



ALIIS INSERVIENDO
CONSUMOR



Aliis in serviendo consumer

Betrokkenen en Betrekkingen

Rede uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van hoogleraar
in de Medische Psychologie
aan de Universiteit van Amsterdam
op 27 september 1996
door dr. J. C. J. M. de Haes

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

De Haes, J.C.J.M.

Betrokkenen en Betrekkingen

Inaugurele rede Universiteit van Amsterdam

ISBN 90 901 0053 9

Omslag: kopergravure naar het portret

van Nicolaas Tulp geschilderd door N.E.Pickenoy, 1633;

collectie Jhr.dr.A.J.Six, Utrecht.

Omslag en typografie: René Abbühl, Amsterdam

Mijnheer de Rector, zeer geachte toehoorders

Vanaf deze plaats aanvaard ik vandaag in het openbaar het ambt van hoogleraar in de medische psychologie. Waarom ik dit met veel genoegen doe, hoop ik u de komende 45 minuten duidelijk te maken.

In 1986 hield Schouten, de eerste hoogleraar Medische Psychologie verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, zijn afscheidsrede [1]. Hij besteedde in het openbaar nogmaals aandacht aan dit vak, zo stelde hij aan het begin van die rede, mede omdat de medische psychologie nog zeer jong was. Tien jaar later wil ik graag bespreken welke ontwikkelingen er zijn, of wij inmiddels verder zijn gekomen op de weg naar volwassenheid en wat wij in het licht van de groei mijns inziens de komende jaren moeten leren.

Voor ik daar echter op in ga, zal ik aangeven welke gebieden de medische psychologie omvat, waar wij binnen de Afdeling Medische Psychologie van het AMC onze prioriteiten leggen en waarom we dat doen.

Een van de aardige kanten van het houden van een oratie is dat dit een mens uitnodigt zich weer eens te verdiepen in de eigen geschiedenis en die van het vak. De eerste vermelding van de leeropdracht medische psychologie trof ik aan in een almanak uit 1939. De psychiater Rümke uit Utrecht rekende toen voor het eerst medische psychologie officieel tot zijn vakgebied [2]. De eerste

Nederlandse geschriften over medische psychologie die ik vond, stammen uit het begin van de 50-er jaren. De internist Groen richtte toen in de Inwendige Kliniek van het Wilhelmina Gasthuis zijn later beroemd geworden Werkgroep Psychosomatiek op. Hij beschreef de psychologische achtergronden die zijns inziens een rol speelden bij zijn patiënten met diabetes en astma [3]. De arts Wortman, voormalig directeur van de Amsterdamse GGD, beschreef wat de rol van de arts in relatie tot zijn patiënt zou moeten zijn en welke psychologische behandelingen zouden kunnen helpen bij de genezing van somatische ziekten [4]. De pastor Faber en de psychiater Van den Berg gaven aan wat de psychologie van het ziek zijn huns inziens inhield [5,6]. Zij spraken bijvoorbeeld over de verenging van de wereld van de patiënt en diens neiging tot regressie.

Deze auteurs stelden nog niet expliciet het vak medische psychologie als zodanig aan de orde. Dat deden wel Poslavsky, na Rümke als psychiater verbonden aan de Utrechtse kliniek en Buyse, neuropsychiater te Leuven. Poslavsky [7,p.8] zegt dat het bij medische psychologie gaat om het volgende: ‘niet de patiënt die daar tegenover ons zit zouden wij willen laten gelden als de werkelijkheid waarin het fenomeen ziek zijn zich voltrekt, doch veeleer de wereld die de arts in gemeenschap met hem ontwerpt.’ Ik ben het hier niet mee oneens maar ik weet toch ook niet of U en ik van deze omschrijving wijzer worden. In de aanduiding van Buyse kunnen we ons wellicht zelfs niet vinden. Hij stelt [8,p.10] dat er uitdrukkelijk op gewezen moet worden dat de plaats van de medische psychologie niet in de geneeskunde is, zij is geneeskunde: het woord psychologie in de eerste benaming zou immers misleidend kunnen zijn omdat die suggereert: psychologie en geen geneeskunde. Wanneer er echter op het psychische vlak wetmatigheden bestaan die nuttig kunnen zijn om het ongestoord psychisch en lichamelijk functioneren zeker te stellen of te herstellen, is medische psychologie geneeskunde in de volle zin en mag de geneeskunde zich niet eigenmachtig tot een deel van zichzelf reduceren, ook niet tot het meest exacte, het meest klassieke en meest vertrouwde deel. ‘Zij zou,’ stelt Buyse, ‘zich dan reduceren tot veeartsenijkunde.’

Deze geschriften maken ons dus niet helemaal duidelijk wat medische psychologie behelsde maar wel dat het vak inmiddels werd beschouwd als een gebied waarin niet alleen psychosomatiek maar ook de relatie van arts en patiënt, de psychologie van het ziek zijn en de psychologische behandeling van ziekte aan de orde was. Het gebied ligt inhoudelijk dus niet eens zo ver af van wat wij vandaag onder het vakgebied verstaan. Echter, wat in de oudere geschriften wel opvalt, is dat ze niet door psychologen maar door internisten, pastores, psychiaters of huisartsen zijn geschreven. Misschien is dat de reden waarom deze schrijvers vaak meer uitgaan van ervaring en interpretatie dan van de psychologische wetenschap. Daarnaast valt op dat de beschreven benadering vaak eerder ethisch of normatief is dan dat die uitgaat van het werkelijke denken, voelen of handelen van patiënt en hulpverlener.

Dit hoeft niet te betekenen dat niet veel behartenswaardigs werd gezegd. Het betekent wel dat de tegenwoordige benadering, die van de psycholoog, waarschijnlijk een andere zal zijn. Medische psychologie behelst, in mijn ogen, al datgene waarin de psychologie de geneeskunde ten dienste kan zijn. Hoeveel raakvlakken er zijn tussen psychologie en geneeskunde is eenvoudig te zien door het handboek psychologie op te slaan. Vele onderwerpen daaruit blijken relevant. Waarneming, leren, motivatie, ontwikkeling, interpersoonlijke relaties en emoties [9], om er maar een paar te noemen, zijn alle evident van belang voor de patiënt of het geneeskundig handelen.

Enige jaren geleden maakten wij, in verband met onze jaarlijkse inter-academiale, een overzicht van de activiteiten van medisch psychologische afdelingen in den lande [10]. Op grond daarvan kwam ik tot een vierdeling. In de eerste plaats heeft medische psychologie betrekking op psychologische factoren die leiden tot of verband houden met het ontstaan en beloop van ziekte. Hieronder valt bijvoorbeeld de psychobiologie. In de tweede plaats gaat het om de psychologische aspecten van de uitkomst van ziekte en behandeling, vraagstukken van kwaliteit van leven. In de derde plaats behelst medische psychologie de psychologische aspecten van het zorgproces, communicatie en de ervaringen daarmee van patiënt en hulpverlener. Tenslotte, in de

vierde plaats, gaat het om de psychologische interventies die verbetering van de gevolgen van ziekte tot doel hebben: bijvoorbeeld de psychologische bijdrage aan pijnbehandeling of revalidatie.

In het volgende wil ik aangeven waarom wij ervoor kozen het tweede en het derde thema, psychologische aspecten van uitkomst van zorg en het zorgproces, binnen de Afdeling Medische Psychologie van het AMC prioriteit te geven. Deze prioritering sluit aan bij ontwikkelingen in de samenleving en binnen het AMC.

Het eerste thema dat binnen het afdelingsprofiel wordt onderscheiden is 'kwaliteit van leven en waardering van uitkomsten van zorg'. Binnen dit thema wordt aandacht besteed aan de gevolgen van ziekte en behandeling. Hierbij worden zowel lichamelijke, psychische als sociale aspecten onderscheiden. Essentieel is dat wordt uitgegaan van het perspectief van de patiënt: hoe de uitkomsten van ziekte en behandeling door die patiënt worden beleefd. Op grond van het belang dat, in tweede instantie, aan deze uitkomsten wordt toegekend, kan de voorkeur voor behandelingen worden onderbouwd. Waarom is dit thema in onze ogen belangrijk? De eerste reden is de toename van het aantal chronische ziekten [11]. Doordat behandelwijzen verbeteren maar niet altijd tot genezing leiden, is de prevalentie van chronische ziekten toegenomen. Zo werd onlangs zelfs AIDS een chronische ziekte genoemd. Ook door de veroudering van de bevolking neemt het aantal patiënten met een chronische aandoening toe. Het doel van de behandeling van deze patiënten is, per definitie, niet de genezing van ziekte. Het gaat om de mogelijkheid een optimaal leven te leiden. Hoe patiënten het leven ervaren is daarom een essentieel onderdeel van de beoordeling van de medische behandeling.

De tweede reden waarom de beoordeling van de kwaliteit van leven van belang is, is dat deze een onderdeel vormt van de bepaling van de effectiviteit van medische technologieën. 'De bepaling van effectiviteit en kosten,' zo stelt minister Borst, 'is een geoorloofde methode om prioriteiten te stellen binnen

de gezondheidszorg.’ [12]. De zogenaamde kwaliteits-gecorrigeerde overleving ziet zij daarbij als een nuttige parameter. Gegeven de voortgaande ontwikkeling van de medische technologie en de toenemende kosten in de gezondheidszorg zal de noodzaak keuzen te maken voorlopig niet afnemen. Ook binnen het AMC wordt daarom aan ‘evidence based medicine’ veel aandacht besteed [13]. Klinisch handelen dient niet alleen te worden gebaseerd op kennis van pathofysiologie en ziektemechanismen maar ook op gedocumenteerde effectiviteit en doelmatigheid. Bij de beoordeling hiervan spelen, als gezegd, de gezondheidswinst vanuit het perspectief van de patiënt en de voorkeuren van die patiënt een belangrijke rol.

De keuze voor het tweede thema dat ik u noemde, communicatie en de ervaring met het zorgproces, ligt eveneens in het verlengde van maatschappelijke ontwikkelingen. Aan de kwaliteit van de geleverde zorg worden technische, organisatorische en bejegeningaspecten onderscheiden [14]. Dat bejegeningaspecten daarbij geenszins van ondergeschikt belang zijn, blijkt uit een aantal zaken.

De Gezondheidsraad gaf in 1991 haar advies aan de staatssecretaris, ‘Medisch handelen op een tweesprong’, het volgende motto mee: ‘Medicine is a delicate balance of art, science and communication’. De ideale arts werd in dat advies omschreven als iemand die niet alleen over vakmanschap beschikt en positief staat tegenover kwaliteitsbevordering en toetsbaarheid maar ook als iemand die in staat is de patiënt adequaat te bejegenen [15]. De situatie is nog niet altijd ideaal. De afgelopen jaren blijkt bejegening bij klachten over de gezondheidszorg een grote rol te spelen [16]. Ook uit zeer recent onderzoek van de Consumentenbond komt naar voren dat de patiënt vaak niet te spreken is over de bejegening door medisch specialisten [17].

Daarmee wordt ook het belang van de opleiding voor het aanleren van communicatieve vaardigheden onderstreept. Niet alleen wordt in het genoemde advies van de Gezondheidsraad gesteld dat die opleiding in theorie en praktijk doordrongen dient te zijn van de noodzaak van een goede bejegening

van patiënt en familie [15, p.14]. Ook in het ‘Raamplan voor de artsen-opleiding’ worden het vermogen tot empathie, informatie geven en het streven naar een respectvolle, gelijkwaardige relatie als eisen voor de opleiding geformuleerd [18].

Binnen het AMC vormt de kwaliteit van de geleverde zorg en, als onderdeel daarvan, de bevordering van een adequate bejegening van patiënten, een belangrijke beleidslijn [13]. De unieke situatie lijkt zich daar zelfs voor te gaan doen dat aankomend artsen mede op grond van het ontbreken van communicatieve vaardigheden de toelating tot verdere opleiding kan worden ontzegd. In het verlengde van bejegening wordt de satisfactie van de patiënt gezien als een indicatie voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarnaast is de vraag aan de orde hoe de hulpverlener zich handhaaft in de zorgverlening onder de veranderende maatschappelijke verhoudingen en de hoge eisen die aan hem of haar worden gesteld.

De keuze die wij maken doet geen enkele afbreuk aan het belang van de twee andere gebieden van de medische psychologie die ik eerder schetste. Het belang van de invloed van psychische factoren op het ontstaan en beloop van ziekte is groot. Ook psychologische interventies die de gevolgen van ziekte verminderen of de genezing bevorderen zijn van evident belang. Echter, in het licht van onze beperking hebben wij keuzes gemaakt. Gelukkig zijn er anderen in Nederland die op deze gebieden uitstekend werk verrichten.

Een en ander heeft er toe geleid dat ik mijn oratie de titel ‘Betrokkenen en betrekkingen’ gaf. De betrokkenen zijn de patiënt en de hulpverlener. Zij moeten omgaan met ziekte en behandelingsmogelijkheden en de beperkingen daarbij. Ze moeten ook omgaan met elkaar. Hun betrekkingen, zo zou men kunnen stellen, zijn het hart van de zorg. Zonder die betrekkingen kan de zorg niet worden geleverd en geen resultaat sorteren.

Betrokkenen

Mijn loopbaan begon ik als medisch psycholoog in een ziekenhuis waar in de koffiekamer voor de staf een spreuk op de muur was geschilderd: 'The patiënt is the center of the medical universe.' En inderdaad, als het ons gaat om betrokkenen, dan is, in mijn ogen, de patiënt de eerste over wie wij het moeten hebben. Ik wil mijn visie op de ontwikkeling van de medische psychologie van de patiënt illustreren aan de hand van twee aspecten van diens functioneren en beleven.

De psychologische maat bij uitstek bij het bepalen van de uitkomst van behandeling is de kwaliteit van leven. Het begrip kwaliteit van leven kwam ik voor het eerst tegen in de krant, ik denk in 1978. Professor Leenen, toen nog als gezondheidsjurist verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, had in een lezing gesuggereerd dat aan die kwaliteit van leven bij de behandeling van patiënten meer aandacht moest worden besteed. Deze suggestie sloot naadloos aan bij de toen in mijn omgeving gevoerde discussie over de vraag of patiënten met longkanker nog wel langer moesten worden 'geplaagd' met chemotherapie. Toen zich in 1980 de mogelijkheid voordeed om middels onderzoek deze vraag te onderbouwen, hoefde ik niet lang na te denken.

Inmiddels, 15 jaar later, is er veel geschreven over kwaliteit van leven. Een groot aantal meetinstrumenten is ontwikkeld. Langzaam maar zeker worden ook steeds meer klinische studies gepubliceerd waarin kwaliteit van leven data worden gerapporteerd naast andere medische gegevens.

Wij werkten de afgelopen jaren onder andere mee aan een studie naar de effecten van twee soorten behandeling bij diep veneuze trombose. Standaard heparine, toegediend in het ziekenhuis, werd vergeleken met heparine met een laag moleculair gewicht, gegeven in de thuissituatie. We vroegen patiënten in beide behandelingscondities naar hun lichamelijk en sociaal functioneren, naar voor trombose specifieke klachten, vermoeidheid, emotioneel welbevinden, de ervaren gezondheid en een globale beoordeling van de kwaliteit van hun leven. De resultaten waren vooraf niet evident. Patiënten thuis zouden zich beter kunnen voelen maar ook minder veilig. Ze zouden wellicht

meer beweging hebben maar misschien ook juist meer doen dan goed voor hen was. De resultaten van het onderzoek naar kwaliteit van leven bleken zinvol. Patiënten waren in de thuissituatie beter in staat om lichamelijke en sociale activiteiten uit te voeren. De beleving van klachten was gelijk in beide behandelingscondities. Ook emotioneel of in termen van de ervaren gezondheid of globale kwaliteit van leven vonden we geen verschillen. Mede op grond van deze gegevens kon dan ook worden besloten dat de experimentele behandeling een goed alternatief was voor de standaardbehandeling [19]. We konden dus tevreden zijn: de medisch psychologische bijdrage aan het onderzoek was relevant gebleken.

Echter, er blijven op grond van dit en andere onderzoeken intrigerende vragen bestaan. Is het niet merkwaardig dat er geen effecten op het emotioneel welbevinden, de ervaren gezondheidstoestand of de globale beoordeling van de kwaliteit van leven worden gevonden terwijl patiënten zowel lichamelijk als sociaal beter functioneren? Een verband daartussen lijkt immers niet alleen aannemelijk maar is impliciet in de definiëring van kwaliteit van leven vervat. Betekent dit dat er geen verschillen zijn of dat onze metingen niet precies genoeg zijn om eventuele verschillen op te sporen? Hoe goed weten wij eigenlijk wat de score op een kwaliteit van leven vragenlijst betekent?

Er zijn allerlei manieren om een en ander beter te begrijpen. Er kunnen zich in de loop van de behandeling veranderingen hebben voorgedaan waardoor een score op een latere vragenlijst een andere betekenis heeft dan een score op de eerdere [20]. Die veranderingen kunnen te maken hebben met een verandering in de norm die de patiënt hanteert [21]. Wat hij eerst vreselijk moe vond, vindt hij misschien inmiddels wel meevallen nu hij drie maanden ziekte met de daarbij horende moeheid achter de rug heeft. Dezelfde score op een vragenlijst wordt dan vanuit een ander referentiekader gegeven. Veranderingen zouden ook op kunnen treden doordat mensen anders tegen een verschijnsel zijn gaan aankijken. Doordat ze zoveel hebben meegemaakt in de afgelopen maanden hebben ze wellicht een veel genuanceerder beeld gekregen van wat maakt dat de kwaliteit van het leven goed of slecht is.

Iets wat vroeger essentieel gevonden werd, is nu misschien minder belangrijk. Dat zal de beoordeling beïnvloeden. De verandering kan ook optreden doordat patiënten beter hebben leren omgaan met problemen. Hun emotionele welbevinden is misschien niet verminderd door hun verminderd sociaal functioneren omdat ze middelen hebben gevonden om daarmee te leven. Zo is recent beschreven hoe aandacht voor positieve aspecten partners van patiënten met AIDS kan helpen om hun emotioneel evenwicht in crisissituaties te handhaven [22]. Tenslotte gaat het misschien wel om iets heel anders. Mensen verschillen en hun ervaren kwaliteit van leven kan ook wel een min of meer stabiel kenmerk van hun persoonlijkheid zijn [23]. Flaubert zei het immers al: 'Het geheim van geluk is om al gelukkig te zijn' [24].

Voor de medische psychologie, wil ik maar zeggen, liggen er voor de komende jaren in verband met kwaliteit van leven veel theoretische vragen. Waar het me dan niet om gaat is de theoretische exercitie per se. Waar het me wel om gaat is dat naarmate wij beter weten wat een score op een kwaliteit van leven vragenlijst eigenlijk betekent, we beter zullen kunnen onderbouwen wat de effecten van medisch handelen zijn en hoe die effecten gewogen moeten worden bij de evaluatie van medische technologie.

Dames en heren, mocht u inmiddels zeggen dat het u te ingewikkeld wordt, dan moet ik u teleurstellen. Ik ben mijn oratie begonnen met de verzekering dat ik na zou gaan hoe het stond met de ontwikkeling van de medisch psychologische discipline. Ik zal u meer vragen voorleggen dan antwoorden geven. Maar u weet het toch: met het klimmen der jaren realiseren wij ons beter dat wij nog veel te leren hebben.

Wat betreft het zorgproces is voor de patiënt als betrokkene tevredenheid oftewel satisfactie van belang. De satisfactie van de patiënt werd al onderzocht door Cassee in 1973 in een van de eerste Nederlandse empirische studies naar patiëntengedrag en -beleving [25]. Ook toen al bleek tevredenheid van patiënten samen te hangen met relevante kenmerken van artsengedrag. Inmiddels zijn veel instrumenten ontwikkeld om de satisfactie van patiënten

met de verschillende aspecten van de zorg te meten [26].

Algemeen is bekend dat patiënten op instrumenten waarmee satisfactie wordt gemeten relatief hoge scores geven. Willen we die scores vertalen naar de praktijk dan kunnen we ze daarom wellicht niet zomaar voor lief nemen. De oordelen kunnen wel positief zijn omdat mensen niet zulke hoge verwachtingen hadden: als iets meevalt is men eerder tevreden [27]. Oudere patiënten blijken vaak positiever te oordelen maar daar kan niet zo maar uit worden geconcludeerd dat de zorg die ze krijgen beter is [26]. Als patiënten in het ziekenhuis een hogere score geven op een vragenlijst kan dat wel komen omdat de afhankelijkheid daar hen ervan weerhoudt kritisch te zijn.

Bij het meten van satisfactie zijn kennelijk soortgelijke vragen aan de orde als bij kwaliteit van leven. Dat is niet verwonderlijk als men zich realiseert dat in beide gevallen aan mensen om een oordeel wordt gevraagd. Een oordeel gaat nooit alleen over datgene wat beoordeeld wordt. Degene die een oordeel geeft en de situatie waarin dat oordeel gevraagd wordt, zijn ook van invloed op de uiteindelijke uitkomst. Wat we zouden willen, is dat ons meten de werkelijke verschillen en werkelijke veranderingen weerspiegelt. Dan moet het instrument gevoelig zijn en moeten we met achtergrondkenmerken rekening kunnen houden. Ook hier geldt dus dat begrijpen voorafgaat aan goed meten en dat we resultaten van onderzoek pas daarna goed kunnen vertalen in verbetering van de praktijk [28].

Bij die vertaling is nog iets anders van belang, namelijk de wijze waarop verandering wordt geïnitieerd. Een recent verslag uit een aantal Noord-Amerikaanse academische ziekenhuizen over het systematisch voeren van satisfactiebeleid ten behoeve van de bevordering van kwaliteit van zorg geeft interessante aanknopingspunten [29]. Meting van satisfactie wordt daar continu geregistreerd. Op grond van de resultaten op verschillende vragen worden prioriteiten gesteld. Door het oordeel over een specifieke afdeling te vergelijken met een gemiddeld oordeel wordt een indicatie verkregen van wat uitzonderlijk goed functioneert en wat op negatieve gronden aandacht behoeft. Interventies kunnen hierop worden afgestemd. Door de satisfactie-

meting in te bedden in het beleid en de organisatie van het ziekenhuis levert de meting van tevredenheid ook werkelijk een bijdrage aan het realiseren van goede zorg en de afstemming daarvan op de behoeften van de patiënt [28]. Een dergelijke benadering vraagt om een systematisch kwaliteitsbeleid. Binnen het AMC wordt hiertoe momenteel een aanzet gegeven. Medische psychologie kan dan een bijdrage leveren bij verdere instrumentontwikkeling en bij het ondersteunen van de te ontwikkelen implementatie strategie.

Dames en heren, alhoewel in het genoemde ziekenhuis op de muur van de koffiekamer stond dat de patiënt het middelpunt was van het geneeskundig universum, kon men dat uit de aldaar gevoerde conversaties niet altijd afleiden. Die gingen vaak over de tweede betrokkene waar ik het vanmiddag over zal hebben, de arts.

Mijn voorganger, Krol, zei in zijn oratie dat medische psychologie voor deze afdeling vooral de psychologie van de arts is [30]. We hebben ons inmiddels ook op het patiëntenperspectief gericht maar dat laat onverlet dat de psychologie van de arts een belangrijk aandachtsgebied voor ons blijft. Ik wil graag iets laten zien van de wijze waarop de plaats van de arts in de loop van de tijd is beschreven en welke vragen er nu aan de orde lijken te zijn.

Schouten beschreef de geschiedenis al eerder [1]. Oorspronkelijk, zo gaf hij aan, behandelden artsen uitsluitend de welgestelden. Na de Franse Revolutie hielden zij zich ook bezig met patiënten uit andere sociale klassen. In grote ziekenhuizen 'beschikte' de arts als het ware over deze patiënten en kon daardoor met die patiënt gaan experimenteren. In de loop van de 19e eeuw leidde die experimenteerzin tot nieuwe diagnostische inzichten en een begin van effectieve therapieën.

Na de opkomst van de industriële revolutie begon men te begrijpen dat gezondheid en ziekte ook een gevolg waren van armoede, ondervoeding en andere slechte sociale omstandigheden. De arts die zich daarmee inliet, ging zich dan ook bemoeien met de andere levensterreinen die voor de volksgezondheid van belang zijn. Zo kon in de 20ste eeuw het beeld ontstaan van

de vaderlijke arts die zijn patiënten niet alleen bijstaat bij ziekte maar ook raadgever was inzake gezin, opvoeding en werk. In 1950 schreef Wortman in zijn beschouwing over de 'Ziel van de arts' dat het 'Geen wonder is, dat de geneesheer te allen tijde een man van gewicht is geweest: hij is het die de mens in zijn hoogste nood redding en uitkomst moet geven, op hem is alle verwachting gebouwd (...) naar zijn komst wordt met verlangen uitgezien en na zijn vertrek de toekomst met nieuwe moed ingegaan.' [4, p.121].

Na de zestiger jaren veranderde de situatie weer ingrijpend. In 1971 verscheen, als weerslag van die verandering, 'Het bolwerk der betersweters' [31]. Daarin werd niet alleen de behoefte aan veiligheid die de patiënt op de vaderlijke arts projecteert afgekeurd maar ook de neiging van de arts om in die behoefte te voorzien. 'Paradoxaal gezegd, is de echte verantwoordelijkheid vaak het afwijzen van verantwoordelijkheid', stelt Van den Hoofdakker [31,p.35]. De arts moet leren om de patiënt autonomie te geven.

Weer twintig jaar later zijn het recht op informatie en de positie van de patiënt in de besluitvorming wettelijk vastgelegd. Het is niet verwonderlijk dat de psychologie van de arts zich nu minder bezig gaat houden met diens positie of de normen waaraan die behoort te voldoen. Je zou zelfs kunnen zeggen, dat nu pas aandacht kan ontstaan voor wat ik de echte psychologie van de arts zou willen noemen. Wat is diens gedrag, diens motivatie, hoe staat het met diens welbevinden en hoe verhouden die zich tot zijn persoon en omgeving? Nu kan nagedacht gaan worden over de vraag hoe de arts zich staande houdt [32]. Daarbij zijn zaken als de veranderde autonomie van de arts, het feit dat de verantwoordelijkheid niet meer alleen de individuele patiënt geldt maar ook de samenleving in zijn geheel, te kort schietende kennis of vaardigheden en emoties aan de orde. Anno 1995 kan in de krant een artikel verschijnen onder de titel: 'Ook de dokter kent doodsangst' [33].

We kunnen ons de omvang van deze verandering wellicht goed voorstellen als we bedenken dat de beroemde Amsterdamse arts Tulp, in de 17e eeuw, het beroep van de arts vooral als dienend schetste. Hij ging zo ver dat hij koos voor het zinnebeeld van de brandende kaars. Deze kaars schenkt, al

dienende, aan anderen licht terwijl zij zichzelf daardoor verteert. Tegenwoordig houden wij ons bezig met het omgekeerde: het begrip ‘opbranden’ wordt gebruikt voor de arts die zijn of haar beroep te veel wordt [34]. Nu wordt onderzoek gedaan naar ‘burn out’ bij artsen.

Bij Nederlandse huisartsen blijkt meer ‘burn out’ voor te komen dan bij die andere betrokkene, de verpleegkundige [35]. Door de emotionele uitputting die hoort bij dit beeld is hun houding tegenover zichzelf en de patiënt negatiever. Uit recent onderzoek blijkt dat bij meer dan 25% van de Britse medisch specialisten sprake is van psychiatrische problematiek [36]. Over ‘burn out’ bij medisch specialisten is in Nederland inmiddels een onderzoek begonnen. Hoe vaak het verschijnsel bij hen voorkomt en wat maakt dat zij wel of niet gemotiveerd blijven voor hun vak weten we dus nog niet. Het zal duidelijk zijn dat door het verklaren van demotivatatie en het ontwikkelen van interventies om die te voorkomen een bijdrage kan worden geleverd aan de kwaliteit van de zorg.

Dit betekent dat ik telkens op hetzelfde uitkom. Of het nu gaat om kwaliteit van leven, satisfactie of burn out, vanuit de medische psychologie willen we een antwoord geven op de vraag in welke mate de verschijnselen vóórkomen en hoe we ze kunnen verklaren. Op grond van beschrijving en verklaring kunnen interventies de inrichting van de zorg verbeteren.

Betrekkingen

Daarmee ben ik ook aangekomen bij de betrekkingen. Er zijn geen patiënten zonder arts en er is geen praktiserend arts zonder patiënt. Als het me is gelukt duidelijk te maken dat de beleving, het functioneren en de waardering van de patiënt aan de ene kant en de psychologie van de arts aan de andere kant complexe zaken zijn, zal het u niet verbazen dat ik niet lichtvoetig over de betrekkingen tussen hen kan spreken. Vanuit hun verschillende werelden moeten ze een relatie aangaan waarin essentiële zaken als ziekte en dood aan de orde komen. Die relatie wordt waargemaakt middels communicatie. Daarom wordt communicatie ook wel

het voertuig voor de zorg genoemd. De drie belangrijkste gedragingen bin-
nen die communicatie zijn, mijns inziens, de uitwisseling van informatie, de
besluitvorming en het omgaan met emoties. Ik wil op alle drie kort ingaan.

Het verzamelen van informatie laat ik buiten beschouwing. Ten aanzien van
informatieverschaffing aan de patiënt is de afgelopen vijftientig jaar veel
gebeurd. ‘Moet de patiënt gezegd worden dat hij kanker heeft?’ vroeg de
chirurg Zwaveling zich af in zijn inaugurele rede in 1969 [37,p.15]. ‘Ik meen
van niet,’ was zijn antwoord, ‘wanneer tevens de hoop wordt vernietigd.’
Mijn eerste twee eigen publikaties hadden, 12 jaar later, betrekking op het
informerende van patiënten over chemotherapie [38,39]. Een folder over cyto-
statica, waarvan de inhoud pas na zeer veel discussie kon worden vastgesteld,
werd door ons in tweede instantie geëvalueerd. De ondervraagde patiënten
en hun huisartsen waren over het algemeen tevreden over de volledigheid en
de inhoud van de folder. Op onze vraag of de folder angst te weeg had
gebracht, reageerde het overgrote deel negatief. Vier procent van de patiënten
zei van het lezen van de folder wel angstiger te zijn geworden [39].

Het pleit lijkt inmiddels beslecht. Dat de patiënt te horen krijgt dat hij of zij
kanker heeft, staat niet meer ter discussie. In de Wet op de Geneeskundige
Behandelingsovereenkomst is in 1995 vastgesteld dat de arts niet alleen bij
ernstige ziekten als kanker en niet alleen bij het toepassen van klinisch weten-
schappelijk onderzoek maar eigenlijk bij elke ingreep informatie moet geven
over de aard van die ingreep, eventuele alternatieven, de ermee gepaard gaan-
de risico's en de prognose [40]. Uit de psychologie is inmiddels veel bekend
over de principes van informatieverschaffing: bijvoorbeeld de rol van het
geheugen of het belang van herhalen, afstemming en taalgebruik [41].
Scholing van artsen helpt om vaardigheden te verbeteren. Daarom zou men
aan kunnen nemen dat de discussie over het informeren van patiënten
gesloten is.

Bij een literatuurstudie, door ons uitgevoerd in het kader van een door de
KNMG geïnitieerd project met betrekking tot de implementatie van de in de

wet neergelegde vereiste om informed consent te geven, bleek echter nog eens hoeveel voetangels en klemmen er eigenlijk zitten aan het geven van informatie [16]. Allerlei belemmerende factoren kunnen een rol spelen: aan de kant van de patiënt begrip, communicatiestijl en vraaggedrag; aan de kant van de arts attitude, vaardigheden en het type relatie; in de context bijvoorbeeld de drukte van de kliniek en, tenslotte, kenmerken van de ziekte zelf. Hoe het zit met informatie en angst is ook nog niet echt duidelijk. Heel verrassend gaf recent onderzoek aan dat vrouwen die minder schriftelijke informatie over colposcopie kregen minder angstig waren dan vrouwen die uitgebreidere informatie was toegezonden [42]. 'Ligt dit aan de stijl, de herkomst van het boekje of de inhoud?', vragen de auteurs zich af. Ze kunnen het resultaat op grond van hun onderzoek niet verklaren. Het is dus de vraag of meer altijd beter is en vooral, natuurlijk, wat goed is.

Had Zwaveling misschien toch gelijk? Mijn antwoord op zijn vraag zou in elk geval minder stellig zijn dan 15 jaar geleden. Voor we de patiënt optimaal informeren, dienen nuancerings nader te worden uitgewerkt.

Er is in Nederland de afgelopen jaren veel onderzoek gedaan naar de communicatie tussen huisarts en patiënt. De communicatie tussen medisch specialist en patiënt is echter nauwelijks onderzocht. De methodologie was eenvoudig niet voor handen. Daarvoor worden nu aanzetten gegeven [43, 44].

Systematische observatiemethoden kunnen helpen om van video-opnames of cassettebandjes na te gaan hoe de communicatie tussen arts en patiënt in de kliniek of aan het bed eigenlijk verloopt. Conclusies voor de klinische praktijk zijn vooralsnog prematuur. Op het gebied van informatieverschaffing zijn dus de komende jaren methodologische vragen aan de orde en moet wat we in grote lijnen weten verder worden genuanceerd.

Ik heb de neiging te denken dat ik over het tweede onderdeel van de betrekking, de communicatie gericht op besluitvorming, kort kan zijn. De medische besiskunde is traditioneel gericht geweest op normatieve modellen. Het uitgangspunt bij die modellen is dat het verwachte nut door een genomen

beslissing wordt gemaximaliseerd. Uitkomsten kunnen worden vastgesteld en daarmee de te prefereren keuze bepaald. Voor de besluitvorming op macro- en mesoniveau is deze benadering nuttig gebleken. Over de besluitvorming die plaats vindt in de betrekking tussen de individuele patiënt en de individuele arts, het micro-niveau, is in de medische besliskunde veel minder kennis vergaard.

Dat is niet verwonderlijk als we bedenken dat de arts, zoals gezegd, nog tot onlangs de vaderlijke figuur was die advies gaf en beslissingen nam. Nu de patiënt inmiddels de verantwoordelijkheid heeft gekregen die Van den Hoofdakker voor ogen stond, moeten in overleg beslissingen worden genomen die vroeger door de arts niet aan de orde hoefden te worden gesteld.

In haar overzicht van besluitvorming door patiënten geeft Llewellyn-Thomas [45] de intrapersonlijke factoren weer die daarbij een rol spelen. Naast demografische, klinische en psychologische kenmerken zijn informatie, verwachtingen en voorkeuren van belang. En natuurlijk spelen de kenmerken van het probleem een rol: de gezondheidstoestand, de behandeling en het tijdspectatief. De afgelopen jaren is aan deze factoren steeds meer aandacht besteed, alhoewel het onderzoek jammer genoeg toch vaak betrekking heeft op hypothetische scenario's of op patiënten voor wie de keuze niet actueel is. 'Er is,' en ik citeer Llewellyn-Thomas [45,p.103], 'echter relatief weinig theoretisch en methodologisch werk dat betrekking heeft op de basale vraagstukken die spelen in de 'echte' wereld: de interpersoonlijke besluitvorming die speelt tussen patiënt, hulpverlener en familie. Deze vraagstukken hebben, bijvoorbeeld, betrekking op hoe informatie wordt verwerkt, geblokkeerd en gebruikt (...), welke motivatie men elkaar toedicht, welke veronderstellingen men heeft over elkaars wensen en verwachtingen en hoe die het proces en de uitkomst van besluitvorming beïnvloeden.'

Dit inzicht is nog beperkt op een moment dat de klinische besluitvorming juist in toenemende mate complex wordt. Niet alleen wordt de patiënt autonoom, ook lijken steeds meer behandelingsmogelijkheden voorhanden en moet de arts onder invloed van schaarste juist leren leven met een beperking

van middelen. De vraag wat zich in de ‘black box’ van de spreekkamer afspeelt wordt daarmee alleen maar nijpender.

Met behulp van een kwalitatieve onderzoeksmethode begonnen wij het afgelopen jaar met dit type onderzoek en dat lijkt interessante resultaten op te kunnen leveren. Ik geef u daarvan een voorbeeld. De vraag is hoe en waarom arts en patiënt kiezen om al dan niet met palliatieve chemotherapie te beginnen. Aan deze keuze ligt een dilemma ten grondslag: de baten in de zin van levensverlenging zijn onduidelijk, de klachten ten gevolge van de ziekte worden wellicht uitgesteld maar de bijwerkingen van de behandeling zijn evident. Toch zeggen veel patiënten geen moeite met de keuze te hebben. Ze geven aan dat er eigenlijk helemaal geen keuze is. Ze staan, zeggen ze, met de rug tegen de muur. Bij het af luisteren van de gesprekken valt het volgende op [46]. Als uitleg wordt gegeven over chemotherapie wordt uitgebreid ingegaan op de werking, de bijwerkingen, de wijze van toediening en de te verwachten effecten ervan. Aan het alternatief wordt maar zeer kort aandacht besteed: ‘We kunnen natuurlijk ook niets doen’, is vaak de enige zin die de behandelend oncoloog hieraan wijdt. Dat maakt de keuze misschien inderdaad gemakkelijk. Geen chemotherapie wordt ‘niets doen’ genoemd. Noch voor de arts die de patiënt wil behandelen, noch voor de patiënt die graag zo lang en zo goed mogelijk wil leven kan ‘niets doen’ aantrekkelijk zijn. Hier is wellicht sprake van een ingeslopen gewoonte en onbewuste beïnvloeding. Je kunt het studenten tijdens hun co-schap al horen zeggen: ‘dan kunnen we niets meer voor u doen.’

Nogmaals, hoe patiënten en medisch specialisten werkelijk tot beslissingen komen, is vooralsnog grotendeels onduidelijk. Zeker waar door eerder geschetste veranderingen in de samenleving de besluitvorming in de geneeskunde veranderd is, liggen vele vragen ter beantwoording. Ook hierbij is het nodig te bepalen welke methodologie de beste ingang geeft om zicht te krijgen op de communicatieve praktijk.

Betrekkingen worden gedefinieerd in termen van onder/boven, samen/tegen

en dichtbij of veraf. De dimensie boven/onder, de ongelijkheid tussen arts en patiënt en de afname daarvan door de toenemende autonomie van de patiënt, is al uitvoerig aan de orde geweest. Op samen/tegen, de mate van coöperatie of juist van strijd ga ik niet verder in. Het streven is duidelijk. Samen is bijna altijd beter dan tegen.

Het derde aspect is mijns inziens het lastigste. 'Dichtbij en veraf' gaat over betrokkenheid en distantie en in het verlengde daarvan de ruimte voor emoties in de relatie tussen arts en patiënt. Emoties spelen een belangrijke rol. De vragen die aan de orde zijn voor de patiënt zijn bijna altijd wezenlijk. De inzet die van de arts wordt gevraagd en diens confrontatie met diezelfde essentiële zaken maakt ook voor hem of haar de omgang niet eenvoudig.

In het eerder geciteerde advies van de Gezondheidsraad wordt de norm ten aanzien van omgaan met emoties als volgt verwoord: 'De bejegening van de patiënt en zijn familie moet kalm, menselijk en prettig zijn, ook als de arts zich onder grote tijdsdruk gehaast, nerveus en prikkelbaar voelt.' [15, p. 31] Dit is voorwaar geen eenvoudige opgave, en die opgave dient verder gespecificeerd te worden. Weten we wel wat goed is?

Enige maanden geleden sprak de hoogleraar Briët op deze plaats over bejegenvingsvraagstukken [47]. Een patiënt die was 'gebruikt' voor onderwijs voelde zich tekort gedaan: haar was dit niet meegedeeld en zij was ook niet bedankt. Het is duidelijk dat de gevoelens van de patiënt gerespecteerd moeten worden en daarbij hoort elementair fatsoen. Hoe we de medisch student dat fatsoen zonodig moeten bijbrengen is niet zeker. De noodzaak tot het onderwijzen van attitudes is, als gezegd, algemeen aanvaard. De precieze invulling ervan moet deels nog plaats vinden. Waarschijnlijk ligt hier niet alleen een taak voor de kliniek en de medische psychologie. Bij dit proces kunnen ook vertegenwoordigers van patiënten worden betrokken [48].

Zonder een basis van fatsoen en vertrouwen kunnen goede informatieverschaffing en besluitvorming moeilijk plaats vinden. Maar is er nog meer aan de orde? Moet de arts open staan voor alle emoties van de patiënt?

Al uit het onderzoek van Cassee bleek dat de patiënt tevredener is als in de

communicatie ook aan emotionele aspecten recht wordt gedaan [25]. Ook consulten van huisartsen bleken positiever gewaardeerd te worden als er meer affectief gedrag werd vertoond [49]. De laatste jaren verschenen handboeken waarin de vaardigheden die nodig zijn om met emoties om te gaan zijn beschreven [50,51]. Open staan voor de emoties van de patiënt wordt daarin als iets positiefs gezien. Aandacht voor gevoelens helpt om de verwerking van ziekte te bevorderen, om blokkades in de relatie tussen arts en patiënt te verhelpen en om op grond van inzicht in de achtergronden van de patiënt de zorg te verbeteren. De angst van veel hulpverleners dat als je aandacht schenkt aan emoties de beerput open gaat en er geen houden meer aan is, is wellicht niet gerechtvaardigd. Toch blijkt agressie van patiënten bij te dragen tot emotionele uitputting van artsen [35] en is het ook nog de vraag of alle angst en alle verdriet op het bord van de arts horen.

Toen wij enkele maanden geleden in het kader van het zogeheten kwaliteitsjaar van de Afdeling Kindergeneeskunde een avond organiseerden om de mening van ouders van kinderen met ernstige nierziekten over de ontvangen zorg te vernemen, kwam ook hun ervaring met emotionele ondersteuning naar voren. Deze ouders waren het, tot mijn verrassing, niet alleen eens over het feit dat ze van artsen en verpleegkundigen weinig emotionele steun ervaren hadden [52], ze bleken die steun ook niet te verwachten. Ze waren tevreden als ze van artsen vriendelijkheid en respect ondervonden en een goed oor als ze daar expliciet om vroegen. Verder wilden ze vooral weten op wie ze in geval van nood een beroep konden doen.

Veraf of dichtbij, of distantie of betrokkenheid, staat mijns inziens voor het ingewikkeldste aspect van de betrekking tussen arts en patiënt. 'Het ideale consult is een strenge orde, een droom van afstand en aanraking, bedoeld om klaarheid te scheppen,' begint Willem Jan Otten zijn boek over een huisarts die zich staande tracht te houden tussen zijn eigen emoties en die van de patiënt [53,p.5]. Noch hem, noch zijn voorganger lukt het om de valkuil van een te grote intimiteit te vermijden.

Betrokkenheid is wel gedefinieerd als het vermogen zich te verplaatsen in de

wereld van de ander, de ander daardoor te kunnen begrijpen en dit begrip ook aan de ander te laten blijken [54]. Zo'n definitie impliceert dat betrokkenheid een ideale toestand is. Ikzelf vind de benadering van Elias [55] interessanter. Hij vergelijkt distantie met de verbinding die bestaat tussen zandkorrels. Die verbinding is afwezig en daarmee ook de betrekking. Betrokkenheid daarentegen vergelijkt hij met de betrekkingen die een baby aangaat. Die baby kent bijna geen afgrenzing. Bij distantie horen begrippen als beheersing en een veilige afstand. Meer betrokkenheid betekent meer emotionaliteit maar kan daarmee ook kwetsbaar maken. De genoemde ouders van de nierpatiëntjes vonden het uiten van emoties bij degene van wie ze zo afhankelijk waren voor een goede behandeling wellicht ook te onveilig. Beide polen, distantie én betrokkenheid, zijn misschien ineffectief zijn voor zowel de arts als de patiënt.

Waar is de gulden midden weg? De autonomie van de patiënt te respecteren en tegelijk die van de arts recht te doen is mijns inziens een van de moeilijkste opgaven in de betrekking van arts en patiënt.

Dames en heren, waar het betrekkingen betreft is veel ervaring opgedaan met het beschrijven van communicatieve vaardigheden en het opleiden of trainen daarin. Dit heeft vooralsnog niet kunnen voorkomen dat de patiënt niet altijd een optimale kwaliteit van leven kent en tevreden is. Het heeft ook niet kunnen bewerkstelligen dat de arts zich altijd staande kan houden zonder gedemotiveerd of zelfs 'burned out' te raken. Er is meer inzicht nodig in wat er zich, in de dagelijkse praktijk, afspeelt in de communicatie tussen arts en patiënt, en, hoe dat samenhangt met de achtergrond van de betrokkenen aan de ene kant en hun welbevinden aan de andere. Graag willen wij ons hierin de komende jaren verdiepen. Daarvoor zijn methodologische handvatten nodig. Vervolgens hopen we zicht te krijgen op de onderliggende mechanismen. Misschien zal het dan ook lukken te voorkomen dat we ons laten leiden door het beeld van de opbrandende kaars dat Tulp voor ogen stond. Ik ben zelf opgegroeid in een katholiek milieu en ik meen mij te herinneren dat in

de kerk soms sprake was van een eeuwig brandende vlam. Misschien moeten wij die als motto nemen. Het gaat er dan om te zoeken naar een betrekking waarin de patiënt gediend wordt én het welbevinden van de hulpverlener gehandhaafd blijft.

Tot slot

Aan het slot van mijn rede gekomen wil ik aan mijn eigen betrekking met een aantal van u aandacht besteden.

In de eerste plaats ben ik het College van Bestuur van de Universiteit en het Bestuur van de Faculteit der Geneeskunde zeer erkentelijk voor hun inspanning om mij hier in Amsterdam te benoemen.

In de tweede plaats wil ik het AMC bestuur, en met name jou beste Niek, bedanken voor jullie visie ten aanzien van de inhoud van het beleid van het ziekenhuis. Voor de aandacht voor goede uitkomsten en een goede kwaliteit van zorg en voor de rol die jullie daarbij toekennen aan de Afdeling Medische Psychologie ben ik dankbaar. Ik ben blij met het op deze plek in mij gestelde vertrouwen.

In de derde plaats wil ik mij richten tot de collega's van de divisie Klinische Informatie en Methoden. Van het bestuur van de Divisie heb ik de afgelopen anderhalf jaar veel steun ondervonden. Het is inmiddels een gevleugeld woord: met de medewerkers van de andere afdelingen hopen wij dat het geheel meer blijkt te zijn dan de som van de delen. De afgelopen periode heeft de samenwerking met jullie steeds meer vorm gekregen. Als het ons lukt een goede aanvulling voor elkaar te vormen, daarbij niet alleen dienstbaar te zijn aan de kliniek maar ook op eigen wijze informatie en methoden verder te ontwikkelen, zijn wij belangrijk voor elkaar en voor het AMC als geheel.

In de vierde plaats wil ik onze collega's in het onderzoeksinstituut, het AMCOGG, danken voor de contacten over de afgelopen jaren. Wij hebben samen discussies gevoerd en onderzoek opgezet op een belangwekkend maatschappelijk terrein. Ieder van ons heeft op een eigen wijze inhoud gegeven aan gezondheid en gezondheidszorg. Ik hoop dat dat zo blijft en dat een

toenemende coherentie ons de komende jaren een nog steviger basis zal geven.

In de vijfde plaats wil ik mij richten tot al die medewerkers van de klinische afdelingen binnen het AMC waarmee wij samenwerken. Toen ik lang geleden mijn eerste stappen zette op het terrein van onderzoek naar kwaliteit van leven was onze relatie met artsen vaak onwennig en soms zelfs afwijzend. De afgelopen vijf jaar heb ik het respect dat u getoond heeft voor onze bijdrage aan klinisch onderzoek, patiëntenzorg en bijscholing als zeer stimulerend ervaren. Als ergens duidelijk is geworden dat wij de pubertijd ontgroeid zijn, dan is het wel in de prettige samenwerking met de kliniek.

De toga die ik vandaag draag, behoorde de Hooggeleerde Mühlbock die zijn naam verwierf in het dierexperimenteel onderzoek. Daarna werd die gedragen door de Hooggeleerde Cleton die op de klinische oncologie zijn stempel drukte. Beste Frans, dat ik nu deze toga mag dragen, zie ik als een grote eer voor mijzelf en ook als een erkenning voor de psychosociale oncologie.

Hooggeleerde Krol, lieve Leendert, de psychologie van de arts en die van betrekkingen heeft je altijd na aan het hart gelegen. Ik heb van jou in de tijd dat we samenwerkten veel geleerd. Ik hoop datgene waar te maken wat je me hebt toevertrouwd.

Collega's van de Afdeling Medische Psychologie, wij hebben een periode van overgang achter ons en een periode van vorm geven voor de boeg. De buitengewoon plezierige samenwerking die op de afdeling mogelijk is, maakt dat we inhoud zullen kunnen geven aan de zinvolle, interessante en veelomvattende taak die voor ons ligt. Ik verheug me op de realisatie daarvan.

Tenslotte, lieve familie, lieve vrienden, het mag lijken of werk in mijn leven wel een erg belangrijke plaats inneemt. Op deze plek wil ik graag benadrukken dat zonder de basis die jullie daarvoor leggen mijn inzet en mijn produktiviteit niet mogelijk zouden zijn. Ik ben jullie daarvoor zeer dankbaar.

Ik heb gezegd.

- 1 J.A.M.Schouten, De zachte sector een hard gelag, Afscheidscollege, Universiteit van Amsterdam, 1986
- 2 Utrechts Studenten Corps, Utrechtse Studenten Almanak voor 1939, Senatus Veteranorum Typographus et Librorum Editor, Utrecht, 1938
- 3 F.H.Olthuis, Psychosomatiek: het Groen-boek, Boom, Meppel, 1973
- 4 J.L.C.Wortman, Psychosomatische geneeskunde, De Tijdstroom, Lochem, 1950
- 5 H.Faber, Over ziek zijn, Van Gorcum, Assen, 1956
- 6 J.H.van den Berg, Psychologie van het ziekbed, Callenbach, Nijkerk, 1952
- 7 A.Poslavsky, Voordrachten over medische psychologie, Bijleveld, Utrecht, 1956
- 8 G.Buyse, Medische psychologie, Acco, Leuven, 4e druk, 1977
- 9 W.J.McKeachie, C.L.Doyle, Psychology, Addison Wesley Publishing Company, Reading, Massachusetts, 1966
- 10 Afdeling Medische Psychologie AMC, Inventarisatie medisch psychologische afdelingen, Interacademiale Medische Psychologie, Amsterdam, 1992
- 11 G.A.M.van den Bos, L.C.M.Limburg, Public health and chronic diseases, European Journal of Public Health, 1995, 5, 1-2
- 12 E.Borst-Eilers, Inzicht in kosten/baten maakt de zorg beter, NRC, 14 september, 1995
- 13 Academisch Medisch Centrum, Medisch Profiel 1996-2000, AMC Amsterdam, november, 1995
- 14 A.Donabedian, The quality of care, how can it be assessed? Journal American Medical Association, 1988, 260, 1743-1748
- 15 Gezondheidsraad, Medisch handelen op een tweesprong, Den Haag, december 1991
- 16 H.B. de Regt, R.J. de Haan, J.C.J.M.de Haes, Uitvoering van de informed consent vereiste, een kwestie van communicatie, Deelstudie Informed Consent, KNMG, Utrecht, in druk
- 17 Consumentenbond/Nivel, Consumentenpanel Gezondheidszorg, Nivel, Utrecht, 1996
- 18 J.C.M.Metz, E.H.Pels Rijcken, B.W.M.van den Brand, Raamplan 1994, eindtermen van de artsopleiding, Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen, 1994

- 19 M.M.W. Koopman, P. Prandoni, F. Piovella, P.A. Ockelford, D.P.M. Brandjes, J. van der Meer, A.S. Gallus, G. Simonneau, C.H. Chesterman, M.H. Prins, P.M.M. Bossuyt, H. de Haes, A.G.M. van den Belt, L. Sagnard, P. d'Azemar, H.R. Büller, Treatment of venous thrombosis with intravenous unfractionated heparin administered in the hospital as compared with subcutaneous low-molecular-weight heparin administered at home, *New England Journal of Medicine*, 1996, 334, 11, 682-687
- 20 P. Norman, S. Parker, The interpretation of change in verbal reports: implications for health psychology, *Psychology and Health* 1996, 11, 301-314
- 21 M.A.G. Sprangers, Response-shift bias: a challenge to the assessment of patients' quality of life in cancer clinical trials, *Cancer Treatment Reviews*, 1996, 22 (Supplement A), 55-62
- 22 S. Folkman, Positive states and coping with severe stress, *Social Science and Medicine*, in press
- 23 J.C.J.M. de Haes, *Kwaliteit van leven van kankerpatiënten*, Proefschrift, Swets en Zeitlinger, Lisse, 1988
- 24 G. Flaubert, in: J. Barnes, *Flaubert's papegaai*, Arbeiderspers, Amsterdam, 1985
- 25 E.T. Cassee, *Naar de dokter*, Boom, Meppel, 1973
- 26 A.Ph. Visser, *Klachten van patiënten, een sociaal cultureel perspectief*, In: S.E. Kooiker, M. Mootz, *Patiënt en professie*, VUGA, Den Haag, 1996
- 27 A.G.H. Thompson, R. Sunol, Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence, *International Journal for Quality in Health Care*, 1995, 7, 2, 127-141
- 28 J.W.G. Kistemaker, A.Ph. Visser, *Betekenis van tevredenheid van patiënten voor kwaliteit van zorg*, *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 1995, 73, 214-223
- 29 D.A. Drachman, Benchmarking patient satisfaction at academic health centers, *Journal on Quality Improvement*, 1996, 22/5, 359-367
- 30 L.J. Krol, *De stille revolutie in de geneeskunde*, Inaugurele Rede, Universiteit van Amsterdam, 1989
- 31 R.H. van den Hoofdakker, *Het bolwerk der beteroeters, over de medische ethiek en de status quo*, Kritiese bibliotheek, Van Gennep, Amsterdam, 1971

- 32 K.M.Taylor, M.Shapiro, H.A.Skinner, J.Eakin, M.Kelner, Understanding physicians' response to AIDS, Canadian Medical Association Journal, 1989, 140, 597-602
- 33 E.Schoots, Ook de dokter kent doodsangst, NRC, 8 juli, 1995, 6
- 34 W.B.Schaufeli, B.P.Buunk, Professional burnout, in: M.J.Schrabacq, J.A.M.Winnubst, C.L.Cooper, Handbook of Work and Health Psychology, John Wiley & Sons, 1996, 311-346
- 35 D.van Dierendonck, W.B.Schaufeli, H.J.Sixma, Burnout among general practitioners: a perspective from equity theory, Journal of Social and Clinical Psychology, 1994, 13/1, 86-100
- 36 A.J.Ramirez, J.Graham, M.A.Richards, A.Cull, W.M.Gregory, Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work, Lancet, 1996, 347, 724-728
- 37 A.Zwaveling, J.L.Terpstra, Multicentrische palliatie, Rede, Rijksuniversiteit Leiden, Universitaire Pers Leiden, Leiden, 1969
- 38 J.C.J.M.de Haes, Informatie, in het bijzonder bij patiënten die behandeld worden met cytostatica, Tijdschrift voor Ziekenverpleging, 1981, 34/15, 651-655
- 39 J.C.J.M.de Haes, J.H.Mulder, Informatie over chemotherapie, Huisarts en Wetenschap, 1981, 24, 104-107
- 40 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, Staatsblad, 1994, 838
- 41 J.A.M.Schouten, Anamnese en advies, Samson Stafleu, Alphen aan de Rijn/Brussel, 1988
- 42 T.M.Marteau, J.Kidd, L.Cuddeford, P.Walker, Reducing anxiety in women referred for colposcopy using an information booklet, British Journal of Health Psychology, 1996, 1, 181-189
- 43 A.M.van Dulmen, P.F.M.Verhaak, J.M.Bensing, Communicatie tussen specialist en patiënt, Medisch Contact, 1996 51/7, 781-783
- 44 L.M.L.Ong, M.R.M.Visser, I.P.M.Kruijver, J.M.Bensing, A.van den Brink-Muinen, J.M.L.Stouthardt, F.B.Lammes, J.C.J.M.de Haes, The Roter Interaction Analysis System (RIAS) in Oncological Consultations: Psychometric Properties, ingediend
- 45 H.A.Llewellyn-Thomas, Presidential address, Patients' health care decision making, a framework for descriptive and experimental investigations, Medical Decision Making, 1995, 15/2, 101-106

- 46 C.G.Koedoot, I.Varekamp, A.de Graeff, P.J.M.Bakker, M.A.Nooy, J.C.J.M.de Haes,
Do patients feel they have a choice concerning palliative chemotherapy? Psycho-
oncology, 1996, 5/2, 174-5
- 47 E. Briët, P.Speelman, Integreeren en isoleren, Rede, Universiteit van Amsterdam,
Amsterdam, 1996
- 48 Th.J.ten Cate, Over vorming en toetsing van attitude in de artsopleiding,
in: 'Wie wordt waar beter van?', Symposiumverslag, september, 1996
- 49 J. Bensing, De rotonde van lichaam en geest, Rede, Universiteit Utrecht, Utrecht, 1994
- 50 A.Faulkner, P.Maguire, Talking with cancer patients, Oxford University Press,
Oxford, 1994
- 51 J.Wouda, H.van de Wiel, K.van Vliet, Medische communicatie, Lemma, 1996
- 52 M.A.G.Sprangers, Dialoogbijeenkomst kindernefrologie, Intern verslag,
Afdeling Kindergeneeskunde, AMC, Amsterdam, april 1996
- 53 W.J.Otten, Ons mankeert niets, G.A.van Oorschot, Amsterdam, 1994
- 54 G.Egan, Deskundig hulpverleners, 1990; geciteerd in: J.Wouda, H.van de Wiel,
K.van Vliet, Medische Communicatie, Lemma, Utrecht, 1996
- 55 N.Elias, Problemen van distantie en betrokkenheid, in: Sociologie en Geschiedenis,
Van Gennep, Amsterdam, 1969

