

Attitude-onderwijs in zakformaat

K.P.M. van Spaendonck

Samenvatting

De noodzaak van attitude-onderwijs staat tegenwoordig nauwelijks meer ter discussie. Aan een aantal Medisch Faculteiten zijn reeds programma's geëffectueerd, maar deze blijken conceptueel sterk uiteen te lopen. In dit artikel wordt een checklist gepresenteerd waar de docent de attitude van de student in het patiënt-contact betrekkelijk eenvoudig mee in kaart kan brengen. Deze checklist gaat uit van de premisse dat er in de gezondheidszorg sprake is van zoiets als een "juiste" attitude, omdat het belang van een ander, te weten dat van de patiënt, in het geding is. De checklist bestrijkt drie domeinen: dat van de patiënt, van de arts en van de context.

Inleiding

De afgelopen jaren heeft een aantal belangrijke publikaties het licht gezien waarin aanbevelingen worden gedaan met betrekking tot vernieuwing van het medisch onderwijs.¹⁻³ Telkens wordt daarin gepleit voor meer aandacht voor attitudevorming in het medisch onderwijs. Dat pleidooi is niet nieuw.⁴ Aan sommige faculteiten zijn er al langere tijd onderwijsprogramma's waarin aspecten van attitude aan de orde komen. Deze programma's blijken niet alleen qua vormgeving, maar ook qua concept zo sterk uiteen te lopen dat het kennelijk niet helemaal helder is wat er nu wel en niet tot attitude gerekend moet worden. In dit artikel wordt gepoogd om het ietwat 'gelatineuze' begrip attitude concreter te omlijnen. In plaats van een nieuwe en scherpere definitie te geven wordt een checklist beschreven waarmee de docent kan bevorderen dat de student zich rekenschap geeft van zijn attitude. Wellicht

kan zo'n checklist ertoe bijdragen helder te krijgen wat men met attitude-onderwijs wil en misschien ook wat er onder attitude eigenlijk verstaan moet worden. Misschien is de checklist ook bruikbaar in de netelige kwestie hoe attitude te toetsen, zo dat al mogelijk is. De checklist is zo ontwikkeld dat elke docent er ook zonder veel theoretische achtergrond mee uit de voeten kan.

Attitude-onderwijs in Nederland

Aan een aantal faculteiten zijn onderwijsprogramma's in het curriculum opgenomen waarin, al dan niet expliciet, aan attitudevorming wordt gewerkt. Zo zijn er in Utrecht en Nijmegen tijdens het co-assistentenschap terugkombijeenkomsten rond het thema persoonlijk functioneren, waarin wordt gereflecteerd op de ervaringen in de klinische stage. Daarin staat onder meer de attitude van de co-assistenten ter discussie.⁵ Deze themabijeenkomsten worden door de deelnemers positief gewaardeerd, maar dat geldt eerder het afstand nemen van het klinische werk dan de reflectie op het persoonlijk functioneren als zodanig, een indicatie dat men bij onderwijs dicht op de persoon toch op een zekere weerstand moet rekenen. Daar staat tegenover dat er voor dit soort bijeenkomsten op vrijwillige basis en in de eigen vrije tijd ook belangstelling bestaat.⁶ In Rotterdam zijn er ook soortgelijke bijeenkomsten, maar die dragen meer het karakter van medisch-ethische besprekingen. Alleen aan de Universiteit van Amsterdam en in Maastricht bestaan er al enige tijd reguliere programma's die expliciet de attitudevorming betreffen. Het concept en de vormgeving van deze programma's lopen sterk uiteen. In Amsterdam maakt men zich sterk om een adequate attitude aan te leren, in Maastricht

daarentegen heeft men voor bewustwording van attitude gekozen en ziet men geen heil in een discussie over de 'juiste' attitude.⁷⁻⁸ Conform deze uitgangspunten ziet men in Amsterdam wél en in Maastricht geen mogelijkheid om attitude op 'juistheid' te toetsen. Aan beide faculteiten heeft men kennelijk geworsteld met het probleem of er zoiets als een 'juiste' attitude bestaat en of die te onderwijzen valt. In Amsterdam heet het enerzijds dat de docent niet "normerend" te werk moet gaan en niet mag "aangeven wat 'goed' en 'fout' gedrag is", anderzijds dienen de consequenties van het gedrag getoetst te worden aan "professionele en ethische normen."⁷ In de Maastrichtse ervaringscirkel heeft men er welbewust voor gekozen de kwestie 'juist-onjuist' buiten het attitude-onderwijs te houden en zich geheel te richten op bewustwording.⁸ Of men daar ook daadwerkelijk in slaagt, is een tweede. Dat hangt vooral af van de wijze waarop de student wordt bevraagd. In stap drie van de Maastrichtse ervaringscirkel worden "ongeverifieerde veronderstellingen getoetst", hetgeen zich vaak manifesteert "in discussie over (de *juistheid* van) veronderstellingen." Iets in termen van juist-onjuist komt toch weer om de hoek, zij het niet in de zin van een, los van de persoon staande, objectieve norm.

Definities

Wat er eigenlijk onder attitude verstaan moet worden is niet helder. Twee definities uit de sociaal-wetenschappelijke hoek ziet men in artikelen over attitudevorming in het medisch onderwijs regelmatig terug:

- "Het geheel van persoonskenmerken, normen, waarden, gevoelens, ideeën en meningen dat bepaalt hoe een persoon zich in bepaalde situaties gedraagt."⁹
- "Een geheel van opvattingen, gevoelens en geneigdheid tot handelen ten opzichte van iemand of iets."¹⁰

Om een aantal redenen laten deze definities de docent in de steek als het erom gaat attitude in het onderwijs concreet gestalte te geven.

Allereerst staan beide definities vol brede, abstracte begrippen, zodat men zich welhaast de vraag gaat stellen wat er eigenlijk *niet* tot attitude behoort. Dat staat een praktische, onderwijskundige concretisering nogal in de weg. Voorts spreken beide definities over een "geheel", dat op zijn beurt weer een samenhang van opvattingen, gevoelens en persoonskenmerken suggereert. Vooralsnog is deze samenhang volkomen hypothetisch. Een enkel voorbeeld ter verduidelijking: een arts kan heel verschillende opvattingen over 'voorlichting' hebben, als een willekeurige patiënt of de eigen partner in het geding is. Veeleer is het zo dat mensen in de loop van hun leven veel opvattingen en dergelijke heel impliciet ontwikkelen en die zelden eigener beweging op interne consistentie toetsen. Daarom heeft een attitude vaak weinig omlijning, weinig structuur en is er eerst bewustwording nodig alvorens er met vrucht over verandering gesproken kan worden. Een volgend probleem is van onderwijskundige aard. In het onderwijs wordt men geacht iets te leren. Maar zijn persoonskenmerken, gevoelens en geneigdheid tot handelen wel te leren? Zijn dat niet veeleer gegevenheden waarvan men zich bewust dient te zijn, in plaats van grootheden die met onderwijs van een beperkt aantal dagdelen te veranderen zijn? Tenslotte, het Raamplan 1994 spreekt steeds over "juiste attitudes".³ Maar is dat niet onverenigbaar met bovenstaande definities? Dat zou immers impliceren dat er zoiets als 'juiste' persoonskenmerken of 'juiste' gevoelens bestaat? Dat is zeer aanvechtbaar. Aanvaarding van 'juiste' persoonskenmerken of gevoelens is zoiets als een eerste stap in de richting van de totalitaire staat. Bovenstaande definities zijn zuiver beschrijvend en sluiten normering uit.

De checklist

Voor de checklist is geen nieuwe definitie vereist en kan volstaan worden met een praktische omschrijving. Attitude is dan de opstelling die de (aankomend) arts kiest ten overstaan van de patiënt. De checklist gaat uit van twee premissen:

1. Attitude wordt beperkt tot attitude in de gezondheidszorg.
2. Conform het Raamplan is het uitgangspunt dat er in de gezondheidszorg zoiets als een 'juiste' attitude bestaat.

De tweede premisse komt min of meer voort uit de eerste. Gezondheidszorg is geen individuele aangelegenheid, maar heeft altijd betrekking op een hulpbehoevende. De attitude van de arts komt tot uitdrukking in de wijze waarop hij de patiënt bejegt. Met andere woorden, iemands attitude in de gezondheidszorg staat niet op zich, is niet neutraal, maar raakt rechtstreeks de belangen van de patiënt. Daarom is het raadzaam de belangen van deze partij op enigerlei wijze tot uiting te laten komen in het concept attitude, voorzover dat de gezondheidszorg betreft. Het moge zo zijn dat in de sociale wetenschappen iemands attitude het best als een neutrale, dat wil zeggen normloze, grootheid beschreven kan worden, zodra die

attitude echter op het wel en wee van een ander betrekking heeft, valt er aan een zekere normering niet te ontkomen. Er is overigens nog een derde, niet te veronachtzamen partij: de context waarbinnen de gezondheidszorg zich afspeelt en die ook zo zijn eisen stelt.

De checklist is min of meer een afgeleide van de volgende uitgangstelling:

Iemand met een juiste attitude geeft zich rekenschap van drie domeinen:

1. Waar staat de patiënt?
2. Waar sta ik?
3. Wat verwacht de context?

Vervolgens weegt hij die tegen elkaar af in het licht van het belang van de patiënt.

In figuur 1 zijn deze drie domeinen in een checklist ter bevraging van de student uitgewerkt.

1. Waar staat de patiënt?

Dit domein valt grotendeels samen met het begrip patiëntgerichte attitude.¹¹⁻¹³ Uit het feit dat deze checklist meer domeinen onderscheidt, volgt dat met een patiëntgerichte attitude de 'juiste' attitude niet compleet wordt gedekt. Vaak wordt een patiëntgerichte attitude gelijkgesteld met empathie of inlevingsvermogen. Dat laatste is onmiskenbaar een per-

Domein	Vragen	Richtlijn voor gedrag
1. Waar staat de patiënt?	Wat denkt de patiënt? Wat voelt de patiënt? Wat verwacht de patiënt?	Handel zo dat het welzijn maximaal wordt gewaarborgd.
2. Waar sta ik? - als arts - als persoon	Wat is mijn competentie? Waar houdt mijn competentie op? Wat vind ik? Wat voel ik?	Handel binnen de grenzen van je competentie. Handel zó dat je trouw bent aan jezelf.
3. Wat verwacht de context?	Wat wil de ziekenhuisorganisatie? Wat willen de opleiders? Wat wil de verpleging? Wat wil de 'peer group'?	Werk samen met inachtnaam van bovenvermelde richtlijnen.

Figuur 1. Checklist die gebruikt wordt ter bevraging van de student

soonlijkheidsvariabele, hetgeen meteen een onderwijskundig probleem oplevert: is empathie wel te leren? Een vermogen is in beginsel niet aan te leren, maar als het rudimentair aanwezig is, valt het wel te ontwikkelen. Maar een patiëntgerichte attitude is meer dan inleving en ruimte geven aan de patiënt. Het is ook *actief* op zoek gaan naar waar de patiënt staat, ook als de patiënt eigener beweging weinig of niets aandraagt.¹¹ Daar dienen de vragen voor. Wat voor ziekte denkt, vermoedt of fantaseert de patiënt dat hij heeft? Wat heeft hij van horen zeggen? Is hij ergens bang voor? Ziet hij op tegen de behandeling? Wat denkt hij dat de dokter voor hem kan doen? Wat verwacht hij van de behandeling? De student moet leren rechtstreeks te vragen naar wat de patiënt zelf van klachten, ziekte en behandeling vindt, hoe hij dat beleeft en wat hij van de arts verwacht. Het voordeel van expliciete vragen is dat de student niet uitsluitend op zijn empathie hoeft te koersen. Expliciete vragen leveren hem het feitelijke materiaal op waarmee hij zijn empathische bevindingen kan corrigeren en aanvullen. Bovendien voelt de patiënt zich door dit soort vragen als gesprekspartner serieus genomen. Communicatietraining in termen van goed leren luisteren, volgen, parafraseren, expliciteren en samenvatten is hier geïndiceerd. Wat betreft het rollenspel: het leeraspect van de patiëntrol kan voor de student zeer instructief zijn. In de patiëntrol kan de student ook eens ervaren hoe het toeven is aan gene zijde van de stethoscoop.

Enkele praktische wenken:

- Veel studenten interpreteren empathie als 'het tot iedere prijs mooi houden.' Zulke studenten - en dat zijn zeker niet de slechtste - moeten leren dat die prijs soms te hoog is. Dat doet zich onder meer voor als de student zich laat verleiden tot gedrag waar hij eigenlijk niet achter staat, kortom als hij verzuimt zich de vraag te stellen 'waar sta ik?'
- Veel studenten zijn geneigd al meevoelend veel voor zoete koek te slikken. De docent

moet de student er steeds toe aanzetten kritisch en toetsend te luisteren, zich vragen te stellen zoals: 'Klopt dit wel?', 'Past dit verhaal bij deze patiënt?'

- Veel studenten gaan al meevoelend te veel fantaseren over de patiënt, vullen van alles voor hem in en houden zich niet aan diens tekst. De docent moet zulke studenten leren zich bewust te worden van hun spontane indrukken en er een gewoonte van te maken die te toetsen. In plaats van de patiënt allerlei bedoelingen toe te dichten doen studenten er in eerste instantie goed aan zich te houden aan diens tekst.
- Studenten moeten leren om de patiënt met rechtstreekse vragen naar klacht en context daarvan actief te betrekken in het consult.
- Studenten moet voorgehouden worden dat niet iedereen zich op zijn gemak voelt bij een genereus aanbod van empathie: voor menig-een heeft het iets klefs en gratuits.

2. Waar sta ik?

De exploratie van de eigen competentie is een relatief goed af te grenzen onderwijsgebied, dat gestalte kan krijgen in casusbesprekingen en medisch-ethische besprekingen.

Enkele praktische wenken:

- Laat studenten zien dat hun competentie en het idee dat de patiënt daarvan heeft elkaar allerm minst overlappen. De patiënt heeft er alle belang bij die competentie uit te laten dienen. Immers, hoe competent de dokter, hoe meer hij voor je kan doen.
- Leer studenten weerstand te bieden aan de verleiding om op uitnodiging van de patiënt de 'grote dokter' uit te hangen.

De exploratie van de eigen persoon is zonder twijfel het moeilijkste domein. Het veronderstelt een onbevangen en niet-defensief kijken naar jezelf. Maar de randvoorwaarden daartoe zijn binnen de gangbare opleidingen op zijn zachtst gezegd precair. Van Lunsen, Hoos, Büller en Kupka aarzelen niet te spreken van

“een onderwijsklimaat dat repressief is ten aanzien van gevoelsuitingen en dat afweermechanismen beloont.”⁷ Kennelijk zijn er nog steeds sterke krachten in het spel die studenten aanmoedigen gedrag te laten zien waarvoor ze niet zelf gekozen hebben: opzij zetten van emoties, afstandelijkheid, schijnzeker optreden en dergelijke. Niettemin worden de opleidingen geacht artsen af te leveren die verantwoordelijkheid kunnen dragen voor hun handelen. Deze verantwoordelijkheid kan alleen maar gedragen worden door artsen die autonoom voor hun gedrag gekozen hebben, kortom als het gedrag ‘echt’ is. De exploratie van de eigen persoon kan vormgegeven worden in groepsgesprekken waarbij uitwisseling van ervaringen, feedback, gevoelsreflectie, toetsen van gedrag op intentie voorop staan. In de Maastrichtse ervaringscirkel is aan zo’n zelfexploratie op inspirerende wijze vormgegeven.⁸

De vragen rond het thema ‘waar sta ik als persoon’ lopen niet voor niets parallel aan die gericht tot de patiënt. De student moet leren aan zichzelf soortgelijke vragen te stellen als aan de patiënt. Wat vind ik van de patiënt? Vind ik hem sympathiek of antipathiek, slim of dom, flink of zwak? Dat zijn allemaal indrukken die van invloed zijn op de handelwijze van de student of de arts jegens de patiënt en waarvan hij zich dus bewust moet zijn. Wat vind ik van zijn verhaal? Kan ik dat begrijpen, invoelen, geloven of juist niet? En hoe voel ik me tijdens het gesprek? Rustig, opgejaagd, geveleid of onder druk gezet? Alleen door aan de patiënt en aan zichzelf dezelfde vragen te stellen kan de student nagaan of de bevindingen die dit soort vragen oplevert, stroken met de informatie die onder ad 1. werd verzameld. Lopen die uiteen, dan is er een communicatieprobleem dat eerst uit de weg geruimd moet worden, wil er op voor beide partijen bevredigende manier zaken gedaan kunnen worden. In principe kan de student zich dezelfde vragen ook stellen met betrekking tot zijn opleiders: dat is zelfs onont-

beerlijk als de student trouw aan zichzelf probeert te zijn.

Enkele praktische wenken:

- Wees erop attent dat veel studenten het thema ‘waar sta ik’ ontlopen door het naar het thema competentie over te hevelen. “Als je als dokter te maken krijgt met dan moet je als dokter zeggen” of “Als dokter heb je nu eenmaal geen tijd om ...” Studenten moeten leren vanuit hun eigen persoon te spreken.
- Laat studenten ervaren hoeveel verscheidenheid er is aan indrukken, ideeën en gevoelens. Dat bevordert een zelfkritische distantie ten opzichte van eigen indrukken, ideeën en gevoelens.
- Laat studenten zien dat er een grote interdoktervariatie is, die grotendeels de welbekende variatie tussen mensen weerspiegelt, en tevens dat er geen ‘ideale’ en ook geen ‘standaard’ dokter bestaat. Iedere arts is zijn eigen instrument. Dat betekent dat de arts - en de student dus ook - er niet aan ontkomt een sterkte-zwakte-analyse van zichzelf te maken.
- Laat studenten ervaren hoeveel ruimte er in een gesprek ontstaat als je dingen zegt à titre personnel (‘ik’) in plaats van vanuit de doktersrol (‘wij’). Ik-zinnen weerspiegelen zoveel meer eigen en dus echte betrokkenheid dan het gebruik van dat ietwat superieure, maar ook wat vage ‘wij’. Want wie zijn dat eigenlijk, die ‘wij’?
- Laat studenten zien dat ze heus geen slechte dokters zijn als waar zij staan niet strookt met waar de patiënt staat. Studenten moeten leren meningsverschillen en conflicten met patiënten niet uit de weg te gaan.

3. Wat verwacht de context?

De context waarin de medisch student en vooral de co-assistent zich het vak eigen maakt, is een veelkoppige hydra. De studenten worden geacht zich aan de eisen van de context aan te

passen. Dat is aanvaardbaar, maar niet tot iedere prijs. Inwendig onderzoek bij een patiënt onder narcose die daar niet in gekend is, dat mag een student bijvoorbeeld weigeren.

Enkele praktische wenken:

- Laat studenten bij zichzelf nagaan wat de druk is die op hen wordt uitgeoefend en in hoeverre ze ertoe neigen zich te conformeren.
- Laat ze dit aanpassingsgedrag toetsen aan de richtlijnen: is het welzijn van de patiënt maximaal gewaarborgd? Kan ik dat gedrag voor eigen rekening nemen, zowel uit oogpunt van competentie als vanuit mezelf?

Door de bevindingen die de vragen met betrekking tot deze drie domeinen opleveren tegen elkaar af te wegen kan de student zijn houding en zijn gedrag nader bepalen. De docent kan met deze vragen de student helpen zijn houding en zijn handelwijze te expliciteren, zowel tevoren als achteraf. Tevens is het mogelijk studenten met deze checklist te bevragen aangaande fictieve patiënten, als er maar voldoende informatie over de beleavingswereld van de patiënt wordt aangeleverd.

Beschouwing

De in dit artikel gepresenteerde checklist stelt de docent in staat de attitude van de student bij concrete gebeurtenissen te relateren aan drie domeinen. Zodoende hoeft de docent niet uitsluitend af te gaan op indrukken. De vragen waarin de checklist geoperationaliseerd is, mikken op verhoudingsgewijs concrete informatie. Deze informatie kan duidelijk maken van welk van de drie domeinen de student zich het minst rekenschap geeft. Dat geeft weer concrete aangrijpingspunten voor remediërende maatregelen. Een student die onvoldoende luistert naar de patiënt moet een heel ander advies krijgen dan de student die zich nimmer de vraag stelt waarmee hij feitelijk bezig is.

Het zwakke punt van de checklist zit wellicht in de passage van de uitgangsstelling

waarin wordt gesproken over "het belang van de patiënt". Wie maakt immers uit wat het belang van de patiënt is, zo zou men kunnen opperen. Dat is een onweerlegbaar, maar toch vooral formeel bezwaar: de checklist zelf voorziet erin dat de student zich uitvoerig vergewist van de belangen van de patiënt. Het ligt dan niet in de rede die belangen vervolgens te negeren.

Aangezien de checklist een richtlijn per domein presenteert, waaraan het concrete gedrag van de student te toetsen valt, biedt hij wellicht een aanzet voor de aanpak van een complex vraagstuk: toetsing van 'juiste' attitude. De richtlijnen van deze checklist zijn overigens niet alle van dezelfde orde. Het thema 'wat is het welzijn van de patiënt' leent zich eerder voor discussie tussen docent en student dan het thema 'wat is trouw aan jezelf'. Bij het tweede thema heeft de student immers het laatste woord. De docent kan de student wel helpen die trouw aan zichzelf te beproeven door diens beweringen op interne consistentie of implicaties te toetsen. Een voorbeeld: 'Je vindt dat je oudere patiënten niet veel hoeft te vertellen omdat ze het toch allemaal niet goed meer kunnen bevatten. Je zou dus je oma ook alleen maar het hoogst noodzakelijke vertellen?' Of, 'Zou je er zelf vrede mee hebben als je een hoop informatie wordt onthouden enkel en alleen omdat je oud bent?' Soms wordt het de student via dit soort interventies pas echt helder waar hij staat.

Besluit

De aankomend arts moet voortdurend zijn houding bepalen. Steeds meer wint het inzicht veld dat het niet volstaat als de arts zich maar voegt naar de gangbare normen en het gangbare gedragspatroon in het ziekenhuis. Zeker in een periode waarin de patiënt steeds mondiger wordt, zal de arts in toenemende mate aangesproken worden op zijn eigen handelwijze. Verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag

veronderstelt dat dat gedrag zelf gekozen is. Geïmiteerd of opgedrongen gedrag kan niemand uiteindelijk voor zijn rekening nemen. Daarom is de recente aandacht voor attitude in het medisch onderwijs geen modieuze gril, maar getuigt van een realistische kijk op het statuut van de arts in het huidige en komend tijdsgewricht.

Literatuur

1. Metz JMC, Bulte JA, Van Paridon EJM. Basisarts: bevoegd en bekwaam. Eindrapport van het Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentschappen. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.
2. Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten (VSNU). Rapport van de VSNU-Visitatiecommissie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. Utrecht: VSNU, 1992.
3. Metz JMC, Pels Rijcken-van Erp Taalman Kip EH, Van den Brand-Valkenburg BWM. Raamplan 1994 artsopleiding. Eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau Katholieke Universiteit Nijmegen, 1994.
4. American Association of Medical Colleges. Physicians of the 21st century. Report of the Working Group on Personal Qualities, Values, and Attitudes. J Med Educ 1984; 59: 177-89.
5. Postma CT, Batenburg V, Van Spaendonck KPM, Metz JCM. De begeleiding van het persoonlijk functioneren van co-assistenten. Bulletin Medisch Onderwijs 1992; 11: 86-95.
6. Van der Straaten JHM. Attitudetraining voor studenten geneeskunde met behulp van technieken uit het aanwezigheidscoaching. In: Pols J et al. Gezond onderwijs 4. In press.
7. Van Lunsen HW, 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 Geneesk 1994; 138: 1333-7.
8. Graat MJM, Hoogland HJ, Van der Horst FG. Bewustwording van attitude en de Maastrichtse ervaringscirkel. In: Metz JCM, Scherpbier AJJA, Houtkoop E. Gezond onderwijs 2. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau Katholieke Universiteit Nijmegen, 1993: 56-61.
9. Kratochwill DR, Bloom BS, Masia BB. Taxonomy of educational objectives. Handbook II. Affective domain. New York: McKay, 1964.
10. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1980.
11. Batenburg V, Gerritsma JGM. Attitude, is dat aan te leren? Attitude- en persoonlijkheidsvorming in de medische opleiding. Medisch Contact 1990; 35: 1016-20.
12. Batenburg V. Attitudes van medisch studenten. In: Houtkoop E, Pols J, Pollemans MC, Scherpbier AJJA, Verwijnen GM. Gezond onderwijs 3. 's Gravenhage, 1994: 24-32.
13. Batenburg V. Attitudes van medisch studenten: resultaten van een onderzoek. Bulletin Medisch Onderwijs 1994; 13: 127-32.

DE AUTEUR

K.P.M. van Spaendonck is onderwijscoördinator van het Instituut voor Medische Psychologie aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen. Tevens is hij lid van de Werkgroep Praktisch Klinisch Onderwijs aldaar en voorzitter van de Interfacultaire Werkgroep Praktisch Medisch Onderwijs.

Correspondentie-adres:

K.P.M. van Spaendonck, Instituut voor Medische Psychologie / Werkgroep Praktisch Klinisch Onderwijs, Academisch Ziekenhuis St. Radboud, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.