

De psycholoog als scientist-practitioner

Giel Hutchemaekers

1.1 Inleiding

Praktiserende psychologen noemen zich tegenwoordig graag scientist-practitioner. Letterlijk vertaald wil dat zeggen dat zij tegelijkertijd wetenschapper en practicus zijn. Practicus betekent hier dat zij als psycholoog werken in de gezondheidszorg, de arbeids- en organisatiewereld of een ander toepassingsgebied van de psychologie. Vele academisch gevormde en praktiserende psychologen beschouwen de beschrijving scientist-practitioner als een eretitel, die verwijst naar de kern van hun professionele expertise. Wetenschap en praktijk horen, wat hen betreft, hand in hand te gaan. Met de titel scientist-practitioner onderscheiden ze zich van professionals zonder wetenschappelijke opleiding (*practitioners*) en van psychologen die uitsluitend werkzaam zijn in de wetenschap (*scientists*). Hoe vanzelfsprekend is de term scientist-practitioner? Op basis van de literatuur ontstaat de indruk dat iedere psycholoog er iets anders onder verstaat en dat eenieder zo zijn eigen opvattingen heeft over het ideale samengaan van wetenschap en praktijk (Hayes, Barlow & Nelson-Grey, 1999). Opvallend is voorts dat generaties psychologen helemaal niet zo trots waren op de titel van scientist-practitioner en die daarom maar liefst zoveel mogelijk vermeden. Achter het begrip scientist-practitioner blijken heel wat verschillende visies en controverses schuil te gaan.

In dit hoofdstuk gaan we in op de vele betekenissen van het begrip scientist-practitioner: wat verstaan psychologen precies onder dat begrip? We volgen de geschiedenis van het begrip en gaan na in welke context het begrip tegenwoordig opgang maakt en welke verschillende opvattingen daarachter schuilgaan. We zullen op grond van dit overzicht komen tot een eigen positie- en standpuntbepaling. Op basis daarvan zullen we ten slotte een aantal wezenskenmerken van de scientist-practitioner benoemen.

1.2 De oorsprong: de scientist-practitioner als opleidingsmodel

In vergelijking tot vele andere wetenschappen heeft de universitaire psychologie nog maar een korte geschiedenis. Pas in de tweede helft van de negentiende eeuw zijn de eerste universitaire psychologische laboratoria ontstaan (Wundt, 1859). De toegepaste psychologiebeoefening is nog later tot ontwikkeling gekomen; eerst de test- en kinderpsychologie, later de arbeids- en klinische psychologie. Pas in 1942 hebben in Nederland de eerste psychologen een werkplek gevonden als klinisch psycholoog. Hun werkzaamheden bestonden uit het assisteren van de psychiater (arts) bij zijn werkzaamheden in de psychiatrische kliniek. Van een zelfstandige positie van deze psychologen was nog geen sprake.

Het model van de scientist-practitioner is direct na de Tweede Wereldoorlog geïntroduceerd als opleidingsmodel voor de klinisch psycholoog. Het beschrijft hoe de opleiding tot (klinisch) psycholoog eruit moet zien wil de klinisch psycholoog in het werkveld een eigen identiteit krijgen en is bepalend geworden voor de wijze waarop psychologen naar de praktijk van hun vak zijn gaan kijken.

1.2.1 De Boulder-conferentie

Het begrip scientist-practitioner is onlosmakelijk verbonden aan de universiteitstad Boulder in Colorado (VS). Hier vond in 1949 een conferentie plaats van 71 universitaire opleiders in de klinische psychologie, aangevuld met ervaringsdeskundigen en vertegenwoordigers van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, het National Institute of Mental Health en de American Psychological Association (de Amerikaanse beroepsvereniging van psychologen). De universitaire klinische psychologie stond op dat moment nog in de kinderschoenen en van een uitgekristalliseerde opleidingstraditie was geen sprake. Evenmin was er overeenstemming over de inhoud van het vak klinische psychologie. Het was zelfs niet eens duidelijk welke functies en taken psychologen in de klinische praktijk moesten vervullen en wat de eigen professionele inbreng van psychologen daarbij zou kunnen zijn. In Nederland bijvoorbeeld was slechts een gering aantal psychologen werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg. Ze waren hier vooral het hulpje van de psychiater met slechts een diagnostische taak, hier en daar aangevuld met een coachende rol naar de verpleging (Dehue, 1990).

Er bestaan verschillende uitgebreide verslagen van deze conferentie (Raimy, 1950; Shakow, 1976). Hier volgen wij de beschrijving van Hayes, Barlow en Nelson-Grey (1999). Het doel van de conferentie was het bereiken van overeenstemming over de inhoud van de opleiding in de klinische psychologie. Het uitgangspunt daarbij was een notitie van Shakow, die in 1947 binnen de American Psychological Association (APA) een pleidooi had gevoerd voor een opleidingsmodel waarin zowel wetenschap als praktijk een plaats kregen. Eigenlijk deden de deelnemers niet veel meer dan de notitie van Shakow overnemen en vertalen naar een concreet opleidingsmodel. De impact van de conferentie was echter veel groter, waarschijnlijk omdat het de eerste keer was dat nagenoeg alle verantwoordelijken voor de Amerikaanse opleiding in de klinische psychologie bij elkaar waren en gezamenlijk een curriculum opstelden. Dat curriculum kwam simpel gezegd erop neer dat studenten in de klinische psychologie voortaan als wetenschapper en als praktiserend psycholoog moesten worden opgeleid. Wetenschap en praktijktraining zouden voortaan in de opleiding hand in hand moeten gaan.

De keuze om wetenschap en praktijk in één opleiding bijeen te brengen lag niet voor de hand. Een aantal deelnemers aan de conferentie, vooral de praktiserende psychologen onder hen, had eigenlijk alleen maar behoefte aan een opleiding waarin het leren van klinische vaardigheden centraal stond. Psychologen zouden het in de klinische praktijk alleen maar redden tussen psychiaters en maatschappelijk werkers als ze over onderscheidende competenties zouden beschikken. Een gedegen opleiding in het verrichten van wetenschappelijk onderzoek zou hen daarbij alleen maar afleiden. Andere deelnemers huldigden het tegenovergestelde standpunt: zij wensten een zuiver wetenschappelijke opleiding. Want waarom studenten trainen in allerlei technieken waarvan onduidelijk is of ze effectief zijn? 'Psychotherapy is an undefined technique, applied to unspecified problems, with unpredictable outcome,' (Raimy, 1950). Vanuit beide perspectieven was een gecombineerde opleiding onwenselijk. Ondanks die duidelijke tegenstellingen kwamen de deelnemers aan de Boulder-conferentie tot de unanieme aanbeveling om wetenschap en praktijk bijeen te brengen in één opleiding. Vanwaar die keuze? Vijf argumenten werden daarbij genoemd:

- De combinatie van wetenschap en praktijk biedt studenten ruimte en mogelijkheden om vaardigheden te ontwikkelen op beide terreinen. Daarmee wordt een te beperkte visie op de klinische psychologie voorkomen. Een te vroege specialisatie in onderzoek of praktijk kan leiden tot 'narrowness of thinking and rigidity of action'.

- Het gebrek aan empirische kennis in de klinische psychologie is zo groot dat wetenschappelijk onderzoek moet worden beschouwd als vitaal onderdeel van de klinische psychologie.
- Er zijn geen aanwijzingen dat klinisch psychologen niet in staat zijn om beide rollen (onderzoeker en practicus) tegelijkertijd uit te voeren.
- Alleen door betrokken te zijn bij het primaire hulpverleningsproces kunnen onderzoekers de meest belangrijke onderzoeksthema's voor de klinische psychologie opsporen en onderzoeken.
- Financiële ruimte voor wetenschappelijk onderzoek blijft alleen bestaan als dit leidt tot een effectievere zorg.

De deelnemers aan de Boulder-conferentie konden niet bevroeden dat ze met deze positiebepaling de geschiedenis van de toegepaste psychologie blijvend zouden beïnvloeden en dat hun model een standaard zou worden voor de universitaire opleiding in de psychologie. Wel realiseerden ze zich dat de voorgestelde gecombineerde opleiding tot onderzoeker én praktiserend psycholoog een experimenteel karakter had. Een dergelijke combinatie was nog niet eerder vertoond. De meeste universitaire opleidingen tot praktiserend beroepsbeoefenaar waren apart georganiseerd in 'professional schools' en hadden daardoor een sterk praktijkgericht karakter waarbij wetenschappelijke inzichten vooral werden gebruikt voor een beter begrip van die praktijk. Een voorbeeld daarvan was de geneeskunde, waarbij een student eerst een aantal jaren een gedegen wetenschappelijke opleiding volgde en pas daarna de opleiding tot arts en eventueel tot medisch specialist. Dat zou anders worden in de nieuwe gecombineerde onderzoekers- en praktijkopleiding in de klinische psychologie: daar zouden wetenschap en praktijk gelijk opgaan en zou de toegepaste wetenschappelijke discipline klinische psychologie moeten worden ontwikkeld met een eigen 'body of knowledge'. Dit laatste betekende dat de klinische psychologie een eigen methodologie zou krijgen die het mogelijk maakte dat de resultaten van het onderzoek direct toepasbaar zouden zijn op klinische problemen.

1.2.2 Vervolgconferenties

De Boulder-conferentie was wel de eerste maar niet de laatste in zijn soort. De daaropvolgende decennia werd gemiddeld een keer per twee jaar in de VS een nieuwe conferentie gehouden over de opleiding tot klinisch psycholoog en de vraag hoe wetenschap en praktijk bij elkaar konden worden gebracht in één opleiding. De meest bekenden waren die in Miami Beach in 1958, Chicago in 1965, Vail in 1974 en Gainesville in 1990. Telkens werd benadrukt hoe belangrijk een gecombineerde opleiding was, want alleen zo konden psychologen er borg voor staan dat ze de laatste en meest recente wetenschappelijke inzichten in de praktijk tot uitvoering brachten. Daarnaast werd het belang benadrukt van de taak van de klinisch psycholoog als onderzoeker. De conferentie van Miami Beach wordt in de literatuur het vaakst aangehaald omdat hier de uitgangspunten van de Boulder-conferentie nogmaals werden onderstreept:

'In the research and evaluation area, probably lies psychology's greatest and most singular opportunity for contributing to mental health. By improving the scientific basis for mental health programs and participating in the evaluation of the results of the wide range of mental health services and activities, psychology, along with other disciplines, not only renders the widest possible public health service by investing and sharpening the tools of mental health, but [can] provide administrators, legislators, and the public with the information they need to implement program development.' (Roe, Gustad, Moore, Roos & Skodak, 1959, p. 38).

De klinisch psycholoog als scientist-practitioner zou niet alleen wetenschappelijke kennis consumeren, hij moest daarvan ook producent zijn. Dat laatste zou een belangrijk onderdeel vormen van de toegevoegde waarde voor de klinische praktijk. Bovendien suggereren Roe e.a. dat daarin ook het belangrijkste onderscheid ligt tussen de klinisch psycholoog en andere hulpverleners in de gezondheidszorg: de klinisch psycholoog is de wetenschapper, de andere disciplines veel minder.

Volgens de Chicago-conferentie uit 1965 zouden praktijk en wetenschap moeten worden beschouwd als de twee kanten van dezelfde medaille. Wetenschappelijk onderzoek, zo oordeelde de conferentie, maakt per definitie onderdeel uit van het werk van de klinisch psycholoog. Daarom moet de klinisch psycholoog wel een stevige onderzoeksscholing krijgen, niet alleen gericht op fundamenteel onderzoek in een laboratoriumsetting, maar ook op toegepast onderzoek in de klinische praktijk. In zijn opleiding moest de klinisch psycholoog zich een grote variatie aan onderzoeksmethoden eigen

maken, zoals experimenteel, theoretisch, historisch en evaluatief onderzoek. De opleiding tot klinisch psycholoog moest de psycholoog niet alleen opleiden tot een goede vakman als hulpverlener, maar ook tot expert op alle terreinen van het wetenschappelijk onderzoek.

Volgens Hayes e.a. (1999) verhulde de stoere taal en het krachtige pleidooi voor het ideaal van de scientist-practitioner de twijfel van veel congresgangers. Want was een dergelijk brede opleiding wel realiseerbaar? En werd er niet erg veel van de studenten gevraagd? De krachtige woorden over de noodzakelijke combinatie van onderzoek en praktijk waren geen teken van zelfvertrouwen maar hooguit de beschrijving van een droom die alsmaar niet uitkwam. Misschien ook wel een poging om te redden wat er te redden viel. Het model van de scientist-practitioner bleek in de klinische praktijk helemaal niet zo'n groot succes. Zelfs aan de universiteiten lukte het maar moeilijk een gecombineerde opleiding te realiseren. En in de praktijk kwam er ook maar weinig terecht van de alom geprezen dubbele en gecombineerde functie van de klinisch psychologen: er waren klinisch psychologen die zo nu en dan eens onderzoek deden, er waren wetenschappers die sporadisch een cliënt zagen en er waren vooral steeds meer klinisch psychologen die nooit onderzoek uitvoerden en onderzoekers die nooit cliënten zagen.

Samenvattend: volgens het model van de scientist-practitioner moeten in de opleiding wetenschappelijke kennis en praktijkvaardigheden tegelijkertijd worden aangeboden. De student moet zowel geschoold worden in het doen van wetenschappelijk onderzoek als in het uitvoeren van praktijkwerkzaamheden. Dat ideaal is een tijd lang de algemene norm geweest bij het opstellen van opleidingscurricula. Toch is het succes van het model bescheiden geweest: onderzoek en praktijk laten zich in het kader van een opleiding niet zo eenvoudig combineren.

1.3 Een beroepsmodel

Het model van de scientist-practitioner heeft tot op de dag van vandaag grote aantrekkingskracht. Dat is zeker niet het gevolg van een succesvolle toepassing in de opleiding tot psycholoog. Wel van de ruimte die in het model besloten zit om een ideaalbeeld te geven van de praktiserend psycholoog.

1.3.1 *Het einde van een opleidingsmodel*

Vanaf de tweede helft van de jaren zestig van de vorige eeuw ging het vlug verder bergafwaarts met het opleidingsmodel van de scientist-practitioner. Zo concludeerde Albee dat de scientist-practitioner ten onrechte verplicht werd 'the incompatible game of science' te spelen: 'the clinical psychologist often must engage in life history research rather than experimentation' (Albee, 1970, p. 1075). Albee stond niet alleen in deze opvatting. Studenten bleken weinig genegen een dubbele opleiding te volgen (wetenschapper en practicus) en veel opleiders vonden een dergelijke keuze niet wenselijk vanwege de te hoge kosten voor het doen van onderzoek en de te geringe opbrengsten voor de kwaliteit van de hulpverlening. Het gevolg was een groeiende scheiding tussen de opleidingen tot onderzoeker en die tot hulpverlener. De conferentie van Vail uit 1973 bevestigde dat standpunt: er moest een splitsing komen tussen de opleiding tot hulpverlener die resulteerde in een beroepskwalificatie en de opleiding tot onderzoeker met als einddoel een zelfstandig uit te voeren promotieonderzoek en de bijbehorende doctorstitel. Dat was geheel en al conform het model van de professional schools zoals in de geneeskunde.

Hoe kon het zover komen? Twee kwesties speelden hierbij een rol. De eerste had te maken met de dominante opvattingen in wetenschap en praktijk. In de jaren vijftig van de twintigste eeuw was de kloof tussen praktijk en wetenschap nog te overzien en geloofden zowel wetenschappers als practici in de meerwaarde van een koppeling tussen praktijk en wetenschap. De dominante wetenschapsbenadering was die van de fenomenologie. Hierin werd vooral gefocust op processen van betekenisgeving. Ook aan de Nederlandse universiteiten was deze stroming dominant, met prominente onderzoekers als Buytendijk, Van Lennep en Kouwer. Die fenomenologische benadering overheerste ook in de zorgpraktijk, denk maar aan de invloed van de Amerikaanse psycholoog Rogers en de Nederlandse psycholoog Van Wijngaarden.

In de jaren zestig van de vorige eeuw verdween die overkoepelende en samenhangende visie. De wetenschappers zochten aansluiting bij een empirisch-positivistische traditie, terwijl de toegepaste psychologen zich meer gingen richten op het psychoanalytische gedachtegoed. Daar waar de positivistische traditie vooral is geïnteresseerd in algemene wetmatigheden die bij voorkeur worden blootgelegd in een experimentele setting, richt de psychoanalytische traditie zich vooral op het begrijpen en inzichtelijk maken van individuele geschiedenissen.

De tweede kwestie hing samen met de sterk groeiende gezondheidszorg. Psychologen vonden daarin in steeds grotere mate werk. Dat leidde tot een stijgende vraag naar psychologen in instellingen voor geestelijke gezondheids-

zorg. En dat resulteerde weer in extra behoefte aan opleidingscapaciteit, waar studenten in zo kort mogelijke tijd zo veel mogelijk klinische expertise konden verwerven. De universitaire opleidingen konden die vraag niet bijhouden. Bovendien was er in de opleidingen steeds minder behoefte aan een degelijke training in wetenschappelijk onderzoek. De gevolgen laten zich raden: er ontstonden professionele opleidingen buiten de universiteit en die opleidingen waren vooral gericht op de praktijk. In Nederland ontstond in deze jaren een aparte opleiding voor psychotherapie, geheel los van de universiteiten.

Volgens een van de grote psychotherapieonderzoekers uit die jaren speelde er nog een derde factor: het ontbreken van adequate rolmodellen.

‘Unfortunately, they are not given an integrated model with which to identify, but are confronted instead by two apparently conflicting models: the scientific research model and the clinical practitioner model. (...) the Boulder model is really not available to them,’ (Garfield, 1966, p. 357).

Slechte voorbeelden doen zagezegd slecht volgen.

Het model voor de scientist-practitioner was een opleidingsmodel dat is gericht op de gecombineerde opleiding tot wetenschapper en hulpverlener. Een aantal (klinische) psychologieopleidingen werd op deze manier ingericht, maar van een groots succes was geen sprake. Wetenschap en zorgpraktijk lieten zich maar moeilijk in één opleiding bijeenbrengen. Nieuwe opleidingen werden vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw niet langer conform dit model opgezet. De psychologieopleiding voegde zich in de mal van menig toegepaste wetenschap: de beroepsopleiding werd ondergebracht in een aparte professionele school. In Nederland werd die splitsing zelfs in de wet verankerd: de beroepsopleiding tot psychotherapeut en later ook die van GZ-psycholoog en klinisch psycholoog werden nagenoeg volledig losgekoppeld van de universitaire opleiding in de psychologie (Hutschemaekers & Neijmeijer, 1998).

1.3.2 *De praktiserend psycholoog als scientist-practitioner*

Toch leidde die erkenning van het failliet van het opleidingsmodel niet tot de ondergang van het model van de scientist-practitioner. In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw gebeurde het tegendeel: het model won aan kracht, met een belangrijke toevoeging. In plaats van een opleidingsmodel werd het een beroepsmodel, dat wil zeggen een model voor de wijze waarop de psycholoog zou moeten functioneren in het beroepsveld, namelijk als wetenschapper en als practicus. Juist die combinatie zou de psycholoog zijn

eigen toegevoegde waarde geven. In 1990 concludeerden congresgangers in Gainesville in Florida dat het model inmiddels zijn weg had gevonden naar de klinische praktijk en werd geïmplementeerd in andere werkvelden, zoals onderwijs, arbeid en organisatie. Op al die plaatsen bleek de psycholoog als practicus en als wetenschapper een eigen unieke identiteit te ontwikkelen. Om het belang van de integratie van wetenschap en praktijk te onderstrepen, werd voorgesteld om het traditionele koppelstreepje in scientist-practitioner te vervangen door andere symbolen zoals 'scientist & practitioner' of 'scientist × practitioner'. De psycholoog als scientist en practitioner zou beide functies op een geheel eigen wijze bij elkaar brengen en daar een synthese in weten te realiseren. In de jaren negentig van de vorige eeuw werd het model van de scientist-practitioner het beroepsmodel bij uitstek voor praktiserende psychologen. Dit gebeurde om twee redenen.

De eerste reden had te maken met de sterk groeiende noodzaak tot wetenschappelijke verankering en verantwoording van de resultaten van het werk van praktiserende psychologen. In de klinische psychologie bijvoorbeeld werd de roep om effectieve therapieën steeds groter en luider. De roep om meer kennis was ten eerste afkomstig van professionals zelf. Zij gingen meer waarde hechten aan het bewijs van de effectiviteit van hun interventies. Maar ook de overheid, de zorgverzekeraar en de cliënten wensten steeds explicietere uitspraken over de kwaliteit van de producten die ze kregen aangeboden. Wetenschappelijk aangetoonde effectiviteit bleek een prima wijze van verantwoorden (*accountability*). Eind jaren negentig van de vorige eeuw werd door de American Psychological Association een speciale taskforce ingericht om een overzicht te maken van *empirically validated therapies* (Chambless e.a., 1996). Empirically validated therapies zijn therapieën waarvan het effect is vastgesteld (gevalideerd) door goed uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek (empirie). Vervolgens gingen professionele verenigingen richtlijnen ontwikkelen voor passende zorg. Deze richtlijnen bevatten aanwijzingen voor de beste zorg en zijn vastgesteld op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek dat werd aangevuld met de praktijkervaringen van clinicians (Eddy, 1990). Dat leidde ertoe dat wetenschappers en praktiserend professionals hun kennis en expertise bij elkaar brachten en gezamenlijk moesten vaststellen wat goede zorg was. De roep tot verankering van de praktijk op resultaten van wetenschappelijk onderzoek leidde tot een herwaardering van de relatie tussen praktijk en wetenschap.

De tweede reden hing samen met een verandering bij onderzoekers aan de psychologische faculteiten. Daar waar in de jaren tachtig van de vorige eeuw nog de dominante opvatting was dat hard wetenschappelijk onderzoek niet goed mogelijk is binnen de toepassingsgebieden van de psychologie, is de

dominante opvatting inmiddels dat dit juist wel mogelijk is. Die verandering staat niet los van de dominante theoretische oriëntatie op het praktijkveld. Daar waar in de jaren zeventig van de twintigste eeuw het psychoanalytisch gedachtegoed nog overheerste, kwam vanaf de jaren negentig van dezelfde eeuw de cognitieve (en gedragstherapeutische) benadering op de voorgrond te staan. Door dat andere perspectief ontstond meer aandacht voor (meetbare) gedragsveranderingen en voor goed omschrijfbare interventies om die veranderingen te realiseren.

De herwaardering van de relatie tussen wetenschap en praktijk leidde bijna nergens tot een herwaardering van het model van de scientist-practitioner als opleidingsmodel. Waarom niet? Ongetwijfeld omdat de structuur van de opleidingstrajecten vast lag. Er was sprake van duidelijk onderscheidbare trajecten voor onderzoekers en praktiserende psychologen. Misschien was er ook een meer principiële reden: binnen de beperkte tijdsduur van de opleiding was er steeds minder ruimte voor een dubbel opleidingstraject, dit omdat zowel de opleiding tot onderzoeker als tot praktiserend psycholoog steeds meer tijd in beslag ging nemen. De initiële opleiding kreeg steeds meer het karakter van een fundamentele opleiding, terwijl het verwerven van beroepsvaardigheden steeds meer in de tijd naar achteren werd geschoven en vorm kreeg in aparte postinitiële opleidingen. Het bijeenbrengen van wetenschap en praktijk werd in steeds belangrijker mate een verantwoordelijkheid van de psycholoog zelf.

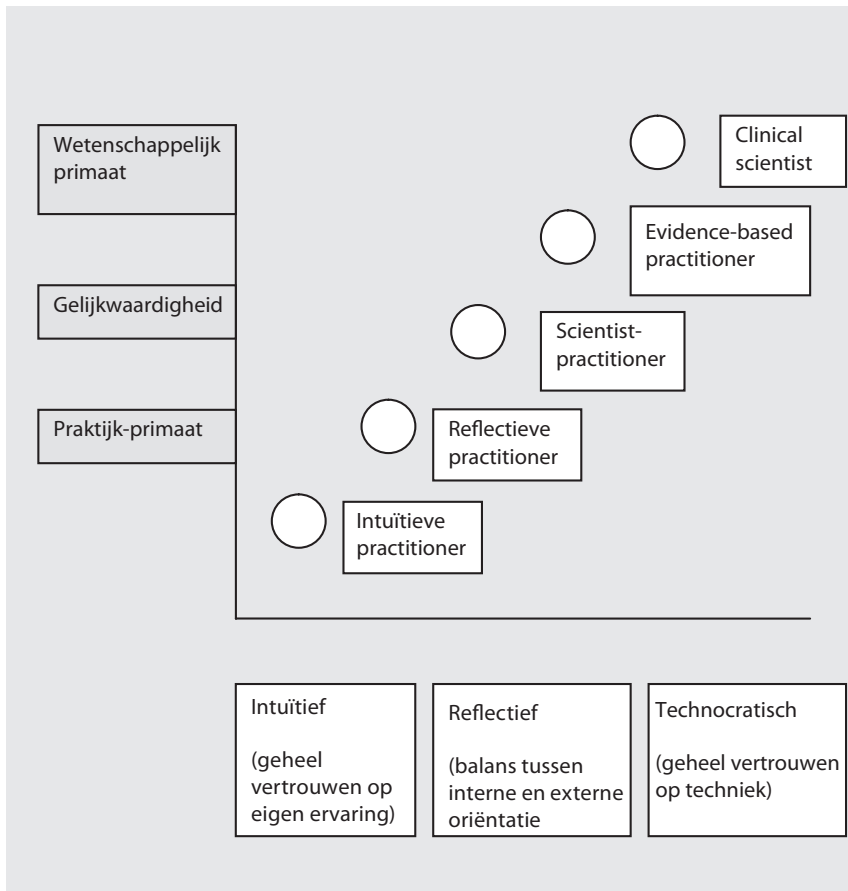
1.4 Praktijk en wetenschap

De scientist-practitioner als beroepsmodel is op dit moment zeer populair, maar daarmee nog niet duidelijk, laat staan eenduidig. Nu eens wordt het gebruikt in beschrijvende zin en verwijst het naar de eigen status en identiteit van academisch geschoolde en praktiserende psychologen ten opzichte van niet-academisch opgeleide psychologen in het werkveld (bijvoorbeeld hbo-psychologen) en niet-praktiserend academisch geschoolde psychologen. Dan weer verwijst het model naar een specifieke invulling van de functie van psycholoog in het werkveld: een scientist-practitioner is zowel wetenschapper (voert eigen wetenschappelijk onderzoek uit) als praktiserend professional. Meestal echter verwijst het begrip scientist-practitioner naar een professioneel ideaal: de scientist-practitioner brengt wetenschap en praktijk zo bijeen dat meerwaarde ontstaat voor zowel de wetenschap als de zorgpraktijk. De scientist-practitioner als beroepsideaal markeert niet zozeer welke opleiding de psycholoog heeft genoten of welke functie hij precies uitvoert. Dit beroeps-

ideaal verwijst wel naar een specifieke manier waarop de psycholoog zou moeten werken, waarbij praktijk en wetenschap bij elkaar worden gebracht.

In deze paragraaf zullen wij dit beroepsideaal nader verkennen en beschrijven. Dat doen wij door de scientist-practitioner te vergelijken met een aantal andere combinaties van wetenschap en praktijk (Barker, Pistrang & Elliott, 2002). Hierbij kiezen wij voor een indeling in vijf ideaaltypen die zich als 't ware op een glijdende schaal bevinden als het gaat om het toenemen van de tijd die wordt besteed aan wetenschappelijk onderzoek. De intuïtieve practitioner vormt het ene uiterste en de klinische wetenschapper het andere uiterste. De scientist-practitioner bevindt zich in het midden (zie figuur 1.1).

Figuur 1.1 Vijf combinaties van wetenschap en praktijk



Intuïtieve practitioner

De intuïtieve, praktiserend psycholoog voert zijn praktijkwerkzaamheden uit zonder daarbij wetenschappelijk onderzoek te verrichten of bewust gebruik te maken van wetenschappelijke kennis en inzichten. Intuïtieve, praktiserende psychologen laten zich in hun werkzaamheden leiden door kennis die is verworven tijdens de opleiding, eigen ervaring, supervisie en het lezen van casuïstiek. Hun expertise is gebaseerd op praktijkkennis. Deze bestaat uit het geheel van kennis, opvattingen en waarden met betrekking tot de beroepsuitoefening die een professional opbouwt op basis van persoonlijke en professionele ervaringen (Hutschemaekers, 2001). Kenmerkend voor veel praktijkkennis is dat deze impliciet en *tacit* blijft, waardoor de professional zich vaak niet eens bewust is van de praktijkkennis waarover hijzelf beschikt. De werkwijze van deze psychologen lijkt intuïtief, maar is het niet. Het voorvoegsel intuïtieve verwijst dus niet primair naar intuïtie, maar naar het achterwege blijven van het expliciete gebruik van kennis.

Clinical scientist

Het model van de *clinical scientist* of klinische wetenschapper is ontwikkeld in de Verenigde Staten en vormt de tegenpool van de intuïtieve hulpverlener (Cherry, Messenger & Jacoby, 2000). De klinische wetenschapper houdt zich hoofdzakelijk dan wel uitsluitend bezig met wetenschappelijk onderzoek. Praktijkwerkzaamheden vloeien daaruit voort, bijvoorbeeld omdat ze moeten worden onderzocht. Klinische wetenschappers vervullen meestal een functie als onderzoeker aan de universiteit. Binnen die universiteit domineert de wetenschappelijk-experimentele traditie. Vanuit dat perspectief verrichten zij onderzoek in de klinische praktijk en genereren zij wetenschappelijke kennis die hulpverleners vervolgens in de praktijk kunnen gebruiken. De klinische wetenschapper beschikt vooral over wetenschappelijke kennis en veel minder over praktijkkennis. Idealiter baseert hij zijn praktijkwerkzaamheden



uitsluitend op resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Wetenschappelijke kennis dicteert wat er moet gebeuren. In de gezondheidszorg kan hij daarbij gebruikmaken van richtlijnen voor passende zorg. Een richtlijn geeft aan wat de meest passende zorg is, gegeven de problematiek die zich voordoet (diagnose). Passende zorg wordt dan omschreven als zorg waarvan de effectiviteit met wetenschappelijk onderzoek is vastgesteld. De klinische wetenschapper heeft een sterk rationele en analytische manier van werken en gaat ervan uit dat effectiviteit volledig is gekoppeld aan de interventie die hij toepast. Zijn eigen aandeel daarbij is het correct uitvoeren van de betreffende interventie.

Reflective practitioner

Het begrip *reflective practitioner* is afkomstig van Schön. Hij introduceerde de term in 1983 om daarmee de eigen professionele ontwikkeling van professionals te beschrijven. (Schön, 1983). Vertrekpunt van Schön ligt bij de intuïtieve professional. Volgens hem beschikt deze over veel impliciete kennis. Deze kennis stuurt zijn handelen zonder dat hij zich daarvan bewust is. Dat gebeurt door *reflection in action*. De intuïtieve professional stuurt zijn handelen door telkens al doende, bijna reflexmatig en zonder zich daarvan al te bewust te zijn, te reflecteren op wat zich voordoet. Een dergelijke handelswijze heeft als voordeel dat de professional voortdurend impliciet gebruikmaakt van zijn expertise en als nadeel dat hij zich onvoldoende leert verhouden tot zijn eigen professionele handelen en daardoor blijft hangen in zijn eigen ervaring. Schön stelt voor om deze reflection in action uit te breiden met *reflection on action*. Reflection on action vindt plaats nadat *action* heeft plaatsgevonden en betreft het nadenken en expliciteren van de action en de motieven die daarbij een rol hebben gespeeld. Het gaat dus over een proces van expliciteren. Simpel gezegd komt dit erop neer dat de professional zich afvraagt wat hij heeft gedaan en waarom hij dit heeft gedaan. Reflection on action is niet eenvoudig, het eist van de professional dat hij zich bewust wordt van wat hij doet. Dat lukt beter als anderen hem daarbij helpen. Volgens Schön moeten professionals elkaar daarom voortdurend bevragen op wat zij doen en bij elkaar in de leer gaan. Zo wordt impliciete kennis expliciet. Vervolgens kan worden getoetst of de onderliggende assumpties juist waren en of de interventie effectief was. In deze traditie passen begrippen als de lerende organisatie (professionals die elkaar voortdurend uitdagen hun kennis te expliciteren) en 'leerwerkgemeinschaften' (Wenger, 1998).

Evidence-based practitioner

De term *evidence-based medicine* is door Sackett geïntroduceerd in de geneeskunde als leer methode voor studenten. Deze methode is erop gericht het

medisch handelen te kunnen baseren op de meest recente wetenschappelijke inzichten (Sackett, Strauss, Richardson e.a., 2000). Tegenwoordig heeft de term *evidence-based* een breder karakter gekregen. Zo wordt ook wel gesproken van *evidence-based mental health*, *evidence-based practice*, *evidence-based social work* et cetera. Meestal verwijst de term dan naar een specifieke manier van werken. Professionals werken *evidence-based* als zij hun interventies baseren op de meest recente wetenschappelijke inzichten. Interventies heten *evidence-based* als is aangetoond dat ze effectief zijn (Offringa, Assendelft & Scholten, 2000). De *evidence-based practitioner* baseert zijn professionele handelen telkens op de meest recente wetenschappelijke inzichten. Hij gebruikt daarbij vooral *evidence-based* interventies (Hutschemaekers & Tiemens, 2006).

De *evidence-based practitioner* baseert zijn professionele handelen evenals de *clinical scientist* op de meest recente wetenschappelijke inzichten. De *clinical scientist* gaat daarbij heel ver: bij hem dicteert uitsluitend wetenschappelijke kennis wat er in de praktijk moet gebeuren. Hij stelt vast wat het probleem is en op basis van de diagnose schrijft de wetenschap voor wat er moet gebeuren. De *evidence-based practitioner* werkt veel meer in interactie met zijn omgeving: in de praktijk, bijvoorbeeld de gezondheidszorg, bestaat een specifiek probleem waarvoor een oplossing wordt gezocht. Bij dat probleem zoekt hij de beste oplossing. Wat de beste oplossing is, wordt niet alleen bepaald door de wetenschap, maar ook door de wensen van de klant (patiënt) en door zijn eigen expertise. De *evidence-based professional* heeft met andere woorden een veel actievere, eigen rol.

Scientist-practitioner

De *scientist-practitioner* bevindt zich tussen de *reflective practitioner* en de *evidence-based practitioner* en combineert hun werkwijzen. Enerzijds stelt hij zich voortdurend vragen en is hij bezig met het expliciteren, systematiseren en toetsen van zijn praktijkkennis. Anderzijds stelt hij zich voortdurend de vraag of hetgeen hij doet de meest effectieve interventie is. Daarbij sluit hij aan bij de meest recente wetenschappelijke inzichten en maakt hij gebruik van de werkwijze van de *evidence-based practitioner*. De *scientist-practitioner* heeft eenzelfde actieve houding als de *reflective-* en de *evidence-based practitioner*: hij verhoudt zich actief tot zijn professionele handelen en gedraagt zich daarbij als een wetenschapper die altijd nieuwsgierig is, voortdurend de vraag stelt naar het waarom en voortdurend op zoek is naar betere antwoorden en meer inzicht. De *scientist-practitioner* gedraagt zich voortdurend als een toegepast onderzoeker die op systematische wijze de realiteit bevraagt en nooit helemaal tevreden is met bestaande antwoorden. Daarbij maakt hij gebruik van

wetenschappelijk verantwoorde methoden van onderzoek (Robson, 2002). Altijd is er die kritische houding die maakt dat hij met gepaste afstand naar zichzelf kan kijken.

In het model van de scientist-practitioner staan praktijk en wetenschap op gelijke hoogte. Er is zowel erkenning voor de waarde van de praktijk en de klinische intuïtie als voor de wetenschappelijke kennis. Tegelijkertijd erkent de scientist-practitioner in tegenstelling tot de intuïtieve practitioner en de klinische wetenschapper dat er meer is dan klinische intuïtie of wetenschap. Met de reflective practitioner en de evidence-based practitioner beaamt hij vervolgens dat er kritische afstand moet worden geschapen tot de beschikbare intuïtie of wetenschappelijke kennis: onderzoek naar beide kennisbronnen is noodzakelijk. De kwaliteit van het professionele handelen wordt daarbij beschouwd als de resultante van het wisselspel tussen praktijkkennis en wetenschappelijke kennis. Er is een voortdurende dialoog.

1.5 Een voorbeeld

Michael is als klinisch psycholoog werkzaam in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen. Een van zijn taken betreft vast te stellen of cliënten nog in staat zijn zelfstandig te wonen. Veelal gaat het daarbij over cliënten die lijden aan dementie (Alzheimer). Michaels specialisme betreft de beoordeling van cliënten met een paranöide stoornis. Het gaat hier om een relatief kleine groep van ouderen, vooral vrouwen, met als belangrijkste kenmerk dat ze zich in toenemende mate van de wereld afzonderen en zich wat zonderling gaan gedragen. Al even opvallend is het feit dat ze hun huis steeds meer verwaarlozen. Het zijn meestal de buurtbewoners die aan de bel trekken; zij moeten met lede ogen aanzien dat deze patiënten zich steeds verder isoleren, alle contact uit de weg gaan en er steeds slechter gaan uitzien. Bij hen leeft de vraag of deze patiënten nog wel voor zichzelf kunnen zorgen.

Hulpverleners hebben de grootste moeite om met deze patiënten in contact te treden. Op brieven wordt niet gereageerd en bij huisbezoek wordt niet opengedaan. Michael blijkt een uitzondering op deze regel. Op de een of andere manier weet hij deze mensen vaak zover te krijgen dat ze wel opendoen. Daardoor kan hij zich een oordeel vormen over de mate waarin deze patiënten nog in staat zijn voor zichzelf te zorgen. Wat hij precies doet, weet hij zelf ook niet precies. Zijn indruk is dat het te maken heeft met de wijze waarop hij aanbelt en vervolgens wacht op reactie: in plaats van te kijken naar de deur en door het raampje te gluren of er al iemand aankomt, draait hij zich om en kijkt hij naar het voorbijkomend verkeer. Hij staat dus te wachten met

zijn rug naar de deur gekeerd. Michaels deskundigheid is bij vele collega's bekend. Daarom wordt hij regelmatig uitgenodigd beoordelingen uit te voeren van patiënten ver buiten zijn regio.

Eenmaal binnen moet Michael bepalen hoe het gesteld is met deze patiënten. Als hij tot de conclusie komt dat een patiënte niet meer goed voor zichzelf kan zorgen, moet hij haar ervan proberen te overtuigen dat zij beter kan worden opgenomen. Dat lukt zelden of nooit: de patiënte wil voor geen goud haar huis verlaten. Er rest dan niets anders dan een aanvraag voorbereiden voor een rechterlijke machtiging om de patiënt tegen haar wil in te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis. Over de kwaliteit van Michaels beoordeling is weinig bekend. Algemeen wordt hij als expert beschouwd en maar zelden komt het voor dat collega's zijn oordeel betwisten. Ook de aanmelder lijkt over het algemeen tevreden. Hoe komt Michael tot zijn oordeel en welke verhouding tussen praktijk en wetenschap schuilt daarachter?

Intuïtieve practitioner

Stel dat Michael een intuïtieve practitioner was. Gevraagd naar de wijze waarop Michael tot zijn oordeel komt, is het antwoord even duidelijk als simpel: 'Als ik bij een nieuwe patiënte binnenkom, dan zie ik aan de manier waarop ze woont en mij ontvangt in welke mate ze nog in staat is voor zichzelf te zorgen.' Klinische intuïtie is hier het sleutelbegrip. Michael heeft zoveel patiënten gezien en beoordeeld dat hij een speciale gave heeft ontwikkeld om deze patiënten op hun gemak te stellen en aan het praten te krijgen. Daarnaast heeft hij een speciale neus ontwikkeld voor signalen die deze patiënten uitzenden over de mate waarin zij voor zichzelf kunnen zorgen. En vraag je naar de cues die hij daarbij gebruikt, dan moet hij het antwoord schuldig blijven. Zijn kennis is tacit. De vraag ontlokt een lach: 'Het oog van de meester.' Bij aandringen reageert hij vervolgens bijna verontwaardigd: 'Als je denkt het beter te weten, doe het dan maar zelf.'

Clinical scientist

Eigenlijk is het voorbeeld van Michael een schoolvoorbeeld van een allesbehalve clinical scientist. Daarvoor moet het voorbeeld wat worden aangepast. Michael wordt dan een wetenschappelijk medewerker op de universiteit, werkzaam bij de afdeling gerontologie die zich heeft toegelegd op onderzoek naar de waarde van tests bij het bepalen van de mate waarin iemand in staat is voor zichzelf te zorgen. Op verzoek van het regionaal GGZ-centrum is hij wel bereid om de cliënt aan een serie tests te onderwerpen. Hij weet precies welke tests hij moet afnemen (en in welke volgorde) en wat de kritische scores zijn op zijn meetinstrumenten. Zodra een nieuwe patiënte wordt aangemeld,

nodigt hij haar uit voor een onderzoek. Het is verder zijn zorg niet of ze komt opdagen of niet. De aanmelders weten dat en zorgen daarom ervoor dat ze de patiënte zelf gaan halen en haar afleveren voor het onderzoek. Het kost Michael vervolgens geen moeite om te bepalen wat er aan de hand is. Sterker nog, hij heeft een student-assistent in dienst die de testen voor hem afneemt en de berekeningen doet, zodat hij als een soort routineklus het rapport kan schrijven. Overigens formuleert Michael zijn conclusies altijd met het nodige voorbehoud. Hij weet namelijk dat zijn tests niet zo'n hoge voorspellende waarde hebben.

Reflective practitioner

Wat zou Michael doen als hij een reflective practitioner zou zijn? Michael, werkzaam in een regionaal GGZ-centrum in het zuiden van het land, kreeg namelijk vaak stagiaires van de universiteit. Sommige van die studenten waren zo enthousiast over wat ze zagen en stelden hem zoveel vragen dat hij wel een antwoord moest zoeken op de vraag naar de criteria waarop hij zich baseerde in zijn oordeel. Want, alleen door die criteria te expliciteren, zou hij in staat zijn om zijn studenten op te leiden en vervolgens te beoordelen of zijn studenten in potentie wel voldoende *Fingerspitzengefühl* voor zijn doelgroep hadden. Michael ontvluchtte de vraag niet langer en probeerde deze met zijn studenten te beantwoorden. Aldus ontstond de volgende dialoog:

S: 'Kun je het niet gewoon aan deze patiënten vragen of ze nog voor zichzelf kunnen zorgen?'

M: 'Nee, dat heeft geen zin. Kenmerkend voor paranoïde mensen is namelijk dat ze te allen tijde hun (groeierende) afhankelijkheid zullen ontkennen. Zijn ze iets kwijt, dan krijgt de omgeving de schuld. Ze maskeren voor zichzelf en voor anderen dat ze niet meer weten waar ze zaken hebben gelaten.'

S: 'Zie je het dan aan hun gedrag?'

M: 'Soms, maar meestal niet. Er zijn dames die me heel vijandig benaderen en anderen die juist heel vriendelijk zijn. Dat zegt eigenlijk maar heel weinig over de mate waarin zij nog voor zichzelf kunnen zorgen.'

S: 'Zie je het dan aan hun woning? Bijvoorbeeld de mate waarin zaken zijn opgeruimd, de muffigheid et cetera?'

M: 'Ongetwijfeld speelt dat een rol. Maar het bepaalt niet mijn oordeel. Er zijn rommelkonten die hun huis nooit luchten en die toch heel goed voor zichzelf kunnen zorgen.'

S: 'Maar hoe kom je dan tot je oordeel?'

M: 'Ik voel het. Eigenlijk weet ik al na een minuut wat er gaande is.'

S: 'Na een minuut?'

M: 'Ja, zodra ik in de kamer aan tafel ga zitten, weet ik of de patiënte voor zichzelf kan zorgen.'

M: 'Maar wat gebeurt er dan of waar let je op?'

(...)

Na nog een aantal vragen wordt duidelijk dat Michael zijn oordeel heeft gevormd op het moment dat hij aan tafel gaat zitten.

S: 'Dus als je voor de tafel staat, weet je het nog niet, en als je tien seconden later zit, weet je het wel?'

M: 'Yep. En ik weet niet wat er in die tijd gebeurt.'

S: 'Opmerkelijk. Dat herken ik wel, want toen je vanmiddag bij mevrouw aan tafel ging zitten, keek je mij opeens veelbetekenend aan. Zo van... deze mevrouw kan nog goed voor zichzelf zorgen.'

M: 'Inderdaad, ineens wist ik het. De vragen later in dat gesprek bevestigden alleen maar mijn oordeel.'

S: 'Het enige wat je deed tijdens het zitten gaan, was vragen naar een kop koffie.'

Michael reageert hier heftig op

M: 'Nu je het zegt. Inderdaad, het heeft met die koffie te maken. Nu weet ik het. Nadat ik een tijd voor de deur heb gestaan en het mij is gelukt binnen te mogen, ben ik wel een beetje trots op mijzelf. Ik vraag dan niet alleen of ik binnen mag komen, maar vervolgens tijdens het zitten gaan of ze voor mij een kop koffie heeft. Uit hun reactie leid ik vervolgens af of ze nog in staat zijn voor koffie te zorgen. En zeker als ze mij van mijn koffie proberen af te leiden, krijg ik mijn vermoedens. Dat is het inderdaad.'

Reflectie op het eigen professionele handelen levert hier een nieuw inzicht op. Impliciete kennis wordt expliciet gemaakt en de klinische intuïtie wordt ontmaskerd. Zij blijkt gebaseerd op min of meer alledaagse zaken. Geenszins is daarmee gezegd deze kennis daarmee per se waar of onwaar is.

Evidence-based practitioner

Als Michael een evidence-based practitioner zou zijn geweest dan had hij op basis van de hiervoor beschreven 'ontdekking' vast de vraag gesteld of er geen betere methoden waren om de patiënte te beoordelen. Het zou dan beter zijn om meetinstrumenten te gebruiken die betrouwbaar en valide zijn. Een meetinstrument is overigens betrouwbaar wanneer het bij gebruik door een ander tot dezelfde uitkomsten leidt, terwijl het valide is wanneer het een goede voorspeller is van wat er aan de hand is. Michael zou in de literatuur op zoek kunnen gaan naar testen om paranoia bij ouderen te beoordelen. Een aantal

van deze testen zijn observatieschalen, bijvoorbeeld beoordelingsschalen van activiteiten in het dagelijks leven (ADL-functies). Mogelijk zou hij veronderstellen dat zijn koffievraag veel overeenkomsten vertoont met een dergelijke observatieschaal. Zijn volgende vraag zou dan zijn: wat is de toegevoegde waarde van het gebruik van een ander instrument? Anders geformuleerd: Michael realiseert zich dat hij gebruikmaakt van een gebrekkig instrument (eigen observaties), maar realiseert zich ook dat een ander instrument nog niet zo gemakkelijk valt te gebruiken in de context van zijn werk. Dat andere instrument moet daarom wel heel wat extra waarde hebben om te gebruiken.

Deze werkwijze staat in de literatuur bekend als de Pico-systematiek: er is een probleem, een nieuwe interventie, de standaard- of controle-interventie en een uitkomst (outcome). Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en de cijfers die daarover in artikelen worden aangeleverd, kan Michael berekenen wat de toegevoegde waarde is van het gebruik van een ander instrument. Op basis van de uitkomst, bijvoorbeeld 10% beter resultaat, kan hij vervolgens afwegen of hij dat extra instrument moet gaan gebruiken. Daarbij moet hij rekening houden met alle mogelijke negatieve bijwerkingen voor het contact met de patiënte en met zijn inschatting omtrent de bereidheid van de patiënte om mee te werken.

Scientist-practitioner

Wat zou Michael doen als hij een scientist-practitioner was? Hij zou ten eerste als een reflectieve practitioner aan de slag zijn gegaan met zijn *tacit knowledge*. Hij zou echter niet stoppen met de ontdekking hoe zijn oordeel tot stand kwam. Hij zou zijn oordeel verder onderzoeken. Bijvoorbeeld door aan de student te vragen om ook een oordeel te formuleren, of aan zijn collega's te vragen onafhankelijk van hem een oordeel te vellen, et cetera. Ook zou hij nagaan onder welke condities zijn oordeel steekhoudend was en wanneer minder. Zijn onderzoek zou met andere woorden ertoe leiden dat de kennis over zijn diagnostiek zou toenemen. Bovendien zou zijn diagnostiek verder verbeteren.

Ongetwijfeld zou hij vervolgens ook de literatuur hebben bestudeerd zoals de evidence-based practitioner dat deed. Hij zou zoeken naar vergelijkbare strategieën en naar andere testen. Ook zou hij aan de slag gaan met de Pico-strategie en berekenen wat de toegevoegde waarde zou zijn van het gebruik van een alternatieve test.

De scientist-practitioner brengt de methoden van de reflectieve practitioner en de evidence-based practitioner bijeen. Enerzijds wordt daardoor de eigen kennis uitgedaagd, geëxpliciteerd en gesystematiseerd, anderzijds worden nieuwe wetenschappelijke inzichten gebruikt om het eigen handelen verder te verbeteren. De scientist-practitioner is dus per definitie zowel

onderzoeker als professional. Hij brengt het beste uit die twee werelden bijeen en dat geeft hem toegevoegde waarde ten opzichte van andere professionals

1.6 In de beperking toont zich de meester

In het leven van de scientist-practitioner zijn praktijk en wetenschap twee kanten van een en dezelfde medaille. Praktijkkennis en wetenschappelijke kennis sturen het handelen en funderen zijn werk. Hij weet uit die twee werelden het beste te halen en daarvan zijn eigen synthese te maken. Dat maakt hem uniek en geeft hem zijn toegevoegde waarde.

Op basis van die combinatie zou de indruk kunnen ontstaan dat de scientist-practitioner een schaap met vijf poten moet zijn. Dat is misschien wel wenselijk, maar niet nodig. Zoals iedere professional maakt de scientist-practitioner gebruik van vaardigheden op het gebied van diagnostiek (wat is er aan de hand), indicatiestelling (wat moet er gebeuren) en behandeling (Abbot, 1988). Daarbij past hij dezelfde competenties toe, waaronder effectief redeneren, betekenis creëren en evalueren (Lane & Corrie, 2006). De scientist-practitioner is professional onder de professionals. Tegelijkertijd is hij wetenschapper met de wetenschappers. De competenties die hij gebruikt als praktiserend psycholoog zijn grotendeels hetzelfde als de competenties die hij nodig heeft voor zijn wetenschappelijke arbeid. Dat maakt dat hij ook de taal van de wetenschapper kan spreken en gebruik kan maken van dezelfde wetenschappelijke methoden.

Tegelijkertijd geldt ook dat de scientist-practitioner anders is. Zijn dubbele loyaliteit maakt dat hij het referentiekader van de een kan gebruiken voor zijn werkzaamheden binnen het andere kader. Zijn wetenschappelijke bagage laat hem anders naar zijn praktijk kijken en zijn praktijkervaring maakt dat hij andere onderzoeksvragen stelt, hetgeen nogal eens leidt tot andere vormen van onderzoek. Deze dubbele expertise kleurt zijn perspectief en, zo zullen we in deze paragraaf beargumenteren, maakt hem bescheiden.

1.6.1 *Professional onder de professionals*

Professionals, en dus ook scientist-practitioners, beschikken over specifieke redeneer- en oordeelsvaardigheden. Problemen weten zij in een bijzonder perspectief te plaatsen, bijvoorbeeld het psychologische, en van daaruit te analyseren, te doorgronden en te beïnvloeden. Het gaat over vaardigheden die gekoppeld zijn aan redematies, beoordelingen, beslissingen, probleem-

oplossingen en het begrijpen van de consequenties van gebruik van theoretische en methodologische referentiekaders. Omwille van de kwaliteit van de diagnostiek, indicatiestelling en behandeling moeten deze redeneer- en oordeelsvaardigheden logisch en navolgbaar zijn, dat wil zeggen voldoen aan de regels van de logica en aansluiten bij wetenschappelijke inzichten (De Bruyn, 1992).

Het ideaal van objectiviteit wordt in de praktijk van alledag nauwelijks of niet gerealiseerd. Professionals blijken over het algemeen helemaal niet zulke goede beslissers, beoordelaars en probleemoplossers. Nogal eens laten zij zich (ver)leiden door onbelangrijke en subjectieve informatie. Chomsky zei hierover het volgende: 'As soon as questions of will or decision or reason or choice of action arise, human science is at a loss,' (geciteerd in Knowles, 1999, p. 12). Dat geldt zeker voor oordelen van psychologen die tot stand moeten komen in situaties waar problemen slecht worden gedefinieerd en multi-interpretabel zijn. Vaak worden problemen verschillend waargenomen, gelden er allerlei belangentegenstellingen en stellen partijen hun eigen oplossingsprioriteiten. Er is veel onderzoek beschikbaar waaruit blijkt dat psychologen soms meer fouten maken dan niet-geschoolde leken (Mischel, 1968). Deels lijkt dat samen te hangen met de neiging van psychologen en andere professionals om problemen als groot en complex waar te nemen (Hutschemaekers, Scholte & Tiemens, 2007). Remedies voor dit professionele euvel zijn er nauwelijks, hooguit zoveel als mogelijk gebruik te maken van gestandaardiseerde meetinstrumenten.

Wie daaruit de conclusie trekt dat professionals altijd de slechtste beslissers zijn, heeft het mis. In specifieke situaties blijken zij het wel degelijk beter te doen dan leken en hun klinisch oordeel blijkt het dan zelfs te winnen van objectieve testmethoden. Dat geldt bijvoorbeeld in gevallen waarin testen te weinig onderscheidend vermogen hebben. Het geldt zeer zeker ook in complexe situaties die om een onmiddellijke beslissing vragen en in situaties waarin de professional kan beschikken over extra contextuele informatie (Lane & Corrie, 2006). Zo stellen huisartsen een griepdiagnose niet alleen op basis van de klachten van een patiënt zelf, maar ook op basis van het aantal mensen dat zich in dezelfde periode met vergelijkbare klachten bij hen heeft gemeld. In die situaties zijn ervaren klinici zeer in het voordeel.

Professionals zijn dus minder meester in het neutraal verzamelen van gegevens en het nemen van objectieve beslissingen, als wel in het zeer gericht bijeenbrengen van informatie en het nemen van doelmatige beslissingen. Gegeven de complexiteit van de situaties waarin zij moeten werken, de beperkte informatie en beschikbare tijd, zijn hun beslissingen heel vaak efficiënt te noemen: met weinig middelen veel resultaat (Lane & Corrie, 2006).

Efficiënt redeneren betekent soms conform de ijzeren wetten van logica en wetenschap redeneren, maar veel vaker op eigen intuïtie afgaan. Dat maakt professionals efficiënt.

De scientist-practitioner vormt op deze algemene regel geen uitzondering: niets menselijks is hem vreemd, ook zijn logica krijgt soms een wel erg persoonlijk en subjectief karakter. Tegelijkertijd geldt voor hem het criterium van doelmatigheid. Op basis van onvolledige en deels subjectieve informatie kan hij op het juiste moment beslissingen nemen die 'goed genoeg' zijn. Het is juist op dit punt dat zijn kracht kan blijken: de redematies van de scientist-practitioner kunnen extra meerwaarde hebben, om het heel simpele feit dat de scientist-practitioner zichzelf kan betrappen op al te eenzijdige redematies. Zijn zelfreflectieve vermogen, aangevuld met wetenschappelijke strengheid, stelt hem in staat zich te realiseren waar en in welke gevallen het fout gaat en wanneer hij gebruik moet maken van andere observatoren of objectievere meetinstrumenten. De scientist-practitioner heeft geleerd het eenzijdig karakter van zijn observaties onder ogen te zien. Omdat hij de grenzen van zijn deskundigheid voortdurend onder ogen kan zien, weet hij wanneer hij aan zijn eigen oordeel moet twifelen en externe versterking moet inschakelen.

De kracht van de beperking geldt zeker ook voor het proces van diagnostiek en indicatiestelling. Vanuit een wetenschappelijk perspectief moet worden vastgesteld dat professionals lang niet altijd tot de juiste diagnose komen. Met objectieve meetinstrumenten, waaronder psychologische tests, kan het oordeel wel aanzienlijk worden verbeterd. Blijft staan dat het professionele oordeel nooit zal uitblinken door objectiviteit. Dat is niet de kracht van het professionele oordeel. Die zit hem in de mate waarin creativiteit wordt gevraagd, er meer nodig is om anderen te overtuigen van de juistheid van het oordeel, en het oordeel meer aangrijpingspunten voor veranderingen in zich draagt (Lane & Corrie, 2006).

Er is geen reden om te veronderstellen dat de scientist-practitioner het diagnostisch proces beter zou beheersen dan andere professionals. In belangrijke mate zijn de mate van creativiteit, overtuigingskracht en oplossingsgericht formuleren gebonden aan het individu. Als er al verschil is, dan hangt dat wederom samen met het vermogen tot kritische zelfreflectie en wetenschappelijke toetsing. De scientist-practitioner kan reflecteren op zijn eigen perspectief. Hij kan dat eigen perspectief onderzoeken en dus ook verbeteren. Hij is zich meer bewust van zijn eigen vooronderstellingen en dat helpt hem om beter aan te sluiten bij zijn cliënt. Zelfreflectie biedt hem voordelen in situaties waarin zijn interpretatie tot onvoldoende resultaat leidt en hij een ander perspectief moet kiezen (*reframing*). Door de afstand die hij kan nemen, kan

hij relativeren en begrijpen dat ook andere interpretaties legitiem en passend kunnen zijn.

Daarnaast heeft hij een tweede voordeel: hij kan als wetenschapper kijken naar het diagnostisch beeld dat hij heeft geconstrueerd (*case formulation*) en dit toetsen aan criteria van logica, eenduidigheid en spaarzaamheid. In de literatuur wordt dit het *parsimony*-principe genoemd. Het *parsimony*-principe luidt dat een eenvoudige verklaring van een verschijnsel voorrang heeft boven een complexere verklaring. Anders geformuleerd: een scientist-practitioner toetst eerst de meest eenvoudige interpretatie voordat hij overstapt naar meer complexe hypotheses en interpretaties (Kazdin, 2003).

1.6.2 Wetenschapper met de wetenschappers

De afgelopen jaren is de aandacht voor de effectiviteit van het professionele handelen sterk toegenomen. De aangetoonde effectiviteit van interventies is bij uitstek het criterium geworden waarop professionals worden afgerekend. Die aandacht sluit aan bij het perspectief van de scientist-practitioner; hij was altijd al geïnteresseerd in de effectiviteit van interventies. Bovendien beschikt hij over de nodige deskundigheid om de effectiviteit van interventies te kunnen onderzoeken. Die interesse en vaardigheden deelt de scientist-practitioner met academische onderzoekers. Met hen is hij bovendien geïnteresseerd in de vraag naar de achterliggende mechaniek: wat vormt het werkzame bestanddeel van een interventie en wat zegt dat over de aard van het probleem?

Maar er zijn ook verschillen. Wederom hangen deze samen met het eigen perspectief van de scientist-practitioner en zijn ervaring met het toepassen van interventies. Lane en Corrie (2006) brengen de eigen positie van de scientist-practitioner in verband met zijn aandacht voor de rol van de context. Niet alleen maakt hij gebruik van contextuele variabelen in het beoordelen en beïnvloeden van het probleem, ook lijkt hij zich meer rekenschap te geven van deze variabelen bij de bepaling van de effectiviteit van zijn interventies. Dat maakt hem terughoudender in zijn conclusies over de mate waarin succes kan worden toegeschreven aan de effectiviteit van zijn interventies alleen. Anders geformuleerd: op basis van eigen ervaringen formuleert hij andere onderzoeksvragen. Drie aspecten daarvan willen wij in dit verband kort noemen.

- De effectiviteitsvraag wordt te vaak gereduceerd tot effecten van specifieke interventies. Het professionele handelen is breder. Hoe belangrijk de interventie ook is, altijd is er een professional die de interventie moet aanbevelen en ervoor moet zorgen dat deze kan worden uitgevoerd. Bovendien zal de

professional deze aanbeveling ten slotte ook uitvoeren. De effectiviteit van een interventie hangt mede af van de strategieën van de professional om de interventie warm aan te bevelen en te enten op de hulpvraag van de cliënt. Nu eens moet de cliënt van het nut van de interventie worden overtuigd, dan weer heeft de cliënt de neiging tussentijds af te haken, et cetera. Die ‘verleidingsstrategieën’ moeten worden gezien als onderdeel van een goed professioneel handelen.

- De effecten van interventies worden te snel gereduceerd tot het opheffen van het probleem waardoor andere doelen nogal eens over het hoofd worden gezien. Heel vaak wordt verondersteld dat de effecten van een interventie voornamelijk bestaan uit het opheffen van een probleem, bijvoorbeeld het verminderen van klachten, et cetera. Klachtenreductie blijkt echter lang niet altijd de belangrijkste doelstelling (Hutschemaekers, Tiemens & Smit, 2006; Perkins, 2001). Zorg aan mensen met een chronische ziekte is vaak gericht op verbetering van de kwaliteit van leven of het bevorderen van eigen kracht en competentie (*empowerment*). Effectiviteitsonderzoek zal bij die praktijkdoelstellingen moeten aansluiten.
- Onderzoekers zijn vooral geïnteresseerd in de werkzaamheid van een interventie en daardoor te weinig in de doelmatigheid ervan. Onderzoekers willen graag weten in welke mate een interventie werkzaam is. Onderzoek daarnaar vindt dan plaats in een ideale setting, vaak een laboratorium-situatie. Voor praktiserende psychologen is de werkzaamheid minder van belang, zij zijn vooral geïnteresseerd in de doelmatigheid van interventies in hun praktijksituatie (dit debat staat in de literatuur bekend onder de naam ‘*efficacy* versus *effectivity*’).



Scientist-practitioners zullen juist omwille van hun ervaringen meer oog hebben voor de context waarin zij hun werkzaamheden verrichten. Als praktiserend psycholoog bereiken zij met dezelfde acties vaak andere resultaten dan hun collega-hulpverleners. Ook blijken diezelfde acties in een andere context tot andere resultaten te leiden. Zo laat onderzoek zien dat informele hulpverleners (partner, ouder, lotgenoot) zaken voor elkaar krijgen die professionals onmogelijk krijgen gerealiseerd en omgekeerd. Vreemde ogen kunnen dwingen maar ook obstinaat maken. De scientist-practitioner is zich hiervan bewust.

Zijn bijzondere oog voor de context impliceert ook dat hij aandacht heeft voor de effecten van de context zelf op cliënt en professional. Aspecten die hierbinnen aan de orde komen betreffen bijvoorbeeld de mogelijke negatieve effecten van het gezondheidszorgsysteem op het functioneren van cliënten en hun omgeving. Zo kan het opnemen van de patiëntenrol bij sommige cliënten leiden tot een groeiende afhankelijkheid. In plaats van positief te reageren op de interventie worden zij er alleen maar passiever en afwachtender van. Deze toegenomen passiviteit is niet een effect van de interventie zelf, maar van de gezondheidszorgcontext waarbinnen deze interventie wordt aangeboden. Paradoxaal genoeg leidt professionele zorg in dat geval niet tot minder maar juist tot meer gezondheidsklachten. We spreken in dit verband van ongewenste of iatrogene effecten. Van de scientist-practitioner mag worden verwacht dat hij in staat is deze iatrogene effecten van zijn handelen op te sporen en te verminderen.

Ten slotte zorgt het oog hebben voor de context ook ervoor dat de scientist-practitioner zich realiseert dat algemene effectrapportages maar weinig zeggen over de voortgang van zijn interventie in de specifieke context waarin hij zich bevindt. Daarom is hij voortdurend bezig met het organiseren van feedback over zijn optreden en continue monitoring van de voortgang van zijn interventies. Dat kan op velerlei manieren geschieden, bijvoorbeeld door het organiseren van feedback via inter- en supervisies, via tevredenheidsmetingen bij klanten of via wetenschappelijk onderzoek (Lambert, Harmon, Slade e.a., 2005; Saphita, Riemer & Bickman, 2005).

Samenvattend: de meerwaarde van de scientist-practitioner zit in zijn besef van professionele en wetenschappelijke beperktheid. Dankzij zijn training in zelfreflectie en zijn kennis van de stand van de wetenschap weet hij als geen ander hoezeer zijn arbeid mensenwerk is en blijft. Dat maakt hem bescheiden in zijn oordeel over de juistheid van zijn diagnostiek en de effectiviteit van zijn interventies. En juist vanwege zijn plaats in het praktijkveld is hij zich terdege bewust hoe belangrijk de rol van de context is. Effecten zijn niet alleen het gevolg van zijn interventies, maar hangen ook sterk samen met

de situatie waarin hij ze aanbiedt en de verwachtingen die zijn cliënten van hem hebben. In de ervaring van die beperking toont zich de ware meester.

1.7 Tot besluit

Het model van de scientist-practitioner is ontstaan als een opleidingsmodel voor psychologen die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg (het toepassingsgebied van de klinische psychologie). Slechts op beperkte schaal is dat model een succes geworden: in de opleiding klinische psychologie is de gecombineerde vorming in wetenschap en praktijk lastig en weerbarstig gebleken; slechts binnen een aantal universiteiten wordt opgeleid volgens het scientist-practitioner-model. In Nederland komen de opleidingen tot klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog (art. 14 Wet BIG) het meeste in de buurt van het scientist-practitioner-model. Gangbaar is het opleidingstraject waarbij een formeel onderscheid wordt gemaakt tussen een algemene en vooral wetenschappelijke basisvorming (bachelor en master) en een toegepaste postmasteropleiding.

Vanaf de jaren tachtig van de vorige eeuw is dit opleidingsmodel omgevormd tot een beroepsmodel voor alle praktiserende psychologen. Kern daarvan vormt de opvatting dat praktiserende psychologen zich onderscheiden van andere professionals en ook van universitaire onderzoekers op basis van een unieke combinatie in hun werk van praktijk en wetenschap. De ideale praktiserend psycholoog beschikt over bijzondere expertise die hij heeft opgedaan gedurende zijn praktijkwerkzaamheden (praktijkkennis) en is tegelijkertijd wetenschapper, in die zin dat hij veelvuldig gebruik weet te maken van wetenschappelijke kennis en deze ook zelf weet te genereren door wetenschappelijk onderzoek. En hoewel ook dat ideaal maar moeilijk te realiseren valt – slechts weinig praktiserende psychologen voeren ook wetenschappelijk onderzoek uit – is dit model uitgegroeid tot een algemene en internationale norm voor academisch opgeleide psychologen.

Wetenschap en praktijk kunnen op vele wijzen aan elkaar worden gekoppeld. De intuïtieve practitioner doet niets expliciet met wetenschappelijke kennis of onderzoek, de klinische wetenschapper doet weinig met praktijkkennis. De reflectieve practitioner verhoudt zich al wel actief tot zijn eigen praktijkkennis en gebruikt wetenschappelijke methoden om die te expliciteren en te systematiseren. De evidence-based practitioner verhoudt zich vooral actief tot de wetenschappelijke kennis; hij gebruikt zijn praktijkkennis om wetenschappelijke inzichten te vertalen naar concrete activiteiten op de werkvloer. De scientist-practitioner verbindt de reflectieve practitioner met

de evidence-based practitioner: praktijk- en wetenschappelijke kennis worden als gelijkwaardig beschouwd en goede zorg is altijd een combinatie van inzichten. De scientist-practitioner is voortdurend bezig met de vraag of hij het goede wel goed genoeg doet. Wetenschappelijke methoden helpen hem die vraag telkens te stellen en vervolgens te beantwoorden. Beantwoording vindt plaats op basis van informatie uit de relevante wetenschappelijke literatuur. Deze weet hij te vinden, te begrijpen, op zijn merites te beoordelen en te vertalen naar zijn praktijk. Beoordeling vindt daarnaast plaats op basis van reflectie op zijn professionele handelen, en explicitering en systematische analyse van dat handelen. Als wetenschapper weet hij naar zijn eigen praktijk te kijken en die als wetenschapper te onderzoeken.

Vervolgens hebben wij beargumenteerd dat de scientist-practitioner zich ten opzichte van collega-professionals en academisch onderzoekers vooral onderscheidt door (zelf)reflectie. Als praktiserend psycholoog kan hij reflecteren op de wetenschap, en als wetenschapper op de praktijk. Daarbij gaat het ook om reflectie op zichzelf: vanuit het perspectief van zijn ene rol kan hij reflecteren op zijn werkzaamheden behorend bij zijn andere rol. De scientist-practitioner is wat dat betreft van nature een twijfelaar, in die zin dat zijn twijfel niet van ziekelijke aard is (gebrek aan zelfvertrouwen), maar een methodische twijfel. Door die methodische twijfel ontstaat oog voor de context en aandacht voor verschil in perspectieven. Dat nuanceert en relativeert. De scientist-practitioner weet dat zijn kennis en expertise uiteindelijk mensenwerk zijn, met alle voor- en nadelen van dien. De ideale scientist-practitioner is niet alleen deskundig, hij is ook wijs.

Met het beroepsideaal van de scientist-practitioner verschaft de psychologie zich een geheel eigen positie ten opzichte van de andere toegepaste disciplines. Medici neigen waarschijnlijk meer naar het model van de evidence-based practitioner, terwijl verpleegkundigen en sociaal werkers (maatschappelijk werkers en sociaal pedagogische hulpverleners) zich eerder bekennen tot het model van de reflective practitioner. Het is echter de vraag in hoeverre die eigen positie wel zo eenduidig is, en of het werken conform de uitgangspunten van de scientist-practitioner wel leidt tot één type van praktiserende psychologen. In de literatuur wordt daaraan zeer getwijfeld: er zijn scientist-practitioners die vooral de kant van de praktijk benadrukken, terwijl anderen vooral aan de kant van de fundamentele wetenschappers zitten (Lane & Corrie, 2006). Het gebrek aan een eenduidig beroepsbeeld kan zich vertalen in 'identiteitsproblemen' op de werkvloer. Dat is in het verleden ook regelmatig voorgevallen (Dehue, 1990). De vraag moet dan ook worden gesteld of het beroepsideaal van de scientist-practitioner ook niet een valkuil is, in die zin

dat het onderlinge verschillen groter maakt en de identiteit van de praktiserend psycholoog onduidelijker.

Er schuilt nog een ander risico in het ideaal van de scientist-practitioner. Is dit beroepsideaal wel haalbaar? Het realiseren ervan vraagt om praktiserende psychologen die niet alleen de noodzaak inzien om hun werkzaamheden met wetenschappelijke kennis en onderzoek te onderbouwen en te verbeteren, maar daaraan ook plezier beleven en hun eigen beroepsidentiteit koppelen. Zijn dergelijke professionals wel te vinden? En van onderzoekers aan de universiteit vraagt het hun onderzoek, ook al zijn zij zelf geen practitioner, nog meer te richten op vragen uit de praktijk. Dat vereist niet alleen dat onderzoeksvragen soms ook een toegepast karakter moeten krijgen, maar ook dat de onderzoeksmethoden daarop moeten worden afgestemd. Zijn er onderzoekers te vinden die dat willen en kunnen?

De kloof tussen droom en daad is groot; het ideaal van de scientist-practitioner is bij lange na niet gerealiseerd. Bovendien is de toepassing van het model van de scientist-practitioner niet zonder risico. En toch moeten we het willen, want er is geen alternatief. Terecht vragen de cliënten om de meest krachtige en effectieve interventies en terecht eist de samenleving van praktiserende psychologen dat hun werkzaamheden van goede kwaliteit zijn. En goede kwaliteit is alleen te realiseren door wetenschap en praktijk dicht bij elkaar te brengen en onderling complementair te maken. Scientist-practitioners zijn daarbij onontbeerlijk. Zij verstaan beide talen en weten het beste uit die twee werelden boven water te krijgen. Dat maakt hen tot echte bruggenbouwers. De toekomst van de psychologie ligt in hun handen.