



Vrije Universiteit Brussel

Faculteit Geneeskunde en Farmacie

Faculteitssecretariaat-studentensector - Laarbeeklaan 103 - 1090 BRUSSEL
telnr. 02/477.41.10 - faxnr. 02/477.41.59.

Aspecten rond beroepsattitude

Medische Vaardigheden I, 1^{ste} bachelor geneeskunde, Prof. Dr. L. Huyghens

In dit deel wordt gedefinieerd wat attitude is, wordt aangeduid hoe men tot attitudeontwikkeling kan komen en wordt de bewustwording van de eigen attitudes besproken.

1. Inleiding

Bij het aanleren van medische vaardigheden gaat het om communicatieve en psychomotorische vaardigheden : gespreksvoering, afnemen van anamnese, verrichten van lichamelijk onderzoek en uitvoeren van therapeutische handelingen.

Daarnaast worden aan een arts eisen gesteld ten aanzien van een adequate “medische instelling”, “attitude” of “beroepshouding”.

De term attitude is oorspronkelijk afkomstig uit de sociale psychologie.

Een brede definitie van attitude is : een geheel van opvattingen, gevoelens en genegenheden tot handelen ten opzichte van iets of iemand.

In de medische praktijk is het moeilijk een duidelijk onderscheid te maken tussen kennis, vaardigheden, attitudes, daar ze vaak op hetzelfde moment moeten toegepast worden.

Attitude wordt dus beschouwd als een integraal onderdeel van het goed functioneren van de arts.

Attitudes, die essentieel zijn voor een adequate beroepsuitoefening, dreigen af te nemen in situaties waarin deze attitudes geen gerichte aandacht krijgen in de opleiding. Daarom wordt aandacht besteed aan attitudeontwikkeling.

Attitudeontwikkeling omvat volledigheidshalve 2 aspecten :

- 1) training in communicatieve vaardigheden, anamnesetraining en training van onder andere gynecologisch/andrologisch onderzoek ;
- 2) begeleiding van het “persoonlijk functioneren”, met andere woorden van de specifieke eigenschappen welke, behalve professionele kundigheid, door de maatschappij van de arts verwacht worden.

2. Wat is een adequate attitude ?

Wat betreft professionele competentie worden dus cognitieve, psychomotorische en affectieve domeinen weerhouden.

Het affectief domein bestaat uit de resultaten van een leerproces met betrekking tot normen, waarden, emoties, vooroordelen en houding ten opzichte van professionele situaties.

Attitude is dan het complex van persoonskenmerken, normen, waarden, gevoelens, ideeën en meningen, dat bepaalt hoe een persoon zich in een bepaalde situatie gedraagt.

Het verwerven van competentie op dit terrein, het verwerven van adequate beroepshouding ten opzichte van patiënten, collega's en derden wordt *beroepssocialisatie* genoemd.

In essentie gaat het om het bevorderen van een professionele houding van “*maximale betrokkenheid met behoud van distantie*”.

Een tweede kenmerk van adequate professionele attitude is dat houding en gedrag van de arts in het arts-patiëntcontact *recht doen aan de integriteit van de patiënt*, ongeacht zijn of haar levensopvatting, levensstijl, sekse, seksuele status en persoonlijkheid. Tevredenheid van de patiënt (patiëntsatisfactie) en het oordeel van patiënten over hun artsen blijken grotendeels afhankelijk van dergelijke factoren.

Bovendien blijkt dat de effectiviteit van medisch handelen en het opvolgen van adviezen en voorschriften van artsen - compliance of therapietrouw - in belangrijke mate samenhangen met het subjectief oordeel van patiënten over de houding van de arts.

3. Hoe worden attitudes geleerd ?

Tijdens de opleiding tot arts wordt men onvermijdelijk en op vele momenten geconfronteerd met aspecten van ziekte, gezondheid, geboorte, leven, lijden en dood. Deze confrontaties roepen emoties op.

Het voor het eerst geconfronteerd worden met het lichaam van een overledene, met een ongeneeslijke ziekte, met een lijdende of stervende patiënt, het voor het eerst moeten verrichten van medische handelingen, het veroorzaken van pijn en ongemak en het meemaken van emotionele uitingen van patiënten en/of familieleden zijn kritische momenten waarbij men niet onberoerd blijft. Het leren omgaan met deze confrontaties maakt deel uit van het professionaliseringsproces.

Nemen we het voorbeeld van de eerste contacten met de patiënt :

de belevissen van de patiënt en diens klachten roepen vaak emotionele reacties op, die kunnen leiden tot overidentificatie en tot versterking van gevoelens van onzekerheid over de eigen geschiktheid voor het vak. Wanneer men zich bewust wordt van een te grote betrokkenheid, kan men afstandelijk worden en afweermechanismen mobiliseren om de te grote betrokkenheid te beperken. Er wordt dan gezocht naar een evenwicht tussen overidentificatie, sympathie en betrokkenheid enerzijds en onpersoonlijkheid, afstandelijkheid en zelfs ongeïnteresseerdheid anderzijds.

Opricht hierbij is een gedrag te vinden dat gekenmerkt wordt door professionaliteit en empathie, dit wil zeggen “*distantiële betrokkenheid*” (“*detached concern*”).

Tal van factoren dreigen te bevorderen dat men bij het zoeken van een gedrag van “distantiële betrokkenheid” doorschiet naar een te afstandelijke houding.

Dit kan onder andere voorkomen bij het anatomiepracticum. Een der eerste contacten met patiënten vindt inderdaad plaats in de snijzaal. Het lichaam van de overledene is volledig passief, het kan tegen geen enkele behandeling bezwaar maken en het kan geen vragen stellen. Het anatomiepracticum is daarbij, zeker bij de eerste bijeenkomst in de snijzaal, een emotionele gebeurtenis met waarneembare spanning. Men kan daartegen reageren door het kadaver niet als mens te zien, doch als object en het devies aan te nemen : “zet de emoties opzij, zie het lichaam als object en ga aan het werk”.

Objectivering, depersonalisering en je met volle overgave wijden aan een intellectuele taak zullen je helpen je emoties in bedwang te houden. Impliciet en onbedoeld wordt aldus geleerd *emoties te onderdrukken dan wel te ontkennen in plaats van ze structureel bespreekbaar te maken en te begeleiden.*

Ook tijdens contact met levende patiënten bestaat het gevaar op ontwikkeling van afstandelijkheid. Een empathische houding wordt verkozen, maar doorschieten naar onverschilligheid wordt vaak getolereerd, terwijl overidentificatie met problemen van patiënten actief wordt tegengegaan.

In de loop van de studie geneeskunde moet men zich in een groot aantal opzichten aan het beroep aanpassen. Deze aanpassing lukt vaak alleen maar met behulp van inadequate afweermechanismen zoals *ontkenning en onderdrukken van eigen emoties en overdekken van gevoelens van onzekerheid door schijnzekerheid.* Deze afweermechanismen maken het mogelijk het hoofd te bieden aan beladen situaties zoals dood, pijn, terminale ziekte, seksualiteit, psychische desintegratie, verminking, enzovoort..

De sterke afweer van emoties bij kritische momenten wordt dus veroorzaakt door het overwegen van rationele en objectief wetenschappelijke waarden, door het sterke accent op cognitieve, intellectuele studiestatistieken en door de ongeschreven wet dat het niet toegestaan is emoties ten overstaan van anderen te uiten.

Ontkenning en onderdrukking van eigen gevoelens belemmeren evenwel het zicht op het eigen functioneren en verhinderen de ontwikkeling van attitudes nodig om patiënten empathisch tegemoet te treden.

Als inzicht in eigen functioneren en in inadequate aanpassingsmechanismen ontbreekt is *terugkoppeling* om het gedrag en de attitude in de gewenste richting te corrigeren onmogelijk.

De manier waarop men met kritische momenten leert omgaan zal de latere beroepshouding en de kwaliteiten als arts in belangrijke mate beïnvloeden. Aldus zal ernaar gestreefd worden een *attitudelijn te ontwikkelen* waarin aan veel kritische gebeurtenissen aandacht besteed wordt. Voor deze *attitudelijn* zijn de volgende doelstellingen geformuleerd :

- **het bevorderen van inzicht in het effect van eigen emoties, normen, waarden en vooroordelen op het beroepsmatig handelen ;**

- **het leren van een empathische beroepshouding, die gekenmerkt wordt door de bereidheid om de patiënten te steunen bij het omgaan met de gevolgen van ziekte 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 ; dit wil zeggen het leren kennen van de grenzen aan de eigen medische competentie ;**
- **het bevorderen van de bereidheid tot toetsing en bijsturing van eigen gedrag met betrekking tot professionele en ethische normen.**

Het is duidelijk dat deze doelstellingen belangrijke aspecten van medische competentie zijn en aan bod kunnen komen naar aanleiding van onder andere praktijkcontacten, patiëntencontacten, ethische problemen, ervaringen op de snijzaal, enzovoort.

De ontwikkeling van dergelijke attitudelijnen wordt realiseerbaar door *concrete ervaringen en kritische gebeurtenissen, evenals de reactie die ze oproepen bespreekbaar te maken*. Aldus kan men eigen reactiepatronen en het effect van eigen subjectieve gevoelens, normen, waarden, ideeën en overtuigingen op die reactiepatronen leren herkennen en erkennen en waar nodig terugkoppelen of bijstellen.

Bij de *terugkoppeling* (“*feedback*”) gaat het niet om aan te geven wat “goed” en “fout” gedrag is. Het gaat erom een zekere mate van bewustwording op gang te brengen, waardoor men alerter wordt voor mogelijke nadelige effecten van eigen reactiepatronen in situaties die emoties oproepen, of als lastig ervaren worden of die uitnodigen tot persoonlijke stellingname.

Bij de bespreking van de reacties kunnen deze verhelderd worden, kan nagegaan worden wat de consequenties zijn voor patiënten, collega’s en anderen met wie men in het werk te maken krijgt. De consequenties kunnen vervolgens getoetst worden aan professionele en ethische normen.

Een omstandigheid waarbij een attitudelijne ontwikkeld wordt, is de presentatie van een klinische casus waarbij een bepaald probleem of bepaalde confrontatie voelbaar wordt, bijvoorbeeld : contact met patiënten met zichtbare emoties, zichtbare handicaps of afwijkingen, ongewone gedragingen, seksuele voorkeuren die afwijken van de eigen of

maatschappelijke norm ; contact met patiënten die als “lastig”, “neurotisch” of “hysterisch” bestempeld worden. Hierbij komen vragen naar voren die betrekking hebben op sociale conventies : hoe mag je, moet je of hoor je te reageren ? Mag een troostende arm om de schouder al dan niet ? Mag je boosheid uiten of niet ?

Een andere situatie waarbij een attitudelijnn ontwikkeld wordt is deze waarbij besluitvorming in overleg met de patiënt aan de orde is. Hierbij zijn respect voor de autonomie van de patiënt en het scheppen van voorwaarden om beslissingen ten aanzien van diagnostiek en behandeling in gelijkwaardig overleg te kunnen nemen belangrijk. Vooral de manier waarop men als arts omgaat met oordelen, standpunten, normen en waarden van de patiënten en met diens recht op informatie staat hier centraal.

Zo bestaat er bijvoorbeeld neiging om het geven van informatie te vermijden als men verwacht dat de patiënt daar “moeilijk” zal op reageren. De arts wordt hierbij door rationalisaties over het “belang van de patiënt” gemobiliseerd. Soms ontstaat de neiging om defensief, geïrriteerd en normstellend te reageren op gedrag van de patiënt dat in strijd lijkt met medische doelen of normen. Een ander risico is dat men als arts bij dergelijk gedrag van de patiënt afziet van pogingen tot beïnvloeding en daarmee de patiënt aan het lot overlaat.

Een derde situatie waarbij een attitudelijnn ontwikkeld wordt, is deze waarbij het thema “deskundige oordeelvorming” aan bod komt. Hierbij komen attitudes zoals het vasthouden aan vroege, voorbarige hypothesevorming omtrent de patiënt en diens aandoening, de invloed van recente praktijkervaringen op beslissingen, en de effecten van patiëntenkenmerken die de zorgvuldigheid negatief kunnen beïnvloeden zoals de voorgeschiedenis van de patiënt en diens lastige gedrag aan bod. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de reacties op eigen onzekerheid en machteloosheid, die niet zelden gekenmerkt worden door het creëren van schijnzekerheid en ontkenning van machteloosheid door het verrichten van overbodig onderzoek, het onnodig doorgaan met behandelen en het inadequaaf hanteren van schuldgevoelens, enzovoort.

4. Bewustwording van de eigen attitude

Een belangrijk aspect van attitudeontwikkeling is de bewustwording van de eigen attitudes en dit is een kwaliteit van de persoonlijkheid van de student-arts. In verband hiermee komen vragen naar voor zoals bijvoorbeeld : hoe ervaar je als persoon gebeurtenissen waar je zelf

deel van uitmaakt ? Wat doe je met bestaande normen en waarden ? Hoe reageer je op vervelende ervaringen ?

Het gaat erom zich bewust te worden van zichzelf en te ontdekken wat verschillende ervaringen voor ons, “student-arts”, als persoon betekenen. Het is daarbij belangrijk te leren ontdekken wat het onderscheid is tussen *ervaringen waarin de eigen verantwoordelijkheid een rol speelt en hetgeen dat valt onder verantwoordelijkheid van anderen*. Ervaringen waarin de eigen verantwoordelijkheid een rol speelt, liggen als het ware in de eigen invloedssfeer. Door je er bewust van te worden kun je ze analyseren en vervolgens besluiten om er al dan niet iets aan te doen.

Om te helpen ontdekken op welke wijze men zelf al dan niet greep heeft op attitude (en de cognitieve, emotionele en gedragsmatige componenten) kan men bijvoorbeeld gebruik maken van een in de literatuur beschreven *ervaringscirkel* (de Maastrichtse ervaringscirkel).

Deze cirkel is te onderscheiden in een zevental in elkaar overlopende fasen, een cyclus die stapsgewijs wordt doorlopen. De volgende fasen kunnen worden onderscheiden :

- verhaal ;
- exploratie-analyse ;
- vragen ;
- plannen ;
- uitvoering ;
- ervaring ;
- oogst.

In wat volgt wordt ter illustratie op elk van de fasen der ervaringscirkel ingegaan.

Fase 1 : Het verhaal

Men kan een inventarisatieronde organiseren waarbij bepaald wordt wie ervaringen in wil brengen. De ervaringen van de deelnemers zijn het uitgangspunt en bepalen de inhoud van de training. De aandacht wordt vooral gericht op de betekenis die de gebeurtenis of de ervaring voor de betrokken persoon zelf heeft. De inhoud van het verhaal vormt als het ware het decor van het bewustwordingsproces. De personen zelf, diens overtuigingen, gevoelens en gedragingen dienen hierbij zorgvuldig in hun waarde te worden gelaten. Met doorvragen

binnen het verhaal van de betrokkene wordt verduidelijkt hoe het gebeurde er door zijn/haar ogen heeft uitgezien.

De subjectieve beleving is hier dus belangrijker dan het gebeurde zelf.

Fase 2 : Exploratie en analyse

De omgeving en omstandigheden waarin een persoon een bepaalde ervaring heeft opgedaan, hebben een belangrijke invloed, we noemen dit de “context”. Zodra de context tot in detail duidelijk is geworden door exploratie, verschuift het accent naar de persoon die de ervaring heeft meegemaakt. Door de aandacht te verschuiven op de persoon zelf wordt de wijze waarop de persoon reageerde op de ervaring duidelijk. De wijze waarop men als persoon reageert ligt in principe binnen de eigen invloedssfeer, dit noemen we het “territorium”. De grens tussen context en territorium is uitermate belangrijk. Het gaat hierbij immers om het afgrenzen van de eigen verantwoordelijkheid. Het is dus belangrijk de eigen invloedssfeer “territorium” te onderscheiden van alles wat buiten het eigen bereik ligt (de context). Door dit onderscheid te maken wordt het evident waar de grenzen onduidelijk of zelfs afwezig zijn of worden overschreden : bvb. door de neiging om verantwoordelijkheid te nemen die men niet heeft, door opdrachten te aanvaarden waar men niet achterstaat, door gevoelens en gevoeligheden niet te onderkennen, door te rationaliseren, enz.

Fase 3 : Vragen

Zodra het eigen territorium van de context is onderscheiden kan het proces van bewustwording verder verlopen. Door verder door te vragen wordt geprobeerd om discrepanties en gebrek aan overeenstemming tussen gedachten, gevoelens en gedragingen op te sporen. Dit doorvragen is confronterend voor de persoon die de ervaring heeft ondergaan. De stap om ongeverifieerde veronderstellingen te gaan toetsen is angstbeladen en roept weerstand op. Deze weerstand kan zich manifesteren in discussie over (de juistheid van) veronderstellingen.

Fase 4 : Plannen

Vanuit de verkregen verheldering ligt het voor de hand zo concreet mogelijke en praktisch uitvoerbare plannen te maken om antwoord te kunnen krijgen op de gerezen vragen (veronderstellingen). Hierbij bepaalt de persoon die de ervaringen doormaakt zelf wat hij aandurft. Er wordt op toegezien dat hij alle kansen krijgt twijfels en angsten te uiten. Dit dient onvoorwaardelijk gerespecteerd te worden. Bij afronding van deze fase dient hem/haar expliciet gevraagd te worden of steun in enigerlei vorm gewenst is.

Fase 5 : Uitvoering, dit is de vertaalslag naar de praktijk

Hierbij is de persoon op zichzelf aangewezen. De situatie waarin een gegeven ervaring plaats heeft is soms weinig stimulerend om autonoom te handelen. Bovendien heeft de persoon ook zelf nog weerstanden. De uitvoering laat dan ook nogal eens op zich wachten.

Fase 6 : Nieuwe ervaring

Bij een volgende inventarisatieronde wordt aan de groep gerapporteerd of plannen al dan niet gerealiseerd zijn, met andere woorden, er wordt gemeld of de vertaalslag naar de praktijk gelukt is of niet gelukt is. Als de vertaalslag gelukt is, gaat dit gepaard met enthousiasme om de vaak nieuwe en veelal onverwachte ontdekkingen. Als de vertaalslag niet gelukt is - wat op zichzelf ook een belangrijke ervaring is - wordt opnieuw begonnen met fase 2 en 3 (exploratie en analyse - vragen).

Fase 7 : De oogst

De inbreng van nieuwe ervaringen heeft iets van het opmaken van de balans, met het binnenhalen van een winst of een oogst.

Hoe de fasen van de ervaringscirkel doorlopen worden zal tijdens de seminaries aan de hand van ervaringen van onder andere de studenten aan de praktijk getoetst worden.

5. Tenslotte

De attitude van de arts is dus een belangrijk facet van medische competentie en attitude dient beschouwd te worden als een integraal onderdeel van het goed functioneren als arts.

Bewustwording van attitude is noodzakelijk. Hiermee wordt bedoeld - zoals beschreven - dat men moet leren wat ervaringen betekenen voor zijn persoon en wat je ermee kunt doen.

Omdat een arts in zijn beroep en zijn functioneren veel ervaringen blijft tegenkomen die hem als persoon raken, is bewustwording van de eigen attitude ook een belangrijk aspect van het goed functioneren als arts.

Bewustwording van attitude dient onderscheiden te worden van attitudeontwikkeling. De reden voor het onderscheid kan uitgelegd worden aan de hand van de volgende vergelijking :

je kunt iemand leren autorijden, de verschillende verkeersregels bijbrengen, leren parkeren, de verkeerssituaties leren inschatten, ervaring laten opdoen, enzovoort. Hiermee is een brede waaier van kennis, vaardigheden en gedrag geleerd. Wat niet is geleerd, is of de persoon in kwestie later bij rood licht zal stoppen of doorrijden. Dat laatste gaat ook de grenzen van het leerbare te buiten. Daarentegen is het besef omtrent de betekenis van doorrijden bij rood en wat je dan doet met jezelf en met de omgeving wel leerbaar. Bewustwording heet dat. Het levert bovendien een toegevoegde waarde aan kennis, vaardigheden en attitude, namelijk dat je later ten volle verantwoordelijkheid voor het gedrag kunt eisen. Voor functies met grote humane/sociale draagwijdte (artsen) is dit een niet te onderschatten waarde.