

## Stigmatisering binnen de GGZ

Een studie naar de effecten van een workshop en de rol van ervaring, ervaringsdeskundigheid en man/vrouw verschillen op stigmatisering.

H. Hoogedoorn

Student nummer: 3699803

Afstudeerscriptie voor de master Klinische Gezondheidspsychologie

Universiteit Utrecht

Cursuscode: 201100346

Begeleider Universiteit Utrecht: Dr. H. A. W. Schut

Begeleider Stichting “Wat Doe Jij?”: K. Helmus

Datum: 26 juni, 2015

Aantal woorden: 5240



*“Prejudices, it is well known, are most difficult to eradicate from the heart whose soil has never been loosened or fertilized by education; they grow there, firm as weeds among stones.”*

(Brontë, 1847)

## **Samenvatting**

In diverse onderzoeken onder hulpverleners in de Geestelijke Gezondheidszorg komt naar voren dat zij mensen met psychische aandoeningen stigmatiseren. Deze stigmatisering kan grote negatieve gevolgen hebben hun cliënten. Contact tussen mensen in minder- en meerderheidsgroepen lijkt effectief te zijn in het verminderen van stigmatisering. Daarom werd in de huidige studie onderzoek gedaan naar een workshop waarin het contact tussen mensen met psychische aandoeningen en hulpverleners centraal stond. De verwachting was dat stigmatiserende attitudes van deze mensen verminderde in de workshopconditie ten opzichte van de wachtlijst-conditie. Daarnaast werd onderzocht of ervaring met psychische aandoeningen, de functie ervaringsdeskundigheid en sekse invloed hadden op stigmatiserende attitudes. Er werd een gecontroleerd experimenteel onderzoek uitgevoerd, waaraan 202 hulpverleners deelnamen. In beide condities vond een voor- en nameting plaats om stigmatiserende attitudes (MICA) en ervaring met psychische aandoeningen te meten en. Er is een interactie-effect gevonden, waarbij de hulpverleners die de workshop bijwoonden geen significante afname in stigmatiserende attitudes rapporteren, terwijl de wachtlijst-conditie een toename onder vrouwen laat zien. Ook werd er in eerste instantie een effect van ervaringsdeskundigheid gevonden op stigmatiserende attitudes welke na de workshop verdwijnt. Ervaring met psychische aandoeningen en geslacht leek geen rol te spelen in stigmatiserende attitudes bij hulpverleners in de workshopconditie. Opvallend is dat relatief weinig stigmatiserende attitudes onder de hulpverleners worden gemeten. Mogelijke verklaringen voor de lage stigma-scores, de toename in stigma-scores in de wachtlijst-conditie onder vrouwen, de verandering van significante naar niet significante stigma-scores van ervaringsdeskundigen, en de niet gevonden verschillen tussen het al dan niet hebben van ervaring met psychische aandoeningen worden in de discussie besproken. Geconcludeerd kan worden dat de workshop bij de huidige doelgroep niet tot vermindering van gerapporteerde stigmatiserende attitudes heeft geleid. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op meer stigmatiserende doelgroepen, een betere integratie van ervaringsdeskundigen in FACT-teams en de ontwikkeling van alternatieve meetinstrumenten omtrent stigmatisering. Tot slot dient voorzichtig omgegaan te worden met niet-experimentele groepen.

## **Abstract**

In several studies among mental health organizations, it is evident that stigmatisation of people with mental health illnesses by mental health professionals occurs. This process of stigmatisation can have many negative consequences for their clients. For diminishing stigmatisation, it seems that interaction between people in minority and majority groups is effective. For this reason, it was chosen to conduct a research on a workshop in which the social interaction between people with mental illnesses and mental health professionals was a central point. It was expected that stigmatising attitudes would decrease in the workshop condition compared to the waiting list condition. It was also researched whether experience with mental illnesses, experts by experience with mental illnesses and sex was of influence on stigmatising attitudes. A controlled experimental research was conducted in which 202 mental health professionals participated. In both conditions participants were asked to fill in a questionnaire to measure stigmatising attitudes (MICA) and personal experience with mental illnesses at two different points in time. An interaction effect was found, in which participants in the workshop condition reported no significant decrease in stigmatising attitudes, while the waiting list condition showed an increase among women. In addition an effect was found for experience experts on stigmatising attitudes, which disappeared after the workshop. Experience of mental illnesses by other mental health professionals and sex did not seem to have an effect on stigmatising attitudes of participants in the workshop condition. It is interesting that relatively few stigmatising attitudes were measured among the participants. Possible explanations for the low stigma-scores, the increase of stigma-scores in the waiting list condition among women, the change in significant to non-significant stigma-scores of experience experts, and the unfound differences between mental health workers with and without experience of mental illnesses are addressed in the discussion. It can be concluded that the workshop in the present study did not lead to a decrease in stigmatising attitudes. Future research could be focussed on groups with more stigmatising attitudes, a better integration of experience experts in FACT-teams and on developing alternative instruments to measure stigmatization. And lastly, future research should handle non-experimental groups with caution.

## Voorwoord

Tijdens mijn stageperiode werd ik mij bewust van negatieve veroordelen die er bestaan tegenover cliënten. Ik merkte dat niet alleen ikzelf, maar ook mijn omgeving onbewust negatieve oordelen had over mensen met een psychische aandoening. Voor de master thesis kwam ik in gesprek met Iris Kleine Schaars die samen met Hansje Wierenga een onderzoek op aan het zetten waren met betrekking tot stigmatisering onder hulpverleners. Door mijn gewekte interesse tijdens mijn stageperiode sloot ik mij graag aan bij dit onderzoek in samenwerking met Stichting Wat Doe Jij? om een eerste beweging onder hulpverleners in te zetten tegen stigmatisering.

Ik zou mijn begeleiders Henk Schut en Kim Helmus hartelijk willen bedanken voor hun inspirerende en motiverende gesprekken alsook de intensieve begeleiding. Keer op keer werd ik gestimuleerd om verder te denken en het uiterste uit mijzelf te halen. Dit heeft geleid tot het schrijven van een master thesis waar ik trots op ben.

Daarnaast wil ik graag Elise de Glint, Hansje Wierenga, Iris Kleine Schaars, José de Jager, Mike van den Berge, Jacqueline Hoogedoorn, Marco Hoogedoorn, Natascha Linssen en Petty Vasilev willen bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun, bemoedigende woorden en kritische blik op mijn master thesis.

Tot slot zou ik de hulpverleners en cliënten van GGZ-NHN, GGZ Drenthe, GGZ In Geest, Arkin en Altrecht willen bedanken voor hun deelname aan het onderzoek alsook voor hun open gesprekken die mij herhaaldelijk aan het belang van het onderzoek hielpen herinneren.

Hanneke Hoogedoorn

Middelburg, juni 2015

## Inhoudsopgave

<b>Hoofdstuk 1: Introductie</b> .....	<b>6</b>
<i>Ervaringsdeskundigheid en ervaringsdeskundige</i> .....	7
<i>Sekseverschillen</i> .....	8
<i>Hypotheses</i> .....	9
<b>Hoofdstuk 2: Methoden</b> .....	<b>10</b>
<i>Participanten</i> .....	10
<i>Design</i> .....	11
<i>Procedure</i> .....	11
<i>Materialen</i> .....	12
<i>Workshop</i> .....	12
<i>Stigmatisering</i> .....	13
<i>Ervaring, ervaringsdeskundigheid en sekse</i> .....	13
<i>Statistiek</i> .....	14
<b>Hoofdstuk 3: Resultaten</b> .....	<b>15</b>
<i>Beschrijvende statistieken</i> .....	15
<i>Hypotheses met betrekking tot de workshop</i> .....	15
<i>Hypotheses met betrekking tot ervaring met psychische problematiek</i> .....	17
<i>Hypothese met betrekking tot de functie ervaringsdeskundigheid</i> .....	18
<i>Hypothese met betrekking tot geslacht</i> .....	19
<b>Hoofdstuk 4: Discussie</b> .....	<b>20</b>
<b>Hoofdstuk 5: Conclusie</b> .....	<b>24</b>
<b>Hoofdstuk 6: Literatuur</b> .....	<b>25</b>
<b>Hoofdstuk 6: Bijlagen</b> .....	<b>30</b>
<i>Bijlage 1: Briefing/Informed consent</i> .....	30
<i>Bijlage 1a: Experimentele conditie</i> .....	30
<i>Bijlage 1b: Informatie voor cliënten workshop conditie</i> .....	32
<i>Bijlage 1c: Wachtlijst-conditie</i> .....	33
<i>Bijlage 2: Toestemmingsverklaring participanten</i> .....	34
<i>Bijlage 3: Vragenlijst</i> .....	35
<i>Bijlage 4: Debriefing</i> .....	43
<i>Bijlage 5: Protocol</i> .....	45
<i>Bijlage 6: Manipulatie-check: schaalscores</i> .....	50

## Hoofdstuk 1: Introductie

Ongeveer één op de vier mensen ervaart op enig moment in het leven psychische problematiek (Gray, 2002). Volgens de World Health Organization betrof het aantal mensen met een psychische aandoening in 2001 450 miljoen. Velen van hen hebben niet alleen te kampen met de aandoening(en) zelf, maar evenzeer met de negatieve reacties van anderen: labellen, vooroordelen en stigmatiseren. Stigmatisering in de gezondheidszorg is als onderwerp geïntroduceerd door Goffman (1963), die het beschouwt als een negatieve vorm van sociale interactie waarbij machtsverschillen tussen mensen met en zonder een psychische aandoening kenmerkend zijn (Link & Phelan, 2001). Stigmatisering is van invloed op de gezondheid en op het sociale en professionele leven van degene met een aandoening. Het genereert stress, kan leiden tot uitstel van het zoeken van hulp, tot voortijdige beëindiging van de behandeling, tot het vermijden van intieme relaties uit angst voor afwijzing en faalangst (Corrigan, 2004; Link & Phelan, 2006; Plooy & van Weeghel, 2009; Weiss & Ramakrishna, 2001).

Hulpverleners spelen een belangrijke rol bij het in stand houden van stigmatisering bij psychische problematiek (Schulze, 2007; Stuart, Arboleda-Flórez & Sartorius, 2012). Bijna een kwart van de cliënten in de zorg rapporteert stigmatisering door hulpverleners (Schulze, 2007). Ondanks het vrijwel dagelijkse contact van hulpverleners met cliënten, blijken zij net als de algemene bevolking deel te nemen aan stigmatisering (Plooy & Van Weeghel, 2009), wat door cliënten als meer schadelijk wordt ervaren dan de ervaren psychische problematiek (Hayward & Bright, 1997; Thornicroft, 2006). Voor dit probleem is tot het begin van de 21ste eeuw echter weinig tot geen aandacht geweest (Lauber, Nordt, Braunschweig & Rossler, 2006). Dit is opvallend, omdat hulpverleners een grote invloed uitoefent op een cliënt met een psychische stoornis (Bandura, 1997; Holmqvist, 2000). Omdat juist van hulpverleners verwacht mag worden dat zij cliënten ondersteunen, is het belangrijk de stigmatisering door hulpverleners aan te pakken.

Tot enkele jaren geleden bestond er consensus over het idee dat stigma's het best door middel van landelijke campagnes bestreden konden worden om bewustwording te creëren (Schulze, 2007). Dit bleek echter niet effectief te zijn (Stuart et al., 2012) waardoor Corrigan en collegae (2012) en Couture en Penn (2003) middels een meta studie drie methoden van interventies onderzochten: protest, contact en educatie. Hieruit bleek een combinatie van contact tussen groepen met wederzijdse vooroordelen en educatie het meest effectief te zijn in de vermindering van stigmatisering (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rüsche, 2012; Couture & Penn, 2003). Op basis van deze bevindingen werd er een workshop ontwikkeld

welke gebaseerd werd op de contacttheorie van Allport (1954). Deze theorie stelt dat men vooroordelen kan verminderen door middel van contact tussen minder- en meerderheidsgroepen zoals cliënten en hulpverleners. Het verminderen van vooroordelen kan bewerkstelligd worden wanneer er sprake is van positieve communicatie (d.w.z. met elkaar praten, overleggen en luisteren) en de volgende voorwaarden in acht worden genomen tussen de groepen: gelijke status, gezamenlijke doelen, samenwerking, ondersteuning door een autoriteit en persoonlijke interactie (Allport, 1954). Deze voorwaarden zijn dan ook de hoofdingrediënten om stigmatisering te verminderen in de workshop. Wanneer deze voorwaarden nageleefd worden en er een combinatie wordt gemaakt met een educatie interventie, is de verwachting dat stigmatisering af zal nemen onder hulpverleners. In de huidige studie zal onderzocht worden of er met behulp van de ontwikkelde workshop sprake is van een afname in stigmatisering.

### *Ervaringsdeskundigheid en ervaringsdeskundige*

De laatste jaren is er sprake van een paradigmaverschuiving van een medisch-georiënteerd model naar een op herstel-gericht model binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (Goossens, 2010; Stam, 2012; van Erp et al., 2012). Hierbij ligt de nadruk niet langer op het probleem zelf, maar op het leren omgaan met het probleem door de cliënt. Als resultaat nemen ervaringsdeskundigen plaats in behandelteams en werken zij als mediator tussen hulpverleners en cliënten (Ruis, Polhuis & Hoop, 2012). De term ervaringsdeskundigheid heeft veel voeten in aarde en kan meerdere betekenissen hebben (van der Heijden, van Noppen & van Lanen, 2011). Er namelijk sprake van deskundigheid en deskundige. Het begrip deskundigheid slaat op iedereen die ervaring heeft met psychische aandoeningen doordat zij dit zelf of naasten in hun omgeving dit hebben meegemaakt. Aangezien, zoals gezegd, een groot gedeelte van de wereldbevolking lijdt aan een psychische aandoening, is het aannemelijk dat een grote groep hulpverleners zelf psychische aandoeningen ervaren heeft of het indirect meegemaakt heeft bij familieleden en/of goede vrienden (GGZ-Nieuws, 2014). De term ervaringsdeskundige is van toepassing op individuen die specifiek aangenomen zijn vanwege persoonlijke ervaringen met psychische problematiek. Hun taak is om deze ervaringen te gebruiken in het contact met behandelend hulpverleners om bewustwording te faciliteren over de ervaren problematiek door de cliënten (Bovenberg, Wilrycx, Bähler & Francken, 2011; Corrigan, Edwards, Green, Diwan & Penn, 2001<sup>a</sup>).

Tijdens het congres Ervaringsdeskundigheid 2.0 op 21 november 2014 te Leiden bleek dat het delen van ervaringen nog altijd niet geaccepteerd wordt (Lingbeek, 2015; van der



Heijden et al., 2011). Hoewel het taboe op persoonlijke ervaring in de psychische hulpverlening langzaam lijkt weg te ebben, geldt dit op dit moment uitsluitend voor diegenen die een cursus hebben gevolgd om officieel ervaringsdeskundige te zijn. Hulpverleners die wel de deskundigheid hebben, maar geen ervaringsdeskundige zijn, delen niet of nauwelijks persoonlijke ervaringen met andere hulpverleners en/of cliënten, omdat verondersteld wordt dat men geen psychische kwetsbaarheden meegemaakt mag hebben om te kunnen functioneren op de werkvloer in de GGZ (Lingbeek, 2015). Het 'wij-zij' gevoel wordt hiermee in stand gehouden (Jamison, 2003; Slade, 2009). Desalniettemin blijkt uit literatuur dat, ondanks het taboe, persoonlijke ervaring wel van positieve invloed zou kunnen zijn op de mate waarop een hulpverlener een cliënt stigmatiseert (Arvaniti et al., 2009; Corrigan et al., 2001<sup>a</sup>; Corrigan, Green, Lundin, Kubiak & Penn, 2001<sup>b</sup>; Angermeyer, Matschinger, & Corrigan, 2004), waarbij gevoelens van angst en sociale afstand ten opzichte van de cliënt afnemen (Angermeyer & Matschinger, 1997). Inconsistent met voorgaand vonden Gras en collegae (2015) in een onderzoek tegen hun verwachtingen in, geen betekenisvol verband van persoonlijke ervaring en ervaring door familie en vrienden op de mate van stigmatisering. Zij gaven aan te verwachten dat de acceptatie voor de eigen ervaringen en die van anderen toeneemt wanneer hulpverleners gestimuleerd worden door educatie en contact met anderen, wat stigmatisering zou doen verminderen. In huidig onderzoek zal de rol van ervaring met psychische aandoeningen op stigmatiserende attitudes nader onderzocht worden.

### *Sekseverschillen*

Uit onderzoek blijkt dat sekse ook een rol kan spelen in de stigmatisering in de GGZ. Zo lijken mannen meer stigmatiserende opvattingen over cliënten in de GGZ te uiten dan vrouwen (Gray, 2002). Een verklaring hiervoor is dat vrouwen meer empathisch lijken te zijn dan mannen (Bäckström, Björklund, Hansson, Bern & Westerlundh, 2005). Vrouwen kunnen zich van nature beter inleven in anderen dan mannen door de aanwezigheid van meer spiegelneuronen (Stel, 2005). Dat betekent niet dat vrouwen minder vooroordelen hebben, maar deze stammen, biologisch gezien, uit een gevoel van angst (McDonald, Navarrete & Van Vught, 2012; Navarrete, McDonald, Molina & Sidanius, 2010; Wennekers, 2013). Mannen rapporteren over het algemeen meer vooroordelen dan vrouwen alsook een mindere mate van empathie, gebaseerd op de 'social dominance orientation' (Bäckström et al., 2005). Dit wordt ondersteund vanuit de biologie waarbij gevoelens van agressie, door een hogere mate van testosteron, hun vooroordelen zouden beïnvloeden (McDonald et al., 2012; Navarrete et al., 2010; Pek, 2005). Uit onderzoek blijkt wel dat empathie te trainen is (Stel,

2005). Er is tot op heden geen onderzoek gedaan naar de mate waarin de verschillende seksen kunnen profiteren van de-stigmatisering-workshops onder hulpverleners. Mogelijk komt dit doordat het merendeel van de werknemers in de GGZ vrouw is (Corrigan et al., 2001<sup>a</sup>).

### *Hypotheses*

Voor het huidige onderzoek is de volgende hoofdhypothese geformuleerd: *verwacht wordt dat de workshop leidt tot een afname van stigmatisering bij hulpverleners die de workshop bijwonen in vergelijking met de hulpverleners die deze niet kregen.* Met betrekking tot ervaring van psychische aandoeningen zijn de volgende hypothesen geformuleerd: *hulpverleners met ervaring van psychische klachten, hebben minder stigmatiserende attitudes dan hulpverleners zonder ervaring.* En: *hulpverleners met de functie ervaringsdeskundige hebben minder stigmatiserende attitudes dan de andere functies.* En: *hulpverleners met ervaring van psychische aandoeningen hebben minder stigmatiserende attitudes dan hulpverleners zonder die ervaring na deelname aan de workshop.* Tot slot werd met betrekking tot sekseverschillen de volgende hypothese geformuleerd: *de workshop leidt tot minder stigmatiserende attitudes bij vrouwen dan bij mannen.*

## Hoofdstuk 2: Methoden

### *Participanten*

In totaal deden 202 participanten, die werkzaam waren in FACT teams, mee aan het onderzoek. Gekozen werd voor FACT teams, omdat deze teams werken aan de hand van ACT-richtlijnen (Assertive Community Treatment <http://www.ccaf.nl/keurmerk/keurmerkregister-lijst>) en een vergelijkbare doelgroep hebben, namelijk mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen. Op deze manier werd gestreefd naar beperkte diversiteit tussen de teams. Op meetmoment één (T1) deden 86 (42.6%) participanten mee in de experimentele conditie en 116 (57.4%) participanten in de wachtlijst-conditie. Op meetmoment twee (T2) waren dit respectievelijk 49 (37.4%) en 82 (62.6%) participanten. Dit betekent dat er 71 (35.1%) participanten gedurende het onderzoek uitvielen, waarvan 37 (18.3%) uit de experimentele en 34 (16.8%) uit de wachtlijst-conditie. De functies van de hulpverleners worden beschreven in Tabel 1. Uit een verschilanalyse blijkt dat verpleegkundigen bij de wachtlijst-conditie vaker uitvielen. De leeftijd van de participanten varieerde van 19 tot 64 jaar ( $M=45.46$ ,  $SD=11.18$ ). In Tabel 2 wordt de gemiddelde leeftijd en sekseverdeling van de participanten weergegeven. Uit een verschil analyse blijkt dat de demografische gegevens niet verschilden tussen de condities en tijdstippen.

Tabel 1.

*Functie van de participanten gegeven in aantal en percentages.*

Functie	Experimenteel		Wachtlijst	
	T1	T2	T1	T2
Verpleegkundigen	37 (43.0%)	18 (36.7%)	65 (56.0%)	40 (48.8%)
Artsen	8 (9.3%)	2 (4.1%)	11 (9.5%)	7 (8.5%)
Psychologen	7 (8.1%)	6 (12.2%)	11 (9.5%)	10 (12.2%)
MWD, SPH	8 (9.3%)	5 (10.2%)	6 (5.2%)	4 (4.9%)
Ervaringsdeskundigen	12 (14.0%)	10 (20.4%)	8 (6.9%)	6 (7.3%)
Woonbegeleider/ casemanager	5 (5.8%)	3 (6.1%)	8 (6.9%)	9 (11.0%)
Overige	6 (7.0%)	3 (6.1%)	6 (5.2%)	6 (7.3%)
Onbekend	3 (3.5%)	2 (4.1%)	1 (0.9%)	-

Tabel 2.

*Demografische gegevens van de participanten op T1 en T2.*

Conditie	Leeftijd		Geslacht	
	T1	T2	T1	T2
Experimenteel	$M=43.75$	$M=42.94$	Man=33	Man=19
	$SD=12.14$	$SD=11.66$	Vrouw=51	Vrouw=29
	N=87	N=49	Onbekend=3	Onbekend=1
		N=87	N=49	
Wachttijl	$M=46.74$	$M=46.49$	Man=37	Man=27
	$SD=10.28$	$SD=10.83$	Vrouw=76	Vrouw=53
	N=115	N=82	Onbekend=2	Onbekend=2
		N=115	N=82	
Totalen	$M=45.46$	$M=45.18$	Man=70	Man=46
	$SD=11.18$	$SD=11.23$	Vrouw=127	Vrouw=82
	N=202	N=131	Onbekend=5	Onbekend=3
		N=202	N=131	

*Noot.* N=aantal participanten,  $M$ = gemiddelde,  $SD$ = standaarddeviatie.

### *Design*

Er was sprake van een gecontroleerde experimentele studie met in twee condities een voor- en nameting en er werd derhalve gebruik gemaakt van een *mixed design*. De onafhankelijke variabelen waren sekse, ervaring en ervaringsdeskundigheid. De afhankelijke variabele was de stigmatiserende attitude. Met betrekking tot de interventie werd een interactie-effect tussen conditie en tijd op de stigmatiserende attitudes verwacht, waarbij de experimentele conditie over tijd een grotere afname van stigmatisering laat zien dan de wachttijl-conditie. Voor zowel sekse, ervaring en ervaringsdeskundigheid worden interactie-effecten verwacht met conditie en tijd op de mate van stigmatisering.

### *Procedure*

Voorafgaand aan het onderzoek werd goedkeuring verkregen van de Facultaire Ethische Toetsingscommissie van de Universiteit Utrecht (casus FETC15-015). Participanten werden geworven door middel van contact met 30 FACT-teamleiders. Hiervan gaven 25 teamleiders

(83%) aan met hun team deel te willen nemen. De overige teamleiders reageerden niet of zagen af van deelname. De teams werden willekeurig toegewezen aan de experimentele- of wachtlijst-conditie, waarna de teamleden zich individueel konden opgeven voor deelname.

In de experimentele conditie ontvingen de hulpverleners twee weken voorafgaand aan de workshop een briefing met aanvullende informatie over de contactinterventie en het onderzoek (Bijlage 1a). Daarnaast kregen zij het verzoek om een cliënt uit de eigen caseload uit te nodigen voor de bijeenkomst, waarvoor zij gebruik konden maken van de briefing voor cliënten (Bijlage 1b). De hulpverleners werd daarnaast gevraagd een toestemmingsverklaring te tekenen (Bijlage 2) en de eerste vragenlijst (T1) in te vullen. De vragenlijst bestond uit items omtrent demografische gegevens, stigmatiserende attitudes, ervaring en ervaringsdeskundigheid (zie Bijlage 3). In het kader van ander onderzoek werden daarnaast andere vragenlijsten afgenomen. De wachtlijst-conditie ontving in dezelfde periode een briefing (Bijlage 1c) en toestemmingsverklaring en werd gevraagd dezelfde vragenlijsten in te vullen. De tweede meting werd plusminus een maand na de workshop afgenomen en bevatte de vragenlijst om stigmatiserende attitudes te meten. In diezelfde periode werd T2 in de wachtlijst-conditie afgenomen, zodat het tijdsinterval tussen de meetmomenten gelijk zou zijn in beide condities. Beide meetmomenten namen gezamenlijk ongeveer 30 minuten in beslag. Na de tweede onderzoeksperiode ontvingen de participanten in beide condities een debriefing (Bijlage 4) en werd hen nogmaals de mogelijkheid geboden om zich terug te trekken uit het onderzoek. Alle gegevens werden anoniem verwerkt.

### *Materialen*

#### *De workshop*

De experimentele variabele betrof de workshop die door stichting ‘Wat Doe Jij?’ werd ontworpen. De interventie is gebaseerd op de elementen uit de contacttheorie (Allport, 1954). Deze werden toegepast middels samenwerkingsopdrachten, ervaringsverhalen, educatie over de impact van stigma en een film met daarin handvatten voor het aanpakken van stigma (zie Bijlage 5 voor het uitgebreide protocol). De workshop duurde twee uur en vond plaats in groepen variërend van vier tot 18 hulpverleners. Cliënten konden deelnemen als zij het leuk vonden en volgens hun hulpverlener hiertoe in staat waren. Gestreefd werd naar een gelijk aantal hulpverleners en cliënten.

Tijdens de bijeenkomsten was minstens één onderzoeker aanwezig om, met behulp van een gestandaardiseerde manipulatie-check (Bijlage 6), te beoordelen in hoeverre het

protocol van de workshop werd nageleefd (protocolscore). Tevens werd genoteerd wat de verhouding cliënt tot hulpverlener was (verhoudingscore).

### *Stigmatisering.*

De mate van stigmatisering werd bepaald aan de hand van de aangepaste, Nederlandstalige versie van de Mental Illness Clinicians' Attitude scale (MICA; Gabbidon et al., 2013 - Nederlandse vertaling Gras et al., 2015). Deze vragenlijst pretendeert stigmatiserende attitudes onder hulpverleners tegenover de psychiatrie en mensen met een psychische aandoening te meten. De vragenlijst omvat 16 stellingen die met een 6-punts Likertschaal (1="Helemaal mee eens" tot 6="Helemaal mee oneens") beoordeeld worden. Een voorbeeldstelling is: *"Mensen met een ernstige psychische aandoening kunnen nooit voldoende herstellen om een goede kwaliteit van leven te ervaren."* De originele vragenlijst heeft een goede betrouwbaarheid ( $\alpha=.72$ ) en face-validiteit en een redelijke interne consistentie en convergente validiteit (Gabbidon et al., 2013). Ook de Nederlandstalige versie heeft een goede betrouwbaarheid ( $\alpha=.73$ ) en face-validiteit (Gras et al., 2015). In het huidige onderzoek komt op T1 een Cronbach's alpha van  $\alpha=.51$  naar voren. Wanneer twee vragen (item 3 en 12) uit de lijst werden verwijderd, wordt de alpha verhoogd naar  $\alpha=.64$ .

Aan de vragenlijst leek een aantal beperkingen te kleven. Allereerst was de vragenlijst voor zover bekend in slechts één studie getest op betrouwbaarheid en niet op inhoud- en criteriumvaliditeit. Daarnaast bleken er taalkundige fouten in voor te komen. Tot slot leek de vragenlijst, in de ogen van de onderzoekers, weinig subtiel te zijn voor de doelgroep in de huidige studie, waardoor participanten geneigd zouden kunnen zijn sociaal wenselijk te antwoorden. Derhalve werd de MICA in het huidige onderzoek taalkundig aangepast en werden 13 zelf ontwikkelde vragen toegevoegd. Een voorbeeldstelling is: *'De meeste vooroordelen omtrent cliënten met psychische stoornissen zijn waar'* Het toevoegen van de zelf ontwikkelde vragen verhoogde de Cronbach's alpha naar  $\alpha=.77$ , welke met verwijdering van één vraag (item 24)  $\alpha=.79$  werd. Een hogere score op de MICA en de aanvullende vragen (MICA Totaal) indiceerde een meer stigmatiserende attitude.

### *Ervaring, ervaringsdeskundigheid en sekse.*

Door middel van vragen uit de MICA werd de persoonlijke ervaring van hulpverleners met de gezondheidszorg uitgevraagd. Er werd gebruik gemaakt van dichotome vragen, open vragen en vragen met meerdere antwoordopties. Er werd gevraagd of de hulpverleners zelf een psychische aandoening hadden (gehad) en zo ja, welke, of zij hiervoor behandeling hadden

ontvangen en om welke behandeling dat dan ging, en of zij belangrijke anderen (partner, ouder, broer/zus, goede vriend(in)) kenden die een psychische aandoening hadden (gehad). De dichotome vragen konden beantwoord worden met “Ja” of “Nee” en in het geval van een bevestigend antwoord werd gevraagd om aanvullende informatie. Voor de complete lijst met vragen wordt verwezen naar Bijlage 3.

### *Statistiek*

Voordat de analyses werden uitgevoerd werden enkele items omgepooled. De data werd vervolgens geanalyseerd met behulp van het Statistical Program for Social Sciences (SPSS), versie 22. Een herhaalde metingen ANOVA voor onafhankelijke groepen werd gebruikt, zodat het interactie-effect van tijd x conditie op de mate van stigmatiserende attitudes bepaald kon worden.

Voor het analyseren van de variabelen eigen ervaring en ervaring door naasten werden twee extra variabelen aangemaakt. Eén voor de participanten die eigen ervaring en/of ervaring via naasten van psychische problematiek hebben. En één voor participanten die én geen eigen ervaring én geen ervaring via naasten van psychische problematiek hebben. Voor het analyseren van de variabelen ervaring met psychische problematiek, functies en geslacht werden ANOVA's gebruikt. Voor de ANOVA's op T2 werd gebruik gemaakt van een split file om veranderingen binnen de condities te bekijken. Daarnaast werden er interactie-effecten gemeten van tijd x conditie x ervaring/functie/geslacht op de mate van stigmatiserende attitudes met herhaalde metingen ANOVA's.

### Hoofdstuk 3: Resultaten

#### *Beschrijvende statistieken.*

De gemiddelde scores op MICA Totaal werden berekend voor de participanten en weergegeven in Tabel 3. De scores op T1 werden berekend aan de hand van alle participanten<sup>1</sup>. De scores op T2 kwamen tot stand door gebruik van de data van de participanten die zowel T1 als T2 hadden ingevuld.

Tabel 3.

*Gemiddelden (M) en standaardafwijkingen (SD) van MICA Totaal op beide meetmomenten.*

	Conditie	N	M	SD
MICA Totaal T1	WachtlIJst	115	2.08	.37
	Experimenteel	87	2.11	.43
	Totaal	202	2.09	.40
MICA Totaal T2	WachtlIJst	82	2.15	.42
	Experimenteel	49	1.97	.40
	Totaal	131	2.08	.42

*Noot.* MICA Totaal-score op 6-punt Likertschaal.

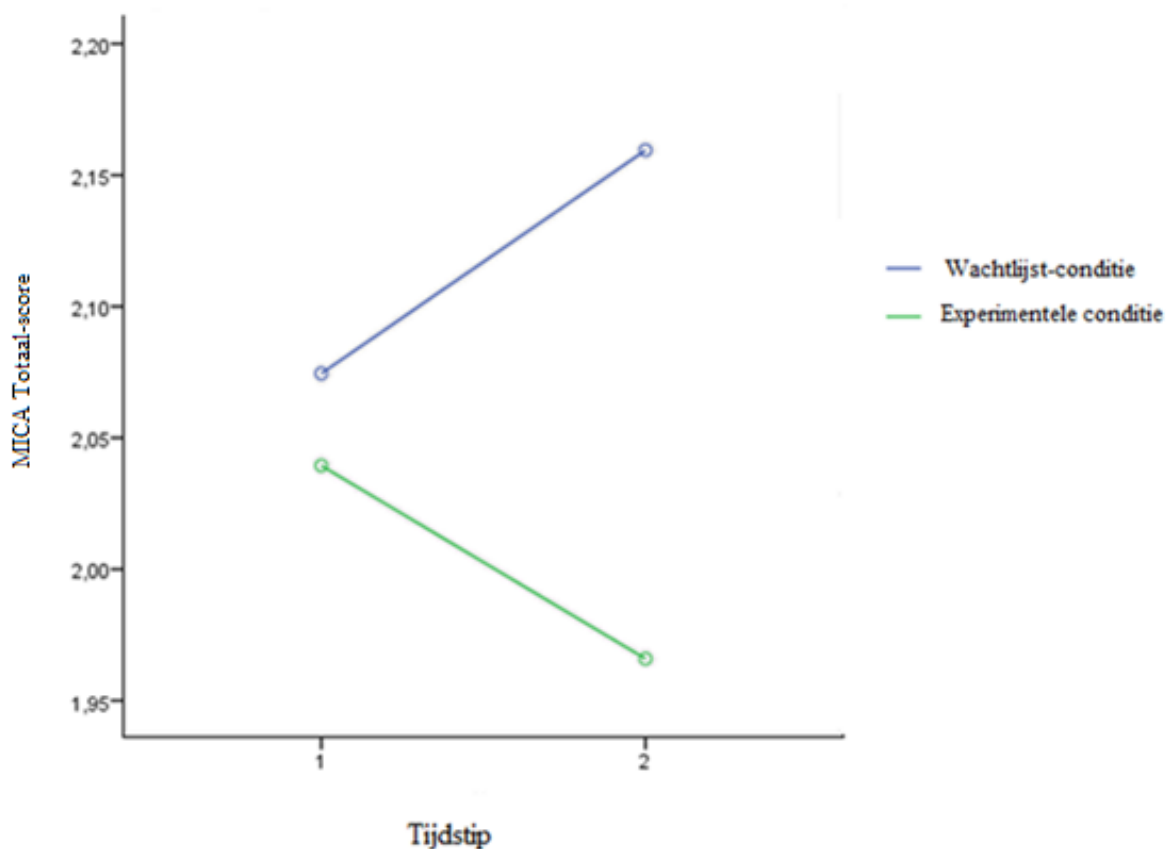
#### *Hypotheses met betrekking tot de workshop.*

De hypothese waarin werd verondersteld dat de mate van stigmatisering af zou nemen onder hulpverleners die de training volgden vergeleken met de hulpverleners in de wachtlijst-conditie, werd getest met een herhaalde metingen ANOVA met twee condities. Er is een klein interactie-effect gevonden van conditie en tijd op stigmatiserende attitudes,  $F(1, 128)=7.19$ ,  $p=.01$ , partiële  $\eta^2=.05$ . In Figuur 1 wordt dit interactie-effect weergegeven.

Vervolgens werd geanalyseerd of de protocolscore (naleving protocol) dan wel de verhoudingscore (verhouding hulpverleners/cliënten) samenhang met stigmatiserende attitudes op T2. Voor beide blijkt dit het geval te zijn: protocolscore  $r= -.22$  ( $p<.05$ ), verhoudingscore  $r= -.24$  ( $p<.01$ ). Een hogere score op één van beide variabelen relateert aan een lagere MICA Totaal-score op T2. Wanneer voor deze covariaten werd gecontroleerd, verdwijnt het interactie-effect van conditie x tijd op stigmatiserende attitudes,  $F(1, 128)=1.10$ ,  $p=.30$ .

<sup>1</sup> Eén van de deelnemende teams werd niet meegenomen in de analyses met betrekking tot de contactinterventie, omdat deze niet voldeed aan de FACT-richtlijnen.





**Figuur 1. Interactie-effect tussen condities en tijd op stigmatiserende attitudes.**

Om de gemiddelde scores op beide meetmomenten in beide condities met elkaar te vergelijken, werd twee maal een gepaarde groepen t-test uitgevoerd. In de experimentele groep was de gemiddelde MICA Totaal-score voor de training hoger ( $M=2.04$ ,  $SD=.39$ ) dan de gemiddelde score na de training ( $M=1.97$ ,  $SD=.40$ ),  $t(48)=1.54$ , maar dit verschil is niet significant ( $p=.13$ ). Bij de wachtlijst-conditie was de gemiddelde MICA Totaal-score op T1 voor de training lager ( $M=2.07$ ,  $SD=.41$ ) in vergelijking met de gemiddelde score op T2 ( $M=2.15$ ,  $SD=.42$ ),  $t(81)=-2.39$ , dit verschil is significant ( $p=.02$ ).<sup>2</sup> Bij de wachtlijst-conditie nemen de stigmatiserende attitudes over tijd dus significant toe, terwijl de afname in de experimentele conditie niet significant is. Hiermee wordt een interactie-effect gevonden, echter deze is niet de richting zoals die werd voorspeld. De hypothese wordt daarmee deels bevestigd.

<sup>2</sup> Bij het analyseren van de gemiddelde MICA totaalscores werden participanten uitgesloten die meer dan 10% van de vragen niet beantwoord hadden.

*Hypotheses met betrekking tot ervaring met psychische problematiek.*

Op T1 rapporteerden 93 hulpverleners (47,7%) zelf psychische problematiek te hebben ervaren, of nog te ervaren. Daarnaast rapporteerden 144 (73,8%) hulpverleners op T1 dat een (belangrijk) persoon in hun leven psychische problematiek ervaren heeft of ervaart. In Tabel 4 staan de gespecificeerde relaties vermeld met de frequentie waarin zij voorkwamen waarbij de relatie ‘collega’ niet gerapporteerd is. Samengevoegd werden er 160 hulpverleners (79,2%) gevonden die enige vorm van ervaring te hebben met psychische problematiek (eigen ervaring en/of ervaring via anderen).

Met een ANOVA werd geen significant verschil gemeten tussen hulpverleners met ervaring van psychische problematiek (zelf meegemaakt en/of meegemaakt via anderen) en hulpverleners zonder die ervaring<sup>3</sup>,  $F(1, 194)=2.53, p=.11$ . De hypothese dat hulpverleners met ervaring van psychische problematiek minder stigmatiseren dan hulpverleners zonder die ervaring, wordt derhalve verworpen.

Tabel 4.

*De aangegeven relatie met de ander die psychische aandoeningen heeft (gehad)*

Relatie	Frequentie	Percentage
Niet van toepassing	51	26,3
Ouders	20	10,3
Gezin *	25	11,8
Familie **	30	15,5
Goede vriend(in)	24	12,4
Collega	0	0
Anders ***	46	23,7
Totaal	194	100,0
Geen relatie ingevuld	8	
Totaal	202	

*Noot.* \* partner/kind \*\*broer/zus/andere familie \*\*\* kennis/andere relatie.

Vervolgens werden hulpverleners met (zelf ervaren en/of ervaren via anderen) en zonder die ervaring met elkaar vergeleken nadat zij de workshop gevolgd hadden. Er is eveneens geen significant verschil gevonden na deelname aan de workshop tussen de hulpverleners met ervaring en hulpverleners zonder ervaring van psychische problematiek,

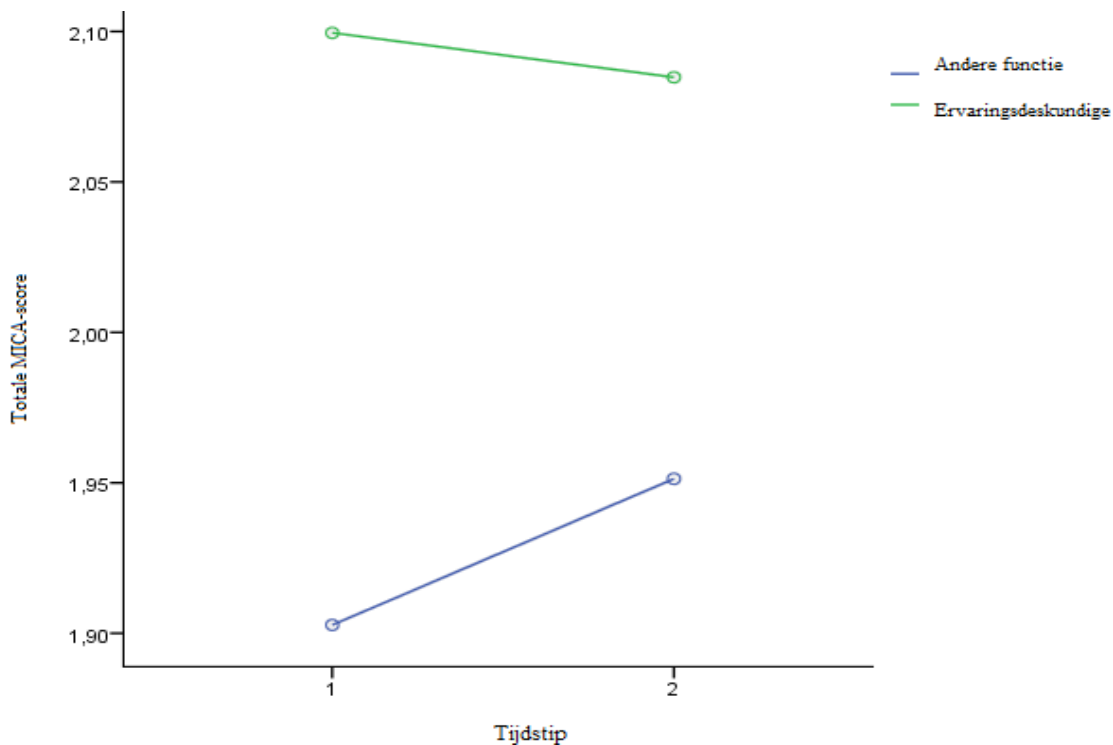
<sup>3</sup> Met een verschilanalyses werden geen verschillen tussen de groepen gevonden op demografische gegevens.

$F(1, 47)=3.46, p=.07$ . Met een herhaalde metingen ANOVA wordt er geen interactie-effect gevonden tussen tijd, conditie en ervaring op stigmatisering,  $F(1, 123)=1.05, p=.31$ , partiële  $\eta^2=.008$ . De hypothese dat hulpverleners met ervaring van psychische aandoeningen minder stigmatiserende attitudes hebben na de training dan hulpverleners zonder die ervaring, wordt derhalve verworpen.

*Hypothese met betrekking tot de functie ervaringsdeskundigheid.*

Met een ANOVA werd een significant verschil gemeten tussen de functies op T1,  $F(6, 196)=3.06, p=.007$ . Met een Bonferonni Post-Hoc test bleek dat ervaringsdeskundigen significant minder stigmatiserende attitudes hebben dan verpleegkundigen ( $p=.041$ ), MWD/SPH  $p=.026$ ), en overige functies ( $p=.045$ ). Op de andere functies scoren ervaringsdeskundigen niet significant lager ( $p>.05$ )<sup>4</sup>. Met een ANOVA werd op T2 geen significant verschil gemeten tussen de functies,  $F(6, 128)=.89, p=.51$ .

Met een herhaalde metingen ANOVA met twee condities werd er geen interactie-effect gevonden van tijd, conditie en functie op de mate van stigmatisering,  $F(1, 124)=3.56, p=.06$ , partiële  $\eta^2=.03$  (Figuur 2). De hypothese dat ervaringsdeskundigen minder stigmatiserende attitudes hebben dan andere functies, is bevestigd op T1, maar wordt verworpen op T2.

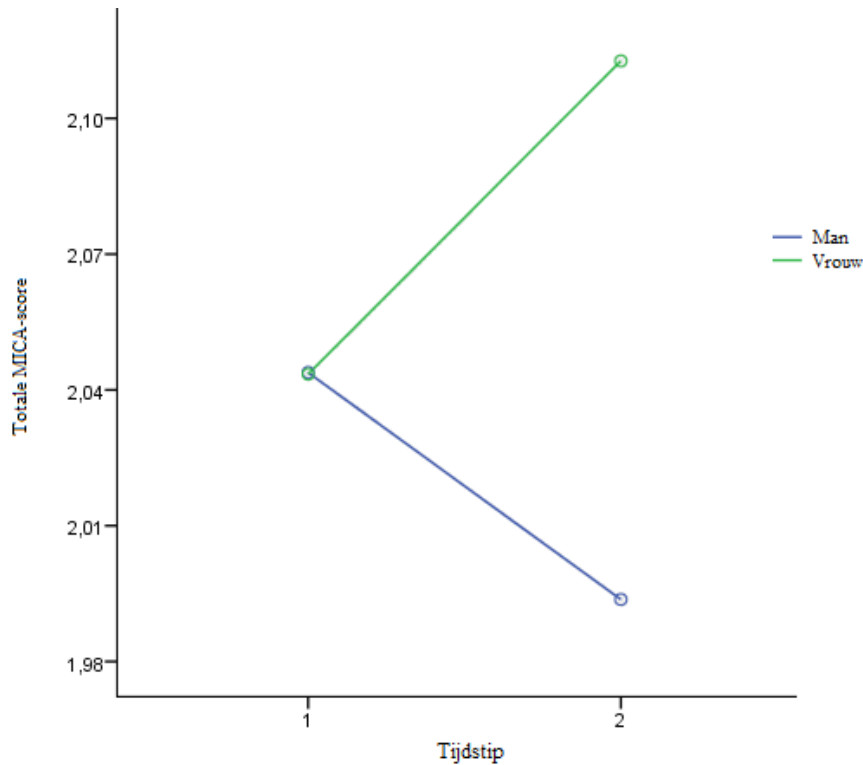


**Figuur 2. Interactie-effect tussen tijd, condities en functie.**

<sup>4</sup> Het aantal ervaringsdeskundigen is gering en de verhouding tussen mannen en vrouwen ongelijk. Geen verschillen op demografische gegevens worden gevonden met een verschilanalyse.

*Hypothese met betrekking tot geslacht.*

Met een ANOVA werd het effect van geslacht geanalyseerd op T2 voor de experimentele conditie. Vrouwen verschillen niet significant met mannen op stigmatiserende attitudes,  $F(1, 46)=2.01$ ,  $p=.16$ . Met een herhaalde metingen ANOVA met twee condities wordt er geen interactie-effect gevonden van tijd, conditie en geslacht op de mate van stigmatisering,  $F(1, 124)=.33$ ,  $p=.57$ , partiële  $\eta^2=.003$  (Figuur 3).



**Figuur 3. Interactie-effect tussen condities, geslacht en tijd op de mate van stigmatisering.**

Uit Figuur 3 is een toename in stigmatiserende attitudes voor vrouwen te zien over tijd. Met een t-test werd de mate van verandering gemeten. Het verschil in de seksex zat in de wachtlijstconditie waar vrouwen significant meer stigmatiseren op T2 ( $M=2.16$ ,  $SD=.44$ ),  $t(52)=-2.80$ ,  $p=.007$ , dan op T1 ( $M=2.03$ ,  $SD=.42$ ). De hypothese dat de workshop meer effect heeft op stigmatiserende attitudes van vrouwen dan op die van mannen, wordt derhalve verworpen.

## Hoofdstuk 4: Discussie

In deze studie is onderzocht of de destigmatiseringsworkshop zorgt voor een afname van stigmatiserende attitudes bij hulpverleners ten aanzien van mensen met psychische aandoeningen. De hulpverleners laten over tijd een verschillende ontwikkeling zien, waarbij de groep die de workshop bijwoonde een kleine afname van stigmatiserende attitudes vertoont en de groep die geen workshop volgde een toename. Het hebben van ervaring met psychische aandoeningen had geen onderlinge verschillen over tijd binnen en tussen de groepen tot gevolg met betrekking tot stigmatiserende attitudes. Wel werden er verschillen binnen de functies gevonden waarbij ervaringsdeskundigen voor de workshop als enige functie minder stigmatiserende attitudes heeft vergeleken met andere functies. Na de workshop werden er geen verschillen tussen functies en sekse bij deelnemende hulpverleners gevonden. Echter, in de groep die niet de workshop volgde, hebben vrouwen meer stigmatiserende attitudes op het tweede meetmoment.

Wanneer de ontwikkelingen met betrekking tot de workshop nader bekeken worden, komt naar voren dat de stigmatiserende attitudes van de hulpverleners die deelnamen aan de interventie niet betekenisvol afnemen, terwijl deze bij de andere hulpverleners zonder de interventie toenemen. Dit is niet in overeenstemming met de hypothese, waaruit afgeleid zou kunnen worden dat de workshop geen invloed heeft op stigmatiserende attitudes. Een korte workshop blijkt onvoldoende om negatieve attitudes te beïnvloeden.

Er zijn echter diverse argumenten die nuances in deze bevinding aanbrengen. Allereerst worden er in de huidige studie, in tegenstelling tot bevindingen uit andere onderzoeken (Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross & Rössler, 2004; Lauber et al., 2006), relatief weinig stigmatiserende attitudes onder hulpverleners gemeten. Hierdoor was er slechts beperkt ruimte voor verbetering (vloereffect). Binnen de verschillende functies bleek er wel een verschil te zijn. Zo werden er bij ervaringsdeskundigen in eerste instantie minder stigmatiserende attitudes gemeten dan bij de andere functies. Echter dit verschil verdween na het volgen van de workshop. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de gemeten kleine afname die de workshop groep toonde, niet voor ervaringsdeskundigen gold. Gezien hun lagere rapportage van stigmatiserende attitudes dan de andere functies, hun persoonlijke ervaring met psychische aandoeningen en de mogelijkheid om hier vrij over te praten tijdens hun werk, is het aannemelijk dat de workshop op deze functie geen uitwerking had. Het bovengenoemde vloereffect kan met name op deze groep van toepassing zijn geweest (Corrigan et al., 2001<sup>a</sup>). De vraag is echter of er in het huidige onderzoek überhaupt sprake is van problematische stigmatisering onder de hulpverleners jegens cliënten. De doelgroep

bestond uit FACT-teams. Hierin wordt er gewerkt vanuit een herstelgerichte handelswijze. Het is mogelijk dat men hierdoor al meer gericht is op gelijkwaardig contact met mensen met psychische aandoeningen (van Slooten & van Bakkum, 2005). Als men gelooft dan men met deze handelswijze al veel tegen negatieve vooroordelen doet, dan zou de aangeboden workshop voor weinig verandering van attitudes kunnen zorgen (Petty & Krosnick, 1995).

Geen enkele van de participerende hulpverleners heeft aangekruist ervaring van psychische aandoeningen via een collega te hebben. Dat is opvallend, want in ieder FACT-team is volgens de richtlijnen van het ACT een ervaringsdeskundige aanwezig die zelf psychische problematiek ervaren heeft. Voor het feit dat ervaringsdeskundigen niet als collega aangekruist werden, kunnen verschillende verklaringen zijn. Allereerst kan het betekenen dat de ervaringsdeskundige dusdanig goed geïntegreerd is in het team dat hun specialiteit, namelijk ervaring met psychische aandoening(en), niet automatisch ter gedachte komt bij het invullen van de vraag. Een argument hiertegen is dat de functie ervaringsdeskundige op veel weerstand binnen teams stuit (van der Heijden et al., 2011; Plooy, 2009). Ze worden niet gezien als volwaardige collega's (van der Veer, 2013), maar eerder als een bedreiging (Weerman, 2009). Ook ervaren ze vooroordelen zoals: ervaringsdeskundigen zijn vaker ziek door terugval en ze kunnen niet vertrouwd worden met cliënteninformatie (van der Heijden, 2011). Voor het functioneren van een multidisciplinair team, zoals een FACT-team, is een goede integratie van de ervaringsdeskundige in het behandelteam essentieel (van der Veer, 2013), echter in de praktijk is dit nog niet altijd het geval. Voor vervolgonderzoek zou gekeken kunnen worden naar de attitudes in behandelteams jegens ervaringsdeskundigen en/of andere functies. Daarnaast zou een aangepaste workshop ingezet kunnen worden om integratie van functies in het team en onderlinge samenwerking te stimuleren.

De gevonden heilzame elementen uit de workshop kunnen wellicht werkzaam bij doelgroepen waarin sprake is van meer stigmatiserende attitudes. Voor vervolgonderzoek zou in kaart gebracht kunnen worden in welke doelgroepen dit het geval is. Gedacht kan worden aan maatschappelijke dienstverleners in politiecorpsen en zorgverleners in de intramurale zorg. Uit onderzoek blijkt namelijk dat zij negatieve attitudes hanteren ten opzichte van mensen met psychische aandoeningen (Bower & Pettit, 2001; Rao et al., 2009). Hierbij zou mede onderzocht kunnen worden welk effect een minder stigmatiserende ander heeft op de kwaliteit van leven en mate van zelf-stigmatisering van mensen met psychische problematiek.

Ten tweede is het opvallend dat er geen verschil meer wordt gevonden tussen de groepen, wanneer voor de verhoudingsscore en protocolscore gecontroleerd wordt. Dit betekent dat het verschil tussen groepen groter zou zijn wanneer de assumpties uit de

contacttheorie (Allport, 1954), die nodig zijn om stigmatisering te verminderen, beter worden doorgevoerd in de workshop. In dit onderzoek werd onvoldoende aan de assumptie voor gelijkwaardig contact voldaan. De verhouding cliënt tot hulpverlener was in de meerderheid van de workshops namelijk niet gelijk, waardoor er minder gelegenheid was voor persoonlijke interactie en samenwerking. Mogelijk heeft bovenstaande tot een beperkt effect van de workshop geleid.

De toename van stigmatiserende attitudes bij vrouwen in de groep zonder workshop, wordt mogelijk verklaard doordat hulpverleners geconfronteerd worden met een doel (vermindering van stigmatisering) waarvoor zij geen concrete handvatten krijgen aangeboden. Vrouwen zouden hier mogelijk meer moeite mee hebben dan mannen. Onduidelijkheid over de manier waarop men een doel kan bereiken en verminderd vertrouwen in de haalbaarheid ervan, kan leiden tot toegenomen angst, frustratie en boosheid (Brunstein, 1993; de Ridder, Kuijer, de Wit & Evers, 2006; Kuijer & de Ridder, 2003). Daarnaast kunnen de vraagstellingen in de MICA invloed gehad hebben op de antwoorden. Vrouwen zijn over het algemeen gevoeliger dan mannen en kunnen meer beïnvloed worden door woorden dan mannen (Eckl, 2013). Uit onderzoek met strooptesten blijkt dat vrouwen zinnen die als beledigend gelezen worden, vaker persoonlijk opvatten wat negatieve emoties tot gevolg kan hebben (Carretié et al., 2008). Negatieve emoties zoals angst, frustratie en boosheid worden alle in verband gebracht met bevoordeling (Bodenhausen, Sheppard & Kramer, 1994; Cowen, Landers & Scaet, 1959; DeSteno, Dasgupta, Bartlett & Cajdric, 2004; Mackie & Hamilton, 1993). Daarnaast kan de confrontatie met vooroordelen er juist voor zorgen dat men deze in sterkere mate gaat hanteren. Uit onderzoek blijkt namelijk dat vooroordelen in gedachten terug blijven komen, wanneer men deze probeert te onderdrukken (Collins, Wong, Cerulley, Schultz & Ebenhart, 2012; Macrae, Bodenhausen, Milne & Jetten, 1994; Wegner, 1994). Wellicht heeft de confrontatie met initiatieven rondom stigmatisering in de GGZ geleid tot een focus op vooroordelen tegenover mensen met psychische aandoeningen, wat de stigmascore heeft doen toenemen onder vrouwen. Voor vervolgonderzoek zou het verschil tussen de sekse in wachtlijst-condities nader bestudeerd kunnen worden om uitspraken te kunnen doen over mogelijke op sekse gerichte aanpassingen in dergelijke condities.

Een belangrijke vraag die uit bovenstaand verschil voortvloeit, is in hoeverre het geoorloofd is om experimenteel onderzoek uit te voeren met gebruikmaking van een wachtlijst-conditie, als dergelijke condities een dusdanige toename in stigmatisering laten zien. Enkel blootstelling aan vragenlijsten naar stigmatisering zou dan ook onverantwoord kunnen zijn. Een suggestie voor vervolgonderzoek is om gebruik te maken van een ander

soort vergelijkingsgroep, waarin bijvoorbeeld enkele elementen uit de interventie worden aangeboden. Zo zou een controleconditie enkel educatie kunnen ontvangen of zou indirect contact middels een film over mensen met psychische problematiek en stigmatisering aangeboden kunnen worden.

Tegen de verwachting van Gras en collegae (2015) werden er na het volgen van de workshop geen verschillen in stigmatiserende attitudes gevonden bij de hulpverleners met ervaring van psychische aandoeningen in vergelijking met hulpverleners zonder die ervaring. Een verklaring uit literatuur is dat een interventie bij mensen met ervaring van psychisch aandoeningen eerder zorgt voor meer empathisch vermogen dan voor een blijvende verandering in stigmatisering (Adriaensen, 2011). Een andere verklaring is dat het overgrote deel van de participanten in beide condities ervaring met psychische aandoeningen had. Dit kan een rol gespeeld hebben in de lage stigmascores, aangezien ervaring met psychische aandoeningen van positieve invloed zou zijn op stigmatisering (Arvaniti et al., 2009; Corrigan et al., 2001<sup>a</sup>, 2001<sup>b</sup>; Angermeyer et al., 2004). Echter, een argument daartegen is dat op het uitspreken en het hebben van ervaring met psychische aandoeningen een taboe rust (Lingbeek, 2015; van der Heijden et al., 2011). Voor vervolgonderzoek zou gekeken kunnen worden in welke mate dit taboe stigmascores zou kunnen beïnvloeden.

Verder lijkt het van belang om een alternatieve stigmatisering-vragenlijst te ontwikkelen. De MICA van Gras en collega's (2015) is de enige Nederlandse vragenlijst omtrent stigmatisering van mensen met psychische aandoeningen door hulpverleners. In het huidige onderzoek heeft deze een onvoldoende betrouwbaarheid. Daarnaast meet het enkel stigmatiserende attitudes, volgens Kienhorst (2014) slechts één aspect van stigmatisering. Bovendien meet de MICA expliciete stigmatiserende attitudes. Wanneer duidelijk is dat vooroordelen worden geïnventariseerd, is men wellicht geneigd om sociaal wenselijk te antwoorden (Walker & Jussim, 2002) en zich beter voor te doen om niet bevooroordeeld over te komen (Smith & Mackie, 2007). Hierdoor ontstaat een te positief beeld van de werkelijkheid (Fazio & Olson, 2003). In andere studies werden, met behulp van mogelijk meer uitgebreide stigma-instrumenten, hogere stigmascores door hulpverleners gerapporteerd (Lauber et al., 2004; Lauber et al., 2006). Wellicht vond er in huidig onderzoek onderrapportage van stigmatisering plaats, door het gebruik van een vragenlijst die enkel (expliciete) stigmatiserende attitudes meet. Een suggestie voor vervolgonderzoek is om gebruik te maken van impliciete stigmametingen of gedragsobservaties en zodoende meer betrouwbare resultaten te verkrijgen.



## **Hoofdstuk 5: Conclusie**

Geconcludeerd kan worden dat de workshop in het huidige onderzoek geen noemenswaardig effect heeft op de stigmatiserende attitudes. Mogelijk genereert de workshop wel een effect wanneer deze geïmplementeerd wordt bij een andere meer stigmatiserende groep. Aangezien de wachtlijst-conditie in het huidige onderzoek tot een toename van stigmatiserende attitudes bij vrouwen heeft geleid, dient in vervolgonderzoek voorzichtig om gegaan te worden met het gebruik van niet-experimentele groepen. Daarnaast is het van belang om Nederlandstalige stigmavragenlijsten te ontwikkelen die andere aspecten van stigmatisering uitvragen dan enkel attitudes. Ten slotte zou er een focus geplaatst kunnen worden op het beter integreren van ervaringsdeskundigen binnen FACT-teams om onderlinge samenwerking te bevorderen.

## Literatuur

- Adriaensen, K. (2011). Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde. *Tijdschrift Psychiatri*, *53*, 885-894.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, *27*, 131-141.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, *69*, 175–182.
- Arvaniti, A., Samakouri, M., Kalamara, E., Bochtsou, V., Bikos, C., & Livaditis, M. (2009). Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*, 658-665. doi: 10.1007/s00127-008-0481-3
- Bäckström, M., Björklund, F., Hansson, S. B., Bern, D., & Westerlundh, B. (2005). *What makes some persons more prejudiced than others? Modeling the role of social dominance, empathy, social desirability, and gender*. Department of Psychology, Lund University, Lund.
- Bandura, A. (1997). *The exercise of control*. W. H. Freeman: New York.
- Bodenhausen, G. V., Sheppard, L. A., & Kramer, G. P. (1994). Negative affect and social judgment: The differential impact of anger and sadness. *European Journal of Social Psychology*, *24*, 45-62.
- Bovenberg, F., Wilrycx, G., Bähler, M., & Francken, G. (2011). Inzetten van ervaringsdeskundigheid: Pleidooi voor meer ervaringsdeskundigen op topfuncties. *Art in Translation*, 21-28.
- Bower, D. L., & Pettit, G. (2001). The Albuquerque police department's crisis intervention team: A report card. *FBI Law Enforcement Bulletin*, *70*, 1–6.
- Brunstein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 1061-1070.
- Carretié, L., Hinojosa J. A., Albert J., López-Martín S., De La Gándara B. S., Igoa J. M. & Sotillo M. (2008). Modulation of ongoing cognitive process by emotionally intense words. *Psychophysiology*, *45*, 188-196.
- Collins, R. L., Wong, E. C., Cerully, J. L., Schultz, D., & Eberhart, N. K. (2012). *Interventions to reduce mental health stigma and discrimination: A literature review to*

- guide evaluation of California's mental health prevention and early intervention initiative*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, *59*, 614-625.
- Corrigan, P. W., Edwards, A. B., Green, A., Diwan, S. L., & Penn, D. L. (2001<sup>a</sup>). Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, *27*, 219-225.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001<sup>b</sup>). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services*, *52*, 953-958.
- Corrigan, P., Morris, S., Michaels, P., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatry Online*, *63*, 963-973.
- Couture, S. M., & Penn, D. L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, *12*, 291-305.
- Cowen, E. L., Landes, J., & Schaet, D. E. (1959). The effects of mild frustration on the expression of prejudiced attitudes. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, *58*, 33-38.
- de Ridder, D., Kuijter, R., de Wit, J., & Evers, C. (2006). Zelfregulatie van gezond(heids)gedrag: Omgaan met frustraties en distress. *De Psycholoog*, 601-605.
- DeSteno, D., Dasgupta, N., Bartlett, M. Y., & Caidric, A. (2004). Prejudice from thin air: The effect of emotion on automatic intergroup attitudes. *Psychological Science*, *15*, 319-324. doi: 10.1111/j.0956-7976.2004.00676.x
- Eckl, V. (2013). Emotional stroop taak: Het effect van beledigingen en complimenten. (Proefschrift). Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: their meaning and use. *Annual Review of Psychology*, *54*, 297-327. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145225
- GGZ-Nieuws. (2014). Verleent een hulpverlener betere hulp als hij zelf naastbetrokkene is? Verkregen op 1 april 2015 via: <http://www.ggznieuws.nl/home/verleent-een-hulpverlener-betere-hulp-als-hij-zelf-naastbetrokkene-is/>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Goossens, P. (2010). *Van crisis naar herstel; zo moeilijk lijkt het niet, maar lastig blijkt het wel...*. Lectorale rede, Saxion.

- Gras, L. M., Swart, M., Slooff, C. J., van Weeghel, J., Knegtering, H., & Castelein, S. (2015). Differential stigmatizing attitudes of healthcare professionals towards psychiatry and patients with mental health problems: Something to worry about? A pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*, 299-306.
- Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *95*, 72-76.
- Hayward, P. & Bright, J. (1997). Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, *6*, 345-354.
- Holmqvist R. (2000). Staff feelings and patient diagnosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, *45*, 349–356.
- Jamison, K. R. (2003). In: Crisp, A. H. (Ed.): *Every family in the land: Understanding prejudice and discrimination against people with mental illness*. Londen: The Royal Society of Medicine Press.
- Kienhorst, G. (2014). *Wegwijzer stigmabestrijding in de GGZ. Gids naar praktijken die werken. Lessen, praktijken en voorbeelden*. Utrecht: Samen Sterk zonder Stigma, GGz Drenthe, Kenniscentrum Phrenos. Verkregen op 2 juni 2015 via <http://www.samensterkzonderstigma.nl/over-stigma/kennisbank>
- Kuijjer, R. G., & de Ridder, D. T. (2003). Discrepancy in illness-related goals and quality of life in chronically ill patients: The role of self-efficacy. *Psychology and Health*, *18*, 313-330.
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2004). What about psychiatrist's attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, *19*, 423-427. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.06.019
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rossler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 51-59. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00718.x
- Lingbeek, O. (2015). Mogen hulpverleners eigen psychische kwetsbaarheid aan cliënten tonen? *Vakblad voor Sociale en Pedagogische Beroepen*. Verkregen op 1 april, 2015 via: <http://www.sozio.nl/mogen-hulpverleners-hun-eigen-psychische-kwetsbaarheid-aan-clinten-tonen/1026021#.VRwJnvysWjk>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, *27*, 363-385.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, *367*, 528–529.

- Mackie, D. M., & Hamilton, D. L. (Eds.) (1993). *Affect, cognition and stereotyping: Interactive processes in group perception*. San Diego: Academic Press.
- Macrae, C. N., Bodenhausen, G. V., Milne, A. B., & Jetten, J. (1994). Out of mind but back in sight: Stereotypes on the rebound. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 808–817.
- McDonald, M. M., Navarrete, C. D., & Van Vught, M. (2012). Evolution and the psychology of intergroup conflict: The male warrior hypothesis. *Philosophical Transactions B*, *367*, 670-679. doi: 10.1098/rstb.2011.0301
- Navarrete, C. D., McDonald, M. M., Molina, L. E., & Sidanius, J. (2010). Prejudice at the nexus of race and gender: An out-group male target hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *98*, 933-945.
- Pek, A. (2005). Inlevingsvermogen: Voelen wat een ander voelt. *Psychologie Magazine*. Verkregen op 4 mei, 2015 via: [http://www.psychologiemagazine.nl/web/Artikel\\_pagina/Inlevingsvermogen-Voelen-wat-een-ander-voelt.htm](http://www.psychologiemagazine.nl/web/Artikel_pagina/Inlevingsvermogen-Voelen-wat-een-ander-voelt.htm)
- Petty, R. E., & Krosnick, J., A. (Eds.) (1995). *Attitude strength, antecedents and consequences*. New York: Psychology Press.
- Plooy, A. (2009). Expertise (ex-)cliënten ggz steeds vaker ingezet in instellingen; ervaringsdeskundigheid als vak. *Sozio*, *90*, 20-25.
- Plooy, A., & van Weeghel, J. (2009). Discriminatie van mensen met de diagnose schizofrenie. Nederlandse bevindingen in een internationale studie. *Het Maandblad*, *64*, 133-147.
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A., & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16*, 279-284. doi: 10.1111/j.1365-2850.2008.01369.x
- Ruis, J., Polhuis, D., & de Hoop, I. (2012). Ervaring is de beste leermeester: De meerwaarde en positie van ervaringsdeskundigen. *Sociale Psychiatri*, *32*, 43-55.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, *19*, 137-155.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Smith, E. R., & Mackie, D. M. (2007). *Social Psychology* (3rd ed.). New York: Taylor & Francis Group.
- Stam, M. (2012). *Geef de burger moed: Outreachend werken in tijden van transformatie van de verzorgingsstaat*. Hogeschool van Amsterdam: Amsterdam.

- Stel, M. (2005). The social functions of mimicry: On the consequences and qualifiers of facial imitation. Proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Stuart, H. L., Arboleda-Florez, J., & Sartorius, N. (2012). *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned*. New York: Oxford University Press.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- van der Heijden, J., van Noppen, C., & van Lanen, M.. (2011). Ervaringsdeskundigheid is ‘geen beroep op zich’: Inzet en integratie van ervaringsdeskundigheid in de GGZ. *Vakblad voor Sociale en Pedagogische Beroepen*, 102, 36-39.
- van der Veer, G. (2013). Agnes van Everdingen: ‘Hulpverleners zijn er al voldoende’. *Psychopraktijk*, 5, 7-10.
- van Erp, N., Rijkaart, A. M., Boertien, D., van Bakel, M., & van Rooijen, S. (2012). *Vernieuwde inzet van ervaringsdeskundigheid: Evaluatieonderzoek in 18 GGZ-instellingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van Slooten, J. D. F., & van Bekkum, C. A. J. (2005). Ervaringsdeskundigheid in ACT: De winst en weerstand. In C.L. Mulder en H. Kroon (red.). *Assertive Community Treatment*. Nijmegen: Cure and Care Publishers.
- Walker, R., & Jussim, L. (2002). Do people lie to appear unprejudiced. *The Rutgers Scholar*, 4, 1-19.
- Weerman, A. (2009). Discussie over de rol en positie van ervaringsdeskundigen Ervaringsdeskundigheid is geen vak. *Sozio*, 91, 24-27.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34–52.
- Weiss, M. G. & Ramakrishna, J. (2001). *Stigma interventions and research for international health*. Paper presented at ‘stigma and global health: Developing a research agenda. An international conference’. Washington, DC, 5–7 September.
- Wennekers, A. M. (2013). Embodiment of prejudice: The role of the environment and bodily states. (Proefschrift). Radboud Universiteit, Nijmegen.
- WHO. (2001). The World Health report 2001: Mental health: new understanding. *New hope*, 1.

## Hoofdstuk 6: Bijlagen

### Bijlage 1: Briefing/ Informed Consent

#### Bijlage 1a: Experimentele conditie

Beste collega's,

[Naam Organisatie] neemt deel aan een onderzoek naar een workshop die vanuit de stichting Wat Doe Jij? georganiseerd wordt. Het is geweldig dat jullie als team willen deelnemen aan deze contactinterventie! De workshop heeft als doel om negatieve oordelen over jezelf en de ander te doen verminderen. In het onderzoek zal gekeken worden of en in hoeverre deze workshop effectief is.

De workshop zal ongeveer 2 uur duren. Voor deelname wordt jullie gevraagd om evenveel cliënten als hulpverleners uit te nodigen voor de bijeenkomst. Jullie mogen zelf een cliënt uitkiezen om uit te nodigen.

In de workshop zal het contact tussen jullie en de cliënten centraal staan. Samen zullen jullie opdrachten uitvoeren en brainstormen over een manier die prettig contact tussen cliënten en hulpverleners binnen de Geestelijke Gezondheidszorg mogelijk maakt.

De workshop betreft een korte bijeenkomst bestaande uit een presentatie, een groepsgesprek en een film. Waarom deze workshop interessant is voor jullie team?

- Het is een inspirerende bijeenkomst waarbij je elkaar van een andere kant leert kennen, het kan het teamgevoel versterken en het werkplezier verhogen;
- Automatische negatieve oordelen over jezelf worden mogelijk milder en het wordt makkelijker om je op talent te focussen.

Het team (de teams) dat (die) mee doen worden random in groepen ingedeeld: een groep die de workshop in de eerste helft van 2015 krijgt en een groep die deze in de tweede helft van 2015 krijgt. Jullie team is ingedeeld in de eerste groep en zal deelnemen aan de workshop op **[datum, tijd & locatie]**.

Het verzoek is of jullie team twee keer een korte vragenlijst wil invullen, deze zullen niet meer dan 5-10 minuten in beslag nemen. De eerste vragenlijst zal twee weken voorafgaand

aan de workshop worden afgenomen, de tweede afname vindt ongeveer een maand na de contactinterventie plaats. De gegevens die wij hiermee verzamelen zullen uiterst zorgvuldig bewaard worden en zullen voorzien worden van een code zodat ze zo anoniem mogelijk blijven. Deelname aan de workshop en het onderzoek is op vrijwillige basis; wanneer u niet (langer) deel wilt nemen, kunt u dit doen zonder dat hier consequenties aan zijn verbonden.

Alvast heel hartelijk dank voor jullie medewerking!

Met collegiale groet,

[Naam Contactpersoon]



Bijlage 1b: Informatie voor cliënten workshop conditie:

Beste cliënt,

Jouw hulpverlener(s) is/zijn gevraagd om deel te nemen aan een workshop die zich richt op het verminderen van negatieve oordelen en een positieve omgang met elkaar wil bevorderen. Het gaat om een korte en interessante bijeenkomst die bestaat uit een presentatie, een groeps gesprek en een film. Graag zouden wij jou willen vragen ook deel te nemen aan deze workshop. Waarom deze workshop interessant is voor jou als cliënt?

- Je hebt waardevolle informatie over de manier waarop cliënten het contact met hun hulpverlener(s) ervaren;
- Je kunt meepraten over een manier die prettig en gelijkwaardig contact tussen jou en je hulpverlener(s) mogelijk maakt;
- Je kunt een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de zorg die wordt geleverd en jouw hulpverlener(s) tips mee geven.

De workshop zal ongeveer twee uur duren en vindt plaats op **[datum, tijd & locatie]**.

In de workshop zal het contact tussen jou en jouw hulpverlener(s) centraal staan. Jullie zullen samen opdrachten uitvoeren en brainstormen over een manier die prettig contact tussen cliënten en hulpverleners binnen de Geestelijke Gezondheidszorg stimuleert.

Wij zouden het geweldig vinden als jij hier samen met jouw hulpverlener aan deel zou willen nemen.

Zou jij je in willen zetten voor het verbeteren van de zorg die cliënten krijgen?

Alvast heel hartelijk dank voor je medewerking!

Hartelijke groet,

[Naam Contactpersoon]

## Bijlage 1 c: Wachtlijst-conditie

Beste collega's,

[Naam Organisatie] neemt deel aan een onderzoek naar een workshop die vanuit de stichting Wat Doe Jij? georganiseerd wordt. Het is geweldig dat jullie als team willen deelnemen aan deze contactinterventie! De workshop heeft als doel om negatieve oordelen over jezelf en de ander te doen verminderen. Contact tussen hulpverleners en cliënten zal hierbij centraal staan. In het onderzoek zal vervolgens gekeken worden of en in hoeverre de workshop effectief is. De workshop betreft een korte bijeenkomst bestaande uit een presentatie, een groepsgesprek en een film. Waarom deze workshop interessant is voor jullie team?

- Het is een inspirerende bijeenkomst waarbij je elkaar van een andere kant leert kennen, het kan het teamgevoel versterken en het werkplezier verhogen;
- Automatische negatieve oordelen over jezelf worden mogelijk milder en het wordt makkelijker om je op talent te focussen.

Het team (de teams) dat (die) mee doen worden random in groepen ingedeeld: een groep die de workshop in de eerste helft van 2015 krijgt en een groep die deze in de tweede helft van 2015 krijgt. Wanneer bekend is in welke groep jullie team is ingedeeld worden jullie hierover geïnformeerd.

Het verzoek is of jullie team twee keer een korte vragenlijst wil invullen, deze zullen niet meer dan 5-10 minuten in beslag nemen. De eerste vragenlijst zal in maart worden afgenomen, de tweede rond april. De gegevens die wij hiermee verzamelen zullen uiterst zorgvuldig bewaard worden en zullen voorzien worden van een code zodat ze zo anoniem mogelijk blijven. Deelname aan de workshop en het onderzoek is op vrijwillige basis; wanneer u niet (langer) deel wilt nemen, kunt u dit doen zonder dat hier consequenties aan zijn verbonden.

Alvast heel hartelijk dank voor jullie medewerking!

Met collegiale groet,

[Naam Contactpersoon]

## **Bijlage 2: Toestemmingsverklaring participanten**

Bij deze geef ik toestemming voor het anoniem gebruiken van mijn gegevens in een onderzoek om vooroordelen in de geestelijke gezondheidszorg te verminderen.

Ik realiseer mij dat ik elk moment kan stoppen met de workshop of het invullen van de vragenlijst zonder verdere consequenties. Deelname aan de workshop en het invullen van de vragenlijst is op volledig vrijwillige basis.

Naam: .....

Datum & Plaats: .....

NB: Dit formulier wordt los van de gegevens die u invult op de vragenlijst bewaard, waardoor uw anonimiteit gewaarborgd blijft.

NB2: Wanneer u klachten heeft over de workshop of het invullen van de vragenlijst, dan kunt u dit melden bij het afdelingshoofd van uw organisatie, of bij de onderzoeksleider vanuit de Universiteit Utrecht, Henk Schut (h.schut@uu.nl).

Mocht u geïnformeerd willen worden over de resultaten van het onderzoek, dan kunt u een mail sturen naar [watdoeijcontactinterventie@gmail.com](mailto:watdoeijcontactinterventie@gmail.com).

Hartelijk dank voor uw deelname!

### Bijlage 3: Vragenlijst

	<i>Helemaal mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Enigszins mee eens</i>	<i>Enigszins mee oneens</i>	<i>Oneens</i>	<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>Gebruikte vragenlijst</i>	<i>Extra</i>
1. Ik lees alleen maar over de geestelijke gezondheidszorg als het moet en ik doe geen moeite om aanvullende informatie te lezen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
2. Mensen met een ernstige psychische aandoening kunnen nooit voldoende herstellen om een goede kwaliteit van leven te ervaren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
3. Werken in de geestelijke gezondheidszorg wordt hetzelfde gewaardeerd als werken in andere gebieden van de gezondheidszorg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Verwijderd
4. Als ik een psychische aandoening zou hebben, zou ik dit nooit vertellen aan mijn vrienden, omdat ik bang ben anders te worden behandeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
5. Mensen met een ernstige psychische aandoening zijn gevaarlijker dan mensen die geen psychische aandoening hebben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen

6. Professionals in de gezondheids- en welzijnszorg weten meer over het leven van mensen met een psychische aandoening dan familieleden of vrienden van de cliënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
7. Als ik een psychische aandoening zou hebben, zou ik dit nooit aan mijn collega's vertellen uit angst dat ze anders met me zullen omgaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
8. Een hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg kun je niet een echte professional in de gezondheidszorg noemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
9. Als ik een collega op een respectloze manier met cliënten om zie gaan, zou ik die collega daarop aanspreken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	
10. Ik voel me net zo op mijn gemak als ik met iemand praat die een psychische aandoening heeft als met iemand met een somatische aandoening.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	
11. Het is belangrijk dat iedere professional in de gezondheidszorg ook een inschatting maakt van de somatische gezondheid van	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	

mensen met een psychische aandoening.								
12. Om de algemene bevolking te beschermen moeten mensen met een ernstige psychiatrische stoornis (tijdelijk) afgezonderd worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Verwijderd
13. Als iemand met een psychische aandoening klaagt over fysieke klachten (bijv. pijn op de borst) zou ik het toeschrijven aan zijn/haar psychische aandoening.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
14. Van huisartsen mag niet worden verwacht dat zij een grondige screening doen bij mensen met psychiatrische symptomen, omdat zij deze patiënten kunnen doorverwijzen naar een psychiater die de screening kan uitvoeren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
15. Mensen met een psychische aandoening die ik tijdens mijn werk ontmoet, zou ik aan collega's omschrijven met woorden als 'onbetrouwbaar' en 'onvoorspelbaar'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	Ompoolen
16. Als een collega mij zou vertellen dat hij/zij een psychische aandoening heeft,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	

zou ik nog steeds met diegene willen werken.								
17. Ik kan mij voorstellen dat ik zelf ook een psychische stoornis kan ontwikkelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Continuüm denken – aanvullend	Ompoolen
18. Ik herken veel van mezelf in mijn cliënten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Continuüm denken – aanvullend	Ompoolen
19. Als cliënten zouden horen hoe ik over hen praat met collega's, dan hoef ik mij daar niet voor te schamen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	
20. De meeste vooroordelen omtrent cliënten met psychische stoornissen zijn waar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen
21. Als cliënten zich niet kunnen vinden in mijn behandeladvies, dan neem ik dat serieus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	
22. Wanneer een van mijn vrienden aan mij vertelt dat hij/zij een psychische stoornis heeft, dan zou ik diegene anders gaan bekijken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen
23. Ik denk dat de meeste cliënten met een psychische aandoening zelf in staat zijn om beslissingen te maken met betrekking tot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	

medicijngebruik en behandeling.								
24. Ik vind dat cliënten zelf meer verantwoordelijkheid moeten nemen voor hun acties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen Verwijderd
25. Ik voel mij bij sommige cliënten, die mij nog nooit iets hebben aangedaan, toch gespannen dat zij dit een keer zullen doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen
26. Wanneer een cliënt mij vertelt dat hij/zij een bepaald(e) behandeling of medicijn niet prettig vindt, dan kijk ik vrijwel altijd of er andere opties zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	
27. De ervaringen van mensen met schizofrenie verschillen kwalitatief van normale ervaringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	
28. Het merendeel van de mensen met een psychische aandoening zet zich onvoldoende in om beter te worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen
29. Werkgevers zouden een sollicitant met een psychische stoornis die onder controle is, moeten aannemen wanneer hij/zij de beste kandidaat is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	
30. Ik zou liever niet willen dat een persoon met een	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen



psychische aandoening, ook al is deze aandoening onder controle, met mijn kinderen werkt.								
31. Ik zou het waarschijnlijk geen probleem vinden als een persoon met een psychische aandoening naast mij woont.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	
32. Iedereen kan hallucinaties meemaken wanneer men veel stress ervaart.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
33. Cliënten met schizofrenie verschillen erg van mensen met een andere mentale stoornis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	
34. Er zijn veel mensen die psychotische symptomen ervaren zonder zich daarover verontrust te voelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
35. Soms is het niet gemakkelijk te beoordelen of wat iemand gelooft een illusie is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
36. De hallucinatie of illusie is niet zo relevant als de stress die daarmee gepaard gaat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
37. Illusies kunnen best te begrijpen zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
38. Psychische aandoeningen zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schomerus	Ompoolen

eigenlijk niet meer dan een variant van wat normaal is.								
39. Mensen met psychische stoornis zouden eigenlijk geen belangrijke beslissing over hun leven moeten nemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompoolen
40. Er is een duidelijk grens tussen het hebben van een geestelijke ziekte en geestelijk gezond zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	
41. Iedereen kan nu en/of op een ander moment in zijn/haar leven een hallucinatie ervaren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
42. Het is gemakkelijker om je in te leven in angstgerelateerde problematiek dan in waanideeën.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	
43. Mensen met een depressieve stoornis zijn beter te begrijpen dan mensen met schizofrenie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	
44. Het is niet zozeer de vraag of je schizofrenie hebt, maar eerder hoe ernstig de symptomen zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
45. Schizofrenie is een psychische stoornis net zoals iedere andere stoornis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
46. Mensen die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen

enkele psychotische symptomen ervaren, zijn niet noodzakelijk mentaal ziek.								
47. De meeste symptomen van schizofrenie komen vrij vaak voor bij de gewone populatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen
48. Sommige sterk religieuze of politieke overtuigingen zijn nauwelijks te onderscheiden van waanideeën.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompoolen

49. Heeft u zelf psychische problematiek ervaren of ervaart u dit nog steeds?

Ja/Nee

50. Welke psychische problematiek heeft u ervaren?

.....  
 .....

51. Bent u onder behandeling geweest?

- Nee
- Ja, cognitieve gedragstherapie
- Ja, een opname in een GGZ instelling
- Ja, EMDR
- Ja, psychotherapie
- Ja, schematherapie
- Ja, anders namelijk:

.....  
 .....

52. Heeft een belangrijk persoon(of meerdere belangrijke personen) in uw leven psychische problematiek ervaren/ervaart of ervaart hij/zij dit nog steeds?

Ja/Nee

53. Wat is/was uw relatie met de belangrijke ander? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ouder
- Partner
- Kind
- Broer/zus
- Goede vriend(in)
- Anders namelijk:

.....

54. Welke psychische problematiek wordt/werd ervaren door deze belangrijke andere?

.....  
 .....

## Bijlage 4: Debriefing

Beste collega,

Enige tijd geleden hebben wij u gevraagd om tweemaal een vragenlijst in te vullen die betrekking had op het werk in de GGZ. Deze vragenlijst was bedoeld om te meten in hoeverre stigma jegens cliënten en andere mensen met een psychische aandoening ook heerst onder hulpverleners in de GGZ.

Uit onderzoek blijkt dat veel cliënten zich niet serieus genomen voelen, niet als volwaardige burger gezien worden en niet begrepen worden. Dit gevoel ontstaat mede doordat de algemeen heersende opinie in Nederland (en ook in heel veel andere landen) is, dat mensen met een psychische aandoening gevaarlijk, onbetrouwbaar en onaangenaam zijn.

Ook in de hulpverlening blijkt deze mening (sterk) te heersen. De stichting Wat Doe Jij ([www.watdoejij.org](http://www.watdoejij.org)) werkt er hard aan om stigma in de samenleving te verminderen. De workshop die u gehad heeft of nog gaat krijgen, is dan ook bedoeld om stigma te verminderen en meer onderling begrip te kweken tussen cliënten en hulpverleners. Met deze vragenlijst hebben we zowel voorafgaand aan de workshop als ook achteraf gemeten in hoeverre hulpverleners mensen met een psychische aandoening stigmatiseren en of dit na het krijgen van de workshop verminderd is. Mocht uit ons onderzoek blijken dat inderdaad stigma verminderd is, dan gaat de stichting zich inzetten om de workshop aan te bieden aan de rest van de hulpverleners in de GGZ.

U wordt hartelijk bedankt voor uw deelname aan dit belangrijke onderzoek en wij hopen dat u wat heeft geleerd van de contactinterventie of binnenkort plezier zult beleven aan de contactinterventie.

Mocht u geïnteresseerd zijn in de resultaten van het onderzoek, dan kunt u een email sturen naar [watdoejijcontactinterventie@gmail.com](mailto:watdoejijcontactinterventie@gmail.com). U krijgt dan een samenvatting van de resultaten toegestuurd zodra deze zijn afgerond.

Met vriendelijke groet,

Namens de stichting Wat Doe Jij

P.S. Indien u op basis van deze aanvullende informatie toch liever niet wilt dat uw gegevens gebruikt worden voor het onderzoek, dan kunt u een email sturen naar [watdoejijcontactinterventie@gmail.com](mailto:watdoejijcontactinterventie@gmail.com) met daarin uw onderzoeksnummer, dan zal de door u ingevulde vragenlijst direct zonder verdere inzage of gebruikersnaam verwijderd worden. Hier

zijn verder geen consequenties aan verbonden, wel zou het voor een eventueel vervolg van de studie praktisch zijn als u een zou kunnen aangeven wat de reden is dat u uw gegevens wilt laten verwijderen, maar opgaaf van reden is niet verplicht.

## **Bijlage 5: Protocol**

### *Theoretisch kader voor de ontwikkeling van de workshop*

Wat Doe Jij? wil zich gaan bezighouden met het ontwikkelen en aanbieden van workshops aan teams binnen de GGZ. Binnen de ontwikkeling van de workshop werken we vanuit het volgende theoretische kader waarbij we ons laten inspireren door de 'reframing method'<sup>5</sup> ([www.reframingstudio.com](http://www.reframingstudio.com)). Dit betekent dat we in de ontwikkeling de volgende stappen in acht nemen:

#### 1) Pro-actief versus reactief

De ontwikkeling en implementatie van een ontwerp, of het nu een product, een dienst of een beleid is, kost tijd. Onze wereld is continu in beweging. Als we willen dat ontwerpen een reden van bestaan hebben, zijn wij genoodzaakt om een inzicht in de toekomstige context van het ontwerp te creëren, om te begrijpen wat de problemen zullen zijn. Het is heel gebruikelijk dat innovatie, of de drang om te innoveren, is een reactie op een ongewenste of problematische situatie. Echter, een 'probleem kader' vormt zelden het kader wat nodig is om een innovatieve oplossing te ontwerpen, en dus leidt dus gemakkelijk tot slechts incrementele innovaties. In feite, een reactieve houding impliceert beheersing van de symptomen en niet de oorzaak begrijpen. Vanuit reframing wordt geprobeerd om de situatie te herkaderen om zo te kunnen komen met werkelijk nieuwe perspectieven.

Vanuit Wat Doe jij? willen wij hier aanvulling aan geven door het begrip 'stigma' in de volle breedte te conceptualiseren waarbij we ook rekening willen houden met haar reden van bestaan en de functie die stigma bekleedt binnen de maatschappij. Op deze wijze voorkomen we een beperkend 'probleem kader' en ontstaat er ruimte voor herkadering en nieuwe perspectieven.

#### 2) Wezen waarde-relevant

Ontwerpen voor de toekomstige context is volgen wat de toekomstige zorgen van betrokken mensen betreft. Bijvoorbeeld, als de gezondheidszorg verschuift naar meer self-efficacy, de mensen zullen naar verwachting een hoger niveau van deskundigheid moeten gaan inzetten. Een ontwerp dat zo'n een gedeelde behoefte of vraag van de individuele gebruikers kan adressen, is tevens het ontwerp wat ook relevant en zinvol is voor de samenleving.

---

<sup>5</sup> The reframing process is based on the method Vision in Product design (ViP), which has been developed at the Delft University of Technology by founding partner Prof. Ir. Matthijs van Dijk together with Prof. dr. Paul Hekkert (Hekkert & van Dijk, 2011).

In het kader van destigmatisering binnen de GGZ zouden tevens verschillende betrokken partijen geïdentificeerd kunnen worden. Hierbij kan gedacht worden aan hulpverleners, cliënten, familieleden en de overheid. Binnen de ontwikkeling en implementatie van de workshop wordt continue gezocht naar een gezamenlijk belang van deze stakeholders om draagvlak en relevantie te bewaken. Cliënten en hulpverleners zijn hierin de sterkste spelers.

### 3) Het ontwerpen van relaties in plaats van dingen

Een product of dienst is slechts een middel voor mensen om zich te verhouden tot de wereld om hen heen. Producten en diensten stellen mensen in staat om dingen anders te ervaren of om dingen anders te doen dan voorheen. Een smartphone is zinvol, omdat het mensen in staat stelt in contact te blijven met hun volledige ICT-behoefte op afstand; een paperclip stelt mensen in staat om documenten met zorg te bundelen.

Met andere woorden; producten en diensten krijgen betekenis volgens de betrekkingen die ze mogelijk maken. Het nadenken over deze relaties alvorens te denken over het object als zodanig past hierbij. Gedacht vanuit de functie van relaties, kan stigma tevens gezien worden als 'coping' om om te gaan met bijvoorbeeld; mensen die anders zijn, of de eigen kwetsbaarheid. Begrip van deze relatie is van belang om een product te ontwikkelen welke tevens aansluit bij of sturing geeft aan deze relatie.

#### *Theoretisch kader voor de workshop zelf*

##### 1. Doelgroep:

Zoals genoemd richten wij ons binnen onze interventies op een specifieke doelgroep te noemen: hulpverleners binnen de GGZ. Er is gekozen voor een nauwe afbakening van de doelgroep gezien het door deskundigen wordt afgeraden om een antistigma interventie te richten op de gehele populatie – dit is kostbaar en de kans van slagen is niet groot (Warner, 2008). Aangeraden wordt om specifieke, afgebakende doelgroepen te selecteren.

##### 2. Doel van de bijeenkomst:

Het verminderen van stigma onder de deelnemende hulpverleners door:

- Uitleg over stigma

##### Onderbouwing:

Hoewel informatie over (ernstige) psychische aandoeningen niet voldoende is om attitudes in de samenleving structureel te veranderen, is het wel belangrijk om juiste informatie te

verschaffen. Zo kan het stereotype van ‘de gevaarlijke psychiatrische patiënt’ worden ontkracht door te vermelden dat het risico op geweld klein is in vergelijking met risicofactoren zoals jong zijn, man zijn of een verleden met geweld hebben (Grann, Danesh & Fazel, 2008). Het doel van voorlichting is inzicht bieden in de uitdagingen waar mensen met psychische aandoeningen voor staan.

- Het delen van ervaringsverhalen.

Onderbouwing:

De interventies met het beste wetenschappelijk bewijs voor werkzaamheid bij uiteenlopende doelgroepen betreffen vaak de presentaties van een eigen verhaal van herstel, het overwinnen van zelfstigma en hoop door ervaringsdeskundigen. De inzet van ervaringsverhalen heeft twee kanten: het begeleiden naar het ‘maken’ van een eigen verhaal bevordert empowerment en vermindert zelfstigma, terwijl ook stigmatiserende houdingen in de publieksgroep waarop de activiteit zich richt, aantoonbaar verminderen (Corrigan & Rao, 2012).

- Het maken van gelijkwaardig contact

Onderbouwing:

Direct contact tussen mensen met en zonder psychische aandoening blijkt de beste aanpak om niet alleen de attitude maar ook het gedrag van mensen te veranderen. Het begrip ‘contact’ omvat zowel het in contact brengen van cliënten met burgers, als het inzetten van ervaringsdeskundigen. De Goey, Plooy en van Weeghel (2006) beschrijven in de ‘Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap’ dat het veranderen van stigmatiserende opvattingen vaak begint met de ontdekking dat mensen met een psychische aandoening goede burens kunnen zijn. Het organiseren van projecten waarin mensen met een psychische aandoening samenwerken of leren met andere burgers zou tevens effectief zijn. Door samenwerking zou men namelijk gemeenschappelijke eigenschappen kunnen ontdekken en tot wederzijdse waardering komen (de Goey et al., 2006). Bij optimale contactinterventies is er sprake van gelijke status tussen de personen of groepen, gemeenschappelijke doelen, geen of weinig concurrentie tussen de deelnemers en sanctionering van het contact door gezaghebbende personen of instanties (bijvoorbeeld de gemeentelijke overheid) (Corrigan, Mueser, Bond, Drake & Solomon, 2008). Daarbij moet er volop ruimte zijn voor vragen en discussie, en moeten er geloofwaardige verhalen worden gepresenteerd die bestaande vooroordelen ontkrachten. Kleinschalige, structureel aangeboden contactinterventies met een voorlichtend karakter, waarin mensen met en zonder een



psychische aandoening zichzelf presenteren, werken stigma effectief tegen (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rüsch, 2012; Friedrich, Evans-Lacko, Brohan, Mojtabai & Thornicroft 2013). De meeste hulpverleners zijn zich niet of nauwelijks bewust van het gegeven dat ze stigmatiseren en de manier waarop dit gebeurt. Zij doen naar hun beste weten wat ze kunnen om hun cliënten te helpen. Met behulp van de bijeenkomsten van Wat Doe Jij? worden FACT-teams van vier grote instellingen geïnspireerd om na te denken over het onderwerp. Ze worden zich bewust en tegelijk wordt door het delen van ervaringsverhalen van cliënten van hun eigen team stigma aangepakt. Daarnaast zullen de teams worden geïnspireerd om, samen met cliënten, een plan van aanpak op te stellen om een antistigma interventie na afloop van de bijeenkomst in de praktijk te brengen.

#### *Onderzoek naar de effectiviteit van de workshop*

De resultaten en effectiviteit van antistigma interventies moeten met behulp van wetenschappelijk onderzoek worden vastgesteld. Ook is het belangrijk om de voortgang te volgen en evalueren zodat het project bij voortzetting voortdurend verbeterd kan worden (Warner, 2008). Regelmatige effectmetingen leveren zinvolle informatie op die benut kan worden om gaandeweg te leren en interventies te verbeteren.

#### *De volgende onderdelen werden tijdens de workshop doorlopen:*

1. Opening en brainstormen over vooroordelen;
2. Kort ervaringsverhaal van de ervaringsdeskundige;
3. Voorstelronde waarbij iedereen één kwaliteit en één kwetsbaarheid van zichzelf noemt;
4. Brainstorm over wat dit oproept;
5. In gemengde groepjes van cliënten en hulpverleners bespreken van vooroordelen binnen de organisatie;

#### Helpende vragen en thema's:

- Wat betekent stigma voor jullie?
  - Op welke manier uit stigma zich in deze organisatie?
  - Op welke manier uit stigma zich binnen jullie eigen team?
  - Wat zijn concrete voorbeelden?
  - Op welke manier heb je je zelf wel eens gestigmatiseerd genoemd.
  - Hoe gaan jullie binnen jullie team om met kwetsbaarheid?
  - Hoe zouden jullie om willen gaan met kwetsbaarheid?
6. Commitment faciliteren om verandering te bewerkstelligen;

7. Presentatie en uitleg over wat werkt om stigma te verminderen (inclusief 30 minuten durende film over stigma);
8. In groepjes uiteen om anti-stigma interventies te bedenken en uit te werken;
9. Plenair bespreken van ideeën;
10. Opstellen plan van aanpak voor anti-stigma interventies voor het team
11. Evaluatie van de workshop

Na ongeveer twee weken worden de vragenlijsten opnieuw afgenomen. Vervolgens worden de vragenlijsten van voor en na de training met elkaar geanalyseerd om te onderzoeken of er een afname in stigmatiserende attitudes heeft plaatsgevonden onder de hulpverleners.

### **Referenties**

- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. A. & Solomon, P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York, NY: Guilford Press.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D. & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63, 963-973.
- Corrigan, P. W. & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 464-469.
- de Goey, L., Plooy, A. & van Weeghel, J. (2006). *Ben ik goed in beeld? Handreiking voor de bestrijding van stigma en discriminatie wegens een psychische handicap*. Verkregen op 25 juni, 2015 via: <http://www.trimbos.nl/~media/Files/Gratis%20downloads/AF0646%2010760%20TB%20Stigma%20Goed%20in%20beeld.ashx>
- Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R. & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological medicine*, 42, 1741-1752.
- Grann, M., Danesh, J. & Fazel S. (2008). The association between psychiatric diagnosis and Violent reoffending in adult offenders in the community. *BMC Psychiatry*, 8, 1-7.
- Hekkert, P. & van Dijk, M. (2011). *Vision in Design. A guidebook for innovators*. Amsterdam: BIS publishers.
- Warner, R. (2008). Implementeing local projects to reduce the stigma of mental illness. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17, 20-25.

### **Bijlage 6: Manipulatie-check: schaalscores**

In welke mate werden de elementen uit het protocol uitgevoerd tijdens de training?

Scoor de afzonderlijke elementen met behulp van de volgende schaal:

0 = dit element werd helemaal niet uitgevoerd

1 = dit element werd gedeeltelijk uitgevoerd

2 = dit element werd helemaal uitgevoerd

Elementen in de training

1. Opening en brainstormen over wat vooroordelen zijn
2. Mini-ervaringsverhalen van de workshopleider(s) zelf
3. Voorstelrondje met benoemen van 1 kwaliteit en 1 kwetsbaarheid
4. Bespreken feedback op voorstelrondje en kwaliteiten/kwetsbaarheden
5. In groepjes bespreekbaar maken van stigma binnen de organisatie waar team werkzaam is
6. Commitment op verandering faciliteren
7. Presentatie over wat werkt om stigma te bestrijden (inclusief de film)
8. In tweetallen uiteen om interventies te kiezen en uit te werken
9. Presentatie van ideeën
10. Gezamenlijk opstellen plan van aanpak voor implementeren van 3 interventies in team
11. Evaluatie training