

# Hoe speciaal is de communicatie van de huisarts?

P.F.M. VERHAAK

In dit artikel worden verschillende referentiekaders waarbinnen huisartsen en specialisten te werk gaan in beschouwing genomen. Betoogd wordt dat de huisarts in een situatie verkeert waarin de klacht van de patiënt zoals deze hem ervaart, uitgangspunt van handelen is; de specialist gaat uit van ziektecategorieën. Nagegaan wordt of dit van invloed is op de wijze waarop arts en patiënt met elkaar communiceren. Hoewel hierover weinig rechtstreekse data beschikbaar zijn, kan men uit de wijze waarop de verschillende opleidingen gestalte krijgen en de attitudes van verschillende typen artsen-in-opleiding afleiden, dat het uitgangspunt van de huisarts en de specialist doorwerkt in de arts-patiënt communicatie.

Verhaak PFM. Hoe speciaal is de communicatie van de huisarts? *Huisarts Wet* 1991; 34(7): 320-4.

Dr. P.F.M. Verhaak, psycholoog, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

## Inleiding

Oppervlakkig bezien zijn de regels waaraan een goede dialoog tussen arts en patiënt moet voldoen, onafhankelijk van het soort arts waarmee men te maken heeft. Cardiologen, verzekeringsgeneeskundigen, huisartsen of consultatiebureau-artsen zouden allen volgens een bepaalde standaard met hun patiënten moeten communiceren. Regels voor het medisch interview die men in handboeken aantreft, zijn dan ook betrekkelijk eenduidig.<sup>1-4</sup> Het medisch interview dient om erachter te komen waarom de patiënt komt, om (medische) informatie te vergaren en oplossingen en acties te bepalen, en om de patiënt hiervoor te motiveren. En intussen moet een goede relatie met de patiënt worden bewerkstelligd.

Dergelijke algemene regels kunnen echter op zeer verschillende wijzen worden uitgewerkt en pas in die uitwerkingen krijgt het specifiek professionele referentiekader van de verschillende deelprofessies gestalte. In dit artikel wordt nader onderzocht welke speciale invulling het huisartsgeneeskundig referentiekader met zich meebrengt, en wordt gezocht naar aspecten waarin de huisarts zich onderscheidt van de specialist.

## Het professioneel referentiekader

*Wijma* wijst op het spanningsveld dat zich voordoet in een consult: enerzijds dient de arts zich op te stellen als de objectieve, gedistantieerde deskundige en is de cliënt een passief object van onderzoek; anderzijds wordt van de arts verwacht dat hij zich opstelt als luisterende, meelevende figuur en heeft de cliënt een actief deelnemende rol.<sup>5</sup>

Dit spanningsveld kwam aan de orde in de 'dialoog in Wickenburg' (1988), waar een aantal Amerikaanse artsen, klinici en opleiders, van gedachten wisselde over de perspectieven van de geneeskunde;<sup>6</sup> centraal in de discussie stonden de beperkingen van de op biowetenschappelijke grondslagen berustende 'Flexner doctrine' en het alternatief dat een 'biopsychosociaal model' daartegenover zou kunnen stellen.

Het Flexner-rapport uit 1910 stelde vast

dat de medische opleiding gebaseerd diende te zijn op de natuurwetenschappen, in combinatie met een klinische opleiding binnen een academische setting.<sup>7</sup> Wetenschap werd zo verengd tot *natuurwetenschap*, hetgeen – gegeven de medische problemen van die tijd – beschouwd mag worden als een adequate ontwikkeling. De medische beroepsuitoefening heeft hierdoor lange tijd in het teken gestaan van het biomedische model, waarbij eenzijdig werd geleund op technologische verworvenheden, zonder dat men voldoende aandacht had voor de psychische en maatschappelijke aspecten van ziekte. Door eenzijdig alleen die kennis te legitimeren die objectieverbaar is (gebaseerd op chemische en fysiologische data) is de patiënt gereduceerd tot een ding. Dat is echter een onhoudbaar uitgangspunt in het licht van het gegeven dat objectieve data (bijvoorbeeld de aan- of afwezigheid van een maagzweer) nauwelijks correleren met de klachten die patiënten uiten.<sup>8,9</sup>

*Schwartz & Wiggins* merken dan ook op dat op de natuurwetenschappen gebaseerde abstracties niet onze enige toegang tot de werkelijkheid zijn.<sup>9</sup> *Engel* sluit hierop aan door twee wijzen van informatieverzameling te bepleiten: enerzijds de 'observational mode', de empirisch-analytische benadering die zwaar leunt op het biomedische model, en anderzijds de 'relational mode' waarin de nadruk ligt op de dialoog met de patiënt, waarin men als mens tot mens inzicht krijgt in de (subjectieve) belevingswereld van de patiënt.<sup>10</sup> Beide benaderingen hebben hun beperkingen en moeten binnen die beperkingen worden toegepast.

We zouden ook kunnen zeggen dat het biomedische model zich uitsluitend richt op de ziekte als pathofysiologisch begrip ('disease'), terwijl het biopsychosociale model om aandacht vraagt voor de subjectieve beleving, het ziektegevoel ('illness'). Tijdens de Wickenburg-conferentie kwam dit onder meer ter sprake door de vigerende ziekteclassificaties (afgeleid van de International Classification of Diseases) ter discussie te stellen, en te pleiten voor classificaties als de International Classification of Primary Care, waarbij niet uitsluitend de geobjectiveerde ziekte het uitgangspunt

vormt, maar ook de klacht zoals die door de patiënt wordt beleefd.

In het actuele consult uit het spanningsveld tussen *disease* en *illness* zich in de door *Byrne & Long* geïntroduceerde tegenstelling 'patient centredness' versus 'doctor centredness'.<sup>11-15</sup> *Byrne & Long* typeerden verschillende gesprekstijlen van artsen naar de mate waarin deze de inbreng van de patiënt zochten/versterkten dan wel het referentiekader van de arts volgden. Naarmate het gesprek meer geleid wordt door overwegingen van afstandelijke objectieve deskundigheid – de observational mode – die nodig is om een medische anamnese te stellen, zullen de uitingen meer doctor-centered zijn. Gaat het daarentegen om de beleving van de patiënt, dan voldoet een dergelijke aanpak niet (vergelijk Balint: 'He who asks questions will get answers – but hardly anything else'<sup>16</sup>).

Het evenwicht zal anders liggen naarmate de klachten een ander beroep op het consult doen. *Szasz & Hollender*<sup>17</sup> vergelijken de behandeling van een comateuze patiënt, waarbij een zeer doctor-centred situatie bestaat, met een consult waarin de patiënt een zekere deskundigheid heeft opgebouwd (chronisch zieken, revalidatie) of net zo goed weet wat er aan de hand is als de arts (bijvoorbeeld psychosociale problematiek<sup>18</sup>) – een situatie die veel meer patient-centred zal zijn.

Ook ligt het evenwicht anders, naarmate het consult zich in een andere fase bevindt. *Goldberg* (een psychiater) adviseert om

een psychosociale anamnese zeer patiëntgericht te beginnen, maar in het verloop van het gesprek steeds directiever te worden.<sup>19</sup> Daarnaast blijkt uit observatie-onderzoek dat het evenwicht per arts verschillend ligt.<sup>20</sup>

Waarin onderscheidt zich nu het huisartsgeneeskundige van het specialistische referentiekader?

We mogen aannemen dat een specialist zich vooral thuis zal voelen binnen een biomedisch kader en dan nog binnen een biomedisch deelgebied: het oog, het hart of de urinewegen. Een huisarts dient een beetje van alles te weten – hij heeft het begrip 'integrale geneeskunde' trouwens in zijn vaandel staan – en zijn takenpakket is vooral toegeschreven op een alomvattend biopsychosociaal kader. Een specialist zal vaak een *maximale* hoeveelheid gegevens willen verwerven;<sup>3</sup> hij moet daarbij meestal op een nulpunt beginnen en zal daarop blijven steken. De huisarts daarentegen heeft vooral 'kapitaal geïnvesteerd' in *achtergrondkennis* van de patiënt, diens milieu, familie, omgang met ziekte, etc.<sup>16</sup> Kortom, specialisten willen van nature meer weten omtrent de objectieve aspecten van de klacht; anderzijds weten ze vaak minder over de patiënt zelf. Specialisten hoeven ook minder te weten, omdat de huisarts zijn voorkennis al gebruikt heeft bij zijn selectie.

Natuurlijk zijn er in dit opzicht ook verschillen tussen specialisten: een internist of kinderarts heeft met een minder geselec-

teerd publiek te maken dan een chirurg of cardioloog. Bovendien zal de toename van het aantal chronisch zieken dat levenslang onder specialistische controle blijft, de 'achterstand' op de huisarts in een aantal gevallen doen verdwijnen. Desalniettemin zal de balans voor de specialist bij voorbaat meer links in het *schema* liggen dan voor de huisarts.

Niettemin is ook voor de specialist een zeker evenwicht tussen beide polen gewenst. Bij het verzamelen van informatie kan een specialist wellicht meer leunen op uitslagen van diagnostisch onderzoek en is de huisarts sterker afhankelijk van verbale informatie c.q. het vertrouwen dat de patiënt in hem stelt; gaat het echter om het *verwerken* van informatie, dan is de relationele pool minstens zo belangrijk als de biomedische kant. Men denke aan (reële) angst voor een ernstige ziekte, pijn, en tenslotte sterven. Hoewel de patiënt bij de specialist vaker als volslagen 'ondeskundig' beschouwd zal moeten worden dan bij de huisarts, is hij meestal zeer goed in staat om mee te denken en te beslissen over diagnose en behandeling.

### Specialist en huisarts vergeleken

'Opvallend is dat men bij het bestuderen van de literatuur het begrip specialist-patiënt relatie vrijwel niet tegen komt.'<sup>21</sup> De specialistische literatuur is zo vol van zijn inhoudelijke, op ziekte georiënteerde boodschap, dat de meer sociale kanten van de zieke mens in contact met de hulpverlener niet aan de orde komen. Er bestaat nauwelijks onderzoek naar de communicatie tussen internisten en patiënten, naar de attitudes van chirurgen ten opzichte van zeurende patiënten, naar de machteloosheid van de cardioloog of de somatische fixatie die de gynaecoloog ontmoet. In een Amerikaanse meta-analyse van onderzoek naar de arts-patiënt communicatie bleek 75 procent van de onderzoeken afkomstig van *primary care physicians* en *pediatricians* (die in de Amerikaanse situatie ook als eerstelijns werkers kunnen worden beschouwd); slechts 16 procent van de onderzoeken had betrekking op specialisten.<sup>22</sup> Systematische vergelijking tussen genera-

**Tabel** *Verskillende dimensies van een professioneel referentiekader.*

| Niveau                 | Biomedisch                 | Biopsychosociaal                          |
|------------------------|----------------------------|---|
| Wetenschapsfilosofisch | observational mode disease | relational mode illness                   |
| Persoon van de arts    | doctor-centred             | patiënt-centred                           |
| Ziekte                 | acute lichamelijke ziekte  | chronische ziekte psychosociale problemen |
| Consult                | medische anamnese          | probleemverheldering                      |

listen en specialisten bestaat nauwelijks. Dit gebrek aan gegevens is op zichzelf al een indicatie voor het geringe belang dat binnen de specialistische geneeskunde wordt gehecht aan de 'relational mode' van informatieverzameling over de patiënt.

Via een indirecte weg is hierop nog wel enige empirische aanvulling te geven. We hebben getracht inzicht te krijgen in de aandacht die binnen de beroepsopleiding aan dergelijke zaken wordt besteed en aan verschillen in persoonlijkheid en attitudes tussen studenten die verschillende specialisaties kiezen.

### Opleiding

De opleiding tot basisarts staat sterk in het teken van het opbouwen van medisch-technische kennis. De arts wordt ziektegericht opgeleid. Dit blijkt uit de kennis van de basisarts op het gebied van de epidemiologie, die te klinisch gericht is en daarom leidt tot een sterke overschatting van het voorkomen van allerlei ziektebeelden in de huisartspraktijk en uit de geringe aandacht die aan het omgaan met patiënten, de arts-patiënt relatie en de gespreksvoering is besteed.<sup>23 24</sup>

Binnen de huisartsenopleiding wordt er naar gestreefd om deze lacunes op te heffen. Op de terugkomdag (20 procent van de opleiding) wordt juist aan deze vaardigheden veel aandacht besteed: onderwijsdoelen op het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut waren 'gericht en systematisch werken', 'hanteren van de arts-patiënt relatie', 'somatisch handelen' en 'psychosociaal handelen'. In het Groningse programma stond het 'methodisch oplossen van problemen en het inzicht krijgen in eigen handelen en gedrag' centraal.<sup>25</sup> Misschien is er in deze eenjarige opleidingen een wat grote aandacht voor de relationele en persoonlijke kant van de vorming; bij de uitbreiding naar twee jaar is gepleit voor met name meer aandacht voor medisch-technische thema's en specialistische stages.<sup>26</sup>

Wat zien we in dit kader in de specialistenopleiding? Voorn vat dit bondig samen: 'In de opleiding tot specialist komt dit onderwerp (het hanteren van de arts-patiënt relatie) er bekaaid af' (p. 10).<sup>27</sup> Een korte blik in de opleidingseisen maakt dit

duidelijk. In het Besluit Inwendige Geneeskunde wordt aan begrippen als communicatievaardigheden niet gerefereerd: in de zesjarige opleiding worden stages gelopen, consultatieve werkzaamheden verricht, cursussen in praktische onderdelen van de inwendige geneeskunde gevolgd, en wordt wetenschappelijk onderzoek gedaan.<sup>28</sup> Voor andere specialisaties geldt hetzelfde.

Het model van de specialistische opleiding is, meer dan bij de huisartsgeneeskunde, toegesneden op het uitvoeren van het toekomstige vak onder het toezien van een meester. Waar in de huisartsgeneeskunde (en ook in de medische basisopleiding) de behoefte werd gevoeld om gedragswetenschappers te betrekken bij een systematisch aanleren van consultvoeringsvaardigheden, wordt in de specialisaties uitsluitend uitgegaan van leren door navolging van een model.<sup>29</sup>

Een indruk van de mogelijke consequenties daarvan is slechts uit casuïstiek te verkrijgen. Mizrahi beschrijft de omstandigheden waaronder internisten in opleiding in een ziekenhuizen in het zuiden van de Verenigde Staten werken. De voortdurende druk om 'productie te leveren' leidt door de internisten in opleiding tot een 'GROP-orientation': Get Rid Of Patients.<sup>30</sup> Deze houding wordt gelegitimeerd door de patiënten af te schilderen als lastige en veeleisende lieden die erop uit zijn misbruik te maken van het systeem. De houding is gemakkelijker te ontwikkelen en vol te houden door de patiënt te objectiveren tot een 'geval', een 'ziekte' of een 'lichaamsdeel'. De houding wordt beloofd door de overheersende norm binnen de opleidings situatie: het efficiënt wegwerken van patiëntenstromen. Aandacht besteden aan patiënten past slecht binnen deze norm; de ziekenhuisstaf brengt dan ook rationalisaties naar voren waarom het aanleren van 'humanistic doctor-patiënt relationship skills' op dit punt in de opleiding slecht getimed is. Dergelijke onderwerpen zijn irrelevant, en *onpraktisch*. Trouwens, zo argumenteert men, het is nog te vroeg in de opleiding om aan dergelijke vaardigheden aandacht te besteden. De specialisten in spe hebben immers nog geen eigen patiënten.

Hoewel dit beeld in gemodificeerde vorm past binnen de ontwikkeling die *Fahrenfort* in een Nederlandse opleidingsafdeling beschrijft,<sup>31</sup> loopt het uiteindelijk toch nog goed af: de co-assistent moet zijn idealen (mensen helpen, persoonlijke benadering) inleveren en wordt afgeleverd als een aangepaste, ietwat cynische arts. De arts-assistent leert leven met zijn rol als arts, en kan vanuit een professioneel kader nieuwe aandacht voor de patiënt opbrengen. Een geslaagde professionalisering versoepelt de houding van de internist tegenover de normen van de geneeskunde en leidt tot meer flexibiliteit en minder normatief oordelen ten opzichte van de patiënt en meer nadruk op geruststellen en begeleiden (p. 241).<sup>31</sup>

Een verhaal apart is de opleiding tot psychiater. Hier immers is de arts-patiënt relatie een zeer belangrijk element in het therapeutisch arsenaal dat de dokter ter beschikking staat. *Schene* verwoordt dit volgt: "Klassieke meester-gezel" verhoudingen kenmerken de eerste fase van de opleiding. De gezel identificeert zich met en spiegelt zich aan de meesters, de voorbeeldfiguren, de supervisors en andere psychiaters, maar in aanvang toch vooral ook verpleegkundigen. (...) De psychiaters laten je onder meer kennis maken met de typisch psychiatrische gesprekstechniek...'

Typerende overeenkomst met de andere specialismes is de geschetste meester-leerling verhouding, waar geen andere discipline tussen kan komen.

### Attitudes

Houdingen die de 'relational mode' weerspiegelen, zijn tolerantie voor ambiguïteit, patiëntgerichtheid, oriëntatie op care (in tegenstelling tot cure), interesse in 'psychological medicine' of een holistische (in tegenstelling tot een analytische) attitude. Uit onderzoekingen komt naar voren dat psychiaters (al dan niet in opleiding) op dergelijke houdingen het hoogst scoren, gevolgd door de meer algemene medische opleidingen/professies (huisarts, internist, kinderarts), en dat specialismen als chirurgie, radiologie, urologie en anesthesiologie het laagst scoren.<sup>33-37</sup> We noemen deze attitude hier 'persoonsgericht', in tegenstelling tot een 'klachtgerichte' attitude.

Dergelijke attitudes leiden tot een andere wijze van optreden in het consult, zoals door *Marks et al.* is aangetoond.<sup>38</sup> De huisarts die meer patiëntgericht is en meer affectief gedrag ten toon spreidt, heeft meer oog voor de psychologische aspecten van ziekte.

Het belang van een patiëntgerichte benadering wordt ook geïllustreerd door nadere analyse van videotapes van artsen die veel psychische klachten missen, en artsen die dat weinig doen. De laatsten onderscheiden zich van de eersten op twee punten: ze pikken meer signalen op die de patiënt uitzendt, en ze vertonen meer gedrag dat dergelijke signalen uitlokt. Zij hebben kortom een patiëntgerichte houding, veel voorwaardescheppend gedrag en een open communicatiestijl.<sup>39</sup> Anderzijds kenmerken de artsen die trefzeker bij de juiste patiënt een psychische diagnose stelden, zich ook door een correcte psychiatrische anamnese; dit betekent een groot aantal min of meer gesloten vragen, hetgeen op zichzelf een specialistische werkwijze genoemd kan worden. Het is treffend dat in de ogen van de specialist de 'juiste' diagnose slechts gesteld kan worden bij een specialistische benadering, waarbij 'juiste diagnose' weer eerder verwijst naar 'disease' dan naar 'illness'.

Dat het hier om een specialistische benadering gaat, illustreren *Gerritsma & Smal*, die tot de conclusie kwamen dat internisten uitvoeriger en langer doorvroegen dan huisartsen in het diagnostische deel van een eerste consult.<sup>40</sup> Opvallend is overigens dat huisartsen bij complicaties uitvoeriger bleven doorvragen, terwijl internisten sneller tot een beslissing kwamen.

In eigen onderzoek bleken persoonsgerichte huisartsen gevoeliger te zijn voor psychische aspecten van klachten naarmate ze zich meer op dat gebied hadden nageschoold.<sup>41</sup> De gevoeligheid voor dergelijke aspecten bij klachtgerichte huisartsen daarentegen werd voorspeld door de mate waarin ze vonden dat artsen vaak *onnodig* geraadpleegd werden.

## Beschouwing

Hoe speciaal is de huisarts?

Binnen het gehanteerde referentiekader

neemt de huisarts een plaats in die meer patiëntgericht is, met meer aandacht voor zowel biomedische als belevingsaspecten dan de plaats die specialisten innemen. Dit was op a priori gronden aannemelijk, het komt tot uiting in de opleiding, blijkt uit houdingen van verschillende soorten artsen en komt, in het sporadisch onderzoek eraan, ook wel tot uiting in het handelen.

Een uitzondering moeten we maken voor de psychiatrie, die wat oriëntatie betreft nog meer op de relatie met de patiënt is gericht en deze tot exclusief object van aandacht heeft verheven. Toch is de huisarts ten opzichte van de psychiater ook speciaal: de psychiater heeft met andere specialisten gemeen dat de patiënt in zijn ogen en op zijn terrein ziek is totdat het tegendeel bewezen is. Zijn ondervragingstechniek bestaat daarom uit het systematisch doorlichten van alle potentiële vormen van geestelijk onwelbevinden, zoals de internist bij *Gerritsma & Smal* tijdens een eerste consult ook systematisch het lichaam van de patiënt doorloopt. De huisarts daarentegen handelt volgens het adagium dat de patiënt gezond is, tenzij het tegendeel blijkt. Dit leidt ertoe dat de huisarts zich van de specialist ook onderscheidt door een globalere benadering; een diagnose 'pluis' versus 'niet-pluis' voldoet in de meeste gevallen.

Tenslotte is er een derde specialiteit van de huisarts, die eveneens uit het genoemde adagium voortvloeit. De huisarts moet een grondhouding hebben om de patiënt het startsein te laten geven om tot een nadere inspectie over te gaan, terwijl de specialist maar al te vaak de neiging heeft om de 'objectief' aanwezige problematiek als indicatie voor de aanwezige hulpbehoefte te zien. Het uitgangspunt voor de huisarts is de hulpvraag en niet de ziekte.

Deze specialiteiten van de huisarts, die eigenlijk ook gevat kunnen worden in de bekende trits 'integrale, persoonlijke en continue zorg', moeten de inspiratiebron zijn voor begripvorming en operationalisering van arts-patiënt communicatie.

## Literatuur

<sup>1</sup> Brouwer W, Dijkhuis JH. Praten met patiënten. Utrecht: Bijleveld, 1967.

- <sup>2</sup> Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation; an approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984.
- <sup>3</sup> Pierloot RA. Van klacht tot therapie. Medisch-psychologische beschouwingen. Leuven, Amersfoort: Acco, 1985.
- <sup>4</sup> Schouten JAM. Anamnese en advies. Alphen a/d Rijn, Brussel: Stafleu, 1981.
- <sup>5</sup> Wijma K. Onderwijs in gespreksvoering aan medische studenten. In: Pierloot R, red. Arts-patiënt relaties. Alphen a/d Rijn, Brussel: Stafleu, 1981.
- <sup>6</sup> White KL. The task of medicine. Dialogue at Wickenburg. Menlo Park, Ca: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988.
- <sup>7</sup> Odegaard CE. Towards an improved dialogue. In: White KL, ed. The task of medicine. Dialogue at Wickenburg. Menlo Park, Ca: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988.
- <sup>8</sup> Baron RJ. An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. *Ann Int Med* 1985; 103: 606-11.
- <sup>9</sup> Schwartz MA, Wiggins OP. Scientific and humanistic medicine. A theory of clinical methods. In: White KL, ed. The task of medicine. Dialogue at Wickenburg. Menlo Park, Ca: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988.
- <sup>10</sup> Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? In: White KL, ed. The task of medicine. Dialogue at Wickenburg. Menlo Park, Ca: The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988.
- <sup>11</sup> Byrne PS, Long BEL. Doctors talking to their patients. London: Her Majesty's Stationary Office, London, 1976.
- <sup>12</sup> Bensing JM, Verhaak PFM. Ruimte voor de patiënt. *Ned Tijdschr Psychol* 1982; 37: 19-33.
- <sup>13</sup> Brown JB, Stewart MA, McCracken EC, et al. The patient-centered clinical method 2. Definition and application. *J Fam Pract* 1986; 3: 75-9.
- <sup>14</sup> Levenstein JH, EC McCracken, IR McWhinney, et al. The patient-centered clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *J Fam Pract* 1986; 3: 24-30.
- <sup>15</sup> Stewart MA, JB Brown, JH Levenstein, et al. The patient centered clinical method 3. Changes in residents' performance in the patient centered clinical method over two months of training. *J Fam Pract* 1986; 3: 164-7.
- <sup>16</sup> Balint M. De dokter, de patiënt, de ziekte. Utrecht, Antwerpen: Het Spectrum, 1965.
- <sup>17</sup> Szasz TS, MH Hollender. A contribution to the philosophy of medicine. The basis models of the doctor-patient relationship. *Arch Int*

- Med 1956; 97: 585-92.
- <sup>18</sup> Philipsen H. Het medisch oordeel: besliskunde of speltheorie. Tijdschr Soc Geneeskd 1979; 57: 838-42.
- <sup>19</sup> Goldberg DP. Detection and assessment of emotional disorders in a primary care setting. Int J Ment Health 1979; 8: 30-8.
- <sup>20</sup> Verhaak PFM. Interpretatie en behandeling van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1986.
- <sup>21</sup> Wagener DJTh. De arts-patiënt relatie gezien door een specialist: Ben ik mijn broeders hoeder? Ned Tijdschr Geneeskd 1988; 132: 1984-8.
- <sup>22</sup> Roter DL, JA Hall, NR Katz. Patient physician communication: a descriptive summary of the literature. Patient Educ Counsel 1988; 12: 99-119.
- <sup>23</sup> Groenier K, Van de Ende J, Visser S. De kennis van epidemiologie van artsen in opleiding. In: Bulte J, Van de Ende J, Grol R, et al. De beroepsopleiding tot huisarts. Groningen, Nijmegen, 1988.
- <sup>24</sup> Bulte J, Van de Ende J, Grol R, et al. De beroepsopleiding tot huisarts. Groningen, Nijmegen, 1988.
- <sup>25</sup> Bulte J, Helsper A, Van de Ende J, Visser S. Evaluatie-onderzoek naar de beroepsopleiding tot huisarts in Nijmegen en Groningen. In: Bulte J, Van de Ende J, Grol R, et al. De beroepsopleiding tot huisarts. Groningen, Nijmegen, 1988.
- <sup>26</sup> Pollemans M. De duur van de beroepsopleiding tot huisarts in Nederland. Rapport CCBOH-12, 1986.
- <sup>27</sup> Voorn ThB. De arts-patiënt relatie van alledag. In: Kirkels VGHJ. De arts-patiënt relatie. Nijmegen: Medische Afdeling Thijmgenootschap, 1988.
- <sup>28</sup> Anoniem. Besluit inwendige geneeskunde (Besluit nr. 4/1987). Med Contact 1988; 43: 995-8.
- <sup>29</sup> De Roo AA. De opleiding tot medisch specialist [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1985.
- <sup>30</sup> Mizrahi T. Getting rid of patients: contradictions in the socialisation of internists to the doctor-patient relationship. Sociology of Health and Illness 1985; 7: 214-35.
- <sup>31</sup> Fahrenfort M. Een verkenning van de ervaringswereld van arts en patiënt op een polikliniek interne geneeskunde [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1985.
- <sup>32</sup> Schene AH. Tot psychiater opgeleid. Een persoonlijke terugblik. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1990; 45: 1019-34.
- <sup>33</sup> Haney CA. Psychosocial factors involved in medical decision making. In: Coombs R, Kinney C, eds. Psychosocial aspects of medical training. Springfield, Ill: Charles & Thomas, 1971.
- <sup>34</sup> Klos DM, Dielman TE, Curtis GC, Krol RA. Validation of a scale for measuring attitudes toward psychiatry in medicine. Int J Psychiatry Med 1981; 11: 161-72.
- <sup>35</sup> Matteson MT, SV Smith. Selection of medical specialties: preferences vs choices. J Med Educ 1977; 52: 548-54.
- <sup>36</sup> De Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM. Measuring attitudes of doctors: the doctor-patient (DP) rating. Med Educ 1988; 22: 231-9.
- <sup>37</sup> Roskin G, SK Marell. Differences in attitudes toward patients among medical specialties. Int J Psychiatry Med 1988; 18: 223-33.
- <sup>38</sup> Marks JN, Goldberg DP, Hillier VF. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. Psychol Med 1979; 9: 337-53.
- <sup>39</sup> Goldberg D. Reasons for misdiagnosis. In: Sartorius N, Goldberg D, De Girolamo G, et al, eds. Psychological disorders in general medical settings. Toronto: Hogrefe & Huber, 1990.
- <sup>40</sup> Gerritsma JGM, Smal JA. De werkwijze van huisarts en internist: een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie. Utrecht: Bunge, 1982.
- <sup>41</sup> Verhaak PFM. Het waarnemen van psychosociale problematiek: waarom ziet de ene huisarts niet wat de ander ziet? Gezondheid & Samenleving 1984; 5: 242-51. ■