspects, or two 'faces', of medicine: the art and the science. Attitudes concern the art aspect of medicine and the affective domain of learning in medical education. Patient-centred, psychosocially oriented, and care-oriented attitudes are called humane; doctor-centredness, biomedical orientation, and cure orientation are considered technological. While care and cure each have their merits in medicine, the cure aspect has traditionally been more dominant in medical education than the care aspect. The same has been true for cognitive development over attitude development. Recently, however, attitudinal objectives were formulated, which stress the importance of the doctor-patient relationship in medical care and the awareness of attitudes of future doctors.

Little is known about the actual attitudes, held by medical students. While it has been assumed that students automatically acquire adequate attitudes, it has been documented that their attitudes develop in an unfavourable way, resulting in cynicism and a decrease in humaneness. A one-sided biomedical orientation of both the formal medical curriculum and the informal hidden curriculum does not foster humane attitudes in students. Since the curriculum at the Utrecht Medical School is predominantly biomedically oriented, we investigated the attitudes of the students in relation to parts of the curriculum. Students in the first through sixth year of graduate education and second-year vocational trainees in surgery and general practice, were studied. The aim was to describe their attitude development and to investigate whether parts of the medical curriculum in Utrecht contributed to the development of humane attitudes and to the awareness of attitudes in the students. The results of several attitude-aimed courses were investigated in the first series of studies (Chapter 2, 3 and 4). We studied the perception and assessment of the students with regard to the benefits of these courses on the attitudinal domain.

In **Chapter 2**, the results and evaluation of this course in medical interviewing are presented. The course was developed to prepare the students for their clinical work and was aimed at both attitude and skills development. Teachers were general internists and social scientists. Since the medical interview plays an important role in medicine, in particular in collecting data, in diagnosing and in establishing an effective doctor-patient relationship, and since students can improve their interviewing with the aid of systematic training, a short clinical course was developed. Attention was paid to the difficulties experienced by students in their first clinical interviews with (simulated) patients. The course consisted of three three-hour sessions and was part of a larger introductory programme at the start of the first clinical clerkship in the fifth curriculum year. The format was designed to combine data collection in history-taking with effective patient communication as a first step in an integrative approach to medical interviewing. At the time of this investigation, no systematic integrative communication courses existed in the curriculum. To explore the difficulties students experienced in their first clinical interviews, answers to questionnaires were studied and teachers' observations of students' interviews were analysed. In addition, the course was evaluated using questionnaires and self-assessment scales. The course was highly appreciated by the students. They felt that the course offered a good preparation for their clinical work. The feedback by the simulated patients on the students' behaviour proved highly valuable in enhancing the students' awareness of strengths and weaknesses in interviewing and relating to patients. Students' self-assessment showed an increased proficiency in clinical interviewing, on both diagnostic and patient-centred aspects. Entering the patient's world, however, and coping with one's emotions during the interview remained problematic issues. It appeared that the students encountered serious difficulties in combining patient-centred and diagnostic approaches. One reason for this may be that these approaches had been taught separately in the preceding pre-clinical programme.

The assessment of a revised, comprehensive clinical course is presented in **Chapter 3**. This course was the result of a change in the curriculum in response to the problems experienced by the students in their first contact with patients. A systematic integrated approach to the medical interview had been realised. At the time of this study, the third, fourth, and fifth curriculum year each contained a course in medical interviewing. Students now had some experience in combining a patient-centred approach to history-taking with diagnostic thinking. The aim of the course was the enhancement of skills, knowledge and attitudes in history-taking and patient communication. The central theme was history-taking in general internal medicine;

each session had a different topic of increasing complexity: for instance, the review of systems and the handling of emotions. During six three-hour sessions, the students practised with simulated patients. The teachers were, as before, general internists and social scientists. Each interview was observed, analysed, and discussed afterwards in the student group with the help of feedback by the simulated patient, the group members, and the teacher. The impression of the teachers was that the students learned rapidly and that they were able to integrate medical and communicative aspects. To investigate this, fifteen groups of eight students each anonymously answered evaluative questionnaires directed at the perceived impact of the course. In total, 115 forms were studied. In the students' self-assessment after the course, considerable benefits regarding all aims were reported, especially on knowledge and skills in history-taking and communicating and on insight into their own strengths and weaknesses. Clinical reasoning, clinical knowledge, and attention to psychosocial aspects of illness were not much enhanced. The students felt well-prepared for their clinical work. Students explicitly mentioned the value of the feedback by the simulated patients for self-awareness, the list of questions in the medical history for the structure of the interview, and the learning acquired by observing each others' interviews. Although the evaluation of a new course may give an unduly favourable impression, the value of the new comprehensive course was clear. In comparison with the previous situation, the students had more experience with the clinical interview. The overall assessment is that the pre-clinical courses, together with this clinical course, now offer a sound training in combining medical and communicative aspects of the medical interview.

Chapter 4 describes the impact of an additional new attitude-aimed course implemented in a later phase of the clerkship. This course was directed at the development of students' awareness of (semi)professional performance, including feelings, ideas, and behaviour. In the confrontation with suffering, death, and the pressures of clinical work, students often experience feelings of uncertainty, inability, and powerlessness. When no explicit attention is paid to these feelings, there is a risk of dehumanization and loss of feelings caused by the operation of a survival mechanism consisting of repression of feelings and loss of empathy. In this short three-hour course, difficulties experienced in working with patients and supervisors were explored and analysed in a structured way. Difficulties discussed consisted of the handling of emotions, commitment versus distance to patients, and the role of the (semi)professional helper. Mutual recognition and support were encouraged by the teachers, social scientists, in reflecting upon the (semi)professional behaviour of the students. The main task of the

teacher was to help create an open atmosphere fit to reveal personal matters, to clarify experiences, and to structure self-reflection. The course was evaluated by means of questionnaires containing open and closed questions; the anonymous answers of 108 clerks from fifteen consecutive groups, a response rate of 90%, were studied. The new course was useful for the participants; format, teaching, and timing of the programme received a positive evaluation. Students indicated benefits in self-awareness, especially from revealing and sharing personal experiences and from the support of the group members. Awareness of their way of handling difficult situations and a concluding inventory of their performance were neutral to positive. The teachers observed that discussions often reached impressive depth; feelings of uncertainty, shock, and grief, but also of growing self-confidence were expressed openly. In a minority of cases, the teachers felt resistance among the students to move from a factual to a more personal level of discussion. The course contributed to attitude development in fostering self-awareness in the students and in helping them to come to terms with the emotional aspects of the clinical work.

In **Chapter 5**, the focus of our study shifts from course evaluation to attitude development in medical students. Little empirical data exist about the actual attitudes of medical students towards their profession. The process of attitude development in medical education is not only overt, guided by the influence of attitude-aimed courses as described above, but also partly covert, directed by the 'hidden curriculum', for instance by examples of teachers functioning as role models. Attitudes towards the profession can be described in terms of cure- versus care-oriented. It has been reported that, when the technological, scientific side of medicine is predominantly stressed in medical education, the care-oriented attitudes of students run a risk of decline. Apart from educational factors, gender is important in attitudes: female students seem to hold more care-oriented attitudes than male students, due to differences in sex-role socialization. In this study, the relation between attitudes and the phase of education and gender was investigated. In a pilot study, the attitudes of beginning, junior, and senior students, 445 in total, were measured cross-sectionally by means of anonymous attitude questionnaires. The attitudes investigated were cure versus care orientation. The attitude scale employed consisted of Likert-type statements; this 'Ideal Physician' Scale was administered to entire classes of students. It was hypothesized that senior and male students would show less care-oriented attitudes when compared to younger female students. Differences in scores were tested using Student's *t*-tests and analysis of variance. Before the actual differences could be studied, however, the reliability and validity of the scale had to be estab-

lished. It was found that the reliability fulfilled the pre-established norm and that construct, content and concurrent validity were adequate. As expected, there were differences found between male and female students; the differences were small but significant. The results also showed that students generally appeared to be slightly care-oriented and that students preferring social specialties held more care-oriented attitudes than those preferring technical specialties. Contrary to expectation, the attitudes of beginning students did not differ from those of senior students, nor did students loose their care-orientation. This may be due to the absence of a dehumanizing influence in the curriculum, possibly due to the impact of attitude-aimed courses, or to selective learning by students. There was no interaction between phase of education and gender. Limitations of this study were its cross-sectional instead of longitudinal design, the small albeit significant differences found, and that the reliability and validity of the scale had to be established.

Additional empirical data on students' attitude development are presented in **Chapter 6**. Since it has been demonstrated that students become more cynical and less humane during their training, attitudes towards patients (doctor-versus patient-centred) and illness (biomedically versus psychosocially oriented) were investigated. To accomplish this, we studied the influence of the phase of education and gender on attitudes. Beginning, junior, and senior students anonymously completed attitude scales containing Likert-type statements. The scales employed were the Doctor-Patient Scale and the Social Context Scale. As in the previous study, the reliability and validity of these scales had to be established. The hypothesis was that senior and male students would show less humane attitudes than female and beginning students. A total of 489 students in four different classes participated, a response rate of 86%. Differences were tested by Student's *t*-test and analysis of variance. The reliability and content, convergent, discriminant, construct and face validity of the scales appeared to be adequate. In general, students' attitudes seemed to be slightly humane. Female students' attitudes appeared to be slightly more humane when compared to male students and students preferring social specialties held more humane attitudes than those preferring technical specialties. The expectation that senior students' attitudes would be less humane was not supported by the results. These findings indicate a stability in humaneness as students proceed with their training. It is possible that the attitude-aimed courses provided a favourable impact. Limitations of this study were the cross-sectional design, the possibility of social desirability in the students' answers to the scale statements, the small differences between groups, and the ongoing validation of the attitude scales.

The biomedical curriculum at Utrecht Medical School contains several courses aimed at attitude development. Third- and fourth-year students also participate in a communication course with the dual aim of attitude and skills development.

Chapter 7 addresses the influence of this communication course on students' attitudes. The objective of the study was to assess attitude changes in students during and after the course. In a structured format of six three-hour sessions, small groups of students practised interview skills. Much of the time was spent on role-playing with simulated patients, followed by feedback. Awareness of students' behaviour in communicating with patients was encouraged. Medical interviews were observed on videotapes, group discussions were held and mini-lectures were given by the teacher. This format fostered communication-skills and attitude development. We expected a favourable development in students' attitudes during the course, followed by a decline, or erosion, afterwards. Since the course was aimed at patient-centredness, psychosocial orientation, and care orientation, these attitudes were measured by means of questionnaires containing three subscales: the Doctor-Patient Scale measuring doctor-versus patient-centredness, the Social Context Scale measuring biomedical versus psychosocial orientation, and the Ideal Physician Scale for cure versus care orientation. These scales were also employed in the previous studies. Reliability and validity were established further in this study. The design of this study consisted of a pre-, post-, and follow-up test with parallel versions of the three scales to avoid a possible learning effect from the measurement. There was no control group due to the curriculum structure. Two entire classes of students, 338 in total, were studied, with a response rate of 89%. Differences between groups were analysed using Chi-square, Student's *t*-test, and uni- and multivariate analyses. Reliability and construct validity were corroborated. Conform to expectation, the attitudes of female students were more humane than those of their male counterparts. Contrary to expectation, students' attitudes appeared to be stable and not to change during or after the course. This stability was explained as the net result of influences of the course and the biomedical curriculum, since it is known that attitudes can change when the change is supported by the whole curriculum, including the 'hidden' curriculum. No conclusions can be drawn about what would happen without special courses. Considerable effort seems to be needed to bring about a measurable change in attitudes.

Chapter 8 describes the attitudes of vocational trainees in surgery and general practice. Little is known about attitude development after graduation. Vocational trainees' attitudes were compared to senior students' attitudes. Along with the level of training, gender and specialty preference (important factors in our previous studies)

were investigated in relation to attitudes. Patient-centredness in the attitudes of 37 general practice trainees, 31 surgery trainees, and 120 senior students (40 of whom preferred one of these two specialties) was assessed using the Doctor-Patient Scale. Response rates were 78%, 58%, and 84%, respectively. The groups were compared cross-sectionally; the attitudes of excluded senior students did not differ from those of included seniors. Scores of male and female subjects were analysed separately to avoid a confounding gender influence. Analysis of variance was used to test the hypotheses and effect sizes were computed. We expected more patient-centred attitudes in women, general practice trainees, and senior students preferring general practice. Reliability of the scale was adequate. An effect of specialty on patient-centredness was found: senior students preferring general practice and general practice trainees showed more patient-centred attitudes. Patient-centredness, however, seemed to be unrelated to the level of training and to gender: no differences were found between senior students and vocational trainees, nor between men and women. This attenuation of previously visible gender differences has been explained by others as an effect of professional socialization in medical training. Differences in specialty are probably due to specialty preference and selection for vocational training, the content of the training programmes in relation to the specialties' different tasks, and positions in health care. It remains unclear whether professional socialization reinforces existing attitudes or whether existing attitudes result in specialty preference and choice. Limitations of the study were the small number of subjects, the cross-sectional comparison, and the low response rate in one group.

In **Chapter 9**, suggestions for attitude development are given as a result of seminars and studies conducted by a working group of the Dutch Association for Medical Education. Since attitudes important in diagnosis and therapy do not develop automatically and since attitudinal objectives have been adopted by Dutch medical schools, explicit attention to attitude development in the medical curriculum is needed. Attitude courses should be included in all phases of medical training: for example, attitude development can be integrated in skills courses, on patient communication or history-taking. In addition, explicit attitude courses should be given. A professional attitude is 'right' if it enhances the welfare of the patient. The aim of attitude courses must be to raise attitude awareness in students and to modify their attitudes with regard to the welfare of the patient, considering the demands of the work setting. The three domains, relevant to attitude development, are the student, the patient, and the medical work setting. Two existing attitude programmes are compared in this chapter. One programme was directed towards enhancing self-awareness

of attitudes and their effect on professional behaviour and the other taught patient-centred attitudes. The first programme has been called a ’process’ approach and is student-centred, while the second programme has been called a ’product’ approach, directed at the student-patient relationship. A didactic model is proposed, with five consecutive steps in which a student can learn to reflect upon his or her attitude and its impact on his/her professional behaviour. Repeated practice in a safe atmosphere is needed to gain insight into one’s attitude. In attitude assessment, the skill of reflecting upon one’s attitude and its effect on professional behaviour can be tested. Furthermore, if patient-centred attitudes are aimed at training, skills can be tested in which patient-centredness becomes manifest, for instance showing empathy or asking for patients’ ideas. Knowledge concerning the importance of psychosocial aspects of medical care can also be tested with the usual forms of examination. Students’ private views and opinions, however, should not be subjected to attitude assessment.

The main findings of the above-mentioned studies are summarized and discussed in **Chapter 10**. We determined a stability in students’ attitudes within Utrecht’s biomedically oriented curriculum, which contained some attitude-aimed courses. In general, students’ attitudes seemed to be slightly humane. A decline in humaneness, reported by other authors, was not found. In self-assessment reports, students noted attitudinal benefits from attitude-aimed courses in the biomedical curriculum, especially in awareness of their attitudes, in patient-centredness, psychosocial orientation, and care orientation. In this sense, the attitude-aimed courses contributed to the attitude development of the medical students. Attitude measurements using attitude scales in various stages of medical training, however, did not show changes in students’ attitudes; patient-centredness, psychosocial orientation, and care orientation remained the same. One reason for this lack of change could be that the attitude-aimed courses did indeed influence students’ attitudes, but served only as a ’maintenance dose’ within the context of a predominantly biomedically oriented formal and hidden curriculum. A second possibility could be the insensitivity of the attitude scales employed. Furthermore, the courses may have influenced the more flexible parts of attitudes, while the attitude scales measured the more stable parts. Small but significant gender differences were found, indicating more humaneness in female students’ attitudes. This has been explained as the result of a larger societal process of gender socialization and psychological development in men and women. In later phases of training, gender differences disappeared and differences in specialty preference and specialty choice became more important factors in attitudes. Students preferring and choosing general practice showed more humane attitudes than students

preferring and choosing surgery. Specialty preference, selection for vocational training, and professional socialization during vocational training are possible factors for these attitudinal differences.

Recommendations for additional research on attitude development in medical education are given. Instead of the unidimensional scales used in our studies, employment of two-dimensional attitude scales should be considered: for instance, one scale for doctor-centredness and one for patient-centredness.

Samenvatting

"Wanneer wij toekomstige artsen beter willen trainen in arts-patiëntrelaties kunnen wij niet volstaan met onderwijs over de *ander* (de patiënt), maar moeten zij ook kennis hebben van *zichzelf* (de student). Alleen dan kan de interactie tussen zelf en anderen erop vooruitgaan."

(Bloom 1958)

Samenvatting

Hoofdstuk 1 begint met een inleiding over attitudes in de geneeskunde. Attitudes van artsen zijn belangrijk in de medische hulpverlening: zij hebben invloed op de arts-patiëntrelatie, op de communicatie, de uitwisseling van informatie, de diagnose en de beslissingen bij het beleid. Attitudes beïnvloeden de satisfactie, de compliance en de gezondheidstoestand van de patiënt. Attitudes worden hier gedefinieerd als systemen, bestaande uit opvattingen, gevoelens en geneigdheid tot handelen ten opzichte van een bepaald 'object', bij voorbeeld de patiënt. Attitudes ontstaan en veranderen in leerprocessen op cognitief, affectief, gedragsmatig en sociaal gebied. Het verband tussen attitude en gedrag is complex, maar duidelijk is dat attitudes een centrale rol spelen in gedrag. Verder wordt een onderscheid gemaakt tussen twee 'gezichten' van de geneeskunde: 'care' en 'cure', de geneeskunst en de natuurwetenschappelijke kant van de geneeskunde. In ons onderzoek worden patiënt-gerichte, psychosociaal georiënteerde en care-gerichte attitudes 'humaan' genoemd. Dokter-gerichte, biomedisch georiënteerde en cure-gerichte attitudes worden 'technologisch' genoemd. Hoewel care en cure beide hun verdienste hebben in de geneeskunde, is in de medische opleiding het cure-aspect meer dominant geweest dan het care-aspect. In het onderwijs lag de nadruk meer op cognitief leren dan op attitude-ontwikkeling. Kortgeleden zijn leerdoelen op het gebied van attitudes opgesteld. In deze doelen komt het belang van de arts-patiëntrelatie tot uitdrukking, evenals het belang van inzicht in de eigen attitude. Er is echter weinig bekend over de attitudes die medische studenten hebben.

Lange tijd is aangenomen dat studenten in de loop van hun opleiding automatisch adequate attitudes verwerven. In wetenschappelijk onderzoek is echter aangetoond dat hun attitudes zich onder bepaalde omstandigheden op een ongunstige manier ontwikkelen, namelijk in de richting van cynisme en verminderde humaniteit. Wanneer geen aandacht geschonken wordt aan de ontwikkeling van humane attitudes, zal deze ook niet plaatsvinden. Een eenzijdig biomedisch gerichte opleiding en een biomedisch getint 'verborgen' curriculum, dat wil zeggen de impliciete normen en waarden met betrekking tot de beroepsuitoefening die op informele manier via voorbeeldgedrag van opleiders doorgegeven worden, zijn niet bevorderlijk voor de ontwikkeling van humane attitudes bij de studenten en zullen een eenzijdige ontwikkeling van technologische attitudes bevorderen.

In een serie onderzoeken aan de Utrechtse Medische Faculteit zijn de attitudes van studenten bestudeerd in relatie tot gedeelten van het curriculum. Het Utrechtse curriculum heeft een biomedisch accent. In dit proefschrift zijn attitudes van eerste-

tot en met zesdejaarsstudenten in de basisopleiding onderzocht, evenals die van huisartsen en chirurgen in het tweede jaar van hun beroepsopleiding. Het doel was hun attitude-ontwikkeling te beschrijven en te onderzoeken, welke onderdelen van het medisch curriculum in Utrecht bijdroegen tot de ontwikkeling van humane attitudes en inzicht in de eigen attitudes bij de studenten. In de eerste reeks onderzoeken (Hoofdstuk 2, 3, en 4) is het resultaat bestudeerd van een aantal cursussen, gericht op attitude-ontwikkeling. Wij hebben onderzocht welke toegevoegde waarde dit onderwijs had in de ogen van de studenten op het gebied van hun attitude.

In **Hoofdstuk 2** worden de resultaten van een cursus medische gespreksvoering gepresenteerd. De cursus is destijds ontwikkeld om de studenten voor te bereiden op hun co-assistenschappen en hun werk in het ziekenhuis. De cursus had tot doel zowel attitudes als vaardigheden te ontwikkelen. Omdat het gesprek een belangrijke plaats heeft in de medische praktijk, vooral bij het vergaren van informatie, het diagnosticeren en het opbouwen van een effectieve arts-patiëntrelatie, en omdat studenten hun gespreksvoering met behulp van systematische training kunnen verbeteren, is een korte klinische cursus ontwikkeld. Tijdens deze cursus werd aandacht besteed aan de moeilijkheden die studenten ervaren bij hun eerste anamnestische gesprekken met (simulatie)patiënten. De cursus omvatte drie sessies van drie uur en vormde een onderdeel van een uitgebreide introductiecursus aan het begin van het eerste co-assistentschap, te weten interne geneeskunde, in het vijfde studiejaar. De cursus was dusdanig opgezet dat studenten het verzamelen van informatie tijdens de anamnese moesten combineren met effectieve communicatie met de patiënt. Dit vormde een eerste stap in een geïntegreerde aanpak van medische gespreksvoering. Destijds bestonden er nog geen geïntegreerde en systematisch opeenvolgende communicatiecursussen in het medisch curriculum in Utrecht. Om een indruk te krijgen van de moeilijkheden die de studenten ervoeren in hun eerste anamnestisch gesprek met een patiënt, hebben de studenten vragenlijsten beantwoord en hebben de docenten, sociale wetenschappers en algemeen internisten, de gesprekken van de studenten geobserveerd. Bovendien is de cursus geëvalueerd met behulp van vragenlijsten en zelfbeoordelingsschalen. De studenten gaven een hoge waardering aan de cursus. Zij vonden dat de cursus een goede voorbereiding bood op hun werk als co-assistent in het ziekenhuis. De feedback van de simulatiepatiënten bleek zeer waardevol te zijn voor de studenten om een beter inzicht te krijgen in hun sterke en zwakke kanten tijdens de anamnese en in het contact met de patiënt. De zelfbeoordeling van de studenten toonde een toegenomen bekwaamheid in medische gespreksvoering, zowel met betrekking tot diagnostische als met betrekking tot patiënt-gerichte aspecten.

Moeilijke punten vormden echter nog het betreden van de belevingswereld van de patiënt en het hanteren van de eigen emoties tijdens het gesprek. Studenten bleken grote moeite te hebben om een patiënt-gerichte aanpak te combineren met een diagnostische benadering. Mogelijk werd dit in de hand gewerkt door het feit dat deze beide benaderingen gedurende de pre-klinische fase van de opleiding gescheiden en niet geïntegreerd aangeleerd werden.

In **Hoofdstuk 3** worden de resultaten weergegeven van een recent herziene, geïntegreerde cursus klinische gespreksvoering. Deze cursus werd ingevoerd na wijzigingen in het oude curriculum, omdat beginnende co-assistenten moeilijkheden ervoeren in hun eerste contacten met patiënten. Ten tijde van dit onderzoek was er inmiddels een systematische, geïntegreerde opbouw gerealiseerd in het gespreksvoeringsonderwijs tijdens de pre-klinische fase. Het derde, vierde en vijfde studiejaar bevatten elk een cursus medische gespreksvoering. Tegen de tijd dat de studenten begonnen aan hun co-assistentschappen hadden zij dus al enige ervaring opgedaan in het combineren van een patiënt-gerichte aanpak met een diagnostische benadering. Het doel van de cursus klinische gespreksvoering was het vergroten van vaardigheden en kennis behorend bij de anamnese en bij arts-patiëntcommunicatie, en het bevorderen van een patiënt-gerichte aanpak. De internistische anamnese vormde het belangrijkste thema. Iedere bijeenkomst had een ander onderwerp met opklimmende moeilijkheidsgraad, variërend van de tractus-anamnese tot het hanteren van emoties. De studenten konden oefenen met simulatiepatiënten gedurende zes sessies van drie uur. Evenals in de vorige opzet waren de docenten sociale wetenschappers en algemeen internisten. Elk gesprek van een co-assistent met een simulatiepatiënt werd geobserveerd, geanalyseerd en nabesproken in de groep co-assistenten; daarbij werd gebruik gemaakt van feedback van de simulatiepatiënt, de docent en de groepsleden. De docenten hadden de indruk dat de co-assistenten in snel tempo leerden en dat het hen lukte, medische en communicatieve aspecten geïntegreerd toe te passen. Om dit nader te onderzoeken zijn aan vijftien opeenvolgende groepen van acht co-assistenten na afloop van de cursus anonieme evaluatieformulieren voorgelegd. De vragen waren gericht op de waargenomen effecten van de cursus. In totaal zijn 115 formulieren bestudeerd en geanalyseerd. Bij deze zelfbeoordeling werd een aanzienlijke winst gemeld op alle doelen van de cursus, vooral op het gebied van kennis en vaardigheden in anamnese en communicatie, en op inzicht in de eigen sterke en zwakke kanten daarin. Vaardigheid in diagnostisch denken, kennis van interne ziektebeelden en oog voor psychosociale aspecten van de klacht namen weinig toe. De studenten voelden zich goed voorbereid op de kliniek. Zij vermeldden expliciet de grote waarde van de feedback

van de simulatiepatiënt voor het inzicht in hun sterke en zwakke kanten, het houvast dat de lijst met anamnestische vragen bood voor de opbouw van het gesprek met de patiënt, en het leren door observatie van de gesprekken van hun groepsgenoten. Hoewel de evaluatie van een nieuwe cursus een geflatteerd beeld kan geven, is de waarde van deze geïntegreerde cursus duidelijk. In vergelijking met de eerdere situatie hadden de studenten meer ervaring met klinische gespreksvoering. De pre-klinische cursussen, gekoppeld aan de nieuwe klinische cursus, vormen in de ogen van de studenten een gedegen training in het combineren van medische en communicatieve aspecten van het medisch gesprek.

Hoofdstuk 4 bevat een beschrijving van het effect van een nieuw ingevoerde cursus gericht op attitude ontwikkeling, na afloop van het eerste co-assistentschap interne geneeskunde. Deze cursus was gericht op het reflecteren op het eigen functioneren als co-assistent, met betrekking tot gevoelens, opvattingen en gedrag. De cursus bestond uit een sessie van drie uur. Wanneer studenten geconfronteerd worden met lijden, dood en de druk van het werken in de kliniek, voelen zij zich dikwijls onzeker, machteloos en incompetent. Wanneer deze gevoelens geen expliciete aandacht krijgen, bestaat het risico van dehumanisering en afvlakking van emoties, door de werking van overlevingsmechanismen. Deze mechanismen resulteren in verdringing van gevoel en verlies van inlevingsvermogen. In deze korte cursus werd op een gestructureerde manier aandacht besteed aan de moeilijkheden die studenten tegenkwamen in contact met patiënten en opleiders. De moeilijkheden betroffen veelal het hanteren van de eigen emoties, betrokkenheid versus distantie ten opzichte van patiënten, en de rol van een semi-professionele hulpverlener. Onderlinge herkenning en steun werden aangemoedigd door de docenten, sociale wetenschappers, bij de reflectie op het functioneren als persoon in de semi-professionele rol van co-assistent. De belangrijkste taak van de docent bestond uit het helpen creëren van een veilige, open sfeer waarin de persoonlijk kant van moeilijke ervaringen uitgewisseld kon worden; de docent verhelderde deze ervaringen en structureerde de zelf-reflectie. De cursus is geëvalueerd met behulp van vragenlijsten met open en gestructureerde vragen. Bij vijftien opeenvolgende groepen van co-assistenten leverde dit in totaal 108 formulieren op, een antwoordpercentage van 90%. De deelnemers vonden de nieuwe cursus zinvol; de opzet, begeleiding en plaats in het programma van de co-schappen werden positief gewaardeerd. De studenten beoordeelden de reflectie op hun functioneren als waardevol, in het bijzonder door het delen van ervaringen die hen persoonlijk geraakt hadden, en door de steun die zij van hun groepsgenoten kregen. Inzicht in de manier waarop zij moeilijke situaties hanteerden en het opma-

ken van een balans van hun eigen functioneren werden neutraal tot positief beoordeeld. De docenten merkten dat de discussies een vaak indrukwekkende diepgang kregen; aan gevoelens van onzekerheid, geschoktheid en verdriet, maar ook van groeiend zelfvertrouwen werd openlijk uiting gegeven. In een minderheid van de groepen ondervonden de docenten weerstand van de studenten bij het overschakelen van een feitelijke naar een persoonlijke weergave van ervaren moeilijkheden. De cursus vormde een bijdrage aan attitude-ontwikkeling in die zin dat een proces van bewustwording op gang gezet werd en dat de co-assistenten de kans kregen de emotionele aspecten van hun werk te ordenen en te verwerken.

In **Hoofdstuk 5** verschuift het aandachtsveld van cursusevaluaties naar attitudemetingen (Hoofdstuk 5 tot en met 8). Er bestaan weinig empirische gegevens over de attitudes die medische studenten hebben ten opzichte van hun toekomstig beroep. Het proces van attitude-ontwikkeling in de medische opleiding verloopt enerzijds expliciet, gestuurd door cursussen zoals hierboven beschreven; de cursusdoelen liggen op het gebied van attitudes. Attitude-ontwikkeling verloopt anderzijds ook impliciet onder de invloed van het ’verborgen curriculum’, de normen en waarden die uitgedragen worden via voorbeeldgedrag van opleiders. Attitudes ten opzichte van het beroep kunnen beschreven worden in termen van cure- versus care-gerichtheid (zie Hoofdstuk 1). Wanneer de technologische, natuurwetenschappelijke kant van de geneeskunde eenzijdig benadrukt wordt tijdens de opleiding blijkt er een risico te bestaan dat care-gerichte attitudes van studenten slijten. Twee invloedrijke factoren bij attitudes van medische studenten zijn: opleidingsfase en geslacht. Er zijn aanwijzingen dat op grond van een verschil in sekse-rolsocialisatie, vrouwelijke studenten en artsen een meer care-gerichte attitude hebben dan hun mannelijke collega’s. In ons onderzoek is de relatie tussen opleidingsfase, geslacht en attitudes onderzocht. In een pilot-studie zijn transversaal de attitudes van 445 eerste-, tweede-, vierde- en zesdejaarsstudenten gemeten met behulp van attitudevragenlijsten. Onderzocht is de mate van care- versus cure-gerichtheid. De attitudeschaal bestond uit uitspraken van het Likert-type; deze ’Ideale Arts Schaal’ werd voorgelegd aan complete jaarklassen van studenten. De hypothesen waren dat ouderejaarsstudenten een minder care-gerichte attitude zouden hebben dan jongerejaarsstudenten, en dat vrouwelijke studenten een meer care-gerichte attitude zouden hebben dan mannelijke. Verschillen in scores zijn getoetst met behulp van de *t*-test en variantie-analyse. Eerst moesten echter de betrouwbaarheid en validiteit van de schaal vastgesteld worden. De betrouwbaarheid bleek te voldoen aan de tevoren gestelde norm; de begrips-, inhouds- en convergerende validiteit waren adequaat. Conform de verwachting werden verschillen tussen mannen

en vrouwen gevonden; de verschillen waren klein maar significant. Over het algemeen bleken de studenten licht care-gerichte attitudes te hebben. Studenten met voorkeur voor een sociaal specialisme hadden een meer care-gerichte attitude dan studenten met voorkeur voor een technisch specialisme. In tegenstelling tot de verwachting bleken ouderejaars- niet minder care-gerichte attitudes te hebben dan jongerejaarsstudenten. Dit kan een gevolg zijn van het ontbreken van een dehumaniserende invloed van de opleiding, mogelijk op grond van het effect van attitude-cursussen of van een selectief leerproces bij studenten. Er bestond geen interactie tussen opleidingsfase en geslacht. De beperkingen van dit onderzoek zijn de transversale en niet-longitudinale opzet, de geringe omvang van de gevonden verschillen en het feit dat de betrouwbaarheid en validiteit van de schaal nog niet vaststonden.

In **Hoofdstuk 6** worden verdere empirische gegevens gepresenteerd met betrekking tot de attitude-ontwikkeling bij studenten. Omdat elders is aangetoond dat studenten in de loop van hun opleiding cynischer en minder humaan werden - een proces dat ook wel ’dehumanisering’ genoemd wordt - zijn hun attitudes ten opzichte van patiënten (dokter- versus patiënt-gericht) onderzocht, evenals hun attitudes ten opzichte van ziekte en gezondheid (biomedisch versus psychosociaal georiënteerd). Eerste-, tweede-, vierde- en zesdejaarsstudenten vulden anoniem attitudeschalen in met uitspraken van het Likert-type. Het betrof de Doctor-Patient Schaal en de Sociale Context Schaal. Evenals in de bovenbeschreven studie moesten de betrouwbaarheid en de validiteit van deze schalen vastgesteld worden. De hypothesen waren dat ouderejaars- en mannelijke studenten minder humane attitudes zouden hebben dan jongerejaars- en vrouwelijke studenten. In totaal deden 489 studenten mee; dit komt neer op een antwoordpercentage van 86%. Verschillen in score werden getoetst met de *t*-test en met variantie-analyse. De betrouwbaarheid, inhouds-, convergerende, discriminerende, construct- en face-validiteit van de schalen bleken adequaat te zijn. Over het algemeen waren de attitudes van de studenten licht humaan te zijn. De attitudes van vrouwelijke studenten bleken iets meer humaan te zijn dan de attitudes van mannelijke studenten. Studenten met voorkeur voor sociale specialismen hadden humanere attitudes dan studenten met voorkeur voor technische specialismen. De verwachting dat ouderejaarsstudenten minder humane attitudes hadden dan jongerejaarsstudenten werd niet bevestigd door de resultaten. Deze bevindingen duiden eerder op stabiliteit dan op ’dehumanisering’ van attitudes gedurende de opleiding. Het is mogelijk dat de cursussen gericht op attitudes een gunstige invloed gehad hebben. De beperkingen van dit onderzoek bestaan uit het transversale design, de mogelijkheid dat sociale wenselijkheid de antwoorden van de studenten heeft

beïnvloed, de kleine verschillen tussen de groepen en het valideringsproces van de attitudeschalen.

Het biomedisch getinte curriculum van de Utrechtse medische faculteit bevat een aantal cursussen die gericht zijn op attitude-ontwikkeling. Derde- en vierdejaarsstudenten volgen een cursus arts-patiëntcommunicatie; deze cursus beoogt de ontwikkeling van zowel attitude als vaardigheden.

In **Hoofdstuk 7** wordt de invloed onderzocht van deze cursus op de attitudes van de studenten. Het doel van dit onderzoek was het meten van veranderingen in attitude tijdens en na afloop van de cursus. Zowel in het derde als in het vierde jaar bestaat de cursus uit wekelijkse sessies van drie uur gedurende zes weken, met een strak gestructureerd programma, waarin studenten in groepen oefenen met gespreksvoering. Aan rollenspel en feedback met simulatiepatiënten wordt veel tijd besteed. Het is de bedoeling dat de studenten inzicht krijgen in de manier waarop zij zich gedragen in gesprekken met patiënten. Zij observeren videobanden met medische gesprekken, er zijn groepsdiscussies en er worden korte inleidingen gegeven door de begeleiders. Deze opzet bevordert het aanleren van communicatieve vaardigheden en de ontwikkeling van attitude. Op grond hiervan verwachtten wij een gunstige ontwikkeling in attitudes tijdens de cursus en een teruggang in attitudes, ook wel slijtage of ’erosie’ genoemd, na afloop van de cursus. Omdat de cursus patiënt-gerichtheid, psychosociale oriëntatie en care-gerichtheid betrof, zijn deze attitudes gemeten met behulp van drie attitudeschalen: de Doctor-Patient Schaal voor dokter- versus patiënt gerichtheid, de Sociale Context Schaal voor biomedische versus psychosociale oriëntatie, en de Ideale Arts Schaal voor cure- versus care-gerichtheid. Deze schalen zijn ook in onze eerdere studies gebruikt. Betrouwbaarheid en validiteit werden verder onderzocht. Het onderzoeksdesign bestond uit een voor-, na- en follow-up meting met parallelle versies van de drie schalen; dit is gedaan om een mogelijk leer-effect van de meting te vermijden. Door de inrichting van het curriculum was er geen controlegroep beschikbaar. Twee complete jaarklassen, in totaal 338 studenten, zijn bestudeerd; dit komt neer op een antwoordpercentage van 89%. Verschillen tussen de groepen zijn getoetst met behulp van de Chi-kwadraat toets, de *t*-test, en uni- en multivariate analyses. De betrouwbaarheid en constructvaliditeit zijn verder versterkt. Overeenkomstig onze verwachting bleken de attitudes van vrouwelijke studenten meer humaan te zijn dan die van hun mannelijke collega’s. In tegenstelling tot onze verwachting bleken de attitudes van de studenten stabiel te blijven en niet te veranderen tijdens en na afloop van de cursus. Deze stabiliteit kan mogelijk toegeschreven worden aan het netto-resultaat van invloeden van de cursus en van het biomedische

curriculum als geheel. Het is bekend dat attitudes kunnen veranderen indien die verandering versterkt wordt door het gehele curriculum, met inbegrip van het 'verborgen 'curriculum. Wij kunnen niet zeggen wat er zonder de cursussen, gericht op attitude, zou gebeuren. Het lijkt erop dat er veel geïnvesteerd moet worden voor een meetbare verandering in attitudes.

In **Hoofdstuk 8** volgt een beschrijving van de attitudes van huisartsen en chirurgen in opleiding. Er is weinig bekend over de attitude-ontwikkeling na het afstuderen. De attitudes van de artsen in opleiding zijn transversaal vergeleken met die van senior co-assistenten. Opleidingsfase, geslacht en voorkeur voor specialisme, belangrijke factoren in ons eerder onderzoek, zijn onderzocht in relatie tot attitudes. De mate van patiënt-gerichtheid in de attitudes van 37 huisartsen in opleiding, 31 chirurgen in opleiding en 120 senior co-assistenten (van wie 40 één van deze twee specialismen prefereerden) zijn gemeten met behulp van de Doctor-Patient Schaal. De antwoord-percentages van de drie groepen waren respectievelijk 78%, 58% en 84%. De attitude van geëxcludeerde co-assistenten verschilde niet van die van de geïncludeerde. De scores van mannen en vrouwen zijn apart geanalyseerd om te vermijden dat geslacht een confounder was. Variantieanalyse is uitgevoerd om de hypothesen te toetsen en verschillen te testen; effect sizes zijn eveneens berekend. Wij verwachtten een meer patiënt-gerichte attitude bij vrouwen, bij huisartsen in opleiding en bij co-assistenten met voorkeur voor huisartsgeneeskunde. De betrouwbaarheid van de schaal was adequaat. Er bleek sprake te zijn van een effect van specialisme: huisartsen in opleiding en co-assistenten met voorkeur voor huisartsgeneeskunde hadden meer patiënt-gerichte attitudes. Patiënt-gerichtheid leek echter geen verband te houden met opleidingsfase en met geslacht: er is geen verschil gevonden tussen co-assistenten en artsen in opleiding, en geen verschil tussen mannen en vrouwen. Andere onderzoe-kers hebben een afname van geslachtsverschillen geïnterpreteerd als het effect van beroepssocialisatie in de medische opleiding.

Verschillen in specialisme zijn waarschijnlijk te wijten aan voorkeur en selectie bij de beroepsopleiding, de inhoud van de beroepsopleiding met betrekking tot de specifieke taken en de verschillen in gezondheidszorg in de eerste en tweede lijn. Het is niet duidelijk of de beroepssocialisatie de reeds bestaande attitudes versterkt of dat reeds bestaande attitudes leiden tot voorkeur voor en keuze van een specifiek specialisme. De beperkingen van dit onderzoek betroffen het kleine aantal proefpersonen, de transversale vergelijking en het lage antwoordpercentage bij één van de groepen.

In het Raamplan 1994 zijn leerdoelen geformuleerd voor de medische opleiding op het gebied van kennis, vaardigheden en attitudes.

Hoofdstuk 9 vormt de neerslag van discussies, georganiseerd door de Werkgroep Praktisch Medisch Onderwijs van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs, van literatuurstudie over attitude-onderwijs en van recente ervaringen bij verschillende medische faculteiten. In deze 'attitude-brochure' worden aanbevelingen gedaan voor uitgangspunten en inrichting van attitude-onderwijs. Omdat attitudes belangrijk zijn voor diagnose en therapie, wordt de competentie van de arts mede bepaald door diens attitude. De norm voor de 'juistheid' van die attitude is of deze het welzijn van de patiënt bevordert. Een arts met een 'juiste' attitude laat de patiënt tot zijn of haar recht komen en stemt vervolgens de professionele inbreng af op het welzijn van de patiënt. Aan attitude zijn een 'binnenkant' en een 'buitenkant' te onderscheiden. De binnenkant betreft achterliggende normen, waarden, opvattingen en gevoelens; de buitenkant betreft observeerbaar gedrag zoals de bejegening van de patiënt. Gedurende de opleiding tot arts ondergaat de attitude van de student een ontwikkeling in een wisselwerking tussen reeds aanwezige attitudes, voorbeelden van opleiders en nieuwe ervaringen, deels via onbewuste en deels via bewuste processen. Indien tijdens de opleiding onvoldoende expliciete aandacht aan attitude wordt gegeven, bestaat het risico dat deze zich ongemerkt in een voor de patiënt ongunstige richting ontwikkelt. Expliciet attitude-onderwijs in de verschillende fasen van de studie lijkt de aangewezen weg om de student in staat te stellen, zelf greep te krijgen op zijn of haar attitude-ontwikkeling. Toetsing van attitude-onderwijs vraagt om een goede afstemming van de toets op de onderwijsdoelstelling. Bij onderwijs dat gericht is op het verwerven van inzicht in de eigen attitude is toetsing van de attitude zelf niet de passende vorm van toetsing. Toetsing van de vaardigheid van reflectie plegen is wel geëigend. Ook de bejegening van de patiënt kan beoordeeld worden binnen vaardigheidstoetsing. Twee verschillende vormen van attitude-onderwijs zijn vergeleken. In Maastricht staat de persoon van de student centraal; het doel is de bewustwording van de eigen attitude, een proces-gericht doel. In Amsterdam staat de relatie tussen student en patiënt centraal en is het doel product-gericht, namelijk het aanleren van een patiënt-gerichte attitude. Beide benaderingen kunnen als complementair gezien worden. Wanneer in het onderwijs de attitude expliciet aan de orde komt, kan onderscheid gemaakt worden tussen drie domeinen van reflectie: de patiënt, diens gedachten, beleving en wensen; de student, diens beleving, gedachten en wensen als arts én als persoon; tenslotte de medische werkomgeving, met eisen en mogelijkheden. Deze drie domeinen zijn onder te brengen in een didactisch model dat aanknopingspunten biedt voor systematische en stapsgewijze reflectie. Voorwaarden voor effectief attitude-onderwijs zijn: veiligheid, kleine groepen en expertise bij de docent.

Zowel in de pre-klinische als in de klinische fase dient attitude-onderwijs een plaats te hebben. Dit onderwijs kan geïntegreerd gegeven worden binnen het vaardigheids-onderwijs, zoals gespreksvoering; daarnaast is apart attitude-onderwijs nodig waarin een verbinding wordt gelegd tussen een theoretisch referentiekader over attitudes en de medische praktijk.

Hoofdstuk 10, het slothoofdstuk, bevat een overzicht en bespreking van de resultaten van de verschillende deel-onderzoeken van dit proefschrift. Wij vonden een stabiliteit in de attitudes van studenten van de Utrechtse Medische Faculteit. Het curriculum van deze faculteit is biomedisch georiënteerd en bevat een aantal cursussen die gericht zijn op attitudes. Over het algemeen bleken de attitudes van studenten in verschillende studiejaren licht humaan te zijn. Een afname in humaniteit, die elders geconstateerd is, werd in onze studies niet gevonden. Studenten meldden in zelf-beoordelingen een winst op attitude-gebied door de cursussen die attitude-ontwikke-ling tot doel hadden. Deze winst betrof een toegenomen inzicht in de eigen attitude, in patiënt-gerichtheid, in psychosociale oriëntatie en in care-gerichtheid. Deze cursussen hebben aldus bijgedragen aan de attitude-ontwikkeling van medisch studenten. Echter, wanneer hun attitude gemeten werd met behulp van attitudeschalen in verschillende fasen van de opleiding, kon geen verschil geconstateerd worden in patiënt-gerichtheid, psychosociale oriëntatie en care-gerichtheid. De attitudes bleven onveranderd. Dit kan mogelijk verklaard worden door aan te nemen dat de attitude-cursussen weliswaar invloed hadden maar slechts als ’onderhoudsdosering’ dienden en een afname in humaniteit tegengingen. Een andere mogelijkheid is dat de attitude-schalen niet gevoelig genoeg waren. Misschien hebben de cursussen invloed gehad op de meer flexibele gedeelten van de attitudes van de studenten, terwijl de attitudeschalen de meer stabiele gedeelten van hun attitudes gemeten hebben. Wij vonden kleine verschillen in attitude tussen mannen en vrouwen, die wezen in de richting van meer humane attitudes bij vrouwen. Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in het verschil in socialisatie tussen mannen en vrouwen, dat resulteert in van elkaar verschillende psychologische ontwikkelingen. In latere fasen van de opleiding verdwenen deze geslachtsverschillen en werden verschillen in specialisme de belangrijkste factor bij attitudeverschillen. Studenten met voorkeur voor en uiteinde-lijke beroepskeuze voor de huisartsgeneeskunde hadden een meer patiënt-gerichte attitude dan degenen met voorkeur voor en keuze van chirurgie. De eigen voorkeur van studenten, selectie en socialisatie tijdens de beroepsopleiding spelen hierin mogelijk een rol. Wanneer het medisch curriculum eenzijdig de ontwikkeling van technologische attitudes stimuleert, zullen humane attitudes achterblijven, terwijl deze

deel uitmaken van de medische competentie. Daarom hebben wij aanbevelingen gedaan voor expliciet attitude-onderwijs in verschillende fasen van de opleiding, waarbij didactische modellen zijn uitgewerkt die als handvat kunnen dienen. Ten slotte worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek naar attitudes in de medische opleiding. In plaats van de eendimensionale schalen die wij bij de attitude-metingen gebruikt hebben, zouden tweedimensionale schalen ontwikkeld en toegepast kunnen worden, bij voorbeeld een schaal voor dokter-gerichtheid naast een schaal voor patiënt-gerichtheid, een schaal voor cure- en een voor care-gerichtheid, en een schaal voor biomedische naast psychosociale oriëntatie.

References in alphabetical order

AA

Ajzen I. Attitudes, personality and behaviour. Milton Keynes, England: Open University Press, 1988.

Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall, 1980.

Alexander DA, Eagles JM. Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. Med Educ 1990; 24: 452-60.

Allport GW. Attitudes. In: Murchison C, editor. Handbook of social psychology Worcester MA: Clark University Press, 1935: 798-844.

American Association of Medical Colleges. Physicians for the 21st century. Report of the Working Group on Personal Qualities, Values and Attitudes. J Med Educ 1984; 59: 177-89.

Anderson J, Day JL, Dowling MAC, Pettingdale KW. The definition and evaluation of skills required to obtain a patient's history of illness: the use of videotape recording. Postgrad Med J 1970; 46: 606.

Anderson RM, Donnelly MB, Gorenflo DW, Funnel MM, Sheets KJ. Influencing the attitudes of medical students; a controlled study. Diabetes Care 1993; 16: 503-5.

Armstrong D. The structure of medical education. Med Educ 1977; 11: 244-8.

Arnold RM, Martin SC, Parker RM. Taking care of patients - does it matter whether the physician is a woman? West J Med 1988; 149: 729-33.

Asch SE. Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgements. In: Guetzkow H, editor. Groups, leadership and men. Pittsburgh PA: Carnegie Press 1951: 177-90

BB

Barbee RA, Feldman S. A three-year longitudinal study of the medical interview and its relationship to student performance in clinical medicine. J Med Educ 1970; 45: 770-6.

Baron RJ. An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. Ann Intern Med 1985; 103: 606-11.

Barrows HS. Simulated patients. Springfield, Illinois: Thomas, 1971.

Batenburg V. Attitudes van medische studenten: resultaten van een onderzoek. Bulletin Medisch Onderwijs 1994; 13: 127-32.

Batenburg V. De ideale arts: het beroepsbeeld van medische studenten (The ideal physician: medical students' views of the medical profession). Ned Tijdschr Geneeskd 1995; 139: 1177-81.

Batenburg V. De terugkommiddag voor co-assistenten: een reflectie. Bulletin Medisch Onderwijs 1995; 14: 32-8.

Batenburg V. Do professional attitudes change during medical education? J Adv Health Sci Educ, 1997. (in press)

Batenburg V. Gespreksvoering, een cursus in Utrecht. Med Contact 1991; 47: 1425-8.

Batenburg V. Klinische gespreksvoering: het Utrechts model. Bulletin Medisch Onderwijs 1993; 12: 50-5.

Batenburg V. Wat steken de studenten ervan op? Evaluatie van een cursus gespreksvoering. In: Metz JCM, et al., editors. Gezond Onderwijs-2. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau, 1993: 259-64.

Batenburg V, Gerritsma JGM. Attitude, is dat aan te leren? Attitude- en persoonlijkheidsvorming in de medische opleiding. Med Contact 1990; 45: 1016-20.

Batenburg V, Gerritsma JGM. Medical Interviewing: initial student problems. Med Educ 1983; 17: 235-9.

Becker HS, Gear B, Hughes EC, Strauss AL. Boys in white: student culture in medical school. New Brunswick: Transaction Books, 1961.

Bender W. Cynisme of eronie? Een meta-analyse van Eron's onderzoek. Bulletin Medisch Onderwijs 1993; 12: 117-22.

Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice [dissertation]. Utrecht: Nivel, 1991.

Beullens J, Fontaine J, Jaspaert H. Het waardeprofiel van studenten huisartsgeneeskunde. In: Cate Th ten, et al., editors. Gezond Onderwijs-5. Proceedings Gezond Onderwijs Congres 1995. Houten: Bohn, Stafleu en van Loghum, 1996: 35-40.

Bing-You RG. Changes in students' attitudes and values during medicine versus surgery clerkships. Med Educ 1991; 25: 383-8.

Blackwell B. Drug therapy, patient compliance. N Engl J Med 1973; 289: 249-52.

Bleys FC, Gerritsma JGM. Self-assessment in the Junior-Clerkship internal medicine. Simulation & Instruction Laboratory, Department of Internal Medicine, State University of Utrecht, 1981.

Boersma IH, Bakel H van. Medische opleiding en medische psychologie. Een onderzoek bij co-assistenten en artsen naar de beleving en evaluatie van het medisch curriculum. Katholieke Universiteit Nijmegen, 1983.

Boersma IH, Bakel H van. Medische opleiding en medische psychologie 2: gevoelde tekorten. Med Contact 1984; 12: 375-8.

Bögels SM. Teaching and assessing diagnostic interviewing skills. An application to the mental health field [dissertation]. Maastricht: Universitaire Pers, 1994.

Bögels SM. Training in interviewvaardigheden. De stand van zaken. Bulletin Medisch Onderwijs 1996; 15: 133-9.

Bonke B. Attitudevorming en -beoordeling: training in de medische opleiding. Med Contact 1995; 50: 121-2.

Borst-Eilers E. Openingstoespraak Gezond Onderwijs Congres 1995. In: Cate ThJ ten, et al., editors. Gezond Onderwijs-5. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum, 1996.

Bowman FM. Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. Med Educ 1992; 26: 63-8.

Branch WT, Arky RA, Woo B, Stoeckle JD, Levy DB, Taylor WC. Teaching medicine as a human experience: a patient-doctor relationship course for faculty and first-year medical students. Ann Intern Med 1991; 114: 482-9.

Brock CD, Johnson AH, Durand RP, Levine JH, Downey DB. The erosion of empathy in medical education: a comparison of freshman and junior medical student responses to the Barrett-Lennard relationship inventory. J Balint Soc 1992; 20: 8-9.

Bucks RS, Williams A, Whitfield MJ, Routh DA. Towards a typology of general practitioners' attitudes to general practice. Soc Sci Med 1990; 30: 537-47.

Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to patients. London: Royal College of General Practitioners, 1984.

CC

Calnan M. Images of general practice: the perceptions of the doctor. Soc Sci Med 1988; 27: 579-86.

Carroll JG, Monroe J. Teaching clinical interviewing in the health professions: a review of empirical research. Evaluation and Health Professions 1980; 3: 21-45.

Carsen ML, Roskin MD, Rabiner CJ, Marell SK. Gender differences in the attitudes toward patients of medical students in a third-year psychiatry clerkship. J Med Educ 1987; 62: 442.

Cate ThJ ten. Over vorming en toetsing van attitude in de artsopleiding. Bulletin Medisch Onderwijs 1996; 15: 169-76.

Charlton R, Dovey SM, Jones DG, Blunt A. Effects of cadaver dissection on the attitudes of medical students. Med Educ 1994; 28: 290-5.

Cochran SB, Spears MC. Student self-assessment and instructors' ratings: a comparison. J Am Diet Assoc 1980; 76: 253.

Colditz GA, Sheehan M. The impact of instructional style on the development of professional characteristics. Med Educ 1982; 16: 127-32.

Cooper S, Beau G, Alpert R, Baum JH. Medical students' attitudes toward cancer. J Med Educ 1980; 55: 434-9.

Crebolder HFJM, Metsemaker JFM, Root JMH op 't, Bartholomeus P, Bouhuis P, Bosthuizen HPA. Patiëntgebonden onderwijs in de huisartspraktijk binnen de artsopleiding; het programma van de Rijksuniversiteit Limburg. Ned Tijdschr Geneeskd 1996; 140: 1320-3.

Creed F, Goldberg D. Students' attitudes toward psychiatry. Med Educ 1987; 21: 227-34.

Cushing H. The life of Sir William Osler. Oxford: The Clarendon Press, 1925.

DD

Davis H, Nicholaou T. A comparison of the interviewing skills of first- and final year medical students. Med Educ 1992; 26: 441-7.

De Monchy C. Attitude en klinische competentie. Med Contact 1987; 49: 1549-51.

De Monchy C. Professional attitudes of doctors and medical teaching. Med Teacher 1992; 14: 327-31.

De Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. Med Educ 1988; 22: 231-9.

Deben-Mager M. Opvattingen over psycho-analyse en feminisme. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1992; 11: 1195-1208.

Deforge BR, Sobal J. Intolerance of ambiguity among family practice residents. Fam Med 1991; 23: 466-8.

Deforge BR, Sobal J. Investigating whether medical students' intolerance of ambiguity is associated with their specialty selections. Acad Med 1991; 66: 49-51.

Deutsch M, Gerard HB. A study of normative and informational social influences upon individual judgement. J Abnorm Soc Psychol 1955; 51: 629-36.

Dochy FJRC, Bouwens MJR. Toetsing en toetsservicesystemen voor individuele leertrajecten in open leersituaties. Leiden: Spruyt, Van Mantgem en De Does, 1992.

Dornbush RL, Richman S, Singer P, Brownstein EJ. Medical school, psychosocial attitudes. J Am Med Women Assoc 1991; 46: 150-2.

Dorp C van. Luisteren naar patiënten: een analyse van het medisch interview. Lochem: De Tijdstroom, 1977.

Dufort F, Maheux B. When female medical students are the majority: do numbers really make a difference? J Am Med Women Assoc 1995; 50: 4-6.

Dunning AJ. Broeder Ezel. Over het onvermogen in de geneeskunde. Utrecht: Bunge, 1983.

Dwyer JW, Detweiler NL, Kosch SG. Medical students and comprehensive patient care: attitudes, perceived competence and demonstrated ability. Med Educ 1988; 22: 19-26.

EE

Eagly AH, Chaiken S. The psychology of attitudes. New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1993.

Eckes T, Six B. Fakten und Fiktionen in der Einstellungs-Verhaltens-Forschung: Eine Meta-Analyse. Zeitschrift für Sozialpsychologie 1994: 253-71.

Eisenthal S, Stoekle JD, Ehrlich CM. Orientation of medical residents to the psychosocial aspects of primary care: influence of a training program. Acad Med 1994; 69: 48-54.

Engel GL. Are medical schools neglecting clinical skills? JAMA 1976; 239: 861-3.

Engler CM, Saltzman GA, Walker NL, Wolf FN. Medical student acquisition and retention of communication and interviewing skills. J Med Educ 1981; 56: 572.

Eron LD. Effect of medical education on students' attitudes. J Med Educ 1955; 30: 559-66.

Eron LD. The effect of medical education on attitudes: a follow-up study. J Med Educ 1958; 33: 25-33.

Evans BJ, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B. Lectures and skills workshops as teaching formats in a history-taking skills course for medical students. Med Educ 1989; 23: 364-70.

Evans BJ, Stanley RO, Coman GJ, Burrows GD. Psychological tests to measure the effects of medical education on students' interpersonal skills. Med Educ 1989; 23: 492-7.

Evans BJ, Stanley RO, Mestovic R, Rose L. Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. Med Educ 1991; 25: 517-26.

Evans BJ, Sweet B, Corman GJ. Behavioral assessment of the effectiveness of a communication programme for medical students. Med Educ 1993; 27: 344-50.

Ewan CE. Social issues in medicine: a follow-up comparison of senior-year medical students' attitudes with contemporaries in non-medical faculties. Med Educ 1988; 22: 375-80.

FF

Fasano LA, Muskin PR, Sloan RP. The impact of medical education on students' perceptions of patients. Acad Med 1993; 68: 43-45.

Fazio RH. How do attitudes guide behaviour? In: Sorrentino ME, Higgins ET, editors. Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behaviour. New York: Guilford Press 1986: 204-43.

Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Evanston, IL: Row, Peterson, 1957.

Finlay IG. House officers' attitudes towards terminal care. Med Educ 1986; 20: 507-11.

Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison-Wesley, 1975.

Francis V, Korsch BM, Morris MJ. Gaps in doctor-patient communication: patient's response to medical advise. N Engl J Med 1969; 280: 535-40.

Frankel R, Beckman H. Evaluating the patient's primary problems. In: Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park: Sage Publications, 1989: 86-98.

Franssen AMJ, Persoon JMG, Veling S. Verschillen in attitude tussen medische studenten: een vergelijking tussen 4e en 6e jaars medische studenten in Maastricht en Nijmegen. Med Contact 1982; 32: 970-4.

Furnham A. Attitudes to the medical specialties: comparing pre-clinical students' perceptions of nine specialties. Soc Sci Med 1986; 23: 587-94.

GG

Galtung J. Methods of Social Research. Oslo: Universitetsforlaget, 1979.

Gedragsregels voor artsen. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, 1994.

Gelder L van, Peters JJ, Oudkerk Pool Th, Sixma J, editors. Didactische analyse I. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1971.

Geller G, Faden RR, Levine D.M. Tolerance for ambiguity among medical students: Implications for their selection, training and practice. Soc Sci Med 1990; 31: 619-24.

Gerritsma JGM, Reitsma FE, Dijkstra-Krint FA, Everwijn SEM. Patiënt- en ziekte-oriëntatie in de medische opleiding. In: Groot AD de, et al., editors. Empirische studies over onderwijs-18. Groningen: Tjeenk Willink, 1975.

Gerritsma JGM, Smal JA. Grensverschuivingen in het medisch onderwijs. Utrecht: Oosthoek, Scheltema en Holkema, 1974.

Gerritsma JGM. Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist. Een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie [dissertatie]. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1982.

Gilmore MM, Perry SW. The Psychiatry Intership and the Development of Professional Identity. Am J Psychiatry 1980; 137: 1206-10.

Graat JMJM. Bewustwording van attitude. In: Metz JGM, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der, editors. Medisch onderwijs in de praktijk. Assen: Van Gorcum, 1995: 94-101.

Graat JMJM, Hoogland HJ, Horst FG van der. Bewustwording van attitudes en de Maastrichtse ervaringscirkel. In: Metz JCM, Scherpbier AJJA, Houtkoop E, editors. Gezond Onderwijs-2. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau KUN, 1993: 56-61.

Greenwald AG. Cognitive learning, cognitive response to persuasion and attitude change. In: Greenwald AG, Brock TC, Ostrom TM, editors. Psychological foundations of attitudes. San Diego CA: Academic Press, 1968; 147-70.

Grol R. Algemene normen voor een huisartsgeneeskundige wijze van probleemoplossen en hulpverlenen. In: Huisarts en onderlinge toetsing, Grol RPTM, Mesker PJR, editors. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge 1986: 31-65.

Grol R, Eijk J van, Mokkink H, Mesker P, Smits A, Mesker-Niesten J. Taakopvatting van de huisarts en zijn handelen in de spreekkamer. Gezondheid & Samenleving 1985; 6: 31-40.

Grol R, Maeseneer J de, Whitfield M, Mokkink H. Disease-centered versus patient-centered attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and The Netherlands. Fam Pract 1990; 7: 100-3.

Groot AD de. Begrip van evalueren. ’s-Gravenhage/Amsterdam: VUGA, 1986.

HH

Hampton JR, Harris MJG. Relative contributions of history-taking, physical examination and laboratory investigation to the diagnosis and management of medical outpatients. Br Med J 1975; 2: 286.

Harris CM. Formation of professional attitudes in medical students. Br J Med Educ 1974; 8: 241-5.

Have P ten. Sequenties en formuleringen; aspecten van de interactionele organisatie van huisartsspreekuur gesprekken [dissertatie]. Universiteit van Amsterdam: Faculteit Sociale Wetenschappen, 1987.

Hein PR, Vliegen RFA, Adamo N, Steegers EAP, Steegers-Theunissen RPM, Eskes TKAB. Het Nijmeegse longitudinale studenten zwangerschapsproject, een project voor en door 4e jaars geneeskunde studenten. In: Houtkoop E, Pols J, Pollemans MC, Scherpbier AJJA, Verwijnen GMJM, editors. Gezond Onderwijs-3. ’s-Gravenhage 1994: Haagse Hogeschool, 1994: 210-3.

Helfer RE. An objective comparison of the paediatric interviewing skills of freshmen and senior medical students. Paediatrics 1970; 45: 623-7.

Henerson ME, Morris LL, Fitz-Gibbon CT. How to measure attitudes. Newbury Park: Sage Publications, 1987.

Hoeven JA van der. Hippocrates arts en ethiek. Leiden: Stafleu, 1963.

Hofmans-Okkes I. Op het spreekuur. Oordelen van patiënten over huisartsconsulten [dissertatie]. Universiteit van Amsterdam. Lelystad: Meditekst, 1991.

Huxham GJ, Lipton A, Hamilton D. Does medical training affect personality? Med Educ 1985; 19: 118-22.

II

Inui TS, Carter WB. Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. Med Care 1985; 23: 521-38.

JJ

Jason H, Kagan N, Werner A, Elstein AS, Thomas JB. New approaches to teaching basic interview skills to medical students. Am J Psychiatr 1971; 127: 1404.

Jaspaert H, Beullens J. Seminarie omgaan met waardenprofielen voor studenten huisartsgeneeskunde. In: Cate ThJ ten, Dikkers JH, Houtkoop E, Pollemans MC, Pols J, Smal JA, editors. Gezond Onderwijs-5. Proceedings Gezond Onderwijs Congres 1995. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1996: 205-8.

KK

Kaplan SH, Greenfield S, Ware J. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1989; 27 (Suppl): 110-27.

Kelly B, Raphael B, Byrne G. The evaluation of teaching in undergraduate psychiatric education: students' attitudes toward psychiatry and the evaluation of clinical competency. Med Teacher 1991; 13: 77-87.

Kelman HC. Further thoughts on the processes of compliance, identification and internalization. In: Tedeschi JT, editor. Perspectives on social power, 1974: 125-71.

Kern DE, Grayson M, Randol Barker L, Roca RP, Cole KA, Roter D, et al. Residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. J Gen Intern Med 1989; 4: 421-31.

Korsch BM, Gozzi EK, Francis V. Gaps in doctor-patient communication. I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. Pediatrics 1968; 42: 855-71.

Kramer D, Ber R, Moore M. Increasing empathy among medical students. Med Educ 1989; 23: 168-73.

Krathwohl DR, Bloom BS, Masia BB. Taxonomy of educational objectives. The Classification of Educational Goals. Handbook II: Affective domain. New York: McKay Company, 1964.

Krech D, Crutchfield RS, Ballachy EG. Individual in society. A textbook of social psychology. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc., 1962.

Krol LJ, Groot L de. Het Socialisatieproces van co-assistent tot arts. Bulletin Medisch Onderwijs 1990; 9: 141-3.

Kruythof CJ, Leeuwen CD van, Ventevogel P, Horst HEV van der, Staveren G van. Career perspectives of women en men medical students. Med Educ 1992; 26: 21-6.

LL

Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine. A professional evolution. JAMA 1996; 275: 152-6.

Lalljee M, Brown LB, Ginsburg GP. Attitudes: disposition, behaviour or evaluation? Br J Soc Psychol 1984; 23: 233-44.

Leserman J. Changes in the professional orientation of medical students: a follow-up study. J Med Educ 1980; 55: 415-22.

Levinson W, Dunn PM, Parker D, Kaufman K. A scale to measure house-staff members' attitudes toward psychosocial apects of patient care. J Med Educ 1988; 63: 562.

Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Pract 1986; 3: 24-30.

Lingiardi V, Maffei C, De Monchy C. Evaluating sex as a variable in the doctor-patient relationship of an Italian medical student sample. Med Educ 1993; 27: 188.

Longhurst MF. Physician self-awareness: the neglected insight. In: Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park: Sage Publications, 1989: 62-72.

Lunsen HW van. Wie is er bang voor het gynaecologisch onderzoek? Het gynaecologisch onderzoek; een kritisch moment voor patiënten, studenten en docenten [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit, 1986.

Lunsen HW van, Hoos AM, Büller HA, Schreuder MCJ, Kupka R. Een adequate beroepshouding kan geleerd worden; training en toetsing van attitudes in het medisch onderwijs. Ned Tijdschr Geneeskd 1994; 138: 1333-7.

MM

Maguire P. Can communication skills be taught? Br J Hosp Med 1990; 43: 215-6.

Maguire P, Clarke D, Jolley B. An experimental comparison of three courses in history-taking skills for medical students. Med Educ 1977; 11: 175-82.

Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors. I: Benefits of feedback training in interviewing as students persist. Br Med J 1986; 292: 1573-6.

Maguire GP, Rutter DR. History-taking for medical students. 1. Deficiencies in performance. Lancet 1976; ii: 556.

Maheux B, Beaudoin C, Lebel P, Delorme P, Philibert L. Influence of premedical preparation in the humanities and social sciences on attitudes toward patient care: a study of Quebec medical students and recent graduates. Acad Med 1992; 67 (Suppl): 25S-27S.

Maheux B, Béland F. Changes in students' sociopolitical attitudes during medical school: socialisation or maturation effect? Soc Sci Med 1987; 24: 619-24.

Maheux B, Béland F. Students' perceptions of values emphasized in their medical schools. J Med Educ 1986; 61: 308-16.

Maheux B, Delorme P, Béland F, Beaudry J. Humanism in medical education: a study of educational needs perceived by trainees of three Canadian schools. Acad Med 1990; 65: 41-5.

Mann MP. Attitudes toward and subsequent career choice of family practice: a weak relationship. Fam Pract 1994; 26: 504-8.

Markert RJ. Cross-cultural validation of the doctor-patient scale. Acad Med 1989; 64: 690.

Markham B. Can a behavioral science course change medical students' attitudes? J Psychiatr Educ 1979; 3: 44-54.

McGuire WJ. Attitude change: the information-processing paradigm. In: McClintoce CG, editor. Experimental Social Psychology. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1972; 108-41.

McGuire WJ. Attitudes and attitude change. In: Lindzey G, Aronson E, editors. Handbook of Social Psychology. New York: Random House, 1985; 2: 233-346.

McManus IC, Vincent CA, Thom S, Kidd J. Teaching communication skills to clinical students. Br Med J 1993; 306: 1322-7.

McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York/Oxford: Oxford University Press, 1989.

McWhinney IR. The need for a transformed clinical method. In: Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park: Sage Publications, 1989; 25-40.

McWhinney IR. Patient-centred and doctor-centred models of clinical decision-making. In: Decision making in general practice; Sheldon, et al., editors. New York: Stockton Press, 1985.

Mechanic D. Practice orientation among general medical practitioners in England and Wales. Med Care 1970; VIII: 15-25.

Meeuwesen L. Spreekuur of zwijguur. Somatische fixatie en sexe-asymmetrie tijdens het medisch consult. Een gedragswetenschappelijke proeve op het gebied van de sociale wetenschappen [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1988.

Meeuwesen L, Schaap PCDR, Staak CPF van der. Het spreekuur onder de loep. Huisarts Wet 1991; 34: 334-9.

Merrill JM, Camacho Z, Laux LF, Lorimor R, Thornby JI, Vallbona C. Uncertainties and ambiguities: measuring how medical students cope. Med Educ 1994; 28: 316-22.

Metz JCM, Bulte JA, Paridon EJM van. Basisarts: bevoegd en bekwaam. Eindrapport van het Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentschappen. Beleidsgerichte Studies Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.

Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Blueprint 1994: Training of doctors. Objectives of undergraduate medical education in The Netherlands. University of Nijmegen: University Publication Office, 1994.

Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Raamplan 1994 Artsopleiding. Eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau KUN, 1994.

Mokkink HGA, Lisdonk EH van de, Smits AJA. Het woord bij de daad gevoegd. Huisarts-patient communicatie: een integraal onderdeel van de werkstijl van de huisarts. Huisarts Wet 1991; 34: 340-5.

Moore GT, Block SD, Style CB, Mitchell R. The influence of the New Pathway curriculum on Harvard medical students. Acad Med 1994; 69: 983-9.

NN

Nardone DA, Reuler JB, Girard DE. Teaching history-taking: where are we? Yale J Biol Med 1980; 53: 233.

Newble DI. Assessment of clinical competence: state of the art. In: Bender W, et al., editors. Teaching and assessing clinical competence (TICTAC-Conference Proceedings). Groningen: Boekwerk Publications, 1990.

Nieman LZ, Holbert, DH, Bremer C. Career preferences, career decision-making, and orientation toward medicine among third-year students. J Med Educ 1988; 63: 474-6.

Norman G. Summary of the conference. In: W.Bender, et al., editors. Teaching and assessing clinical competence (TICTAC-Conference Proceedings). Boekwerk Publications, Groningen, 1990.

Notzer N, Soffer S, Aronson M. Traits of the 'ideal physician' as perceived by medical students and faculty. Med Teacher 1988; 10: 181-9.

NRC-Handelsblad. Ligt u lekker? Artikelenserie: Zaterdags Peil. Rotterdam: 20 mei-8 juli 1995.
Nunnaly JC. Educational measurement and evaluation. New York: McGraw Hill, 1972.

OO

Oppelaar L, Bleys FC, Gerritsma JGM. An innovative course linking up preclinical and clinical studies: the intermediate role of simulation techniques. Simulation and Instruction Laboratory, Department of Internal Medicine, State University of Utrecht, 1981.
Oppelaar L, Gerritsma JGM. Geprogrammeerde patiënten in de kliniek voor inwendige geneeskunde. Med Contact 1976; 31: 261.

PP

Parlow J, Rothman A. Attitudes towards social issues in medicine of five health science faculties. Soc Sci Med 1974; 8: 351-8.
Peeters OL, Spaendonck KPM van. Studenten leren nadenken over hun eigen functioneren. In: Metz JGM, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der, editors. Medisch onderwijs in de praktijk. Assen: Van Gorcum, 1995: 356-63.
Petty RE, Cacioppo JT. The elaboration likelihood model of persuasion. In: Berkowitz L, editor. Advances in experimental and social psychology, San Diego CA: Academic Press, 1986; 19: 123-205.
Pieters HM. Utrechtse Consult Evaluatie Methode. Vaardigheden in consultvoering van huisartsen getoetst. (Utrecht consultation evaluation method. Testing general practitioners' consultation skills.) Lelystad. Meditekst, 1991.
Platt FW, McMath JC. Clinical hypocompetence: the interview. Ann Intern Med 1979; 91: 898-902.
Poeze M, Hoebe CJPA, Steeg AFW van der. Ervaringen van co-assistenten met attitude-onderwijs. Bulletin Medisch Onderwijs 1995; 14: 145-9.
Poole AD, Sanson-Fisher RW. Understanding the patient: a neglected aspect of medical education. Soc Sci Med 1979; 13a: 37.
Postma CT, Batenburg V, Spaendonck K van, Metz JCM. De begeleiding van het persoonlijk functioneren van co-assistenten. Bulletin Medisch Onderwijs 1992; 11: 86-95.
Prince CJAH, Dalen J van, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der. Vooruitgang in communicatie-vaardigheden. Bulletin Medisch Onderwijs 1996; 15: 177-83.

RR

Rezler AG. Attitude changes during medical school: a review of the literature. J Med Educ 1974; 49: 1023-30.
Rezler AG. Do personal characteristics and attitudes influence clinical decisions? Paper for the International Conference of the World Federation of Medical Education, Ottawa, Ontario, 1985.
Rezler AG, Haken J ten. Affect and research in medical education. Med Educ 1984; 18: 331-8.
Roskin G, Marell SK. Differences in attitudes towards patients among medical specialties. Int J Psychiatry 1988; 18: 223-33.

Roter DL, Cole KA, Kern DE, Barker LR, Grayson M. An evaluation of residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. J Gen Intern Med 1990; 5: 347-54.

Roter DL, Hall JA. Studies of doctor-patient interaction. Annu Rev Public Health 1989; 10: 163-80.

Roter DL, Hall JA, Katz NR. Patient-physician communication: a descriptive summary of the literature. Pat Educ Counsel 1988; 12: 99-119.

Rutten GEHM. Huisarts en patiënt; richtlijnen en uitgangspunten. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.

SS

Sanson-Fisher RW, Maguire GP. Should skills in communicating with patients be taught in medical schools. Lancet 1980; ii: 523.

Sanson-Fisher RW, Poole AD. Simulated patients and the assessment of medical students' interpersonal skills. Med Educ 1980; 14: 249.

Schouten JAM, Groot L de. Dokters in wording. In: Pierloot R. Arts-patiëntrelaties. Alphen aan de Rijn: Stafleu, 1981.

Schüffel W. Can medical students acquire patient centered attitudes at medical schools? Psychother Psychosom 1983; 40: 22-32.

Schüffel W. Does history-taking affect learning of attitudes? Psychother Psychosom 1979; 31: 81-92.

Selleger VJ, Batenburg V, Spaendonck K van. Het Binnenste Buiten: Attitudeonderwijs in de Artsopleiding. NVMO 1996, in press.

Selleger VJ, Overgoor AG, Willekens LAM. Learning the male recto-genital examination by performing it on an instructor. In: Bender W, Hiemstra RJ, Scherpbier AJJA, Zwierstra RP, editors. Teaching and assessing clinical competence. Groningen: BoekWerk, 1990: 165-6.

Sherif CW, Sherif M, Nebergall RE. Attitude and attitude change: the social judgment-involvement approach. Philadelphia: Saunders, 1965.

Sherif M. A study of some social factors in perception. Arch Psychol 1935; 27: 1-60.

Sinke E. "Co-schap lopen, een psychologische opgave." Onderzoeksverslag wetenschappelijke stage. Nijmegen, 1989.

Sinke E, Metz JCM. Begeleiding van co-assistenten. Bulletin Medisch Onderwijs 1989; 8: 132-9.

Smal JA. Enquetes onderwijs en tentamens doctoraal 3 Geneeskunde, Afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het Medisch Onderwijs, Rijksuniversiteit Utrecht, 1993.

Smal JA. Enquetes onderwijs en tentamens propedeuse en doctoraal 1 GBO en doctoraal 2 en 3 Geneeskunde, Afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het medisch onderwijs, Rijksuniversiteit Utrecht, januari 1991 en januari 1992.

Smal JA. Onderwijsenquetes doctoraal 1, 2 en 3. Afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het medisch onderwijs, Rijksuniversiteit Utrecht, januari 1988, januari 1989, januari 1990, juni 1990.

Smith RC, Osborn G, Hoppe RB, Lyles JS, Egeren L van, Henry R, et al. Efficacy of a one-month training block in psychosocial medicine for residents: a controlled study. J Gen Intern Med 1991; 6: 535-43.

Soesbergen P van. Motives for teaching the male recto-genital examination to medical students. In: Bender W, Hiemstra RJ, Scherpbier AJJA, Zwierstra RP, editors. Teaching and Assessing Clinical Competence. Groningen: BoekWerk, 1990: 167-8.

Southgate L. Freedom and discipline: clinical practice and the assessment of clinical competence. Br J Gen Pract 1994; 44: 87-92.

Spaendonck KPM van. Attitude-onderwijs in zakformaat. Bulletin Medisch onderwijs 1995; 14: 69-75.

Spaendonck KPM van, Berger HJC, Haverkort AFM, Lisdonk EH van de. Functionele klachten in de medische praktijk. Een werkmodel. Assen: Van Gorcum, 1996.

Staveren G van. Taakopvatting en werkwijze bij huisartsen [dissertatie]. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1984.

Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

Stewart AL. Psychometric considerations in functional status instruments. In: Functional status measurement in primary care. WONCA Classification Committee. New York: Springer Verlag, 1990: 3-26.

Stillman PL, Regan MB, Swanson DB, Case S, McCahan J, Feinblatt J, et al. An assessment of the clinical skills of fourth-year students at four New-England medical schools. Acad Med 1990; 65: 320-6.

Street WR. Attitude-behaviour congruity, mindfulness, and self-focused attention: a behaviour-analytic reconstruction. The Behaviour Analyst 1994; 17: 145-53.

Streit U. Attitudes toward psycho-social factors in medicine: an appraisal of the ATSIM-scale. Med Educ 1980; 14: 259-66.

Studiegids 1996-1997, Faculteit der Geneeskunde, Universiteit van Amsterdam. Opleiding Geneeskunde. Instellingspecifiek Onderwijs, Zwaartepuntonderwijs: 'patiënten in de grote stad': 173-5.

Swanborn PG. Schaaltechnieken. Theorie en praktijk van acht eenvoudige procedures. Meppel: Boom, 1982.

Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship. In: Millon T, editor. Medical Behavioral Science. Philadelphia: Saunders Company, 1975: 432-40.

TT

TICTAC Proceedings. Teaching and Assessing Clinical Competence. In: Bender W, et al., editors. Groningen: Boekwerk Publications, 1990.

Tielens VCL, Mokkink HGA, Hoogen HJM van der. Het handelen van huisartsen tijdens het spreekuur 2. Een typologie van consulten. Huisarts Wet 1988; 31: 89-92.

Traub RE. Reliability for the social sciences; theory and applications. Volume 3. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994: 89.

VV

Vereniging van Samenwerkende Nederlandes Universiteiten. Rapport van de Visitatiecommissie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. Utrecht: VSNU, 1992.

Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar verschillen tussen huisartsen [dissertatie]. Utrecht: Nivel, 1986.

Verhaak PFM. Hoe speciaal is de communicatie van de huisarts? Huisarts Wet 1991; 4: 320-4.

Vleuten CPM van der. Toetsing van medische competentie. In: Metz JCM, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der, editors. Medisch onderwijs in de praktijk. Assen: Van Gorcum, 1995: 152-64.

WW

Walker M. Training the trainers: socialisation and change in general practice. Sociol Health & Illness 1988; 3: 282-302.

Ward NG, Stein L. Reducing emotional distance: a new method to teach interviewing skills. J Med Educ 1975; 50: 605.

Wattis JP, Smith CW, Binns V. Medical students' attitudes to old people and career preference: a comparison of two universities. Med Educ 1986; 20: 498-501.

Wattis JP, Smith CW, Binns V. Medical students' attitudes to old people and career preference: the case of the Nottingham medical school. Med Educ 1989; 23: 81-5.

Weijts LBM. Patient participation in gynaecological consultations: studying interactional patterns [dissertation]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993.

Weisman CS, Teitelbaum MA. Physicians' gender and the physician-patient relationship. Recent evidence and relevant questions. Soc Sci Med 1985; 20: 1119-27.

Westerhof GJ. Statements and Stories. Towards a new methodology of attitude research [dissertation]. Amsterdam: Thesis Publishers, 1994.

Weston WW, Lipkin M. Doctors learning communication skills: developmental issues. In: Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. Newbury Park: Sage publications, 1989: 43-57.

White KL. The task of medicine. Dialogue at Wickenburg. Menlo Park, CA: The Henry J. Kaiser Foundation, 1988.

Wicker AW. Attitudes versus actions: the relationship of erbal and avert behavioural responses to attitude object. Journal of Social Issues 1969; 4: 41-78.

Wilson JF, Brockopp GW, Kryst S, Steger H, Witt WO. Medical students' attitudes toward patients with pain. Pain 1992; 50: 251-6.

Wolf TM, Almen TK van, Faucett JM, Randall HM, Franklin FA. Psychosocial changes during the first year of medical school. Med Educ 1991; 25: 174-81.

Wolf TM, Balson PM, Faucett JM, Randall HM. A retrospective study of attitude change during medical education. Med Educ 1989; 23: 19-23.

Woolliscroft JO, Haken J ten, Smith J, Calhoun JG. Medical students' clinical self-assessments: comparison with external measures of performance and the students' self-assessments of overall performance and effort. Acad Med 1993; 68: 285-94.

World Summit on Medical Education. Med Educ 1994; 28: 1-200.

ZZ

Zajonc RB. Attitudinal effects of mere exposure. J Pers Soc Psychol Monograph Supplement, 1968; 9 (Pt 2): 1-27.

Zeldow PB, Daugherty SR. The stability and attitudinal correlates of warmth and caring in medical students. Med Educ 1987; 21: 353-7.

Zwierstra RP, Scherpbier AJJA, Schilfgaarde R van. Changing patterns in graduate surgical education in the Netherlands. World J Surg 1994; 18: 718-23.

Appendix 1. Attitude - Vragenlijst

Inleiding

Met deze vragenlijst proberen wij na te gaan, hoe je tegen je toekomstige beroep en beroepsuitoefening aankijkt. Ook zijn wij geïnteresseerd in je mening over wat een ideale arts zou zijn.

Probeer iedere vraag vanuit dit perspectief te lezen. Lees iedere vraag zorgvuldig. De precieze betekenis is op het eerste gezicht misschien niet meteen duidelijk.

Probeer je eigen opvattingen en gevoelens weer te geven in je antwoord. Wanneer een vraag slaat op een situatie die je niet kent, tracht je dan in die situatie in te denken. Probeer je voor te stellen wat jouw mening zou zijn en vul het toepasselijke antwoord in.
Het is niet de bedoeling dat je een mening geeft over hoe het idealiter zou moeten zijn; geef zoveel mogelijk je eigen mening.

Wanneer een vraag je in verwarring brengt of wanneer het moeilijk is om je standpunt in te nemen, vul dan "neutraal" in. Wanneer je zowel voor als tegen een uitspraak bent, vul dan ook "neutraal" in.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 15 minuten.

VUL S.V.P. DE VOLGENDE VRAGEN IN DOOR MIDDEL VAN AANKRUISEN

1. Ben je man of vrouw?	M	V
2. Hoe oud ben je?	jonger dan 20 jaar	
	tussen 20 en 25 jaar	
	tussen 25 en 30 jaar	
	ouder dan 30 jaar	
3. a) Hoe was je gemiddelde eindexamencijfer (middelbare school) natuur- en scheikunde?	heel goed	
	goed	
	middelmatig	
	zwak	
	slecht	
b) Hoe was je gemiddelde eindexamencijfer (middelbare school) voor de talen?	heel goed	
	goed	
	middelmatig	
	zwak	
	slecht	
4. Hoe vaak ben je voor geneeskunde uitgeloot?	0 x	
	1 x	
	2 x	
	3 x	
5. Heb je vóór je studie geneeskunde nog een andere opleiding gevolgd (hoeft niet voltooid te zijn)?	fysiotherapie	
	verpleegkunde	
	overige HBO, nl.:	
	een exacte wetenschap	
	een sociale wetenschap	
	overig univ. nl.:	
	overige opleid. nl.:	
	nee	

6. Heb je naast je studie nog regelmatig andere aktiviteiten (gehad), zoals (on)betaald werk in de gezondheidszorg, in verenigingen, instellingen, het onderwijs?	ja nee	____
7. Hoe is je gemiddeld niveau tijdens je studie geneeskunde?	heel goed	
	goed	
	middelmatig	
	zwak	
	slecht	
8. Naar welke specialisatie gaat je belangstelling op dit moment het meeste uit?	interne geneeskunde	
	kindergeneeskunde	
	neurologie	
	psychiatrie	
	heelkunde	
	gynecologie/verloskunde	
	huisartsgeneeskunde	
	sociale geneeskunde	
	med. biologisch ond.	
	overig, namelijk:	
9. In welke fase van de studie ben je nu?	propedeuse	
	doc-1	
	doc-2	
	doc-3	
	juco	
	seco	
10. Op grond van welke redenen ben je in Utrecht gaan studeren?	toeval	
	praktische redenen	
	persoonlijke redenen	
	voorkeur voor het Utrechtse curriculum	

OMCIRKEL BIJ IEDERE UITSPRAAK HET WOORD DAT JOUW MENING HET BESTE WEERGEEFT

Voorbeeld:

Legbatterijen moeten bij de wet verboden worden.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

1.	Als een patiënt zich niet houdt aan voorschriften of adviezen dan komt dat, omdat de arts geen duidelijke instructies heeft gegeven.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
2.	In de huisartsgeneeskunde kun je als arts vaak een psychotherapeutische werkwijze toepassen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
3.	Tijdens het afnemen van de anamnese moet de arts het gesprek met de patiënt leiden en het initiatief in handen houden.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
4.	Bij beslissingen over de behandeling moet de patiënt het laatste woord hebben.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
5.	Spreekuurgesprekken moeten door de arts gestructureerd worden, anders hebben ze geen nut.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
6.	De onderwijstijd van alle klinische vakken in de eerste vier jaar moet verminderd worden zodat er ruimte vrij komt voor training in interpersoonlijke relaties.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
7.	Slechts weinig patiënten zijn in staat, complexe gezondheidsproblemen te begrijpen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
8.	Wanneer een patiënt meer dan de gebruikelijke tijd nodig heeft tijdens een afspraak, moet hij extra tijd krijgen, ook al gaat dat ten koste van andere patiënten.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
9.	De mate waarin de patiënt de arts vertrouwt, staat in rechtstreekse verhouding tot een gunstig effect van de therapie.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

10. Standaardprogramma's en protocollen moeten bij de behandeling van ziekten en symptomen op veel grotere schaal toegepast worden dan nu het geval is.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
11. De emoties van de arts mogen eigenlijk geen rol spelen in het contact met de patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
12. Als een patiënt klaagt over de houding van de arts dan komt dat meestal voort uit een gebrek aan inzicht in de verantwoordelijkheden en plichten van het artsenberoep.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
13. Psychofarmaca zijn verreweg de belangrijkste hulpmiddelen die een arts ten dienste staan bij de behandeling van depressie.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
14. Als een patiënt niet meewerkt aan een behandeling dan is de arts ook niet verder verantwoordelijk voor de resultaten.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
15. Paramedische en ondersteunende beroepen kunnen slechts een beperkte invloed hebben op de uiteindelijke beslissing over een behandeling; dat is de verantwoordelijkheid van de arts.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
16. Medische bekwaamheid berust vooral op kennis en vaardigheden en in veel mindere mate op attitude.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
17. Ziekenhuispersoneel moet door gedragswetenschappers systematisch getraind worden in het omgaan met patiënten.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
18. Wetgeving waarbij de rechten van de patiënt tegenover de arts zijn vastgelegd, is ongewenst en doet afbreuk aan de arts-patiënt relatie.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
19. Informatie over gezondheid en ziekte in de krant, op televisie en in de populaire weekbladen moet beperkt worden; het doet meer kwaad dan goed.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

20. In ieder ziekenhuis moet een ombudsman zijn bij wie de patiënten hun klachten kwijt kunnen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
21. De meeste patiënten zijn niet in staat om ingewikkelde moderne werkwijzen in de geneeskunde te begrijpen, ook al krijgen ze daar uitleg over.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
22. Een patiënt met psycho-somatische klachten moet doorverwezen worden naar een psycholoog.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
23. Wanneer een patiënt tijdens een consult emotioneel reageert, moet de arts dat positief waarderen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
24. Als er meer met computers gewerkt zou worden in de geneeskunde, zou de gezondheidszorg er een stuk op vooruitgaan.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
25. De huisarts moet een medische bijdrage leveren aan het uitbannen van maatschappelijke gezondheidsrisico's.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
26. Een hoge kwaliteit van medische zorg heeft een direct verband met de hoeveelheid tijd die er aan een individuele patiënt besteed wordt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
27. Toepassing van hoogwaardige medische technologie biedt voor de toekomst de beste garanties voor kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
28. De gigantische kostenstijging in de gezondheidszorg kan het beste tegengegaan worden door het bevorderen van epidemiologie, patiëntenvoorlichting, preventie en eerstelijnszorg en door het beperken van ziekenhuiszorg.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
29. Tijdens het consult is er tijd voor het geven van informatie en patiëntenvoorlichting.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
30. De arts moet pijnstillers voorschrijven op grond van diens eigen beoordeling van de werkelijke behoefte van de patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

31. De arts moet de patiënt advies geven en niet voor de patiënt beslissen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
32. Alle artsen moeten getraind worden om patiënten te stimuleren, zich bewust te worden van hun beleving en gevoelens van hun gezondheids-problemen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
33. In de regel verwacht een patiënt dat de arts zeker is van zijn zaak; tekenen van onzekerheid of twijfel stelt hij niet op prijs.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
34. De gigantische kostenstijging in de gezondheidszorg kan het beste beteugeld worden door vermindering van extra-murale zorgverlening en door efficiëntere organisatie van de ziekenhuiszorg.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
35. Luisteren naar een patiënt werkt beter dan praten tegen een patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
36. De patiënt moet te allen tijde telefonisch contact kunnen opnemen met de behandelende arts of diens waarnemer.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
37. Om goed te kunnen helpen, moet een arts zich kunnen inleven in een patient.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
38. Alternatieve geneeskunde moet zorgvuldig bekeken worden op mogelijkheden om de reguliere geneeskunde te verruimen en nieuwe inzichten te verschaffen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
39. De patiënt moet inzicht hebben in de behandeling en medezeggenschap hebben in de keuze van behandeling.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

40. "Vage klachten" zijn een belangrijk aandachtsveld voor iedere arts.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
41. Wat de patiënt zelf denkt en voelt over zijn gezondheid is vaak belangrijker voor de arts dan de medische diagnose.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
42. De arts, met uitzondering van de psychiater, moet zich beperken tot datgene waartoe hij is opgeleid: het behandelen van de lichamelijke toestand van een patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
43. Geneeskunde en psychologie houden zich met verschillende aspecten van de mens bezig; een probleem is dus ofwel somatisch ofwel psychisch.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
44. De arts kan het beste beoordelen welke informatie over de ziekte het bevattingsvermogen van een patiënt te boven gaat.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
45. Een patiënt die regelmatig met vage of psychosomatische klachten naar de dokter gaat, loopt het gevaar in een medische oorzaak te gaan geloven.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
46. Bij de behandeling van een patiënt moet de arts het laatste woord hebben.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
47. De inbreng van het maatschappelijk werk is belangrijk voor de huisartsgeneeskunde.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
48. Een ziekenhuisarts moet speciale training krijgen in stervensbegeleiding.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
49. Somatische aspecten van ziekte interesseren mij meer dan psychosociale.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

50. Als iemand ziek wordt, dan berust dat meestal op een toevallige samenloop van somatische factoren.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
51. Een arts kan ziekte slechts volledig begrijpen met inzicht in psychosociale aspecten van menselijk gedrag.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
52. Bij de meeste ziekten spelen psychosociale factoren een rol in het ontstaan en verloop.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
53. Een arts schiet tekort als hij zijn patiënten alleen somatisch helpt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
54. Het huidige medische instrumentarium (diagnostiek en therapie) biedt de juiste methode om problemen van een patiënt op te lossen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
55. Wanneer alle lichaamsfuncties in orde zijn, is een patiënt gezond, ook al bestaan er klachten.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
56. Psychologische en filosofische benaderingen van ziekte boeien mij bijzonder.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
57. Klachten zijn er om verholpen te worden.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
58. Ziek-zijn geeft een patiënt ook de kans, zich beter te ontplooien.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

DE IDEALE ARTS

Welke kenmerken heeft volgens jou DE IDEALE ARTS?

Omcirkel bij iedere uitspraak die plaats op de lijn, die jouw mening het beste weergeeft.

Voorbeeld:

Kort Lang

1 2 3 4 5 6 7

---

1. Leidend Volgend

1 2 3 4 5 6 7

2. Democratisch Hierarchisch

1 2 3 4 5 6 7

3. Afstandelijk Betrokken

1 2 3 4 5 6 7

4. Objectiverend Invoelend

1 2 3 4 5 6 7

5. Zorgzaam Zakelijk

1 2 3 4 5 6 7

6. Terughoudend Medegedeelzaam

1 2 3 4 5 6 7

7. Psychosociaal Somatisch

1 2 3 4 5 6 7

8. Technicus Biechtvader

1 2 3 4 5 6 7

9. Generalist Specialist

1 2 3 4 5 6 7

10. Wetenschapper Hulpverlener

1 2 3 4 5 6 7

11. Teamlid Solist

1 2 3 4 5 6 7

12. Analyserend Integrerend

1 2 3 4 5 6 7

13. Gericht op de zieke Gericht op de ziekte

1 2 3 4 5 6 7

14. Verstandelijk Emotioneel

1 2 3 4 5 6 7

15. Intuitief Logisch

1 2 3 4 5 6 7

16. Nuchter Gevoelig

1 2 3 4 5 6 7

17. Beschouwend Ingrijpend

1 2 3 4 5 6 7

18. Twijfelend Zeker

1 2 3 4 5 6 7

Heb je deze vragenlijst al eens ingevuld in een eerder studiejaar?	ja/nee
Zo ja, weet je nog in welk jaar dat geweest is?	1e
	2e
	4e

Appendix 2. Attitude - Vragenlijst (A-versie)

Inleiding

Met deze vragenlijst proberen wij na te gaan, hoe je tegen je toekomstige beroep en beroepsuitoefening aankijkt. Ook zijn wij geïnteresseerd in je mening over wat een ideale arts zou zijn.

Probeer iedere vraag vanuit dit perspectief te lezen. Lees iedere vraag zorgvuldig. De precieze betekenis is op het eerste gezicht misschien niet meteen duidelijk.

Probeer je eigen opvattingen en gevoelens weer te geven in je antwoord. Wanneer een vraag slaat op een situatie die je niet kent, tracht je dan in die situatie in te denken. Probeer je voor te stellen wat jouw mening zou zijn en vul het toepasselijke antwoord in.
Het is niet de bedoeling dat je een mening geeft over hoe het idealiter zou moeten zijn; geef zoveel mogelijk je eigen mening.

Wanneer een vraag je in verwarring brengt of wanneer het moeilijk is om je standpunt in te nemen, vul dan "neutraal" in. Wanneer je zowel voor als tegen een uitspraak bent, vul dan ook "neutraal" in.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten.

A	Vul hier s.v.p. je geboortedatum in:	

VUL S.V.P. DE VOLGENDE VRAGEN IN DOOR MIDDEL VAN AANKRUISEN

1. Ben je man of vrouw?	M	V
2. Hoe oud ben je?	jonger dan 20 jaar	
	tussen 20 en 25 jaar	
	tussen 25 en 30 jaar	
	ouder dan 30 jaar	
3. a) Hoe was je gemiddelde eindexamencijfer (middelbare school) natuur- en scheikunde?	heel goed	
	goed	
	middelmatig	
	zwak	
	slecht	
b) Hoe was je gemiddelde eindexamencijfer (middelbare school) voor de talen?	heel goed	
	goed	
	middelmatig	
	zwak	
	slecht	
4. Hoe vaak ben je voor geneeskunde uitgeloot?	0 x	
	1 x	
	2 x	
	3 x	
5. Heb je vóór je studie geneeskunde nog een andere opleiding gevolgd (hoeft niet voltooid te zijn)?	fysiotherapie	
	verpleegkunde	
	overige HBO, nl.:	
	een exacte wetenschap	
	een sociale wetenschap	
	overig univ. nl.:	
	overige opleid. nl.:	
	nee	

6. Heb je naast je studie nog regelmatig andere aktiviteiten (gehad), zoals (on)betaald werk in de gezondheidszorg, in verenigingen, instellingen, het onderwijs?	ja nee	____
7. Hoe is je gemiddeld niveau tijdens je studie geneeskunde?	heel goed	
	goed	
	middelmatig	
	zwak	
	slecht	
8. Naar welke specialisatie gaat je belangstelling op dit moment het meeste uit?	interne geneeskunde	
	kindergeneeskunde	
	neurologie	
	psychiatrie	
	heelkunde	
	gynecologie/verloskunde	
	huisartsgeneeskunde	
	sociale geneeskunde	
	med. biologisch ond.	
	overig, namelijk:	
9. In welke fase van de studie ben je nu?	propedeuse	
	doc-1	
	doc-2	
	doc-3	
	ALCO I	
	ALCO II	
10. Op grond van welke redenen ben je in Utrecht gaan studeren?	toeval	
	praktische redenen	
	persoonlijke redenen	
	voorkeur voor het Utrechtse curriculum	

OMCIRKEL BIJ IEDERE UITSPRAAK HET WOORD DAT JOUW MENING HET BESTE WEERGEEFT

Voorbeeld:

Legbatterijen moeten bij de wet verboden worden.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

1.	Als een patiënt zich niet houdt aan voorschriften of adviezen dan komt dat, omdat de arts geen duidelijke instructies heeft gegeven.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
2.	Tijdens het afnemen van de anamnese moet de arts het gesprek met de patiënt leiden en het initiatief in handen houden.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
3.	Spreekuurgesprekken moeten door de arts gestructureerd worden, anders hebben ze geen nut.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
4.	Slechts weinig patiënten zijn in staat, complexe gezondheidsproblemen te begrijpen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
5.	De mate waarin de patiënt de arts vertrouwt, staat in rechtstreekse verhouding tot een gunstig effect van de therapie.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
6.	De emoties van de arts mogen eigenlijk geen rol spelen in het contact met de patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
7.	Psychofarmaca zijn verreweg de belangrijkste hulpmiddelen die een arts ten dienste staan bij de behandeling van depressie.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
8.	Paramedische en ondersteunende beroepen kunnen slechts een beperkte invloed hebben op de uiteindelijke beslissing over een behandeling; dat is de verantwoordelijkheid van de arts.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
9.	Ziekenhuispersoneel moet door gedragswetenschappers systematisch getraind worden in het omgaan met patiënten.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

10. Informatie over gezondheid en ziekte in de krant, op televisie en in de populaire weekbladen moet beperkt worden; het doet meer kwaad dan goed.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
11. De meeste patiënten zijn niet in staat om ingewikkelde moderne werkwijzen in de geneeskunde te begrijpen, ook al krijgen ze daar uitleg over.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
12. Wanneer een patiënt tijdens een consult emotioneel reageert, moet de arts dat positief waarderen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
13. De huisarts moet een medische bijdrage leveren aan het uitbannen van maatschappelijke gezondheidsrisico's.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
14. Toepassing van hoogwaardige medische technologie biedt voor de toekomst de beste garanties voor kwaliteitsverbetering van de ziekenhuiszorg.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
15. Tijdens het consult is er tijd voor het geven van informatie en patiëntenvoorlichting.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
16. De arts moet de patiënt advies geven en niet voor de patiënt beslissen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
17. In de regel verwacht een patiënt dat de arts zeker is van zijn zaak; tekenen van onzekerheid of twijfel stelt hij niet op prijs.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
18. Luisteren naar een patiënt werkt beter dan praten tegen een patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
19. Om goed te kunnen helpen, moet een arts zich kunnen inleven in een patient.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

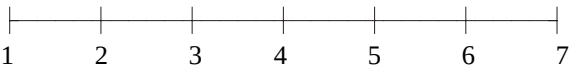
20. De patiënt moet inzicht hebben in de behandeling en medezeggenschap hebben in de keuze van behandeling.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
21. Wat de patiënt zelf denkt en voelt over zijn gezondheid is vaak belangrijker voor de arts dan de medische diagnose.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
22. Geneeskunde en psychologie houden zich met verschillende aspecten van de mens bezig; een probleem is dus ofwel somatisch ofwel psychisch.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
23. Een patiënt die regelmatig met vage of psychosomatische klachten naar de dokter gaat, loopt het gevaar in een medische oorzaak te gaan geloven.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
24. De inbreng van het maatschappelijk werk is belangrijk voor de huisartsgeneeskunde.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
25. Somatische aspecten van ziekte interesseren mij meer dan psychosociale.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
26. Een arts kan ziekte slechts volledig begrijpen met inzicht in psychosociale aspecten van menselijk gedrag.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
27. Een arts schiet tekort als hij zijn patiënten alleen somatisch helpt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
28. Wanneer alle lichaamsfuncties in orde zijn, is een patiënt gezond, ook al bestaan er klachten.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
29. Klachten zijn er om verholpen te worden.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

DE IDEALE ARTS

Welke kenmerken heeft volgens jou DE IDEALE ARTS?

Omcirkel bij iedere uitspraak die plaats op de lijn, die jouw mening het beste weergeeft.

Voorbeeld:

Kort  Lang

1 2 3 4 5 6 7

---

1. Democratisch Hierarchisch

1 2 3 4 5 6 7

2. Afstandelijk Betrokken

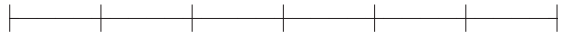
1 2 3 4 5 6 7

3. Zorgzaam Zakelijk

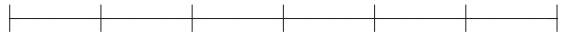
1 2 3 4 5 6 7

4. Technicus Biechtvader

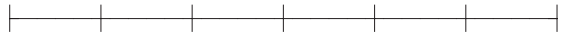
1 2 3 4 5 6 7

5. Wetenschapper  Hulpverlener

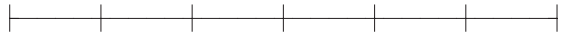
1 2 3 4 5 6 7

6. Analyserend  Integrerend

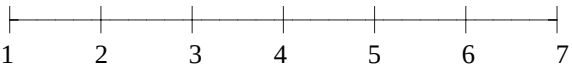
1 2 3 4 5 6 7

7. Intuitief  Logisch

1 2 3 4 5 6 7

8. Beschouwend  Ingrijpend

1 2 3 4 5 6 7

9. Twijfelend  Zeker

Appendix 3. Attitude - Vragenlijst (B-versie)

Inleiding

Met deze vragenlijst proberen wij na te gaan, hoe je tegen je toekomstige beroep en beroepsuitoefening aankijkt. Ook zijn wij geïnteresseerd in je mening over wat een ideale arts zou zijn.

Probeer iedere vraag vanuit dit perspectief te lezen. Lees iedere vraag zorgvuldig. De precieze betekenis is op het eerste gezicht misschien niet meteen duidelijk.

Probeer je eigen opvattingen en gevoelens weer te geven in je antwoord. Wanneer een vraag slaat op een situatie die je niet kent, tracht je dan in die situatie in te denken. Probeer je voor te stellen wat jouw mening zou zijn en vul het toepasselijke antwoord in.
Het is niet de bedoeling dat je een mening geeft over hoe het idealiter zou moeten zijn; geef zoveel mogelijk je eigen mening.

Wanneer een vraag je in verwarring brengt of wanneer het moeilijk is om je standpunt in te nemen, vul dan "neutraal" in. Wanneer je zowel voor als tegen een uitspraak bent, vul dan ook "neutraal" in.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten.

B	Vul hier s.v.p. je geboortedatum in:	

VUL S.V.P. DE VOLGENDE VRAGEN IN DOOR MIDDEL VAN AANKRUISEN

1. Ben je man of vrouw?	M	V
2. Hoe oud ben je?	jonger dan 20 jaar	
	tussen 20 en 25 jaar	
	tussen 25 en 30 jaar	
	ouder dan 30 jaar	
3. a) Hoe was je gemiddelde eindexamencijfer (middelbare school) natuur- en scheikunde?	heel goed	
	goed	
	middelmatig	
	zwak	
	slecht	
b) Hoe was je gemiddelde eindexamencijfer (middelbare school) voor de talen?	heel goed	
	goed	
	middelmatig	
	zwak	
	slecht	
4. Hoe vaak ben je voor geneeskunde uitgeloot?	0 x	
	1 x	
	2 x	
	3 x	
5. Heb je vóór je studie geneeskunde nog een andere opleiding gevolgd (hoeft niet voltooid te zijn)?	fysiotherapie	
	verpleegkunde	
	overige HBO, nl.:	
	een exacte wetenschap	
	een sociale wetenschap	
	overig univ. nl.:	
	overige opleid. nl.:	
	nee	

6. Heb je naast je studie nog regelmatig andere aktiviteiten (gehad), zoals (on)betaald werk in de gezondheidszorg, in verenigingen, instellingen, het onderwijs?	ja nee	
7. Hoe is je gemiddeld niveau tijdens je studie geneeskunde?	heel goed	
	goed	
	middelmatig	
	zwak	
	slecht	
8. Naar welke specialisatie gaat je belangstelling op dit moment het meeste uit?	interne geneeskunde	
	kindergeneeskunde	
	neurologie	
	psychiatrie	
	heelkunde	
	gynecologie/ verloskunde	
	huisartsgeneeskunde	
	sociale geneeskunde	
	med. biologisch ond.	
	overig, namelijk:	
9. In welke fase van de studie ben je nu?	propedeuse	
	doc-1	
	doc-2	
	doc-3	
	ALCO I	
	ALCO II	
10. Op grond van welke redenen ben je in Utrecht gaan studeren?	toeval	
	praktische redenen	
	persoonlijke redenen	
	voorkeur voor het Utrechtse curriculum	

OMCIRKEL BIJ IEDERE UITSPRAAK HET WOORD DAT JOUW MENING HET BESTE WEERGEEFT

Voorbeeld:

Legbatterijen moeten bij de wet verboden worden.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

1.	In de huisartsgeneeskunde kun je als arts vaak een psychotherapeutische werkwijze toepassen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
2.	Bij beslissingen over de behandeling moet de patiënt het laatste woord hebben.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
3.	De onderwijstijd van alle klinische vakken in de eerste vier jaar moet verminderd worden zodat er ruimte vrij komt voor training in interpersoonlijke relaties.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
4.	Wanneer een patiënt meer dan de gebruikelijke tijd nodig heeft tijdens een afspraak, moet hij extra tijd krijgen, ook al gaat dat ten koste van andere patiënten.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
5.	Standaardprogramma's en protocollen moeten bij de behandeling van ziekten en symptomen op veel grotere schaal toegepast worden dan nu het geval is.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
6.	Als een patiënt klaagt over de houding van de arts dan komt dat meestal voort uit een gebrek aan inzicht in de verantwoordelijkheden en plichten van het artsenberoep.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
7.	Als een patiënt niet meewerkt aan een behandeling dan is de arts ook niet verder verantwoordelijk voor de resultaten.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
8.	Medische bekwaamheid berust vooral op kennis en vaardigheden en in veel mindere mate op attitude.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
9.	Wetgeving waarbij de rechten van de patiënt tegenover de arts zijn vastgelegd, is ongewenst en doet afbreuk aan de arts-patiënt relatie.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

10. In ieder ziekenhuis moet een ombudsman zijn bij wie de patiënten hun klachten kwijt kunnen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
11. Een patiënt met psycho-somatische klachten moet doorverwezen worden naar een psycholoog.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
12. Als er meer met computers gewerkt zou worden in de geneeskunde, zou de gezondheidszorg er een stuk op vooruitgaan.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
13. Een hoge kwaliteit van medische zorg heeft een direct verband met de hoeveelheid tijd die er aan een individuele patiënt besteed wordt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
14. De gigantische kostenstijging in de gezondheidszorg kan het beste tegengegaan worden door het bevorderen van epidemiologie, patiëntenvoorlichting, preventie en eerstelijnszorg en door het beperken van ziekenhuiszorg.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
15. De arts moet pijnstillers voorschrijven op grond van diens eigen beoordeling van de werkelijke behoefte van de patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
16. Alle artsen moeten getraind worden om patiënten te stimuleren, zich bewust te worden van hun beleving en gevoelens van hun gezondheidsproblemen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
17. De gigantische kostenstijging in de gezondheidszorg kan het beste beteugeld worden door vermindering van extra-murale zorgverlening en door efficiëntere organisatie van de ziekenhuiszorg.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
18. De patiënt moet te allen tijde telefonisch contact kunnen opnemen met de behandelende arts of diens waarnemer.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
19. Alternatieve geneeskunde moet zorgvuldig bekeken worden op mogelijkheden om de reguliere geneeskunde te verruimen en nieuwe inzichten te verschaffen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

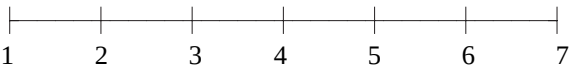
20. "Vage klachten" zijn een belangrijk aandachtsveld voor iedere arts.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
21. De arts, met uitzondering van de psychiater, moet zich beperken tot datgene waartoe hij is opgeleid: het behandelen van de lichamelijke toestand van een patiënt.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
22. De arts kan het beste beoordelen welke informatie over de ziekte het bevattingsvermogen van een patiënt te boven gaat.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
23. Bij de behandeling van een patiënt moet de arts het laatste woord hebben.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
24. Een ziekenhuisarts moet speciale training krijgen in stervensbegeleiding.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
25. Als iemand ziek wordt, dan berust dat meestal op een toevallige samenloop van somatische factoren.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
26. Bij de meeste ziekten spelen psychosociale factoren een rol in het ontstaan en verloop.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
27. Het huidige medische instrumentarium (diagnostiek en therapie) biedt de juiste methode om problemen van een patiënt op te lossen.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
28. Psychologische en filosofische benaderingen van ziekte boeien mij bijzonder.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens
29. Ziek-zijn geeft een patiënt ook de kans, zich beter te ontplooien.	helemaal mee eens	mee eens	neutraal	niet mee eens	helemaal niet mee eens

DE IDEALE ARTS

Welke kenmerken heeft volgens jou DE IDEALE ARTS?

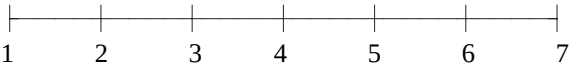
Omcirkel bij iedere uitspraak die plaats op de lijn, die jouw mening het beste weergeeft.

Voorbeeld:

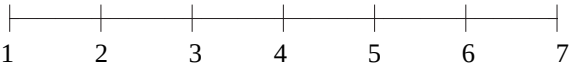
Kort  Lang

1 2 3 4 5 6 7

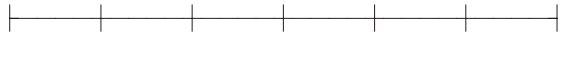
---

1. Leidend  Volgend

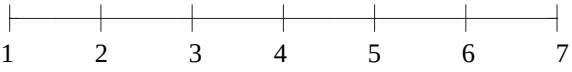
1 2 3 4 5 6 7

2. Objectiverend  Invoelend

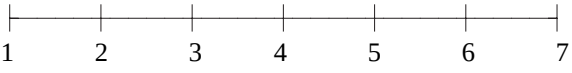
1 2 3 4 5 6 7

3. Terughoudend  M e d e - deelzaam

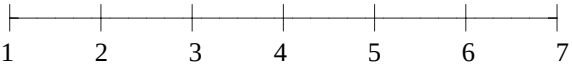
1 2 3 4 5 6 7

4. Psychosociaal  Somatisch

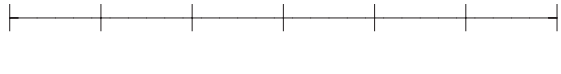
1 2 3 4 5 6 7

5. Generalist  Specialist

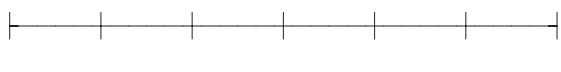
1 2 3 4 5 6 7

6. Teamlid  Solist

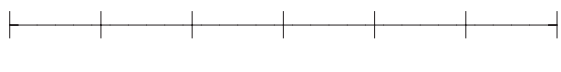
1 2 3 4 5 6 7

7. Gericht op de  G e r i c h t op de

zieke 1 2 3 4 5 6 7 ziekte

8. Verstandelijk  E m o t i o - neel

1 2 3 4 5 6 7

9. Nuchter  Gevoelig

1 2 3 4 5 6 7

Nawoord

De tocht van de eenzame fietser, zoals die is afgebeeld op de omslag van mijn proefschrift, heeft veel overeenkomsten met het doceren van een sociale wetenschap in een medische faculteit, met wetenschappelijk onderzoek doen, met promoveren en met expert worden. Ook medisch student zijn, arts worden en hulp verlenen hebben aspecten van zo'n tocht. Het schilderij van de eenzame fietser heeft jarenlang mijn werkkamer gesierd en heeft mij als symbool geïnspireerd bij mijn werk. Gelukkig zijn er veel steunpunten geweest tijdens de fietstocht, in de gestalten van partners, vriendinnen, vrienden, familie, collega's, studenten en student-assistenten. Zij hebben gemaakt dat ik mij als een eenzame fietser deel voelde van een sociaal netwerk; hun liefde, hulp, deskundigheid, inspiratie, belangstelling, gezelschap bij wandelen en stappen en verzorging waren een steun voor mij.

Ik dank allereerst mijn ouders Erica Batenburg-Zeiler en Cees Batenburg, en mijn broers, Frans en Reinier Batenburg voor hun bijdragen aan mijn ontwikkeling; mede daardoor ben ik in staat geweest om dit proefschrift te schrijven.

Voor hun solide aandeel aan de groei en totstandkoming van het proefschrift dank ik allereerst Ko Smal, mijn 'Ko'-promotor, voor zijn deskundigheid en geduldige hulp. Ruut de Melker, mijn promotor, dank ik voor zijn structurerende begeleiding en voor zijn trots op mijn proefschrift. Jaap Metz dank ik voor zijn waardevolle suggesties en commentaar in verschillende fasen van het onderzoek.

Verder dank ik mijn collega's voor hun steun bij mijn fietstocht en hun bijdrage aan de inhoud van mijn proefschrift: Christa Hörchner, Jeen Haalboom, Guy Rutten, Annemart Kruishoop, Mattijs Numans, Marijke van der Burg-van Walsum, Marie-Louise Bartelink, Luc van Berkestijn, Marjan Pollemans, Jaap Metz, Jaap Gerritsma, Veronica Selleger, Karel van Spaendonck, Bert-Jan de Boer, Monneke Smulders, Theo Voorn, en Jan Fabels. Ik heb veel van hen geleerd over de eenzame fietstocht van de dokter en over de geneeskunde. Aart Lodder verdient speciale dank voor zijn zorgvuldige statistische adviezen. Carla Tims en Yola Claasen dank ik voor hun nauwkeurig werk bij de data-opslag en eerste bewerkingen.

Voor de opgewekte secretariële ondersteuning bij mijn wetenschappelijk werk dank ik Monique Hopman, Marianne van den Haak-van Mourik, Monique den Hartog, Yvonne Feitsma en Anoush de Rover. Yvonne van der Lek-Wilschut, Krista Juffermans, Lia Thijs en Mieke Dankbaar hebben ervoor gezorgd dat de onderwijs'machine' steeds liep als een zonnetje wanneer ik ondergedompeld was in mijn onderzoek.

Mijn student-assistenten hebben mij steeds weer laten genieten van mijn werk als docent; hun kameraadschap en plezier in hun taken hebben mij gevoed. De studenten aan wie ik les gaf, inspireerden mij door hun openheid en durf om hun 'binnenkant' te laten zien en te bevragen. Door het dagelijks contact met hen weet ik waarom ik

dit werk zo leuk en zinnig vind. Ik ontwikkel mijzelf nog steeds door hun ontwikkeling te begeleiden.

Mijn 'nymfen' en tevens beste vriendinnen Alma Mekking en Astrid Karreman hebben mij terzijde gestaan in mijn persoonlijke ontwikkelingsproces en bij het promoveren. Mijn vriendinnen en vrienden in de buurt en verder weg, vormden een warm en sterk netwerk en boden mij veel steun; zij leefden mee, nodigden mij uit voor culinaire, sociale, culturele en sportieve activiteiten die een frequent en onmisbaar tegenwicht vormden voor het 'hoofd'-werk. Het is kostbaar om belangrijke periodes en ontwikkelingen in elkaars leven van zo nabij mee te maken. Dodo van der Straaten en mijn makkers van Landmark hebben mij van coaching, steun en humor voorzien.

Een goede arts-patiënt relatie is ook in mijn persoonlijk leven van groot belang geweest bij de ziekte en dood van mijn partner Erna van Barneveld en, later, Corry van der Zouw. Zij hebben aan de wieg en de eerste groei van mijn proefschrift gestaan en mij bevestigd in mijn vorderingen.

Anke van Stijn heeft de laatste etappe van mijn tocht door de promotie met mij meegefietst en mij als partner gesteund en vergezeld.

Curriculum vitae

Vera Batenburg werd geboren op 1 april 1948 te Amersfoort. Na haar eindexamen gymnasium alpha aan het Johan van Oldenbarnevelt Gymnasium te Amersfoort studeerde zij van 1966 tot 1973 in Utrecht psychologie, met specialisatie klinische psychologie en persoonlijkheidsleer; nevenrichtingen waren sociale psychologie en medische psychologie. Het doctoraal onderzoek betrof het anamnestisch interview naar sociale relaties van chronische psychiatrische patiënten; de bijvakscriptie behandelde interventies van systeem-gerichte hulpverleners in psychiatrische crisissituaties.

Vanaf 1973 is zij als medisch psycholoog verbonden geweest aan de Medische Faculteit te Utrecht, eerst bij de werkgroep Introductie en vervolgens bij de vakgroep Medische Psychologie. Zij was lid van het Dagelijks Bestuur van de vakgroep, voorzitter van de onderwijscommissie en lid van facultaire onderwijs- en examencommissies.

Sinds 1990 werkt zij als universitair docent bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde in Utrecht. Haar voornaamste taak is het coördineren en uitvoeren van het onderwijs in arts-patiënt communicatie aan studenten geneeskunde. Zij heeft ontwikkelde en implementeerde diverse onderwijsprogramma's op het gebied van medische gespreksvoering en attitude in de pre-klinische en klinische fase van het curriculum. De dagelijkse leiding en coördinatie van vier cursussen in jaar 3, 4 en 5 berust bij haar; zij traint en superviseert student-assistenten die bij dit onderwijs betrokken zijn.

Zij is lid van de Landelijke Werkgroep Praktisch Medisch Onderwijs van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs. Met twee werkgroep-collega's schreef zij de brochure 'Het Binnenste Buiten' ten behoeve van het attitude-onderwijs aan medische faculteiten. Haar wetenschappelijk onderzoek betreft de resultaten van het gespreksvoerings- en attitude-onderwijs aan medische studenten.