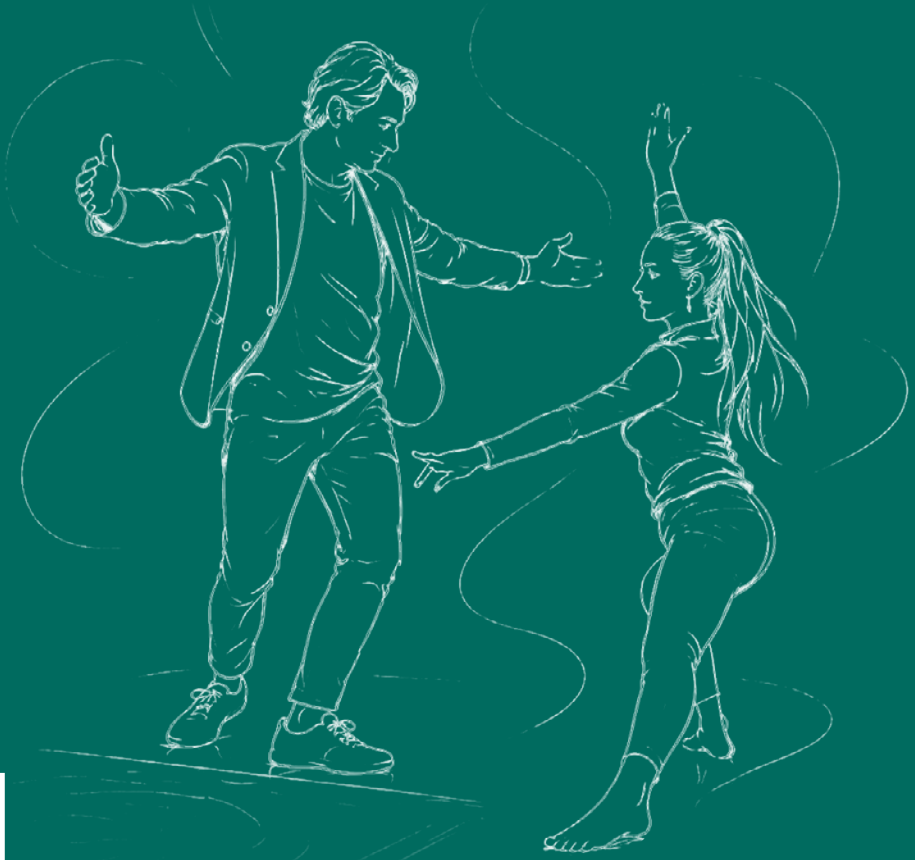




Hogeschool
Leiden

Nabije zorg als helende praktijk

Samen bouwen aan herstel in de ggz:
ervaringskennis, traumasensitieve en relationele zorg.



Dr. Simona Karbouniaris



GGZ Rivierduinen

Nabije zorg als helende praktijk

Samen bouwen aan herstel in de ggz:
ervaringskennis, traumasensitieve en
relationele zorg.

Dr. Simona Karbouniaris

Lectorale rede, in verkorte vorm uitgesproken door dr. Simona Karbouniaris
op 10 juni 2026, te Leiden



Inhoudsopgave

| | |
|---|-----------|
| 1. Inleiding | 7 |
| 2. Een reis door de ggz | 11 |
| 3. De nabije professional | 23 |
| 4. Het Ecosysteem Mentale Gezondheid | 31 |
| 5. De onderzoekslijnen | 37 |
| 6. Kenniscentra Samen Redzaam en Vitaliteit en Eigen Regie | 53 |
| 7. Medewerkers onderzoeksgroep GGZ | 57 |
| 8. Samenwerkingen onderzoeksgroep GGZ | 67 |
| 9. Dankwoord | 69 |
| 10. Literatuur | 73 |



1. Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg, en in het bijzonder de grote ggz-instellingen in Nederland, bevinden zich in een periode van ingrijpende veranderingen. Niet alleen omdat het aantal mensen met mentale klachten die een beroep doen op de reguliere zorg toeneemt, maar vooral omdat de complexiteit van die klachten groeit en zich steeds nadrukkelijker manifesteert in het dagelijks leven van jonge mensen.

Jongeren, mensen met beginnende psychische kwetsbaarheid en mensen met ernstige en langdurige psychiatrische aandoeningen laten ons zien dat mentale gezondheid niet los te bezien valt van context, relaties, zingeving en maatschappelijke omstandigheden. De samenleving verandert ingrijpend. Geopolitieke spanningen, humanitaire crises, technologische ontwikkelingen en klimaatverandering hebben direct invloed op onze gezondheid. Deze ontwikkelingen maken duidelijk dat de toekomst van de ggz niet alleen ligt in uitbreiding van zorgcapaciteit, maar vooral in een andere manier van denken over mentale gezondheid en ondersteuning. Ondersteuning en zorg wordt in de komende jaren bij voorkeur dichtbij de mens, regionaal en in netwerken georganiseerd met nadruk op 'eigen regie' en 'co-creatie', terwijl specialistische zorg wordt gereserveerd voor situaties waarin lichtere vormen van ondersteuning ontoereikend zijn.

Deze lectorale rede markeert het begin van een nieuwe onderzoeksgroep Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ), op initiatief van GGZ Rivierduinen¹ en Hogeschool Leiden. Met de oprichting van deze gezamenlijke onderzoeksgroep wordt een expliciete keuze gemaakt voor praktijkgericht onderzoek samen mét de praktijk, zodat onderzoek zich richt op wat nodig is om zorg, ondersteuning en behandeling werkelijk betekenisvol te laten zijn voor mensen met complexe mentale hulpvragen.

1 GGZ Rivierduinen biedt geestelijke gezondheidszorg aan mensen van alle leeftijden met ernstige, psychische klachten en hun naasten in de regio's Alphen aan den Rijn, Duin- en Bollenstreek, Gouda, Leiden, Leidschendam en Zoetermeer.

De onderzoeksgroep Geestelijke Gezondheidszorg is een samenwerking tussen GGZ Rivierduinen en de kenniscentra Samen Redzaam en Vitaliteit en Eigen Regie van Hogeschool Leiden. De partners hebben een gezamenlijke wens om netwerkpsychiatrie, herstelgericht werken en interprofessionele samenwerking binnen de ggz te bevorderen. Via deze samenwerking willen de partijen de zorgverlening, het onderwijs en het praktijkgericht onderzoek op het terrein van mentale gezondheidszorg verbeteren, gezamenlijk kennis opbouwen en samen leren en innoveren stimuleren.

De centrale vraag binnen de onderzoeksgroep is hoe professionals, zoals verpleegkundigen, vaktherapeuten, agogen, ervaringsdeskundigen, psychologen en psychiaters, kunnen bijdragen aan een vernieuwde ggz: het Ecosysteem Mentale Gezondheid. In dit model vindt zorg steeds minder plaats binnen instellingen, en juist vaker in netwerken, wijken en gezinnen.

Het Ecosysteem Mentale Gezondheid is een goed voorbeeld van een transformatieplan in het kader van alle zorgakkoorden, om de zorg toegankelijker te maken. Deze beweging richting netwerkzorg vraagt om een herdefiniëring van professioneel handelen: van individueel behandelen naar gezamenlijk dragen, van protocollair werken naar relationele afstemming, en van symptoomreductie naar herstel en heling in de volle breedte van het leven. Herstel is een uniek, persoonlijk proces van verandering en groei na ontwrichtende psychische ervaringen. Het draait niet (alleen) om genezing van symptomen, maar vooral om het hervinden van hoop, identiteit, eigen regie en het leiden van een zinvol leven, ook wanneer klachten (deels) aanwezig blijven.

Herstelondersteunende zorg vormt daarbij een belangrijk vertrekpunt. Niet als methode, maar als grondhouding: een manier van kijken waarin mensen niet worden gereduceerd tot diagnose of zorgvraag, maar in de eerste plaats worden benaderd als burgers met verlangens, talenten en relaties. Burgers die voorbij hun psychische kwetsbaarheid op zoek gaan naar herstel in alle facetten van het leven. Dit vraagt nabijheid, moed, reflectie en morele sensitiviteit van professionals en het vermogen om samen te werken met naasten, ervaringsdeskundigen en andere domeinen buiten de ggz.

Onderzoek, onderwijs en praktijk zijn in de onderzoeksgroep onlosmakelijk met elkaar verbonden. Studenten van de opleidingen Verpleegkunde (bachelor en master), Social Work, Toegepaste Psychologie, Vaktherapie, Jeugd & Gezin en Praktijkondersteuner Huisarts Geestelijke Gezondheidszorg (POH-GGZ) worden opgeleid tot onderzoekende professionals die leren reflecteren op hun eigen handelen en positie. Professionals uit de praktijk zijn mede-onderzoekers in vragen die direct raken aan hun werk. En kennisontwikkeling vindt plaats in dialoog met cliënten², ervaringsdeskundigen en naasten, omdat juist daar zichtbaar wordt wat zorg werkelijk doet – of nalaat.

Met deze onderzoeksgroep wil Hogeschool Leiden haar maatschappelijke opdracht als kennisinstelling verder verdiepen en verstevigen, naast de reeds bestaande onderzoeksgroepen bij beide kenniscentra en wil GGZ Rivierduinen haar ambitie onderstrepen om ervaringskennis, verpleegkundige en agogische expertise een prominentere plek te geven in zorgvernieuwing en professionalisering. De onderzoeksgroep biedt een community om te onderzoeken en uit te wisselen wat werkt, zonder de weerbarstigheid van de praktijk uit het oog te verliezen.

Deze lectorale rede is daarmee een uitnodiging om samen te verkennen hoe geestelijke gezondheidszorg nabijer en traumasensitiever kan worden – en welke rol praktijkgericht onderzoek samen met onderwijs daarin kan en moet spelen.

2 In deze tekst worden de termen cliënt en hulpvrager alternerend gebruikt. Beide termen verwijzen naar dezelfde groep; met het afwisselende gebruik wordt geen inhoudelijk onderscheid gemaakt.



2. Een reis door de ggz

Om deze ontwikkelingen beter te begrijpen, is het waardevol om stil te staan bij de ervaring van mensen die een beroep doen op de ggz. Hun reis door het zorglandschap laat zien waar het systeem ondersteunt – maar ook waar het vastloopt. Zij weten hoe het is om op meerdere levensgebieden in moeilijkheden te raken, aan de afgrond van het leven te staan, en geconfronteerd te worden met uitsluiting en stigma. In de ggz worden zij bovendien vaak noodgedwongen bedreven in het vinden van hun weg in de ondoorzichtigheid van het Nederlandse zorglandschap.

Hoewel iedere cliëntreis uniek is, kent zij ook overlap met vergelijkbare ervaringen van hulpvragers in kwetsbare posities, die vaak ook veerkracht en nieuwe inzichten ontwikkelen. Volgens de Nemesis-3 prevalentiestudie blijkt bijna de helft van de Nederlandse bevolking (48%) last te hebben van mentale problemen (Ten Have e.a., 2023) en onder jongeren ligt dit percentage nog wat hoger (52%). Ook nam de vraag naar ggz hulp van 2009 tot 2021 toe met maar liefst 53%, constateren Trimbos onderzoekers in het rapport 'Ggz uit de knel' in 2023. De toegenomen zorgvragen leveren vooral problemen op voor mensen met de zwaarste mentale klachten. Zij krijgen het moeilijkst toegang tot cruciale zorg. Ook volgens het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) Mentale Gezondheid (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2025) vragen steeds meer mensen om zorg: in het bijzonder groeit de vraag naar specialistische ggz onder de groep jongvolwassenen. Uit voorgenoemde onderzoeken komt naar voren dat voor mensen met een complexe hulpvraag onvoldoende passend aanbod beschikbaar is. De kwaliteit en toegankelijkheid (in-, door- en uitstroom) staan onder druk, alsmede de samenwerking binnen het stelsel en de betaalbaarheid van de zorg.

Uit de analyses van zowel het Trimbos als IBO onderzoek komt naar voren dat preventief beleid onmisbaar is, de vraag naar ggz groter is dan het huidige aanbod, hulpvragers met complexe en ernstige problemen door nadelige prikkels in het huidige systeem onvoldoende wordt geboden én dat de zorg

en ondersteuning versnipperd is georganiseerd. Opvallend hierbij is de nog altijd grote kloof tussen sociale interventies – waaronder zelfhulp, zelfregie en ervaringsdeskundige inzet- enerzijds, en de beperkte preventieve inzet vanuit de ggz anderzijds.

Tegelijkertijd laat de databank effectieve sociale interventies van Movisie zien dat er reeds onderbouwde en werkzame aanpakken beschikbaar zijn, die in de praktijk nog onvoldoende structureel worden benut en opgeschaald.

De problemen in de ondersteuning en zorg voor mensen met psychische problematiek zijn deels verweven met de manier waarop het stelsel is ingericht. Dat betekent dat een fundamentele hervorming van het stelsel moet worden overwogen in het bijzonder voor mensen met complexe hulpvragen. Zij raken dikwijls vast in een systeem dat overbelast is vanwege personeelstekorten, overvraagde professionals en verkokering tussen domeinen (ZVW, WMO, WLZ, Jeugdwet) waardoor verantwoordelijkheid diffuus wordt en niemand integraal de regie voert.

Een ervaringsverhaal van Jessica* -

Student Hogeschool Leiden én cliënt van GGZ Rivierduinen

“Ik kwam voor het eerst in aanraking met de ggz door problemen rondom eten, waarna een eetstoornisdiagnose volgde. Tijdens behandelingen sprak ik amper en ontkende veel. In de specialistische behandeling was het een continue strijd om aan het behandelplan te voldoen. Angst en schaamte maakten dat mijn antwoord vaak ‘weet ik niet’ was.

Ik had hulp nodig maar de behandeling sloot niet aan. Benaderingen werkten averechts en ik trok me terug. Het verbeterde pas toen we samen gingen zoeken naar wat wel werkte en mijn psycholoog meer over haarzelf deelde. Dat gaf vertrouwen en nam schaamte weg. Vroegkinderlijk trauma bleek een grote rol te spelen. Er volgden jaren van opnames, behandelingen en afwijzingen, ik was ‘te complex’. Delen bleef een drempel. Oprecht contact is voor mij essentieel, nog belangrijker dan de methodiek. Behandelaren die zich openstellen, zorgen dat ik mij gezien en gehoord voel. Bij ervaringskennis vind ik (h)erkenning en hoop.”

Ervaringskennis als aanvullende kennisbron

Een reis door de Specialistische ggz (SGGZ) is meer dan een opeenvolging van diagnostische stappen en behandelinterventies. Voor cliënten is het een spannend traject waarin erkenning, hoop, vertrouwen en betekenisgeving centraal staan. Toch blijkt het geen geplaveide weg en komen sommige cliënten om allerlei redenen vast te zitten.

In de afgelopen 20 jaren ontstond mede om die reden aandacht voor de inzet van ervaringskennis naast praktijkkennis en wetenschappelijke kennis.

Dankzij een groeiende *body of knowledge*, waar ik mede door mijn promotieonderzoek aan mocht bijdragen, ontstaan steeds meer sensitieve herstelgerichte praktijken binnen en buiten de ggz (Cooper e.a., 2024; Happell e.a., 2022; Karbouniaris, 2023; Van Erp e.a., 2025).

Ervaringskennis verwijst naar inzichten die voortkomen uit de doorleefde ervaring met psychisch lijden, ontwrichting en herstel. Naast wetenschappelijke kennis en praktijkkennis vormt ervaringskennis een kennisbron van groeiende waarde.

Voor cliënten betekent dit dat hun ervaringen niet alleen onderwerp van behandeling zijn, maar ook een bron van betekenis en richtinggevend zowel in een behandeling als daarbuiten. Er ontstaat meer ruimte voor de beleving van hulpvragers en hun perspectief, voor de relationele componenten, de context en het voorkomen van mogelijk nadelige effecten van zorg.

Positieve effecten van de inzet van ervaringskennis in de ggz, zijn o.a. (Karbouniaris, 2023; Leemeijer, 2024; Van Erp e.a., 2025):

- Hoop en herstelgerichtheid
- Gevoel van erkend en gehoord worden
- Aandacht voor stigma, schuld en schaamte
- Co-creatie, empowerment en zelfregie

Uit het recente proefschrift "*Lived Experience Matters- on the healing power of peer support and mental health experiences of professionals*" van Carolijn de Beer (2025), onderzoeker bij Universiteit Leiden en LUMC Curium, blijkt dat ervaringsdeskundige jongeren een betekenisvolle bijdrage kunnen leveren aan de transformatie van de jeugdhulp door een meer persoonsgerichte en herstelgerichte benadering.

De bevindingen ondersteunen dat de inzet van ervaringsdeskundige jongeren bijdraagt aan leeftijdsgerichte, inclusieve en herstelgerichte zorg. Door hun persoonlijke ervaringen begrijpen zij de leefwereld van jongeren met psychische uitdagingen en kunnen zij hen vertegenwoordigen, ondersteunen en versterken, waardoor jongeren zich gehoord en begrepen voelen en ondersteund worden in het ontwikkelen van autonomie.

Om dit potentieel te benutten zijn duidelijke beleidskaders, richtlijnen en structurele ondersteuning essentieel. Organisaties moeten de rol van ervaringsdeskundige jongeren goed omschrijven, maar tegelijkertijd ruimte laten voor hun unieke bijdrage. Zo kunnen zij hun perspectief, ervaringen en talenten inzetten binnen multidisciplinaire teams, terwijl hun positie duidelijk en duurzaam is ingebed. Financiering en voorbereiding van zorgprofessionals zijn nodig om

Carolijn de Beer promoveerde 29 januari 2026 op ervaringsdeskundigheid binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Zij is opgeleid als psycholoog en onderzoeker.

Carolijn en Simona leerden elkaar in 2021 kennen in een intervisiegroep voor promovendi die onderzoek doen naar ervaringsdeskundigheid. Vanuit die gedeelde interesse werken zij de komende periode, in samenspraak met GGZ Rivierduinen en andere organisaties, aan het optimaliseren en versterken van de inzet van ervaringsdeskundige jongeren binnen 'Een poule met een doel'. Dit doen zij in opdracht van het Bovenregionaal Expertise Netwerk Zuid-Holland (BREN).



samenwerking effectief te maken en complementaire perspectieven optimaal te benutten. Op deze manier vormt de inzet van ervaringsdeskundige jongeren niet alleen een waardevolle aanvulling op behandelingen, maar draagt het ook bij aan een bredere cultuurverandering in de jeugdhulp, waarin ervaringskennis integraal wordt erkend en toegepast.

Herstel- en persoonsgerichte zorg

De erkenning van ervaringskennis sluit nauw aan bij een bredere beweging binnen de ggz: de ontwikkeling van herstel- en persoonsgerichte zorg. Herstel en persoonsgerichte zorg betreft de ondersteuning van mensen bij het hervinden van regie, betekenis en verbondenheid in hun leven, in samenhang met hun sociale context, en niet uitsluitend op het behandelen van klachten.

Herstel is onlosmakend verbonden met een benadering van zorg die aandacht, ruimte en tijd vraagt voor aanwezigheid en nabijheid bij de cliënt, en voor onderlinge reflectie en dialoog tussen cliënt en professionals.

Hoewel de herstelbeweging vanuit (ex-)cliënten en ervaringsdeskundigen is ontstaan, mede onder invloed van de Amerikaanse voorvechters William Anthony, Judi Chamberlin en Patricia Deegan in de jaren '80 en '90, is zij anno 2026 nog steeds actueel. Zij richt zich immers niet enkel op het herstel van gezondheid, maar ook op persoonlijk en maatschappelijk herstel. Het gaat daarbij om herstel *in* en *van* het dagelijks leven: het opnieuw kunnen innemen van sociale rollen, vormgeven van je eigen leven, het verminderen van afhankelijkheid van professionele systemen, en het volwaardig kunnen participeren in maatschappelijke verbanden zoals opleiding, gezin, werk en gemeenschap.

Vanuit een psychotherapeutische lens is in dit kader de persoonsgerichte experiëntiële benadering relevant. Deze empirisch ondersteunde cliëntgerichte psychotherapie is geworteld in een humanistische visie en niet alleen gericht op een afname van specifieke klachten, maar vooral op het algehele functioneren en de belevingswereld van de persoon. Daarnaast biedt ook contextuele therapie een interessant kijkkader waarlangs herstel vruchtbare bodem kan vinden.

In feite heeft elke therapie of begeleiding die ruimte geeft aan de relatie en dialoog tussen mensen potentie, al zal niet elke hulpvrager altijd baat hebben bij de geboden hulp. Meta-analyses laten zien dat tot wel 60% van de cliënten geen klinisch significante verandering laat zien en dat bij ongeveer 5–20% van

de cliënten negatieve effecten optreden (Klatte e.a., 2025). Deze omvatten onder meer het uitblijven van behandelresultaat en verslechtering van klachten of het ontstaan van nieuwe klachten of afhankelijkheid van therapie.

Dit onderstreept het belang van zorgvuldige indicatiestelling, voortdurende evaluatie en het serieus nemen van niet-medische alternatieven, waaronder herstelacademies, peer support en andere zelfregie initiatieven.

Herstel- en persoonsgerichte zorg vertrekt vanuit de ervaring én de context van de hulpvrager en sluit daar zo nauw mogelijk op aan door zowel relationeel, responsief als autonomiebevorderend te werken.



Hechting en trauma werkt door

In toenemende mate is er binnen wetenschap en praktijk erkenning voor de fundamentele impact van vroegkinderlijk trauma en onveilige gehechtheid op het ontstaan, voortbestaan en de complexiteit van psychische en lichamelijke problematiek. Psychische ontregeling in allerlei uitingen en problematieken, zijn meestal een begrijpelijke aanpassingsstrategie op een ongezonde omstandigheid (Kezelman & Stavropoulos, 2019; NESDA, 2021).

Niet gehoord worden, niet gezien worden of moeten zorgen voor anderen in plaats van andersom, werkt door in latere relaties – óók in de relatie met hulpverleners. De ggz wordt dan niet alleen een plek van hoop, maar ook een plek waar oude patronen opnieuw kunnen worden geactiveerd: angst om verlaten of afgewezen te worden, moeite met nabijheid, wantrouwen tegenover autoriteit of juist een sterke neiging tot aanpassen.

Cliënten hebben dikwijls niet alleen ervaringen met misbruik en mishandeling maar ook het meemaken van geweld, vluchtervaringen, armoede, stigma, discriminatie en andere vormen van sociale uitsluiting. In veel gevallen is dit trauma zelden ervaren als een op zichzelf staande gebeurtenis; het gaat vaker om langdurige gestapelde ervaringen van onveiligheid, emotionele verwaarlozing, grensoverschrijding of het ontbreken van steunfiguren. Juist wanneer degenen van wie men afhankelijk was niet beschikbaar, onvoorspelbaar of schadelijk waren, raakt vertrouwen beschadigd.

Vanuit cliëntperspectief is trauma daarom niet alleen iets wat zich in het verleden afspeelde, maar iets wat zich in het heden opnieuw kan manifesteren, juist in zorgrelaties. Diagnostiek, wachttijden, wisselingen van behandelaar en eenzijdige focus op symptomen kunnen onbedoeld gevoelens van machteloosheid en afhankelijkheid versterken. Veel cliënten ervaren dat hun klachten worden opgevat als op zichzelf staande stoornissen, terwijl zij zelf vooral worstelen met een diep gevoel van eenzaamheid of onveiligheid.

Duurzaam herstel begint meestal niet bij het bestrijden van een klacht of symptoom, maar bij het ervaren van relationele veiligheid en nabijheid. Herstel komt op gang wanneer iemand zich serieus genomen voelt, wanneer grenzen worden gerespecteerd en wanneer professionals oog hebben voor de betekenis van gedrag in plaats van het alleen te corrigeren.

Vanuit cliëntperspectief vraagt werken aan psychische gezondheid dus niet alleen om specifieke behandelmethoden, maar om een traumasensitieve houding waarin nabijheid, betrouwbaarheid en gelijkwaardigheid centraal staan.

Vaktherapeutische interventies

Voor veel cliënten is het moeilijk om hun worstelingen onder woorden te brengen. Tegen deze achtergrond is het opmerkelijk dat de reguliere geestelijke gezondheidszorg in sterke mate een beroep doet op cognitieve en verbale vaardigheden van cliënten. Wetenschappelijk onderzoek wijst erop dat ingrijpende levenservaringen en vroeg trauma niet uitsluitend cognitief worden verwerkt, maar mede lichamelijk impact hebben. Deze ervaringen zijn daardoor niet altijd via talige of reflectieve processen direct toegankelijk, maar manifesteren zich vaak op lichamelijk, affectief of impliciet niveau (Van Hooren, Van Busschbach, Waterink & Abbing, 2021). Dit geldt in het bijzonder voor cliënten met een ondergemiddeld intelligentieniveau, bij wie verbale abstractie beperkend kan zijn, én voor cliënten met een bovengemiddeld intelligentieniveau, bij wie cognitieve vermogens juist kunnen fungeren als afweermechanisme tegen affectieve of lichamelijke ervaringen. Mede om deze reden is de inzet van vaktherapeutische interventies een belangrijke verrijking in de nieuwe ggz: lichaamsgericht, drama, beeldende en muziektherapie helpen om (belichaamde) emotionele, lichamelijke en relationele ervaringen naar de oppervlakte te brengen en te verwerken. Deze ervaringsgerichte manier van werken kan eveneens goed aansluiten bij hulpvragers omdat zij de ervaring intact laat en nieuwe inzichten kan bieden. Vaktherapie ondersteunt de reflectie op ervaringen middels symbolisering, verbeelding en lichaamsbewustzijn. Andere ervaringsgerichte manieren van werken zijn onder meer de opkomende psychedelica in de ggz.

Charmaine den Hollander (ervaringsdeskundige bij GGZ Rivierduinen):
"Door mijn eigen ervaringen met complexe PTSS op een professionele manier in te kunnen zetten, is mijn traumatische jeugd niet voor niets geweest. De intense emotionele pijnen zijn omgesmolten tot herstelgoud, waardoor mijn verhalen nu helend zijn voor mezelf en mogelijk ook voor anderen."

Psychedelica als helende reis?

Een belangrijke opkomende ontwikkeling in de ggz is de groeiende inzet van psychedelica om emotionele doorbraken en ervaringsgerichte processen te stimuleren als essentiële ingrediënten van herstel en zelfontwikkeling. De psychedelische ervaring faciliteert dergelijke processen op unieke wijze. Psychedelica leggen een verbinding tussen ervaringen in de mystieke wereld en de medische wereld van de ggz. Het lijkt dan ook aannemelijk dat het therapeutisch potentieel van psychedelica onlosmakelijk verbonden is met hun vermogen om tijdelijk een andere bewustzijnstoestand teweeg te brengen, mits dat gebeurt binnen een veilige, begeleide setting (Karbouniaris & Van Os, 2025). Psychedelica-ondersteunde trajecten lijken vooral aangewezen als andere mogelijkheden niet of onvoldoende effect hebben gesorteerd, als de hulpvrager er zélf heil in ziet en als dit plaatsvindt in een stevig ingebedde therapeutische herstelcontext. Hierbij is het van belang van meet af aan oog te hebben voor de vertaalslag naar de persoonlijke leefcontext: hoe zal de hulpvrager nieuwe inzichten integreren?

Hoewel de voorlopige onderzoeksresultaten hoopvol lijken, zijn deze 'doorbraaktherapieën' voorlopig vanwege beperkingen in de wetgeving nog niet toegankelijk voor de meeste hulpvragers. Mede hierdoor zoeken sommige professionals en hulpvragers een toevlucht tot het gebruik van psychedelica in een grijs gebied, binnen alternatieve praktijken en soms ook in 'the underground scene' waar *communities* van ervaringsdeskundigen en peers actief zijn. Nadelen hierbij zijn een gebrek aan toezicht en regulatie van middelen en een professioneel kader.

Interessant is echter de overweging of het toedienen van een extern middel daadwerkelijk aangewezen is. Hoewel het ervaringsgerichte aspect van psychedelica-ondersteunde psychotherapie kansen biedt om tot nieuwe inzichten te komen, kan dit vermoedelijk ook bereikt worden met ademwerk (*holotropic breathwork*, *transformative breathwork*, *verbindend ademhalen*), yoga en meditatie.

Ook cacao ceremonies, werken met delen/ego state therapie, lichte hypnose en regressietherapie kunnen je op andere bewustzijnslagen brengen. Deze methoden hebben als bijkomend voordeel dat men minder kans loopt om afhankelijk te worden van een 'medicament'. Daar staat tegenover dat het niet geheel duidelijk is of een niet-medicamenteuze benadering precies hetzelfde effect heeft. Verschillende wetenschappers doen hier onderzoek naar (Chen e.a., 2025; Bhatt e.a., 2025).



Voorlopig zijn dergelijke trajecten binnen de ggz in veel gevallen nog niet breed toegankelijk, mede vanwege de beperkte wettelijke registratie van deze middelen voor therapeutische doeleinden. Tegelijkertijd ontstaan er in onderzoeksverband steeds meer mogelijkheden om kennis op te doen over deze behandelvormen. Naar aanleiding van het advies van de staatscommissie MDMA in 2024 hebben het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Zorgonderzoek en medisch-wetenschappelijk onderzoek (ZonMw) gezamenlijk 2,6 miljoen euro beschikbaar gesteld voor onderzoek naar de ontwikkeling van psychedelica als behandeling.

Hoewel hulpvragers zich doorgaans niet rechtstreeks voor dergelijke studies kunnen aanmelden en deelname bovendien wordt begrensd door strikte in- en exclusiecriteria, ontstaan er steeds meer experimentele mogelijkheden in Nederland en andere Europese landen, waaronder Zwitserland, voor psychedelica-ondersteunde psychotherapie.

Tegelijkertijd roept deze ontwikkeling de vraag op hoe deze benadering zich verhoudt tot het risico van een nieuwe *'magic bullet'*: een interventie waarmee individuele problemen ogenschijnlijk relatief eenvoudig, overzichtelijk en monodisciplinair kunnen worden opgelost. Een dergelijke framing zou het gevaar in zich dragen dat structurele aanpassingen in het zorgsysteem, evenals bredere maatschappelijke en humanitaire vraagstukken, buiten beschouwing blijven.



3. De nabije professional

Als mentale gezondheid steeds meer in netwerken en leefomgevingen vorm krijgt, verandert ook de rol van professionals. In plaats van specialist op afstand wordt van hen steeds vaker een nabije professional verwacht. In de huidige krappe arbeidsmarkt, is een nabije professional die herstelgericht werkt 'goud waard'. Te midden van bestaansonzekerheid, eenzaamheid, onveiligheid en stigma, zijn professionals en naasten die wél erbij blijven, onmisbaar voor mensen in psychische nood.

Nabijheid verwijst hierbij niet alleen naar fysieke of geografische nabijheid, maar vooral naar relationele, inhoudelijke en organisatorische nabijheid. De professional is zichtbaar, toegankelijk en zolang nodig verbonden aan het herstelproces van de cliënt, zij het in een bescheiden rol.

Hiermee draagt de nabije professional bij aan continuïteit en vertrouwen in een systeem dat voorheen gekenmerkt werd door doorverwijzingen en opschaling tussen verschillende zorgfuncties. De nabije professional bouwt een duurzame werkrelatie op, waarin hoop, presentie en gedeelde besluitvorming centraal staan. Dit sluit aan bij de uitgangspunten van herstelgericht werken, waar eigen regie, empowerment en erkenning van ervaringskennis belangrijke pijlers zijn.

De mate van herstelgerichtheid werd reeds in eerder onderzoek onder de loep genomen (Boevink, 2009; Zorgstandaard Ervaringsdeskundigheid, 2022).

Een herstelgerichte professional:

- heeft een attitude van hoop en optimisme, is present (aandachtig aanwezig);
- gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze;
- maakt ruimte voor, ondersteunt het verkennen van en sluit aan bij het eigen verhaal van de cliënt;
- herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de cliënt (empowerment) zowel individueel als collectief;

- erkent, benut en stimuleert de ontwikkeling van ervaringskennis van de cliënt;
- erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door belangrijke anderen;
- is gericht op het verlichten van lijden en het vergroten van eigen regie/ autonomie.

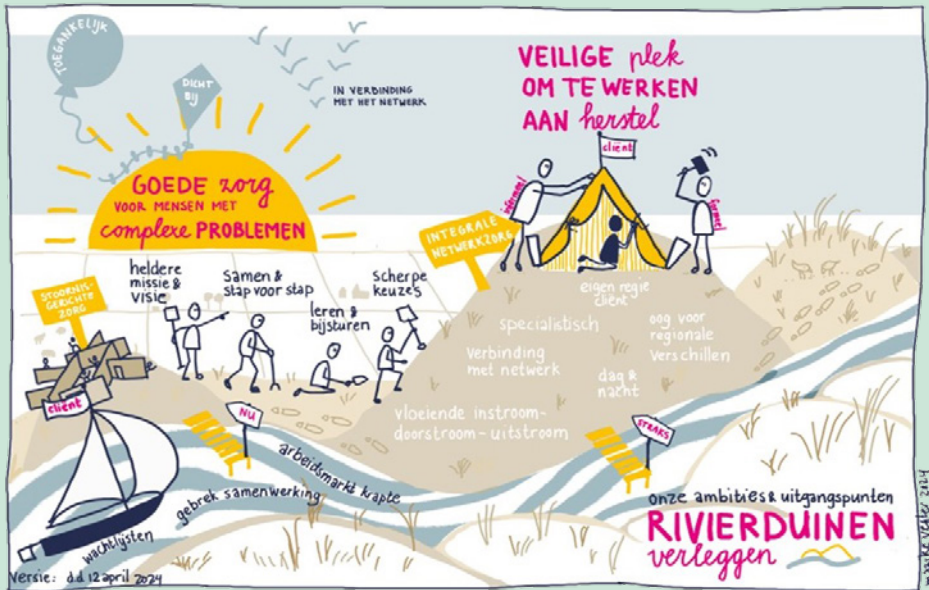
Daarnaast is de nabije professional gesitueerd in een netwerk. Herstel vindt plaats in de leefwereld van de cliënt, en bij voorkeur niet (uitsluitend) binnen de behandelkamer. De professional werkt daarom actief samen met naasten, wijkpartners en andere betrokkenen. Door letterlijk en figuurlijk in de wijk te werken, wordt de zorg ingebed in het sociale netwerk en de natuurlijke omgeving van de cliënt. De professional fungeert als verbinder of aanjager tussen formele en informele steunbronnen en kan helpen om het netwerk rondom de cliënt te versterken. Dit vraagt nieuwe competenties en vaardigheden van onze toekomstige professionals waar ook in de opleidingen de komende jaren aandacht voor nodig is.

Ervaringskennis bij zorgprofessionals

Wanneer ggz-professionals – zoals verpleegkundigen (King e.a., 2020), sociaal werkers (Weerman, 2016), vaktherapeuten (Huet & Holttum, 2016), psychologen (Victor e.a., 2022) en psychiaters (Boomsma e.a., 2023) – hun eigen ervaringskennis zorgvuldig en professioneel inzetten, kan dit de cliëntreis verdiepen. Het gaat niet om zelfonthulling als techniek of trucje, maar om een relationele, afgestemde inzet die bijdraagt aan herstel.

Cliënten ervaren contact met iemand “die het zelf heeft meegemaakt” als overwegend positief: het is embodied, verrijkend en steunend door de compassievolle werkrelatie waarin professionals op zorgvuldige wijze persoonlijke ervaringen met kwetsbaarheid en veerkracht delen (Karbouniaris e.a., 2022).

De cliëntreis wordt dan geen traject door een log of onpersoonlijk systeem, maar een gezamenlijk proces waarin professionele, ervarings- en wetenschappelijke kennis elkaar aanvullen in dienst van herstel. Het is van onmiskenbaar belang dat ggz-professionals risico's durven te nemen omdat dit ook de kans om te leren vergroot en nieuwe kansen creëert (Martin, 2022).



In het kader van de organisatie transformatie Rivierduinen Verleggen, is bij GGZ Rivierduinen gekozen voor een andere inrichting van de ambulante zorg: lokale, multidisciplinaire Dichtbij teams die herstelgericht en netwerkgericht werken, samen met de cliënt en diens omgeving. Ook in termen van vakmanschap is nabijheid hier van betekenis. De Dichtbij teams bestaan namelijk uit T-shaped professionals: een professional die specifieke expertise combineert met een brede, verbindende herstelgerichte basishouding.

De aanleiding voor deze verandering lag in de constatering dat de traditionele, stoornisgerichte en sterk gespecialiseerde organisatie van de ggz onvoldoende aansloot bij de complexe en vaak gelaagde problematiek van cliënten. De bestaande schotten tussen specialismen en zorgfuncties leidden tot fragmentatie, wachttijden en discontinuïteit van zorg. De nieuwe teams vormen het fundament van de organisatie en dragen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de zorg van hun cliënten (shared caseload). Specialistische kennis blijft beschikbaar via expertisenetwerken, maar de regie en continuïteit van zorg liggen primair bij het Dichtbij team. Samenvattend vormt de nabije professional het hart van het Dichtbij team. Door relationele continuïteit, netwerkgericht werken, generalistisch-specialistisch vakmanschap en actieve deelname aan een lerende organisatie, wordt herstelgerichte netwerkpsychiatrie concreet gemaakt in de dagelijkse praktijk.

Ervaringskennis onder studenten

De toenemende inzet van ervaringskennis door zorgprofessionals roept fundamentele vragen op over professioneel handelen, nabijheid en kwaliteit van zorg. Binnen de onderzoeksgroep wordt daarom, de komende jaren onderzocht hoe aankomende ggz-professionals hun eigen doorleefde ervaringen met psychische kwetsbaarheid, ontwrichting of herstel inzetten in hun dagelijkse praktijk, en welke betekenis dit heeft voor cliënten, teams en organisaties.

Hoewel ervaringskennis vaak wordt geassocieerd met de inzet van ervaringsdeskundigen, blijkt uit zowel praktijkervaring als internationaal onderzoek dat ook andere professionals – zoals verpleegkundigen, sociaal werkers en behandelaren – hun persoonlijke ervaringen impliciet meenemen in hun werk (Byrne e.a., 2017; Boomsma, 2023). Deze inzet is echter veelal onzichtbaar, weinig geëxpliciteerd en beperkt systematisch onderzocht.

Het onderzoek richt zich op het expliciteren, duiden en onderbouwen van deze vorm van 'nabij professioneel handelen'. Daarbij staat niet de vraag centraal *of* ervaringskennis mag worden ingezet, maar *hoe*, *wanneer* en *onder welke voorwaarden* dit bijdraagt aan preventie, herstel, veiligheid en kwaliteit van de zorgrelatie. Door middel van kwalitatief onderzoek wordt verkend hoe cliënten deze nabijheid ervaren, welke professionele afwegingen zorgverleners maken en welke spanningen kunnen ontstaan rondom grenzen, rolzuiverheid en morele verantwoordelijkheid. Hiermee draagt het onderzoek bij aan een genuanceerd begrip van professionaliteit waarin persoonlijke betrokkenheid niet tegenover deskundigheid staat, maar er een integraal onderdeel van vormt.

Herstelondermijnende reflexen

Stigma, taboe en vooroordelen vormen nog altijd barrières voor herstel. Goede intenties kunnen onbedoeld herstelondermijnd uitwerken en daarmee nieuwe vormen van sturing, controle of druk creëren. Vooral in de ggz, waar cliënten zich per definitie in een afhankelijkheidsrelatie tot de professional bevinden, kunnen herstelondermijnende reflexen optreden (Van Wel e.a., 2014). Zeker in het hedendaagse participatie-paradigma, kunnen er ingewikkelde situaties ontstaan die autonomie en herstel juist tegenwerken.

Uit een recente analyse van Mind (Lenz & Vos de Wael, 2024) blijkt dat cliënten die langere tijd kampen met suïcidaliteit en zelfbeschadiging, vast kunnen komen te zitten in schadelijke en hertraumatiserende zorg- en systeemdynamieken.

Assistent professor Laura Steenbergen van Universiteit Leiden beoogt bij te dragen aan het systematisch ontwikkelen, onderzoeken en integreren van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid binnen het universitaire Psychologieonderwijs. Vanuit haar achtergrond als cognitief (neuro)psycholoog en universitair docent én door haar eigen ervaringskennis, ziet zij een duidelijke lacune in het huidige curriculum: ondanks het feit dat een groot deel van de psychologiestudenten persoonlijke ervaringen heeft met mentale problemen, is er nauwelijks expliciete aandacht voor herstel, ervaringskennis en de professionele betekenis van doorleefde ervaring.

“In een gezamenlijk project met de onderzoeksgroep GGZ wil ik onderzoeken hoe het bewust ontwikkelen van ervaringskennis bij studenten kan bijdragen aan hun welzijn, professionele identiteit en academische vorming.

We richten ons daarbij niet alleen op of aandacht voor ervaringskennis werk, maar vooral hoe deze aandacht op een veilige, effectieve en onderbouwde manier kan worden vormgegeven binnen het hoger onderwijs.”



Laura's ambitie is om ervaringskennis te positioneren als een volwaardige kennisbron binnen de psychologische wetenschap, naast theoretische en empirische kennis. Zij ziet het ontwikkelen van individuele en collectieve ervaringskennis niet alleen als een manier om studentenwelzijn te versterken, maar ook als een noodzakelijke verrijking van de toekomstige psychologische praktijk.

Door studenten al tijdens hun opleiding taal, kaders en veiligheid te bieden om eigen ervaringen te duiden, ontstaat ruimte voor meer reflexieve, empathische en realistische professionals.

Deze vormen van zorg openen wellicht de deur naar een herzien autonomiebevorderend beleid (ABB) waarmee afhankelijkheidspatronen worden herkend, mede onder invloed van machtsdynamieken. Paradoxaal genoeg kan in het streven om afhankelijkheidspatronen te doorbreken een herstelondermijnende reflex ontstaan: een gebrek aan behandeling of teveel aanspreken op zelfredzaamheid bij mensen die juist veiligheid, erkenning en relationele bedding nodig hebben.

De uitdaging ligt daarom niet alleen in het ontwikkelen van betere methodieken of interventies, maar ook in het kritisch bevragen van eigen reflexen: wanneer wordt zorg een subtiele vorm van verwaarlozing of juist disciplineren?

En wanneer vraagt herstel juist om vertraging, gedeelde verantwoordelijkheid en het verdragen van niet-weten? En kan de nabije professional misschien de factoren die een rol spelen in de relatie, optimaliseren ten behoeve van het herstel?

Non-specifieke factoren van relationele zorg

Ervaringskennis verdiept de kwaliteit van de relatie tussen professional en cliënt, en kan ook de therapeutische alliantie versterken. Deze zogenoemde non-specifieke factoren (of common factors) blijken, meer dan specifieke technieken of methodieken, het slagen of mislukken van behandelingen te bepalen (Wampold & Imel, 2015; Machielsen, Mathijssen & van Os, 2024). Interessant in ons ggz-behandellandschap is echter de neiging tot 'hyperspecialisme' waarbij het opleiden in specifieke technieken en merknaambehandelingen, zoals EMDR, IMRs en CGT, een prominente plek inneemt. De investering in deze modelspecifieke factoren bekrachtigt de expertrol van professionals, met het vermeende idee dat de ene techniek wellicht nog beter aansluit dan de andere. Van belang is echter ons te realiseren dat de gekozen techniek meestal het beste tot zijn recht komt als die relationeel goed ingebed is.

Daarbij moet de techniek of methode vooral aansluiten bij het mensbeeld van zowel professional als hulpvrager. Is er sprake van de welbekende 'klik' of 'match'? Heeft de cliënt vertrouwen in de behandelaar en evenzo andersom? Is er een gemeenschappelijk doel waar naar wordt toegewerkt en is er afstemming bereikt over hoe daar te komen? Worden dilemma's in het contact besproken en is er ruimte om zogenoemde "alliantiebarsten" te herstellen? Uit onderzoek blijkt dat onder andere de mate van onderhandelingsruimte binnen het therapeutisch contact een cruciale rol speelt in de therapeutische relatie (Muran, Safran, Eubanks-Carter, 2010).



Hoewel dit binnen postmodernistische stromingen, zoals het herstelgericht werken, niet altijd wordt onderkend, vormen overdracht en tegenoverdracht wezenlijke dynamieken in de therapeutische relatie. Dit zijn vaak onbewuste processen waarbij de cliënt gevoelens van vroeger op de therapeut projecteert (overdracht) en de therapeut hierop emotioneel reageert (tegenoverdracht), wat inzicht geeft in relationele patronen en herstel kan bevorderen.

GEZONDHEID
GEM
ECOSYSTEEM
MENTALE

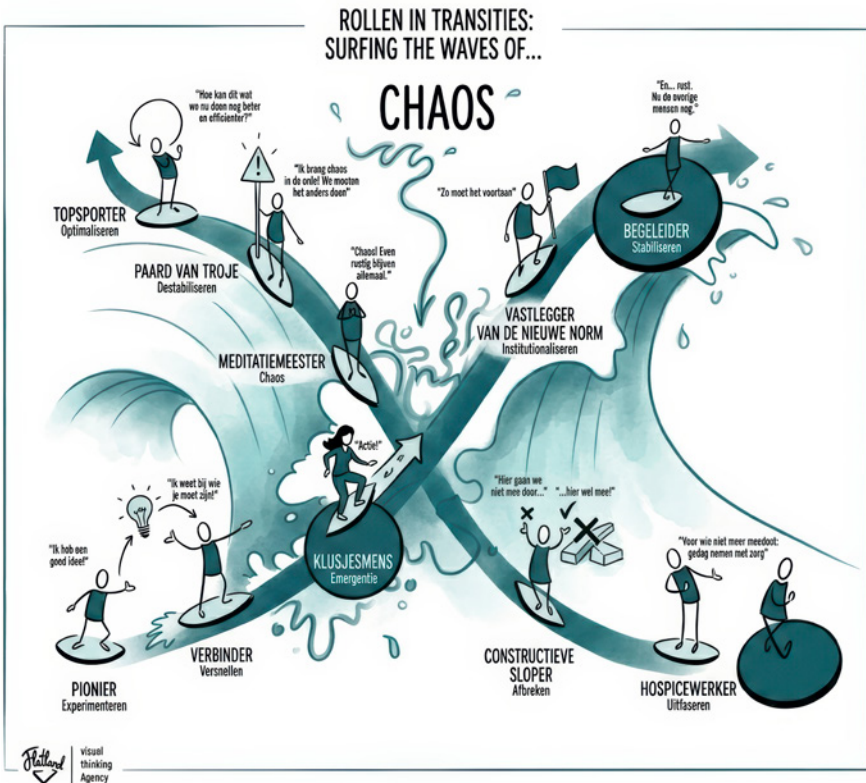
4. Het Ecosysteem Mentale Gezondheid

Het *Ecosysteem Mentale Gezondheid* (GEM) markeert een fundamentele verschuiving in het denken over psychisch lijden en ondersteuning. Waar de traditionele ggz is georganiseerd rondom afzonderlijke instellingen, disciplines en financieringsstromen, vertrekt een ecosysteembenadering vanuit de leefwereld van mensen. Psychische kwetsbaarheid wordt daarin niet opgevat als een geïsoleerd probleem, maar als een dynamisch verschijnsel dat ontstaat en betekenis krijgt in wisselwerking met sociale, maatschappelijke en existentiële contexten. Zonder context is er immers geen betekenis. In het ecosysteem werken we richting samenhangende netwerken waarin mentale en somatische zorg, welzijn, wonen, werk, onderwijs en informele steunbronnen steeds meer met elkaar verbonden zijn.

De ggz heeft de blik te lang naar binnen gericht en is te lang fragmentarisch georganiseerd geweest. De huidige druk op de ggz, zichtbaar in wachttijden, personeelstekorten en oplopende zorgkosten, is niet los te zien van de sterke fragmentatie van het zorglandschap. Hulpvragers komen moeilijk binnen, raken vast in doorverwijzingen of worden langdurig afhankelijk van gespecialiseerde zorg. Netwerkgericht werken binnen een ecosysteem biedt een alternatief door niet de organisatie, maar de hulpvrager centraal te stellen. In plaats van overdracht tussen domeinen wordt gewerkt met gedeelde verantwoordelijkheid, gedeelde besluitvorming en een gedeeld begrip van taal. Daarbij verschuift de focus van symptoomreductie naar preventie, het versterken van veerkracht, participatie en kwaliteit van leven, ook wanneer klachten niet volledig verdwijnen.

Complexiteitsdenken: leren in plaats van beheersen

Ecosystemen laten zich niet ontwerpen volgens klassieke blauwdrukken. Zij ontwikkelen zich in interactie, met vallen en opstaan, en kennen emergente uitkomsten die vooraf niet volledig voorspelbaar zijn. Dit vraagt om een andere omgang met kennis en verantwoording: minder nadruk op controle en standaardisatie, en meer ruimte voor leren, reflectie en sociale experimenten.



Figuur 1: Surfing the waves of chaos (De Nieuwe GGZ)

Het beeld van "Surfen op de golven van chaos" verbeeldt hoe het ecosysteem van mentale gezondheid functioneert als een complex adaptief systeem waarin verandering niet lineair, voorspelbaar of volledig maakbaar is, maar ontstaat uit voortdurende interacties tussen cliënten, naasten, professionals, organisaties, beleid, financiering en maatschappelijke context.

In zo'n systeem leiden verstoringen niet automatisch tot falen, maar vormen zij juist de voedingsbodem voor vernieuwing: via experimenten van pioniers, verbinding tussen netwerken, improvisatie in de praktijk en het verdragen van onzekerheid ontstaat emergentie: nieuwe patronen die niemand vooraf volledig heeft bedacht. Chaos is hierin geen tussenfase die zo snel mogelijk moet worden opgelost, maar een noodzakelijke transitieruimte waarin oude structuren hun vanzelfsprekendheid verliezen en nieuwe betekenis zich aandient. Verschillende rollen zijn daarbij essentieel: sommigen stellen vastgeroeste aannames ter discussie, anderen verbinden initiatieven, weer anderen helpen wat werkt te institutionaliseren of begeleiden het waardig uitfaseren van wat niet langer passend is.

Complexity science leert dat duurzame transformatie in de mentale gezondheidszorg niet voortkomt uit controle en blauwdrukplanning, maar uit relationele dynamiek, adaptief leiderschap, leervermogen en het creëren van condities waarin variatie, reflectie en samenwerking mogelijk zijn. Wie het ecosysteem wil ontwikkelen, moet daarom niet proberen de golf te stoppen, maar leren meebewegen, spanning verdragen en richting geven zonder de illusie van volledige beheersing — precies daar waar mentale gezondheid zelf zich ook altijd in wisselwerking met context en betekenis ontvouwt.

Een wezenlijk kenmerk van het Ecosysteem Mentale Gezondheid is dat het wordt vormgegeven in co-creatie. Hulpvragers, naasten, ervaringsdeskundigen, professionals, gemeenten en financiers zijn niet louter uitvoerders van beleid, maar medeontwerpers van oplossingen. Ervaringskennis heeft daarin een fundamentele positie. Dit sluit aan bij herstelgerichte en mensenrechten-georiënteerde visies op zorg, waarin autonomie, agency en zeggenschap centraal staan, zoals onder meer uitgewerkt binnen de beweging van de Nieuwe GGZ en het GEM-gedachtegoed van Delespaul, van Os & Milo.

Binnen het Ecosysteem Mentale Gezondheid zijn social trials, veranderateliers en lerende proeftuinen passender dan geïsoleerde interventies of strikt gecontroleerde effectstudies. Niet de vraag "wat werkt?" staat centraal, maar "wat werkt, voor wie, wanneer en onder welke omstandigheden?". Dit geldt ook voor psychotherapie (Schiepek & Pincus, 2023).

Ten slotte onderstreept het ecosysteemdenken dat mentale gezondheid niet uitsluitend een zorgvraagstuk is, maar een collectieve maatschappelijke opgave. Factoren als bestaanszekerheid, sociale verbondenheid, zinvolle dagbesteding en inclusie zijn minstens zo bepalend voor psychisch welzijn als professionele behandeling. Door deze factoren expliciet onderdeel te maken van het ecosysteem, verschuift de verantwoordelijkheid van het individu naar het collectief, en van het zorgsysteem naar de samenleving als geheel. In die zin is GEM niet alleen een organisatiemodel, maar ook een normatief appel: op waarden als rechtvaardigheid, solidariteit, gelijkwaardigheid en gedeelde zorg voor elkaar.

Traumasensitieve zorg

Nu duidelijk is geworden dat het meemaken van – met name meervoudige en langdurige – traumatische gebeurtenissen aanzienlijke impact kan hebben op de psychische en lichamelijke gezondheid én de Nederlandse ggz voor een herinrichtingsvraagstuk staat, is kennisname van Trauma informed recovery oriented systems of care (TIROSC) een interessante ontwikkelrichting.

Trauma informed recovery oriented systems of care zijn een combinatie van traumasensitieve zorg (Trauma Informed Care) als herstelgerichte zorg (Recovery Oriented Care) en vormen daarmee een logische vervolgstap binnen de herstelgerichte ggz (Karbouniaris, 2023; Marsman, 2021; Melillo, e.a., 2025). Beide benaderingen delen fundamentele uitgangspunten: zij erkennen cliënten in de eerste plaats als volwaardige personen in plaats van als ‘patiënten’, versterken autonomie en eigen regie, stimuleren actieve betrokkenheid bij het ontwerpen en evalueren van zorg en vertrekken vanuit een mensenrechtenperspectief.

Waar herstelgerichte zorg zich richt op het ondersteunen van persoonlijke betekenisgeving en maatschappelijk herstel, voegt traumasensitieve zorg hier systematische aandacht voor het voorkomen van hertraumatisering binnen zorgsettings aan toe. Door deze perspectieven te integreren in één samenhangend zorgsysteem ontstaat een benadering die zowel herstel bevordert als veiligheid en vertrouwen centraal stelt. Dit maakt TIROSC tot een volgende ontwikkelingsfase van de herstelgerichte ggz: niet alleen gericht op individuele herstelprocessen, maar ook op het structureel herinrichten van organisaties, cultuur en beleid. Om deze integratie succesvol te implementeren en praktijken onderling vergelijkbaar te maken, is bredere consensus nodig over conceptuele kaders, instrumenten en methodieken.



In combinatie kunnen herstelgerichte en traumasensitieve aanpakken bovendien bijdragen aan de verdere ontwikkeling van onveilige praktijken, die veelbelovende resultaten laten zien maar nog verdere empirische onderbouwing vereisen.

Meer kennis kan hertraumatisering in de zorg voorkomen en bijdragen aan een betere kwaliteit, bijvoorbeeld door passende zorg en minder overplaatsingen. Ook de inzet van eigen ervaringen van professionals zelf kan op deze wijze bijdragen aan herstel en sensitieve zorg (Karbouniaris, 2023).

De vraag is vervolgens hoe alle bovengenoemde principes concreet vorm krijgen in onderzoek, onderwijs en praktijkontwikkeling. De onderzoeksgroep GGZ richt zich daarom op een aantal samenhangende onderzoekslijnen die bijdragen aan deze transformatie.



5. De onderzoekslijnen

De onderzoeksgroep GGZ beoogt zorgverlening, onderwijs en praktijkgericht onderzoek op het terrein van mentale gezondheidszorg te verbeteren, gezamenlijk kennis op te bouwen en samen leren en innoveren te stimuleren.

Hierbij gaat specifieke aandacht uit naar:

- Jongeren, in het bijzonder in de transitieleeftijd van 17-30 jaar
- Mensen met verhoogd risico op psychische klachten
- Cliënten met complexe mentale aandoeningen.

Bij deze drie groepen is er vaak sprake van een complexe interactie van factoren waardoor preventie, zorg en ondersteuning onmisbaar is. Daarbij beschouwen we ervaringskennis steeds als essentiële toevoeging op praktijkkennis en wetenschappelijke kennis. Ook zal de onderzoeksgroep interprofessionele samenwerkingen stimuleren. Waar gewenst wordt samenwerking gezocht met de bacheloropleidingen Verpleegkunde, Social Work, Vaktherapie en Toegepaste Psychologie en POH-GGZ als ook de masteropleidingen Advanced Nursing Practice en Jeugd & Gezin. Ook bieden de opleidingen bij Universiteit Leiden en LUMC tot (klinisch) psycholoog en tot psychiater belangrijke kansen tot interdisciplinaire samenwerking.

Het praktijkgerichte onderzoek binnen de onderzoeksgroep GGZ richt zich op complexe zorgvraagstukken op micro, meso en macroniveau. De onderzoeks- of ontwikkelvraag heeft bij voorkeur een startpunt in de praktijk. Het betreft vaak zorgontwikkeling die het vertrouwen van mensen herstelt en in co-creatie wordt vormgegeven.

De komende jaren zullen zich de onderzoekslijnen uitkristalliseren en om die reden wil ik benadrukken dat de huidige lijnen slechts eerste contouren zijn van een zich vormende onderzoekspraktijk, in samenspel met actoren van GGZ Rivierduinen, Hogeschool Leiden en andere netwerkpartners. Ook de kenniskring GGZ die verbonden is aan de onderzoeksgroep zal hier een stem in hebben.

Graag neem ik u mee in de eerste voorstellen voor de volgende onderzoeklijnen:

1. Herstelgerichte zorg en aandacht voor het helende potentieel
2. Netwerkgerichte zorg in de eigen leefomgeving
3. Holistische benaderingen, waaronder lichaamsgericht werken
4. Voorkomen van hertraumatisering in de ggz

1. Herstelgerichte zorg en aandacht voor het helende potentieel

Herstelgerichte zorg en aandacht voor het helende potentieel richt zich op onderzoeksprojecten waarin herstel, ervaringskennis en zelfregulatie centraal staan.

In deze lijn is een eerste onderzoeksubsidie aangevraagd in het kader van *Rivierduinen Verleggen*, dat zich richt op het ondersteunen en evalueren van de transformatie naar herstelgerichte netwerkpsychiatrie binnen GGZ Rivierduinen. Aanleiding voor dit onderzoek is de toenemende druk op de specialistische ggz, in het bijzonder voor mensen met complexe hulpvragen, en de noodzaak om zorg anders te organiseren: dichter bij de leefwereld van cliënten, in samenhang met hun sociale netwerk en het sociaal domein.

Centraal in het onderzoek staan de nieuw gevormde Dichtbij teams: multidisciplinaire en lokaal verankerde teams die herstel ondersteunen op meerdere domeinen (persoonlijk, maatschappelijk, lichamelijk en symptomatisch). Het onderzoek heeft tot doel inzicht te verkrijgen in hoe deze teams in de praktijk werken, welke mechanismen bijdragen aan herstel en samenwerking, en welke randvoorwaarden nodig zijn om deze werkwijze duurzaam te implementeren op cliënt-, team- en organisatieniveau.

Methodologisch wordt gekozen voor participatief actieonderzoek, waarbij binnen een mixed methods benadering ook een aantal kwantitatieve data worden verzameld. Onderzoekers werken gedurende langere tijd mee in de teams en combineren observaties, reflectiesessies en kwalitatieve interviews met cliëntvriendelijke meetinstrumenten. Ervaringsdeskundige onderzoekers maken samen met ervaren onderzoekers deel uit van het onderzoeksteam. Deze aanpak sluit aan bij de complexiteit van de transformatieopgave en maakt het mogelijk om niet alleen effecten, maar ook leerprocessen en contextfactoren zichtbaar te maken.

Net als lector Petra Siemonsma van onderzoeksgroep Beweegzorg Eigen Regie en Gedragsverandering (BERG), is binnen de onderzoeksgroep GGZ ruime expertise op het vlak van kwalitatief en in het bijzonder participatief actieonderzoek. Vanwege deze gedeelde kennisopvatting is onderzoeksgroep BERG een belangrijke inspiratiebron voor onderzoeksgroep GGZ.

Petra: "Actieonderzoek vertrekt vanuit een andere opvatting van kennis: niet één waarheid, maar meerdere perspectieven zijn nodig om complexe problemen echt te begrijpen en op te lossen. En, mensen hebben vaak veel meer kennis dan ze zelf denken. Actieonderzoek helpt om die "onbewuste kennis" zichtbaar en waardevol te maken. Gezamenlijk, stap voor stap, aanpakken maakt deze manier van onderzoek ook heel relationeel en de praktijk draagt zelf bij aan een beoogde verandering".

Petra en collega Arlette Hesselink zijn gevraagd middels een training Participatief Actieonderzoek bij te dragen aan het onderzoek Rivierduinen Verleggen.

Het onderzoek levert kennis op die direct bijdraagt aan de verdere ontwikkeling van herstelgerichte netwerkpsychiatrie binnen Rivierduinen en tegelijkertijd relevant is voor regionale en landelijke transformatieopgaven in het licht van de zorgakkoorden en aanverwante beleidskaders. Daarmee beoogt Rivierduinen Verleggen zowel praktijkverbetering als bredere kennisontwikkeling te realiseren.



Lennie Geerlings is als onderzoeker betrokken bij het onderzoek naar Rivierduinen Verleggen en Gabriëlle van Son en Natasja van Lang zijn als onderzoekskoördinatoren actief.

Lennie Geerlings: "Wat we 'ziek' of 'gezond' noemen hangt af van de normen en waarden van de samenleving en de tijd waarin we leven. Juist daarom is het belangrijk om de mens te zien in diens unieke levensgeschiedenis en context, en samen te onderzoeken wat herstel voor die persoon betekent – waarbij de diagnose slechts één onderdeel is van het geheel."

Gabriëlle van Son: "Graag zet ik mij in voor de ambitie om herstelgericht te gaan werken en de behoeften van cliënten daarin meer centraal te zetten. Intensiever samenwerken rondom een cliënt als een netwerkpartner is ook echt een nieuwe koers. Het geeft meer ruimte om het lokaal goed te regelen met de plaatselijke organisaties."

Natasja van Lang: "Het is mooi een bijdrage te leveren aan praktijkgericht onderzoek in de ggz, waarin professionals samen met cliënten en onderzoekers én studenten op een gelijkwaardige manier kunnen toewerken naar een goede zorgverlening".

Een tweede onderzoek binnen deze onderzoekslijn is het promotieonderzoek van Juul Koene waarin zij zich richt op (het herstel van) zelfregulatie in relatie tot het arbeidsfunctioneren van mensen met bipolariteit. *Werk* roept voor veel mensen met bipolariteit complexe vraagstukken en uitdagingen op. De impact van de aandoening maakt dat velen van hen geconfronteerd worden met uitval door acute symptomen, opbouwperiodes en situaties waarin de arbeidsloopbaan anders loopt dan gedacht of gewent. Deze ervaringen zijn ontwrichtend en tasten dikwijls het gevoel van hoop en geloof aan. Gelukkig weet een deel van de mensen hun werkzame leven (opnieuw) passend vorm te geven en een functie te bekleden die aansluit bij hun opleidingsniveau, ambities, talenten en kwetsbaarheden.

Onderzoek laat zien dat executieve functies een belangrijke factor in adequaat arbeidsfunctioneren zijn (Koene e.a., 2025). Deze hogere cognitieve functies zijn bouwstenen voor het vermogen om jezelf te reguleren: je eigen gedachten, gevoelens en gedrag te monitoren en aan te sturen. En juist hierin ervaart een aanzienlijk deel van de mensen met bipolariteit beperkingen in, ook in periodes waarin zij geen symptomen ervaren. In dit promotieonderzoek trachten we een bijdrage te leveren aan herstel op het snijvlak van zelfregulatie en arbeidsfunctioneren.

Dit doen we door een reeds bestaande gespreksmethode door te ontwikkelen op basis van de ervaringen van mensen met bipolariteit (mensen in behandeling en ervaringsdeskundigen) en hun naastbetrokkenen.

Met interviews en focusgroepen hebben we hun perspectief verzameld en verwerkt in een nieuwe versie van de gespreksmethode. Hiermee kunnen professionals samen met hun cliënten het arbeidsfunctioneren in relatie tot zelfregulatie bespreken en een concreet actieplan maken voor herstel, ontwikkeling en steun of compensatie. In samenwerking met de praktijk en Dirjanne als ervaringsdeskundige evalueren we deze nieuwe versie op relevantie, bruikbaarheid en integriteit in een pilotstudie. Met als doel om handvatten te geven aan een uitdagend en belangrijk gebied van het alledaagse leven.

2. Netwerkgerichte zorg in de eigen leefomgeving

Netwerkgerichte zorg is van onmiskenbaar belang in het overbruggen van domeinen, zorg, en het 'gewone leven'. De *Academische Werkplaats Langdurige GGZ*³ heeft in samenspel met een aantal praktijkpartners, waaronder Rivierduinen, een subsidieaanvraag "*Implementatie van Resourcegroepen in de langdurige zorg door praktijk- en reflectief leren*" toegekend gekregen.

Binnen dit project worden resourcegroepen (RG) gepositioneerd als een kernelement van netwerkgerichte en herstelondersteunende zorg in de langdurige ggz. Het uitgangspunt is dat herstel niet plaatsvindt in isolatie, maar in en mét de leefomgeving van de cliënt.

Een resourcegroep bestaat uit een door de cliënt samengestelde groep van formele en informele betrokkenen, zoals familieleden, vrienden, ervaringsdeskundigen en professionals, binnen en buiten de ggz. De cliënt heeft regie over wie deelneemt en wanneer de samenstelling verandert. Dit maakt het netwerk flexibel, context- en herstelgericht. De resourcegroep ondersteunt de cliënt actief bij het realiseren van persoonlijke, maatschappelijke en klinische hersteldoelen, afgestemd op de fase van herstel en de woon- en leefsituatie.

Omdat cliënten in de langdurige ggz vaak te maken hebben met beperkte of overbelaste netwerken, complexe familiegeschiedenissen en negatieve eerdere ervaringen met zorg en naasten, vraagt werken met resourcegroepen in deze setting om maatwerk, relationele sensitiviteit en aandacht voor machtsdynamieken. De leefomgeving wordt expliciet meegenomen als invloedrijke context waarin herstel, autonomie en participatie vorm krijgen.

Binnen de resourcegroepen wordt triadisch gewerkt met cliënt, naaste en professional waardoor gelijkwaardigheid, meerstemmigheid en gedeelde besluitvorming wordt bevorderd. De leefwereld van de cliënt is van groot belang in het zorgproces. Dit vraagt soms nieuwe vaardigheden van professionals, zoals het kunnen doorzien van verschillen in perspectief, het delen van regie en het ondersteunen van wederkerige relaties binnen het netwerk.

3 De onderzoeksgroep GGZ is verbonden aan de Academische Werkplaats Langdurige GGZ (AW Iggz), een landelijk samenwerkingsverband onder coördinatie van het Trimbos-instituut, opgericht op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Binnen deze werkplaats werken kennisinstituten, ggz-instellingen, cliënten, naasten en professionals samen aan praktijkgericht en wetenschappelijk onderzoek dat bijdraagt aan herstel en kwaliteit van zorg voor mensen met ernstige en langdurige psychische problematiek.

Chantal Dekker: “We zetten in op een praktijk waarin de cliënt écht centraal staat en zelf de regie voert, met naasten als onmisbare partners in het behandelproces. Met de resource (samenwerk)groepen maken we van gedeelde besluitvorming de standaard; we werken niet ‘aan’ een patiënt, maar zien herstel als een samenspel tussen de cliënt en zijn gehele sociale ecosysteem. Zo bouwen we aan duurzaam herstel in de eigen leefomgeving.”

Chantal deed in 2024 onderzoek naar gedeelde besluitvorming binnen FACT teams. Zij concludeerde dat resourcegroepen actieve inspraak en gezamenlijke besluitvorming bevorderen.

Via een lerend netwerk wordt gewerkt aan een duurzame inbedding van resourcegroepen in het dagelijks handelen van teams in de langdurige ggz. Door samenwerking met onderwijs en landelijke kennisnetwerken wordt beoogd dat netwerk- en leefomgevingsgericht werken geen projectmatige interventie blijft, maar structureel onderdeel wordt van zorg in de leefomgeving van cliënten. Chantal Dekker en collega's zijn actief met de doorontwikkeling van de resourcegroepen, bij Rivierduinen “samenwerkgroepen” genoemd, binnen de Dichtbij teams.

3. Holistische benaderingen

Deze onderzoeklijn vertrekt vanuit het inzicht dat zogenoemd *moelijk te begrijpen gedrag* vaak niet los kan worden gezien van langdurige stress, trauma en sociale uitsluiting. Gedrag dat in zorg- en veiligheidscontexten wordt geproblematiseerd, kan vanuit een holistisch perspectief worden begrepen als een betekenisvolle reactie van lichaam en geest op ingrijpende levenservaringen. In deze benadering staat niet de vraag “*wat is er mis?*” centraal, maar “*wat is iemand overkomen – en wat heeft iemand nodig om te herstellen?*”

Trauma wordt nadrukkelijk niet opgevat als een individueel psychisch probleem, maar als een transdiagnostische en relationele factor die diep ingrijpt op het zenuwstelsel, de lichaamsbeleving en het vermogen tot zelfregulatie. Juist bij mensen met complexe hulpvragen, zoals psychosegevoeligheid, verslaving, eetstoornissen,



dakloosheid of suicidaliteit, maar ook bij vrouwen die slachtoffer zijn geweest van vrouwenhandel en misbruik, is sprake van een stapeling van sociale, existentiële en lichamelijke belasting. Lichaamsgerichte en creatieve interventies sluiten hierbij aan, juist omdat zij werken *voorbij het talige*, en direct aangrijpen op regulatie, veiligheid en herstel van lichaamsbewustzijn. In opdracht van Move Forward Foundation wordt gewerkt aan een onderbouwing van het Trauma Support Movement Program (TSMP). Het programma richt zich op meisjes en jonge vrouwen van 10 tot 25 jaar die verblijven in residentiële jeugdhulpvoorzieningen of opvanghuizen en die slachtoffer zijn van seksueel geweld. De aanpak van TSMP is lichaamsgericht, traumasensitief en preventief van aard. Dans en beweging worden ingezet als niet-verbale ingang tot regulatie en herstel, binnen duidelijke en veilige kaders.

De interventie bestaat uit wekelijkse danslessen van ongeveer zestig minuten en wordt sinds 2023 in verschillende Nederlandse opvanghuizen en residentiële jeugdhulpinstellingen aangeboden, waaronder locaties van Pluryn, Sterk Huis, HVO Querido, Leger des Heils, Humanitas, Arosa, Timon en Moviera. Het programma wordt getoetst op kwaliteit, werkzaamheid en uitvoerbaarheid door een werkgroep met deskundigen van de Trauma Company, Pluryn, Praktijk Stress en Trauma, Radboud Universiteit en de onderzoeksgroep GGZ van Hogeschool Leiden.

Hiernaast zijn binnen deze onderzoekslijn voorbereidingen begonnen voor het door ZonMw toegekende onderzoeksproject naar “Een traumasensitieve benadering bij onbegrepen gedrag” in samenwerking met Hogeschool Windesheim, GGZ Rivierduinen, Leger des Heils en Focus. Het project richt zich op de doorontwikkeling van twee traumasensitieve interventies – één lichaamsgericht en één creatief – die toepasbaar zijn in zowel de specialistische ggz, maatschappelijke opvang als herstel- en zelfregiecentra. Uniek is dat deze interventies niet primair worden ontwikkeld vanuit een professionele logica, maar in co-creatie met ervaringsdeskundigen, cliënten en naasten.

Ervaringskennis vormt daarmee geen aanvulling, maar een dragende kennisbron binnen het onderzoeks- en ontwerpproces.

De holistische insteek van het project komt tot uitdrukking in drie kernprincipes. Ten eerste wordt herstel gezien als een belichaamd proces, waarin veiligheid, zintuiglijke ervaring en relationele afstemming cruciaal zijn. Ten tweede wordt nadrukkelijk rekening gehouden met context: wat werkt in een High Intensive Care-setting vraagt andere vormen dan in een herstelcentrum of opvang. Ten derde staat het voorkomen van hertraumatisering centraal, zowel in interventies als in de bredere omgeving en bejegening.

De opbrengsten zijn zowel praktisch als conceptueel. Praktisch resulteert het onderzoek in overdraagbare interventies en handleidingen voor professionals en ervaringsdeskundigen. Conceptueel draagt het bij aan een verschuiving in denken naar een belichaamd en relationeel herstelperspectief. Daarmee leveren we een essentiële bijdrage aan traumasensitieve zorg en aan de verdere ontwikkeling van holistische, lichaamsgerichte praktijken binnen de ggz. In het beoogde project wordt samengewerkt met o.a. Alie Weerman, Lector GGZ & Samenleving van Hogeschool Windesheim.

4. Voorkomen van hertraumatisering in de ggz

Juist in een hulpverleningscontext kunnen cliënten, door hun geschiedenis en hun afhankelijkheid en kwetsbaarheid, gehertraumatiseerd raken. Deze hertraumatisering kan op twee niveau's plaatsvinden (Institute on Trauma and Trauma-Informed Care, 2021):

1. in het contact tussen professional en cliënt, en
2. als gevolg van systemisch of institutioneel onrecht.

In het contact tussen professional en cliënt spelen onder meer de volgende factoren een rol (Fernández e.a., 2023):

- de mate waarin iemand zich gehoord en gezien voelt
- het gebruik van stigmatiserende taal
- de mate van transparantie en samenwerking
- machtsverhoudingen, dwang, drang en (seksueel) geweld.

Op organisatie of systeemniveau, speelt onder meer het volgende:

- het herhaaldelijk moeten vertellen van je verhaal
- blootstelling aan de verhalen of psychische reacties van andere cliënten
- behandeld worden als een nummer en/of geïdentificeerd worden met een label/diagnose
- de mate van keuzevrijheid en beschikbare behandelopties.

Deze factoren laten zien dat hertraumatisering niet alleen kan ontstaan binnen individuele behandelcontacten, maar ook in de organisatorische en institutionele context van onze zorg.

In de literatuur wordt bovendien steeds vaker onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van schade binnen de geestelijke gezondheidszorg, waaronder behandelgerelateerde neveneffecten, iatrogene schade en schade die voortkomt uit structurele of institutionele factoren.

Met de groeiende erkenning van trauma als onderliggende oorzaak in de ggz en een belangrijke transdiagnostische factor als zodanig, groeit ook het besef dat zowel in de bejegening als daadwerkelijke behandeling cliëntgericht (be)handelen bijdraagt aan de kwaliteit van zorg en het beperken van schadelijke effecten van de ggz.

Internationaal, maar ook in Nederland is er toenemende aandacht voor de ongewenste, soms iatrogene effecten van zorg, zoals de vergaande medicalisering die in de cultuur van de ggz verankerd is.

Een ander ongewenst, maar bekend effect is dat psychische problematiek

geïsoleerd wordt van de sociale context en gereduceerd wordt tot een diagnose (sanisme). Daarnaast kan (zelf)stigma ontstaan of in stand worden gehouden. Sommige hulpvragers ervaren bovendien een depersonaliserende werking van de ggz, bijvoorbeeld als gevolg van protocollair werken. Anderen ervaren de hulpverlening als afwijzend of onbetrouwbaar. Dergelijke machteloos makende dynamieken kunnen niet alleen leiden tot verwarring, epistemisch en institutioneel onrecht- onrecht dat ontstaat wanneer iemands kennis of ervaring wordt genegeerd of onderschat-, maar ook tot aanvullende schade.

Houben e.a. (2026) onderscheiden drie categorieën neveneffecten van behandeling. Ten eerste kunnen er negatieve reacties optreden op een correct uitgevoerde behandeling, zoals een tijdelijke toename van angst tijdens exposuretherapie. Ten tweede kan er sprake zijn van iatrogenese, oftewel schade als gevolg van een incorrect uitgevoerde behandeling. Ten derde kan schade ontstaan door normoverschrijdend handelen.



Het belang van feedback

Structurele feedback van cliënten en professionals is essentieel om de kwaliteit en veiligheid van zorg continu te verbeteren. Veel van de neveneffecten blijven onder de radar zolang ze niet systematisch in kaart worden gebracht en geplaatst worden binnen de bredere cultuur van de ggz.



Opvallend in dit verband is het geringe aantal geground verklaarde klachten bij interne klachtencommissies van instellingen in het kader van de Wkkgz⁴ in heel Nederland.

Door naast klachtenverandering ook (gespreks)instrumenten in te zetten die neveneffecten inzichtelijk maken, kunnen signalen die duiden op negatieve effecten wellicht eerder worden herkend en kan tijdig worden bijgestuurd. Dit draagt niet alleen bij aan veiligheid van cliënten maar kan ook de alliantie tussen cliënt en professional versterken. Tevens kan het helpen schade te voorkomen door tijdig een niet-effectieve behandeling te beëindigen.

De uitdaging ligt daarom niet alleen in het identificeren en bespreekbaar maken van neveneffecten, maar ook in het voorkómen ervan. Erkenning van mogelijke neveneffecten en een open dialoog hierover tussen hulpvrager en professional vormen een eerste stap in dit proces.

4 De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) is een Nederlandse wet die sinds 1 januari 2016 geldt en regels stelt om de kwaliteit van zorg te verbeteren en om klachten en geschillen van cliënten beter te regelen.

Empirisch onderzoek naar neveneffecten van behandelingen in de ggz is echter nog beperkt. Onderzoekers pleiten ervoor om in toekomstige studies expliciet negatieve effecten te definiëren, te meten en te rapporteren, omdat dit cruciaal is om risico's beter te begrijpen en te minimaliseren in de dagelijkse praktijk (Houben, 2022). Wanneer deze perspectieven worden samengebracht, wordt duidelijk dat psychotherapie en andere vormen van zorg binnen de ggz niet zonder risico's zijn. Systematische monitoring, betere scholing over mogelijke schadelijke effecten en uitgebreider empirisch onderzoek zijn daarom noodzakelijk om neveneffecten eerder te signaleren, beter te begrijpen en waar mogelijk te voorkomen.

Geweld in de zorgrelatie

Naast onbedoelde neveneffecten van behandelingen kan ook normoverschrijdend handelen binnen de zorgrelatie leiden tot ernstige schade voor cliënten. Het gaat daarbij bijvoorbeeld over grensoverschrijdende gedragingen, zoals psychisch, emotioneel of seksueel misbruik, intimidatie of manipulatie. Actiegroepen zoals 'Tekeer tegen de isoleer' maakten duidelijk dat dwang en drang een actueel thema blijft.

De internationale #MeToo-beweging heeft de afgelopen jaren ook binnen de zorgsector zichtbaar gemaakt dat machtsmisbruik en seksueel grensoverschrijdend gedrag geen incidenten zijn, maar structurele problemen die vaak lange tijd onbesproken blijven (Rozen-Vlachos & Weenink, 2023). Juist in relaties waarin sprake is van afhankelijkheid, vertrouwen en professionele autoriteit, is voortdurende aandacht voor machtsdynamieken, meldcultuur en bescherming van cliënten essentieel. Daarmee raakt het probleem niet alleen de individuele cliënt, maar ook de legitimiteit en betrouwbaarheid van het zorgsysteem als geheel.

Ondanks diverse juridische kaders, is de rechtsbescherming van een hulpvrager in de ggz niet vanzelfsprekend. Al langere tijd staat binnen het tuchtrecht het lerend effect ter discussie. Hoewel enerzijds, door de lage drempel ten aanzien van het indienen van een tuchtklacht, het risico op toenemend defensief handelen onder professionals reëel is, is anderzijds nog steeds sprake van een onderrapportage inzake 'geweld in de zorgrelatie'. Van een lerend effect kan worden uitgegaan als normen binnen de verschillende beroepsgroepen bespreekbaar zijn en zo nodig worden herzien. Maar ook, als er aandacht is voor het geluid van klagers/melders.

In een recente evaluatie van het tuchtrecht (2025) wordt geconstateerd dat Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) de afgelopen jaren geen grotere rol is gaan spelen als klager binnen het tuchtrecht. Maar juist de IGJ is beter dan individuele patiënten in staat om structurele tekortkomingen te duiden en om in te schatten waar beroepsnormen tekortschieten of herijkt zouden moeten worden. Daarmee kan zij een belangrijke impuls (blijven) geven aan normontwikkeling binnen de diverse beroepsgroepen. In de evaluatie van het tuchtrecht (2025) wordt echter geconstateerd dat, wanneer de IGJ al een klacht indient, deze veelal betrekking heeft op onderwerpen waarvoor volgens die evaluatie weinig behoefte zou bestaan aan verdere normontwikkeling, zoals seksueel grensoverschrijdend gedrag en dwang & drang. Die constatering is echter problematisch, gezien de onderrapportage. De signaalfunctie van dit type tuchtklachten is nog altijd van onmiskenbaar belang, niet alleen voor de individuele rechtsbescherming, maar ook voor het zichtbaar maken en bevragen van collectieve blinde vlekken binnen het zorgveld. In totaal ontving de IGJ in 2024 slechts 80 klachten ten aanzien van seksueel geweld vanuit de geestelijke gezondheidszorg. Ingewikkeld is dat dit thema zo beladen is, en het sociaal-psychologisch bezien ingewikkeld is ons te realiseren dat normoverschrijdingen plaatsvinden, juist door collega's, laat staan deze te bespreken (Weenink, Kröger & Van Baarle, 2026).



Een netwerkaanpak zal ook hier ons moeten helpen bewustzijn te vergroten en de praktijk te ondersteunen bij een cultuurverandering voorbij de patriarchale erfenis, met als expliciete inzet dat die praktijk de beoogde gelijkwaardigheid tussen mannen en vrouwen daadwerkelijk weerspiegelt.

De lancering van het zorgmanifest door regeringscommissaris grensoverschrijdend gedrag Mariëtte Hamer op 5 juni 2025, toonde dat er een pril begin gemaakt is om grensoverschrijdingen tussen collega's aan de kaak te stellen. Er is echter nog een lange weg te gaan om de veiligheid voor cliënten bespreekbaar te maken.

De onderzoeksgroep zal de komende jaren in het bijzonder aandacht besteden aan (psychisch en seksueel) geweld in de zorgrelatie van professional naar cliënt.

Psychiater en directeur behandelmogelijkheden Ariane de Ranitz van GGZ Rivierduinen is trekker van de kwaliteitscommissie Veilige Zorg.

Ariane: "Binnen de brede beweging naar herstelgerichte zorg is meer deskundigheid nodig om veilige zorg te organiseren. Het lijkt zo vanzelfsprekend, maar het gaat veel verder dan het organiseren van veilige medicijnkasten en gedragsregels. Het start namelijk met het zien van veiligheid, als een gedeelde verantwoordelijkheid. Hoe maken we afspraken met elkaar, hoe gaan we met elkaar om? En wat doen we als er wat mis gaat? Ik noem dat soms 'lerend behandelen', wat betekent dat we reflecteren met elkaar op lastige situaties en in ingewikkelde relaties."

Ariane en Simona willen de komende jaren samen met andere collega's meer zicht krijgen op de ervaren veiligheid onder cliënten van GGZ Rivierduinen en daarin een aanpak ontwikkelen om veilige zorg (beter) te borgen.



6. Kenniscentra Samen Redzaam en Vitaliteit en Eigen Regie

De onderzoeksgroep GGZ is organisatorisch ingebed bij Kenniscentrum Samen Redzaam en werkt nauw samen met Kenniscentrum Vitaliteit en Eigen Regie ter bevordering van de interfacultaire samenwerking.

Kenniscentrum Samen Redzaam is onderdeel van de faculteit Social Work en Toegepaste Psychologie (SWTP) van Hogeschool Leiden. We doen praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek dat direct toepasbaar is in de samenleving, de praktijk, het onderwijs en het onderzoeksdomein.

Ons onderzoek gaat uit van de overtuiging dat mensen, ook wanneer zij fysieke, emotionele of sociale problemen ervaren, zo gezond en sociaal mogelijk moeten kunnen leven en participeren in de samenleving. De betekenis hiervan wordt in belangrijke mate door hen zelf bepaald. Professionals dragen hieraan bij door in gelijkwaardige dialoog hun vakmanschap in te zetten, met name bij burgers met tijdelijk of permanent regieverlies.

Om aan deze vraagstukken te werken, hanteren we vier doorsnijdende thema's die we regionaal en (inter)nationaal samen met partners oppakken:

- Preventie
- Interprofessionele samenwerking en systeemgericht werken
- Inclusie en ervaringsdeskundigheid
- Recht en ethiek

Deze thema's vormen, samen met de onderzoekslijnen van onze onderzoeksgroepen, het profiel en de basis van onze onderzoeksagenda.

We beogen met ons onderzoek bij te dragen aan een inclusieve en veerkrachtige samenleving waarin burgers, professionals en organisaties kunnen meebewegen met veranderende en complexe omstandigheden. We dragen bij aan het oplossen van maatschappelijke vraagstukken. Dit doen we samen met professionals in zorg en welzijn, ervaringsdeskundigen, burgers, beleidsmakers, studenten en docenten. Onze bijdrage aan een meer inclusieve, veerkrachtige en veilige samenleving past daarmee bij de hogeschoolbrede zwaartepunten Gezondheid & Welzijn en Veiligheid.

Kenniscentrum Vitaliteit en Eigen Regie is onderdeel van de faculteit Gezondheidszorg van Hogeschool Leiden. Wij doen praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek dat direct toepasbaar is in de zorgpraktijk, het onderwijs en het bredere gezondheidsdomein.

Ons onderzoek vertrekt vanuit de overtuiging dat zorgprofessionals een sleutelrol spelen in het realiseren van toekomstbestendige, persoonsgerichte zorg. Tegelijkertijd vraagt de huidige zorgcontext – met toenemende complexiteit, personeelstekorten en stijgende druk – om professionals die vitaal, veerkrachtig en duurzaam inzetbaar zijn. Wij versterken daarom hun kennis, houding en vaardigheden, zodat zij zichzelf en hun zorgvragers kunnen ondersteunen in het bevorderen van gezondheid, vitaliteit en eigen regie.



Om deze ambities te realiseren werken we vanuit vier samenhangende onderzoeksthema's die we regionaal en (inter)nationaal met partners oppakken:

- Persoonsgerichte zorg
- Duurzame inzetbaarheid
- Zorgtechnologie
- Klimaatadaptatie en gezondheid

Deze thema's vormen, samen met de onderzoekslijnen van onze onderzoeksgroepen, het profiel en de basis van onze onderzoeksagenda.

Wij beogen met ons onderzoek bij te dragen aan een zorgpraktijk waarin gezamenlijke besluitvorming vanzelfsprekend is, waarin professionals regie kunnen nemen in noodzakelijke veranderingen en waarin zorgvragers actief betrokken zijn bij keuzes over hun gezondheid en ondersteuning. Dit doen we samen met zorgprofessionals, zorgvragers, naasten, beleidsmakers, studenten en docenten. Onze bijdrage sluit aan bij het hogeschoolbrede zwaartepunt Gezondheid & Welzijn en bij de maatschappelijke opdracht om te werken aan een gezonde en inclusieve samenleving.



“

**Het is mijn missie
om binnen de
GGZ verschillende
perspectieven met
elkaar te verbinden, de
stem van cliënten en
ervaringsdeskundigen
te versterken en de ggz
traumasensitiever te
maken.**

”

Simona Karbouniaris,
lector GGZ

7. Medewerkers onderzoeksgroep GGZ

Simona Karbouniaris

Simona Karbouniaris werkt sinds mei 2025 aan Hogeschool Leiden en GGZ Rivierduinen als lector GGZ. Daarvoor werkte zij 19 jaar in Utrecht als docent en onderzoeker aan Hogeschool Utrecht, bij respectievelijk het Instituut Social Work en het Kenniscentrum Sociale Innovatie.

Zij verrichte divers wetenschappelijk en praktijkgericht onderzoek naar cliëntgerichte en herstelgerichte zorg- en welzijnspraktijken. Opgeleid als dansagoog en sociaal wetenschapper met eigen cliëntervaring, draagt zij de ggz een warm hart toe. In 2023 promoveerde zij op de professionele inzet van ervaringsdeskundigheid in samenwerking met LUMC, Windesheim en vier ggz instellingen. In die periode zette zij samen met Marjolein Boomsma en Petra Caarls speciale intervisiegroepen op voor psychiaters en aankomende psychiaters met eigen cliëntervaringen.

Daarnaast is zij in samenwerking met UMC Utrecht en Maastricht Universiteit,



mede trekker van het Youth GEMS project: een Europees consortium dat van 2022 - 2027 onderzoek doet naar mentale gezondheid en veerkracht onder kinderen en jongeren.

Naast haar werk als lector en onderzoeker, is zij toezichthouder bij de ggz-organisaties Lister en Beleef. De komende jaren zal zij zich met toewijding inzetten voor praktijkgericht onderzoek ten behoeve van een herstel en netwerkgerichte ggz, binnen en buiten de regio.

Aischa Schmitt

Aischa Schmitt is met veel plezier aan het werk als docent Social Work aan de Hogeschool Leiden. Met een achtergrond in de psychologie richt zij zich inhoudelijk op de specialisatie GGZ. Zij ontwikkelt onderwijs, verzorgt lessen en begeleidt stagiaires op eindniveau. Daarnaast is zij coördinator van de leerlijnen 3 en 4, zowel voor het generieke programma als voor de GGZ-specialisatie. Tevens is zij actief voor de onderzoeksgroep GGZ bij o.a. de dansinterventie voor meisjes en jonge vrouwen van Move Forward Foundation.



In haar werk ligt momenteel de nadruk op de ontwikkeling van een nieuw curriculum, waarin herstelgericht werken, professionele reflectie en ervaringskennis centraal staan. Aischa vindt het belangrijk dat studenten niet alleen leren wat in de praktijk effectief is, maar vooral ook onderzoeken wie zij zelf zijn, zowel persoonlijk als professioneel, en hoe juist de relatie met de cliënt bepalend kan zijn voor begeleiding en herstel.

Ook buiten het onderwijs verzorgt zij trainingen in de zorg, onder andere in de forensische sector. Daarin zet zij zich in om herstelgericht werken nadrukkelijk op de agenda te zetten en professionals te ondersteunen bij het werken vanuit deze visie.

Naast deze werkzaamheden is zij auteur van het nieuwe kinderboek 'Over prikkeltje - en de stekels in zijn buik', dat in het najaar van 2026 verschijnt. Het boek gaat over de grote emoties van kleine kinderen en biedt op speelse en lichaamsgerichte wijze ruimte voor emotieregulatie, co-regulatie en verbinding met zowel hun binnenwereld en de omgeving.

Esther Slobbe

Esther Slobbe is docent Beeldende Therapie aan de Hogeschool Leiden, waar zij onderwijs geeft in therapeutische methodiek, casuïstiek en consultatie. Daarnaast begeleidt zij als studieloopbaanadviseur derdejaarsstudenten in hun professionele en persoonlijke ontwikkeling richting het werkveld.

Naast haar werk in het onderwijs heeft zij een eigen praktijk als beeldend therapeut, waar zij jongeren en volwassenen begeleidt bij onder andere trauma, hechtingsproblematiek, angst, rouw en depressieve klachten. In haar werk onderzoekt zij hoe non-verbale vormen zoals beeldend werken kunnen helpen om ervaringen zichtbaar te maken en beweging te brengen waar woorden soms tekortschieten. Daarbij verbindt zij creatieve en lichaamsgerichte benaderingen om het lichaam en emotieregulatie een centrale plaats te geven in traumagevoelige zorg.

Zij levert bij de onderzoeksgroep graag een bijdrage in het ontwikkelen van manieren waarop creatieve



en lichaamsgerichte interventies op een zorgvuldige en trauma-sensitieve manier kunnen worden ingezet bij onbegrepen gedrag. Vanuit haar ervaring met beeldende therapie en haar huidige opleiding in lichaamsgerichte traumatherapie poogt zij deze perspectieven te verbinden, zodat er een rijker en completer aanbod kan ontstaan voor cliënten en professionals.

Juul Koene

Juul Koene is werkzaam als docent-onderzoeker bij Hogeschool Leiden en sinds de oprichting van de onderzoeksgroep betrokken. Met haar promotieonderzoek hoopt zij een bijdrage te leveren aan de ambitie om de mentale gezondheidszorg te verbeteren.

Na haar studie Social Work heeft zij zich verder ontwikkeld in het doen van kwalitatief onderzoek. In de afgelopen tien jaar heeft zij zich vooral gericht op het thema herstel, waarin zij specifieke aandacht heeft voor zelfregulatie en herstel daarvan.



Juul geeft onderwijs bij Social Work, vooral in het derde en vierde jaar van de opleiding bij het uitstroomprofiel GGZ Agoog. Daarnaast is zij betrokken bij Leven Lang Ontwikkelen en is zij regelmatig opdrachtgever voor afstuderende studenten Social Work en Toegepaste Psychologie. Dat vindt ze ontzettend leuk en een belangrijk deel van het werk: studenten zijn uiteindelijk de toekomst!

Haar ambitie is altijd geweest dat middels onderzoek een bijdrage wordt geleverd aan de levens van de mensen waar het uiteindelijk over gaat: degenen die zo hard aan het werk zijn om te herstellen en hun leven vorm te geven na ontwrichtende periodes en ervaringen. Het ontwikkelen van nieuwe en relevante kennis, producten en onderwijs in samenwerking met de praktijk, cliënten en ervaringsdeskundigen draagt daar aan bij en maakt dat we over en weer van elkaar leren.

Gabriëlle van Son

Gabriëlle van Son is senior onderzoeker bij GGZ Rivierduinen. Zij maakt deel uit van de onderzoekslijn Complexe Psychiatrische Aandoeningen (CPA) en is tevens verbonden aan de onderzoeksgroep GGZ sinds 2025.

Gabriëlle studeerde Klinische- en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Leiden en was daarna als onderzoeker verbonden aan het Centrum Eetstoornissen Ursula van Rivierduinen. Zij volgde de master Epidemiologie en promoveerde op epidemiologisch onderzoek naar eetstoornissen.

Sinds tien jaar werkt zij bij de afdeling Kwaliteit en Zorgvernieuwing, waar zij zich samen met collega's, zorgmedewerkers en cliënten inzet voor het bevorderen van kwalitatief hoogwaardige zorg. Haar focus ligt op routine outcome monitoring (ROM) en Feedback Informed Treatment (FIT). Zij traint teams in FIT en onderzoekt hoe veranderprocessen in de ggz verlopen en hoe deze optimaal ondersteund kunnen worden.



Haar bijzondere interesse gaat uit naar 'common factors' in psychotherapie en naar het begrijpen van therapie vanuit een complex systems science-perspectief. Daarbij werkt zij graag met mixed-method onderzoek en in multidisciplinaire teams.

Daarnaast verzorgt zij FIT-trainingen voor ggz-behandelaren en begeleidt zij GZ-psychologen in opleiding tot Klinisch Psycholoog bij hun onderzoekstraject. Het stimuleren van leren, reflectie en continue verbetering binnen de ggz sluit nauw aan bij haar expertise en onderzoeksinteresses.

Hennemieke Könings-Haselhoff

Hennemieke Könings-Haselhoff is managementondersteuner van de onderzoeksgroep GGZ en van de onderzoeksgroep Beweegzorg Eigen Regie en Gedragsverandering (BERG).

Sinds de start van de onderzoeksgroep GGZ is zij betrokken als managementondersteuner. Het is haar ambitie de onderzoeksgroep zo goed mogelijk te ondersteunen; dat vraagt een proactieve aanpak.

Zij denkt mee met de dagelijkse en praktische invulling van de onderzoeksgroep en werkt nauw samen met Simona.

Deze samenwerking geeft haar de mogelijkheid om zich verder te ontwikkelen doordat er regelmatig nieuwe activiteiten moeten worden georganiseerd en veel geschakeld moet worden, o.a. met GGZ Rivierduinen.



Laura Veerman

Laura Veerman werkt als docent-onderzoeker bij Hogeschool Leiden en is betrokken bij participatief ontwerponderzoek naar een trauma-sensitieve benadering voor mensen met onbegrepen gedrag. Daarnaast geeft zij les binnen de opleiding Toegepaste Psychologie.

In haar promotieonderzoek deed Laura actieonderzoek, samen met professionals, beleidsmakers en een jongerenvertegenwoordiger, naar hoe integrale zorg in de praktijk vorm kan krijgen voor jongeren met problemen op meerdere levensgebieden die een gevaar vormen voor zichzelf of hun omgeving.



Voor Laura staat één ding centraal: onderzoek moet iets in beweging brengen. Door samen met de praktijk en ervaringsdeskundigen te leren en te reflecteren, wil zij bijdragen aan mentale gezondheidszorg die beter aansluit bij de mensen die haar het hardst nodig hebben.

Lennie Geerlings

Lennie Geerlings is docent-onderzoeker aan de opleiding Social Work aan de Hogeschool Leiden, waar zij tevens de minor Diversiteit & Inclusieve Communicatie coördineert.

Lennie studeerde Psychologie en Culturele Antropologie en Ontwikkelingssociologie aan de Universiteit Leiden. Daarna vertrok zij naar Singapore, waar zij onderzocht hoe in klinische psychologie settings wordt omgegaan met culturele diversiteit. Lennie publiceerde over haar bevindingen uit veldwerk in klinieken en universiteiten in Nederland, Australië en Singapore en



ontving een MPhil van James Cook University. Daarna promoveerde Lennie aan de Universiteit Leiden

en het KITLV op onderzoek naar ervaringen van in- en uitsluiting van migranten in Singapore. Zij ontdekte veel gelijkenis in de strategieën die migranten aanmeten om zich thuis te voelen in de stadstaat. Hiermee legde zij verbindingen tussen vrouwen met uiteenlopende belevingswerelden, achtergronden en sociaaleconomische posities. Dit onderzoek had deels een auto-etnografisch karakter: Lennie's eigen ervaringen als migrant in Singapore nam zij mee in de analyse.

Sinds vier jaar werkt Lennie met plezier aan de Hogeschool Leiden, waar zij lesgeven combineert met onderzoek. Eerstejaarsstudenten maakt zij met plezier wegwijs in de wonderlijke wereld van het hbo, en ouderejaarsstudenten daagt zij uit om de bril waarmee zij de wereld bezien kritisch te aanschouwen. Het mooiste vindt zij de verbinding en verrijking die ontstaat wanneer studenten proberen om de wereld te aanschouwen door de bril van een ander die zij ontmoeten. Daarnaast verricht Lennie onderzoek naar o.a. diversiteit en inclusie in het onderwijs. De komende periode zal Lennie onderzoek doen bij Rivierduinen Verleggen.

Liesbeth Hazenoot

Liesbeth Hazenoot is managementondersteuner van de onderzoeksgroep GGZ en tevens verbonden aan de Rivierduinen Academie als opleidingsmedewerker.

Sinds juni 2025 is zij betrokken bij de onderzoeksgroep. Zij vindt het belangrijk om de onderzoeksgroep organisatorisch te ondersteunen en haalt energie uit plannen, structuur aanbrenge en overzicht houden. Zo kan zij op haar manier bijdragen aan een fijne en goed georganiseerde onderzoeks- en werkomgeving.



Natasja van Lang

Natasja van Lang is docent en senior onderzoeker bij Hogeschool Leiden, verbonden aan de faculteit Social Work en Toegepaste Psychologie (SWTP) en faculteit Gezondheidszorg. Sinds 2025 is zij betrokken bij de onderzoeksgroep.

Zij is opgeleid in Gezondheidswetenschappen en Psychologie en promoveerde in 2003 op het onderwerp autisme. Natasja heeft ruime onderzoekservaring binnen academische centra in de kinder- en jeugdpsychiatrie, volwassenen- en ouderenpsychiatrie,

met een latere specialisatie in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Haar onderzoek richtte zich onder meer op autisme en op angst- en stemmingsproblemen bij kinderen, met een sterke focus op kwantitatief onderzoek, waaronder epidemiologisch en klinisch MRI-onderzoek.

Sinds 2016 werkt zij bij Hogeschool Leiden, waar zij zich richt op onderwijs en praktijkgericht onderzoek. Zij verzorgt onderwijs over onderzoek en innovatie binnen de Master Advanced Nurse Practitioner (MANP) en aan vierdejaars bachelorstudenten Social Work. Daarnaast coördineert zij toegepast onderzoek, begeleidt zij promovendi en is zij lid van de ethische onderzoekscommissie.

Binnen de samenwerking met Rivierduinen Verleggen is zij vooral geïnteresseerd in de dagelijkse praktijk van de ggz. Zij wil bijdragen aan een geestelijke gezondheidszorg waarin ruimte is voor het persoonlijke verhaal en de zorgvraag van cliënten, én aan praktijkgericht onderzoek waarin professionals, cliënten, onderzoekers en studenten op gelijkwaardige wijze samenwerken aan verbetering van de zorg.



8. Samenwerkingen onderzoeksgroep GGZ

Vanuit het aanwezige netwerk van de lector, bestaat reeds een warme samenwerking met verschillende netwerkpartners, waaronder:

- Academische werkplaats langdurige GGZ (Trimbos)
- The CARE network (Europees herstel netwerk)
- EUCOMS netwerk (European Community based Mental Health Service Providers)
- Global Leadership Exchange network
- HOED (Hoger onderwijs ervaringsdeskundigheid opleidingenoverleg)
- Lectoraat GGZ & Samenleving (Hogeschool Windesheim)
- Lectoraat Participatie Zorg & Ondersteuning (Hogeschool Utrecht)
- Leyden Academy
- LUMC-Curium
- UMC Utrecht
- Universiteit Leiden
- PEPPER netwerk
- Power Us network
- Psychosenet
- Recovery Research Network
- The Society of Social Psychiatry P. Sakellaropoulos Greece
- Youth GEMs network



9. Dankwoord

Toen ik in 2023 mijn promotieonderzoek afrondde, was mijn droom om als lector binnen de ggz vervolgonderzoek te kunnen doen. Deze droom is werkelijkheid geworden dankzij de kans die mij is geboden door Hogeschool Leiden en GGZ Rivierduinen. Ik ben allereerst om die reden de sollicitatiecommissie bestaande uit Dick Wassink, Vera van Waardenburg, Eldrid Bringmann, Jan Bogers, Barbara Simons-Tjioe, Aart Rietveld, Job van den Heuvel en Juul Koene mijn dank verschuldigd. Het wederzijdse enthousiasme spatte van de gesprekken af.

Vlak voor de start in Leiden, mocht ik nog een bijdrage leveren in mijn vaderland bij the Society of Social Psychiatry P. Sakellaropoulos (SSPPS), die ggz zorg levert in een groot werkgebied van Griekenland. Zij stond aan de vooravond van het professionaliseren van ervaringsdeskundigen. Tijdens dit werkbezoek werd me wederom duidelijk hoe bevoorrecht wij in Nederland zijn, met de positionering van ervaringskennis in de ggz en het grote aantal recovery colleges en andere herstelvoorzieningen waar ervaringsdeskundigen aan bijdragen. Andersom kunnen wij weer leren van de wijze waarop mensen in kwetsbare posities in Griekenland haast onvoorwaardelijk opgevangen worden door naasten en ervaringsdeskundigen en hierin spelen ook culturele componenten een belangrijke rol. Met afkeer wordt dan ook terug geblikt op het breed bekende schandaal van de jarenlange opsluiting van psychiatrische patiënten op het Griekse eiland Leros, dat in 1989 als 'Europe's guilty secret' aan het licht werd gebracht.

Graag betuig ik op deze plek mijn bijzondere dank aan het College van Bestuur van Hogeschool Leiden, in de personen van Angelien Sanderman en Joeri van den Steenhoven, alsmede aan de raad van bestuur van GGZ Rivierduinen, vertegenwoordigd door Audrey van Schaik en Sam Schoch voor hun betrokkenheid, steun en vertrouwen in de onderzoeksgroep vanaf de start.

Op mijn eerste werkdag werd ik warm ontvangen door collega's Hennemieke Könings-Haselhoff, Juul Koene en de spontane ontmoetingen bij Fresco met Aischa Schmitt en Nienke Spaan. In de loop van de weken ontmoette ik vele collega's waarmee ik graag samen werk en die hun belangstelling toonde om deel uit te maken van de onderzoeksgroep.

Dank aan jullie allen, om mij in de eerste maanden van mijn aanstelling te helpen landen binnen zowel de hogeschool als de ggz, waaronder Bram Loog, Veronique van Miert en Nienke Holl. Vanwege de longlist zal ik hier niet alle namen kunnen opnemen, maar mijn dank is groot.

Dank je wel aan mijn sparringspartners bij GGZ Rivierduinen van de transformatie groep: Barbara Simons-Tjioe, Ardan Miedema, Janice de Jager, Ariane de Ranitz en Sanne Limburg. Samen met de collega's Annet Spijker en Mark Reitsma die het verleggen van de oevers van Rivierduinen beogen, maken we mooie stappen de komende tijd.

Dank aan de collega's van de CPA lijn voor wat betreft de onderzoeksinbedding van mijn onderzoeksgroep bij GGZ Rivierduinen: Jan Bogers, Gabriëlle van Son, Max de Leeuw en Fabian Termorshuizen.

Dank ook aan de collega-onderzoekers van Rivierduinen, die mij nog kenden van mijn eerdere werkzaamheden bij Rivierduinen way back, in 2009, te weten: Alexandra Dingemans, Rita Slof en Eric van Furth van Centrum Eetstoornissen Ursula en ook de collega's van het Kenniscentrum Ervaringsdeskundigheid, onder leiding van Marja Griffioen.

Mijn welgemeende dank gaat uit aan de bevlogen collega's die inmiddels betrokken zijn bij de kenniskring, bestaande uit: Annemarie Barnhoorn (Rivierduinen), Eefje Belt (Hogeschool Leiden), Anouk van den Berg (Rivierduinen), Roos Bonnier (Hogeschool Leiden), Jet Breukel (Hogeschool Leiden), Chantal Dekker (Rivierduinen), Liesbeth Hazenoot (Rivierduinen), Leila Kaddioui (Rivierduinen), Juul Koene (Hogeschool Leiden), Hennemieke Könings (Hogeschool Leiden), Pascal Kreijen (Hogeschool Leiden), Golda Krijger-Hagen (Hogeschool Leiden), Natasja van Lang (Hogeschool Leiden), Fieke Ligthart (Hogeschool Leiden), Sanne Limburg (Rivierduinen), Emile Metselaar (Hogeschool Leiden), Andries Rhebergen (Hogeschool Leiden), Sven Rooijackers (Hogeschool Leiden), Aischa Schmitt (Hogeschool Leiden), Tobias Smaling (Rivierduinen), Rozemarijn Smids (Hogeschool Leiden), Gabriëlle van Son (Rivierduinen), Quirijn Spijker (Rivierduinen), Simone Tak (Hogeschool Leiden), Florine Walburg (Hogeschool Leiden), Dick Wassink* (Hogeschool Leiden), Joost de Zoete (Hogeschool Leiden).

Voorts spreek ik ook graag mijn dank uit aan mijn collega-lectoren Chris Kuiper, Anne Krabbendam, Hendrien Kaal, Carolien Gravesteijn, Suzan van der Pas,

Erik Baars, Petra Siemonsma, Kim Verhaegh en associate lector Annemarie Abbing. Mede dankzij jullie voel ik me thuis in deze nieuwe rol.

Tegelijkertijd is het ook van belang om trouw te blijven aan de collega's die mij nog treffen in Utrecht tot medio 2027, in het bijzonder lector Els Overkamp, en collega onderzoekers Lisette van der Poel, Lonneke Fühler, Marijke Kolk, Hanske Douwenga, Sascha van Gijzel en Joep Binkhorst van Hogeschool Utrecht, en Jim van Os van de overkant (UMCU) die mij allen ruimte hebben gegeven om de overstap naar Leiden soepel te kunnen maken.

Ik zie uit naar nog meer samenwerkingen binnen en buiten de genoemde organisaties, met de partijen die ook actief zijn op de thema's van mijn onderzoeksgroep.



10. Literatuur

Bhatt, K. V., Asuncion, J. D., Alam, A., Zisook, S., & Stahl, S. M. (2025). Should we skip the trip? Clinical implications of psychedelic-associated subjective effects and the potential role of non-hallucinogenic alternatives. *General Hospital Psychiatry*, 96, 116-120.

Boomsma-van Holten, M., Weerman, A., Karbouniaris, S., & Van Os, J. (2023). The use of experiential knowledge in the role of a psychiatrist. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1163804.

Boumans, J., Kroon, H., & van der Hoek, B. (2023). Ggz uit de knel. *Verkenning van mogelijkheden en valkuilen van het actuele hervormingsnarratief*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Byrne, L., Happell, B., & Reid-Searl, K. (2017). Risky business: Lived experience mental health practice, nurses as potential allies. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(3), 285-292.

Chen, M. J., Chen-Li, D., Chisamore, N., Husain, M. I., Di Vincenzo, J. D., Mansur, R. B., ... & Rosenblat, J. D. (2025). Non-hallucinogenic psychedelics for mood and anxiety disorders: A systematic review. *Psychiatry Research*, 349, 116532.

Cooper, R.E., Saunders, K.R.K., Greenburgh, A. et al. The effectiveness, implementation, and experiences of peer support approaches for mental health: a systematic umbrella review. *BMC Med* 22, 72 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03260-y>

Fernández, V., Gausereide-Corral, M., Valiente, C., & Sánchez-Iglesias, I. (2023). Effectiveness of trauma-informed care interventions at the organizational level: A systematic review. *Psychological Services*, 20(4), 849.

Happell, B., O'Donovan, A., Sharrock, J., Warner, T., & Gordon, S. (2022). Understanding the impact of expert by experience roles in mental health education. *Nurse education today*, 111, 105324.

Houben, S. T. L. (2022). Baat het niet, dan schaadt het niet? Over de negatieve effecten van *psychotherapie*. The Inquisitive Mind, 1. <https://nl.in-mind.org/article/baat-het-niet-dan-schaadt-het-niet-over-d...>

Houben, S. T. L., Backus, A. C. P., Merckelbach, H., & Dandachi-Fitzgerald, B. (2026). Exploring the Overlooked: Dutch Clinicians' Perspectives on Side Effects of Psychological Interventions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 33(1), Article e70209. <https://doi.org/10.1002/cpp.70209>

Huet, V., & Holttum, S. (2016). Art therapists with experience of mental distress: Implications for art therapy training and practice. *International Journal of Art Therapy, 21*(3), 95-103.

Institute on trauma and trauma informed care (2021). [Re-traumatiation infographic transcript .pdf](#). UB School of Social Work, Buffalo center for social research.

Karbouniaris, S. & Van Os, J. (2025). *Psychedelica begrijpen in 33 vragen*. Lannoo campus

Karbouniaris, S., Wilken, J. P., Weerman, A., & Abma, T. (2022). Experiential knowledge of mental health professionals. Service users' perceptions. *European Journal of Mental Health, 17*(3), 23-37.

Kezelman, C. & Stavropoulos, P. (2019). Practice guidelines for clinical treatment of complex trauma. Blueknot.

King, A. J., Brophy, L. M., Fortune, T. L., & Byrne, L. (2020). Factors affecting mental health professionals' sharing of their lived experience in the workplace: A scoping review. *Psychiatric Services, 71*(10), 1047-1064.

Klatte, R., Strauss, B., Flückiger, C., & Rosendahl, J. (2025). Adverse events in psychotherapy randomized controlled trials: a systematic review. *Psychotherapy Research, 35*(1), 84-99.

Koene, J., Maassen, E., van Lang, N., van der Stel, J., Kupka, R., van Weeghel, J., & Kroon, H. (2025). Strategies for occupational recovery processes in individuals with bipolar disorder type I: a qualitative study. *International Journal of Bipolar Disorders, 13*(1), 12.

Leemeijer, A. M. (2024). *'Het zit gewoon niet goed in mijn systeem': Etnografisch onderzoek naar de inbedding van ervaringsdeskundigheid in professionele (GGz-) praktijken* (Doctoral dissertation, Utrecht University).

Lenz & Vos de Wael. (2024). *Rapport Meldpunt Autonomiebevorderend beleid* (in opdracht van MIND Platform). MIND Platform. <https://mindplatform.nl/media/8194/download/MIND%20Rapport%20Meldpunt%20Autonomiebevorderend%20Beleid.pdf?v=1> MIND Platform

Machielsen, G., Mathijssen, I., & van Os, J. (2024). 'Elke therapeut zou ook een relatie-expert moeten zijn'. *GZ-Psychologie, 16*(6), 26-33.

Marsman, A. (2021). Beyond dis-ease and dis-order: Exploring the long-lasting impact of childhood adversity in relation to mental health. (Doctoral dissertation, Maastricht University).

Martin, A. (2022). Making it real: from telling to showing, sharing, and doing in psychiatric education. (Doctoral dissertation, Rijksuniversiteit Groningen).

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2025). *Uit balans: IBO mentale gezondheid en ggz*. <https://open.overheid.nl/documenten/c0d175e4-d3ee-4b27-9a8c-a734e6365107/file>

Melillo, A., Sansone, N., Allan, J., Gill, N., Herrman, H., Cano, G. M., ... & Galderisi, S. (2025). Recovery-oriented and trauma-informed care for people with mental disorders to promote human rights and quality of mental health care: A scoping review. *BMC psychiatry*, 25(1), 125.

Muran, J. C., Safran, J. D., & Eubanks-Carter, C. (2010). Developing therapist abilities to negotiate alliance ruptures. *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*, 320-340.

Rooven-Vlachos, S., & Weenink, J. W. (2023). *Me Too in de zorgrelatie*. Koninklijke Boom uitgevers.

Schiepek, G., & Pincus, D. (2023). Complexity science: A framework for psychotherapy integration. *Counselling and Psychotherapy Research*, 23(4), 941-955.

Ten Have, M., Tuithof, M., van Dorselaer, S., Schouten, F., Luik, A. I., & de Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007-2009 to 2019-2022: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 22(2), 275-285.

Van Erp, N., Karbouniaris, S., Keuzenkamp, S., Metze, R., & van der Zwet, R. (2025). Outcomes of experts by experience in (mental) health care and social domain: a scoping review. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice*, 34(1).

Van Hooren, S. A. H., van Busschbach, J., Waterink, W., & Abbing, A. (2021). Werkingsmechanismen van vaktherapie: Naar een onderbouwing en verklaring van effecten-work in progress. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 17(2), 4-12.

Van Wel, T., Allon, J., Hensen, O., Marquenie, F. (2014). Herstelondermijnende reflexen. Het gevaar van goede bedoelingen van ggz-hulpverleners. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en herstel*, 2, 20-29.

Victor, S. E., Schleider, J. L., Ammerman, B. A., Bradford, D. E., Devendorf, A. R., Gruber, J., ... & Stage, D. R. L. (2022). Leveraging the strengths of psychologists with lived experience of psychopathology. *Perspectives on Psychological Science*, 17(6), 1624-1632.

Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.

Weenink, J.-W., Kröger, C., & van Baarle, E. (2026). Sexuality and sexual boundary violations in healthcare organisations: a qualitative focus group study in mental health and disability care in the Netherlands. *BMJ Open*, 16(2), e104483. Article e104483.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-104483>

Weerman, A. (2016). Ervaringsdeskundige zorg-en dienstverleners: Stigma, verslaving & existentiële transformatie. (Doctoral dissertation, VU Amsterdam).

Wilken, J. P. L. (2010). Recovering care: A contribution to a theory and practice of good care. (Doctoral dissertation, Tilburg University).

ZonMw. (2025). *Evaluatie van het tuchtrecht in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*. <https://www.zonmw.nl/nl/artikel/evaluatie-van-het-tuchtrecht-de-wet-op-de-beroepen-de-individuele-gezondheidszorg-2025>

Colofon

Lectorale rede in verkorte vorm uitgesproken op 10 juni 2026

Auteur

Dr. Simona Karbouniaris

Uitgever

Hogeschool Leiden

GGZ Rivierduinen

Vormgeving en drukwerk

Creja ontwerpen

Beeldmateriaal

Studio Oostrum

Wouter Keuris

Oh My Mood

Hennemieke Könings-Haselhoff

Copyright © 2026 Hogeschool Leiden

Alle rechten voorbehouden. Niets van deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opname of op enige andere manier, zonder vooraf schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b (aanvullende info) en 17 Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijke vergoeding te voldoen. Voor het overnemen van één of enkele gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezing, readers of andere compilatie werken dient men zich tot de uitgever te wenden.

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

Zernikedreef 11
2333 CK Leiden
Postbus 382
2300 AJ Leiden

071 - 5188 800
info@hsleiden.nl
hsleiden.nl

facebook.com/hsleidennl
x.com/hsleidennl
linkedin.com/company/hogeschool-leiden



gezien en gehoord