UvA-DARE (Digital Academic Repository)

The future is yours!

De gezondheidszorgpsycholoog op weg naar een professionele en zelfbewuste discipline

Visser, S.

Publication date

2008

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Visser, S. (2008). *The future is yours! De gezondheidszorgpsycholoog op weg naar een professionele en zelfbewuste discipline*. (Oratiereeks). Vossiuspers UvA.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

UNIVERSITEIT VAN AMSTERDAM

Sako Visser

The future
is yours!

*De gezondheidszorgpsycholoog op weg
naar een professionele en zelfbewuste discipline*

Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen

The future is yours!

Vossiuspers UvA is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is totstandgekomen onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Omslag: Crasborn BNO, Valkenburg a/d Geul
Opmaak: JAPES, Amsterdam
Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 978 90 5629 558 5
e-ISBN 978 90 4850 864 8
© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2008

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

The future is yours!

*De gezondheidszorgpsycholoog op weg naar een professionele en
zelfbewuste discipline*

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de
Beroepsopleiding tot Gezondheidszorgpsycholoog vanwege de Stichting
Postdoctorale Beroepsopleidingen/GGZ Amsterdam aan de Universiteit van
Amsterdam op donderdag 28 juni 2007

door

Sako Visser

VOSSIUSPERS UvA

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Mevrouw de decaan,
Geacht curatorium,
Geacht bestuur van de Stichting Postdoctorale Beroepsopleidingen,
Collega's, dames en heren,*

In deze openbare lezing wil ik met u een blik in de toekomst werpen ten aanzien van de gezondheidszorgpsycholoog, het terrein waar deze in de toekomst werkzaam zal zijn en wat dit zal betekenen voor de opleiding en ook het onderzoek binnen de gezondheidszorgpsychologie.

In de komende drie kwartier wil ik de volgende punten met u bespreken:

- De postdoctorale beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog, waar deze zich nu bevindt en waar die naar mijn mening naartoe moet gaan.
- Wat dit betekent voor de relatie tussen universiteiten en postdoctorale beroepsopleidingen voor wat betreft het onderwijs en onderzoek op dit gebied.
- De ontwikkelingen in de gezondheidszorg, in het bijzonder de geestelijke gezondheidszorg, met binnen deze ontwikkelingen aandacht voor de positie van de gezondheidszorgpsycholoog.
- Afrondend wil ik het hebben over de professional genaamd gezondheidszorgpsycholoog. Die afgekort de GZ-psycholoog wordt genoemd.

Ik wil u aan de hand van een representatief voorbeeld illustreren hoe het een psycholoog in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog kan vergaan.

Een jonge psycholoog studeert af in de psychologie. Dit is een feestelijke gebeurtenis voor hem of haar. Beter is te spreken van haar, want 75% van de psychologie studenten is vrouw, en in de postdoctorale beroepsopleidingen is dit percentage nog hoger: 88%. Ze heeft vier jaar psychologie gestudeerd: drie jaar bachelor en één jaar masteropleiding. Het is een feestelijke gebeurtenis met trotse ouders, een nog trotsere partner en andere dierbaren. Er is de

uitreiking van de bul met lovende woorden en er lonkt een verwachtingsvolle toekomst. Toch volgt dan snel een lichte desillusie. Onze jonge psychologe wil graag aan het werk als hulpverlener en therapeut, en dan blijkt haar nieuwe bul minder waarde te hebben dan verwacht. Ze heeft weliswaar een academische titel, maar wanneer ze echt aan het werk wil als therapeut, zal het volgen van een verdere postdoctorale opleiding voor haar noodzakelijk zijn.

In een wettelijk beschreven beroepenstructuur – de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG, 1996) – worden verschillende beroepen binnen de gezondheidszorg beschreven, met daarbij de verantwoordelijkheden en voorbehouden handelingen. Instellingen willen in toenemende mate personeel in dienst nemen dat geregistreerd is volgens deze beroepenstructuur en dus postdoctoraal is opgeleid tot een van deze beroepen. Daarmee is duidelijk welke verantwoordelijkheden een specifieke professional heeft en het is tevens een waarborg voor de kwaliteit van handelen. Het basisberoep binnen de psychologie is dat van gezondheidszorgpsycholoog, met daarnaast nog het basisberoep van psychotherapeut. De specialist is de klinisch psycholoog.

Met andere woorden: onze jonge psychologe moet, als zij in de toekomst aan het werk wil als behandelaar en therapeut, een opleidingsplek zien te veroveren in de postdoctorale opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog: de GZ-opleiding. Dat is nog niet zo eenvoudig, zoals we zullen zien.

Enkele getallen

Ik wil u enkele getallen presenteren over de instroom en doorstroom binnen de opleidingen. Ik richt me hierbij op de psychologen, aanzien deze de belangrijkste groep vormen die instroomt in de postdoctorale beroepsopleiding. Deze bestaat voor 80% uit psychologen, voor 5% uit geestelijke gezondheidskundigen (GGK) – wat vergelijkbaar is met klinische psychologie – en voor 15% uit pedagogen.

Laten we de Universiteit van Amsterdam als voorbeeld nemen. Daar zijn in 2006 330 psychologiestudenten afgestudeerd. Van deze studenten ging een klein aantal (15) verder met een promotietraject als assistent in opleiding (aio). In 2006 werden aan deze universiteit 145 GZ-verklaringen afgegeven – dat wil zeggen verklaringen dat iemand voldoet aan de toelatingsvoorwaarden van de GZ-oplei-

THE FUTURE IS YOURS!

ding. In de stad Amsterdam met zijn twee universiteiten zijn dat er globaal 250, en landelijk worden er door de universiteiten meer dan 1100 van deze verklaringen per jaar afgegeven. Nu zal niet iedereen met een dergelijke verklaring besluiten te solliciteren naar een opleidingsplek tot gezondheidszorgpsycholoog, maar het overgrote deel van de kandidaten zal dit hoogstwaarschijnlijk wel doen. Dit is dus de uitstroom vanuit de universiteiten.

Voordat ik zal ingaan op de capaciteit van de instroom voor de beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog, wil ik eerst een schets geven van de historie van de GZ-opleiding. In 1998 is op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de postdoctorale opleiding tot gezondheidszorg psycholoog gestart. In zes regio's werd een opleidingsinstituut opgezet met per regio veertien gesubsidieerde opleidingsplekken. In totaal waren er dus 84 opleidingsplekken. Iedereen die verstand had van de behoefte aan psychologen binnen de (geestelijke) gezondheidszorg wist dat dit aantal onvoldoende was. Er werd gezocht naar creatieve oplossingen voor dit probleem, zoals het creëren van opleidingsplekken buiten de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hierdoor werd de opleidingscapaciteit snel uitgebreid, tevens met niet-gesubsidieerde opleidingsplekken binnen de GGZ. In 2007 waren er landelijk meer dan 480 opleidingsplekken beschikbaar, waarvan de regio Amsterdam er 86 voor zijn rekening nam. Al met al waren dat er dus al meer dan het totale aantal landelijk afgesproken opleidingsplekken in 1998. De verwachting is dat dit landelijke aantal in 2008 de 550 plekken ruim zal overschrijden.

Het is duidelijk dat de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog explosief is gegroeid. Wat dat voor gevolgen heeft voor de inhoud van de opleiding zal ik dadelijk bespreken. Voor de opleidingsinstituten betekende het een enorme logistieke inspanning. Voor het Regionaal Instituut Nascholing en Opleiding (RINO) in Amsterdam was het een grote opgave om het ieder jaar toenemende aantal opleidingsgroepen in goede banen te leiden en de daarvoor noodzakelijke nieuwe vakbekwame docenten aan te trekken. Dit is tot nu toe wonderwel goed gelukt, maar vooral het aantrekken van bewerkwame docenten blijft een grote inspanning. Ondanks de toegenomen opleidingscapaciteit blijkt dat deze nog steeds onvoldoende is om te kunnen voldoen aan de vraag naar GZ-psychologen in het klinische veld.

Kijken we nu naar de uitstroom uit de universiteiten en instroom naar opleidingsplaatsen in de postdoctorale opleiding, dan zult u wel begrijpen dat hier iets niet goed gaat, ondanks de explosieve groei van de opleidingscapaciteit van de postdoctorale GZ-opleiding. Een groot aantal afgestudeerden wil beginnen aan de GZ-opleiding. Het gaat niet alleen om de kandidaten die dat jaar afstuderen, maar ook om degenen die in de jaren ervoor niet in opleiding zijn gekomen. Er is dus een stuwmeer ontstaan van potentiële opleidingen.

De kans dat onze jonge psychologe snel in opleiding zal gaan, is niet erg groot. Er zijn te veel kandidaten en relatief weinig plekken. Dit heeft tot gevolg dat op een openstaande plek in Amsterdam door meer dan 150 sollicitanten wordt gereageerd. Op zeer populaire plekken komen soms zelfs meer dan 200 reacties binnen.

De beroepsgroep is aan zichzelf verplicht hier iets aan te doen. We frustreren gemotiveerde jonge mensen door ze te laten meedraaien in een soort *rat race*.

De oplossingen zijn simpel te bedenken maar complex om uit te voeren. Ze zijn te vinden aan de voorkant en aan de achterkant. Aan de voorkant stromen te veel mensen in. Bij een aantal universiteiten bestaat er al een *numerus fixus* voor psychologie, maar helaas niet voor alle universiteiten in het land. Het zou wenselijk zijn dat dit voor alle universiteiten zou gelden. Er zou ook binnen de universitaire opleidingen steeds verder getrapt geselecteerd kunnen worden op geschikte kandidaten voor de postdoctorale opleiding. Hiervoor leek zich een goede mogelijkheid voor te doen met de uitbreiding van het zogeheten ‘mastersgedeelte’ van de opleiding voor klinische en gezondheidspsychologie tot twee jaar – dit mede op advies van de commissie Lehveldt (2007). Door een strengere selectie toe te passen op de instroom van deze tweejarige master zou het aantal kandidaten dat aan het eind van de studie in aanmerking komt voor de postdoctorale GZ-opleiding al verder geselecteerd en ingeperkt worden. Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW) heeft echter in al haar wijsheid laten weten deze tweejarige master niet te honoreren. Maar er zijn echter ook nog andere varianten mogelijk. Naar mijn mening moeten de universiteiten en de postdoctorale opleidingen samenwerken om een oplossing te vinden. Inmiddels zijn de eerste initiatieven genomen om tot een verdere integratie te komen.

Ook aan de achterkant zijn er oplossingen mogelijk. In het veld bestaat een grote behoefte aan goed opgeleide GZ-psychologen. We zagen al dat de opleiding kwantitatief enorm gegroeid is. Desalniettemin kan nog niet geheel tegemoetge-

THE FUTURE IS YOURS!

komen worden aan de vraag vanuit het werkveld, en dan bedoel ik niet alleen de geestelijke gezondheidszorg, want bijvoorbeeld ook in de ouderenzorg, de verslavingszorg, de chronische psychiatrie en de forensische psychologie is grote behoefte aan goed opgeleide GZ-psychologen. In goed overleg met de opleidingsinstituten alsook praktijkinstellingen zal hierin een verdere groei bereikt moeten worden. Daaraan zit natuurlijk ook een financiële kant. Het is de verwachting dat het nu ingestelde opleidingsfonds meer mogelijkheden zal creëren.

Het is dus noodzakelijk dat de universiteiten en postdoctorale beroepsopleidingen initiatieven ontplooiën om verandering in deze situatie te brengen. Hierbij zullen de universiteiten en postdoctorale beroepsopleidingen ook moeten samenwerken bij het vinden van oplossingen. Het is dan ook hoopvol dat er vanuit de kamer Psychologie en de kamer Gezondheidszorgpsycholoog al nagedacht wordt over verschillende scenario's. Ik zal hieraan als hoofdopleider graag een bijdrage leveren

Stelling: de te grote instroom van psychologen en pedagogen in de postdoctorale opleidingen en het voortdurende gebrek aan opgeleide GZ-psychologen moet worden opgelost. Dit probleem valt onder de verantwoordelijkheid van de gehele beroepsgroep. In dezen dragen zowel de universiteiten als de postdoctorale beroepsopleidingen een verantwoordelijkheid.

Hoe verging het onze getalenteerde jonge psychologe die graag de GZ-opleiding wilde volgen? Ze had stage gelopen in een grote GGZ-instelling en kreeg daarvoor een zeer goede beoordeling. Na een groot aantal open sollicitaties lukte het haar een tijdelijk contract te krijgen bij een andere grote GGZ-instelling in Noord Holland in verband met een zwangerschapsvervangning. Aan het eind van deze vervangingsperiode bleek bij de instelling waar ze stage had gelopen de mogelijkheid te bestaan om tijdelijk aangesteld te worden in verband met het wegwerken van wachtlijsten, wat gevolgd werd door een verlenging in verband met nog weer een zwangerschapsvervangning. Binnen de instelling was men zeer tevreden over haar en kon ze als interne kandidaat mee solliciteren op een niet gesubsidieerde opleidingsplek in de instelling. En met succes: drie maanden later kon ze starten met de GZ-opleiding. Ze had toen al bijna twee jaar werkervaring.

De universiteit en de postdoctorale beroepsopleiding

Volgens de oorspronkelijke opzet van de postdoctorale opleidingen was het de bedoeling dat afgestudeerden binnen de klinische psychologie of pedagogiek na de universitaire opleiding ofwel zouden doorstromen in een promotietraject of zouden kunnen doorgaan met de postdoctorale beroepsopleiding tot gezondheidszorgpsycholoog. Echter, na de invoering van de zogeheten 'bachelors-/masterstructuur' in 2004 bleek dat niet bij alle universiteiten de afgestudeerden voldoen aan de toelatingseisen van de postdoctorale GZ-opleiding, zowel wat betreft de gevolgde stage als de doorlopen onderdelen van het cursorisch onderwijs. Met andere woorden: de aansluiting tussen universiteit en postdoctorale beroepsopleiding is voor een bepaalde groep afgestudeerden niet goed. Dat is merkwaardig aangezien het idee was dat men na de afronding van het doctoraal kon doorstromen in postdoctorale opleidingen. Dat lijkt hiermee te zijn losgelaten. In de praktijk lossen de net afgestudeerden dit zelf op door op verschillende manieren werkervaring op te doen om zo aan de toelatingseisen te voldoen. Het geeft echter wel misstanden, bijvoorbeeld het verschijnsel dat afgestudeerde psychologen gratis gaan werken op zogeheten 'werkervaringsplaatsen' om ervaring op te doen. Dit is een slechte zaak die niet goed is voor de professie.

Wat verder opvalt, is dat de universiteiten en de postdoctorale beroepsopleidingen minder intensief samenwerken dan oorspronkelijk bedacht was. Zo is het opvallend dat de docenten binnen de postdoctorale beroepsopleiding veelal niet dezelfde zijn als de docenten aan de universiteiten. Meestal zijn de docenten afkomstig uit het praktijkveld en niet verbonden aan een van de universiteiten. Deze steeds groter wordende kloof tussen universiteit en postdoctorale GZ-opleiding lijkt mij een onwenselijke situatie. Het is dan ook mijn ambitie om de contacten tussen de universiteiten en de GZ-opleidingen weer aan te halen. Het lijkt mij een goed streven om de uitwisseling op het gebied van de curricula en docenten te stimuleren. Ik ben dan ook blij te merken dat de voorzitters van de afdelingen Klinische Psychologie van de beide universiteiten in Amsterdam hier ook positief tegenover staan. Op het terrein van docenten zijn de eerste stappen tot uitwisseling al genomen.

Naast de uitwisseling en verdere afstemming van de masters en de postdoctorale opleidingen heb ik nog een ander streven, namelijk het opleiden van zogeheten

THE FUTURE IS YOURS!

‘scientist practitioners’: getalenteerde psychologen die zowel het promotietraject als de GZ-opleiding hebben doorlopen. Binnen de opleiding psychiatrie bestaat een dergelijke constructie al langer. Dit verloopt niet altijd probleemloos, maar desondanks lijkt het mij een goede zaak om te onderzoeken of dit ook binnen de psychologieopleiding mogelijk is. Ideaal zou een integraal traject zijn, waarbij aan het eind zowel de promotie als de GZ-opleiding zijn afgerond. Dit is naar mijn mening vooral wenselijk aangezien er juist aan deze groep professionals een grote behoefte bestaat. Er zou in het klinische veld veel meer inbreng kunnen zijn vanuit de wetenschap, onder andere van gepromoveerde professionals, want in de universitaire wereld dreigt een steeds groter tekort aan al dan niet geregistreerde ervaren klinici. Ter illustratie: bij de Universiteit van Amsterdam stonden de afgelopen jaren drie vacatures open voor de functie van universitair docent die niet opgevuld konden worden; uiteindelijk zijn daarvoor Engelse en Duitse psychologen aangetrokken. Niets ten nadele van deze buitenlandse psychologen, maar het maakt duidelijk dat in Nederland niet geïnvesteerd wordt in het opleiden van dergelijke *scientist practitioners*, terwijl iedereen daar wel de noodzaak van inziet.

Het is daarbij mijn hoop dat door dergelijke gecombineerde opleidingstrajecten ook meer ruimte gecreëerd wordt voor klinisch patiëntgebonden onderzoek, dat de laatste jaren toch wat in de verdrukking is gekomen door het vele experimentele en laboratoriumonderzoek binnen de psychologie.

Stelling: er moet gewerkt worden aan een intensievere samenwerking tussen de universiteiten en de postdoctorale beroepsopleidingen. Concreet zou deze kunnen bestaan uit de uitwisseling van docenten, het nauwer aansluiten van de curricula en mogelijk een verdere integratie. Daarnaast moet er gericht geïnvesteerd worden in het opleiden van *scientist practitioners*.

De inhoud van de postdoctorale beroepsopleiding

Hiervoor hebt u gezien dat de postdoctorale beroepsopleiding tot gezondheidspsycholoog explosief gegroeid is sinds haar start. Er is daardoor veel aandacht geweest voor de logistiek en het vinden van voldoende gekwalificeerde docenten.

Voor mij is het een goed moment om mij nader te bezinnen op de inhoud van de opleiding. In deze lezing wil ik aan enkele punten bijzondere aandacht besteden.

De opbouw van de opleiding

De GZ-opleiding is een brede generalistische basisopleiding. De ontwikkeling die nu gaande is in de opleiding tot GZ-psycholoog is dat er accenten worden gelegd. Het toekomstige werkveld van de GZ-psycholoog is zeer breed en daarom is er vanuit de klinische praktijk een behoefte ontstaan aan het leggen van bepaalde accenten binnen de opleiding. Zo zijn nu de accenten gelegd op leeftijdscategorieën: het accent reguliere opleiding volwassenen, het accent kinderen en jeugd, en in Amsterdam ook een accent ouderen. Daarnaast wordt er gewerkt aan en nagedacht over differentiaties die volgen na afronding van de GZ-opleiding: de post GZ-opleidingen. De eerste initiatieven zijn genomen op het gebied van de eerste lijnspsycholoog, ouderenpsycholoog en verslavingszorgpsycholoog, en wordt gewerkt aan de differentiatie forensische psycholoog. In de praktijk bestaan er al functiedifferentiaties als cognitief gedragstherapeut en systeemtherapeut. Er zit een spanningsveld tussen accenten in de opleiding en de differentiaties na de GZ-opleiding. Hierin moeten keuzes worden gemaakt.

Mijn voorkeur is duidelijk. De GZ-opleiding is een brede generalistische basisopleiding. Hierin moet een brede basis gelegd worden, zodat bij afronding van de opleiding de nieuwe GZ-psychologen dezelfde competenties hebben en aan dezelfde eindtermen voldoen. Hieruit volgt dat er niet te veel accenten gecreëerd zouden moeten worden binnen de opleiding. Er kan wel speciale aandacht uitgaan naar bepaalde terreinen, zoals de eerstelijnspsychologie en kortdurend behandelen, maar de opleiding moet vergelijkbaar zijn met en voldoen aan dezelfde eindtermen als die van een reguliere opleiding. Men kan zich zelfs voorstellen dat het aantal accenten weer ingeperkt wordt als de differentiaties verder uitgewerkt zijn.

Stelling: Het aantal accenten binnen de GZ-opleiding moet beperkt worden gehouden en eventueel nog verder worden ingeperkt. Daarnaast dient er geïnvesteerd te worden in de ontwikkeling van differentiaties als vervolg op de GZ-opleiding.

Evidence-based geestelijke gezondheidszorg

Ik ben een groot voorstander van *evidence-based* werken binnen de gezondheidszorg. Bij deze manier van werken wordt ervan uitgegaan dat de behandelaar gebruikmaakt van het op dat moment beste bewijsmateriaal om individuele patiënten te behandelen (Sackett et al., 2000; Offeringa et al., 2000). Hierbij worden verschillende stappen onderscheiden:

- Probleemdefiniëring: het probleem of de klacht worden geformuleerd in een concrete vraag.
- Beschikbare wetenschappelijke evidentie: de beschikbare kennis op dit gebied wordt gezocht en geselecteerd.
- De impact en toepasbaarheid van deze evidentie in de klinische praktijk worden onderzocht.
- Het al dan niet uitvoeren hiervan bij deze individuele patiënt wordt overwogen.
- Het resultaat wordt geëvalueerd.

In Nederland is een grote sprong voorwaarts gemaakt met het opstellen van de zogeheten ‘multidisciplinaire richtlijnen’ (bijvoorbeeld: *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*, CBO, 2003 en *Multidisciplinaire richtlijn depressie*, CBO, 2005). Dit zijn richtlijnen die door verschillende disciplines zijn opgesteld. Ze zijn stoornisgericht en beschrijven de beschikbare evidentie binnen een hiërarchische structuur. De multidisciplinaire richtlijnen geven dus een beeld van de op dat moment beschikbare kennis. Een belangrijke vooruitgang is dat deze richtlijnen multidisciplinair toepasbaar zijn en dat de beroepsverenigingen zich eraan gecommitteerd hebben. Daarvóór bestonden er wel enkele monodisciplinaire richtlijnen voor de behandeling van een bepaald soort klachten, maar nog niet deze multidisciplinaire. Onder deze richtlijnen zitten weer protocollen waarin beschreven wordt hoe men een bepaalde behandeling zou kunnen uitvoeren.

Er is ook kritiek op de richtlijnen. Een deel daarvan is onterecht, gebaseerd op karikaturen van richtlijnen en protocollen (Visser, 1996). Sommige kritiek is echter terecht. Om enkele punten te noemen:

- De richtlijnen zijn al verouderd als ze uitkomen.
- De opeenvolging van de interventies is veelal niet onderzocht.

- Bepaalde stappen zijn gebaseerd op de consensus van de opstellers van de richtlijnen. Hierbij kunnen ook politieke argumenten een rol spelen.
- Er is onvoldoende aandacht voor de comorbiditeit, zoals persoonlijkheidsstoornissen.
- Het is bijvoorbeeld onduidelijk of de richtlijnen ook toepasbaar zijn op allochtone populaties.
- Ze zijn veelal gericht op symptoomreductie. Andere maten zijn ook relevant, zoals kwaliteit van leven en sociaal en beroepsmatig functioneren.

De noodzaak om de multidisciplinaire richtlijnen verder te ontwikkelen en het wetenschappelijk onderzoek nieuwe impulsen te geven, is mij duidelijk. De huidige multidisciplinaire richtlijnen bieden, ondanks hun beperkingen, een goede bundeling van de huidige kennis op het gebied van de beschreven stoornissen. Ook de critici van de richtlijnen zijn het erover eens dat het onwenselijk is dat hulpverleners maar hun eigen gang blijven gaan zonder zich iets aan te trekken van wat er bekend is aan wetenschappelijke evidentie (Beutler et al., 2002).

Naast de ontwikkeling is er nu het punt van de implementatie van de richtlijnen. Nu het steeds bekender wordt wat de meest effectieve behandelingen zijn bij welke klachten of stoornissen, zou men verwachten dat die dan ook in de praktijk toegepast worden. Dat valt echter tegen. Mijn collega Ton van Balkom, hoogleraar psychiatrie, *evidence based medicine*, heeft in zijn oratie (Van Balkom, 2003) reeds op dit punt gewezen. Uit onderzoek blijkt dat het percentage patiënten met een angststoornis of een depressie dat een effectieve eerstekeusbehandeling krijgt tamelijk laag is. Het Nederlandse en het buitenlandse onderzoek op het gebied van psychologische, psychotherapeutische behandelingen en farmacotherapie laat eenzelfde beeld zien: ongeveer een derde van de patiënten krijgt een eerstekeus- of andere adequate behandeling, maar twee derde van de patiënten dus niet. Britse onderzoekers gingen nog een stap verder en bekeken wat er nu werkelijk in de behandelkamer gebeurde (Salkovskis, 2002; Stobie et al., 2007). Daarbij kwamen nog lagere percentages bij het toepassen van eerstekeusinterventies aan het licht. Op dit moment loopt er een wetenschappelijk onderzoek naar de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen bij een grote GGZ-instelling in het oosten van het land, en ook daar worden vergelijkbare percentages gevonden (Van Dijk et al., 2006).

THE FUTURE IS YOURS!

Dus wat betreft inhoud en implementatie is er nog veel werk aan de winkel. Gelukkig gaan de ontwikkelingen door. De richtlijnen voor angststoornissen en depressie zullen worden aangepast aan de huidige wetenschappelijke kennis. Er zijn werkgroepen in het leven geroepen om de toepasbaarheid van de richtlijnen bij allochtone populaties te beschrijven. Verder zijn er via het Trimbos-instituut verschillende doorbraakprojecten opgezet die gericht zijn op de implementatie van de verschillende richtlijnen. Binnen de grote GGZ-instellingen zijn trajecten uitgezet tot implementatie hiervan, waaronder het hierboven genoemde implementatieonderzoek.

Wanneer we de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog in dit kader nader bekijken, dan lijkt het mij duidelijk dat een aantal van de hierboven besproken elementen deel horen uit te maken van de GZ-opleiding. De psychologen in opleiding moeten kennismaken van de richtlijnen en deze in het algemeen ook kunnen uitvoeren. Vertrouwd raken met protocollen zou een essentieel onderdeel van de opleiding moeten zijn, zodat het karikaturale beeld hiervan verdwijnt en de studenten weten hoe ze ze moeten toepassen, namelijk toegesneden op de individuele patiënt en niet als rigide regels. De toekomstige GZ-psycholoog moet op de hoogte zijn van de eerstekeusbehandelingen voor de meest voorkomende stoornissen en weten hoe deze in de praktijk toegepast dienen te worden.

Mijn verwachting is dat dit, naast een hoger kennisniveau binnen de opleiding, ook een positief effect zal hebben op het werkveld en de kwaliteit van zorg. Bij de hierboven beschreven percentages zal het geen verbazing wekken dat de psycholoog in opleiding ermee te maken krijgt dat patiënten in het merendeel van de gevallen niet de eerstekeusbehandeling krijgen die ze nodig hebben. Iemand in opleiding zit natuurlijk niet in de positie om het behandelbeleid van een instelling te veranderen. De instellingen zijn echter wel opleidingsinstituten met praktijkopleiders, werkbegeleiders en supervisors die ook weer contact hebben met het opleidingeninstituut. Door een frequent inhoudelijk contact tussen praktijkinstellingen en opleidingsinstituut zal het *evidence-based* werken in de instellingen gestimuleerd kunnen worden.

Onze psychologe is gestart met haar opleiding en het bevalt haar zeer goed. Dat was ook te verwachten. Ze krijgt uitgebreide supervisie en werkbegeleiding, zit in een leuk team en volgt de referaten van de arts-assistenten. Ze

merkt wel dat de productiedruk binnen de instelling toeneemt. De afdelingsmanager zou graag zien dat ze nog meer patiënten in zorg zou nemen. Haar werkbegeleider en praktijkopleider zorgen er echter voor dat ze ruimte genoeg blijft houden om haar opleiding te kunnen blijven volgen.

Er zijn nog een paar andere dingen die de psychologe opvallen. Binnen haar opleidingsgroep is er grote diversiteit aan werkplekken, waarvan sommige plekken wel heel specialistisch zijn. Gelukkig kan zij op haar opleidingsplek binnen verschillende programma's werken. Verder vindt ze dat ze erg veel tijd moet besteden aan diagnostiek. Ze vraagt zich af of er altijd zoveel psychologische onderzoeken worden aangevraagd. Over het cursorisch onderwijs is ze heel positief en ze is blij dat de meeste docenten ook ervaren klinici zijn.

Diagnostiek

Ik ga graag verder in op het diagnostisch onderwijs binnen de GZ-opleiding. De laatste tijd is er een intensieve discussie gevoerd over psychodiagnostische systemen (zie bijvoorbeeld: Eurlings & Snellen, 2005; Smid & Kamphuis, 2005). Discussie is goed, zeker wanneer dit de argumenten aanscherpt. Wanneer de discussie echter uitmondt in stellingen van gelovigen tegenover niet-gelovigen, werkt deze alleen maar remmend. Als de evidentie aantoont dat een bepaalde diagnostische aanpak effectief is, dat wil zeggen betrouwbaar en valide, dan verdient deze aanbeveling. Wanneer de evidentie hiervoor ontbreekt, dan is het goed om deze verder te onderzoeken in de praktijk. Op het gebied van de diagnostiek is dit echter nog beperkt. Gelukkig komen er steeds meer initiatieven, hoe bescheiden ook, om diagnostische indelingen en systemen te toetsen in de praktijk (zie bijvoorbeeld Osterhaus et al., 2007).

Het is naar mijn mening noodzakelijk dat men binnen de GZ-opleiding op de hoogte is van de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van behandeling en diagnostiek. Wat degenen in opleiding in ieder geval moeten weten en ook moeten kunnen toepassen zijn de *evidence-based* vormen van diagnostiek. Er zijn voldoende betrouwbare en valide diagnostische instrumenten en systemen die zij dienen te kennen en te beheersen.

THE FUTURE IS YOURS!

In het Besluit Gezondheidszorgpsycholoog (ministerie van VWS, 1998) is bepaald hoeveel uren in de GZ-opleiding moeten worden besteed aan behandeling, indicatiestelling, diagnostiek en overige taken. Deze verdeling lijkt vrij arbitrair te zijn, en is dit ook. Het aantal uren voor diagnostiek is naar mijn mening vrij hoog. Historisch gezien is dit te verklaren. Van oorsprong hield de klinisch psycholoog zich vooral bezig met diagnostiek en assessment. Later kwam er meer aandacht voor de behandeling en maakte ook de psychotherapie een grote vlucht.

In tabel 1 ziet u een overzicht van de verdeling van de onderwijsuren over verschillende vakken binnen de GZ-opleiding (ministeriële beslissing VWS, 1998).

Tabel 1. Urenverdeling in cursorisch onderwijs en praktijkuren

	Cursorisch	Praktijk
Diagnostiek	192	1116
Indicatiestelling	48	279
Interventies	192	1116
Overige taken	48	279

U ziet dat ervoor is gekozen het aantal uren dat wordt besteed aan diagnostiek gelijk te stellen aan het aantal uren dat wordt besteed aan interventies. Zoals gezegd is dit een vrij arbitraire keuze die tevens de vraag oproept in hoeverre uitgebreide diagnostiek inderdaad leidt tot een beter behandelresultaat. Er zijn slechts een beperkt aantal studies gedaan naar de toegevoegde waarde van uitgebreide diagnostiek ten aanzien van behandelresultaten. In het bekende overzichtswerk van Bergin en Garfield (1994) en in een review van Nelson-Gray (2003) zijn deze studies op een rij gezet. De toegevoegde waarde van uitgebreide diagnostiek op het behandelresultaat is nihil. Onderzoek naar veelvoorkomende stoornissen als angststoornissen, stemmingsstoornissen en somatoforme stoornissen laten geen toegevoegde waarde zien. In de eerste lijn is juist behoefte aan kortdurende diagnostiek – diagnostiek volgens het *stepped care* principe –, zodat snel kan worden overgegaan tot behandeling. Hiernaar is nog helemaal geen onderzoek gedaan. Dit geeft te denken over de opbouw van het curriculum tot GZ-psycholoog.

Dan zijn er de studies die een bijdrage beogen te leveren aan de effectiviteit van behandelingen (bijvoorbeeld: Lambert & Bergin, 1994). Wanneer we hiernaar kij-

ken, zien we dat naast de interventies de zogeheten ‘non-specifieke factoren’ belangrijk zijn. Naast de specifieke interventies is vooral de therapeutische relatie een belangrijke factor voor een succesvolle therapie. Binnen de opleiding wordt hieraan uiteraard aandacht besteed, maar wanneer ik kijk naar de relatief vele uren die worden besteed in vergelijking tot die aan de therapeutische relatie, dan vraag ik mij af of dit op grond van evidentie te rechtvaardigen is.

Stelling: er moet gestreefd worden naar *evidence-based* werken, qua behandeling en qua diagnostiek, met voldoende aandacht voor de therapeutische relatie. De discussie over de urenverdeling binnen de GZ-opleiding zou nog een keer gevoerd moeten worden.

De toekomst van de zorg

Ik wil het nu met u hebben over de toekomst van de gezondheidszorg, in het bijzonder de geestelijke gezondheidszorg.

Wanneer we het hebben over de toekomst van de GZ-psycholoog, dan moeten we het ook hebben over de toekomst van de zorg waarin hij werkzaam is. De geestelijke gezondheidszorg is volop in beweging. De overheid neemt nog steeds als uitgangspunt het in 2002 verschenen rapport ‘Zorg van velen’ (Duyvendak et al., 2002), waarin de doelstellingen van de GGZ geschilderd worden. Deze zijn:

- Versterking van de eerste lijn en daarbij een nauwere aansluiting bij de welzijnszorg.
- Het meer laten opgaan van de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg in de algemene gezondheidszorg. Het einde van de categorale GGZ en een nauwe aansluiting bij de algemene ziekenhuizen.
- Ten slotte: binnen de derdelijns geestelijke gezondheidszorg wordt wel categorale specialistische zorg geleverd.
- Bij dit alles zou *stepped care* (getrapte behandeling) leidend moeten zijn.

Het idee van *stepped care* is dat er een getrappt behandelaanbod is van generalistisch naar meer specialistisch en van minder naar meer intensief (Sobell & Sobell, 2000; Beutler et al., 2002). Het uitgangspunt is dat in eerste instantie wordt gekozen voor de lichtste, eenvoudigste en minst belastende behandeling uit het totale scala

THE FUTURE IS YOURS!

van behandelingen passend bij de problematiek van de cliënt. Naast *stepped care* is er ook *matched care*, waarbij verschillende patiënten ook verschillende vormen van behandeling krijgen. Bij beiden benaderingen geldt dat zowel onderbehandeling als overbehandeling schadelijk is.

De eerste lijn

De gezondheidszorgpsycholoog zal binnen deze ontwikkelingen een belangrijke rol vervullen. Het meer generalistisch werken binnen de eerste lijn sluit uitstekend aan bij de generalistische GZ-opleiding. In Amsterdam bestaan al opleidingsgroepen waarin de aandacht vooral gericht is op de eerste lijn en kortdurend behandelen. Vanuit het CONO (Centraal Orgaan Nascholing en Opleiding) en de kamer Gezondheidszorgpsycholoog is al een initiatief genomen om een *pilot* te starten om tot de differentiatie tot eerstelijnspsycholoog te komen, te weten de basis van de tweejarige GZ-opleiding, gevolgd door één jaar eerstelijnsdifferentiatie tot eerstelijnspsycholoog.

Ik heb het belang van *evidence-based* werken binnen de GGZ benadrukt en wil dat ook benadrukken voor de eerstelijnspsychologie. Er bestaat een misvatting dat bij het generalistisch in de eerste lijn het werken de richtlijnen en protocollen die ontwikkeld zijn voor de GGZ niet meer van toepassing zijn. Dit is onjuist. Als je kijkt naar de problematiek die behandeld wordt binnen de eerste lijn – angstklachten, stemmingsklachten, aanpassingsstoornissen, arbeidsgerelateerde problematiek – dan zijn veel van de ontwikkelde protocollen juist zeer goed toepasbaar bij deze doelgroep. Wel is er nog meer wetenschappelijk gecontroleerd onderzoek nodig naar specifiek in de eerste lijn te ontwikkelen protocollen.

Onlangs is het eerste handboek verschenen op het gebied van de eerstelijnspsychologie (Lamers et al., 2006) – een goed initiatief. De redactie ervan benadrukt het belang van *evidence-based* handelen. Ik ben het echter eens met de recensie van Meijer en Ten Broeke in *De Psycholoog* (Meijer & Ten Broeke, 2007) dat dit aspect in de hoofdstukken niet altijd te herkennen is en nog wat meer aan de orde mag komen.

Stelling: het beleid van de overheid om de eerstelijns hulp te versterken, sluit goed aan bij de GZ-opleiding. Ook hierbij dient aandacht te zijn voor *evidence-based* werken.

De tweede lijn

Wat betekenen de ontwikkelingen in de tweedelijnszorg voor de GZ-psycholoog? De overheid streeft ernaar een einde te maken aan een sectorale GGZ. Hutschemakers en Tiemens (2006) onderschrijven deze ontwikkeling. Een nauwere aansluiting bij de gehele gezondheidszorg lijkt wenselijk. Een betere aansluiting bij de somatische zorg kan ook een verbetering van de zorg betekenen. Binnen de somatische zorg is er een aanzienlijk aantal patiënten dat, naast hun somatische klachten, ook lijdt aan een psychische stoornis (Narrow & Rae, 2002; Leentjens et al., 2004). Deze categorie patiënten wordt onderbehandeld. Op dit gebied beweegt zich natuurlijk de medische psychologie en de consultatieve psychiatrie, maar door de psychologische en psychiatrische hulpverlening valt hier nog veel winst te behalen

Daarnaast zijn er de somatoforme stoornissen. Patiënten met een somatoforme stoornis zijn voor een groot deel terug te vinden binnen de somatische zorg, wat begrijpelijk is gezien hun lichamelijke klachten of sensaties en hun preoccupatie met deze lichamelijke verschijnselen. Slechts een beperkt deel van deze patiëntengroep – het is onduidelijk hoe groot dit percentage is – komt terecht in de geestelijke gezondheidszorg. Daar horen deze patiënten eigenlijk niet thuis. Er is gelukkig een groeiende belangstelling voor de diagnostiek en behandeling van somatoforme stoornissen. Ik heb samen met mijn collega en vriend Theo Bouman onderzoek gedaan naar de behandeling van deze doelgroep (Bouman & Visser, 1998; Visser & Bouman, 2001). Echter, wanneer we het totaal van het onderzoek naar somatoforme stoornissen overzien, dan blijkt dit nog beperkt te zijn, bijvoorbeeld in vergelijking met het onderzoek naar angststoornissen en depressie.

Daarnaast is er nog een diffuser gebied van de zogeheten ‘lichamelijk onbegrepen klachten’ (LOK) – in de huisartsgeneeskunde ook wel genoemd ‘onbegrepen lichamelijke klachten’ (OKL) of ‘onbegrepen somatische klachten’ (OSM). Het gaat om afkortingen voor uiteenlopende lichamelijke klachten bij een brede categorie patiënten, variërend van vermoeidheid tot lichamelijke uitvalsklachten, die uitgebreid medisch zijn onderzocht maar waarvoor geen duidelijke somatische oorzaak te vinden is. Toch lijden deze patiënten onder de gevolgen van hun klachten (Van Rood et al., 2001; Van Rood & Visser, 2003) en hebben ook veelal psychische problemen. Naar de behandeling van deze groep patiënten is weliswaar onderzoek gedaan (bijvoorbeeld: Speckens et al., 1995), maar slechts op beperkte

THE FUTURE IS YOURS!

schaal. Er ligt een grote uitdaging om hier verder onderzoek naar te doen en de bestaande behandelmodules te verbeteren. Het is verheugend dat op verschillende plaatsen in Nederland initiatieven zijn en worden genomen om poliklinieken op te zetten die zich specifiek op deze doelgroep richten. Juist bij deze doelgroep zal de toevoeging van psychologische interventies, vaak in de vorm van cognitieve gedragstherapie, naast al het somatische onderzoek, een toegevoegde waarde hebben bij de behandeling van de klachten. Hier ligt dus een groeiend werkgebied voor de GZ-psycholoog.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg ziet men golfbewegingen in de paradigma's en modellen die domineren in de theorieën en behandelwijzen. In de tijd dat het RIAGG werd opgezet en verschillende zorginstellingen werden samengevoegd, bestond er een sterk psychotherapeutisch kader. De laatste jaren is een medisch-biologische benadering in opkomst. De biologische psychiatrie heeft de laatste jaren steeds meer nadruk gekregen en reeds veel bijgedragen aan de behandeling van psychische stoornissen, mede door het vele onderzoek dat men op dit terrein verricht heeft. De GGZ in de tweede en derde lijn zal zich in de toekomst meer in de algemene en academische ziekenhuizen gaan concentreren. Vaak ligt de nadruk dan op (biologische) psychiatrie. Dat is jammer, want geestelijke gezondheidszorg is meer. Naast de psychiatrie hebben ook de psychologie en psychotherapie daarin een belangrijk aandeel, met daarnaast nog de agogische wetenschappen, de verpleegwetenschappen en ga zo maar door. Het multidisciplinaire karakter is juist de kracht van de geestelijke gezondheidszorg – iets waarvoor ik dan ook sterk wil pleiten.

Stelling: er zijn nieuwe kansen voor de GGZ bij de aansluiting bij de somatische gezondheidszorg, en dan vanuit een multidisciplinaire benadering.

Professioneel en zelfbewust

Ik zou graag zien dat de gezondheidszorgpsycholoog zich in de toekomst nog verder ontwikkelt tot een professionele en zelfbewuste discipline. Waarmee ik niet wil zeggen dat de gezondheidszorgpsycholoog nu niet professioneel of zelfbewust is, maar ik vindt dat op dit terrein nog verdere stappen zijn te zetten.

Wat zijn nu de kenmerken van een professional en wat is nodig voor verdere professionalisering? Duyvendak et al. (2006) beschrijven de volgende kenmerken voor professionals in de zorg:

- Het bezitten van kennis en vaardigheden (richtlijnen, protocollen, *evidence-based* gezondheidszorg).
- Het vermogen daarop te kunnen reflecteren (zie ook: Schön, 1983).
- Het kunnen hanteren van verschillende rollen en verantwoordelijkheden, multidisciplinair en binnen complexe organisaties.

Over de kennis en het *evidence-based* werken binnen de opleiding tot GZ-psycholoog heb ik het in het voorgaande gehad.

Het tweede kenmerk is het reflecteren. De term ‘reflecterende professional’ werd in 1983 geïntroduceerd door Schön. Een van de onderdelen van de opleiding tot GZ-psycholoog is het reflectief practicum. We kunnen de waarde van dit onderdeel voor de opleiding niet overschatten. Hierbij wordt ingegaan op ethische kwesties, juridische zaken en maatschappelijke ontwikkelingen in relatie tot het beroepsmatig functioneren. Dit reflecteren is natuurlijk niet alleen iets wat alleen van nut is voor de GZ-psycholoog, al dan niet in opleiding; in feite is dit noodzakelijk voor alle professionals.

Ik maak me zorgen over de reflecterende professional binnen het huidige tijdsgewricht. In deze tijd van productiedruk en productieafspraken is er steeds minder tijd voor reflectie. Vrienden en kennissen die niet in de gezondheidszorg werken, kijken wat verbaasd bij de uitdrukking ‘productie in de zorg’. Inderdaad, u bent als patiënt productie, of u nu bij een neuroloog, een internist of een psycholoog komt. Uw contact krijgt een code. De ene keer levert u meer geld op dan de andere. Wanneer u niet op uw afspraak verschijnt, bent u een *no-show*, oftewel ‘productieverlies’. De productiedruk neemt de laatste jaren alleen maar toe: de professional moet meer doen in minder tijd. Daarnaast neemt het aantal registraties en de bureaucratie toe. Tijd voor reflectie is er nauwelijks meer, zelfs niet om stil te staan bij de simpele vraag ‘waarom doe ik wat ik doe?’ Dit is geen goede ontwikkeling en gaat ten koste van de kwaliteit van de zorg. Daarom wil ik hier het belang benadrukken dat er tijd en ruimte is en gereserveerd blijft voor intervisies en supervisies. Daar is in ieder geval een moment voor reflectie.

THE FUTURE IS YOURS!

Als laatste kenmerk van de professional in de zorg noemen Duyvendak en collega's het kunnen hanteren van verschillende rollen en verantwoordelijkheden. De toekomstige GZ-psychologen dienen zich goed bewust te zijn van hun bevoegdheden en verantwoordelijkheden.

Vanwege de eerdergenoemde wet BIG is het makkelijker en duidelijker om taken en verantwoordelijkheden te definiëren. Voorbehouden handelingen zijn hierin beschreven alsook de verschillende beroepsgroepen. De GZ-psycholoog is bevoegd op veel terreinen; de opleiding tot GZ-psycholoog heeft de taak ervoor te zorgen dat hij hierin ook bekwaam wordt. De GZ-psycholoog moet daarnaast leren zijn verantwoordelijkheid te nemen, iets wat eigenlijk al binnen de psychologie studie ruime aandacht zou moeten krijgen. Het gaat daarbij vaak om complexe en moeilijke situaties. De gunstige ontwikkeling doet zich voor dat GZ-psychologen binnen de organisatiestructuren steeds meer verantwoordelijkheden krijgen en nemen voor wat betreft coördinerende en leidinggevende taken. Ook leren zij omgaan met meer complexe problematiek. Daarnaast functioneert de gezondheidszorgpsycholoog ook in een veranderende maatschappelijke context. Patiënten zijn steeds meer geneigd te externaliseren: ze worden assertiever en veel-eisender. We moeten goede en zorgvuldige zorg leveren, maar ons ook steeds bewust blijven van de grenzen, een onderdeel van reflectie.

Stelling: psychologen, in het bijzonder gezondheidszorgpsychologen, moeten tijdens hun opleiding leren verantwoordelijkheden te dragen en zich ontwikkelen tot een professionele en zelfbewuste beroepsgroep. Binnen de huidige marktwerking in de zorg dient men blijvend ruimte te creëren voor reflectie.

Mijn doelen en ambities voor de toekomst als hoofdopleider

Dames en heren, dit is een verhaal met een happy end.

Ik ga terug naar ons representatieve voorbeeld. Onze jonge psychologe heeft haar opleiding met succes afgerond: weer een feestelijke gebeurtenis en nu met veel meer maatschappelijk perspectief. Ze merkt dat er veel vacatures zijn. Hoewel ze graag was gebleven bij het team waar ze haar opleiding had gevolgd, was dat niet mogelijk vanwege een vacaturestop. Tijdens haar opleiding was ze

zeer geïnteresseerd geraakt in de forensische psychologie. Ze solliciteert op een openstaande vacature en kan meteen aan het werk. Binnen dat nieuwe team wordt ze met open armen ontvangen. En ik herhaal het nogmaals: dit is een representatief verhaal.

Voor de totale groep van GZ-psychologen die hun opleiding hebben afgerond, is het een happy end. De doorstroom is goed; slechts een heel klein percentage van tussen de 1 á 2% maakt de opleiding niet af. De uitstroom uit de opleiding is haast nog beter. De overgrote meerderheid heeft vrijwel onmiddellijk een baan als GZ-psycholoog, vaak bij de instelling waar men de opleiding heeft gevolgd. Er zijn veel vacatures en op uiteenlopende terreinen.

Wat mij betreft is de GZ-psycholoog de psycholoog van de toekomst. Vandaar mijn titel: 'The future is yours'. De toekomst is aan u! De opleiding tot GZ-psycholoog biedt een stevige basis, met daarbovenop de mogelijkheid tot verdere verdieping in taakdifferentiaties en vervolgopleidingen, zoals die tot cognitief gedragstherapeut en systeemtherapeut. Natuurlijk dient de beroepsgroep waakzaam te blijven: de arbeidsmarkt moet niet overspoeld worden met GZ-psychologen en daarmee andere disciplines verdringen. Daarbij zijn de jonge GZ-psychologen qua loonkosten relatief goedkoop in vergelijking met ander academische professionals. We moeten er wel voor waken dat zij niet de werkpaarden worden naast de luxe-paarden, niet de sloven van de gezondheidszorg.

Als hoofdopleider wil ik er graag aan bijdragen dat de GZ-psychologen worden opgeleid tot een professionele en zelfbewuste beroepsgroep. Op onderzoekgebied wil ik graag een bijdrage leveren aan de gezondheidszorgpsychologie. Dat is natuurlijk heel breed, maar ik ben al jaren geïnteresseerd in somatoforme stoornissen, en zoals ik heb aangegeven zou ik mijn onderzoek hiernaar graag willen voortzetten en uitbreiden.

De band met de beide universiteiten die ik vertegenwoordig wil ik verder verstevigen wat betreft de inhoud van het onderwijs en de uitwisseling van docenten. Dat we nu daadwerkelijk *scientist practitioners* gaan opleiden.

Dankwoord

Tot slot kom ik toe aan mijn dankwoord aan allen die deze dag mogelijk hebben gemaakt.

Ik wil het College van Bestuur van de Universiteit Amsterdam danken dat het deze leerstoel mogelijk heeft gemaakt.

Ik wil het curatorium, bestaande uit prof.dr. Gerard Kerkhof, prof.dr. Pier Prins en drs. Ted Blesgraaf, en het Stichtingsbestuur van de Postdoctorale Beroepsopleidingen in de persoon van de voorzitter prof.dr. Walther Everaerd, danken voor het in mij gestelde vertrouwen. Ook wil ik hen danken voor hun visie dat het hoofdopleiderschap van de postdoctorale GZ-opleiding met deze leerstoel een steviger positie en beter continuïteit zal krijgen, en dat deze vervuld dient te worden door iemand die een duidelijke binding heeft met het praktijkveld.

Ik wil de voorzitters van de afdelingen Klinische Psychologie van de beide universiteiten in Amsterdam, prof.dr. Merel Kindt van de Universiteit van Amsterdam en prof.dr. Pim Cuijpers van de Vrije Universiteit, danken voor de nu al prettige samenwerking, en verwacht dat we in de toekomst veel samen kunnen doen op het gebied van onderzoek, het verder vormgeven van het postdoctorale onderwijs en het opleiden van *scientist practitioners*.

Ik wil alle medewerkers van het Regionaal Instituut voor Nascholing en Opleiding (RINO) in Amsterdam danken voor het vele werk dat zij verrichten en verricht hebben voor de postdoctorale opleidingen. In het bijzonder wil ik de directeur Marieke van Dam noemen en de medewerkers die betrokken zijn bij de GZ-opleiding: José Hoogenboom, Angelique van Wees, Anneke Bakker, Irma Kortekaas en Norman Vreeken. Alle medewerkers van de RINO wil ik bedanken voor de warme en hartelijke ontvangst toen ik met deze functie begon.

In het bijzonder wil ik één persoon uitgebreid bedanken, namelijk Niek Perquin, plaatsvervangend hoofdopleider, die voor mijn aanstelling veel werk op zich heeft genomen. Hij blijft in functie als plaatsvervangend hoofdopleider. Met hem heb ik de laatste maanden al veel samengewerkt, wat zeer plezierig verliep, en ik heb er alle vertrouwen in dat onze samenwerking in de toekomst heel voorspoedig zal verlopen. Dankjewel Niek!

Dan wil ik de mensen danken die mijn carrière op het pad van de wetenschap mogelijk hebben gemaakt: mijn promotoren prof.dr. Paul Emmelkamp en prof.dr. Betty Meijboom, en natuurlijk mijn copromotor dr. Theo Bouman.

SAKO VISSER

Ik verheug me op de toekomstige samenwerking met vele collega's bij het doen van onderzoek en het verbeteren van de opleiding. Ik noem enkele van hen: prof. dr. Pim Cuijpers op het gebied van zelfhulpprogramma's, daarin bijgestaan door prof.dr. Richard van Dyck (hij gaat met pensioen, maar zal zijn werkzaamheden natuurlijk voortzetten). Graag wil ik doorgaan met het doen van onderzoek naar somatoforme stoornissen, samen met prof.dr. Ton van Balkom en prof.dr. Aartjan Beekman, en tevens met de nu al bestaande samenwerking met prof.dr. Eric Meulman, drs. Guus Eeckhout en dr. Luk Gijs. Natuurlijk blijf ik dwangonderzoek doen bij Psyq in Den Haag, alsook het onderzoek naar de autogroep en de *body integrity disorder*.

Naast dit hoogleraarschap blijf ik werkzaam als psychotherapeut en manager bij GGZ-Buitenamstel. We hebben door de reorganisatie zware tijden achter de rug en er zullen ook nog moeilijke tijden volgen. Ik wil dan ook al mijn collega's binnen het cluster Poliklinische Psychiatrie bedanken voor hun inzet, steun en collegialiteit. Ik bedoel dan alle behandelaars, alle medewerkers van het secretariaat en de receptie, alle afdelingsmanagers en de collega's van de academische functie. Heel expliciet wil ik mijn directe collega-clustermanagers bedanken: Henriëtte Kuipers, Jany Hegt en Ton van Balkom. Daarnaast ook mijn collega-clustermanagers van de andere clusters en de Raad van Bestuur van de Stichting Buitenamstel Geestgronden.

Deze dag zou niet mogelijk zijn geweest zonder mijn beide ceremoniemeesters: Annemarie Post en Arie Noordam.

Ten slotte wil ik de belangrijkste persoon in mijn leven bedanken: Agnes Scholing. Met haar heb ik al vele jaren lief en leed gedeeld. Zij is ook nog eens een inspirerende vakgenoot. Maar het belangrijkste van alles: zij is mijn allergrootste fan. Ook wat de benoeming tot hoogleraar in de Beroepsopleiding tot Gezondheidszorgpsycholoog betreft, was zij mijn grootste fan en ook grootste steun. Dankjewel, liefje!

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Balkom, A. van (2003), *Kookboekgeneeskunde. Evidence-based psychiatrie: gaarkeuken of haute cuisine?* Inaugurele rede Vrije Universiteit Amsterdam
- Bergin, A.E. & S.L. Garfield (1994), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. New York: Wiley & Sons, Inc.
- Beutler, L.E., C. Moleiro & H. Talebi (2002), How practitioners can systematically use empirical evidence in treatment selection. *Journal of clinical psychology*, 58, 1199-1212
- Bouman, T.K. & S. Visser (1998), Cognitive and behavioural treatments of hypochondriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 436, 214-221
- CBO (2003), *Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut
- CBO (2005), *Multidisciplinaire Richtlijn Depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Dijk, M. van, A. van Balkom, D. Oosterbaan & M. Verbraak (2006), *Study into the Implementation of the Guideline for Multidisciplinary treatment of Anxiety disorders: SIGMA*. Lezing symposium Richtlijnen Angststoornissen, Woerden
- Duyvendak, J.W., T. Knijn & M. Kremer (2006), *Policy, people and the new professional*. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Duyvendak, J.W., G.J.M. Hutschemaekers, J. van London et al. (2002), *Zorg van velen. Eindrapport landelijke commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag: Ministerie van VWS
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M. & W.M. Snellen (2005), Theoriegestuurd of contextueel. Repliek op Smid en Kamphuis. *De Psycholoog*, 40, 193-197
- Hutschemaekers, G.J.M. & L. Neijmeijer (1998), *Beroepen in beweging*. Houten: Bohn Staf-leu van Loghum
- Hutschemaekers, G.J.M. & B.G. Teimens (2006), Einde van een sectorale GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48, 27-41
- Hutschemaekers, G.J.M., B.G. Teimens & A. Smit (2006), *Weg van professionalisering*. Wolfheze: GRIP- De Gelderse Roos
- Lambert, M.J. & A.E. Bergin (1994), The effectiveness of psychotherapy. In: A.E. Bergin & S.L. Garfield (1994), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. New York: Wiley & Sons, Inc.
- Lamers, E., F. Bosch, L. Hinderink & C. Verschuren (red.) (2006), *Psychologie in de eerste lijn. Kortdurende hulpverlening bij veelvoorkomende problemen*. Lisse: Harcourt Assessment
- Leentjens, A.F.G., M. Bannink, A.D. Boenink & F.J. Huyse (2004), *Consultatieve psychiatrie in de praktijk*. Assen: Koninklijke Van Gorcum
- Meijer, S. & E. Broeke (2007), Een mooi gewaad of niets om het lijf? 25 jaar eerstelijnspsychologie. *De Psycholoog*, 42, 287-289
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1993), *Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)*. Den Haag: Ministerie van VWS

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1998), *Besluit gezondheidszorgpsycholoog*, nr. 97.003268. Den Haag: Ministerie van VWS
- Narrow, W.E. & R.D. Rae (2002), Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115-123
- Nelson-Gray, R.O. (2003), Treatment Utility of Psychological Assessment. *Psychological Assessment*, 15, 521-531
- Osterhaus, S., C. Bolman, C. de Veld & T. Mooren (2007), Verwarring: het concept borderline in de praktijk. *De Psycholoog*, 42, 281-285
- Rood, Y. van, M.M. ter Kuile & A.E.M. Speckens (2001), Ongedifferentieerde somatoforme stoornis. In: P. Spinhoven, T.K. Bouman & C.A.L. Hoogduin (red.), *Behandelstrategieën bij somatoforme stoornissen* (p. 17-41). Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Rood, Y. van & S. Visser (2003), Principes van cognitieve gedragstherapie bij patiënten met somatisatie in de Geestelijke Gezondheids Zorg. In: C.M. van der Feltz-Cornelis & H. van der Horst. *Handboek Somatisatie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Sackett, D.L., W.S. Richardson, W.S. Rosenberg & R.B. Haynes (1997), *Evidence Based Medicine*. New York: Churchill Livingstone
- Salkovskis, P.M. (2002), Empirically grounded clinical interventions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 3-9
- Shön, D. (1983), *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books
- Smid, W. & J.H. Kamphuis (2005) Bedenkingen bij de dynamische theoriegestuurde profielinterpretatie. *De Psycholoog*, 40, 71-75
- Sobell, M. & L. Sobell (2000), Stepped care as an heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 573-579
- Stobie, B., T. Taylor, A. Quigley, S. Ewing & P.M. Salkovskis (2007), Contents may vary: A pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 273-283
- Speckens, A.E.M., A.M. van Hemert, Ph. Spinhoven, K.E. Hawton, J.H. Bolk & H.G.M. Rooijmans (1995), Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 311, 1328-1332
- Visser, S. (1996), Behandelprotocollen: karikaturen en praktijk. *Gedragstherapie*, 30, 267-287
- Visser S. & T.K. Bouman (2001), The treatment of hypochondriasis: exposure plus response prevention versus cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 423-442