

# ‘Wetten in de weg en praktische bezwaren’

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. GIEL HUTSCHEMAEKERS



Radboud Universiteit Nijmegen



## INAUGURELE REDE

PROF. DR. GIEL HUTSCHEMAEKERS



Ondanks verwoede pogingen om wetenschap en zorgpraktijk dichter bijeen te brengen, zijn de resultaten in de (geestelijke) gezondheidszorg mager. In deze oratie stelt Giel Hutschemaekers de vraag in hoeverre dit verschil tussen de droom van wetenschap en de daad van de praktijk zich laat verklaren door prakti-

sche bezwaren. Of staan er fundamentele wetten in de weg? Praktische bezwaren bij de toepassing van wetenschappelijke kennis zijn er zeker, maar waarschijnlijk zijn de wetten in de weg nog belangrijker: de orde en logica van de wetenschap zijn fundamenteel anders dan die van de praktijk. Erkenning van die kloof tussen wetenschap en praktijk biedt vervolgens wel zicht op hun onderlinge complementariteit en de noodzaak beide benaderingen te verbinden.

Dan ontstaat er ruimte voor betere zorg en een andere wijze van kennisverwerving en toepassing. Om dat proces te faciliteren zijn mediators gewenst. Het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen en ProCES, het opleidings- en onderzoekscentrum van Pro Persona hebben beide deze mediatie in hun missie staan.

Giel Hutschemaekers is hoogleraar Geestelijke gezondheidszorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen en directeur van het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen aldaar. Daarnaast is hij directeur van ProCES, het Pro Persona Centrum for Education and Science. Pro Persona is een grote geïntegreerde GGZ-instelling in de regio Arnhem-Nijmegen.

‘WETTEN IN DE WEG EN PRAKTISCHE BEZWAREN’

'(...) want tussen droom en daad  
Staan wetten in de weg en praktische bezwaren,  
En ook weemoedigheid, die niemand kan verklaren,  
En die des avonds komt, wanneer men slapen gaat.'

Willem Elsschot *Het Huwelijk* 1910

*Voor Leny en Dolf, Emmy en Han*

## **'Wetten in de weg en praktische bezwaren'**

Mediators gewenst tussen wetenschap en (zorg)praktijk

*Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar  
Geestelijke gezondheidszorg aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Radboud  
Universiteit Nijmegen op donderdag 17 december 2009*

**door prof. dr. Giel Hutschemaekers**

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen

Fotografie omslag: Bert Beelen

Drukwerk: Drukkerij Roos en Roos, Arnhem

De uitgave van deze oratie werd mede mogelijk gemaakt door Pro Persona,  
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Gelderland Zuid-Oost



ISBN 978-90-9024956-8

© Prof. dr. Giel Hutschemaekers, Nijmegen, 2009

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

### *Mijnheer de rector magnificus, dames en heren*

In 2002 riep de vooraanstaande Engelse klinisch psycholoog David Shapiro op tot een vernieuwing van het model van de *scientist practitioner*<sup>1</sup>. Hij zag in de opkomst van de *empirically supported therapies* en *evidence based* richtlijnen nieuwe mogelijkheden om het oude ideaal van de klinische psychologie nieuw leven in te blazen. Deze oproep deed hij als gastspreker van de *M.B. Shapiro lecture*, een jaarlijks terugkerende lezing ter ere van zijn vader Monte Shapiro, die in de jaren zestig en zeventig al pleitte voor een directe koppeling tussen wetenschap en praktijk en zich had bekend tot het model van de *scientist practitioner*. De toehoorders uit 2002 hadden de oproep van zoon David waarschijnlijk wel verwacht en dachten misschien wel: 'zo vader zo zoon'.

Velen zullen diens oproep met groot enthousiasme hebben ontvangen. Zeker ook hier in Nijmegen. Het model van de *scientist practitioner* staat centraal in de propedeusecursus Psychologie en Praktijk, en past in onze visie op de postinitiële opleidingen tot gezondheidszorg- en klinisch psycholoog. Ook is het model leidend voor de wijze waarop wij praktijkonderzoek vorm geven binnen het Centrum voor Onderzoek en Opleiding van Pro Persona (een geïntegreerde GGZ-instelling in de regio Nijmegen, Arnhem, Ede en Tiel), en binnen het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen (ACSW), denk aan Praktikon en aan het NISPA (Nijmegen Institute for Scientist Practitioners and Addiction), de twee onderzoeksgroepen rond de bijzondere hoogleraren.

Is de oproep van zoon David wel echt zo vanzelfsprekend? Dat hij zich tot pleitbezorger maakt van een krachtige alliantie tussen wetenschap en zorgpraktijk, kan nauwelijks bevreemden, zeker gezien zijn grote staat van dienst op het gebied van klinisch psychologisch onderzoek. Maar wat te denken van het tijdstip: twintig jaar na de lezing van zijn vader vindt hij het blijkbaar nog steeds nodig om een lans te breken voor het model van de *scientist practitioner*. Vader Monte is bovendien bepaald niet de eerste geweest die klinisch psychologen heeft opgeroepen *scientist practitioners* te worden. Al in 1949 is de term geïntroduceerd in het opleidingsmodel voor klinisch psychologen<sup>2</sup>. Dit model komt erop neer dat studenten in de klinische psychologie zowel als wetenschapper en als praktiserend psycholoog moeten worden opgeleid. Wetenschap en praktijk moeten hand in hand gaan. Later is het model verbreed tot een beroepsmodel voor klinisch psychologen en nog weer later tot een beroepsmodel voor alle praktiserend psychologen; psychologen in de praktijk worden geacht tegelijkertijd wetenschapper en practicus te zijn<sup>3</sup>.

Het model van de *scientist practitioner* is al meer dan een halve eeuw het opleidingsmodel voor klinisch psychologen<sup>4</sup>. Ook is de overgrote meerderheid van klinisch psychologen ervan overtuigd dat wetenschap en klinische praktijk bijeen moeten worden gebracht. In deze openbare les ga ik in op de vraag waarom het model van de *scientist practitioner* desondanks nog steeds niet is gerealiseerd. Wat staat er in de weg tussen die droom en de daad van implementatie? Zijn dat vooral praktische bezwaren of gaat het

over fundamentele zaken, bijvoorbeeld andere wetmatigheden? Ik zal beargumenteren dat het ten dele praktische bezwaren betreft, maar dat ook wetten in de weg staan: de orde en logica van de wetenschap zijn fundamenteel anders dan die van de praktijk. Erkenning van die kloof tussen wetenschap en praktijk biedt vervolgens wel zicht op hun onderlinge complementariteit en de noodzaak beide benaderingen te verbinden. Het betoog zal worden opgebouwd aan de hand van twee voorbeelden die direct van belang zijn voor de taken waarvoor ik hier ben aangesteld.

#### DROOM EN DAAD

In deze paragraaf staan twee voorbeelden centraal waarin de relatie wetenschap en praktijk niet vanzelf spreekt. De eerste betreft de rol van een wetenschappelijke opleiding op de kwaliteit van hulpverlening, de tweede gaat over de implementatie van wetenschappelijke kennis in de zorgpraktijk.

##### *Opleiding en kwaliteit van zorg*

Het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen verzorgt de postinitiële opleidingen tot GZ- en klinisch psycholoog, evenals de opleiding tot psychotherapeut, verslavingsarts en binnenkort ook die tot verslavingszorg psycholoog en eerstelijns psycholoog. Uit landelijke visitaties blijkt dat de Nijmeegse opleidingen het goed doen. We denken dat dit te maken heeft met onze bijzondere positie: de postinitiële opleidingen elders in het land zijn in overgrote meerderheid veel minder direct gekoppeld aan de universiteit.

Wat ligt er meer voor de hand dan te veronderstellen dat de nabijheid van wetenschap de kwaliteit van de opleiding ten goede komt? Hoe beter de opleiding, des te beter de professionals die er afstuderen en des te beter de zorg. Maar is dat ook wel zo? Is er reden om aan die veronderstelling te twifelen? Het antwoord luidt helaas bevestigend. Er is namelijk nogal wat onderzoek dat laat zien dat de veronderstelde relatie tussen opleiding en praktijk allesbehalve eenduidig is. Bij herhaling blijkt dat goed geschoolde en ervaren hulpverleners het ogenschijnlijk niet altijd beter doen dan studenten. In 2001 presenteerden Bowman en collega's een meta-analyse van studies over de effectiviteit van psychotherapeutische interventies door leken, studenten en ervaren professionals. Ze concludeerden dat er geen eenduidige verschillen bestaan tussen de drie groepen<sup>5</sup>. En die conclusie was allesbehalve nieuw: al in 1994 concludeerden Christensen en Jacobson dat: 'the evidence for the value of accruing professional experience is weak at best'<sup>6</sup>. Zelfs in de bijbel van psychotherapeuten, Bergin and Garfield's *Handbook of psychotherapy and behavior change* moeten Beutler en collega's vaststellen dat de relatie tussen kwaliteit van de beroepsuitoefening enerzijds en de mate van scholing en ervaring anderzijds verre van eenduidig is<sup>7</sup>.

Ook ten aanzien van diagnostische vaardigheden stemmen de resultaten van onderzoek nauwelijks tot optimisme. De bijna vanzelfsprekende opvatting dat opleiding en ervaring significant bijdragen aan betere klinische oordelen, moet op basis van veel

Percentage correct geïdentificeerd	na 7 minuten		na 11 minuten*		na 20 minuten	
	DSM as I	DSM as II	DSM as I	DSM as II	DSM as I	DSM as II
novice (n=35)	57	9	26	17	58	26
intermediate (n=21)	48	5	33	5	56	29
experienced (n=14)	43	8	35	8	50	29

\*  $\chi^2 = 5,77$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,056$

Tabel 1: Beoordeling cliënt door drie groepen van hulpverleners<sup>10</sup>

onderzoek in twijfel worden getrokken. Dat geldt zeker ten aanzien van de classificerende diagnostiek (DSM): nieuwelingen blijken het helemaal niet zoveel slechter te doen dan ervaren klinici. Als er al een verschil is, dan is dat miniem<sup>8</sup>. Naar verklarende diagnostiek is veel minder onderzoek gedaan, maar beschikbare studies wijzen in dezelfde richting. Bovendien blijken de onderlinge verschillen tussen ervaren hulpverleners erg groot te zijn<sup>9</sup>.

Eigen onderzoek bevestigt dit beeld op hoofdlijnen. Aan GZ-psychologen in opleiding (*novices*), aan klinisch psychologen in opleiding en artsassistenten (*intermediates*), en aan ervaren klinisch psychologen en psychiaters (*experienced*) werd een fragment getoond van een regulier intakegesprek. Na 7, 11 en 20 minuten werd de band stilgezet en werd de deelnemers gevraagd aan te geven wat er aan de hand was. Hun oordelen werden vergeleken met de gouden standaard, de DSM.

De resultaten laten tussen de drie groepen nauwelijks verschillen zien; *novices* doen het gemiddeld gesproken niet slechter dan ervaren diagnostici. *Intermediates* doen het naar verhouding het beste. Omdat deze groep grotendeels uit studenten van de Nijmeegse postdoctorale opleiding bestaat<sup>11</sup>, durf ik de stelling wel aan dat er voor Nijmegen nog wel hoop is.

##### *Effectieve interventies toegepast*

Bij de verbetering van de zorgpraktijk speelt wetenschappelijk onderzoek een centrale rol. De afgelopen jaren is de aandacht daarbij geleidelijk verschoven van de kwaliteit van de organisatie en de hulpverleningsprocessen naar de effecten van zorg. Steeds uitdrukkelijker wordt daarbij gebruik gemaakt van resultaten van wetenschappelijk onderzoek. De onderliggende gedachte is eenvoudig: waar in de zorg keuzes mogelijk zijn tussen verschillende interventies, gaat de voorkeur uit naar die interventie waarvan het effect het beste is aangetoond. Inmiddels bestaan er lijsten van *empirically supported therapies* (EST) ook wel *evidence based treatments* genoemd<sup>12</sup>. Deze EST-behandelingen vormen het hart van de multidisciplinaire richtlijnen voor de GGZ, waarin de beroepsgroepen gezamenlijk aanbevelingen formuleren voor de meest passende zorg<sup>13</sup>.

De nieuwe *evidence based* richtlijnen zijn vervolgens binnen de GGZ-instellingen vertaald naar zorgprogramma's en zorgpaden<sup>14</sup>. De meeste zorgprogramma's zijn stoor-

nisspecifiek en gericht op de diagnostiek, behandeling en begeleiding van een specifieke stoornis, bijvoorbeeld een angststoornis, een depressieve stoornis of schizofrenie. De verwachtingen ten aanzien van toepassing van deze richtlijnen zijn hoog gespannen. Zo hebben Andrews en collega's berekend dat de ziektelast per patiënt met maar liefst 28 procent omlaag kan mits de richtlijnen goed en consequent worden toegepast. Ook de kosten per ziektejaar (YLD) zullen er fors door omlaag gaan<sup>15</sup>.

Veel GGZ-instellingen hebben de afgelopen jaren de nodige inspanningen geleverd voor het aanpassen van de hulpverlening aan de richtlijnen. Die inzet heeft geleid tot een herstructurering van de zorg waardoor deze een sterk zorgprogrammatisch karakter heeft gekregen. Opnieuw zijn de verwachtingen hoog gespannen. Toch is er reden tot twijfel. De betrekkelijk schaarse literatuur geeft niet direct aanleiding tot groot optimisme. Resultaten zijn positief maar bescheiden, zowel in de algemene gezondheidszorg<sup>16</sup>, als in de geestelijke gezondheidszorg<sup>17,18</sup>. Zelden of nooit komen de resultaten in de buurt van de gerapporteerde effecten van de oorspronkelijke est'en. Veel vaker gebeurt het dat de resultaten tegenvallen: 'There is plenty of evidence that the issuing of guidelines alone will not change practice', aldus Morris<sup>19</sup>. Ook Nederlandse onderzoekers blijken al lang niet meer van grootse resultaten uit te gaan. Zo voorspellen Franx en collega's dat 'the results of our project (implementatie van de depressierichtlijn volgens de doorbraakmethode - GH), although not based on research data, confirm the suggestion derived from the scientific research into collaboratives, showing modest effects on outcomes at best'.

Tegenover de directe (bescheiden) positieve resultaten van de implementatie van richtlijnen rapporteert een aantal studies indirecte negatieve uitkomsten. Het betreft hier onder andere onderzoek naar verschillen tussen richtlijngestuurde zorg en generalistische eerstelijnszorg. Volgens Stange & Ferrer leidt generalistische (lees: niet stoornisspecifieke) zorg enerzijds tot minder goede zorg voor specifieke stoornissen, maar tegelijkertijd tot een vergelijkbare functionele gezondheidsstatus voor patiënten met een chronische aandoening, en vooral tot een betere kwaliteit, een betere gezondheid, een grotere gelijkheid en lagere kosten voor de gehele bevolking<sup>21</sup>. Omgekeerd: stoornisspecifieke zorg volgens de richtlijnen leidt weliswaar tot betere zorg voor patiënten die gebukt gaan onder de stoornis waarop de richtlijn betrekking heeft, maar heeft tegelijkertijd negatieve bijeffecten voor patiënten die niet of niet volledig tot die doelgroep kunnen worden gerekend<sup>21</sup>.

Samenvattend: de toepassing van *evidence based* richtlijnen leidt vooralsnog niet tot de voorspelde grote positieve uitkomsten. Eerder zijn de resultaten mager. Bovendien worden ongewenste bijeffecten gerapporteerd.

#### PRAKTISCHE BEZWAREN

De twee voorbeelden met betrekking tot de toepassing van wetenschappelijke kennis in de praktijk zijn contra-intuïtief en stemmen niet tot groot optimisme over de verbetering van het professioneel handelen en de kwaliteit van de zorg op basis van wetenschap-

pelijke inzichten. Dat leidt bijna vanzelfsprekend tot de vraag waarom toepassing van wetenschap in de praktijk niet automatisch leidt tot verbetering van die praktijk? Onze eerste hypothese luidt dat de verklaring van deze resultaten het gevolg is van een halfslachtige implementatie. Tussen wetenschap en praktijk staan praktische bezwaren die nodig moeten worden weggenomen.

#### *Verbetering van het klinisch handelen*

Een van de meest voor de hand liggende verklaringen voor het gebrek aan systematisch verschil tussen *novices* en goed geschoolde en ervaren professionals hangt samen met het tijdstip waarop scholing en opleiding heeft plaatsgevonden. Zeker van de al wat oudere professionals kan worden gezegd dat ze lang geleden en daardoor heel anders zijn opgeleid. Zo was er veel minder aandacht voor de classificerende beschrijvende diagnostiek (DSM), terwijl in de psychotherapietraining niet zozeer technieken uit de cognitieve gedragstherapie maar vooral de relationele aspecten tussen cliënt en therapeut centraal stonden. Het gebrek aan onderscheid tussen *novices* en experts zou met andere woorden kunnen samenhangen met een andere scholing.

Het lijkt erop dat ervaren hulpverleners, mogelijk mede als gevolg van een andere opleiding, minder systematisch te werk gaan en meer spreiding in hun resultaten laten zien<sup>22,23</sup>. Na verloop van jaren lijken ze nonchalanter te worden in hun diagnostische analyses of in het toepassen van therapeutische regels. Tegelijkertijd vertrouwen ze meer op hun klinische intuïtie, met als gevolg dat het risico op fouten toeneemt en zij misschien ook minder gefocust zijn op een snel behandelresultaat. Witteman en Koele vonden bijvoorbeeld dat verschillen in classificaties vooral voortkwamen uit de subjectieve interpretaties van de informatie op basis van individuele ervaringen<sup>24</sup>. Op basis van deze bevindingen lijkt de veronderstelling gerechtvaardigd dat de kwaliteit van het professioneel handelen van ervaren hulpverleners toeneemt als ze zich strikter houden aan 'de regels van het vak' en minder afgaan op hun klinische intuïtie.

Bij deze zienswijze past de ontwikkeling van diagnostische beslisbomen die gebaseerd zijn op standaard diagnostische interviews. Zij helpen professionals tot een correcte diagnostische classificatie te komen door hen stapsgewijs te laten vaststellen welke symptomen in welke onderlinge samenhang aanwezig zijn. Met het doorlopen van de beslisboom komt de hulpverlener uiteindelijk uit bij de juiste diagnose, terwijl de overeenstemming tussen de classificaties er door wordt verhoogd<sup>25</sup>. Het is echter maar de vraag of toepassing van die beslisbomen altijd tot een betere diagnostiek leidt. De tijd die nodig is om tot een diagnose te komen neemt sterk toe, terwijl de kans op bijzondere diagnostische inzichten afneemt. Dat laatste blijkt met name een nadeel bij patiënten waarbij de behandeling stagneert<sup>26</sup>.

Een behandelprotocol 'behelst een stapsgewijze beschrijving van de behandeling zoals deze van sessie tot sessie door de therapeut uitgevoerd dient te worden'<sup>27</sup>. Naast deze functie van spoorboekje voor de hulpverlener, kennen veel behandelprotocollen

ook een werkboek voor cliënten met daarin opgenomen achtergrondinformatie over voorkomen en ontstaan van de desbetreffende stoornis en concrete huiswerkopdrachten. De meeste behandelprotocollen zijn overigens van oorsprong ontwikkeld in het kader van onderzoek en zijn gebaseerd op methodologische overwegingen: om het behandelresultaat van twee behandelcondities met elkaar te kunnen vergelijken is het nodig dat in beide behandelcondities precies gespecificeerd is welke interventies de therapeuten wel en niet uitvoeren en op welke manier<sup>27</sup>.

Behandelprotocollen ondersteunen hulpverleners in hun behandeling en helpen hen de behandeling consequent uit te voeren. Behandelprotocollen bieden daarnaast het voordeel dat ze voortdurend evaluatiemomenten introduceren waardoor de hulpverlener uitgenodigd wordt methodisch te werk te gaan en zich niet te snel te laten afleiden door concrete hier-en-nu-gebeurtenissen in het leven van de cliënt. Vervolgens zijn protocollen ook zeer geschikt voor opleidings- en trainingsdoeleinden. Ze leiden er niet alleen toe dat studenten getraind worden in EST's, maar blijken bovendien een geschikte kapstok voor de training zelf en de supervisie die daarbij noodzakelijk is<sup>28</sup>.

Ondanks de grote waarde voor de klinische praktijk, moet de vraag worden gesteld of de introductie en toepassing van protocollen substantiële invloed zal hebben op de hiervoor beschreven bevinding van geringe meerwaarde van therapeutische interventies door ervaren professionals. De literatuur is hierover niet eenduidig. Volgens Keijsers zijn er geen contra-indicaties voor het werken met protocollen<sup>28</sup>. Beutler en collega's zijn van oordeel dat er evenmin duidelijke indicaties voor te geven zijn<sup>7</sup>. De kans lijkt daarmee toch niet zo groot dat ervaren professionals nu ineens veel betere therapie-resultaten zullen behalen. Dat is ook de conclusie van Multon en collega's: behandelprotocollen hebben het meeste effect op de behandelingen van hulpverleners die het minst deskundig zijn in het toepassen van de desbetreffende behandeling<sup>29</sup>.

Er zijn vele andere strategieën te bedenken om de kwaliteit van het therapeutisch handelen te verbeteren. Verdere verbetering van de opleiding en de bijbehorende training in therapeutische behandelmethoden ligt daarbij het meest voor de hand. Zulke verbetering geschiedt onder andere door meer aandacht voor EST-behandeling en uitgebreidere training in diagnostische vaardigheden. Ook aanpassingen in het opleidingsconcept hebben mogelijk een positieve invloed; recent gaat het daarbij om de opkomst van het competentiegericht leren. Verder zal uitbreiding van het leren tot 'een leven lang leren', het concept van de *éducation permanente*, ongetwijfeld positieve effecten sorteren. Maar of daarmee de veronderstelde directe relatie tussen opleiding, ervaring en kwaliteit van het therapeutisch handelen wel helemaal realiteit wordt, moet toch worden betwijfeld.

#### *Verwetenschappelijking van de zorgpraktijk*

Hoe is het gesteld met de praktische bezwaren ten aanzien van het tweede voorbeeld, te weten de toepassing van de *evidence based* richtlijnen in de zorgpraktijk? Het antwoord

laat zich raden: die zijn er in talrijke mate en er is ook het nodige onderzoek naar verricht.

De gebrekkige directe resultaten van *evidence based* richtlijnen in de zorgpraktijk passen in een lange traditie van toepassen van *evidence based* interventies. De regel is hier dat de resultaten in de praktijk bijna altijd bescheidener zijn dan verwacht zou mogen worden op basis van de uitkomsten van klinische trials. Dit onderscheid wordt in de literatuur aangeduid met de termen *efficacy* versus *effectiveness*. *Efficacy* staat voor de werkzaamheid van een interventie onder ideale omstandigheden. Het onderzoek daarnaar vindt plaats onder strikt gecontroleerde omstandigheden en geeft antwoord op de vraag naar het effect van de interventie, onder constanthouding van alle andere factoren en onder de aanname dat de desbetreffende interventie precies volgens het boekje wordt uitgevoerd en dat ook de cliënt zich helemaal houdt aan de voorschriften. *Effectiveness* verwijst naar doelmatigheid en betreft de resultaten van een interventie in de zorgpraktijk. Hier gaat het over haalbaarheid, generaliseerbaarheid en kosteneffectiviteit. Resultaten blijken afhankelijk van talrijke factoren, zoals wachtlijsten, gebruik van alternatieve interventies, cliënten die afhaken, hulpverleners die niet helemaal consequent zijn, de directe en indirecte kosten, et cetera. Uitkomsten van *effectiveness*-studies, liggen in de regel lager dan die van *efficacy*-onderzoeken. Werkzame therapieën zijn lang niet altijd ook doelmatig<sup>4</sup>.

De verschillen tussen werkzaamheid en doelmatigheid hangen in belangrijk mate samen met praktische bezwaren. De praktijk is weerbarstig, ook omdat zaken slecht zijn geregeld. En professionals (en cliënten) houden zich vaak niet aan de spelregels van de *evidence based* richtlijnen, omdat ze er geen weet van hebben of er onvoldoende in zijn geschoold. Veel van deze praktische bezwaren kunnen best worden opgeheven, bijvoorbeeld door de implementatie van de richtlijnen niet helemaal aan de vrije loop van toeval en omstandigheden over te laten. Het besef van de noodzaak de hulpverleningspraktijk een handje te helpen is de afgelopen jaren fors toegenomen. Er heeft zich zelfs een wetenschapsgebied speciaal toegelegd op de inpassing van richtlijnen en interventies in die zorgpraktijk. Dit is het wetenschapsgebied van de implementatiekunde. Nederland vervult hierin een belangrijke koploperfunctie, onder andere gestimuleerd door ZonMw, maar vooral door het werk van enkele pioniers, waaronder de Nijmeegse onderzoeksgroep rond Richard Grol.

Het onderzoek naar implementatiestrategieën maakt bij herhaling zichtbaar dat professionals in de zorg niet automatisch de nieuwste wetenschappelijke inzichten en ontdekkingen toepassen in hun dagelijkse praktijk. Dat geldt zeker ook voor de implementatie van richtlijnen. Hun bestaan is weliswaar een noodzakelijke maar zeker geen voldoende voorwaarde om ze toe te passen in de zorgpraktijk. Het blijkt dat er niet één gouden strategie bestaat die altijd en overal tot de beste implementatieresultaten leidt<sup>30</sup>. Bovendien moet onderscheid gemaakt worden tussen de effectiviteit van de implementatie in termen van veranderingen in de organisatie en uitvoering van de zorg (het pro-



ces), en effectiviteit gemeten aan de hand van behandeluitkomsten. Niet zelden blijken de effecten van proces- en behandeluitkomsten op gespannen voet met elkaar te staan. Zo blijkt de eerder aangehaalde doorbraakmethode een uitstekende methode voor verandering van procesvariabelen maar veel minder geschikt om verbetering in de effecten van de zorg te realiseren<sup>20</sup>.

Dat een optimalere toepassing van kennis uit de implementatiekunde tot betere behandelresultaten leidt, spreekt bijna vanzelf. De resultaten van toepassing van *evidence based* interventies in de zorgpraktijk zullen erdoor verbeteren. Toch moet gewaarschuwd worden voor al te groot optimisme. Ook na toepassing van de meest recente inzichten uit de implementatiekunde blijft er grote afstand tussen *efficacy* en *effectiveness*. 'Current expectations about the impact of clinical guidelines are unrealistic' aldus Grol<sup>31</sup>. Met gebruik van goed ontwikkelde, goed uitgevoerde en duurzame implementatiestrategieën komt de verbetering volgens hem nog steeds niet boven de 8 tot 10 procent uit<sup>32</sup>.

Samenvattend: bij de implementatie van wetenschappelijke inzichten naar de zorgpraktijk komen veel praktische bezwaren aan het licht. Tegelijkertijd is het naïef te veronderstellen dat na het opheffen van die praktische bezwaren, de effectiviteit van de zorg veel zal zijn toegenomen. De kloof tussen wetenschap en praktijk blijkt diep en weerbarstig<sup>33</sup>.

#### WETTEN IN DE WEG

Sinds 1949 dromen klinisch psychologen over het samengaan van wetenschap en praktijk, met de *scientist practitioner* als liefdesbaby. In de zestig jaar tussen toen en nu is het echter niet gelukt de kloof te dichten. Tussen droom en daad staan op zijn minst vele praktische bezwaren in de weg. En al zijn er wel voorbeelden van een bijna perfecte match, de resultaten van veel inspanningen zijn ronduit teleurstellend. De vraag dient zich aan of er naast die praktische bezwaren ook niet meer fundamentele wetten in de weg staan? Wetten in de zin van wezenlijke, niet te overbruggen verschillen tussen wetenschap en zorgpraktijk, waardoor de twee uiteindelijk niet tot elkaar komen. In deze paragraaf zal ik beargumenteren dat er inderdaad sprake is van zulke verschillen en dat de droom van wetenschap en de daad van de zorgpraktijk niet zomaar bij elkaar kunnen worden gebracht.

#### *Novices en ervaren professionals*

Professionals blijken door veel scholing en ervaring niet automatisch betere diagnostici of behandelaren te worden. Die constatering druist in tegen het gezond verstand; bij de meeste zaken in het leven wordt men door ervaring wijzer en deskundiger. Ook staat deze bevinding op gespannen voet met noties over het leren van professionals waarbij wordt uitgegaan van lineair cumulatieve kennisverwerving: hoe meer scholing en opleiding, des te kundiger professionals worden in het oplossen van problemen.

Onderzoek van de onderwijskundige Boshuizen biedt mogelijk een verklaring voor dit probleem. Centraal in haar onderzoek staat de ontwikkeling van medische expertise

en de invloed van leren en ervaring daarop. Het proces van expertisevorming kan volgens haar maar ten dele als een kwantitatief proces worden beschouwd; de *novice* en de expert blijken vooral van elkaar te verschillen door een andere manier van kennisverwerking<sup>34</sup>. De *novice* denkt en handelt, conform de wijze waarop hij wordt opgeleid, namelijk op een rationeel deductieve wijze: hij leert problemen analyseren door het toepassen van de formele regels uit de leerboeken, komt tot een diagnose door netjes beslismomen af te lopen en leert therapieën uit te voeren door de regels van het protocol stap voor stap af te werken. Dergelijk handelen kan gezien worden als een directe vertaling van (wetenschappelijke) kennis naar praktijk. Naarmate de *novice* echter meer praktijkervaring krijgt, worden die regels in zijn hoofd aangevuld met voorbeelden van concrete patiënten. Geleidelijk aan ontstaan er dan impliciete denkschema's, waarbij de kennis uit literatuur geïnternaliseerd en ingeslepen wordt, gekoppeld aan ervaringen met eigen patiënten. Deze nieuwe gecombineerde schema's worden scripts genoemd, 'archetypische' beelden van verschijningsvormen van ziekten in de dagelijkse praktijk. Tijdens het diagnostisch onderzoek loopt de inmiddels meer ervaren professional niet langer de formele regels af, maar komt hij tot een oordeel op basis van vergelijking van de nieuwe patiënt met reeds bestaande patiënten. Zeker na enkele jaren praktijkervaring gaat dit beoordelingsproces zo snel dat de clinicus er zelf nauwelijks nog weet van heeft. Deze werkwijze kan het beste getypeerd worden als inductief en intuïtief. Het gaat in de vergelijking tussen *novice* en ervaren professional dus niet alleen over meer of minder kennis, maar ook over andere redeneerprocessen. Hoe langer (en meer toegespitst) de klinische ervaring, des te sterker de scripts en des te groter de kloof in het denken van de ervaren professional ten opzichte van de *novice*.

De studies van Boshuizen maken duidelijk dat de ervaren therapeut niet beter of slechter, maar vooral anders denkt. Scripts maken dat de snelheid van beoordeling fors toeneemt: in kortere tijd wordt meer informatie verwerkt. Ervaring (en dus werken met scripts) blijkt voorts gekoppeld aan het zoeken en uitsluiten van alternatieve diagnoses; ervaren diagnostici blijken meer gericht op differentiaaldiagnostiek (alternatieven worden sneller uitgesloten). Dat maakt hen trefzekerder<sup>26</sup>. Bij complexe diagnostische vragen en daar waar snelheid geboden is, zijn ervaren klinici in het voordeel. De schaduwzijde daarvan is reeds hiervoor aangestipt: bij ervaren klinici is de kans op fouten groter.

Ten aanzien van verschillen in therapeutisch handelen is de theorievorming minder uitgewerkt. Maar een analoge redenatie ligt voor de hand. Toepassing van protocollen is uiteindelijk een vorm van regels volgen. Op basis van onderzoeksresultaten weten we dat de *novice* bij het gebruik daarvan in het voordeel is, zeker in die situaties waar de cliënt bereid is actief aan de therapie mee te werken – en dat mag bij dit soort onderzoek wel worden verondersteld. Anders ligt de situatie bij de behandeling van cliënten waarbij de toepassing van protocollen stagneert of niet tot het gewenste resultaat leidt. Het vermoeden is dat ervaren therapeuten juist hier in het voordeel zijn. Hun scripts leve-

ren aanknopingspunten voor bijsturing, waardoor het therapeutisch proces alsnog op gang kan worden gebracht. Ervaren clinici zouden hier wel eens trefzekerder kunnen zijn<sup>35</sup>. Sommige zouden het daardoor beter doen, anderen juist minder goed. Het bestaan van deze verschillen tussen hulpverleners is bij herhaling aangetoond, en blijkt grote impact te hebben. Zo is aangetoond dat verschillen tussen therapeuten ook invloed hebben op de effectiviteit van antidepressiva<sup>36</sup>.

#### *Wetenschap en zorgpraktijk*

Terug naar het voorbeeld van de toepassing van richtlijnen in de zorgpraktijk. De tegenvallende resultaten kunnen slechts ten dele verklaard worden door praktische bezwaren. Er zijn met andere woorden fundamentele redenen waarom toepassing van richtlijnen in de zorgpraktijk niet tot het gewenste en verwachte resultaten. Ook hier 'staan wetten in de weg'.

Voor het zichtbaar maken van de wetten in de weg is het van belang een onderscheid aan te brengen tussen EST-behandelingen enerzijds en richtlijnen, als verzameling van EST-behandelingen anderzijds. De toepassing van richtlijnen, zo hebben we hiervoor gezien, leidt niet tot de verwachte verbetering van resultaten van zorg. Dat ligt anders bij de EST-behandelingen, want die blijken in praktijksituaties over het algemeen even effectief te zijn als in strikt gecontroleerde laboratoriumcondities<sup>37</sup>. Dat is merkwaardig, want een richtlijn is in belangrijke mate gebaseerd op EST-behandelingen. Vanwaar dat verschil?

Het onderscheid is gekoppeld aan de mate van afbakening of discreetheid: een EST is een losstaande min of meer discrete interventie, terwijl de richtlijn uit een aantal samenhangende interventies bestaat en daarmee kenmerken heeft van een programma. We veronderstellen dat de mate van discreetheid samenhangt met de variatie in uitkomsten. Hoe discreter de interventie, des te groter de kans dat de effecten gevonden onder laboratoriumomstandigheden in de praktijk worden gerepliceerd. Naarmate die discreetheid afneemt, neemt ook de toegevoegde waarde van die interventie af. Met de toename van het aantal tegelijkertijd aangeboden interventies, bijvoorbeeld het kader van richtlijnimplementatie, neemt de meerwaarde af. De verklaring daarvoor ligt voor de hand: zodra effectieve interventies worden samengebracht in een richtlijn of zorgprogramma, gaan zaken door elkaar heen lopen. Er blijkt dan ineens een divergentie in inclusie- en exclusiecriteria, doelen, procedures, et cetera. Patiënten die eerst buiten beschouwing bleven omdat ze niet gemotiveerd waren voor onderzoek, krijgen nu wel een interventie aangeboden. Tevens wordt de invloed van organisatorische en financiële randvoorwaarden steeds groter, gaan de bestuurders en beleidsmakers zich er mee bemoeien, waardoor deze interventies in een heel ander krachtenspel terecht komen.

De verschillen tussen de discrete EST en de gecombineerde aanpak van richtlijnen lijken te verwijzen naar andere logica's. Bij de EST hoort de logica van de wetenschapper in het laboratorium: deductief en doelgericht (lineair). De richtlijn sluit meer aan bij

de logica van de zorgpraktijk waarin alles met alles te maken heeft, een omgeving die zich het beste laat typeren als 'inductief', 'systemisch' of 'cybernetisch'.

Ook het thema van ongewenste bijeffecten verwijst naar andere logica's. Een implementatie zal eenvoudiger en effectiever zijn, naarmate een nieuwe interventie beter kan worden afgeschermd van andere zorgprocessen. Hoe minder invloeden van buiten, des te groter de overeenkomsten in uitkomsten tussen laboratorium en gangbare praktijk. Andersom geldt dat, naarmate er meer interferentie ontstaat met de bestaande zorg en het vraagstuk van samenhang en afstemming moet worden geadresseerd, de effecten van de interventies zullen afnemen, terwijl de kans op (bij)effecten voor het zorgaanbod binnen de desbetreffende instelling toenemen. Die beïnvloeding stopt niet bij de grenzen van de instelling. Gekoppeld aan de gematigd positieve effecten van implementatie van richtlijnen voor de directe doelgroep, treden er vaak ongewenste bijeffecten op voor de gehele zorgketen in de regio. Voorbeelden daarvan vormden het startpunt van deze oratie. De achterliggende rationale laat zich eenvoudig uittekenen: het invoegen van een nieuwe richtlijn in de bestaande zorg vraagt tal van acties, waaronder het vernieuwen van procedures en afspraken, stroomlijning van patiëntenstromen, et cetera. Dat vraagt afstemming en integratie: hulpverleners moeten dezelfde diagnostische en interventietaal gaan spreken, er moeten afspraken gemaakt over intake en indicatiebeleid, et cetera. Het kan niet anders dan dat het organiseren van die keten ook effecten heeft voor de zorg die buiten die keten valt. De afstand daartussen wordt groter, met als risico het ontstaan of verder verbreden van een kloof. Om met Leutz te spreken: 'Your integration is my fragmentation'<sup>38</sup>. In de Nederlandse GGZ hebben we dat gezien in de relatie tussen eerste en tweede lijn<sup>39</sup>.

Tussen de droom van wetenschap en de daad van de zorgpraktijk staan wetten in de weg en praktische bezwaren. Het ideaal van de *scientist practitioner* waarbij wetenschap en zorgpraktijk samengaan blijkt nog niet zo eenvoudig te realiseren. Geen perfecte synergie en al helemaal geen ideale inrichting van de zorg, gemodelleerd naar de droom van wetenschappers. De afstand tussen wetenschap en praktijk is moeilijk te overbruggen<sup>33</sup>. Dat stemt niet tot grote vrolijkheid. Misschien is Elsschots gedicht wel te verbreden tot veel meer situaties waarin droom en daad niet bij elkaar kunnen worden gebracht. Het besef van de kloof leidt dan tot 'weemoedigheid die niemand kan verklaren en die des avonds komt, wanneer men slapen gaat'.

#### HET HUWELIJK

Elsschots gedicht gaat over het huwelijk. Wat nu als we de relatie tussen wetenschap en praktijk beschouwen als een huwelijk? Die metafoor<sup>40</sup> gaat uit van twee partners die met elkaar een pact hebben gesloten. Partners wel te verstaan die zelfstandig en onafhankelijk zijn, die sterk van elkaar verschillen en elk over een eigen identiteit met eigen

normen en waarden beschikken. In de vorige paragraaf hebben we gezien dat wetenschap en praktijk daar prima aan voldoen: ze hebben een eigen logica, eigen wetten en dus een eigen dynamiek. De metafoor van het huwelijk impliceert vervolgens een pact. Romanticen zullen daarbij al snel denken aan de ‘schoonheid van het verschil’ of aan een stormachtige liefdesrelatie, rationalisten misschien wat eerder aan een deal waarin beiden voordeel zien. Van belang is het besef van complementariteit en gezamenlijk te realiseren meerwaarde. De metafoor van het huwelijk verwijst tenslotte ook naar een voortdurende afweging van belangen en de telkens terugkerende strijd voor behoud van eigenheid. Nu eens is er symmetrie, dan weer zit men elkaar te dicht op de huid en is er ergernis. Die kan soms zelfs overgaan tot grote boosheid en oorlogsachtige fantasieën getuige Elsschots gedicht: ‘Hij dacht: ik sla haar dood en steek het huis in brand’. Ik sluit niet uit dat wetenschap en zorgpraktijk soms in vergelijkbare bewoordingen over elkaar denken.

De metafoor van het huwelijk kan ook helpen bij het zoeken naar oplossingsrichtingen voor de in de vorige paragrafen beschreven twee cases. In de eerste casus – *novices* en experts denken en handelen anders – vormt de erkenning van grote onderlinge verschillen, het startpunt voor het zoeken naar complementariteit. De *novice* heeft het voordeel van actuele diagnostische kennis en een strakke (deductief rationale) wijze van handelen. Dat voordeel is het grootst bij patiënten voor wie een *evidence based* interventie is aangewezen. De ervaren hulpverlener is in het voordeel op momenten dat er snel geoordeeld moet worden (bijvoorbeeld acute dienst) en in gevallen dat er differentiaaldiagnostiek noodzakelijk is, bijvoorbeeld bij uitblijven van behandelresultaat.

In de tweede casus gaat het over het gebrek aan eenduidige effecten van toepassing van *evidence based* richtlijnen in de zorgpraktijk. Hierin stimuleert de metafoor opnieuw het zoeken naar complementariteit, om de *evidence* en *practice* vervolgens zo bij elkaar te brengen dat het beste uit die twee werelden verenigd wordt. De meerwaarde van de *evidence based* aanpak dient zo te worden ingebed dat de bredere communitybenadering er niet door in de verdrukking komt. Dat kan bijvoorbeeld door een *stepped care model* uit te werken waarbij de introductie van de stoornisspecifieke richtlijnbenadering (stap 2) is gekoppeld aan een herwaardering voor een brede generalistische eerstelijns aanpak (stap 1) en een op rehabilitatie georiënteerde zorg als derde stap<sup>41</sup>. De eerste resultaten van het model zijn veelbelovend.

De metafoor van het huwelijk staat voor de erkenning van eigenheid der partners en oog voor verschillen, bijvoorbeeld tussen man en vrouw, en vormt tevens een oproep tot samenwerking op basis van gelijkwaardigheid. Het kan daarbij gaan om vele typen van samenwerkingsvormen, met als gemeenschappelijke basis respect voor eigenheid en onderscheid, waardoor de ene logica niet dwingend over de ander wordt uitgerold. Er zijn vele voorbeelden van dergelijke samenwerkingsvormen. Een aantal daarvan is uitgewerkt door de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO)<sup>42,43</sup>. Ook de

aanpak in het advies *Zorg van Velen* is een voorbeeld van een dergelijke aanpak<sup>44</sup>. In elk van deze voorbeelden wordt de *evidence based* benadering onderdeel gemaakt van een breder zorgconcept, waardoor complementariteit kan ontstaan tussen nu eens informele en formele zorgaanbieders en dan weer tussen de nulde, eerste, tweede en derde lijn. Of naar het voorbeeld van hierboven: complementariteit en synergie tussen jonge goed opgeleide hulpverleners en hun oudere meer ervaren collega’s.

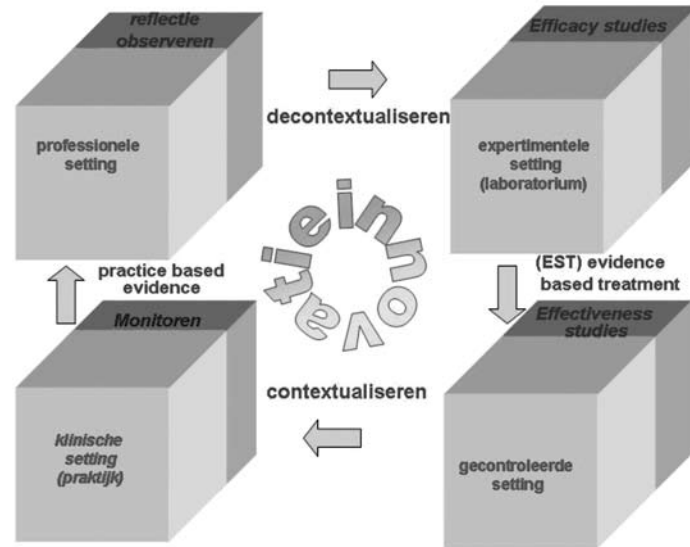
#### *Naar een gemeenschappelijke kenniscyclus*

Wetenschap en zorgpraktijk spreken hun eigen taal, volgen hun eigen logica en beschikken over eigen kennisbronnen. Dat is ook noodzakelijk, *practitioners* zijn geen *scientists* en vice versa. Beide hanteren eigen onderzoeksmethoden. De kennis van praktijkbeoefenaars zit grotendeels in hun handelen (*tacit knowledge*). Het onderzoeken van die kennis gebeurt pas achteraf. De methode die daarbij gebruikt wordt is bevragen, expliciteren, systematiseren en tenslotte toetsen, met als resultaat expliciete praktijkkennis<sup>45</sup>. Wetenschappers maken vooral gebruik van expliciete kennis. Daarop baseren zij hun modellen en theorieën die weer leiden tot hypothesen die met empirisch-experimentele methoden worden getoetst. *Efficacy*-onderzoek behoort tot die traditie. Erkenning van de onderlinge complementariteit biedt aanknopingspunten voor het formuleren van een kenniscyclus waarbij beide partijen ieder hun eigen expertise kunnen inzetten.

Op basis van de beschreven twee cases is echter duidelijk geworden dat die twee bronnen niet alleen maar complementair aan elkaar zijn, ze staan soms ook haaks op elkaar en komen niet zelden tot andere conclusies: wetenschappelijke kennis verkregen op basis van *efficacy*-onderzoek kan niet één op één worden vertaald naar de zorgpraktijk. Die kennis moet eerst worden aangepast en ingepast. Om tot daadwerkelijke innovaties in de zorgpraktijk te komen, is meer nodig. Op basis van de hiervoor beschreven praktische bezwaren en wetten in de weg is er op zijn minst sprake van vier kennisdomeinen, die zich cyclisch tot elkaar verhouden. In figuur 1 is dit model schematisch weergegeven.

In de kenniscyclus worden vier kennisdomeinen en bijbehorende settings (licht). onderscheiden: de professionele setting, de experimentele setting, de gecontroleerde setting en de klinische setting. Iedere setting genereert haar eigen kennis. De wegen om tot die kennis te geraken, verschillen van elkaar (donker): reflecteren en observeren in het professionele domein, *efficacy* in de experimentele setting, *effectiveness* in de gecontroleerde setting en monitoring als belangrijke methode in de klinische setting. Monitoring verwijst naar het systematisch volgen van cliënten in hun gang door de zorg op een aantal uitkomstmaten, waaronder niveau van klachten, kwaliteit van leven, et cetera. Kennis gegenereerd in het ene domein leidt tot vragen in het volgende domein.

Dit model van kennisproductie heeft een cyclisch karakter: kennis is nooit af en telkens ontstaan er nieuwe situaties die nieuwe vragen oproepen. De cyclus kan vanuit ieder domein worden aangezwengeld: een vraag of bevinding binnen het ene domein



Figuur 1: Proeve van een complementaire Kenniscyclus<sup>46</sup>

leidt tot een actie in het volgende domein. Daarbij impliceert de cyclus een voortdurende beweging van contextualiseren en decontextualiseren. Kennis die ontstaat bij professionals in een specifieke context dient getransformeerd te worden tot casus van een algemenere vraag. Dat is een proces van generalisering en decontextualisering. Onderzoek naar de werkzaamheid impliceert dat de context zodanig is vastgezet dat risico op interferentie zo minimaal mogelijk is. Nadat de werkzaamheid van een interventie is vastgesteld, ook in een gecontroleerde setting, dient de nieuwe interventie te worden ingepast in een naturalistische klinische setting, dat wil zeggen onderdeel te worden van een specifieke zorgcontext. Tenslotte impliceert dit model van de kenniscyclus dat settings elkaar complementeren: kennis verandert en neemt toe door het van de ene naar de andere setting te verplaatsen. Anders geformuleerd: het model laat zien dat innovatie juist op gang komt door domeinoverstijgende actie, dat wil zeggen door complementariteit en samenwerking tussen wetenschap en zorgpraktijk.

#### MEDIATORS GEWENST

Wetenschap en praktijk kunnen elkaar opstuwten tot grotere hoogte. Zonder samenwerking is de kans op verbetering van de zorg wel erg klein: de wetenschap produceert kennis die in de praktijk niet goed aanslaat, terwijl de praktijk uitgaat van halve waarheden die niet of nauwelijks worden getoetst. Tegelijkertijd vormen wetenschap en praktijk een broos paar. Naar elkaar luisteren is niet hun sterkst ontwikkelde eigenschap en met elkaar blijven communiceren in moeilijke tijden, hebben ze al helemaal

nooit geleerd. Opvallend ook is de grote kans op misverstanden, evenals de voortdurende neiging zich van elkaar af te wenden en te denken het ook wel zonder de ander te kunnen. Soms hebben wetenschap en praktijk het heel goed samen en gaat de samenwerking vanzelf. Maar lang niet altijd, zeker niet in tijden waarin de een of de ander meent de wijsheid in pacht te hebben. Regelmatig moet ervoor worden gezorgd dat zij niet boos van elkaar weglopen. Op zo'n moment zijn mediators dringend gewenst!

Mediators zijn volgens Van Dale professionele bemiddelaars. Zij bieden hulp bij het oplossen van conflicten, en volgens de folders van mediatiebureaus doen ze dat 'zonder blijvende ruzie'. De mediator tussen wetenschap en zorgpraktijk heeft zowel contact met de ene als de andere partij. Hij staat er tussenin, probeert naar beide te luisteren en misverstanden op te lossen. Soms neigt hij wat meer naar de ene en dan weer naar de andere kant. Maar telkens is hij altijd wel een beetje *scientist* en altijd ook een beetje *practitioner*; in die specifieke zin dus *scientist practitioner*. Als mediator is het zijn opdracht wetenschap en praktijk met elkaar in contact te brengen in de hoop op een vruchtbare nieuwe ontmoeting. Dit alles opdat de zorg zal verbeteren. ProCes (Pro Persona Centre for Education and Science) evenals het ACSW (Academisch Centrum Sociale Wetenschappen), hebben beide het realiseren van een brug tussen wetenschap en praktijk in hun missie staan. Als (mede) directeur mag ik die missie de komende jaren mee vorm en inhoud geven.

ProCES is het nieuwe onderzoeks- en opleidingscentrum van Pro Persona. En Pro Persona is een geïntegreerde regionale GGZ-instelling voortgekomen uit Forum GGZ Nijmegen en de Gelderse Roos. De nieuwe organisatie draagt academisering van zorg hoog in het vaandel. Dit wil zij realiseren door het inrichten van academische werkplaatsen, een stevige koppeling van beroepsopleidingen aan universiteit en hogeschool en door de expliciete keuze voor een meer wetenschappelijk gefundeerde zorg. ProCES ondersteunt deze academisering onder andere door het opzetten en uitvoeren van praktijkgestuurd wetenschappelijk onderzoek, primair gericht op verbetering van de zorgpraktijk. ProCES heeft vooral een mediërende taak door wetenschap dicht bij de zorgprofessionals te brengen. Hoe dicht beide bij elkaars werk worden betrokken, des te groter de kans op succes.

Een van de onderzoeksspeerpunten betreft het ontwikkelen en toepassen van een systeem van continue monitoring van patiënten in hun gang door de GGZ. Zorgmonitoring is een cyclisch proces dat per cliënt de voortgang van zorg in kaart brengt. Op geaggregeerd niveau verschaffen de resultaten inzicht in de effectiviteit van de gehele organisatie. Op cliëntniveau ontstaat zicht op de voortgang en de resultaten van zorg van ieder afzonderlijk behandeltraject. Het is juist dit type onderzoek waarvan verwacht mag worden dat het directe consequenties heeft voor de zorgpraktijk. Dit onderzoek geeft de hulpverlener namelijk direct en systematisch feedback over de effecten van zijn handelen. En daarmee zijn we terug bij het onderscheid tussen *novice* en ervaren hulpverlener. Geheel tegen de verwachting in, blijken ervaren hulpverleners niet vanzelf-

sprekend de betere hulpverleners. Een van de mogelijke verklaringen voor het achterwege blijven van directe leereffecten van ervaring is dat hulpverleners onvoldoende feedback krijgen over de effecten van hun handelen<sup>11</sup>.

Of die voorspelling klopt, zal toekomstig onderzoek uitgevoerd binnen Pro Persona duidelijk maken.

Daar waar ProCES wetenschap dichterbij de zorgpraktijk brengt, heeft het ACSW tot opdracht de zorgpraktijk dicht bij de wetenschap te brengen. Het ACSW, dat onderdeel uitmaakt van de Faculteit der Sociale Wetenschappen, heeft zich de afgelopen jaren toegelegd op de zorgpraktijk van psychologen en pedagogen. Het ACSW organiseert de postinitiële opleidingen, biedt poliklinische zorg aan jeugdigen en volwassenen en herbergt een aantal onderzoeksgroepen gericht op praktijkgestuurd wetenschappelijk zorgonderzoek. De missie van het ACSW is om deze expertise op het gebied van cliëntgebonden activiteiten in te zetten ten behoeve van het onderwijs- en onderzoeksprogramma van de Faculteit der Sociale Wetenschappen alsmede ten behoeve van beroepsvorming en kwaliteit van hulpverlening in de zorgsector.

Hoewel het ACSW onderdeel vormt van de universiteit, is het bij uitstek een werk- en opleidingsplaats waar de zorgpraktijk vaste voet aan de grond heeft. Onze GGZ-polikliniek (het ambulatorium) kan in financieel organisatorische zin zelfs beschouwd worden als een vestiging van Pro Persona. Met de angstlijn van Pro Persona zijn afspraken gemaakt voor het opzetten van een academische werkplaats waarin naast specialistische hulpverlening gekoppeld aan opleiding aandacht is voor fundamenteel en praktijkgestuurd onderzoek. Vergelijkbare afspraken willen wij ook maken met instellingen voor verslavingszorg, verenigd in het NISPA, en met een aantal regionale partners op het gebied van jeugdhulpverlening. Ook op die gebieden kunnen dan nieuwe centra ontstaan waarin hulpverlening, opleiding en onderzoek programmatisch tot een samenhangend geheel worden gesmeed.

De positie van de postinitiële opleidingen binnen het ACSW en daarmee direct gekoppeld aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen is, landelijk gezien, tamelijk uniek. De meeste andere beroepsopleidingen voor psychologen en pedagogen bevinden zich op grotere afstand van de universiteit. Die bijzondere situatie willen faculteit en zorginstellingen komende jaren verder gaan uitbuiten door een directere koppeling te maken tussen de initiële master GZ-psychologie en de postinitiële GZ-beroepsopleiding. Daarmee worden wetenschap en praktijk nog meer naar elkaar toe gedreven en kunnen er nog meer bijzondere interacties worden gerealiseerd. Onze rol als mediator kunnen we daarin heel goed uitwerken.

Rest de vraag in hoeverre onze postinitiële opleidingen toch niet opleiden tot *scientist practitioners*? De meeste studenten worden hulpverlener. De kans dat zij daarnaast ook nog wetenschapper worden is klein. Nog kleiner is de kans dat zij tegelijkertijd tot excellente hulpverleners en top-onderzoekers zullen uitgroeien. En toch komen wetenschap

en zorgpraktijk beide tijdens de opleiding uitgebreid aan bod. We hopen dat daardoor bijzondere coalities tot stand komen en dat onze studenten met het virus van de mediators worden geïnfecteerd. Ook zullen we ze blijven voorhouden hoe belangrijk de combinatie van wetenschap en praktijk is voor verbetering van de zorgpraktijk. *Science* en *practice* horen bijeen, niet als eenheid maar als koppel. In die zin vertegenwoordigt de metafoor van de *scientist practitioner* dan toch ons beroepsideaal<sup>41</sup>. Met daar direct aan toegevoegd: 'tussen droom en daad staan wetten in de weg en praktische bezwaren'.

#### DANKWOORD

*Mijnheer de rector magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders*

Naar goed academisch gebruik wil ik aan het einde van deze oratie graag enige woorden van dank uitspreken. In de eerste plaats aan het adres van het college van bestuur van de Radboud Universiteit Nijmegen. Ik dank hen voor het in mij gestelde vertrouwen. Mijnheer de rector, beste Bas, ik weet dat je vanmiddag je agenda hebt willen aanpassen om mij hier aan te moedigen in mijn pleidooi voor versterking van de banden tussen wetenschap en beroepspraktijk, onder andere via het postinitieel onderwijs. Dat beleeft ik als een grote eer.

Mevrouw de decaan, beste Hetty, ik heb grote waardering voor de combinatie van rollen die je weet te vervullen: een zakelijke en doelgerichte bestuurder, een betrokken en stimulerende coach, en een gepassioneerde collega met hart voor de zaak. Het is mij een groot genoegen met en voor jou te mogen werken.

Beste Guus, jij bent wel de directeur van onze faculteit, maar niet van de schijnwerpers noch van de grote woorden. Dank voor je inzichten en je steun in het krachtenspel van de faculteit. Wil je mijn dank ook doorgeven aan de medewerkers van je bureau. Het mag wel eens hardop worden gezegd: je mensen weten van aanpakken.

Waarde vakgenoten van de sectie klinische psychologie. Met jullie samenwerken is een voorrecht. Eni, je weet een heldere visie en een scherpe analytische geest te koppelen aan zorgzaamheid voor de hele sectie. Cilia, jij combineert intellect en bescheidenheid. Ik geniet ervan met jou te mogen samenwerken. Zeker ook in de groep van Zeven waar ook Tatjana, Clemens, Hubert, Jos en Jan toe behoren. Dat smaakt naar meer. Ger, voor mij ben je een maatje; jij weet veel van de zorgpraktijk, en je weet nog veel meer van de wetenschap. Ik bewonder je daarin.

Sinds mijn aanstelling als directeur van het ACSW weet ik mij omringd door een prachtig team van betrokken collega's. Cees, die heb je bij je pensioen maar mooi voor me achtergelaten. Carla, je bent van onschatbare waarde voor mij en het hele ACSW: jij zorgt voor de continuïteit en nooit is iets je te veel. Lianne, jij en je collega's zijn afgelopen jaren opgeschoven naar het centrum van ons ACSW, zeer tot mijn genoegen. Binnen het ambulatorium werk jij Huub met een groep professionals aan 'het beter maken' van cliënten en lever jij een bijdrage aan de opleidingen psychologie en (ortho)pedagogiek.

Dat doen jullie heel goed. Monic, jij en je ‘sponnies’ zijn de drijvende krachten achter onze postinitiële opleidingen. Hard werken kunnen jullie combineren met altijd aardig en betrokken blijven zelfs voor heel lastige studenten en docenten. De hoofdopleiders waaronder Marc Verbraak met wie ik al jaren samen les geef over wetenschappelijk onderzoek in de zorgpraktijk, dragen zorg voor de hoge kwaliteit van onze opleidingen. Het bestuur van de post-initiële opleidingen met Pieter de Groot als voorzitter en Don Olt-hof als secretaris, ontpopt zich steeds tot drijvende kracht voor het gehele ACSW.

Cor, Jan Willem en Henk samen vormen wij al jaren een niet bestaande afdeling, met Dory, Miran en Charlotte als onze niet bestaande secretaresses. En geheel bij ons passend, trekken wij ons daar al jaren niets van aan, zeker niet tijdens onze onvolprezen klas voor buitenpromovendi.

Het voorrecht voor twee werkgevers te werken, heeft als neveneffect dat het dankwoord twee keer zo lang dreigt te worden. De Raad van Bestuur van Pro Persona dank ik heel bijzonder omdat ze deze leerstoel mede mogelijk maakt, zowel financieel als inhoudelijk. Als geen ander begrijpen jullie de spannende relatie tussen patiëntenzorg enerzijds en onderzoek en opleiding anderzijds. Christoph, voor mij ben je de personificatie van het tolerante en intellectuele denkklimaat binnen Pro Persona, evenals van de grote onderlinge betrokkenheid tussen de medewerkers.

Waarde directeuren, opleiders, hulpverleners en cliënten, ik sta hier vandaag ook als jullie collega. Veel van wat ik zojuist heb betoogd, heb ik van jullie geleerd. Het verbaast me telkens weer hoeveel ruimte jullie weten te maken voor onderzoek en opleiding. Met nadruk zeg ik ook voor opleiding, want daarin heeft onze instelling een naam van betekenis. Afgelopen jaren heb ik dat als supervisor van dichtbij mogen meemaken binnen de opleiding tot klinisch psycholoog. Werken met klinisch psychologen in opleiding is niet alleen hartverwarmend en inspirerend, het levert bovendien interessante onderzoeksresultaten op.

Een speciaal woord van dank aan die collega's binnen Pro Persona die direct zijn betrokken bij onderzoek. Dat geldt in de eerste plaats voor de promovendi van Pro Persona die hun werk als hulpverlener koppelen aan dat van onderzoeker. Jullie zijn de *scientist practitioners* bij uitstek en daarmee het levend bewijs dat koppeling van praktijk en wetenschap tot meerwaarde kan leiden. Vervolgens de hoofden van zorgprogramma's. Cecile, Piet, Gertjan, Jan, Ad, Mario en Harm, met jullie zal de samenwerking enkel toenemen. Daar verheug ik mij op. Gertjan met jou mag ik de functie van academische werkplaats angst verder handen en voeten geven; een spannende ontwikkeling waarin ik alle vertrouwen heb.

Apart wil ik noemen de medewerkers van het Onderzoeks- en opleidingscentrum van Pro Persona, dat sinds vandaag officieel de naam ProCES draagt. Thieu, samen met jou mag ik ProCES de komende jaren mede vorm en inhoud mogen geven. Onze samenwerking is weliswaar pas van recente datum maar veelbelovend. Ook het onvolprezen

directiesecretariaat van Birgit en Ans wil ik noemen. Ans, heel bijzonder dat je al zoveel jaren mijn steun en toeverlaat wilt zijn. Intensieve samenwerking zal ik ook met de nieuwe speerpuntcoördinatoren krijgen: Erik, Miriam, Annet en Bea. Aan ons de opdracht om samenhang aan te brengen in het onderzoek van Pro Persona. Bea, jou wil ik apart noemen. We zijn nog net niet aan onze koperen onderzoeksbruiloft toe, maar het scheelt niet veel. Dank voor zoveel betrokkenheid.

Rest mij tenslotte een woord van dank uit te spreken aan mijn vrienden, familie en gezin. Zonder jullie steun en toeverlaat had ik hier vandaag niet gestaan. Jullie allen bij naam te noemen zal ik jullie niet aandoen. Ik maak twee uitzonderingen. Ten eerste mijn drie vrouwen: Marion, Emma en Moniek. Dankzij en met jullie ben ik een gelukkig mens. Ten slotte mijn ouders en schoonouders. Altijd stonden jullie voor ons klaar en hebben jullie ons gesteund. Over huwelijken gesproken: al meer dan 55 jaar zijn jullie samen. Jullie voorbeeld heeft mij geïnspireerd bij het schrijven van deze rede. Heel graag draag ik deze daarom aan jullie op!

*Ik heb gezegd*

## NOTEN

1. Shapiro D. Renewing the scientist-practitioner model. *The Psychologist*. 2002;15(5):232-4.
2. Raimy VC. *Training in clinical psychology (the Boulder conference)*. New York: Prentice Hall; 1950.
3. Hutschemaekers G. De psycholoog als scientist practitioner: een terreinverkenning.in: Hutschemaekers G, Kessels R, Beckers D, Wijk R van. *Cursushandleiding Psychologie en Praktijk* Nijmegen: Faculteit der Sociale wetenschappen; Opleiding Psychologie 2009-2010.
4. Hayes SC, Barlow DH, Nelson-Grey R. *The scientist practitioner. Research and Accountability in the age of managed care*. Boston: Allyn and Bacon; 1999.
5. Bowman DG, Scogin F, Floyd M, Mckendree-Smith N. Effect of therapist sex on outcome of psychotherapy: A meta-analysis. *Psychotherapy*. 2001;38:142-8.
6. Christensen A, Jacobson NS. Who (or what) can do psychotherapy: the status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological science*. 1994;5:8-14.
7. Beutler LE, Talk M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Noble S, et al. Therapist variables. In: Lambert MJ, editor. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior change*. New York: Wiley & Sons; 2002. pp. 227-306.
8. Spengler PM, White MJ, AEgisdóttir S, Maugherman AS, Anderson LS, Cook RS, et al. The meta-analysis of clinical judgment project. Effects of experience on judgment accuracy. *The counseling Psychologist*. 2009;37(3):350-99.
9. Kwaadsteniet L. de. *Clinicians as mechanics?* Nijmegen: Radboud universiteit; 2009.
10. Witteman C, Haves S, Ruth R van, Deumes I, Hutschemaekers G. Diagnostic classification by novices, intermediates and experts *submitted*.
11. Witteman C. Novicen en experts *Internal paper*. Faculteit der Sociale Wetenschappen. Radboud Universiteit Nijmegen
12. Chambless DL, Ollendick T. Empirically supported psychological interventions. Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*. 2001;52:685-716.
13. Hutschemaekers G. Multidisciplinary guidelines in Dutch mental health care. Plans, bottlenecks and possible solutions. *International Journal of Integrated Care*. 2003. 10 (december) ISSN 1568-4156, 3:e10
14. Verburg H, Franx G. Programma's in de volwassenenzorg - een update. *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg*. 2000;55(9):800-12.
15. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2004;184:526-33.
16. Schouten LM, Hulscher MEJL, Everdingen JJE van, Huijsman R, Grol RPTM. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. *British medical journal*. 2008;336(76549):1491-4.
17. Smolders M, Laurant L, Roberge P, Balkom Av, E EvR, Brower P, et al. Knowledge transfer and improvement of primary and ambulatory care for patients with anxiety. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2008;53(5):277-93.
18. Weinmann S, Hoerger S, Erath M, Kilian R, Gaebel W, Becker T. Implementation of a schizophrenia Practice Guideline: Clinical results. *J Clinical Psychiatry*. 2008;69(8):1299-306.
19. R.Morriss. *Implementing clinical guidelines for bipolar disorder. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2008;81:437-5820. citaat: p. 453
20. Franx G, Meeuwissen JAC, Sinnema H, Spijker J, Huyser J, M MW, et al. Quality improvement in depression care in the Netherlands: the Depression Breakthrough Collaborative. a quality improvement report. *International Journal of Integrative Care*. 2009; 9(15 june):ISSN 1568-4156. 21.
21. Stange KC, Ferrer RL. *The Paradox of Primary Care. Annals of Family Medicine*. 2009;7(4):293-9.
22. Kwaadsteniet L. de, Witteman CLM, Krol NPCM. Causality in clinicians' mental representations of client information. *submitted*.
23. Garb HN. Clinical Judgement and Decision Making. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005;1:67-89.
24. Witteman CLM, Koele P. Explaining treatment decisions. *Psychotherapy Research*. 1999;9:100-14.
25. Jensen AL, Weisz JR. Assessing match and mismatch between practitioner-generated and standardized interview-generated diagnoses for clinic-referred children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;76:711-22.
26. Elstein AS, Schwarz A. Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *British Medical Journal*. 2002;324:729-32.
27. Keijsers GPJ, Minnen A. van, Hoogduin CAL. Behandelprotocollen in de ambulante GGZ. In: Keijsers GPJ, Minnen A. van, Hoogduin CAL, editors. *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 1997. p. 1-14.
28. Keijsers GPJ, Minnen A. van, Hoogduin CAL. Protocollaire behandeling in onderzoek en praktijk: recente ontwikkelingen. In: Keijsers GPJ, Minnen A. van, Hoogduin CAL, editors. *Protocollaire behandeling in de ambulante geestelijke gezondheidszorg 2*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; Cure & Care Development; 1999. p. 1-16.
29. Multon KD, Kivlighan DM, Gold PB. Changes in counselor adherence over the course of training. *Journal of Counseling Psychology*. 1996;43:356-63.
30. Grol R, Wensink M. *Implementatie*. Maarsen: Elsevier Gezondheidszorg; 2000.
31. Grol R, Buchan H. Clinical guidelines: what can we do to increase their use? *MJA*. 2006;185(6):301-2.
32. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*. 2003;362 (9391):1225-30.
33. Egger J, Derksen J, Cave Cavernam? Over de Leidse Fles en het klinisch-wetenschappelijk erfgoed.in: Nijnatten C van, Hutschemaekers G. *De klinisch psycholoog als scientist practitioner. Opstellen over de verhouding van wetenschap en praktijk* Bij gelegenheid van het emeritaat van prof.dr. Cees van der Staak. pp24-31. Utrecht Nijmegen: MGv
34. Boshuizen HPA van. *De ontwikkeling van medische expertise*. Meppel: KRIPS Repro; 1989.
35. Beutler L, Moleiro C, Talebi H. How practitioners can systematically use empirical evidence in treatment selection. *Journal of Clinical Psychology*. 2002;58:199-212.
36. McKay KM, Imel ZE, Wampold BE. Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*. 2006;92:287-90.
37. Franklin ME, DeRubeis RJ, editors. *Efficient laboratory-validated treatments are generally transportable to clinical practice*. Washington DC: American Psychological Association; 2005.
38. Leutz WN. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*. 1999;77(1):77-110.

39. Hutschemaekers GJ, Tiemens BG, de Winter M. Effects and side-effects of integrating care: the case of mental health care in the Netherlands. *Int J Integr Care*. 2007;7:e31 ISSN 1568-4156.
40. Staak C. van der *Alleen met een brandend geduld*. Afscheidscollege. Nijmegen: Radboud Universiteit; 2008.
41. Hutschemaekers G, Tiemens B, Smit A. *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP, de Gelderse Roos; 2006.
42. RMO. *Aansprekend opvoeden. Balanceren tussen steun en toezicht*. Den Haag: RMO, 2001.
43. RMO. *Verschil maken. Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat*. Amsterdam: SWP, 2006.
44. Duyvendak J, Hutschemaekers G, Londen J van, Schnabel P, Visser A, Winter M de. *Zorg van velen. Eindrapport landelijke commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport; 2002.
45. Schon DA. *The reflective practitioner. How Professionals think in action*. New York: Basic Books; 1983.
46. Hutschemaekers G, Tiemens B. Kennisproductie en innovatie in de GGZ. Internal paper De Gelderse Roos Wolfheze, 2009.



