

Diagnose of dialoog?

Het effect van een destigmatiserende workshop op stigmatiserende attitudes van hulpverleners en de invloed van leeftijd en werkervaring.

H. Wierenga (3388565)

Thesis in het kader van de Master Klinische en Gezondheidspsychologie

Cursuscode: 201100346

Universiteit Utrecht, 23 december 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 stigmatiserende attitudes van mensen met psychische problematiek verminderde in de workshopconditie ten opzichte van de wachtlijst-conditie. Daarnaast werd onderzocht welke invloed leeftijd en werkervaring op stigmatiserende attitudes en sociale afstand hadden. Er werd een gecontroleerd experimenteel onderzoek uitgevoerd waaraan 202 hulpverleners deelnamen. In beide condities vond een voor- en nameting plaats van stigmatiserende attitudes (MICA). Een interactie-effect is 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 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. Gebleken is dat leeftijd en werkervaring geen invloed uitoefenen op stigmatiserende attitudes en sociale afstand. Ook is geen samenhang gevonden tussen deze variabelen. Vanwege de vele tegenstrijdigheden omtrent leeftijd en stigmatiserende attitudes, kan mogelijk gesteld worden dat niet leeftijd onderwerp van vervolgonderzoek zou moeten zijn, maar een mogelijke stijging van stigmatiserende attitudes in de afgelopen jaren en de oorzaken daarvan. 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 doelgroepen die meer stigmatiseren en de ontwikkeling van alternatieve meetinstrumenten omtrent stigmatisering. Tot slot dient bij vervolgonderzoek voorzichtig omgegaan te worden met niet-experimentele groepen.

Abstract

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, the relationship between age, work experience on stigmatizing attitudes and social distance 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). 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. The results also demonstrate that age and work experience are no predictors of stigmatizing attitudes and social distance. Nor are there any links between the variables. Due to the many contradictory findings around age and stigmatizing attitudes, maybe age should not be subject to investigation, but increasing stigmatizing attitudes in the past years and its causes should be. 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 wel eens 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?

.....

Ruim een jaar geleden raakte ik in gesprek met Iris Kleine Schaars over het onderwerp stigma in de geestelijke gezondheidszorg. Na een aantal maanden oriënteren, met meerdere mensen en instanties praten en meerdere wendingen in de richting van het onderzoek, was het zo ver dat we ons met de workshops en dataverzameling bezig konden gaan houden. Inmiddels hadden we ons team uitgebreid met Elise de Glint en Hanneke Hoogedoorn. Met ons vieren hebben we een fijne samenwerking gehad en hard gewerkt om een zo goed mogelijk onderzoek uit te voeren. Er zijn momenten geweest waarop ik dacht dat het ons nooit zou lukken, maar uiteindelijk is hier toch het moment dat ook ik, met trots mijn thesis kan presenteren.

Dit alles was nooit gelukt zonder de fijne begeleiding vanuit de Universiteit door Henk Schut, die met zijn humor, kritische blik en hart voor onderzoek ervoor zorgde dat we het onderste uit de kan haalden en letterlijk alles wat we schreven als ook de workshop en de literatuur onder de loep (lees: microscoop) namen. Ook was het niet gelukt zonder de begeleiding van Kim Helmus van de stichting Wat Doe Jij? die ons keer op keer weer enthousiasmeerde en ons in liet zien hoe belangrijk dit onderzoek en het bestrijden van stigma is. Daarnaast wil ik Iris, Elise, Hanneke en José de Jager bedanken voor de fijne samenwerking, het meedenken en de feedback op mijn deelhypothese. Ook Merijn, Pieter, Pauline, Peter en Mien wil ik bedanken voor het meedenken over mijn thesis.

Tot slot wil ik graag Sjoerd Reiche bedanken voor zijn niet aflatende steun en vertrouwen in mij gedurende het afgelopen bewogen en soms moeilijke anderhalf jaar.

Last but not least wil ik alle hulpverleners en cliënten van Altrecht, Arkin, GGZ NHN, GGZ Drenthe en GGZ-in Geest bedanken voor hun waardevolle bijdragen aan de workshops en hun medewerking aan ons onderzoek.

Hansje Wierenga

Utrecht, december 2015

Inhoud

Samenvatting	2
Abstract	3
Voorwoord.....	4
Inleiding	6
Methoden	11
Participanten	11
Design	12
Procedure.....	12
Materialen.....	13
De workshop	13
Stigmatisering	13
Sociale Afstand	14
Statistische analyses	14
Resultaten	16
Hypothese met betrekking tot de workshop	16
Hypothesen met betrekking tot leeftijd, werkervaring en sociale afstand.	18
Correlaties.....	18
Regressie analyses.....	18
Discussie	19
Referentielijst	24
Bijlagen	34

Inleiding

Mensen met psychische aandoeningen zijn regelmatig slachtoffer van stigmatisering (Dinos, Stevens, Serfaty, Weich & King, 2004; Rüscher, Angermeyer & Corrigan, 2005).

Stigmatisering is een proces waarbij een groep mensen, op basis van één kenmerk, negatief gelabeld en veroordeeld wordt, waardoor discriminatie en ongelijkheid ontstaat. Dit proces lijkt alleen mogelijk te zijn wanneer er sprake is van een machtsverschil tussen de mensen die het negatieve label wel en de mensen die het label niet hebben (Link & Phelan, 2001; Stuart, Arboleda-Flórez & Sartorius, 2012; Yang et al., 2007). Het label dat gekoppeld wordt aan een groep houdt nauwelijks rekening met onderlinge variatie waardoor negatieve kenmerken gemakkelijk worden toegeschreven aan *alle* leden van die groep, hierdoor worden zij negatief be(voor)oordeeld (Link & Phelan, 2001). Psychiatrische patiënten worden hierdoor vaak gezien als gevaarlijk, onvoorspelbaar, incompetent en verantwoordelijk voor hun toestand (Angermeyer & Dietrich, 2006; Hayward & Bright, 1997; Plooy & Boon, 2008; Thornicroft, 2006). Een onderdeel van stigmatisering is sociale afstand. Hiermee wordt bedoeld de bereidheid om met mensen samen te leven in bepaalde relaties (Link, Yang, Phelan & Collins, 2004; Park, 1924). Deze bereidheid is ten opzichte van mensen met psychische aandoeningen laag (Link et al., 2004).

Dergelijke labels kunnen negatieve gevolgen hebben voor mensen met psychische aandoeningen, zij durven hierdoor bijvoorbeeld geen werk te zoeken, opleiding te beginnen, intieme relatie aan te gaan of professionele hulp te zoeken (Corrigan, 2004; Plooy & van Weeghel, 2009). Zij ervaren minderwaardigheidsgevoelens en schaamte (Verhaeghe, 2008), afstand in sociale interactie (Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross & Rössler, 2004) en een verminderde kwaliteit van leven (Wahl, 1999).

Opvallend is dat hulpverleners in gelijke mate lijken te stigmatiseren als mensen die niet in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) werkzaam zijn (Schulze, 2007). Hiervoor is tot het begin van de 21e eeuw weinig aandacht geweest (Lauber, Diebold & Rössler, 2001). Dit is merkwaardig, omdat met name hulpverleners een grote invloed uitoefenen op cliënten met een psychische stoornis (Bandura, 1997). Zij hebben een belangrijke positie in de behandeling en het herstelproces van de cliënten en hun houding kan van groot belang zijn voor de uitkomst van een behandeling (Holmqvist, 2000). Veel cliënten voelen zich gestigmatiseerd door hun hulpverlener (Plooy & Van Weeghel, 2009; Stuart et al., 2012) en zien dit als een groter probleem dan de aandoening zelf (Hayward & Bright, 1997; Thornicroft, 2006). Juist om die redenen is het van belang om de focus te leggen op de stigmatiserende attitudes van hulpverleners en deze te verminderen.

Tot enkele jaren geleden bestond consensus over het idee dat stigmatisering het best door middel van grote campagnes gericht op een algemeen publiek bestreden kon worden (Schulze, 2007). Uit de meta-analyses van Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz en Rüsç (2012) en Couture en Penn (2003) bleek echter dat van drie methoden (protest-interventies, educatie-interventies en contact-interventies), contact-interventies (onderling contact tussen de groep met en de groep zonder het stigma) het best werken. Ook educatie-interventies (voorlichting geven over psychische aandoeningen en stigma) lieten gemiddelde effecten zien. Protest-interventies (hard optreden tegen stigma) bleken niet effectief en soms zelfs contraproductief in het verminderen van stigma (Corrigan et al., 2012; Couture & Penn, 2003).

Aangezien contact-interventies het best lijken te werken om stigmatisering te verminderen, richt deze studie zich op het effect van een contact-interventie workshop, die gebaseerd is op de contacttheorie van Allport (1954). In deze theorie wordt beschreven dat men vooroordelen het best kan verminderen door middel van contact tussen minder- en meerderheidsgroepen. In dit geval zal contact gestimuleerd worden tussen mensen met een psychische aandoening en hulpverleners. Daarnaast zal in de workshop gebruik gemaakt worden van een educatief aspect, waardoor de twee meest effectieve methoden gecombineerd worden.

De hoofdhypothese van dit onderzoek is dan ook: *De workshop gebaseerd op contact, leidt tot een afname van stigmatisering bij hulpverleners die de workshop bijwonen vergeleken met hulpverleners die deze niet volgen.*

Hiernaast is het van belang om te onderzoeken of de mate van stigmatisering verschilt voor verschillende leeftijdsgroepen en dus of de workshop voor bepaalde doelgroepen van groter belang is. Stigmatisering lijkt op alle leeftijden voor te komen (Aboud, 1988; Clark & Clark, 1947; Phelan & Link, 2004).

Oudere mensen scoren echter minder hoog op de persoonlijkheidstrekken 'openheid voor ervaringen' en 'extraversie' van de BIG 5, die beiden samenhangen met minder stigmatiserende attitudes (Srivastava, John, Gosling, & Potter, 2003). Hierdoor zouden oudere mensen (boven de 50 jaar) mogelijk meer stigmatiseren dan jongere mensen (onder de 50 jaar). Deze vermindering van de persoonlijkheidstrek 'openheid voor ervaringen' wordt mogelijk veroorzaakt door de verhoogde behoefte aan voorspelbaarheid en verminderde interesse in nieuwe mensen in de omgeving, zo stelt de 'socio-emotional selectivity hypothesis' (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999). Oudere mensen hebben door deze hang naar voorspelbaarheid ook een meer rechtse conservatieve houding, die in verband gebracht wordt met meer vooroordelen (Cornelis, Van Hiel, Roets & Kossowska, 2009; Truett, 1993). Daarnaast kunnen, doordat ouderen verslechterde cognitieve functies hebben, automatische

vooroordelen minder geïnhibeerd worden, waardoor het lijkt alsof zij meer vooroordelen hebben (Gonsalkorale, Sherman, Klauer, 2009; Radvansky, Copeland, von Hippel 2010; Stewart, von Hippel & Radvansky, 2009). Andersom zijn jongere mensen dus opener en extravanter dan ouderen. Daarnaast zijn zij opgegroeid toen de dehospitalisatie al had plaatsgevonden waardoor psychische aandoeningen meer ‘alledaags’ waren en hulp zoeken bij mentale aandoeningen meer wijdverbreid en geaccepteerd was (Kessler & Zhao, 1999; Klerman, 1979; Regier et al., 1993; Veroff, Kulka & Douvan, 1981). Tot slot is er tegenwoordig meer kennis over psychische aandoeningen (Schomerus et al., 2012). Door deze theorieën en ontwikkelingen kan verwacht worden dat jongere mensen minder stigmatiseren en oudere mensen meer.

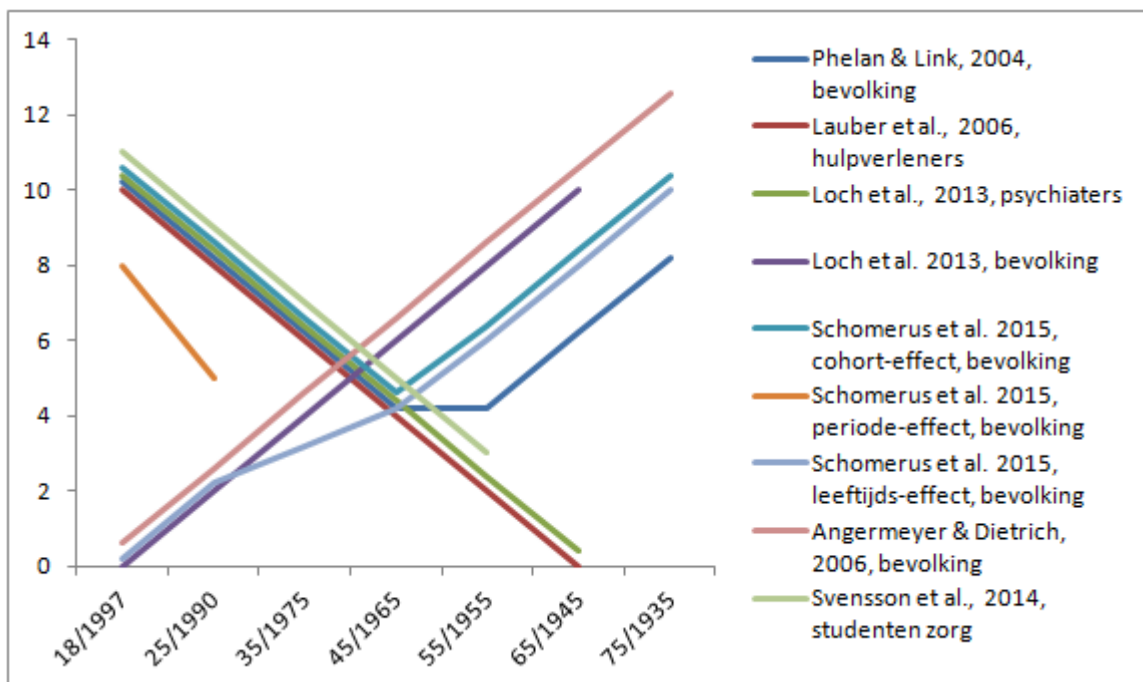
Een tegenstrijdige bevinding vanuit de voorgenoemde persoonlijkheidstheorie is echter dat oudere mensen doorgaans ook in het bezit zijn van een hogere mate van de persoonlijkheidstrekketrek ‘vriendelijkheid’ van de BIG 5 dan jongere mensen (Srivastava et al., 2003). Deze vriendelijkheid neemt toe gedurende de levensloop (Roberts, Walton, & Viechtbauer, 2006) en wordt veelal geassocieerd met minder stigmatiserende attitudes (e.g., Ekehammar & Akrami, 2003; Ekehammar, Akrami, Gylje & Zakrissen, 2004; Sibley & Duckitt, 2008). De socio-emotional selectivity hypothesis verklaart dat men op hogere leeftijd wil investeren in de reeds opgebouwde relaties, wat resulteert in een hogere mate van vriendelijkheid (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999). Daarnaast kan persoonlijkheid, afhankelijk van welke sociale rol men op dat moment vervult, veranderen. Zo is vriendelijkheid het meest geassocieerd met partnerschap en kinderen krijgen en verzorgen (Graziano & Eisenberg, 1997; John & Srivastava, 1999). Deze rollen zijn meer aanwezig onder oudere mensen. Tot slot kunnen zij hun emoties beter reguleren, waardoor ze minder heftige negatieve emoties ervaren en minder negatief (ver)oordelen (Gross et al., 1997). Door de toegenomen beschikbaarheid van informatie in de media en op internet, komen jongere mensen al op jonge leeftijd in aanraking met psychische aandoeningen en het concept stigma. Dit leidt niet enkel tot meer kennis en acceptatie, aangezien media, films en internet voornamelijk een negatief beeld lijken te schetsen van mensen met psychische aandoeningen (e.g. Hallam, 2002; Huang & Priebe, 2003). De impact hiervan is groot, en schijnt sterker te zijn dan het hebben van persoonlijke ervaringen met mensen met psychische aandoeningen (Byrne, 1999; Philo, 1996). Daarnaast vindt deze kennismaking met psychische aandoeningen veelal plaats zonder gelijkwaardig contact met en/of educatie over mensen met een psychische aandoening, wat vergelijkbaar is met de eerder genoemde contraproductieve protest-interventies (Corrigan et al., 2012; Couture & Penn, 2003). Door voorgenoemde

theorieën kan onder oudere mensen een minder negatieve houding ontstaan en onder jongere mensen juist het tegenovergestelde.

Eenduidigheid bestaat dus niet in theorieën over verschillende leeftijdsgroepen en ook bestaande onderzoeken naar stigmatisering en leeftijd geven geen eenduidig beeld (zie Figuur 1). De meeste onderzoeken onder de algemene bevolking naar attitudes en sociale afstand ten opzichte van mensen met psychische aandoeningen, tonen aan dat mensen op hogere leeftijd meer negatieve attitudes en sociale afstand hebben (Angermeyer & Dietrich, 2006; Loch et al., 2013; Schomerus, Van der Auwera, Matschinger, Baumeister & Angermeyer, 2015).

Oudere psychiaters, studenten in de zorg en hulpverleners daarentegen bleken juist minder negatief te stereotyperen en te stigmatiseren dan hun jongere collega's (Lauber, Nordt, Braunschweig & Rössler, 2006; Loch et al., 2013; Svensson et al., 2014).

Ondanks bovenstaande tegenstrijdigheden zijn er ook overeenkomsten. Zo wijzen de onderzoeken die zich enkel op *hulpverleners* focussen in de richting van minder stigmatisering op hogere leeftijd, terwijl de onderzoeken onder de *algemene bevolking* juist het tegengestelde lijken te suggereren. Ook valt het op dat 'sociale afstand' hoger is onder oudere mensen, terwijl 'negatieve attitudes' of 'vooroordelen' juist lager zijn onder oudere mensen. Sociale afstand heeft mogelijk te maken met het feit dat ouderen überhaupt minder contact willen met nieuwe mensen in hun omgeving, zoals de socio-emotional selectivity hypothesis beweert.



Figuur 1. Verscheidene studies en hun bevindingen met betrekking tot leeftijd, cohort en stigmatisering. Horizontaal: leeftijd / geboortecohort, Verticaal: mate van stigmatisering.

Op basis van voorgaande onderzoeken en theorieën lijken de volgende hypothesen het meest aannemelijk:

- Oudere hulpverleners stigmatiseren minder dan jongere hulpverleners.

- Oudere hulpverleners hebben meer sociale afstand dan jongere hulpverleners.

Daarnaast kan verwacht worden dat deze lagere mate van stigmatisering onder oudere hulpverleners verklaard wordt doordat zij meer contact hebben (gehad) met mensen met psychische aandoeningen (Allport, 1954), dan hun jongere collega's. Dat zou het verschil in uitkomsten tussen hulpverleners en de algemene bevolking kunnen verklaren. Indien dat het geval is, dan zou er los van een leeftijdseffect een effect kunnen zijn voor het aantal jaren werkervaring in de GGZ. Het onderzoek van Lauber en collega's (2006) wijst uit dat hulpverleners die langer in het vak zitten hun cliënten als meer "normaal" en "gezond" bestempelen dan collega's die korter werkzaam zijn. Ook het onderzoek van Svensson en collega's (2014) toont aan dat studenten die al wel in de zorg hadden gewerkt minder stigmatiserende attitudes hadden, dan zij die dit niet hadden gedaan.

De derde hypothese is daarom:

-Naarmate men langer werkzaam is in de GGZ neemt stigma af, hierbij wordt gecontroleerd voor leeftijd.

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 verschilanalyses blijkt dat verpleegkundigen in de wachtlijst-conditie vaker uitvielen. De leeftijd van de participanten varieerde van 19 tot 64 jaar ($M=45.46$, $SD=11.18$). Het aantal jaren werkervaring in de psychiatrie varieerde van 0.5 tot 46 jaar ($M= 23.43$, $SD=11.58$). 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 variabelen waren de stigmatiserende attitude en sociale afstand, de onafhankelijke variabelen waren de destigmatisering workshop, leeftijd en het aantal jaren werkervaring in de psychiatrie (vanaf nu: werkervaring). Met betrekking tot de workshop werd een interactie-effect tussen conditie en tijd op de stigmatiserende attitude verwacht, waarbij de experimentele conditie over tijd een grotere afname van stigmatisering laat zien dan de wachtlijst-conditie. Met betrekking tot de invloed van leeftijd op stigmatiserende attitude en sociale afstand en de invloed van werkervaring op stigmatiserende attitude werden hoofdeffecten verwacht.

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 en stigmatiserende attitudes. 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 (T2) werd plusminus een maand na de workshop afgenomen en bevatte items omtrent stigmatiserende attitudes. 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 met 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 4 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 worden niet beschreven, omdat zij enkel deelnamen aan de workshop en niet aan het onderzoek.

Tijdens de workshops was steeds ten minste 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 (verhoudingsscore).

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 .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) .79 werd. Een hogere score op de MICA en de aanvullende vragen (MICA Totaal) indiceerde een meer stigmatiserende attitude.

Sociale Afstand

In de huidige vragenlijst naar stigmatiserende attitudes was een aantal vragen opgenomen dat ook op sociale afstand vragenlijsten voorkomt, namelijk 12, 16, 22, 25, 29, 30 en 31 (Link, Cullen, Frank & Wozniak, 1987). Sociale afstand is een veelgebruikte maat voor stigmatisering (Jorm & Oh, 2009) en vormt in dit onderzoek een subschaal. Een voorbeeldstelling is: *‘Ik zou het waarschijnlijk geen probleem vinden als een persoon met een psychische aandoening naast mij woont.’* In voorgaande onderzoeken was een Cronbach's alpha gevonden van $\alpha=.85$, (e.g. Siltan, Flannelly, Milstein, & Vaaler, 2011).

Uit een betrouwbaarheidsanalyse kwam een Cronbach's alpha van $\alpha=.30$ naar voren. Na verwijdering van de items 12 en 25 is Cronbach's alpha opgehoogd naar .54. Verwijdering van andere items leverde geen verdere verhoging van Cronbach's alpha op. De betrouwbaarheid van de subschaal is laag. Hierdoor zullen conclusies met betrekking tot de sociale afstandschaal met grote voorzichtigheid getrokken worden.

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. Om te onderzoeken of de variabelen leeftijd, werkervaring en stigmatiserende attitude samenhangen, werden correlaties berekend. Voor het onderzoeken van het verband

tussen leeftijd, stigmatiserende attitude en sociale afstand werd gebruik gemaakt van een lineaire regressie analyse. Voor het onderzoeken van het verband tussen werkervaring, gecontroleerd voor leeftijd, werd gebruik gemaakt van een hiërarchische regressie analyse.

Resultaten

Beschrijvende statistieken

De gemiddelde scores op MICA Totaal zijn weergegeven in Tabel 3. De scores op T1 werden berekend aan de hand van alle participanten. De scores op T2 kwamen tot stand door gebruik van de data van de 131 participanten¹ die zowel T1 als T2 hadden ingevuld.

Tabel 3

MICA Totaal per conditie, gemiddeldes en standaarddeviaties²

	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

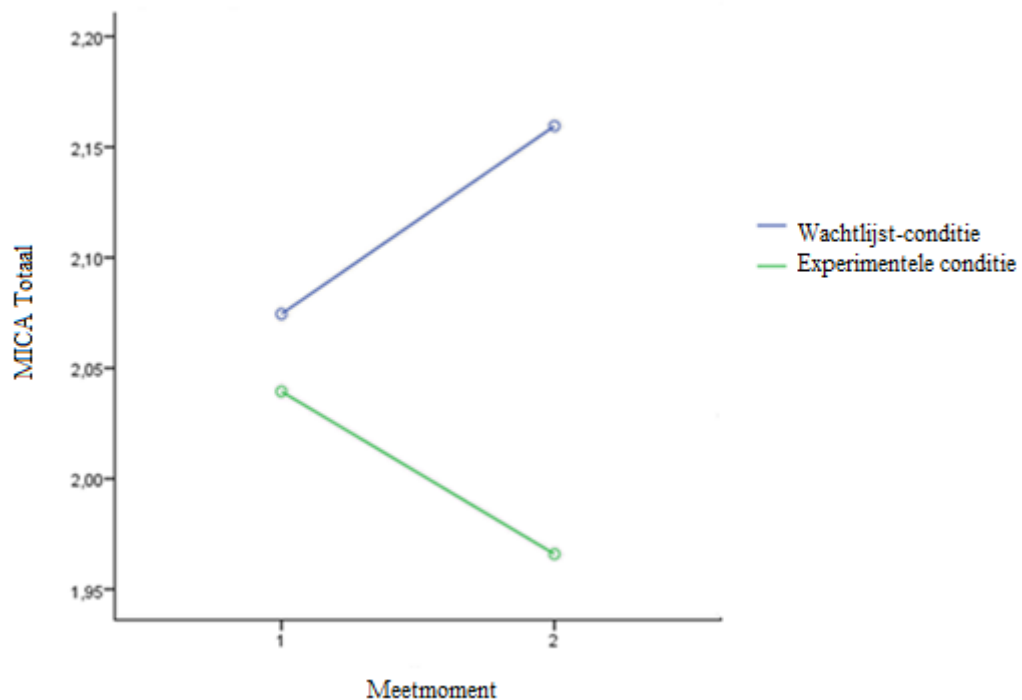
Noot. MICA Totaal-score op 6-punt Likertschaal.

Hypothese met betrekking tot de workshop

De eerste hypothese stelt dat in de experimentele conditie een afname van stigmatisering plaatsvindt en in de controle-conditie niet. Dit werd getest met een herhaalde metingen ANOVA met twee condities. Er is een klein interactie-effect van tijd en conditie op stigmatiserende attitudes, $F(1, 128) = 7.19, p = .01$, partiële $\eta^2 = .05$. Hieruit blijkt een afname van stigmatiserende attitudes in de experimentele conditie en een toename van stigmatiserende attitudes bij de wachtlijst-conditie. In Figuur 2 wordt dit interactie-effect weergegeven.

¹ 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 leeftijdsanalyses. De participantengroepen verschilden niet van elkaar op demografische variabelen.

² Bij het analyseren van de gemiddelde MICA Totaal-scores werden participanten uitgesloten die meer dan 10% van de vragen niet beantwoord hadden.



Figuur 2. Interactie-effect tussen condities en meetmomenten op stigmatiserende attitudes gegeven in de MICA Totaal score.

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

Om de gemiddelde scores op beide meetmomenten in beide condities met elkaar te vergelijken, werd tweemaal 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 workshop ($M = 1.97$, $SD = .40$), $t(48) = 1.54$, maar dit verschil is niet significant ($p = .13$). Bij de wachtlijst-conditie was de gemiddelde MICA Totaal-score op T1 lager ($M = 2.07$, $SD = .41$) in vergelijking met 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 bevonden. Hiermee wordt een interactie-effect gevonden, echter niet in de richting zoals voorspeld. De hypothese wordt daarmee deels bevestigd.

Hypothesen met betrekking tot leeftijd, werkervaring en sociale afstand.

Correlaties

Voordat de hypothesen met behulp van regressie analyses getoetst werden, zijn correlaties berekend om te onderzoeken of de variabelen samenhangen.

Er is geen correlatie gevonden tussen leeftijd en MICA Totaal T1 (vanaf nu MICA), $r = -.06$, $p = .38$. Tevens is geen correlatie gevonden tussen leeftijd en sociale afstand, $r = .03$, $p = .72$.

Tot slot is geen correlatie gevonden tussen MICA en werkervaring, $r = -.07$, $p = .35$. In Tabel 4 worden de correlaties tussen leeftijd, werkervaring, MICA en sociale afstand weergegeven.

Tabel 4

Correlaties MICA, Sociale afstand, Leeftijd, Werkervaring

	N	M	SD	MICA	Sociale Afstand	Leeftijd	Werk- ervaring
MICA	202	2.09	.40	1	-	-	-
Sociale Afstand	200	1.94	.61	.70**	1	-	-
Leeftijd	199	45.66	10.90	-.06	.03	1	-
Werkervaring	197	16.37	11.58	-.07	-.03	.66**	1

*Niet significant ($p > .05$), * $p < .05$, ** $p < .001$, M=gemiddelde, SD=standaarddeviatie*

Regressie analyses

De hypothesen met betrekking tot leeftijd stellen dat er een negatief verband is tussen leeftijd en stigmatiserende attitude en een positief verband tussen leeftijd en sociale afstand. Er is geen verband gevonden tussen leeftijd en MICA, $F(1, 197) = .19$, $p = .38$. Tevens is geen verband gevonden tussen leeftijd en sociale afstand, $F(1, 195) = .13$, $p = .72$. De hypothesen worden derhalve verworpen.

De laatste hypothese stelt dat hulpverleners die langer werkzaam zijn in de GGZ minder stigmatiseren. Hierbij wordt gecontroleerd voor leeftijd. Een negatief verband werd dus verwacht tussen werkervaring en MICA. Er is echter evenmin een verband gevonden tussen werkervaring (gecontroleerd voor leeftijd) en MICA, $F(1, 194) = .50$, $p = .64$. Ook zonder dat gecontroleerd werd voor jaren werkervaring werd geen verband gevonden, $F(1, 195) = .87$, $p = .35$.

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 leeftijd en werkervaring invloed hebben op stigmatiserende attitudes en op sociale afstand. Sociale afstand houdt in de bereidheid om met mensen samen te leven in bepaalde relaties (Park, 1924). Tussen voorgenoemde variabelen is geen verband gevonden.

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.

Diverse argumenten brengen echter nuances aan in deze bevinding. 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 in dit onderzoek onder de doelgroep, FACT-teams, überhaupt sprake is van problematische stigmatisering. In FACT-teams zijn ervaringsdeskundigen werkzaam en wordt gewerkt vanuit een herstelgerichte handelswijze. Het is mogelijk dat men hierdoor meer gericht is op gelijkwaardig contact met mensen met psychische aandoeningen (van Slooten & van Bekkum, 2005). Als men gelooft dat men met deze handelswijze al veel tegen negatieve vooroordelen doet, dan zou de aangeboden workshop voor weinig verandering van attitudes kunnen zorgen (Petty & Krosnick, 1995). Mogelijk zijn de heilzame elementen uit de workshop wel werkzaam bij meer stigmatiserende doelgroepen. In vervolgstudies zou in kaart gebracht kunnen worden welke doelgroepen dit zijn. Gedacht kan worden aan maatschappelijk dienstverleners in politiekorpsen en zorgverleners in de intramurale zorg. Uit onderzoek blijkt namelijk dat zij meer negatieve attitudes hanteren ten opzichte van mensen met psychische aandoeningen (Bower & Pettit, 2001; Rao, et al., 2009; Watson, Corrigan & Ottati, 2004). 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. Indien er geen relatie is tussen de stigmatiserende ander

en de mate van zelf-stigmatisering, dan is mogelijk enkel de zelf-stigmatisering problematisch. In dat geval zouden interventies zich daarop moeten richten.

Ten tweede is het opvallend dat 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 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.

Tot slot is nog een verklaring mogelijk: namelijk dat een periode-effect is opgetreden. Een periode-effect betekent in dit verband dat een stijging van stigmatisering plaatsvindt in een bepaalde periode onder de gehele bevolking. Aangezien dit onderzoek slechts twee meetmomenten behelst in een kort tijdsbestek kan daar weinig over gezegd worden, maar duidelijk is dat een stijging is opgetreden in de wachtlijstconditie. Dit zou kunnen betekenen dat de workshop de stijging door het periode-effect tegenhoudt. Wanneer gekeken wordt naar recent onderzoek dan blijkt dat stigmatisering is toegenomen in de afgelopen 25 jaar (meetmomenten: 1990, 2001, 2011) (Schomerus et al., 2015). Ander onderzoek bevestigt deze toename, waarbij zowel kennis over, als de associatie tussen psychoses en gevaar verdubbeld

is van 1950 tot 1996 (Phelan, Link, Stueve & Pescosolido, 2000). Ook een meta-analyse toont een dergelijke toename van sociale afstand en van kennis over psychische aandoeningen (Schomerus et al., 2012). Tot slot toont een Nederlandse studie een toename van sociale afstand van 1987 tot 1997 (Kwekkeboom, 2000).

Wanneer deze laatste verklaring klopt, dan duidt dit op een ernstige ontwikkeling. Het is echter niet aannemelijk dat dit periode-effect de oorzaak is voor de toename van stigmatisering van de wachtlijst-conditie. Toch zou vervolgonderzoek zich moeten richten op verdere inventarisatie van een eventueel periode-effect en de oorzaak(en) hiervan.

Bij mogelijke oorzaken voor het periode-effect kan gedacht worden aan de eerder genoemde negatieve media-aandacht voor psychische aandoeningen. Daarnaast valt te denken aan de dehospitalisatie. Hierdoor wordt men in het straatbeeld vaker geconfronteerd met mensen met psychoses, waardoor men in wij-zij denken kan vervallen. Een andere mogelijke oorzaak is dat het biogenetische model tegenwoordig meer onder de aandacht wordt gebracht, zowel binnen de wetenschap als ook in de media (Haslam & Lusher, 2011; O'Connor, Rees & Joffe, 2012). Deze aandacht komt voort uit de snelle vorderingen in de neurobiologie en de genetica van psychische aandoeningen (Haslam & Kvaale, 2015). Vanuit het gedachtegoed van dit model wordt gedacht dat men niet zelf verantwoordelijk is voor een aandoening en wordt men daardoor minder veroordeeld (Angermeyer, Holzinger, Carta & Schomerus, 2011). Stigma kan hierdoor echter ook juist verergeren: de hoop op herstel wordt minder, psychische ziekten worden meer gezien als iets wat alleen anderen kan overkomen en angst voor gevaar en onvoorspelbaarheid kan versterken (e.g. Bennett, Thirlaway & Murray, 2008; Haslam & Kvaale, 2015; Phelan, 2002; Walker & Read, 2002). Deze laatste oorzaak is een aannemelijke en hier zou rekening mee gehouden moeten worden bij het implementeren van het biogenetisch model in educatie en anti-stigma interventies.

Een belangrijke vraag die voortvloeit uit de toename van stigmatiserende attitudes in de wachtlijst-conditie, is in hoeverre het geoorloofd is om experimenteel onderzoek uit te voeren met gebruikmaking van zo'n conditie. Enkel blootstelling aan vragenlijsten omtrent stigmatisering zou 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 of indirect contact middels een film over mensen met psychische problematiek en stigmatisering aangeboden kunnen krijgen.

Verder lijkt het van belang om een alternatieve stigmatiseringvragenlijst te ontwikkelen. De MICA van Gras en collega's (2015) is de enige Nederlandstalige vragenlijst

omtrent stigmatisering van mensen met psychische aandoeningen door hulpverleners. In het huidige onderzoek heeft deze een onvoldoende betrouwbaarheid. Ook de vragen van de sociale afstand schaal vormden samen niet een betrouwbare subschaal. Daarnaast meet de MICA enkel stigmatiserende attitudes, volgens Kienhorst (2014) slechts één aspect van stigmatisering. Bovendien meet het 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). De sociale afstand schaal die in veel onderzoeken wordt gebruikt om stigmatisering te meten (Jorm & Oh, 2009), bestaat daar uit meer stellingen dan in huidig onderzoek. Mogelijk dat dit de lage betrouwbaarheid van de subschaal verklaart.

Wellicht vond 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.

De resultaten met betrekking tot de invloed van leeftijd op sociale afstand, zijn door deze lage betrouwbaarheid niet met zekerheid te stellen. Niettemin is het opvallend dat er zowel voor sociale afstand als voor stigmatiserende attitudes geen enkel verband is gevonden met leeftijd of werkervaring. Hierdoor kan deze conclusie eigenlijk niet enkel worden toegeschreven aan de lage betrouwbaarheid van de subschaal, aangezien de betrouwbaarheid van de volledige stigmavragenlijst wel hoog was en sociale afstand een onderdeel hiervan is. Ook lijkt het voor de mate van stigmatisering niet uit te maken hoe oud een hulpverlener is, of hoe lang hij al werkzaam is in de GGZ. Mogelijk gaat het niet om de frequentie van contact met de ander, maar om de kwaliteit en gelijkwaardigheid ervan.

Geheel onverwacht zijn deze resultaten echter niet. Veel onderzoeken en theorieën waren immers al tegenstrijdig, naast dat een aantal onderzoeken geen verschil vond voor leeftijd (e.g. Angermeyer & Matschinger, 2003; Martin, Pescosolido & Tuch, 2000; Pescosolido, Monahan, Link, Stueve & Kikuzawa, 1999) of juist een nonlineaire relatie tussen leeftijd en stigmatiserende attitudes (Phelan & Link, 2004; Schomerus et al., 2015). Echter, in huidig onderzoek zijn ook geen nonlineaire verbanden gevonden.

Misschien is de enige juiste conclusie omtrent leeftijd wel dat, ook al bestaat een leeftijdseffect voor stigmatisering, dit zo klein is gezien de vele verschillen in uitkomsten in onderzoeken, dat het de vraag is of het zinvol is hiernaar te kijken.

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 (stigmatiserende) attitude. Een antwoord op deze vraag zou richting kunnen geven aan vervolgonderzoek.

Referentielijst

- Aboud, F. E. (1988). *Children and Prejudice*. Oxford: Basil Blackwell.
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading, MA: 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.
- Angermeyer, M. C., Holzinger, A., Carta, M. G., & Schomerus, G. (2011). Biogenetic causal explanations and public acceptance of mentally ill persons. A systematic review of population studies. *British Journal of Psychiatry*, *199*, 367–372.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). Public beliefs about schizophrenia and depression: Similarities and differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *38*, 526–534.
- Assertive Community Treatment richtlijnen, (2015). Gevonden op 1 april 2015 op: <http://www.ccaf.nl/keurmerk/keurmerkgeregisterlijst>
- Bandura, A. (1997). *The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Bennett, L., Thirlaway, K., & Murray, A. J. (2008). The Stigmatising Implications of Presenting Schizophrenia as a Genetic Disease. *Journal of Genetic Counseling*, *17*, 550–559.
- Bodenhuisen, 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.
- Brunstein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 1061-1070.

- Byrne, P. (1999). Stigma of mental illness. Changing minds, changing behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 1-2.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: a theory of socio emotional selectivity. *American Psychology*, 54, 165–181.
- Clark, K. B., & Clark, M. P. (1947). Racial identification and preference in Negro children. In T. M. Newcombe, & E. L. Hartley (Eds), *Readings in Social Psychology* (pp. 159–169). New York: Holt.
- 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.
- Cornelis, I., Van Hiel, A., Roets, A., & Kossowska, M. (2009). Age differences in conservatism: evidence on the mediating effects of personality and cognitive style. *Journal of Personality*, 77, 51–88.
- 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.
- Couture, S. M., & Penn, D. L. (2003). Interpersonal contact and the stigma of mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 12, 291-305.
- Cowen, E. L., Landes, J., & Schaet, D. E. (1959). The effects of mild frustration on the expression of prejudiced attitudes. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 33-38.

- de Ridder, D., Kuijer, R., de Wit, J., & Evers, C. (2006). Zelfregulatie van gezond(heids)gedrag. Omgaan met frustraties en distress. *De Psycholoog*, *4*, 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.
- 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.
- Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and use. *Annual Review of Psychology*, *54*, 297-327.
- 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.
- Gonsalkorale, K., Sherman, J. W., & Klauer, K. C. (2009). Aging and prejudice: Diminished regulation of automatic race bias among older adults. *Journal of Experimental Social Psychology*, *45*, 410-414.
- Gras, L. M., Swart, M., Slooff, C. J., van Weeghel, J., Knegtering, H., & Castelein, S. (2015). Differential stigmatizing attitudes of healthcare professionals towards

- psychiatry and patients with mental health problems: Something to worry about? A pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 299-306.
- Graziano, W. G., & Eisenberg, N. (1997). Agreeableness: A dimension of personality. In R. Hogan, J. A. Johnson, & S. R. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 795–824). San Diego, CA: Academic Press.
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Skorpen, C. G., & Hsu, A. Y. C. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging*, 12, 590–599.
- Hallam, A. (2002). Media influences on mental health policy: long-term effects of the Clunis and Silcock cases. *International Review of Psychiatry*, 14, 26-33.
- Haslam, N., & Kvaale, E. P. (2015). Biogenetic Explanations of Mental Disorder: The mixed blessings model. *Current Directions in Psychological Science*, 24, 399-404.
- Haslam, N., & Lusher, D. (2011). The structure of mental health research: Networks of influence among psychiatry and clinical psychology journals. *Psychological Medicine*, 41, 2661–2668.
- 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.
- Huang, B., & Priebe, S. (2003). Media coverage of mental health care in the UK, USA and Australia. *Psychiatric Bulletin*, 27, 331-333.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five Trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 102–139). New York: Guilford Press.

- Jorm, A. F., & Oh, E. (2009). Desire for social distance from people with mental disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 183–200.
- Kessler, R. C., & Zhao, X. (1999). Past-year Use of Out-patient Services for Psychiatric Problems in the National Comorbidity Study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 115-123.
- 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: <http://www.samensterkzonderstigma.nl/over-stigma/kennisbank>, geraadpleegd op 2 juni 2015.
- Klerman, G. L. (1979). National Trends in Hospitalization. *Hospital & Community Psychiatry*, 30, 110-113.
- 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.
- Kwekkeboom, M. H. (2000). Sociaal draagvlak voor de vermaatschappelijking in de geestelijke Gezondheidswetenschappen. Ontwikkelingen tussen 1976 en 1997. *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen*, 78, 165–171.
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19, 423–427.
- Lauber, C., Diebold, H. S., & Rössler, W. (2001). Attitude of family of psychiatric patients to psychiatric research, especially to early detection of schizophrenic psychoses. *Psychiatrische Praxis*, 28, 144–146.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 51-59.

- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients - understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, *92*, 1461–1500.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, *27*, 363-385.
- Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, *30*, 511-541.
- Loch, A. A., Hengartner, M. P. Guarniero, F. B., Lawson, F. L., Wang, Y. P., Gattaz, W. F., & Rössler, W. (2013). The more information, the more negative stigma towards schizophrenia: Brazilian general population and psychiatrists compared. *Psychiatry Research*, *205*, 185-191.
- Mackie, D. M., & Hamilton, D. L. (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.
- Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. (2000). Of fear and loathing: the role of disturbing behavior, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, *41*, 208–223.
- O'Connor, C., Rees, G., & Joffe, H. (2012). Neuroscience in the public sphere. *Neuron*, *74*, 220–226.
- Olfson, M., & Marcus, S. C. (2010). National trends in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *167*, 1456–1463.
- Park, R. E. (1924). The concept of social distance as applied to the study of racial attitudes and racial relations. *Journal of Applied Sociology*, *8*, 334-339.

- Pescosolido, B. A., Monahan, J., Link, B. G., Stueve, A., & Kikuzawa, S. (1999). The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems. *American Journal of Public Health, 89*, 1339–1345.
- Petty, R. E., & Krosnick, J. A. (1995). *Attitude strength, antecedents and consequences*. New York: Psychology Press.
- Phelan, J. C. (2002). Genetic bases of mental illness – a cure for stigma? *Trends in Neurosciences, 25*, 430–431.
- Phelan, J. C., & Link, B. G. (2004). Fear of People with Mental Illnesses: The Role of Personal and Impersonal Contact and Exposure to Threat or Harm. *Journal of Health and Social Behaviour, 45*, 68-80.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (2000) Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: what is mental illness and is it to be feared? *Journal of Health and Social Behaviour, 41*, 188–207.
- Philo, G. (1996). Changing media representations of mental health. *Psychiatric Bulletin, 21*, 171-172.
- Plooy, A., & Boon, J. V. (2008). Het probleem van de bestrijding van stigma – onderzoek en praktijken. In A. Plooy, S. van Rooijen, & J. van Weeghel (Eds.), *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008- 2009* (pp. 209-219). Amsterdam: SWP.
- Plooy, A., & Weeghel, van, J. (2009). Discriminatie van mensen met de diagnose schizofrenie. Nederlandse bevindingen in een internationale studie. *Het Maandblad, 64*, 133-147.
- Radvansky, G. A., Copeland, D. E., & von Hippel, W. (2009). Stereotype activation, Inhibition and Aging. *Journal of Experimental Sociology and Psychology, 46*, 51-60.

- 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.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. A., & Goodwin, F. K. (1993). The De Facto U.S. Mental and Addictive Disorders Service System. *Archives of General Psychiatry, 50*, 85-94.
- Roberts, B. W., Walton, K., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean level change in personality traits across the life course: A meta analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 132*, 1–25.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry, 20*, 52-539.
- Schomerus, G., Auwera, van der, S., Matschinger, H., Baumeister, S. E., & Angermeyer, M. C. (2015). Do attitudes towards persons with mental illness worsen during the course of life? An age-period-cohort analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 132*, 1-8.
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012) Evolution of Public Attitudes about Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 125*, 440-452.
- 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.
- Silton, N. R., Flannelly, K. J., Milstein, G., & Vaaler, M. L. (2011). Stigma in America: Has Anything Changed?: Impact of Perceptions of Mental Illness and Dangerousness on

- the Desire for Social Distance: 1996 and 2006. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 361-366.
- Smith, E. R., & Mackie, D. M. (2007). *Social Psychology* (3rd ed.). New York: Taylor & Francis Group.
- Srivastava, S., John, O. P., Gosling, S. D., & Potter, J. (2003). Development of personality in early and middle adulthood: Set like plaster or persistent change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1041–1053.
- Stewart, B. D., von Hippel, W., & Radvansky, G. A. (2009) Age, race, and implicit prejudice: Using process dissociation to separate the underlying components. *Psychological Science*, 20, 164–168.
- Stichting Wat doe jij?, (2015). Gevonden op 4 april 2015, op: watdoejij.org.
- Stuart, H. L., Arboleda-Florez, J., & Sartorius, N. (2012). *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned*. New York: Oxford University Press.
- Svensson, B., Brunt, D., Bejerholm, U., Eklund, M., Gyllensten, A. L., Leufstadius, C., Markström, U., Sandlund, M., Östman, M., & Hansson, L. (2014). Health Care Students' Attitudes towards People with Schizophrenia- A Survey of Eight University Training Programs. *Open Journal of Psychiatry*, 4, 309-316.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned. Discrimination against people with mental illness*. Oxford and New York: Oxford University Press.
- Truett, K. R. (1993). Age differences in conservatism. *Personality and Individual Differences*, 14, 405–411.
- 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, Gent.
- Veroff, J, Kulka, R. A., & Douvan, E. (1981). *Mental Health in America: Patterns of Help-seeking from 1957 to 1976*. New York: Basic Books.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467-478.
- Walker, I., & Read, J. (2002). The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward “mental illness”. *Psychiatry*, 65, 313–325.
- Walker, R., & Jussim, L. (2002). Do people lie to appear unprejudiced? *The Rutgers Scholar*, 4, 1-19
- Watson, A. C., Corrigan, P. W., & Ottati, V. (2004). Police Officers’ Attitudes toward and Decisions about Persons with Mental Illness. *Psychiatric Services*, 55, 49-53.
- 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.

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 /Sociale Afstand subschaal	
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 / Sociale Afstand subschaal	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 /Sociale Afstand subschaal	
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 /Sociale Afstand subschaal	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 /Sociale Afstand Subschaal	
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>Helenaal 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. Opgaaft 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'³ (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, een reactie is 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 invulling 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, dan zullen mensen naar verwachting een hoger niveau van deskundigheid moeten gaan inzetten. Een ontwerp dat zo'n gedeelde behoefte of vraag van de individuele gebruikers kan adresseren, 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 om hen heen. Producten en diensten stellen mensen in staat om dingen anders te ervaren of

³ 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 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 & Rüsche, 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	...