

**IS ERVARING DE BESTE  
LEERMEESTER? KWALITATIEF  
ONDERZOEK NAAR DE  
IMPLEMENTATIE VAN  
ERVARINGSDESKUNDIGHEID IN DE  
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

Aantal woorden: 12 679

**Janssens Axelle**

Studentennummer: 01808576

Promotor: dr. Clara De Ruyscher

Begeleider: Peter Tomlinson

Masterproef voorgelegd voor het behalen van de graad master in de Pedagogische Wetenschappen  
afstudeerrichting Klinische Orthopedagogiek en Disability Studies

Academiejaar: 2020 - 2021



## Woord vooraf

Deze masterproef is het slotstuk van mijn opleiding aan de Universiteit Gent. Deze voorbije jaren hebben mij verrijkt als mens en gevormd als beginnend orthopedagoog. Hiervoor wil ik graag enkele mensen bedanken die het mee mogelijk maakten deze masterproef tot stand te brengen.

Vooreerst wil ik de participanten van Kasteelplus bedanken die hebben deelgenomen aan deze studie. Dankzij jullie openheid en flexibiliteit heb ik me kunnen verdiepen in dit boeiend onderwerp. Ik wil jullie enorm bedanken om via een online interview jullie ervaringen te delen, want dit is niet meteen evident.

Vervolgens wil ik mijn promotor Dr. Clara De Ruyscher bedanken voor haar ondersteuning. Dankzij haar betrokkenheid, concrete feedback en online overlegmomenten leerde ik zo mijn koers varen doorheen dit proces. Bij het beginproces van mijn masterproef heeft mijn begeleider Pete Tomlinson ervoor gezorgd dat ik het onderzoeksonderwerp goed kon afbakenen, waardoor deze masterproef richting kreeg.

Ten slotte wil ik mijn familie en vrienden bedanken. Bij jullie kon ik terecht voor gezellige wandelingen en koffietjes, en een kritische blik bij het nalezen van deze masterproef.

Axelle Janssens

Juni 2021

## Corona preambule

Wegens het onvoorspelbaar karakter van deze pandemie, is dit masterproefonderzoek gedeeltelijk niet kunnen doorgaan zoals oorspronkelijk gepland. Doordat fysiek contact werd afgeraden, is het niet mogelijk geweest om de rekrutering van de participanten persoonlijk in de gekozen onderzoekssetting te doen en is beroep gedaan op twee contactpersonen. Ondanks een hoopvol optimisme om de interviews wel te kunnen laten doorgaan in de onderzoekssetting, zijn deze uiteindelijk online doorgegaan. Op mijn onderzoekslocatie (Kasteelplus) werd de werking van de ervaringsdeskundigen gedurende een periode gepauzeerd omwille van de geldende coronamaatregelen, waardoor de dataverzameling pas in februari 2021 van start is kunnen gaan en afgerond is in april 2021.

Deze preambule werd in overleg tussen de student en de promotor opgesteld en door beiden goedgekeurd.

## Abstract

### **Is ervaring de beste leermeester? Kwalitatief onderzoek naar de implementatie van ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg**

Ervaringsdeskundigheid wordt de laatste jaren steeds meer ingezet in de geestelijke gezondheidszorg in België. De implementatie ervan is echter een uitdaging. Deze kwalitatieve studie verzamelde verschillende perspectieven omtrent de implementatie van ervaringsdeskundigheid om nadien te identificeren welke factoren als belemmerend en bevorderend werden ervaren. Dit onderzoek bevroeg drie hulpverleners, drie ervaringsdeskundigen en twee zorgvragers uit Kasteelplus aan de hand van semigestructureerde interviews. Deze ervaringen werden geanalyseerd door middel van een thematische analyse, waarbij een licht wordt geworpen op volgende thema's: afstemming tussen verwachtingen, de organisatiecultuur, de positie van de ervaringsdeskundige en professionalisering. Er kan geconcludeerd worden dat de afstemming tussen de verwachtingen en de organisatiecultuur als cruciale bevorderende factoren aanschouwd werden. Het gebrek aan een adequaat tewerkstellingsstatuut en vergoeding voor ervaringsdeskundigen werd beschouwd als een belemmerende factor voor het succesvol implementeren van ervaringsdeskundigheid, waardoor de positie van de ervaringsdeskundige in het gedrang kan komen. Verder onderzoek naar beïnvloedende factoren is noodzakelijk voor beleid en praktijk.

**Kernwoorden:** ervaringsdeskundigheid, herstel, geestelijke gezondheidszorg, implementatie

# Inhoud

Woord vooraf.....	I
Corona preambule.....	II
Abstract.....	III
Inleiding.....	1
1 Literatuurstudie.....	2
1.1 Recente evoluties in de geestelijke gezondheidszorg.....	2
1.2 Herstel.....	3
1.3 Ervaringsdeskundigheid.....	5
1.3.1 Van ervaring naar ervaringsdeskundigheid.....	6
1.3.2 De noodzaak en meerwaarde.....	8
1.3.3 De rol van de ervaringsdeskundige.....	9
1.4 De implementatie van ervaringsdeskundigheid.....	10
1.4.1 Rol- en functiebeschrijving.....	11
1.4.2 Organisatiecultuur.....	11
1.4.3 Educatie, training en supervisie.....	11
1.4.4 Ondersteuning voor het welbevinden van ervaringsdeskundigen.....	12
2 Probleemstelling.....	13
3 Methodologie.....	14
3.1 Kwalitatief onderzoek.....	14
3.2 Setting en participanten.....	14
3.3 Dataverzameling.....	17
3.4 Data-analyse.....	18
3.5 Ethische aangelegenheden.....	19
4 Resultaten.....	21
4.1 Afstemming tussen verwachtingen.....	21
4.1.1 Vast takenpakket.....	21
4.1.2 Gedeelde verwachtingen.....	22

4.1.3	Experimenteerruimte .....	23
4.2	Organisatiecultuur .....	23
4.2.1	Herstel als grondbeginsel .....	23
4.2.2	Beschikbaar en bereikbaar team.....	24
4.3	Positie van de ervaringsdeskundige .....	25
4.3.1	Zoektocht.....	25
4.3.2	Gezamenlijk toekomstperspectief.....	27
4.4	Professionalisering .....	28
5	Discussie .....	29
5.1	Conclusie .....	29
5.2	Beperkingen van het onderzoek.....	33
5.3	Aanbevelingen voor onderzoek, beleid en praktijk.....	34
6	Literatuurlijst.....	35
7	Bijlagen.....	43
7.1	Geïnfomeerde toestemming voor zorgvragers.....	43
7.2	Geïnfomeerde toestemming voor hulpverleners en ervaringsdeskundigen .....	47
7.3	Interviewleidraad voor zorgvragers.....	51
7.4	Interviewleidraad voor hulpverleners .....	53
7.5	Interviewleidraad voor ervaringsdeskundigen .....	55

## Inleiding

Een ervaringsdeskundige wordt door de Nederlandse Taalunie gedefinieerd als: *“iemand die een bepaald iets heeft meegemaakt en door deze ervaring deskundige op dit gebied genoemd kan worden.”* (De Taalunie, 2015). De online Nederlandse encyclopedie geeft het volgende als definitie: *“een ervaringsdeskundige is iemand die cliëntervaring heeft in de zorg, deze ervaring heeft omgezet in ervaringskennis en in staat is om deze kennis ook professioneel in te zetten en over te dragen.”* (Encyclo, 2021). Deze laatste definitie leunt het meest aan bij de invalshoek van dit onderzoek.

In deze masterproef worden ervaringsdeskundigen gesitueerd binnen de geestelijke gezondheidszorg en bijgevolg beschouwd als mensen die ervaring hebben met een psychische kwetsbaarheid en hierin een herstelproces doorlopen hebben. Zij zetten deze ervaringen in bij het ondersteunen van andere mensen met een psychische kwetsbaarheid (Hamilton et al., 2015; Gordon & Bradstreet, 2015). De inzet van ervaringsdeskundigheid is thuis te brengen in enkele internationale evoluties zoals de vermaatschappelijking van de zorg en de herstelbeweging (Davidson & White, 2007; Sowers et al., 2016). Dit vereist een hulpverleningslandschap dat deze implementatie kan faciliteren (Sowers et al., 2016). Internationaal onderzoek richtte zich de afgelopen jaren volop op het verzamelen van ervaringen betreffende de implementatie van ervaringsdeskundigheid (Ibrahim et al., 2020). Hieruit volgde onderzoek naar het identificeren van factoren die deze implementatie kunnen beïnvloeden (Mutschler et al., 2021). Zodoende is het noodzakelijk om te bekijken hoe verschillende perspectieven de implementatie van ervaringsdeskundigheid ervaren in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg.

Het eerste hoofdstuk van deze masterproef gaat van start met een literatuurstudie die de inzet van ervaringsdeskundigheid kadert binnen enkele internationale evoluties in de geestelijke gezondheidszorg. Het begrip ervaringsdeskundigheid wordt beschreven en er wordt ingegaan op hoe men de implementatie daarvan vormgeeft in de praktijk. Vervolgens worden in hoofdstuk twee de onderzoeksvragen geformuleerd aan de hand van een probleemstelling. In hoofdstuk drie wordt nadien de methodologie uiteengezet waarin de onderzoekslocatie Kasteelplus wordt voorgesteld. Daarnaast worden de onderzoeksmethoden en ethische aangelegenheden beschreven. In hoofdstuk vier worden de resultaten besproken door middel van vier thema's. Verder worden in hoofdstuk vijf de belangrijkste bevindingen geconcludeerd, waarbij eveneens een licht geworpen wordt op de beperkingen van dit onderzoek. Ten slotte worden aanbevelingen gegeven voor toekomstig onderzoek, beleid en praktijk.

De referenties in deze masterproef volgen de APA-richtlijnen, editie 7.



# 1 Literatuurstudie

Dit eerste hoofdstuk tracht door middel van een literatuurstudie het thema van ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) te verkennen om een diepgaander inzicht te verkrijgen in deze materie. Vooreerst worden enkele evoluties in de geestelijke gezondheidszorg besproken, waarna een conceptualisering van herstel wordt gegeven. Verder wordt het begrip ervaringsdeskundigheid verkend en wordt bekeken hoe de implementatie daarvan kadert in voorgaand onderzoek. Vervolgens worden vanuit een kloof tussen theorie en praktijk de onderzoeksvragen van deze masterproef geformuleerd.

## 1.1 Recente evoluties in de geestelijke gezondheidszorg

Het situeren van ervaringsdeskundigheid in een historisch en internationaal herstelperspectief, biedt een kans deze recente ontwikkeling te begrijpen. De visie op gebruikers in de geestelijke gezondheidszorg kenmerkt zich in enkele evoluties. De de-institutionalisering en vermaatschappelijking van de zorg liggen aan de basis van deze veranderingen (Anthony, 1993; Davidson & White, 2007; Sowers et al., 2016; Van Audenhove, 2017).

In de jaren '50 werden mensen met een psychische problematiek ondergebracht in instellingen, meestal op het platteland en ver weg van de maatschappij. Hier kregen ze inadequate behandelingen met als doel het genezen van symptomen. Door de hoofdzakelijk medische visie op patiënten in de geestelijke gezondheidszorg, kreeg deze doelgroep te maken met sociale uitsluiting en stigmatisering (Davidson & White, 2007; Van Audenhove, 2017). Vanaf de jaren '70 werd die institutionalisering van patiënten in ziekenhuizen en voorzieningen afgebouwd en werd het noodzakelijk om meer beroep te doen op de directe omgeving (Sowers et al., 2016). Dit bracht met zich mee dat wanneer patiënten werden ontslagen uit de instellingen, ze in aanraking kwamen met enkele uitdagingen waar de samenleving mee worstelde. Ze werden geconfronteerd met een gebrek aan een adequaat beleid voor geestelijke gezondheidszorg. Dit leidde vaak tot detentie, dakloosheid en middelengebruik waardoor de psychische kwetsbaarheid toenam. Dit resulteerde in het opstarten van zelfhulpgroepen waarbij patiënten eigenhandig het initiatief namen om elkaar te ondersteunen en op te komen voor meer controle over beslissingen inzake hun geestelijke gezondheid (Davidson & White, 2007; Sowers et al., 2016). Die verhalen en ervaringen van (ex)patiënten, ingebed in de *survivor-movement*, werden ingezet in die zelfhulpgroepen waardoor het narratief van deze gebruikers steeds meer in opmars kwam. De inzet van deze verhalen en ervaringen is een belangrijke mijlpaal in de geschiedenis van het inzetten van ervaringsdeskundigheid (Watson & Meddings, 2019). Het concept van persoonlijk herstel vloeit immers voort uit deze verhalen over de verschillende wegen naar herstel met als

voornaamste kritiek dat de traditionele hulpverlening meer focus moet leggen op de sterktes, hulpbronnen en context van de patiënt (Roberts & Boardman, 2013). Het belang van de inzet van deze ervaringen als vorm van ondersteuning stijgt en wordt sinds eind 20<sup>e</sup> eeuw, begin 21<sup>e</sup> eeuw naast zelfhulpgroepen eveneens in formele hulpverlening ingeschakeld (Watson & Meddings, 2019).

De internationale trend van verschuivingen en hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg kent alsook in België zijn verloop. Vanaf de jaren '70 werd er meer belang gehecht aan het afstemmen van het zorgaanbod op de noden van de mensen. Met de oprichting van de diensten voor geestelijke gezondheidszorg in 1975 werd steeds meer een focus gelegd op de bio-psycho-sociale benadering van de mens met een psychische kwetsbaarheid (Vlaanderen, 2010). Het decreet van 1999 resulteerde in een fusie van de kleine diensten met als gevolg de oprichting van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Dit leidde tot een wijdverspreid aanbod aan ambulante geestelijke gezondheidszorg over heel Vlaanderen. Door de opmars van deze ambulante hulpverlening werd het noodzakelijk dat de patiënt zich meer wendde tot zijn netwerk. Het beroep doen op zelfhulpgroepen is door die de-institutionalisering aanzienlijk gestegen (Aga et al., 2017). Een belangrijke kentering in de geestelijke gezondheidszorg in België was de intrede van Artikel 107 van de ziekenhuiswet in 2010. Deze verandering maakte dat het concept herstel zijn ingang vond in de Belgische geestelijke gezondheidszorg. Het was immers een aanzet voor het realiseren van continuïteit van zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Artikel 107 had tot doel de zorg te vermaatschappelijken, wat inhoudt dat de bedden in psychiatrische ziekenhuizen werden afgebouwd en de vrijgekomen middelen ingezet konden worden in meer gemeenschapsgerichte woonvormen, zodanig dat mensen zo lang mogelijk in hun thuisomgeving zouden kunnen blijven (Vlaanderen, 2010).

Samengevat hebben deze recente evoluties geleid tot de actuele organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. De onderliggende visie kenmerkt zich in een verschuiving van een zuiver medische benadering naar een bio-psycho-sociaal perspectief op mensen met een psychische kwetsbaarheid, waarbij herstel centraal staat en de inzet van ervaringsdeskundigheid een plaats heeft gekregen (Aga et al., 2017; Vlaanderen, 2010). Volgend hoofdstuk gaat hier verder op in door inzicht te verschaffen in het begrip herstel.

## 1.2 Herstel

Een conceptualisering van het begrip herstel laat toe te begrijpen hoe ervaringsdeskundigheid een plaats heeft gekregen in de geestelijke gezondheidszorg. Doorheen de geschiedenis en tot op de dag van vandaag bestaat er immers geen eenduidige definitie of invulling van het concept

herstel (Davidson & White, 2007; Sowers et al., 2016; Vandekinderen et al., 2012). Anthony (1993) stelde reeds in de jaren '90 dat herstel een multidimensionaal concept is dat op verschillende manieren geuit en gemeten kan worden. Vervolgens voegen Slade et al. (2014) toe dat herstel een subjectieve ervaring is. Bijgevolg kunnen er verschillende definities van herstel ontstaan, rekening houdend met het idee dat mensen hun inzicht in herstel kan veranderen doorheen de tijd. Desalniettemin hebben onderzoekers wereldwijd het begrip 'herstel' proberen te bevatten in enkele termen, condities en voorwaarden die hieronder toegelicht worden (Vandekinderen et al., 2012).

Doorgaans wordt in literatuur een onderscheid gemaakt tussen twee vormen van herstel, namelijk klinisch en persoonlijk herstel. Het eerste sluit aan bij het medisch perspectief van herstel waarbij gefocust wordt op het verminderen van symptomen (Slade et al., 2008). Persoonlijk herstel heeft doorheen de vorige decennia verschillende invullingen gekregen, waarbij geen eenduidige definitie kan worden toegepast. Nochtans is er over enkele zaken wel consensus. Het is een individueel en persoonlijk proces waarbij men niet altijd een uitkomst of resultaat zoekt (Davidson & White, 2007; Hendriksen-Favier et al., 2012; Slade et al., 2008; Van Audenhove, 2017).

De meest geciteerde definitie van herstel wordt beschouwd als een belangrijke mijlpaal van de paradigmaverschuiving in de geestelijke gezondheidszorg (Van Audenhove, 2017). Anthony (1993) definieerde persoonlijk herstel als volgt:

Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life as one grows beyond the catastrophic effects of mental illness. (Anthony, 1993, p.527)

Ondanks uiteenlopende nuances op het begrip herstel, zijn er overeenkomstige elementen vast te stellen. Leamy et al. (2011) deden onderzoek naar deze elementen en vormden een kader waarin vijf centrale elementen van persoonlijk herstel worden beschreven die essentieel worden geacht. Dat kader vormt het acroniem CHIME, wat staat voor *connectedness, hope and optimism, identity, meaning in life en empowerment*. In het Nederlands vertaalt zich dit naar verbondenheid, hoop en optimisme, een eigen persoonlijke identiteit, betekenisverlening aan het eigen levensverhaal en grip op het eigen leven hebben. Het CHIME-kader kan dienen voor praktijk, onderzoek en beleid. Dit betekent dat wanneer professionals een manier zoeken om herstel te kunnen bewerkstelligen,

het mogelijk is om processen binnen de voorziening te evalueren aan de hand van die vijf centrale elementen die hieronder kort worden toegelicht (Leamy et al., 2011).

*Connectedness* impliceert het aangaan van relaties en ondersteuning van anderen en gelijkgestemden zoals bijvoorbeeld *peer support* (peer ondersteuning). *Hope and optimism* omvat hoop en geloof in het eigen herstel, het dromen en hebben van aspiraties, motivatie om te veranderen, hoopvolle relaties en positief denken. Verder duidt *identity* op het bouwen van een nieuwe identiteit die het jarenlange stigma overstijgt. *Meaning in life* bevat het betekenis geven aan de ervaring die men heeft, een betekenisvolle rol opnemen en betekenisvolle doelen hebben. Als laatste doelt *empowerment* op het focussen op sterktes en talenten, de eigen regie weer in handen nemen en controle uitoefenen op het eigen leven (Leamy et al., 2011). Sowers et al. (2016) halen aan dat de hulpverlening en het volledig gezondheidssysteem zodanig dienen te veranderen dat de ondersteuning focust op het persoonlijk herstel. Het is bijgevolg noodzakelijk om onderzoek te blijven doen naar deze ontwikkelingen.

### 1.3 Ervaringsdeskundigheid

De inzet van ervaringsdeskundigheid kende aldus zijn aanvang in de herstelbeweging, waarbij er vanuit zelfhulpgroepen een focus werd gelegd op het belang van die ervaringskennis- en deskundigheid (Watson & Meddings, 2019). Peer ondersteuning wordt bijgevolg beschouwd als een noodzakelijk onderdeel in het herstelproces (Holley et al., 2015; Leamy et al., 2011; Substance Abuse & Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2012). Opvallend is dat ervaringen al langer ingezet werden als ondersteuningsvorm in de verslavingszorg dan in de algemene geestelijke gezondheidszorg. Zo zijn de eerste vormen van deze peer ondersteuning te situeren eind 19<sup>e</sup> eeuw. De meest bekende zelfhulpgroep kende zijn aanvang reeds in 1935 in de Verenigde Staten, namelijk *Alcoholics Anonymous* (AA) (White, 2004). De inzet van ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg is terug te leiden tot 1970, waar de *Mental Patients Associations* (MPA) werd opgestart in Canada met als doel het voorkomen van suïcide. Daarnaast zijn er in die periode tevens initiatieven te vinden in het Verenigd Koninkrijk (Watson & Meddings, 2019). Niettegenstaande de inzet van ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg zijn plaats gekregen heeft dankzij de herstelbeweging van de jaren '70, is het belangrijk aan te halen dat het domein van de verslavingszorg dit concept al langer inzet in zijn ondersteuning en hulpverlening (Davidson & White, 2007).

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de conceptualisering van ervaringsdeskundigheid en de noodzaak en meerwaarde van de inzet van een ervaringsdeskundige in de geestelijke

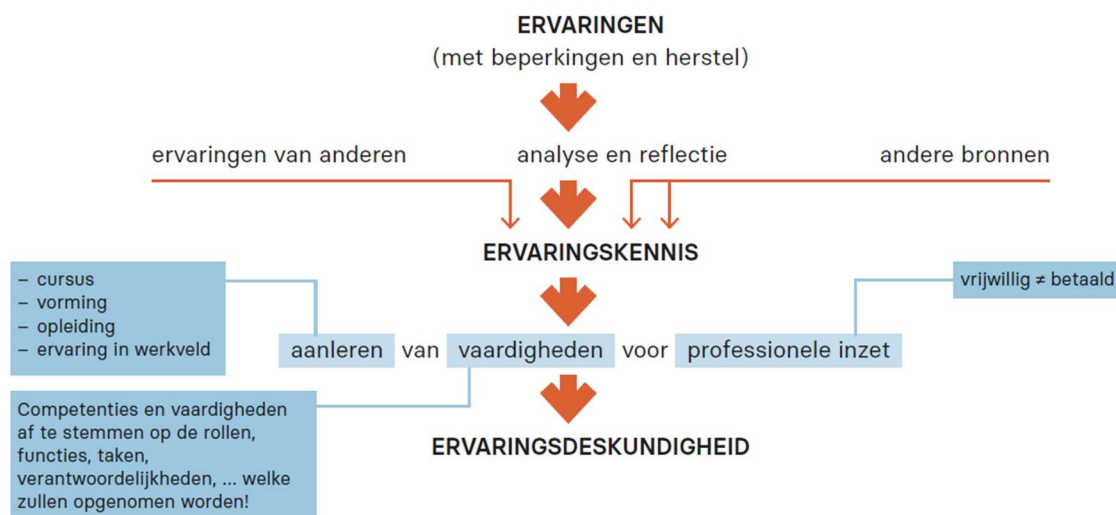
gezondheidszorg. Ten slotte worden de rollen die een ervaringsdeskundige kan opnemen aangehaald.

Voorafgaandelijk wordt het onderscheid tussen informele en formele peer ondersteuning beschreven. Ten eerste spreekt men van informele peer ondersteuning waarbij steun ervaren wordt bij ontmoetingen met gelijkgestemden. Ten tweede wordt van formele peer ondersteuning gesproken dit in een professionele context plaatsvindt (Simpson et al., 2014). In deze masterproef gaat het over de tweede vorm waarbij ervaringsdeskundigheid ingezet wordt in de professionele hulpverlening.

### 1.3.1 Van ervaring naar ervaringsdeskundigheid

Om inzicht te krijgen in het begrip van ervaringsdeskundigheid, worden enkele definities toegelicht. Handriksen-Favier et al. (2012) geven aan dat ervaringsdeskundigheid bestaat uit het overdragen van ervaringskennis en dat men die ervaringskennis vervolgens inzet. Bovenberg et al. (2011) spreken van ervaringsdeskundigheid wanneer mensen emotionele, sociale of praktische hulp bieden en hun eigen kennis en ervaringen inzetten om personen met vergelijkbare ervaringen te helpen. Zij geven tevens aan dat het begrip wordt gehanteerd wanneer er getrainde ervaringswerkers worden ingezet. Gordon en Bradstreet (2015) verklaren deze verschillen in definities door de diverse settings waarin ervaringsdeskundigen zich bevinden, waardoor ze steeds verschillende rollen en taken vervullen.

Het ontbreekt het concept ervaringsdeskundigheid dus aan eensgezindheid. Waar wel consensus over is, is dat het concept bestaat uit: ervaring, ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid (van Erp et al., 2012). Figuur 1 visualiseert deze processen, beschreven door Hilko Timmer in van Erp et al. (2011).



### INZET IN VERSCHILLENDE ROLLEN VAN ERVARINGSDESKUNDIGEN

*Figuur 1.* Aangepast overgenomen uit *Ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning*, door A. van Erp et al., 2011, Trimbos-instituut.

Deze driedeling start met het hebben van ervaring met een psychische problematiek en met het doorlopen van een herstelproces. Wanneer op die ervaring gereflecteerd wordt en men deze kan delen met anderen, wijst dit op ervaringskennis. Wanneer men leert die ervaringskennis in te zetten om anderen te ondersteunen in hun herstelproces, duidt dit op ervaringsdeskundigheid (van Erp et al., 2012). Het aanleren van professionele vaardigheden kan bewerkstelligd worden door het volgen van een cursus, vorming, opleiding of ervaring in het werkveld. Dat geeft het Vlaams Herstelplatform aan in het Globaal Plan Ervaringsdeskundigheid (2019). De vaardigheden die zij aangeleerd krijgen, zijn af te stemmen op de rollen en functies die zij zullen innemen.

In het Globaal Plan Ervaringsdeskundigheid worden de verschillende gangbare benamingen in Vlaanderen belicht. Er wordt gebruik gemaakt van de termen ervaringswerkers, ervaringsdragers, ervaringsdeskundigen of personen met ervaringskennis (Vlaams Herstelplatform, 2019). Jansen (2019) pleit echter voor het hanteren van het woord ervaringswerker omdat de naam precies zegt wat het inhoudt: werken met je ervaringen. Een ervaringsdeskundige is eerder een containerbegrip, terwijl een ervaringswerker het beroep van ervaringsdeskundige uitoefent in een bepaalde setting. Desalniettemin blijft er discussie bestaan over het woord omdat het beroep van ervaringsdeskundige zich dient te onderscheiden van het containerbegrip ervaringsdeskundige. Dit verschil is voor velen nog onduidelijk (Jansen, 2019) en kan geïllustreerd worden door de twee verschillende definities die uitgeschreven zijn in de inleiding. Doorheen deze masterproef wordt het woord ervaringsdeskundige gehanteerd, omdat

dit het gangbare woord binnen de onderzoekslocatie is. In paragraaf 3.2 wordt deze onderzoekslocatie voorgesteld.

### 1.3.2 De noodzaak en meerwaarde

In enkele modellen die herstel vastleggen in overkoepelende aspecten, wordt peer ondersteuning beschouwd als een noodzakelijk onderdeel in het herstelproces (Holley et al., 2015; Leamy et al., 2011; SAMHSA, 2012). Sinds enkele decennia doet men onderzoek naar de noodzaak en de meerwaarde van ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg. Literatuur wijst uit dat het inzetten van een ervaringsdeskundige een meerwaarde kan bieden voor het team, de cliënten en de ervaringsdeskundige zelf (Holley et al., 2015).

De voornaamste reden die wordt aangehaald als meerwaarde is het aangaan van de relatie met de cliënt (Asad & Chreim, 2016; Cabral et al., 2014). *Lived experiences* worden als krachtig bevonden (Hurley et al., 2018). Ervaringsdeskundigen en cliënten geven aan dat er een relatie ontwikkeld wordt, gebaseerd op gelijkwaardigheid, respect en hoop (Cabral et al., 2014; Gordon & Bradstreet, 2015; Vandewalle et al., 2018). Deze relatie wordt gekenmerkt door het vermogen om op gepaste momenten hun ervaringen in te zetten. Bijgevolg verschilt deze verhouding fundamenteel van de relatie met een niet-ervaringsdeskundig teamlid (Asad & Chreim, 2016).

Voordelen die aangehaald werden door cliënten zijn het verminderen van sociale isolatie, een verbetering in de kwaliteit van leven en een toenemende afhankelijkheid, zelfvertrouwen en empowerment (Holley et al., 2015). Uit onderzoek van Cabral et al. (2014) blijkt dat er vooruitgang is in hun geestelijke gezondheid. Cliënten krijgen copingmechanismen aangeleerd en kunnen geïnspireerd worden om zelf ervaringsdeskundige te worden. Ze worden aangespoord om hun eigen interesseveld te verbreden en empathischer te luisteren naar anderen. Verder worden ze gestimuleerd om assertiever te communiceren (Debyser et al., 2019). Hamilton et al. (2015) halen aan dat de empathische luistervaardigheden van de ervaringsdeskundige een meerwaarde kunnen zijn voor de cliënt omdat deze zich mogelijk beter begrepen voelt (Gillard & Holley, 2014).

De organisatie krijgt door de ervaringsdeskundige aanvullende inzichten en middelen waar het team anders niet over zou beschikken (Gillard et al., 2013). Bijkomend proberen ervaringsdeskundigen de heersende taal te beïnvloeden (Hurley et al., 2018). Dit kan gerealiseerd worden door het gebruik van herstelgerichte taal die niet veroordeelt en die hoop geeft (Gillard & Holley, 2014). Sommige ervaringsdeskundigen gaven in het onderzoek van Hurley et al. (2018) echter aan dat taal reeds veranderde door louter aanwezig te zijn in bijvoorbeeld een vergadering.

Door de inzichten van de ervaringsdeskundigen hebben de traditionele hulpverleners meer begrip en inzicht in de uitdagingen waarmee cliënten geconfronteerd worden (Gillard & Holley, 2014).

Het werken als ervaringsdeskundige wordt beschouwd als een pad dat bewandeld kan worden in het herstelproces. Het geeft perspectief en kan ondersteunend werken in een herstelproces (Gillard & Holley, 2014). Voordelen die zij zelf ervaren zijn onder andere het ontwikkelen van vaardigheden, meer zelfvertrouwen en het vergroten van het sociaal netwerk. Het werken als een ervaringsdeskundige brengt met zich mee dat stigma niet als een obstakel gedefinieerd hoeft te zijn bij het zoeken naar werk. Een verbeterde financiële situatie kan eveneens een voordeel zijn (Gillard & Holley, 2014; Holley et al., 2015).

Samengevat kan er uit voorgaande kwalitatieve onderzoeken geconcludeerd worden dat het inzetten van ervaringsdeskundigen wel degelijk een meerwaarde is in de geestelijke gezondheidszorg. Het algemene welbevinden neemt toe voor de cliënt, de ervaringsdeskundige wordt gestimuleerd in zijn herstelproces en het team wordt uitgedaagd door het perspectief van de ervaringsdeskundige (Holley et al., 2015).

### 1.3.3 De rol van de ervaringsdeskundige

Uit onderzoek blijkt dat ervaringsdeskundigen vaak in verschillende settingen aan de slag zijn met als gevolg dat ze verschillende rollen vervullen (Asad & Chreim, 2016; Debyser et al., 2019; Holley et al., 2015). Het gebrek aan een duidelijke rol- of functiebeschrijving wordt vaak aangehaald als belemmerende factor in het uitoefenen van een rol als ervaringsdeskundige (Asad & Chreim, 2016; Debyser et al., 2019; Hurley et al., 2018). In de literatuur zijn diverse rollen te vinden die een ervaringsdeskundige kan opnemen (Vlaams Herstelplatform, 2019). Om te beginnen wordt de ervaring of *lived experience* van een persoon als sleutelement beschouwd binnen de ervaringsdeskundigheid (Hurley et al., 2018; Vandewalle et al., 2018). Die ervaring is immers uniek en biedt de ervaringsdeskundige de kans om de cliënt te begrijpen. Hierdoor kan hij als rolmodel fungeren. Een rolmodel kan cliënten inspireren in hun herstelproces (Cabral et al., 2014; Hamilton et al., 2015). Eveneens kan een ervaringsdeskundige als rolmodel optreden bij collega's wanneer het gaat over het omgaan met een herstelproces van een cliënt (Cabral et al., 2014). Deze rol heeft bovendien betrekking op de rol als hoopverlener, waarin de ervaringsdeskundige hoop scheidt, perspectief biedt en de cliënt inspireert door het inzetten van zijn ervaringen (Debyser et al., 2019; Gordon & Bradstreet, 2015; Vlaams Herstelplatform, 2019).



Een ervaringsdeskundige kan tevens beschouwd worden als een taboe-doorbreker. Hij doorbreekt als het ware de taboes van sociale isolatie, schaamte en (zelf)stigma. Vandewalle et al. (2018) geven aan dat ervaringen met stigmatisering bij vorige werkgevers hen kan aanzetten om hun ervaring in de geestelijke gezondheidszorg als kracht te benutten en deze in te zetten om die taboes te doorbreken. Heersende visies en machtsstructuren kunnen bovendien ondermijnd worden door de kritische kijk van de ervaringsdeskundige. Die zet in op zowel herstel als op de taal die daarbij gehanteerd wordt. Eén van de rollen van een ervaringsdeskundige kan dus het beïnvloeden van taal zijn. Zoals reeds aangehaald kan het louter aanwezig zijn reeds invloed uitoefenen op het taalgebruik van collega's (Hurley et al., 2018).

De bruggenbouwer is een rol die een ervaringsdeskundige eveneens kan opnemen. Hij is als het ware een brug tussen de geestelijke gezondheidszorg en de cliënten om op die manier de zorg te verbeteren (Gillard & Holley, 2015). Het Vlaams Herstelplatform (2019) voegt toe dat de ervaringsdeskundige de verbinding legt tussen hulpverleners, patiënten en familie, beleid, organisaties en andere mogelijke stakeholders. In dit kader situeert zich eveneens de rol van vertegenwoordiger, waarbij een ervaringsdeskundige opkomt voor de noden van de cliënten en deze verdedigt (Cabral et al., 2014; Vandewalle et al., 2018; Vlaams Herstelplatform, 2019).

Ten slotte dienen ervaringsdeskundigen te veranderen van zorggebruiker naar zorgverlener (Cabral et al., 2014; Debyser et al., 2019). Deze verandering of overgang loopt samen met de paradigmaverschuiving die zich voordoet in de geestelijke gezondheidszorg. Zoals eerder vermeld zette de herstelbeweging deze omschakeling in gang. De medisch georiënteerde zorg moet plaats maken voor een herstelondersteunende zorg, waarbij de erkenning en inzet van ervaringsdeskundigen niet mag ontbreken (Sklar et al., 2013).

#### 1.4 De implementatie van ervaringsdeskundigheid

De noodzaak en meerwaarde van het inzetten van ervaringsdeskundigen is reeds internationaal uitvoerig onderzocht en bewezen. De implementatie ervan blijkt echter een uitdaging (Debyser et al., 2019; Gillard & Holley, 2014; Ibrahim et al., 2020). Boevink (2017) geeft aan dat de herstelbeweging met de bijhorende inzet van ervaringsdeskundigen een structureel veranderend hulpverleningslandschap vereist. In een recente review van Ibrahim et al. (2020) werden uit 53 publicaties overkoepelende elementen teruggevonden die invloed uitoefenen op de implementatie van ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg. Enkele elementen worden hieronder beschreven.

#### 1.4.1 Rol- en functiebeschrijving

Het gebrek aan duidelijkheid rond de rol van de ervaringsdeskundige, kan voor ambiguïteit en verwarring zorgen (Asad & Chreim, 2016; Cabral et al., 2014; Hurley et al., 2018; Ibrahim et al., 2020). Gillard en Holley (2014) stellen echter dat gedeelde verwachtingen tussen het team een sleutelement is in het adequaat uitvoeren van de job. Het gebrek aan duidelijke verwachtingen brengt verschillende implicaties met zich mee. Ten eerste is het mogelijk dat het personeel niet weet hoe een ervaringsdeskundige ingezet kan worden in de dagelijkse werking (Cabral, et al., 2014). Ten tweede kan dit zorgen voor onzekerheid en meer stress bij de ervaringsdeskundige. Dit kan ertoe leiden dat ze steeds hun rol en meerwaarde in de voorziening moeten verantwoorden (Ibrahim et al., 2020). Desalniettemin kan een ambigue rolbeschrijving als gunstig ervaren worden, omdat het ervaringsdeskundigen de kans en flexibiliteit biedt om de rol voor zichzelf in te vullen naargelang de noden en wensen van de voorziening en die van zichzelf (Asad & Chreim, 2016; Cabral et al., 2014).

Ten slotte geven Gillard en Holley (2014) aan dat wanneer een ervaringsdeskundige wordt geïntroduceerd in het kader van herstelondersteunende zorg, dit beter is voor het begrijpen van de rol en de meerwaarde.

#### 1.4.2 Organisatiecultuur

Uit het onderzoek van Ibrahim et al. (2020) blijkt dat meer dan de helft van de publicaties de organisatorische cultuur aangeven als een beïnvloedende factor op het implementeren van ervaringsdeskundigen. Deze factor is bevorderend wanneer er een herstelgericht perspectief heerst met duidelijke communicatie. Openheid tot verandering en waarden zoals respect en gelijkwaardigheid zijn tevens elementen die de implementatie kunnen vergemakkelijken (Debyser et al., 2019). Ervaringsdeskundigen geven aan dat wanneer een organisatie vertrekt vanuit een eerder medisch, klinisch en probleemgericht perspectief, dit ontmoedigend en belemmerend werkt voor het uitvoeren van hun werk (Ibrahim et al., 2020; Vandewalle et al., 2016). In zulk klimaat kunnen negatieve attitudes en misverstanden op de voorgrond treden en op die manier stigmatisering versterken (Ibrahim et al., 2020).

#### 1.4.3 Educatie, training en supervisie

Beïnvloedende factoren situeren zich hier op het al dan niet ervaren van adequate educatie, training en supervisie (Ibrahim et al., 2020; Vandewalle et al., 2016). Cabral et al. (2014) geven aan dat implementatie van ervaringsdeskundigen succesvoller te bereiken is wanneer een training gegeven wordt aan heel het multidisciplinair team. Gillard en Holley (2014) voegen toe

dat dit ervoor zorgt dat de rol van de ervaringsdeskundige duidelijker wordt. Supervisie verzekert immers een wederzijds begrip tussen het team en de ervaringsdeskundige (Asad en Chreim, 2016; Gillard et al., 2013) en is noodzakelijk om verandering te scheppen (Sowers et al., 2016). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat ervaringsdeskundigen nood hebben aan een continuïteit van training (Asad & Chreim, 2016; Hamilton et al., 2015; Simpson et al., 2014). Specifiek geven ze aan dat ze behoefte hebben aan een training die gaat over zelfonthulling, omgaan met familieleden, handelen in teamvergaderingen en de verhouding tot de peer (Vandewalle et al., 2016).

#### 1.4.4 Ondersteuning voor het welbevinden van ervaringsdeskundigen

Ervaringsdeskundigen erkennen dat een naaste betrokkenheid met een cliënt een trigger kan zijn voor stress. Dit kan eventueel leiden tot een terugval of een burn-out (Gillard et al., 2013; Holley et al., 2015). Het welbevinden verzorgen kan bijgevolg als uitdagend ervaren worden (Asad & Chreim, 2016; Gillard et al., 2013; Simpson et al., 2014). Factoren die het welbevinden kunnen ondersteunen zijn het aanleren van zelfzorgvaardigheden, het leren herkennen van triggers en stress en een regelmatige screening omtrent het welbevinden. Enkele organisatorische aspecten hebben tevens betrekking op het welbevinden van een team zoals onder andere het toepassen van redelijke aanpassingen, het beleid omtrent ziekte- en vakantiedagen en een flexibel werkrooster rekening houdend met de werklast. Wanneer een ervaringsdeskundige verdrinkt in het werk en werkt in een stressvol milieu kan dit belemmerend zijn voor de implementatie van zijn positie (Ibrahim et al., 2020).

Teruggekoppeld naar de titel van deze masterproef: Is ervaring de beste leermeester? Samengevat werd uit voorgaand onderzoek reeds de noodzaak en meerwaarde bewezen van de inzet ervaringsdeskundigheid. Ervaring is dus inderdaad alvast een goede leermeester. In hoofdstuk 5 wordt deze vraag nogmaals beantwoord vanuit de nieuwe inzichten van dit onderzoek.

## 2 Probleemstelling

Binnen het herstelperspectief is de inzet van ervaringsdeskundigheid een essentieel onderdeel voor het bieden van ondersteuning aan cliënten. Ontwikkelde kaders over herstel die het element van peer ondersteuning bevatten, bevestigen dit (Holley et al., 2015; Leamy et al., 2011; SAMHSA, 2012; Slade et al., 2014). Doordat herstel geen eenduidige definitie hanteert, en ervaringsdeskundigen in verschillende settings aan de slag kunnen gaan, is er eveneens geen consensus over de wie, wat en hoe van een ervaringsdeskundige. Waar wel consensus over is, is dat het concept bestaat uit: ervaring, ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid (van Erp et al., 2012) en dat persoonlijk herstel een individueel en multidimensionaal proces is met niet altijd een uitkomst (Davidson & White, 2007; Hendriksen-Favier et al., 2012; Slade et al., 2008; Van Audenhove, 2017). Boevink (2017) stelt dat deze nieuwe invulling van herstel een gelijktijdig veranderend hulpverleningslandschap vereist. Het volledig gezondheidssysteem dient zodanig te hervormen dat een herstelperspectief aan de basis ligt in de dagelijkse praktijk (Sowers et al., 2016). Kwalitatief onderzoek toont nochtans de meerwaarde van ervaringsdeskundigen aan: het algemeen welbevinden van de cliënten vergroot, het ondersteunt de ervaringsdeskundige in zijn herstelproces en het team wordt geprikkeld door nieuwe inzichten en perspectieven (Holley et al., 2015).

Uit voorgaand onderzoek blijkt echter dat de implementatie een uitdaging blijft in de praktijk (Ibrahim et al., 2020). Bijgevolg is het cruciaal om een diepgaander inzicht te verwerven over de factoren die dit proces beïnvloeden. Kwalitatief onderzoek naar deze factoren is noodzakelijk om deze processen te begrijpen en de implementatie te kunnen bevorderen (Hamilton & Finley, 2020; Peters, 2010).

Vertrekkend vanuit deze probleemstelling worden volgende onderzoeksvragen opgesteld die mogelijks kunnen bijdragen aan een antwoord op de kloof tussen theorie en praktijk:

- (1) Hoe ervaren belangrijke actoren op één afdeling (in de ggz) de implementatie van ervaringsdeskundigheid?
- (2) Wat wordt er verstaan onder een ervaringsdeskundige in die setting?
- (3) Welke factoren beïnvloeden die implementatie van ervaringsdeskundigheid in de praktijk?

## 3 Methodologie

Dit onderzoek gaat op zoek naar ervaringen omtrent de implementatie van ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het kwalitatief onderzoek als gekozen onderzoeksmethode. Aansluitend worden de onderzoekssetting en participanten voorgesteld en vervolgens worden de dataverzameling- en analyse besproken. Ten slotte worden nog enkele ethische aangelegenheden toegelicht.

### 3.1 Kwalitatief onderzoek

Kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn cruciaal wanneer men bepaalde fenomenen wil begrijpen (Peters, 2010). Binnen kwalitatief onderzoek focussen Hamilton en Finley (2020) op de *key stakeholders* die zeker bevraagd dienen te worden. Dit zijn personen die een rol spelen in de implementatie of beïnvloed worden door die implementatie. Om deze reden worden binnen dit onderzoek rechtstreekse belanghebbenden betrokken namelijk de zorgvragers, hulpverleners en ervaringsdeskundigen binnen eenzelfde setting. Deze setting wordt in paragraaf 3.2 voorgesteld. Zodoende wordt kwalitatief onderzoek geselecteerd opdat de stem van iedere partij gehoord kan worden (Peters, 2010).

Terwijl kwantitatief onderzoek gestructureerde onderzoeksfases opzet biedt kwalitatief onderzoek de mogelijkheid om in te spelen op de realiteit en om terug te keren naar voorgaande onderzoeksfases (Peters, 2010). Voor het voeren van een interview zou een steekproef tussen zes en twaalf participanten doorgaans moeten volstaan. Er wordt eerder voorkeur gegeven aan een kleine steekproef met enkele kwaliteitsvolle diepte-interviews, dan aan oppervlakkige informatie van een grotere steekproef. Het is bijgevolg noodzakelijk om te identificeren welke personen de meest cruciale informatie kunnen bieden (Hamilton & Finley, 2020). Bij de dataverzameling wordt verder ingegaan op welk onderzoeksinstrument gehanteerd wordt binnen dit kwalitatief onderzoek.

### 3.2 Setting en participanten

Zoals eerder aangehaald is het de rol van de onderzoeker om te bepalen welke individuen de meest relevante informatie kunnen geven. Daarom is er gekozen om drie partijen binnen één afdeling te bevragen omtrent hun ervaringen over de implementatie van ervaringsdeskundigheid. Belangrijk bij *purposeful sampling* is dat er gebruik gemaakt wordt van het persoonlijk oordeel van de onderzoeker (Palinkas et al., 2015).

De onderzoekssetting is geselecteerd op basis van volgende criteria: een residentiële setting in de geestelijke gezondheidszorg, in een afdeling met hulpverleners, met minstens één ervaringsdeskundige en enkele zorgvragers van die afdeling en ten slotte dient de werking minstens zes maanden ver in implementatie te zijn.

Een verkennend gesprek met het Cliëntenbureau zorgde voor een bredere kijk op de werking van ervaringsdeskundigen in en rond het Gentse. Het Cliëntenbureau is opgericht door een samenwerking van Het PAKT (het netwerk GGZ voor volwassenen in Gent-Eeklo-Vlaamse Ardennen) en de WED (Werkgroep Ervaringsdelen en Destigmatisering) en de provincie Oost-Vlaanderen met als doel een centraal informatiepunt te zijn rond herstel en ervaringsdeskundigheid. Ze bieden eveneens een ondersteuningstraject aan voor organisaties die willen starten met de inzet van ervaringsdeskundigen (Het Cliëntenbureau, 2015). Dankzij het verkennend gesprek met het Cliëntenbureau werden de contactgegevens bezorgd van alle partners van Het PAKT. Deze mogelijke onderzoekssettings werden nauwkeurig verkend via hun websites en vervolgens werd KARUS gecontacteerd met de vraag welke residentiële zorgprogramma's al minstens zes maanden met ervaringsdeskundigen werken. KARUS bestaat sinds 2020 uit een fusie tussen het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus en het Psychiatrisch Centrum Caritas. Zij bieden zorg voor kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen met psychische en psychiatrische kwetsbaarheden (Karus, 2021a).

Het zorgprogramma Kasteelplus was bereid om deel te nemen aan dit onderzoek en voldeed aan de drie bovengenoemde criteria. Kasteelplus biedt verschillende behandelprogramma's aan voor zorgvragers met een alcohol- en/of medicatieafhankelijkheid. Het streven naar totale abstinentie is een essentieel vertrekpunt in Kasteelplus, waarbij tevens een focus gelegd wordt op een positieve levensstijl, het inzetten op familiale en sociale relaties, een positief zelfbeeld, een probleemoplossend vermogen en het kunnen genieten van een leven zonder verslavende middelen. Zorgvragers kunnen terecht in opname met verblijf op de afdeling, een dagbehandeling en een ambulante behandelprogramma alcohol (Karus, 2021b). Kasteelplus situeert zich op het kruispunt van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. De geschiedenis van de inzet van ervaringsdeskundigheid kent hier nog een andere nuance. In hoofdstuk 5 wordt hier verder op ingegaan.

De rekrutering van de participanten werd door de COVID-19 maatregelen uitgesteld tot februari. Vanaf deze periode mochten de ervaringsdeskundigen opnieuw aan de slag in de verschillende modules van Kasteelplus. Aangezien de fysieke aanwezigheid van externe personen afgeraden was, zoals een student-onderzoeker, werd geopteerd om participanten te rekruteren via twee

contactpersonen binnen de organisatie. Hiervoor werd een informatiebrief opgesteld die naar de hulpverleners en ervaringsdeskundigen werd verstuurd. De zorgvragers werden tijdens een dagopening gebriefd over dit onderzoek aan de hand van een informatiebrief waarvoor er zeven zich hebben opgegeven, waarvan er twee uiteindelijk hebben deelgenomen. Aldus zijn er acht participanten (n=8) geïnterviewd voor deze studie, waarvan drie hulpverleners, drie ervaringsdeskundigen en twee zorgvragers. Het is belangrijk te weten dat binnen dit kwalitatief onderzoek het onmogelijk is om de resultaten te veralgemenen (Peters, 2010).

Binnen de werking van Kasteelplus wordt gebruik gemaakt van de term 'ervaringsdeskundige'. Daarom wordt dit begrip doorheen deze masterproef gehanteerd, hoewel er in de literatuur verschillende benamingen te vinden zijn. In Kasteelplus zijn er op het moment van het schrijven van deze masterproef vier ervaringsdeskundigen aan de slag onder het statuut van vrijwilliger. Kort geschetst bieden zij ondersteuning aan de zorgvragers in ingeplande sessies in de vier modules van een opname en is er een wekelijks vrijblijvende avond in de living van de afdeling. Deze ervaringsdeskundigen zijn in het verleden zelf in opname geweest in Kasteelplus. In Tabel 1 worden de participanten kort voorgesteld aan de hand van enkele relevante gegevens.

<b>Participant</b>	<b>Gender</b>	<b>Aantal jaar in Kasteelplus in deze functie</b>	<b>Extra informatie</b>
Hulpverlener 1	Man	9 jaar	
Hulpverlener 2	Vrouw	1 jaar	Hiervoor 12 jaar op een andere afdeling in Karus
Hulpverlener 3	Man	16 jaar	
Ervaringsdeskundige 1	Vrouw	3 jaar	Gepensioneerd vrijwilliger
Ervaringsdeskundige 2	Man	3 jaar	Gepensioneerd vrijwilliger
Ervaringsdeskundige 3	Vrouw	2 jaar	Gepensioneerd vrijwilliger
Zorgvrager 1	Vrouw	Sinds januari 2021	In opname
Zorgvrager 2	Vrouw	Sinds februari 2021	In opname

### 3.3 Dataverzameling

Binnen dit kwalitatief onderzoek worden de ervaringen van de participanten bevroegd aan de hand van semigestructureerde interviews. Interviews zijn één van de voornaamste onderzoeksinstrumenten in kwalitatief onderzoek. Het leidt immers tot het verkrijgen van nieuwe en diepgaande inzichten van de participanten (Adams, 2010; Hamilton & Finley, 2020). De wederkerigheid tussen interviewer en geïnterviewde is een groot voordeel van semigestructureerde interviews (Kallio et al., 2016). Dit wordt bekomen door een leidraad op te stellen van topics en vragen, waarbij ruimte is om het perspectief van de participant te volgen.

Door de interviewleidraad op te stellen aan de hand van de vijf stappen van Kallio et al. (2016) wordt getracht de betrouwbaarheid te verhogen. Ten eerste werd dit instrument gekozen omdat het past bij de invalshoek van de onderzoeksvraag. De focus op ervaringen van de stakeholders in Kasteelplus, maakt dat een semigestructureerd interview een adequaat onderzoeksinstrument is. Ten tweede werd aan de hand van een literatuurstudie het thema verkend, waarbij de recente review van Ibrahim et al. (2020) een inspiratiebron vormde voor de topics van de interviewleidraad. Ten derde werd de voorlopige leidraad opgesteld bestaande uit een lijst van vragen die los en flexibel zijn zodat vanuit dialoog ingegaan werd op de besproken thema's. In deze leidraad werden verkennende vragen gesteld per topic en werd er gewerkt met een schaalvraag om dieper in te gaan op het perspectief van de participanten. Deze oplossingsgerichte methodiek maakt dat belemmerende en bevorderende factoren aangehaald werden (de Shazer & Dolan, 2007) over de implementatie van ervaringsdeskundigheid. Ten vierde diende de voorlopige leidraad getest te worden. Om betrouwbaarheid en kwaliteit te verhogen werd deze leidraad bekeken door de promotor van deze masterproef. Deze feedback resulteerde in een betere reflectieve kijk als onderzoeker op de leidraad. Helaas werd geen interview op voorhand afgenomen bij een mogelijke participant om de vragen te testen. Ten slotte werd als laatste stap het semigestructureerd interview voorgesteld en gebruikt (Kallio et al., 2016). Er werden nadien verdere aanpassingen gedaan omdat bepaalde verwoordingen of volgorde van de vragen relevanter waren.

Wegens de COVID-19 maatregelen werd de werking met de ervaringsdeskundigen stopgezet en pas opnieuw gestart in februari 2021. Vermits fysieke ontmoetingen nog steeds afgeraden werd, is geopteerd voor online interviews via Microsoft Teams. Deze online-vergaderruimte is gebruiksvriendelijk voor externen en verschillende soorten elektronische toestellen en bevat bovendien een opname-functie. De interviews duurden tussen 25 en 75 minuten met een gemiddelde duur van 55 minuten.



### 3.4 Data-analyse

De transcripties van de interviews zijn geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse. Deze methodiek stelt de onderzoeker in staat te analyseren welke betekenis mensen geven aan hun ervaringen. De essentie van een thematische analyse is het bepalen, analyseren en rapporteren van patronen en thema's in de verkregen data. De rol van de onderzoeker ligt hier in het actief op zoek gaan naar en het actief analyseren van de thema's. De flexibiliteit die deze manier van analyseren biedt, is een groot voordeel aangezien ze niet gebonden is aan een theoretische stroming (Braun & Clarke, 2006).

Howitt & Cramer (2008) stellen dat bovengenoemde processen doorheen de thematische analyse niet losstaand zijn, maar elkaar overlappen. Bijgevolg kan het noodzakelijk zijn om heen en weer te gaan tussen deze stappen en zodoende de thema's te verfijnen. Deze masterproef hanteert de zes fasen die Braun & Clarke (2006) vooropgesteld hebben: bekend worden met de data, de eerste codes opstellen, thema's zoeken, de thema's herzien, de thema's bepalen en benoemen en ten slotte het rapport schrijven.

Het afnemen van de interviews, deze beluisteren en transcriberen bezorgde een eerste vertrouwdheid met het onderzoeksmateriaal. Veel lezen en actief herlezen was de eerste stap in het analyseren van de data (Braun & Clarke, 2006). Vervolgens werden de eerste codes toegekend aan de ruwe data. Deze codes geven de eerste ideeën weer van wat interessant is aan de data. Braun & Clarke (2006) noemen dit de meest elementaire stukken uit de ruwe data. Deze fase vereist een actieve rol van de onderzoeker waarin inzicht in de data noodzakelijk is. Nadien werd er gezocht naar thema's, waarbij de codes geanalyseerd werden voor potentiële thema's. Verschillende codes werden gecombineerd zodat een eerste ontwerp van overkoepelende thema's en subthema's gevormd werden. Een visualisatie van de thema's kan dit proces ondersteunen. Dit faciliteert het zoeken naar linken tussen codes, subthema's en overkoepelende thema's (Braun & Clarke, 2006).

In de vierde fase werden de potentiële thema's herbekeken. Door deze thema's naast het ruw onderzoeksmateriaal te leggen, werden enkele thema's opgesplitst, andere werden samengenomen of er werd een nieuw thema gevonden. Vervolgens werden in fase vijf de thema's bepaald en benoemd. De essentie van elk thema werd duidelijk, alsook de verhouding met andere thema's en hun positie tegenover het geheel. Ten slotte werd in de laatste fase het verslag gegeven waarvan het volgend hoofdstuk het resultaat is van het doorlopen van dit proces. De resultaten worden geïllustreerd door middel van citaten omdat deze de essentie kunnen vertellen van de thema's (Braun & Clarke, 2006).

### 3.5 Ethische aangelegenheden

De goedkeuring van de Commissie voor Medische Ethiek van het UZ Gent en het lokaal Ethisch Comité van Karus, Spes et Fides werd voorafgaand aan de rekrutering van de participanten verkregen. Op deze manier worden ethische overwegingen in acht genomen en gewaarborgd in dit onderzoeksdesign. Een reflectieve kijk van de onderzoeker is noodzakelijk doorheen het hele onderzoeksproces (Adams, 2010). Het dossiernummer verkregen door de Commissie voor Medische Ethiek voor deze studie is BC-09161.

Voorafgaand aan de interviews werd een informatiebrief en toestemmingsformulier doorgestuurd in bijlage van de persoonlijke uitnodigingsmail. Het proces van de geïnformeerde toestemming liep gelijkaardig aan die van een face-to-face interview. De vrijwillige deelname en recht op stopzetting werd overlopen en duidelijk gemaakt. Om de privacy van de participanten te waarborgen, werden de persoonsgegevens gepseudonimiseerd. Dit betekent dat deze verwerkt werden op zodanige wijze dat de persoonsgegevens niet meer aan de betrokkenen kunnen worden gekoppeld (Algemene verordening gegevensbescherming, 2016, §1, art. 4, lid 5).

Bijkomend werd expliciet gevraagd naar de toestemming om een video-opname te maken van het interview. Bovendien verscheen er een notificatie wanneer de opname gestart werd. Deze opname was nadien zichtbaar voor beiden in de chat, werd gebruikt om te transcriberen en werd na zeven dagen verwijderd. Het tekenen van de toestemmingsformulieren verliep minder vlot, omdat deze nu over en weer dienden te worden gestuurd. Een alternatief die deze beperking had kunnen voorkomen, is het ontwerpen van een online toestemmingsformulier waarbij de participant digitaal ondertekent (Roberts et al., 2021). Doordat de coronamaatregelen steeds veranderden, werd de geïnformeerde toestemming met een zeker optimisme opgesteld, waardoor de door de Ethische Commissies goedgekeurde versie enkel een toestemming bevatte voor een audio-opname, terwijl er gebruik gemaakt ging worden van een video-opname. Deze wijziging werd manueel bijgeschreven op het toestemmingsformulier, geparafeerd door beide partijen en een mondelinge toestemming werd gegeven tijdens het interview voorafgaand aan de opname.

Bij het afnemen van virtuele interviews zijn er implicaties en overwegingen waar een onderzoeker zich van bewust moet zijn. Participanten hebben toegang nodig tot een elektronisch toestel zoals een laptop, smartphone of tablet. Bovendien dienen ze te beschikken over een goede internetverbinding en wordt er een zekere digitale geletterdheid verwacht, wat een nadeel kan zijn om bepaalde mensen te bereiken (Janghorban & Roudsari, 2014; Nehls et al., 2015). Een groot voordeel van online interviews is dat onderzoekers en participanten de verplaatsing niet hoeven te maken. Het is tevens mogelijk dat de participanten zich comfortabeler voelen in een zelfgekozen

locatie. Dit kan leiden tot meer openheid over het onderwerp (Nehls et al., 2015). Om de privacy van de participanten te waarborgen, werd duidelijk gemaakt dat het interview kon doorgaan in de thuisomgeving of in een rustige ruimte in Kasteelplus waar de geïnterviewde alleen kan zijn. In overleg met Kasteelplus werd afgesproken dat zorgvragers de toestellen van de afdeling konden gebruiken. Desalniettemin geven virtuele onderzoeksmethoden de bezorgdheid dat onderzoekers de persoonlijke ruimte van de participant binnendringen wanneer dit in hun thuisomgeving is (Roberts et al., 2021). Bijkomend kan de onderzoeker in een online interview minder rekening houden met lichaamstaal, waardoor bepaalde elementen gemist kunnen worden (Janghorban & Roudsari, 2014).

## 4 Resultaten

Dit hoofdstuk bespreekt de resultaten verkregen op basis van acht interviews, waaraan drie hulpverleners, drie ervaringsdeskundigen en twee zorgvragers uit Kasteelplus (Karus) deelnamen. Deze resultaten geven een antwoord op de vraag hoe deze drie actoren de implementatie van ervaringsdeskundigheid ervaren in Kasteelplus. Deze ervaringen zijn geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse waarbij volgende thema's worden belicht: afstemming tussen verwachtingen, de organisatiecultuur, de positie van de ervaringsdeskundige en professionalisering. In volgend hoofdstuk wordt geconcludeerd wat men onder een ervaringsdeskundige verstaat in Kasteelplus en wat de belangrijkste bevindingen zijn van dit onderzoek.

### 4.1 Afstemming tussen verwachtingen

In de interviews werden de verwachtingen van de verschillende actoren besproken. Om de ervaringen van de participanten te kunnen kaderen, wordt het vast takenpakket omschreven. Verder komen de impliciete verwachtingen van de participanten aan bod en wordt duidelijk hoe deze zich tot elkaar verhouden. Ten slotte wordt de experimenteerruimte aangehaald als belangrijke factor in de afstemming tussen de verwachtingen.

#### 4.1.1 Vast takenpakket

Een vijftal jaar geleden kende de werking van de ervaringsdeskundigen zijn aanvang. Kasteelplus werkte eerder al met getuigenissen en zijn zo druppelsgewijs gestart met de inzet van ervaringsdeskundigen. Na een overleg met het Cliëntenbureau heeft het team nagedacht over de mogelijke verwachtingen en aanpak van de werking. Nadien zijn hier voorwaarden en criteria opgesteld om kandidaten te rekruteren uit de nazorggroepen van Kasteelplus.

Een eerste voorwaarde om als ervaringsdeskundige in Kasteelplus aan de slag te gaan, is minstens drie jaar abtinent zijn. Daarnaast moeten ze zelf in Kasteelplus in opname geweest zijn en moeten ze zich overdag kunnen en willen vrijmaken. Verder moeten ze de visie van Kasteelplus volgen en zin en durf hebben om dit te doen. De ervaringsdeskundigen gaan aan de slag in een ingeplande sessie in de weekrooster en in een wekelijkse vrijblijvende avond. De ingeplande sessies worden georganiseerd per module. Deze vier modules hebben elks een andere inhoud waaraan de ervaringsdeskundigen zich dienen te houden en vanuit hun eigen ervaring invulling aan kunnen geven.

Het beginnend karakter van deze werking werd door alle hulpverleners en ervaringsdeskundigen aangehaald. Alles staat nog in de kinderschoenen en de coronapandemie heeft in 2020 geleid tot een onderbreking van de werking.

#### 4.1.2 Gedeelde verwachtingen

De ervaringsdeskundigen vertellen dat er verwacht wordt om vanuit hun eigen ervaring de zorgvragers te ondersteunen en vragen te beantwoorden, vertrekkend vanuit een idee van openheid en eerlijkheid. Daarnaast halen ze aan dat ze transparant moeten zijn naar het team en indien iets niet goed gaat of wanneer ze met bezorgdheden zitten, dit zo snel mogelijk te delen met het team.

Naast het vast takenpakket, geven de hulpverleners aan dat ze eveneens verwachten van een ervaringsdeskundige om inspirerend te zijn, hoop te geven en de drempels naar de zorgvragers te verlagen. Het uitgangspunt van de twee bevroegde zorgvragers is een luisterende houding waarin ze afwachtend bekijken wat de ervaringsdeskundige mogelijks voor hen kan betekenen. Onderstaande citaat illustreert deze houding.

*“Mijn eerste gedachte was WAUW, ik ga iemand ontmoeten die weet waar die over spreekt, die het gewoon al heeft meegemaakt. Mijn tweede gedachte was van ik ga vragen kunnen stellen.”*  
(zorgvrager 1).

Vanuit die luisterende houding geven de zorgvragers aan dat ze hopen met hun vragen en bezorgdheden terecht kunnen bij de ervaringsdeskundigen. Hierbij halen ze beiden aan dat een sfeer van veiligheid en vertrouwen cruciaal is. Bovendien geven de twee zorgvragers aan dat ze dankzij deze ontmoetingen beseffen dat ze niet de enigen zijn die een weg van herstel afleggen.

Uit de verwachtingen van deze acht participanten zijn overeenkomsten te vinden. De ervaringsdeskundigen en hulpverleners geven aan dat ze verwacht worden te werken vanuit dat vast takenpakket. De essentie is de zelfonthulling en het spreken uit eigen ervaring om de zorgvragers te ondersteunen in hun traject. Een authentieke, open en eerlijke houding van de ervaringsdeskundige wordt bij elke partij aangehaald als belangrijke grondslag, zowel in de communicatie naar het team als in de ondersteuning naar de zorgvragers. Dat een ervaringsdeskundige hoop en inzicht moet kunnen geven, wordt ten slotte eveneens door de drie actoren aangehaald.

Uit de ervaringen van de verschillende participanten blijken de verwachtingen duidelijk te zijn en afgestemd te zijn op elkaar.

### 4.1.3 Experimenteerruimte

Alle partijen halen aan dat tijd en ervaring nodig was om een volledig beeld te kunnen scheppen van de verwachtingen. Volgend citaat geeft de kern weer van de ervaringen van de participanten:

*“Eens ge daaraan begint, geeft ge uw eigen invulling. Er is me nog veel klaarheid gekomen door het te doen.”* (ervaringsdeskundige 1)

Zij geven dus aan dat ze het eerst eens moesten beleven om te bekijken hoe ze aan de verwachtingen konden voldoen. Hulpverlener 1 stelt dat ze juist in hun rol moeten kunnen ‘freewheelen’ en hun eigen invulling moeten kunnen geven. De drie ervaringsdeskundigen geven aan bij de start van de werking nerveus te zijn en stress te ervaren. Om ervoor te zorgen dat deze eerste sessies vlot verliepen, kwam er een verpleegkundige mee. Bovendien werd een nieuwe ervaringsdeskundige de eerste keer vergezeld door een andere ervaringsdeskundige. Dit zorgde voor zekerheid. Enerzijds werd deze ondersteunende rol geapprecieerd, anderzijds is het belangrijk om het te laten bij die eerste keren. Het belang van die eigen ruimte en eigen invulling wordt hieronder geïllustreerd.

*“Moesten ze ons constant controleren en bijsturen, dan zou het niet meer spontaan zijn. Ze laten ons echt de ruimte om volledig ons eigen verhaal te vertellen. Moesten ze ons daar in beperken, zou ik waarschijnlijk afhaken.”* (ervaringsdeskundige 3)

Samengevat laat het vast takenpakket en de experimenteerruimte toe om tot een eigen invulling te komen en te groeien in de rol van ervaringsdeskundige. Het vertrekken vanuit die eigen invulling werd daarenboven door de drie ervaringsdeskundigen en de drie hulpverleners aangehaald als cruciaal in de werking.

## 4.2 Organisatiecultuur

De cultuur van de organisatie in Kasteelplus wordt gekenmerkt door heersende waarden inzake herstel en het zijn van een beschikbaar en bereikbaar team.

### 4.2.1 Herstel als grondbeginsel

Kasteelplus werkt al langer met getuigenissen en zijn een zestal jaar geleden begonnen met het herstelgericht perspectief binnen te brengen. Eén van de ervaringsdeskundigen heeft die verschuiving meegemaakt toen ze zelf in opname zat en benoemt dit als een positieve vernieuwing omdat men veel menselijker en individueler is naar de patiënt. Een zorgvrager spreekt tevens over een stigmadoorbreekende houding van de verpleging waarbij de hulpverleners laten zien dat ze achter de patiënten staan, doordat ze achter hun ervaringsdeskundigen staan. Het belang van

trekkers wordt benoemd waarbij zin, interesse, nieuwsgierigheid en ideeën van de verschillende partijen noodzakelijk zijn.

De meerwaarde van de inzet van ervaringsdeskundigheid wordt meermaals aangehaald met verschillende invullingen en perspectieven. Alle participanten geven aan dat de werking van de ervaringsdeskundigen een aanvulling is op hetgeen al bestaat. Het is een andere kijk, een bijkomend perspectief. Zorgvrager 1 spreekt over een werkelijk realistisch beeld dat ze kreeg dankzij de ervaringsdeskundigen. De coronapandemie leidde tot een onderbreking van de werking, wat resulteert in een extra inzicht, namelijk dat men de sessies mist wanneer deze niet worden georganiseerd. Bewondering voor de zelfonthulling van de ervaringsdeskundigen wordt eveneens enkele keren aangehaald. Dat het team de meerwaarde inziet wordt duidelijk voor de ervaringsdeskundigen door het krijgen van bevestiging, waardering en erkenning. Alle drie de ervaringsdeskundigen geven aan dat het fijn is om bevestiging te krijgen. Volgend citaat illustreert dat hier vertrouwen uit voortvloeit.

*“De reacties die ik krijg, geven mij een enorme voldoening, ik ervaar dat ze mij vertrouwen in hetgeen wat ik zeg.”* (ervaringsdeskundige 2)

#### 4.2.2 Beschikbaar en bereikbaar team

In alle interviews komt naar boven dat het informeel karakter van de communicatie een belangrijke factor is in het contact tussen het team en ervaringsdeskundigen en bijgevolg de werking van de ervaringsdeskundigen bevordert.

Alle participanten halen kenmerken aan van een beschikbaar en bereikbaar team. Dit typeert zich door een open deur en open armen. Twee ervaringsdeskundigen halen aan dat dit voelt als thuiskomen. Kenmerken die de hulpverleners hun team toeschrijven zijn toegankelijkheid en betrokkenheid, het proberen in verbinding blijven en gebruik van humor. Ervaringsdeskundigen geven aan dat er een gevoel van verwelcoming heerst, en dat dit zich kenmerkt doordat iedereen elkaar bij voornaam noemt. Dit gevoel kan het best als volgt geïllustreerd worden.

*“Je wordt daar altijd warm onthaald. Je hebt altijd een babbel met die of met die. Ik vind die warmte en die persoonlijkheid heel voelbaar. Dat is voor mij thuiskomen.”* (ervaringsdeskundige 1)

De communicatie tussen ervaringsdeskundigen en hulpverlener is tevens te verdelen in informele en formele momenten. Beide partijen spreken over een vlot contact en een goede band met informele babbels. Dit betreft gesprekken voor en na een sessie, in de verpleegpost of in het

bureau. Dankzij de eerder vermelde beschikbaarheid en bereikbaarheid van het team, worden deze informele babbels aangehaald als een belangrijk aspect in de implementatie van de werking. Op deze manier wordt continu bevraagd hoe de sessies beleefd zijn, hoe de ervaringsdeskundigen zich erbij voelden en of er op dat ogenblik twijfels of vragen rijzen. Een belangrijke kanttekening die gemaakt werd is dat dit contact in het gedrang kwam door de coronapandemie.

Naast de informele momenten, worden er eveneens formele momenten georganiseerd aangaande de werking van de ervaringsdeskundigen. Het betreft onder meer evaluatiemomenten, intervisies en vergaderingen. Bij het bevragen van eventuele overlegmomenten, sprak elke participant over andere benamingen en andere termijnen. Sommigen hadden het over intervisie, anderen over briefing, overleg, vergadering of werkgroep. Uit deze informatie lijkt het nog vaak onduidelijk wanneer men met welk doel samenkomt. Eén ervaringsdeskundige haalde expliciet aan iets te missen in deze formele overlegmomenten.

*“Ergens heb ik toch een gemis aan een contact met de verpleging in zijn geheel. Bijvoorbeeld vergaderingen met een drietal mensen van de verpleging, of een samenkomst met ervaringsdeskundigen onder mekaar. Een meer doorgedreven samenwerking, een geplande samenwerking met ervaringsdeskundigen en verpleging.”* (ervaringsdeskundige 2)

### 4.3 Positie van de ervaringsdeskundige

Een zoektocht naar de positie van de ervaringsdeskundige komt in alle interviews naar voren. De inzet van ervaringsdeskundigen vanuit het herstelgericht perspectief brengt immers vraagstukken met zich mee. Typierend aan Kasteelplus is het aangaan van deze uitdagingen vanuit een gezamenlijke zoektocht en gezamenlijk toekomstperspectief tussen het team en de ervaringsdeskundigen. Onderstaande ervaringen verduidelijken dat de ervaringsdeskundige ook hier nog een ambigue positie bekleedt.

#### 4.3.1 Zoektocht

De inzet van ervaringsdeskundigen bracht in het begin enkele bedenkingen en angst met zich mee binnen het team. Vragen rond herval, objectiviteit en de concrete aanpak rezen op. Eens de werking effectief gestart was, heerste er terughoudendheid bij beide partijen die geïllustreerd kan worden op basis van deze uitspraak:

*“Dat was heel raar in het begin, ik ga dat eerlijk toegeven. Wij zaten daar allemaal op onze stoel te schuifelen. Zowel zij als wij. En het grappige is als we ze nu nog zien, dan is dat totaal niet meer, dat is zoals je met je team samenzit.”* (hulpverlener 1)



De positie van ervaringsdeskundigen kenmerkt zich in een zoektocht naar het vinden van elkaar, waarbij hulpverleners hun hulpverleningsrol enigszins opgeven en ervaringsdeskundigen hun patiëntenrol opgeven, met als doel elkaar in het midden tegemoet te komen. Voor een nieuwe hulpverlener werd de werking als normaal gepercipieerd.

*“Dat voelde eigenlijk al vrij snel normaal aan dat zij hier waren en dat zij hun ding hier deden en eigenlijk toch een annex zijn van de ploeg, een verlengstuk van de werking.”* (hulpverlener 2)

Die normaliteit uit zich bovendien in de praktijk. De sessies met de ervaringsdeskundigen zijn ingepland in de therapieoosters en worden vervolgens mee besproken bij de evaluatie van het gehele therapieaanbod. De werking wordt dus niet beschouwd als iets apart, maar als deel van het geheel. Desalniettemin blijven er vragen aangaande ethiek zoals het delen van informatie en de objectiviteit. Een hulpverlener kaart volgende bedenking aan.

*“Aangezien ze het programma hebben gevolgd, draaien we allemaal redelijk op dezelfde software en dat heeft zijn voordelen en nadelen.”* (hulpverlener 1)

Enerzijds kennen de ervaringsdeskundigen de rode draad van de werking, anderzijds is het mogelijk dat ze minder kritisch zijn tegenover de werking. Alle bevroegde ervaringsdeskundigen geven aan dat alles zeer vlot verliep juist doordat de hulpverleners hen al heel goed kenden vanwege hun opname in Kasteelplus.

Vervolgens vertellen alle hulpverleners en ervaringsdeskundigen dat de implementatie beter zou verlopen, indien ervaringsdeskundigen als een volwaardig teamlid vergoed zouden worden. Op dit moment staan ze onder het statuut van een vrijwilliger. De hulpverleners halen aan dat dit mensen aantrekt die zich overdag kunnen vrijmaken, waardoor het moeilijk is om mensen aan te trekken die wel meer in het gezinsleven staan. Volgend citaat illustreert dat het gebrek aan middelen en een duidelijker tewerkstellingsstatuut een pijnpunt is voor de implementatie van ervaringsdeskundigheid.

*“Het is nog altijd op vrijwillige basis, als je ze volwaardig teamlid wilt maken, moet daar ook wel iets tegenover staan.”* (hulpverlener 3)

Al deze bovenstaande factoren kunnen ervoor zorgen dat de positie van ervaringsdeskundigen een zoektocht blijft. Samenvattend kan de ambigue positie verduidelijkt worden door middel van volgende citaten.

*“Eigenlijk zijn de ervaringsdeskundigen er echt voor de cliënten en veel hebben wij er niet mee te maken. Wij gaan ze ook niet uitvragen, we gaan ze ook niet gebruiken om een beoordeling te*

*maken van mensen. Dus ze staan altijd zowat in het team en ook niet helemaal erin.”*  
(hulpverlener 1)

*“Ik ben eigenlijk maar iemand van de ervaringsdeskundigen. Ik heb hier als patiënt gezeten en nu mag ik hier bij de verpleging zitten. Ja, ik durf mezelf nog niet echt bij het team zetten.”*  
(ervaringsdeskundige 1)

### 4.3.2 Gezamenlijk toekomstperspectief

In alle interviews wordt er expliciet over toekomstplannen gesproken. Dit gezamenlijk toekomstperspectief laat toe dat elke partij met ideeën en suggesties komt. Men heeft het over uitbreiden van de werking naar infoavonden en familiegroepen, het geven van sessies met ervaringsdeskundigen en het verpleegteam tezamen. Initiatieven rond vormingen en studiedagen worden daarbij aangehaald.

Op het moment van het schrijven van deze masterproef is Kasteelplus volop bezig met het rekruteren van nieuwe ervaringsdeskundigen. Ze spelen in op de nood aan meer diversiteit in de ervaringsdeskundigen voor de zorgvragers. Het team denkt bovendien op voorhand na welke personen zouden passen als ervaringsdeskundigen in de werking. Deze mensen worden ingelicht over de vraag in de nazorggroepen. Bij een kandidatuur worden de verwachtingen afgestemd in een verkennend gesprek met de therapeutisch verantwoordelijke en de hoofdverpleegkundige. Nadien kunnen ze aan de hand van een peter-meter functie participeren met een ervaren ervaringsdeskundige. Volgens de ervaringsdeskundigen zijn dit weloverwogen keuzes en is het een pluspunt dat de hulpverleners de zorgvragers, aldus potentiële ervaringsdeskundigen, zo goed kennen.

Beide zorgvragers benoemen suggesties voor een betere werking van de ervaringsdeskundigen. Zo stelde zorgvrager 1 voor om vragen tijdens sessies op te schrijven en te bundelen, rekening houdend met mensen die niet altijd een vraag durven stellen in groep. Zorgvrager 2 benoemde de nood aan meer aanwezigheid en diversiteit van ervaringsdeskundigen.

Onderstaand citaat weerspiegelt de positie van ervaringsdeskundigen vertrekkend uit de dimensie ‘samen’ en het toekomstperspectief.

*“We willen er nog veel meer mee doen, en nog meer samen doen en we willen de werking veel meer betrekken bij alles. En corona heeft dat nu ook wel tegengehouden met al dat gedoe. Maar ja, daar zit echt iets positief in naar de toekomst toe.”* (hulpverlener 1)

#### 4.4 Professionalisering

Binnen Kasteelplus wordt aandacht besteed aan professionalisering inzake ervaringsdeskundigheid en herstel, zowel aan het team als aan de ervaringsdeskundigen. Om te beginnen hebben de drie ervaringsdeskundigen geen speciale opleiding gevolgd voor het worden van een ervaringsdeskundige. Zij gaven wel eerder getuigenissen in Kasteelplus en hebben door praktijkervaring tools gekregen om deze rol in Kasteelplus vorm te geven. Het team heeft voorafgaand aan de werking van de ervaringsdeskundigen, studiedagen gevolgd en in gesprek geweest met Het Cliëntenbureau, waarbij de potentiële ervaringsdeskundigen eveneens aanwezig waren. Men is in een andere voorziening gaan kijken hoe ze het daar organiseerden. De voorbije jaren zijn enkele hulpverleners samen met enkele ervaringsdeskundigen naar vormingen en studiedagen gegaan. Wanneer er een nieuw teamlid is, kan die persoon deelnemen aan een getuigenis om eens te kijken hoe dat in zijn werk gaat. Ervaringsdeskundige 2 geeft aan dat hij ook buiten de werkuren verdere informatie opzoekt over onderwerpen die leven in Kasteelplus. De professionalisering van een ervaringsdeskundige wordt in vraag gesteld door een hulpverlener.

*“Ik denk gewoon dat ervaringsdeskundigheid op zich zonder dat je er iets van veel theorie of gedoe errond doet, dat dat heel herstelgericht is...en soms moet je al die grote theorieën er niet bij doen, dat zijn mensen die het meegemaakt hebben en die tenminste wat perspectief kunnen bieden.” (hulpverlener 1)*

Doorheen de interviews worden competenties uitgesproken van wat de ervaringsdeskundige moet kunnen of zijn om zijn rol te kunnen uitoefenen. Elke participant haalt aan dat de ervaringsdeskundige vlotte sprekers moeten zijn, met een groep moeten kunnen omgaan, een zeker engagement moeten kunnen aangaan, de visie moeten volgen, inspirerend moeten zijn en transparant zijn naar het team. Zorgvrager 1 geeft aan dat ervaringsdeskundigen semiprofessioneel zijn en bijgevolg bepaalde tools en skills nodig hebben om met een groep om te gaan en om gepast te reageren in bepaalde situaties. Ten slotte maakt een ervaringsdeskundige zich een bedenking over het al dan niet bepalen wanneer iemand ervaringsdeskundige is.

*“Wanneer is iemand 100 procent bekwaam en voldoende hersteld om als ervaringsdeskundige te kunnen optreden? Kan men bepaalde criteria als zeker beschouwen om iemand te bestempelen als ervaringsdeskundige?” (ervaringsdeskundige 2)*

Bovenstaande resultaten laten zien dat de professionalisering van ervaringsdeskundigen kritisch bekeken wordt door zowel de hulpverleners, de ervaringsdeskundigen als de zorgvragers.

## 5 Discussie

Dit onderzoek ging op zoek naar de ervaringen van drie belangrijke stakeholders in Kasteelplus omtrent de implementatie van ervaringsdeskundigheid. Drie hulpverleners, twee zorgvragers en drie ervaringsdeskundigen deelden hun ervaringen in een online interview. In dit hoofdstuk wordt een kritische blik geworpen op de resultaten aan de hand van recent onderzoek. Er wordt ingegaan op welke betekenis een ervaringsdeskundige krijgt en welke factoren de implementatie mogelijk kunnen beïnvloeden in Kasteelplus. Vervolgens worden enkele beperkingen van dit onderzoek toegelicht en ten slotte worden aanbevelingen geformuleerd voor verder onderzoek, beleid en praktijk.

### 5.1 Conclusie

Vanuit de ervaringen van de participanten wordt geconcludeerd welke invulling Kasteelplus geeft aan een ervaringsdeskundige en welke factoren als beïnvloedend werden ervaren voor de implementatie. De belangrijkste bevindingen van dit onderzoek die werden aangehaald als bevorderende factoren zijn de organisatiecultuur waarbinnen de meerwaarde van de ervaringsdeskundige erkend wordt en de vlot lopende communicatie. Vervolgens het kunnen en mogen groeien in de rol van een ervaringsdeskundige en hieraan een eigen invulling geven. Daarnaast is het gezamenlijk toekomstperspectief van het team en de ervaringsdeskundigen een bevorderende factor. De belangrijkste bevinding die als belemmerend werd beschouwd is het gebrek aan middelen om de ervaringsdeskundigen te vergoeden, waardoor ze nu onder het statuut van vrijwilliger staan. Dit legt ten slotte enkele bevindingen bloot inzake de positie van ervaringsdeskundigen.

De combinatie van een vast takenpakket, de ruimte om een eigen invulling te geven en te kunnen groeien als ervaringsdeskundige is bevorderend voor de implementatie van de werking. Voorgaand onderzoek toont aan dat één van de belangrijkste factoren om de implementatie vlot te laten verlopen een duidelijke rol- en functiebeschrijving is (Mutschler et al., 2021). Bovendien kan het geven van een eigen invulling beschouwd worden als een kans om voldoende te kunnen inspelen op de noden van de cliënten, het team en zichzelf (Cabral et al., 2014). Het is daarenboven cruciaal voor de ervaringsdeskundige om te kunnen en mogen groeien in zijn rol (Asad & Chreim, 2016). Kasteelplus hecht eveneens belang aan het afstemmen van elkaars verwachtingen, zodanig dat iedereen op één lijn staat. Dit is volgens verschillende onderzoeken een belangrijke bevorderende factor in de implementatie van ervaringsdeskundigheid (Ibrahim et al., 2020; Mutschler et al., 2021).

Het is belangrijk om stil te staan bij de voorwaarden die het team voorop zet en te bekijken hoe zij kunnen bijdragen tot een betere implementatie. Ten eerste moeten potentiële ervaringsdeskundigen minstens drie jaar abtinent zijn, ten tweede dienen ze zich overdag te kunnen vrijmaken en ten derde moeten ze zelf in opname geweest zijn in Kasteelplus. De eerste voorwaarde zou de kans op continuïteit van de werking kunnen vergroten. Binnen de verslavingszorg kan dit bekeken worden vanuit de invalshoek van gedragsverandering. Het model van Prochaska en DiClemente (1982) onderscheidt verschillende stadia in de cyclus van gedragsverandering, waarbij men in de laatste stadia spreekt van stabilisatie. In dit stadium wordt de verandering van het gedrag geconsolideerd en geïntegreerd in het leven van de persoon. Onderzoek naar herstel van verslaving (Dennis et al., 2005) stelt dat de meeste mensen met een verslaving een gestabiliseerd herstel bereiken vanaf vijf jaar abtinentie. Hierbij dient rekening gehouden worden dat het gemiddeld ongeveer dertig jaar duurt vooraleer men deze vijf jaar abtinentie kan bereiken (Dennis et al., 2005). Omwille van het feit dat Kasteelplus deze stabilisatie voorop zet in zijn voorwaarden, is dit een bevorderende factor om de continuïteit van de werking te garanderen voor de zorgvragers.

De tweede voorwaarde stelt dat men zich overdag moet kunnen vrijmaken. Doordat de ervaringsdeskundigen als vrijwilliger aan de slag zijn in Kasteelplus, is het zo dat alle bevroagde ervaringsdeskundigen zich kunnen engageren voor dit werk omdat ze gepensioneerd zijn. Dit maakt dat mensen met een voltijdse job, geen mogelijkheid hebben om dit op te nemen, waardoor men een zekere diversiteit aan profielen mist. De implicaties van dit vrijwilligerswerk worden verder in de conclusie nog uiteengezet. De derde voorwaarde stelt dat de potentiële ervaringsdeskundigen zelf in opname moeten zijn geweest in Kasteelplus. Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat dit een bevorderende factor is in Kasteelplus. De ervaringsdeskundigen vonden het een troef dat de hulpverleners hen al goed kenden vanuit hun opname. Uit voorgaand onderzoek van Simmons et al. (2018) blijkt echter dat teamleden het ongemakkelijk kunnen vinden om met mensen te werken die ze reeds behandeld hebben tijdens hun opname. Doordat Kasteelplus enkel gebruik maakt van ervaringsdeskundigen die zelf als zorgvrager daar in opname zijn geweest, gaan ze weliswaar voorbij aan de idee dat er meerdere wegen naar herstel leiden (White, 2004). Meer onderzoek is nodig om dit beter te begrijpen.

Doordat Kasteelplus zich op het kruispunt van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg bevindt, kan de inzet van ervaringskennis- en deskundigheid terug gebracht worden naar de inzet van getuigenissen. Dit is iets wat langer ingezet wordt in de verslavingszorg (White, 2004). Kasteelplus heeft al een twintigtal jaar ervaring met die getuigenissen, terwijl dit in andere zorgprogramma's van Karus niet het geval is. Davidson en White (2007) deden

onderzoek naar de geschiedenis van de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg en concludeerden dat ondanks deze beide domeinen ongeveer hetzelfde verloop kennen, zij te weinig samenwerken. Ze hebben immers een parallelle geschiedenis die vertrekt vanuit een emanciperende beweging en inzetten op een herstelondersteunende zorg (Davidson & White, 2007). De gezamenlijke herstelvisie en het groeiend belang voor continuïteit van zorg vereist een samenwerking tussen de twee domeinen (Gagne et al., 2007). Het is een interessante bedenking om te bekijken hoe de werking van de ervaringsdeskundigen in Kasteelplus geplaatst kan worden in het groter geheel.

Volgende factoren inzake organisatiecultuur zijn bevorderend geweest voor de implementatie van ervaringsdeskundigheid in Kasteelplus. De introductie van de ervaringsdeskundigen is tot stand gebracht vanuit het herstelgericht perspectief. De meerwaarde wordt in de interviews meermaals erkend, benoemd en gewaardeerd. Mutschler et al. (2021) stellen dat dit te maken heeft met dat het team klaar en bereid was om deze implementatie uit te voeren. Het erkennen, begrijpen en waarderen van de rol van een ervaringsdeskundige door het team is immers noodzakelijk om de implementatie te laten slagen (Ibrahim et al., 2020). Doordat de werking van de ervaringsdeskundigen beschouwd wordt als deel van het geheel in het therapieaanbod, resulteert dit tevens in enkele heersende waarden in de organisatiecultuur die worden blootgelegd. Een accepterende organisatiecultuur waarbij de ervaringen van ervaringsdeskundigen als krachtig beschouwd worden, is volgens voorgaand onderzoek kritisch voor het succes van de implementatie van ervaringsdeskundigheid (Ibrahim et al., 2020; Mutschler et al., 2021). Uit de resultaten kan er eveneens geconcludeerd worden dat de informele communicatie tussen de ervaringsdeskundigen en hulpverleners als bevorderend beschouwd kan worden. Deze communicatie uit zich tevens in het zijn van een beschikbaar en bereikbaar team. Dit resulteert volgens Shepardson et al. (2019) in een dichte teamcohesie, waarbij respect en vertrouwen voorop staan, wat cruciaal is voor de implementatie. In Kasteelplus werd het belang aangehaald van enkele trekkers van het hele proces. Onderzoek bevestigt dat geëngageerd leiderschap een belangrijke bevorderende factor is voor een succesvolle implementatie (Mutschler et al., 2021). Er kan geconcludeerd worden dat de werking met ervaringsdeskundigen gepaard gaat met vragen en twijfels inzake ethiek en objectiviteit. Als antwoord hierop geeft literatuur aan dat maandelijkse supervisies voor het team en de ervaringsdeskundigen resulteren in wederzijds begrip en een betere afstemming van elkaars verwachtingen (Asad & Chreim, 2016).

Dat de organisatiecultuur als een bevorderende factor beschouwd wordt in Kasteelplus, maakt eveneens mogelijk dat men vanuit een gezamenlijk toekomstperspectief vertrekt. Recent onderzoek van Aakerblom en Ness (2021) focust zich op de processen van coproductie en

cocreatie binnen het implementeren van ervaringsdeskundigheid. Voorgaande begrippen vloeien voort uit de beweging van de burgerparticipatie, met het oogmerk om de hulpverlening te verbeteren. Coproductie start vanuit een samenwerking tussen de zorggebruikers en zorgverleners, terwijl cocreatie beroep doet op meer belanghebbenden zoals vrijwilligers, ondernemers, burgers, etc. Cocreatie wordt beschouwd als een cruciale tool voor innovatie inzake de implementatie van ervaringsdeskundigheid. Dit onderzoek stelt dat er nog steeds te weinig vanuit coproductie en cocreatie gewerkt wordt (Aakerblom & Ness, 2021). Een belangrijke bevinding uit de ervaringen van de participanten is dat de werking van de ervaringsdeskundigen vanuit een coproductie tot stand is gekomen, en dit uit zich in het gezamenlijk toekomstperspectief. Meer onderzoek is nodig naar de aard van de samenwerking tussen organisaties en belangrijke stakeholders.

Een adequaat tewerkstellingsstatuut en vergoeding werd aangehaald als belangrijkste factor die de implementatie van ervaringsdeskundigen tegenhoudt. Het vrijwilligersstatuut kan immers de waarde van ervaringsdeskundigen ondermijnen (Ibrahim et al., 2020; Vandewalle et al., 2016). Het Vlaams Herstelplatform stelt in hun Globaal Plan Ervaringsdeskundigheid (2019) dat de vrijwilligerswetgeving vaak complex is en niet doorzichtig is wat betreft informatie. Onderzoek toont aan dat dit vrijwilligersstatuut als tokenisme kan ervaren worden (Kilpatrick et al., 2017). Dit houdt in dat mensen eerder aangenomen worden vanuit een plichtmatig oogpunt om minderheidsgroepen in het team te hebben (Asad & Chreim, 2016). Wanneer men vertrekt vanuit tokenisme leidt dit tot een onvolledige integratie van de ervaringsdeskundige omdat de waarde van ervaringsdeskundigheid niet wordt begrepen door het team. Zodoende is het mogelijk dat de inzet van ervaringsdeskundigen kan beschouwd worden als een goedkope optie (Kilpatrick et al., 2017). Het is bijgevolg belangrijk om stil te staan bij dit tewerkstellingsstatuut en welke signalen dit kan sturen naar het toekomstig beleid en praktijk. Toch geeft onderzoek aan dat het mogelijk is dat wanneer men als vrijwilliger werkt, men dit vanuit een interne motivatie doet waarbij een vergoeding geen prioritaire drijfveer lijkt te zijn. Het is zelfs zo dat het minder echt en authentiek zou lijken, wanneer men tegen betaling deze functie zou uitvoeren. Een vrijwilligerscontract biedt bovendien enkele voordelen zoals zich vrijer en minder gebonden voelen en geruster zijn bij bijvoorbeeld een uitval of het kwijtraken van een uitkering (Van Regenmortel, 2017). Wanneer beleid zou kijken naar het tewerkstellingsstatuut en de mogelijke vergoeding, wordt er eveneens een blik geworpen naar de professionalisering van ervaringsdeskundigen.

Tot op de dag van vandaag bestaat er veel discussie over het al dan niet volgen van een opleiding tot ervaringsdeskundige. In Kasteelplus heeft geen enkele ervaringsdeskundige een speciale opleiding gevolgd. Wel hadden ze al enkele jaren ervaring in het brengen van getuigenissen. Een

voorwaarde die Kasteelplus stelt, is dat potentiële ervaringsdeskundigen aan enkele competenties moeten voldoen om goed te kunnen werken, zoals inspirerend zijn en met een groep omgaan. Uit de resultaten wordt geconcludeerd dat de participanten in Kasteelplus kritisch staan tegenover die professionalisering. Enerzijds vraagt men zich af wanneer iemand bekwaam genoeg is om ervaringsdeskundige genoemd te worden, en anderzijds vindt men dat te veel opleiding of theorie de rol van de ervaringsdeskundige ondermijnt. Boevink (2018) verduidelijkt dit aan de hand van de paradox van professionalisering. Dit houdt in dat er aan de ene kant steeds meer ingezet wordt op opleidingen voor ervaringsdeskundigen met bijhorende beroepscompetentieprofielen. Aan de andere kant worden ervaringsdeskundigen vaak ingezet in een hulpverleningslandschap dat nog niet veranderd is, waardoor ze onvoldoende tot hun recht komen en hun essentie dreigen te verliezen (Boevink, 2018).

Teruggekoppeld naar de titel van deze masterproef: Is ervaring de beste leermeester? Zoals reeds aangehaald is ervaring een goede leermeester opdat de noodzaak, meerwaarde en inzet van ervaringsdeskundigheid uitvoerig bewezen zijn. Uit de bevindingen van dit onderzoek wordt geconcludeerd dat het kunnen vertrekken van een eigen invulling en het mogen en kunnen groeien in de rol van ervaringsdeskundige een belangrijke factor is in de succesvolle implementatie van ervaringsdeskundigheid. Bijgevolg wordt er geleerd uit hun ervaringen. Dus ja, ervaring is de beste leermeester. Om die reden is het noodzakelijk om een diepgaander inzicht te verwerven over de ervaringen omtrent implementatie van ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg. Organisaties kunnen deze ervaringen zelf monitoren door voldoende supervisies te organiseren voor het team en de ervaringsdeskundigen, vertrekkend uit een dagelijkse praktijk gebaseerd op coproductie en cocreatie.

## 5.2 Beperkingen van het onderzoek

De bevindingen van dit onderzoek zijn gekoppeld aan enkele beperkingen. Ten eerste zijn de resultaten niet te veralgemenen wegens de kleinschalige steekproef van acht participanten. Binnen dit onderzoek lag de focus op één afdeling, waarvan drie verschillende stakeholders bevraagd zijn en bijgevolg drie verschillende perspectieven belicht werden. Er zijn slechts twee zorgvragers geïnterviewd, hoewel zeven zorgvragers zich hadden opgegeven om deel te nemen aan het onderzoek. Verschillende redenen kunnen aan de basis liggen van deze beperkte responsen. Het is mogelijk dat de zorgvragers op het moment van contact niet meer in Kasteelplus verbleven en/of besloten om niet meer deel te nemen. Het is eveneens mogelijk dat de mails hen niet bereikten, ofwel door het belanden in de map van ongewenste mails of het niet tijdig bekijken van mails. Een belangrijke kanttekening is dat de twee zorgvragers die deelnamen, dit mogelijk



deden omdat ze een uitgesproken mening hebben over de werking van de ervaringsdeskundigen en deze wilden delen. Dit kan echter voor een vertekend beeld zorgen over hoe de werking ervaren wordt door zorgvragers.

Een tweede beperking is het gebruik van een online interview. Het idee van een interview met een onbekende kan mogelijke deelnemers afschrikken. Om hierop te kunnen inspelen, had de onderzoeker een foto kunnen toevoegen bij de eerste informatiebrief. Zodoende is de drempel lager om ervaringen te delen. Een aansluitende beperking die de coronapandemie met zich mee bracht, is dat de onderzoeker gedurende het hele onderzoeksproces niet in Kasteelplus is geweest en geen beeld heeft kunnen maken van de onderzoekslocatie. Ten slotte zijn de resultaten geanalyseerd door slechts één onderzoeker, waardoor dit de kans op vertekening vergroot (Kallio et al., 2016).

### 5.3 Aanbevelingen voor onderzoek, beleid en praktijk

Doordat de inzet van ervaringsdeskundigheid een recente evolutie is in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg is het noodzakelijk om verder onderzoek te verrichten naar deze materie. Zodoende kan er adequaat ingezet worden op beleid en praktijk.

Voorgaand onderzoek belichtte reeds bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van ervaringsdeskundigheid. Het is cruciaal om deze factoren te blijven onderwerpen aan onderzoek zodat er een diepgaander inzicht verworven kan worden over deze processen. Voor toekomstig onderzoek is longitudinaal onderzoek bij teams, inclusief de ervaringsdeskundigen, aanbevolen. Men kan bekijken hoe de organisatie omgaat met uitdagingen omtrent de implementatie en bijgevolg succesvolle strategieën identificeren. Toekomstig onderzoek kan gebruik maken van een theoretisch implementatie-kader, waardoor deze processen gericht onderzocht kunnen worden.

Daarnaast dient onderzoek een licht te werpen op de samenwerking en cocreatie tussen de organisatie en de verschillende stakeholders. Op die manier wordt er gefocust op het belang van een bottom-up-aanpak bij de implementatie van ervaringsdeskundigheid. Verschillende perspectieven en inbrengen zijn nodig om de implementatie van ervaringsdeskundigheid te optimaliseren.

Ten slotte wordt aanbevolen dat het beleid inzake het tewerkstellingsstatuut scherp gesteld moet worden opdat ervaringsdeskundigen vergoed kunnen worden als een volledige werkkraft. Idealiter wordt dit beleid vanuit een cocreatie vormgegeven.

## 6 Literatuurlijst

- Aakerblom, K., & Ness, O. (2021). Peer support workers in co-production and co-creation in public mental health and addiction services: protocol for a scoping review. *PLoS ONE*, 16(3), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248558>
- Adams, E. (2010). The joys and challenges of semi-structured interviewing. *Community Practitioner: The Journal of the Community Practitioners' & Health' Association*, 83(7), 18 – 21.
- Algemene verordening gegevensbescherming. (2016). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=NL#d1e1792-1-1>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Asad, S., & Chreim, S. (2016). Peer support providers' role experiences on interprofessional mental health care teams: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 52, 767-774. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9970-5>
- Boevink, W. (2017). *HEE! Over herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie* [proefschrift, Universiteit Maastricht]. Kenniscentrum Phrenos <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/nieuws/wilma-boevink-promoveert-op-hee-herstel-empowerment-ervaringsdeskundigheid/>
- Boevink, W. (2018). Professionalisering van ervaringsdeskundigen in de ggz: Kans of risico? *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 96, 312-313. <https://doi.org/10.1007/s12508-018-0188-0>
- Bovenberg, F., Wilryckx, G., Bähler, M., & Francken, G. (2011). Inzetten op ervaringsdeskundigheid: Pleidooi voor meer ervaringsdeskundigen in topfuncties. *Sociale Psychiatrie*, 97, 21 – 28. <https://research.tilburguniversity.edu/en/>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in*

- Psychology*, 3(2). 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cabral, L., Strother, H., Muhr, K., Sefton, L., & Savageau, J. (2014). Clarifying the role of the mental health peer specialist in Massachusetts, USA: Insights from peer specialist, supervisors and clients. *Health and Social Care in the Community*, 22(1), 104-112.  
<https://doi.org/10.1111/hsc.12072>
- Davidson, L., & White, W. (2007). The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 34(2), 109-120. <https://doi.org/10.1007/s11414-007-9053-7>
- Debyser, B., Berben, K., Beeckman, D., Deproost, E., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2019). The transition from patient to mental health peer worker: A grounded theory approach. *International Journal of Mental Health Services*, 28, 560-571.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12561>
- Dennis, M., Scott, C., Funk, R., & Foss, M. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(1), 51-62.  
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2004.10.013>
- De Shazer, S., & Dolan, Y. (2007). *More than miracles. The state of art of Solution-Focused Brief Therapy*. <https://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=OHJeBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=scale+question+solution+focused&ots=P1OKFTDq9Z&sig=siKIQNcWzdZevPpTD9UntCxtsFY#v=onepage&q=scale%20question%20solution%20focused&f=false>
- De Taalunie. (2015). *Ervaringsdeskundige*. Geraadpleegd op 28 mei 2021, van <https://woordenlijst.org/#/?q=ervaringsdeskundige>
- Gagne, C., White, W., & Anthony, W.A. (2007). Recovery: a common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 32-37. <https://doi.org/10.2975/31.1.2007.32.37>
- Gillard, S., Edwards, C., Gibson, S., Owen, K., & Wright, C. (2013). Introducing peer workers roles

- into UK mental health service teams: A qualitative analysis of the organisational benefits and challenges. *BMC Health Services Research*, 13, 188. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-188>
- Gillard, S., & Holley, J. (2014). Peer workers in mental health services: A literature overview. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(4), 286-292. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011940>
- Gordon, J., & Bradstreet, S. (2015). So if we like the idea of peer workers, why aren't we seeing more? *World Journal of Psychiatry*, 5(2), 160-166. <https://dx.doi.org/10.5498/wjp.v5.i2.160>
- Hamilton, A.B., Chinman, M., Cohen, A.N., Oberman, R., & Young, A.S. (2015). Implementation of consumer providers into mental health intensive case management teams. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42, 100–108. <https://doi.org/10.1007/s11414-013-9365-8>
- Hamilton, A.B., & Finley, E.P. (2020). Reprint of: Qualitative methods in implementation research: An introduction. *Psychiatry Research*, 283, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112629>
- Hendriksen-Favier, A., Nijens, K., & van Rooijen, S. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Trimbos-instituut.
- Het Cliëntenbureau. (2015). *Wat is het cliëntenbureau?* <https://clientenbureau.be/content/wat-het-cli%C3%ABntenbureau>
- Holley, J., Gillard, S., & Gibson, S. (2015). Peer worker roles and risk in mental health services: A qualitative comparative case study. *Community Mental Health Journal*, 51, 477-490. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9843-y>
- Howitt, D., & Cramer, D. (2008). *Introduction to research methods in psychology*. Pearson.
- Hurley, J., Cashin, A., Mills, J., Hutchinson, M., Kozlowski, D., & Graham, I. (2018). Qualitative study of peer workers within the 'Partners in Recovery' programme in regional Australia.

*International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 187-195. <https://doi.org/10.1111/inm.12308>

Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Jasmine, K., Mpango, R., Moran, G., Mueller-Stierlin, A., Ryan, G., Mahkle, C., Shamba, D., Puschner, B., Repper, J., & Slade, M. (2020). A systematic review of influences on implementations of peer support work for adults with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 285-293. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1>

Janghorban, R., & Roudsari, R. (2014). Skype interviewing: the new generation of online synchronous interview in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 9(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24152>

Jansen, T. (2019, 8 mei). Het beroep ervaringsdeskundige heeft een nieuwe naam nodig. *GGZ Nieuws*. <https://www.ggznieuws.nl/het-beroep-ervaringsdeskundige-heeft-een-nieuwe-naam-nodig/>

Kallio, H., Pietilä, A., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12). <https://doi.org/10.1111/jan.13031>

Karus. (2021a). *Over Karus*. <https://www.karus.be/over-ons>

Karus. (2021b). *Kasteelplus*. <https://www.karus.be/ons-aanbod/zorgprogrammas/verslavingszorg/kasteelplus>

Kilpatrick, E., Keeney, S., & McCauley, C. (2017). Tokenistic or genuinely effective? Exploring the views of voluntary sector staff regarding the emerging peer support worker role in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 503-512. <https://doi.org/10.1111/jpm.12391>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

- Mutschler, C., Bellamy, C., Davidson, L., Lichtenstein, S., & Kidd, S. (2021). Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature. *Psychological Services*. <https://doi.org/10.1037/ser0000531>
- Nederlandse encyclopedie. (2021). *Ervaringsdeskundige*. Geraadpleegd op 28 mei 2021, van <https://www.encyclo.nl/begrip/ervaringsdeskundige>
- Nehls, K., Smith, B.D., & Schneider, H.A. (2015). Video-Conferencing interviews in Qualitative Research. *Enhancing Qualitative and Mixed Methods Research with Technology*. <https://doi.org/10.4018/978-1-4666-6493-7.ch006>
- Palinkas, L.A., Horwitz, S.M., Green, C.A., Wisdom, J.P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Mental Health*, 42(5). <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0528-y>
- Peters, S. (2010). Qualitative research methods in mental health. *Evidence Based Mental Health*, 13(2), 35-40. <http://dx.doi.org/10.1136/ebmh.13.2.35>
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Roberts, G., & Boardman, J. (2013). Understanding 'recovery'. *Advances in Psychiatric Treatment*, 19(6), 400-409. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010355>
- Roberts, J.K., Pavlakes, A.E., & Richards, M.P. (2021). It's more complicated than it seems: Virtual Qualitative Research in the COVID-19 era. *International Journal of Qualitative Methods*, 20, 1 - 13. <https://doi.org/10.1177/16094069211002959>
- Simmons, M. B., Coates, D., Batchelor, S., Dimopoulos-Bick, T., & Howe, D. (2018). The CHOICE pilot project: Challenges of implementing a combined peer work and shared decision-making programme in an early intervention service. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(5), 964-971. <https://doi.org/10.1111/eip.12527>

- Simpson, A., Quigley, J., Henry, S.J., & Hall, C. (2014). Evaluating the selection, training and support of peer support workers in the United Kingdom. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 52(1), 31-40. <https://doi.org/10.3928/02793695-20131126-03>
- Sklar, M., Groessl, E.J., O'Connell, M., Davidson, L., & Aarons, G.A. (2013). Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1082-1095. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.002>
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiologiae psichiatria sociale*, 17(2),128-37. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00002827>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Shepardson, R. L., Johnson, E. M., Possemato, K., Arigo, D., & Funderburk, J. S. (2019). Perceived barriers and facilitators to implementation of peer support in Veterans Health Administration primary care-mental health integration settings. *Psychological Services*, 16(3), 433-444. <https://doi.org/10.1037/ser0000242>
- Sowers, W., Primm, A., Cohen, D., Pettis, J., & Thompson, K. (2016). Transforming psychiatry: A curriculum on recovery-oriented care. *Acad Psychiatry*, 40, 461-467. <https://doi.org/10.1007/s40596-015-0445-3>
- Substance Abuse & Mental Health Services Administration (2012). *SAMHSA's working definition of recovery*. <https://store.samhsa.gov/product/SAMHSA-s-Working-Definition-of-Recovery/PEP12-RECDEF>
- Van Audenhove, C. (2017). De geestelijke gezondheidszorg: een nieuwe mindset? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 47(1), 5-18. [https://limo.libis.be/primo-explore/search?vid=Lirias&lang=en\\_US](https://limo.libis.be/primo-explore/search?vid=Lirias&lang=en_US)

- Vandekinderen, C., Roets G., Roose, R., & Van Hove, G. (2012). Rediscovering Recovery: Reconceptualizing underlying assumptions of citizenship and interrelated notions of care and support. *The Scientific World Journal*, 1-7. <https://doi:10.1100/2012/496579>
- Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Deproost, E., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2018). Constructing a positive identity: A qualitative study of the driving forces of peer workers in mental health-care systems. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 378-389. <https://doi.org/10.1111/inm.12332>
- Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 234-250. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.04.018>
- Van Erp, N., Boertien, D., Scholtens, G., & van Rooijen, S. (2011). *Ervaringsdeskundigheid en Herstelondersteuning*. Trimbos Instituut.
- Van Erp, N., Rijkaart, A., Boertien D., van Bakel, M., & van Rooijen, S. (2012). *Vernieuwende inzet van ervaringsdeskundigheid: Evaluatieonderzoek in 18 ggz-instellingen*. <https://www.trimbos.nl/docs/fc16d2ba-fff2-4963-88c5-385914730ec2.pdf>
- Van Regenmortel, T. (2017). *Het tewerkstellingsstatuut van ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg. Een vergeten issue?* (Eindrapport). Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheid. [https://cdn.nimbu.io/s/csxg2ov/channelentries/fh53ugk/files/TVR\\_Eindrapport%20tewerkstellingsstatuut%20EIND.pdf?7bf0oit](https://cdn.nimbu.io/s/csxg2ov/channelentries/fh53ugk/files/TVR_Eindrapport%20tewerkstellingsstatuut%20EIND.pdf?7bf0oit)
- Vlaams Herstelplatform (2019). *Globaal Plan Ervaringsdeskundigheid*. <http://www.herstelplatform.be/herstelplatform.aspx?PageId=651>
- Watson, E., & Meddings, S. (2019). *Peer Support in Mental Health*. [https://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=vZOFDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA6&dq=history+of+peer+supportt&ots=D1YtUBle85&sig=Vs47oDQJBY\\_toUjKxIvgwia20Cg#v=onepage&q=history%20of%20peer%20support&f=false](https://books.google.be/books?hl=nl&lr=&id=vZOFDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA6&dq=history+of+peer+supportt&ots=D1YtUBle85&sig=Vs47oDQJBY_toUjKxIvgwia20Cg#v=onepage&q=history%20of%20peer%20support&f=false)



White, W. (2004). The history and future of peer-based addiction recovery support services, prepared for the SAMHSA Consumer and Family Direction initiative 2004 Summit, March 22-23. *William White Papers*. <http://www.williamwhitepapers.com/>

## 7 Bijlagen

### 7.1 Geïnformeerde toestemming voor zorgvragers

#### **Informatiebrief voor de deelnemers**

##### **Titel van de studie: de implementatie van ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg**

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of zijn/haar vertegenwoordiger. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

#### **1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE**

Ik wil u vriendelijk vragen of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan het masterproefonderzoek van Axelle Janssens, student Master of Science in de Pedagogische Wetenschappen: Klinische Orthopedagogiek en Disability Studies. Het onderzoek peilt naar ervaringen omtrent de implementatie van ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg. Het onderzoek bestaat uit de afname van semigestructureerde interviews van ongeveer 1u en een terugkoppeling van de resultaten na de analyse.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Clara De Ruysscher.

#### **2. TOESTEMMING EN WEIGERING**

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan het interview zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben op uw behandeling en de verdere relatie met de onderzoeker of de behandelende arts. Dit zal ook geen negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgen en uw verdere opvolging. Het interview wordt opgenomen en nadien uitgeschreven.

Mocht naar aanleiding van het gesprek duidelijk worden dat u nood heeft aan begeleiding of ondersteuning, kan de onderzoeker (Axelle Janssens) de rol van hulpverlener niet vervullen. Zij verbindt er zich wel toe om in overleg met jou te zoeken naar verdere ondersteuning bij de begeleiders van Kasteelplus.

### 3. VOORDELEN

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen medisch of ander voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe inzichten over ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg.

### 4. KOSTEN

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

### 5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Belgische wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande uw gezondheid zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, dr. De Ruyscher (Vakgroep Orthopedagogiek, UGent). Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens.

In het kader van de gegevensbescherming zullen de gegevens verwerkt worden door personen behorend tot het onderzoeksteam en aangeduid door en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker inclusief interne medewerkers met een niet-gezondheidszorgberoep.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, [privacy@ugent.be](mailto:privacy@ugent.be).

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)  
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel  
Tel. +32 2 274 48 00  
e-mail: [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)  
Website: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be)

## 6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862)

**TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS**

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.

Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.

Men heeft mij ingelicht dat zowel persoonlijke gegevens als gegevens aangaande mijn gezondheid worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking ervan.

**Aankruisen door de deelnemer indien akkoord**

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

- 1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoeker.
- 2) Ik stem ermee in om deel te nemen aan het interview en ga ermee akkoord dat er een audio-opname gemaakt wordt + VIDEO-OPNAME
- 3) Ik ben akkoord dat er een gepseudonimiseerde terugkoppeling gedaan wordt van de resultaten binnen de organisatie

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

**\* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord**

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	<input type="checkbox"/>
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	<input type="checkbox"/>

## 7.2 Geïnformeerde toestemming voor hulpverleners en ervaringsdeskundigen

### **Informatiebrief voor de deelnemers**

**Titel van de studie: de implementatie van ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg**

Beste,

U wordt uitgenodigd om deel te nemen aan een studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of 'geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen om het toestemmingsformulier achteraan te ondertekenen.

#### **1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE**

Ik wil u vriendelijk vragen of u de tijd zou willen nemen om deel te nemen aan het masterproefonderzoek van Axelle Janssens, student Master of Science in de Pedagogische Wetenschappen: Klinische Orthopedagogiek en Disability Studies. Het onderzoek peilt naar ervaringen omtrent de implementatie van ervaringsdeskundigen in de geestelijke gezondheidszorg. Het onderzoek bestaat uit de afname van semigestructureerde interviews van ongeveer 1u en een terugkoppeling van de resultaten na de analyse.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

Deze verzameling van gegevens wordt uitgevoerd onder supervisie van Dr. Clara De Ruyscher.

#### **2. TOESTEMMING EN WEIGERING**

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig. U kunt weigeren om deel te nemen aan het interview zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven. Het interview wordt opgenomen en nadien uitgeschreven.

Mocht naar aanleiding van het gesprek duidelijk worden dat u nood heeft aan begeleiding of ondersteuning, kan de onderzoeker (Axelle Janssens) de rol van hulpverlener niet vervullen. Zij verbindt er zich wel toe om in overleg met jou te zoeken naar verdere ondersteuning bij de begeleiders van Kasteelplus.

#### **3. VOORDELEN**

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen voordeel met zich mee. De verkregen resultaten kunnen echter leiden tot nieuwe inzichten over ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg.

#### 4. KOSTEN

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

#### 5. VERTROUWELIJKHEID

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 (die vanaf 25 mei 2018 in voege is) en de Belgische wet van 30 juli 2018, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd en kan u toegang krijgen tot de verzamelde gegevens. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Uw toestemming om deel te nemen aan de studie betekent dat we gegevens van u verwerken voor het doel van de klinische studie. Deze verwerking van gegevens is wettelijk voorzien op basis van artikel 6, § 1, (b), (e) of (f) en artikel 9, § 2(j) van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt zal gepseudonimiseerd worden. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de instelling van de hoofdonderzoeker van de studie, dr. De Ruysscher (Vakgroep Orthopedagogiek, UGent). Haar onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens

In het kader van de gegevensbescherming zullen de gegevens verwerkt worden door personen behorend tot het onderzoeksteam en aangeduid door en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker inclusief interne medewerkers met een niet-gezondheidszorgberoep.

De Data Protection Officer kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: Hanne Elsen, [privacy@ugent.be](mailto:privacy@ugent.be).

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming is bereikbaar via onderstaande contactgegevens:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)  
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel  
Tel. +32 2 274 48 00  
e-mail: [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)  
Website: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be)

## **6. VERZEKERING**

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer BEL000862)



<b>TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS</b>
---

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" pagina 1 tot en met 3 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel en de duur van de studie en over wat men van mij verwacht.
--

Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op mijn verdere behandeling.
---

Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.
---

**Aankruisen door de deelnemer indien akkoord**

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1) Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de onderzoeker.  | <input type="checkbox"/> |
| 2) Ik stem ermee in om deel te nemen aan het interview en ga ermee akkoord dat er een audio-opname gemaakt wordt.    | <input type="checkbox"/> |
| 3) Ik ben akkoord dat er een gepseudonimiseerde terugkoppeling gedaan wordt van de resultaten binnen de organisatie. | <input type="checkbox"/> |

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

**\* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord**

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	<input type="checkbox"/>
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	<input type="checkbox"/>

## 7.3 Interviewleidraad voor zorgvragers

### Interviewleidraad voor zorgvragers

#### Intro

1. Hoelang verblijft u al op deze afdeling?
2. Kent u een ervaringsdeskundige? Weet u wat dat is en wat dat inhoudt?
3. Wat doet deze ervaringsdeskundige vooral in deze afdeling?
4. Wat betekent een ervaringsdeskundige voor jou?

#### Rol- en functiebeschrijving

##### Verkennde vragen

1. Op welke manier werd u geïntroduceerd met de ervaringsdeskundige?
2. Wat was uw eerste indruk van de contacten tussen u en de ervaringsdeskundige?
3. Bent u voordien in uw leven al eens in contact gekomen met een ervaringsdeskundige? Hoe verliep dit contact?

##### Stellingen voor om door te vragen voor moest er nog niet op ingegaan zijn

Voorbeeldformulering: "Stel je eens een schaal van 0 tot 10 voor, waarbij 10 staat voor de gewenste situatie zoals hij hier staat aangegeven in de zin. En 0 staat voor de situatie waarin niets gerealiseerd is van deze zin. Waar sta je nu op deze schaal?" → de participanten worden gevraagd om een blaadje papier te pakken en de cijfers naast mekaar op te schrijven.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Bij mijn opname werd er mij uitgelegd wie de ervaringsdeskundige was.

Bij mijn opname werd er mij uitgelegd wat de ervaringsdeskundige deed.

Ik wist op voorhand wat ik kon verwachten van de ervaringsdeskundige.

Ik weet wat ik op dit moment kan verwachten van de ervaringsdeskundige.

De ervaringsdeskundige stelde zichzelf voor aan mij.

Het team heeft mij uitgelegd wie de ervaringsdeskundige is en wat hij doet.

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Wat maakt dat dit nummer.... Is?</li><li>2. Wat is er nodig om een cijfertje omhoog te gaan?</li><li>3. Wat is er nodig om twee cijfers omhoog te gaan?</li><li>4. Wat is er nodig om naar een tien te gaan?</li><li>5. Wat maakt dat u niet 0 of 1 aanduidt?</li></ol> |
|--|

= deze vragen zorgen ervoor dat **bevorderende en belemmerende** factoren aangehaald worden

#### Educatie, training en supervisie

1. Vindt u dat ervaringsdeskundigen een opleiding moeten volgen om aan de slag te kunnen als een ervaringsdeskundige?

#### Het organisatorisch klimaat

##### Verkennde vragen

1. Op welke manier komt u meestal in contact met de ervaringsdeskundige?
2. Welke meerwaarde heeft een ED voor u?
3. Op welke manier voelen jullie jullie betrokken bij de werking met een ervaringsdeskundige?

4. Wil je meer betrokken zijn? Hoe zie je dit?
5. Hoe staat u tegenover een ED in de afdeling?
6. Hoe staan andere cliënten tegenover een ED in de afdeling?
7. Hoe staat het team tegenover een ED, denkt u?

#### Eventuele verdiepende stellingen

Voorbeeldformulering: “Stel je eens een schaal van 0 tot 10 voor, waarbij 10 staat voor de gewenste situatie zoals hij hier staat aangegeven in de zin. En 0 staat voor de situatie waarin niets gerealiseerd is van deze zin. Waar sta je nu op deze schaal?”

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

De ervaringsdeskundige ondersteunt mij in mijn herstel.

Er is duidelijke communicatie rond de werking met de ervaringsdeskundige.

Er is een overlegmoment waar ik al mijn bedenkingen, ook omtrent de ervaringsdeskundige, kwijt kan.

Ik heb het gevoel dat het team op één lijn staat met de ervaringsdeskundige.

1. Wat maakt dat dit nummer.... Is?
2. Wat is er nodig om een cijfertje omhoog te gaan?
3. Wat is er nodig om twee cijfers omhoog te gaan?
4. Wat is er nodig om naar een tien te gaan?
5. Wat maakt dat u niet 0 of 1 aanduidt?

= deze vragen zorgen ervoor dat **bevorderende en belemmerende** factoren aangehaald worden

#### Outro

1. Welke factoren zou u als belemmerend benoemen voor de implementatie van ervaringsdeskundigen?
2. Welke factoren zou u als bevorderend benoemen voor de implementatie van ervaringsdeskundigen?
3. Is er iets dat u nog niet gezegd hebt en graag hier nog wil vermelden?

## 7.4 Interviewleidraad voor hulpverleners

Interviewleidraad voor hulpverleners

Versie 1, dd. 4 december 2020

### Interviewleidraad voor hulpverleners

#### Intro

1. Wat is uw functie hier binnen de voorziening?
2. Hoelang werkt u hier al?
3. Vanaf wanneer wordt er hier met een ervaringsdeskundige gewerkt?
4. Wat betekent een ervaringsdeskundige in het team voor jou?

#### Rol- en functiebeschrijving

##### Verkennde vragen

1. Op welke manier werd u geïntroduceerd met de ervaringsdeskundige?
2. Wat was uw eerste indruk van de contacten tussen u en de ervaringsdeskundige?
3. Bent u voordien in uw leven al eens in contact gekomen met een ervaringsdeskundige? Hoe verliep dit contact?
4. Welke functie heeft de ED hier in de afdeling?
5. Welke rollen vervullen de ervaringsdeskundige(n)?
6. Wat is de meerwaarde van een ED op de afdeling?
7. Wat verwacht u van een ervaringsdeskundige op deze afdeling?
8. Wat verwacht het team van de ED?
9. Op welke manier is de functie van een ervaringsdeskundige voorgesteld in het team?

##### Eventuele stellingen

Voorbeeldformulering: "Stel je eens een schaal van 0 tot 10 voor, waarbij 10 staat voor de gewenste situatie zoals hij hier staat aangegeven in de zin. En 0 staat voor de situatie waarin niets gerealiseerd is van deze zin. Waar sta je nu op deze schaal?" → De participanten worden gevraagd om een papier voor zich te nemen en de cijfers naast mekaar op te schrijven.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Ik wist op voorhand wat te verwachten van de ervaringsdeskundige.

Ik weet op dit moment wat te verwachten van de ervaringsdeskundige.

Het is voor mij duidelijk wat de ervaringsdeskundige zijn functie is binnen dit team.

Het team weet op dit moment wat te verwachten van de ervaringsdeskundige .

De cliënten/patiënten weten wat de ervaringsdeskundige voor hen kan betekenen.

Ik weet de meerwaarde van een ervaringsdeskundige in deze afdeling.

Het team weet de meerwaarde van een ervaringsdeskundige in deze afdeling.

1. Wat maakt dat dit nummer.... is?
2. Wat is er nodig om een cijfertje omhoog te gaan?
3. Wat is er nodig om twee cijfers omhoog te gaan?
4. Wat is er nodig om naar een tien te gaan?
5. Wat maakt dat u niet 0 of 1 aanduidt?

= deze vragen zorgen ervoor dat **bevorderende en belemmerende** factoren aangehaald worden

## Het organisatorisch klimaat

### Verkennde vragen

1. Wat was uw eerste indruk van de samenwerking met een ervaringsdeskundige?
2. Hoe staat u tegenover een ervaringsdeskundige?
3. Hoe staat het team tegenover een ervaringsdeskundige?
4. Hoe staan de cliënten tegenover een ervaringsdeskundige?

### Eventuele stellingen

Voorbeeldformulering: "Stel je eens een schaal van 0 tot 10 voor, waarbij 10 staat voor de gewenste situatie zoals hij hier staat aangegeven in de zin. En 0 staat voor de situatie waarin niets gerealiseerd is van deze zin. Waar sta je nu op deze schaal?"

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

De ervaringsdeskundige ondersteunt de cliënten in hun herstel.

Er is duidelijke communicatie rond de samenwerking met de ervaringsdeskundige.

Het team krijgt educatie rond herstel.

De ervaringsdeskundige werd op voorhand geïntroduceerd en gekaderd binnen een breder herstelgericht perspectief.

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wat maakt dat dit nummer.... Is?</li> <li>2. Wat is er nodig om een cijfertje omhoog te gaan?</li> <li>3. Wat is er nodig om twee cijfers omhoog te gaan?</li> <li>4. Wat is er nodig om naar een tien te gaan?</li> <li>5. Wat maakt dat u niet 0 of 1 aanduidt?</li> </ol> |
|--|

= deze vragen zorgen ervoor dat **bevorderende en belemmerende** factoren aangehaald worden

### Educatie, training en supervisie

1. Op welke manier werd u voorbereid op de samenwerking met een ervaringsdeskundige?
2. Op welke manier wordt nu nog steeds de samenwerking ondersteund?
3. Op welke manier wordt de implementatie van de ED geëvalueerd?
4. Worden er supervisies en trainingen voorzien? Waar gaan deze over?

### Vragen aanpassen wanneer dit een meer leidinggevend figuur is!

#### Praktische hulpbronnen

1. Welke praktische hulpbronnen hebben de ED hier vooral nodig? Is er toegang tot praktische hulpbronnen voor de ED? Voorbeelden geven indien nodig

#### Welbevinden van ervaringsdeskundige

1. Op welke manier wordt het welbevinden van de ED gewaarborgd?

### Outro

1. Welke factoren zou u als belemmerend benoemen voor de implementatie van ervaringsdeskundigen?
2. Welke factoren zou u als bevorderend benoemen voor de implementatie van ervaringsdeskundigen?
3. Is er iets dat u nog niet gezegd hebt en graag hier nog wil vermelden?

## 7.5 Interviewleidraad voor ervaringsdeskundigen

### Interviewleidraad voor ervaringsdeskundigen

#### Intro

1. Hoelang ben je al ervaringsdeskundige?
2. Wat is uw functie?
3. Welke rollen vervul je? Wat is de meerwaarde? Wat zijn valkuilen?
4. Wat betekent een ervaringsdeskundige zijn voor jou?
5. In welke looncategorie werk je? Vrijwilliger? Betaald?... Waarom?

#### Rol- en functiebeschrijving?

##### Verkennde vragen

1. Op welke manier bent u juist hier terecht gekomen?
2. Op welke manier werd u geïntroduceerd aan de cliënten en aan de hulpverleners/collega's?
3. Welke rol- of functiebeschrijving kreeg je toen je aan de slag ging als ervaringsdeskundige? Is deze nog steeds hetzelfde?
4. Wat verwachten cliënten van jou?
5. Wat verwacht het team van jou?

##### Eventuele stelling om het gesprek op gang te brengen

Voorbeeldformulering: "Stel je eens een schaal van 0 tot 10 voor, waarbij 10 staat voor de gewenste situatie zoals hij hier staat aangegeven in de zin. En 0 staat voor de situatie waarin niets gerealiseerd is van deze zin. Waar sta je nu op deze schaal?" → De participanten worden gevraagd een papier voor zich te nemen en de cijfers naast mekaar op te schrijven.

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Ik wist op voorhand wat er van mij verwacht werd.

Ik weet op dit moment wat er van mij verwacht wordt.

De collega's hebben juiste verwachtingen naar mij (als ervaringsdeskundige) toe.

De cliënten/patiënten weten wat ik voor hen kan betekenen.

Het personeel weet wat ik voor hen kan betekenen.

Ik moet mijn rol en meerwaarde in de voorziening steeds verantwoorden.

Ik vul zelf in wat ik als ervaringsdeskundige doe in de voorziening.

1. Wat maakt dat dit nummer.... is?
2. Wat is er nodig om een cijfertje omhoog te gaan?
3. Wat is er nodig om twee cijfers omhoog te gaan?
4. Wat is er nodig om naar een tien te gaan?
5. Wat maakt dat u niet 0 of 1 aanduidt?

= deze vragen zorgen ervoor dat **bevorderende en belemmerende** factoren aangehaald worden

#### Het organisatorisch klimaat

##### Verkennde vragen

1. Hoe staat het team tegenover de functie van een ervaringsdeskundige?
2. Hoe staan cliënten tegenover de functie van een ervaringsdeskundige?

## 3. Hoe staat u zelf tegenover de functie van een ervaringsdeskundige?

**Eventuele stellingen**

Voorbeeldformulering: "Stel je eens een schaal van 0 tot 10 voor, waarbij 10 staat voor de gewenste situatie zoals hij hier staat aangegeven in de zin. En 0 staat voor de situatie waarin niets gerealiseerd is van deze zin. Waar sta je nu op deze schaal?"

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Ik ondersteun de cliënten in hun herstel.

Er is een duidelijke communicatie rond de werking.

Het team krijgt educatie rond herstel.

Er heerst een herstelgericht klimaat.

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wat maakt dat dit nummer.... Is?</li> <li>2. Wat is er nodig om een cijfertje omhoog te gaan?</li> <li>3. Wat is er nodig om twee cijfers omhoog te gaan?</li> <li>4. Wat is er nodig om naar een tien te gaan?</li> <li>5. Wat maakt dat u niet 0 of 1 aanduidt?</li> </ol> |
|--|

= deze vragen zorgen ervoor dat **bevorderende en belemmerende** factoren aangehaald worden

Educatie, training en supervisie

**Verkennde vragen**

1. Heeft u een opleiding tot ervaringsdeskundige gevolgd? Welke? Waar? Hoelang heeft die geduurd? Wat is de meerwaarde van een opleiding?
2. Op welke manier werd het team voorbereid op de samenwerking met een ervaringsdeskundige?
3. Op welke manier wordt nu nog steeds de samenwerking ondersteund?
4. Worden er supervisies of trainingen georganiseerd? Wanneer? Wordt dit nog steeds gedaan?

**Eventuele stellingen**

Voorbeeldformulering: "Stel je eens een schaal van 0 tot 10 voor, waarbij 10 staat voor de gewenste situatie zoals hij hier staat aangegeven in de zin. En 0 staat voor de situatie waarin niets gerealiseerd is van deze zin. Waar sta je nu op deze schaal?"

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Ik heb nood aan terugkerende trainingen.

Ik heb nood aan terugkerende supervisies (georganiseerde momenten met het team)

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wat maakt dat dit nummer.... Is?</li> <li>2. Wat is er nodig om een cijfertje omhoog te gaan?</li> <li>3. Wat is er nodig om twee cijfers omhoog te gaan?</li> <li>4. Wat is er nodig om naar een tien te gaan?</li> <li>5. Wat maakt dat u niet 0 of 1 aanduidt?</li> </ol> |
|--|

= deze vragen zorgen ervoor dat **bevorderende en belemmerende** factoren aangehaald worden

### Praktische hulpbronnen

1. Heb je het gevoel dat je praktisch voldoende ondersteund wordt en dat je voldoende toegang hebt tot hulpbronnen?

Eventueel opsommen als ze zelf op niets komen: Toegang tot informatie over herstel, ervaringsdeskundigheid, thema's die leven in de voorziening, dossiers, internet, pc, bureau's,...

### Welbevinden van ED

1. Hoe voel je je in deze werkomgeving? Is dit al eens anders geweest?

### Peernetwerk

1. Waar kan u terecht in lastige momenten?

### Outro

2. Welke factoren zou u als belemmerend benoemen voor de implementatie van ervaringsdeskundigen?
3. Welke factoren zou u als bevorderend benoemen voor de implementatie van ervaringsdeskundigen?
4. Is er iets dat u nog niet gezegd hebt en graag hier nog wil vermelden?