

DE KLINISCH PSYCHOLOOG IN HET ALGEMENE ZIEKENHUIS

Een scientist-practitioner
in een netwerk

onder redactie van
Dr. P.H.G.M. Soons
Drs. R. Albrecht

deel 10 in de serie
Psychologen
Algemene/Academische
Ziekenhuizen (PAZ)

De klinisch psycholoog
in het algemene ziekenhuis

Een *scientist-practitioner*
in een netwerk

De klinisch psycholoog
in het algemene ziekenhuis

Een *scientist-practitioner*
in een netwerk

Redactie:

Dr. P.H.G.M. Soons

Drs. R. Albrecht



Inhoud

	Voorwoord	7
1	De klinisch psycholoog als <i>scientist-practitioner</i> Prof. Dr. C.P.F. van der Staak	9
2	Professionele kennis is niet meer wat het geweest is: de steeds snellere veroudering van kennis Prof. Dr. Ir. M.C.D.P. Weggeman	17
3	Promotivatie: promoveren en motivatie Drs. G. van Hout	23
4	Tips en valkuilen ten aanzien van <i>assessment</i> in de klinisch-neuropsychologische praktijk Prof. Dr. H. van der Vlught	29
5	Het stressmodel Prof. Dr. A. Vingerhoets	35
6	De <i>scientist-practitioner</i> in een netwerk: wat doet de PAZ ermee? Dr. P.H.G.M. Soons	41
	Over de auteurs	47

(c) PAZ (sectie NIP), januari 2005
p/a secretariaat@paz.nu en de website www.paz.nu

Eindredactie: Dr. P.H.G.M. Soons
Opmaak: Sportscaan, Zwolle
Drukwerk: Robine, Twello

ISBN: 90-77034-04-8

Januari 2005

Alle rechten voorbehouden. Behoudens uitzonderingen door de wet gesteld mag niets uit deze uitgave verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever of de rechthebbende op het auteursrecht.

Voorwoord

Voor U ligt de bundel “De klinisch psycholoog in het algemene ziekenhuis: een *scientist-practitioner* in een netwerk”.

De titel stipt een thema aan dat altijd al belangrijk geweest is binnen de PAZ. Het wordt nog belangrijker omdat inmiddels de opleiding tot klinisch psycholoog (specialist) van start is gegaan, waarin uitdrukkelijk veel tijd is ingeruimd voor praktijk gericht wetenschappelijk onderzoek. Gelijktijdig is de Universiteit van Tilburg doende een Master opleiding medische psychologie te realiseren. Verder staat een verregerende samenwerking tussen NBMF en PAZ op stapel.

Het netwerk waarbinnen de klinisch psycholoog vanuit het algemene ziekenhuis functioneert is complex: het eigen ziekenhuis, de huisarts, de eerstelijns, derdelijns instanties, de universiteit (pre-doctorale stagiaires), de post-doctorale opleiding tot GZ-psycholoog en klinisch psycholoog, de beroepsvereniging (NIP en PAZ) etc.

Bovenstaande thematiek wordt vanuit verschillende gezichtspunten belicht in deze bundel.

In hoofdstuk 1 wordt beschreven hoe het *scientist-practitioner* model zich ontwikkeld heeft in het kader van de specialisten opleiding tot klinisch psycholoog. In hoofdstuk 2 wordt door een buitenstaander beschreven wat het belang is van kennis, hoe snel deze veroudert en hoe hiermee om te gaan door de professional. In hoofdstuk 3 wordt het onderwerp promoveren onder de loupe genomen. Voor de *scientist-practitioner* een must? Hoofdstuk 4 beschrijft *assessment* in de klinische praktijk, die wetenschappelijk verantwoord is. In hoofdstuk 5 wordt een wetenschappelijk onderbouwd stressmodel beschreven dat zeer relevant is voor de alledaagse praktijk van de *scientist-practitioner*.

Tenslotte wordt in hoofdstuk 6 aangegeven wat de PAZ kan doen om bij te dragen aan de realisering van het ideaal van de *scientist-practitioner*, die functioneert binnen een complex netwerk.

Deze reader is tot stand gekomen naar aanleiding van het gelijknamige symposium dat door de PAZ in samenwerking met het Departement Psychologie en Gezondheid van de Universiteit van Tilburg en het Catharina Ziekenhuis is georganiseerd (Catharina Ziekenhuis Eindhoven vrijdag 30 november 2001). Een deel van de lezingen is in deze bundel verwerkt.

Voor velen was dit een memorabel symposium, niet alleen vanwege de inhoud, maar ook omdat het dagen kostte om ervan bij te komen! Dank is op zijn plaats voor de mede-organisator van de dag, drs. W. Fontein (afdeling medische psychologie St. Catharina Ziekenhuis), die samen met nog vele anderen vooraf en tijdens het congres veel werk verzet heeft.

De redactie

1.

De klinisch psycholoog als *scientist-practitioner*

C.P.F. VAN DER STAAK

De wetenschap en de praktijk van de klinische psychologie zijn twee zeer verschillende domeinen. Hun missies en taakstellingen brengen een aantal kenmerken met zich mee die moeilijk te verenigen zijn. Tegelijkertijd zijn het twee domeinen die sterk op elkaar betrokken zijn; de wetenschap is altijd een belangrijke bron van kennis in de klinisch psychologische praktijk geweest. Toch zijn ze nooit in staat geweest elkaar echt te raken. De relatie tussen beide domeinen is de afgelopen eeuw gekenmerkt geweest door het zoeken naar de passende afstand tussen beide.

In de eerste helft van de 20e eeuw heeft de klinische psychologie zich ontwikkeld als empirische wetenschap, terwijl de psychotherapie, als een van de deskundigheidsgebieden van de klinische psychologie, zich daarnaast in de praktijk van de gezondheidszorg, met name de geestelijke gezondheidszorg, heeft ontwikkeld. Deze ontwikkelingen, die in grote lijnen naast elkaar liepen, hebben hun stempel gedrukt op een conferentie in 1949 in Boulder (Colorado, Verenigde Staten) al waar het *scientist-practitioner* model voor de klinische psychologie geboren is. In de bundel die naar aanleiding van deze conferentie verschenen is, stond een zin die de heersende cynische opvatting weergaf met betrekking tot de psychotherapie in de V.S. in die tijd: “Ongedefinieerde techniek, die toegepast wordt op ongespecificeerde problemen met een onvoorspelbare uitkomst; voor deze techniek bevelen wij een rigoureuze training aan.”

Tijdens de conferentie werd geprobeerd consensus te bereiken over hoe een opleiding tot klinisch psycholoog eruit moet zien. De overtuiging was dat de klinisch psycholoog wetenschapper en clinicus moest zijn en dat zulks consequenties moest hebben voor de opleiding: opleiding zowel tot clinicus als tot wetenschapper, inclusief het schrijven van een proefschrift. De *professional schools* die op basis van dit model ontstonden, leidden al snel tot een zekere onvrede over de mate waarin het ideaal van de *scientist-practitioner* gerealiseerd kon worden. Proefschriften die door opleidingen geschreven werden, bleken de kwaliteitseis die normaliter gesteld werd niet te behalen. Goede

voorbeelden van mensen die als clinicus en wetenschapper werkzaam waren, ontbraken, evenals goede methodieken om klinisch onderzoek in de praktijk uit te voeren bij patiënten. Naast de methodologische debatten werden allerlei ethische kwesties opgeworpen en bleek er een gebrek aan tijd en geld te zijn.

Naarmate de onvrede groeide, groeide ook het besef dat wetenschapper en clinicus twee verschillende beroepen zijn. De wetenschappers waren toch vooral werkzaam op de universiteiten, de klinici in de ziekenhuizen of gezondheidsinstellingen. Conflictsituaties werden onvermijdelijk. Matarazzo, een goede clinicus en wetenschapper, zei eens: “Weinig van mijn onderzoeksresultaten beïnvloeden mijn praktijk. De wetenschappelijke psychologie brengt mij niet verder. Ik blijf lezen maar in de praktijk helpt dat weinig. Mijn klinische ervaring is het enige dat behulpzaam is.”

Rond 1975 heerste er een soort ontmoediging aangaande het *scientist-practitioner* model. Er had een scheiding plaatsgevonden tussen wetenschappers en klinici. Toch is er in de '80-er en '90-er jaren van de vorige eeuw weer een aantal factoren werkzaam geweest die ervoor hebben gezorgd dat een hereniging plaats vond. Zo vroegen overheid en financiers in toenemende mate verantwoording aan allerlei professionals in de gezondheidszorg voor het geld dat geïnvesteerd werd, dus ook aan psychologen. Deze zogenoemde *accountability* is niet alleen te zien als een plicht tot verantwoording, maar ook een plicht tot verheldering van effectiviteit. “Wat hebben jullie met het geld dat jullie gekregen hebben gedaan en was dit nuttig?” Het gevolg hiervan was dat gezondheidszorginstellingen besloten hun zorgprogramma's op wetenschappelijke wijze te gaan evalueren. Het achterliggende idee was: “Dan kunnen we laten zien wat het allemaal oplevert”.

Zo kon ook aan het licht komen dat psychotherapeutische hulp soms weinig opleverde. Een bekend voorbeeld hiervan is de geruchtmakende Osherof-case. Osherof was een huisarts die depressief werd en zich langere tijd liet behandelen in een psychotherapeutisch instituut, zonder dat dit veel effect had. Zijn familie zag dit in en zorgde ervoor dat Osherof in een andere kliniek terechtkwam. Hij kreeg daar medicijnen voor zijn depressie en was in korte tijd genezen. Deze gebeurtenis heeft uiteindelijk tot een rechtszaak en tot een discussie onder vakgenoten geleid; de relatie tussen “*evidence based practice*” en “*collective sense of profession*” (ervaringskennis die bij de beroepsgroep aanwezig is) wordt sinds die tijd aandachtig bestudeerd. Hieraan wordt onder andere uiting gegeven door middel van consensus conferenties, richtlijnontwikkeling, protocollering en ontwikkeling van zorgprogramma's.

De laatste tien, twintig jaar is er bovendien nog een “*Dritte im Bunde*” bijgekomen. Naast de wetenschapper en de clinicus is de burger en (potentiële) patiënt ook iemand die mee wil praten, mee wil overleggen en mee wil beslissen. Ook deze ontwikkeling heeft eraan bijgedragen dat zorginstellingen in

toenemende mate weer de behoefte hebben gekregen om wetenschappers bij de evaluatie van hun werk te betrekken, terwijl ook wetenschappers in toenemende mate in staat worden gesteld om in de praktijk patiëntgebonden onderzoek te doen, waar de praktijk wat aan heeft.

De situatie in Nederland is vergelijkbaar met die in de V.S. Trudy Dehue (1990) wijdde in haar proefschrift een hoofdstuk aan wat zij noemde “De neurotische paradox van de klinische psychologie”. Hierin beschrijft zij hoe in Nederland vanaf eind jaren '40 de eerste psychologen benoemd werden in ziekenhuizen en psychiatrische instellingen. Aanvankelijk bestond er een goede samenwerking tussen de universiteit als wetenschappelijk instituut en het ziekenhuis als een zorgpraktijk, maar gaandeweg is daar een afstand gekomen en zijn conflicten ontstaan.

Klinisch psychologen die op Nederlandse bodem veel werk hebben verricht ten aanzien van de beroepsvorming en de beroepsopleiding zijn onder anderen de volgende.

Jos Dijkhuis, hoogleraar Klinische Psychologie in Utrecht, heeft zich voornamelijk bezig gehouden met de ontwikkeling van de praktijk van de psychotherapie. In de niet-universitaire instituten voor multidisciplinaire psychotherapie heeft hij de opleiding en het praktijkonderzoek ontwikkeld. Pieter Boeke, hoogleraar Klinische en Medische Psychologie in Groningen, was iemand die, werkzaam in de universiteit en het academisch ziekenhuis, het ideaal van *scientist-practitioner* gedurende zijn gehele loopbaan heeft weten te behouden. Van de laatste jaren is met name het werk van Giel Hutschmaekers noemenswaardig. Hij is sinds 2000 werkzaam als bijzonder hoogleeraar aan de Nijmeegse Universiteit, met als opdracht professionalisering in de GGZ. Daarnaast is hij werkzaam in “de Gelderse Roos”, een grote GGZ-instelling in Gelderland. In zijn onderzoekprogramma maakt hij gebruik van zowel wetenschappelijke kennis, als de in de praktijk opgedane kennis van de professional als de ervaringskennis van de patiënt. Van zeer recente datum zijn ook de ontwikkelingen in Brabant van belang: de samenwerking die tussen de Universiteit van Tilburg en Brabantse ziekenhuizen is ontstaan, biedt veel kansen en verdient derhalve steun.

Ontwikkeling van basisberoep naar specialisme

'50-jaren	- ontstaan gezelschap voor klinische psychologie
1966	- NIP-register van klinisch psychologen
1981	- voorontwerp wet BIG: klinische psychologen in BIG
1984	- basisnota NIP; basisberoep en specialisme
1986	- wetsontwerp BIG; psychotherapeut in BIG
	- overheidsregister van psychotherapeuten
1988	- NIP-register: klinisch psycholoog/ psychotherapeut
1989	- postdoctorale beroepsopleiding tot klinisch psycholoog
1993	- wet BIG: klinisch psycholoog als basisberoep (art. 3) nota uit de la
1997	- wetswijziging: gz-psycholoog als generalistisch basisberoep
1998	- overheidsregister gz-psychologen en psychotherapeuten
	- opleiding gz-psycholoog en psychotherapeut (4 jaar) ex wet BIG
2003	- specialistenregister klinisch psycholoog (art. 14)
	- specialistische opleiding tot klinisch psycholoog (3-4 jaar)
	- beëindiging opleiding tot psychotherapeut

Tabel 1

Wanneer gekeken wordt naar de ontwikkeling van basisberoep naar specialisme is er een aantal belangrijke ontwikkelingen te noemen. Het gezelschap voor klinische psychologie heeft zich in de 50-er jaren voor het eerst gemanifesteerd. Later is dit gezelschap een sectie binnen het NIP geworden. In 1966 heeft het NIP het register van Klinisch Psychologen ingesteld.

Er is lang gepraat over een nieuwe wet die de oude wet op de uitoefening van de geneeskunst zou moeten vervangen en waarin naast de beroepsuitoefening van artsen ook die van andere professionals in de gezondheidszorg zou worden geregeld. In 1981 lag er een voorontwerp van de wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg) op tafel. In dit voorontwerp wordt het beroep klinisch psycholoog omschreven als één van de beroepen die in de wet BIG geregeld zou moeten worden. Het NIP heeft zijn gedachten omtrent het basisberoep en specialisme en de bijbehorende opleidingen geformuleerd in een basisnota in 1984. Analoog aan de medische opleidingen zou de psycholoog die in de gezondheidszorg wil werken, na het doctoraal examen een beroepsopleiding moeten volgen. Na afloop van deze opleiding verkrijgt de psycholoog de titel Psycholoog in de Gezondheidszorg, aldus de nota. Vervolgens kan een deel van deze beroepsbeoefenaren nog een specialistische opleiding tot kli-

nisch psycholoog volgen, waarbij het deskundigheidsgebied van de klinisch psycholoog ook de psychotherapie omvat. Dit voorstel van het NIP verdween in de bureaulade, mede door het, in 1986 vastgelegde, beroep psychotherapeut.

Een van de kwaliteitseisen die in genoemde nota aan het beroep klinisch psycholoog gesteld werd, was zoals gezegd deskundigheid op het gebied van de psychotherapie. De klinisch psycholoog zou de facto ook ingeschreven staan als psychotherapeut in het overheidsregister. Deze psychotherapie-eis is sinds 1988 een van de eisen voor inschrijving in het NIP-register van klinisch psychologen.

In 1989 zijn de eerste postdoctorale opleidingen tot klinisch psycholoog van start gegaan. Deze vijfjarige voltijd opleiding had een sterk praktijk karakter; een belangrijk deel van de opleiding vond plaats in ziekenhuizen, RIAGG's en andere instellingen.

De wet BIG werd in 1993 uiteindelijk gerealiseerd. In artikel 3 van deze wet stond aanvankelijk het beroep van klinisch psycholoog beschreven, inclusief tuchtrecht, titelbescherming en dergelijke. Het heeft een aantal jaren geduurd voordat deze wet feitelijk in uitvoering werd genomen. In deze tijd werd door financiers en werkgevers in de gezondheidszorg kritisch naar het beroep van klinisch psycholoog gekeken. De vijfjarige opleiding die deze psycholoog achter de rug had was weliswaar gedegen, maar duurde naar het oordeel van voornoemden te lang en was bovendien te kostbaar. Als gevolg werd een voorstel gedaan voor het beroep gezondheidszorgpsycholoog met een tweejarige opleiding; deze zou meer als generalist werkzaam kunnen zijn in de hele breedte van de gezondheidszorg. Conform dit voorstel vond in 1998 in de wet BIG een wetswijziging plaats: het beroep klinisch psycholoog werd vervangen door het beroep GZ-psycholoog als basisberoep. Sinds deze tijd bestaat ook de tweejarige opleiding tot GZ-psycholoog.

Het beroep psychotherapeut is eveneens geregeld in artikel 3 van de wet BIG en sinds 1998 leidt de bijbehorende opleiding tot inschrijving in het BIG register van psychotherapeuten. Toch is het aparte beroep van psychotherapeut niet onomstreden. De psychotherapie is immers eveneens een onderdeel van het deskundigheidsgebied van de psychiater en van de klinisch psycholoog. Het CONO (Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ) heeft inmiddels om die reden de minister geadviseerd het register voor psychotherapeuten op termijn te sluiten. De psychotherapie zal naar alle waarschijnlijkheid, net als in de opleiding tot psychiater, in het specialistische opleidingsprogramma van de klinisch psycholoog terecht komen. Deze opleiding zal dan daadwerkelijk zijn specialistische inhoud krijgen.

Opleiding tot klinisch psycholoog

Verschillende commissies zijn bezig geweest de opleiding tot klinisch psycholoog vorm te geven. Zo is een commissie aan de slag gegaan om het deskundigheidsgebied van de klinisch psycholoog te omschrijven in artikel 14 van de wet BIG. Daarnaast is een commissie bezig geweest opleidingsvereisten te formuleren. Uitkomsten van deze commissies zijn in 1999 aan de minister overhandigd. Vervolgens heeft zich een commissie gebogen over de invulling van het curriculum van de specialistische opleiding tot klinisch psycholoog, een en ander op basis van de geformuleerde opleidingsvereisten.

De opleiding is een voortgezette specialistische opleiding voor GZ-psychologen die eveneens vooral in de praktijk zijn beslag krijgt. Met name het werken in de praktijk en de supervisie van ervaren collega's zijn van belang. Daarnaast is het de bedoeling om het wetenschappelijk onderzoek een grotere plaats in de opleiding te geven. Er wordt gestreefd naar vorming in de richting van een specialistische beroepsattitude, waarvan de fundering duidelijk in de wetenschap en het kennisgebied van de (algemene) psychologie ligt. In de opleiding worden de volgende specialisaties op basis van levensfasen aangeboden: kindertijd/ jeugd versus volwassenheid/ ouderdom. Tenslotte moet ook het psychotherapeutische kennisgebied een deel vormen van de deskundigheid van de psycholoog.

Praktisch vertaald betekent bovenstaande dat de opleideling na de opleiding tot GZ-psycholoog nog zo'n 4860 uur bezig zal zijn met zijn studie. Wetenschappelijk onderzoek en innovatie hebben in de opleiding het niet geringe aandeel van 905 uur gekregen. In het cursorisch programma ligt een sterk accent op theorie en op een integratieve visie op diagnostisch en psychotherapeutisch handelen en minder op relatief geïsoleerde methoden. Ook ligt er nadruk op reflecteren over het eigen handelen en de grenzen van eigen deskundigheid. Daarnaast krijgen taken op het gebied van het opleiden van jonge collega's, leiding geven en management een rol in de opleiding.

De specialistische opleiding tot klinisch psycholoog: verdelingonderwijs- en praktijkuren

	Theorie + Vaardigheids- training	Literatuur + Praktijk- opdrachten	Supervisie en leertherapie	Praktijk	Totaal
Diagnostiek incl. indicatie	200	160	25	1080	1465
Behandeling incl. psycho- therapie	200	160	135 super- visie & 50 leertherapie	1080	1625
Wetenschap. onderzoek en innovatie	100	240	25	540	905
Overige taken	100	200	25	540	865
Totaal	600	760	260	3240	4860

Tabel 2

Klinisch psycholoog in het algemene ziekenhuis: de specialist

Kenmerkend voor de (medisch) specialist is dat de klacht of stoornis van de patiënt uit de context wordt gehaald en buiten deze context wordt behandeld. Wellicht geldt dit ook voor de klinisch psycholoog: een eerstelijns psycholoog zal de patiënt binnen zijn of haar context proberen te behandelen, maar in een ziekenhuis wordt de stoornis meer geïsoleerd behandeld. Een specialist gaat pas aan de slag als er een duidelijke indicatie is. Ook kan hij terug verwijzen naar de eerstelijnszorg. Een ander verschil tussen ziekenhuis en eerstelijnszorg is dat interventies in het ziekenhuis veelal invasiever zijn dan in de eerstelijnszorg.

Het ideaal van vroeger

De *scientist-practitioner* van vroeger is niet meer het ideaal van nu. Gebleken is dat er te grote verschillen tussen de werkvelden van praktijk en wetenschap zitten om ze te kunnen verenigen. Toch dient het ideaal niet overboord gegooid te worden. De klinisch psycholoog in een algemeen ziekenhuis werkt in een netwerk van collega's met medisch specialisten en de huisarts, maar werkt vaak ook samen met een wetenschappelijk instituut, met de universiteit; hij/zij participeert in opleidingen en participeert in onderzoeksprojecten. Kennis die hiermee wordt opgedaan komt dus uit de praktijk, het weten-

schapsgebied en uit de ervaringskennis van de patiënt. De klinisch psycholoog is de specialistische professional met een wetenschappelijke attitude die zich naast praktijkkennis en ervaringskennis eveneens baseert op wetenschappelijke kennis en die participeert in wetenschappelijk onderzoek.

Literatuur

Dehue, T. (1990). *De regels van het vak: Nederlandse psychologen en hun methodologie, 1900-1985*. Amsterdam: Van Gennep.

2.

Professionele kennis is niet meer wat het geweest is: de steeds snellere veroudering van kennis

M.C.D.P. WEGGEMAN

Het probleem van de veroudering van kennis is met een eenvoudig voorbeeld toe te lichten: een vriend van me is chirurg en we praten wel eens over elkaars vak. Hij vertelde me over een vrouw die bij hem een bepaalde behandeling moest ondergaan. De kans op succes was 95% oftewel de kans op complicaties minder dan 5%. De vrouw was dus niet zo nerveus en gestressed en ging op internet eens kijken wat er over haar ingreep bekend was. Ze stuitte daarbij op het proefschrift van ene John Abernatty uit Los Angeles. Hij was zeer recentelijk gepromoveerd op een simpel tangetje dat bij die ingreep gebruikt zou moeten worden. De eerste trial was met het normale tangetje, bij de tweede trial had hij laagjes teflon op de bedjes aangebracht en gleed het beter. Bij de derde trial was er nog een stop op gemaakt, een soort weerstand. Zijn stelling in het proefschrift was dat je voortaan bij die ingreep dat laatste tangetje zou moeten gebruiken. Dus promoveren in die kringen is niet zo'n toer naar mijn idee. De vrouw confronteerde die vriend van mij en vroeg: 'Ken je het proefschrift van Abernatty?' Dat kende hij natuurlijk niet en hij zei: 'Maar volgende week komt de Lancet en de week daarop de nieuwe Journal of Medicine en dan hebben we de week daarna ons congres en daar zal zeker Abernatty zijn als dat van belang is.' Maar dat overtuigde natuurlijk niet. En toen zei hij wat je in zo'n geval moet zeggen: 'Maar wij hebben ook van die tangetjes.' Waarop zij vroeg of ze die dan eens zou mogen zien. En dat zou hij normaal gesproken niet doen maar hij dacht: 'Misschien heeft het met kennismanagement te maken, laat ik eens meegaan in het experiment dan kan ik daar met Weggeman weer een flesje wijn over open trekken.' Toen nam hij haar mee en liet het tangetje zien, waarop zij zei dat deze er niet eens op leek. Hij vroeg hoe het tangetje van Abernatty er dan uitzag. Zij haalde een printje van internet uit haar tas. Het werd toen een beetje vervelend in de arts-patiënt-bejegening. Hij zei: 'Of je laat het volgende week hier doorgaan of je verdwijnt naar Los Angeles en je laat je helpen met dat hele fijne tangetje en dan hoef ik je verder niet meer te zien.' Uiteindelijk is het bij hem doorgegaan en het is allemaal prima afgelopen.

In vroegere tijden hing produktie af van een aantal factoren die te vatten zijn in het model van Karl Marx. Hij benoemde de volgende produktiefactoren: grond (grondstoffen), kapitaal (kapitaalgoederen) en fysieke arbeid (*labour*). In de huidige maatschappij, de *advanced economy*, is daar een belangrijke factor aan toe te voegen; de factor kennis. Hoewel kennis vroeger ook van belang was, was deze met name geconcentreerd in de top van een organisatie. Het management verzamelde informatie, kende hier betekenis aan toe en nam beslissingen. De mensen op de werkvloer hoefden enkel opdrachten uit te voeren. Ontwikkelingen binnen organisaties laten echter steeds meer een andere structuur zien. Ook de mensen op de vloer werken mee aan het verzamelen van en betekenis toekennen aan informatie. Beslissingen die op basis van deze informatie worden gemaakt, worden eveneens steeds vaker door de arbeiders gemaakt. Voorbeelden hiervan zijn de zelfsturende teams.

Wat is kennis?

Kennis is een begrip waarvan de definitie al eeuwen wordt bediscussieerd. De definitie van kennis van omnideskundige Roel in 't Veld luidt: kennis is het resultaat van semi-wetenschappelijk onderzoek. Hier valt echter een en ander op af te dingen. Wanneer ambachtslieden of practici iets ontdekken is dit dus in het beste geval informatie en geen kennis. In de volgende definitie wordt dit probleem omzeild. De definitie die in dit artikel gehandhaafd wordt luidt: kennis is het vermogen om een bepaalde taak uit te voeren. Dit is een grote en niet-normatieve definitie en zegt dus niets over de kwaliteit van kennis. Deze taak kan worden geaccepteerd van een baas, klant of zichzelf. Deze taak kan dus zowel een exogene als endogene opdrachtgever hebben.

Uit een onderzoek van organisatiedeskundigen blijkt dat zij het volgende onder "vermogen om een taak uit te voeren" verstaan. Ten eerste laten zij hier de informatie die de persoon nodig heeft om een taak uit te voeren onder vallen. Daarnaast denken zij ook aan ervaringen, of de historische database die toegankelijk is via je geheugen, en aan vaardigheden. Onder deze vaardigheden worden de volgende verstaan: analytische, intuïtieve, sociaal-communicatieve, ambachtelijke, leer, reflectieve en creatieve vaardigheden. Ook attitudes (*basic believes*) en daarop gebaseerde waarden en normen zijn van belang. Zij maken uit in welke omgeving men terecht komt om informatie van data te maken.

Recent is de produktiefactor kennis enorm in omvang toegenomen. Een voorbeeld: wanneer een arts een poging zou doen alle artikelen op zijn vakgebied te lezen, zou hij gemiddeld 60.000 artikelen per dag moeten lezen. Er zijn een aantal redenen, die sterk met elkaar verweven zijn, waarom de produktiefac-

tor kennis zo is toegenomen. Ten eerste heeft de informatiestroom over de wereld een grote vlucht genomen. Informatie kan de hele wereld bereiken in een kort tijdsbestek. Dit wordt ook wel *global village* genoemd. Ten tweede blijkt de geldigheidsduur van de informatie steeds korter. Vanwege de grote beschikbaarheid van informatie, wordt op allerlei plaatsen gewerkt aan innovaties. Ten derde blijkt het steeds moeilijker voorspelbaar welke informatie in de toekomst van belang zal zijn. Castels (1998) drukte een en ander uit door niet te praten over een *global village* maar over een *global casino* of *global society*. Een noodlottig voorbeeld uit deze onvoorspelbare maatschappij is de aanslag op het World Trade Center in 2001.

Nadeel van kennis

Het overgeïnformeerd zijn van klanten, burgers en patiënten heeft nadelen; deze groepen hebben een groot gebrek aan tijd en focus. Door de enorme toename in de hoeveelheid kennis zijn er methoden nodig die deze kennis overzichtelijk en bruikbaar maken. In de organisatiekunde is hiervoor de volgende oplossing bedacht: superspecialisatie met behulp van het T-profiel. De kans dat een persoon lange tijd op de hoogte is van recente vakkennis is namelijk groter indien het vakgebied dat bestudeerd dient te worden kleiner is (superspecialisatie). Het T-profiel omvat een model waarbij een persoon naast de superspecialisatie op zijn eigen vakgebied ook vakkennis heeft van één of twee andere disciplines (Wiig, 1993, Giren, 1997). Op deze manier kunnen superspecialisten van verschillende vakgebieden met elkaar communiceren en bestaat de mogelijkheid tot innoveren.

Zoals eerder genoemd blijkt de beperkte geldigheidsduur van kennis in de praktijk vaak een probleem. Den Hertog (1997) geeft deze beperkte geldigheidsduur van kennis aan met de term “halfwaardetijd” van kennis. In veel vakgebieden blijkt de halfwaardetijd van kennis af te nemen. Zo was de halfwaardetijd van de kennis van een elektrotechnisch monteur in 1987 10 jaar. In 1997 was dit reeds verminderd tot 5 jaar en de verwachting is dat deze op dit moment nog lager zal liggen. De halfwaardetijd van kennis is echter zeer inhoudsgebonden. Zo zal kennis over ICT zeer snel verouderd zijn, maar blijft kennis over klassieke talen lange tijd geldig. De halfwaardetijd van psychologische kennis is overigens onbekend.

Levensloop van een kenniswerker

In theorie bestaat de levensloop van een werkende grofweg uit de volgende 3 fasen. De eerste 30 jaar van zijn leven zal hij besteden aan leren, ofwel kennis en vaardigheden vergaren. De volgende 30 jaar zal hij werken, ofwel kapitaliseren op het geleerde. De laatste 30 jaar worden besteed aan bijkomen of genieten. Binnen deze redenering wordt echter geen rekening gehouden met de halfwaardetijd van kennis. Wanneer deze halfwaardetijd als factor in het model over de levensloop van een kenniswerker wordt aangebracht ziet dit er als volgt uit.

De kenniswerker zal zijn carrière theoretisch gezien starten met een lage performance, maar met hoge verwachtingen. In de tweede fase levert hij een hoge bijdrage en is er een hoog groeipotentieel aanwezig. Dit wordt ook wel “ster *high-potential*” genoemd. De derde fase, ofwel de fase van de “produktietijgers”, wordt gekenmerkt door een hoge produktie. Hoewel er geen groeipotentieel meer is, produceren zij veel, zijn loyaal aan hun werkgever en hebben weinig managementaandacht nodig. In de vierde en laatste fase neemt de relevantie van bijdrage van kenniswerkers af. Zij weten veel over vroeger en praten hier uitvoerig over. De “vertellers” worden ze genoemd.

Hoewel deze levensloop voor ongeveer 80% van de kenniswerkers een normale ontwikkelingsgang blijkt, ontstaat er een probleem wanneer werknemers met een leeftijd tussen 35 en 45 reeds in fase 4 zijn beland. Dit is vaak het moment in de carrière van kenniswerkers dat zij kiezen voor een carrière in het management. Het management is meestal namelijk slechts in zeer beperkte mate onderhevig aan de halfwaardetijd van kennis. Andere mogelijkheden die kenniswerkers in deze fase hebben zijn bijvoorbeeld een *sabbatical leave*, nascholing, promoveren of een nieuwe opleiding. Ook gaan veel kenniswerkers als docent in hun eigen vakgebied aan de slag (de *scientist-practitioner* koppeling). De genoemde 80% van de kenniswerkers zijn de zogenaamde “dominant routinematig” werkende professionals. Zij doorlopen naar alle waarschijnlijkheid de volgende fasen van het slechter worden.

In eerste instantie zullen zij veel problemen gaan definiëren in termen van oplossingen die zij kunnen bieden. Maslov omschreef dit eens als volgt: “Als je alleen over een hamer beschikt ben je al snel geneigd de hele wereld te zien als een spijker”, ofwel “*pigeon holing*”. De tweede fase wordt gekenmerkt door overadaptatie aan eigen routines. De derde fase wordt ook wel defensieve routine (Schön, 1983) genoemd. Kenniswerkers in deze fase vertellen voortdurend in hun omgeving waarom het van belang is wat zij gedaan hebben. In de vierde en laatste fase zijn de kenniswerkers met name bezig taken te verrichten aan de rand van hun vakgebied. Deze personen zijn goed in het ver-

keerde (*skilled incompetence*) en worden als een soort curiosum in de organisatie gehandhaafd.

Van de kenniswerkers blijken 20% echter dominant improviserende en innoverende professionals te zijn. Dit zijn mensen die immuun zijn voor de halfwaardetijd voor kennis. Beroemde voorbeelden zijn onder andere Shakespeare (literatuur) Picasso (kunst), Stravinsky (muziek), Keynes (economie), Bore (scheikunde), Simon (*artificial intelligence*). Dit zijn mensen die ook op latere leeftijd nog op hoog niveau kunnen presteren. Deze mensen zijn op latere leeftijd veelal ook van grote waarde in meester-gezel relaties.

Hoewel er tegenwoordig veelvuldig gebruik wordt gemaakt van richtlijnen en expliciteringen, is het van belang niet teveel heil te zoeken in dergelijke vormen van kennis. Deze richtlijnen en expliciteringen zijn vooral zinnig in crisissituaties of als snelheid het motief is in de te leveren prestatie. Daarnaast kunnen richtlijnen en expliciteringen gebruikt worden om de *life cycle* van professionele kennis te verlengen. Hiermee kunnen de defensieve routines en het goed zijn in het verkeerde (*skilled incompetence*) worden tegen gegaan.

De korte halfwaardetijd van kennis noodzaakt echter ook tot andere manieren van kennisvergarig en overdracht. Met name de leerling-gezel en gezellemeester relaties bieden in deze veel perspectief. Hierbij is echter het motief voor kennisdeling van groot belang.

Ter afsluiting van dit artikel volgen een aantal samenvattende stellingen die betrekking hebben op de organisatiekunde en de klinische psychologie:

- Klinisch psychologen zouden meer *mission driven* moeten zijn, omdat er anders geen motief is voor samenwerking en kennisdeling.
- Er is geen motief voor het delen van kennis of netwerken, als er geen gezamenlijk doel is.
- Om het werken met verouderde kennis door practici tegen te gaan, zou een academische *midlife*-studie een integraal onderdeel van de opleiding tot klinisch psycholoog kunnen worden.
- Wanneer in de initiële opleiding reeds gedifferentieerd wordt naar een superspecialisme met een variatie aan T-profielen, wordt innovatie vanuit de praktijk minder belemmerd.
- Klinisch psychologen zouden hun kennis beter kunnen verwerven door te werken in meester-gezel-leerling relaties dan afhankelijk te zijn van richtlijnen en protocollen die een steeds kortere houdbaarheidsdatum hebben.

Literatuur

Castels, M. (1998). *The information age: economy, society and culture*. Cambridge (Mass.): Oxford

Gierijn, T. (1978). Problem retention and problem change in science. *Sociological Inquiry*, 48.

Hertog, F. den & Huizinga, E (1997). *De kennisfactor; concurreren als kennisonderneming*. Deventer: Kluwer.

Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner*. New York: Basic Books.

Wiig, K. (1993). *Practical knowledge management: experiences in the USA*. Kennistechnologie congres, Amsterdam

3.

Promotivatie: Promoveren en motivatie

G. VAN HOUT

Dit hoofdstuk gaat over promotivatie, ofwel promotie en motivatie, dat wil zeggen de motivatie om te promoveren. Wellicht is de klinisch psycholoog van de toekomst niet alleen een diagnosticus en psychotherapeut, maar ook onderzoeker. De klinisch psycholoog heeft daartoe connecties buiten het eigen ziekenhuis en publiceert graag in gerenommeerde tijdschriften. Resultaten van een enquête, gehouden onder PAZ-leden, geven aan dat deze toekomst al is ingezet; een aantal collegae was en is bezig met onderzoek, netwerken en publiceren. Hoewel doctorandus betekent: “hij die doctor moet worden”, wordt in dit onderzoek gekeken naar de motivatie van hen die (willen) promoveren. De onderzoeksresultaten zullen hierna worden besproken.

De motivatie om te promoveren kan intern dan wel extern zijn. Naast een zekere ambitie is ook een omgeving nodig waar uitdagingen aanwezig zijn. In een stimulerende omgeving, raakt de psycholoog al snel verzeild in een takenpakket van literatuurstudie, onderzoek, publiceren en voordrachten houden. Alhoewel een ziekenhuis veelal een uitdagende omgeving vormt, kunnen patiëntenzorg en onderzoek elkaar aardig bijten. Zeker tijdens een promotieonderzoek zal, grotendeels in eigen tijd, veel werk moeten worden verzet. Het is dan ook belangrijk, zowel op het werk als thuis, het evenwicht te bewaren en op beide plekken medewerking te ontvangen. Het doen van onderzoek is zeker geen solo-activiteit; naast de samenwerking met promotor(en) worden allerlei hulptroepen ingeschakeld, zoals opleidelingen, stagiaires en collega-onderzoekers. Daarbij is, op zijn minst, een stimulerende houding van collegae en achterban van groot belang. Volgens Geenen en Schut (2001) heeft promotieonderzoek sinds de jaren tachtig steeds meer een samenwerkingskarakter gekregen en is promoveren steeds minder een individuele prestatie geworden. Proefschriften zouden een reflectie zijn van de gecombineerde inzet van promovendus en promotor(en), waarbij de promovendus de vaandeldrager is. Verder stellen zij dat een proefschrift niet langer het hoogtepunt is van een wetenschappelijke carrière maar eerder een noodzakelijk toegangsbewijs.

Ter voorbereiding op deze wetenschappelijke dag is aan alle PAZ-leden een enquête verstuurd onder de naam: 'Enquête promotieonderzoek psychologen in algemene en academische ziekenhuizen'. De enquête bestond uit 13 vragen, die weer een aantal subvragen omvatten, zowel open als multiple choice. De eerste vraag had tot doel om een schifting te kunnen maken tussen: collegae die al gepromoveerd zijn, collegae die plannen hebben in die richting en ten slotte collegae die niet gepromoveerd zijn en ook geen plannen in die richting hebben. Voor deze laatste categorie was dit de enige vraag.

Gepromoveerde collegae werd onder meer gevraagd naar de promotiedatum, het promotieonderwerp, de duur van het onderzoek, de motieven om te promoveren, de veronderstelde voor- en nadelen en de daadwerkelijke voor- en nadelen. Tevens werd hen gevraagd of zij gepromoveerd zouden zijn wanneer zij alles van tevoren hadden geweten. Collegae met concrete plannen werd onder meer gevraagd naar de geplande startdatum, het onderwerp, de motieven om te promoveren en de veronderstelde voor- en nadelen.

In totaal zijn 265 enquêteformulieren verstuurd, waarvan 131 ingevuld en geretourneerd; een respons van 49,4%. Van de 131 collegae die hun formulier hebben teruggestuurd, zijn er 28 (21%) gepromoveerd, 4 (3%) bezig met promotieonderzoek en 5 (4%) hebben min of meer concrete plannen om te promoveren. De overige 94 (72%) informanten gaven te kennen niet te zijn gepromoveerd en ook geen plannen in die richting te hebben.

Allereerst de resultaten betreffende de gepromoveerde collegae. De diversiteit aan onderwerpen is zeer groot :

- Groepsbehandeling van patiënten met een somatoforme stoornis
- Gedragsdimensies van dementie
- Neuropsychologische differentiatie van dementiesyndromen
- Vergelijkend therapie-effect onderzoek
- Omgaan met astma, interventiemethoden voor kinderen en ouders
- Voorspellen van het operatieresultaat bij patiënten met rugpijn
- De lange termijn gevolgen van hersenbeschadiging
- Effecten van interventie bij moeders en te vroeg geboren kinderen
- Stress en immuniteit
- Rookpreventie bij adolescenten
- Predictie van chronische pijn en handicap
- Welbevinden bij hartpatiënten, de ontwikkeling van de medisch psychologische vragenlijst voor hartpatiënten
- Hartrevalidatie, het bepalen en voorspellen van herstel
- Risicofactor educatie in de secundaire preventie van coronaire hartziekte
- Functionele klachten van kinderen
- Cognitieve stoornissen bij psychotici

- Persoonlijkheid en medische consumptie; homoseksuele identiteiten
- Cognitie, emotie en depressief gedrag
- Studiebegeleiding aan eerstejaars studenten
- Psychologie van de ziekenhuispatiënt
- Het effect van differentiële ervaring op hersenen en gedrag bij ratten
- Zeer moeilijk eten en moeilijk behandelbaar bedplassen
- Effecten van een gezondheids promotie programma op leefstijl en gezondheidsrisico's
- Chronisch zieke adolescenten met cystic fibrose
- Zelfbeeld en borstbeeld
- Kinderneuropsychologie
- Hartrevalidatie in Nederland

Het eerste promotieonderzoek dateert van 1963 terwijl de meeste recente promotie in juni 2001 heeft plaatsgevonden. In de jaren zeventig zijn 3 respondenten gepromoveerd, in de jaren tachtig waren dat er 8 en in de jaren negentig tussentijdse, zijn 15 collegae gepromoveerd. Met een respons van nog geen 50% is het te gevaarlijk om nu al van een tendens te spreken, al mag worden verwacht dat de meeste gepromoveerde collegae wel hebben gereageerd.

De gemiddelde duur van de onderzoeken was 5,75 jaar, met een range van 3 tot 13 jaar. Van de 28 gepromoveerden rapporteerden er 19 een tijdbestek van 4 tot 6 jaar. Redenen voor een bovengemiddelde tijdsduur waren onder andere een wisseling van promotor, het ontbreken van een planning, een beperkte tijd voor onderzoek naast taken als onderwijs en patiëntenzorg en verandering van onderwerp. Het verrichten van andere werkzaamheden was voor 4 respondenten de (belangrijkste) reden voor een bovengemiddelde tijdsduur.

Er werden verschillende motieven genoemd om te promoveren. Meestal gaf men meer dan één reden op. De motieven zijn als volgt gecategoriseerd: *Wetenschappelijke belangstelling en nieuwsgierigheid*.

Als concrete voorbeelden werden onder meer genoemd, 'academische ambitie' en 'intellectuele uitdaging'.

Carrière-overwegingen.

Voor een aantal collegae hoort promoveren er gewoon bij. Zo werd aangegeven dat promoveren noodzakelijk was om binnen de universiteit te kunnen overleven. Ook collegae die niet universitair werkzaam waren, noemden carrière-overwegingen als motief. Concreet werden zaken genoemd zoals "op niveau komen van de medische staf" en "om serieus genomen te worden door de medische staf".

Logisch vervolg op voorgaande wetenschappelijke activiteiten.

Een aantal collegae zag promotieonderzoek onder meer als een bundeling van eerdere onderzoeken en artikelen, het afsluiten van de doctoraalfase en het afronden van de wetenschappelijke ontwikkeling.

Evalueren van het werken in de praktijk en het optimaliseren van de behandeling en patiëntenzorg.

Anderen stelden ten doel, de toepasbaarheid van wetenschappelijk onderzoek in de klinische praktijk te vergroten.

Persoonlijke ontwikkeling. Voor sommige collegae stond het promoveren in dienst van hun persoonlijke ontwikkeling. Genoemd zijn: “bewijzen het te kunnen”, “de persoonlijke ambitie om een rang te halen” en “publiceren is spannend”.

De voordelen die werden verwacht voordat met het promotieonderzoek werd gestart, hangen nauw samen met de hierboven genoemde motivatie. Voor zover door de respondenten verduidelijkt, zijn nagenoeg alle verwachtingen in meerdere of mindere mate uitgekomen. Het gaat hier met name om betere carrièremogelijkheden, welke zich concreet manifesteerden in een andere (universitaire) baan en een hoger salaris. Ook de wetenschappelijke ambitie werd bevredigd, vooral door artikelen, lezingen en congressen. Een aantal respondenten dacht door de promotie een hogere status te hebben verkregen en meer voor ‘vol’ te worden aangezien. Anderen gaven aan dat het hen gelukt was wetenschappelijke resultaten in de klinische praktijk te implementeren waardoor het mogelijk werd de behandeling te optimaliseren. Eén respondent noemde expliciet een toegenomen gevoel van eigenwaarde na uitdaging van de eigen talenten.

Verscheidene gepromoveerde collegae hebben ook niet-verwachte voordelen ervaren zoals een toename van de frustratietolerantie, angstreductie naarmate de datum van de eigenlijke promotie dichterbij kwam, innerlijke rust, geestelijke scherpte, structurering van het eigen leven, een lagere drempel bij het entameren van nieuwe behandel- en onderzoeksprojecten, de aardigheid van een artikel op persoonlijke titel en het belang van de titel voor de vakgroep Klinische Psychologie. Een wellicht al wat oudere en wijzere collega schreef: “We waren in de jaren tachtig nog niet zo calculerend; promoveren was een plezierige bezigheid, geen bijzondere belasting.” Dat geeft stof tot nadenken.

Het waren niet alleen voordelen die werden verwacht, een aantal collegae hield ook rekening met mogelijke nadelen. Het meest werd genoemd de grote hoeveelheid werk en de enorme tijdsinvestering, zeker wanneer het onderzoekswerk grotendeels werd verricht naast de reguliere patiëntenzorg. Als

verwachte nadelen werden ook zaken genoemd die te maken hebben met het carrièreperspectief. Zo verwachtte één collega na afloop op straat te staan. Een andere respondent voorzag minder mogelijkheden in de meer praktische sectoren van het vak. Ook riep het promotieonderzoek bij sommige collegae angst op. Zo was er angst voor de promotie zelf en was men bang dat er zich te weinig proefpersonen zouden aanmelden. Ook werd gevreesd dat de onderzochte interventie geen dan wel een negatief effect zou hebben en dat het onderzoek te hoog gegrepen zou zijn.

Naast de verwachte nadelen deden zich ook nadelen voor die niet waren voorzien. Voor weer anderen vielen de verwachte nadelen mee of bleven uit. Voor de meeste respondenten was het promoveren een forse tijdsinvestering die ten koste ging van sociale activiteiten en voor een enkeling zelfs ook van de kinderwens en de verdieping in andere aspecten van het vakgebied.

Eén collega kenmerkte de promotie als een uitputtingsslag voor zichzelf en het gezin. Voor andere respondenten viel de tijdsinvestering achteraf mee, zeker voor die collega die alles ‘in de baas zijn tijd’ kon doen. Andere respondenten noemden de noodzaak van veel doorzettingsvermogen en een lange tijd hard werken met uitgestelde bevrediging. Andere onvoorziene nadelen die werden genoemd waren: de hoge kosten van promoveren, storende en zenuwslopende fouten in de drukproeven, een ‘post-promotie dip’ (de onderzoekstijd moest weer aan iets anders besteed worden) (Geenen, 1998), een externe druk om goed te presteren, een eenzijdig blikveld, uitblijven van een positief effect op het salaris en een ontmoedigingsbeleid van een promotor welke van mening was dat de promotie met een fulltime baan en drie kinderen niet zou lukken.

De laatste enquêtevraag luidde: “Wanneer u alles, betreffende het promotieonderzoek en het promoveren van tevoren had geweten, zou u het dan (toch) hebben gedaan?” Alle respondenten op één na zouden (desondanks) zijn gepromoveerd. Een aantal collegae verwees naar de uitgekomen motieven c.q. voordelen, weer anderen droegen argumenten aan als: het is een volkomen logische stap en “het moet gewoon”, het is niets anders dan een uitvoerige en beter doordachte afstudeerscriptie, de combinatie klinisch werk en onderzoek is heel vruchtbaar, een promotie opent nieuwe interessante wegen en mogelijkheden, een leerzame en boeiende periode, een verrijking en “je krijgt maar één keer in je leven de kans te promoveren”. Eén collega zou het niet hebben gedaan vanwege de enorme hoeveelheid werk.

De vier collegae die ten tijde van de enquête nog bezig waren met hun promotieonderzoek rapporteerden de volgende onderwerpen: predictoren van de effecten van de multidisciplinaire behandeling van chronische pijn; predictoren van succes na bariatrische chirurgie; cognitieve gedragstherapie voor

patiënten met een chronisch vermoeidheidssyndroom en gedragsveranderingen bij kinderen behandeld voor acute lymfatische leukemie; de mogelijke rol van dexamethason.

Ook hier vinden we dezelfde motieven die voor onze reeds gepromoveerde collegae golden. Andere voordelen die door deze groep werden aangedragen waren: kennisvermeerdering, niet vervallen in een automatisme van louter klinisch werk en meer contacten met collegae. Als verwachte nadelen noemden zij: de grote tijdsinvestering met alle gevolgen van dien en het op elkaar afstemmen van de diverse werkzaamheden waaronder onderzoek en patiëntenzorg.

Het is wellicht goed te beseffen dat een aantal van de 94 collegae die niet zijn gepromoveerd en dit ook niet van plan zijn, zich waarschijnlijk wel met onderzoek bezighouden. Overigens is het bundelen van onderzoeken en artikelen, eerder genoemd als één van de motieven om te promoveren, misschien ook het motief voor deze collegae om, op termijn, toch nog te promoveren.

De belangrijkste conclusies die uit dit onderzoek getrokken kunnen worden zijn:

- steeds meer collegae gaan promoveren;
- promoveren is een uitputtingsslag die bijna zes jaar van je leven in beslag neemt;
- je promoveert vanwege wetenschappelijke belangstelling en ambitie maar ook voor geld en status;
- het is een persoonlijke verrijking waar nagenoeg niemand spijt van heeft.

Literatuur

Geenen, R. (1998). Postdissertiale depressie. *De Psycholoog*, 33, 179.

Geenen, R. & Schut, H.A.W. (2001). Over de begeleiding van promovendi. *De Psycholoog*, 36, juni 2001, 316-318.

Aanbevolen literatuur

Philips, E.M. & Pughs, D.S. (1994). *How to get a PhD. A handbook for students and their supervisors*. Buckingham: Open University Press.

4.

Tips en valkuilen ten aanzien van *assessment* in de klinisch-neuropsychologische praktijk

H. VAN DER VLUGT

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op een aantal tips en valkuilen ten aanzien van onderzoek in het algemeen en onderzoek in de klinisch praktijk in het bijzonder. Onderzoek in de klinische praktijk impliceert een aantal beperkingen ten aanzien van de onderzoeksmogelijkheden in de wetenschappelijke setting. Er zijn bijvoorbeeld minder mogelijkheden om de werkomgeving te standaardiseren, de patiëntenpopulatie te randomiseren of uitgebreide literatuurstudie te plegen. Daarnaast kunnen ethische bezwaren en tijdgebrek hun stempel drukken op onderzoek. Overigens blijken zich regelmatig een aantal misvattingen voor te doen die kunnen leiden tot minder betrouwbare onderzoeksresultaten. Een en ander wordt hieronder in willekeurige volgorde besproken.

1. Validiteit versus *interrater* betrouwbaarheid

In de psychologie wordt getracht onderzoek te verrichten middels gestandaardiseerde procedures die duidelijk omschreven en repliceerbaar zijn. In de klinische praktijk zouden deze uitgangspunten ook hoog in het vaandel moeten staan. Toch blijken hier soms problemen te ontstaan; validiteit wordt nogal eens verward met *interrater* betrouwbaarheid. De validiteit van een instrument is de geldigheid van een instrument, terwijl *interrater* betrouwbaarheid aangeeft in hoeverre onderzoekers het met elkaar eens zijn. Zo hebben twee onderzoekers die het met elkaar eens zijn, niet per definitie een valide instrument gevonden. Dit kan verduidelijkt worden middels het volgende voorbeeld: wanneer in een theater een goochelaar een konijn uit zijn hoed tovert, zullen alle toeschouwers zeggen dat er magische dingen op het podium gebeuren. Alle toeschouwers zijn het dus met elkaar eens ofwel: de *interrater* betrouwbaarheid is erg hoog, maar de validiteit van de waarnemingen blijkt zeer beperkt.

2 . De compleetheid van het onderzoek

Wanneer onderzoek naar de relatie tussen hersenen en gedrag wordt gedaan is het belangrijk alle relevante dimensies van de hersenen en alle relevante dimensies van gedrag te bestuderen. Een betrouwbare en valide uitspraak over de relatie tussen hersenen en gedrag is dus gebaseerd op onderzoek waarbij geen dimensies over het hoofd werden gezien. Bij beperkt onderzoek bestaat een reëel risico dat dit wel gebeurt. De uitspraken die op basis van beperkt onderzoek worden gedaan, hebben betrekking op een enkel fenomeen. Een gevolg hiervan kan zijn dat de resultaten uit dit onderzoek onprofessioneel en misschien zelfs onethisch kunnen overkomen. In de klinische praktijk komt het bijvoorbeeld voor dat gevraagd wordt “even” naar het geheugen van een patiënt te kijken. Echter: een eventuele deficiëntie in het geheugen van een patiënt kan vele verschillende oorzaken hebben. Deze dimensies dienen dus ook alle in overweging te worden genomen.

3. Het stellen van de juiste vraag

Bij het doen van onderzoek in de klinische praktijk draait het in eerste instantie niet om het geven van het goede antwoord, maar veeleer om het stellen van de juiste vraag. De manier van vragen stellen bepaalt namelijk ten dele het antwoord dat hierop volgt. Zo zal een ongenueanceerde vraag meestal een ongenueanceerd antwoord opleveren. Een voorbeeld hiervan is de in de psychiatrie vaak gestelde vraag: “is er bij deze patiënt sprake van organisch letsel?”. De antwoordmogelijkheden op deze vraag zijn zeer beperkt: ja en nee. Eind jaren zestig betekende een “ja” op deze vraag dat de patiënt in kwestie niet in aanmerking zou komen voor een behandeling. Inmiddels worden vragen genuanceerder gesteld en zal ook het antwoord veel genuanceerder zijn, wat de kwaliteit van het psychologische *assessment*, en een eventueel hierop volgende behandeling, zeker ten goede komt.

4. Predicties in het licht van context, natuurlijk beloop en behandelingsmogelijkheden

Patiënten zijn gebaat bij goede voorspellingen ten aanzien van het beloop van ziekte en behandelingsmethoden. Zij hebben immers recht op deze informatie en worden daarnaast in de gelegenheid gesteld invloed uit te oefenen op hun leven. Wanneer voorspellingen ten aanzien van het beloop van ziekte en behandelingsmethoden gedaan worden, is het dus van belang deze op de patiënt af te stemmen. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is kennis: de onder-

zoeker/ behandelaar dient kennis te hebben van het natuurlijk beloop van de ziekte. Daarnaast zijn kennis van de omgeving van de patiënt en van eventuele behandelingsmogelijkheden van belang. De onderzoeker/ behandelaar zal dus in contact moeten blijven met de wetenschappelijk literatuur om op de hoogte te blijven van nieuwe ontwikkelingen en inzichten. Het belang van kennis over een ziekte en niet slechts kennis van de symptomen van een ziekte blijkt onder andere uit het volgende voorbeeld. Wanneer gekeken wordt naar de symptomen van patiënten met de ziekte van Duchienne of multiple sclerose zou ten aanzien van therapie gekozen kunnen worden voor motorische therapie. Wanneer echter gekeken wordt naar de aard van deze ziekten blijkt motorische therapie slechts van zeer beperkte waarde.

5. Multidimensionaliteit van testen

Een test meet niet altijd wat het pretendeert te meten. Zo meet een intelligentietest niet altijd de intelligentie van een patiënt. Zo kan een patiënt met een beperkt visueel vermogen bijvoorbeeld slecht scoren op een intelligentietest vanwege zijn beperkte visuele vermogen, en dus niet vanwege beperkte verstandelijke vermogens. Een test bezit dus altijd meerdere dimensies die gemeten kunnen worden (multidimensionaliteit). De naam van een test kan hierbij misleidend werken. Zo meet een intelligentietest dus niet altijd de intelligentie van een patiënt en een geheugentest niet altijd het geheugen. Bij iedere patiëntenpopulatie kunnen weer nieuwe dimensies te voorschijn komen die de testresultaten beïnvloeden. Een ander voorbeeld van eventuele valkuilen bij het gebruik van psychologische testen blijkt *assessment* te zijn middels testen die zowel in een pen-en-papierversie als via de computer kunnen worden aangeboden. Hoewel de testinhouden van beide gelijk zijn, blijken proefpersonen andere resultaten te behalen. De normeringstabellen zijn dan ook niet altijd voor beide versies te gebruiken.

6. Ecologische validiteit

Een belangrijke reden voor een patiënt om naar een psycholoog te gaan is vaak omdat hij opheldering wil omtrent zijn klachten. Daarnaast wordt er vaak om behandeling van deze klachten gevraagd. Een klacht kan ook wel geformuleerd worden als: het onvermogen van een patiënt om aan de eisen van zijn omgeving te voldoen. De klachten van een patiënt moeten dus middels resultaten van het *assessment* begrepen kunnen worden en deze resultaten dienen dan ook generaliseerbaar te zijn naar het dagelijkse leven van een patiënt. Daarnaast staat het *assessment* in het teken van een poten-

tieel effectief behandelingsplan. Generaliseerbaarheid van een assesment naar het dagelijks leven van de patiënt, ofwel ecologische validiteit, is dus van groot belang.

Een praktijkvoorbeeld waaruit de noodzaak van de ecologische validiteit blijkt is het volgende. Een 10-jarige jongen wordt aangemeld vanwege problemen op school. Na testonderzoek blijkt deze jongen te beschikken over een zeer hoog IQ en blijken duidelijke leerproblemen afwezig. De onderzoeksconclusie luidt dan: naar alle waarschijnlijkheid ziet het kind in zijn omgeving meer dan hij kan begrijpen en emotioneel kan verwerken. Bij deze jongen werd een lichte depressie geconstateerd en hem werd dan ook psychologische begeleiding geadviseerd. Zijn moeder vond deze begeleiding echter te zwaar en won advies in bij een schoolpsycholoog. Deze concludeerde enkel op basis van de gerapporteerde klachten dat het kind een auditief verbale leerstoornis had en adviseerde hem een trainingsprogramma. De schoolpsycholoog in dit voorbeeld hield dus geen rekening met generaliseerbaarheid van de testresultaten naar het dagelijks leven van de jongen.

7. Het gebruik van wetenschappelijk methoden

Het gebruik van wetenschappelijke methoden kan de kwaliteit van *assessments* ten goede komen. Wanneer wetenschappelijke methoden worden toegepast op een *assessment* van een persoon, kan dit als volgt worden geconcretiseerd. Ieder *assessment* kan gezien worden als een experiment met slechts 1 participant. Bij deze participant wordt een fenomeen geobserveerd, waarna hypothesen geformuleerd kunnen worden. Deze hypothesen worden getoetst en eventueel verfijnd waarop een conclusie volgt. De empirische gegevens kunnen worden verworven met behulp van gestandaardiseerde metingen die een zekere betrouwbaarheid en validiteit bezitten. De betekenis van het *assessment* in de huidige context zou dan concurrent validiteit genoemd kunnen worden en de voorspelling voor de toekomst van de patiënt predictieve validiteit. Daarnaast is de ecologische validiteit (generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten naar de omgeving) van belang. Wanneer een en ander in duidelijke termen wordt omschreven kan ook de term construct validiteit van toepassing zijn. Een *assessment* die wordt gezien als een experiment met slechts een participant kan dus op deze omschreven manier kwalitatief goede onderzoeksresultaten behalen.

8. De beperking van wetenschappelijk onderzoek ten aanzien van dynamiek

In het dagelijks leven worden mensen continu geconfronteerd met nieuwe informatie of onverwachte omstandigheden. Een veel gehoorde klacht van (met name hersenbeschadigde) mensen is dan ook dat zij moeite hebben met het switchen tussen nieuwe taken en het anticiperen op nieuwe taken. Veel testen die in een *assessment* gebruikt worden, hebben omwille van het replicerbaarheidsprincipe een “oefentest” bij de eigenlijke test gevoegd. Deze oefentest is bedoeld om patiënt te laten wennen aan de test alvorens deze begint. Hoewel de oefentest dus niet gebruikt wordt als testresultaat, blijkt deze wel nuttige informatie te kunnen verschaffen. Deze oefentest bevat dan ook nuttige informatie over het leren van nieuwe taken. Helaas wordt deze informatie veelal niet gebruikt.

9. Het belang van samenwerking tussen klinische praktijk en wetenschap

Het onderzoeksonderwerp vormt de rode draad in de werkzaamheden van een onderzoeker. De onderzoeksvraag dient dus zorgvuldig gekozen te worden. In de klinische praktijk dienen zich regelmatig onderzoeksvragen aan. Vele hiervan bereiken echter nooit de potentiële onderzoekers vanwege een gebrek aan samenwerking tussen de klinische praktijk en de wetenschap. Wanneer deze samenwerking zeer beperkt is ontstaat de situatie waarin een onderzoeker kan verdwalen in een monotone herhaling van saaie studies met weinig of geen klinische relevantie. Ook de clinici die nauwelijks contact met de wetenschappelijk wereld onderhouden kunnen gefrustreerd raken door diverse vragen uit de klinische praktijk. Er blijkt behoefte aan goede samenwerking tussen wetenschappers en clinici. Een gezonde en zinvolle manier van onderzoek doen behoeft input uit de klinische praktijk. De resultaten uit dergelijk onderzoek kunnen gebruikt worden om de klinische praktijk up-to-date te houden. Er is een behoefte aan intensieve samenwerking tussen wetenschappers en clinici.

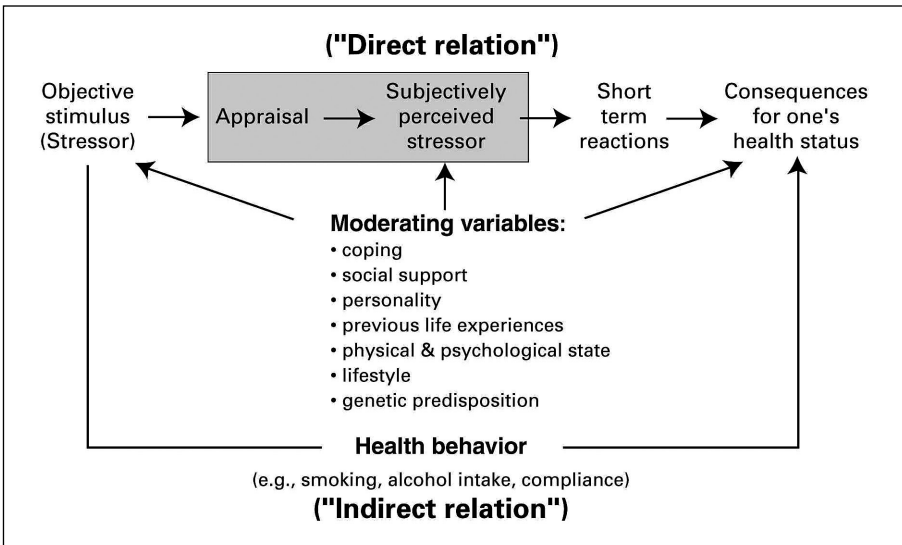
10. Het belang van interpretatie van data

34

Assessments leveren meestal veel data op. Deze gegevens hebben zonder interpretatie geen enkele betekenis. Testuitslagen zijn niet meer dan een verzameling getallen, totdat ze worden gezien door de bril van een wetenschapper. Hij hanteert diverse wetenschappelijke modellen die de data hun betekenis kunnen verlenen. Hieraan is impliciet de eis van scholing verbonden. Deze scholing is cruciaal voor de ontwikkeling van de praktijk van de wetenschap en de wetenschap van de praktijk.

5. Het stressmodel

A. VINGERHOETS



Figuur 1

In het stressmodel (zie figuur 1) staan de objectieve stimulus of gebeurtenis/situatie, de *appraisal* daarvan, en de reactie daarop centraal. Een objectieve gebeurtenis of situatie zal na cognitieve kleuring (*appraisal*; d.w.z. dat het gaat om vragen als: Is het voor mij belangrijk? Zo ja, is het positief of negatief? Is het een uitdaging of een bedreiging, of een verlies? Kan ik er mee omgaan?) tot een bepaalde reactie leiden. Deze reactie doet zich onmiddellijk voor, maar kan ook langer aanhouden. De aard en intensiteit van de stressreactie zijn niet alleen afhankelijk van de aard en intensiteit van de *stressor*, maar evenzeer van interveniërende of modulerende variabelen, zoals persoonlijkheid, eerdere levenservaringen, *coping* of sociale steun. Deze modulerende variabelen kunnen de reactie verzwakken of juist versterken, waardoor

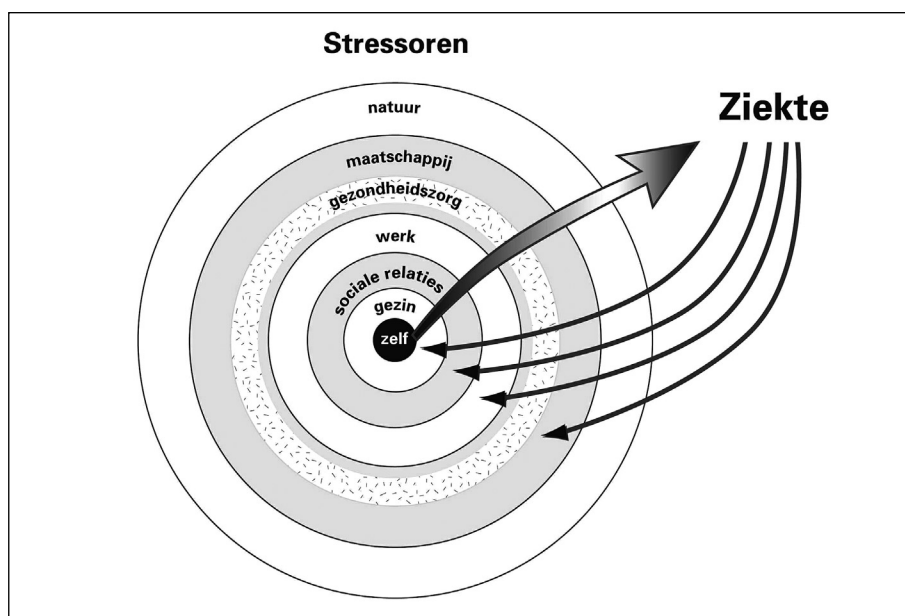
een ogenschijnlijk weinig stressrijke situatie toch tot een grote stressreactie kan leiden of, andersom, een ingrijpende ervaring een minder sterke reactie oplevert.

De stressreacties kunnen voorkomen op vier niveaus: het emotionele, cognitieve, gedrags- en biologische niveau. Bij reacties op emotioneel niveau moet men denken aan nagenoeg alle denkbare negatieve emoties zoals verdriet, somberheid, woede, frustratie, angst of hulpeloosheid. Op het cognitieve niveau kunnen stoornissen ontstaan in de informatieverwerking, het geheugen, de concentratie etc. Reacties die zich op gedragsniveau kunnen voordoen zijn onder andere (weer gaan) roken, drinken, werkverzuim en verslechterde werkprestatie. Op het biologische niveau kunnen zich in stresssituaties ook een aantal veranderingen voordoen. Zo heeft stress invloed op het sympathische en parasympathische zenuwstelsel. Ook de werking van hormonen als adrenaline, noradrenaline, catecholamines, cortisol en diverse andere hormonen wordt door stresssituaties beïnvloed. Daarnaast zijn effecten van stresssituaties op het afweersysteem bekend. Van belang hierbij is een verschil te maken tussen acute en chronische stressoren. In geval van een acute stressor is er vaak sprake van activatie van een systeem, bijvoorbeeld een toename van de afgifte van cortisol, of een stijging van de immuunactiviteit, maar wanneer deze stressor aanhoudt of de persoon zich hulpeloos gaat voelen dan ziet men vaak erg lage cortisolspiegels en wordt het immuunsysteem juist gedempt. Ziektes die in verband worden gebracht met een gedempt immuunsysteem, zoals kanker of infectieziekten, zouden dan misschien meer kans hebben om te ontstaan of een slechter beloop te hebben.

Stressoren

Wat is een stressor? In de volksmond wordt over stress gepraat wanneer men het druk heeft. Dit zijn situaties waarin teveel van een persoon gevraagd wordt. Echter, situaties die te weinig van een persoon vragen, de persoon moet onder zijn niveau presteren, kunnen ook als stressor worden gezien. Naast de mate van (werk)druk, die iemand ervaart, is ook de factor onzekerheid van belang. Wanneer een persoon zelf geen greep heeft op de situatie wordt de situatie als stressvol aangemerkt. Tevens worden verliessituaties zoals verlies van relaties, werk, status of bezittingen als stressvolle situaties gezien. De onvoorspelbaarheid van een situatie is eveneens een belangrijke factor. Dit wordt fraai geïllustreerd aan de hand van het volgende onderzoek. In een onderzoek van Weiss werden twee ratten verbonden aan een schokapparaat. Eén van de ratten had echter de mogelijkheid de schok op eenvoudige wijze uit te zetten door aan een wielte te draaien. Voor de ene rat was de situatie

dus beheersbaar, terwijl de andere rat was overgeleverd aan de prestaties van de eerste. Wanneer gekeken wordt naar de stresshormonen van beide ratten, blijkt het belang van beheersbaarheid van de situatie. De eerste rat, die het krijgen van een schok kon voorkomen, had een lager niveau van stresshormonen dan de rat, die weliswaar precies dezelfde, even intense schokken ontving, maar die geen controle had over de situatie.



Figuur 2

Waar kunnen we stressoren zoal aantreffen? In feite overal. Een en ander kan met behulp van een model met concentrische cirkels (zie figuur 2) worden verduidelijkt. Zo kan de persoon of patiënt zelf als stressor worden aangemerkt. Iedere persoon heeft namelijk beperkingen die in bepaalde omstandigheden als stressoren zouden kunnen worden beschouwd. Daarnaast kan een persoon te hoge eisen aan zichzelf stellen (de perfectionisten), welke tot stress aanleiding kunnen geven. Ook in de gezinssituatie kunnen zich tal van stress-situaties voordoen, zoals in geval van ziekte van een van de gezinsleden of bij conflictsituaties. Dit geldt evenzo in andere sociale relaties. De werksituatie kan ook een bron van stress betekenen. Tevens kunnen de maatschappij als geheel (denk aan onveiligheid, problemen met uitkeringen, etc.), en de gezondheidszorg in het bijzonder, voor veel stress zorgen. Ten slotte kan de natuur (grote) stressoren veroorzaken zoals dat het geval is bij aardbevingen, vulkaanuitbarstingen, overstromingen, wervelstormen, etc.

De relatie tussen stress en gezondheidszorg

Ziekte en stress kunnen op verschillende manieren met elkaar samenhangen. Ziekte kan het gevolg zijn van blootstelling aan een ingrijpende stressor. Maar ziekte kan ook zelf weer beschouwd worden als een stressor; het ziek worden kan vervelende consequenties hebben voor bijvoorbeeld werk, hobby's of relaties. Ten derde kan ziekte de kans op blootstelling aan andere stressoren in het leven vergroten. Bijvoorbeeld, ten gevolge van een ziekte krijgt men problemen met de partner, men gaat terug in inkomen, kan niet meer werken, vrienden laten zich niet meer zien, problemen met uitkeringen, etc. Verder zijn er binnen de gezondheidszorg vele stressoren aan te wijzen. In Amerikaans onderzoek bleken ziekenhuispatiënten onder andere de volgende stressoren te ervaren: problemen met artsen of verpleegkundigen, een gebrek aan informatie, het moeten ondergaan van vaak pijnlijke diagnostische procedures of medische ingrepen, een gebrek aan faciliteiten in de medische omgeving, verpleegkundige onderbezetting, zich zorgen maken over de thuis-situatie, angst voor afhankelijkheid etc.

Wat kunnen zoal de gevolgen van stress zijn? Stress kan er allereerst voor zorgen dat mensen zich ziek voelen zonder dat er sprake is van een "echte" ziekte. Het resultaat kan zijn dat mensen onnodig een beroep doen op de gezondheidszorg. Maar ook kan stress bevorderen dat mensen echt lichamelijk of geestelijk ziek worden en het kan negatieve gevolgen hebben voor herstel en beloop van ziekte. Stress kan voorts de effectiviteit van medische interventies negatief beïnvloeden. Zo bleken vaccinaties tegen hepatitis-B minder effectief te zijn bij mensen die veel stress ervoeren en blijken IVF-behandelingen bij gestressede vrouwen minder succesvol. Stress kan ook interfereren met een adequate informatie-overdracht van arts naar patiënt. Een voorbeeld hiervan is het geven van informatie over de behandeling en wat daarbij zoal komt kijken direct na een slecht-nieuwsgesprek. De informatie over de behandelwijze zal in deze omstandigheden naar alle waarschijnlijkheid niet of slechts zeer gedeeltelijk worden verwerkt en opgeslagen. Een praktische oplossing hiervoor is de patiënt na afloop van het gesprek een folder mee te geven met daarin de benodigde informatie of ervoor zorgen dat de patiënt een begeleider bij zich heeft.

De effecten van het reduceren van stress in de gezondheidszorg is in verschillende studies onderzocht. In een studie waar het gebruik van pijnmedicatie centraal stond, bleek dat patiënten die zelf de verantwoordelijkheid kregen over de hoeveelheid pijnmedicatie minder medicatie gebruikten en minder pijn rapporteerden. Van een eventuele verslavende werking bleek geen sprake te zijn. In een andere studie werd het aan borstkankerpatiënten zelf over-

gelaten wanneer zij weer voor nacontrole wilden terugkomen. Deze patiënten bleken zich minder angstig te voelen en een beter welbevinden te hebben dan patiënten die in het normale regiem zaten en op vaststaande tijdstippen op controle kwamen. In studies naar informatieverstrekking bleek dat patiënten die en goede informatie kregen over de procedures en over de daarmee gepaard gaande sensaties minder angst en meer welbevinden rapporteerden. Ook zijn studies bekend waarin meer informatieverstrekking leidde tot minder pijnmedicatie en een kortere verblijfsduur.

De huidige ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg laten zien dat er belangrijke veranderingen gaande zijn. Het traditionele biomedische denken maakt steeds vaker plaats voor het denken vanuit een biopsychosociaal model. Waar in het verleden de focus veelal lag op het bestrijden van ziekten, is nu ook belangstelling ontstaan voor het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven. Een andere ontwikkeling is de visie op ziekte. Binnen het biomedische model werden pathogenen en genetische dispositie bestudeerd, terwijl het biopsychosociale model ziekte beschouwt als het gevolg van een inadequate gastheer-pathogene interactie, d.w.z. dat niet alleen de pathogenen van belang zijn maar ook de biologische, psychologische en sociale conditie van de persoon. Een derde ontwikkeling is de steeds actievere rol van de patiënt in zijn behandeling. Vroeger onderging de patiënt een behandeling terwijl nu ook communicatie, informatie en interactie met de patiënt centraal staan in het medisch contact. De patiënt is steeds meer geneigd zelf informatie te verzamelen. Internet is in dit kader een belangrijk medium. Daarnaast is preventie van ziekten een punt geworden op de medische agenda.

Een mooie illustratie van dit alles is het binnen de orthopedie steeds meer ingang vinden van het Joint Care programma. Hoewel oorspronkelijk puur bedoeld als een methode om geld te besparen, blijkt dat met een opmerkelijke daling in het aantal ligdagen, ook de kwaliteit en de tevredenheid van patiënten aanmerkelijk blijkt te zijn toegenomen. Belangrijke aspecten hierin zijn goede voorlichting, de bejegening van de patiënt, niet als een zieke, maar als iemand met een tijdelijk ongemak, en de voorts de wederzijdse sociale steun, die de patiënten elkaar geven als ze gezamenlijk bezig zijn met de revalidatie. Deze aanpak lijkt een goed model voor verandering in de zorg, waarbij adequate aandacht is voor bejegening van de patiënt.

6.

De *scientist-practitioner* in een netwerk: wat doet de PAZ ermee?

P.H.G.M. SOONS

Het thema van de *scientist-practitioner* is erg belangrijk voor de PAZ. Het is een moeilijk te realiseren ideaal. Soms wordt het in één persoon verenigd. Meestal niet en is er een grote kloof tussen wetenschap en praktijk. Daarom moeten we als PAZ en als praktijkmensen hiermee praktisch verder gaan. We moeten zowel onderzoek als praktijk gaan doen, en hoe zich dat nou precies tot elkaar verhoudt en hoe dat theoretisch aan elkaar gekoppeld is, dat laten wij dan maar even zitten.

We dienen ons ervan bewust te zijn dat we altijd in een netwerk werken en dat we ook op grond hiervan moeten handelen. We moeten ons niet opsluiten in onze spreekkamer in het ziekenhuis, wat overigens wel heel veel gebeurt door zowel psychologen als niet psychologen. We moeten denken en werken in netwerken. We hebben collega psychologen, we hebben collega medici in het ziekenhuis, we werken samen met huisartsen, eerstelijns-psychologen, onderwijs instituten, universiteiten en met academische ziekenhuizen. Onze rol zit daar ergens in dat hele netwerk en alles wat wij doen moeten wij ook bezien vanuit dat netwerk.

Een andere belangrijke gedachte is dat wij als psychologen in het ziekenhuis specialist moeten zijn. Ik denk dat dit heel belangrijk is en dat wil ik hier nog eens benadrukken. Voor de meeste mensen is dat een heel duidelijke zaak, maar ik denk ook dat het model van *scientist-practitioner*, dat je dat alleen kunt waarmaken als je echt specialistisch opgeleid bent. Ik ben heel blij dat in het opleidingscurriculum van deze specialist een uitvoerig stuk wetenschappelijk onderzoek zit.

Uit het beleidsplan van de PAZ (1999-2004) valt op dat daar ook veel in staat over opleiding, nascholing maar vooral ook wetenschappelijk onderzoek. Wij vinden het heel belangrijk dat wij in de ziekenhuizen bijdragen aan de opleiding van psychologen, zowel pre-doctoraal als post- doctoraal. Ik weet dat dat

in de praktijk al heel veel gebeurt, veel meer dan instellingen als RIAGG 's en andere zorginstellingen. Ik denk dat we ons hiervoor nog krachtiger moeten maken.

In dat beleidsplan staat ook dat wij wetenschappelijk onderzoek heel belangrijk vinden, maar niet elk wetenschappelijk onderzoek vinden wij even belangrijk. Wij vinden onderzoek dat met de praktijk te maken heeft belangrijk. We hebben verder geen problemen met theorie toetsend onderzoek, maar we willen toch heel graag dat er uit onderzoek richtlijnen of punten voor de praktijk komen. Dit gaat gebeuren en gebeurt reeds in de concrete samenwerking tussen het Department Psychologie en Gezondheid en de algemene ziekenhuizen in haar regio. In de ziekenhuizen wordt door studenten stage gelopen in het vierde jaar van hun opleiding; ook schrijven ze een doctoraalscriptie op basis van gegevens die in de praktijk verzameld zijn en die aansluit bij de onderzoekslijnen van het departement. De vraagstelling is vaak uit de praktijk afkomstig.

Een ander initiatief op gebied van het dichter bij elkaar brengen van praktijk en wetenschappelijk onderzoek is dat de PAZ en de NBMF (Nederlandse Behavioral Medicine Federatie) nauw gaan samenwerken. Zo is er een collectief lidmaatschap geregeld voor alle PAZ-leden. Van belang is dat wetenschappers dichter naar de praktijk toe komen en dat praktijkpsychologen dichter naar de wetenschap gaan. Praktijkpsychologen zullen gestimuleerd worden onderzoeksvragen te destilleren op basis van hun praktijkervaring; vervolgens wordt getracht die vraagstellingen op te pakken door wetenschappers in samenwerking met die praktijkpsychologen.

In dit kader is samenwerking met de universiteit van groot belang. Tevens is het voor universiteiten van groot belang om samen te werken met praktijkpsychologen. Dit gebeurt ook steeds meer. Juist in praktijksituaties kunnen ideeën, modellen, hypothesen en instrumenten worden getoetst. Toepassing en bruikbaarheid zijn immers belangrijke positieve kenmerken, zo niet kernvoorwaarden voor zinvol en vruchtbaar wetenschappelijk werk. Het gaat hier niet alleen om de toetsing. Immers het participeren in het werkveld werkt hypothese genererend. Door ondergedompeld te worden in de praktijk komen er ideeën op die vervolgens met behulp van wetenschappelijk onderzoek uitgewerkt en getoetst kunnen worden. Een belangrijk aandachtsgebied is het verbeteren van huidige psychologische instrumenten en het ontwikkelen van nieuwe. Ook instrumenten voor huisartsen, medisch specialisten en anderen om psychologische problematiek te signaleren. Daaraan kunnen we vanuit het ziekenhuis een belangrijke bijdrage leveren.

Zo denk ik ook dat het heel belangrijk is, ook een van die punten van het beleidsplan, dat wij onze praktijk en dat kan relatief heel gemakkelijk, academiseren, dat wij automatisch testgegevens verzamelen, dat wij automatisch eenvoudige effectonderzoeken doen, zodat wij routinematig een heleboel gegevens verzamelen. Ook satisfactieonderzoek, waarbij aan patiënten gevraagd wordt hoe tevreden ze zijn over hun behandeling en bejegening, kan routinematig toegepast worden, door bijvoorbeeld aan patiënten een rapportcijfer te vragen.

Wat ook routinematig kan gebeuren is het automatisch verzamelen van normgegevens voor het valideren van instrumenten en het samenstellen van testbatterijen. Verder kunnen en worden reeds in veel ziekenhuizen een aantal variabelen automatisch verzameld, denk aan registratiegegevens voor het jaarverslag. De PAZ maakt zich er hard voor dat elke afdeling Medische Psychologie uniforme registratiegegevens verzamelt, zodat wij de zorg van deze afdelingen eenduidig getalsmatig in kaart kunnen brengen. In het kader van de nieuwe DBC-financiering is het van belang dat psychologen kunnen aangeven welke verrichtingen ze doen en daarmee inzichtelijk maken wat ze in concreto doen in het ziekenhuis. In de komende jaren zal duidelijk moeten worden welke patiënten en welke aantallen door de ziekenhuispsychologen gediagnosticeerd en behandeld worden. De kosten van de behandeling zullen helder moeten zijn. Het registratieformulier is inmiddels klaar en uitgetest. Met behulp van het projectplan en een daarvoor aangestelde medewerker zullen deze initiatieven in goede banen worden geleid. We zullen moeten gaan aangeven welke verrichtingen bij welke patiëntengroepen door ons gedaan worden en hoeveel dat kost. Alleen dan zullen wij structureel opgenomen in de zorgprofielen die gemaakt worden voor alle patiëntengroepen binnen een ziekenhuis.

Het zal duidelijk zijn dat wij ook hier buiten onze spreekkamer moeten treden en onze bijdrage aan het zorgproces te bezien vanuit complete en multidisciplinaire zorgprodukten. Vandaar ook dat we reeds jaren actief participeren in multidisciplinaire werkgroepen die protokollen formuleren. Er is nog teveel diversiteit in praktijkvoering, waardoor deze protokollen nuttig zijn. Echter je moet wel op specialistisch niveau opgeleid zijn om adequaat te leren omgaan met protokollen: wanneer moet je ze wel toepassen en wanneer niet, wanneer mag en moet je ervan afwijken? En dan komen we weer uit bij de *scientist-practitioner*, die specialistisch opgeleid is. Protokollen mogen niet blind worden toegepast.

Transmuraliteit is hier een belangrijk thema. De zorg vindt niet alleen plaats in het ziekenhuis, maar voor veel patiënten voor een belangrijk deel ook buiten het ziekenhuis. De grenzen tussen eerste en tweede lijn dienen doorbroken te worden.

Wij beklagen ons er wel eens over dat er weliswaar veel bekend is over psychologische behandeling etc, maar dat lang niet alles toegepast wordt en dat andere disciplines onze inbreng onvoldoende op waarde schatten. Wanneer we naar de alledaagse praktijk kijken en onszelf in de spiegel bekijken dan moeten we toch toegeven dat wij als praktijkpsychologen lang niet alles dat bekend is toepassen in onze praktijkvoering. Hier is nog veel te doen.

Een volgende stap genomen door de PAZ is om actief te participeren in een of meerdere doorbraakprojecten begeleid door het CBO. Een start is gemaakt met de geheugenpoli. Op dit gebied bestaat er veel know-how, met name ook op psychologisch vlak. Deze know-how wordt op verschillende plaatsen op verschillende manieren toegepast en vaak minimaal gebruikt. Van belang is om bestaande know-how en modellen uitgebreid te testen en te monitoren om op basis hiervan de zorg voor dementiepatiënten efficiënter en kwalitatief beter te maken. Er is derhalve best veel beschikbare know-how, maar die wordt lang niet altijd door ons psychologen systematisch toegepast. Implementatieonderzoek is dus van groot belang. Uiteraard spelen de krappe budgetten en beperkte formatieplaatsen van afdelingen psychologie een remmende rol.

Praktijkpsychologen dienen te participeren aan opleiding en nascholing. Ook dienen ze bij te dragen aan het schrijven van leerboeken. Immers in de praktijk is zeer veel know-how aanwezig die nog onvoldoende op schrift gesteld is. Psychologen op universiteiten kunnen hierbij faciliterend optreden.

Er verschijnen per jaar duizenden artikelen op ons vakgebied. Het is onmogelijk om deze allemaal te lezen. Ik denk dat het heel belangrijk is, en ook een taak van de PAZ en van het NIP, om die knowhow voor ons te bundelen. Zo zijn er beroepsgroepen zoals de farmaceuten, die over een eigen faciliterend bureau beschikken. Daar komen alle onderzoeken binnen die relevant zijn voor de praktijk, waarin onderzoeken worden gesorteerd en in hapklare brokken doorgestuurd. Mogelijk dat zo'n soort staffbureau in samenwerking met de NBMF opgezet kan worden.

Verder zou structureel geparticipeerd moeten worden in 'kwaliteit van leven' onderzoek. Immers onze bijdrage in de patiëntenzorg ligt grotendeels op dit vlak. We zouden dit actief moeten stimuleren. Mogelijk zelf routinematig eenvoudige instrumenten gebruiken.

Op dit moment loopt er de modernisering van het NIP, daarbinnen heeft de PAZ ook zijn plaats. We hopen dat die modernisering tot gevolg heeft dat er voor al deze activiteiten een betere infrastructuur gaat komen waarbinnen kwaliteitsonderwerpen en onderzoeksaspecten veel meer aan bod komen.

Afsluitend kan gesteld worden dat er nog veel te doen is om het ideaal van de *scientist-practitioner* te realiseren. De PAZ zal zich zeer actief en stimulerend blijven opstellen om in het netwerk met praktijkinstellingen, universiteiten en onderzoeksinstellingen hieraan een bijdrage te leveren.

Over de auteurs

Drs. R. Albrecht is als psycholoog werkzaam bij de afdeling Medische Psychologie van het Meander Medisch Centrum te Amersfoort; hij is bestuurslid van de PAZ.

Drs. G. van Hout is als psycholoog werkzaam bij de afdeling Medische Psychologie van het St Catharina Ziekenhuis te Eindhoven.

Dr. P.H.G.M. Soons is als psycholoog werkzaam bij de afdeling Medische Psychologie van het St Annaziekenhuis te Geldrop en bij het Departement Psychologie en Gezondheid van de Universiteit van Tilburg; hij is voorzitter van de PAZ.

Prof. Dr. C.P.F. van der Staak is directeur van het Academisch Centrum en hoogleraar Klinische Psychologie aan de vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijheidsleer, beide aan de Radboud Universiteit te Nijmegen.

Prof. Dr. A. Vingerhoets is hoogleraar Gezondheidspsychologie aan het Departement Psychologie en Gezondheid van de Universiteit van Tilburg.

Prof. Dr. H. van der Vlucht is hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychologie aan het Departement Psychologie en Gezondheid van de Universiteit van Tilburg.

Prof. Dr. Ir. M.C.D.P. Weggeman is hoogleraar Organisatiekunde aan de Technische Universiteit Eindhoven en partner van Twijnstra & Gudde Management Consultants te Amersfoort

Op 30 november 2001 heeft de PAZ een symposium georganiseerd met als inhoud “De klinisch psycholoog in het algemene ziekenhuis: een *scientist-practitioner* in een netwerk”. Het thema is nog steeds actueel. Vandaar deze bundel, die is samengesteld naar aanleiding van dit congres. Genoemde thematiek wordt vanuit verschillende optieken belicht:

- De opleiding als klinisch psycholoog specialist, als *scientist-practitioner*, hoe heeft deze zich door laatste decennia ontwikkeld?
- Hoe dient de professional om te gaan met de steeds snellere veroudering van kennis?
- Hoe zit het met de motivatie van praktijkpsychologen om te promoveren?
- Hoe doet de praktijkpsycholoog op een wetenschappelijk verantwoorde manier aan *assessment*?
- Hoe maak je in de praktijk gebruik van een wetenschappelijk onderbouwd stressmodel?
- Wat doet de PAZ aan de realisering van het ideaal van de *scientist-practitioner*?