TMGN

NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN

5e LUSTRUM

PAZ

25 jaar Psychologie in Algemene/academische Ziekenhuizen

F.M. Wiersma - C.N. Tromp

TMGN

TMGN

NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN

25 jaar Psychologie in Algemene/academische Ziekenhuizen

Het vijfde PAZ-lustrum

F.M. Wiersma en C.N. Tromp (redactie)

Colofon
Tekstredactie: TextAbility, Haarlem
Ontwerp, lay-out en grafische productie: Buro Interpoint Haper

ISBN 90-75583-05-9

CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

© PAZ 1999.
Dit boek is een uitgave van Psychologen
Algemene/academische
Ziekenhuizen (PAZ).
P/a dr. A.P. Bak,
Bosch Medicentrum, Den Bosch.

Behoudens uitzonderingen door de wet gesteld mag zonder schriftelijke toestemming van de rechthebbende(n) op het auteursrecht, c.q. de uitgeefster van deze uitgave, door de rechthebbende(n) gemachtigd namens hem (hen) op te treden, niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of anderszins, hetgeen ook van toepassing is op de gehele of gedeeltelijke bewerking.
De uitgeefster is met uitsluiting van ieder ander gerechtigd de door derden verschuldigde vergoeding voor kopiëren, als bedoeld in art. 17 lid 2, Auteurswet 1912 en in het KB van 20 juni 1974 (Stb. 351) ex artikel 16b,Auteurswet 1912, te innen en/of daartoe in en buiten recht op te treden.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form by any means, electronic, photocopying, recording or otherwise, without the written permission of the publisher.

Inhoud

Voorwoord
A.P. Bak 5

De koers van de PAZ
G. Sinnema 7

De PAZ vanaf de begintijd tot heden 13
W.H.M. de Vries

Collegiale verhoudingen en paniek op maat 25
J.H. van Birgelen

Châteauneuf-du-pape, oude kaas en een addertje in de open haard 37
H. Benders

Sceptische overwegingen bij het vak ziekenhuispsychologie 45
W.A. Fonteijn

Het wonder van de visitatie 61
F.M. Wiersma

Het tijdschrift Medische Psychologie 73
L.J.M. de Wit

Hoe je het moet doen 85
Beschouwingen van een academische buitenstaander over de werkwijze en de betekenis van de sectie PAZ voor haar leden
C.N. Tromp

'Buitenstaanders' over de medische psychologie 93
P.H.G.M. Soons en F.M. Wiersma

Over de auteurs 103

Bezoekers van het lustrumcongres, verzameld in het trappenhuis van het Kurhaus

Voorwoord

Bij de voorbereiding van het jubileumcongres van de PAZ is de lustrumcommissie ervan uitgegaan dat er in de eerste plaats aandacht zal moeten worden besteed aan de theoretische fundering van onze beroepsuitoefening. Om die reden werden vanuit onze beroepsgroep vooraanstaande sprekers gevraagd een voordracht te houden over de ontwikkelingen binnen de medische psychologie. Daarbij werd aandacht geschonken aan de psychopathologie en emoties. Verder werd gesproken over de relaties tussen pathologie op volwassen leeftijd en die uit de kinderjaren, over symptoomperceptie en over relatie tussen somatische en psychische factoren. Zowel de psychoanalytische, de leertheoretische en de ontwikkelingspsychologische invalshoeken kwamen aan de orde.

Tijdens het tweede gedeelte van het programma werd aandacht gegeven aan: 'de gereedschappen in de medische psychologie'. In dit kader werd gesproken over onderzoeksmethoden zoals test- en vragenlijsten die ons in het dagelijks werk ter beschikking staan.

Ten derde wilden wij aandacht besteden aan visies op de praktijkvoering in de medische psychologie. Hiertoe werd een drietal sprekers uitgenodigd om een lezing te houden: vanuit de politiek, de ziekenhuisorganisatie en de wetenschap.

Alle drie de onderdelen zijn een succes gebleken door de kwaliteit van de voordrachten en de visies die over ons vakgebied werden uitgedragen.
Ter gelegenheid van de viering van het 25-jarig bestaan van de PAZ in 1997 hebben wij gezocht naar een bijzondere locatie. Het Kurhaus te Scheveningen leende zich uitstekend voor dit feestelijke doel. Dit bleek ook uit de goede opkomst en de geanimeerde sfeer onder de bezoekers.

Naar aanleiding van dit vijfde lustrum namen twee leden van de lustrumcommissie, de collega's C.N. Tromp en F.M. Wiersma, het initiatief tot de uitgave van een lustrumboek. Prominenten binnen de PAZ die op enigerlei wijze de afgelopen jaren een bijdrage hebben geleverd aan het beleid schreven een bijdrage vanuit hun eigen visie op en beleving

van de afgelopen periode van 25 jaar. Het resultaat van deze inspanningen ligt voor u. Het is een unieke uitgave door de bijzondere bijdragen van de diverse auteurs en de gepubliceerde groepsfoto.

Deze lustrumuitgave verschijnt als deel vier in de PAZ-reeks. De drie eerdere delen waren gebaseerd op de voordrachten gehouden tijdens de wetenschappelijke dagen van de PAZ. Deze jonge traditie zal worden gecontinueerd in de volgende delen.

Namens de lustrumcommissie

Dr. A.P. Bak
Bestuurslid PAZ

De koers van de PAZ

Dr. Sinnema beschrijft tegen de achtergrond van voor de beroepsgroep actuele en relevante omgevingsfactoren de koers die het PAZ-schip vaart. Hij geeft ook de richting voor de komende jaren aan.

Hoewel de titel van deze bijdrage anders zou kunnen doen vermoeden, en hoewel de financiële positie van de PAZ/LVMP solide is, bestaan er geen plannen om naar de beurs te gaan. Als specialist in het ziekenhuis doet de klinisch psycholoog-PAZ niet mee aan het Euphoria-concert ter gelegenheid van de huidige bloei van de Nederlandse economie. De koers van de PAZ laat zich beter begrijpen vanuit de Nederlandse scheepvaarttraditie. Een vaste koers en veel stuurmanskunst blijven voor de beroepsgroep onverminderd van belang om een behouden vaart te garanderen. In het vaarwater van de gezondheidszorg staat de barometer op onbestendig. Enerzijds groeit er wat financiële en politieke speelruimte voor een lichte stijging van het budget voor gezondheidszorg, anderzijds ligt het accent onverminderd op kostenbeheersing, c.q. kostenreductie. Dat bezuinigingsdoelstellingen vaak verhuld worden in een nevel van nota's over doelmatigheid en kwaliteitsverbetering doet daaraan niets af.

Het rituele geloof in de noodzaak van schaalvergroting is in de somatische gezondheidszorg over haar hoogtepunt heen. In de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is dit geloof nog volop aanwezig. Dit leidt tot GGZ-concerns met aan het bedrijfsleven ontleende benamingen zoals de Rümke-Groep of de MFE Zuid-Holland. De patiënt - om wie het toch uiteindelijk gaat - kiest evenwel vaak voor kleinschaligheid en een directe persoonlijke benadering, getuige de bloei van de zelfstandige praktijken en de forse stroom consulten bij ziekenhuispsychologen.

Onbestendig blijft ook het overheidsbeleid inzake deregulering. Een goed voorbeeld vormt het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)getiteld Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw. Hierin treedt de overheid terug wat betreft financiële verantwoordelijkheid; alleen voor de (onverzekerbare) langdurige zorg levert de overheid het vangnet (AWBZ). Andere voorzieningen moeten worden betaald uit de ziektekostenverzekeringen of door de patiënt zelf. Daarentegen is de

koers inhoudelijk veelal gericht op centrale sturing in de zorgvoorzieningen, via indicatieteams, gezamenlijke voordeuren en loketten, en een strikte toepassing van de echelons in de gezondheidszorg.

Professionele verankering

Hoewel turbulentie in de GGZ het PAZ-schip wat kan doen schudden, raakt het schip er niet door uit de koers. Immers, de klinisch psychologen in ziekenhuizen zijn professioneel verankerd in de somatische gezondheidszorg. Het specialisme van de klinische psychologie opereert op het snijvlak van somatiek en psychologie; de integratie in de medische staf en de medische organisatie vormt het fundament voor doelmatig en effectief professioneel handelen. De klinisch psycholoog in het ziekenhuis verricht diagnostiek en behandeling bij zeer gevarieerde problemen waarin somatiek en psychische factoren vervlochten zijn, van psychologische complicaties bij chronische aandoeningen tot cognitieve, emotionele en gedragsstoornissen in relatie tot hersendysfuncties. Ook lichamelijke klachten die vanuit somatische optiek 'onbegrepen' zijn, blijven voor de klinisch psycholoog een boeiende uitdaging. Integrale diagnostiek en behandeling vereisen ook in dit geval de nauwe samenwerking tussen medisch specialist en klinisch psycholoog. In het algemene en academische ziekenhuis staat vooral de complexere problematiek centraal. Na diagnostiek, behandeladvies of initiële behandeling vindt regelmatig terugverwijzing plaats naar de huisarts en/of eerstelijnspsycholoog. Zowel de ziekenhuispsycholoog als de eerstelijnspsycholoog brengen daarmee de door de RVG bepleite eenheid van somatische en geestelijke gezondheidszorg al geruime tijd in praktijk.

Plaats van de beroepsgroep binnen NIP-G

De beroepsgroep van klinisch psychologen in de algemene en academische ziekenhuizen maakt als sectie deel uit van de sector Gezondheidszorg (G) van het NIP. In deze sector speelt de PAZ vaak een energieke voortrekkersrol, hetgeen enerzijds gewaardeerd wordt, anderzijds soms irritatie oproept. In de optiek van de PAZ vormen snelle besluitvorming en daadkracht niet de sterkste eigenschappen van de sector G. Sommige doelstellingen waar de PAZ zich voor inzet, worden ook niet steeds door alle secties even belangrijk gevonden. Dit is wel begrijpelijk, gezien de diversiteit aan werkvelden die in de sector G vertegenwoordigd zijn. Het

betekent vooral dat het NIP, en bij uitstek de sector G, toe is aan een federale structuur. De PAZ is hier krachtig voorstander van. Het ligt voor de hand dat de ziekenhuispsychologen en eerstelijnspsychologen in veel aangelegenheden samen zullen optrekken en dat de revalidatiepsychologen en de psychologen in psychiatrische centra daarbij vaak zullen kunnen aansluiten. De verwantschap tussen deze groepen is ook nu in de sector G al vaak duidelijk merkbaar.

Reacties op de Wet BIG

De PAZ heeft momenteel circa 250 leden, waarvan een vaste kern zich zeer actief inzet voor de beroepsbelangen en voor de kwaliteitsbevordering van de beroepsuitoefening. Verdediging van de beroepsbelangen heeft de laatste jaren veel tijd en energie gevraagd, vooral door de komst van de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG). De Wet BIG kende oorspronkelijk de klinisch psycholoog als basisberoep in de gezondheidszorg. Na een krachtige lobby vanuit het NIP, waarbij prof. dr. M. van Son als voorzitter van de sector G een belangrijke rol heeft gespeeld, ontstond uiteindelijk een splitsing in basisberoep (de gezondheidszorgpsycholoog, artikel 3 Wet BIG) en specialisme (klinisch psycholoog, artikel 14 Wet BIG). Hiervoor was een wetswijziging noodzakelijk. De registratie voor gezondheidszorgpsycholoog is gestart in het voorjaar van 1998. Deze tussenfase was noodzakelijk vooraleer het specialisme kan worden aangevraagd bij het Ministerie van VWS. De vereiste voorbereidingen zijn in een vergevorderd stadium. Zij omvatten de beschrijving van het deskundigheidsgebied, de vaststelling van de opleidingsvereisten, een professioneel statuut en een profielschets. Voor de PAZ is erkenning van het specialisme klinisch psycholoog in de Wet BIG essentieel. Niet alleen omdat de meeste van haar leden de facto op dit niveau functioneren, maar vooral vanuit de overtuiging dat in de tweede en derdelijns somatische gezondheidszorg specialistische klinisch-psychologische kennis en vaardigheden absolute vereisten zijn. Het is de bedoeling dat de thans NIP-geregistreerde klinisch psychologen overgaan naar het specialistenregister. Naast de Wet BIG bracht de nieuwe Functiewaardering Gezondheidszorg (FWG) regelmatig beroering in de PAZ gelederen. De nieuwe functie-omschrijvingen deden geen recht aan het professioneel niveau van de klinisch psychologen. In december 1997 heeft het hoofdbestuur van het NIP uitgesproken dat het NIP niet akkoord kan gaan met het nieuwe FWG 3.0-systeem.

Kwaliteit: visitatie en protocolontwikkeling

De PAZ kent een krachtig kwaliteitsbeleid, waarvoor veel leden zich inzetten. Visitatie vormt inmiddels een hoeksteen van dit beleid. Voor de komende jaren wordt het belangrijk algemene richtlijnen en normen voor de beroepsbeoefening te distilleren uit de ervaringen die bij de visitaties zijn opgedaan. Vooruitlopend op de specialistenopleiding tot klinisch psycholoog is een blauwdruk voor de visitatie van opleidingsplaatsen gereed. Ook protocolontwikkeling krijgt een vaste plaats in het kwaliteitsbeleid. De PAZ-commissie Kwaliteit heeft in 1997 in kaart gebracht welke protocollen thans in de patiëntenzorg gebruikt worden. Op basis van deze inventarisatie werden werkgroepen ingesteld om uniforme protocollen te ontwikkelen, te beginnen met een behandelingsprotocol voor enuresis/encopresis bij kinderen en een diagnostisch protocol voor de screening op dementie bij ouderen.

In het kader van professionele ondersteuning bij deze protocolontwikkeling zal de PAZ haar contacten met het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) intensiveren.

Nascholing

Het derde element in het kwaliteitsbeleid vormt de nascholing. De wetenschappelijke dagen van de PAZ worden goed bezocht. De bijdragen uit de jaren 1994-1996 zijn ook in druk verschenen, waarmee de PAZ een goede start heeft gemaakt met haar eigen reeks wetenschappelijke uitgaven. Accreditatie van cursussen en andere nascholingsactiviteiten staat op de PAZ-agenda; de status van specialisme impliceert een regelmatig hernieuwde registratie op basis van nascholing.

Met het oog op de toekomst

Ondanks het vaak woelige water van de gezondheidszorg ligt het PAZ-schip goed op koers. Vanaf de voorplecht houdt het bestuur de blik op de horizon gericht. De absolute noodzaak tot positionering van de klinisch psycholoog als specialisme Wet BIG vormt geen belemmering om over de toekomst na te denken, waarin (sub)specialisaties verder gestalte zullen krijgen. Ondanks haar gebruikelijke voortvarendheid, neigt de PAZ hier tot behoedzaam laveren. Consensus binnen de beroepsgroep is immers voorwaarde voor externe erkenning van dergelijke

(sub)specialisaties.

Historisch begrijpelijk, maar voor de toekomst ongewenst, is de relatief geringe participatie binnen de PAZ van de psychologen uit academische ziekenhuizen. Meer inspanningen zijn nodig om hen te overtuigen van de vele gemeenschappelijke belangen. De pikhaken waarmee de psychologen uit academische ziekenhuizen vroeger op afstand werden gehouden, zijn reeds lang vervangen door touwladders om hen welkom te heten aan boord. In dit verband streeft de PAZ ernaar, om gezamenlijke projecten voor wetenschappelijk onderzoek te stimuleren. Volop plannen voor de komende 25 jaar.

Ten slotte

Een persoonlijke noot ter afsluiting. De PAZ is méér dan een hechte groep van gelijkgestemde collega's. De PAZ staat ook voor betrokkenheid en onderling respect, zonder angst voor kritiek in de eigen gelederen. Daarmee functioneert de PAZ als volwaardige thuishaven voor de psychologen in de Nederlandse ziekenhuizen.

TMGN

De PAZ vanaf de begintijd tot heden

Drs. W.H.M. de Vries maakte indertijd als een van de pioniers de overstap van wat toen nog de ambulante geestelijke volksgezondheid was, naar de psychologie in een algemeen ziekenhuis. In een persoonlijke bijdrage beschrijft hij zijn betrokkenheid en ervaringen bij het ontstaan en de vroege geschiedenis van de PAZ. Hij was een van de initiatiefnemers.

Als psycholoog van een stichting voor ambulante geestelijke volksgezondheid (M.O.B. en het toen zogeheten 'bureau voor huwelijksmoeilijkheden') vroeg ik mij in de zestiger jaren af waarom er wel allang op grote schaal schoolpsychologen, M.O.B.-psychologen, beroepskeuzepsychologen, bedrijfspsychologen, kinderhuispsychologen en andere waren, maar nog nauwelijks ziekenhuispsychologen. Indien érgens een psychologische inbreng verwacht zou mogen worden, dan toch zeker in een ziekenhuis. Wel hadden de academische ziekenhuizen een psychologische afdeling, maar deze ontbrak, op enkele uitzonderingen na, in de perifere regionale algemene ziekenhuizen. Mijn oude liefde voor de ziekenhuispsychologie, opgedaan bij mannen zoals Prick, Calon en Van de Loo te Nijmegen, was nog niet uitgedoofd. In 1968 werd ik als psycholoog verbonden aan het St. Elisabeth-ziekenhuis te Amersfoort. Met een 14-jarige ervaring in de ambulante geestelijke gezondheidszorg had ik, behoudens mijn stage klinische psychologie tijdens mijn opleiding en een reeks extramurale ervaringen met patiënten, geen ervaring als ziekenhuispsycholoog.

Oriëntatie

Ik besloot daarom ter oriëntatie tien regionale algemene ziekenhuizen, waar al een psycholoog was aangesteld, te bezoeken. De toestemming om de eerste maanden daaraan de nodige tijd te besteden werd mij door de directie royaal verleend. Merkwaardigerwijs bevonden deze ziekenhuizen zich uitsluitend in het zuiden en oosten des lands en het waren veelal katholieke ziekenhuizen.

Ik heb mij in die eerste maanden wel eenzaam gevoeld. Ik wist wat ik had, maar ik wist eigenlijk niet goed wat ik ging beginnen. De medewer-

kers, de stafleden van de stichting waar ik al tien jaar werkte (de psychiater, de psychiatrisch sociaal werkster (PWS) en ook wel de kinderarts) spraken dezelfde taal over patiënten (cliënten). Dat zou in een ziekenhuis zeker niet het geval zijn bij toen, meer (nog) dan nu, veelal medisch-technisch denkende artsen, de psychiater uiteraard uitgezonderd. Bovendien zouden de specialisten, zo dacht ik, concrete, directe antwoorden verwachten; zou de psychologie die wel kunnen geven? Van verschillende kanten in mijn omgeving kreeg ik nogal eens goed bedoelde bedenkingen te horen: zou dat wel een prettige werkkring worden? Later bleken deze onzekerheden goeddeels ongegrond. Ik werd in dit ziekenhuis heel loyaal ontvangen.

Mijn oriënterende gesprekken met de bezochte psychologen had ik voorbereid door een aantal vragen te formuleren, die ik vervolgens aan hen voorlegde. In totaal kwamen 38 punten aan de orde. In het kader staan enkele opgesomd om een indruk te geven.

Vragen over de praktijk in de jonge klinische psychologie

- Hoe ligt de werkrelatie met de medisch specialisten: rechtstreeks of via bijvoorbeeld de psychiater?
- Welke specialisten blijken in de praktijk naar de psycholoog te verwijzen?
- Wordt er ook gerapporteerd en hoe wordt de rapportage verzorgd?
- Welke zijn de meest gebruikte en meest geschikte tests (o.a. organiciteitstests voor neuropsychologisch onderzoek)?
- Welke eisen kunnen redelijkerwijs gesteld worden aan de werkruimte?
- Is er een psychologisch assistent(e)?
- Is er na diagnostiek ook mogelijkheid voor behandeling of psycho therapie, ook na ontslag van de patiënt?
- Wordt er, behalve klinisch, ook poliklinisch gewerkt?
- Draagt de psycholoog een witte jas?
- Worden er lessen gegeven aan verpleegkundigen (toen nog verpleegsters geheten)?
- Zijn er spreekbeurten voor specialisten, hoofdverpleegsters en huisartsen?
- Hoe zijn de contacten met de ambulante geestelijke gezondheids zorg? Wordt daarheen ook doorverwezen?
- Zijn er faciliteiten tot het bijwonen van voor het werk dienstige studiebijeenkomsten en congressen?

- Is er nog tijd voor studie en research?
- Welke literatuur wordt aanbevolen?
- Is de psycholoog lid van de medische staf?
- Zijn er contacten met andere ziekenhuispsychologen?

Hier volgen enkele antwoorden op sommige van deze vragen:

- Alle tien waren lid van de medische staf.
- Negen van de tien droegen een witte jas. Dit geeft uiteraard mogelijkheden tot interpretatie van de image-vorming.
- Negen van de tien hadden een open, directe werk/verwijsrelatie met de medisch specialisten. Eén ontving de verwijzing via de psychiater en van de kinderarts.
- De belangrijkste verwijzers waren de psychiater, de neuroloog, de kinderarts, de internist en de gynaecoloog.
- Als hoofdtaak werd beschouwd en gepraktizeerd: diagnostiek en behandeling, zowel klinisch als poliklinisch.
- Allen gaven lessen in de psychologie aan verpleegkundigen.
- Negen hielden spreekbeurten voor specialisten en/of hoofdverpleegsters en huisartsen.
- Zes pleegden nazorg, twee niet en twee verwezen door.
- En tenslotte: allen hadden geen of weinig contact met collegae-psychologen van algemene ziekenhuizen.

Pioniers

In die tijd waren er vele psychologische banen en baantjes, full-time en part-time. Ze werden gefinancierd uit een lapwerk van subsidieregelingen. Er was keuze en er waren nog maar betrekkelijk weinig psychologen. Velen voelden er toen nog niet veel voor om in zo'n 'lastig ziekenhuis' te gaan werken. Toch hebben sommigen dat vóór mij wél gedaan en aldus de weg voorbereid, zoals onder andere de psychologen die ik bezocht. Zij worden terecht beschouwd de pioniers van de psychologie in de algemene ziekenhuizen. De laatste vraag die ik hen bij mijn bezoek stelde was: 'Als ik jullie over ongeveer een jaar zou uitnodigen om bij elkaar te komen zou je dan komen?' Acht zegden onmiddellijk toe, één zei: 'Ik kom niet want ik geloof niet in dat gedoe', en één zei: 'Ik sympathiseer er wel mee, maar ik doe er wegens mijn leeftijd niet meer aan mee.'

Een belangrijke ontmoeting

Een paar jaar later, in 1970, was ik op een universitaire bijeenkomst in Nijmegen. Daar ontmoette ik bij toeval twee jongere collegae. Zij waren inmiddels óók in een ziekenhuis gaan werken. Dat waren Rieneke Ploegmakers-de Jonge van ziekenhuis De Stadsmaten te Enschede en Harry Benders van het Wilhelmina-ziekenhuis te Assen. Wij raakten in gesprek over ons werk en zeiden alle drie als het ware tegelijk, dat wij de ziekenhuispsychologen eens bij elkaar moesten roepen.

De eerste bijeenkomst

Op 17 november 1970 vond de eerste bijeenkomst plaats in het St. Elisabeth-ziekenhuis te Amersfoort. Er waren toen 25 psychologen aanwezig, vrijwel alle ziekenhuispsychologen van toen. Wij hadden geen programma en hebben niets anders gedaan dan met elkaar kennis gemaakt, van gedachten gewisseld en gebrainstormd, maar het belangrijkste was de warmte die gevoeld werd bij het uitwisselen van gelijke (en ongelijke) ervaringen en problemen. Na een paar min of meer vrijblijvende vergaderingen werd door de aanwezige psychologen een eerste bestuur gekozen, een voorzitter (De Vries), een secretaris (Ploegmakers-de Jonge) en een penningmeester (Benders).

Werkgroep

En toen was er de 'Werkgroep' die spoedig officieel erkend werd als Werkgroep Psychologen Algemene Ziekenhuizen van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP).
Geleidelijk aan werd er meer structuur aangebracht door de gangbare regels van vergadertechniek toe te passen en verenigingsregels in acht te nemen. En hoe zouden wij ons presenteren in de ziekenhuiswereld? Hoe zouden wij onszelf en onze diensten geloofwaardig en aanvaardbaar maken? Hoe zouden wij in en vanuit het ziekenhuis feitelijk kunnen bijdragen aan de gezondheidszorg? Hoe zouden wij ons profileren, in een tijd waarin de term 'profileren' in zwang kwam?

Wederzijdse terughoudendheid

Aanvankelijk liep het met de uitbreiding van het aantal psychologen in de algemene ziekenhuizen helemaal niet zó vlot. Enerzijds bleken verscheidene psychologen huiverig om zich daarin te begeven, anderzijds hadden nogal wat medische staven net zulke aarzelingen om zo'n eventueel alternatieve figuur binnen te halen. Bovendien zagen veel specialis-

ten niet wat je er aan zou kunnen hebben.
'Wij willen niet zo'n langharige houtjes-touwtjes figuur met geitenharen sokken en daarbij passende alternatieve ideeën waar we alleen maar gedonder mee krijgen.' In die tijd (1974) speelde juist ook de kwestie Dennendal (directeur collega Muller), waar staatssecretaris Hendriks van Volksgezondheid het erg druk mee had, zoals de media een tijdlang dagelijks meldden. Daar ging het ook om alternatieve ideeën. Wij hadden, op initiatief van Harry Benders, de staatssecretaris uitgenodigd op onze vergadering in het Canisius-ziekenhuis te Nijmegen, waar hij (de staatssecretaris) in de ontvangkamer daarover sprak. In deze sfeer breidde de ziekenhuispsychologie zich toch, zij het langzaam, uit over de Nederlandse ziekenhuizen.

Motieven

Ik werd meerdere malen benaderd door een medische staf van een ziekenhuis waar men een psycholoog wilde aanstellen. Gevraagd werd dan uiteraard naar de mogelijke inbreng van de psycholoog. Soms was het motief tot aanstelling niet zozeer het inhoudelijke nut (waaraan trouwens getwijfeld werd), maar het niet achter willen blijven bij andere ziekenhuizen die al een psycholoog hadden. Hiervan getuigt de anekdote, die verteld wordt in het kader. Deze speelt zich in het verre verleden van de jaren vijftig af. Ik was toen vanuit de kinderbescherming lid geworden van het zo geheten 'Gezelschap voor klinische psychologie'.

Een psycholoog als statussymbool

Op zekere vergadering van het 'Gezelschap voor klinische psychologie' sprak prof. Kraus, hoogleraar psychiatrie te Groningen. Hij vertelde in alle openheid hoe hij tot de aanstelling van een klinisch psycholoog (Piet Boeke) gekomen was: niet omdat hij inzag wat hij er aan zou kunnen hebben of welke inbreng een psycholoog buiten de psychiatrie nog zou kunnen bieden, maar primair omdat hij gewoon niet kon hebben dat een andere universiteit (ik weet niet meer welke hij toen noemde) er wél een had en hij niet. Een statussymbool dus. Wel zei hij er bij, dat hij er achteraf geen spijt van had.

Presenteren en profileren

Voor ons als klinische psychologen bleef het de vraag, hoe wij ons zouden moeten presenteren en profileren. Nu lag het nog op een ander punt niet in elk ziekenhuis even gemakkelijk om daar binnen te komen. Het was voor de reeds lang gevestigde psychiater niet altijd vanzelfsprekend een psycholoog met overlappingen in zijn werkgebied probleemloos naast zich te accepteren. Denk je zélf maar in zo'n situatie in! Er waren collegae-psychologen die zeiden: 'Wij moeten ons duidelijk poneren, we moeten een vuist maken en onze rechten, die we krachtens onze aanstelling hebben, opeisen.'
Dan zei ik zeer beslist: 'Niks vuist maken, niet met lawaai binnenkomen, maar zo geruisloos mogelijk aan je werk beginnen en dat zo goed mogelijk doen; meer niet.' Niet (of nog niet) met briefjes, artikeltjes en beloftes wapperen over wat we te bieden hebben, want dat weten we immers zelf nog niet zo goed. We moeten eerst zelf nog ontdekken wat we in de praktijk werkelijk kunnen. We moeten de gevestigde specialisten de tijd geven aan ons te wennen. Zij moeten ook de tijd krijgen om hun aanvankelijke afweer te overwinnen. Van verschillende kanten vernam ik, dat het integratieproces niet overal even soepel verliep, al waren er over het algemeen gunstige berichten. Persoonlijk heb ik er geen moeite mee gehad, zeker ook niet door de persoon van de psychiater die mij royaal en loyaal de ruimte gaf. Dat was een prettige samenwerking. Anderen zeiden wel eens tegen mij: 'Daar zul je niet gemakkelijk conflicten mee krijgen.' Dat was ook zo, maar ik heb er wel eens aan toegevoegd: 'Met mij evenmin; dat is dubbel op.'

Vergaderplaatsen

Wij werkten als bestuur enthousiast aan de zaak. We vergaderden bij Rieneke Ploegmakers op de boerderij in Saasveld of bij Harry Benders in Drenthe (Rolde, later Grolloo, temidden van de hunebedden) of een enkele keer bij mij thuis in Amersfoort. Voor de ledenvergaderingen boden de ziekenhuizen per toerbeurt gastvrijheid. Dat was ook voor de propaganda beter dan vergaderen op een vaste plek in een neutrale zaal. Het kostte niets en bovendien deed iedere directeur mét de daar gevestigde psycholoog z'n best om ons goed te ontvangen, iets over het eigen ziekenhuis te vertellen en een deel van de besprekingen of discussies bij te wonen. En natuurlijk werden er elkaar waarderende toespraken gehouden.
Zoals boven reeds vermeld ontvingen wij in 1974 staatssecretaris Hendriks

van Volksgezondheid in het Canisius-ziekenhuis te Nijmegen, waaraan onder anderen prof. K.J.M. van de Loo verbonden was. Hij was in die tijd één van de belangrijkste vertegenwoordigers van de ziekenhuispsychologie in Nederland. De staatssecretaris hield een voordracht over de stand van zaken in de gezondheidszorg. Wij vroegen aandacht voor ons werk en voor de haken en ogen van zijn beleid inzake de ontwikkeling van de ziekenhuispsychologie.

Contacten naar buiten

Wij hadden, behalve de eigen leden van de werkgroep, bovendien een aantal prominente collegae uit de gezondheidszorg uitgenodigd om de staatssecretaris een nòg wat imposanter gehoor te kunnen bieden dan wij zelf konden vormen. Zo reikten onze contacten verder dan alleen maar tot de grenzen van de ziekenhuizen van de PAZ. Toen mij gevraagd werd lid te worden (à titre personnel) van het dagelijks bestuur van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid van de provincie Utrecht heb ik, in het besef daarmee ook de ontwikkeling van de ziekenhuispsychologie op één of andere wijze te dienen, daarin toegestemd en ben ik een aantal jaren lid geweest. Het waren zeer drukke jaren omdat ik naast het dienstverband van drie dagen per week met het ziekenhuis, ook een particuliere praktijk had, die zeer goed liep. Dat kwam misschien ook wel omdat ik toen in de regio zo ongeveer de enige psycholoog-therapeut was, maar dit terzijde. Toch leed de aandacht voor de werkgroep niet onder de totale werkdruk omdat die werkgroep ons als leden (ook de anderen hadden hun externe contacten) zo ter harte ging.

Mutatie

Helaas heeft Rieneke Ploegmakers ons na een paar jaar verlaten omdat zij naar een ander werkterrein was overgestapt. Maar de goede herinneringen aan die boeiende eerste tijd zijn gebleven. Haar plaats als secretaris werd ingenomen door Mia van Spaendock-Dohmen, die lange jaren met grote inzet en in prettige samenwerking de PAZ gediend heeft. In dit korte bestek kunnen onmogelijk alle feiten en gebeurtenissen uit onze geschiedenis genoemd worden. Harry Benders zal trouwens ook nog zijn best doen. Ik zal me beperken tot de eerste jaren.

Kritiek

Het ging niet allemaal van een leien dakje. Zo gauw als je maar even

bestaat komt er ook kritiek. Gelukkig maar! In 1975 ontstond er een zeer geanimeerde polemiek in De Psycholoog. Inzet was de taak van de psycholoog in het algemeen ziekenhuis. Er stortten zich ongeveer 15 psychologen in de strijd. Een overzicht van deze polemiek werd geschreven door Paul van Katwijk en Katrine de Vries van de vakgroep klinische psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen, onder leiding van collega P. Boeke e.a. (1). In 1983 werd een nummer van De Psycholoog aan deze materie gewijd (2). Enkele auteurs wezen erop dat, blijkens enkele enquêtes die in de loop der jaren waren gehouden, de ziekenhuispsychologen zich te veel bezig zouden houden met diagnostiek en therapie (directe benadering) en te weinig met klimaatsbeïnvloeding (indirecte benadering), begeleidingstaken en wetenschappelijk onderzoek.

De kritiek was juist en wij moe(s)ten haar zeer ter harte nemen. Toch blijkt dat de ziekenhuispsychologen zich niettemin in hoofdzaak blijven bezighouden met diagnostiek en psychotherapie (2). Gesuggereerd wordt, dat dit zou komen door de verwachtingen van de ziekenhuizen. Psychologen dienen zich als vakman waar te maken en in dit werk kunnen zij zich profileren ten opzichte van andere disciplines. Ook zouden professionaliseringsmotieven een rol spelen. Het zou getuigen van ongenuanceerd gedrag om deze kritiek te negeren. Inderdaad speelt de verwachting van het ziekenhuis een belangrijke rol, maar de beperkte mankracht en het tijdgebrek vormen samen misschien wel de grootste factor. De PAAZ buiten beschouwing gelaten, die één full-time psycholoog behoort te hebben op een grootte van 20 à 24 bedden, heeft de rest van een middelgroot ziekenhuis met bijvoorbeeld 300 bedden en met een middelgrote polikliniek aan één psycholoog bij lange na niet genoeg. Een bezetting van minstens twee full-time psychologen (buiten de PAAZ) zou daarvoor reëel zijn. Dan zou ook taakdifferentiatie mogelijk worden, wat reeds in de beginjaren als norm gesteld werd. Overigens hebben inmiddels meerdere psychologen zich in de genoemde andere taken, buiten de diagnostiek en psychotherapie, verdienstelijk gemaakt of zijn ermee bezig dat te doen.

Psychologische afdeling binnen het ziekenhuis

Zou de bijdrage van de psycholoog aan de patiënt niet hoofdzakelijk of uitsluitend buiten het ziekenhuis gerealiseerd kunnen worden (behoudens uiteraard de klimaatsbeïnvloeding binnen het ziekenhuis), bijvoorbeeld

door de ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg)? Die gedachte heb ik vroeger wel eens gehad. Uit ervaringen, ook van collegae, blijkt echter, dat van een geïntegreerde samenwerking van medisch specialisten met psychologen buiten de muren niets terecht komt. Er moet binnen de muren een redelijke psychologische bezetting zijn, die overigens levendige contacten onderhoudt met de extramurale gezondheidszorg van allerlei vorm.

Wellicht zou een aantal personele unies kunnen zorgen voor een hechte band en vloeiende overgangen kunnen vormen tussen intra- en extramurale zorg. Dezelfde psychologen, althans enkele van hen, zouden zowel binnen als buiten het ziekenhuis werkzaam moeten zijn. Dus een paar dagen eerste lijn en een paar dagen ziekenhuis of deels ziekenhuis, deels Riagg. Ziekenhuispsychologie vraagt echter nog een aparte extra scholing waaraan steeds gewerkt moet worden. Specialisatie, dus.

Regels

Die beginperiode overziend, denk ik er met plezier aan terug. Enerzijds was het lastig, dat er niets geregeld was, maar anderzijds was dat juist ook het aantrekkelijke van die periode. Het gaf vrijheid en het prikkelde je eigen initiatief. Je moest je steeds maar waarmaken. Naast het verdragen van het ongemak dat er zo weinig geregeld was, dacht ik ook maar zo: 'In troebel water is het goed vissen.' Nou, ik heb in mijn tijd heel wat troebel water gezien en daarmee kwam ik goed aan mijn trekken.
Zo was het ook toen ik in de jaren zestig jarenlang lid was van het dagelijks bestuur van het Centrum Katholieke M.O.B.'s te Utrecht in de tijd van Trimbos. Het was een interessante en boeiende tijd. Maar ik ging toen ook wel eens na afloop van een vergadering gedeprimeerd naar huis vanwege de vaagheid van het werk en de gammele voorzieningen.

In mijn ziekenhuisperiode wist ik daardoor inmiddels: het is overal wat! Zo kon ik blijven vertrouwen in een positieve ontwikkeling. We hebben vaak hartelijk gelachen om wat dan ook. Dat kon omdat het zo'n inspirerende samenwerking was. In een té geordende samenleving wordt alles steeds meer in regels gevangen, vaak tot stikkens toe.
Mijn psychologische afdeling bestond aanvankelijk uit een psycholoog en een assistente. Deze afdeling ressorteerde rechtstreeks onder de directeur patiëntenzorg. Maar volgens de wet van Parkinson (een andere

dan die van de ziekte) kwam er na een paar jaar een zo geheten medisch ondersteunende dienst (MOD), waarvoor een coördinator werd aangesteld, met wie ik het overigens best kon vinden. Hij was een soort onderdirecteur, die zorg droeg voor de coördinatie van de diverse betreffende onderdelen: alle indirecte, ondersteunende, medische diensten). Op zichzelf was dat een goede zaak. Voor een anekdote uit die tijd, zie het kader.

Op een eiland in de MOD

Die ontwikkeling naar opgaan in de medisch ondersteunende dienst (MOD) vond in meerdere ziekenhuizen van de PAZ plaats en werd niet direct toegejuicht door de betrokken psychologen. Onder die MOD vielen naast de psychologische afdeling ook en met name de röntgenafdeling, het laboratorium en de revalidatie. Aan elk hoofd van zo'n afdeling die wel uit vijf, tien of 20 medewerkers kon bestaan werd bij vergaderingen gevraagd hoe het ging met de organisatorische aspecten, de onderlinge verhoudingen etc. van ieders afdeling. Toen aan mij gevraagd werd hoe het met deze aspecten van mijn afdeling ging heb ik, omdat ik de enige psycholoog was (met één assistente) en natuurlijk ook omdat ik een hekel had aan allerlei minder noodzakelijke regels en voorschriften, geantwoord:

'L état, c'est moi!'

(uiteraard met een révérence naar mijn assistente). Dat gaf voldoende hilariteit voor een welwillende acceptatie van mijn antwoord. Nadeel bleef natuurlijk, dat ik wel de nodige tijd kwijt was aan het aanhoren van alle sores van de andere afdelingen. Tegenover deze negatieve aspecten van de regelgeving stonden natuurlijk ook positieve: ik werd behoed voor een te grote zelfgenoegzaamheid en beschermd tegen isolement.

Ruimtelijke ordening

Bij de bouw van het nieuwe ziekenhuis was rekening gehouden met een afdeling voor de zusters van Vincentius à Paulo, de zusters met die middeleeuwse vliegkappen. Zij hebben vier eeuwen lang bijzonder goed werk gedaan in het 'St. Elisabeth's gast- en/of ziekenhuis' zoals het van oorsprong heette. Het was de bedoeling dat deze zusters voor een beperkt deel nog de ziekenverpleging zouden waarnemen naast de andere verpleegkundigen. Maar door de leegloop van hun orde in de

zestiger jaren hadden zij bij de opening van het ziekenhuis in 1968 geen zusters meer beschikbaar, een ontwikkeling die ook andere ziekenhuizen trof, waar vroeger kloosterzusters zich vele jaren aan de ziekenhuisverpleging gewijd hadden. De ruimte, die bestond uit een grote kamer en een aantal kleine kamertjes, kwam daardoor voor andere doeleinden vrij.

Nu kreeg ik van de ziekenhuiseconoom, die nauw betrokken was bij de nieuwbouw, de drie aan mij toebedeelde kamertjes te zien. Deze lagen aan een wat somber grijs betonnen binnenpleintje zonder verder uitzicht. Ik heb toen betoogd, dat ik tot taak had aan patiënten die het niet meer zagen zitten een nieuw perspectief, een nieuw uitzicht te bieden. Mijn kamer moest dus functioneel zijn. En zo werd het die kamer met uitzicht. Natuurlijk ook voor de assistente een kamer met perspectief. De observatiekamer voor kinderen bleef aan de overzijde. Ik had tenslotte als voorzitter van de PAZ ook een voorbeeldfunctie voor mijn collegae inzake een behoorlijke en passende werkruimte. Ik voelde mij geen waardige plaatsvervanger van die belangeloze moeder-overste want ik was geen belangeloze abt. Toch was ik, zij het met enige schaamte, tevreden. Ik troostte mij met de gedachte dat ik modern bezig was, passend in het proces van secularisatie.

Het NIP

In die beginperiode nam de ontwikkeling van de psychotherapie door psychologen een hoge vlucht. De diagnostiek en de andere taken werden door sommigen wat op de achtergrond gedrongen, vergeten of zelfs uitgebannen. Weg met de psychologische tests! Ik herinner me nog een vermakelijk artikel van Barendregt in De Psycholoog getiteld: 'Alle psychologen worden therapeuten'. Daarin hekelde hij op geestige wijze deze ontwikkeling, die verschillende psychologen ertoe bracht (ook binnen de PAZ gingen stemmen op) het NIP maar los te laten. Het lidmaatschap van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie zou wel genoeg zijn. Als bestuur van de PAZ hebben wij echter het behoud van het NIP-lidmaatschap krachtig bepleit.

Ten slotte

Wat wij als bestuur in de beginperiode gedaan hebben mag dan best

wel van waarde geweest zijn, ik wil hier echter uitdrukkelijk vermelden, dat wij gestimuleerd en gedragen werden door de enthousiaste inzet van de andere leden van de Werkgroep (later sectie). Het was een prettige ervaring, dat het telkens weer gemakkelijk was collegae te vinden voor een of andere commissie om een deel van de zorg op zich te nemen of een deelgebied te onderzoeken. De leden toonden een grote bereidheid om een actieve bijdrage te leveren aan het totale werk.
Hierbij past ook een uiting van grote waardering voor het vele werk dat door onze assistentes voor de PAZ werd verricht. En wat de besturen ná ons betreft: zij hebben het alsmaar drukker gekregen. Ook zwaarder, omdat alle aspecten van het totale werk de nodige aandacht vroegen en ook de coördinatie van het een en ander meer tijd ging kosten. Nu wordt dat wel voor een deel opgevangen door de uitbreiding van het bestuur, maar ik heb de indruk, dat de druk per lid groter is dan vroeger. Het werk is veel ingewikkelder geworden. Zij die na ons kwamen, hebben hard en goed gewerkt. Daarom ook hulde aan dit bestuur, voor de wijze waarop de zaken worden aangepakt. Dat geeft alle vertrouwen, ook voor de toekomst.

Noten

(1) Katwijk, P. van, Vries, K. de (1981). De ziekenhuispsycholoog. Feiten, ontwikkelingen en meningen. Groningen.
(2) Vries, K. de, Katwijk, P. van, Aukes (1983). Ziekenhuispsychologie, een vak apart? Een onderzoek naar de taak van ziekenhuispsychologen. Themanummer De Psycholoog, september, nr. 8.

Collegiale verhoudingen en paniek op maat

Drs. van Birgelen beschrijft in zijn bijdrage aan dit lustrumboek 'het reilen en zeilen van een klinisch psycholoog in een algemeen ziekenhuis door de jaren heen en in voor- en tegenspoed'. In een persoonlijk getint verslag blikt hij terug op de periode van vijfentwintig jaar waarin hij werkzaam was als medisch psycholoog, dus ook als lid van de PAZ. Gedurende een aantal jaren maakte hij deel uit van het PAZ-bestuur.

Eind 1968 behaalde ik aan de Universteit van Amsterdam het doctoraal examen, tot eigen voldoening en tevens, geloof ik, tot opluchting van mijn omgeving want ik had er redelijk lang over gedaan. Bij het toenmalige Instituut voor T.B.R.-gestelden te Utrecht verkreeg ik een eerste fulltime betrekking. De geneesheer-directeur aldaar was een oubollig ogende maar vriendelijke psychoanalyticus met een uitermate pragmatische instelling. Van harte hoop ik dat hij zich in deze karakterisering zou kunnen vinden; veel kwaad kan het niet want helaas is hij enkele jaren geleden overleden na een verkeersongeval. Van deze ervaren clinicus en van mijn collega's aldaar heb ik gedurende vier jaar veel opgestoken, temeer omdat ik tot dan toe geen enkele klinisch-psychologische ervaring had opgedaan. Blijkbaar dacht men dat ik het al doende wel zou leren. Het verblijf in dit Instituut werd een eerste kennismaking met het medisch circuit.

Afgeschrikt werd ik in het geheel niet. Integendeel, het voorbeeld volgend van mijn collega en strijdmakker Wietse Nijk, besloot ik mijn verdere heil te zoeken in een algemeen ziekenhuis. Ik dacht daar beter uit de voeten te kunnen met mijn belangstelling voor psychosomatiek en neuropsychologie. En eerlijkheidshalve, ook vanwege de betere financiële vooruitzichten, hetgeen mij van belang leek in verband met de bourgondische levensbehoeften die ik inmiddels in mijn lijf en ziel had ontdekt.

Solliciteren

Ik solliciteerde bij een algemeen ziekenhuis naar de functie van klinisch psycholoog. Hier maakte ik zonder het te beseffen kennis met de eerste voorzitter van de PAZ. Op enthousiaste wijze schilderde Wim de Vries

mij hoe veelomvattend en belangrijk het werk van een klinisch psycholoog in een algemeen ziekenhuis wel is. Tot mijn verdriet werd ik niet aangenomen - een geluk bij een ongeluk want even later bleek dit ziekenhuis niet over voldoende middelen te beschikken om een tweede klinisch psycholoog aan te trekken.

In het algemene ziekenhuis

De volgende poging lukte wel. Ik werd bij het gemeenteziekenhuis van Den Haag aangesteld als klinisch psycholoog, met als summiere taakomschrijving dat ik in nauwe samenwerking met de psychiater consulten zou verrichten ten dienste van alle medische specialismen. Ik had ondertussen wel vernomen dat mijn voorganger na een jaar was ontslagen omdat hij deze taakomschrijving te ruim had opgevat. Men vertelde dat hij als niet-medicus in het ziekenhuis therapeutische activiteiten had ondernomen, en met name patiënten had voorzien van psychofarmaca. Mijn reactie dat een dergelijk optreden absoluut niet door de beugel kon, viel kennelijk in goede aarde.

Begin 1973 verhuisde ik vol goede moed naar de Hofstad. Een jaar eerder was het ziekenhuis - met ruim 700 bedden en 2000 werknemers - feestelijk geopend door koningin Juliana. Voor mij was een riante kamer gereserveerd, zij het met wat beperkt uitzicht. Ja, en toen begon het! Niemand had op mijn komst gerekend dan wel verwacht dat mijn aanwezigheid op 1 maart een feit zou zijn. Ik vernam dat de psychiater met wie ik zou samenwerken, al geruime tijd afwezig was wegens ziekte. Zijn secretaresse toonde zich echter behulpzaam, wees me de weg naar mijn kamer en bood aan een witte jas voor mij te halen. Mij leek dit aanbod tamelijk voorbarig, temeer omdat de psychiater tijdens de sollicitatiegesprekken bij mij eerder de indruk gewekt had van een sjeuïge kroegbaas dan van een traditionele medicus in een witte jas.

Bij gebrek aan verdere belangstelling voor mijn aanwezigheid, besloot ik zelf actie te ondernemen en mij te melden bij de geneesheer-directeur. Deze bood mij een kopje koffie aan en deelde me vervolgens zonder veel omhaal mede dat hij van mij verwachtte dat ik mij immer beleefd zou gedragen, opdrachten naar behoren zou uitvoeren en mij voor alles zou onthouden van therapeutisch bedoelde activiteiten. Toen ik reageerde met de uitleg dat ik op het gebied van omgangsvormen en werkijver

reeds een zekere bekendheid had verworven, en verder dat ik mij stellig zou onthouden van medisch handelen maar dat psychologische interventies niet als zodanig zijn te beschouwen, liep de geneesheer-directeur langzaam rood aan, zweeg even als iemand die nadenkt en voegde mij vervolgens toe geen voorstander te zijn van de komst van een klinisch psycholoog in zijn ziekenhuis.
Het leek me niet raadzaam hem te confronteren met de desondanks geplaatste advertentie, maar ik vroeg tot wie ik mij zou wenden nu het ernaar uitzag dat de ziekte van de psychiater nog wel even zou duren.

Zodoende kwam ik terecht op de etage waar de neurologie en de neurochirurgie tot op heden gehuisvest zijn. Daar werd ik zeer vriendelijk ontvangen en welkom geheten. Men was kennelijk blij met de komst van een klinisch psycholoog, vooral ook met het oog op de behoefte aan neuropsychologisch onderzoek. Daaromtrent was ik zelf niet zo gerust. De neurochirurg had zich al geïnteresseerd getoond in de neuropsychologische lokalisatie van organisch-cerebrale afwijkingen. Ik wist maar al te goed dat de neuropsychologie zeker op dit gebied nog in de kinderschoenen stond.

Hoe dan ook, de eerste aanvragen voor diagnostiek waren afkomstig van de neurologen en neurochirurgen. Tevens werd ik uitgenodigd deel te nemen aan hun klinische lessen. Daarnaast vond ik al spoedig aansluiting bij hun trimclubje dat zich in de middagpauze vermaakte met hardlopen in de duinen, grappen uitwisselen en mopperen over alledaagse tegenslag.
Deze tegelijkertijd zakelijke en informele contacten groeiden in de loop van de jaren uit tot onderlinge vertrouwdheid en vriendschap, zodat ik snel klaar was met de keuze toen ik in 1995 door de directie werd aangespoord aansluiting te zoeken bij een van de op te richten Zelfsturende Werkeenheden in het ziekenhuisbedrijf.

In nauwe samenwerking met de psychiater

Gedurende de eerste twee jaren viel het aantal verwijzingen naar de klinische psychologie - eigenlijk moet ik zeggen naar de klinisch psycholoog, want van een autonome afdeling was nog lang geen sprake - behoorlijk tegen. Het merendeel van de medische specialisten had geen flauw idee van wat de klinische psychologie meer zou kunnen betekenen

dan een ultieme mogelijkheid tot verwijzing van onmogelijke patiënten. Het begon beter te gaan toen de psychiater weer regelmatig aanwezig was. Hij was een dynamisch maar wispelturig heerschap met wie ik het uitstekend kon vinden, temeer omdat wij een gemeenschappelijke belangstelling ontdekten voor het psychoanalytisch referentiekader. Gedurende jaren bleef hij de enige in het ziekenhuis met wie een persoonlijk psychologiserend gesprek mogelijk was. Bovendien was hij niet gespeend van humor, hetgeen mij in het algemeen genomen ook wel aanspreekt. Hoewel geplaagd door een chronische ziekte, zat mijn nieuwe vriend vol initiatief en stimulerende ideeën. Ik denk niet te overdrijven als ik beweer dat hij in ons land de liaisonpsychiatrie en de kortdurende psychoanalytische psychotherapie heeft geïntroduceerd en gepropageerd, niet zozeer in geschrift maar wel door middel van workshops waar bekende coryfeeën uit geheel Europa en de Verenigde Staten acte de présence gaven. Mij maakte hij vertrouwd met de Franse stroming in de psychosomatiek die het concept van de pensée opératoire, meer bekend als 'alexithymia' heeft ontwikkeld. Later heb ik met betrekking tot dit onderwerp zelf onderzoeksresultaten gepubliceerd. Samen organiseerden wij voor huisartsen wekelijkse bijeenkomsten in de trant van Balint, waaraan ik prettige contacten met huisartsen in de regio overgehouden heb.

Perikelen van afdelingsopbouw

Tijdens ons eerste gesprek hadden wij bedacht dat de klinische psychologie zich in de komende jaren zou ontwikkelen tot een autonome afdeling van meerdere psychologen met gedifferentieerde taken. Ik rook al dat dit niet vanzelf zou gaan, gezien de in het ziekenhuis vigerende weerstand tegen de (liaison)psychiatrie, laat staan tegen de psychologie. De aanvankelijke opvatting van een van de chirurgen ten aanzien van de taak van de psychiater was kort samengevat: moeilijke patiënten rustig houden, liefst platspuiten, en verder niets.

Aan het eind van het eerste jaar had ik overleg met de geneesheer-directeur. Van enige uitbreiding wilde hij niets weten, zelfs geen psychologisch assistente. Mijn voorlopige aanstelling kon niet omgezet worden in een vaste aanstelling, omdat men met mijn voorganger moeilijkheden had gehad. Bovendien trok hij quasi-nonchalant maar trefzeker uit zijn bureaulade een brief waarin hij geruime tijd voor mijn komst in zijn ziekenhuis, iets had verordonneerd wat in zijn ogen inhield dat de psycho-

logie en het maatschappelijk werk zouden ressorteren onder de psychiatrie en dat de psychiater in beleidszaken de door de directie aangesproken sleutelfiguur zou zijn.

Het bestaan van dit document was voor mij een volslagen verrassing en de strekking ervan rijmde in het geheel niet met mijn voorstelling van de toekomstige plaats van de klinische psychologie in de ziekenhuisstructuur. Ook de groep maatschappelijk werkers die met drie of vier medewerkers al een zekere structuur had opgebouwd, voelde er niets voor om de klok langs deze weg terug te draaien. Dit ook omdat hun hoofd nog niet zo lang geleden was aangesteld met de opdracht een afdeling maatschappelijk werk op te zetten.

Al met al voor mij voldoende reden om het aangereikte decreet voor niet meer dan kennisgeving aan te nemen. Eerlijkheidshalve moet ik toevoegen dat de geneesheer-directeur mij hierover verder ook nooit heeft lastig gevallen. Ik heb de indruk dat hij zich na verloop van tijd toch heeft neergelegd bij de aanwezigheid in zijn ziekenhuis van een klinisch psycholoog in het algemeen en van mij in het bijzonder. Twee jaar later was er in elk geval een vaste aanstelling. Ook kwam er een psychologisch assistente - Bea, zeker bij de veteranen van de PAZ niet onbekend. Met haar ben ik later getrouwd. Dit laatste doet terzake omdat anders het volgende onbegrijpelijk zal blijven. Tijdens een interne verhuizing werd Bea door de directeur persoonlijk begeleid naar haar nieuwe kamer, die hij opende met de woorden: 'Kijk, in deze kamer zit een raam en U zit dichter bij uw man!'
De autonome klinische of medische psychologische afdeling is er op den duur ook gekomen. Verdere uitbreiding tot op heden niet. Of dit nu aan mijzelf of aan de omstandigheden heeft gelegen, vraag ik me nog steeds af. Hoe dan ook, niemand zal ervan wakkerliggen, ikzelf trouwens ook niet (meer).

Samenwerking met de somatici

Hoe plezierig zij ook waren, ik begon me al spoedig te realiseren dat de tot dan bereikte contacten met de psychiatrie, de neurologie en neurochirurgie onvoldoende waren om de positie van de psychologie in het ziekenhuis te consolideren. Zoals reeds gezegd viel in de eerste twee jaren het aantal verwijzingen behoorlijk tegen. Het leek mij dan ook

raadzaam meer structurele samenwerking te zoeken met de somatische specialisten.

Cardiologen

Het toeval kwam te hulp. Een constante stroom van patiënten kwam op gang nadat door een van de cardiologen mijn medewerking was gevraagd met betrekking tot een onderzoek in het kader van de revalidatie na een hartinfarct. Hij wilde de correlatie bepalen tussen een inspanningstest op de ergometrische fiets en het tijdstip van werkhervatting als criterium voor herstel en welbevinden.

Aangezien de Hartstichting voor dit project subsidie zou verstrekken, werd van deze zijde aangedrongen op het mede betrekken van psychologische variabelen in het onderzoek. Hiermee ging de cardioloog akkoord maar gaf tegenover mij te kennen toch meer fiducie te hebben in harde fysiologische maten dan in uitslagen op psychologische vragenlijsten. Komisch genoeg pakte een en ander precies omgekeerd uit, maar ik moet zeggen: dit werd sportief en zakelijk opgevat. Dit is in de ziekenhuiswereld helemaal niet vanzelfsprekend, want men hecht aldaar om voor mij nooit duidelijk geworden redenen, nogal aan het eenmaal ingenomen standpunt.

Zo kwam het van louter psychodiagnostische activiteiten tot psychologische behandeling en meer. Op mijn instigatie werd het team uitgebreid met een maatschappelijk werker, dit met het oog op sociale problemen als gevolg van een hartinfarct. Bewust werd gekozen voor persoonsgerichte benadering - hartrevalidatie op maat zou dit veel later gaan heten.
Minder leuk was dat aan onze samenwerking abrupt een einde kwam, toen de maatschap cardiologie werd uitgebreid met twee specialisten die van dit alles niets wilden weten. Ook dit is in de ziekenhuiswereld niet uitzonderlijk, zo heb ik later van collegae begrepen. Niet iedereen was het trouwens eens met mijn hartrevalidatie op maat. De redactie van Medische Psychologie weigerde een artikel over dit onderwerp: men vond mijn aanpak te schraal. Collega Vien de Wit die zich, afhankelijk van de vigerende problematiek, op de vergaderingen van de PAZ nu eens deed kennen als de hoofdredacteur, dan weer als uitbater van genoemde periodiek, ging ten aanzien van deze afwijzing volledig vrijuit. Althans dit heeft hij mij later eens ongevraagd op het hart gedrukt. Moge-

lijk was ik zelf ook te veeleisend, want een tegelijkertijd aangeboden artikel over de behandeling van hyperventilatie werd niet te licht bevonden.

Internisten: hyperventilatie

Gaandeweg was er namelijk een volgende toestroom van patiënten ontstaan. In het ziekenhuis was bekend geworden dat ik zoals men zei, 'iets met hyperventilanten kon'. Een internist vertelde mij dat hij dit zelf ook kon, maar hiervoor geen tijd had. Daarm zou hij deze patiënten naar mij verwijzen zodat ik ook wat te doen had. Het laatste convenieerde mij uiteraard.

Met betrekking tot de behandeling van hyperventilatie kwam ik wel in aanvaring met de directieve therapie. Deze ging uit van de - inmiddels herroepen - theorie dat hyperventilatie de oorzaak zou zijn van de bekende paniekaanvallen. Ik had zelf bedacht dat de angst en paniek bij deze patiënten mogelijk iets zou betekenen, en met andere woorden primair zou berusten op intrapsychische of andere problematiek. Dit leidde tot een polemiek in het Tijdschrift voor Psychotherapie. Eigenlijk is polemiek niet het juiste woord, want nadat ik op een artikel uit de hoek van de directieve therapie nogal kritisch had gereageerd, werd het wederwoord van een der auteurs niet geaccepteerd. Dit omdat in de tekst onparlementaire taal werd gebezigd - tenminste dit beweerde de redactie van het tijdschrift tegenover mij. Of dit alles op waarheid berust weet ik niet, want ik kreeg de gewraakte tekst niet ter inzage. Het voorval verbaasde me wel, te meer omdat ik mijn opponent zeker niet beschouwde als kortzichtig. Hij is later benoemd tot hoogleraar. Toen heeft, naar verluidt, ook collega Harry Benders eens met hem van doen gehad. Harry had in zijn dissertatie bepaalde symptomen als conversief omschreven, terwijl het volgens de hoogleraar eerder ging om functionele symptomatologie. Tegenwoordig is het begrip conversie in het alledaagse gebruik zo vervaagd dat ik achteraf geneigd ben te denken dat onze gewaardeerde collega Harry Benders een vooruitziende blik moet hebben gehad.

Het nut van publiceren

Mijn ervaring is dat het doen van wetenschappelijk onderzoek en het erover publiceren vruchten afwerpt voor wat betreft het verkrijgen van goodwill in het algemene ziekenhuis. Mede hierdoor groeide in de loop

van de tijd de samenwerking met de somatische specialisten zodanig dat gezegd kon worden dat bijna alle somatici bij tijd en wijle patiënten verwezen naar de klinische psychologie. De laatste jaren is er nog een plezierig samenwerkingsverband gegroeid met de afdelingen geriatrie, neurofysiologie en interne geneeskunde. Dit in het kader van de poliklniek ouderenzorg, waarbij ik de neuropsychologische diagnostiek aanlever. Parallel aan de zorg voor patiënten wordt tevens empirisch onderzoek verricht, waarvan het wetenschappelijke gehalte zou kunnen blijken uit de titel van een der publicaties, ditmaal in Clinical Electroencephalography: 'Diagnostic usefulness of linear and nonlinear quantitative EEG analysis in Alzheimer's disease'.
Vaak bepleite uitbreiding van de afdeling bleef echter uit. Boos en gefrustreerd besloot ik mijn jaarverslag over 1995 met de volgende zin. 'Door gebrek aan mankracht hebben wij de activiteiten van de klinische psychologie moeten beperken tot de specialismen waarmee regelmatig en structureel wordt samengewerkt. Incidenteel leidt dit tot ongenoegen van de zijde van de overige specialismen - begrijpelijk waar onvermogen wordt aangezien voor onwil.'

Collegiale contacten

Eenmaal gearriveerd in het gemeentelijke ziekenhuis van Den Haag, begon ik als enige klinische psycholoog aldaar reeds spoedig het contact met beroepsgenoten te missen. De vergaderingen van de PAZ waren onvoldoende frequent om mijn dagelijkse eenzaamheid op te heffen. Ik zocht dus contact met collegae van algemene ziekenhuizen in de regio en zo kwam het al spoedig tot regelmatige intervisie en uitwisseling van ervaringen.
Ik belandde ten slotte in het meest hilarische en dynamische bestuur waarvan ik ooit deel heb uitgemaakt, namelijk het tweede bestuur van de PAZ. Ongetwijfeld komen de inhoudelijke activiteiten van dit bestuur elders in deze lustrumuitgave aan de orde. Ik beperk me derhalve tot het ophalen van enkele persoonlijke - bijna tot anekdote uitgegroeide - herinneringen aan mijn gewaardeerde collegae en medebestuurders. Op een van deze bijeenkomsten, in Delft, maakte ik kennis met collega Wouter van der Toorn. Hij zou niet lang hierna de tweede voorzitter van de PAZ worden. Aangezien wij beiden in Den Haag en bijna in dezelfde buurt woonden, bood hij mij een lift aan: ik rijd zelf namelijk geen auto.
Tijdens de rit naar huis, onderbroken door een kort bezoek aan een café

in de binnenstad, vernam ik dat Wouter kort geleden de militaire dienst had verlaten, ik geloof als kapitein. Hij was ingedeeld geweest bij de psychologische dienst, maar bij de stoottroepen zou hij evenmin een slecht figuur geslagen hebben. Tenminste, die gedachte kwam later tijdens zijn onstuimige voorzitterschap meer dan eens bij mij op.

In het PAZ-bestuur

Eenmaal gekozen tot voorzitter, vroeg hij mij mee te doen in het nieuwe bestuur van de PAZ. Na enige aarzeling vanwege twijfel aan mijn bestuurlijke kwaliteiten, liet ik mij overreden. De eerste bestuursvergadering was in Nijmegen. Onderweg daarheen passeerden we een grote, zwarte auto. Wouter veerde op en zei: 'Aha, daar gaat collega Wim Manniën, hij wordt onze nieuwe penningmeester, in hem heb ik groot vertrouwen!' Onze voorzitter had gelijk. Wim zou nog stevig aan de weg timmeren. Hij zou het nog brengen tot penningmeester van het Nederlands Instituut van Psychologen en jaren later tot thesaurier van de Federatie van Europese Psychologen. Ik herinner mij dat hij bij vergaderingen steevast probeerde zijn positie als financieel expert aan te dikken door te verwijzen naar eerder opgedane ervaring in het bedrijfsleven. Bij navraag bleek inderdaad dat hij betrokken was geweest bij een groothandel in houten planken en balken.

De bestuursvergadering werd gehouden in het Canisius-ziekenhuis in Nijmegen. Daar voegden wij ons bij de reeds aanwezige collegae Jan Atema, de toenmalige secretaris en Frank Wiersma die hem zou opvolgen. Jan was een zeer toegewijde secretaris die echter bij de meest zouteloze interrupties in een schaterlach uitbarstte, zodanig dat hij tot notuleren niet meer in staat bleek. Ter wille van de vlotte voortgang van zaken moest de voorzitter dergelijke flauwiteiten dan ook verbieden. Gelukkig werd Jan spoedig opgevolgd door Frank Wiersma die blijkbaar beter in staat was zijn hoofd bij zijn werk te houden. In ijver en toewijding deed Frank trouwens niet onder voor Jan. Na een lange periode als secretaris werd hij de derde voorzitter van de PAZ. Uiteindelijk - zo rond 1988 - had hij zich dermate verdienstelijk gemaakt dat het Nederlands Instituut van Psychologen Frank Wiersma als eerste eerde met de Onderscheiding voor bijzondere verdiensten aan de beroepsuitoefening van de psychologie.

Van het vorige bestuur bleef alleen nog collega Ben Kuypers in functie. Ben was een al wat oudere, ervaren collega die nogal op zijn strepen stond. Ik herinner me dat hij steeds boos werd wanneer Wim de Vries -

toen nog volop voorzitter - Bens naam ter vergadering en naar mijn indruk eigenlijk onnodig en niet geheel zonder opzet, verwarde met de bekende Ben Kuiper van het kookboek.

Aangevoerd door voorzitter Van der Toorn startte dit nieuwe bestuur een breed programma van activiteiten dat de positie van de klinisch psycholoog in het algemeen ziekenhuis moest versterken en consolideren. Dit leidde tot dynamische en soms militant aandoende acties die ondermeer in NIP-kringen de nodige beroering teweegbrachten. Een enkele keer leek het erop dat men elkaar ook binnen het bestuur te lijf zou gaan. Zelf bleef ik gelukkig buiten schot. Ik had namelijk tijdig laten weten dat ik in de voorbije jaren ooit nog eens een Nederlands judokampioenschap had behaald. Voorzover de harmonie wel eens was verstoord, dan werd deze toch weer hersteld tijdens het gezamenlijke diner na de vergadering. De voorzitter en ik hadden voorzien dat regelmatige bestuursdiners de onderlinge gemeenschapszin ten goede zouden komen. De uitnodiging om aan te schuiven is - voorzover ik weet - zelfs door de meest boze collega nooit afgeslagen. Latere besturen hebben dan ook alle reden gezien om deze goede traditie te handhaven.

Welke functie mij aanvankelijk was toegedacht in dit bestuur is mij nooit echt duidelijk geworden. In het begin had ik het gevoel dat ik echt bezig gehouden moest worden. Zo stuurde de voorzitter me naar een bijeenkomst voor geestelijke verzorgers, om kennis te nemen van de ideeën en intenties van pastores, dominees en andere zielzorgers, werkzaam in algemene ziekenhuizen. Mijn verslag dat kort gezegd inhield dat deze mensen niets beoogden wat nadelig kon zijn voor de PAZ, stemde blijkbaar tot tevredenheid. Mij werd daarna namelijk verzocht namens de PAZ zitting te nemen in een van de praatorganen van het NIP.

Van het een kwam het ander: op een zeker moment koos men mij zelfs als voorzitter van de nieuw opgerichte sectie psychotherapie binnen het NIP. Het PAZ-bestuur, dat de psychotherapie vooralsnog wenste te beschouwen als onderdeel van de klinische psychologie, fronste de wenkbrauwen en oordeelde ter vergadering dat ik nu toch echt te ver was gegaan. Ik voelde me behoorlijk verongelijkt maar besloot uiteindelijk toch maar deel te nemen aan het gebruikelijke diner na afloop van de bestuursvergadering. Al met al leek het wel verstandig in het vervolg niet al te voortvarend op te treden. Ik denk dat dit redelijk is gelukt. Gedu-

rende het resterende deel van mijn bestuurstermijn ben ik in elk geval verschoond gebleven van verwijten van eigengereid optreden.

Besluit

Zelf had ik gedacht dit artikel af te ronden met de mededeling dat ik niet gereïncarneerd wil worden. Mocht ik hier toch niet onderuit kunnen komen, dan liever maar weer als medisch - zo nodig klinisch - psycholoog in een algemeen ziekenhuis. Welk ziekenhuis het zal worden laat ik dan nog wel weten. Aldus zou de lezer - althans naar mijn verwachting - kunnen concluderen dat ik tevreden en welgemoed terugblik op mijn loopbaan als medisch psycholoog in een algemeen ziekenhuis en dat ik me in mijn werk voornamelijk heb bekommerd om personen, relatiebeheer en wetenschappelijk onderzoek om de belangstelling en waardering voor mijn vak te bevorderen. Maar ik heb ook - in woord en geschrift - met graagte deelgenomen aan de polemiek over de taak, functie en positie van de klinische psycholoog in het algemene ziekenhuis. Beroepsprofilering en belangenbehartiging heb ik hoog in het vaandel gedragen. Zo attendeerde ik in 1981 als eerste het Nederlands Instituut van Psychologen op het wetsontwerp BIG, dat het deskundigheidsgebied van de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg zou regelen. En dat ik belangenbehartiging allerminst van triviale aard acht, moge blijken uit het feit dat ik tien jaar lang - volgens mij een record binnen de PAZ - in de weer ben geweest alvorens ik honorering volgens de normen van de functiewaardering in de gezondheidszorg had bereikt.
Wel heb ik uiteindelijk toch meer plezier beleefd aan de omgang met patiënten en collegae dan aan het getouwtrek om vermeende en verhoopte rechten, verbonden aan de status van ziekenhuispsycholoog.

TMGN

Châteauneuf-du-pape, oude kaas en een addertje in de open haard

H. Benders schrijft over zijn persoonlijke ervaringen als een van de eerste ziekenhuispsychologen en over de wordingsgeschiedenis van de PAZ, als lid en penningmeester van het eerste PAZ-bestuur. Hij citeert uit dit rijke verleden met enkele sappige citaten uit het historisch archief. Wie gelooft nog, dat 25 jaar geleden de mannen in het bestuur met 'heren' en de vrouwen met 'mejuffrouw' dan wel 'mevrouw', afhankelijk van hun huwelijkse staat, werden aangesproken? Bij wijze van aanloop geeft hij een poëtische schildering van Drenthe... in de regen.

'De Drent is gewrocht uit turf, jenever en achterdocht' - zo luidt een gezegde dat men in Drenthe geregeld hoort opklinken. Toen ik het voor het eerst hoorde, ging ik in gedachten terug naar mijn rit naar deze provincie, op weg naar het sollicitatiegesprek in het Asser ziekenhuis.
Najaar 1969. Regen en wind teisteren het land. Naarmate ik Assen nader versombert mijn hart en de uitdrukking daarvan is op mijn gezicht te zien. We rijden binnendoor richting Grolloo alwaar mijn tochtgenote haar ouders zal opzoeken. Haar vader was destijds dominee in dit (bij nader inzien fraaie) dorp. Zij probeert de (letterlijke) zwartheid van het natte land wat te relativeren door te verhalen over de schitterende bossen en heidevelden die zich op een ander moment van het jaar zouden presenteren. De ruitenwisser deed intussen onophoudelijk zijn werk.

Een ziekenhuis, middenin de stad. Vriendelijke directeuren ('wij weten niets van psychologie, maar enkele stafleden drongen erop aan op zoek te gaan naar een psycholoog'), een prettig gesprek met het stafbestuur en de psychiater (freudiaans ingerichte polikliniekkamer in z'n eigen huis) en korte tijd later het bericht benoemd te kunnen worden. Als ik in april 1970 volgens afspraak mijn opwachting maak is er enige beroering. Men had gedacht dat ik pas een maand later zou komen. Geen nood, er was een grote, ja zelfs immense, kamer beschikbaar. Parketvloer, twee badkamers annex, nooit weg voor een vervuilde zuiderling! In welk avontuur stortte ik mij? Hoe had ik het bestaan van een nette universitaire ambtenaar (of wetenschappelijk medewerker?) der eerste klasse ooit kunnen opgeven voor deze ongewisse dynamiek? 'Je hebt carte blanche',

werd mij van directiewege gezegd. En: 'Laat over enkele maanden maar eens horen hoe je een en ander denkt in te richten.'

Een vreemde eend in de bijt

Om kort te gaan: de medische staf bestond destijds uit ongeveer 20 personen en de sfeer was nogal patriarchaal. Mij kwam o.a. ter ore dat verscheidene stafleden het maar niks vonden, zo'n psycholoog: een alternatieve onruststoker, een rooie rakker zelfs... Bovendien, psychologie doen wij al járen zélf en niemand klaagt toch? Toen ik na een maand of vier mijn eerste praatje hield voor de medische staf, met als titel 'Een vreemde eend in de bijt?', had ik mij in een oud, driedelig en grijs pak gestoken, indachtig de treffende adviezen die ik ooit las in een boek over psychologie en kleding. U weet wel, zoiets als: kleding kan je een voorsprong geven of op achterstand zetten, nog voordat je je mond hebt opengedaan. Zo'n rechtsgeklede bal was in de hele stafkamer niet te vinden, de gevreesde rode vlag werd niet uitgerold, integendeel. Een zekere gerustheid maakte zich meester van de medische staf en ik kon voorzichtig mijn (toch wel lichtelijk ondermijnende) werk beginnen!

Na enige tijd kon ik mijn situatie enigszins evalueren en ik voelde me nogal eenzaam. Geen overleg, geen toetsing, geen discussie over het vak. Lees nu het bericht van Wim de Vries in dit boek, want hij beschrijft hoe een drietal, onder wie ik, elkaar vond en besloot samen verder te gaan en uit te zoeken of de collega's ziekenhuispsychologen landelijk konden worden verzameld. Zoals u weet is dat gelukt, en op het kleine noemertje van de ziekenhuispsychologie is het steeds drukker geworden.

Heren en mejuffrouwen

Ik neem vanaf dit punt in mijn bijdrage het PAZ-archief als invalshoek. Ik probeer daaruit berichten en statements te lichten die representatief zijn voor de weg die de PAZ in het begin op bepaalde gebieden en in zekere opzichten is gegaan. Het wordt een bont palet, een lappendeken misschien zelfs, maar in feite zijn we, zeker in het verleden, van de ene ijsschots op de andere gesprongen. Meer evenwicht en een zekere stabiliteit werden pas (veel) later bereikt. Gezapig en prikkelarm zal het echter wel nooit worden.

Om te beginnen: de brieven uit die eerste tijd droegen postzegels met de waarde van 25 cent!

Enkele zinnen uit brieven van degenen die reageerden op de oproep de eerste bijeenkomst bij te wonen van 'klinisch psychologen werkzaam in algemene ziekenhuizen' (17 november 1970, te Amersfoort).

'Het lijkt mij inspirerend collegae werkend in dezelfde sfeer te ontmoeten.'
'De vraag wat de ziekenhuizen van psychologen verwachten en hoe de ontwikkeling in dezen zal worden, lijkt mij belangrijk om te bekijken.'
'Overigens zou ik ook op een andere dag verhinderd zijn, daar ik door verplichtingen buiten mijn eigenlijke werk reeds overbelast ben.'
'Jullie initiatief om de klinisch psychologen die in algemene ziekenhuizen werken eens bij elkaar te halen, juich ik toe.'
'Ik heb al geruime tijd rondgelopen met het plan de collegae-ziekenhuispsychologen eens uit te nodigen tot zo'n samenkomst, en ben heel blij dat u het initiatief nu hebt genomen, want tijdgebrek of een al te gebrekkige organisatie van mijn eigen werk hebben mij steeds verhinderd in actie te komen.'

Veertien reacties kwamen uit Brabant en Limburg, negen uit de rest van het land.

De agenda van de eerste vergadering bevatte de punten: onderzoek en diagnostiek, therapie, coaching therapieën, selectie personeel, opleiding, wetenschappelijk onderzoek. De 'Werkgroep Psychologen werkzaam in Algemene Ziekenhuizen' werd onmiddellijk opgericht. De eerste ledenlijst bevatte (toch al) 32 namen. In de vroegste notulen kan men lezen dat o.a. de vraag wordt besproken: behandelt de psycholoog of adviseert hij (dit adviseren wordt niet nader gespecificeerd - H.B.) Eén van de heldere collegae ter vergadering bracht kennelijk het bevredigende antwoord ter tafel: de psycholoog beïnvloedt. Zo, die is raak! Opvallend is dat deze eerste notulen de mannelijke collegae benoemen als 'de heer...'; voor de vrouwelijke wordt onderscheid gemaakt: 'mevrouw' voor een gehuwde, 'mejuffrouw' voor de ongehuwde! Toen ik dit, tot mijn lichte verbijstering, herlas, bedacht ik dat ik met mijn driedelige pak zelfs in de kring van collegae destijds waarschijnlijk nauwelijks zou zijn opgevallen.

Identiteit

In 1971 bestond de 'Raad voor In- en Externe voorlichting' van het NIP(P) het een brief te zenden aan 'Het Bestuur der Algemene Ziekenhuizen', teneinde dit gremium te waarschuwen voor teleurstelling bij het aantrekken van psychologen. Woede in de vergadering van ziekenhuispsychologen en verwijten aan het NIP dat een dergelijke brief (en dan ook nog zonder overleg met de kneuzen zélf) was verstuurd. Heel gesublimeerd meldden de notulen:
'De secretaresse van de werkgroep zal in een schrijven aan de Raad (...) de reden tot het versturen van deze brief navragen, alsmede een eventuele verduidelijking, toelichting bij enkele alinea's.'

Ach ja, ik herinner me dat ik me (evenals enkele tientallen collegae bezig met veel enthousiasme, inzet én bagage de psychologie ingang te doen vinden in een algemeen ziekenhuis) geregeld wild ergerde aan - meestal gesettelde en niet zelden hooggezeten universitair werkende collega's, die riepen dat de psycholoog geen identiteit had en zich bij voortduring (lees: in voortdurende zelfkwelling) diende af te vragen of hij de medische wereld wel iets te bieden had. Deze opstelling: 'hier ben ik, als u het goed vindt, en ik kan eigenlijk niks', is nu niet bepaald de juiste om in de harde wereld van het ziekenhuis te slagen.

Niet voor niets ervaren heel veel aardige en zachtmoedige collega's ons, ziekenhuispsychologen, ook nu nog als een uiterst strijdbaar, ja zelfs niet zelden kwaadaardig, volkje. Ik beweer dat wij allemaal ook héél aardig en zachtmoedig (kunnen) zijn, maar dat het vlijtig en noodzakelijk intern en extern knokken tegen lieden, regels en omstandigheden ons ogenschijnlijk hard heeft gemaakt. De orthopedisch chirurg, bijvoorbeeld, roept bij zijn patiënt ook niet het volgende imago op: 'Ik zal u opereren, maar hoe dat in z'n werk moet gaan weet ik nog niet zo goed. U moet echter weten dat ik een beste kerel ben!' Niettemin dienen de PAZ-mensen mijns inziens óók in deze dagen wel in de gaten te houden, wáár ze hun strijdvaardige toon aanslaan. De indruk bestaat dat die soms ook wordt ingezet als het niet nodig is en dat kan ons het imago bezorgen met de blijde klaar te staan, ook als er niet met stenen behoeft te worden geslingerd! Genoeg hierover.

PAZ-werk in uitvoering

Binnen één jaar na de oprichting van de werkgroep werd een aantal commissies ingesteld: de commissies 'Methodieken', 'Opleiding Verplegenden', 'Opleiding Universiteiten' en de commmissie 'Contracten'. Wat de commissie 'Methodieken' betreft: de grote en blijvende pijlers van ons werk - therapie en testmethoden - werden meteen in afzonderlijke subcommissies ondergebracht. Overigens was een gewichtig punt van discussie in die vroege jaren van ons bestaan of we ons nu direct met patiënten moesten bezighouden of dat we primair en vooral 'voorwaardenscheppend' moesten werken (beïnvloeding van het psychologisch klimaat in het ziekenhuis en dat in alle mogelijke opzichten). Zonder dat dit laatste aspect verwaarloosd behoeft te worden is toch wel uitgekristalliseerd dat patiëntenbemoeienis centraal staat.

Ondanks het feit dat de agenda ook destijds al genoeg punten bevatte, werd er op de vergaderdagen ruimschoots tijd uitgetrokken voor een aperitief ('niet ten laste van de Werkgroepskas'!). En waar is de tijd gebleven waarin werkgroepsleden per telegram aan de secretaresse lieten weten niet ter vergadering te kunnen verschijnen ('Door plotselinge dringende omstandigheden verhinderd aanwezig te zijn')?

In 1971 waren er al direct problemen met de salariëring van ziekenhuispsychologen. Collega J.J.C.B. Bremer sprak over 'de positie van de psycholoog in het Algemeen Ziekenhuis in verband met de onderhandelingen met de Nationale Ziekenhuisraad'. Op dat moment staan de zogenaamde K.V.I.-schalen (die heel gunstig waren) ter discussie:

'Spreker vroeg de aanwezigen solidair te zijn, ook jonge collega's te wijzen op K.V.I.-schalen en te adviseren zich niet beneden dit niveau te laten aanstellen. Het gaat hierbij minder om de marktwaarde van de psycholoog, waarmee vooral de economen van de Nationale Ziekenhuisraad schermen dan wel om de waarde van de psycholoog in de gezondheidszorg, de grote waarde ook die wij moeten toekennen aan de registratie die in vergelijking met de specialisatie bij de arts moet worden gezien en ook gehonoreerd.'

Zoals het salaris altijd een punt van gesprek was en is gebleven (denk aan het F.W.G.-circus), zo teisterde ook het fenomeen enquête bij

voortduring de gelederen. Nauwelijks nog was er van ziekenhuispsychologie sprake of de eerste enquêteurs deden hun rondgang. Het doel van deze eerste ondervraging was (aldus collega P. Boeke destijds): 'Hoe leid je het beste de psycholoog op voor het werk in het algemeen ziekenhuis, wat ontbreekt er aan de opleiding.'

Een heftig en diepgaand punt van gesprek was in die prille fase van ons bestaan ook de vraag of de psycholoog (gewoon) staflid was, of niet. De conclusie was - en is gebleven - dat dit staflidmaatschap dringend gewenst was. 'Men staat geïsoleerd als dit niet het geval is; contacten leggen, introductie binnen het ziekenhuis, geschiedt het gemakkelijkst via de staf.' Tijdens de vergadering van 20 april 1971 wordt besloten dat degenen die de ziekenhuispsychologen centraal bijeen geroepen hebben als voorlopig bestuur zullen optreden: 'Collega W. de Vries als voorzitter; collega H. Benders zal de nog niet aanwezige financiën beheren, ondergetekende (d.i. collega Q. Ploegmakers-de Jonge) blijft de secretariaatswerkzaamheden verrichten.'

Simpele penningen

Valt er iets te melden uit de vroegste praktijken van de penningmeester? Ach, wij hieven een zeer bescheiden contributie van de leden (f 15,- per jaar, als ik het me goed herinner). Dit geld werd overgeschreven naar mijn privébanknummer om vervolgens ijlings te worden geregistreerd in een apart daarvoor aangeschaft schoolschriftje. We moesten maar eerst eens afwachten of de boel wel op gang kwam; de tijd een eigen banknummer te reserveren was nog niet daar. Omdat we ook enige subsidie van het NIP kregen, diende omtrent de geldelijke zaken na een jaar verantwoording te worden afgelegd aan dit Instituut. Ik leverde een erg primitief boekhoudkundig pakket af bij het NIP. Per post. Een schriftje, een doosje met betaalde rekeningen en dat soort zaken, want de opperpenningmeester van het NIP wenste alle bescheiden ter beschikking te krijgen. In een briefje vermeldde ik - nogal badinerend -, dat ik niet helemaal wist op welke dag ik mijn gezinsleden de aardappels aanbood op kosten van de werkgroep en op welke dag ze werden geserveerd op kosten van de mij betalende werkgever.

Het kwam mij te staan op een forse reprimande en op toezending door het NIP van een officieel kasboek en een A4-tje met teksten die mij de

juiste inblazingen dienden te doen ervaren ter zake van het voeren van een professioneel financieel beleid. En dat terwijl mijn anamnese op dit terrein het niet geringe wapenfeit bevat van het gevoerd hebben van het penningmeesterschap (het questoraat) ener gerenommeerde studentenvereniging, waarvan de begroting vele tienduizenden guldens beliep! Er werd, wil ik maar zeggen, niet onverantwoord omgesprongen met de penningen van de werkgroepsleden.

Highlights

Al in de oertijd van ons bestaan was er sprake van enige hete hangijzers. De kwestie diagnostiek en therapie bijvoorbeeld. Al vlug waren we van mening dat beide aspecten tot ons pakket behoren, maar de uitvoering werd ons, om verschillende redenen, niet altijd toegestaan. In het jaarverslag van 1971 staat dan ook heel onthecht en ogenschijnlijk accepterend geschreven: 'In een aantal gevallen beperken wij ons tot (...) diagnostiek, omdat de therapie duidelijk bij een andere discipline behoort te liggen.' Overigens is er jarenlang bij tijd en wijle gesproken over de vraag of we het nu moesten hebben over 'therapie' of over 'psychologische behandeling' (waarvan 'therapie' onderdeel kan zijn).

Voorts het punt van de inbreng van de ziekenhuispsycholoog in de klinische en poliklinische sfeer. We werden (en worden) in feite slechts betaald voor de 'bedpatiënten' (de kliniek), maar het bleek geregeld van de zotte - immers onze bemoeienis kan niet altijd afgelopen zijn op het moment dat de patiënt dat bed verlaat en evenmin is overdracht aan een collega 'buiten de muren' altijd mogelijk of zelfs gewenst! Dat de ziekenhuispsychologie nog steeds niet is opgenomen in het verzekeringstelsel heeft met deze caesuur óók van doen.

Epiloog

Een stagiaire zei me eens: 'Maar als we dit advies geven, is dat toch zó simpel, dat de mensen daar zélf wel op kunnen komen.' Zo simpel evenwel ligt het niet. Wat wij simpel noemen is voor ons blijkbaar zo vanzelfsprekend dat we ons bijna schamen het aan anderen als advies te verstrekken. Vergeten wordt dat wij, als psycholoog, zodanig zijn doordrenkt van bepaalde opvattingen (en kennis), dat die ons als een oude jas passen. Niet-vakgenoten dragen die jas niet en aldus kunnen wij ons

er met recht op laten voorstaan inzichten te hebben die derden niet hebben, en die hen bovendien tot voordeel kunnen strekken. Met deze inzichten dus kunnen we anderen van dienst zijn. Mij is in de loop van de jaren overtuigend gebleken, dat psychologische inbreng in de medische wereld en bij het oplossen van ziekmakende problematiek evident effectief en van grote waarde kan zijn. Het denken en handelen van de ziekenhuispsycholoog is interessant en relevant voor degenen die het medisch bedrijf uitoefenen.
Er is geen reden buiten de schoenen te treden; er is echter ook geen reden met kromme tenen in te kleine schoenen rond te lopen!

Sceptische overwegingen bij het vak ziekenhuispsychologie

Drs. W.A. Fonteijn lijkt advocaat van de duivel te willen spelen met deze theoretische bijdrage met een filosofisch en historisch tintje; een kritische en aanvankelijk sceptische beschouwing over de 'eigenstandige' aard van het vak. Gelukkig komt hij tot een bevestigende stellingname; ziekenhuispsychologie als eigenstandige, specifieke discipline wordt gerechtvaardigd.

Ziekenhuispsycholoog, kun je je een interessanter vak voorstellen? Ik niet. In de dynamische setting van het ziekenhuis je bezighouden met het behandelen van patiënten met een breed scala van lichamelijke klachten heb ik van meet af aan als een nuttige en fascinerende bezigheid beschouwd. Het werk varieert van eenvoudige alledaagse adviezen over het hanteren van stress tot existentiële vragen, waarop redelijkerwijs geen reëel antwoord mogelijk is. De patiënten doen met hun vragen een appèl aan je professionele inzichten en je menselijke integriteit. Samen met de patiënt en het eventuele behandelteam kom je een stap verder naar genezing, stabilisatie en/of acceptatie van de ziekte.

In de jaren tachtig reed ik regelmatig met de fiets langs het streekziekenhuis in Oldenzaal. Destijds had ik een praktijk als psychotherapeut, maar het stond voor mij vast dat werken in een ziekenhuis interessanter en uitdagender zou zijn. Een van de stafleden introduceerde mij voor de refereermiddagen. De sfeer in de staf van dat kleine streekziekenhuis was prettig en ongecompliceerd. Dokters namen een vanzelfsprekende alleskunnende houding naar patiënten aan die in de refereerbijeenkomsten werd gerelativeerd tot bescheidener proporties. Het ziektebeloop bleek soms een mysterieus proces met een grillige invloed van niet in somatisch jargon te benoemen factoren. Sommige van deze onvoorspelbare ziektegevallen werden doorverwezen naar mijn praktijk. De impliciete verwachting van dokter en patiënt was klachtreductie. De route waarlangs, een kwestie van goed vertrouwen. Waarschijnlijk zou een goed gesprek wonderen doen. Een expliciete kijk op wat de psychologie kan betekenen voor de lichamelijke klachten ontbrak zowel bij de verwijzer als bij de patiënt. Wat mij betreft vond ik dit blijk van vertrouwen voldoende en met gespreksvaardigheden bleek ik goed in staat om klachtreductie en/of acceptatie

te bewerkstelligen. In essentie verschilden mijn ervaringen van destijds niet met die van nu. Een goed gesprek en een professioneel onderbouwd psychologisch advies heeft baat.

Scepsis en existentiële twijfels

Deze ervaring geeft aanleiding tot enige scepsis over het specifieke karakter van het vak. Een goed gesprek met somatische patiënten vindt immers zowel binnen als buiten de muren van het ziekenhuis plaats. En de loutere toepassing van algemene vaardigheden op een specifieke populatie maakt een vak niet specifiek. Het is dan ook de vraag of de ziekenhuispsychologie wel een eigenstandig vak is.

In PAZ-kringen is het bijzondere karakter van de ziekenhuispsychologie een vanzelfsprekende aangelegenheid. Het werkterrein van de ziekenhuispsycholoog wordt door de PAZ met verve verdedigd tegen aanvallen van binnen en buiten de beroepsgroep. De positie van de PAZ binnen het NIP is zonder meer een sterke.
Als beginnend ziekenhuispsycholoog werd ik bij mijn eerste kennismaking met de PAZ-cultuur geïmponeerd door de zelfovertuigde houding van de deelnemers aan de ledenvergadering. Zonder een spoor van twijfel werden uitspraken gedaan over de noodzaak van de ziekenhuispsychologie. De PAZ gedroeg en gedraagt zich in deze echt als een belangenclub met hart voor de zaak en een duidelijke missie waar het gaat om de belangen van haar leden. De agenda van de ledenvergaderingen wordt bepaald door organisatorische kwesties. Tijdens de pauze wordt daarover verder gepraat. Op wetenschappelijke dagen klinkt een ander geluid, maar met een soortgelijke toonzetting. Onderzoekgegevens worden boeiend en met empirisch elan gepresenteerd. Het nut van ziekenhuispsychologische behandelingen krijgt op deze dagen een wetenschappelijke evidentie.

Het is echter moeilijk voorstelbaar dat onze beroepsgroep gevrijwaard zou zijn van enige existentiële twijfels. Al die solistisch werkende ziekenhuispsychologen moeten zich toch zo nu en dan achter de oren krabben of de bemoeienis met hun patiënten wel voldoende leidt tot echte verbetering. Mij overkomt het in ieder geval met een zekere regelmaat dat ik twijfel aan het nut van interventies. Dan kost het moeite om uit te leggen aan vrienden en bekenden wat ik nu eigenlijk doe in dat ziekenhuis. Een

twijfel die dissonant lijkt met het zelfvertrouwen wat ik als PAZ-lid ervaar en wellicht ook uitstraal. Al met al reden genoeg om het vak wat nader te beschouwen.

Ziekenhuisomgeving

De ziekenhuispsycholoog ontleent zijn identiteit voor een belangrijk deel aan zijn werkomgeving. Zonder ziekenhuis geen ziekenhuispsychologie, zonder verwijzende dokters geen ziekenhuispsychologie. Ziekenhuispsychologen verrichten interventies die ook toepasbaar zijn door andere zorgverleners. Het diagnostisch instrumentarium en de gesprekstherapeutische behandeling zijn bepaald niet alleen voorbehouden aan ziekenhuispsychologen. Het specifieke karakter van de ziekenhuispsychologie komt niet tot uiting in haar diagnostiek en behandelmethoden. Inhoudelijk lijken goede argumenten te ontbreken om de ziekenhuispsychologie een specifiek vak te noemen.
Dat is een lastige positie. Een beroep zonder duidelijke eigen identiteit en specifieke, vakgebonden technieken en vaardigheden staat wankel en zal bloot staan aan terechte kritiek op zijn beroepsidentiteit.

De ziekenhuisomgeving maakt het vak evenmin specifiek. Immers deze omgeving geldt voor vele disciplines, waarmee er sprake is van een algemeen kenmerk.
De afhankelijkheid van verwijzers en ziekenhuisomgeving heeft haar weerslag op de professionele autonomie. De bestaansgrond van het vak wordt immers bepaald door de continuïteit van de verwijsstroom in het ziekenhuis. Dit terwijl de indicaties voor verwijzingen nog slechts vaag gedefinieerd zijn en wellicht nooit helder en eenduidig te omschrijven zijn. Daarbij komt dat de organisatorische positie van ziekenhuispsychologen niet wezenlijk is voor het voortbestaan van het ziekenhuis. Zowel financieel als ideologisch spelen de ziekenhuispsychologen geen cruciale rol voor de continuïteit van het medisch specialistische bedrijf. Een positie die de clerici bijvoorbeeld vroeger wel innamen en die nu lijkt te worden ingenomen door patiëntenorganisaties. Ziekenhuispsychologen ontberen een dergelijke positie, waarmee hun politieke invloed op het strategische beleid van het ziekenhuis niet bij voorbaat sterk te noemen valt. Het sluiten van coalities met ziekenhuispsychologen is voor andere specialismen op grond van financiële of ideologische overwegingen niet interessant.

Praten als vak?

Het is lastig om de activiteiten van ziekenhuispsychologen in concrete taal te beschrijven. Een groot deel van de tijd wordt besteed aan praten met patiënten, verwijzers, collegae etc. Gepraat wordt over gevoelens, gedachten, ervaringen rondom het ziek zijn. De ziekenhuispsycholoog is een soort praatdokter. Praten op zich is geen academische activiteit. Evenmin is praten over gevoelens en ervaringen van patiënten een academische activiteit. Een video-opname van een ziekenhuispsycholoog in actie toont het beeld van pratende mensen, in paren of groepen en soms alleen in een dicteerapparaatje. Zonder geluid is dat een relatief saai beeld om naar te kijken. Als we het geluid aanzetten kunnen we horen dat er gesproken wordt over alledaagse zaken. De betreffende ziekenhuispsycholoog luistert veel en geeft regelmatig - bijna triviale - adviezen. Doet u eens dit, doet u eens dat, probeert u het eens zo te bekijken. En de patiënt is de geïnteresseerde gesprekspartner.

Kijkend en luisterend naar een ziekenhuispsycholoog krijg je geen goed beeld van het vak. Vreemd eigenlijk. Ziekenhuispsychologen zijn hoogopgeleide specialisten, met over het algemeen een jarenlange klinische ervaring. Je zou verwachten dat iets van de deskundigheid zichtbaar zou zijn in het overte gedrag. En zoals blijkt uit de continue verwijsstroom van nieuwe patiënten is de maatschappelijke positie geaccepteerd. Is hier nu sprake van een tegenstrijdigheid? Een hooggekwalificeerd specialistisch en maatschappelijk geaccepteerd vak wat bij een eerste beschouwing niet imponeert als een specialistische activiteit. Is hier sprake van een nieuwe variant op het aloude sprookje over de onzichtbare kleren van de keizer?

Specialist onder de specialisten

Ziekenhuispsychologen zijn lid van de medische staf. Zij zijn mede verantwoordelijk voor de kwaliteit van de medisch specialistische zorg. Dat is waar. Maar dit is geen specifieke verdienste van de ziekenhuispsychologie. Het betreft hier een toevallig onderscheid tussen academische en niet-academische ziekenhuiszorgverleners, die wel of niet rechtstreeks consulteerbaar zijn voor andere stafleden. Daarbij gaat het hier nog steeds om een omgevingsfactor en niet om een essentieel kenmerk van de ziekenhuispsychologie. Zelfs de positie in de Wet BIG als art. 14

beroep is niet specifiek voor ziekenhuispsychologen. Buiten de muren van het ziekenhuis tref je een aanzienlijk groter aantal geregistreerde klinisch psychologen, met een gelijkwaardig opleidingsniveau die soortgelijke diagnostiek en behandeling toepassen als de ziekenhuispsychologen.

Er zijn dus redenen genoeg voor een sceptische positie aangaande de eigenheid van de ziekenhuispsychologie. Het vak heeft geen essentiële specifieke kenmerken maar alleen toevallige omgevingsgebonden kenmerken. Dit in tegenstelling tot andere specialisten in het ziekenhuis. Noem ze maar op. De orgaanspecialisten hebben een afgebakend vakgebied, wat niet afhankelijk is van de omgeving. Een cardioloog blijft cardioloog ook al oefent hij z'n vak buiten de muren van het ziekenhuis uit. De gynaecoloog en de uroloog; zij allen blijven wat zij zijn, onafhankelijk van de omgeving waarin zij functioneren.

Psychologie als kern?

Het wetenschappelijk referentiekader van de psychologie onderscheidt zich van de geneeskunde. Waar de medisch specialist steeds de pathogenese als uitgangspunt hanteert, start de psycholoog met de gezonde normpopulatie. De vraagstelling van de psycholoog is primair: wat kan, op grond van wat bekend is over hoe andere mensen zich onder deze omstandigheden gedragen, verwacht worden aan gedrag en hoe kunnen we eventuele afwijkingen van dit normale gedrag verklaren? Zowel binnen als buiten de muren van het ziekenhuis is deze vraagstelling breed toepasbaar. De vraagstelling is niet specifiek voor de ziekenhuispsycholoog maar wel specifiek voor de psycholoog.

Als we de ziekenhuispsycholoog ontdoen van zijn omgevingskenmerken hou je een psycholoog over. Een academicus met kennis en vaardigheden op het gebied van menselijk gedrag. Zeker is dat het hier geen uniforme groep met specifieke omgevingsonafhankelijke beroepskenmerken en of opleiding betreft. De ziekenhuispsycholoog - buiten de muren van het ziekenhuis - onderscheidt zich niet specifiek in opleiding, kunde en vaardigheden van andere (klinisch) psychologen. Buiten de muren van het ziekenhuis is de ziekenhuispsycholoog primair psycholoog: een academicus met specifieke kennis en vaardigheden aangaande het menselijke gedrag.

Ziekenhuispsycholoog of medisch psycholoog?

Wellicht is de term ziekenhuispsycholoog niet juist en betreft het hier een medisch psycholoog. Een aantal afdelingen noemt zich immers medische psychologie. Dit om zich te onderscheiden van andere (klinisch) psychologen en te benadrukken dat de psychologie binnen het ziekenhuis medisch is, in de zin van gebruikmakend van het medische referentiekader en onderdeel uitmakend van het medisch specialistische bedrijf. Medisch psychologen schrijven gedrag voor als medicatie, getuige de term behavioral medicine die door medisch psychologen frequent gebezigd wordt. Medisch psychologen zijn vrijwel uitsluitend werkzaam in ziekenhuizen. Praktijken voor medische psychologie buiten de muren van het ziekenhuis komen zelden voor. Het merendeel van de ziekenhuis/medisch psychologen is geregistreerd als klinisch psycholoog en de helft van deze klinisch geregistreerden is tevens geregistreerd als WVC-psychotherapeut.

Niet alle ziekenhuis/medisch psychologen zijn geregistreerd als klinisch psycholoog. Maar dat is niet van belang, omdat de opleiding tot klinisch psycholoog niet wezenlijk is voor het uitoefenen van de ziekenhuispsychologie. Immers buiten de muren van het ziekenhuis zijn meer klinisch psychologen dan binnen de muren en in kennis en vaardigheden onderscheiden de extramurale klinisch psychologen zich niet van de intramurale klinisch psychologen.

Ook hier is een probleem. Niet alle ziekenhuispsychologen noemen zich medisch psycholoog; een groot aantal noemt zich klinisch psycholoog. Wat de medisch psychologen doen met hun vak is niet specifiek voor dat vak. Zowel psychologen in de eerstelijn als klinisch psychologen schrijven ook buiten de muren van het ziekenhuis gedrag voor als medicijn. En ook al noemt de medisch psycholoog zich medisch, hij is en blijft primair psycholoog en onderscheidt zich qua kennis en vaardigheden niet wezenlijk van andere psychologen in de gezondheidszorg. De medisch psycholoog heeft zich geassimileerd met zijn werkomgeving en onderscheidt zich in deze niet van de ziekenhuispsycholoog. Beiden vertonen kameleonachtige trekken en lijken hun wezenskenmerk te verhullen. De medisch psychologen als groep vallen vrijwel samen met de verzameling van ziekenhuispsychologen. In die zin is een onderscheid in medisch psycholoog of ziekenhuispsycholoog semantisch en draagt niet bij tot verheldering van onze probleemstelling. Als we over ziekenhuis-

psychologen praten hebben we het ook over medisch psychologen. Hoe de ziekenhuispsycholoog zich nu het best kan noemen is meer een kwestie van tactiek dan van inhoud. De term medisch psycholoog is tactisch wellicht wat beter vanwege de voor de hand liggende associatie met het medisch specialistische bedrijf. Voor de afdeling is de term medische psychologie te prefereren boven de term klinische psychologie om duidelijk te maken dat de aldaar werkzame klinisch psychologen niet alleen klinisch maar ook poliklinisch werken en zich onderscheiden van buiten het medisch specialistische bedrijf werkzame (klinisch) psychologen.

Het beeld dringt zich op van een omgevingsafhankelijke (ziekenhuis) psycholoog, vrijwel zonder concreet beroepsbeeld, zonder specifieke opleiding, zonder specifieke technieken en vaardigheden, zonder financiële en ideologische invloed.
Het afpellen van vermeende specifieke beroepskenmerken levert uiteindelijk een wat karig beroepsbeeld op. Dit terwijl ziekenhuispsychologie toch een boeiend vak is met maatschappelijke erkenning en een continue patiëntenstroom. Zo dreigt een sceptische positie te vervallen tot een leeg nihilisme. Wat is de ziekenhuispsycholoog dan wél, is wellicht een betere vraag.

Historische wortels van het vak

De ziekenhuispsycholoog of medisch psycholoog is psycholoog in de gezondheidszorg. Een academicus met specifieke kennis en vaardigheden over het menselijk gedrag en gezondheid. Binnenkort een beroep met een wettelijke basis, ex art 3 van de Wet BIG. De gezondheidszorgpsycholoog als fenomeen is geen nieuw verschijnsel. Vrijwel vanaf het begin van onze beschaving waren er lieden die andere mensen advies gaven over gezondheids- en levensproblemen. Zo beschrijft Plato, in zijn dialoog de Sofisten, rondtrekkende leraren die tegen betaling levenslessen geven. Deze sofisten zijn te beschouwen als gezondheidszorgpsychologen avant la lettre. Zij vormden een bonte verzameling van eclectisch werkende hulpverleners zonder een duidelijke leer. Zij verkondigden een pragmatische benadering van de menselijke natuur. Het kennen als zodanig, zo stelden zij, is subjectief en individueel bepaald; er zijn geen redelijke argumenten voor maatschappelijke ongelijkheid en rassendiscriminatie. Protagoras vatte het sofistische standpunt kernachtig samen in zijn befaamde uitspraak: 'De mens is de maat van alle dingen.'

De klassieke gezondheidszorgpsychologen stonden bloot aan ernstige en fundamentele kritiek. Plato verweet hen dat zij te veel relativeren en retoriek bedrijven, schijnwerkelijkheid creëren en niet op zoek zijn naar de waarheid. Daarbij lieten zij zich betalen en waren niet onafhankelijk. De sofist onderscheidde zich van de filosoof doordat hij niet expliciet zocht naar waarheid maar naar de oplossing van een praktisch probleem.

Al met al weinig nieuws onder de zon. De klassieke gezondheidszorgpsycholoog bediende zich van cognitieve technieken, was pragmatisch ingesteld en was afhankelijk van verwijzers in de zin dat hij zich liet betalen voor zijn diensten. De uitvoerende practicus was/is nu eenmaal minder gebaat bij diepgravende speurtochten naar de ware aard van het goede, maar wordt geconfronteerd met prangende vragen van cliënten/patiënten over alledaagse kwesties, die om een praktische oplossing vragen.

Dat een dergelijke pragmatische instelling gepaard gaat met een economie van vraag en aanbod ligt voor de hand. We kunnen stellen dat de gezondheidszorgpsycholoog vanaf zijn prille begin opereerde binnen een markt van vraag en aanbod en zich minder bekommerde om fundamentele kwesties over de ware en algemene aard van de menselijke natuur.
De gezondheidszorgpsycholoog vormt de beroepsmatige basis voor de ziekenhuispsycholoog. De ziekenhuispsycholoog is een gezondheidszorgpsycholoog die functioneert binnen de muren van het ziekenhuis. Het betreft hier een klassiek vak wat van meet af aan behept is geweest met enige controverse over zijn maatschappelijke positie, maar wat zijn rechtvaardiging vindt in de al eeuwenoude behoefte aan advies bij alledaagse menselijke kwesties over gezondheid en geluk.
In de loop van de geschiedenis werd de adviserende rol van de rondtrekkende sofisten overgenomen door de clerus. Levensvragen werden niet langer geplaatst binnen een alledaagse filosofische context, maar werden gezien als geloofsvragen. Met de opkomst van het rationalisme werd het menselijk lichaam beschouwd als een te voorspellen en te beheersen machine. Ziekte was niet langer een straf van God maar een stoornis in de menselijke machine.

De vraag naar het waarom van een ziekte was niet meer relevant. In

plaats daarvan werd de vraag gesteld naar het hoe, naar het beloop van de ziekte. Een natuurwetenschappelijke manier van denken die gezorgd heeft voor een grote ontwikkeling binnen de geneeskunde. In wezen is het natuurwetenschappelijk, empirische denkmodel het vigerende denkkader waarbinnen de geneeskunde zich nu nog beweegt.

Psychologie als wetenschap is eveneens een empirische wetenschap; in haar uitgangspunten streeft zij naar voorspelbare en herhaalbare gedragingen. Ook van de psychologie kan gesteld worden dat er grote vooruitgang is geboekt met gewoon recht toe, recht aan empirisch onderzoek. De gedragstherapie is een fraai voorbeeld van een empirisch gefundeerde therapeutische methode met goede resultaten bij onder meer de behandeling van angst en stemmingsstoornissen.

De ziekenhuispsychologie is historisch geworteld in de rondreizende sofisten en na een korte flirt met de clerus heeft het vak zich via het natuurwetenschappelijk denkmodel gedemystificeerd en ontwikkeld tot de huidige status van een psycholoog in de gezondheidszorg die werkzaam is in het ziekenhuis. Het is niet niks wat de ziekenhuispsycholoog te bieden heeft, het vak heeft een respectabele geschiedenis en is wetenschappelijk gefundeerd. Echter, ook deze solide basis maakt de ziekenhuispsychologie nog niet tot een specifiek of eigenstandig vak en dat is de vraag die hier gesteld wordt.

Patiënten

Hoe zit dat met de patiënten die door de ziekenhuispsychologen worden behandeld? Feit is, dat er een continue verwijsstroom naar de ziekenhuispsychologie bestaat. Patiënten komen naar het ziekenhuis om een optimale gezondheid te bereiken. Daarvoor maken ze een afspraak met de medisch specialist. Het primaire proces in het ziekenhuis is de medisch specialistische en dan met name somatische zorg. Om goede kwaliteit van deze zorg te bereiken is een zorgvuldige indicatiestelling en doeltreffende behandeling nodig. In afgeleide hiervan dient er sprake te zijn van een doelmatige inzet van deze zorg. Het ziektegedrag van de patiënt is van invloed op het verdere beloop van de ziekte. Zo kan een persisterend inadequaat ziektegedrag leiden tot recidief en/of progressie van de ziekte. Het hebben van een ziekte op zichzelf vormt een stressor, die kan leiden tot een toename van symptomatologie en lichamelijke klach-

ten. Het leren omgaan met de ziekte als dagelijkse stressor is dan ook uit algehele gezondheidsoverwegingen van groot belang. De ziekenhuispsychologie sluit hierop aan door het bevorderen van optimaal ziektegedrag van de patiënten.

Ziekenhuispsychologie is bij uitstek gericht op samenwerking. De doeltreffendheid van somatische interventies kan via psychologische assessment worden verhoogd en veelal wordt somatische fixatie middels vroegtijdige signalering van onderliggende complicerende psychische problematiek voorkomen. Een samenwerking die zodoende de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg ten goede komt.
De patiënten komen met complexe problematiek en veelal hoge lijdensdruk. Als ziekenhuispsycholoog krijg je te maken met een breed scala van klachten. Je moet zowel thuis zijn in de psychopathologie als in de somatopathologie. De problematiek van de patiënt is onvoorspelbaar en ligt ingebed in een individuele levensloop. Juist het individuele karakter van de patiënt maakt de ziekenhuispsychologie tot een complexe activiteit.

Verschillen ziekenhuispatiënten van de patiënten in de eerste lijn, of van patiënten die elders in de gezondheidszorg door andere psychologen behandeld worden?

Voor de hand ligt, om het onderscheid tussen de eerste- en de tweedelijnszorg hier maatgevend te laten zijn. De eerstelijnszorg is generalistisch en niet specialistisch. De huisarts verleent generalistische zorg en verwijst waar nodig door naar de specialist in het ziekenhuis. De huisarts kan niet rechtstreeks verwijzen naar de ziekenhuispsycholoog. Complicerende psychische klachten kan hij doorverwijzen naar de eerstelijnspsycholoog. De eerstelijnspsycholoog is in die zin complementair aan de somatische zorg in de eerste lijn. Dit betreft een organisatorische positie, die niet wezenlijk verschilt van de positie van de ziekenhuispsycholoog ten opzichte van de verwijzend specialist.

De aard van de pathologie in de tweede lijn vereist specialistische kennis en vaardigheden van de artsen in het ziekenhuis. Gezien haar complementaire positie aan de medisch specialistische zorg zal de ziekenhuispsychologie zich ook op specialistisch terrein bewegen. De differentiaal diagnostische vraagstelling vereist van de ziekenhuispsycholoog specia-

listische kennis en vaardigheid. Veelal zal dat specialistische deskundigheidsniveau in de praktijk ontwikkeld worden.

De diagnosegroepen binnen het ziekenhuis verschillen van die in de eerste lijn. Allerlei neurologische beelden, variërend van contusio tot cerebraal infect naar vreemde wegrakingen zijn voor de ziekenhuispsycholoog relatief normaal en komen in de eerstelijnspraktijk vrijwel niet voor. Evenzo is het aanbod van oncologische patiënten en geriatrische patiënten relatief hoog in de praktijk van de ziekenhuispsycholoog. De gemiddelde ziekenhuispsycholoog ziet ongeveer 175 nieuwe patiënten per jaar, waarbij psychiatrie, neurologie, kindergeneeskunde en interne geneeskunde 75% van de verwijzingen genereren. De resterende 25% wordt verwezen door cardiologie, anesthesie, geriatrie, longgeneeskunde, algemene heelkunde etc. De ziekenhuispsycholoog ziet een breed scala van pathologie, waarvoor specialistische somatische zorg is geïndiceerd. Dit verlangt van de ziekenhuispsycholoog diagnostische kennis van de verwezen ziektebeelden. De ziekenhuispsycholoog zal daarbij kennis moeten hebben van het normale beloop van deze ziektebeelden en complicerende psychische problematiek moeten kunnen behandelen. De patiënten in de tweede lijn zijn te onderscheiden van de patiënten in de eerste lijn in de aard en ernst van de pathologie.

De patiënten geven de wezenlijke inhoud aan het vak van de ziekenhuispsycholoog. En in deze verschilt de ziekenhuispsycholoog niet van de andere specialisten. Aanwezigheid van patiënten met mengbeelden van psychische en somatische problematiek vormt de essentiële voorwaarde voor het uitoefenen van het vak. Al het andere is accidenteel.
Ziekenhuispsychologen ontlenen net zoals de andere in het ziekenhuis werkzame specialisten hun identiteit aan het type patiënt dat zij diagnosticeren en behandelen. De patiëntvariabele maakt het vak tot een specifiek vak.

Ziekenhuispsychologie is een locatie- en patiëntenspecifiek vak. Het is geen vak op zich zelf, maar verwerft zijn bijzondere positie door zijn bijzondere locatie en bijzondere patiënten. Het kennisdomein wordt gedeeld met extramuraal werkende gezondheidszorgpsychologen. De diagnostische en therapeutische vaardigheden worden eveneens gedeeld met extramuraal werkende gezondheidszorgpsychologen. De specifieke kennis en vaardigheden die nodig zijn voor het uitoefenen van dit vak

binnen het ziekenhuis worden opgedaan in de praktijk. Hiermee heeft het vak echter nog geen wezenlijke kenmerken die het onderscheidt van andere verschijningsvormen van de gezondheidszorgpsychologie. Het ziekenhuis als organisatie heeft zijn eigen dynamiek. Een groot aantal professionals is betrokken bij de zorg voor de patiënt. De kerntaak van het ziekenhuis is de medisch specialistische zorg. De ziekenhuispsycholoog heeft een medisch ondersteunende taak, complementair aan de medisch specialistische zorg. Dat vergt van de ziekenhuispsycholoog organisatorische vaardigheden in de zin dat hij bereid moet zijn tot samenwerking en integratie van zijn behandelaanbod met de bestaande medisch specialistische behandeling moet nastreven. Van de ziekenhuispsycholoog kan verwacht worden dat hij/zij goed thuis is in het ziekenhuis, een netwerk heeft van verwijzende specialisten en goed op de hoogte is van de diversiteit in het patiëntenaanbod.

Meerwaarde van (ziekenhuis)psychologische diagnostiek

Het diagnostisch instrumentarium is gericht op de ziekenhuispopulatie. Ziekenhuispsychologen maken gebruik van speciale vragenlijsten voor hartfalen, chronische pijn, ziektegedrag etc. Een diagnostische mix die je buiten het ziekenhuis niet gauw zult aantreffen. Dat past ook bij het bijzondere karakter van de patiënten. Al eerder constateerden we dat de patiënten de ziekenhuispsychologie tot een vak apart maken. Daaruit volgt dat het diagnostisch instrumentarium er op gericht is om de patiënt - gegeven de speciale diagnose - verder te kunnen onderzoeken. Met het diagnostisch onderzoek worden psychologische gegevens toegevoegd aan de reeds bekende somatische gegevens, waarmee het mogelijk wordt om het ziektebeloop te beschouwen in de context van psychisch functioneren. De ziekte en het ziektegedrag worden ingebed in de individuele geschiedenis van de patiënt en krijgen hiermee betekenis. Ontegenzeggelijk bedrijft de ziekenhuispsycholoog diagnostiek vanuit een holistische visie op het menselijk functioneren. Het ziektegedrag is niet eenduidig voorspelbaar gegeven de somatische diagnose. Patiënten vertonen een grote variatie in ziektegedrag. Echter ondanks deze variabiliteit blijft er sprake van psychologisch verklaarbare mechanismen waarlangs patiënten tot hun gedragingen komen. Zo is het begrijpelijk dat een patiënt met een premorbide dwangmatige persoonlijkheidsstructuur een decompensatierisico heeft bij het ondergaan van een ernstige, bedreigende ziekte.

Diagnostiek vormt een belangrijk onderdeel van het werk van de ziekenhuispsycholoog. Diagnostiek is geen doel in zichzelf. Uiteindelijk gaat het om het formuleren van een adequaat advies aan verwijzer of patiënt en eventueel het aanbieden van een psychologische behandeling. Diagnostiek is niet zonder risico's. Een fout-positieve diagnose van bijvoorbeeld een persoonlijkheidsstoornis bij een chronisch somatisch ziektebeeld kan leiden tot jarenlange ellende voor de betrokken patiënt. De fout-positieve diagnose kan gaan functioneren als richtinggevend dwaalspoor in het verdere beloop van de ziekte. Evenzo kan een juiste diagnose onnodige medische consumptie beperken. Al met al vereist de diagnose een grote mate van deskundigheid, zowel op het gebied van de somatopathologie als op het gebied van de psychopathologie.

Met de diagnose wordt de individuele patiënt ondergebracht in psychologische categorieën. In zekere wordt de patiënt ontdaan van de individuele levensgeschiedenis en wordt zijn ziektegedrag verklaard vanuit algemene psychologische begrippen. Een onontkoombaar proces, het bijzondere van het individu wordt veralgemeniseerd. Het gedrag van de patiënt wordt begrijpelijk en een op de empirie gebaseerd advies kan worden geformuleerd. Dat algemene advies wordt vervolgens door de patiënt geïndividualiseerd en vertaald in de context van de eigen leergeschiedenis. Het advies aan de patiënt is in de praktijk slechts ten dele empirisch gefundeerd. De veelheid aan psychologische research kent geen lineaire causale verbanden, met één op één effecten van interventies en behandelresultaat. In algemene zin biedt de empirie met haar gemiddelde uitkomsten een verklarend en voorspellend kader. Dit geldt des te meer voor algemene psychofysiologische fenomenen. Echter de levensgeschiedenis van de patiënt is per definitie individueel en bijzonder. Algemene kaders zijn ontoereikend voor het formuleren van het individuele advies. De ziekenhuispsychologie kan meer bieden dan een vertaalslag van empirische gegevens naar een individueel ziektebeloop. Die meerwaarde is te benoemen in termen van de inbedding in de individuele geschiedenis van de patiënt. Een hermeneutisch proces van betekenisgeving aan somatische symptomen en komen tot hanteerbaar ziektegedrag. Het ziektebeloop verandert van een vervreemdend incident naar een geïntegreerde ervaring. Steeds opnieuw is het formuleren van goed psychologisch advies maatwerk. Iets wat alleen kan plaatsvinden tegen de geschetste achtergrond van somatopathologie, psychopathologie en individuele leergeschiedenis.

Het advies in zichzelf is de resultante van een hermeneutisch proces. Hermeneutisch omdat de betekenisgeving en het advies een individuele aangelegenheid is. De hermeneutiek als methode beoogt de werkelijkheid te begrijpen in haar dagelijkse context en kan bogen op een lange traditie. In de psychologie komt de hermeneutiek ondermeer aan bod in de fenomologie en in de postmoderne narratieve methode. De relatie tussen cognities en ziektes is niet vanzelfsprekend. De ziekte krijgt haar betekenis in een complexe interactie tussen het fysiologische fenomeen, de sociale context van de zieke en de individuele geschiedenis. Met de hermeneutiek als methode komt de ziekenhuispsychologie losser te staan van de pure empirie. De uitleg van de ene psycholoog hoeft qua inhoud niet noodzakelijk overeen te komen met de uitleg van een volgende. Iets wat we in de praktijk ook regelmatig tegenkomen. De individuele geschiedenis van de patiënt is inderdaad voor meerdere uitleg vatbaar. De geschiedenis van de patiënt verandert in de tijd. De rapportage over de patiënt is contextafhankelijk en niet op te vatten als tijdloos document. Het individuele verhaal varieert intra- en interpersoonlijk, zo ook het psychologische advies. Uiteindelijk is het advies van de ziekenhuispsycholoog aan de patiënt op te vatten als een richtinggevende goede raad voor verder.

En daarmee zijn wij terug bij onze beginvraag. Wat doet die ziekenhuispsycholoog nu eigenlijk en waarin onderscheidt hij zich van andere zorgverleners in en om het ziekenhuis? Veel van wat de ziekenhuispsycholoog doet, namelijk diagnostiek bedrijven en of proberen te begrijpen waar deze specifieke patiënt bij gebaat is, zie je niet. Dat speelt zich af in het brein van die psycholoog en is lastig te expliciteren. Behalve praten, denkt de ziekenhuispsycholoog veel. De inhoud van zijn denken is gericht op de problematiek van de patiënt. In het gesprek met de patiënt zal de psycholoog trachten een goed advies te formuleren. Dat kan je zien en horen. Wat je niet kan zien en horen is welke overwegingen hij hanteert, hoe hij zijn klinische ervaring als referentiekader gebruikt en in hoeverre de ziekenhuispsycholoog handelt vanuit een basaal respect voor de patiënt. Ook dat speelt zich af in het brein van de betreffende ziekenhuispsycholoog. Om in de metafoor van de kleren van de keizer te blijven: het zijn niet de kleren die de keizer maken, maar veel meer zijn gedachten; of nauwkeuriger gesteld het vermogen van de keizer om macht uit te oefenen. Zo ook de ziekenhuispsycholoog, wat je

kunt zien en horen maakt deze professional nog geen ziekenhuispsycholoog; wél zijn gedachten over de patiënt.

Conclusie

Niet al het zichtbare is wezenlijk. Een goed gesprek als ervaring van het moment is maar ten dele repliceerbaar en in zijn invloed maar ten dele voorspelbaar. Voor patiënten en vakgenoten vormt het expliciteren van de cognitieve inhoud van de ziekenhuispsychologie een volgende stap. Niet alle gedachten van de ziekenhuispsycholoog zijn professioneel, sommige zijn particulier. Om van particulier naar professioneel te veranderen is het noodzakelijk dat de ziekenhuispsycholoog zijn gedachten expliciteert en ter discussie stelt binnen de beroepsgroep.
Het onderscheid met andere zorgverleners laat zich formuleren in kennisdomein en diagnostische, gesprekstherapeutische vaardigheden. Met de niet-ziekenhuisgebonden gezondheidszorgpsychologen is er geen sprake van wezenlijk onderscheid. Het verschil wordt bepaald door locatie- en patiëntenspecifieke kennis en vaardigheden. Het ziekenhuis heeft z'n eigen dynamiek en vergt van de ziekenhuispsycholoog het vermogen om zich te assimileren met de ziekenhuisorganisatie. De eigenheid van de ziekenhuispsychologie blijkt een omgevingskenmerk en geen specifieke kwaliteit.

De omstandigheden waar de ziekenhuispatiënten in verkeren zijn bijzonder. Het zijn de patiënten die het vak bijzonder maken. De patiënten verkeren veelal in een subacute, subchronische fase van het ziekteproces. De patiënten zijn kwetsbaar en appelleren aan professionele integriteit. Weet hebben van deze bijzondere omstandigheid en oog hebben voor de individuele waardigheid en autonomie van de patiënt is een bijzondere meerwaarde die de ziekenhuispsycholoog kan toevoegen aan zijn algemene kennis en vaardigheid.

Denken over de ziekenhuispsychologie is een boeiende en nuttige aangelegenheid. De waarde van het vak laat zich bepalen in het contact met de patiënt. Sceptische overwegingen bij de eigenheid van het vak leiden tot de basale vaststelling dat psychologisch professionele gedachten en handelingen over en aangaande de ziekenhuispatiënt wezenlijke inhoud geven aan het vak. De toevallige omstandigheid dat de ziekenhuispsycholoog zijn werk verricht binnen de muren van het ziekenhuis is een

organisatorische, dan wel tactische aangelegenheid, die niets afdoet aan de wezenlijke betekenis die psychologische interventies hebben voor het beloop van een ziekte.

Uiterlijke kenmerken zijn niet bepalend voor de waarde van de ziekenhuispsychologie. Het vak heeft een historische en empirische basis. Daarnaast vergt het vak een expliciete, systematische hermeneutiek waarmee de algemene kennis van diagnosegroepen vertaald kan worden naar de individuele geschiedenis van de patiënt. Juist door haar combinatie van een hermeneutische en empirische benadering heeft de ziekenhuispsychologie een wezenlijke toegevoegde waarde voor de medische specialistische zorg.

De ziekenhuispsychologie incorporeert in haar denken het individuele beloop van de ziektegeschiedenis van de (ziekenhuis)patiënt, waarmee zij een richtinggevende betekenis geeft aan het verdere beloop van de ziekte. Dat vermogen maakt de ziekenhuispsychologie tot een eigenstandige aangelegenheid. Het gevarieerde, in de klinische praktijk ontwikkelde, hermeneutische gedachtengoed van de ziekenhuispsychologie vormt, zo kunnen we verwachten, een interessante en goede basis voor haar toekomst.

Het wonder van de visitatie

In zijn bijdrage gaat drs. Wiersma in op de aanpak en ontwikkeling van de visitatie als onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de PAZ. Hij zat namens het PAZ-bestuur in de Commissie Kwaliteit, die vanaf 1993 de invoering van visitatie voor de beroepsgroep heeft voorbereid. De lezer krijgt door middel van een uitgewerkt voorbeeld van een volledige visitatie een goed beeld van de huidige gang van zaken.

In 1993 vroeg het PAZ-bestuur de al jarenlang bestaande Commissie Kwaliteit van de PAZ de ontwikkeling van visitaties voor de beroepsgroep voor te bereiden. De commissie bestond destijds uit J.T. Almoes, L.M. Dinger-Drost, R.G.M. Koolen en dr. E.M.M. Oostdam. Op verzoek van het PAZ-bestuur werd F.M. Wiersma daaraan toegevoegd. De commissie ging voortvarend te werk en maakte dankbaar gebruik van verworvenheden op het gebied van de visitatie, zoals deze reeds door de medisch specialisten ontwikkeld was. Er bestond een rapport Visitatie van Maatschappen, uitgegeven door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO, een KNMG/LSV-instituut) uit 1990, waarvan dr. P.P.J. Touw mede-auteur was. Daarnaast bestond er een rapport Kwaliteitsnormen van een medische staf in een algemeen ziekenhuis van de LSV (1992), maar ook een Reglement Commissie Kwaliteit, zoals deze binnen de medische staf diende te functioneren (LSV 1992). Uit het rapport Visitatie van Maatschappen vloeide het Reglement Visitatie van Maatschappen voort (CBO 1992).
Ook werd gebruik gemaakt van de rapporten die in opdracht van de Stichting PACE tot standkwamen betreffende de kwaliteitsborgingsnorm voor verschillende beroepsgroepen en ziekenhuisafdelingen, zoals de verpleegkundige dienst, de klinische behandel- en verpleegafdeling, het centraal medisch archief, het maatschappelijk werk, poliklinieken, de medische staf, de Raad van Bestuur/Directie, e.d. (PACE 15 januari 1993). Daarnaast werden allerlei andere uitgaven op dat gebied gebruikt.

Procedure

De PAZ-commissie construeerde een Reglement Visitatie Medische/Klinische Psychologie in ziekenhuizen, dat in de versie van 12 december

1993 zijn definitieve vorm kreeg. Er zou een plenaire visitatiecommissie moeten ontstaan, die de organisatie, coördinatie, continuïteit, voorbereiding en beoordeling van de visitaties voor haar rekening nam. De eigenlijke visitatie zou worden uitgevoerd door een ad hoc-visitatiecommissie, bestaande uit drie personen in de functie van een voorzitter, een secretaris en een lid. Er kwam een uitvoerige Vragenlijst Visitatie Specialisme Medische/Klinische Psychologie tot stand, waarin vragen werden gesteld over het desbetreffende ziekenhuis, de organisatievorm van de afdeling medische/klinische psychologie, de positie van de afdeling binnen het ziekenhuis en de positie van de klinisch psychologen, de faciliteiten van de afdeling, maar ook de werkwijze, dossiervorming, de werkzaamheden (gesplitst in direct patiëntgebonden en niet-direct patiëntgebonden werkzaamheden), nascholing en opleiding. Ook waren er vragen over de directie en de medische staf en tot slot moest een overzicht van de deelnemers aan de visitatiedag worden gegeven. In de visitatievragenlijst moet op ruim honderd vragen een gedetailleerd antwoord worden gegeven. Daarnaast werd er om jaarverslagen gevraagd. De commissie stelde een introductiebrief voor de visitatie op, waarin de afgesproken visitatiedatum wordt bevestigd en waarin de verwachtingen ten aanzien van de organisatie van de visitatie door de te visiteren collegae gemeld worden. Er wordt natuurlijk gewezen op de visitatievragenlijst en het programma van de visitatiedag, die van 10.00 tot 15.30 uur non-stop duurt.

Aan de vergaderingen van de Commissie Kwaliteit werd een aantal malen deelgenomen door de eerdergenoemde heer Touw, die de commissie met raad en daad ter zijde stond bij de opbouw van het PAZ-visitatieproject. Na de eerste visitaties stelde de commissie de visitatievragenlijst bij, veranderde de volgorde van het programma en ontwierp een voortgangscontrolelijst, die als procedurele geheugensteun diende voor de voorzitter van de ad hoc-commissie. Tevens werd bepaald dat collegae van gevisiteerde ziekenhuizen betrokken werden bij volgende visitaties als lid van de ac hoc-visitatiecommissie.

Geboorte van de visitatiecommissie

In 1994 werd het PAZ-visitatiereglement door de ledenvergadering geaccordeerd. Daarop besloot het PAZ-bestuur de plenaire visitatiecommissie officieel in te stellen. In 1995 verscheen het eerste

artikel Visitaties worden volwassen in de PAZ-nieuwsbrief, waarin de stand van zaken m.b.t. de visitaties werd weergegeven. In datzelfde jaar werd door het PAZ-bestuur via het NIP met succes een subsidie aangevraagd bij het ministerie van WVS voor de ontwikkeling van de PAZ-visitaties.
In februari 1997 bevatte de PAZ-nieuwsbrief het artikel Bevindingen van de plenaire visitatiecommissie PAZ, waarin een overzicht werd gegeven van regelmatig voorkomende situaties die door de plenaire visitatiecommissie als niet juist werden beschouwd. De visitatiecommissie baseerde zich daarbij op wettelijke richtlijnen en door de beroepsgroep aanvaarde regelgeving en normeringen. In een aantal gevallen kon de commissie haar standpunt niet op dergelijke normen te baseren, zodat over een aantal aangelegenheden een uitspraak van de algemene ledenvergadering werd gevraagd.

De samenstelling van de plenaire visitatiecommissie was in 1996 en in 1997 dezelfde en bestond uit de volgende leden: J.M.G. Jeuken, dr. G.F.E.C. v. Linden van den Heuvell, W.J.Chr. Manniën, G.A.M. Mensing, dr. E.M.M. Oostdam (secretaris, gedelegeerd vanuit de Commissie Kwaliteit), R. Poll, M.J. Thuring, L.J.M. Timmermans (distributie, gedelegeerd vanuit het PAZ-bestuur) en F.M. Wiersma (voorzitter). Het visiteren van collegae in algemene ziekenhuizen werd door alle leden van de plenaire visitatiecommissie als inspannend, maar ook als boeiend en prettig ervaren.
Wellicht is het aardig de stijl van werken van de plenaire visitatiecommissie nader te beschrijven, aan de hand van een uit verschillende ervaringen samengesteld voorbeeld.

Aan de slag: een voorbeeldvisitatie

Op een druilerige voorjaarsmorgen wordt de voorzitter van de plenaire visitatiecommissie gebeld door collega N. Iemand uit het ziekenhuis Ergensanders. Van een collega uit een naburig ziekenhuis heeft hij vernomen dat de visitatie aldaar positief is uitgevallen en dat dit tot langgewenste ontwikkelingen heeft geleid, zoals uitbreiding van de personeelsformatie. Collega Iemand beschrijft met slepende stem een reeks frustrerende situaties betreffende de afdeling medische psychologie waar hij werkzaam is en stelt veel vragen, die allen verwijzen naar die ene grote vraag: 'Zou visitatie in zijn geval zin hebben?'. Zonder inhoudelijk al te diep op de vragen van collega Iemand in te gaan, schetst de voorzitter van de ple-

naire visitatiecommissie in grote lijnen de gang van zaken bij de visitatieprocedure en wijst erop dat het in kwalitatief opzicht altijd van belang is een visitatie te laten plaatsvinden. Directies van ziekenhuizen zijn met het visitatiefenomeen goed op de hoogte, omdat zij hier bij verscheidene medische specialismen reeds mee te maken hebben gehad, en hechten er wel degelijk belang aan. Ook voor hen is het een instrument om meer te weten te komen over de kwaliteit van het professioneel functioneren van een bepaald medisch specialisme. Het kan het een bevestiging vormen van datgene wat ze er al van dachten en de bevindingen kunnen aanleiding vormen om gewenste veranderingen in gang te zetten. Dat leidt bij collega Iemand tot de opmerking dat de visitatiecommissie in bepaalde gevallen wellicht als inquisitieorgaan waargenomen zou kunnen worden. Op de vraag van de voorzitter of dat in zijn geval daadwerkelijk zo is, wordt dat vervolgens in alle toonaarden ontkend. Afgesproken wordt dat het verzoek de collegae in het ziekenhuis Ergensanders in de aanstaande vergadering van de plenaire visitatiecommissie wordt ingebracht. De voorzitter stuurt de secretaris van de plenaire visitatiecommissie een briefje, zodat de aanmelding van de nieuwe visitatie geagendeerd kan worden.

Op de vergadering van de visitatiecommissie wordt de aanvraag besproken en wordt een ad hoc-visitatiecommissie geformeerd. Toevalligerwijze wordt de voorzitter van de plenaire visitatiecommissie de voorzitter van de ad hoc-commissie, waarnaast een secretaris en een lid worden aangewezen. Het lid maakt geen deel uit van de plenaire visitatiecommissie, maar zal door de voorzitter worden gevraagd deel te nemen. Het is een collega elders in het land, die geruime tijd geleden gevisiteerd is. Na de vergadering wordt collega N. Iemand door de voorzitter benaderd om nadere afspraken over de visitatie te maken. Gezien de termijnen moet de visitatiedatum minstens tien weken na dit contact worden vastgesteld. Er worden enkele data genoemd, die ongeveer een halfjaar verder liggen. Afgesproken wordt dat de definitieve visitatiedatum over veertien dagen zal worden vastgesteld. De voorzitter bespreekt de mogelijke data met zijn secretaris en het nieuwe commissielid, die inmiddels enthousiast zijn medewerking heeft toegezegd. Collega Iemand heeft binnen zijn ziekenhuis verschillende geledingen benaderd die binnen het kader van de visitatie een rol moeten vervullen en stelt uiteindelijk, mede namens zijn collegae twee mogelijke data voor. Met de voorzitter wordt de definitieve visitatiedatum vastgelegd. De voorzitter stelt de ad hoc-

commissie en de secretaris van de plenaire visitatiecommissie van de definitieve datum op de hoogte. Nu wordt aan de collegae van het ziekenhuis Ergensanders de PAZ-visitatiediskette toegezonden, waarop het visitatiereglement, de visitatievragenlijst, een standaard visitatieprogramma en de samenstelling van de ad hoc-visitatiecommissie toegezonden. De bedoeling is dat tenminste vier weken voor de visitatiedatum de beantwoording van de visitatievragenlijst, recente jaarverslagen, het definitieve visitatieprogramma en de namen van de deelnemers aan de visitatiedag worden ontvangen.

Voorbereidingen

Collega Iemand houdt zich keurig aan de gemaakte afspraak en de voorbespreking van de visitatie wordt op de agenda van de plenaire visitatiecommissie gezet. Alle stukken zijn, zoals verzocht, keurig in tienvoud aangeleverd, zodat elk lid van de plenaire visitatiecommissie zich aan de hand van dit materiaal goed kan voorbereiden.

Tijdens de voorbespreking springt een aantal dingen direct in het oog. De afdeling medische psychologie heeft geen hiërarchische structuur, er is geen hoofd. Ook van een coördinatorschap is afgezien, omdat de collegae absolute gelijkwaardigheid hoog in het vaandel zeggen te dragen. De afdeling heeft dan ook geen duidelijke woordvoerder. Het budget wordt beheerd door het hoofd verplegingsdienst, die functioneringsgesprekken voert met het ondersteunend personeel, de psychologisch assistenten en de secretaresse, en met hen bestellingen van o.a. testmateriaal en kantoorartikelen regelt. Met de klinisch psychologen is er eigenlijk geen regulier overleg. De collegae, drie in getal, stappen ieder op hun beurt wel eens bij de directie naar binnen, zonder dat dit in enig opzicht wezenlijke gevolgen heeft. Collega Iemand blijkt vooral de somatische afdelingen voor zijn rekening te nemen, een andere collega de kindergeneeskunde en een derde collega is gedetacheerd op de psychiatrische afdeling. De secretaresse en de psychologisch assistente werken goed samen. Zij hebben het psychologisch dossier ontworpen, leggen de dossiers bij nieuwe verwijzingen aan en de secretaresse draagt zorg voor het beheer. In het archief op de afdeling worden de dossiers van de afgelopen 25 jaar bewaard. De PAAZ-psycholoog heeft zijn kamer op de PAAZ en bewaart daar de lopende dossiers waar hij mee bezig is, de collega voor de kindergeneeskunde heeft zijn werkruimte op de afdeling kindergeneeskunde en collega Iemand bezet een kamer tussen die van de psychologisch assistente en de secretaresse in. Patiënten die zich

bij hem willen vervoegen melden zich bij de secretaresse en nemen vervolgens plaats op een rijtje stoelen in de gang. Binnen de commissie worden er al afkeurende opmerkingen over de bevindingen tot dusver geuit.

Er blijkt echter nog veel meer uit de beantwoording van de visitatievragenlijst. Door de gynaecologen en de urologen wordt überhaupt niet naar de afdeling medische psychologie verwezen. De neurologen verwijzen de meeste patiënten, gevolgd door de kinderartsen en de derde plaats wordt ingenomen door de psychiaters. Collega N. lemand blijkt een psychoanalytisch georiënteerde klinisch psycholoog-psychotherapeut, die geen bijzondere affiniteit heeft met neuropsychologisch onderzoek, dat juist in de laatste jaren explosief gegroeid is door specifieke verwijzingen van de neurologen. De psychologisch assistente heeft zich in deze vorm van onderzoek bijzonder bekwaamd en schrijft het psychologisch rapport, waar vervolgens een handtekening van collega lemand onder komt te staan. Deze blijkt zich vooral bezig te houden met de behandeling van patiënten die door de interne geneeskunde en cardiologie worden verwezen. Vanuit de snijdende specialismen zijn de verwijzingen mondjesmaat. De afdeling blijkt een verzoek van de anaesthesisten om een pijnteam te vormen te hebben afgewezen. Uit tijdgebrek kan er ook voor de groep oncologische patiënten niets worden gedaan.

Het aantal verwijzingen blijkt de laatste jaren voor alle collegae te zijn verschoven van klinisch naar poliklinisch. De collega die zich voor de kindergeneeskunde inzet, heeft uitsluitend poliklinische verwijzingen.
Bij de bespreking van het testmateriaal blijkt dat het specifieke materiaal waarmee kinderen kunnen worden onderzocht niet wordt vermeld. Besloten wordt dat de voorzitter dit alsnog zal opvragen.
Collega lemand en de kinderpsycholoog blijken gehonoreerd te worden volgens functiegroep 70 van de FWG. Collega lemand blijkt de NIP-registratie tot klinisch psycholoog te hebben en als psychotherapeut te zijn geregistreerd. De kinderpsycholoog heeft de psychotherapieregistratie niet. De PAAZ-psycholoog, die inmiddels klinisch psycholoog en tevens psychotherapeut is, blijkt nog steeds te zijn ingedeeld in functiegroep 65.

Het budget voor nascholing en opleiding blijkt zeer beperkt, zo'n 700 gulden per persoon per jaar. De bespreking van de visitatievragenlijst

heeft inmiddels bij sommige commissieleden geleid tot een hoofdschudden, bij anderen tot gegrom.

Via de medische bibliotheek kunnen alle mogelijke artikelen en boeken worden achterhaald en geleend, maar er bestaan geen abonnementen op specifieke vakliteratuur.
De leden van de plenaire visitatiecommissie zetten vele kritische kanttekeningen bij de in de visitatievragenlijst gegeven antwoorden. De leden van de ad hoc-visitatiecommissie leveren zelf op uitstekende wijze hun bijdragen bij de kritische bestudering van de vragenlijst. De secretaris noteert alles wat de anderen erover opmerken. Na twee uur vergaderen is men tevreden over de voorbereiding op deze visitatie.

Visitatiedag

Enkele weken na de vergadering van de plenaire visitatiecommissie breekt de visitatiedag aan. Het is inmiddels hoog zomer en op een bloedhete dag ontmoeten de leden van de ad hoc-visitatiecommissie elkaar in de hal van het ziekenhuis Ergensanders om 9.30 uur 's morgens. De visitatie zal om 10.00 uur beginnen, maar dit halfuur wordt gebruikt om de visitatieprocedure nog even voor te bespreken, de rollen wat te verdelen en de mogelijk aan te treffen problemen te resumeren, waarbij duidelijk hoofdzaken van bijzaken worden onderscheiden.

Daarna beweegt de commissie zich in de richting van de afdeling medische psychologie. Gecontroleerd wordt of de bewegwijzering adequaat is. Eén lid van de commissie volgt de borden naar de afdeling, de andere twee leden volgen trouw. Aangekomen bij een trappenhuis wordt het onduidelijk of de afdeling omhoog of omlaag gezocht moet worden. Aangezien de ingang van het ziekenhuis zich eigenlijk op de eerste etage bevindt, wordt gekozen voor omlaag. Na het afdalen van enige trappen bevindt de commissie zich in het souterrain waar het bord 'mortuarium' aangeeft dat de commissie zich op een doodlopende weg heeft begeven. De commissie keert zich om en volgt de weg nu omhoog, waarbij onderweg op een bord 'kinderafdeling' de naam van een van de collegae met functieaanduiding wordt gevonden. Na enig beraad wordt besloten nog een verdieping hoger te gaan. Daar prijkt het bord 'psychologie', overigens zonder de toevoeging 'medische'. Nu blijkt de bewegwijzering deugdelijk en staan de commissieleden snel voor de

deur van de secretaresse, die ons te kennen geeft dat wij verwacht worden in de vergaderkamer van de directie. Na enige uitleg over de te volgen route, meldt de commissie zich, later dan de bedoeling was, bij de vergaderkamer, waar de drie collegae in gespannen afwachting blijken van haar komst.

De ad hoc-commissie aan de slag

Na een inleidend kopje koffie begint de eigenlijke visitatie met het bespreken van de beantwoording van de visitatievragenlijst. Doorgaans neemt dit ongeveer twee uur in beslag. De visitatiecommissie houdt het tempo er aardig in en legt de collegae op bepaalde onderdelen het vuur na aan de schenen, bijvoorbeeld waar het gaat om de functionele organisatie van de afdeling, de bevoegdheden en de verantwoordelijkheden van de verschillende collegae in dat opzicht. Men is het er snel over eens dat men veel slagvaardiger zou kunnen opereren indien er een duidelijk aanspreekpunt was voor de afdeling, men een eigen budget kon beheren en over allerhande zaken direct kon onderhandelen met de directie. Een hoofdschap, hoe nuttig wellicht in organisatorische zin, blijkt elkaar niet te worden gegund. Ook de verregaande bevoegdheden van de psychologisch assistente worden bij de collegae getoetst binnen het kader van de nieuwe beroepscode. Plotseling komt naar voren dat de psychologisch assistente veelal het onderzoeksrapport met de patiënt doorneemt. De commissie kon er niet omheen ter plaatse te wijzen op de eigen professionele verantwoordelijkheid. De collegae verdedigen zich met te wijzen op de enorme werkdruk, hoewel dit voor de PAAZ-psycholoog bij nader inzien reuze bleek mee te vallen. Deze benadrukt de onrechtvaardigheid van zijn te lage inschaling en probeert daarover een uitvoerig historisch verslag te geven. De voorzitter laat de collega even zijn nood klagen, maar komt daarna direct tot de zakelijke constatering dat de commissie deze opmerkingen bij haar overwegingen omtrent de visitatie zou betrekken. Er worden vele andere zaken besproken, van de 'productiecijfers' tot de bewaartermijn van de dossiers.

Na het doorwerken van de vragenlijst worden om 12.00 uur de werkruimtes van het ondersteunend personeel en de andere collegae bezocht. Tijdens de rondleiding in de werkruimtes van de psychologisch assistente en de secretaresse blijkt dat alleen zij beiden over een personal computer beschikten, die niet aangesloten is op het ziekenhuisautomatiseringssysteem. De wachtwoorden om in deze computers te komen, waarin ook

het databestand van de patiënten opgeslagen bleek, zijn bij twee van de collegae niet bekend. De afdeling beschikt over een afdelingsfolder, die echter zo summier is dat er niets in was opgenomen over het inzagerecht van de patiënten in hun dossier. Vervolgens worden er enkele dossiers aan een onderzoek onderworpen door twee leden van de visitatiecommissie, waarbij gekeken wordt naar het aanwezig zijn van de verwijzingsbrief, de uitgewerkte resultaten van het psychodiagnostisch onderzoeksmateriaal, een beschreven decursusformulier en de eindrapportage. De PAAZ-psycholoog bleek in een status niet naar de huisarts gerapporteerd te hebben. Bij navraag bleek dat hij dit op grond van privacy-overwegingen vaak achterwege laat. De archivering van de dossiers blijkt overigens uitstekend verzorgd. De secretaresse houdt voortdurend bij welke dossiers bijvoorbeeld bij de PAAZ-psycholoog in beheer zijn. Het testmateriaal is ordelijk en overzichtelijk in enkele kasten opgeborgen, die zich op het secretariaat van de afdeling bevinden.

Om 12.30 uur volgt een lunch met de collegae, waarbij de discussie die ontstond nogal gecentreerd is rond allerlei beroepsethische aspecten. Daarnaast komt het tot een vrije gedachtenuitwisseling over de toekomst van de medische psychologie in het algemeen ziekenhuis. De maaltijd betreft in dit geval een meergangendiner, zodat er stevig doorgegeten moet worden. Tijdens het gesprek blijkt dat een secretaresse van de pastorale dienst soms ook gebruik maakt van de computer van de secretaresse in de avonduren. Zij blijkt dus bekend met het wachtwoord en kan in theorie alle bestanden bereiken.

Om 13.30 uur neemt de commissie weer plaats in de vergaderkamer, waar inmiddels verse koffie, thee en frisdranken zijn bezorgd. Het ziekenhuis heeft geen airconditioning en de temperatuur is in de vergaderruimte inmiddels aanzienlijk opgelopen. De commissie ontvangt nu de pas aangestelde medisch directeur van het ziekenhuis, een vriendelijke man, die zegt de medische psychologie een warm hart toe te dragen. Klachten over de collegae zijn hem niet bekend. Hij roemt de kwaliteit van de afdeling, maar stelt tegelijkertijd dat hij niet zoveel zicht heeft op de feitelijke werkzaamheden. De omvang van de formatie is volgens hem wat te groot. De NRV-normering kent hij echter niet, andere (archaïsche) normen kan hij ook niet noemen. Hij meent te weten dat poliklinisch werken eigenlijk niet is toegestaan, maar kan de commissie niet goed uitleggen op welke officiële bron van recente datum hij deze

opvatting stoelt. De voorzitter van de commissie helpt hem uit de droom en toont aan dat poliklinisch werken al jaren geen formele belemmering meer kent. De voorzitter van de commissie heeft het ondertussen buitengewoon warm gekregen en ontdoet zich van zijn jasje.

Om 13.50 uur volgt er een onderhoud met het bestuur van de medische staf. De stafvoorzitter is tevreden over de professionaliteit van de psychologen. Collega Iemand gaat regelmatig naar de vergaderingen van de medische staf, de andere collegae nooit. De psychologen nemen zelden deel aan commissiewerk binnen stafverband. Men blijkt ontevreden over de profilering van de psychologen binnen de medische staf en wijst op bekende situaties bij andere staven, waar de psychologen veel beter geïntegreerd zouden zijn.
Om 14.10 uur wordt gesproken met een delegatie van de eerste belangrijke verwijzer naar de medische psychologie, de maatschap neurologie. Men is content met het niveau van neuropsychologisch onderzoek en de daaropvolgende rapportage. Men zou graag nieuwe projecten met de medische psychologie starten, zoals een geheugenpoli, een uitgebreid onderzoek naar whiplash-symptomen en protocollaire behandeling van slaapstoornissen. Betreurd werd dat daarop niet werd ingegaan met onderbezetting als argument. De commissie werd om adviezen gevraagd om deze frustraties op te lossen.

Om 14.30 wordt de tweede belangrijke verwijzersgroep ontvangen, een delegatie van de kinderartsen. Van hen komt niets dan lof over de kinderpsycholoog. Het enige punt van kritiek betreft de lange poliklinische wachtlijst van bijna drie maanden. De vraag hoe uitbreiding van de formatie gerealiseerd kan worden, blijft het gesprek vervolgens bepalen. De kinderartsen hopen op stevige aanbevelingen in het uit te brengen visitatierapport.

Om 14.50 beraadt de commissie zich op de gegevens die tot op dat moment naar voren zijn gekomen en wat daarvan de moeite waard is om direct met de gevisiteerde collegae te bespreken. Na een enkel meningsverschil uit de weg geruimd te hebben, maakt de commissie zich op voor het laatste gesprek.
Met de gevisiteerde collegae worden om 15.10 uur de eerste indrukken uitgewisseld. Er ontstaat een geanimeerde discussie, waarin bepaalde zaken over en weer nog eens goed worden verduidelijkt. Er wordt een

glaasje gedronken, de voorzitter legt het vervolg van de visitatieprocedure uit, waarna een hartelijk afscheid volgt. Om 15.30 uur staat de commissie buiten om in stralend weer de thuisreis te aanvaarden.

Afronding

De secretaris van de ad hoc-visitatiecommissie schrijft het visitatierapport dat daarna becommentarieerd wordt door de voorzitter en het commissielid. De gewijzigde versie wordt naar de plenaire visitatiecommissie gestuurd, waarvan de leden nieuwsgierig uitzien naar de wederwaardigheden van de ad hoc-commissie. De bespreking van het voorlopige rapport op de vergadering van de plenaire visitatiecommissie wordt zwaar en duurt lang. Het visitatierapport krijgt een nog kritischer inhoud dan het al had en telt uiteindelijk 13 aanbevelingen. U mag raden welke.

Collega N. lemand belt de voorzitter enigszins ontdaan op na de ontvangst van het concept-visitatierapport en wil over allerlei aspecten direct de discussie aangaan. Hem wordt verzocht de bezwaren schriftelijk in te dienen. In een volgende vergadering van de plenaire visitatiecommissie wordt het bezwaarschrift besproken en worden de argumenten getoetst aan de hand van bestaande normen en standaarden. Vervolgens wordt het definitieve visitatierapport samengesteld. Dit wordt, ondertekend door de voorzitter van de plenaire visitatiecommissie en de secretaris van de ad hoc-visitatiecommissie, naar de collegae van het ziekenhuis Ergensanders verstuurd, met de mededeling dat een papieren hervisitatie over twee jaar zal volgen en met de suggestie het rapport in elk geval aan de directie en de medische staf ter beschikking te stellen. Daarmee is, negen weken na het bezoek van de commissie, de visitatie officieel afgerond.

Voor de medische psychologie in het ziekenhuis Ergensanders zal het werk van de visitatiecommissie ongetwijfeld tot veel verbeteringen leiden, zoals dat bij de tot nu toe gehouden visitaties eigenlijk steeds het geval is. Een wonder?

TMGN

L.J.M. de Wit

Het tijdschrift Medische Psychologie

In 1979 verscheen het eerste nummer van het tijdschrift Medische Psychologie. Hoofdredacteur drs. L.J.M. de Wit schrijft over zijn ervaringen als pionier van die jaren. Na een inleiding over de positie van de ziekenhuispsycholoog aan het begin van de jaren zeventig komen aanleiding voor het ontstaan, de doelstelling en de inhoud van Medische Psychologie aan de orde. Een geschiedenis van 11 afleveringen en 50 artikelen over een periode van 15 jaar. Chronisch kopijgebrek was de belangrijkste reden voor stopzetting van het tijdschrift in 1994.

Toen ik in oktober 1968 als klinisch psycholoog ging werken in een regionaal algemeen ziekenhuis werd ik er mee geconfronteerd dat er voor mijn vakgebied geen handboek of vaktijdschrift bestond. Een abonnement op enkele Amerikaanse wetenschappelijke tijdschriften, die mogelijk iets van dat gebied zouden kunnen bestrijken, bracht geen uitkomst. Naar schatting behoorde misschien twee procent van de onderwerpen van de artikelen tot het gewenste gebied, maar zelfs dan bleek de inhoud zodanig anders georiënteerd dat deze artikelen toch geen steun gaven voor het professioneel handelen. Na de oprichting van de Werkgroep Psychologen Werkzaam in Algemene Ziekenhuizen kwam ik hierover in gesprek met collega's/medeleden van de Werkgroep. In overleg met Joke Bazelmans en Ben Kuypers werden de plannen verder uitgewerkt en als resultaat daarvan verscheen in 1979 de eerste aflevering van Medische Psychologie.

Ziekenhuispsychologie begin zeventiger jaren

Vrijwel alle ziekenhuispsychologen in deze tijd waren de eerstbenoemde psycholoog in hun ziekenhuis; ze hadden geen voorganger gehad. Ze werkten bijna allemaal op een eenmanspost. Het merendeel van hen was lid van de medische staf. De psycholoog genoot binnen de medische staf een relatief lage status. Voor de bepaling van de hoogte van de status zijn verschillende criteria te noemen en op al die criteria scoort de psycholoog laag: niet arts of wel arts, dienstverlenend of niet dienstverlenend, in dienstverband werkzaam of zelfstandig declarerend, laag inkomen of hoog inkomen, jong specialisme of een al langer bestaand specialisme en dan ook nog: jong of oud. Daartegenover is te noemen

dat er onder artsen wel een zekere bewondering is voor geesteswetenschappen.

Deze bescheiden positie had voor de psycholoog zowel een voordeel als een nadeel. Voordeel was dat er nog niet zoveel van hem verwacht werd, nadeel was dat de visie van de psycholoog niet als zwaarwegend werd beschouwd. Enkele ziekenhuispsychologen hadden een ruime ervaring maar het merendeel was pas sinds korte tijd praktisch werkzaam. De ervaring die ze hadden opgedaan in stages of in een vroegere baan betrof met name psychiatrische patiënten en kinderen en dus niet de somatische patiënten. Aanvankelijk kwamen de consultvragen hoofdzakelijk van de psychiater en de kinderarts. Later kwamen er gaandeweg meer consultvragen van de overige specialismen. Het terrein van de somatische ziekten was nog maagdelijk voor de psycholoog. Hij had van de somatische aspecten van die ziektes doorgaans niet meer kennis dan de doorsnee man of vrouw in de straat, om van de psychische aspecten nog maar te zwijgen.

Zelf heb ik destijds een uitvoerige medische encyclopaedie gekocht. Daarmee kon ik meer duidelijkheid krijgen waarover de vraag van de specialist eigenlijk ging. Ik vond dat ik wel nadere verduidelijking kon vragen wanneer ik het dan nog niet voldoende begreep. Bij de somatische patiënten deed de psycholoog zijn onderzoek niet zoveel anders dan hij gewend was bij de psychiatrische patiënten. Hij begon met een uitvoerige bespreking van de klachten, vervolgens werd de vigerende levenssituatie geëxploreerd, dan kwam de levensgeschiedenis van patiënt aan de orde en vervolgens vond er vaak een testonderzoek plaats. Bovendien zijn nog te noemen: de hetero-anamnese en de mogelijk beschikbare schriftelijke gegevens (b.v. kopie-ontslagbrieven van een eerdere opname). Uit al deze verschillende bronnen vormt de psycholoog zich een beeld.

Commentaar op deze wijze van onderzoek

Een dergelijk onderzoek heeft op zichzelf genomen al een effect op de patiënt: er wordt ruime aandacht gegeven aan zijn klachten en aan hemzelf als persoon. Door de onderwerpen die tijdens het onderzoek ter sprake zijn gekomen kan de patiënt tot meer reflectie over zichzelf komen, en dat kan er in resulteren dat hij bepaalde verbanden gaat zien

die hij eerder niet zag, waar hij zich niet van bewust was. Tenslotte ook stelt het onderzoek de psycholoog in staat om een aantal (mogelijke) psychische aspecten te onderkennen. Voor deze psychische aspecten is dan eventueel behandeling mogelijk.

Dat is dan toch prima zo, zou je kunnen zeggen. Toch is dat niet helemaal waar. Er zijn aan die werkwijze namelijk ook nadelen verbonden. Op de eerste plaats denk ik daarbij aan de benodigde werktijd: voor het onderzoek van een patiënt waarbij alle bovengenoemde onderzoeksmodaliteiten aan de orde komen kan wel anderhalve werkdag nodig zijn. Dat maakt de psycholoog duur. Het is onze plicht om kostenbewust te zijn bij de uitoefening van onze professie. Daarmee bedoel ik beslist niet dat we maar voor een lager salaris moeten gaan werken en al net zo min dat we genoegen zouden moeten nemen met een werkwijze van een kwalitatief lager niveau. Ik kom daarmee op het tweede bezwaar tegen bovengenoemde werkwijze, nl. dat de patiënt onderworpen wordt aan een uitgebreid onderzoek dat voor hem behoorlijk belastend kan zijn. Het is mogelijk dat voor de patiënt pijnlijke onderwerpen aan de orde gesteld worden terwijl dat misschien helemaal niet nodig is. Ik denk daarbij aan de mogelijkheid dat bij de exploratie van de klacht een goed in aanmerking komende aanleiding of oorzaak naar voren komt Het kan dan heel zinnig zijn om voorlopig van verder onderzoek af te zien en eerst na te gaan samen met patiënt of deze met die gevonden aanleiding of oorzaak iets wil gaan doen, voordat tot verder onderzoek wordt over gegaan. Misschien is verder onderzoek dan niet meer nodig. Een voorbeeld: Bij de bespreking van de klacht komt aan het licht dat de klacht met name optreedt wanneer de vriendin van patiënt op bezoek is. Met enige exploratie van de achtergronden hiervan weet patiënt hoe hij hiermee verder moet.

Hoe dan?

Wanneer je als psycholoog zou kunnen beschikken over beschrijvingen van de mogelijke psychische achtergronden van diverse ziektebeelden dan zou je sneller kunnen werken. Je kunt de mogelijke psychische achtergronden met de patiënt doornemen en samen met patiënt beslissen welke daarvan van betekenis kunnen zijn voor hem. Eveneens zou het handig zijn wanneer je van een ziektebeeld de meest voorkomende psychische gevolgen kent waarbij dan niet alleen is te denken aan de toe-

stand waarin de patiënt zich bevindt, maar ook aan de bij dat ziektebeeld gebruikelijke onderzoeken en behandelingen. Van het een zowel als van het ander geef ik een voorbeeld (zie kaders)(1).

Voorbeeld 1 Mogelijke psychische achtergronden van vaginisme

- patiënte is onzeker/gespannen;
- de partner is onzeker/gespannen;
- (eventueel: beiden);
- sexuele gevoelens worden onvoldoende toegelaten;
- onvermogen zich persoonlijk te geven;
- onvoldoende ervaring met sex / te weinig vertrouwd zijn met het eigen lichaam;
- onveiligheid van de ruimte waarin of de tijd waarop het sexueel contact plaatsvindt (is de geluidsisolatie voldoende, zou er onverwacht ie mand binnen kunnen komen?);
- onvoldoende of te ruw voorspel;
- de relatie met juist deze partner (d.w.z. mogelijk geen vaginisme met andere partner);
- toenemende opwinding leidend tot toenemende spierspanning (vraag is dan natuurlijk weer: waarom?);
- te zeer gestrest zijn ten gevolge van baan, verenigingsactiviteiten, cur sussen, verplichtingen tegenover de wederzijdse familie, e.d.;
- (voorbijgaand) symptoom van de ontwikkeling van een persoonlijke identiteit;
- angst voor zwangerschap;
- (nog verdrongen) lesbische geneigdheid;
- traumatische ervaringen in het verleden: aanranding, incest, in de steek gelaten zijn na het eerste sexuele contact;
- last but not least: pijn bij het vrijen.

N.B. De genoemde aanleidingen/oorzaken kunnen elkaar overlappen

Voorbeeld 2 Mogelijke psychische aspecten van een stoma

- Emotioneel verwerkingsproces van een blijvend verlies:

  - ontkenning;
  - agressie;
  - depressie;
  - marchanderen;
  - berusting;
  - acceptatie (zich weer positief gaan richten op mogelijkheden die er nog wel zijn).

- Persoonlijke omstandigheden en/of ontwikkelingen die er ongeacht het stoma ook al geweest zouden zijn.
- De omgeving van de patiënt (wie maken er deel van uit, hoe reageren ze, hoe vangen ze de patiënt op).
- Blijvende beperkingen tengevolge van het stoma.

- Specifieke onderwerpen uit het geheel van ziektetoestand, onderzoeken, behandelingen, leven met een stoma, etc., die een bijzondere betekenis hebben voor het psychisch functioneren:

  - zenuwen geraakt bij de operatie? (impotentie?);
  - plaats van het stoma (n.b. bikini);
  - informatie voor de ingreep, begeleiding vooraf;
  - geluiden door het stoma;
  - lekken van het stoma;
  - acceptatie door de patiënt zelf;
  - reactie van de partner;
  - bij eventuele nieuwe partner: wanneer deze te informeren?;
  - geen zin meer in sex;
  - impotentie;
  - verlies van controle over de ontlasting;
  - pijn van het operatielitteken;
  - onaangename geuren;
  - gevolgen voor werk/school;
  - angst dat andere mensen iets merken;
  - schuldgevoelens over de stoma;
  - afhankelijkheid;
  - wc's hebben niet allemaal een wasbakje in de wc-ruimte;
  - over het stoma wordt weinig gesproken;
  - andere posities en andere praktijken bij het vrijen;
  - problemen met de apparatuur;
  - kleding.

Medische Psychologie: opzet en inhoud

De opzet van Medische Psychologie was om artikelen te publiceren die handelen over de psychische aspecten van somatische ziekten op de manier van de twee voorbeelden die in de kaders zijn weergegeven. Uiteraard dan wel meer uitgewerkt. De gedachte daarbij was dat niet elke collega weer opnieuw het wiel zou hoeven uitvinden maar dat men van elkaars ervaringen zou kunnen leren. Andere criteria die werden gehanteerd waren wetenschappelijke onderbouwing en leesbaarheid.

Gepubliceerde artikelen

Aflevering I (1979)

B.M. Tordoir. De ziekte van Crohn en de psychosomatiek. Blz. 2-17.
A.Ph. Visser. Informatieverstrekking aan chirurgische patiënten. Blz. 18-29.
J. Bazelmans. Enkele psychologische aspecten van de intensieve verpleging. Blz. 30-43.
B.R.M. Kuypers. Behandeling van sexuele moeilijkheden. Blz. 44-54.

Aflevering II (1980)

J .Bergsma. Pijn, een drieëenheid? Blz. 3-11.
A.J.M. Schmidt. Pijntheorie en pijnmeting. Blz. 12-20.
J. Vinck. Psychotherapeutische mogelijkheden bij pijnbestrijding. Blz. 21-31.
M. Keirse. De psychosociale benadering van de patiënt met pijn. Blz. 32-41.

Aflevering III (1981)

E.M.M. Oostdam. Psychodiagnostisch onderzoek bij patiënten met lage rugpijn. Blz. 3-12.
J.H. van Birgelen. Conflict en hyperventilatie. Blz. 13-29.
L.J.M. de Wit. Welke opvang is er in een ziekenhuis voor de ouders, wanneer hun kind is opgenomen? Blz. 30-32.

Aflevering IV (1984)

H.B. Postma. Somatische aspecten van hart- en vaatlijden. Blz. 3-8.
H.B. Postma. De poliklinische hartrevalidatie in Leeuwarden. Blz. 11-16.
J. Genders - Bazelmans. Hartrevalidatie te Leiderdorp. Blz. 17-22.
L.J.M. de Wit. Organisatorische aspecten van nazorggroepen voor hartpatiënten en hun partner in Roermond. Blz. 23-28.
Ph. Elst en L.J.M. de Wit. De psychische stress voor de partner van de hartinfarctpatiënt. Blz. 29-34.

A.G.J. van Burink - Withaar. Problematiek van stomapatiënten. Blz. 35-48.
F.J. Grauenkamp en M.B.F. de Natris. Psycho-sociale aspecten van multiple sclerose. Blz. 49-69.

Aflevering V (1985)

M.C.J. Cuisinier. Het voorlichten van patiënten in het ziekenhuis. Blz. 3-18.
E.M.M. Oostdam. Voorspelbaarheid van operatieresultaat bij patiënten met lage rugpijn. Blz. 19-27.
J.L.J. Deterd Oude Weme. Medisch-psychologische aspecten van uterusextirpatie. Blz. 28-46.
L.J.M. Bömer. Anderen en Antigenen I (Over angst, agressie, immunologie, hunkeren en heimwee). Blz. 47-60.
C.G. Boeke - Kramer en A.W. Faber. Het effect van medisch-psychologische interventie in een algemeen ziekenhuis. Blz. 61-67.
R. Beunderman, D.J. Duyvis en M.C. Rientsma. Enuresis Nocturna. Een enquête onder huisartsen. Blz. 68-71.

Aflevering VI (1986)

B.F. Last. De psycholoog in het kinderoncologisch centrum. Blz. 4-15.
A.C.J. Staps. Psychologie en kankerpatiënt (excerpt). Blz. 16-18
W. Yang. Psychomotorische therapie bij kankerpatiënten. Blz. 19-25.
K.L. Dorrepaal, F.S.A.M. van Dam, N.K. Aaronson. Pain experience and pain management: a descriptive clinical study. Blz. 26-31.
F.S.A.M. van Dam. Psychological research and cancer treatment. Blz. 32-42
J. Bergsma. Percepties van kanker (excerpt). Blz. 43-45.

Aflevering VII (1987)

J.M.A. Munnichs. De ziekenhuis - psycholoog en de oudere patiënt. Blz. 3-12.
L.J.M. Bömer. Anderen en Antigenen II (zie ook afl. V). Blz 13-26.
R. Poll. Anderen en Antigenen, een reactie. Blz. 27-35.
L.J.M. Bömer. Is Poll een robot? Blz. 36-42.

Aflevering VIII (1989)

G.J. Hemmer. Vet als last en verhulling. Blz. 3-15.
J.J.M. Michels. Slaapstoornissen bij bejaarden. Blz. 16-21.
A. Houtsma en A. Ph. Visser. Over patiëntenvoorlichting en de ervaringen van een ziekenhuispsycholoog als coordinator patiëntenvoorlichting. Blz. 22-35.
M.C. Boekhoudt. Een psychologische ingreep op de hyperplasie van de musculus masseter. Blz. 36-45.

Aflevering IX (1990)

S. Boeke. Een operatie? Een fluitje van een cent! Blz. 3-8.
J. Lindeboom. Onderzoek naar cognitieve functiestoornissen bij bejaarden. Blz. 9-12.
B. van der Zee. Psychologische hulpverlening en ouderen. Blz. 13-22.
F.M. Wiersma. Klinische psychologie in het algemeen ziekenhuis, geprofileerd vanuit het historisch perspectief. Blz. 23-31.

Aflevering X (1994)

Th. Deenen en W.M.L. Lammers. Integrale CARA - behandeling: een psychologische benadering. Blz. 3-27.
G. Sinnema. Voedings- en dieetproblemen bij chronisch zieke kinderen en adolescenten. Blz. 28-36.
H. Koopman. De klinische behandeling van adolescenten met een fors overgewicht. Blz. 36-48.

Aflevering XI (1994)

M. van Dusseldorp. Richtlijnen Goede Voeding. Blz. 3-9.
B. van Kessel - Feddema. Eetproblemen bij baby's en peuters. Blz. 10-18.
A. Brugman - Boezeman. Het dikke schoolkind. Blz. 19-29.
E. Mathus - Vliegen. Obesitas. Ontstaanswijze en therapie. Blz. 30-43.
A. Jansen. The learned nature of binge eating. Blz. 44-53.

Artikelen

Het moge dan zijn dat het gebrek aan kopij teleurstellend was, toch ben ik trots op die 11 afleveringen met in totaal 50 artikelen. In welke mate ze aan het doel beantwoord hebben is moeilijk uit te maken. Wel kan ik aangeven welke ik zelf het meest geslaagd vond. Ik noem daarvan dan de themanummers over de pijn (afl. II, 1980) , over de hartrevalidatie (afl. IV, 1984) en over de psychische aspecten van kanker (afl. VI, 1986). Ik vond het (dubbel)artikel van collega Bömer heel bijzonder hoewel het op alle drie van de bovengenoemde criteria zeer aanvechtbaar was en wel omdat het ons al vroeg indringend geïnformeerd heeft over de psychoneuro-immunologie (afl. V, 1985 en afl. VII, 1987). Ten slotte heeft mij persoonlijk het artikel van Michels over slaapstoornissen bij bejaarden zeer aangesproken (afl. VII, 1987).

Redactie van Medische Psychologie

Aan de redactie van het tijdschrift hebben deelgenomen:

Dr J.J.L. Derksen (afl. 7, 8, 9, 10, 11)
Dr J. Genders - Bazelmans (afl. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)
Drs B.R.M. Kuypers (afl. 1, 2, 3)
Drs P.J.M. Mangnus (afl. 9, 10, 11)
Drs W.J.C. Manniën (afl. 3, 4)
Dr. E.M.M. Oostdam (afl. 6, 7, 8)
Dr A.P.E. Sijbers (afl. 4, 5, 6, 7, 8, 9,10, 11)
Dr Mr B.M. Tordoir (afl. 1)
Drs L.J.M. de Wit (afl. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

De initiatiefnemers waren Joke Bazelmans, Ben Kuypers en ik. In de redactie voor de eerste aflevering heeft ook Dr. Mr. B.M. Tordoir geparticipeerd, een algemeen chirurg in ruste die als liefhebberij psychologie studeerde. Dr. Tordoir heeft in de begintijd van de werkgroep een niet onbelangrijke rol gespeeld door zijn kennis van de verhoudingen binnen een medische staf. Hij fungeerde min of meer als peetvader. Wim Manniën, Fons Sijbers, Bert Oostdam en Paul Mangnus zijn lid van de redactie geweest vanuit of namens het PAZ-bestuur. Fons Sijbers is nadien nog een aantal jaren 'gewoon' lid van de redactie geweest. Jan Derksen is in de redactie gekomen als vertegenwoordiger van de eerstelijnspsychologen.

Van 1975 tot 1994

Ondanks het feit dat de initiatiefnemers een aantal jaren hebben kunnen denken voordat de eerste aflevering feitelijk uitkwam, is achteraf vast te stellen dat ze toch niet precies wisten waar ze naar toe wilden. Zo wordt in het voorwoord van de eerste aflevering nog gesproken van een 'klapper van literatuur betreffende de toepassing van de psychologie op medisch gebied'. In die formulering wordt impliciet aangegeven dat het ook elders al verschenen artikelen kan betreffen. In latere afleveringen is sprake van 'een uitgave in afleveringen ten behoeve van psychologen werkzaam in de (somatische) gezondheidszorg'. Bovengenoemde implicatie is daarin niet meer meegenomen. Ook in de positie die de redactie voor zichzelf bepaalt is een ontwikkeling naar grotere autonomie te zien, namelijk van 'redactiecommissie' (afl. I) naar 'redactie' (afl. II en verder).

Die wijziging van redactiecommissie naar redactie was overigens formeel gezien wel juist omdat er geen benoeming als zodanig had plaats gehad. Ook had de redactie zelf behoefte aan een meer onafhankelijke opstelling.

Na het verschijnen van de tweede aflevering, een themanummer over de pijn, is daarvan ook een bericht geplaatst in De Psycholoog en in het Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid. Als een gevolg daarvan breidde de adreslijst van Medische Psychologie zich uit. Ook bibliotheken toonden belangstelling. Toen we ongeveer 120 adressen op de verzendlijst hadden staan hebben we een contact gehad met een uitgever, om te bespreken of een gedrukt tijdschrift tot de mogelijkheden behoorde. Het bleek dat men voor de beslissing om een uitgeverijmedewerker aan het werk te zetten voor een nieuw te starten tijdschrift uitging van een minimum van 300 adressen. Daar hadden we toen nog niet de helft van.

De ziekenhuispsychologen bereikten we praktisch allemaal, mede via de collega in hetzelfde ziekenhuis. Daar leek weinig uitbreiding mogelijk. Om tot een groter aantal te komen moesten we andere wegen instaan. Er konden enige Vlaamse ziekenhuispsychologen op de adreslijst gezet worden. Voorts werd er contact gezocht met de eerstelijnspsychologen als gevolg waarvan Jan Derksen in de redactie werd opgenomen. Al met al kwamen we toch niet verder dan een lijst van 180 adressen. Die ondergrens van 300 leek zo niet gehaald te kunnen worden. Op zich was dat overigens niet het grootste probleem. Door een uitvoering in offset tegen een alleen de kostprijs dekkend tarief, door veel zelf te doen en door de eigen afdelingssecretaresse in te zetten waren we in staat om ook een kleine oplage voor een lage prijs per exemplaar beschikbaar te stellen.

Het grootste probleem was het chronisch gebrek aan kopij. We hebben er alles aan gedaan. We hebben collega's gestimuleerd om te schrijven zowel via de voorwoorden van Medische Psychologie als via de huishoudelijke vergaderingen, we hebben collega's die een voordracht hielden op de jaarlijkse wetenschappelijke dag, gevraagd om hun tekst of om een bewerking van hun tekst, we hebben collega's optimaal gesteund om hun tekst te verbeteren, we zijn niet al te kritisch geweest om een artikel toch maar te kunnen accepteren, zelfs hebben we, hoewel redactielid, maar zelf artikelen geschreven. Uiteindelijk hebben we het opgegeven.

Nabeschouwing

Weliswaar is er nu meer relevante literatuur beschikbaar dan in het begin van de zeventiger jaren. Voor de bevordering en instandhouding van de vakkennis van de ziekenhuispsycholoog blijft toch een tijdschrift dat specifiek gericht is op de medische psychologie van groot belang. Ook moet er aan gedacht worden dat een vaktijdschrift een zekere status geeft aan een professie. Er is een factor die nu wezenlijk anders is dan vroeger, namelijk de relatie met de academische medisch psychologen. Aangezien het systematisch verzamelen van gegevens, het ordenen daarvan en het verslag daarover uitbrengen beschouwd kunnen worden als essentiële aspecten van hun werk mag van de verbeterde relatie misschien verwacht worden dat er meer kopij ter beschikking zou kunnen komen. Omdat chronisch gebrek aan kopij de doorslaggevende reden is geweest om de uitgave van Medische Psychologie te beëindigen zou een nieuwe start nu meer succesvol kunnen zijn.

Noten

(1) De items betreffende vaginisme heb ik grotendeels verzameld uit de psychologische diagnostiek van een aantal vaginismepatiënten; de items betreffende het stoma komen ten dele voort uit mededelingen van stoma-patiënten, daarnaast uit informatiefolders voor patiënten en uiteraard uit het artikel van collega A.G.J. van Burink-Withaar in afl IV van Medische Psychologie.

TMGN

Hoe je het moet doen

Beschouwingen van een academische buitenstaander over de werkwijze en betekenis van de sectie PAZ voor haar leden.

Toen dr. Tromp zich in 1986 als academisch ziekenhuispsycholoog argeloos wilde aanmelden bij de PAZ gingen er vele wenkbrauwen omhoog. Zijn lidmaatschapsaanvraag werd afgewezen. Academici waren niet zo gewenst in de club. Dr. Tromp doet er een boekje over open. Gelukkig waren latere ervaringen aanzienlijk positiever. Over groepsbelangen, zelfbevestiging en het zelfvertrouwen van ziekenhuispsychologen.

Op 7 november 1986 vond in de Martinihal in Groningen het NIP-congres plaats. Het congres was groot opgezet (het NIP is ook een zeer grote organisatie) en de deelnemers konden zich op grond van de beschrijvingen in het congresboekje opgeven voor het bijwonen van presentaties en workshops die door de verschillende secties van het NIP werden verzorgd. Voor mij als klinisch psycholoog, destijds werkzaam in een universiteitskliniek voor neurochirurgie in een academisch ziekenhuis in het noorden des lands, leken de bijdragen van de sectie PAZ veruit het interessantste. Waar ze precies over gingen weet ik nu niet meer, maar ik vond ze zeer relevant en herkenbaar voor mijn werk in een toch voor het grootste deel somatische kliniek. Ik meen zelfs dat ik me ook in de discussies die bij de workshops hoorden, heb gemengd. Hier waren collega's aan het woord, vond ik, die vanuit hun eigen praktijk spraken. Die praktijk leek veel op die van mijzelf.

Helaas geen lidmaatschap

Ik vroeg daarom aan een van de inleiders of het ook mogelijk was me bij hun aan te sluiten. Ik was min of meer slapend lid van de vereniging voor neuropsychologie en beschouwde mijn lidmaatschap van het NIP als een louter financiële kwestie. Voor mijn gevoel had ik weinig echte vakbroeders. Natuurlijk, zeiden ze, in welk ziekenhuis werk je? Toen ik aangaf, verbonden te zijn aan een universiteitskliniek, dus in een academisch ziekenhuis, bleek het lidmaatschap echter niet mogelijk. Waarom niet? Omdat dat bij de leden van de PAZ niet zo gunstig lag. Wat bedoel je dan? Nou ja, de meeste leden hadden er bezwaren tegen dat

'academici', die gladde praters, hun club een heel ander accent zouden willen of gaan geven. Het bestuur zelf zou er wel voorstander van zijn, 'academici' op te nemen, maar het zou waarschijnlijk nog wel enige tijd duren voordat iemand als ik lid zou kunnen worden. Verontwaardigd besprak ik op mijn afdeling neuropsychologie mijn ervaringen.

Ik beschouwde mezelf primair als een ziekenhuispsycholoog, die zo allround mogelijk moest zijn en zich moest kunnen bemoeien met een zo breed mogelijk scala van patiëntenproblemen. Een groot deel van de populatie waar ik mee te maken had, leed aan chronische pijnklachten en andere psychosomatische aandoeningen. Wat de PAZ psychologen deden, deed ik ook, vond ik; het was volgens mij niet veel meer dan koudwatervrees wat de PAZ leden zo schichtig maakte.

Dat ik als 'academicus' op een of andere manier voor iemand gevaarlijk kon zijn, kwam al helemaal niet bij mij op. Ik herinnerde me echter wel een gesprek met een van mijn stagiaires van vroeger, Paul van Katwijk, die (op de rustige en weloverwogen wijze zoals een stagiaire dat gemeenlijk tegen zijn supervisor doet) een boekje open had gedaan over zijn ervaringen met deze beroepsgroep.

Hij had samen met zijn medestudente Katrine de Vries een onderzoek gedaan naar de rol van de psycholoog in algemene ziekenhuizen. Wat er uit dat onderzoek was gekomen weet ik niet meer, maar wel staat me nog helder voor de geest hoe dat onderzoek gegaan was. Ze hadden het bij hun onderzoek namelijk buitensporig moeilijk gehad en hadden heel wat crises meegemaakt. De psychologen die ze benaderd hadden, mochten of wilden aanvankelijk niet eens meedoen aan het onderzoek en het had nog heel wat voeten in de aarde gehad (Boeke had nog een extra brief rond moeten sturen) voordat ze genoeg materiaal van hun respondenten hadden verzameld. Men was bang, dat de beroepsgroep in een kwaad daglicht zou komen te staan of dat de gegevens van het onderzoek verkeerd zouden worden geïnterpreteerd. PAZ-psychologen voelen zich kennelijk gauw bedreigd, dacht ik, en ging over tot de orde van de dag. Later werd ik medisch psycholoog en niet langer huispsycholoog van de neurochirurgische kliniek en de aansluiting met de sectie PAZ van het NIP werd in de jaren negentig zonder slag of stoot een feit. Ik denk dat de gezamenlijke reizen naar Davos in de jaren negentig daarin van doorslaggevende aard zijn geweest.

Vergaderingen in de Jaarbeurs

Ik werd lid van de sectie PAZ van het NIP en woon nu op gezette tijden de vergaderingen in de Jaarbeurs in Utrecht bij. Je bent er eens een dagje uit en bovendien: je spreekt nog eens iemand. De koudwatervrees en de schichtigheid van de ziekenhuispsychologen die ik verwachtte aan te treffen, toen ik uiteindelijk toch lid mocht worden van de sectie PAZ, bleek daar volstrekt afwezig te zijn. Daar in het Jaarbeursgebouw trof ik Knapen in hun Vak, volledig geregistreerd, goed doorvoed en zelfbewust, die met verve verslag deden van hoe ze hun directies in hun zak hadden. Daar zaten geen mensen met een salaris onder de ton. Daar waren Leden van de Medische Staf aanwezig (soms zelfs Voorzitters), die het klappen van de zweep kenden, die misschien zelf wel onderhandelden met het ministerie over de tarieven, die het middel van de visitatie hanteerden om directies op de knieën te krijgen, die veelal een afdeling onder zich hadden, met een legertje psychologisch assistentes.

Vanachter de tafel en achteruit de zaal, waar de Knapen in hun Vak zich voor het grootste deel bleken op te houden (een schaduwbestuur, leek me) komen de meest assertieve geluiden. Als je, zoals ik, klinisch psycholoog bent en voor het eerst dergelijke sessies bijwoont, ga je in het begin natuurlijk kijken hoe de hazen lopen, hoe er wordt overlegd, wat er aan gedrag in zo'n vergadering te zien is. Zo is het ook met mij gegaan. Ik moest mezelf voorstellen, net als ieder ander lid. Dat deed ik anders dan andere leden, merkte ik. Ik vertelde over mijn beroepsmatige interesses en over de dingen die ik in mijn werk deed. Anderen gaven veel meer over zichzelf bloot of vertelden over hun vooropleiding en hun ervaring. Ik bekeek in de loop van de tijd met stijgend genoegen de tenniswedstrijden tussen het voltallige bestuur achter de tafel en de Knapen in hun Vak achterin de zaal, die soms achterover tegen de muur leunend, op gezette tijden hun mening ten beste geven.

Die mening gaat meestal over Hoe Je Het moet Doen. Daar bedoel ik mee, dat er tijdens de vergadering tips over tal van onderwerpen aan de overige leden aan de hand worden gedaan. Hoe je bij het solliciteren in schaal 75 moet komen, hoe je het beste een jaarplan opstelt, wat je moet zeggen als een psychiater je wil inlijven in een Multi Functionele Eenheid, welke elementen van je werk je moet benadrukken bij een functiewaarderingsronde, waarom je moet zorgen secretaris van de staf te

worden, hoeveel budget je hoort te hebben en andere praktische tips. Muisstil is het dan en je ziet sommige leden vanuit het midden van de vergadering (het onrustig kloppende hart van de vergadering, zou ik haast zeggen) slikken en knikken. Ze nemen zich waarschijnlijk voor, in het vervolg flinker op te treden of voelen zich gesterkt in hun opvattingen dat ze er niet alleen voor staan, omdat anderen soortgelijke problemen hebben. Enige maanden later krijg je (als er genoeg kopij is) in de Nieuwsbrief de zaken nog eens opnieuw te lezen, nu in gecondenseerde vorm. Als je de nieuwsbrieven uit je hoofd kent, dan weet je pas echt Hoe Je Het moet Doen.

Onderling overleg

Gretig komen de middengroepen bij elkaar in de pauzes (korte pauzes over het algemeen, want het bestuur moet weer verder) om even snel met elkaar de contacten te hernieuwen, de dagelijkse dingen te bespreken, eigen ervaringen uit te wisselen ('Komt hyperventilatie bij jou ook veel voor?' of: 'Hoeveel punten moet jij nog voor de VGT?' of: 'Weet jij nog een goeie aandachtsconcentratietest?'), iets aan iemand te vragen of commentaar te geven. Misschien zijn die middengroepen wel de leden, die vroeger zo beducht waren voor de toelating van 'academici' bij hun club, dacht ik. Het blijken sympathieke gezellige collega's, met soms veel hogere kwalificaties dan ik, die net als ik wel eens een dagje eruit willen en onder collega's willen verkeren. Je hoort weer eens wat, je overlegt bovendien later toch makkelijker als je iemand uit een naburig ziekenhuis zelf hebt gesproken.

Na de lunch weer gauw terug naar de zaal, want er moet weer verder gepraat worden over de positionering, de profilering en de verdere professionalisering en daarbij behorende honorering van de ziekenhuispsychologen. Maar al te vaak is er namelijk een rimpeltje in de vijver. Dat is meestal als er weer een artikel ('van buitenaf') is verschenen van een opvolger van Van Katwijk en De Vries, over de positie van de psychologen in algemene ziekenhuizen, wanneer eens te meer dreigt te gebeuren dat de positie en de moeizaam verworven registraties waardeloos worden in het kader van de Wet BIG, de PWG of andere bedreigende regelingen, die 'op ons af komen'. Het gaat om het fijne onderscheid tussen artikel 14 en artikel 3, om sprokkelroutes en erkenning. Vergaderingen van PAZ-psychologen zijn kennelijk vergaderingen ter versterking van het gevoel van solidariteit. Ze hebben een belangrijke functie voor

het vergroten van het zelfvertrouwen en lijken er vooral toe te dienen het wij-gevoel te versterken en de belangen van de leden te dienen tegenover de boze buitenwereld.

Een bedreigde groep?

Zijn de PAZ psychologen zo'n bedreigde groep? Je zou het wel denken als je je de gang van zaken in herinnering brengt bij onderzoeken over de positie van de PAZ-psychologen in het ziekenhuis. Het lijkt wel of die iets te verbergen hebben. Iets kostbaars, dat gemakkelijk vertrapt kan worden. Dat resultaat van het onderzoek van Van Katwijk en De Vries heb ik, zoals ik al eerder opmerkte, nooit meer gezien, totdat ik een vergadering meemaakte bij Frank Wiersma. Achter zijn rug stond nog een flink aantal exemplaren in de kast. Ik mocht er wel een hebben, na enig aandringen, hij had er immers toch genoeg. Zo heb ik, zestien jaar na dato, kennis kunnen nemen van de enquêteresultaten over de rol van de psycholoog in het algemene ziekenhuis in 1981. Categorale en academische ziekenhuizen werden in deze studie nog zorgvuldig buiten beschouwing gelaten, vanwege het bijzondere karakter van deze ziekenhuizen, las ik in paragraaf 2.2. De activiteiten van psychologen in algemene ziekenhuizen bestonden volgens Van Katwijk en De Vries voor een groot deel uit de traditionele: diagnostiek en (psycho)therapie. Over het geheel genomen zijn er in ziekenhuizen nog tamelijk weinig formeel-georganiseerde activiteiten en samenwerkingsverbanden met betrekking tot de informatieverstrekking en begeleiding van patiënten en dergelijke en de rol van psychologen in dergelijke activiteiten is gering. In totaal zijn (waren) ze 26% van hun tijd bezig met diagnostiek, 42% met therapie en 11% met indirecte patiëntenzorg. De rest van hun tijd werd besteedden zij aan consultatie van ziekenhuismedewerkers, bijscholing, begeleiding van stagiaires, onderwijs, beleid, studie en organisatorische activiteiten.

Werken als psycholoog in een ziekenhuis

Het bijzondere van de positie van een psycholoog in een algemeen of academisch ziekenhuis is dat je op veel verschillende terreinen wat moet zien te weten te komen, dat je geen vaste toestroom van patiënten (je navelstreng) hebt omdat je niet logischerwijze met een orgaansysteem geassocieerd kunt worden. Daarom is de deskundigheid die je verwerft

en de erkenning die je afdwingt het product van je vermogen om de ingewikkelde theorie van de psychologie voor patiënten en specialisten inzichtelijk te maken. Je eigen persoonlijke contacten met de specialisten in je ziekenhuis bepalen voor een groot deel of men je bezigheden met hun patiënten vertrouwt of niet. Psychotherapie in een ziekenhuis, waarvoor de meeste PAZ-leden zich ingespannen hebben tot kwalificatie, is meestal niet zo zinvol omdat het teveel tijd kost. Het gaat veel meer om uitleg en verduidelijking van de problemen die zieke mensen kunnen hebben. In die zin is begeleiden en behandelen door psychologen niet veel anders dan onderwijs over de beste manier van omgaan met klachten.

Veel psychologen vrezen misschien diep in hun hart, dat het toepassen van hun kennis over de psychologie ten behoeve van hun patiënten eigenlijk een wat te smalle basis is voor hun bestaansrecht in een ziekenhuis. Die twijfel is ze natuurlijk tijdens hun studie maar al te vaak ingeprent. Psychologen worden opgevoed in twijfel, want er is niet zo erg veel waar je rotsvast op kunt vertrouwen in de psychologie. Boeken die in hoog aanzien stonden tijdens je studie hebben geen lange overlevingsduur, de ene mode volgt de andere op en je kennis is al heel snel verouderd. De leertheorie, het onderzoek naar intelligentie en ander testwerk geeft relatief nog de minste onzekerheid. Wat een bepaalde vorm van psychotherapie voor meerwaarde heeft is niet altijd onomstotelijk aan te tonen. We mogen met recht onze twijfels hebben over de mate waarin onze patiënten onze adviezen daadwerkelijk uitvoeren.

Het bestaan van een psycholoog in een algemeen ziekenhuis is dus geenszins rotsvast onderbouwd. Bezuinigingsrondes, je moet er maar niet aan denken. Balsem voor de ziel moet het dan zijn, te merken dat het bestuur van de sectie PAZ voor ons waakt in Den Haag en elders. Steun en een gevoel van vertrouwen in ons voortbestaan als beroepsgroep is het resultaat van het bijwonen van de vergaderingen in Utrecht, zo heb ik geleerd.

Vertrouwen in de psychologie

Zestien jaar na de jaarvergadering in Groningen bezocht ik het symposium 'It Giet Oan' in Leeuwarden, ter gelegenheid van de Friese deelname aan de postdoctorale opleiding klinische psychologie. Daar kwa-

men alle psychologen in Friesland en een paar van daarbuiten bij elkaar, met workshops en sprekers. Net zoals destijds in Groningen kon je je opgeven voor verschillende workshops. De lezing van Marcel van den Hout (een echte academicus, volgens mij) is me daarbij het meeste bijgebleven. Hij sprak over de effectiviteit van verschillende vormen van psychotherapie en behandelde daarbij onder andere een studie uit Duitsland, waarbij in een RIAGG een serie patiënten met psychische klachten door een team van behandelaars uitgebreid en piekfijn werd onderzocht en de indicatie voor een bepaalde, meest geschikte vorm van psychotherapie volgens de regelen der kunst werd gesteld. Die behandeling werd vervolgens uitgevoerd en het resultaat werd geëvalueerd. Een gedeelte van de patiënten in het onderzoek ontving echter de behandeling, die voor degene was bestemd, die een nummertje hoger of lager op de wachtlijst had gestaan.

Het bleek, dat het resultaat van de behandeling die eigenlijk voor een ander was bestemd, niet verschilde van het resultaat van een tailor made behandeling. Waar is al die sousa dan voor nodig, kun je je afvragen? Maakt specifieke deskundigheid dan zo weinig uit? Wat is dan het nut van verenigingen voor een bepaalde vorm van psychotherapie, voor het lidmaatschap en de moeizame kwalificatie en registratie ervoor, als het toch zo weinig uitmaakt? Kan een psycholoog ex artikel 3 net zoveel als een psycholoog ex artikel 14?

Ook Van den Hout vroeg zich af, waar we dan nog ons vertrouwen in moeten stellen. Het antwoord, zo zei hij, ligt voornamelijk in de psychologie zelf, die prachtige empirische wetenschap van mensen, voor mensen en door mensen. Die wetenschap was volgens Van den Hout het vertrouwen meer dan waard, want die gaf telkens nieuwe impulsen, telkens evoluerende zienswijzen en zou op den duur ook meer houvast bieden, omdat wat waar is, toch wel overblijft.

Besluit: Hoe Het Moet

Bij het jubileum van 25 jaar ziekenhuispsychologen, die soms wel eens twijfelen, moet de vertroosting van de psychologie naar mijn mening ook het antwoord bieden. Wanneer je weet, hoe het precies zit met emoties, hoe leerprocessen verlopen, waar stressmanagement op neer komt, hoe onze hersenen ongeveer werken, dan heb je een ijzersterke basis voor je

beroepsuitoefening, die misschien wel kan wedijveren met die van medische specialisten. Wanneer we er allemaal voor zorgen dat we in staat zijn, deze dingen uit te leggen aan onze patiënten, zodat die wat meer begrijpen van wat ze tijdens hun ziekte overkomt en overkomen is, weet ik zeker dat de weg naar schaal 75 voor ons allen open ligt. Dan zetten we allemaal onze directies naar onze hand, dan worden al onze registraties en leerroutes en sprokkelroutes overbodig en hoeven we nooit meer bang te zijn voor gevaren van buitenaf. Dan zijn we van binnenuit, vanuit ons fiere psychologenhart, ten diepste overtuigd van de waarde van ons vak. We moeten dan wel geregeld terug naar Utrecht en Amersfoort om ons door onze collega's in de PAZ weer eens duchtig te laten bijtanken. Want zelfvertrouwen kan niet van één kant komen.

'Buitenstaanders' over de medische psychologie

In het kader van het Lustrumcongres 1997 van de PAZ in het Kurhaus te Scheveningen werd aan drie 'buitenstaanders' gevraagd hun visie te geven omtrent de uitoefening van de medische psychologie in het algemeen ziekenhuis. Prof. dr. E. Reerink hield een lezing over de kwaliteit van zorg, hoofdinspecteur van de gezondheidszorg dhr. J. Verhoeff behandelde de positie van de medische psycholoog vanuit een politiek-strategische kaderstelling en dr. G. van den Broek, directeur van een groot algemeen ziekenhuis, beschouwde de medische psychologie vanuit de ziekenhuisorganisatie.
Dr. P.H.G.M. Soons en drs. F.M. Wiersma waren moderatoren en organisatoren van dit deel van het jubileumcongres. Voor deze bijdrage selecteerden zij een aantal van de thema's, die door bovengenoemde inleiders besproken zijn. U leest dus geen volledige weergave van drie lezingen. Zij vormen weliswaar het uitgangspunt, maar de inkleuring van de thema's is voornamelijk afkomstig van de auteurs van deze bijdrage. Aan de orde komen kwaliteitsbeleid, medische psychologie binnen de ziekenhuisorganisatie, de politiek-strategische profilering en de financiering. Aansluitend bij elk thema gaan de auteurs na, welke lering de PAZ eruit kan trekken, en welke actie er ondernomen zou kunnen worden.

De sprekers zijn geen van alle psycholoog en in dit opzicht buitenstaanders. Ze zijn echter zonder uitzondering zeer goed bekend met de praktijk van de klinisch psycholoog in het algemeen ziekenhuis.

Prof. Reerink, internist van origine, is hoogleraar kwaliteit van zorg aan de Rijksuniversiteit Limburg en tevens directeur van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale toetsing (CBO) te Utrecht en heeft in die hoedanigheid meegewerkt aan het monodisciplinaire consensusproject over de inbreng van de klinisch psycholoog bij de zorg voor coronaire hartpatiënten (1). Het CBO heeft verder multidisciplinaire consensusprojecten uitgevoerd betreffende suïcide (2), dementie (3) en pijn (4), waarbij steeds een vertegenwoordiging van het NIP van de partij was.

Dhr. Verhoeff, van origine psychiater, was uitvoerig betrokken bij de totstandkoming van het NRV-rapport (5), waarin de positie van de klinisch psycholoog in het algemene ziekenhuis aan bod komt. In zijn jarenlange ervaring als hoofdinspecteur heeft hij regelmatig te maken gehad met

klinisch psychologen en hij is zeer bekend met het werkterrein van de medische psychologie.

Dr. Van den Broek heeft als praktiserend psychiater op een PAAZ uitvoerig kennisgemaakt en samengewerkt met klinisch psychologen. Later werd hij directeur van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis en momenteel is hij directeur van het Catharinaziekenhuis te Eindhoven; in beide functies heeft hij te maken gehad met in de betreffende instelling werkzame psychologen. Verder was hij voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisdirecteuren en hij is momenteel betrokken bij de commissie kwaliteit en organisatie van de dezelfde vereniging.

Waarom buitenstaanders?

Kortom, de drie inleiders zijn uitvoerig op de hoogte van de praktijk van de medische psychologie in het algemeen ziekenhuis, elk vanuit een eigen optiek. De reden om 'buitenstaanders' naar hun visie te vragen is dat de plaats en betekenis van ons vak bij lange na niet alleen van de beroepsgroep zelf afhangt, maar ook voor een belangrijk deel van niet-psychologen, van 'buitenstaanders'. Het is niet alleen nodig dat wij als psychologen ons vak zo goed mogelijk uitoefenen en vormgeven, maar het is minstens zo belangrijk dat andere relevante partijen in de gezondheidszorg op de hoogte zijn van onze activiteiten. Het beeld dat zij van ons hebben kan in belangrijke mate bijdragen aan de politieke, stategische en financiële kaders, waarbinnen wij dienen te functioneren. Het achterliggende idee van de organisatoren van deze sessie was dan ook om relevante 'buitenstaanders' hun visie op de medisch-psychologische praktijk te vragen, een sterkte/zwakte analyse te laten geven. Hiermee kan vervolgens onze beroepsgroep zijn voordeel doen door hier in de toekomst zo adequaat mogelijk op in te spelen. Ook kunnen onjuistheden in de beeldvorming hersteld worden.

Kwaliteit: intern en extern,organisatorisch en inhoudelijk

Wat hebben de beroepsgroepen gedaan aan kwaliteitsbeleid? Zij hebben zich daar waar nodig, georganiseerd in verenigingen, zowel maatschappelijk als wetenschappelijk. Zij hebben zich bekommerd om professionele standaarden hetgeen tot uiting is gekomen in het opstellen van toelatingseisen, soms in de vorm van toelatingsexamens, of het afleggen

van toetsen en het ontwikkelen en in werking zetten van disciplinaire maatregelen, maar ook in het organiseren en soms verplicht stellen van nascholing en van deelnemen aan visitatieprogramma's. Deze activiteiten passen prachtig in het huidige tijdsgewricht van accountability, het afleggen van verantwoording, zowel individueel als collectief.

Hoe relevant ze ook zijn, deze activiteiten maken gebruik van een aantal werkwijzen en methodieken die gekenmerkt worden door een aantal zwakheden en tekortkomingen. Allereerst is er het fenomeen van de closed shop: de vereniging regelt de zaken wel onderling, de buitenwereld heeft er niets mee te maken. Dit model staat op dit moment sterk onder druk door maatschappelijke ontwikkelingen naar meer openheid. Een verbinding naar de openbare lichamen die zich met kwaliteit van de beroepsuitoefening bezighouden (bijvoorbeeld het Staatstoezicht in verband met de Wet BIG) is daarom aan te bevelen (cf. de chirurgie met haar systeem van complicatiebewaking). Een tweede probleem is vaak de afwezigheid van disciplinaire actie, of een inherente zwakte van de aanwezige disciplinaire actie. Ten derde is er het probleem dat onder de dekmantel van consensus zich vele verschillen van mening verbergen. Een eenheid blijkt vaak geen eenheid te zijn.

Reerink adviseert de toepassing van de Personal Quality Checklist (PQC). Het gebruik van checklists is bekend aan alle klinische psychologen maar weinigen onder ons zullen deze toegepast hebben op het eigen functioneren. Doelstellingen kunnen zijn: de reductie van waste (het verwijderen van overtollig vet, zouden wij zeggen) en tijdsbesparingen (hoeveel tijd geef ik een bepaalde cliënt?), of ook het uitbreiden van de eigen activiteiten.

Een variant op de PQC is het al dan niet continu meten van de personal quality en niet zozeer het subjectief afvinken van elementen van een checklist. In de meer somatisch gerichte zorgverlening is deze benaderingswijze al met succes ingevoerd. Het monitoren van de zorg, dat wil zeggen, continu de beschikking hebben over gemeten en geregistreerde voortgangsgegevens, is daarbij een eerste vereiste. Het voorlopige eindpunt van de kwaliteitsbevordering onder beroepsbeoefenaren ligt bij het systeem dat - ook in Nederland - TQM genoemd wordt. Dit Total Quality Management houdt in dat de gehele instelling zich aan interne en externe kwaliteitsbewaking heeft onderworpen. Alle systemen maken deel

uit van het TQM-systeem. De klant (intern/extern) staat centraal, de nadruk ligt op het proces en niet op de zorgverlener. In theorie is hiermee het eindpunt bereikt van wat de instelling aan aandacht voor kwaliteit kan opleveren.

Een andere benadering van kwaliteit van handelen richt zich op de inhoud van het vak. Het bijhouden van de ontwikkelingen in de eigen discipline is van groot belang. Na- en bijscholing passen hierin. Ook de codificering van de inhoud van het beroep (wie doet wat, op welke manier, voor welke patient?) dient hierbij in ogenschouw genomen te worden. Belangrijke uitingsvormen hiervan zijn: het leerboek, protocollen, de standaarden en criteria aan de hand waarvan de uitoefening van het beroep wordt gemeten en beoordeeld en - van recente datum - de 'evidence-based' activiteiten in de beroepsuitoefening.

Ook van belang is dat de leden van een beroepsgroep zich committeren wat betreft deelname en zelf uitvoeren van onderdelen van het programma van kwaliteitsbevordering. Het bestuur van de sectie PAZ zou hier het voortouw moeten nemen en de leden moeten leiden naar de ontwikkeling van standaarden bij de beroepsuitoefening. Het uitdrukkelijke advies van Reerink is om veel te doen met kwaliteitsinstrumenten die weinig kosten! Het kwaliteitsbeleid van de PAZ dient uitgebreid en geintensiveerd te worden.

Politiek-strategische aanpak

Het beroepsprofiel van de klinisch psycholoog binnen het algemeen ziekenhuis blijkt voor buitenstaanders nog steeds onduidelijk te zijn. Verhoeff koos voor zijn lezing nadrukkelijk het kader van de Wet BIG. Er bestaat een grote diversiteit van de gebruikte aanduidingen voor beroepsbeoefenaren op het terrein van de psychologie: eerstelijnspsycholoog, klinisch psycholoog, medisch psycholoog, ziekenhuispsycholoog, gezondheidszorgpsycholoog. Voor de buitenwacht werkt dit buitengewoon verwarrend en het zou de beroepsbeoefenaren en de organen waarin zij verenigd zijn tot nadenken moeten stemmen en moeten aanzetten tot het gebruik van een eenduidige terminologie. De Wet BIG werkt in elk geval een vereenvoudiging in de hand die als uitgangspunt zou kunnen dienen. De gezondheidszorgpsycholoog is volgens artikel 3 van de Wet BIG het basisberoep. Dit beroep vormt letterlijk de basis,

waarop specialismen gecreëerd kunnen worden. In dit verband waarschuwt Verhoeff dat deze basisregistratie niet veronachtzaamd dient te worden en onderstreept het belang er een breed inzetbaar beroep van te maken. Bij artsen wordt een ontwikkeling gesignaleerd, waarbij deze opzet verloren dreigt te gaan. Hij waarschuwt ervoor, teveel belang te hechten aan de totstandkoming van specialismen, waar ook met andersoortige aantekeningen, kwalificaties en registraties gewerkt kan worden. Hij wijst erop dat een brede inzetbaarheid van de gezondheidszorgpsycholoog ook voor financiers zeer aantrekkelijk is.

Inhoudelijk stipt hij het ontbreken van voorbehouden handelingen binnen onze professie aan, hij staat stil bij overgangsregelingen en accentueert nog eens het wettelijk geregelde tuchtrecht voor onze beroepsgroep en vestigt de aandacht op de commissies die in dit verband moeten worden ingesteld met leden van de vereniging.

Uitvoerig staat Verhoeff stil bij het specialisme dat volgens artikel 14 van de Wet BIG zijn plaats kan krijgen. Voorlopig wordt hier gesproken over de klinisch psycholoog, een specialisme dat op dit moment geen wettelijke status heeft. Vanuit de beroepsgroep is de wens om de neuropsycholoog eveneens als specialist aan te merken naar voren gekomen. De vraag is, als er meer specialismen ontstaan, of de verwarring weer niet groot wordt en het basisberoep ondergesneeuwd dreigt te raken. Er ontstond een aardige discussie tussen Verhoeff en prof. Klip over het specialisme medisch psycholoog. Volgens Klip zou een dergelijke specialisatie goed passen in de professionele specificiteit die Verhoeff voorstaat. Mogelijk kan er hier zelfs sprake zijn van een superspecialisatie, als uitvloeisel van de klinisch psycholoog. Hoewel er op dat moment voor dit onderwerp geen compromis wordt gevonden, wordt wel duidelijk dat de eindtermen van de opleiding duidelijk in de richting van de psychologie moeten worden geformuleerd. Zo kan de klinisch psycholoog zich als specialist in de uitoefening van zijn professie onderscheiden van de psychiater.

Ook binnen het kader van de Multi Functionele Eenheden (MFE's) hoeft de samenwerking tussen psychiater en een klinisch psycholoog geen enkel probleem op te leveren als er voldoende professionele specificiteit bestaat. In organisatorisch verband kan er ook goed onderscheid gemaakt worden tussen beide professionals als er duidelijkheid over be-

staat of de relatie hiërarchisch of functioneel gedefinieerd is. In zijn algemeenheid zullen de samenwerkingsrelaties binnen instellingen vooral functioneel zijn. Verhoeff maakt in elk geval duidelijk dat het van belang is de beroepsidentiteit met gebruikmaking van het wettelijk kader verder te doen uitkristalliseren. Het is aan de beroepsvereniging deze professionalisering met de gewenste duidelijkheid naar het publiek uit te dragen. De maatschappelijke inbedding van de psycholoog zal dus voor een niet onbelangrijk gedeelte afhangen van het PR-beleid van het NIP en de sectie PAZ.

Ziekenhuisorganisatie

Voor een ziekenhuisdirecteur en/of het ziekenhuismanagement is het erg moeilijk om te bepalen hoe de groep psychologen met hun ondersteunend personeel georganiseerd dient te worden. Er komen blijkbaar veel varianten voor in de praktijk. Zo zijn er autonome afdelingen psychologie, vanuit welke de psychologen gedetacheerd worden naar afdelingen of teams. Ook bestaat de mogelijkheid om psychologen onderdeel te laten uitmaken van een team of afdeling, zoals bijvoorbeeld op PAAZ-afdelingen nogal eens het geval is. Verder zijn er afdelingen psychologie waarvan een van de psychologen hiërarchisch hoofd is, ook zijn er afdelingen waarin de psychologen collegiaal samenwerken zonder dat er sprake is van een formeel hoofd. Mogelijk bestaan er nog meer varianten. De ziekenhuisorganisatie zou graag vanuit de beroepsgroep een of meerdere blauwdrukken willen hebben om de afdelingen (medische) psychologie te organiseren. In de praktijk is er teveel onduidelijkheid, wat veel discussie oplevert.

Naast grote onduidelijkheid rondom de organisatievorm van de afdelingen psychologie, bestaat er ook onduidelijkheid rondom de vraag hoe een normpraktijk eruit ziet. Hoeveel psychologen (inclusief ondersteunend personeel) dient een afdeling in een bepaald ziekenhuis van een bepaalde grootte te bevatten? Hoeveel patiënten ziet een psycholoog per jaar? De ziekenhuisorganisatie heeft grote behoefte aan normen, die er op dit moment niet zijn. Ook dit kan vele discussies en een hoop onbegrip in de dagelijkse praktijk voorkomen.
De PAZ dient een aanzet te geven inzake de aanpak van samenwerking tussen de medisch specialist en de medisch psycholoog. Niet eenduidig is hoe de samenwerking tussen psycholoog en specialist gestalte moet

krijgen. In de praktijk doen zich nogal eens conflicten voor in deze samenwerking: wanneer dient doorverwezen te worden naar de psycholoog? Wie bepaalt dat? Hoe zit het met de eindverantwoordelijkheid? Deze conflicten doen zich nogal eens voor in de samenwerking met psychiaters, met revalidatieartsen en neurologen. Het is zaak dat de PAZ zelf het initiatief neemt om ook hier doorverwijscriteria en varianten van samenwerking te formuleren.

Idealiter dient de psycholoog zeer flexibel te zijn in zijn inzet: hij dient moeiteloos te kunnen switchen van testboer, naar diagnosticus, naar medebehandelaar en hoofdbehandelaar. De beste psycholoog is een kameleon. Hij is thuis op het gehele vakgebied.

Ook is het onduidelijk voor de ziekenhuisorganisatie welke patiëntengroepen er nu bij de psycholoog terecht horen te komen voor diagnostiek en welke voor behandeling. Welke methoden zijn effectief bij welke patiëntengroepen? Welk pakket aan diagnostiek en behandelmogelijkheden dient een afdeling medische psychologie in huis te hebben?

Financiering

In deze tijd van financiële krapte en schaarste in de gezondheidszorg is het van groot belang dat er goed nagedacht wordt over de mogelijkheden van de derde geldstroom. Ziekenhuisbreed worden er in het hele land initiatieven genomen rond deze derde geldstroom: er worden privéklinieken opgericht en er bestaan bedrijvenpoli's; in het kader van de afwikkeling van letselschade worden er door psychologen expertises gedaan. De derde geldstroom levert mogelijk extra financiële ruimte op, die voor de vakgroep psychologie van nut kan zijn. Het dienstenpakket en daarmee het aantal psychologen kan hiermee uitgebreid worden, hetgeen kan betekenen dat een afdeling medische psychologie kan groeien en zowel haar know-how als haar verankering in de ziekenhuisorganisatie kan vergroten. Ook hier is het van belang dat de beroepsgroep zich bezint en zo mogelijk met een standpunt komt.

Ten aanzien van de reguliere financiering van het ziekenhuis door de ziektekostenverzekeraars is een belangrijke ontwikkeling de DBC's: de diagnose gebaseerde clusters en de hieraan gekoppelde financieringsvorm producttypering. Tot op heden worden psychologische verrichtin-

gen in het ziekenhuis (6, 7) niet expliciet gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraars. De psychologen worden betaald uit het ziekenhuisbudget. Er is geen vaste financieringsnorm, waardoor de kosten die aan psychologieverrichtingen uitgegeven worden per ziekenhuis enorm kunnen verschillen. Binnen de PAZ wordt dit als een gemis ervaren. De vraag is toch of het niet verstandig is dat psychologieverrichtingen op een of andere manier verwerkt worden in de (toekomstige) financieringsstructuur van de ziekenhuizen.

Zo is er het lokaal initiatief Zuid-oost-Brabant (8) betreffende de financiering van de activiteiten van de vijf betrokken ziekenhuizen (Catharina Eindhoven, Diaconessen Eindhoven, St Jozef Veldhoven, Elkerlijk Helmond en St Annaziekenhuis Geldrop). Dit initiatief heet ZBZ en houdt in dat de vijf ziekenhuizen de komende drie jaar een vastgestelde aanneemsom krijgen om hun zorg mee te bekostigen. Voorwaarde is onder andere dat er vastgestelde zorgvernieuwing plaatsvindt. Een andere voorwaarde is dat in die periode van drie jaar nieuwe parameters vastgesteld worden met behulp waarvan de medische zorg betaald zal gaan worden na die drie jaar.

In Helmond wordt in het jaar 1998 proefgedraaid met een registratiesysteem op basis van geformuleerde DBC's met behulp waarvan te zijner tijd een kostentoerekening plaats gaat vinden per DBC (8). Psychologische verrichtingen vormen als ondersteunende dienstverlening nooit een DBC op zich zelf. Ook in dit (voorlopige) systeem worden psychologische verrichtingen nog helemaal niet genoemd, terwijl enkele andere ondersteunende verrichtingen (radiologie, apotheek, laboratorium) wel een herkenbaar kostenonderdeel van DBC's zijn.

Naar onze mening is het van groot belang dat psychologen wel als kostenpost opgenomen gaan worden. Op lokaal niveau zal de eerste auteur van dit hoofdstuk initiatieven nemen. Het is verder zinvol ook op landelijk niveau aansluiting te zoeken bij de DBC-ontwikkelingen (9).

Uitgangspunten voor verder PAZ-beleid

Uit het bovenstaande kunnen diverse punten gehaald worden die naar onze mening zeer de moeite waard zijn om opgenomen te worden in het toekomstige PAZ-beleidsplan. Bestaande of eventueel op te richten com-

missies en/of werkgroepen zouden deze punten metterdaad moeten uitwerken.

- Intensivering van het kwaliteitsbeleid, zo mogelijk ondersteund vanuit het CBO.
- Formuleren van een normpraktijk aan de hand van een verrichtingen systeem.
- Zwakke plek blijft de financiering van klinisch psychologische verrichtingen; aansluiting dient gezocht te worden bij de 'Diagnose Behandel Combinaties', een landelijk project om de financiering van de patiëntgerichte activiteiten van ziekenhuizen opnieuw te funderen.
- Een actief beleid formuleren ten aanzien van de derde geldstroom.
- Het voeren van een actief PR-beleid door NIP/PAZ inzake professionele specificiteit.
- Het formuleren van taken en verantwoordelijkheden van de medisch psycholoog, als specialist onder de specialisten; het vaststellen van de vervolgopleiding hiervoor.

Noten

(1) CBO (1993). De inbreng van de klinisch psycholoog bij de behandeling van coronaire hartpatiënten: resultaat van een consensusbijeenkomst gehouden op 3 april 1992 te Leiden. Utrecht.

(2) CBO (1992). Opvang van suïcidepogers. Utrecht.

(3) CBO (1988). Consensus Diagnostiek bij het dementiesyndroom. Utrecht.

(4) CBO (1994). Consensus De bijdrage van de klinisch psycholoog in het pijnteam. Utrecht

(5) NRV (1988). Rapport Klinisch Psycholoog in Ziekenhuizen en Verpleeghuizen. Zoetermeer.

(6) Wiersma, F.M. (1992). De Financiering van Psychologische Verrichtingen. Commissie Tarieven PAZ.

(7) Soons, P.H.G.M, Groen, M., Jeuken J.M.G. en Y.J.M. Swaak-Beuken (1995). Het systeem van klinisch psychologische verrichtingen: een planningsinstrument. Commissie Verrichtingen PAZ.

(8) Minisymposium (1998) ZBZ-werkgroep 'Nieuwe Zorgparameters'. 29 januari 1998, Elkerlijk Ziekenhuis, Helmond.

(9) Zuurbier J.J. (1996). Uniforme kostentoerekening ten behoeve van het project 'producttypering medisch specialistische c.q. ziekenhuiszorg'. Stuurgroep Producttypering Ziekenhuiszorg.

TMGN

TMGN

Over de auteurs

Dr. A.P. Bak is als klinisch psycholoog-psychotherapeut verbonden aan de afdeling Medische Psychologie van het Bosch Medicentrum te 's-Hertogenbosch en is wetenschappelijk commissaris in het PAZ-bestuur.

Dr. H. Benders was als klinisch psycholoog verbonden aan het Wilhelminaziekenhuis te Assen en was de eerste penningmeester van de PAZ.

Drs. J.H. van Birgelen was als klinisch psycholoog-psychotherapeut verbonden aan het ziekenhuis Leyenburg te 's-Gravenhage en was bestuurslid van de PAZ.

Drs. W.A. Fonteijn is als klinisch psycholoog-psychotherapeut verbonden aan het Catharinaziekenhuis te Eindhoven en was vice-voorzitter van de PAZ.

Dr. G. Sinnema is als klinisch psycholoog-psychotherapeut werkzaam in het Universitaire Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht en is momenteel voorzitter van de PAZ/LVMP.

Dr. P.H.G.M. Soons is als klinisch psycholoog-psychotherapeut verbonden aan het Sint Annaziekenhuis te Geldrop is vice-voorzitter van de PAZ.

Dr. C.N. Tromp is klinisch psycholoog en verbonden aan de Dienst Medische Psychologie van het Academisch Ziekenhuis te Groningen. Hij is lid van de PAZ.

Drs. W.H.M. de Vries was als klinisch psycholoog-psychotherapeut verbonden aan het Elisabethziekenhuis te Amersfoort en was de eerste voorzitter van de PAZ.

Drs. F.M. Wiersma is als klinisch psycholoog-psychotherapeut verbonden aan het ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede en was eerst secretaris, vervolgens voorzitter van de PAZ.

Drs. L.J.M. de Wit was als klinisch psycholoog verbonden aan het Laurentiusziekenhuis te Roermond en was hoofdredacteur van het blad Medische Psychologie.

TMGN

TMGN

TMGN