



Universiteit
Leiden

The Netherlands

Bruggen bouwen tussen wetenschap en praktijk: evidence-based practice als kompas voor de beste zorg voor kinderen, jongeren en gezinnen

Bexkens, A.

Citation

Bexkens, A. (2025). *Bruggen bouwen tussen wetenschap en praktijk: evidence-based practice als kompas voor de beste zorg voor kinderen, jongeren en gezinnen*. Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4283296>

Version: Publisher's Version

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4283296>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. Anika Bexkens-Sifrim

**Bruggen bouwen tussen wetenschap en praktijk –
Evidence-based practice als kompas voor de beste
zorg voor kinderen, jongeren en gezinnen**



**Universiteit
Leiden**

Bij ons leer je de wereld kennen

Bruggen bouwen tussen wetenschap en praktijk –
Evidence-based practice als kompas voor de beste zorg
voor kinderen, jongeren en gezinnen

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. Anika Bexkens-Sifrim

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar

Evidence Based Clinical Practice for Child and Adolescent Mental Health

aan de Universiteit Leiden

op vrijdag 28 november 2025



Universiteit
Leiden

Mevrouw de rector magnificus, mevrouw de decaan, geacht faculteitsbestuur, beste collega's, lieve familie en vrienden, zeer gewaardeerde toehoorders, met veel plezier aanvaard ik vandaag officieel mijn benoeming tot hoogleraar **Evidence-Based Clinical Practice for Child and Adolescent Mental Health**. Wat fijn om zo een gevarieerd gezelschap te zien: wetenschappers, klinici, opleiders, ervaringswerkers, studenten, naasten.

Ik neem jullie vandaag mee in mijn visie op één centrale vraag: wat is de rol en positie van wetenschap in het komen tot de best mogelijke zorg voor kinderen, jongeren en gezinnen? En meer nog, hoe brengen we wetenschap en praktijk zó bij elkaar dat we betere beslissingen nemen, in plaats van dat disciplines tegenover elkaar komen te staan? Want in een tijd dat het vertrouwen in de wetenschap onder druk staat kunnen we het ons dat zeker niet veroorloven.

Daar sta ik dan, hoogleraar aan de Universiteit Leiden, Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie, Klinisch Psycholoog bij GGZ Delfland, Lid van de wetenschap commissie van het LUBEC en Hoofdopleider van de GZ-opleiding. Veel verschillende rollen die allemaal bijdragen aan de beste zorg voor kinderen, jongeren en gezinnen. We maken tijdens de rede een gezamenlijke reis. Reizen, in de door mij zo geliefde fantasy boeken, brengen je langs onverwachte, complexe uitdagingen. Onderweg kom je erachter wie je reisgenoten écht zijn. Je ontdekt met wie je één richting op denkt, met wie je vooral van mening verschilt, en met wie je beter niet samen een kaart kunt lezen. Maar onderweg blijkt, precies dát werkt. Verschil is geen probleem, het is het geheime ingrediënt.

Onze bestemming is helder: de best mogelijke zorg voor kinderen, jongeren en gezinnen.
Onze methode: onderzoek en praktijk integreren, zodat we samen betere beslissingen nemen over zorg. Als we vandaag iets gaan ontdekken, dan is het dit: de kloof tussen wetenschap

en praktijk lijkt soms diep, maar hoeft dat helemaal niet te zijn. Mijn pleidooi gaat vooral over de waarde van het verstandig toepassen van wetenschap. Reis je met me mee?

Mijn eigen reis

Voor een goede start neem ik jullie mee op mijn eigen reis. Want wie mij dertig jaar geleden had verteld dat ik hier vandaag een oratie zou uitspreken, had ik nooit geloofd. Ik groeide op in een gezin dat moest rondkomen van een uitkering. Thuis was er veel conflict, weinig voorspelbaarheid en onderwijs werd niet als vanzelfsprekend gezien. Ik was een dromerig kind, dat niet stil kon zitten, eigenwijs kon zijn, zeker bij onrechtvaardigheid. Als ik in die tijd in de huidige GGZ was aangemeld, dan was er waarschijnlijk een diagnose uitgerold.

Maar er was óók een andere kant. Ik ben de derde generatie van vrouwen die haar eigen weg zocht. Mijn oma, die als puber uit Bosnië naar Duitsland werd gedeporteerd en na de bevrijding in Nederland terecht kwam; mijn moeder, die op haar 35ste ontdekte dat zij liever met een vrouw door het leven ging. Sterke rolmodellen die lieten zien wat het betekent om je eigen pad te kiezen. En er was warmte en steun: een moeder die altijd aan mijn kant stond; een oma bij wie ik altijd terecht kon; een warme klas; lieve en betrokken leerkrachten en docenten; eindeloos buiten spelen; een schare aan vrienden; en bovenal een enorme nieuwsgierigheid en drang om te leren.

Als ik nu terugkijk, zie ik hoe de combinatie van compassie voor anderen en altijd op zoek zijn naar nieuwe kennis en uitdaging altijd mijn kompas hebben gevormd. Het verklaart waarom ik psychologie studeerde, waarom ik de wetenschap in ging, en waarom ik zo gedreven raakte om die werelden te verbinden: onderzoek en praktijk, theorie en zorg. De wetenschap ingaan was nooit het plan tot het einde van mijn onderzoeksmaster. Hoe ik er toch inrolde is een grappig verhaal dat illustreert hoe ik steeds keuzes heb gemaakt op mijn pad naar vandaag.

Ik was van plan de praktijk in te gaan en had aan het einde van mijn bachelor al een praktijkstage geregeld, een duidelijk pad tot een van mijn docenten mij aanmoedigde om de onderzoeksmaster te doen. Dat leek mij wel wat: studeren in een groep gemotiveerde studenten, inhoudelijke discussies voeren, precies die intellectuele uitdaging waar ik naar op zoek was. Toch wilde ik mijn eigen pad blijven volgen en de praktijk niet loslaten. Daarom combineerde ik de researchmaster met een klinische stage en de verplichte klinische vakken. Dit was niet een formele route, maar ik vond een weg, gesteund door de opleiding.

Aan het eind van de onderzoeksmaster had het onderzoek mij echt gegrepen en ging op zoek naar een promotieplek. Er waren twee vacatures binnen mijn afdeling en drie kandidaten uit mijn eigen mastergroep. Ik werd niet aangenomen; mijn CV was minder gefocust, ik had veel verschillende dingen gedaan, vrijwilligerswerk, uiteenlopende onderwerpen, en dat riep de twijfel op of ik mij wel langdurig op één thema zou kunnen richten.

Maar er was ook nog een ander project waarover werd nagedacht: een combinatie van onderzoek en praktijk, promotie en GZ-opleiding. Het was onzeker of het überhaupt zou worden gerealiseerd, maar als het er zou komen, zagen ze mij als de perfecte kandidaat. Ondertussen was ik al op gesprek geweest voor een andere promotieplek, over dyslexie, een onderwerp waar ik me tot dan toe intensief mee had beziggehouden, en ik werd daar aangenomen. In dezelfde week kwam het bericht over die potentiële, maar waarschijnlijk nooit te realiseren, droombaan. Wikken en wegen begon: zekerheid of onzekerheid, lijstjes die geen helderheid brachten, en uiteindelijk toch beslissen op gevoel, opnieuw geleid door hetzelfde kompas van nieuwsgierigheid en de wens om mensen te helpen. Ik kon het idee niet verdragen dat iemand anders die droombaan zou krijgen als het project er toch zou komen. De beslissing was genomen: ik vertelde de promotoren van het dyslexieproject dat ik helaas een aanbod had gekregen dat ik

niet voorbij kon laten gaan, en vervolgens bleef ik afwachten of het andere project ooit werkelijkheid zou worden. Voor wie, zoals ik, is opgegroeid met weinig geld, laat zich raden hoe moeilijk die keuze was: kiezen voor een potentiële baan in plaats van voor de zekerheid van een inkomen.

Het project kwam er. Het onderwerp was mij al die tijd niet bekend geweest; ik weet nog dat ik in het proces eens tegen een van de beoogde promotoren zei dat ik vrijwel alles interessant vond, zolang het maar niet over verstandelijke beperking ging. En wat bleek? Toen het project er uiteindelijk kwam, ging het juist over jongeren met een licht verstandelijke beperking en ook nog antisociaal gedrag. En ik zou voor dit project het hele land moeten doorkruisen. Ik woonde in Amsterdam, ging drie dagen per week naar Ermelo voor het praktijkwerk en één keer per week naar Nijmegen voor de opleidingsdag. En natuurlijk heb ik geen moment getwijfeld of dit een goed idee was.

Met enige spanning ging ik naar mijn eerste werkdag bij de instelling, Groot-Emaus, want wat zou ik daar aantreffen, kon ik wel omgaan met dat antisociaal gedrag? Wat ik aantrof? Jongeren - groot, stoer en van zich afbijtend aan de buitenkant; in één-op-één gesprekken open, oprecht en kwetsbaar, op zoek naar hun plek in gezinnen of een maatschappij waar onvoldoende plek was om tot groei te komen. Deze combinatie van kracht en kwetsbaarheid, de ruimte om echt iets te kunnen betekenen en de openheid van deze jongeren hebben een diepe indruk op mij gemaakt tot de dag van vandaag.

Ging alles perfect? Natuurlijk niet. Je kunt hoge eisen niet volhouden wanneer je zoveel tegelijk combineert. Ik kreeg een onvoldoende voor mijn eindopdracht diagnostiek, en worstelde mij door supervisie heen op een moment in mijn leven waarin ik geen idee had wat supervisie precies inhield. Een reviewer schreef bij mijn eerste ingediende paper iets in de trant van: *“There are so many things wrong with this paper, I don’t know where to begin...”*. En in de praktijk moest ik mij bovendien extra bewijzen, juist omdat ik zo snel na de master

was doorgestroomd en al snel in het hokje ‘wetenschapper’ werd geplaatst: ‘theoretisch’, ‘cognitief’.

Jullie vragen je misschien af of dit niet allemaal een beetje veel was. Toch vond ik in die periode ook de tijd om uren per week te dansen, rijlessen te volgen, plezier te maken met vriendinnen, en mijn echtgenoot te ontmoeten. Achteraf kijkend weet ik ook niet hoe ik het allemaal deed. Maar ik had het niet willen missen: ik heb genoten van de combinatie, ongelooflijk veel geleerd, en het heeft mij zowel persoonlijk als professioneel diep gevormd.

En daarom denk ik soms: er is waarde in grenzen aangeven, kiezen voor jezelf en een goede work-life balance, maar er is óók grote waarde in ergens vol in duiken - in struikelen, opstaan en doorgaan vanuit pure passie. Juist in dat worstelen ontstaat ontwikkeling. Te strakke, beschermende grenzen kunnen ervoor zorgen dat je precies die leerervaringen mist die je vormen: de momenten waarop het schuurt, je worstelt en je je afvraagt of je nog op de juiste weg bent. Dáár vindt groei plaats.

En zoals jullie in dit verhaal kunnen horen, was mijn pad geen rechte lijn naar een vooraf bedacht doel. Het bestond uit steeds opnieuw keuzes maken vanuit mijn kernwaarden en mijn passie, telkens doen wat op dat moment goed voelde of mijn nieuwsgierigheid prikkelde. Zelfs toen het idee ontstond dat ik misschien ooit hoogleraar zou kunnen worden, ben ik vooral mijn eigen weg blijven volgen: gedreven door interesse, niet door ambitie.

Denk je dat iemand binnen de academie mij heeft aangemoedigd om aan de vierjarige opleiding tot klinisch psycholoog te beginnen? Natuurlijk niet, dat zou betekenen dat ik nauwelijks nog op de afdeling aanwezig kon zijn. Maar voor mij voelde het als de logische volgende stap: een persoonlijke keuze, gedreven door nieuwsgierigheid, behoefte aan uitdaging en een verlangen om dichterbij zowel beleid als praktijk te

staan. Ik weet nog dat ik het bestuur van Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie liet weten: *ik ga de KP-opleiding doen; ik heb daarnaast ongeveer 0.15 fte beschikbaar om op de sectie te blijven. Ik zou dat heel graag willen, maar ik begrijp het als dat niet mogelijk is. Laat het me weten.* Het was opnieuw een waarde gedreven keuze, voortkomend uit mijn wens om mij verder te bekwamen als hulpverlener. En dankzij de visie en steun van het toenmalige sectiebestuur, Michiel Westenberg en Eveline Crone, die ruimte maakten voor deze bijzondere stap, kon ik verbonden blijven aan de afdeling waar ik me inmiddels al twaalf jaar thuis voel.

Mijn geluk is dat parallel aan mijn eigen ontwikkeling, ook in het academische veld steeds meer het besef groeide dat diversiteit in profielen waardevol is. Daar getuigt de moed van mijn promotoren aan de UvA van door een eerste scientist-practitioner promotieproject op te zetten, wat in die tijd echt zeldzaam was. En de visie van Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie hier aan de Leidse Universiteit om mij als net gepromoveerde GZ-psycholoog aan te nemen met expliciet de verwachting dat ik een baan als universitair docent zou combineren met praktijkwerk.

Ik ben dan ook dankbaar voor onze universiteit, waar Erkennen en Waarderen niet alleen een beleidsstuk is, maar daadwerkelijk geleefd wordt. Dat blijkt onder andere uit het instellen van deze vaste leerstoel met het accent op integratie tussen wetenschap, zorg en opleiden. Het geeft mij de mogelijkheid om voort te zetten en te verdiepen wat ik al deed, maar ook om een rolmodel te zijn voor jonge collega's die hetzelfde pad ambiëren en om de wetenschap-praktijkcombinatie structureel te borgen binnen onze sectie.

Het is geen makkelijk pad. Er is tijd nodig om van combineren te groeien naar integreren. In het begin voelt het als voortdurend schakelen tussen werelden, en de kloof tussen onderzoek en praktijk wordt scherp gevoeld. Ik heb dat zelf ook ervaren. Nieuwe kennis die ik in mijn opleiding had

opgedaan, bleek in de praktijk vaak nog niet bekend of nog niet geïntegreerd in het dagelijkse handelen. Tegelijkertijd werd in de academie de complexiteit en de intellectuele en emotionele uitdagingen van het praktijkwerk niet altijd erkend. Dat voortdurende schakelen maakte duidelijk hoe verschillend deze werelden kunnen aanvoelen. Door ervaring op te doen, telkens opnieuw academie en praktijk te combineren, maar vooral door mijn klinische post-masteropleidingen, eideloze supervisieseries en de scherpe discussies over onderzoek en praktijk in de KP-opleidingsgroep, groeide ik van simpelweg combineren naar werkelijk integreren. Inmiddels zijn onderzoek, praktijk en opleiden zo verweven dat ik het onderscheid nauwelijks nog maak. Toch wordt ondanks alle bruggen die we bouwen, nog altijd veel gesproken over de kloof tussen onderzoek en praktijk. En precies dáár begint onze gezamenlijke reis.

Het reisgezelschap

Voordat we onze gezamenlijke reis beginnen is het van belang om te weten uit wie ons reisgezelschap bestaat. Daarom wil ik jullie nu vragen om kleur te bekennen en samen met mij zichtbaar maken vanuit welke rol je vandaag naar deze rede luistert. Doe de envelop open die op de stoel lag. Daarin vind je vier kleuren papier: voor wetenschappers, zorgverleners, opleiders en ervaringskenners. Neem een moment om te bedenken vanuit welke rol of rollen je vandaag luistert, en steek dan bij mijn signaal het kaartje of de kaartjes omhoog.

In deze zaal zitten alle bondgenoten die nodig zijn op deze reis: de blauwe kaarten, de wetenschappers die met nieuwsgierigheid en doorzettingsvermogen zichtbaar maken wat werkt, waarom het werkt en voor wie, vaak met opoffering van eigen vrije tijd; de rode kaarten, de zorgverleners, die dagelijks onder tijdsdruk vakmanschap, menselijkheid en klinische wijsheid inzetten voor kinderen, jongeren en gezinnen; de gele kaarten, de opleiders, die complexe kennis vertalen naar vaardigheden en zo een nieuwe generatie veilig en deskundig het vak in leiden; en de groene kaarten, de

ervaringskenners, die weten hoe het is om hulp te vragen, die dragers zijn van verhalen waar het werkelijk om gaat, en die ons herinneren dat zorg menswaardig moet zijn en nooit over mensen heen beslist.

Juist in deze diversiteit schuilt onze kracht. Voor goede zorg is variatie in het team essentieel. De beste zorg start altijd met begrijpen wat er speelt, hoe het zo gekomen is, en waar iemand naartoe wil bewegen. In de klinische psychologie noemen we dat een casusconceptualisatie. Dat is een werkhypothese gebaseerd op zowel wetenschappelijke kennis als het persoonlijke verhaal: een eerste poging om inzichtelijk te maken welke factoren een rol spelen bij de problemen en welke veranderingen nodig zijn om richting herstel te bewegen. Het doel is altijd hetzelfde: dat een persoon of gezin zich weer kan ontwikkelen en het leven kan vormgeven op een manier die voor hen werkt, binnen de mogelijkheden van hun situatie.

Onderstaande quote geeft dat wat mij betreft helder weer.

“Find the story, Granny Weatherwax always said. She believed that the world was full of story shapes. If you let them, they controlled you. But if you studied them, if you found out about them... you could use them, you could change them.”

— Terry Pratchett, *Witches Abroad*

Dit is wat mij betreft de essentie van de casusconceptualisatie, een gezamenlijk geformuleerd verhaal. Maar ‘het verhaal’ dat zich in de praktijk aandient is zelden eenvoudig. Problemen in gezinnen zijn geen rechte lijnen van oorzaak naar gevolg. Ze zijn het resultaat van een complex systeem. Complex, verwijst daarbij niet naar ingewikkeld of moeilijk, maar naar een systeem waarin de onderlinge relaties tussen elementen niet altijd duidelijk zijn, vaak niet 1-op-1 van invloed zijn en daardoor moeilijk te doorgronden. Persoonlijke factoren, relaties, ontwikkelingsprocessen, school, cultuur, lichamelijke gezondheid beïnvloeden elkaar in netwerken, over tijd, en vaak op manieren die niet direct zichtbaar zijn. In een complex

systeem bestaat geen enkel perspectief dat zelfstandig kan verklaren wat er gebeurt. Dat betekent dat we in teams moeten werken die divers zijn, die variëteit maakt het team flexibel en veerkrachtig genoeg om tot een zo goed als mogelijk antwoord te komen. Geen onderzoeker, geen behandelaar, geen ervaringsdeskundige, kan dit alleen. Pas door die verschillende perspectieven te integreren, kunnen we recht doen aan de werkelijkheid van kinderen, jongeren en gezinnen. Daarom hebben we een gevarieerd reisgezelschap nodig.

De kloof

We gaan op weg. Na een lange tocht door dichte bossen waar we soms de bomen niet meer zagen, hoge bergen en diepe dalen doemt een obstakel op: een diepe kloof. De wetenschappers, met de blauwe kaartjes, rennen vooruit, zij ontwikkelen nieuwe inzichten, bouwen aan modellen, schrijven, publiceren en bewijzen effect en bereiken daarmee de overkant, gemiddeld genomen, in ongeveer 60% van de gevallen. De vlag van de evidence wappert fier in de wind.

Het touw dat zij gebruikten om aan de overkant te komen, hangt nog. Het vormt een wankel brug tussen de ene en andere kant van de kloof. De zorgverleners, met de rode kaartjes in de ene hand, pakken het touw met de andere hand wat vertwijfelt op. Vanuit hun verantwoordelijkheid overwegen zij zorgvuldig of deze door de wetenschap aangereikte oplossing geïmplementeerd kan worden voor de kinderen en gezinnen die bij hen komen voor hulp. Past deze nieuwe techniek bij hun opvatting over behandelen? Zien ze de meerwaarde van deze nieuwe kennis, en belangrijker schatten zij op basis van hun ervaring en expertise in dat de mensen die zij proberen te helpen ook zo de overkant bereiken?

De wetenschappers roepen: “Zo moet het, doe het nou!” De zorgverleners roepen terug: “Nee, mijn kennis en ervaring zegt iets anders!” Ondertussen trekken ze het touw heen en weer, alsof de ene groep de andere in de afgrond probeert te trekken.

En jongeren en hun ouders die hulp vragen, zij staan nog steeds aan de kant, groene kaartjes nog in de hand.

Daar staan we nu, wat mij betreft, als we praten over evidence-based practice in de geestelijke gezondheidszorg.

Definitie Evidence-Based Practice

Om te begrijpen hoe we die kloof kunnen overbruggen, of liever nog, hoe we haar kunnen laten verdwijnen, wil ik je vragen om na te denken over de volgende vraag:

Wat betekent evidence-based werken voor mij, in mijn dagelijkse praktijk. Welke definitie hanteer ik?

Als je op mij lijkt van een paar jaar geleden, dan was wat je net dacht fout. Iets met protocollen en diagnose-behandelcombinaties: dat is het niet. Jarenlang dacht ik dat zelf ook. Maar het klopt niet. Evidence-based practice gaat niet over het al dan niet blind volgen van protocollen. Hoewel protocollen een handig hulpmiddel zijn.

Dus wat betekent evidence-based wél?

Met verbazing las ik enkele jaren geleden het oorspronkelijke stuk van de APA, onze internationale beroepsvereniging en zij formuleert het glashelder:

‘Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences.’ (APA, 2006)

Laat dat even op je inwerken. Dat ene woord, integratie, verandert alles. Het betekent dat wetenschap niet boven de praktijk staat, en dat klinische expertise en ervaringskennis niet overbodig, maar essentieel, zijn. Het betekent dat kennis pas waarde krijgt wanneer zij wordt verbonden met wat er gebeurt in de behandelkamer en dat beslissingen altijd worden genomen in relatie tot de mens die tegenover ons zit.

Wat weten we uit onderzoek, wat zien we in behandeling, en wat past bij deze cliënt, in deze context, met deze doelen en waarden?

Als we dat model serieus nemen, dan blijkt de kloof tussen wetenschap en praktijk veel kleiner dan zij nu voelt. Geen evidence-based behandeling, maar een evidence-based klinisch besluitvormingsproces met ruimte voor alle perspectieven.

En precies daar wil ik onze reis vervolgen: langs de drie pijlers van dit model – de best beschikbare wetenschappelijke kennis, de klinische expertise, en het perspectief van de cliënt. Want pas wanneer we ze alle drie erkennen en samenbrengen, ontstaat er zorg die recht doet aan de werkelijkheid van kinderen, jongeren en gezinnen.

De beste beschikbare wetenschappelijke evidentie

De psychologische praktijk moet gebaseerd zijn op wetenschappelijke evidentie. Als er kennis voorhanden is dan is het onze plicht om die te gebruiken. We gebruiken verschillende soorten wetenschappelijke kennis in ons werk. Ten eerste, natuurlijk kennis over de effectiviteit van behandelingen. Dit type onderzoek moet een balans vinden tussen interne en externe validiteit: het design moet robuuste conclusies toelaten, én het onderzoek moet zo zijn opgezet dat de klinische praktijk er daadwerkelijk iets aan heeft. Dat betekent dat de deelnemers aan het onderzoek ook een goede afspiegeling moeten zijn van de groep mensen aan wie de behandeling uiteindelijk aangeboden wordt. Dit type onderzoek is goed samengevat en bijeen gebracht in multidisciplinaire richtlijnen en databanken bewezen effectieve interventies, zoals de databank van het NJI.

Evidence-based practice rust op méér dan alleen onderzoek naar behandelingen. De zorg voor kinderen en jongeren vraagt kennis over psychologische processen: ontwikkeling, leren, cognitie, emotie, sociale beïnvloeding, gezinsdynamiek, cultuur en context. Tijdens het opstellen van casusconceptualisaties formuleren we hypothesen op basis van

deze wetenschappelijke vakkennis. We baseren ons dus niet alleen op klinische en ontwikkelingspsychologie, maar op het volle spectrum van de gedragswetenschappen.

Tegelijkertijd zijn er grenzen aan wat wetenschap kan bieden. Menselijk functioneren is complex en verandert voortdurend in een maatschappelijke context die zelf in beweging is. Veel vragen zijn (nog) niet onderzocht, en onderzoek volgt vaak maatschappelijke trends en financieringsstromen. Resultaten uit studies doen meestal uitspraken over groepen, terwijl variatie binnen groepen groot is. Wat op groepsniveau gemiddeld effectief lijkt, hoeft niet in gelijke mate te gelden voor één individueel kind, in één gezin, op één moment. Gelukkig zijn er belangrijke ontwikkelingen die kennis dichter bij het individu brengen, zoals dynamische netwerken, intensief longitudinaal onderzoek met dagelijkse of zelfs hoger frequente metingen.

Alles bij elkaar maakt dit duidelijk waarom behandelbeslissingen nooit alleen een wetenschappelijke exercitie kunnen zijn. De wetenschap levert richting; de behandeling gebeurt bij een individu, in context. En daarom heeft evidence-based practice een tweede pijler nodig: een professional die begrijpt wat onderzoek zegt, wat het niet zegt, en hoe bewijs zorgvuldig te vertalen is naar het individuele geval. Dat vermogen noemen we klinische expertise, maar voordat ik daarop in ga wil ik eerst stilstaan bij een misvatting.

Protocol versus maatwerk: een valse tegenstelling

Bij collega's uit zowel onderzoek als praktijk heerst de misvatting dat protocollen vaste stappenplannen zijn die op de letter nauwkeurig gevolgd moeten worden. Doe je dat niet als clinicus, dan bekruipt je het gevoel dat je eigenlijk fout bezig bent en iets te verantwoorden hebt. Het lijkt wel alsof we alle kennis over validiteit en betrouwbaarheid van vragenlijsten; dat je die niet zomaar kunt aanpassen en dan verwachten dat ze nog steeds hetzelfde meten klakkeloos toepassen op behandelprotocollen. Laat ik deze misvatting voor eens en

altijd uit de weg helpen: een protocol is geen vastgelegd stappenplan dat tot de letter gevolgd moet worden. Dit doen zonder afstemmen op wat de cliënt nodig heeft, met oog voor het menselijk contact, dat is slechte zorg. In een protocol staan wel de werkzame elementen verwerkt die bij een bepaald soort probleem bewezen effectief zijn. Dus afwijken in de timing, vorm, manier van uitleggen mag en moet, maar het is essentieel om wel de werkzame elementen te blijven toepassen en daarmee de wetenschappelijke evidentie te volgen. Denk je toch te moeten afwijken, dan moet dit een zorgvuldig en weloverwogen keuze zijn gebaseerd op de tweede pijler, klinische expertise.

Klinische expertise

Waar wetenschappelijke evidentie ons laat zien wat in het algemeen werkt, gaat klinische expertise over wat nodig is voor deze cliënt, op deze plek, op dit moment. In de praktijk wordt klinische expertise soms gereduceerd tot intuïtie of onderbuikgevoel op basis van praktijkervaring, maar dat doet het vak ernstig tekort.

Klinische expertise is een professioneel, leerbaar en toetsbaar geheel van vaardigheden, waarin op meerdere punten kennis van wetenschap en theorie én het gebruik van wetenschappelijk denken systematisch verweven zijn, naast het verzamelen van praktijkervaringen en andere belangrijke competenties. De APA beschrijft de volgende bouwstenen, die ook min of meer overeenkomen met de competentieprofielen uit de post-master opleidingen:

- Diagnostiek en indicatiestelling
- Klinische besluitvorming, behandelimplementatie en monitoren van vooruitgang
- Interpersoonlijke vaardigheden
- Systematische reflectie en professionele ontwikkeling
- Evaluatie en gebruik van wetenschappelijke evidentie
- Sensitiviteit voor individuele, culturele en contextuele factoren

- Consultatie en het inzetten van aanvullende hulpbronnen
- Een overtuigende en theoretisch gefundeerde onderbouwing van klinische strategieën

Het begrip klinische expertise is dus veel breder dan de nauwe definitie “ervaring” of “intuïtie”, het omvat het volledige professionele beoordelingsvermogen van de psycholoog, ingebed in methodisch handelen, kennis van evidence, reflectie én sensitiviteit voor context. Dat deze vaardigheden ertoe doen, weten we uit onderzoek. Experts redeneren bij casusconceptualisatie consistent, maken minder fouten en laten zich minder leiden door irrelevante behandelopties (Dudley et al., 2016). En behandelaren hebben een substantiële invloed op uitkomsten, los van de gekozen methode (Wampold & Flückiger, 2023).

Wanneer collega's zeggen dat zij beslissingen nemen op gevoel of intuïtie, bedoelen zij mogelijk dat ze uitgaan van hun verzamelde praktijkkennis. Dat kan waardevol zijn, maar is niet zonder risico. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat therapeuten die sterk vertrouwen op intuïtie of “onderbuikgevoel” minder geneigd zijn multidisciplinaire richtlijnen te volgen en minder bereid zijn bewezen effectieve interventies toe te passen (Gaudiano, Brown & Miller, 2011). Deze praktijkkennis ontstaat door jarenlang leren van observaties van cliënten en het effect van hun handelen - een vorm van statistisch leren waarin kennis incrementeel wordt opgebouwd. In de APA-bouwstenen van klinische expertise valt dit onder systematische reflectie en professionele vaardigheidsontwikkeling, niet voor niets in combinatie met de opdracht om alert te zijn op bias in klinische besluitvorming.

Want juist in situaties waarin we snel en intuïtief beslissen, ligt vertekening op de loer (Kahneman, 2011) en bias komt in de klinische praktijk veel voor (Featherston et al., 2020). Het leerproces waaruit praktijkkennis ontstaat, is bovendien afhankelijk van de cliënten die een behandelaar in de loop der

jaren heeft gezien, en die input is zelden volledig representatief. Daardoor kan ook zorgvuldig opgebouwde praktijkkennis eenzijdig worden, hoe overtuigend die intuïtie soms ook voelt. Dat betekent dat wanneer je jarenlang vooral mensen uit dezelfde groep hebt behandeld, bijvoorbeeld cliënten met vergelijkbare ernst of dezelfde classificatie - je praktijkkennis onvermijdelijk gekleurd raakt.

Praktijkkennis heeft dus zeker waarde, maar alleen wanneer zij zorgvuldig wordt afgewogen, ingebed in reflectie, getoetst aan wetenschap en ondersteund door tegenspraak uit een divers team. En hier kunnen we ook leren van ervaringsdeskundigen, die al langer onderscheid maken tussen persoonlijke ervaring en gedeelde, geformaliseerde ervaringskennis. Precies daar wordt praktijkkennis relevant: wanneer zij gedeeld, overdraagbaar en toetsbaar wordt, en zo bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Dat heb ik zelf in de zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking ervaren. Daar is tonnen praktijkkennis aanwezig, maar zeker toen, weinig wetenschappelijke kennis.

Nu kom ik terug op het verstandig toepassen van wetenschap als onderdeel van klinische expertise. Daarbij hoort ook beredeneerd afwijken wanneer wetenschappelijke kennis onvoldoende past bij de unieke kenmerken van de cliënt. Beredeneerd afwijken vereist een expliciete en systematische afweging. Het vraagt van de clinicus dat hij of zij niet alleen de grenzen van de beschikbare wetenschappelijke kennis kent, maar ook de eigen cognitieve vertekeningen die een besluit kunnen kleuren. Afwijken van richtlijnen of protocollen is pas verantwoord wanneer dit gebeurt op basis van een transparante onderbouwing, waarin aannames, zowel over de interventie als over de capaciteiten of kenmerken van de cliënt, kritisch worden onderzocht. Juist het expliciteren, toetsen en waar nodig corrigeren van dergelijke aannames voorkomt dat beslissingen ongezien worden beïnvloed door persoonlijke voorkeuren of foutieve overtuigingen.

Deze quote van Terry Pratchett sluit daar naadloos op aan: *"Science is not about building a body of known 'facts'. It is a method for asking awkward questions and subjecting them to a reality-check, thus avoiding the human tendency to believe whatever makes us feel good."*
— Terry Pratchett, *The Science of Discworld*

Cliëntperspectieven

Daarmee komen we aan bij de derde pijler van evidence-based practice: het cliëntperspectief. Volgens de APA betekent dit dat beslissingen over zorg moeten worden genomen met kennis van cliëntkenmerken. Daarbij verwijzen zij terecht naar de rijke traditie binnen de psychologie in het onderzoeken van individuele verschillen, ontwikkeling en diversiteit. In deze definitie gaat het vooral om het aanpassen van klinische besluitvorming wanneer iemand afwijkt van de groepen die in grote onderzoeken zijn vertegenwoordigd bijvoorbeeld op het gebied van gender, identiteit, etniciteit, ras, klasse, beperking of seksuele oriëntatie.

Deze kennis is van groot belang en de wetenschappelijke psychologie, orthopedagogiek en de rest van de sociale wetenschappen leveren voortdurend nieuwe inzichten die essentieel zijn om goede beslissingen te nemen ten aanzien van de beste zorg. Ik reken dit deel van het gebruik van de wetenschappelijke kennis, anders dan de APA tot de eerste pijler: de beste beschikbare wetenschappelijke evidentie op basis waarvan de klinische beslissingen nemen.

Ik ben het eens dat er een derde pijler moet zijn die gaat over waarden en voorkeuren van de mensen die ons om hulp vragen. De APA zet hier wat mij betreft in op een te nauwe bron van informatie, namelijk kennis over individuele verschillen: kennis *over* cliënten is iets anders dan kennis *van* cliënten. Er ontbreekt één cruciale bron van informatie: ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid.

Hulpvragers zelf beschikken over kennis die niemand anders heeft. Zij weten wat in het verleden wel of niet werkte, welke omstandigheden herstel bevorderden, en welke hulpvormen voor hen onbruikbaar of niet passend waren. Dat zijn geen anekdotes, maar relevante gegevens die meegewogen moeten worden in behandelkeuzes, een bron van data dus. Diagnostiek en behandeling zijn collaboratieve processen: behandelaar en cliënt verlenen samen betekenis aan het verhaal en de hulpvraag en bepalen samen wat haalbaar en zinvol is. Dat betekent dat waarden, doelen en voorkeuren van cliënten structureel onderdeel moeten zijn van evidence-based practice. Helaas laat de praktijk zien dat deze bron van kennis vaak niet serieus wordt genomen en dat een bias hier in de weg staat: het minder meewegen van informatie vanwege een kenmerk van de persoon die de informatie geeft. Het feit dat iemand ons om hulp komt vragen en zich presenteert met bepaalde kenmerken maakt dat inzichten minder serieus worden genomen, dat wordt Epistemisch onrecht genoemd.

Er is een beroepsgroep die kan helpen dit te doorbreken, een essentiële beroepsgroep die deze ervaringskennis verzameld en kan overdragen: de ervaringsdeskundigen. Zij zetten persoonlijke ervaringen om in overdraagbare, professionele ervaringskennis en zijn opgeleid om deze kennis in zorgprocessen in te brengen. Zij kunnen een belangrijke bijdrage geven aan het integreren van client waarden en voorkeuren, maar ook een rol spelen in het verminderen van Epistemisch onrecht. Daarom pleit ik voor een verbreding van de derde pijler: niet alleen kennis *over* individuen en context, maar actieve integratie van *ervaringskennis*. Samen met wetenschappelijke evidentie en klinische expertise vormt dat een volwassen, menswaardige vorm van evidence-based practice.

Hoe nu verder?

Als ik vandaag één boodschap mag meegeven, dan is het deze: wetenschap en warme, relationele zorg zijn geen tegenpolen. Het tegendeel is waar. Wanneer we evidence-based practice

in haar volledige omvang toepassen wordt zorg menselijker, effectiever en meer afgestemd. Het vraagt luisteren, gezamenlijk beslissen, heroverwegen en leren als het anders loopt dan verwacht. Maar dat is precies wat professionele zorg is: verstandig omgaan met kennis, in contact met de mens voor je. Het implementeren van evidence-based practice heeft tot mooie ontwikkelingen geleid zoals het vormen van multidisciplinaire richtlijnen en het verzamelen van bewezen effectieve behandelmethoden in databases, zoals die van het Nederlands Jeugdinstituut. Ik weet niet hoe we vast zijn komen te zitten in de zeer nauwe definitie van evidence-based. Het zal vast niet losstaan van het invoeren van de zorgverzekeringswet en de diagnose-behandelcombinaties in 2006, die wat betreft timing samenvielen met het artikel van de APA. Door het hanteren van deze nauwe definitie hebben we een belangrijke afslag gemist. De focus van klinisch wetenschappelijk onderzoek kwam onterecht te veel liggen bij het testen van de effectiviteit van behandelprotocollen en te weinig bij het ontwikkelen van kennis over en het onderzoeken van de effectiviteit van evidence-based practice als klinisch besluitvormingsmodel. Er zijn hier en daar wel belangrijke en inzicht gevende studies te vinden, maar niet genoeg. Dat is een belangrijke volgende stap in het wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast zijn er hier belangrijke taken voor de opleiding: de brede definitie onderwijzen, misvattingen wegnemen over wat evidence-based practice is, en over wat klinische expertise omvat.

Binnen mijn leerstoel zet ik koers naar een toekomst waarin de brede definitie van evidence-based practice in de praktijk gemeengoed is geworden, waar wetenschap zich ook richt op het onderzoeken van belangrijke aspecten van dit besluitvormingsmodel en waar interventieonderzoek de drie pijlers en daarmee ook klinische expertise en ervaringskennis gebruikt om interventies te ontwikkelen en verbeteren. Hieronder vertel ik waar ik nu sta in deze reis naar de toekomst en met welke plannen ik die reis wil vervolgen.

Wetenschap

Om de zorg echt van dienst te kunnen zijn hebben we verschillende typen onderzoek nodig. Fundamenteel onderzoek, gericht op kennisontwikkeling, door nieuwsgierigheid gedreven en geïnspireerd door maatschappelijke vraagstukken. En toegepast onderzoek, gericht op het ontwikkelen en testen van nieuwe innovaties in diagnostiek en behandeling, dichtbij en met de praktijk.

Afgelopen jaar hebben we binnen Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie als team gewerkt aan onze visie en strategie. Dat proces bracht niet alleen gedeelde waarden naar boven zoals team science, samenwerken, elkaar steunen en inspireren, wetenschap terugbrengen naar de praktijk, en ruimte voor verschillende profielen, maar het resulteerde ook in twee nieuwe onderzoeksthema's waarin fundamenteel en toegepast onderzoek elkaar versterken: Young Lives, Social Worlds en Rethinking Mental Health in Youth waar mijn onderzoeksprogramma onder gebracht is. Een mooie kans voor integratie tussen fundamenteel en toegepast onderzoek voor stevige onderzoekslijnen waar de maatschappij iets aan heeft.

Samen Angsten Aangaan

Mijn eigen onderzoek begon tijdens mijn promotie met experimenteel werk naar risicogedrag bij jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB). In één van de deelstudies onderzochten we sociale beïnvloedbaarheid: hoe gevoelig jongeren met LVB zijn voor aanmoediging van risicogedrag door leeftijdsgenoten. Doordat ik tijdens deze periode ook in de praktijk werkte met dezelfde doelgroep bouwde ik belangrijke klinische expertise op. In gesprekken zagen jongeren regelmatig hoe ze goede keuzes konden maken, maar in het dagelijkse leven liep het toch vaak mis. Groepsleiders, met jarenlange ervaring, vertelden hetzelfde. Die geaggregeerde klinische ervaring werd in mijn experimenten bevestigd. Dat moment, waarin wetenschap en praktijk naadloos in elkaar vielen, werd het startpunt van een nieuwe onderzoeksvraag.

In de discussie van mijn proefschrift stelde ik mezelf een andere mogelijkheid voor: als jongeren zo gevoelig zijn voor de aanmoediging van risicovol gedrag, zou diezelfde gevoeligheid dan niet ook benut kunnen worden voor positieve verandering? Promovenda Eline Wagemaker onderzocht deze vraag experimenteel. En inderdaad: jongeren met LVB bleken niet alleen beïnvloedbaar voor risicovol gedrag, maar óók voor prosociaal gedrag.

De volgende stap was er één richting de praktijk: als positieve beïnvloeding werkt in het lab, kan het dan ook werken in therapie? Zo werd Samen Angsten Aangaan geboren, een groot project waarvoor ik een praktijkfellowship van ZonMW ontving en dat wordt uitgevoerd vanuit GGZ Delfland. Het project is gericht op het verbeteren van angstbehandeling voor jongeren met LVB. Dat doen we door goede exposure therapie aan te bieden, ondersteund door peer mentoren met ervaringskennis: jongeren die ook LVB hebben en zelf in therapie hebben gewerkt aan hun angsten aangaan. Het gaat om een klinisch representatieve groep jongeren die in de specialistische GGZ wordt aangemeld met uiteenlopende problematiek. We testen niet alleen de effecten op de jongeren die behandeld worden, maar ook de effecten op de peer-mentoren. Het team bestaat naast mijzelf, uit collega's in opleiding tot klinisch psycholoog, een scientist-practitioner promovenda, een junior-onderzoeker, en masterstudenten. Het behandelmodel dat we onderzoeken is vanaf het begin opgebouwd met de huidige evidence-base als uitgangspunt en met input van therapeuten, jongeren, ouders en ervaringsdeskundigen. Klinische expertise en ervaringskennis zijn dus niet toegevoegd achteraf, maar ingebouwd in het ontwerp. In focusgroepen met therapeuten, jongeren en naasten toetsten we het model, en wie deden de meest scherpe en relevante suggesties? De jongeren met LVB zelf. In de praktijk zien we dat jongeren meer durven, sneller oefenen en zich gesteund voelen door iemand die het écht heeft meegemaakt. En het mooiste: deze ervaringen gebruiken we niet alleen, we onderzoeken ze ook systematisch.

Het is een project dat zich met vallen en opstaan ontwikkeld, juist omdat we het klinisch relevant willen maken. Het team bestaat uit clinici die onderzoek doen en dat maakt dat we soms andere keuzes maken dan je vanuit strikt wetenschappelijk perspectief zou doen: we kiezen voor aansluiten bij wat de cliënt nodig heeft, meer dan het strikt volgen van een protocol, terwijl we wel steeds het belangrijke werkzame element ‘exposure behandeling’ inzetten. De kenmerken van de groep vragen om aanpassing en brengen dynamiek: we onderzoeken geen jongeren met LVB die het wat spannend vinden om bepaalde dingen te doen en verder geen hulp nodig hebben. Het zijn jongeren die zodanig vastgelopen zijn dat zij worden aangemeld in de specialistische GGZ en voor wie Samen Angsten Aangaan een onderdeel van hun bredere behandelplan vormt.

Met steun van GGZ Delfland kon ook een promotietraject starten, waardoor we dezelfde aanpak ook kunnen onderzoeken bij jongeren met angststoornissen zonder LVB. En ook dat maakt mij trots: niet alleen het project zelf waarin we fundamenteel en toegepast onderzoek combineren, maar ook de vorm. Want Iris Langereis, de promovenda op het project, is scientist-practitioner: psycholoog én onderzoeker. Precies het profiel waarvan ik geloof dat het de kloof tussen wetenschap en praktijk niet alleen verkleint, maar daadwerkelijk overbrugt.

Virtual Reality

Het werken aan Samen Angsten Aangaan heeft mijn onderzoek verder richting betrokkenheid van naasten en context geduwd. Dit komt ook terug in onze Virtual Reality-onderzoekslijn bij GGZ Delfland, waar collega en psychiater dr. Martine van Bennekom de projectleider van is. Binnen deze onderzoekslijn onderzoeken we de meerwaarde van interventies in Virtual Reality en de implementatie ervan. Ik haal hier graag twee deelonderzoeken van promovenda Nancy Schipper naar voren. De eerste richt zich op de waarde van psycho-educatie bij depressie, zowel voor volwassenen met

depressie als voor hun naasten. Met behulp van VR laten we beide groepen een dag ervaren in elkaars belevingswereld, om zelfstigma te verminderen en wederzijds begrip te vergroten.

Het andere project onderzoekt niet de naasten, maar de context van interventies. In VR-Moodboost creëerden we een volledig nieuwe behandelcontext voor de behandeling van depressie, die we hebben onderzocht in een pilot met adolescenten en jongvolwassenen met steun van de Suffugium subsidie. Deze VR-omgeving ontwikkelden we samen met Prof. dr. Claudi Bockting, op basis van haar vooruitstrevende werk op het gebied van depressiebehandeling. We werken hierin samen met onze strategische partner CleVR die de software ontwikkelde; tijdens het opzetten van onderzoek werd ook VR-expert Prof. dr. Wim Veling betrokken. VR-Moodboost maakt het mogelijk om oefeningen toe te voegen die anders lastig of onmogelijk zijn, zoals gepersonaliseerde gedragsactivatie tijdens de sessie en het real-time oefenen met het opmerken van positieve gevoelens die visueel in de VR-wereld worden weergegeven. De hele omgeving is gebaseerd op belangrijke fundamentele kennis en concepten met betrekking tot depressie en depressiebehandeling.

De toekomst

Het werk waarin we naasten en context betrekken in de behandeling zet ik de komende jaren voort. Samen met collega's van GGZ Delfland ontwikkelen we projecten waarin gezinnen tijdens de wachtlijstperiode al worden geholpen om stappen te zetten. Wachten hoeft geen passieve periode te zijn. Gerelateerd hieraan werk ik, in een heel prille samenwerking samen met collega's van de herstelacademie aan het ontwikkelen van aanbod voor jeugd waarin ervaringskennis centraal staat. Het zou fantastisch zijn als jongeren die wachten op zorg als aan hun herstel kunnen beginnen werken. In de komende jaren wil ik blijven bouwen aan een evidence base voor het gebruikmaken van ervaringskennis en het inzetten van ervaringsdeskundigheid in de jeugd-GGZ. Alleen wanneer ervaringskennis wordt onderzocht én volwaardig wordt

ingebod in besluitvorming, is het volwaardig onderdeel van evidence-based practice.

Tegelijkertijd begint, na een tijd van toegepast onderzoek, het fundamentele domein weer te kriebelen. Ik wil bijdragen aan nieuwe methoden om op individueel gezinsniveau te onderzoeken hoe jongeren en ouders elkaar beïnvloeden in periodes van stress en behandeling. Niet alleen of een aanpak werkt, maar hoe het werkt, op wie het werkt en hoe verandering in gedrag doorwerkt op andere gezinsleden. Ons doel is ambitieus: van wachten een waardevolle fase maken én nieuwe technieken ontwikkelen om gezinsdynamiek data gedreven te volgen. Nu alleen nog een beurs, maar de ideeën zijn er, de gezinnen zijn er, en de noodzaak is er.

14

In de toekomst hoop ik ook terug naar een ander deel van mijn promotieonderzoek: besliskunde. Toen keek ik naar hoe jongeren keuzes maken in risicovolle situaties. Nu richt ik me op hoe behandelaars, jongeren en ouders samen besluiten nemen over zorg. Hoe wegen we de drie pijlers van evidence-based practice? Hoe gaan we om met onzekerheid? Hoe wegen we de verschillende perspectieven binnen het gezin. En hoe creëren we ruimte voor verschillende perspectieven vanuit wetenschap, klinische expertise en ervaringskennis, zonder dat het een wedstrijd wordt?

Dat is de kern van mijn leerstoel: niet wetenschap of praktijk, maar wetenschap vóór de praktijk, mét de praktijk. Nieuwe kennis die ontstaat in samenwerking, niet in een ivoren toren, maar in een gemeenschappelijke werkplaats waar wetenschappers, behandelaars, jongeren en ouders samen bepalen welke vragen ertoe doen.

Opleiden

Als we reizen naar een toekomst waar de brede definitie van evidence-based practice gemeengoed is geworden dan ligt is opleiden de routekaart. Als we willen dat deze manier van werken, het integreren van wetenschap, klinische expertise en

ervaringskennis, de norm wordt, dan begint dat niet alleen in onderzoeksprojecten of behandelkamers, maar vooral in het onderwijs. Want klinisch redeneren, kritisch omgaan met wetenschap en samenwerken met cliëntperspectieven zijn geen vaardigheden die vanzelf ontstaan zodra iemand een diploma heeft; ze moeten geoefend, aangescherpt en herhaald worden. In het verbreden van de definitie van evidence-based practice speelt opleiding en onze taal tijdens het opleiden een belangrijke rol. Het model moet expliciet aangeleerd worden zoals bedoeld, maar er is ook nog veel winst te behalen in hoe we spreken over de waarde van behandelprotocollen en misschien klein maar belangrijk, dat we stoppen met spreken van evidence-based behandelprogramma's en gaan spreken van bewezen effectieve interventies.

Daarom hebben we bij Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie de afgelopen jaren met een team van toegewijde docenten hard gewerkt aan een leerlijn **Academisch Werken en Wetenschappelijk Onderzoek** binnen de masters Child and Adolescent Psychology en de researchmaster. Met een geweldig team hebben we vakken opgezet waarin studenten niet alleen over onderzoeksmethoden leren, maar daadwerkelijk oefenen met het verstandig toepassen van wetenschap in de klinische praktijk. De vakken zijn in ontwikkeling, en dat is goed. Onderwijs hoort in beweging te blijven, net als de wetenschap zelf.

Een onderdeel van dit project waar ik bijzonder trots op ben, is de researchmastercursus waarin studenten een Critical Appraisal of a Topic (CAT)-verslag schrijven, een vorm van evidence-based practice die normaal pas in de GZ-opleiding aan bod komt. Bij een CAT is de klinische vraag over een specifieke client het uitgangspunt, wordt hiervoor de wetenschappelijke kennis doorspit en kritisch geëvalueerd en geïntegreerd met klinische expertise om tot een antwoord te komen. In de cursus verzamelen we vooraf echte klinische vragen uit de praktijk: vragen waar teams dagelijks tegenaan lopen, maar waar vaak geen tijd voor is om ze uit te zoeken.

Denk aan: “welke behandelmogelijkheden zijn er voor een jongen met depressie en autisme bij wie CGT niet aanslaat?” of “Kan ik bij adolescenten een persoonlijkheidsstoornis stellen of heeft dat te veel impact op hun identiteitsontwikkeling?” Studenten kiezen één vraag, zoeken het bewijs, analyseren de literatuur en presenteren hun bevindingen aan de teams die de vragen hebben ingebracht. Maar daar stopt het niet. Studenten formuleren ook discussievragen, gaan in gesprek met hun publiek en halen daarmee klinische expertise op en verwerken die in hun verslag, precies zoals evidence-based practice bedoeld is: wetenschap en praktijk naast elkaar én met elkaar. Het resultaat is een echte win-win: teams krijgen antwoorden en studenten ervaren dat hun kennis van directe waarde is voor de zorg. Wetenschap wordt zo geen verre toekomst, maar een instrument voor vandaag en studenten leveren tijdens hun studie al een belangrijke dienst aan de praktijk. En ook dit project is niet klaar, want hoe mooi zou het zijn als we ook ervaringskennis een plek kunnen geven? Als dit de vraag oproept of AI deze functie niet kan overnemen: tijdens de cursus vragen we studenten om nadat zij hun verslag klaar hebben, dezelfde vraag in te voeren in AI tools. En wat blijkt, de studenten die deze optionele opdracht uitvoeren concluderen dat ze toch beter hun eigen conclusies volgen, die ze als vollediger beoordelen en passender bij de specifieke vraag van de clinicus.

Tenslotte, als we willen dat de volgende generatie psychologen wetenschap verstandig toepast, dan moeten we hen opleiden tot wat collega klinisch psycholoog en hoogleraar David van den Berg zo mooi noemt: empathische nerds. Collega's die theoretisch stevig zijn én relationeel vaardig; analytisch én warm. Dat vraagt om onderwijs dat verder gaat dan vaardigheidstraining: het vraagt om stevige academische vorming. Studenten en post-master opleidingen moeten goed op de hoogte zijn van de nieuwste theoretische ontwikkelingen in de psychologie en orthopedagogiek, zo krijgen we nieuwe kennis eerder naar de praktijk. Laat jonge collega's op deze manier meedenken over innovaties en een

belangrijke rol spelen om nieuwe kennis te verspreiden. Daarnaast is een belangrijk onderdeel van academische vorming het ontwikkelen van wetenschappelijke geletterdheid - het kunnen lezen van meta-analyses, het beoordelen van onderzoeksdesigns, het wegen van resultaten en het vertalen daarvan naar de complexe werkelijkheid van één gezin, in één context. De toekomstige GZ-opleiding, dichter op de master, biedt kansen voor zo'n doorlopende leerlijn, en die begint bij een stevige basis. De eerste stappen zijn gezet in onze masteropleidingen, de volgende stap is om het blok wetenschap in de GZ-opleiding verder door te ontwikkelen voor een goede aansluiting, zodat we stap voor stap werken aan een echte doorlopende **leerlijn** Academisch Werken en Wetenschappelijk Onderzoek.

Praktijk

Er zijn in de praktijk hele kundige en bevlogen collega's die de wetenschap al verstandig toepassen. Ik kom ze in verschillende organisaties en op vele plekken tegen. Ik herinner mij mijn eerste teamdag bij de jeugdafdeling van GGZ Delfland. Tijdens deze teamdagen gaan we in de middag in groepen uiteen om te discussiëren over de diagnostiek en het behandelaanbod voor verschillende problemen. Er komt nieuwe literatuur voorbij, worden nieuwe behandelmethodes besproken en er wordt uitvoerig met elkaar gediscussieerd. Ik kan mij nog goed herinneren hoe zeer ik onder de indruk was van de wetenschappelijke kennis, de nieuwsgierigheid en honger naar nieuwe kennis van mijn collega's. En ook van hun expertise om dit toe te passen in de praktijk, elkaar kritisch te bevragen en gezamenlijk deze kennis te integreren tot beleidsaanbevelingen.

Een hele bijzondere plek met de potentie om juist die integratie mogelijk te maken tussen zorg, wetenschap en onderwijs is het LUBEC: onze klinische werkplaats waar deze drie werelden niet naast elkaar bestaan, maar één geheel vormen. Het LUBEC is een GGZ-instelling verbonden aan de Faculteit Sociale Wetenschappen, en bewust ingericht als plek waar evidence-

based practice in de oorspronkelijke betekenis centraal staat. Behandelteams werken samen met onderzoekers, studenten leren in de praktijk, en onderzoeksvragen ontstaan rechtstreeks uit de knelpunten die gezinnen en behandelaren ervaren. Het is een levende werkplaats waarin we wetenschap verstandig toepassen in de dagelijkse zorg. De strategie van het LUBEC wordt bovendien gezamenlijk bepaald door de faculteit én het bestuur van de instelling, een unieke samenwerking die laat zien dat zorg, wetenschap en opleiding elkaar kunnen versterken in plaats van los van elkaar te bewegen. Binnen het LUBEC bouwen meerdere collega's aan hun scientist-practitioner profiel: zij combineren klinisch werk, onderwijs en onderzoek. Dat is soms puzzelen, want we bouwen aan de weg terwijl we eroverheen lopen, maar het levert ook projecten op waar we trots op mogen zijn. Net als de gezinnen voor wie we zijn kan het er onrustig aan toe gaan, we komen net uit zo een fase, waarbij we na het pionieren van de eerste 5 jaar aan het doorgroeien zijn, door de adolescentiefase en richting de jongvolwassenheid. Ik kijk uit naar alle mooie dingen die nog gaan komen.

Een voorbeeld van een project uit het LUBEC is SaFe Home Leiden: een integrale, systemische traumabehandeling voor gezinnen die te maken hebben met huiselijk geweld en waarin alle gezinsleden behandeling krijgen in een multidisciplinair team van het LUBEC, De Waag en Rosa Manus. Samen bepalen zij welke zorg nodig is voor ieder gezinslid én voor het gezin als geheel, met als doel structurele veiligheid. Het behandelmodel is gebaseerd op wetenschap, aangescherpt door klinische expertise en verrijkt met ervaringskennis van gezinnen zelf. Tegelijkertijd doen we implementatieonderzoek - het begin van een evidence-base én een prachtig voorbeeld van hoe samenwerking over organisaties en vakgebieden heen eruit kan zien. Natuurlijk zijn we ook gebonden aan de realiteit van alledag. Dit mooie en waardevolle project, waar alle betrokkenen mee verder zouden willen omdat het echt een meerwaarde is in de regio werd opgezet vanuit een ZonMW beurs voor pilots naar de samenwerking tussen jeugd

en volwassen GGZ. Nu staan we voor de uitdaging om de financiering, over schotten heen, geregeld te krijgen, in een periode waarin er veel bezuinigingen in de zorg zijn.

Hier mag ook zeker het Kenniscentrum Angst en Stress (KAS) niet ontbreken. Dit Kenniscentrum is ontstaan in tandem met het LUBEC, met steun vanuit het onderwijsinnovatiefonds van Gemeente Leiden. Opgezet door mijzelf samen met Dr. Anke Klein en Prof. Michiel Westenberg, en nu gezamenlijk geleid door Anke, Dr. Marieke Bos en mij. Binnen het kenniscentrum, of KAS in het kort, streven we naar een samenleving waarin angst en stress bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen bespreekbaar zijn, binnen een veilig onderwijsklimaat waarin zij leren uitdagingen aan te gaan en leraren en docenten weten hoe zij dit proces ondersteunen. We werken hieraan door onderzoek en praktijk te verbinden en ervoor te zorgen dat wetenschappelijke kennis over angst en stress de weg naar scholen en gezinnen weet te vinden.. Dat doen we door ervoor te zorgen dat nieuwe wetenschappelijke kennis sneller in de praktijk terecht komt. En ook hier lopen zorg, onderwijs en wetenschap naadloos in elkaar over: behandelaars, studenten en onderzoekers werken zij aan zij; scholen leren mee; ouders worden betrokken. Zo laat het KAS zien wat er gebeurt wanneer je de muren tussen hulpverlening, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek weghaalt: angst en stress worden bespreekbaar, hulp komt dichtbij, en kennis stroomt meteen terug naar de praktijk.

De route naar de gedroomde toekomst: aanbevelingen

Evidence-based practice vraagt dus om meer dan protocollen, meer dan gemiddelden en meer dan één perspectief. Het is een denkmodel, geen stappenplan. Als we wetenschap verstandig willen toepassen in de praktijk, en de kloof tussen onderzoek en zorg willen verkleinen, dan hebben we praktische handvatten nodig. Daarom wil ik afsluiten met twaalf tips, oproepen en aanbevelingen. Twaalf manieren waarop wetenschap, klinische expertise en ervaringskennis elkaar kunnen versterken. Stappen richting een jeugd-ggz die

menswaardig, flexibel en werkelijk evidence-based is. Waarom twaalf? Dat is gebaseerd op de 'twelve tips' artikelen uit het tijdschrift *Medical Teacher*.

Wetenschap

1. *Laat wetenschap de praktijk dienen*

Ik roep jullie op tot bescheidenheid. Ik pleit voor een wetenschap die dienend is aan de praktijk en aan evidence-based werken. In subsidieaanvragen worden we vaak verleid tot grote woorden en ferme claims. Met stevige taal en grote woorden overtuig je de beurscommissie dat jouw idee of voorstel er echt toe doet. Maar net als na een politieke campagne is het zaak om die taal los te laten en terug te keren naar nuance. Goede wetenschap is slow science: kleine, robuuste stappen, helder over wat we wél weten en wat niet. Onze discussieparagrafen moeten klinici niet voorschrijven wat zij moeten doen, maar de kennis bieden waarmee zij hun werk goed kunnen uitvoeren, in vertrouwen dat zij die zorgvuldig toepassen.

En als je zelf in een commissie zit, waardeer dan juist die onderzoekers die niet alleen impact claimen, maar ook eerlijk zijn over de grenzen van hun project en hun resultaten.

2. *Ontwerp onderzoek voor de toekomst, mét de praktijk*

De praktijk heeft zowel fundamenteel als toegepast onderzoek nodig: trage, gedegen kennisontwikkeling én snelle innovatie op basis van nieuwe inzichten. Betrek praktijkprofessionals daarom al vroeg, om op te halen waar de kennisbehoefte ligt en om te sparren over ideeën. Jij als wetenschapper weet de huidige stand van de kennis als de beste en kan daarom voorspellen waar het onderzoeksveld naartoe gaat. Laat je daarnaast ook verrassen door vragen uit de praktijk. In de praktijk zijn de beste ideeën en hypothesen over welke innovaties de praktijk vooruit brengen, en wat belangrijke werkzame mechanismen zouden kunnen zijn.

Tegelijk weten we dat wetenschap traag is. Tussen een eerste idee, een subsidieaanvraag en de uitvoering verstrijken gemakkelijk jaren, terwijl de praktijk alweer doorgaat. Daarom neem ik een belangrijk inzicht mee uit een summer school over het herontwerpen van de GGZ: ontwerp niet voor het heden, maar voor de toekomst. Zeker wanneer een project beoogt de zorg te verbeteren. Vraag je af: waar willen we over 10 à 15 jaar staan? Hoe draagt dit project daaraan bij? En welke kleine stappen kunnen we nu al zetten om daar te komen?

3. *Onderzoeksgeld is gemeenschapsgeld: besteed het met visie en precisie*

Ga zuinig om met gemeenschapsgeld. We doen wetenschap in dienst van de samenleving, soms met direct toepasbare resultaten, maar vaker met kennis die pas later haar waarde toont. Dat verplicht ons om resultaten terug te geven: door producten vrij toegankelijk te maken, data te delen waar mogelijk, én door onderzoek efficiënt en doordacht te ontwerpen. Ook hier helpt het om praktijkprofessionals vroeg te betrekken. Te vaak zie ik gehonoreerde aanvragen voor toegepast onderzoek dat wetenschappelijk goed klinkt, maar de praktijk weinig oplevert. Bijvoorbeeld dure randomized controlled trials waarin twee al bewezen effectieve interventies worden vergeleken die slechts minimaal van elkaar verschillen. Dat kan veel efficiënter, met kleinere en slimmere designs. Bewaar grote en kostbare studies voor vragen die er echt toe doen: totaal nieuwe behandelconcepten die robuust en gecontroleerd moeten worden getoetst om te weten of ze werkelijk iets toevoegen.

Praktijk

4. *Eis Evidence-Based Practice op: neem je professionele mandaat terug*

Claim de term evidence-based practice. Jij staat centraal in dit model: het is jouw verantwoordelijkheid om alle relevante informatie af te wegen, met de wetenschap als uitgangspunt.

Gebruik daarbij nauwkeurig taalgebruik: er bestaan geen “evidence-based behandelprogramma’s”, wél bewezen effectieve interventies.

Gebruik richtlijnen voor de veelvoorkomende vragen en keer bij zeldzamere casussen terug naar de oorspronkelijke literatuur. Neem positie, en laat die niet afpakken door beleidsmakers of wetenschappers die een te nauwe definitie hanteren. Dit vraagt om wetenschappelijke geletterdheid. Als je die wilt versterken, overtuig dan je organisatie van het belang: zoek scholing, supervisie of intervisie. En organisaties: jullie professionals kunnen hun werk alleen goed doen met passende randvoorwaarden, tijd, ruimte, intellectuele voeding, congresbezoek en mogelijkheden om zich blijvend te scholen in wetenschappelijke geletterdheid.

5. *Blijf ongemakkelijke vragen stellen*

Blijf ongemakkelijke kritische vragen stellen. Dat is de kern van een academische houding en de ruggengraat van goede zorg. Wees je er tegelijk van bewust dat veel modellen die we gebruiken, hoe wetenschappelijk ze ook lijken, vaak een sterke vereenvoudiging van de werkelijkheid zijn. Denk bijvoorbeeld aan het reptielenbrein dat niet in lijn is met de huidige wetenschappelijke kennis, of de ‘Window of Tolerance’, een bruikbaar conceptueel model, waarvan het moeilijk te achterhalen is op welke wetenschap het precies is gebaseerd. Modellen kunnen helpen om iets uit te leggen aan ouders, jongeren of opleidingen, maar alleen als we ook duidelijk maken dat het oversimplificaties zijn. Modellen zijn hulpmiddelen, geen waarheid. Houd dus ruimte voor nuance, voor twijfel en voor het besef dat achter elk schema een werkelijkheid schuilgaat die altijd rijker en gelaagder is dan het model suggereert.

6. *Laat actuele inzichten doorwerken: positioneer jonge professionals*

Het bijhouden van recente kennis kan op veel manieren. Bachelor-, master- en GZ-opleidingen investeren stevig in

het actualiseren van wetenschappelijke inzichten. Daardoor beschikken stagiairs, masterpsychologen en GZ-psychologen vaak over de nieuwste kennis, en GZ’ers worden bovendien expliciet getraind in het zoeken, lezen en toepassen van evidence. Geef jonge collega’s daarom positie. Bouw een cultuur waarin hun kennis wordt gewaardeerd en waarin zij zich durven uitspreken. Zij brengen frisse perspectieven en creatieve oplossingen. Maak gebruik van die innovatiekracht.

7. *Laat evidence spreken: vernieuw de praktijk met open vizier*

Schat de wetenschap op waarde. Zij brengt ons de nieuwste inzichten, soms zelfs over de kaders waar we zo aan gehecht zijn. Wanneer onderzoek aantoont dat een centrale aanname in jouw behandelmodel niet klopt, voel je dan niet persoonlijk aangevallen, maar onderzoek wat dit betekent voor jouw communicatie met hulpvragers. Integreer nieuwe kennis in je klinische expertise en pas het narratief van je model aan. Vergeet daarbij het verschil in perspectief niet: de wetenschapper zoekt kennis, jij zoekt manieren om mensen regie te geven over hun leven, passend bij hun mogelijkheden. Als een theoretische aanname wankelt, betekent dat niet dat de technieken waar je dagelijks effect van ziet waardeloos zijn, wél dat er een nieuwe empirische vraag ligt: wat is dan het werkingsmechanisme?

8. *Versterk evidence-based practice met gestructureerde ervaringskennis*

Collega’s ervaringsdeskundigen, heb geduld met de wetenschap én met klinici, en werk mee aan het verder ontwikkelen van evidence-based practice. Denk mee over de vraag: waar past ervaringskennis kennis in het besluitvormingsproces, en hoe verhoudt zij zich tot wetenschappelijke kennis?

Verspreid jullie modellen over wat ervaringskennis is en welke niveaus daarin te onderscheiden zijn. Daar kan het domein van klinische expertise veel van leren: wanneer is een ervaring incidenteel, wanneer persoonlijk, en wanneer vormt zij de basis voor geformaliseerde, gedeelde kennis? Verzamel en

deel casuïstiek, onderzoek patronen, en bouw zo aan gedeelde ervaringskennis die de kwaliteit van zorg versterkt.

Opleiding

9. *Doorbreek de smalle EBP-definitie: onderwijs het hele model*
Help mee om de definitie van evidence-based practice te verbreden. Onderwijs het EBP-model expliciet binnen klinische besluitvorming, inclusief de rol van klinische expertise én ervaringskennis, en maak steeds zichtbaar waarom dit in de behandelkamer onmisbaar is. Kijk kritisch naar je curriculum: hoe wordt er gesproken over EBP, over protocollen, en over hoe je die verstandig gebruikt? Leg de APA-bouwstenen van klinische expertise naast je onderwijs: wat zit er al in, en wat ontbreekt nog? Niet alles hoeft in elke opleidingsfase, maar denk als opleiders samen na over welk accent waar hoort. In april ga ik hierover in gesprek tijdens het Passie op Opleiden-congres. Doet je mee?

10. *Verdedig de diepgang: zet academische vorming centraal in elke fase van opleiden*

Om psychologen goed toe te rusten voor evidence-based werken, moeten bachelor- en masteropleidingen stevig blijven inzetten op academische vorming. Klinisch gerichte studenten moeten literatuur kritisch kunnen lezen en beschikken over solide methoden- en statistiekvaardigheden, niet alleen in de researchmaster, maar in alle klinische trajecten.

Dat geldt ook voor de post-master opleidingen: naast klinische vaardigheden moet er ruimte zijn voor het verdiepen in theorie en wetenschappelijke onderbouwing. Dat vraagt iets van ons als opleiders. We moeten de lat niet verlagen uit angst voor studiedruk. Zoals een onderzoeksmastercoördinator eens zei: *goed onderwijs schuurt een beetje, het is moeilijk, maar haalbaar*. Als wij de verwachtingen verhogen, zullen studenten en cursisten juist méér van het onderwijs profiteren.

Bruggen bouwen

11. *Groeien doe je onderweg: vertrouw op de volgende stap*

Van buiten lijkt mijn loopbaan misschien een geplande route. Maar er was geen plan. Ik zette telkens alleen de volgende stap, gedreven door twee waarden die sindsdien mijn rode draad vormen: hulpverleners en blijven leren. En dus, beste studenten en collega's: je hoeft het grote plan niet te kennen. Soms is het genoeg om gewoon de volgende stap te zetten. Er is waarde in kiezen, maar er is óók waarde in het nog niet weten.

12. *Dienend en zichtbaar leiderschap: bouw een cultuur waarin talent groeit*

Leiderschap is voor mij geen kwestie van positie, werkelijk leiderschap begint bij het voorbeeld dat je zelf geeft. In mijn oratie heb ik dat niet expliciet uitgewerkt, maar ik hoop dat je hebt meegelezen hoe ik ernaar kijk: show, don't tell. Leef vóór wat je belangrijk vindt, maak ruimte voor andere perspectieven en creëer omstandigheden waarin collega's kunnen groeien. In de academie gaat leiderschap niet over rang, maar over het mogelijk maken van ontwikkeling.

Vertrouw daarbij op de kracht van collega's met uiteenlopende achtergronden. Collega's die ook in de zorg werken doen daar vaak ervaring op met aansturing, groepsdynamiek en complexe afwegingen. Misschien past het leiden van afdelingen mindergoed in onze kleinere aanstellingen, maar we kunnen wél van betekenis zijn op onderdelen, juist door deze praktijkervaring.

Kwaliteit in wetenschap en zorg ontstaat niet door status, maar door openheid, kritische tegenspraak en gelijkwaardigheid. Goede behandeling vraagt om botsende perspectieven; hiërarchie kan dat belemmeren wanneer positie zwaarder weegt dan inhoud.

Wie een hiërarchische rol vervult, moet daarom actief ruimte maken voor openheid. Psychologische veiligheid, de vrijheid om te vragen, te twijfelen en tegen te spreken, is essentieel. Alleen dan komen we samen tot beter onderbouwde keuzes.

Conclusie

Elke reis vraagt om een moment van stilstand: om te zien waar we vandaan komen, waar we zijn aangekomen, en welke richting we verder op willen. Vandaag zijn we uitgekomen bij een gezamenlijke invulling van evidence-based practice: niet als tegenstelling tussen disciplines, maar als geïntegreerd model waarin wetenschappelijke kennis, klinische expertise en ervaringskennis elkaar aanvullen.

De kloof die zo vaak wordt gevoeld tussen wetenschap en praktijk is geen natuurverschijnsel, maar een gevolg van hoe we samenwerken, spreken en besluiten. De brug waar deze oratie over gaat, ligt er niet vanzelf, zij moet worden gebouwd, onderhouden en bewandeld. Met de inzichten van vandaag kunnen wij dat op een gerichte manier doen: door kennis te delen, door variatie in teams te benutten, door samen met kinderen, jongeren en ouders te beslissen, en door wetenschap verstandig toe te passen in de dagelijkse praktijk.

Als wij dat blijven doen, verschuift de vraag niet langer naar óf wetenschap of praktijk leidend is, maar naar hoe zij elkaar versterken. Dan wordt de jeugd-ggz menselijker, effectiever en eerlijker voor gezinnen die te lang hebben gewacht op passende zorg.

Het is eigenlijk gek dat er geen eed bestaat voor deze verantwoordelijke positie. Maar ik kan wel een belofte formuleren:

Ik beloof een wetenschap te bedrijven die voedt in plaats van overtuigt. Ik beloof de zorg te ondersteunen met openheid, kritische dialoog en ruimte voor tegenspraak, in het besef dat goede behandeling ontstaat waar perspectieven mogen

botsen en inhoud boven hiërarchie staat. En ik beloof te blijven opleiden met academische diepgang en een leeromgeving te creëren waarin jonge professionals kunnen groeien.

Mijn werk zie ik als een gezamenlijke reis, zonder vaste route maar vol nieuwe kennis en verbindingen. Daarom beloof ik bruggen te bouwen tussen wetenschap en praktijk, tussen opleiding en zorg, tussen theorie en ervaring, en leiderschap te tonen door het zichtbaar voor te leven.

Dat is mijn inzet voor de komende jaren: samen, stap voor stap, werken aan betere zorg, sterker onderwijs en een wetenschap die de praktijk echt vooruithelpt.

Dankwoord

Aan het einde van deze reis vandaag wil ik stilstaan bij de mensen zonder wie ik hier niet had gestaan. Geen enkele brug wordt door één persoon gebouwd en dat geldt ook voor deze. Dank aan allen die tot de totstandkoming van mijn benoeming hebben bijgedragen. In het bijzonder bedankt ik de decaan, WD's en het sectiebestuur O&O voor het erkennen en waarderen van mijn bijzondere en waardevolle profiel.

Dank aan al mijn docenten van de ResMas aan de UvA, in het bijzonder Hilde Huizenga: jij overtuigde mij om de researchmaster te doen, gaf mij mijn eerste student-assistentenbaan en werd later mijn co-promotor. Zonder jouw vertrouwen had mijn pad er anders uitgezien. Dank ook aan Maurits, Annematt en opnieuw Hilde, die durfden te kiezen voor het eerste scientist-practitioner-project op de afdeling en Groot Emaus die dit mogelijk maakte door een GZ-opleidingsplaats beschikbaar te stellen, een daad van visie.

Toen ik naast mijn baan in Leiden een werkplek zocht, kwam ik, door toeval of geluk, bij GGZ Delfland terecht. Daar voelde ik mij direct gezien in beide kanten van mijn vak. Dank aan RvB, directie team, aan Walter Arts en de KP-selectiecommissie, aan het management van Jeugd en al mijn collega's van Jeugd, de onderzoeksafdeling en daarbuiten.

Julie kritische blik, vakmanschap en honger naar kennis zijn inspirerend. Een organisatie waar zorg voorop staat en innovatie serieus wordt genomen, is iets om te koesteren.

Dank aan Michiel Westenberg en Eveline Crone, die mij in Leiden een aanbod deden dat ik niet kon weigeren, en mij volledige vrijheid en steun gaven om mij te ontwikkelen, ook tijdens de KP-opleiding. Beste Michiel, jij hebt mij altijd het gevoel gegeven dat mijn klinische expertise een meerwaarde was voor de afdeling. Je stimuleerde mijn nieuwsgierigheid en was oprecht trots wanneer er weer een paper verscheen, zelfs zonder onderzoeksuren. Dat vertrouwen heeft verschil gemaakt. Dank ook aan jou en Eveline en alle andere collega's in de tijd (al meer dan 10 jaar geleden) dat ik behandeling voor borstkanker onderging. Jullie maakten dat ik na de behandeling snel weer aan het werk wilde en kon.

Aan alle collega's van O&O: dank voor een thuis in de academie. En aan Marieke en Anke: dat we nog veel mooie KAS-momenten mogen beleven. Anna, ik vind het mooi en waardevol dat we elkaar steeds bleven tegenkomen tijdens studie en carrière en dat we nu samen met alle O&O collega's bouwen aan een sterke en inspirerende sectie.

Lieve KP-opleidingsgroep, dank jullie wel voor alle inspirerende gesprekken over de verwevenheid van onderzoek en praktijk, die mij hebben uitgedaagd en gevormd. Jullie steun, betrokkenheid en vertrouwen hebben meer voor me betekend dan jullie misschien weten.

Aan mijn lieve vriendinnen, we noemen elkaar zussen, Fanny en Marleen. We wonen inmiddels in drie steden, balancerend tussen werk en jonge gezinnen, maar jullie voelen heel dichtbij.

Lieve Daniel en Isabel, Alejandro en Loren en kleine Roan: dank dat we samen een familie vormen. Bij jullie voel ik mij thuis.

Lieve mama: jij zou vandaag niet verbaasd hebben gestaan. Je stond altijd achter me, trots op iedere stap, opscheppend tegen iedereen die je tegenkwam. Veel van wat ik vandaag kan, heb ik van jou.

En tot slot, Pablo en Zadie: jullie zijn mijn lievelings, mijn thuis, en mijn grootste reden om te blijven bouwen aan een wereld waarin zorg menselijker mag zijn.

Deze leerstoel gaat over integreren: wetenschap, zorg en menselijkheid bij elkaar brengen. Maar in de kern gaat het over iets anders: dat niemand dit werk alleen kan. Alle bruggen die ik vandaag beschreef, zijn gebouwd doordat mensen mee liepen, meedachten, tegenspraken, troosten, duwden en geloofden.

Er zijn vele manieren om te werken aan de beste zorg voor kinderen, jongeren en gezinnen.

Dit is mijn manier.

Je kreeg van mij kaartjes met verschillende rollen erop. Ik hoop van harte dat je die meeneemt naar de receptie en met elkaar in gesprek gaat. Wat ga jij morgen anders doen om de zorg te verbeteren?

Ik heb gezegd.

Referenties

Dudley, R., Ingham, B., Sowerby, K., & Freeston, M. (2015). The utility of case formulation in treatment decision making; the effect of experience and expertise. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 66-74.

Featherston, R., Downie, L. E., Vogel, A. P., & Galvin, K. L. (2020). Decision making biases in the allied health professions: a systematic scoping review. *PLoS One*, 15(10), e0240716.

Gaudiano, B. A., Brown, L. A., & Miller, I. W. (2011). Let your intuition be your guide? Individual differences in the evidence-based practice attitudes of psychotherapists. *Journal of evaluation in clinical practice*, 17(4), 628-634.

Kahneman, D. (2011). Fast and slow thinking. *Allen Lane and Penguin Books, New York*.

Wampold, B. E., & Flückiger, C. (2023). The alliance in mental health care: conceptualization, evidence and clinical applications. *World Psychiatry*, 22(1), 25-41.

PROF.DR. ANIKA BEXKENS-SIFRIM



Anika Bexkens-Sifrim is hoogleraar Evidence Based Clinical Practice for Child and Adolescent Mental Health aan de Universiteit Leiden. Zij combineert sinds het begin van haar loopbaan wetenschappelijk onderzoek met klinisch werk in de jeugd-GGZ, waar zij als klinisch psycholoog en coördinator wetenschap bij GGZ Delfland nauw betrokken is bij de behandeling van jongeren met uiteenlopende hulpvragen en verschillende onderzoeksprojecten. In 2013 promoveerde zij aan de Universiteit van Amsterdam op onderzoek naar risicogedrag bij jongeren met een licht verstandelijke beperking.

Anika ontwikkelt innovatieve behandelmodellen, zoals peer-mentored cognitieve gedragstherapie en onderzoekt de inzet van Virtual Reality, en ontving hiervoor meerdere ZonMW- en andere subsidies. Als mede-oprichter van het Kenniscentrum Angst en Stress bij Jeugd en verbonden aan LUBEC richt haar werk zich op het verbeteren van klinische besluitvorming en het toegankelijker maken van effectieve preventie en zorg.

Daarnaast speelt zij een centrale rol in de opleiding van nieuwe jeugdprofessionals: docent in de master en als hoofdopleider van de GZ-opleiding Kind & Jeugd en betrokken bij de aansluiting tussen master- en postmasteropleidingen. In al haar werkzaamheden staat het verbinden van wetenschap en praktijk centraal, gedreven door de overtuiging dat jongeren recht hebben op zorg die werkt én past bij hun leefwereld.

