

De kracht van een psychische kwetsbaarheid

Positieve gezondheid onder ervaringsdeskundigen van Ixta Noa



Bachelorscriptie van Leyla Dogan
420084
2019 – 2020

Persoonsgegevens

Student: Leyla Dogan
Studentnummer: 420084
E-mail: leyla_dogan@hotmail.nl

Opleidingsgegevens

Onderwijsinstelling: Hogeschool Saxion/Saxion University of Applied Sciences
Opleiding: Toegepaste Psychologie
Academie: Academie Mens & Arbeid
Adres: Handelskade 75
Plaats: Deventer

Eerste beoordelaar/
begeleider: Laurens Ekkel
Tweede beoordelaar: Rosalie Hoogeveen

Opdrachtgever

Naam: Stichting Ixta Noa
Adres: Parkstraat 31
Plaats: Arnhem
Begeleiders: Wilma de Vries
Gerard de Roos

Datum

Eerste versie 6 januari 2020
Tweede versie 30 maart 2020

Voorwoord

Iedereen kan in zijn leven te maken krijgen met een psychische ontwrichting. Zo ook ik, toen ik op dertienjarige leeftijd last kreeg van een depressie en inmiddels meerdere jaren kamp met een sociale angst. Ook in mijn dichte omgeving heb ik gezien wat een depressie met iemand kan doen. De datum die onderaan deze pagina staat, is tevens zijn overlijdensdatum, wat ik ergens een mooie gedachte vind. Inmiddels, na therapie en aan mezelf te hebben gewerkt, kan ik mijn ervaringen inzetten om anderen te helpen. Ik ben nog iedere dag bezig met mijn herstel, maar mijn klachten zijn enorm verminderd en hanteerbaar geworden. Als stagiaire en vervolgens als afstudeerder bij Ixta Noa heb ik geleerd me niet te hoeven schamen voor mijn kwetsbaarheden. Door mijn ervaringen te delen met anderen hielp ik niet alleen de ander, maar ook mezelf. Er ging een last van mijn schouders toen ik bepaalde dingen niet meer hoefde te verbergen. Het mooie aan ervaringsdeskundigheid is dat iets waarvoor je je vaak heel lang hebt geschaamd of iets wat moeilijk was, wordt omgezet in iets waar je een ander mee kunt helpen. De schaamte wordt vervangen door trots. Om een ander op die manier van dienst te zijn, door gewoon je eigen verhaal in te zetten, vind ik ontzettend waardevol. Ik heb dan ook ontzettend veel geleerd bij Ixta Noa en ik wil mijn collega's daar bedanken voor hun rol in deze ontwikkeling.

Ook de mensen in mijn dichte omgeving verdienen een bedankje. Toen ik in strijd was met mezelf, was het voor hen ook niet altijd makkelijk. Bijvoorbeeld omdat ze het niet begrepen of omdat ze me niet konden helpen. Mijn dank gaat uit naar hen, die me bijstonden toen ik op mijn slechtst was.

Bovenstaande geldt natuurlijk voor meerdere personen, maar met name mijn vriend heeft zich bewezen als een krachtige partner. Hij is sterk gebleven toen ik me zwak voelde en was er in mijn diepste dalen. Ik wil hem bedanken voor zijn eindeloze vertrouwen in mij en zijn onvoorwaardelijke support.

Daarnaast wil ik Rabia, Pien, Sabine, Sophie en Sanne bedanken voor hun waardevolle hulp. Zonder jullie had ik mijn scriptie niet op deze manier af kunnen ronden.

Ik hoop dat iedereen die met een psychisch probleem kampt, hier kracht en hoop uit weet te halen. Niemand verdient het om een leven te leven dat geleid wordt door een psychisch probleem. Zelf vond ik het moeilijk en soms onmogelijk om mijn psychische achtergrond te accepteren, maar inmiddels heb ik mezelf het tegendeel bewezen. Alles is mogelijk, geef de moed niet op. Er zit kracht in psychisch kwetsbaar zijn.

Ik wil eenieder die mijn scriptie leest veel leesplezier wensen. Voor mezelf is het erg waardevol geweest, ik hoop dat dit op meerdere mensen hetzelfde effect zal hebben.

Leyla Dogan

Apeldoorn, 6 januari 2020

Samenvatting

Cliënten in onder andere de geestelijke gezondheidszorg hebben steeds vaker baat bij een ervaringsdeskundige (GGZ Nederland, 2013), personen die door ervaringen een bepaalde deskundigheid hebben verkregen (Van Haaster, Wilken, Karbouniaris & Hidajattoellah, 2013). Een organisatie die werkt met ervaringsdeskundigen is Stichting Ixta Noa. De tevredenheid van de ervaringsdeskundigen rondom het werk is goed (Ixta Noa, 2018), maar Ixta Noa wil weten in hoeverre de ervaringsdeskundigen 'positieve gezondheid' ervaren. Door het werken met psychische problemen kan de positieve gezondheid namelijk worden aangetast (o.a. Rehm, Shield, Gmel, Rehm & Frick, 2013; Casswell, 2017). Ixta Noa heeft onvoldoende duidelijk hoe de positieve gezondheid onder de ervaringsdeskundigen wordt ervaren.

De onderzoeksvraag luidt: "In hoeverre ervaren de ervaringsdeskundigen van Ixta Noa positieve gezondheid?". De deelvragen bestaan uit (a) de zes dimensies van positieve gezondheid, (b) de het verschil tussen geslacht op de beoordeling van de positieve gezondheid, (c) het verschil tussen de beginnende, gevorderde en ervaren ervaringsdeskundigen binnen Ixta Noa op het gebied van positieve gezondheid en (d) de verschillen tussen de praktijkhuizen van Ixta Noa op het gebied van positieve gezondheid.

Het gehanteerde onderzoeksinstrument is de 'Mijn Positieve Gezondheid'-vragenlijst van het *Institute for Positive Health*. De vragenlijst is ingevuld door 79 ervaringsdeskundigen van Ixta Noa.

Om te bepalen hoe de positieve gezondheid wordt ervaren op de zes dimensies van positieve gezondheid is onderzoek naar beschrijvende statistiek uitgevoerd. Om te bepalen of er een verschil zit in geslacht in de beoordeling op de positieve gezondheid is er een onafhankelijke t-test uitgevoerd. Tot slot is er tweemaal een one-way ANOVA uitgevoerd om te bepalen of ervaringsniveau en praktijkhuis verschillen gaven op de beoordeling van positieve gezondheid.

Onderzoek naar de beschrijvende statistieken heeft aangetoond dat ervaringsdeskundigen die deelnamen aan het onderzoek overwegend positief waren over hun eigen positieve gezondheid. Het gemiddelde laat zien dat de ervaringsdeskundigen op de beoordeling van de totale positieve gezondheid tussen 'Beetje mee eens' en 'Mee eens' beoordelen ($M = 5.46$). Dit houdt in dat zij hun positieve gezondheid als overwegend positief beoordelen. Echter, hierin is nog ruimte voor verbetering aangezien de scores niet maximaal waren. De ervaringsdeskundigen beoordeelden de dimensie *Meedoen* het meest positief. Deze dimensie gaat onder andere over het hebben van sociale contacten en het erbij horen. Overige toetsen lieten zien dat (a) mannen positiever waren over hun positieve gezondheid dan vrouwen, (b) dat de ervaringsdeskundige groep *Ervaren* een hogere mate van positieve gezondheid beoordeelde dan *Beginnend* en *Gevorderd* en (c) dat praktijkhuis Ixta Noa Groningen een hogere mate van positieve gezondheid beoordeelde dan de andere praktijkhuizen. Doordat er sprake was van een non-significant verschil kan echter gesteld worden dat deze variabelen geen verschil maken in de beoordeling op de positieve gezondheid.

Doordat respondenten overwegend een hbo-achtergrond hadden zou dit de resultaten van het onderzoek hebben kunnen beïnvloeden. Er wordt aanbevolen om in eventueel vervolgonderzoek te kijken naar meerdere onderwijsniveaus om een minder homogeen beeld proberen te verkrijgen. Om de positieve gezondheid te verbeteren kan het Wellness Recovery Action Plan of teambuilding omtrent positieve gezondheid worden toegepast.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Samenvatting	4
Inhoudsopgave	5
1. Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Mogelijke oplossingen	9
1.3 Onderzoeksvraag	9
1.4 Doelstelling van het onderzoek	10
2. Theoretisch kader	11
2.1 Ervaringsdeskundigheid	11
2.2 Herstel en empowerment	11
2.3 Voordelen van ervaringsdeskundigheid	11
2.4 Voorwaarden van ervaringsdeskundig zijn	12
2.5 De keerzijde van ervaringsdeskundigheid	12
2.6 Positieve gezondheid	13
2.7 Conceptueel model	13
2.8 Hypothesen	14
2.9 Opzet van het onderzoek	14
3. Onderzoeksdesign	15
3.1 Onderzoeksmethode	15
3.2 Onderzoeksdoelgroep	15
3.3 Onderzoeksinstrument	15
3.4 Procedure	17
3.5 Analyses	17
4. Onderzoeksresultaten	18
4.1 Dimensies 'Mijn Positieve Gezondheid'	18
4.2 Geslacht en 'Mijn Positieve Gezondheid'	18
4.3 Ervaringsniveau en 'Mijn Positieve Gezondheid'	19
4.4 Praktijkhuizen en 'Mijn Positieve Gezondheid'	20
4.5 Kwalitatief onderzoek	21
5. Conclusie, discussie en aanbevelingen	23
5.1 Conclusie	23
5.2 Discussie	25
5.3 Aanbevelingen	26
Literatuurlijst	27
Bijlage 1 – Spinnenwebmodel 'Mijn Positieve Gezondheid'	30
Bijlage 2 – Vragenlijst inclusief introductie en einde	31
Bijlage 3 – E-mail	34
Bijlage 4 – Mextra	35
Bijlage 5 – Antwoorden op open vragen	36
Bijlage 6 – Plan van aanpak	42
Bijlage 7 – 5 stellingen	44
Bijlage 8 – Eigen werk verklaring	45

1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de aanleiding van het uit te voeren onderzoek en het belang van het onderzoek uitgelegd. Tevens wordt hierin de onderzoeksvraag opgesteld en de deelvragen die zullen ondersteunen bij het beantwoorden van de onderzoeksvraag.

1.1 Aanleiding

1.1.1 Psychische stoornissen

Van de volwassen Nederlandse bevolking heeft 43% ooit in het leven een psychische stoornis gehad (Veerbeek, Knispel & Nuijen, 2012; De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010). Per jaar heeft bijna een vijfde van de volwassen bevolking een psychische stoornis, dit zijn zo'n 1.900.000 personen (Veerbeek, Knispel & Nuijen, 2012; De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010; Donker, 2018). Deze informatie is mede tot stand gekomen doordat er longitudinaal onderzoek is gedaan naar psychische aandoeningen in de volwassen bevolking in Nederland, het NEMESIS-2-onderzoek (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010; De Graaf, Ten Have, Tuithof & Van Dorsselaer, 2012). Uit dat onderzoek blijkt daarnaast dat per jaar ongeveer 191.400 mensen die nog nooit eerder een psychische stoornis hebben gehad voor het eerst een psychische stoornis krijgen (De Graaf, Ten Have, Tuithof & Van Dorsselaer, 2012).

Een psychische stoornis is een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van de cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychische functioneren. (APA, 2014, p. 72)

Psychische stoornissen komen veel voor, beginnen vaak vroeg in het leven en kennen vaak een chronisch beloop. Daardoor zijn er gevolgen gebonden aan het hebben van een psychische stoornis. Zo kunnen bijvoorbeeld het welbevinden en functioneren negatief beïnvloed worden door een psychische stoornis (De Graaf, Ten Have, Tuithof & Van Dorsselaer, 2012). Tevens zijn er allerlei verschillende psychische stoornissen. De meest voorkomende psychische stoornissen zijn: stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelgebonden stoornissen (Veerbeek, Knispel & Nuijen, 2012; De Graaf, Ten Have, Tuithof & Van Dorsselaer, 2012; Van der Molen, Simon & Van Lankveld, 2015). Een relatief veel voorkomende stemmingsstoornis is een depressieve stoornis (Veerbeek, Knispel & Nuijen, 2012). Een depressieve stoornis kan onder andere zorgen voor verminderde motivatie en lusteloosheid. Ook is bekend dat het kan leiden tot neerslachtigheid en gebrek aan concentratie (Segal, Williams & Teasdale, 2013). Volgens Segal, Williams & Teasdale (2013) kunnen andere gevolgen van een depressieve stoornis zijn: een verhoogde kans op suïcidaal gedrag, last van emotionele pijn en angst en het ondervinden van hinder in het functioneren, waarbij ook de arbeidsproductiviteit aangetast kan worden. Een ander bijkomend gevolg is de kans op nieuwe depressieve episoden (Segal, Williams & Teasdale, 2013). Ook is er bij een depressieve stoornis vaak sprake van comorbiditeit: naast de depressieve stoornis is er een andere stoornis aanwezig, zoals bijvoorbeeld een angststoornis of fobie (Segal, Williams & Teasdale, 2013). Uit onderzoek van De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer (2010) en De Graaf, Ten Have, Tuithof & Van Dorsselaer (2012) is daarnaast gebleken dat vrouwen vaker dan mannen een stemmingsstoornis krijgen.

Naast stemmingsstoornissen komen ook angststoornissen voor. Men spreekt van een angststoornis als iemand in zijn dagelijks functioneren sterk lijdt onder de angst (Van der Molen, Simon & Van Lankveld, 2015). Vrouwen krijgen vaker dan mannen een angststoornis (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010; De Graaf, Ten Have, Tuithof & Van Dorsselaer, 2012). Een van de meest voorkomende angststoornissen is een specifieke fobie

(De Graaf, Ten Have, Tuithof & Van Dorsselaer, 2012). De specifieke fobie wordt gekenmerkt door een aanhoudende angst voor een bepaald object of specifieke situatie, zoals bijvoorbeeld een bepaald dier of een kleine ruimte (Van der Molen, Simon & Van Lankveld, 2015). Een angststoornis kan tot gevolg hebben dat men een verslechterde kwaliteit van leven heeft (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007). Daarnaast hebben veel mensen met een angststoornis vaak ook een stemmingsstoornis of middelgebonden stoornis (Van der Molen, Simon & Van Lankveld, 2015).

Een middelgebonden stoornis kenmerkt zich door problematisch middelengebruik dat leidt tot beperkingen of lijdensdruk (Van der Molen, Simon & Van Lankveld, 2015). Mannen hebben vaker dan vrouwen een middelgebonden stoornis (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010; De Graaf, Ten Have, Tuithof & Van Dorsselaer, 2012). Er zijn een aantal groepen middelgebonden stoornissen die onderscheiden kunnen worden, waaronder alcohol en cannabis. Bij een alcoholverslaving wordt het (sociaal) functioneren aangetast, maar ook het lichaam heeft onder de stoornis te lijden, door bijvoorbeeld aantasting van de lever of schade aan de hersenen (Rehm, Shield, Gmel, Rehm & Frick, 2013; Casswell, 2017).

Andere gevolgen van (andere) psychische problemen kunnen zijn: kans op een kortere levensverwachting (Saha, Chant & McGrath, 2007) en het ervaren van stigma (Pitkänen, Kontio, Lahti, Katajisto & Välimäki, 2015). Volgens Goffman (1963), pionier op gebied van stigmatisering en een invloedrijke socioloog, is stigma te omschrijven als een situatie waarin een persoon van sociale acceptatie wordt uitgesloten. In recenter onderzoek is stigma te beschrijven als een negatieve vorm van bejegening, zoals bijvoorbeeld roddelen, uitschelden of negeren en fysiek aanvallen (Thio, Bos, Wormgoor & Kaufmann, 2015). Stigma is het negatieve beeld dat een aantal of een gemeenschap heeft over personen die anders zijn dan wat normaal gevonden wordt (GGZ Nederland, 2013).

Per geslacht is gebleken dat er verschillen tussen zitten op het gebied van psychische stoornissen. Naast het feit dat dat vrouwen vaker dan mannen stemmings- en angststoornissen krijgen (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010; De Graaf, Ten Have, Tuithof & Van Dorsselaer, 2012), hebben vrouwen ook een lagere gezonde levensverwachting dan mannen (CBS, 2019).

1.1.2 Ervaringsdeskundigen

Mensen die kampen met een psychische stoornis kunnen terecht in de geestelijke gezondheidszorg (ggz), bij bijvoorbeeld een psycholoog of psychiater. Soms zijn zulk soort hulpverleningsbronnen niet voldoende. Om de cliënten in de ggz in die gevallen extra te begeleiden zijn er steeds vaker ervaringsdeskundigen werkzaam (GGZ Nederland, 2013). Dit zijn personen die door ervaringen een bepaalde deskundigheid hebben verkregen (Van Haaster, Wilken, Karbouniaris & Hidajattoellah, 2013). Een voorbeeld hiervan is een (ex-)cliënt die voldoende afstand heeft gecreëerd tot zijn psychische stoornis en weet de ervaringskennis om te zetten in een hulpbron voor anderen. Ervaringsdeskundigheid is dus het kunnen omzetten van je eigen ervaringen en kennis naar het maken van ruimte voor het herstel van anderen (GGZ Nederland, 2013). Een ervaringsdeskundige is iemand die deskundig is geworden door middel van zijn ervaringen. De deskundigheid uitvoeren kan echter op meerdere gebieden (Baillergeau & Duyvendak, 2016; Van Haaster, Wilken, Karbouniaris & Hidajattoellah, 2013), zoals bijvoorbeeld in de opvoeding van kinderen of op het gebied van een psychische stoornis. Dit onderzoek richt zich enkel op de ervaringsdeskundigen die zelf ook een psychische onbalans of kwetsbaarheid hebben meegemaakt in hun leven en veelal hiervoor binnen de ggz een behandeling hebben gehad. Andere sectoren worden buiten beschouwing gelaten.

Door middel van trainingen of opleidingen worden ervaringsdeskundigen deskundiger gemaakt in hetgeen zij doen, namelijk: het bevorderen van herstel van anderen. Hoe langer een ervaringsdeskundige werkt met de eigen ervaringen, hoe makkelijker het wordt om te

fungeren als hulpbron en hoe simpeler dit in te zetten is voor een ander. Eveneens heeft het een positieve werking op het eigen welzijn (GGZ Nederland, 2013). Tegelijkertijd helpt de ervaringsdeskundige zichzelf ermee, hier wordt in de volgende paragraaf op ingegaan.

1.1.3 Ixta Noa

Een organisatie die werkt met ervaringsdeskundigen is Stichting Ixta Noa. Dit is een non-profit organisatie met meerdere praktijkhuizen in Nederland. In deze praktijkhuizen kunnen mensen met een psychische stoornis of een psychisch probleem binnenlopen. Ook hun naasten zijn welkom. Praktijkhuizen zijn plekken om te kunnen oefenen met wat geleerd is tijdens de therapie en waar geoefend kan worden met het werken aan het eigen herstel. De bezoekers kunnen onder andere een gesprek aangaan met een ervaringsdeskundige, iemand die zelf weet hoe het is om een psychische stoornis te hebben (Van Haaster, Wilken, Karbouniaris & Hidajattoellah, 2013). Bij Ixta Noa speelt diagnose geen rol. Iedereen die te maken heeft (gehad) met een psychische onbalans kan er terecht.

Bij Ixta Noa voert zo'n 90% van het personeel werkzaamheden als ervaringsdeskundige uit als vrijwilliger (Ixta Noa, 2018). De mensen die bij Ixta Noa komen, worden niet zozeer gezien als een cliënt met een zorgvraag, maar als een persoon die iets kan bijdragen aan zijn of haar omgeving. Er wordt bij Ixta Noa dan ook niet gesproken van cliënten, maar van deelnemers. Om de deelnemers te ondersteunen worden zij begeleid door ervaringsdeskundigen die al wat verder zijn in hun herstel. Als een deelnemer verder is in zijn herstel, kan ervoor gekozen worden om door middel van opleiding, training en begeleiding ook ervaringsdeskundige te worden. Men leert ervaringen op psychisch gebied in te zetten om anderen te ondersteunen bij hun herstel. Tegelijkertijd werken de ervaringsdeskundigen aan hun eigen herstel. Er worden namelijk diverse competenties getraind, waaronder bijvoorbeeld: verantwoordelijkheid nemen en dragen; plannen; werkvaardigheden aanleren; begeleiden van anderen en samenwerken. Het oefenen hiermee maakt dat er meer 'positieve afstand' ontstaat tot de eigen kwetsbaarheid. Binnen Ixta Noa is er een werkwijze ontwikkeld waarin iedereen ertoe doet, iedereen meedoet, en iedereen vanuit zijn of haar rol een bijdrage levert aan zingeving en herstel. Om te peilen hoe tevreden de ervaringsdeskundigen zijn over onder andere hun werkzaamheden, arbeidsvoorwaarden en groeimogelijkheden wordt iedere twee jaar een tevredenheidsonderzoek uitgevoerd. Hieruit blijkt dat de ervaringsdeskundigen zich betrokken voelen bij de organisatie (Ixta Noa, 2016). Daarnaast ervaren zij respect onderling en draagt het vrijwilligerswerk bij aan het maatschappelijk functioneren en het vinden van werk (Ixta Noa, 2018).

1.1.4 Risico's voor de positieve gezondheid

Zoals eerder benoemd kunnen mensen met een psychische stoornis belemmerd worden in hun welzijn en functioneren (De Graaf, Ten Have, Tuithof & Van Dorsselaer, 2012). Zo hebben mensen met een psychische stoornis een verhoogde kans op bijvoorbeeld neerslachtigheid en een aangetaste productiviteit (Segal, Williams & Teasdale, 2013). Tevens is er een vergrote kans op een verslechterde levenskwaliteit (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007). Daarnaast is er onder andere kans op een kortere levensverwachting dan mensen zonder psychische stoornis (Saha, Chant & McGrath, 2007). Doordat het personeel werkt met eigen ervaringen op het gebied van psychische problematiek, is er daardoor een kans op een verslechterde positieve gezondheid.

'Positieve gezondheid' is een brede en alomvattende term die kijkt naar zes hoofddimensies van gezondheid: lichaamsfuncties; mentaal welbevinden; zingeving; kwaliteit van leven; sociaal-maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren (Huber, Van Vliet & Boers, 2016). Mensen met een psychische stoornis kunnen een slechtere kwaliteit van leven hebben, een minder goede gezondheid en kunnen minder vitaal zijn dan mensen zonder een psychische stoornis (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007). Daarnaast kan er last worden ondervonden in het uitvoeren van dagelijkse bezigheden zoals werk gerelateerde en sociale

activiteiten (Rehm, Shield, Gmel, Rehm & Frick, 2013; Casswell, 2017). Tot slot kan het inkomen van mensen met een psychische stoornis lager zijn dan van mensen zonder psychische stoornis (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010).

Door het jaarlijks uitvoeren van tevredenheidsonderzoeken kan Ixta Noa stellen dat haar ervaringsdeskundigen tevreden zijn over werk gerelateerde omstandigheden. Wat hierin echter niet aan bod komt, is (positieve) gezondheid van de ervaringsdeskundigen buiten Ixta Noa om. Om het werk op lange termijn vol te houden, vindt de organisatie het belangrijk om ook buiten de werkplek om tevreden en gezonde ervaringsdeskundigen te hebben. Voor de organisatie is onvoldoende duidelijk hoe de positieve gezondheid ervaren wordt onder de ervaringsdeskundigen. Omdat 'positieve gezondheid' een term is die vele facetten dekt, wil Ixta Noa met dit onderzoek weten in hoeverre haar ervaringsdeskundigen deze positieve gezondheid ervaren. Er wordt in het tweede hoofdstuk van dit onderzoek dieper ingegaan op het begrip 'positieve gezondheid'. Omdat Ixta Noa meerdere praktijkhuizen heeft, wil de opdrachtgever graag weten hoe de positieve gezondheid onderling van elkaar verschilt. Zo kunnen de verschillende praktijkhuizen wellicht van elkaar leren en kan op basis daarvan onderzocht worden wat werkt voor een verbeterde positieve gezondheid. Voor de organisatie is het daarnaast van belang te weten wat het verschil is tussen ervaringsniveaus. De organisatie wil weten of er een verschil is tussen ervaringsniveau en positieve gezondheid.

1.2 Mogelijke oplossingen

Uit onderzoek van Karbouniaris & Brettschneider (2008) naar inzet van ervaringsdeskundigheid is gebleken dat een deel van de ervaringsdeskundige respondenten geen begeleiding (meer) ontving. Dit zagen de ervaringsdeskundigen als een grote tekortkoming, hier was behoefte naar. Bovendien kan het krijgen van begeleiding bijdragen aan het eigen herstel. Het ontbreken van gesprekken of begeleiding zou komen door de drukte en hectiek op de werkvloer (Karbouniaris & Brettschneider, 2008). Bij Ixta Noa is er al wel sprake van individuele gesprekken en begeleiding, maar dit gebeurt vaak niet structureel genoeg. Een oplossing die zou kunnen bijdragen aan de positieve gezondheid van de ervaringsdeskundigen is het opzetten van groepsgewijze begeleiding. Men kan dan zelf kiezen om hieraan mee te doen en hierdoor kan een groter aantal ervaringsdeskundigen ondersteuning krijgen. In de groepen zouden zij het over bepaalde thema's kunnen hebben, kunnen werken aan hun doelen en obstakels kunnen delen met collega's. Een andere methode waar de ervaringsdeskundigen baat bij zouden kunnen hebben is de WRAP (*Wellness Recovery Action Plan*) (Van Haaster, Wilken, Karbouniaris & Hidajattoellah, 2013). Dit is een herstelmethode die helpt om grip te krijgen op je leven (Boertien, Van Erp & Michon, 2015). De methode wordt bij Ixta Noa al gegeven voor een kleine groep. Dit zou op alle ervaringsdeskundigen toegespitst kunnen worden, bijvoorbeeld als onderdeel van de huidige tweedaagse basisopleiding die iedere nieuwe ervaringsdeskundige dient te volgen voordat ze in dienst treden bij Ixta Noa.

1.3 Onderzoeksvraag

Op basis van bovenstaande informatie is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

In hoeverre ervaren de ervaringsdeskundigen van Ixta Noa positieve gezondheid?

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn er vier deelvragen opgesteld. In dit onderzoek zal antwoord gegeven worden op de volgende deelvragen:

1. Hoe wordt positieve gezondheid door de ervaringsdeskundigen ervaren op de zes dimensies van 'Mijn Positieve Gezondheid'?
2. Zit er een verschil in geslacht in de beoordeling op de positieve gezondheid?

3. Wat zijn de verschillen tussen beginnende, gevorderde en ervaren ervaringsdeskundigen binnen Ixta Noa op het gebied van positieve gezondheid?
4. Wat zijn de verschillen tussen de verschillende praktijkhuizen van Ixta Noa op het gebied van positieve gezondheid?

1.4 Doelstelling van het onderzoek

Ixta Noa is een organisatie die werkt met ervaringsdeskundigen. Het is een organisatie zonder winstoogmerk en heeft als belangrijkste doel hulp te bieden aan mensen met een psychische onbalans. Er zijn momenteel 198 vrijwillige ervaringsdeskundigen werkzaam bij Ixta Noa. Zij hebben te maken (gehad) met een psychische ontwrichting, wat hen ervaringsdeskundig maakt op bepaald gebied. Met de kennis die zij hebben, motiveren ze anderen om zichzelf te helpen. Ixta Noa wil een omgeving creëren waarin men open kan zijn over psychische problematiek. De ervaringsdeskundigen hebben, net als deelnemers, hun eigen uitdagingen en belemmeringen. Doordat de ervaringsdeskundigen zelf weten hoe het is om een psychische stoornis/psychisch probleem te hebben staan ze dichtbij de deelnemers en wordt daarop aansluiten op een laagdrempelige manier bevorderd.

Om continu bij te dragen aan onder andere een verbeterde ggz wil Ixta Noa investeren in het eigen personeel. Door middel van dit onderzoek wordt kennis over de ervaringsdeskundigen vergroot en krijgt Ixta Noa inzicht in hoeverre de ervaringsdeskundigen positieve gezondheid ervaren. Hierdoor wordt voor Ixta Noa beter inzichtelijk hoe de positieve gezondheid ervaren wordt binnen de organisatie en hoe hierin eventueel ondersteund zou kunnen worden. Daarnaast is het van belang kennis te hebben van een alsmaar groter wordende groep ervaringsdeskundigen, om zo ook in de toekomst een belangrijke organisatie te zijn binnen de ervaringsdeskundige wereld. Zo behoudt Ixta Noa haar kwaliteit en kunnen duidelijkere doelen nagestreefd worden. Daarnaast is er niet veel bekend over positieve gezondheid onder ervaringsdeskundigen. Naast genoemde maatschappelijke relevantie is dit onderzoek dus ook voor de wetenschap relevant (Bensing & Oortwijn, 2006).

2. Theoretisch kader

Om duidelijker te krijgen wat ervaringsdeskundigheid is en wat een ervaringsdeskundige doet, wordt in dit hoofdstuk dieper ingegaan op de definitie en functie van ervaringsdeskundigheid. Daarnaast wordt het begrip 'positieve gezondheid' behandeld alsook het belang van positieve gezondheid. Dit hoofdstuk is bedoeld om de kennis over de onderwerpen 'ervaringsdeskundigheid' en 'positieve gezondheid' te vergroten. Ook wordt een conceptueel model weergegeven en wordt aangegeven welke hypothesen worden getoetst.

2.1 Ervaringsdeskundigheid

Een ervaringsdeskundige is een persoon die door ervaringen bepaalde kennis bezit en daarmee (ervarings)deskundigheid heeft verkregen (Van Haaster, Wilken, Karbouniaris & Hidajattoellah, 2013). Dit is echter een vrij breed begrip, immers: iemand die weet hoe hij een auto moet besturen en dus die deskundigheid bezit, kan dan ook ervaringsdeskundig genoemd worden. Er is echter een verschil tussen bepaalde vormen van ervaringsdeskundigheid. Dit onderzoek richt zich op ervaringsdeskundigen die zelf ook een psychische onbalans of kwetsbaarheid hebben meegemaakt in hun leven en veelal hiervoor binnen de ggz een behandeling hebben ondergaan. Ervaringsdeskundigen putten hun kennis uit hun eigen ervaringen met psychische problemen en de behandeling ervan (Baillergeau & Duyvendak, 2016; Delespaul, Milo, Schalken, Boevink & Van Os, 2018). Zij zijn bijvoorbeeld ervaringsdeskundig in het hebben van een (psychische) aandoening, het hebben doorlopen van een bepaalde soort therapie of het herstellen op zich (Baillergeau & Duyvendak, 2016).

2.2 Herstel en empowerment

Binnen de ervaringsdeskundigheid is 'herstel' een veelgebruikt en belangrijk begrip (Boevink, 2017). Herstel houdt in: "het (her)vinden van eigen autonomie door woorden te geven aan het eigen verhaal. Herstel wordt gekenmerkt door zelfsturing, zelfbepaling en ruimte voor het eigen proces en tevens het proces van gelijkgestemden of lotgenoten" (Karbouniaris & Brettschneider, 2008, p.9). Herstel onderscheidt zich van genezing van een ziekte. Het verwijst naar een mogelijkheid tot leven met de psychische stoornis (GGZ Nederland, 2013). Nauw verbonden aan herstel is 'empowerment':

Empowerment is de ontwikkeling van het vermogen van mensen om zich uit hopeloze situaties te worstelen en nieuwe wegen te vinden in het leven. Het betekent al doende nieuwe manieren vinden van omgaan met uitdagingen en het vinden van de steun die daarbij nodig is (Boevink, 2017, p. 97).

Zonder empowerment is herstel niet mogelijk, tegelijkertijd is herstellen een 'empowerend' proces (Boevink, 2017), wat ook op het gebied van positieve gezondheid aanwezig is (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink & Van Os, 2018).

2.3 Voordelen van ervaringsdeskundigheid

Door het werken met ervaringsdeskundigen kan de kloof tussen cliënt en hulpverlener verkleind worden. Dit komt bijvoorbeeld door een ander soort kennis, peer-support en het leren van soortgelijke ervaringen (Karbouniaris, Sedney & Driessen, 2013). Het inzetten van ervaringsdeskundigen heeft positieve effecten op cliënten. Zo vinden cliënten het bijvoorbeeld prettig dat de sfeer laagdrempeliger is dan bij reguliere hulpverleners en krijgen zij een hoger verantwoordelijkheidsgevoel wat betreft hun eigen leven. Ook geeft de ervaringsdeskundige hoop aan de cliënt (Karbouniaris & Brettschneider, 2008; GGZ Nederland, 2013). Als cliënten zien dat het een ander is gelukt, worden ze zelf ook gemotiveerd. Doordat ervaringsdeskundigen weten hoe het is om een psychische stoornis te

hebben, kunnen zij op spreekwoordelijke wijze naast de cliënt gaan staan. De ervaringsdeskundige spreekt de taal van de cliënt en heeft vaak niet veel woorden nodig, het contact verloopt hierdoor gemakkelijker (Karbouniaris & Brettschneider, 2008). Een ander voordeel van het inzetten van ervaringsdeskundigheid is dat het ervaringen weerspiegelt die voor buitenstaanders moeilijk te begrijpen zijn (Baillergeau & Duyvendak, 2016). Het is daarom een waardevolle toevoeging op de reguliere ggz, waar het een steeds prominere rol inneemt (Karbouniaris & Brettschneider, 2008). Naast de hulpverlening worden ervaringsdeskundigen ook ingezet bij het geven van trainingen en het doen van onderzoek (Karbouniaris, Sedney & Driessen, 2013). Ook geven ze vaak voorlichtingen, adviezen en trainingen (Karbouniaris & Brettschneider, 2008). Waar zij vroeger vooral werden ingezet op het terrein van belangenbehartiging (cliënt- en adviesdraden), worden ze tegenwoordig ook in veel andere sectoren geplaatst, zoals in de jeugdzorg, psychiatrie, verslavingszorg en maatschappelijke opvang (Karbouniaris & Brettschneider, 2008). Het structureel toepassen van ervaringsdeskundigheid krijgt een steeds fundamentele plaats binnen de hulpverlening (Karbouniaris, Sedney & Driessen, 2013). Tevens is ervaringsdeskundigheid in de ggz mede op de kaart gezet door HEE (Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid), een initiatief van het Trimbos-instituut en Stichting Rehabilitatie '92 (Karbouniaris, Sedney & Driessen, 2013; Boevink, 2017).

De ervaringsdeskundigen van Ixta Noa geven in een tevredenheidsonderzoek aan zelf ook voordeel te halen uit het werken met ervaringsdeskundigheid. Zo zeggen zij bijvoorbeeld dat het helpt bij hun maatschappelijk functioneren (Ixta Noa, 2018). Ook kan het hen helpen bij het vinden van werk. Zij raken door het vrijwilligerswerk namelijk gewend aan een planning, taken en verantwoordelijkheden en komen door aantoonbare ervaring makkelijker in aanmerking voor een betaalde baan (Ixta Noa, 2018). Onderzoek van Boevink (2017) bevestigt dit; ervaringsdeskundigen worden zelf vaak ook rijker van het delen van hun ervaringskennis. Dit komt bijvoorbeeld doordat iets waarvoor zij zich schaamden nu een hulpbron voor een ander is geworden. Zij vervangen daarmee schaamte door trots. De ervaringsdeskundigen van Ixta Noa (leren) samenwerken met collega's en fungeren als hulpbron en inspiratie voor anderen (Ixta Noa, 2018). Daardoor hebben zij een verhoogd verantwoordelijkheidsgevoel wat ten goede komt aan het meedoen in de maatschappij (Huber, Van Vliet & Broers, 2016).

2.4 Voorwaarden van ervaringsdeskundig zijn

Om ervaringsdeskundig te zijn moet men de eigen kennis weten te verbreden en kunnen overdragen aan anderen (Karbouniaris & Brettschneider, 2008). Alleen het hebben van ervaring is dus niet genoeg. Er is niet een bepaalde grens die bepaalt of iemand ervaringsdeskundig of cliënt is (Van Haaster, Wilken, Karbouniaris, Hidajattoellah, 2013). Bovendien moeten ervaringsdeskundigen anderen helpen in het reflecteren over het eigen handelen en moet de ervaringsdeskundige zijn ervaringen deskundig kunnen inzetten (Van Haaster, Wilken, Karbouniaris, Hidajattoellah, 2013). Sommige ervaringsdeskundigen kiezen ervoor om door middel van een opleiding hun ervaringsdeskundigheid te vergroten. Zo'n 65% van de ervaringsdeskundigen heeft hier een opleiding, cursus of training in gevolgd. (Karbouniaris & Brettschneider, 2008).

2.5 De keerzijde van ervaringsdeskundigheid

Ondanks dat ervaringsdeskundigheid steeds meer zijn plek inneemt binnen de ggz (Bovenberg, Wilrycx, Bähler & Francken, 2011; GGZ Nederland, 2013), gaat de integratie van ervaringsdeskundigen in het werkveld jammer genoeg niet altijd soepel. Zo is er bijvoorbeeld sprake van onderwaardering (Baillergeau & Duyvendak, 2016) en zullen ervaringsdeskundigen zich dus moeten bewijzen binnen de hulpverlening. Ook is er op de werkvloer soms sprake van onduidelijkheid, bijvoorbeeld over de taak- en rolverdeling en wat ervaringsdeskundigheid voor cliënten inhoudt (Karbouniaris, Sedney & Driessen, 2013; Karbouniaris & Brettschneider, 2008). Er kan sprake zijn van een verstoorde balans, waardoor zowel de organisatie maar ook de ervaringsdeskundige zijn plek moet

(her)definiëren. Hier is, met name voor de ervaringsdeskundige, ruimte en ondersteuning bij nodig (Karbouniaris & Brettschneider, 2008). Omdat dit op iedere plek verschilt, wordt in dit onderzoek gekeken naar verschillen tussen de praktijkhuizen van Ixta Noa. Er is bijvoorbeeld een mogelijkheid dat praktijkhuizen die langer werkzaam zijn beter weten hoe te organiseren en te ondersteunen. Ook wordt gekeken naar verschil tussen ervaring en of het daadwerkelijk uitmaakt hoe lang een ervaringsdeskundige bij Ixta Noa werkzaam is. Doordat bepaalde eerdergenoemde factoren een risico kunnen zijn voor de positieve gezondheid, wordt gekeken of er een verschil zit in de beoordeling van positieve gezondheid en de variabelen 'praktijkhuizen' en 'ervaringsniveau'.

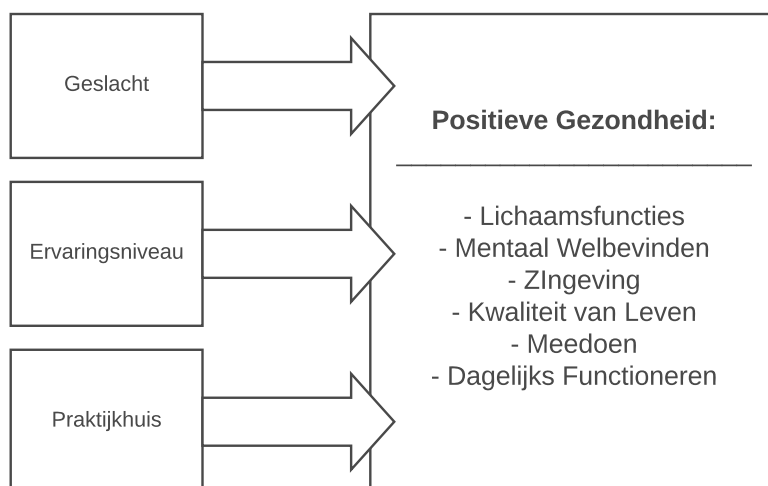
2.6 Positieve gezondheid

De kans op een verslechterde positieve gezondheid wordt vergroot door het hebben van een psychische stoornis (o.a. Segal, Williams & Teasdale, 2013; Olatunji, Cisler & Tolin, 2007). Wanneer men aan 'gezondheid' denkt, wordt er vaak gedacht aan lichamelijk gezond zijn (Huber, Van Vliet & Boers, 2016). De definitie van het begrip 'gezondheid' door de Wereldgezondheidsorganisatie (*World Health Organisation*) is sinds 1948 niet meer aangepast. Daar plaatste Machteld Huber haar kanttekeningen bij. Gezondheid is toen omschreven als 'een staat van compleet lichamelijk, mentaal en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte of zwakte' (Whoqol Group, 1995; Huber et al., 2011). Machteld Huber was van mening dat dit begrip werd gedefinieerd in een periode dat vooral infectieziekten bestreden werden, terwijl er tegenwoordig vooral sprake is van chronische ziekten. Gezondheid is niet louter niet-ziek zijn, het is meer dan dat. Het kan omschreven worden als "het vermogen zich aan te passen en zelf de regie te voeren, gegeven psychische, lichamelijke en sociale uitdagingen" (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink & Van Os, 2018, p. 21). De bredere definitie, uitgedrukt in zes dimensies, wordt omschreven als 'positieve gezondheid' (Huber, Van Vliet & Broers, 2016). De dimensies zijn: *Lichaamsfuncties*; *Mentaal Welbevinden*; *Zingeving*; *Kwaliteit van leven*; *Meedoen* en *Dagelijks Functioneren* (Huber, Van Vliet & Broers, 2016; Vree et al., 2018; Flinterman et al., 2019). De dimensie *Lichaamsfuncties* betreft de ervaren gezondheid; fitheid; klachten en pijn; slapen; eten; conditie en bewegen. De dimensie *Mentaal Welbevinden* omvat onderwerpen die te maken hebben met onthouden; concentreren; communiceren; vrolijk zijn; jezelf accepteren; omgaan met verandering en gevoel van controle. Daarnaast omvat de dimensie *Zingeving* aspecten als zinvol leven; levenslust; idealen willen bereiken; vertrouwen hebben; accepteren; dankbaarheid en blijven leren. De dimensie *Kwaliteit van Leven* gaat onder andere over genieten; gelukkig zijn; lekker in je vel zitten; balans; je veilig voelen; hoe je woont en rondkomen met je geld. De dimensie *Meedoen* gaat over sociale contacten; serieus genomen worden; samen leuke dingen doen; steun van anderen; erbij horen; zinvolle dingen doen en interesse in de maatschappij. Tot slot gaat de dimensie *Dagelijks Functioneren* onder andere om zorgen voor jezelf; je grenzen kennen; kennis van gezondheid; omgaan met tijd; omgaan met geld; kunnen werken en hulp kunnen vragen (Huber, Van Vliet & Broers, 2016). Een overzicht van de dimensies samen met bovengenoemde onderwerpen is te vinden in Bijlage 1, Afbeelding 1.

Het *Institute for Positive Health* (iPH), opgericht door Machteld Huber, is dé motor achter de beweging 'Positieve Gezondheid'. iPH heeft de online tool 'Mijn Positieve Gezondheid' ontwikkeld. De tool meet de positieve gezondheid van een persoon en drukt dit uit in een spinnenwebmodel (Bijlage 1, Afbeelding 1). Dit is een tool die is ontwikkeld als gespreksinstrument (Van Vliet, 2019; Flinterman et al., 2019). In het volgende hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de tool 'Mijn Positieve Gezondheid' van iPH, die gebruikt zal worden als onderzoeksinstrument in dit onderzoek.

2.7 Conceptueel model

In Figuur 1 worden bovenstaande onderdelen op een visuele wijze weergegeven in een conceptueel model. Hierin wordt duidelijk dat geslacht, ervaringsniveau en praktijkhuis indicatoren kunnen zijn van de positieve gezondheid verdeeld over zes dimensies.



Figuur 1. Conceptueel model

2.8 Hypothesen

Gebaseerd op bestaande literatuur en voorgaande informatie uit beide hoofdstukken zijn de volgende hypothesen opgesteld:

1. Zit er een verschil in geslacht en de beoordeling op de positieve gezondheid?

H_{0a} Er zit geen verschil in geslacht en de beoordeling op de positieve gezondheid.

H_{1a} Mannen hebben een betere positieve gezondheid dan vrouwen.

2. Wat zijn de verschillen tussen beginnende, gevorderde en ervaren ervaringsdeskundigen binnen Ixta Noa op het gebied van positieve gezondheid?

H_{0b} Er zijn geen verschillen tussen beginnende, gevorderde en ervaren ervaringsdeskundigen binnen Ixta Noa op het gebied van positieve gezondheid.

H_{1b} Ervaren ervaringsdeskundigen hebben de beste positieve gezondheid.

3. Wat zijn de verschillen tussen beginnende, gevorderde en ervaren ervaringsdeskundigen binnen Ixta Noa op het gebied van positieve gezondheid?

H_{0c} Tussen de praktijkhuizen zit geen verschil in de beoordeling van de positieve gezondheid.

H_{1c} Praktijkhuis Ixta Noa Zutphen heeft de beste positieve gezondheid.

2.9 Opzet van het onderzoek

Aangekomen bij de laatste paragraaf van dit hoofdstuk is duidelijk dat het onderzoek wordt uitgevoerd om de kennis over de ervaren positieve gezondheid onder ervaringsdeskundigen van Ixta Noa te vergroten. Daarnaast wordt dit onderzoek uitgevoerd om de steeds groter wordende groep ervaringsdeskundigen blijvend een constructieve werkplek te bieden. In dit onderzoek zullen daarom voorgaande hypothesen getoetst worden. Die hypothesen zijn tot stand gekomen door middel van bestaande literatuur in combinatie met de wensen van de opdrachtgever. Dit onderzoek bestaat dus uit (a) literatuuronderzoek, (b) overleg met de opdrachtgever en bestaande kennis vanuit de organisatie en (c) methode van het onderzoek. In het volgende hoofdstuk wordt verder ingegaan op de methode van het onderzoek.

3. Onderzoeksdesign

In dit hoofdstuk wordt toegelicht wat de onderzoeksmethode van het uit te voeren onderzoek is. Hierbij komt de onderzoeksdoelgroep aan bod en tevens wordt het onderzoeksinstrument verder uitgelicht. Eveneens wordt de procedure behandeld en tot slot zullen de analyses van het onderzoek in dit hoofdstuk worden benoemd.

3.1 Onderzoeksmethode

Dit onderzoek betreft een kwantitatief onderzoek. Dat houdt in dat er gebruikt gemaakt wordt van cijfermatige informatie en gegevens in cijfers (Verhoeven, 2014) over de ervaringsdeskundigen van Ixta Noa. Daarnaast worden statistische technieken gebruikt om de resultaten te beschrijven (Verhoeven, 2014). Kwantitatief onderzoek is geschikt om verwachtingen te testen (Baarda, 2014). Om de kwantitatieve analyse uit te voeren wordt gebruik gemaakt van een surveyonderzoek (of *vragenlijstonderzoek*), een gestructureerde dataverzamelmethode. Dit houdt in dat de vragen van tevoren bepaald zijn en er geen ruimte is voor speling (Verhoeven, 2014). Er wordt gebruik gemaakt van dit type onderzoek, omdat het een laagdrempelige methode is om informatie te verzamelen (Baarda, 2014). Een ander voordeel is dat er een grote groep onderzocht kan worden (Verhoeven, 2014). In de paragraaf hieronder wordt de groep nader toegelicht. Aan het kwantitatieve deel worden een aantal kwalitatieve vragen toegevoegd. Dit betreffen open vragen die voor verdieping van het onderzoek worden ingezet.

3.2 Onderzoeksdoelgroep

De populatie in dit onderzoek, dus alle eenheden waar een uitspraak over gedaan wordt, betreft alle vrijwillige ervaringsdeskundigen van Ixta Noa. Omdat het onwaarschijnlijk is dat alle ervaringsdeskundigen zullen reageren wordt er gebruik gemaakt van een (aselecte) steekproef, een deel van de populatie (Verhoeven, 2014). Er wordt echter niet van tevoren geselecteerd op respondenten; de gehele populatie wordt voor het onderzoek uitgenodigd. Er zijn 198 ervaringsdeskundigen binnen Ixta Noa, verdeeld over meerdere regio's (Zutphen, Nijmegen, Enschede, Leeuwarden, Groningen). Zij worden allen betrokken bij het onderzoek. De regio's zijn onder te verdelen in: Ixta Noa Zutphen, Ixta Noa Nijmegen, Ixta Noa Enschede, Ixta Noa Leeuwarden, Ixta Noa Groningen en Ixta Noa Westerkwartier (Zuidhorn/Tolbert). Het is lastig te bepalen wanneer een steekproef voldoende groot is, hier is dan ook geen eenduidig antwoord op te geven (Verhoeven, 2014). Wel geldt dat hoe groter de steekproef is, des te nauwkeuriger uitspraken gedaan kunnen worden over de resultaten (Verhoeven, 2014). Een grotere steekproef staat over het algemeen gelijk aan een hogere betrouwbaarheid van de gegevens (Verhoeven, 2014). Om die reden wordt getracht een zo groot mogelijke groep te werven. Dit door bijvoorbeeld herinneringsmails te sturen naar de steekproef betreffende het onderzoek.

Er wordt verwacht dat de ervaringsdeskundigen in hoge mate bereid zijn mee te doen aan het onderzoek. In een eerder uitgevoerd tevredenheidsonderzoek bleken de ervaringsdeskundigen van Ixta Noa zich betrokken te voelen bij de organisatie (Ixta Noa, 2016). Dit kan te verklaren zijn doordat men werkt met een hele persoonlijke kant van zichzelf. Zij kunnen daarnaast zelf ook baat bij de uitkomst hebben, omdat de organisatie wellicht een verandering kan doorvoeren ten goede van de positieve gezondheid van het personeel.

3.3 Onderzoeksinstrument

Zoals al benoemd in hoofdstuk 2.6 zal voor dit onderzoek gebruik gemaakt worden van de tool (of *vragenlijst*) 'Mijn Positieve Gezondheid', van iPH. De vragenlijst meet de positieve gezondheid. De tool 'Mijn Positieve Gezondheid' inclusief de verdiepende, aanvullende open vragen wordt als online vragenlijst afgenomen bij de ervaringsdeskundigen door middel van

het programma *Qualtrics*. Hierdoor kan het onderzoek geheel anoniem blijven en kan de data direct omgezet worden naar een statistisch programma. De vragenlijst in zijn geheel staat in Bijlage 2. Oorspronkelijk is de tool alleen ontwikkeld als gespreksinstrument en niet als meetinstrument (Van Vliet, 2019; Flinterman et al., 2019). De tool is ontworpen om te delen met een zorgverlener. Het is een gratis vragenlijst om meer inzicht te verkrijgen in de positieve gezondheid en zo het brede gesprek aan te gaan met een cliënt. Zo wordt de cliënt zoveel mogelijk geactiveerd en krijgt hij zelf de regie (Flinterman et al., 2019).

In de vragenlijst staan vragen vanuit de zes dimensies van positieve gezondheid die onderling met elkaar verbonden zijn (Flinterman et al., 2019). De dimensies zijn: *Lichaamsfuncties* ('Ik voel mij gezond'); *Mentaal Welbevinden* ('Ik kan dingen goed onthouden'); *Zingeving* ('Ik heb een zinvol leven'); *Kwaliteit van Leven* ('Ik geniet van mijn leven'); *Meedoen* ('Ik heb goed contact met andere mensen') en *Dagelijks Functioneren* ('Ik kan goed voor mijzelf zorgen. Bijvoorbeeld wassen, aankleden, boodschappen doen, koken.') (Huber, Van Vliet & Broers, 2016; Vree et al., 2018; Flinterman et al., 2019).

De vragen in de 'Mijn Positieve Gezondheid'-vragenlijst zijn (nog) niet gevalideerd en niet gekoppeld aan (COTAN-)beoordelingscriteria (Flinterman et al., 2019). Er wordt momenteel gewerkt aan het onderzoeksinstrument om aan de eisen van validiteit en betrouwbaarheid te voldoen (Flinterman et al., 2019). Desondanks de afwezigheid van validatie en beoordelingscriteria is de vragenlijst met veel zorg samengesteld en heeft hij bij vele lagen van de bevolking de revue gepasseerd. Zo is de vragenlijst mede ontworpen door Machteld Huber, een voormalig huisarts die zich bezighoudt met onderzoek naar positieve gezondheid. Dit doet ze sinds 2009 met vele andere experts, zorgprofessionals en burgers. Zo heeft in 2009 een tweedaagse internationale conferentie plaatsgevonden waar vele mensen uit de zorgsector en andere belanghebbenden aanwezig waren. Tijdens de conferentie is er nagedacht over de definitie van 'gezondheid'. Vervolgens werd het nieuwe concept 'gezondheid als het vermogen je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven' voorgelegd aan 140 patiënten, behandelaars, beleidsmakers, burgers, gezondheidsbevorderaars, onderzoekers en verzekeraars. Aan hen werd gevraagd aan te geven waar zij op letten in de beoordeling van de gezondheid. In totaal kwamen hier 566 gezondheidsindicatoren uit. De 566 indicatoren werden teruggebracht tot zes dimensies van positieve gezondheid, zoals die al eerder beschreven zijn. Vervolgens werden de dimensies voorgelegd aan verschillende groepen, maar ditmaal waren het tweeduizend vertegenwoordigers, in plaats van 140. Hieruit bleek dat professionals in de zorg vooral belang hechtten aan lichaamsfuncties als klachten en conditie. Terwijl patiënten alle dimensies van positieve gezondheid belangrijk vonden. Op basis daarvan is de tool 'Mijn Positieve Gezondheid' ontwikkeld, samen met het spinnenwebmodel (iPH, 2019). Om de betrouwbaarheid te onderbouwen is met behulp van de Chronbach's Alpha de betrouwbaarheid gesteld op $\alpha = .95$, wat wordt gekwalificeerd als een hoge mate van betrouwbaarheid (Field, 2013; Verhoeven, 2014).

Om daarnaast de betrouwbaarheid van de vragenlijst nog meer te verhogen wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van een zogenoemde Likertschaal (Verhoeven, 2014). De vragenlijst bestaat uit 42 stellingen, waarop de respondent daarom kan antwoorden door middel van een 7-punts Likertschaal. Hier is voor gekozen omdat een 7-punts Likertschaal de hoogste betrouwbaarheid heeft (Heussen, 2016). Binnen de schaal kan gekozen worden voor verschillende antwoordmogelijkheden, oplopend van negatief tot positief. Hierbij is 1 ('Helemaal mee oneens') de laagste vorm van positieve gezondheid en 7 ('Helemaal mee eens') de hoogste vorm van positieve gezondheid. Een hoge score indiceert een hogere mate van ervaren positieve gezondheid.

Voordat de vragen van de 'Mijn Positieve Gezondheid'-vragenlijst worden gesteld aan de ervaringsdeskundigen wordt er een aantal demografische kenmerken gevraagd die zijn geformuleerd in overleg met de opdrachtgever en de directeur van Ixta Noa ('Wat is uw

leeftijd', 'Op welke locatie van Ixta Noa bent u werkzaam?'). Er wordt daarnaast gekeken naar aantal jaren ervaring binnen Ixta Noa ('Hoe lang bent u werkzaam bij Ixta Noa?'). De organisatie wil drie ervaringsgroepen van elkaar onderscheiden (Beginnend, Gevorderd en Ervaren). 'Beginnend' wordt geclassificeerd als minder dan twee jaar ervaring, 'Gevorderd' als twee tot vier jaar en 'Ervaren' als vier jaar of langer. Ook ten einde van de vragenlijst worden er drie open vragen gesteld op verzoek van de opdrachtgever ('Wat heeft u nodig om uw positieve gezondheid te bevorderen?'). Het totaal aantal extra vragen inclusief de 'Mijn Positieve Gezondheid'-vragenlijst is te zien in Bijlage 2. Op die manier zal hij worden afgenomen bij de ervaringsdeskundigen.

3.4 Procedure

Om te starten met het onderzoek wordt een e-mail verstuurd naar alle ervaringsdeskundigen van Ixta Noa. De e-mail is aanvankelijk in overleg met de opdrachtgever en de directeur van Ixta Noa samengesteld. Alle ervaringsdeskundigen ontvangen via een algemeen e-mailadres van Ixta Noa de e-mail met daarin een korte toelichting over het onderzoek, de vraag om deel te nemen aan het onderzoek en een link naar de online vragenlijst. Door middel van de link kunnen de ervaringsdeskundigen de vragenlijst invullen. De link is versleuteld met een wachtwoord, zodat alleen de ervaringsdeskundigen de vragenlijst kunnen invullen. De complete inhoud van de e-mail staat in Bijlage 3. De elektronisch verzonden gegevens worden direct in een online database geplaatst (Verhoeven, 2014). Om een zo hoog mogelijke respons te krijgen, wordt naast de e-mail een soortgelijk bericht geplaatst in *Mextra*, het intranet van Ixta Noa. Dit bericht is te lezen in Bijlage 4. Dit bericht wordt een dag na het versturen van de e-mail in *Mextra* geplaatst, om zo een grotere groep te bereiken en tegelijkertijd de ervaringsdeskundigen te helpen herinneren. Er kan voor gekozen worden om de e-mail of het *Mextra*-bericht na een week opnieuw te versturen wanneer gevonden wordt dat er te weinig respondenten zijn. Vervolgens worden alle resultaten in SPSS gezet, een statistisch computerprogramma. Met behulp van dit programma worden verschillende analyses uitgevoerd. Daarna worden de resultaten geïnterpreteerd en komt hier een conclusie uit. Op basis hiervan wordt een aanbeveling gedaan aan de organisatie.

3.5 Analyses

In de analyse zijn de verworven kwantitatieve gegevens verwerkt met het programma 'Statistical Package for the Social Sciences', versie 23 ([SPSS 23]; IBM Corporation, 2015). De onderzoeksvraag van dit onderzoek is: In hoeverre ervaren de ervaringsdeskundigen van Ixta Noa positieve gezondheid? Om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag, is getracht de deelvragen te beantwoorden. De deelvragen bestaan uit (a) de zes dimensies van positieve gezondheid, (b) het verschil in geslacht op de beoordeling van de positieve gezondheid, (c) het verschil tussen de beginnende, gevorderde en ervaren ervaringsdeskundigen binnen Ixta Noa op het gebied van positieve gezondheid en (d) de verschillen tussen de praktijkhuizen van Ixta Noa op het gebied van positieve gezondheid.

Allereerst is er een homogeniteitsanalyse uitgevoerd om de Chronbach's Alpha te bepalen ($\alpha = .95$). Daarmee is gekeken naar de sterkte van de relatie tussen elk item en de andere items. Het getal dat uit de homogeniteitsanalyse komt, geeft aan hoe betrouwbaar vragen een begrip meten. Hierbij geldt dat een Chronbach's Alpha van .60 of hoger een voldoende homogeen beeld van hetzelfde begrip (Verhoeven, 2014). Hier is aan voldaan. Om de eerste deelvraag te beantwoorden is onderzoek naar beschrijvende statistieken uitgevoerd. Voor de tweede deelvraag is er een onafhankelijke t-test uitgevoerd. Voor de derde en vierde deelvraag is een one-way ANOVA uitgevoerd. Tot slot zijn de kwalitatieve gegevens verwerkt door middel van tabellen, hierbij zijn antwoorden achteraf gecategoriseerd (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005). Er is een categorisering aangebracht door codes te geven aan de verschillende antwoorden. Aan de hand van die codes zijn er overkoepelende namen gegeven.

4. Onderzoeksresultaten

4.1 Dimensies 'Mijn Positieve Gezondheid'

In Tabel 1 worden de *beschrijvende statistieken* weergegeven van de variabele 'positieve gezondheid', waarbij onder andere de populatiegrootte en het gemiddelde per dimensie worden getoond. Daarnaast is het minimum en maximum bij elke dimensie af te lezen. Tevens zijn de totaalscores van de zes dimensies in de resultaten verwerkt.

Er hebben in totaal 79 ($N = 79$) ervaringsdeskundigen deelgenomen aan het onderzoek, waarvan 16 mannen (20.3%), 58 vrouwen (73.4%) en 2 als anders omschreven (2.5%). De gemiddelde leeftijd van de participerende ervaringsdeskundigen is 38.92 jaar ($M = 38.92$, $Minimum = 20$, $Maximum = 68$). Het gemiddelde en meest voorkomende onderwijsniveau is hbo ($M = 3.55$). Bij de variabele 'positieve gezondheid' zijn er drie missende waarden. Na het invullen van de demografische gegevens zijn de vragen van de tool 'Mijn Positieve Gezondheid' door zes ervaringsdeskundigen niet ingevuld.

De ervaringsdeskundigen van Ixta Noa beoordeelden op het totaal van alle dimensies bij elkaar gemiddeld ($M = 5.46$) 'Beetje mee eens' tot 'Mee eens'. Het meest genoemde antwoord is 'Beetje mee eens', waarbij de mediaan 5.58 is. Hierbij is gekeken naar de gemiddelden van de dimensies: *Meedoen* ($M = 5.88$), *Dagelijks Functioneren* ($M = 5.85$), *Zingeving* ($M = 5.51$), *Mentaal Welbevinden* ($M = 5.41$), *Kwaliteit van Leven* ($M = 5.17$) en *Lichaamsfuncties* ($M = 4.93$). Uit het gemiddelde blijkt dat de ervaringsdeskundigen gemiddeld 'Neutraal' tot 'Beetje mee eens' scoren wat betreft positieve gezondheid op de dimensie *Lichaamsfuncties*. Op de overige dimensies (*Meedoen*, *Dagelijks Functioneren*, *Zingeving*, *Mentaal Welbevinden* en *Kwaliteit van Leven*) zitten de ervaringsdeskundigen op score van 'Beetje mee eens' tot 'Mee eens'.

Tabel 1
Beschrijvende statistieken 'Mijn Positieve Gezondheid'

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Lichaamsfuncties	70	4.93	1.17	2.00	6.86
Mentaal Welbevinden	70	5.41	0.82	3.57	7.00
Zingeving	70	5.51	0.81	3.29	7.00
Kwaliteit van Leven	70	5.17	0.96	2.86	6.86
Meedoen	70	5.88	0.68	3.86	7.00
Dagelijks Functioneren	70	5.85	0.72	4.00	7.00
Totaal 'Mijn Positieve Gezondheid'	70	5.46	0.71	3.69	6.79

Noot. N = populatiegrootte, M = gemiddelde, SD = standaarddeviatie, $Min.$ = minimum, Max = maximum.

4.2 Geslacht en 'Mijn Positieve Gezondheid'

Een onafhankelijke t-test is gebruikt om de scores op positieve gezondheid tussen mannen ($n = 14$) en vrouwen ($n = 54$) te vergelijken. De verschillen zijn te zien in Tabel 2.

Voorafgaand aan het uitvoeren van de test zijn er vier assumpties geëvalueerd. Ten eerste is er voldaan aan de voorwaarde van de meetschaal. Zo is de afhankelijke variabele 'Mijn Positieve Gezondheid' van ratio meetniveau. Tevens is er voldaan aan de voorwaarde van onafhankelijkheid. Daarnaast is de Shapiro-Wilk test statistisch non-significant, welke indiceert dat de assumptie van normaliteit niet is geschonden. Ook was de Levene's test non-significant, waardoor aangenomen kan worden dat er sprake is van gelijke varianties.

Aan de hand van de t-test voor gelijke varianties kan geconcludeerd worden dat er een verschil is tussen de scores tussen de twee groepen. Uit de t-test blijkt echter dat er sprake is van een non-significant verschil in de scores tussen mannen ($M = 5.35$, $SD = .83$) en vrouwen ($M = 5.50$, $SD = .70$), $t(66) = -.70$, $p = .49$, tweezijdig, $d = .73$.

Tabel 2

Verskil tussen geslacht

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Lichaamsfuncties</i>	70	4.93	1.17
Man	14	4.88	0.37
Vrouw	54	4.98	0.15
Anders	2	4.14	0.28
<i>Mentaal Welbevinden</i>	70	5.41	0.82
Man	14	5.38	0.24
Vrouw	54	5.42	0.11
Anders	2	5.36	0.36
<i>Zingeving</i>	70	5.51	0.80
Man	14	5.45	0.26
Vrouw	54	5.56	0.11
Anders	2	4.86	0.43
<i>Kwaliteit van Leven</i>	70	5.17	0.96
Man	14	5.04	0.32
Vrouw	54	5.22	0.12
Anders	2	4.79	0.07
<i>Meedoen</i>	70	5.88	0.68
Man	14	5.82	0.16
Vrouw	54	5.90	0.10
Anders	2	5.64	0.07
<i>Dagelijks Functioneren</i>	70	5.85	0.72
Man	14	5.53	0.21
Vrouw	54	5.93	0.09
Anders	2	6.00	0.86
<i>Totaal 'Mijn Positieve Gezondheid'</i>	70	5.46	0.71
Man	14	5.35	0.22
Vrouw	54	5.50	0.09
Anders	2	5.13	0.23

Noot. N= populatiegrootte, M= gemiddelde, SD= standaarddeviatie.

Op de totaalscore van positieve gezondheid hadden mannen een gemiddelde van 5.35 ($M = 5.35$) en vrouwen een gemiddelde van 5.5 ($M = 5.50$). De totaalscore is opgebouwd uit de zes dimensies van positieve gezondheid. Zo hadden mannen op de dimensie *Lichaamsfuncties* een gemiddelde van 4.88 ($M = 4.88$) en vrouwen een gemiddelde van 4.98 ($M = 4.98$). Op dimensie *Mentaal Welbevinden* was het gemiddelde van mannen 5.38 ($M = 5.38$) en van vrouwen 5.42 ($M = 5.42$). Op de dimensie *Zingeving* hadden mannen een gemiddelde van 5.45 ($M = 5.45$) en vrouwen een gemiddelde van 5.56 ($M = 5.56$). Daarnaast hadden mannen op de dimensie *Kwaliteit van Leven* een gemiddelde van 5.04 ($M = 5.04$) en vrouwen een gemiddelde van 5.22 ($M = 5.22$). Op de dimensie *Meedoen* is gebleken dat mannen een gemiddelde hebben van 5.82 ($M = 5.82$) en vrouwen een gemiddelde van 5.9 ($M = 5.90$). Afsluitend hebben mannen op de dimensie *Dagelijks Functioneren* een gemiddelde van 5.53 ($M = 5.53$) en vrouwen een gemiddelde van 5.93 ($M = 5.93$).

4.3 Ervaringsniveau en 'Mijn Positieve Gezondheid'

Een one-way ANOVA is gebruikt om de impact van ervaringsniveau op de beoordeling van 'Mijn Positieve Gezondheid' te onderzoeken. Hierin is gekeken naar ervaring die binnen Ixta

Noa is opgedaan. Er zijn in SPSS drie groepen aangemaakt (0-2 jaar ervaring, 2-4 jaar ervaring en 4+ jaar ervaring) die met elkaar zijn vergeleken. Voorafgaand aan het uitvoeren van de test is onderzocht of er is voldaan aan vier criteria. Ten eerste is de afhankelijke variabele 'Mijn Positieve Gezondheid' van ratio meetniveau waardoor er is voldaan aan de assumptie van de meetschaal. Eveneens is de assumptie van de onafhankelijkheid niet geschonden. De inspectie van de skewness, kurtosis en Shapiro-Wilk statistieken indiceren dat de assumptie van normaliteit is ondersteund voor elk van de drie condities. Levene's statistiek was non-significant, $F(2, 67) = 1.50$, $p = .23$, waardoor de assumptie van homogeniteit van variantie niet is geschonden. De groep *Beginnend* heeft een gemiddelde van 5.42 ($M = 5.42$), *Gevorderd* heeft een gemiddelde van 5.34 ($M = 5.34$) en de groep *Ervaren* heeft een gemiddelde van 5.75 ($M = 5.75$). De ANOVA was statistisch non-significant, waardoor er verondersteld kan worden dat er tussen geslacht geen verschil zit in de beoordeling van de positieve gezondheid, $F(2, 67) = 1.44$, $p = .25$, $\eta^2 = .04$.

Tabel 3

Verskil tussen ervaringsniveaus

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Beginnend	35	5.42	0.60
Gevorderd	22	5.34	0.84
Ervaren	13	5.75	0.74
Totaal	70	5.46	0.71

Noot. N= populatiegrootte, M= gemiddelde, SD= standaarddeviatie.

4.4 Praktijkhuizen en 'Mijn Positieve Gezondheid'

Om het effect van de locaties van de praktijkhuizen op de beoordeling van 'Mijn Positieve Gezondheid' te meten is een one-way ANOVA gebruikt. Vooraf aan het uitvoeren van de test zijn verschillende assumpties geëvalueerd. Ten eerste voldoet de afhankelijke variabele 'Mijn Positieve Gezondheid' aan de assumptie van de meetschaal. Evenzeer is de voorwaarde van onafhankelijkheid ondersteund. De inspectie van de skewness, kurtosis en Shapiro-Wilk statistieken laat zien dat de assumptie van normaliteit niet is geschonden voor elk van de drie condities. Levene's statistiek was non-significant, $F(2, 67) = 1.94$, $p = .11$, waardoor de assumptie van de variantie is ondersteund. Uit Tabel 4 is af te lezen wat de verschillen zijn tussen de verschillende praktijkhuizen.

Tabel 4

Verskil tussen praktijkhuizen

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ixta Noa Zutphen	18	5.38	0.89
Ixta Noa Nijmegen	27	5.41	0.75
Ixta Noa Enschede	7	5.29	0.49
Ixta Noa Leeuwarden	4	5.62	0.31
Ixta Noa Groningen	13	5.70	0.58
Ixta Noa Westerkwartier (Zuidhorn/Tolbert)	1	5.57	.
Totaal	70	5.46	0.71

Noot. N= populatiegrootte, M= gemiddelde, SD= standaarddeviatie.

Het aantal ervaringsdeskundigen dat de vragenlijst heeft ingevuld verschilde per locatie. Vanuit locatie *Zutphen* hebben 18 ($n = 18$) ervaringsdeskundigen gereageerd, met een gemiddelde van 5.38 op de score van totale positieve gezondheid ($M = 5.38$). Vanuit locatie *Nijmegen* 27 ($n = 27$) met een gemiddelde van 5.41 ($M = 5.41$), *Enschede* 7 ($n = 7$) met een gemiddelde van 5.29 ($M = 5.29$), *Leeuwarden* 4 ($n = 4$) met een gemiddelde van 5.62 ($M = 5.62$), *Groningen* 13 ($n = 13$) met een gemiddelde van 5.7 ($M = 5.70$) en vanuit *Westerkwartier (Zuidhorn/Tolbert)* 1 ($n = 1$) met een gemiddelde van 5.57 ($M = 5.57$). Om de

deelvraag verder te beantwoorden is een one-way ANOVA gebruikt. De ANOVA was statistisch non-significant, waardoor er verondersteld kan worden dat er tussen de locaties van praktijkhuizen geen verschil zit in de beoordeling van de positieve gezondheid, $F(5, 64) = .64$, $p = .80$, $\eta^2 = .04$.

4.5 Kwalitatief onderzoek

Er zijn twee vragen aan de vragenlijst toegevoegd om inzicht te verkrijgen in (a) wat de positieve gezondheid van de ervaringsdeskundigen zou bevorderen en (b) wat het werken als ervaringsdeskundige de ervaringsdeskundigen heeft opgeleverd.

De antwoorden van de eerste open vraag ‘Wat zou uw positieve gezondheid bevorderen?’ zijn in meerdere categorieën gedeeld zoals is af te lezen uit Tabel 5. Deze zijn onderverdeeld in overkoepelende categorieën (*Werkgerelateerd*; *Sociaal*; *Fysiek* en *Mentaal*). De ervaringsdeskundigen gaven 15 keer een antwoord in de categorie *Werkgerelateerd* en 14 keer in de categorie *Sociaal*. Daarnaast gaven zij 15 keer een antwoord in de categorie *Fysiek* en werd 27 keer een antwoord gegeven in de categorie *Mentaal*. Een antwoord uit de categorie *Werkgerelateerd: Financieel* was: “Net iets minder financiële stress”. Een antwoord uit de categorie *Werkgerelateerd: Opleiding* was: “Het afronden van studie”. Uit de categorie *Sociaal: Acceptatie* gaf een respondent als antwoord: “Gewaardeerd worden”. Uit categorie *Fysiek: Gezondheid* werd “Gezonder leven” als antwoord genoemd. Een voorbeeld van twee antwoorden uit de categorie *Mentaal: Ontspanning*: “Vaker rust nemen”; “Meditatie”.

Tabel 5

Respons (N=70): Wat zou uw positieve gezondheid bevorderen?

<i>Werkgerelateerd</i>		<i>Sociaal</i>		<i>Fysiek</i>		<i>Mentaal</i>	
1. Financieel	(6)	1. Contacten	(9)	1. Rust	(6)	1. Zelfacceptatie en zelfvertrouwen	(8)
2. Inhoud	(5)	2. Acceptatie	(5)	2. Gezondheid	(6)	2. Ontspanning	(7)
3. Opleiding	(2)			3. Beweging	(3)	3. Verbeterde mentale gezondheid	(7)
4. Ondersteuning	(2)					4. Structuur	(5)
Totaal	15		14		15		27

De antwoorden van de tweede open vraag ‘Wat heeft het werken als ervaringsdeskundige u opgeleverd?’ zijn in meerdere categorieën gedeeld zoals is af te lezen uit Tabel 6. Deze zijn onderverdeeld in overkoepelende categorieën (*Persoonlijke ontwikkeling*; *Zelfbeeld*; *Zingeving* en *Interpersoonlijk*). De ervaringsdeskundigen gaven 28 keer een antwoord in de categorie *Persoonlijke ontwikkeling* en 21 keer in de categorie *Zelfbeeld*. Daarnaast gaven zij 22 keer een antwoord in de categorie *Zingeving* en werd 35 keer een antwoord gegeven in de categorie *Interpersoonlijk*. Een antwoord uit de categorie *Persoonlijke ontwikkeling: Ontwikkeling* was bijvoorbeeld: “Het ontplooiën van kwaliteiten”. In de categorie *“Zelfbeeld: Zelfvertrouwen* werd als antwoord gegeven: “Veel meer zelfvertrouwen”. Een antwoord uit de categorie *Zingeving: Inzicht* was: “Meer inzicht over kwetsbaarheden en over mijzelf”. Uit de categorie *Zingeving: Voldoening* gaf een respondent als antwoord: “Voldoening in het anderen te kunnen ondersteunen door gewoon jezelf te zijn”. Een voorbeeld van een antwoord uit de categorie *Interpersoonlijk: Hulp bieden* is: “Vooral geweldig om te zien wat voor invloed jouw ervaringsdeskundigheid heeft op een deelnemer”. Alle antwoorden die zijn gegeven op de twee open vragen staan in Tabel 10 en Tabel 11 (Bijlage 5).

Tabel 6

Respons (N=70): Wat heeft het werken als ervaringsdeskundige u opgeleverd?

	<i>Persoonlijke ontwikkeling</i>		<i>Zelfbeeld</i>		<i>Zingeving</i>		<i>Interpersoonlijk</i>	
1. Ontwikkeling	(12)	1. Zelfvertrouwen	(10)	1. Voldoening	(9)	1. (H)erkenning	(14)	
2. Inzicht	(11)	2. Eigenwaarde	(11)	2. Nuttig	(7)	2. Sociale contacten	(14)	
3. Structuur	(5)			3. Zinvol	(6)	3. Hulp bieden	(7)	
Totaal	28		21		22		35	

5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag en deelvragen die zijn opgesteld in het eerste hoofdstuk. Tevens wordt de bewijskracht van de uitkomsten van het onderzoek bediscussieerd. Eveneens worden er aanbevelingen gedaan op basis van de conclusie en discussie.

5.1 Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om duidelijkheid te verkrijgen in de mate van positieve gezondheid van de ervaringsdeskundigen van Ixta Noa. Dit doel is bereikt door het inzetten van de tool 'Mijn Positieve Gezondheid' van iPH. Hierdoor is er nu meer duidelijkheid wat betreft de mate van positieve gezondheid onder de ervaringsdeskundigen. De eerder opgestelde deelvragen ondersteunden het beantwoorden van de onderzoeksvraag: 'In hoeverre ervaren de ervaringsdeskundigen van Ixta Noa positieve gezondheid?'. Er is geen verschil gevonden tussen geslacht, ervaringsniveau en praktijkhuis in de beoordeling op de positieve gezondheid. De ervaringsdeskundigen beoordeelden hun positieve gezondheid als overwegend positief, maar hierin is nog ruimte voor verbetering, aangezien de scores niet maximaal zijn.

5.1.1 Verschillende dimensies van positieve gezondheid

De eerste deelvraag luidde als volgt: 'Hoe wordt positieve gezondheid door de ervaringsdeskundigen ervaren op de zes dimensies van 'Mijn Positieve Gezondheid'?'. De ervaringsdeskundigen gaven aan in het algemeen positief te zijn over de eigen positieve gezondheid, maar hier is ruimte voor verbetering, gezien de scores niet maximaal zijn. Er is gebleken dat hier gradaties in zijn betreffende de zes verschillende dimensies. De ervaringsdeskundigen beoordeelden hun positieve gezondheid het meest positief op de dimensie *Meedoen*. Deze dimensie gaat onder andere over het hebben van sociale contacten, erbij horen, zinvolle dingen doen en steun van anderen krijgen. Dit is in overeenstemming met het tevredenheidsonderzoek van Ixta Noa (Ixta Noa, 2016; Ixta Noa, 2018) waaruit bleek dat het werken bij Ixta Noa bijdraagt aan meedoen aan de maatschappij en een gevoel van iets toevoegen. Verder zijn dit aspecten die Ixta Noa stimuleert en zij probeert hieraan bij te dragen door het gebruik van praktijkhuizen en door het stimuleren van laagdrempeligheid en gelijkwaardigheid. Na *Meedoen* volgden respectievelijk de dimensies *Dagelijks Functioneren*, *Zingeving*, *Mentaal Welbevinden*, *Kwaliteit van Leven* en *Lichaamsfuncties*. Er is dus naar voren gekomen dat de ervaringsdeskundigen de positieve gezondheid het meest positief beoordelen op dimensie *Meedoen* en minst positief op dimensie *Lichaamsfuncties*. Deze laatste dimensie gaat onder andere over fitheid, klachten en pijn, slapen, conditie en bewegen. Deze aspecten van positieve gezondheid zijn door de ervaringsdeskundigen als minst positief beoordeeld. Desondanks waren ze over deze dimensie niet negatief, maar het minst positief van alle dimensies.

5.1.2 Verschillen in geslacht

De tweede deelvraag luidde als volgt: 'Zit er een verschil in geslacht in de beoordeling op de positieve gezondheid?'. Het verschil tussen mannen en vrouwen is onderzocht. Vrouwen bleken over het algemeen net zo positief te zijn over de eigen positieve gezondheid als mannen. Er bleek sprake van een non-significant verschil in de scores tussen mannen en vrouwen. Er zit tussen geslacht dus geen statistisch significant verschil in de beoordeling van de positieve gezondheid. Hiermee is hypothese H_{0a} 'Er zit geen verschil in geslacht en de beoordeling op de positieve gezondheid.' aangenomen en wordt hypothese H_{1a} 'Mannen hebben een betere positieve gezondheid dan vrouwen.' verworpen. Op grond van de bestaande kennis over psychische gezondheid van vrouwen en mannen, werd een verschil verwacht tussen geslacht en de beoordeling van de positieve gezondheid. Er werd verwacht dat vrouwen een lagere positieve gezondheid zouden hebben dan mannen, aangezien zij een lagere gezonde levensverwachting hebben dan mannen (CBS, 2019) en vaker dan

mannen een stemmings- en/of angststoornis hebben (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010; De Graaf, Ten Have, Tuithof & Van Dorsselaer, 2012). Dat betekent dat, ongeacht de verwachting dat er een verschil zou zijn, er geen verschil zit in geslacht met betrekking tot positieve gezondheid.

5.1.3 Verschillen in ervaringsniveau

De derde deelvraag luidde als volgt: 'Wat zijn de verschillen tussen beginnende, gevorderde en ervaren ervaringsdeskundigen binnen Ixta Noa op het gebied van positieve gezondheid?'. Er is gekeken naar het verschil tussen ervaringsniveaus op de beoordeling van de positieve gezondheid. Door het maken van drie verschillende groepen is er een vergelijking gemaakt tussen ervaringsniveau. De drie groepen bleken in het algemeen even positief te zijn over de eigen positieve gezondheid. Er kan gesteld worden dat er tussen ervaringsniveaus geen statistisch significant verschil zit in de beoordeling van positieve gezondheid. Daarmee wordt hypothese H_{0b} 'Er zijn geen verschillen tussen beginnende, gevorderde en ervaren ervaringsdeskundigen binnen Ixta Noa op het gebied van positieve gezondheid.' aangenomen en wordt hypothese H_{1b} 'Ervaren ervaringsdeskundigen hebben de beste positieve gezondheid.' verworpen. Dat betekent dat er geen verschil zit tussen ervaringsniveaus met betrekking tot positieve gezondheid.

5.1.4 Verschillen tussen praktijkhuizen

De vierde deelvraag luidde als volgt: 'Wat zijn de verschillen tussen de verschillende praktijkhuizen van Ixta Noa op het gebied van positieve gezondheid?'. De zes verschillende praktijkhuizen zijn met elkaar vergeleken. Deze praktijkhuizen bleken in het algemeen ongeveer even positief te zijn over de eigen positieve gezondheid. Er kan verondersteld worden dat er geen statistisch significante verschillen zijn tussen locaties van de praktijkhuizen in de beoordeling van de positieve gezondheid. Daarmee wordt hypothese H_{0c} 'Tussen de praktijkhuizen zit geen verschil in de beoordeling van de positieve gezondheid.' aangenomen en wordt hypothese H_{1c} 'Praktijkhuis Ixta Noa Zutphen heeft de beste positieve gezondheid.' verworpen. Dat betekent dat er geen verschil zit tussen de praktijkhuizen met betrekking tot positieve gezondheid.

5.1.5 Behoeften ervaringsdeskundigen

Er is onderzocht wat volgens de ervaringsdeskundigen de positieve gezondheid zou bevorderen. Ook is onderzocht wat het werken als ervaringsdeskundige ze heeft opgeleverd. Allereerst gaven de ervaringsdeskundigen aan dat vooral factoren op mentaal gebied zouden kunnen bijdragen aan de positieve gezondheid. De categorie *Mentaal* heeft de hoogste score in vergelijking met de andere drie categorieën. Er is gebleken dat zelfacceptatie en zelfvertrouwen de positieve gezondheid zouden kunnen bevorderen. Dit zou gedaan kunnen worden door bijvoorbeeld meer vertrouwen in het eigen kunnen te krijgen. Daarnaast zien zij sociale contacten als een factor die de positieve gezondheid zou kunnen verbeteren. Bijvoorbeeld door een groter sociaal netwerk. Ten tweede gaven de ervaringsdeskundigen aan dat het werk hen met name op het persoonlijke en interpersoonlijke gebied iets heeft opgeleverd. De categorieën *Persoonlijke ontwikkeling* en *Interpersoonlijk* scoorden het hoogst in vergelijking met de andere twee categorieën. Het levert de ervaringsdeskundigen herkenning, erkenning en sociale contacten op. Zij voelen zich door het werken met ervaringsdeskundigheid beter begrepen doordat zij met vooral gelijkgestemden optrekken. Dit is in overeenstemming met de beoordeling van de verschillende dimensies. Hier gaven de ervaringsdeskundigen aan de positieve gezondheid het meest positief te beoordelen op de dimensie *Meedoen*. Deze dimensie gaat over deze sociale aspecten en de (h)erkenning die hierbij komt kijken. Tot slot levert het werken met de eigen ervaringsdeskundigheid de ervaringsdeskundigen (persoonlijke) ontwikkeling, inzichten en eigenwaarde op. Bijvoorbeeld doordat zij zichzelf beter leren kennen door het werken met hun ervaringen en het toepassen van de eigen kennis. Ook doordat zij werken met iets wat van hen zelf is en vervolgens zien dat iemand daar baat bij heeft, kan hun gevoel van eigenwaarde verhoogd worden. Onderzoek van Boevink (2017) bevestigt dit;

ervaringsdeskundigen worden zelf vaak ook rijker van het delen van hun ervaringskennis. Dit komt bijvoorbeeld doordat iets waarvoor zij zich schaamden nu een hulpbron voor een ander is geworden. Zij vervangen daarmee schaamte door trots. De ervaringsdeskundigen van Ixta Noa (leren) samenwerken met collega's en fungeren als hulpbron en inspiratie voor anderen (Ixta Noa, 2018). Daardoor hebben zij een verhoogd verantwoordelijkheidsgevoel wat ten goede komt aan het meedoen in de maatschappij (Huber, Van Vliet & Broers, 2016).

5.2 Discussie

5.2.1 Bruikbaarheid van de 'Mijn Positieve Gezondheid'-vragenlijst

De 'Mijn Positieve Gezondheid'-vragenlijst meet de beoordeling van iemands eigen positieve gezondheid. De vragenlijst biedt een goede indicatie van de ervaren positieve gezondheid en hier kan in korte tijd een algemeen beeld van verkregen worden. Het meetinstrument is niet gevalideerd of onderworpen aan beoordelingscriteria en wordt voornamelijk ingezet als gespreksinstrument (Flinterman, 2019). De onderzoeksresultaten kunnen vanwege instrumentele bruikbaarheid (Verhoeven, 2014) alsnog goed ingezet worden als bijdrage aan het uit te stippelen beleid van Ixta Noa voor komende jaren en tegelijkertijd heeft het bijgedragen aan de kennis over positieve gezondheid. Ixta Noa heeft beter inzicht in hoe de positieve gezondheid is onder de ervaringsdeskundigen en kan op basis van de verkregen informatie eventueel vervolgonderzoek doen, of een activiteit uitvoeren zoals beschreven in paragraaf 5.4.

5.2.2 Beperkingen

Bij het interpreteren van de resultaten van het onderzoek moet met enkele beperkingen rekening gehouden worden. Allereerst is er een verschil geconstateerd tussen het aantal mannen ($n = 14$) en het aantal vrouwen ($n = 54$). Dit verschil is zodanig dat het wellicht invloed op de resultaten heeft gehad, waardoor er sprake kan zijn van vertekening (Verhoeven, 2014). Hierdoor wordt de externe validiteit geschaad. Daarnaast zou, doordat de ervaringsdeskundigen gebruik maakten van een zelfrapportage, ook de interne validiteit geschaad kunnen worden (Tijmstra & Brinkman-Engels, 1978; Verhoeven, 2014). Ten derde brengt het werken met online vragenlijsten een beperking met zich mee, bijvoorbeeld de beschikbaarheid van e-mailadressen. Mensen hebben vaak meer dan één e-mailadres of wisselen van adres, daardoor raken adressen in onbruik. Hierdoor is er gauw sprake van incomplete bestanden (Verhoeven, 2014). Ook niet iedere ervaringsdeskundige bekijkt *Mextra* regelmatig, waardoor een grote groep mensen kan worden overgeslagen. Daarnaast is bij een aantal open antwoorden niet voldoende duidelijk geweest tot welke categorie zij behoorden. Er werd bij de eerste open vraag tweemaal een antwoord gegeven waarin stond dat de ervaringsdeskundige meer rust nodig had ter bevordering van de positieve gezondheid. 'Rust' kon tot twee categorieën behoren: zowel bij *Fysiek* als *Mentaal*. Er is voor gekozen om deze twee antwoorden tot de categorie *Fysiek* te rekenen, gezien dit beter aansluit bij de inhoud van die term. Tot slot bleek het gemiddelde en meest genoemde hoogst afgeronde opleidingsniveau *hbo* te zijn. Het is mogelijk dat mensen die al een hogere mate van positieve gezondheid ervaren zich eerder meldden voor deelname aan het onderzoek. Mensen met een hoger opleidingsniveau hebben namelijk over het algemeen een betere gezondheid (Van Oyen, Deboosere & Lorant, 2011) en een betere gezonde levensverwachting, zowel mentaal als fysiek (CBS, 2016). Zij hebben daarnaast een kleinere kans dan mensen uit lagere sociaaleconomische groepen om ziek te worden en vroegtijdig te overlijden. Dit is toe te schrijven aan het feit dat mensen uit lagere sociaaleconomische groepen meer worden blootgesteld aan stressvolle situaties, zoals bepaalde leef- en arbeidsomstandigheden (Van Oyen, Deboosere & Lorant, 2011). Dit kan van invloed zijn geweest op dit onderzoek, waardoor de uitkomsten relatief goed lijken en waardoor dus geen significant verschil is gevonden bij de variabelen *geslacht*, *ervaringsniveau* en *praktijkhuis*. De gemeten groep is wellicht te homogeen geweest wat betreft opleidingsniveau en daardoor wellicht niet representatief genoeg voor de gehele groep ervaringsdeskundigen van Ixta Noa.

5.2.3 Sterke kanten

Naast de genoemde limitaties heeft het onderzoek ook sterke kanten. Ten eerste is er gebruik gemaakt van een groot deel ($N = 79$) van de ervaringsdeskundigen van Ixta Noa. Hierdoor is de generaliseerbaarheid van de resultaten bevorderd (Verhoeven, 2014). Ten tweede is vastgesteld dat er sprake is van een hoge betrouwbaarheid ($\alpha = .95$) van het meetinstrument door middel van de Chronbach's Alpha (Field, 2013; Verhoeven, 2014). Hierbij geldt namelijk dat een Chronbach's Alpha van .60 of hoger een voldoende homogeen beeld van hetzelfde begrip (Verhoeven, 2014). Ten derde is de kans op sociaal wenselijke antwoorden niet erg groot, omdat het een anoniem onderzoek betrof (Verhoeven, 2014). Hiermee wordt de interne validiteit versterkt (Verhoeven, 2014). Tot slot zijn er verschillende dimensies van positieve gezondheid onderzocht. Er is tot op heden (nog) nauwelijks informatie beschikbaar over positieve gezondheid onder ervaringsdeskundige. Het onderzoek heeft nieuwe inzichten gegeven, waar in de toekomst wellicht op verder geborduurd kan worden.

5.3 Aanbevelingen

Het huidige onderzoek heeft bijgedragen aan kennis over positieve gezondheid onder ervaringsdeskundigen van Ixta Noa. Op basis hiervan is het een logische keuze in vervolgonderzoek te trachten naar een minder homogeen beeld wat betreft het opleidingsniveau. In dit vervolgonderzoek is het van belang dat er meer lager opgeleiden meegenomen worden in de analyses om een beter beeld te krijgen van de ervaren positieve gezondheid onder ervaringsdeskundigen bij Ixta Noa. Bovendien is longitudinaal onderzoek nodig om uitspraken te doen op lange termijn. Dergelijk onderzoek zal kunnen bijdragen aan het bevorderen van de positieve gezondheid onder ervaringsdeskundigen van Ixta Noa. Als de positieve gezondheid vaker op dezelfde manier onderzocht wordt, kan er een uitspraak gedaan worden op lange termijn. Machteld Huber (persoonlijke communicatie, 11 januari 2020) gaf in een persoonlijk gesprek aan dat 'positieve gezondheid' langzaam in de organisatie geïntegreerd moest raken. Zij raadde aan om een aantal ervaringsdeskundigen mee te laten doen aan een 3-daagse module over positieve gezondheid via het *Institute for Positive Health*, zodat ervaringsdeskundigen in de praktijkhuizen hier verder in gecoacht kunnen worden.

Een methode die bij Ixta Noa al wordt toegepast om onder andere onprettige of gevaarlijke psychische symptomen te monitoren, verminderen en elimineren, is de WRAP (*Wellness Recovery Action Plan*) (Copeland, 2002). Door deel te nemen aan de WRAP zouden ook zelfacceptatie en zelfvertrouwen bevorderd kunnen worden, wat ervaringsdeskundigen aangaven nodig te hebben voor een verbeterde positieve gezondheid. De WRAP wordt al op kleine schaal ingezet, maar zou een grotere rol kunnen innemen in het kader van het verbeteren van de positieve gezondheid. Hier zou een (aankomend) toegepast psycholoog een rol in kunnen hebben, mede door deze WRAP te faciliteren. Doordat de toegepast psycholoog kennis heeft van onder andere gespreksvoering kan dit een geschikte taak zijn binnen de organisatie. Voor deze rol zou eventueel een uitstekend beroep gedaan kunnen worden op een stagiair van de opleiding Toegepaste Psychologie. Naast het meedoen aan en faciliteren van de WRAP en het coachen van de ervaringsdeskundigen kan de (aankomend) toegepast psycholoog ingezet worden als facilitator van een teambuilding gericht op het bevorderen van de positieve gezondheid binnen Ixta Noa. Zo kan de toegepast psycholoog onder andere vragen en opdrachten uitwerken en het proces sturen. Verdere details over een plan van aanpak ten aanzien van het bevorderen van de positieve gezondheid is in Bijlage 6 terug te vinden.

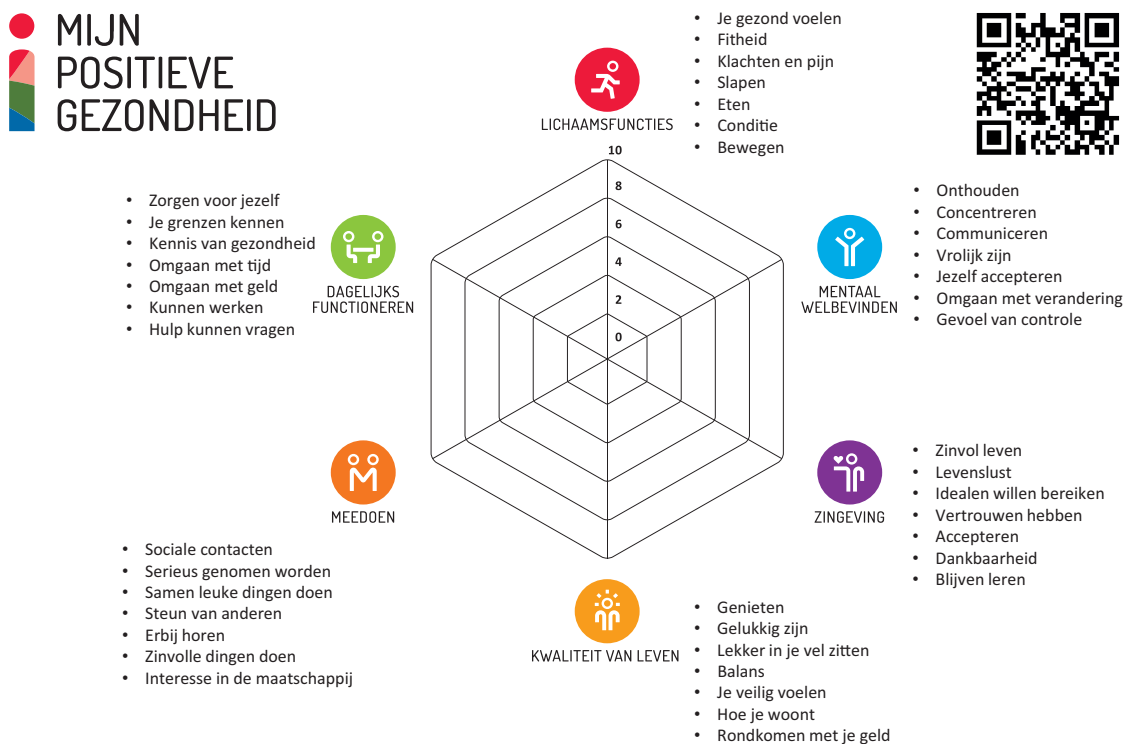
Literatuurlijst

- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)* (1ste editie). Amsterdam: Boom uitgevers.
- Baarda, B. (2014). *Dit is onderzoek! Handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2de editie). Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, D. B., de Goede, M. P. M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Baillergeau, E., & Duyvendak, J. W. (2016). Experiential knowledge as a resource for coping with uncertainty: evidence and examples from the Netherlands. *Health, Risk & Society*, 18(7–8), 407–426. <https://doi.org/10.1080/13698575.2016.1269878>
- Bensing, J., & Oortwijn, W. (2006). De maatschappelijke waarde van wetenschappelijk onderzoek. *Kwaliteit in Beeld*, (2), 7–9. Geraadpleegd van [file:///Users/Leyla/Downloads/bensing_06_maatschappelijke_waarde%20\(1\).pdf](file:///Users/Leyla/Downloads/bensing_06_maatschappelijke_waarde%20(1).pdf)
- Boertien, D., Van Erp, N., & Michon, H. (2015). *Werken met WRAP: Duurzamer aan het werk?* Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/docs/ac449ba4-bb8c-4710-841d-452c086f3175.pdf>
- Boevink, W. A. (2017). *HEE! Over Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid in de Psychiatrie* (Proefschrift). Trimbos-instituut, Utrecht.
- Bovenberg, F., Wilrycx, G. K. M. L., Bähler, M., & Francken, G. (2011). Inzetten van ervaringsdeskundigheid: Pleidooi voor meer ervaringsdeskundigen in topfuncties. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 1, 45-54.
- Casswell, S. (2017). Global Alcohol Harm Network: Struggling or Emerging? A Response to Shiffman. *International Journal of Health Policy and Management*, 6(8), 487–488. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.31>
- CBS. (2016, 18 januari). *Gezonde levensverwachting; opleiding; 1997/2000 - 2011/2014*. Geraadpleegd op 29 februari 2020, van <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71885ned/table?fromstatweb>
- CBS. (2019, juni 20). *CBS Statline*. Retrieved from [opendata.cbs.nl](https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71950ned/table?ts=1536152065267): <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71950ned/table?ts=1536152065267>
- Copeland, M. E. (2002). Wellness Recovery Action Plan. *Occupational Therapy in Mental Health*, 17(3–4), 127–150. https://doi.org/10.1300/j004v17n03_09
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Van Os, J., & Boevink, W. (2016). *Goede GGZI: Nieuwe Concepten, Aangepaste Taal en Betere Organisatie*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- De Graaf, R., Ten Have, M., Tuithof, M., & Van Dorsselaer, S. (2012). *Incidentie van psychische aandoeningen: Opzet en eerste resultaten van de tweede meting van de studie NEMESIS-2*. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/docs/71379d1f-7622-4925-8550-b9e9c7e483d8.pdf>
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/docs/491f70c6-2cb2-4ca2-b902-a205fa0e1784.pdf>
- Donker, G. (2018). *Nivel zorgregistraties eerste lijn: Peilstations 2016*. Geraadpleegd van https://nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Nivel_zorgregistraties_Peilstations_2016.pdf
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. London, England: Sage.
- Flinterman, F., Lauriks, S., De Wit, M., Cremer, S., Fassaert, T., Verhoeff, A., & Manshanden, J. (2019). *Mijn Positieve Gezondheid en de Zelfredzaamheids-Matrix*. *TSG Tijdschrift Gezondheidswet*. <https://doi.org/10.1007/s12508-019-00242-x>
- GGZ Nederland. (2013). *Ervaringsdeskundigheid: Beroepscompetentieprofiel*. Geraadpleegd van <https://www.ggznederland.nl/uploads/publication/Ervaringsdeskundigheid.pdf>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York:

- Touchstone.
- Heussen, N. E. (z.d.). *De meest ideale Likertschaal*. Geraadpleegd van file:///Users/Leyla/Downloads/N.E._Heussen.pdf
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., Van Weel, C. & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343(jul26 2), d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Huber, M., Van Vliet, M., & Boers, I. (2016 februari). Heroverweeg uw opvatting van het begrip "gezondheid". *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 160(A7720). Geraadpleegd van <https://www.langlevkunst.nl/wp-content/uploads/2018/09/PDF-05-Heroverweeg-uw-opvatting-van-het-begrip-gezondheid.pdf>
- IBM Corporation. (2015). *SPSS for Windows, Version 23*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Institute for Positive Health. (z.d.). *Downloads – Institute for Positive Health* [Illustratie]. Geraadpleegd van <https://iph.nl/downloads/>
- iPH. (2019). *Hoe positieve gezondheid past binnen de werkomgeving: Een procesnotitie van de Koploper Tafel Positieve Gezondheid en Werk* (2019–04). Geraadpleegd van <https://iph.nl/wp-content/uploads/2019/09/iph-pg-en-werk-procesnotitie-1.pdf>
- iPH. (2019, november 22). *Positieve Gezondheid: Hoe is het ontstaan?* Opgehaald van <https://iph.nl/positieve-gezondheid/hoe-is-het-ontstaan/>
- Ixta Noa. (2016). *Jaarverslag: Ixta Noa Maakt*. Geraadpleegd van <https://www.ixtanoa.nl/wp-content/uploads/Jaarverslag-Ixta-Noa-2016.pdf>
- Ixta Noa. (2018). *Jaarverslag 2018: Ixta Noa versterkt*. Geraadpleegd van <https://www.ixtanoa.nl/wp-content/uploads/Jaarverslag-jaarrekening-2018-Ixta-Noa.pdf>
- Karbouniaris, S., & Brettschneider, E. (2008). *Inzet en waarde van ervaringsdeskundigheid in de GGZ*. Geraadpleegd van https://www.werkhoezithet.nl/doc/kennisbank/ervaringsdeskundigheid_ggz.pdf
- Karbouniaris, S., Sedney, P., & Driessen, E. (2013). *De ervaringsdeskundige, de nieuwe collega in de ggz*. Geraadpleegd op 24 oktober 2019, van <http://www.tinteling.asherboersma.com/karbouniaris-print.pdf>
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572–581. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- Pitkänen, A., Kontio, R., Lahti, M., Katajisto, J., & Välimäki, M. (2015). The Impact of an eLearning Course on Nurses' Attitudes towards Mental Illness. *Open Journal of Nursing*, 05(11), 1004–1011. <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.511107>
- Rehm, J., Shield, K. D., Gmel, G., Rehm, M. X., & Frick, U. (2013). Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*, 23(2), 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.08.001>
- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007, 8 oktober). A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia: Is the Differential Mortality Gap Worsening Over Time? *Arch Gen Psychiatry*, 64(10). Geraadpleegd van <https://www.medpagetoday.com/upload/2007/10/8/1123.pdf>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness en cognitieve therapie bij depressie* (2de editie). Geraadpleegd van <https://www.boompsychologie.nl/media/4/9789057123894.pdf>
- Thio, S., Bos, H., Wormgoor, T., & Kaufmann, R. (2015, 1 juni). Ervaren stigmatisering onder transgenderjongeren in Nederland. *Pedagogiek*, 35(2). Geraadpleegd van <http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/aup/15677109/v35n2/s2.pdf?expires=1574436446&id=0000&titleid=75009162&checksum=BCAF0D6D9F4BBE2FFB08AF2A8A68CB62>
- Tijmstra, T., & Brinkman-Engels, M. (1978). Sociale wenselijkheid als validiteitsprobleem. *Mens en Maatschappij*, 53, 196–208.
- Van der Molen, H. T., Simon, E., & Van Lankveld, J. (2015). *Klinische psychologie: theorieën*

- en psychopathologie*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Van Haaster, H., Wilken, J. P., Karbouniaris, S., & Hidajattoellah, D. (2013). *Kaderdocument ervaringsdeskundigheid*. Geraadpleegd van <https://veerkrachtcentrale.nl/wp-content/uploads/2019/02/KaderdocumentJanuari-2013.pdf>
- Van Oyen, H., Deboosere, P., & Lorant, V. (2011). *Sociale ongelijkheden in gezondheid in België*. Geraadpleegd van <http://www.belspo.be/belspo/ta/publ/academia-sociale.ongelijkheden.u1577.pdf>
- Van Vliet, M. (2019). *Aanbevelingen voor het meten van positieve gezondheid (2019–03)*. Geraadpleegd van <https://iph.nl/wp-content/uploads/2019/07/iph-aanbevelingen-voor-het-meten-van-pg-v4.pdf>
- Veerbeek, M., Knispel, A., & Nuijen, J. (2012). *GGZ in tabellen*. Geraadpleegd van <https://www.trimbos.nl/docs/b7d2279f-c4fb-4e7c-813a-21aa54edfc33.pdf>
- Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?: Praktijkboek voor methoden en technieken* (5de editie). Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Vree, A., Kerkhofs, C., Duyzings, G., Fijlstra, H., Van Wijnen, J., Gerke-Meijssen, J., & Van Sprang, N. (2018). *Positieve gezondheid in perspectief: Een vergelijkende literatuurstudie van het concept Positieve Gezondheid met andere (veel) gebruikte methoden/visies in de Nederlandse gezondheidszorg*. Geraadpleegd van <https://iph.nl/wp-content/uploads/2018/09/iph-positieve-gezondheid-in-perspectief-.pdf>
- Whoqol Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*, 41(10), 1403-1409.

Bijlage 1 – Spinnenwebmodel ‘Mijn Positieve Gezondheid’



Afbeelding 1. Spinnenwebmodel Mijn Positieve Gezondheid. Bron: Institute for Positive Health (2019).

Bijlage 2 – Vragenlijst inclusief introductie en einde

➤ Introducerend bericht

Fijn dat u mee wilt doen aan dit onderzoek over positieve gezondheid!

Het invullen duurt ongeveer 5 minuten. Allereerst vraag ik u een aantal standaard gegevens in te vullen. Daarna komt de vragenlijst 'MijnPositieveGezondheid' aan bod. Tot slot zullen er nog twee afsluitende vragen gesteld worden.

Het is een volledig anoniem onderzoek. U hoeft daarom niet bang te zijn dat uw antwoorden persoonlijk terug te herleiden zijn.

➤ Vragen aan het begin van de vragenlijst

Tabel 7

Vragen aan het begin van de vragenlijst

Vraag	Antwoordmogelijkheden
Wat is uw geslacht?	- Man - Vrouw - Anders
Wat is uw leeftijd?	- Open vraag
Wat is uw hoogst behaalde onderwijsniveau?	- Basisonderwijs - Middelbaar onderwijs - Mbo - Hbo - Universitair
Op welke locatie van Ixta Noa bent u werkzaam?	- Ixta Noa Zutphen - Ixta Noa Nijmegen - Ixta Noa Enschede - Ixta Noa Leeuwarden - Ixta Noa Groningen - Ixta Noa Westerkwartier (Zuidhorn/Tolbert)
Hoe lang bent u werkzaam bij Ixta Noa?	- Open vraag
Hoe lang werkt u met uw ervaringsdeskundigheid?	- Open vraag
Geef een cijfer van 0 tot 10 om aan te geven hoe ver u volgens uzelf bent in uw herstel	- Open vraag

➤ Introducerend bericht 2

Nu volgt de vragenlijst. De lijst bestaat uit 42 vragen, er is geen tijd aan verbonden. Er zijn geen goede of foute antwoorden.

➤ Introducerend bericht 3

MijnPositieveGezondheid is een test. De test laat zien hoe u vindt dat het met u gaat.

De test gaat over de volgende zes onderwerpen:

- Hoe het lichamelijk met u gaat
- Hoe het mentaal met u gaat

- Of u uw leven zinvol vindt
- Of u een prettig leven heeft
- Of u meedoet in de maatschappij
- Hoe uw dagelijks leven eruit ziet

Hierna verschijnen een aantal uitspraken over uw 'Positieve Gezondheid'. Geef voor elke uitspraak aan, of u het ermee eens bent of oneens. Doe dit door als antwoord een uitspraak tussen '**Helemaal mee oneens**' en '**Helemaal mee eens**' te kiezen:

- Helemaal mee oneens
- Mee oneens
- Beetje mee oneens
- Neutraal
- Beetje mee eens
- Mee eens
- Helemaal mee eens

U kunt de waarde selecteren door het vakje in te vullen.

Vul in wat u zelf vindt. En niet wat u denkt dat een ander wil horen.

➤ **De vragenlijst *Mijn Positieve Gezondheid***

Tabel 8

Vragenlijst '*Mijn Positieve Gezondheid*'

Dimensie	Vraag
Lichaamsfuncties: <i>Hoe gaat het lichamelijk met u?</i>	1. Ik voel mij gezond 2. Ik voel mij fit 3. Ik heb geen klachten en pijn 4. Ik slaap goed 5. Ik eet goed 6. Ik herstel snel na inspanning. Bijvoorbeeld na het sporten. 7. Ik kan makkelijk bewegen. Bijvoorbeeld traplopen, wandelen of fietsen.
Mentaal welbevinden: <i>Hoe gaat het mentaal met u?</i>	8. Ik kan dingen goed onthouden 9. Ik kan mij goed concentreren 10. Ik kan zien, horen, praten, lezen 11. Ik voel mij vrolijk 12. Ik accepteer mijzelf zoals ik ben 13. Ik zoek naar oplossingen om moeilijke situaties te veranderen 14. Ik heb controle over mijn leven
Zingeving: <i>Heeft u een zinvol leven?</i>	15. Ik heb een zinvol leven 16. Ik heb 's morgens zin in de dag 17. Ik heb idealen die ik graag wil bereiken 18. Ik heb vertrouwen in mijn eigen toekomst 19. Ik accepteer het leven zoals het komt 20. Ik ben dankbaar voor wat het leven mij biedt

Kwaliteit van leven: *Heeft u een prettig leven?*

Meedoen: *Doet u mee in de maatschappij?*

Dagelijks functioneren: *Hoe ziet uw dagelijks leven eruit?*

21. Ik wil mijn hele leven blijven leren
22. Ik geniet van mijn leven
23. Ik ben gelukkig
24. Ik zit lekker in mijn vel
25. Ik ervaar evenwicht in mijn leven
26. Ik voel mij veilig
27. Ik ben tevreden over waar ik woon en met wie
28. Ik heb genoeg geld om mijn rekeningen te betalen
29. Ik heb goed contact met andere mensen
30. Andere mensen nemen mij serieus
31. Ik heb mensen met wie ik leuke dingen kan doen
32. Ik heb mensen die mij steunen als dat nodig is
33. Ik heb het gevoel dat ik erbij hoor in mijn omgeving
34. Ik heb werk of andere bezigheden die ik zinvol vind
35. Ik ben geïnteresseerd in wat er in de maatschappij gebeurt
36. Ik kan goed voor mijzelf zorgen. Bijvoorbeeld wassen, aankleden, boodschappen doen, koken.
37. Ik weet wat ik wel kan en wat ik niet kan
38. Ik weet hoe ik mijn gezondheid kan verzorgen
39. Ik kan goed plannen wat ik op een dag moet doen
40. Ik kan omgaan met het geld dat ik elke maand krijg
41. Ik kan werken of vrijwilligerswerk doen
42. Ik weet hoe ik zonodig hulp kan krijgen van officiële instanties

➤ Vragen aan het einde van de vragenlijst

Tabel 9

Vragen aan het einde van de vragenlijst

Vraag	Antwoordmogelijkheden
Wat heeft u nodig om uw positieve gezondheid te bevorderen?	- Open vraag
Wat heeft het werken als ervaringsdeskundige u opgeleverd?	- Open vraag
Welke opmerkingen of suggesties heeft u om een onderzoek in de toekomst te optimaliseren?	- Open vraag

Bijlage 3 – E-mail

Beste collega's van Ixta Noa,

Mijn naam is Leyla en ik ben laatstejaars studente Toegepaste Psychologie. Ik heb afgelopen februari tot en met juli met plezier stagegelopen bij het praktijkhuis in Zutphen. Momenteel ben ik nog steeds vrijwilliger en doe ik mijn afstudeeronderzoek bij Ixta Noa.

Ik doe een onderzoek naar 'positieve gezondheid' bij alle vrijwilligers, daar heb ik jullie dus hard bij nodig! Dit onderzoek voer ik uit zodat we een beter beeld kunnen vormen over onder andere mentaal welbevinden, kwaliteit van leven en lichaamsfuncties. Ook wil ik kijken of er verschillen zijn tussen beginnende en ervaren ervaringsdeskundigen. Ik vraag jullie deze vragenlijst zo snel mogelijk in te vullen, zodat ik aan de slag kan met de resultaten. Het is een compleet anonieme vragenlijst, ik weet dus niet wie wat invult. Het invullen duurt zo'n 5 minuten.

Dit is de link: https://saxion.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_9HrXhNt6ruNE0VT
Het wachtwoord is: ixtanoa.

Alvast bedankt voor het invullen!

Leyla

Bijlage 4 – Mextra

Dag collega's,

Gisteren hebben alle vrijwilligers een mail ontvangen van Tilleke. Het betreft een onderzoek over 'positieve gezondheid', dit mag ik in kader van mijn afstudeerscriptie voor Ixta Noa uitvoeren. Om het onderzoek te laten slagen is het erg belangrijk dat zo veel mogelijk vrijwilligers (en stagiaires) de vragenlijst invullen. Ik wil jullie daarom vragen de mail door te lezen en bijgevoegde vragenlijst in te vullen. Het invullen duurt zo'n 5 minuten. Meer informatie vinden jullie in de mail. Alvast bedankt voor jullie medewerking!

Vriendelijke groet,

Leyla Dogan

Bijlage 5 – Antwoorden op open vragen

Tabel 10

Totale respons: Wat zou uw positieve gezondheid bevorderen?

<i>Werkgerelateerd</i>	<i>Sociaal</i>	<i>Fysiek</i>	<i>Mentaal</i>
Betaald werk;	Uitbreiding sociaal netwerk;	Beter nachtritme;	Meer structuur;
Werkervaring;	Een woonomgeving waar ik mezelf mag zijn;	Beter eten;	Meer acceptatie met de problemen die ik nu nog ervaar;
Meer balans tussen werk en privé;	Gewaardeerd worden;	Meer bewegen;	Meer tijd voor mezelf;
Meer flexibiliteit op mijn (reguliere) werk zodat ik meer kan bewegen ipv zitten;	Positieve reacties van mensen, complimenten;	Gezonder leven;	Een minder vol hoofd;
Het afronden van studie;	Begrip van de omgeving;	Meer flexibiliteit op mijn (reguliere) werk zodat ik meer kan bewegen ipv zitten;	Nog meer structuur in de dag;
Betere stressmanagement bij mijn werk;	Praten met lotgenoten;	Lichamelijk gezond worden;	Nog meer inzicht krijgen in mijn kwetsbaarheden en hoe daarmee om te gaan;
Leuk en zinvol werk;	Momenteel heb ik geen tot weinig mensen waar ik mij veilig bij voel betreffende emoties;	Betere fysieke gezondheid;	Meer vertrouwen in mijn kunnen krijgen;
Meer duidelijkheid over wel of geen uitkering	Vrienden waar je regelmatig mee optrekt;	Meer rust en regelmaat;	Minder tobben;
Zicht op beter passend werk;	Lieve mensen om mij heen;	Yoga;	Acceptatie;
Een opleiding;	Meer diepgaande vriendschappen met anderen;	Vaker rust nemen;	Meer geloven in mijn eigen kunnen;
Bij Ixta Noa wat meer werken;	Misschien een partner;	Minder pijn/klachten in mijn lijf;	Meer zelfvertrouwen;
Einde aan schuldenproblematiek;	Als er serieus met mij om wordt gegaan, respecteren, accepteren;	Rust;	Meditatie;
Meer geld voor gezonde boodschappen;	Meer vrienden;	Stoppen met roken;	Geen nachtmerries of herbelevingen meer;
Financiële zekerheid;	Meer praten over wat me emotioneel bezighoudt.	Beter slapen;	Meer zelfacceptatie;

Net iets minder financiële stress.		Meer balans.	Het afmaken van mijn EMDR-traject. Grenzen leren en durven aangeven; Meer structuur in mijn dagen; Betere balans tussen wat moet en zorg voor mezelf; Verwerken van verleden; Iets meer zelfvertrouwen en eigenwaarde; Nog meer goede therapie; Wat meer vertrouwen in mezelf; Lichter in het leven; Beter leren omgaan met prikkelgevoeligheid; Meer balans; Me minder zorgen maken om dingen; Wat meer mildheid toestaan voor mezelf, minder moeten presteren;
(15)	(14)	(15)	(27)

Tabel 11

Totale respons: Wat heeft het werken als ervaringsdeskundige u opgeleverd?

<i>Persoonlijke ontwikkeling</i>	<i>Zelfbeeld</i>	<i>Zingeving</i>	<i>Interpersoonlijk</i>
Persoonlijke groei;	Fijne werkomgeving die bijdraagt aan mijn zelfbeeld;	Zinvol bezig;	Door het delen van mijn eigen proces weer anderen kunnen helpen;
Zelfinzicht;	Het werken aan draagkracht en zelfvertrouwen;	Dat mijn negatieve ervaring om wordt gezet in iets nuttigs;	Geeft verbondenheid;
Meer inzicht over kwetsbaarheden en over mijzelf;	Vertrouwen in mezelf;	Voldoening;	
Het ontplooiën van kwaliteiten;	Veel meer zelfvertrouwen;	Dat ik kan omgaan met wat ik heb meegemaakt en dat in iets positiefs zetten;	Ervaring over verschillende ervaringen;

Het geeft me een nieuw platform om mijn eigen herstelproces voort te zetten;	Verhoogt mijn gevoel van eigenwaarde;	Geeft voldoening;	Erkenning;
Structuur;	Zelfacceptatie;	Gevoel van meedoen in de maatschappij;	Lotgenoten;
Breder arsenaal aan interventies;	Minder schaamte;	Gevoel van iets toevoegen;	Erkenning;
Het geeft en brengt (opnieuw) inzicht, maar dan vanuit een andere beleving. Door iemand anders te ondersteunen word ik zelf ook weer bewust van wat ik wel weet, maar zelf ook nog niet volledig inzet of waar ik zelf ook nog meer in kan winnen;	Dat ik me een stuk 'normaler' ben gaan voelen en daardoor meer eigenwaarde en zelfvertrouwen heb gekregen;	Dat het hebben van een psychische kwetsbaarheden een meerwaarde heeft binnen mijn werk als psycholoog;	Het positieve gevoel dat ik vanuit mijn ervaring een ander mag en kan helpen;
Veel inzicht;	Gevoel van eigenwaarde;	Gevoel dat mijn ziekteproces nut heeft gehad;	Goede contacten/ vriendschappen;
Veel ontwikkeling;	Verbeterd zelfbeeld;	Voldoening;	Het stuk herkenning en erkenning wat ik vind bij de mensen waar ik mee werk werkt twee kanten op en dat is wat ik erg waardevol vind aan ervaringswerk. Het maakt de contacten gelijkwaardiger; iemand anders helpen;
Ontwikkeling in mezelf;	Meer zelfvertrouwen;	Voldoening in het anderen te kunnen ondersteunen door gewoon jezelf te zijn;	
Nog meer zelfkennis;	Gevoel van zelfvertrouwen;	Voldoening;	
Veel persoonlijke ontwikkeling en kennis;	Meer zelfacceptatie;	Het geeft mij voldoening;	Prettige contacten;
Rust;	Gevoel dat ik waardevol ben;	Dankbaarheid;	Erkenning;
Structuur;	Gevoel van eigenwaarde;	Dankbaarheid;	Veel geleerd over anderen;
Gevoel van iets bereiken;	Gevoel van bestaansrecht;	Zingeving;	Erkenning;
Het maakt mij sterker;	Gevoel van trots;	Een doel;	Minder eenzaam;

Het kunnen werken aan mijn eigen kwetsbaarheden en het besef dat het altijd slechter kan; Inzicht in mezelf;	Gevoel dat ik ertoe doe;	Gevoel dat ik nuttig ben;	Vriendschappen;
Meer inzicht in mijn eigen functioneren;	Gevoel van eigenwaarde; Meer zelfvertrouwen;	Geeft zin in het leven; Zinvol voelen;	Goed gevoel een ander te kunnen helpen; Ik zie dat het anderen kan helpen en daardoor word ik ook positiever; Herkenning
Meer inzicht in problematiek;	Gevoel van waarde omdat ik anderen kan helpen.	Een goed gevoel in de zin van iets positiefs kunnen doen met negatieve ervaringen en kwetsbaarheden; Zingeving door iets positiefs met mijn ervaring met een eetstoornis te doen, ook meer acceptatie voor mijzelf.	Waardering;
Structuur			
Vergroot zelfreflectie; Gevoel van ontwikkeling; Herstel;			Veilige omgeving;
Structuur;			Gevoel mezelf te kunnen zijn; Gewoon zijn wie je bent; Begrip voor anderen vergroot; Gevoel van waardering;
Het heeft mij meer inzicht gegeven in mijn eigen problematiek; Meer eigen inzicht.			Verbinding; Vooral geweldig om te zien wat voor invloed jouw ervaringsdeskundigheid heeft op een deelnemer; Onder de mensen zijn; Andere mensen iets positiefs bieden; Fijne contacten; Gezelligheid; Inzicht in andere kwetsbaarheden; Erkenning; Sociaal contact; Zinnvolle gesprekken!
(28)	(21)	(22)	(35)

Vraag 3: Welke opmerkingen of suggesties heeft u om een onderzoek in de toekomst te optimaliseren?

Antwoord

Vragen zijn goed concreet. Open vragen leveren inhoudelijk betere gegevens op, maar lijken me moeilijker te classificeren. Misschien meer vragen betreffende de leefsituatie, om beter te kunnen beoordelen in hoeverre de leefsituatie van invloed is op het welzijn van de ervaringsdeskundige?

Het kan beter qua vraagstelling, meer open vragen en meer ruimte voor omschrijven hoe het daadwerkelijk voor je is.

Ik vind dat er onderscheid gemaakt kan worden tussen ervaringsdeskundigheid en problematiek. Ik help anderen op basis van bijv mijn eetstoornis (waar ik volledig van ben hersteld). Nu ervaar ik echter problemen betreft mijn persoonlijkheid. Hier ben ik dan ook geen ervaringsdeskundige in. Die scheiding vind ik heel belangrijk.

Misschien eerst vragen of er gezondheidsproblemen zijn.

Geen, wel succes met je onderzoek.

Prima!

Misschien meer vragen naar iemands huidige situatie: achtergrond, wonen, opleiding, werk (of komt dat nog?)

Geen, helder en makkelijk te beantwoorden!

Niet veel het leven is gewoon klote

Voor mij zijn de keuzemogelijkheden wat veel. Vragenlijsten en ASS (wat ik heb) zijn geen makkelijke combi.

Vind dit een prima manier. Niets mis mee. Keep up the good work.

Geen idee, ik vind deze vragenlijst best goed!

Dat anonieme valt een beetje tegen, ik heb ingevuld: man, 66 jaar, Ixta Noa Leeuwarden (daar zijn er nog al veel van (1))

Geen. Dit ziet er top uit!

Mijn indruk is dat een heel aantal vrijwilligers bij Ixta Noa terugvallen en/of zodanig nog in hun problematiek zitten dat het de vraag is of zij als ervaringsdeskundig vrijwilliger kunnen werken. Daar wordt wel over gepraat, maar ik heb ook vele zien gebeuren dat dat niet gedeeld wordt omdat het idee van 'ervaringsdeskundig zijn', belangrijker is om in stand te houden naar de buitenwereld. Daar mag meer onderzoek naar zijn. De trainingen worden steeds minimaler en het is de vraag of vrijwilligers zichzelf zo nog wel kunnen noemen. Geven de trainingen en begeleiding voldoende grond en steun voor vrijwilligers om hun werk goed te kunnen uitvoeren? Feedback geven en ontvangen is al jaren een heikel punt. Zijn er voldoende interpersoonlijke vaardigheden?

Tav mijzelf: ik ga werken als ervaringsdeskundige ouder van kinderen binnen de psychiatrie. De vragen in hoeverre ik hersteld ben etc is niet geheel relevant.

Sommige begrippen waren een beetje subjectief, je kan het als je bijvoorbeeld werkt in privé en werk inpassen het zou mooi zijn als dat onderscheid in de beoordeling te maken was.

Hecht niet teveel waarde aan dit soort onderzoeken, ze geven een heel gegeneraliseerd (en vaak vertekend) beeld van de werkelijkheid. Als je echt wilt weten wat ervaringsdeskundigheid is en hoe het kan werken, en waarom het ook niet werkt in sommige gevallen, zul je 'met de poten in de klei' moeten. Het zelf ervaren, praten met mensen die er veel mee te maken hebben en/of het zelf ervaren hebben levert vaak een beter beeld op. Veel mensen raken juist in de knoei doordat er niet meer naar het individu gekeken wordt en er teveel gegeneraliseerd wordt.

Onderzoeken zijn vaak zo onpersoonlijk dat je je nauwelijks voelt aangesproken.

Momenteel zou ik echter ook niet weten hoe je het anders zou kunnen doen.

Mobiele versie, antwoordt eist verdwijnt soms

Positieve gezondheid gaat ook over kennis over gezondheid. Die vragen zijn er niet en inzicht in het waarom van keuzes is van belang. Bewustwording hoort daarbij, dus vragen naar.

Misschien is dit al gedaan maar persoonlijk hecht ik veel waarde aan het verhaal en de ervaringen van de mensen zelf dmv bv een interview.

Vragen als welke ervaringsdeskundigheid heeft u? Iets meer over iemands achtergrond.

Kort ze hun eigen verhaal laten doen zodat de vragen beter kunnen worden geïnterpreteerd.

Het bijdragen van de her- en erkenning, het niet hoeven toelichten, maar aan een half woord genoeg hebben om de steun en hulp te voelen, te ervaren van iemand die 'de weg' kent. Dit biedt vertrouwen en scheelt de helft in strijd en energie. Energie die soms met momenten op lijkt wanneer je iets wilt overwinnen als een psychische problematiek/kwetsbaarheid/stoornis etc. Je hoeft niet te vechten om begrepen te worden, je hoeft je niet of minder te verantwoorden om te geloven, te vertrouwen dat je begrepen wordt. Dit geeft rust. Als dit middels een onderzoek vast gesteld kan worden, kan de meerwaarde van ervaringsdeskundigheid mogelijk meer erkent en bevestigd worden.

Bijlage 6 – Plan van aanpak

1. Inleiding

Er is onderzoek gedaan naar de positieve gezondheid onder ervaringsdeskundigen van Ixta Noa. Door middel van het de vragenlijst 'Mijn Positieve Gezondheid' van Machteld Huber is onderzocht hoe de ervaringsdeskundigen van Ixta Noa hun positieve gezondheid ervaren. Met behulp van de zes dimensies van positieve gezondheid is hier een beeld van verkregen. Uit dit onderzoek is gebleken dat de ervaringsdeskundigen van Ixta Noa hun positieve gezondheid als overwegend positief ervaren, maar hier is ruimte voor verbetering, aangezien de scores niet maximaal waren. Verder is gebleken dat er geen verschil zit in de variabelen *geslacht*, *ervaringsniveau* en *praktijkhuis* met betrekking tot positieve gezondheid. Wel is het voor Ixta Noa van belang dat de positieve gezondheid in het algemeen bevorderd wordt. Dit kan door twee activiteiten uit te voeren die hieronder toegelicht worden. Ook wordt de rol die de (aankomend) Toegepast Psycholoog hierin zou kunnen hebben toegelicht.

2. Interventiemethodes

➤ Wellness Recovery Action Plan (WRAP)

De WRAP is een systeem voor het monitoren, verminderen en elimineren van onprettige of gevaarlijke psychische symptomen en emotionele gevoelens (Copeland, 2002). Mensen die het plan gebruiken, ontwikkelen het herkennen van instrumenten of reacties die zullen helpen de emotionele klachten te verminderen. Het welzijn wordt daarmee vergroot (Copeland, 2002). Deze instrumenten vormen een soort gereedschapskist om uiteindelijk een 'Wellness Recovery Action Plan' te ontwikkelen. In deze "gereedschapskist" zit een aantal handvaten, waaronder (a) een dagelijkse onderhoudslijst, (b) het identificeren en reageren op triggers, (c) het identificeren en reageren op vroege waarschuwingstekens, (d) herkennen wanneer dingen erger worden en reageren op een manier waardoor men zich beter voelt en (e) het maken van een crisisplan (Copeland, 2002). Bij Ixta Noa wordt de WRAP gegeven door een aantal praktijkhuismedewerkers. Iedereen is vrij om mee te doen aan deze cursus, die groepsgewijs gegeven wordt. Voor (aspirant-)vrijwilligers kan het van waarde zijn om mee te doen aan de WRAP, omdat zij dan hun eigen gereedschapskist kennen. Zo kunnen de aspirant-vrijwilligers bijvoorbeeld zodra zij de tweedaagse cursus hebben afgerond hun ervaringsdeskundigheid nog beter inzetten voor de deelnemers die het praktijkhuis bezoeken. Ook voor het eigen herstel zal dit een toereikend hulpmiddel zijn.

Doel van de interventie:

- Vergroten van de eigen competenties;
- Een plan ontwikkelen om terugval tegen te gaan of eerder te ontdekken;
- Het ontplooien en vergroten van zelfkennis;
- Het groepsgewijs werken aan een eigen 'WRAP';
- Het herstel bevorderen.

Rol van de Toegepast Psycholoog:

- Meedoen aan de WRAP;
- Faciliteren van de WRAP;
- Begeleiden van het leerproces van andere ervaringsdeskundigen.

➤ Teambuilding positieve gezondheid

Een andere optie voor het verbeteren van de positieve gezondheid is een teambuilding die hierop is gericht. Het gaat bij de teambuilding om het voeren van 'het andere gesprek', wat tot nadenken zet over het onderwerp 'positieve gezondheid'. Het start met een individuele benadering, waarna plaats is voor een groepsgewijs deel (IPH, 2019). Tijdens de individuele benadering wordt via de website van iPH (www.iph.nl) de vragenlijst 'Mijn Positieve Gezondheid' ingevuld, waarna er een spinnenwebmodel uitkomt. Over dit model wordt het gesprek aangegaan en worden hier vragen over gesteld, zoals bijvoorbeeld: "Biedt het werk

wat je doet jou voldoende mogelijkheden om je in je werk gezond en fit te voelen?”. Daarna wordt het gesprek aangegaan door middel van het stellen van vragen die zetten tot actie, zoals bijvoorbeeld: “Wat heb je nodig van het team/de organisatie?” en “Wat ga je doen?”. Aangekomen bij de derde stap wordt de vraag omgezet in een actie. Deze actie wordt gedeeld met een ‘maatje’ uit het team. Goed sociaal contact met je collega’s bevordert immers de ervaren gezondheid (iPH, 2019). Bedenk samen wie of wat je kan helpen om de situatie zo nodig te veranderen of om een wens te realiseren. Na het individuele deel wordt er ruimte gemaakt voor groepen van 6-8 mensen. Met deze groepen wordt dieper ingegaan op de voorgaande onderwerpen. Zo kan de actie gedeeld worden met de rest van de groep, waardoor men iets kan opsteken van de voornemens van een ander.

Rol van de Toegepast Psycholoog:

- Het uitwerken van de vragen;
- Het uitwerken van de opdrachten;
- Het begeleiden van de teambuildingsopdracht (individueel en groepsgewijs);
- Vragen stellen aan de groep;
- Het begeleiden van het proces.

3. Conclusie

De Toegepast Psycholoog kan dankzij verschillende competenties als gespreksvoering en coaching diverse rollen vervullen binnen interventies rondom positieve gezondheid. Hij weet daarnaast onder andere hoe hij een groep moet begeleiden, gesprekken moet voeren en kan samenvatten. De WRAP en de teambuilding kunnen bijdragen aan het vergroten van de positieve gezondheid. Beide activiteiten bevorderen de bewustwording rondom positieve gezondheid en herstel.

Bijlage 7 – 5 stellingen

1. Pas als je een opleiding of cursus hebt afgerond, mag je jezelf 'ervaringsdeskundige' noemen.
2. Mensen met een psychische stoornis zijn minder succesvol dan mensen zonder een psychische stoornis.
3. Er wordt te makkelijk gedacht over het hebben van een psychische stoornis; Het wordt soms onderschat, niet iedereen begrijpt wat het inhoudt.
4. Ervaringsdeskundigen kunnen alleen mensen helpen met dezelfde achtergrond als zij.
5. Van een psychische stoornis kun je nooit genezen.

Bijlage 8 – Eigen werk verklaring

Ondergetekende: Leyla Dogan (420084)

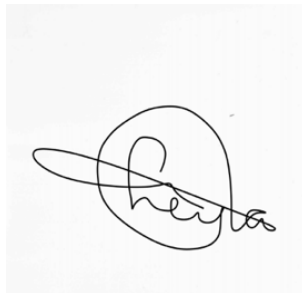
verklaart ondubbelzinnig dat:

- 1) dit werkstuk eigen werk is en derhalve geen inbreuk maakt op het auteursrecht van een ander.
- 2) alle gebruikte bronnen (waaronder internetpagina's) zijn voorzien van bronvermelding.
- 3) dit verslag ook digitaal is ingeleverd via Blackboard (SafeAssign).

Plaats: Apeldoorn

Datum: 30-03-20

Handtekening(en) :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Leyla Dogan', enclosed within a circular scribble.