

# Over vorming en toetsing van attitude in de artsopleiding

Th.J. ten Cate

## Samenvatting

Gezondheidszorg van hoge kwaliteit vergt artsen met een adequate attitude. Attitude wordt vaak omschreven als het samenspel van opvattingen, gevoelens en gedragingen waartoe men geneigd is. Voorbeelden van gewenste attitudes van de arts zijn: 'inzicht in het effect van eigen emoties, normen, waarden en (voor)oordelen op het beroepsmatig handelen', 'bereidheid om patiënten te steunen', 'de eigen grenzen kennen'. Omdat attitudes geen direct waarneembare constructen zijn, wordt voorgesteld attitudes pragmatisch te definiëren naar het hieruit resulterende gedrag. Het betreft hier echter geen vaardigheid. Het verschil tussen vaardigheid en attitude is, dat vaardigheid de bekwaamheid tot een bepaald gedrag betreft en attitude de vraag of dit gedrag ook (spontaan) wordt vertoond. Voorgesteld wordt een adequate attitude te definiëren als een patiëntgerichte werkstijl, gepaard aan professionele inzet en collegialiteit.

Attitudevorming vindt deels plaats vóór de opleiding tot arts en deels tijdens de opleiding, vooral in het laatste deel ervan. Attitude-ontwikkeling is een proces dat deels autonoom is, maar dat ook beïnvloed kan worden door middel van onderwijs. Onderwijs op dit gebied kan bewustwording van de eigen attitude bevorderen en daarnaast gericht zijn op training van specifiek gedrag. Toetsing van attitude in de opleiding is van belang als feedback en correctiemogelijkheid ten aanzien van de attitude en als signaal aan studenten en docenten dat er serieus waarde gehecht wordt aan attitude-ontwikkeling. Toetsing kan niet plaatsvinden op het niveau van de achterliggende constructen (opvattingen, gevoelens, geneigdheden) en moet bij voorkeur niet alleen plaatsvinden op

het niveau van specifieke gedragingen, maar ook op het niveau van de effecten van deze gedragingen, bijvoorbeeld op de patiënt. Naast opleiders zouden dan ook derden, met name patiënten of patiëntenverenigingen, bij de bepaling van toetsingscriteria betrokken moeten zijn.

## Inleiding

Wie tegenwoordig spreekt van de kwaliteit van de gezondheidszorg bedoelt daar niet alleen de technische mogelijkheden mee, maar ook de wijze waarop artsen, verpleegkundigen en andere werkers in de gezondheidszorg omgaan met patiënten. De attitude van de arts behoort dan ook tot de kwaliteit van de gezondheidszorg.

In ieder beroep zijn houdingen die het doel van het beroep bevorderen van belang. Is er een opleiding voor dit beroep, dan ligt voor de hand om de juiste attitudes daar aan te leren. En zit die training in het onderwijspakket, dan wil men het resultaat bij studenten kunnen toetsen. Immers, als de attitude voor het beroep belangrijk is, wil de opleiding natuurlijk weten of zij studenten met de juiste attitudes aflevert. Dat is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Op papier klinkt het allemaal mooi, en in belangrijke lokale, nationale en internationale rapporten over het medisch onderwijs wordt ook veel waarde toegekend aan onderwijs, gericht op attitudevorming.<sup>1-3</sup> Er zijn echter maar weinig publicaties waarin beschreven is hoe op afdoende wijze attitudevorming in het onderwijs wordt opgenomen en getoetst. Dat komt onder meer omdat discussies over het onderwerp meestal meer vragen opwerpen dan antwoorden geven. Toch moet, als de opleidingen attitudevorming en -toetsing werkelijk belangrijk

vinden, gezocht worden naar pragmatische oplossingen. Hieronder volgt een aanzet.

### **Wat is attitude?**

Om te beginnen moet attitude gedefinieerd worden. Er zijn tientallen omschrijvingen in omloop, vaak opgebouwd uit een combinatie van drie elementen: *opvattingen*, *gevoelens* en *gedragingen waartoe men geneigd is*.<sup>4 5</sup> Attitude behoort tot wat het affectieve domein van onderwijsdoelen genoemd wordt. Andere domeinen zijn het cognitieve en het psychomotorische domein. Het affectieve domein laat zich niet makkelijk vertalen in iets waar het onderwijs wat mee kan. Eigenlijk gaat het niet om adequaat gedrag, maar om de *geneigdheid* daartoe. Attitude is ook iets strikt persoonlijks; men kan zich zelfs afvragen of het onderwijs daar eigenlijk wel iets mee *mag*. We kennen op allerlei terrein vrijheid van persoonlijke opvattingen en uiting daarvan. Men kan zich afvragen of de opvattingen van de dokter wel ter discussie moeten staan, tenminste zolang zij de zorg voor de patiënt niet schaden, en of een opleiding wel moet streven naar gelijksoortige opvattingen en gevoelens. Het is eigenlijk ook de vraag of het werkelijk de persoonlijke attitude is die voor de opleiding van artsen van belang is. Het gaat immers niet om de binnenwereld van de arts maar om wat je er aan de buitenkant van merkt. Sommigen zijn een meester in het verbergen van gevoelens en opvattingen en kunnen zich - voor het moment - anders voordoen dan overeenstemt met hun eigenlijke emoties. Men kan zich afvragen of deze verhullende vaardigheid voor een arts soms niet juist belangrijk, want in het voordeel van de patiëntenzorg, is.

Het lijkt daarom pragmatisch om attitude toch maar te definiëren naar het *feitelijke gedrag* dat de arts of student tentoonspreidt. Alleen daarover valt door anderen te oordelen. Men kan zich vervolgens afvragen of gedrag niet eerder een vaardigheid is dan een attitude.

Een goede communicatieve vaardigheid kan men wellicht leren in een practicum. Toch is dat niet hetzelfde als *de attitude om deze vaardigheid ook in de dagelijkse praktijk toe te passen*. Hier speelt weer de geneigdheid, die los staat van de vaardigheid; een geneigdheid die voor buitenstaanders te constateren is aan het feitelijke gedrag.

### **Welke attitude is gewenst in het medisch beroep?**

Het Raamplan 1994 Artsopleiding onderscheidt attitudedoelen voor de medische opleiding op verschillende terreinen: medische aspecten, wetenschappelijke aspecten, persoonlijke aspecten en aspecten in relatie tot maatschappij en gezondheidszorg.<sup>3</sup> Omdat in de lange lijsten van eindtermen niet precies wordt aangegeven welke betrekking hebben op attitude, welke op vaardigheid en welke op kennis en inzicht, is concretiseren van deze attitudedoelen voor de artsopleiding nog niet zo eenvoudig. Van Lunsen et al. geven een korter en daarmee handzamer overzicht van attitudedoelen voor de artsopleiding.<sup>6</sup> Zij onderscheiden vijf doelen (tabel 1).

Batenburg concludeert in een beknopt, maar helder overzicht van de literatuur dat een 'patiëntgerichte attitude' - een patiëntgerichte werkstijl, gecombineerd met medische deskundigheid als operationalisatie van de gewenste attitude van de arts - de kwaliteit van de hulpverlening bevordert.<sup>7</sup> Dat levert twee concrete aanknopingspunten op: een adequate attitude (a) leidt tot 'patiëntgericht' gedrag en (b) verhoogt tevens de kwaliteit van de zorg. De Monchy haalt een studie aan waarin wordt vastgesteld dat de tevredenheid van de patiënt vooral bepaald wordt door kenmerken van de arts, zoals "gedegenheid, voorzichtigheid, informatievergaring en -verschaffing, respect, zorg, vriendelijkheid en beleefdheid".<sup>8</sup>

Patiëntgerichtheid is niet eenvoudig: het inleven in de patiënt maakt dat standaardge-

**Tabel 1.** Voorbeelden van attitudedoelen voor de artsopleiding (naar Van Lunsen et al., 1994)

1. blijk geven van inzicht in het effect van eigen emoties, normen, waarden en (voor)oordelen op het beroepsmatig handelen
2. tonen van bereidheid om patiënten te steunen bij het omgaan met de gevolgen van ziekte en behandeling door een empathische beroepshouding
3. scheppen van voorwaarden waaronder patiënten hun integriteit kunnen handhaven en het recht op zelfbeschikking kunnen uitoefenen
4. het kennen van de grenzen van de eigen competentie, tot uiting komend in kennis, zorgvuldigheid, realisme en bescheidenheid bij medische oordeelsvorming
5. vertonen van bereidheid tot het (laten) toetsen en bijsturen van eigen gedrag met betrekking tot professionele vorming en ethische normen

drag niet voldoende is. Wat de ene patiënt rekent tot basale omgangsvormen kan voor een ander, een buitenlander of een kind bijvoorbeeld, te vrijpostig of misschien juist te bot gedrag betekenen. Inlevingsvermogen in iedere patiënt lijkt daarom ten minste even belangrijk als beleefde omgangsvormen.

Een patiëntgerichte attitude uit zich niet alleen in de directe communicatie met de patiënt. Zij impliceert ook het zorgvuldig en met respect behandelen van informatie over de patiënt en het bewerkstelligen van omstandigheden die de zorg voor deze patiënt ten goede komen.

De gecombineerde criteria van patiëntgerichtheid en gerichtheid op de kwaliteit van de zorg geven ook een grens aan: als verdere vriendelijkheid en uitgebreidheid van het contact met de patiënt de zorgverlening zelf niet bevorderen, kan de arts zijn tijd wellicht beter aan zaken besteden die deze zorg (bijvoorbeeld voor een andere patiënt) wel tot nut zijn, hoezeer de eerste patiënt de persoonlijke aandacht ook waardeert. Ten slotte kunnen ook algemene kenmerken, zoals professionele inzet en collegialiteit, tot een adequate attitude gere-

kend worden, omdat zij de gezondheidszorg in het algemeen ten goede komen.

### Hoe wordt attitude gevormd?

De volgende vraag is hoe attitude totstandkomt. Een belangrijke vraag als men wil weten of en hoe je artsen met een bepaalde attitude kunt afleveren. Er zijn twee determinanten: de attitude die de student heeft bij de aanvang van de studie en de attitude die de student, bewust of onbewust, verwerft tijdens de studie. Overheerst de eerste determinant en verandert de attitude nauwelijks gedurende de opleiding, dan is attitude-onderwijs wellicht onbegonnen werk. Dan kan het doel eigenlijk alleen bereikt worden door slechts die studenten toe te laten (of in ieder geval te laten afstuderen) die de gewenste attitude al van huis uit bezitten.

Speelt de tweede determinant ook een belangrijke rol, dan is de attitude tijdens de opleiding te 'vormen'. Al lang bestaat de indruk dat de attitude van medisch studenten sterk gevormd wordt tijdens de opleiding, in het bijzonder in de klinische fase. In sociologische studies in de Verenigde Staten uit de jaren vijftig en zestig wordt al beschreven hoe studenten sterk van attitude veranderen tijdens de eerste periode in het klinisch bedrijf.<sup>9 10</sup> Een aanvankelijk idealisme ten aanzien van het beroep verandert in een zakelijke houding: "they also learned to view disease and death as medical problems rather than as emotional issues".<sup>13</sup> Deze houding wordt door sommigen aangeduid als 'cynisme' -men spreekt wel van de precynische en cynische fase van de opleiding - of als dehumanisering.

Ook in Utrecht constateerde men begin jaren zeventig dat de attitude van medische studenten verandert: staat hun zelfbeeld aanvankelijk dicht bij dat van de patiënt, geleidelijk verschuift het in de richting van het zelfbeeld van de ideale arts.<sup>4</sup> Het is ook begrijpelijk dat veel beginnende studenten, die van huis uit de gezondheidszorg vooral kennen vanuit het per-

spectief van de patiënt, vroeg in de studie goed kunnen meevoelen met alle angsten en onzekerheden die de patiënt beleeft in een confrontatie met artsen en ziekenhuizen. Naarmate de studie vordert, identificeren studenten zich - terecht - steeds meer met de arts: zijn mogelijkheden en beperkingen en zijn manier om zo goed mogelijk om te gaan met de dagelijkse werklast. Daarnaast doorloopt de student aan het eind van de studie een fase die veel meer omvat dan onderwijs. Hij moet zich in korte tijd de cultuur van het leven als medicus eigen maken, inclusief de spanningen tussen de expliciete en impliciete normen en waarden van deze cultuur. Dat kan ertoe leiden dat de behoefte om in deze wereld te overleven de student zo in beslag neemt, dat de patiëntgerichte attitude op de achtergrond raakt.

Ook is echter geconstateerd dat attitude situationeel bepaald is en dat na deze zware, laatste fase van de opleiding, waarin het voldoen aan de eisen van de opleiding, de opleiders en het artsexamen voor velen een hogere prioriteit heeft dan voldoen aan de verwachtingen van de patiënt, opnieuw een meer patiëntgerichte attitude kan ontstaan.<sup>11</sup>

### **Wat kan onderwijs bijdragen aan attitudevorming?**

Het is gebleken dat attitude ook gericht aangeleerd en veranderd kan worden door middel van onderwijs en trainingen.<sup>7</sup> De plaats van onderwijs in de attitude-ontwikkeling van aanstaande artsen, of anders gezegd, de plaats van het onderwerp attitude-ontwikkeling in het onderwijsprogramma van de artsopleiding hangt af van wat er onder attitude wordt verstaan. Wie attitude alleen als een innerlijk, persoonlijk kenmerk beschouwt, zal de opvatting huldigen dat een goede attitude niet voorgeschreven kan worden. Dat wil nog niet zeggen dat hierover geen onderwijs mogelijk is. Zo beschrijft Graat een programma dat gericht is op *bewustwording van de eigen attitude* en daar-

mee geen normatief karakter heeft.<sup>12</sup> De Maastrichtse ervaringscyclus, zoals dit onderwijs wordt genoemd, streeft dus niet naar de vorming van een *bepaalde* attitude, maar wel naar het vermogen om verantwoording over de eigen attitude af te leggen.

Ongeveer twintig jaar na de hierboven aangehaalde Utrechtse studie deed Batenburg, eveneens bij Utrechtse medische studenten, onderzoek naar attitude-ontwikkeling tijdens de opleiding. Zij constateerde een patiëntgerichte attitude aan het begin van de opleiding. Hierin veranderde weinig in de loop van de studie. Deze constatering is opmerkelijk, omdat men op grond van vroeger onderzoek een verlies van patiëntgerichtheid zou verwachten. Batenburg schrijft het achterwege blijven van een daling in de patiëntgerichtheid toe aan het effect van training in gespreksvaardigheid in alle fasen van de opleiding, waarin ook aandacht wordt besteed aan attitude-aspecten.<sup>7</sup> Hoewel het ook hier gaat om 'nadenken over eigen opvattingen en waarden', meent de auteur toch een meetbaar effect (het ontbreken van verandering) te constateren, gemeten met een gevalideerde testmethode bij jaargroepen 1, 2, 4 en 6.

Onderwijs in bewustwording van opvattingen, gevoelens en geneigdheden, in kleine groepen - met bijvoorbeeld rollenspel, feedback en discussie - kan, zoals gezegd, bijdragen aan de attitudevorming.<sup>7</sup> Het effect op lange termijn is echter niet bekend en sommigen twijfelen ook aan het effect op korte termijn, als er tegelijk contraproductieve attitudestimuli aanwezig zijn, zoals op een klinische afdeling.<sup>13</sup> Wil men het effect vasthouden dat soms direct na het onderwijs meetbaar is, dan is het van belang dat de verworven attitude bekrachtigd wordt in de dagelijkse werkzaamheden in de kliniek en zo in de praktijk kan worden geïnternaliseerd. Het is voor een student buitengewoon moeilijk een als adequaat veronderstelde attitude te handhaven in een omgeving die deze houding niet waardeert en

niet zelf belijdt. Daarom kan op attitude gericht onderwijs op de langere termijn alleen succes hebben als het resulterende gedrag door de clinici in de omgeving van de co-assistent ook herkend, gewaardeerd en gestimuleerd wordt. Voor de student zal het model van de klinisch docent immers altijd zwaarder wegen dan dat van de docent van het attitude-onderwijs.<sup>13</sup>

Dit betekent dat attitude-onderwijs zeer dicht bij het klinische onderwijs moet staan en dat klinische docenten enerzijds mee bepalen wat het attitude-onderwijs omvat en anderzijds in de dagelijkse werkzaamheden de attitude tentoonspreiden die de student moet verwerven. Dat vergt wellicht ook training van docenten op dit terrein.

Ook is de relatie tussen attitude-onderwijs en vaardigheidstraining van belang. Als de attitude goed is (men *wil* wel correct, voorkomend en empathisch omgaan met de patiënt), maar de sociale vaardigheid ontbreekt, dan is training in technieken - voor wie ze niet van huis uit heeft - ook belangrijk.

### Hoe kan attitude beoordeeld worden?

Toetsing van attitude is van belang. Het maakt de student ervan bewust dat attitude gezien wordt als een belangrijk kenmerk van de arts. De student zal eerder geneigd zijn aan zijn attitude te werken, als bekend is dat hij daarop wordt beoordeeld. Dit toetsen kan echter zeer divers gebeuren, variërend van regelmatige, positieve of negatieve reacties van de omgeving (de patiënt, de assistent, de klinisch docent) tot gestructureerde beoordelingen van contacten met patiënten door observatoren die achter een one-way screen op checklists het gedrag vastleggen. Als er van niemand een reactie merkbaar is op de attitude van de student zal de attitude makkelijk slijten. Toetsing is dus gewenst -als feedback naar de student en als feedback naar de opleiding - maar de uitvoering levert problemen op. Een klassieke examensituatie is per definitie ongeschikt.

Waar kennis en vaardigheid van de student te beoordelen zijn door opdrachten te geven en het resultaat te beoordelen, gaat het bij attitude om gedragingen die de student uit zichzelf, dus spontaan, moet vertonen. Ook Van Lunsen et al. geven hiervoor weliswaar nuttige, algemene aanwijzingen, maar geen praktische oplossingen.<sup>6</sup>

Het behoeft nauwelijks betoog dat het toetsen van opvattingen, gevoelens en geneigdheden buitengewoon moeilijk is en misschien zelfs onethisch. Immers, het gaat niet om de persoonlijke, morele waarden van de arts, tenminste zolang deze de patiëntenzorg niet negatief beïnvloeden.<sup>14</sup> Er is niets mis met een arts die uitstekend in staat is zijn aversie tegen een patiënt te beheersen en adequate persoonlijke zorg te bieden. Het gaat dus om het resulterend gedrag. Ook bij toetsing van gedrag kan echter een probleem spelen. Zou men op betrouwbare wijze gedragingen van studenten willen beoordelen, bijvoorbeeld met scoringslijsten voor geobserveerd gedrag, dan is het voor de student en voor de beoordelaar van belang dat er afspraken zijn over het gewenste gedrag. Dat levert problemen op, want er is waarschijnlijk een scala aan gedragingen dat eenzelfde effect kan sorteren.

Daarom is het soms belangrijker om te kijken naar de gevolgen van het gedrag dan alleen naar een standaardgedragsrepertoire. Zo is het interessanter of de patiënt zich op zijn gemak voelt, of hij de anamnese als een adequaat, open gesprek beleeft, meewerkt aan het onderzoek, zich goed geïnformeerd voelt et cetera. Men kan de operationalisatie van attitude op deze wijze opgebouwd denken in drie niveaus (figuur 1).

Instrumenten om attitude te beoordelen zouden daarom zowel het gedrag zelf moeten toetsen als de effecten van het gedrag op de patiënt, en wellicht ook op anderen, indien bijvoorbeeld een goede samenwerking met collegae en verpleging tot de gewenste attitude van de arts worden gerekend. Tabel 2 geeft

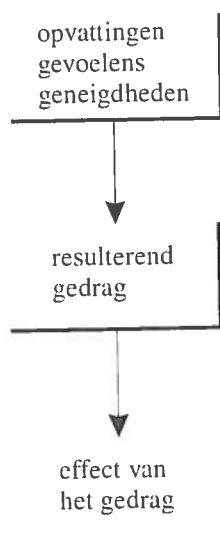
**Tabel 2.** Voorbeelden van toetsbare aspecten van attitude

<i>operationalisatie</i>	<i>toetsbaarheid</i>	<i>voorbeelden</i>	<i>kanttekeningen</i>
opvattingen, gevoelens, geneigdheden	niet direct toetsbaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>· betrokkenheid bij de patiënt</li> <li>· zelfkennis</li> <li>· ethische opvattingen over</li> <li>· gezondheidszorg</li> <li>· patiëntenbelang als topprioriteit voelen</li> </ul>	toetsing kan als inbreuk vrijheid van opvattingen overkomen
resultierend gedrag	toetsbaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>· voldoende tijd nemen voor de patiënt</li> <li>· zich voorstellen aan de patiënt</li> <li>· afstemmen hulpaanbod op de hulpvraag</li> <li>· zorgvuldige procedures hanteren</li> </ul>	toetsing moet niet leiden robotgedrag
effect van het gedrag	toetsbaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>· patiënt voelt zich begrepen en</li> <li>· geaccepteerd</li> <li>· patiënt meent eigen verhaal kwijt</li> <li>te kunnen</li> <li>· patiënt begrijpt de adviezen of</li> <li>· instructies</li> <li>· patiënt voelt zich zorgvuldig behandeld</li> <li>· collegae achten samenwerking adequaat</li> </ul>	de persoonlijke mening van patiënt moet in kader van adequate zorg geplaatst worden

voorbeelden van toetsbare elementen van attitude. Het toetsen zou kunnen geschieden door de patiënt te vragen of deze zich correct bejegend heeft gevoeld. Dit kan in de vorm van een evaluatie van het klinische of poliklinische verblijf in het ziekenhuis of via contacten met verpleging of anderen, die een open oordeel van de patiënt trachten te verkrijgen. Men mag verwachten dat patiënten, mits goed geïnformeerd, bereid zijn om op een dergelijke wijze betrokken te worden bij het onderwijs.<sup>15</sup> Daarnaast kan gestreefd worden naar toetsbare attitudedoelen op het terrein van samenwerking met anderen (bijvoorbeeld: kunnen anderen met deze persoon samenwerken?) en met betrekking tot de eigen medische competentie (bijvoorbeeld: laat men zich bij- en nascholen?).

### **Hoe zwaar zou attitude moeten wegen bij de bepaling of iemand geschikt is voor het medisch beroep?**

Men kan zich afvragen of een student die zeer vaardig is in diagnostiek en klinisch handelen en die blijk geeft van een uitstekende kennis van het vakgebied, geweerd zou moeten worden op grond van onvoldoende attitude. Vindt men attitude werkelijk een belangrijke eindterm, dan moet deze consequentie echter overwogen worden. Iedere opleider van co-assistenten kent wel de student die 'eigenlijk tegengehouden had moeten worden'. Men zou eventueel nog een onderscheid kunnen maken tussen specialismen waarbij attitude van groter en minder groot belang is voor de patiëntenzorg. Wordt deze redenering gevolgd, dan dient men zich te realiseren dat het *artsdiploma* toegang biedt tot alle specialisaties en dus ook een adequate attitude vereist voor de specialisaties waarbij attitude het meest van belang is. Wellicht is het dan ook belangrijk dat vooral



**Figuur 1.** Operationalisatie-niveaus attitude

specialisten uit deze vakgebieden betrokken worden bij de normstelling voor een adequate attitude.

Bij normering van attitude - bepaling hoe zwaar attitude moet meewegen bij beslissingen over de geschiktheid voor het beroep - kan men zich afvragen of de beroepsgroep zelf hierin de enige stem moet hebben. Het is mogelijk dat clinici zelf het effect van hun handelen op de patiënt niet altijd adequaat kunnen inschatten. En omdat het niet primair gaat om het gedrag zelf, maar om het effect van het gedrag op de patiënt en de gezondheidszorg, lijkt het niet meer dan logisch om ook buitenstaanders, in ieder geval patiënten of patiëntengroeperingen, te betrekken bij dergelijke normstellingen. Dit kan er uiteindelijk toe leiden dat niet alleen de communicatie met patiënten verbetert, maar dat de hele organisatie in bredere zin patiëntvriendelijker wordt. Voor de attitude-ontwikkeling bij artsen in opleiding is dat van belang. Gezien het situationele karakter van attitude, mag verwacht worden dat aanpassingen in de totale structuur en het klimaat van de ziekenhuisorganisatie een wezenlijke invloed hebben op de attitude.<sup>11</sup> Slaagt men hierin, dan is daarmee een verdere stap

gedaan in de richting van kwaliteitsverbetering van de opleiding en van de gezondheidszorg.

## Literatuur

1. Physicians for the 21st century. Report of the Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine (GPEP-rapport). Washington: Association of American Medical Colleges, 1984.
2. World Federation For Medical Education. The Edinburgh Declaration. *Lancet*, ii, 1988:464
3. Metz JCM, Pels Rijcken EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Raamplan 1994 Artsopleiding. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau, KUN, 1994.
4. Gerritsma JGM, Smal JA. Grensverschuivingen in het medisch onderwijs. Utrecht: Oosthoek, Scheltema en Holkema, 1974.
5. Ajzen I, Fisbein M. Understanding attitudes that predict social behavior. New Jersey: Prentice Hall Inc., 1980.
6. 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 Geneesk* 1994;138 (26):1333-7.
7. Batenburg V. Attitudes van medische studenten. In: Houtkoop E, Pols J, Pollemans MC, Scherpbier AJJA, Verwijnen GM, redactie. *Gezond Onderwijs-3*. 's-Gravenhage: Haagse Hogeschool, 1994:24-32.
8. De Monchy C. Attitude en klinische competentie. *Medisch Contact* 1987;49(42):1549-51.
9. Eron LD. Effect of medical education on medical students' attitudes. *J Med Educ* 1955;30:559-66.
10. Becker HS, Greer B, Hughes EC, Strauss A. *Boys in white: student culture in medical school*. Chicago: University of Chicago Press, 1961.
11. Cockerham WC. *Medical Sociology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1992.
12. Graat JMJM. Bewustwording van attitude. In: Metz JCM, Scherpbier AJJA, Vleuten CPM van der, redactie. *Medisch onderwijs in de praktijk*. Assen: Van Gorcum, 1995:94-101.
13. Groot L de. Pliable but not receptive: concerning the marginal influence of a medical psychology course on the socialization process of doctors. *Med Educ* 1987; 21:419-25.
14. Graat JMJM. De goede attitude bestaat niet. *Mediscope* 1994;3:28-9. [blad Faculteit Geneeskunde Rijksuniversiteit Limburg].
15. Jones S, Oswald DJ, Hinds D. Attitudes of patients to medical student participation: general practice consultations on the Cambridge Community-Based Clinical Course. *Med Educ* 1996;30:14-7.

*DE AUTEUR*

*Th.J. ten Cate is werkzaam als adviseur voor het Onderwijsinstituut Geneeskunde in het Academisch Medisch Centrum.*

*Correspondentieadres:*

*Dr. Th. J. ten Cate, Onderwijsinstituut Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.*

Met dank aan Prof. Dr L.J. Krol en Drs H.G.Y. Koksma voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel.

Dit artikel is een bewerkte versie van een eerder verschenen hoofdstuk in Albers SHM, redactie. *Wie Wordt Waar Beter Van? De invloed van de structuur van de gezondheidszorg op de arts-patiëntrelatie.* Amsterdam: Stichting Forum Medicum, 1996.