

Het Buddy-project voor eetstoornispatiënten: een exploratief kwalitatief onderzoek naar de inzet van herstelde ervaringsdeskundigen als Buddy.

Marloes Biegel

Hanzehogeschool Groningen

M.Biegel@st.hanze.nl

ABSTRACT

Het Buddy-project is een initiatief om eetstoornispatiënten te ondersteunen, waarbij de patiënt één op één wordt gekoppeld aan een herstelde ervaringsdeskundige. In dit onderzoek is middels interviews, vragenlijsten en een focusgroep het perspectief van ervaringsdeskundigen en eetstoornispatiënten ten aanzien van het Buddy-project in kaart gebracht. Uit dit onderzoek blijkt dat patiënten een Buddy zien als een begripvolle, gelijkwaardige en laagdrempelige gesprekspartner, die zou kunnen ondersteunen bij het oefenen van lastige situaties, zoals samen eten, koken of boodschappen doen. Ervaringsdeskundigen zien het Buddy-project als een waardevolle aanvulling op de al bestaande zorg binnen de zorgketen eetstoornissen, maar benadrukken ook het belang van goede ondersteuning voor de Buddy's zelf.

Trefwoorden

Eetstoornis; eetstoornispatiënten; ervaringsdeskundigen; koppeling; ondersteuning; Buddy-project

INTRODUCTIE

Naomie is 19 jaar oud. Ze heeft een jaar geleden de diagnose anorexia nervosa gekregen. Na een intensieve klinische behandeling kan ze haar behandeling nu thuis voortzetten. Naomie is een gemotiveerde jonge vrouw. De behandeling slaat aan en ze maakt grote stappen in haar herstel, maar het sociale leven van Naomie ligt stil. Zoals veel eetstoornispatiënten is Naomie tijdens het ontwikkelen van haar eetstoornis in een sociaal isolement geraakt en ook nu het relatief goed met haar gaat vindt ze het moeilijk om oude sociale contacten weer op te pakken. Eten blijft spannend en samen eten met anderen kost haar nog veel energie. Daarnaast heeft ze het gevoel dat haar oude schoolvriendinnen haar niet begrijpen en ze wil hen niet tot last zijn.

Deze casus beschrijft één van de vele verhalen die hebben geleid tot het idee voor een ondersteuningsproject, waarin een ervaringsdeskundige als Buddy¹ wordt gekoppeld aan een eetstoornispatiënt.

Een eetstoornis is een verzamelnaam voor een aantal psychiatrische aandoeningen die worden gekenmerkt door verstoorde gedachten en gedragingen rondom eten. De meest voorkomende eetstoornissen die in de DSM-5 zijn opgenomen zijn anorexia nervosa, boulimia nervosa en de eetbuistoornis (APA, 2013). De Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (NAE) schat de prevalentie van anorexia nervosa op 370 patiënten per 100.000 Nederlanders. De prevalentie van boulimia nervosa ligt nog veel hoger, namelijk op 1500 boulimia nervosa patiënten per 100.000 Nederlanders (NAE, 2017). Ook de eetbuistoornis is sinds kort opgenomen in de DSM-5, maar vanwege het ontbreken van epidemiologische informatie is het nog niet mogelijk om de prevalentie hiervan te schatten (NAE, 2017).

Ervaringsdeskundigen

Internationaal worden ervaringsdeskundigen steeds vaker ingezet in of naast de behandeling van psychiatrische patiënten met uiteenlopende diagnoses, waaronder depressie en verslaving (Campos et al., 2016; Holley, Gillard & Gibson, 2015; Lloyd-Evans et al., 2014). Psychiatrische patiënten rapporteren positieve effecten na het contact met een ervaringsdeskundige, zoals een vermindering van sociaal isolement, een groei in zelfstandigheid en een verbetering in de kwaliteit van leven (Coatsworth-Puspoky, Forchuk & Ward-Griffin, 2006; Ochocka, Nelson, Janzen & Trainor, 2006). Verder kan het contact met een ervaringsdeskundige het gevoel van hoop en motivatie voor herstel vergroten (Salzer, 2002). Ervaringsdeskundigen hebben zelf ook baat bij een werkrelatie met patiënten. Het verhoogt hun zelfvertrouwen, vergroot hun sociaal netwerk en het werken als vrijwilliger is vaak een opstapje naar een betaalde baan (Salzer, 2002; Walker & Bryant, 2013).

Specifiek in de behandeling van eetstoornispatiënten in Nederland wordt tegenwoordig ook steeds meer gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigheid. Zo worden herstelde ervaringsdeskundigen opgeleid tot professionele hulpverleners (Vos, Netten & Noordenbos, 2016) of ingezet in verschillende vrijwilligersfuncties (Weet, 2018), maar voor zover bekend bestaat er in Nederland nog geen programma waarin ervaringsdeskundigen op vrijwillige basis persoonlijk worden gekoppeld aan een eetstoornispatiënt ter ondersteuning van deze patiënt.

Naast de veelbelovende en positieve resultaten uit onderzoek ten aanzien van de inzet van ervaringsdeskundigheid binnen de psychiatrie, zijn er ook risico's verbonden aan het werken met ervaringsdeskundigen met een psychiatrische achtergrond (Kemp & Henderson, 2012). Zo kunnen ervaringsdeskundigen een te hechte relatie met de patiënt ontwikkelen, teveel tijd investeren in de patiënt waardoor zij er zelf onder lijden, of een therapeutische rol aannemen waarvoor zij niet zijn opgeleid (Kemp & Henderson, 2012). Om deze risico's zo klein mogelijk te houden is het van belang om de behoeften, verwachtingen, wensen en voorwaarden in kaart te brengen van zowel de ervaringsdeskundigen die eventueel als Buddy zouden willen gaan werken als van de eetstoornispatiënten die mogelijk gebruik zouden willen maken van een Buddy.

Dit artikel beschrijft een exploratief kwalitatief onderzoek met als centrale vraag: wat zijn de verwachtingen, mogelijkheden, wensen, behoeften en verwachte risico's van ervaringsdeskundigen en eetstoornispatiënten ten aanzien van de inzet van ervaringsdeskundigen als Buddy van eetstoornispatiënten?

'Permission to make digital or hard copies of all or part of this work for personal or classroom use is granted under the conditions of the Creative Commons Attribution-Share Alike (CC BY-SA) license and that copies bear this notice and the full citation on the first page''

SRC 2018, November 9, 2018, The Netherlands.

¹Buddy: een vrijwilliger die zelf een eetstoornis heeft doorgemaakt, hiervan is hersteld en wordt gekoppeld aan een eetstoornispatiënt ter ondersteuning van deze patiënt.

METHODE

Dit onderzoek is volgens het protocol medisch ethische toetsing van de Hanzehogeschool Groningen positief getoetst en door alle participanten is een informed consent formulier getekend.

Participanten

Tijdens dit onderzoek zijn gegevens verzameld van twee verschillende groepen, namelijk: ervaringsdeskundigen gedefinieerd als ‘personen die in het verleden een eetstoornis hebben doorgemaakt en zichzelf nu hersteld achten’ en eetstoornispatiënten gedefinieerd als ‘personen die voldoen aan de DSM-IV of DSM 5 criteria voor anorexia nervosa (AN), boulimia nervosa (BN), eetbuistoornis (BED) of eetstoornis Niet Anders Omschreven (NAO).’

Interviews

Bij tien ervaringsdeskundige vrouwen tussen de 24 en 53 jaar, die in het verleden de diagnoses AN (n=5), BN+AN (n=3), BN (n=1) of NAO (n=1) hebben gehad, zijn semigestructureerde interviews face-to-face afgenomen. Tijdens deze interviews kwamen minimaal de volgende onderwerpen aan bod: de meerwaarde en de mogelijke invulling van het Buddy-contact, tijdsinvestering, voorkeuren rondom de koppeling, eigen motivatie en eventuele verwachte risico's voor het werken als Buddy. Aan het begin van elk interview werd de participant op de hoogte gesteld van de geschatte duur van het interview en werd uitleg gegeven over het gebruik van audio opname. De vooraf opgestelde interview-onderwerpen en vragen zijn getoetst door een expert waarna enkele vragen zijn aangepast. Ook heeft de interviewer verschillende basistrainingen gehad in interview- en gespreksvaardigheden.

Open vragenlijsten

Een groep van 24 eetstoornispatiënten heeft een online enquête ingevuld. Deze groep bestond uit vrouwen tussen de 19 en 45 jaar met de diagnoses AN (n=10), AN+NAO (n=5), AN+BN (n=2), BN (n=3) of NAO (n=4). In deze enquête werden de volgende onderwerpen behandeld: de meerwaarde en de mogelijke invulling van het contact met een Buddy, voorkeuren rondom de koppeling en eventuele verwachte risico's tijdens het contact met een Buddy. De enquête bestond volledig uit open vragen. Aan het eind van de enquête kon de participant ervoor kiezen om zijn/haar e-mailadres achter te laten. Hierdoor had de onderzoeker bij een deel van de participanten de mogelijkheid om aanvullende vragen te stellen via de mail. De enquêtevragen zijn vooraf getoetst door een expert, waarna enkele vragen en formuleringen zijn aangepast.

Focusgroep

Na het afnemen van de interviews en enquêtes is er een focusgroep gehouden met vijf ervaringsdeskundige vrouwen tussen de 24 en 51 jaar oud, die in het verleden die diagnoses AN (n=1), AN+BN (n=1), AN+NAO (n=1) en BN (n=2) hebben gehad. Het doel van deze focusgroep was het bespreken en evalueren van de resultaten en aanbevelingen die zijn verkregen uit de interviews en vragenlijsten. Omdat het slagen van een focusgroep sterk afhankelijk is van de sfeer die wordt gecreëerd tijdens de bijeenkomst (Lavrakas, 2008), is er bij aanvang van de focusgroep uitgebreid aandacht besteed aan het voorstellen en kennismaken van de deelnemers. Elke deelnemer kreeg hier de ruimte om iets over zichzelf en

over haar eigen ervaring met eetstoornissen te vertellen. De focusgroep duurde 1,5 uur en ook hier zijn de participanten vooraf duidelijk op de hoogte gesteld van het gebruik van de audio opname en de vertrouwelijkheid waarmee hun gegevens zijn verwerkt.

Data-analyse

Van alle interviews en de focusgroep zijn audio opnames gemaakt en deze zijn getranscribeerd. De transcripties en de antwoorden op de open vragen van de enquêtes zijn in het programma ATLAS.ti (2017) gecodeerd op basis van de interpretatie van de onderzoeker. Vervolgens zijn er op basis van veel voorkomende codes antwoordcategorieën opgesteld. Codes die veel overeenkomsten vertoonden zijn samengevoegd in één antwoordcategorie, bijvoorbeeld de codes ‘praten’, ‘spuien’ en ‘je hart luchten’ zijn samengevoegd in de antwoordcategorie ‘praten’. Hierdoor ontstond er een overzicht van antwoordcategorieën die het mogelijk maakte om de data van de twee verschillende participantengroepen met elkaar te vergelijken.

RESULTATEN

Meerwaarde en invulling van het Buddy-contact

“Mijn rol als Buddy zou ik zien als juist dat stukje voeden van interesses, samen leuke dingen doen, samen ontdekken wat iemand leuk vindt. Het bevorderen van innerlijke groei” (Persoonlijke communicatie, 2017).

Ervaringsdeskundigen zien de rol van een Buddy als een aanvulling op de al bestaande zorg voor eetstoornispatiënten in Nederland. Zij zouden als Buddy in de eerste plaats graag willen ondersteunen met activiteiten die niet direct met eten of therapie te maken hebben, zoals het bezoeken van een museum, theater of bioscoop, het maken van een wandeling, of het drinken van een kopje koffie op een terras. Zij denken dat het belangrijk is dat eetstoornispatiënten de kans krijgen om dit soort activiteiten te ondernemen met iemand die begrijpt hoe intensief deze, voor een buitenstaander misschien onschuldige, activiteiten kunnen zijn. Daarnaast zien zij een Buddy als begripvolle gesprekspartner voor de patiënt. Iemand bij wie de patiënt haar verhaal kwijt kan zonder dat zij bang hoeft te zijn ‘raar’ gevonden te worden.

“Ik zoek een maatje waarmee ik kan praten over bepaalde eetstoornis-dingen. Dingen die mensen die geen eetstoornis hebben gehad niet begrijpen” (Persoonlijke communicatie, 2017).

Net als de groep ervaringsdeskundigen, zien de patiënten een Buddy ook als gesprekspartner. Zij zijn op zoek naar iemand met wie zij hun alledaagse worstelingen kunnen delen. De patiënten hebben sterk het gevoel dat zij dergelijke gesprekken niet kunnen voeren met personen die zelf geen ervaring hebben met een eetstoornis. De eetstoornispatiënten zouden ook graag samen met hun Buddy lastige situaties willen oefenen, zoals samen boodschappen doen, koken of samen eten. Als laatste zijn patiënten geïnteresseerd in het herstelverhaal van een Buddy. Zij verwachten motivatie, doorzettingsvermogen en tips en adviezen te kunnen halen uit het horen van dit herstelverhaal.

Voorkeur rondom koppeling

Het belangrijkste aspect van een geslaagde koppeling is volgens beide participantengroepen “dat het klikt”. Dit moet volgens de participanten tijdens eerste afspraak voelbaar zijn voor beide partijen. Daarnaast kan gelet worden op leeftijd, geslacht of eetstoornisachtergrond.

Leeftijd

De meeste ervaringsdeskundigen hebben de voorkeur om gekoppeld te worden aan een jongere patiënt. De meeste eetstoornispatiënten geven juist de voorkeur aan een Buddy die even oud of ouder is dan zichzelf zijn.

Geslacht

De meeste ervaringsdeskundigen vertellen dat zij geen voorkeur zouden hebben om als Buddy gekoppeld te worden aan een mannelijke of vrouwelijke patiënt. De meeste eetstoornispatiënten willen graag gekoppeld worden aan iemand van hetzelfde geslacht.

Eetstoornisachtergrond

Ervaringsdeskundigen verwachten zich zekerder te voelen in hun rol als Buddy, als zij kunnen werken met een patiënt die dezelfde eetstoornis heeft als de eetstoornis waar zij ervaring mee hebben. Ook eetstoornispatiënten willen graag gekoppeld worden aan een Buddy met eenzelfde eetstoornisachtergrond.

Tijdsinvestering

“Mijn voorkeur is om eens per twee weken een face-to-face afspraak te plannen, maar op een moment dat het slecht gaat met de patiënt ben ik best bereid om vaker te mailen of een extra afspraak te plannen” (Persoonlijke communicatie, 2017).

De inschatting die ervaringsdeskundigen maken van de tijd die zij zouden willen investeren in het vrijwilligerswerk als Buddy ligt rond de één tot vier uur per week, variërend van face-to-face afspraken en e-mail- of telefonisch contact. Een veel door ervaringsdeskundigen genoemd risico rondom tijdsinvestering is echter het niet kunnen bewaken van eigen grenzen. Ervaringsdeskundigen verwachten dat wanneer het slechter gaat met de patiënt, zij automatisch meer tijd in de patiënt willen investeren en dan niet goed in staat zijn om de afweging te maken of zij hier wel de tijd en energie voor hebben.

Eetstoornispatiënten geven geen inschatting van het aantal uur dat zij verwachten dat een Buddy in hen investeert, maar zij benoemen met name hun behoefte dat een Buddy ‘buiten kantooruren’ bereikbaar moet zijn. Ze vinden het belangrijk contact te kunnen zoeken met een Buddy wanneer hun therapeut niet beschikbaar is, zoals: avonden, weekenden, vakanties of feestdagen.

Kenmerken van een Buddy

“Een Buddy moet zelfkennis hebben en moet duidelijk weten waar haar eigen grenzen liggen en hoe ze zichzelf in balans houdt” (Persoonlijke communicatie, 2017).

De meest door ervaringsdeskundigen genoemde kenmerken van een Buddy zijn: stabiliteit en zelfkennis. Ervaringsdeskundigen verwijzen hiermee naar het belang van een stabiele Buddy, die haar grenzen aan kan geven en daarmee zowel zichzelf als de aan haar gekoppelde patiënt beschermt. Ervaringsdeskundigen wijzen op het belang van de stabiele aanwezigheid van een Buddy en benoemen dat het risico op terugval of uitval zo klein mogelijk moet blijven. De kenmerken die eetstoornispatiënten noemen wanneer zij hun verwachtingen van een Buddy beschrijven zijn: volledig hersteld, geduldig, zorgzaam, onbevooroordeeld, empathisch, betrokken en betrouwbaar.

Motivatie van een Buddy

“Het zou mij het gevoel geven dat ik iets zou bijdragen, iets terug doen, misschien is dat wel een stukje zingeving” (Persoonlijke communicatie, 2017).

Ervaringsdeskundigen noemen verschillende motivaties om vrijwilligerswerk in de vorm van Buddy te willen doen. De meest genoemde motivaties zijn: ‘iets willen betekenen voor een ander’, en ‘het gevoel van voldoening wanneer zij vrijwilligerswerk doen’. Een enkele ervaringsdeskundige hoopt van het werk als Buddy te kunnen leren en dit in te kunnen zetten in hun (toekomstige) carrière.

Ondersteuning voor de Buddy's

Intervisie

Alle ervaringsdeskundigen denken behoefte te hebben aan intervisie. Zij benoemen de interesse in de ervaringen van andere Buddy's en de behoefte aan het delen van eigen ervaringen.

Coördinator

Naast intervisie denken ervaringsdeskundigen behoefte te hebben aan een coördinator die het eerste contact tussen een Buddy en een patiënt opzet. Verder verwachten zij van een coördinator dat deze op vaste momenten met een Buddy evalueert en bereikbaar is wanneer een Buddy zelf contact op wil nemen voor vragen of advies.

Basistraining

Als laatste onderstrepen enkele ervaringsdeskundigen het belang van een goede basistraining waarin zij kunnen leren hoe zij hun eigen ervaring op een constructieve manier kunnen inzetten, wat er verwacht wordt van een Buddy, hoe het contact tussen Buddy en de eetstoornispatiënt goed wordt gehouden en wat een Buddy moet doen wanneer er iets niet goed gaat, bijvoorbeeld wanneer de gezondheid van de patiënt verslechterd.

DISCUSSIE

In dit exploratieve kwalitatieve onderzoek worden de verwachtingen, mogelijkheden, behoeften, wensen en verwachte risico's van ervaringsdeskundigen en eetstoornispatiënten ten aanzien van een Buddy-project voor eetstoornispatiënten onderzocht.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat er veel overeenstemming is tussen de mogelijkheden, verwachtingen, behoeften en wensen van ervaringsdeskundigen en eetstoornispatiënten. Zo zien beide groepen een Buddy als gesprekspartner en als maatje bij het ondernemen van verschillende activiteiten. Ook hebben beide groepen veelvuldig hun enthousiasme over het idee voor een Buddy-project uitgesproken. Duidelijke verschillen betreffen de gewenste tijdsinvestering. Ervaringsdeskundigen kunnen wel een inschatting geven van het aantal uur dat zij willen investeren als vrijwilliger, maar geven daarbij ook aan dat zij verwachten hun grenzen hierin niet goed te kunnen bewaken. Terwijl de patiënten verwachten dat een Buddy ‘buiten kantooruren’ bereikbaar is, waardoor het risico bestaat dat een patiënt verwacht dat een Buddy op elk moment van de dag klaar staat voor de aan haar gekoppelde patiënt.

De aanbeveling is om ervaringsdeskundigen die als Buddy willen gaan werken een goede training te geven waarin hen geleerd wordt hoe Buddy's een gezonde werkrelatie met de aan hen gekoppelde patiënt tot stand kunnen brengen. Hierbij moet met name aandacht worden besteed aan het bespreekbaar maken van wensen en verwachtingen en het bewaken van de eigen grenzen. Ook wordt aanbevolen om Buddy's de mogelijkheid te bieden om deel te nemen aan intervisiebijeenkomsten en regelmatig te evalueren met een coördinator of supervisor.

Beperkingen

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Dit gaf de participanten veel ruimte om eigen antwoorden te formuleren op de gestelde vragen. Een nadeel van deze onderzoeksmethode is dat participanten alleen de antwoorden geven die zij op dat moment bedenken. Zo kunnen bij vragen waarop meerdere antwoorden mogelijk zijn belangrijke aspecten worden vergeten, of zo vanzelfsprekend worden geacht dat de participant deze niet noemt. De data verkregen uit de interviews en vragenlijsten zijn zo geanalyseerd dat de data uit de twee verschillende participantengroepen met elkaar konden worden vergeleken. Echter moet de lezer zich er bij het vergelijken van de resultaten bewust van zijn dat er bij het verzamelen van de data gebruik is gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden.

Aanvullend onderzoek

Dit onderzoek laat het perspectief zien van zowel ervaringsdeskundigen als eetstoornispatiënten ten aanzien van het Buddy-project. Het zou voor het opstarten van een Buddy-project ook waardevol kunnen zijn om het perspectief van professionele hulpverleners en naastbetrokkenen in kaart te brengen. Hulpverleners kunnen beoordelen hoe het Buddy-contact eruit zou moeten zien, naast de behandeling die zij zelf aanbieden en naastbetrokkenen kunnen aangeven op welke vlakken zij ontlast zouden willen/kunnen worden door een Buddy.

Conclusie

Concluderend kan worden gesteld dat de resultaten van dit onderzoek suggereren dat het Buddy-project een waardevol initiatief is en dat het een goede aanvulling zou kunnen zijn op de huidige zorg binnen de zorgketen eetstoornissen in Nederland. Dit onderzoek laat zien dat eetstoornispatiënten behoefte hebben aan een empathische, geduldige, betrouwbare, begripvolle, en onbevooroordeelde Buddy, met wie zij op een laagdrempelige manier contact kunnen opnemen. Ook laat dit onderzoek zien dat herstelde ervaringsdeskundigen gemotiveerd zijn om zich in te zetten als Buddy ter ondersteuning van eetstoornispatiënten, maar dat het van belang is om ook hen als Buddy voldoende te ondersteunen in de vorm van een basistraining, intervisie en regelmatig contact met een coördinator.

ROL VAN DE STUDENT

Marloes Biegel is bachelor student Voeding en Diëtetiek aan de Hanzehogeschool Groningen. Zij is één van de bedenkers van het Buddy-project en heeft zelf het initiatief genomen invulling te geven aan haar afstudeeronderzoek door te onderzoeken wat het perspectief van zowel ervaringsdeskundigen als eetstoornispatiënten is ten aanzien van het Buddy-project. Marloes heeft dit onderzoek individueel uitgevoerd onder begeleiding van docent D. van der Wal MSc en klinisch psycholoog dr. G. Noordenbos. Marloes is zelf ervaringsdeskundige op het gebied van eetstoornissen en is werkzaam als vrijwilligerscoördinator en bestuurslid van Weet: de landelijke patiëntenvereniging voor eetstoornispatiënten. Zij is binnen het bestuur van Weet onder andere verantwoordelijk voor het verwezenlijken van het Buddy-project in Nederland en zet zich hier, ook na het afronden van haar scriptie, nog altijd intensief voor in.

REFERENTIES

1. American psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: Author.
2. ATLAS.ti. (2017). Qualitative data analysis. Retrieved from: <https://atlasti.com>
3. Campos, F., Sousa, A., Rondrigues, V., Marcues, A., Queirós, C. & Dores, A. (2016). Practical guidelines for peer support programmes for mental health problems. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental (Englisch edition)*, 9(2), 97-110.
4. Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, R. & Ward-Griffin, R. (2006). Peer support relationships: an unexplored interpersonal process in mental health. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13(5), 490-497.
5. Dearden, A., & Lee, A. (2013). Isis – recovery orientated Peer Mentor Program. *Journal of Eating Disorder*, 1, 5.
6. Holley, J., Gillard, S. & Gibson, S. (2015). Peer worker Roles and Risk in Mental Health Services: A Qualitative Comparative Case Study. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 477-490.
7. Kemp, V. & Henderson, A. (2012). Challenges faced by mental health peer support workers: peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 337-340.
8. Lavrakas, P. J. (2008). *Encyclopedia of Survey Research Methods*. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc.
9. Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., Johnson, S. & Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *Bmc Psychiatry*, 14, 1-12.
10. Ochocka, J., Nelson, G., Janzen, R. & Trainor, J. (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 3-A qualitative study of impacts of participation on new members *Journal of community psychology journal*, 34(3), 273-283.
11. Salzer, M., (2002). Consumer-Delivered Services as a Best Practice in Mental Health Care Delivery and The Development of Practice Guidelines. *Journal Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(3), 355-382.
12. Smale, K., & Pitt, J., (2013). Eating disorder mentor program. *Journal of Eating Disorders*, 1, 1.
13. Vos de, J. A., Netten, C., Noordenbos, G. (2016). Recovered eating disorder therapists using their experiential knowledge in therapy: A qualitative examination of the therapists' and the patients' view. *The journal of treatment & prevention*, 24(3), 207-223.
14. Walker, G. & Bryant, W. (2013). Peer Support in Adult Mental Health Services: A Metasynthesis of Qualitative Findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 28-34.
15. Weet, patiëntenvereniging voor eetstoornispatiënten (2017). Retrieved from: <https://weet.info/wie-zijn-wij/de-vereniging/vrijwilligers>