

Loskomen van stigma's ten aanzien van mensen met psychische aandoeningen

Een studie naar de invloed van een destigmatiserende workshop en
persoonlijkheid op de stigmatiserende attitude van hulpverleners

J. E. de Glint (3829049)

Thesis in het kader van de Master Klinische en Gezondheidspsychologie

Cursuscode: 201100346

Universiteit Utrecht, 26 juni 2015

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

Begeleiding Stichting 'Wat Doe Jij?': K. Helmus



Universiteit Utrecht



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 voor 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 problematiek en hulpverleners centraal stond. De verwachting was dat stigmatisering van deze mensen verminderde in de workshopconditie ten opzichte van de wachtlijst-conditie. Daarnaast werd onderzocht welke invloed de persoonlijkheid van de hulpverleners uitoefende op de stigmatiserende attitudes. Getracht werd om de voorspellende waarden van interacties tussen Big Five persoonlijkheidstrekken te vergelijken met die van afzonderlijke Big Five persoonlijkheidsfactoren. 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 persoonlijkheid (Mini-Markers) te meten. 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 laat zien. Opvallend is dat er relatief weinig stigmatiserende attitudes onder de hulpverleners worden gemeten. Mogelijke verklaringen voor de relatief lage stigma-scores en de toename van stigmatiserende attitudes in de wachtlijst-conditie worden in de discussie besproken. De stigmatiserende attitudes voorafgaand aan de workshop vertoonden de sterkste relatie met Vriendelijkheid. Het verband met Openheid was zwak. Geen van de interacties tussen de Big Five persoonlijkheidskenmerken voegden iets toe aan het deel van stigmatisering dat al verklaard werd door de afzonderlijke persoonlijkheidsfactoren. Mogelijk zijn individuele persoonlijkheidstrekken betere voorspellers van stigmatiserende attitudes. In vervolgonderzoek zou aandacht besteed kunnen worden aan andere factoren die invloed uitoefenen op stigmatiserende attitudes. Geconcludeerd kan worden dat de workshop bij de huidige doelgroep niet tot een vermindering van stigmatiserende attitudes heeft geleid. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op meer stigmatiserende doelgroepen en de ontwikkeling van alternatieve meetinstrumenten omtrent stigmatisering. Hierbij dient voorzichtig omgegaan te worden met niet-experimentele groepen.

Summary

Several studies among mental health professionals demonstrate that they stigmatize people with mental illnesses. This process of stigmatization can have severe negative consequences for their clients. Contact between people in minority and majority groups appears to be an effective method in reducing stigma. Therefore, in the present study a workshop is examined, in which the interaction between people with mental illnesses and mental health professionals is centralized. It was hypothesized that stigmatization of people with mental illnesses would reduce among the professionals in the workshop condition, compared to the waiting list condition. Additionally, in an attempt to compare the predictive value of interactions between Big Five personality traits and that of individual personality factors, the influence of the personality of mental health professionals on the stigmatizing attitudes was explored. A controlled experimental study was conducted in which 202 mental health professionals participated. In both conditions participants were asked to fill in a pre- and post-test to measure stigmatizing attitudes (MICA) and personality (Mini-Markers). An interaction effect was found, in which participants in the workshop condition reported no significant decrease in stigmatizing attitudes, while the waiting list condition demonstrated an increase. Stigmatizing attitudes prior to the workshop demonstrate the strongest connection with Agreeableness, but its link to Openness is weak. The interactions between the Big Five personality traits contributed nothing to what was already predicted by the individual personality factors. It is possible that single personality traits are better predictors of stigmatizing attitudes. In future research, other factors that influence stigmatizing attitudes could be investigated. It is interesting that relatively few stigmatizing attitudes were measured among the participants. Possible explanations for the low stigma-scores and the increase in stigmatizing attitudes among the participants in the waiting list condition are addressed in the discussion. It can be concluded that the workshop did not lead to a decrease in stigmatizing attitudes among the current participants. Further research could be focused on groups that hold more stigmatizing attitudes towards people with mental illnesses, and on the development of alternative instruments to measure stigmatization. Lastly, in future research non experimental groups should be handled with caution.

Voorwoord

Ik erken dat we allemaal weleens psychisch uit balans zijn. Ik kijk daar niet van op en kijk er niet op neer. We zijn allemaal mens en dat verbindt ons. Iedereen heeft talent en ik zorg dat ik daar oog voor houd. Ik strijd tegen stigma.

Wat doe jij?

Bijna vier jaar geleden begon ik aan mijn studie Psychologie met het streven om op een dag te werken in het veld waarin mensen ondersteund worden in het verbeteren van de kwaliteit van hun leven. Dit onderzoek heeft mij de mogelijkheid gegeven om met die doelstelling aan de slag te gaan. In de afgelopen maanden kwam ik in aanraking met initiatieven rondom destigmatisering van mensen met psychische problematiek en ik heb gemerkt dat er veel mensen zijn die deze initiatieven een warm hart toedragen. Ook ik wil in de strijd tegen stigma graag mijn steentje bijdragen. Ik hoop dat deze masterthesis, die ik nu met trots kan presenteren, daarvan slechts een begin is.

Mijn speciale dank gaat uit naar mijn begeleiders Henk Schut en Kim Helmus. Beiden zijn steeds opnieuw een bron van inspiratie voor mij geweest, doordat zij zich op uitzonderlijke wijze inzetten voor hun vak. Zij motiveerden mij, gaven mij feedback en lieten mij kritisch naar mijn onderzoek kijken. Ook José de Jager wil ik bedanken voor haar inbreng, enthousiasme en openheid. Hansje Wierenga, Hanneke Hoogedoorn en Iris Kleine Schaars, mijn groepsgenoten tijdens deze thesis, wil ik danken voor hun goede samenwerking, steun en kritische blik. Allemaal werkten we hard aan het gezamenlijke onderzoek en daarnaast voorzagen zij mijn deelhypothese van waardevolle feedback. Tot slot wil ik mijn waardering uitspreken voor alle hulpverleners en cliënten van Altrecht, Arkin, GGZ Drenthe, GGZ In Geest en GGZ-NHN. Zonder al hun tijd en inspanning was het niet mogelijk geweest om zoveel mensen bij het onderzoek en de workshop te betrekken.

Elise de Glint

Utrecht, juni 2015

Inhoudsopgave

Inleiding.....	p.6
Methoden.....	p.11
Participanten.....	p.11
Design.....	p.12
Procedure.....	p.12
Materialen.....	p.13
Workshop.....	p.13
Stigmatisering.....	p.13
Persoonlijkheid.....	p.14
Statistische analyses.....	p.14
Resultaten.....	p.16
Beschrijvende statistieken.....	p.16
Hypothesen met betrekking tot de workshop.....	p.17
Hypothesen met betrekking tot persoonlijkheid.....	p.18
Discussie.....	p.21
Referenties.....	p.25
Bijlagen.....	p.32

Inleiding

Een groot deel van de Nederlandse bevolking krijgt in zijn/haar leven te maken met een of meerdere psychische aandoeningen (de Graaf, ten Have & Dorsselaer, 2010). Onderzoek heeft daarnaast herhaaldelijk aangetoond dat mensen met psychische klachten regelmatig het slachtoffer zijn van stigmatisering (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich & King, 2004; Rüsçh, Angermeyer & Corrigan, 2005). Dit wordt mogelijk gemaakt doordat er machtsverschillen zijn tussen mensen met en zonder psychische problematiek (Link & Phelan, 2001; Stuart, Arboleda-Flórez & Sartorius, 2012; Yang, et al., 2007). Stigmatisering is een proces waarbij mensen, op basis van onderlinge verschillen, negatief gelabeld, veroordeeld en apart gezet worden door anderen, waardoor discriminatie en ongelijkheid ontstaat (Link & Phelan, 2001). Doordat in het proces van labelen nauwelijks rekening wordt gehouden met onderlinge variatie, worden de negatieve kenmerken doorgaans aan alle leden van een groep met een bepaald etiket toegeschreven. Zodoende worden mensen met psychiatrische aandoeningen vaak omschreven als ‘gevaarlijk, onvoorspelbaar, afhankelijk van anderen en zelf verantwoordelijk voor hun toestand’ (Angermeyer & Dietrich, 2006; Angermeyer & Matschinger, 2003; Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000; Plooy & van Weeghel, 2009). Dergelijke labels kunnen negatieve gevolgen hebben: cliënten durven bijvoorbeeld geen werk te zoeken, opleiding te starten, intieme relatie aan te gaan of professionele hulp te zoeken (Corrigan, 2004; Plooy & van Weeghel, 2009). Daarnaast ervaren zij minderwaardigheids- en schaamtegevoelens (Verhaeghe, 2008), afstand in sociale interactie (Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross & Rössler, 2004) en een verminderde kwaliteit van leven (Wahl, 1999).

Opvallend is dat ook hulpverleners in de Geestelijke Gezondheidszorg deze mensen lijken te stigmatiseren (Lauber, Nordt, Braunschweig & Rössler, 2006). Echter, de bevindingen omtrent de mate waarin hulpverleners dit doen zijn inconsistent (Schulze, 2007). Niettemin geven mensen met psychische problematiek regelmatig aan dat zij zich gestigmatiseerd voelen door hulpverleners (Stuart et al., 2012), wat door velen wordt beschouwd als een groter probleem dan de aandoening zelf (Hayward & Bright, 1997; Thornicroft, 2006). Omdat hulpverleners een belangrijke positie in het herstelproces van cliënten hebben en hun houding de behandeluitkomst kan beïnvloeden (Gras, et al., 2015; Holmqvist, 2000), is het van belang aandacht te besteden aan stigmatisering onder hulpverleners en de ontwikkeling van interventies die deze stigma’s verminderen.

In zijn contacttheorie beschrijft Allport (1954) dat interactie tussen minder- en meerderheidsgroepen het meest effectief is in het verminderen van wederzijdse vooroordelen.

Voornameijk positieve, persoonlijke communicatie, gezamenlijke doelen, ondersteuning door autoriteit, samenwerking en gelijke status tussen groepen, lijken werkzame elementen te zijn. Diverse onderzoeken naar stigmavermindering ondersteunen deze gedachte (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz & Rüsç, 2012; Couture & Penn, 2003). In voorliggend onderzoek wordt daarom het effect van een workshop bestudeerd, waarin contact tussen mensen met psychische problematiek en hulpverleners centraal staat.

Persoonlijkheid en stigma

Wanneer gezocht wordt naar effectieve stigmabestrijdingsstrategieën, is het belangrijk om in kaart te brengen welke factoren gerelateerd zijn aan stigmatisering. Deze kunnen immers aanknopingspunten bieden voor een persoonsgerichte aanpak: mensen worden op een voor hen passende wijze benaderd zodat stigmabestrijding zo effectief mogelijk ondernomen kan worden. Echter, er bestaat veel onduidelijkheid omtrent de factoren die gerelateerd zijn aan stigmatisering, mede doordat onderzoek hiernaar beperkt is (Brown, 2012). De meeste onderzoeken richten zich op negatieve vooroordelen. Omdat in diverse studies naar voren komt dat vooroordelen en stigma's zich enkel van elkaar onderscheiden in de doelgroepen waarmee ze geassocieerd worden (e.g., Phelan, Link & Divido, 2008; Struber, Meijer & Link, 2008), kan verwacht worden dat stigmatisering van mensen met psychische problematiek aan factoren gerelateerd is die ook bevooroordeeling beïnvloeden.

Een verband waarvoor veelvuldig ondersteuning wordt gevonden, betreft de relatie tussen vooroordelen en persoonlijkheidsfactoren (e.g., Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson & Sanford, 1950; Arikani, 2005; Sibley & Duckitt, 2008). Een aantal studies heeft zich daarbij gefocust op het Five Factor Model (e.g., Digman, 1990, McCrae & Costa, 1987; Tupes & Christal, 1961). De vijf persoonlijkheidsfactoren, die beter bekend staan als de Big Five, zijn Extraversie, Consciëntieusheid, Vriendelijkheid, Neuroticisme en Openheid. Vriendelijkheid en Openheid laten herhaaldelijk de grootste samenhang met vooroordelen zien (e.g., Ekehammar & Akrami, 2003; Ekehammar, Akrami, Gylje & Zakrissen, 2004; Sibley & Duckitt, 2008). Deze bevindingen zijn in lijn met wat redelijkerwijs verwacht mag worden op basis van de inhoud van de concepten. Mensen die een hoge mate van Vriendelijkheid bezitten, worden omschreven als empathisch, altruïstisch, hartelijk en meegaand (Brown, 2012; Costa, McCrae & Dye, 1991; Ekehammar & Akrami, 2007; Graziano & Tobin, 2009; Jackson & Poulsen, 2005). In contact met anderen stellen zij zich pro-sociaal op en reageren zij niet gauw vijandig. Mensen die in het bezit zijn van een hoge mate van Openheid zijn vaak nieuwsgierig, tolerant, ruimdenkend en fantasierijk (Flynn, 2005; Jackson & Poulsen, 2005;

John & Srivastava, 1999; McCrea, 1996; McCrea & Sutin, 2009). Zij zijn geïnteresseerd in andere meningen en worden omschreven als liberaal. Beide kenmerken lijken per definitie een hoge mate van bevoordeling uit te sluiten (Strauss, Connerly & Ammermann, 2003). Bevindingen over de relaties tussen de andere persoonlijkheidsfactoren en vooroordelen zijn inconsistent (Brown, 2012; Ekehammar & Akrami, 2007; Gallego & Pardon-Prado, 2013; Palmer, 2012; Sibley & Duckitt, 2008).

Op basis van de grote overlap tussen negatieve vooroordelen en stigmatisering, kan verwacht worden dat beide concepten aan dezelfde persoonlijkheidskenmerken zijn gerelateerd. Voor zover bekend, is er tot op heden slechts één studie gedaan waarin de specifieke relatie tussen stigmatisering en persoonlijkheidstrekken is onderzocht. Daarin komt naar voren dat een lage mate van Openheid en Vriendelijkheid beide afzonderlijk geassocieerd zijn met meer stigmatisering (Brown, 2012). Dit ondersteunt eerdergenoemde bevindingen.

Opvallend is dat in de literatuur vaak wordt gekeken naar effecten van afzonderlijke persoonlijkheidskenmerken (nomothetische benadering), terwijl interactieve effecten tussen persoonlijkheidstrekken (idiografische benadering) onderbelicht blijven (Epstein, 1994; Grant & Langan-Fox, 2006). Dit is een beperking, aangezien persoonskenmerken elkaar kunnen beïnvloeden en gezamenlijke effecten kunnen uitoefenen op fenomenen (Carlo, Okun, Knight & de Guzman, 2005; Terracciano & Costa, 2004). Mogelijk heeft de nomothetische benadering slechts betrekking op een deel van een veelzijdig geheel (Grant & Langan-Fox, 2006). In het huidige onderzoek wordt daarom aandacht besteed aan zowel directe als interactieve effecten van persoonlijkheidsfactoren op stigmatisering.

Eerst wordt een mogelijk onderling versterkend effect van Openheid en Vriendelijkheid onderzocht. In de studie van Jackson en Poulsen (2005) komt naar voren dat beide kenmerken positief contact uitlokken tussen groepen en dat deze ervaringen geassocieerd zijn met minder negatieve vooroordelen jegens een bevooroordeelde groep. Volgens Strauss en collega's (2003) is het creëren van dit goede contact en het onderhouden van relaties voornamelijk van toepassing op vriendelijke mensen. Openheid wordt hoofdzakelijk geassocieerd met het zoeken van nieuwe contacten (Caligiuri, 2000; Jackson & Poulsen, 2005). Aangezien zowel het hebben van contact met mensen in een gestigmatiseerde groep (Corrigan et al. 2012) als het hebben van positief contact met deze mensen (Jackson & Poulsen, 2005) effectief lijken te zijn in het verminderen van stigmatisering, wordt verondersteld dat mensen die open en vriendelijk zijn, mensen met psychische problematiek

minder stigmatiseren dan mensen die enkel over een open dan wel vriendelijke karaktertrek beschikken.

Een tweede verwachting heeft betrekking op een interactie tussen Neuroticisme en Vriendelijkheid. Neuroticisme wordt in de literatuur herhaaldelijk geassocieerd met Negatieve Affectiviteit (Ode, Robinson & Wilkowski, 2008; Zhang & Tsingan, 2014), wat gekenmerkt wordt door een dispositie voor het ervaren van negatieve emoties zoals angst en boosheid en de neiging om zich op negatieve kanten van zichzelf, anderen en de wereld te focussen (Elliot & Thrash, 2002; Watson & Clark, 1984; Watson & Pennebaker, 1989). Zowel angst als boosheid zijn meermaals gerelateerd aan vooroordelen (Bodenhausen, Sheppard & Kramer, 1994; DeSteno, Dasgupta, Bartlett & Caidric, 2004; Mackie & Hamilton, 1993). Echter, zoals eerder beschreven lijkt een directe relatie tussen Neuroticisme en bevooroordeeling te ontbreken. Mogelijk wordt dit verklaard door het beschermende karakter van Vriendelijkheid. Verondersteld wordt dat deze eigenschap negatieve emoties reguleert en minder boze/vijandige reacties voorspelt (Graziano & Tobin, 2009; Ode & Robinson, 2009; Ode et al., 2008). Wellicht worden negatieve emoties hierdoor geïnhibeerd. Deze gedachtegang wordt bevestigd in een studie van Ode en collega's (2008), waarin naar voren komt dat boosheid alleen door Neuroticisme wordt voorspeld als men een laag niveau van Vriendelijkheid bezit. Mogelijk oefent Vriendelijkheid een vergelijkbaar beschermend effect uit op de relatie tussen Neuroticisme en bevooroordeeling. In dat geval kan verwacht worden dat Neuroticisme alleen invloed uitoefent op de mate waarin men stigmatiseert, als men een lage mate van Vriendelijkheid bezit.

Een laatste interactie-effect wordt verwacht tussen Extraversie en Openheid. Beide persoonlijkheidstrekken lijken voort te komen uit de hogere orde dispositie 'Plasticiteit' (De Young, Peterson & Higgins, 2002; Musek, 2007), wat omschreven wordt als een vrijwillige neiging om zich op een flexibele (in tegenstelling tot rigide) manier bezig te houden met en te interesseren voor nieuwe situaties/stimuli (De Young et al., 2002). Gebrekkige plasticiteit uit zich in angst voor en afkeer van het onbekende en conformiteit. Conformiteit, gedefinieerd als het veranderen van gedrag wegens waargenomen of werkelijke invloed van anderen om te voldoen aan (sociale) normen (Cialdini & Goldstein, 2004; Cialdini & Trost, 1998), wordt volgens Crandall en Strangor (2005) gezien als de basis voor het vormen van vooroordelen. Extraversie en Openheid, kenmerken die mogelijk individuele verschillen in conformiteit beïnvloeden, zouden op die manier een interactief effect kunnen uitoefenen op stigmatisering. Mensen die zowel een lage mate van Extraversie als Openheid bezitten stigmatiseren dan meer, dan mensen die enkel een laag niveau van Extraversie of Openheid bezitten.

Op basis van bovengenoemde literatuur wordt ten eerste verwacht dat een workshop gebaseerd op contact, leidt tot een afname van stigmatisering bij hulpverleners die de workshop bijwonen vergeleken met hulpverleners die deze niet volgen. Daarnaast wordt verondersteld dat een hoge mate van Openheid en Vriendelijkheid beide afzonderlijk geassocieerd zijn met minder stigmatisering. Verder wordt verwacht dat er een interactie-effect is van Openheid en Vriendelijkheid, waarbij hulpverleners die beschikken over beide karaktereigenschappen minder stigmatisering zullen rapporteren dan hulpverleners die enkel een hoge mate van Openheid of Vriendelijkheid bezitten. Op soortgelijke wijze wordt een interactie-effect van Extraversie en Openheid verwacht: hulpverleners die in het bezit zijn van zowel een hoge mate van Extraversie als Openheid zullen minder stigmatisering rapporteren, dan hulpverleners die enkel een hoge mate van Extraversie of Openheid bezitten. Tot slot wordt verondersteld dat een hoog niveau van Neuroticisme in combinatie met een laag niveau van Vriendelijkheid leidt tot meer stigmatisering van mensen met psychische problematiek dan één van beide kenmerken alleen.

Methoden

Participanten

In totaal deden 202 participanten die werkzaam waren in FACT teams, mee aan het onderzoek. Gekozen werd voor FACT teams, omdat zij werken aan de hand van Assertive Community Treatment richtlijnen (<http://www.ccaf.nl/keurmerk/keurmerkregisterlijst>) 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) namen 86 (42.6%) participanten deel in de experimentele conditie en 116 (57.4%) 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. Uit de verschilanalyses blijkt dat verpleegkundigen in de wachtlijst-conditie vaker uitvielen. De leeftijd van de participanten varieerde van 19 tot 64 jaar ($M=45.46$, $SD=11.18$). In Tabel 1 wordt de gemiddelde leeftijd en sekseverdeling van de participanten weergegeven. De demografische gegevens verschilden niet tussen de condities en tijdstippen.

Tabel 1

Demografische gegevens van de participanten op T1 en T2.

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

Noot. 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 afhankelijke variabele was de stigmatiserende attitude, de onafhankelijke variabelen waren de destigmatisering workshop en persoonlijkheidskenmerken. Met betrekking tot de workshop 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 wachtlijst-conditie. Met het oog op persoonlijkheidsfactoren werd verondersteld dat stigma voorspeld wordt door Vriendelijkheid en Openheid en door drie interactie-effecten tussen persoonlijkheidstrekken.

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 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 interventie en het onderzoek (Bijlage 1a). Daarnaast kregen zij het verzoek om een cliënt uit de eigen caseload uit te nodigen voor de workshop, 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 en persoonlijkheid. In het kader van ander onderzoek werd daarnaast een aantal extra vragenlijsten afgenomen (zie Bijlage 3 voor de volledige vragenlijst). 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 items omtrent stigmatiserende attitudes. In verband met andere studies werd eveneens een aantal extra vragen voorgelegd. 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?’ ontworpen werd. De interventie werd gebaseerd op de elementen uit de contacttheorie (Allport, 1954). Omdat ook educatieve interventies effect lijken te hebben op het verminderen van stigmatisering (Corrigan et al., 2012; Couture & Penn, 2003), werden daarnaast informatieve aspecten in de workshop verwerkt. De contact- en educatie elementen werden toegepast middels samenwerkingsopdrachten, ervaringsverhalen, educatie over de impact van stigma en een film omtrent handvatten voor het aanpakken van stigma (zie Bijlage 5 voor het uitgebreide workshopprotocol). 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. Verdere details met betrekking tot cliënten wordt niet beschreven, omdat zij enkel deelnamen aan de workshop en niet aan het onderzoek.

Tijdens de workshops was tenminste één onderzoeker aanwezig om, met behulp van een gestandaardiseerde manipulatiecheck (Bijlage 6), te beoordelen in hoeverre het protocol van de workshop werd nageleefd (protocolscore). Tevens werd de verhouding cliënt tot hulpverlener genoteerd (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). 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. Bij verwijdering van twee vragen (item 3 en 12), werd 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 huidige doelgroep, 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.*” De toevoeging 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.

Persoonlijkheid

De persoonlijkheid werd gemeten aan de hand van een vertaalde versie van de International English Big Five Mini-Markers (Thompson, 2008). De lijst omvat 40 omschrijvingen van persoonslijksheidstrekken die met een 5-punts Likertschaal (1=“Helemaal niet op mij van toepassing” tot 5=“Heel goed op mij van toepassing”) beoordeeld kunnen worden en waarmee mensen kunnen aangeven hoe zij zichzelf op dit moment zien. De vragenlijst meet vijf persoonlijkheidsschalen, te weten Openheid voor ervaringen (“*Intellectueel*”), Extraversie (“*Spraakzaam*”), Consciëntieusheid (“*Georganiseerd*”), Vriendelijkheid (“*Coöperatief*”) en Neuroticisme (“*Angstig*”). De vragenlijst werd ten behoeve van het huidige onderzoek naar het Nederlands vertaald met behulp van de ‘forward-backward’ methode. De verschillende schalen van de Engelse vragenlijst hebben een test-hertest betrouwbaarheid van .70 tot .83, een convergente validiteit tussen .68 en .78 en een goede interne consistentie (Thompson, 2008). In het huidige onderzoek tonen de sub-schalen Cronbach's alpha's van respectievelijk $\alpha=.77$, $\alpha=.81$, $\alpha=.82$, $\alpha=.78$ en $\alpha=.62$.

Statistische analyses

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 Repeated Measures ANOVA voor onafhankelijke groepen werd gebruikt, zodat het interactie-effect van tijd x conditie op de stigmatiserende attitudes bepaald kon

worden. Voor het analyseren van de voorspellende waarden van de persoonlijkheidstrekken en de interacties daar tussen op de afhankelijke variabele, werd gebruik gemaakt van multiële regressieanalyses.

Resultaten

Beschrijvende statistieken

De gemiddelde scores op MICA Totaal worden weergegeven in Tabel 2. De scores op T1 kwamen tot stand door gebruik van de data van alle hulpverleners. De scores op T2 werden berekend aan de hand van de participanten die zowel T1 als T2 hadden ingevuld.

Tabel 2

Gemiddelden¹ (M) en standaarddeviaties (SD) van de 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.

Voor de hypothesen met betrekking tot persoonlijkheid werden de gegevens gebruikt van 192² hulpverleners die zowel MICA Totaal op T1 als de MINI-Markers volledig hadden ingevuld. Er werden vier outliers op de subschaal Vriendelijkheid geïdentificeerd³, die vervolgens werden uitgesloten van verdere analyses. De participanten hadden op T1 een gemiddelde MICA Totaal-score van $M=2.08$ ($SD=.39$). De gemiddelde scores op de Big Five persoonlijkheidskenmerken en de bijbehorende standaarddeviaties worden weergegeven in Tabel 3.

¹ Bij het analyseren van de gemiddelde MICA Totaal-scores werden participanten uitgesloten die meer dan 10% van de vragen niet beantwoord hadden.

² Eén van de deelnemende teams werd niet meegenomen in de analyses met betrekking tot de workshop, omdat deze niet voldeed aan de FACT-richtlijnen. Dit team werd wel meegenomen in de persoonlijkheidsanalyses. De participantengroepen verschilden niet van elkaar op demografische variabelen.

³ Outliers zijn waarden die minstens drie standaarddeviaties afwijken van het gemiddelde.

Tabel 3

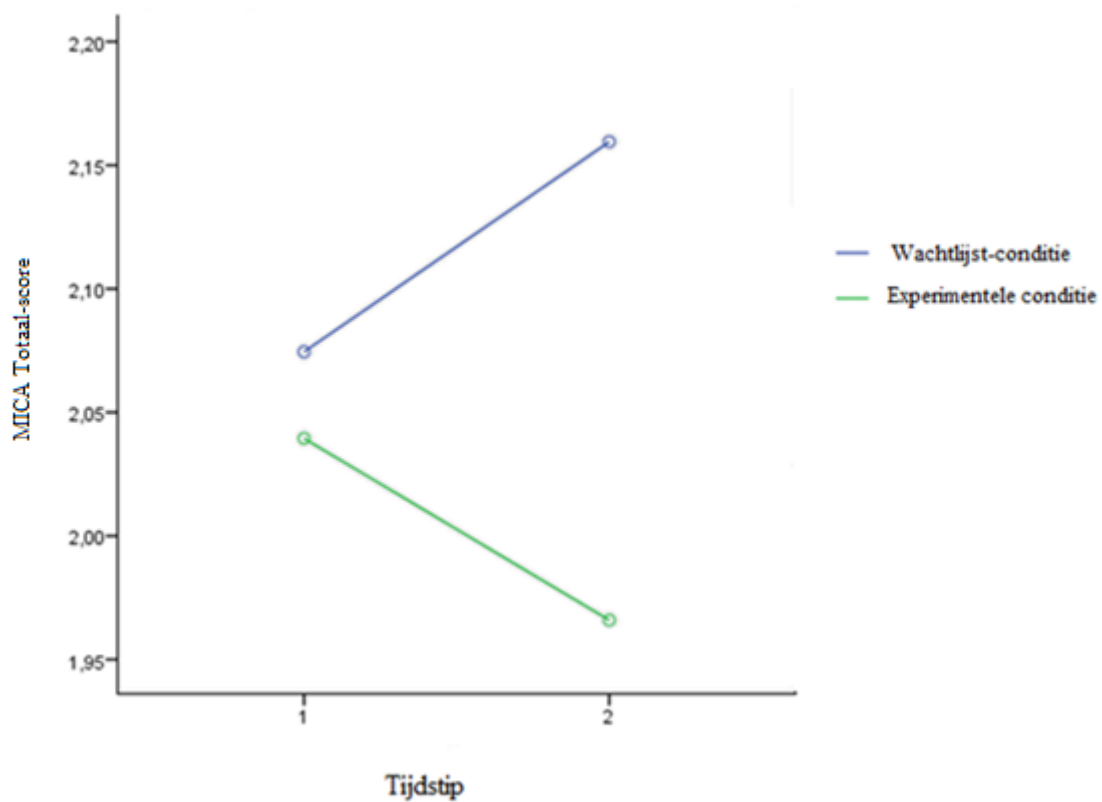
Gemiddelden (*M*) en standaarddeviaties (*SD*) per Big Five persoonlijkheidskenmerk.

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Extraversie	3.65	.64
Openheid	3.43	.62
Neuroticisme	2.38	.50
Consciëntieusheid	3.79	.62
Vriendelijkheid	4.14	.43

Noot. Big Five-score op 5-punts Likertschaal.

Hypothesen met betrekking tot de workshop

De hypothese waarin werd verondersteld dat stigmatisering af zou nemen onder hulpverleners die de workshop 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 $\eta^2=.05$.



Figuur 1. Interactie-effect tussen conditie en tijd op de stigmatiserende attitudes.

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

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 workshop hoger ($M=2.04$, $SD=.39$) dan de gemiddelde score na de interventie ($M=1.97$, $SD=.40$), $t(48)=1.54$, maar dit verschil is niet significant ($p=.13$). Bij de wachtlijst-conditie was de gemiddelde MICA Totaal-score op T1 lager ($M=2.07$, $SD=.41$) dan de gemiddelde score op T2 ($M=2.15$, $SD=.42$), $t(81)=-2.39$, dit verschil is significant ($p=.02$). 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 in de richting zoals die werd voorspeld. De hypothese wordt daarmee deels bevestigd.

Hypothesen met betrekking tot de Big Five persoonlijkheidskenmerken

In Tabel 4 worden de correlaties tussen de persoonlijkheidsfactoren en de MICA Totaal-score weergegeven. Vriendelijkheid, Openheid en Extraversie correleren significant negatief met MICA Totaal. Een hogere mate van één van deze persoonlijkheidstrekken relateert aan minder stigmatiserende attitudes. Neuroticisme vertoont een significante positieve correlatie met MICA Totaal: een hoger niveau van Neuroticisme is geassocieerd met meer stigmatiserende attitudes. Uitsluitend de interactie Extraversie*Openheid hangt marginaal significant samen met stigmatiserende attitudes, $r=-.19$ ($p=.052$). De overige interactievariabelen vertonen geen significant verband: Openheid*Vriendelijkheid $r=-.06$ ($p=.22$), Neuroticisme*Vriendelijkheid $r=-.01$ ($p=.44$).

Tabel 4

Pearson correlaties (r) tussen de Big Five persoonlijkheidskenmerken en de MICA Totaal-score.

	Pearson <i>r</i>
1. Extraversie	-.18**
2. Openheid	-.23**
3. Neuroticisme	.16*
4. Consciëntieusheid	.02
5. Vriendelijkheid	-.35**

Noot. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Om de voorspellende waarden van de persoonlijkheidsfactoren te onderzoeken en te analyseren of Openheid en Vriendelijkheid de sterkste relatie met stigmatiserende attitudes hebben, werd een regressieanalyse verricht. In Tabel 5 worden de voorspellende waarden van de determinanten weergegeven.

Tabel 5

Voorspellende waarden (β) van de Big Five persoonlijkheidskenmerken op de MICA Totaal⁴.

Determinant	β (<i>t</i>)
Extraversie	-.09 (-1.25)
Openheid	-.14 (-1.90)*
Consciëntieusheid	.10 (1.39)
Neuroticisme	.09 (1.24)
Vriendelijkheid	-.30 (-4.07)**
R^2	.17**

Noot. * marginaal significant ($p = .059$), ** $p < .01$, $\beta =$ gestandaardiseerde bèta, $t =$ t-test.

Naar voren komt dat het model een significante voorspeller is van MICA Totaal, $F(5, 186) = 7.41$, $p < .01$. Vriendelijkheid en Openheid blijken de belangrijkste voorspellers te zijn. Vriendelijkheid levert een significante bijdrage: minder stigmatiserende attitudes worden voorspeld door een hogere mate van Vriendelijkheid ($\beta = -.30$, $t = -4.07$, $p < .01$). Dit is in overeenstemming met de eerste hypothese. Openheid laat een trend zien in dezelfde richting: een hoger niveau van Openheid is een marginaal significante voorspeller van minder

⁴ Voorafgaand aan de regressieanalyse werden de Big Five-scores gecentreerd om multicollineariteit te voorkomen.

stigmatiserende attitudes ($\beta=-.14$, $t=-1.90$, $p=.059$). Mogelijk is er sprake van een zwak verband. Een tweede hiërarchische regressieanalyse, die werd uitgevoerd om de toegevoegde voorspellende waarden van de interactie-effecten te onderzoeken, geeft meer duidelijkheid. Op basis van voorgaande analyse en literatuur waarin Openheid en Vriendelijkheid de sterkste relaties vertoonden, werden de onafhankelijke variabelen in twee blokken toegevoegd: (1) Openheid en Vriendelijkheid en (2) Extraversie*Openheid, Openheid*Vriendelijkheid en Neuroticisme*Vriendelijkheid. Op deze manier werd in het tweede blok gecontroleerd voor de effecten van Openheid en Vriendelijkheid. Tabel 6 geeft de voorspellende waarden van de persoonlijkheidsfactoren en interactie-effecten weer op stigmatiserende attitudes. Openheid ($\beta=-.14$, $t=-2.00$, $p<.05$) en Vriendelijkheid ($\beta=-.31$, $t=-4.41$, $p<.01$) blijken beide significante voorspellers van MICA Totaal, $F(2, 189)=15.44$, $p<.01$). Een hogere score op één van beide persoonlijkheidstrekken voorspelt dus minder stigmatiserende attitudes. Dit is opnieuw een bevestiging voor de eerste hypothese en het ondersteunt daarnaast de verwachting met betrekking tot Openheid. Vriendelijkheid en Openheid verklaren samen 14% van de variantie. Het toevoegen van de interactie-effecten in het tweede blok leidt niet tot een significante verbetering van het model ($R^2=.15$, $\Delta R^2=.13$, $F(3,186)= 0.84$, $p=.047$). Hiermee worden de drie hypothesen omtrent de voorspellende waarden van de interactie-effecten op stigmatisering verworpen. De toevoeging van de interactie-effecten verzwakt het hoofdeffect van Openheid op stigmatiserende attitudes ($\beta=-.13$, $t=-1.84$, $p=.07$).

Tabel 6

Voorspellende waarden (β) van Big Five persoonlijkheidsfactoren en interactie-effecten op stigmatiserende attitudes.

Determinant	β (t) Blok 1	β (t) Blok 2
Blok 1		
Openheid	-.14 (-2.00)*	-.13 (-1.84)
Vriendelijkheid	-.31 (-4.41)**	-.32 (-4.43)**
Blok 2		
Extraversie*Openheid		-.06 (-0.91)
Openheid*Vriendelijkheid		-.06 (-0.91)
Neuroticisme*Vriendelijkheid		.03 (0.47)
R^2	.14**	.15
ΔR^2		.13

Noot. * $p<.05$, ** $p<.01$, β = gestandaardiseerde bèta, t = t-test.

Discussie

In deze studie is onderzocht of een destigmatiserende workshop zorgt voor een afname van stigmatiserende attitudes jegens mensen met psychische problematiek door hulpverleners. 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. Daarnaast is onderzocht of persoonlijkheidstrekken en interacties daar tussen, voorspellers zijn van stigmatiserende attitudes jegens mensen met psychische aandoeningen van hulpverleners. Naar voren komt dat met name Vriendelijkheid van betekenis is in het proces van stigmatisering. Openheid toont een zwakke relatie. De clusters van persoonlijkheidsfactoren worden geen van alle in verband gebracht met stigmatiserende attitudes.

Wanneer de ontwikkelingen met betrekking tot de workshop nader bekeken worden, komt naar voren dat de stigmatiserende attitudes van hulpverleners die deelnemen aan de interventie niet betekenisvol afnemen, terwijl deze bij de hulpverleners zonder workshop 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 van twee uur blijkt onvoldoende om negatieve attitudes te beïnvloeden.

Er zijn echter diverse argumenten die nuances in deze bevinding aanbrengen. Allereerst worden in de huidige studie, in tegenstelling tot bevindingen uit andere onderzoeken (e.g., Lauber et al., 2004; Lauber et al., 2006), relatief weinig stigmatiserende attitudes onder hulpverleners gemeten. Hierdoor was er slechts beperkt ruimte voor verbetering (vloereffect). De vraag is echter of er in dit onderzoek überhaupt sprake is van problematische stigmatisering. De doelgroep bestond uit FACT-teams. Daarin zijn ervaringsdeskundigen werkzaam en wordt er gewerkt vanuit een herstelgerichte handelwijze. Het is mogelijk dat men hierdoor meer gericht is op gelijkwaardig contact met mensen met psychische aandoeningen (van Slooten & van Bakkum, 2005). Als men gelooft dat men met deze handelwijze al veel tegen negatieve vooroordelen doet, dan zou de aangeboden workshop voor weinig verandering van attitudes kunnen zorgen (Petty & Krosnick, 1995). Mogelijk zijn de heilzame elementen uit de workshop wel werkzaam bij een doelgroep waarin sprake is van meer stigmatiserende attitudes. In vervolgstudies zou in kaart gebracht kunnen worden in welke doelgroepen dit het geval is. Gedacht kan worden aan maatschappelijk 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 de 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 ongelijk, 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 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. 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). Deze negatieve emoties worden alle in verband gebracht met bevooroordeeling (Bodenhausen et al., 1994; Cowen, Landers & Schaet, 1959; DeSteno et al., 2004; Mackie & Hamilton, 1993). Daarnaast kan de confrontatie met vooroordelen ervoor zorgen dat men deze in sterkere mate gaat hanteren. Uit onderzoek blijkt namelijk dat vooroordelen juist 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.

Een belangrijke vraag die hieruit 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 stigmatiserende attitudes laten zien. Enkel blootstelling aan vragenlijsten omtrent 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 workshop worden aangeboden. Zo zou een controle-conditie enkel educatie kunnen ontvangen of indirect

contact middels een film over mensen met psychische problematiek en stigmatisering aangeboden kunnen worden.

Verder lijkt het van belang om een alternatieve stigmatiseringvragenlijst 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 te lijken (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 impliciete stigmametingen of gedragsobservaties toe te passen en zodoende meer betrouwbare resultaten te verkrijgen.

Dat hulpverleners die vriendelijker in het leven staan minder stigmatiserende attitudes hebben, is in overeenstemming met wat verwacht werd. Openheid speelt in de huidige studie een kleinere rol dan de inhoud van het concept en voorgaande onderzoeken doen vermoeden. Daarin zijn Openheid en Vriendelijkheid namelijk even grote voorspellers (e.g., Brown, 2012; Ekehammar & Akrami, 2003). Mogelijk wordt het minder sterke verband tussen Openheid en stigmatisering in het huidige onderzoek verklaard door de aard van de ingezette persoonlijkheidsvragenlijst. Volgens McAbee en Oswald (2013) bevat de Openheid-schaal van de MINI-Markers vooral items die betrekking hebben op het intellectuele aspect van Openheid en wordt er minder gevraagd naar andere facetten van het persoonlijkheidskenmerk. In hun studie naar de relaties tussen onderliggende facetten van Big Five persoonlijkheidsfactoren en vooroordelen, vinden Ekehammar en Akrami (2007) dat juist deze intellectuele oriëntatie niet gerelateerd is aan vooroordelen. Het gebruik van andere, meer uitgebreide meetinstrumenten, heeft in voorgaande studies naar de rol van Openheid wellicht tot sterkere relaties geleid.

Opvallend, en tegengesteld aan de verwachtingen, is dat clusters van persoonlijkheidskenmerken niet bijdragen aan het verklaringsmodel van onderlinge

verschillen in stigmatiserende attitudes jegens mensen met psychische aandoeningen. Deze wederzijdse beïnvloeding wordt wel gevonden in studies naar bijvoorbeeld de invloed van persoonlijkheidsclusters op stress en coping (Grant & Langan-Fox, 2006; Vollrath & Torgerson, 2000), het ervaren van sociale steun (Swickert, Hittner & Foster, 2010) en emotioneel welzijn (Zhang & Tsingan, 2014). Ander onderzoek toont echter aan dat persoonlijkheidsclusters over het algemeen een lagere voorspellende waarde hebben dan afzonderlijke persoonlijkheidsfactoren (Asendorpf, 2003; Ashton & Lee, 2009; Costa, Herbst, McCrae, Samuels & Ozer, 2002), onder andere in het proces van bevoordeling. Ekehammar en Akrami (2003) rapporteren dat het toevoegen van persoonlijkheidskenmerken aan persoonlijkheidstypes zorgt voor een belangrijke bijdrage aan het voorspellen van vooroordelen, terwijl de adjunctie van persoonlijkheidstypes niets toevoegt aan wat al werd voorspeld door de afzonderlijke persoonlijkheidsfactoren. Mogelijk worden stigmatiserende attitudes beter voorspeld door afzonderlijke persoonlijkheidskenmerken, waarmee de nomothetische benadering, in vergelijking met de idiografische benadering, beter van toepassing is op het proces van stigmatiseren. De huidige studie ondersteunt deze gedachtegang.

Hoewel persoonlijkheid, middels Vriendelijkheid en Openheid, gerelateerd lijkt te zijn aan stigmatiserende attitudes tegenover mensen met psychische aandoeningen, dient deze relatie kritisch beschouwd te worden. Vriendelijkheid en Openheid verklaren namelijk een relatief klein gedeelte van de variantie in stigmatiserende attitudes. In vervolgonderzoek zou daarom aandacht besteed kunnen worden aan factoren die mogelijk van grotere betekenis zijn.

Geconcludeerd kan worden dat de workshop in het huidige onderzoek geen effect heeft op stigmatiserende attitudes. Mogelijk genereert de workshop wel effect wanneer deze geïmplementeerd wordt in meer stigmatiserende groepen. Verbetering in Nederlandstalige stigmavragenlijsten is daarbij gewenst. Aangezien de wachtlijst-conditie in het huidige onderzoek een toename in stigmatiserende attitudes in de hand heeft gewerkt, dient in vervolgonderzoek voorzichtig omgegaan te worden met het gebruik van niet-experimentele groepen. De vraag resteert hoe het mogelijk is dat stigmatisering ervaren wordt door mensen met psychische aandoeningen, maar dat dit niet wordt teruggevonden wanneer hulpverleners bevraagd worden op hun (mogelijke stigmatiserende) attitude. Een antwoord op deze vraag zou richting kunnen geven aan vervolgonderzoek.

Referentias

- Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. J., & Sanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality*. Oxford, England: Harpers.
- Allport, G. W. (1954) (Ed.). *The nature of prejudice*. Oxford, England: Addison-Wesley.
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 163–179.
- Arikan, K. (2005). A stigmatizing attitude towards psychiatric illnesses is associated with narcissistic personality traits. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *42*, 248-250.
- Asendorpf, J. B. (2003). Head-to-head comparison of the predictive validity of personality types and dimensions. *European Journal of Personality*, *17*, 327-346.
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2009). An investigation of personality types within the HEXACO personality framework. *Journal of Individual Differences*, *30*, 181-187.
- 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.
- Bower, D. L., & Pettit, G. (2001). The Albuquerque police department's crisis intervention team: A report card. *FBI Law Enforcement Bulletin*, *70*, 1–6.
- Brown, S. A. (2012). The contribution of previous contact and personality traits to severe mental illness stigma. *American Journal of Psychiatric Rehabilitations*, *15*, 274-289.
- Brunstein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 1061-1070.
- Caligiuri, P. M. (2000). Selecting expatriates for personality characteristics: A moderating effect of personality on the relationship between host national contact and cross cultural adjustment. *Management International Review*, *40*, 61-80.
- Carlo, G., Okun, M. A., Knight, G. & de Guzman, M. R. T. (2005). The interplay of traits and motives on volunteering: Agreeableness, extraversion and prosocial value motivation. *Personality and Individual Differences*, *38*, 1293-1305.
- Cialdini, R. B., & Goldstein, N. J. (2004). Social influence: Compliance and conformity. *Annual Review of Psychology*, *55*, 591-621.
- Cialdini, R. B., & Trost, M. R. (1998). Social influence: Social norms, conformity and compliance. In Gilbert, D. T., Fiske, S. T. & Lindzey, G. (Eds.) *The Handbook of Social Psychology*, 4th Edition (pp.151–192). Boston: McGraw-Hill.

- 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. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, *59*, 614-625.
- 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.
- Costa, P. T., Herbst, J. H., McCrae, R. R., Samuels, J., & Ozer, D. J. (2002). The replicability and utility of three personality types. *European Journal of Personality*, *16*, 73-87.
- Costa, P. T., McCrae, R. R., & Dye, D. A. (1991). Facet scales for agreeableness and conscientiousness: A revision of the NEO personality inventory. *Personality and Individual Differences*, *12*, 887-898.
- 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.
- Crandall, C. C., & Stangor, C. (2005). Conformity and prejudice. In Dovidio, J. F., Glick, P. & Budman, L. A. (Eds.). *On the nature of prejudice. Fifty years after Allport* (pp. 295-309). MA, USA: Blackwell Publishing.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, *177*, 4-7.
- de Graaf, R., ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). The Netherlands mental health survey and incidence study-2 (NEMESIS-2): Design and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *19*, 125-141.
- de Ridder, D., Kuijper, 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.
- De Young, C. G., Peterson J. B. & Higgins, D. M. (2002). Higher-order factors of the big five predict conformity: Are there neuroses of health? *Personality and Individual Differences*

- Differences*, 33, 533-552.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440.
- Dinos, S., Stevens, S., Serfaty, M., Weich S. & King, M. (2004). Stigma: The feelings and experiences of 46 people with mental illness. Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 184, 176-181.
- Ekehammar B. & Akrami N. (2003). The relation between personality and prejudice: A variable- and a person-centered approach. *European Journal of Personality*, 17, 449-464.
- Ekehammar, B., Akrami, N., Gylje, M. & Zakrisson, I. (2004). What matters most to prejudice: Big Five personality, social dominance orientation, or right-wing authoritarianism? *European Journal of Personality*, 18, 463-482.
- Elliot, A. J., & Thrash, T. M. (2002). Approach-avoidance motivation in personality: Approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 804-818.
- Epstein, S. (1994). Trait theory as personality theory: Can a part be as great as the whole? *Psychological Inquiry*, 5, 120-122.
- Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual Review of Psychology*, 54, 297-327.
- Flynn, F. J. (2005). Having an open mind: The impact of openness to experiences on interracial attitudes and impression formation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 816-826.
- Friedrich, B., Evans-Lacko, S., London, J., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2013). Anti-stigma training for medical students: The education not discrimination project. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 89-94
- Gabbidon, J., Clement, S., van Nieuwenhuizen, A., Kassam, A., Brohan, E., Norman, I., & Thornicroft, G. (2013). Mental Illness: Clinicians' Attitudes (MICA) Scale. Psychometric properties of a version for healthcare students and professionals. *Psychiatry research*, 206, 81-87.
- Gallego, A. & Pardon-Prado, S. (2013). The Big Five personality traits and attitudes towards immigrants. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 40, 79-99.
- Grant, S. & Langan-Fox, J. (2006). Occupational stress, coping and strain: The combined/ interactive effect of the big five traits. *Personality and Individual Differences*, 41, 719-732.

- Gras, L. M., Swart, M., Slooff, C. J., van Weeghel, J., Kneegtering, 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.
- Graziano, W. G., & Tobin, R. M. (2009). Agreeableness. In Leary, M. R. & Hoyle, R. H. (Eds.). *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 46–61). New York, NY: Guilford.
- 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.
- Jackson J. W. & Poulsen, J. R. (2005). Contact experiences mediate the relationship between five-factor personality traits and ethnic prejudice. *Journal of Applied Social Psychology*, *35*, 667-685.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of personality: Theory and research*, *2*, 102-138.
- 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 via op: <http://www.samensterkzonderstigma.nl/over-stigma/kennisbank>, geraadpleegd op 2 juni 2015.
- Kuijer, 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.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunscheig, C. & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 51-59.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*, 363-385.
- Mackie, D. M., & Hamilton, D. L. (Eds.). (2014). *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.

- McAbee, S. T. & Oswald, F. L. (2013). The criterion-related validity of personality measures for predicting GPA: A meta-analytic validity competition. *Psychological Assessment*, 25, 532-544.
- McCrae, R. R. (1996). Social consequences of experiential openness. *Psychological bulletin*, 120, 323-337.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- McCrae, R.R & Sutin, A. R. (2009). Openness to Experience. In Leary, M. R. & Hoyle, R. H. (Eds.). *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 257-273). New York, NY: Guilford.
- Musek, J. (2007). A general factor of personality: Evidence for the big one in the five-factor model. *Journal of Research in Personality*, 41, 1213-1233.
- Ode, S. & Robinson, M. D. (2009). Can agreeableness turn gray skies blue? A role for agreeableness in moderating neuroticism-linked dysphoria. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28, 436-462.
- Ode, S., Robinson, M. D., & Wilkowski, B. M. (2008). Can one's temper be cooled? A role for agreeableness in moderating neuroticism's influence on anger and aggression. *Journal of Research in Personality*, 42, 295-311.
- Palmer, C. L. (2014). *The prejudiced personality? Using the big five to predict susceptibility to stereotyping behavior*. Paper gepresenteerd op de jaarlijkse bijeenkomst van de American Political Science Association (APSA), Washington. Verkregen via <http://ssrn.com/abstract=2455759>.
- Petty, R. E., & Krosnick, J. A. (1995) (Eds.). *Attitude strength, antecedents and consequences*. New York: Psychology Press.
- Phelan, J. C., Link, B. G. & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science and Medicine*, 67, 358-367.
- 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.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts,

- consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20, 52-539.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19, 137-155.
- Sibley, C. G. & Duckitt, J. (2008). Personality and prejudice: A meta-analysis and theoretical review. *Personality and Social Psychology Review*, 12, 248-279.
- Smith, E. R., & Mackie, D. M. (2007). *Social Psychology* (3rd ed.). New York: Taylor & Francis Group.
- Straus, J. P., Connerly, M. L. & Ammermann, P. A. (2003). The “threat hypothesis”, personality and attitudes towards diversity. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 39, 32-52.
- Struber, J., Meyer, I. & Link, B. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science and Medicine*, 67, 351-357.
- Stuart, H. L., Arboleda-Florez, J. & Sartorius, N. (2012). *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned*. New York: Oxford University Press.
- Swickert, R. J., Hittner, J. B. & Foster, A. (2010). Big Five traits interact to predict perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 48, 736-741.
- Terracciano, A., & Costa, P. T. (2004). Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction*, 99, 472-481.
- Thompson, E. R. (2008). Development and validation of an international English big-five mini-markers. *Personality and Individual Differences*, 45, 542-548.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned. Discrimination against people with mental illness*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Tupes, E. C., Christal, R. E. (1961) . Recurrent personality factors based on trait ratings. *Journal of Personality*, 60, 225-251.
- van Slooten, J. D. F., & van Bakkum, C. A. J. (2005). Ervaringsdeskundigheid in ACT: De winst en weerstand. In C. L. Mulder en H. Kroon (Eds.). *Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen* (pp.129-147). Nijmegen: Cure and Care Publishers.
- Verhaege, M. (2008). *Stigma, een wereld van verschil? Een sociologische studie naar stigma-ervaringen in de geestelijke gezondheidszorg* (Proefschrift). Universiteit Gent. Verkregen via http://www.canonsociaalwerk.eu/1971_stigma_VL/2008%20Verhaeghe%20stigma%0wereld%20van%20verschil.pdf, geraadpleegd op 2 juni 2015.
- Vollrath, M. & Torgerson, S. (2000). Personality types and coping. *Personality and*

- Individual Differences*, 29, 367-378.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478.
- Walker, R., & Jussim, L. (2002). Do people lie to appear unprejudiced? *The Rutgers Scholar*, 4, 1-19
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological bulletin*, 96, 465-490.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34–52.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64, 1524-1535.
- Zhang, R. P., & Tsingan, L. (2014). Extraversion and neuroticism mediate associations between openness, conscientiousness, and agreeableness and affective well being. *Journal of Happiness Studies*, 15, 1377-1388.

Bijlagen

Bijlage 1 – Briefing/Informed Consent

Bijlage 1a – Informatie voor hulpverleners in de 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 workshop! 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.

De teams 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 workshop 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 die de workshop volgen

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 groepsgesprek 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 1c – Informatie voor hulpverleners in de 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 workshop! 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 groeps gesprek 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.

De teams 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 voor participanten die deelnemen aan het onderzoek

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 watdoeijtraining@gmail.com.

Hartelijk dank voor uw deelname!

Bijlage 3 – De volledige 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	Ompolen
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	Ompolen
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	Ompolen
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	Ompolen

	<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>
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	Ompolen
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	Ompolen
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	Ompolen
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	

	<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>
11. Het is belangrijk dat iedere professional in de gezondheidszorg ook een inschatting maakt van de somatische gezondheid van mensen met een psychische aandoening.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	
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	Ompolen
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	Ompolen

	<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>
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	Ompolen
16. Als een collega mij zou vertellen dat hij/zij een psychische aandoening heeft, zou ik nog steeds met diegene willen werken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MICA	
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	Ompolen
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	Ompolen
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	Ompolen
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	

	<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>
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	Ompolen
23. Ik denk dat de meeste cliënten met een psychische aandoening zelf in staat zijn om beslissingen te maken met betrekking tot medicijngebruik en behandeling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	
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	Ompolen 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	Ompolen
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	

	<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>
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	Ompolen
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 psychische aandoening, ook al is deze aandoening onder controle, met mijn kinderen werkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aanvullende vragenlijst stigma	Ompolen
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	Ompolen
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	

	<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>
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	Ompolen
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	Ompolen
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	Ompolen
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	Ompolen
38. Psychische aandoeningen zijn eigenlijk niet meer dan een variant van wat normaal is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schomerus Item Continuüm denken	Ompolen
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	Ompolen
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	Ompolen

	<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>
42. Het is gemakkelijker om je in te leven in angst gerelateerde 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	Ompolen
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	Ompolen
46. Mensen die enkele psychotische symptomen ervaren, zijn niet noodzakelijk mentaal ziek.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CBQ	Ompolen
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	Ompolen
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	Ompolen

Dit laatste deel van de vragenlijst bevat een aantal kenmerken waarmee u zichzelf kunt beschrijven. Beschrijf uzelf zoals u zichzelf op dit moment ziet en niet zoals u eigenlijk zou willen zijn. In hoeverre zou u zichzelf omschrijven als (...)

	<i>Helemaal niet op mij van toepassing</i>	<i>Een beetje op mij van toepassing</i>	<i>Tamelijk op mij van toepassing</i>	<i>Goed op mij van toepassing</i>	<i>Heel goed op mij van toepassing</i>	<i>Gebruikte vragenlijst</i>	<i>Extra</i>
49. Verlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Extraversie	Ompolen
50. Spraakzaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Extraversie	
51. Energiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Extraversie	
52. Stil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Extraversie	Ompolen
53. Extravert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Extraversie	
54. Gemakkelijk in de omgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Extraversie	
55. Terughoudend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Extraversie	Ompolen
56. Zwijgzaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Extraversie	Ompolen
57. Creatief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Openheid	
58. Intellectueel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Openheid	
59. Fantasieloos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Openheid	Ompolen

60. Kunstzinnig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Openheid	
61. Intelligent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Openheid	
62. Filosofisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Openheid	
63. Diepzinnig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Openheid	
64. Niet creatief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Openheid	Ompolen
65. Afgunstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Neuroticisme	
66. Emotioneel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Neuroticisme	
67. Angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Neuroticisme	
68. Onbezorgd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Neuroticisme	Ompolen
69. Jaloers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Neuroticisme	
70. Welgezind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Neuroticisme	Ompolen
71. Humeurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Neuroticisme	
72. Niet angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Neuroticisme	Ompolen
73. Efficiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Consciëntieusheid	
74. Ongeorganiseerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Consciëntieusheid	Ompolen
75. Achteloos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Consciëntieusheid	Ompolen
76. Slordig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Consciëntieusheid	Ompolen

77. Netjes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Consciëntieusheid	
78. Inefficiënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Consciëntieusheid	Ompolen
79. Systematisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Consciëntieusheid	
80. Georganiseerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Consciëntieusheid	
81. Aardig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Vriendelijkheid	
82. Sympathiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Vriendelijkheid	
83. Hard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Vriendelijkheid	
84. Coöperatief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Vriendelijkheid	
85. Onaardig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Vriendelijkheid	Ompolen
86. Hartelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Vriendelijkheid	
87. Onbeleefd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Vriendelijkheid	Ompolen
88. Ondoordacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persoonlijkheid Vriendelijkheid	Ompolen

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. Onderzoek hiernaar is van belang, omdat veel cliënten zich niet serieus genomen voelen, zij niet als volwaardige burger gezien worden en zij zich niet begrepen voelen. Dit gevoel ontstaat mede doordat de algemeen heersende opinie in Nederland (en ook in veel andere landen) is, dat mensen met een psychische aandoening “gevaarlijk, onbetrouwbaar en onaangenaam” zijn.

Ook in de hulpverlening blijkt deze mening te heersen. De stichting Wat Doe Jij (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 stigma inderdaad 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 workshop of hieraan binnenkort plezier zult beleven. Mocht u geïnteresseerd zijn in de resultaten van het onderzoek, dan kunt u een email sturen naar watdoejijtraining@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 liever niet wilt dat uw gegevens gebruikt worden voor het onderzoek, dan kunt u een email sturen naar watdoejijtraining@gmail.com met daarin uw geboortedatum en het team waarin u werkzaam bent, 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 zou willen aan geven wat de reden is van uw terugtrekking. Opgaaf van reden is echter niet verplicht.

Bijlage 5 – Protocol van de workshop

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'⁵ (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.

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

⁵ 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).

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 Goei, 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 Goei 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; Evans-Lacko, Brohan, Mojtabai & Thornicroft 2012). 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 workshop met elkaar geanalyseerd om te onderzoeken of er een afname in stigma 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 Goei, 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 via <http://www.trimbos.nl/~media/Files/Gratis%20downloads/AF0646%2010760%20TB%20Stigma%20Goed%20in%20beeld.ashx>, geraadpleegd op 25 juni 2015.
- 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 – Manipulatiecheck

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

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 van de workshop

Totaal te behalen punten:	Behaalde score:
22	...