

Nicole van Erp, Aafje Knispel, Harry Michon, Aniek de Lange,
Jenny Boumans, Lex Hulsbosch, Hans Kroon

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Stigmatisering door hulpverleners in de GGZ

Deelonderzoek 4 - Landelijke Monitor
Ambulantisering en Hervorming Langdurige
GGZ 2019



Stigmatisering door hulpverleners in de GGZ

Deelonderzoek 4 - Landelijke Monitor
Ambulantisering en Hervorming Langdurige
GGZ 2019

Colofon

Opdrachtgever en financier

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectleiding

Hans Kroon en Harry Michon

Auteurs

Nicole van Erp, Aafje Knispel, Harry Michon, Aniek de Lange,
Jenny Boumans, Lex Hulsbosch, Hans Kroon

Met medewerking van

Harry van Haastrecht
Yolande Voskes (VU Metamedica)

Productie

Martin Fraterman

Project-assistentie

Freeke Perdok

Met dank aan

De geïnterviewde experts
De leden van het panel Psychisch Gezien
De hulpverleners die hebben deelgenomen aan de enquête en de moreel beraad bijeenkomsten

Vormgeving en productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

www.istockphoto.com

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is gratis te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1722-4**

Meer informatie over het panel Psychisch gezien is te vinden op www.psychischgezien.nl
Artikelnummer AF1722-4

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00

© 2019, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Opzet van de studie	7
2.1	Vraagstellingen	7
2.2	Onderzoeksmethoden	7
3	Stigmatisering in de GGZ	9
3.1	Uitingsvormen van stigmatisering in de GGZ: wat is het?	9
3.2	Stigmatisering door hulpverleners	11
3.3	Aanpak stigma binnen de GGZ	17
3.4	Samenvattend	21
4	Clënten over stigmatisering in de GGZ	23
4.1	Panel Psychisch Gezien	23
4.2	Ervaringen met stigma in het algemeen	23
4.3	Ervaringen met stigma binnen de GGZ	25
4.4	Bespreekbaar maken	26
4.5	Aanpak stigma binnen de GGZ	27
4.6	Samenvattend	28
5	Hulpverleners over stigmatisering in de GGZ	29
5.1	Werving en respons	29
5.2	Achtergrondkenmerken	29
5.3	Stigma in het algemeen	30
5.4	Stigma binnen de GGZ	32
5.5	Bespreekbaar maken	33
5.6	Aanpak stigma binnen de GGZ	34
5.7	Samenvattend	36
6	Samenvatting en conclusies	39
6.1	Vóórkomen en processen van stigmatisering	39
6.2	Ervaringen van cliënten en hulpverleners	40
6.3	Aanpak van stigmatisering in de GGZ	41
6.4	Lessons learned	42
	Bijlage 1 Geïnterviewde experts	45
	Literatuur	47

1 Inleiding

De langdurige GGZ voor mensen met ernstige psychische aandoeningen is gewikkeld in een ambulantiseringproces. Dat is een proces waarbij intramurale zorg plaats inruimt voor betere, meer in de samenleving ingebedde ambulante zorg. Het uiteindelijke doel is dat het proces zodanig vorm krijgt dat de (ervaren) kwaliteit van leven van genoemde mensen stijgt en hun sociale inclusie groeit.

Met de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming in de GGZ (LMA) volgen we dat proces sinds 2015. Hoewel de monitor nodige ontwikkelingen zichtbaar heeft gemaakt, zijn de uiteindelijke doelen (verbetering van kwaliteit van leven, sociale inclusie van mensen met ernstige psychische aandoeningen) nog niet zichtbaar dichterbij gekomen. Om erachter te komen hoe het proces verloopt, voeren we ieder jaar een 'contextmonitor' uit waarin we verdieping zoeken en inzoomen op een specifiek thema. Voor de LMA van 2019 focussen wij op verzoek van het ministerie van VWS op het thema stigmatisering in de GGZ en zoomen daarbij vooral in op de rol van hulpverleners.

Stigmatisering en vooroordelen staan misschien wel in het hart van de moeilijkheden rond sociale inclusie van mensen met psychische aandoeningen. Het panel Psychisch Gezien laat in elk geval jaar op jaar zien dat vele mensen uit de doelgroep zich gestigmatiseerd voelen (Place e.a., 2015; Kroon e.a., 2018). Maar ook uit andere, nationale en internationale bronnen wordt duidelijk dat stigma een belangrijk inclusie belemmerend fenomeen is (Corrigan e.a., 2009; Thornicroft et al, 2009).

Ook binnen de GGZ is stigmatisering een belangrijk thema, waarbij hulpverleners zowel een stigmatiserende als een destigmatiserende rol kunnen vervullen. Zij zijn daarmee zowel 'subject' als 'agent' inzake stigma. En eigenlijk zijn ze ook nog 'object' van stigma, omdat ook zij gestigmatiseerd kunnen worden door anderen vanwege de mensen met wie zij werken. Er is dan als het ware sprake van 'stigma by association' bij hulpverleners.

In hoeverre stigmatisering door hulpverleners voorkomt is niet eenvoudig te meten. Mensen met psychische aandoeningen zelf geven aan dat dit regelmatig voorkomt. Zo gaf bijna een kwart van de leden van het panel Psychisch Gezien in 2015 aan dat zij zich gediscrimineerd voelden binnen de GGZ (Place e.a. 2015). Ook uit internationaal onderzoek komt naar voren dat mensen met psychische aandoeningen zich (ook) binnen de GGZ gediscrimineerd voelen (Schulze 2007).

Daarom is in deze contextmonitor gekozen voor een gevarieerd palet aan dataverzameling om zicht te krijgen op stigmatisering binnen de GGZ. Zo is de literatuur rond dit onderwerp verkend, zijn gesprekken gevoerd met experts, zijn (digitale) peilingen

uitgevoerd onder hulpverleners en cliënten (panel Psychisch Gezien), en zijn focusgroepen met cliënten en moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners gehouden. Op deze manier is getracht een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van dit complexe onderwerp.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 wordt de opzet van de studie kort toegelicht. Hoofdstuk 2 belicht het thema stigmatisering in de GGZ vanuit wetenschappelijk, professioneel en cliëntenperspectief. Voor het wetenschappelijk perspectief is een literatuurstudie uitgevoerd, voor het professioneel en cliëntenperspectief is gebruik gemaakt van interviews met experts, moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners en focusgroepen met cliënten. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van een peiling onder cliënten (panel Psychisch Gezien) beschreven en in hoofdstuk 4 de uitkomsten van een digitale enquête onder hulpverleners. In deel 5 ten slotte worden de conclusies van deze deelstudie op een rij gezet.

2 Opzet van de studie

2.1 Vraagstellingen

De contextmonitor van de Landelijke Monitor Ambulantisering 2019 richt zich op stigmatisering door hulpverleners in de GGZ (inclusief verslavingszorg), als medeverklarende factor in het achterwege blijven van substantiële verbeteringen in maatschappelijk herstel, met name in participatie in werk en de samenleving. Dit deelonderzoek is gericht op het beantwoorden van de volgende vragen:

1. Wat is stigmatisering door hulpverleners? Op welke manier uit zich dergelijke stigmatisering?
2. Welke ervaringen hebben hulpverleners en cliënten met dergelijke stigmatisering?
3. Hoe gaan hulpverleners om met eventuele waargenomen eigen stigmatisering of die van collega-hulpverleners? Hoe denken zij over concrete aanpakken om stigmatisering te verminderen?
4. Welke lessen zijn te trekken uit de ervaringen van cliënten en hulpverleners met stigmatisering?

2.2 Onderzoeksmethoden

De volgende onderzoeksmethoden zijn gebruikt om de onderzoeksvragen te beantwoorden:

- a) *Literatuuronderzoek* (vraag 1 & 2): in Pubmed (Medline) en PsycInfo is gezocht naar literatuur over:
 - De uitingsvormen van stigmatisering vanuit de GGZ (wat is het);
 - Het vóórkomen van stigmatisering vanuit de GGZ (hoe vaak komt het voor);
 - Wat zijn effectieve/werkzame aanpakken ('interventies') om stigmatisering vanuit de GGZ te bespreken en te verminderen.

Daarnaast is in beperkte mate gezocht in de 'grijze literatuur'. Basisdocumenten hiervoor waren het Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen (Van Weeghel e.a., 2016) en de Generieke module destigmatisering (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ/Akwa, 2017).

- b) *Interviews met experts* (vraag 2, 3 & 4): in totaal zijn zeven interviews afgenomen met tien experts (zie bijlage 1).

- c) *Focusgroepen met mensen met een psychische aandoening* (vraag 2 & 3): er zijn twee bijeenkomsten gehouden met in totaal vijf mensen met een psychische aandoening. De deelnemers zijn geworven onder leden van het panel Psychisch Gezien en cliënten van instellingen die participeerden in het deelonderzoek. De panelleden en cliënten zijn bevraagd op hun ervaringen met stigmatisering door hulpverleners binnen en buiten de GGZ, de gevolgen hiervan voor hun sociaal en maatschappelijk functioneren, en wat volgens hen kan worden gedaan om stigmatisering binnen de GGZ te verminderen.
- d) *Moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners* (vraag 2 & 3): er zijn twee bijeenkomsten gehouden met in totaal 18 hulpverleners uit ambulante GGZ-teams. Hierbij waren verschillende disciplines vertegenwoordigd, zoals psychiater, psycholoog, casemanager, rehabilitatiewerker en ervaringsdeskundige. Tijdens de bijeenkomsten is aan de hand van een (door een deelnemer ingebrachte) casus een aantal morele dilemma's uitgediept. Een externe deskundige van VU Metamedica heeft de bijeenkomsten begeleid.
- e) *Digitale peiling bij mensen met een psychische aandoening* (vraag 2): De peiling is in september gehouden onder 1.123 leden van het panel Psychisch Gezien. Het panel Psychisch Gezien bestaat uit mensen met aanhoudende en ernstige psychische problematiek in Nederland. Van de 1.123 aangeschreven mensen, hebben er in totaal 628 de vragenlijst ingevuld (56% respons).
- f) *Digitale enquête onder hulpverleners* (vraag 3,4): Deze enquête is in september via een open procedure uitgezet onder hulpverleners in verschillende settings van GGZ en verslavingszorg (ambulant, klinisch, beschermd wonen en vrijevestigden). Voor de verspreiding is gebruik gemaakt van de volgende kanalen: Trimbos-instituut, Verslavingskunde Nederland, Kennisconsortium Destigmatisering, FACT Nederland, Kenniscentrum Phrenos, Samen Sterk zonder Stigma en beroepsorganisaties. In totaal hebben 471 hulpverleners de enquête ingevuld.

3 Stigmatisering in de GGZ

Dit hoofdstuk belicht het thema stigmatisering in de GGZ vanuit wetenschappelijk, professioneel en cliëntenperspectief. Hiervoor is gebruik gemaakt van de resultaten van een literatuurstudie, aangevuld met de uitkomsten van interviews met experts, moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners en focusgroepen met cliënten.

3.1 Uitingsvormen van stigmatisering in de GGZ: wat is het?

Voordat we ingaan op wat stigmatisering in de GGZ is, besteden we eerst aandacht aan het begrip stigmatisering, in de volle breedte. Van 't Veer e.a. (2016) geven in het Handboek Destigmatisering een overzicht van verschillende definities van stigma en stigmatisering. Goffman wordt genoemd als één van de grondleggers van de sociaal wetenschappelijke theorie over stigma. Hij beschreef stigma als een kenmerk op basis waarvan een persoon geclassificeerd wordt als onwenselijk, met in de ogen van de gemeenschap een lage status. Er worden ongewenste stereotypen aan de persoon gekoppeld. De kenmerken die stigma oproepen kunnen fysiek zijn, verbonden zijn aan de lidmaatschap van een groep (ras, religie) of aan gedrag.

Van 't Veer e.a. (2016) beschrijven dat Link en Phelan (2001) de omschrijving van Goffman hebben uitgebreid; volgens Link en Phelan is er sprake van stigma als er vier aan elkaar gerelateerde factoren in het spel zijn:

1. Een persoon moet eigenschappen hebben die als afwijkend worden gekenmerkt. En dan gaat het om afwijkingen die in sociaal opzicht relevant zijn.
2. Er moet een breed gedragen opvatting bestaan dat deze eigenschap negatief en onwenselijk is. Bij psychische problematiek gaat het dan bijvoorbeeld om associatie met eigenschappen als agressief, onberekenbaar, afhankelijk en gebrek aan capaciteiten.
3. Er wordt duidelijk onderscheid gemaakt tussen de gelabelde, gecategoriseerde groep en de wij-groep. De identiteit van de groep wordt bepaald door het opgeplakte label.
4. De gelabelde groep ervaart de negatieve gevolgen in termen van discriminatie en statusverlies. Volgens Link en Phelan is er pas met het ervaren van negatieve gevolgen sprake van stigmatisering. De machtsrelatie is van belang, waarbij de partij met meer macht de andere groep een zwakkere status oplegt. De zwakkere partij kan ook negatieve opvattingen hebben over de sterkere partij maar de sterkere partij zal zich hier niet wezenlijk door gemarginaliseerd voelen.

Stigmatisering uit zich zoals hierboven beschreven in discriminatie en handelingen die leiden tot statusverlies. Het gaat om sociale uitsluiting, het negeren van mensen en het

op andere manieren benadelen van mensen omwille van hun psychische problemen. Stigma manifesteert zich daarbij op verschillende niveaus, zoals in de samenleving (publiek stigma en structureel stigma) en op individueel niveau bij de gestigmatiseerde (zelfstigma, label avoidance). Stigma kan ook weerslag hebben op de sociale omgeving van de gestigmatiseerde persoon (associatief stigma) (Van Weeghel e.a., 2016).

Het proces van stigmatisering wordt door Van 't Veer e.a. (2016) zowel beschreven vanuit sociologisch als psychologisch perspectief. Vanuit *sociologisch perspectief* wordt stigma opgevat als het resultaat van culturele regels die aangeven wat normaal en abnormaal is in de samenleving. Sociologische theorieën zijn vooral gericht op het sociaal-maatschappelijke niveau waarop het proces van stigmatisering zich afspeelt. Vanuit *psychologisch perspectief* wordt stigma verklaard vanuit cognitieve, affectieve en gedragsmatige factoren. Psychologische modellen zijn gericht op het onderliggende individuele proces van stigmatisering. Met daarbij een belangrijke rol voor informatie-verwerkingsprocessen en cognities, stereotiepe denkbeelden over de doelgroep die zich verbreden naar vooroordelen, emotioneel geladen ideeën, discriminerend gedrag en uitsluiting van de doelgroep.

Als we beide benaderingen verbinden, dan spelen de volgende processen een rol bij stigmatisering van mensen met een psychische kwetsbaarheid:

- *Maatschappelijke normen*: Totstandkoming van maatschappelijke opvattingen over wat normaal is en wat afwijkend is, wat wenselijk en onwenselijk is. Van 't Veer e.a. (2016) hebben het hierbij over het sociaal culturele proces waardoor kenmerken wel of geen negatieve betekenis krijgen. Wordt iets gezien als een karaktertrek of gelabeld als een psychische stoornis?
- *Categoriseren in groepen*: Hier gaat het om het cognitieve proces van sociale categorisering, met denken in termen van 'wij' en 'zij' (out-grouping). Met daarbij vaak aandacht voor sociaal negatieve eigenschappen, gebaseerd op de theorie dat mensen tot op zekere hoogte ontvankelijk zijn om alert te zijn op afwijkingen.
- *Relatie cognities, emoties en gedrag*: Bij stigmatisering spelen specifieke cognities over mensen met psychische problematiek een rol, gecategoriseerd naar waargenomen ernst, persoonlijke controle en waargenomen gevaarlijkheid. De mate en combinatie van deze cognities (al dan niet met stereotype beelden) hangen samen met drie typen emoties: angst, medelijden en boosheid. Deze cognities zijn gerelateerd aan de mate van stigmatiserend gedrag (sociale afwijzing en discriminatie).
- *Interactie*: Proces van in contact komen en zijn met mensen met een psychische kwetsbaarheid waarbij meer contact gepaard zou gaan met minder overgeneralisatie (Van 't Veer, Sercu en van Weeghel).

3.2 Stigmatisering door hulpverleners

3.2.1 Het vóórkomen van stigmatisering in de hulpverlening

Castelein e.a. (2016) geven een literatuuroverzicht van stigmatisering in de hulpverlening waarbij ook onderzoeken naar stigmatisering in de GGZ zijn gebruikt. Zij refereren onder andere aan de review van Schulze (2007) over de (ingewikkelde) relatie tussen stigma en hulpverleners in de GGZ, waar uit blijkt dat ongeveer een kwart van de stigma-ervaringen van cliënten gelinkt is aan stigma-ervaringen met hulpverleners in de GGZ. Nederlandse bevindingen van het panel Psychisch Gezien laten zien dat bijna een kwart van de cliënten (23 %) aangeeft dat zij zich gediscrimineerd voelen binnen de GGZ (Place e.a. 2015).

Wat betreft stigmatiserende attitudes ten opzichte van mensen met psychische problematiek verschillen GGZ-hulpverleners niet perse van de algemene bevolking, zo blijkt uit een internationale narratieve review van Schulze (2007). Van de 22 studies die onderdeel waren van deze review, wezen negen studies uit dat er geen verschil is tussen de attitudes van GGZ-hulpverleners en die van de algemene populatie ten opzichte van mensen met psychische problematiek. In zes studies waren de professionals positiever en in zeven negatiever. In de studies die uitkwamen op negatievere attitudes van GGZ-hulpverleners ging dit vooral over meer focus op beperkingen (dan op rehabilitatie) en meer bereidheid tot het inzetten van dwangmaatregelen. Maar over het totaal van de studies bleken er geen noemenswaardige verschillen te zijn tussen de attitudes van GGZ-hulpverleners en die van de algemene populatie. Ook in recent onderzoek van Holder e.a. (2019) komt aan de orde dat stigma bij professionals in de gezondheidszorg zich op (grotendeels) dezelfde wijze ontwikkelt als binnen de algemene bevolking. Uit Zweeds onderzoek van Hansson e.a. (2013) blijkt dat zowel hulpverleners als cliënten in meerderheid overwegend negatief oordelen over mensen met psychische aandoeningen. Binnen de onderzochte groep hulpverleners bestaan enkele verschillen. Zo hebben jongere hulpverleners meer vooroordelen dan oudere en zijn de attitudes van hulpverleners in de intramurale setting negatiever dan in de ambulante zorg.

In Nederland zijn twee onderzoeken uitgevoerd naar stigmatiserende attitudes onder gezondheidszorgprofessionals, waaronder GGZ-professionals, over mensen met psychische problematiek. Het onderzoek van Gras e.a. (2014) vond plaats onder huisartsen, professionals uit de forensische psychiatrie en professionals uit de GGZ, met als doel stigmatiserende attitudes ten opzichte van mensen met psychische problematiek van verschillende typen professionals met elkaar te vergelijken. In totaal namen 175 professionals deel. De drie groepen professionals verschilden statistisch significant van elkaar, met de hoogste score bij huisartsen (meer stigmatiserende attitudes), gevolgd door de forensische professionals en daarna professionals van de GGZ (met van de drie groepen dus de minst stigmatiserende attitudes). Eigen ervaringen met psychische problematiek of bekend zijn met familieleden met psychische problematiek ging niet samen met een andere mate van stigmatisering.

Het onderzoek van Van Boekel (2015) is gericht op verschillen tussen huisartsen, professionals in de GGZ en professionals in de verslavingszorg wat betreft hun houding ten opzichte van het werken met mensen met een verslaving. Haar onderzoek laat zien dat huisartsen en zorgverleners in de GGZ, vergeleken met verslavingszorgwerkers, meer moeite hadden met het werken met mensen met een verslaving, vanwege ideeën over gebrek aan therapietrouw en ook over geweld en manipulatie. Opvallend was dat verslavingszorgspecialisten minder verantwoordelijkheid voor de problematiek toeschreven aan cliënten.

Afgaande op deze twee Nederlandse onderzoeken komen stigmatiserende attitudes bij GGZ-hulpverleners voor, al wijst het onderzoek van Gras e.a. (2014) uit dat de algemene attitude van GGZ-hulpverleners positief is. Voor zover er negatieve attitudes zijn, gaan deze vooral over het zelf delen van ervaringen en over de opvatting de maatschappij te moeten beschermen. Vergelijking met de attitude binnen de algemene bevolking werd in deze twee Nederlandse studies niet gemaakt.

3.2.2 Aspecten en processen bij stigmatisering door hulpverleners

Castelein, Slooff, van Boekel en Lohuis (2016) beschrijven een aantal specifieke aspecten bij stigmatisering door hulpverleners. Dit zijn:

- *Clinicians bias*: Hulpverleners zien mensen in tijden van crisis en zorgelijke momenten. Dat is een mogelijke verklaring voor negatieve attitudes.
- *Diagnostic overshadowing*: Fysieke problemen en andere typen problemen worden overschaduwd door de psychische aandoening en krijgen daardoor minder aandacht of worden over het hoofd gezien.
- *latrogeen stigma*: Stigma door het onnodig of onjuist hanteren van een diagnostisch label.
- *Kennis*: Het ontbreekt zorgverleners dikwijls aan kennis over psychische problematiek en herstel, omdat hier in de opleiding weinig aandacht voor was.
- *Stress*: Zorgverleners ervaren de zorg voor mensen met psychische problematiek als stressvol, met gevoelens van frustratie en onmacht. Dit kan van invloed zijn op attitudes ten opzichte van mensen met psychische problematiek.

De processen die zij beschrijven, zijn processen die zich afspelen bij hulpverleners in het algemeen. Onderzoek over de mate waarin deze processen specifiek spelen bij GGZ-professionals ontbreekt grotendeels nog.

Recente onderzoeken geven aanvullende inzichten in de processen die bij stigmatisering door hulpverleners spelen. Zo wordt in een review over stigma bij borderline persoonlijkheidsstoornis aandacht besteed aan de *waargenomen onbehandelbaarheid* en het gevoel van machteloosheid bij hulpverleners omdat behandelingen nauwelijks effect hebben. Deze opvattingen en gevoelens zouden stigma in de hand werken. Dit kan betekenen dat stigma door hulpverleners het effect heeft van een self fulfilling prophecy (door stigma, ingegeven vanuit professionele machteloosheid, weinig moge-

lijkheden tot herstel zien, dit uitdragen naar de cliënt die door (zelf)stigma dan gevoel van empowerment verliest). En het lijkt ook een cirkel te zijn: negatieve verwachtingen en waargenomen onbehandelbaarheid uiten aan cliënten is een vorm van stigma en tegelijkertijd een attitude die samenhangt met (nog meer) stigma door de hulpverlener (Ring en Lawn, 2019).

Het verband tussen gevoelens van machteloosheid en frustratie en stigmatisering kwam ook aan de orde tijdens de moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners. Hulpverleners erkennen dat frustratie soms een rol speelt in de beoordeling van een situatie:



'Ik doe X te kort met mijn frustratie'. Je wil mensen zo goed mogelijk helpen, maar je kijkt ook naar hoeveel collega's je hebt, hoeveel tijd er is. Je maakt allemaal afwegingen, keuzes. We willen mensen zo goed mogelijk helpen, maar wat is nou juist. Of draaien we in rondjes. Het is moeilijk om het goed te doen. Wat is de link met stigma? Het gaat om complexe mensen, waar veel mee aan de hand is. Waar we dan niet goed uitkomen. Dan ga je denken, het is die vervelende X en je gaat het dan bij die persoon neerleggen. Maar die kan er niets aan doen'.

Waargenomen onbehandelbaarheid, waargenomen verantwoordelijkheid en angst lijken allemaal een rol te spelen bij stigma, maar lijken verschillende en soms tegengestelde relaties met stigmatisering te hebben. Dit geeft ook meteen de complexiteit aan van de processen die samengaan met stigmatisering. Dat dit voor hulpverleners een worsteling is blijkt uit onderstaand fragment uit een moreel beraad bijeenkomst:



'Het gaat er ook om waar je je eer uit haalt, in je werk. Vanuit een idee van kijk mij eens mooi hulpverlenen. Als het dan niet lukt, dat je dan toch negatiever over iemand gaat denken. Toch iets als lastpak, wat ik helemaal niet wil. En dan ook weer geïrriteerd raken over dat gevoel van irritatie. Denken over iemand als lastpak. Ik vind dat slecht van mezelf. Dat wordt dan bewust onderling niet besproken, deze gedachten en gevoelens, want dan stigmatiseren we nog meer'.

Ook vinden hulpverleners het soms lastig om te bepalen waar precies de grens ligt tussen handelen op basis van vooroordelen en op basis van professionele inschattingen (op grond van eerdere ervaringen met andere cliënten).



'Zo gaat dat. Dat is wel mijn stigma van iemand met een borderline stoornis. Ik heb een beeld gemaakt van wat er gebeurd zou zijn. In mijn gedachten zat X wel op de bank. X had ook bebloed aangetroffen kunnen worden. Is dat stigma of is het misschien iets anders? Het is misschien wel iets anders, het is een ingewikkelde vraag. Bij borderline speelt het stigma van aandacht vragen. En het is ook je professionele kennis. Je weet dat het zo kan zijn. Je maakt een professionele inschatting. Als je de situatie inschat dan doe je dat ook op basis van eerdere ervaringen. Je vult veel in. Waar ligt de grens tussen stigma en professionele kennis en inschatting?'

Nog complexer wordt het als een cliënt al eerder een keer een grens is over gegaan. Is het dan een vooroordeel of een reële risicotaxatie om ervan uit te gaan dat dit een volgende keer weer kan gebeuren.



'Dan veronderstel je al snel dat als iemand een keer een grens over gaat, dat die dan in staat is om nog meer grenzen over te gaan. Dit is een oordeel, omdat je niet weet of dit ook zo is. Stigmatisering is complex. Het heeft niet alleen te maken met (voor)oordelen, maar ook met iemand buitensluiten. In dit geval is de cliënt uitgesloten: er is over hem gepraat, zonder dat er met hem is gepraat. Negatieve gevoelens ten opzichte van de cliënt zijn hierbij bepalend geweest voor het gedrag. Maar ook als je het gedrag van de cliënt afkeurt, heeft hij nog het recht om zijn stem te laten horen en om gesprekspartner te blijven'.

De neiging tot *out-grouping* (denken in termen van wij en zij) krijgt in de literatuur ook steeds meer aandacht, als proces dat stigmatisering door hulpverleners versterkt. In recent onderzoek van Wang et al. (2018) wordt benadrukt dat zelfstigma en verlies van empowerment (disempowerment) van cliënten worden vergroot als gevolg van stigmatisering door hulpverleners waarbij het creëren van sociale afstand volgens deze onderzoekers een belangrijke rol speelt. Helmus e.a. (2019) gaan in hun onderzoek bij medewerkers van FACT-teams verder door op het concept *out-grouping* en het maken van onderscheid tussen 'wij' (de professionals) en 'zij' (de cliënten). Zij koppelen hieraan dat het maken van onderscheid tussen mensen met en mensen zonder psychische problemen arbitrair is omdat psychische problemen in de hele bevolking voorkomen en door de tijd heen verschillen en daarom beter gezien kunnen worden als een continuüm. Hulpverleners die vanuit deze continuüm opvatting handelen (symptomen zien als een ernstige variant van wat normaal is en dat de intensiteit van problemen door de tijd heen kan variëren), stigmatiseren volgens de onderzoeken die Helmus e.a. aanhalen minder omdat ze minder 'out-groepen' en daardoor minder stigmatiserende attitudes en gedrag vertonen.

3.2.3 Uitingsvormen

Castelein, Slooff, van Boekel en Lohuis (2016) noemen verschillende wijzen waarop stigmatisering in de hulpverlening zich laat zien:

- Te snel en/of te gemakkelijk een negatieve prognose geven en te weinig aandacht hebben voor het herstelproces.
- In het taalgebruik mensen reduceren tot een medische diagnose ('die schizofrenen'); het onnodig of onzorgvuldig hanteren van een label.
- Vormen van bejegening, inclusief (ervaren) onbegrip en respectloze behandeling.
- Fysieke klachten niet serieus (genoeg) nemen omdat alle klachten worden toegeschreven aan de psychische problematiek.

In de focusgroepen met mensen met een psychische aandoening kwamen concrete situaties aan de orde waarbij lichamelijke klachten niet serieus werden genomen omdat ze werden toegeschreven aan hun psychische gesteldheid.



'Ik ontwikkelde een trombose, ik kreeg pijn en een opgezwollen been. Toen zei de psychiater ja, vocht aanhouden, dat heb ik ook af en toe. Ik zei ja maar ik vertrouw het niet. Nou dat gaat wel weer over. Op een gegeven moment vertrouwde ik het echt niet, ik zeg: ik wil een onderzoek. Er werd onderzoek gedaan, alle alarmbellen gingen af.'

Charles en Bentley (2018) hebben bij de ontwikkeling van een vragenlijst verschillende categorieën van stigma-ervaringen van cliënten en familieleden gebruikt. Zij baseren zich hierbij op het experience-based model dat Charles ontwikkelde (2013) op basis van een etnografische studie van geschreven ervaringen van cliënten en familieleden. Dit model omvat de volgende vijf thema's:

1. *Schuld en schaamte*: gaat over de ervaringen van cliënten en familieleden dat de hulpverlener hen de schuld geeft voor de problemen en het uitblijven van behandelresultaten en hen het gevoel geeft minder te zijn dan andere mensen vanwege de psychische problematiek.
2. *Desinteresse en ergernis*: duidt op ervaringen van betrokkenen dat de hulpverlener weinig oprechte interesse heeft en geïrriteerd reageert op hulpvragen en vragen om informatie.
3. *Ontmenselijking*: verwijst naar ervaringen behandeld te worden als iemand met een lagere sociale status en dat hulpverleners geen oog te hebben voor persoonlijke kwaliteiten en persoonlijkheid.
4. *Slechte prognose/afhankelijk maken van behandeling*: gaat om ervaringen dat hulpverleners werken vanuit de attitude dat er weinig herstelmogelijkheden zijn en de continue afhankelijkheid van hulpverlening en medicatie stimuleren.

5. *Dwang/gebrek aan 'echte' keuzes*: de ervaringen van cliënten en familieleden met de invloed die hulpverleners uitoefenen op de keuzes van cliënten en het niet daadwerkelijk beschikken over mogelijkheden die andere mensen wel hebben, bijvoorbeeld met betrekking tot zelfstandig wonen.

Het gebrek aan echte keuzes kan worden geïllustreerd door een voorbeeld uit een van de focusgroepen met mensen met een psychische aandoening. Hierin gaf iemand aan dat er weinig overleg mogelijk was over de medicatie:



'En ze dwingen je ook tot lithium, want ik wilde dat niet, ik wilde helemaal geen medicatie. Toen zeiden ze heel nuchter u krijgt een week de tijd, als u dat niet wil dat respecteren we, maar dan moet u weg hier. Dan ga je afwegen bij jezelf en je wilt uit je depressie komen en ik had van anderen gehoord dat het wel helpt. Ik zei nou doe dat dan maar'.

Deze categorieën sluiten deels aan bij de door Castelein e.a. (2016) genoemde uitingsvormen 'slechte prognose en bevorderen van afhankelijkheid' en 'desinteresse en irritaties'. De categorie 'ontmenselijking' kan gelinkt worden aan geen of nauwelijks oog hebben voor de kwaliteiten van mensen die een rol spelen in het herstelproces. Deels gaan de categorieën ook nog een stap verder zoals dat cliënten het gevoel krijgen van hulpverleners dat zij debet zijn aan het uitblijven van behandelresultaten en geen volledige keuzemogelijkheden hebben. Hierbij blijft het dan wel wat zoeken naar wat precies maakt dat de cliënt dit zo ervaart; zijn het dingen die de hulpverlener letterlijk zegt of zit het 'm ook in bejegening zoals Castelein e.a. al noemen? Het vertalen van de categorieën van Charles naar precieze uitingsvorming van stigmatisering is niet heel eenvoudig wat niet wegneemt dat de vijf categorieën verhelderend werken voor het begrijpen van de stigma-ervaringen van cliënten en familieleden.

De geïnterviewde experts wijzen er in dit verband op dat het zowel gaat om bewuste als onbewuste oordeelsvorming over cliënten, vaak subtiel en impliciet, waardoor de dialoog tussen hulpverleners en cliënten wordt belemmerd. De voorbeelden die zij noemen komen deels overeen met de categorieën uit de literatuur, namelijk:

- De cliënt niet als gelijkwaardig zien;
- De cliënt als incompetent zien / 'voor cliënten denken' / dingen 'invullen';
- Het bij voorbaat 'beter weten';
- Er vanuit gaan dat er geen gesprek met de cliënt te voeren valt;
- De cliënt niet meenemen in het proces;
- Betutteling, kleineren;
- De cliënt als gevaarlijk zien;
- Onderling over de cliënt spreken in termen van diagnose ('die borderliner');

- Behandelpejssisme/onderschatten van mogelijkheden: cliënten te vertellen dat ze 'niet hoog moeten mikken' en 'dingen nooit meer zullen kunnen'.

Hierbij gaat het niet alleen om woorden en handelingen, maar ook om intonatie en lichaamstaal.

3.3 Aanpak stigma binnen de GGZ

3.3.1 Aandachtspunten voor hulpverleners

In het Handboek destigmatisering (Van Weeghel e.a., 2016) worden volgende verbeterpunten voor de hulpverlener genoemd:

- Luister onbevooroordeeld. Sluit aan bij de beleving van de cliënt en ga niet duiden vanuit het medisch model.
- Wees je bewust van je eigen taalgebruik en (de impact van) communiceren over diagnoses.
- Voer diagnostiek uit naar zelfstigma en stigma in de omgeving.
- Probeer de betekenis en functie van gedrag te begrijpen om onbegrip tegen te gaan.
- Voer regelmatig een evaluatie van de diagnostiek uit en stel bij waar nodig.

Er worden ook aanbevelingen gedaan voor stigmabestrijding op het niveau van de hulpverlening en het niveau van zorginstellingen en opleidingen. Wat betreft het niveau van de zorgverlening wordt benadrukt dat de behandeling en begeleiding gericht dienen te zijn op het verbeteren van de (sociale) positie van cliënten waarbij empowerment en het versterken van eigenwaarde belangrijk zijn. Op het niveau van zorginstellingen en opleiding wordt benadrukt dat er expliciet aandacht besteed moet worden aan de gevolgen van stigmatisering, wat ook belangrijk is in een breder maatschappelijk kader om te komen tot een integrale benadering voor destigmatisering.

In de Generieke module destigmatisering (NKO/Akwa, 2017) worden verschillende actiepunten genoemd, die ook weer aansluiten bij de aanbevelingen van het Handboek:

- Realiseer je de stigmatiserende effecten van veel psychiatrische labels en gebruik deze niet buiten de context van het diagnosticeren.
- Besteed in het contact met de patiënt aandacht aan het behoud van en focus op rollen (en de dromen, wensen en doelen daarbij) als werknemer, partner, ouder et cetera.
- Bespreek attitudes en openheid in het team.
- Overweeg om ook open te zijn over eigen ervaringen met psychische ontwrichting, behandeling en herstel. Niet open kunnen of durven zijn is een voedingsbodem voor stigmatisering binnen de hulpverlening.
- Verwijs patiënten naar goede informatieve websites, zelfhulpgroepen, peer groups en herstelgroepen om zelfmanagement bij stigma te ondersteunen.
- Zet klachten en verschijnselen in een normaliserend kader. Bijvoorbeeld: psychotische verschijnselen komen regelmatig bij mensen voor, maar slechts een klein deel van de mensen heeft er veel last van.

- Creëer een vertrouwensband en zorg dat de behandeling aansluit op de wensen, behoeften en mogelijkheden van de persoon.

In een focusgroep vertelt een cliënt over het belang van een menselijke benadering door de hulpverlener bij het creëren van een vertrouwensband:



'We hadden eigenlijk hele interessante therapeutische gesprekken over Ajax en andere dingen. Dat hielp bij mij goed, de vertrouwensband. Hij is helaas gestopt met roken dus ik zag hem daar niet meer. Dat gaf wel een band, je hebt samen iets: je rookt en je bent voor Ajax. Er moet een band zijn, hij was vrij direct, ik vond hem fantastisch, een goede SPV'er'.

Experts geven aan dat het vraagstuk rond stigmatisering in de GGZ geen eenvoudige is. Hulpverleners hebben in dit kader voortdurend te maken met dilemma's. Als je iemands problemen of gedrag benoemt, neem je iemand dan juist serieus of stigmatiseer je dan? Als je iemand wil behoeden voor iets, is dat badinerend of steunend? Het is niet altijd zonneklaar welke actie of welke benadering stigmatiserend uitpakt. Er is dan ook geen 'kant-en-klaar' oplossing. Het gaat om bewustwording en cultuurverandering. En het is ook iets persoonlijks: wat je wel en niet acceptabel vindt, hangt af van je eigen normen en waarden. De experts benoemen de volgende aandachtspunten voor hulpverleners:

- Maak stigma bespreekbaar, met cliënten, maar ook binnen de organisaties, en onder collega's. Programma's om stigmatisering bespreekbaar te maken, moeten bottom-up ontwikkeld worden, gesteund door het management.
- Laat aandacht voor de diagnose veel nadrukkelijker samengaan met aandacht voor het levensverhaal, de betekenisgeving en de context van de cliënt. Omdat er gedacht wordt in termen van diagnose (en een diagnose als iets statisch wordt ervaren) en het daarbij horende stappenplan, is er weinig ruimte het gesprek aan te gaan met de cliënt, en zich te verdiepen in zijn of haar context. Inzicht in het verhaal is nodig om de neiging om controle en overzicht te willen houden, en het 'in hokjes' denken, te doorbreken.
- 'Niets over ons, zonder ons', moet in de hele ggz een leidend principe zijn. Dat betekent dat cliënten (en hun familie) altijd betrokken moeten worden bij beslissingen.
- Erken ervaringskennis als bron van kennis, maar waak ervoor om de thema's herstel en stigmatisering alleen bij hen te beleggen. Stigmatisering is een onderwerp voor de hele organisatie.
- Binnen herstel- en lotgenotengroepen kunnen cliënten ervaringen uitwisselen en leren hoe ze met (zelf)stigma om kunnen gaan. Bijvoorbeeld hoe zij –bijvoorbeeld als ze aan het werk gaan- de afweging kunnen maken wat ze wel of niet willen vertellen over hun psychische problemen.

- Het is positief dat steeds meer hulpverleners zich kwetsbaar durven opstellen, met hun verhaal naar buiten durven te komen, en hun persoonlijke ervaringen leren inzetten in hun professioneel handelen. 'Het praten over moeilijke dingen moet de normaalste zaak van de wereld zijn'.

Ook in de groepsgesprekken met cliënten worden hulpverleners die open zijn over hun eigen kwetsbaarheid als positief gezien.



'Er was bijvoorbeeld een behandelaar die zelf een depressie had gehad en in behandeling was geweest. (...) Het strookt niet met professionaliteit zoals ze dat noemen, je moet afstand houden, je mag het niet mee naar huis nemen, en toch voel je je als patiënt echt een patiënt. De afstand die er is, zij gaan naar huis en voelen zich prima, en ik moet maar weer terug in de ellende. Maar als je mensen hebt die wat meer empathisch zijn, dat mag kennelijk niet als je behandelaar bent, echt empathisch, en je voelt dat ze dat niet zijn, gewoon de technieken erop loslaten, nee ik ben veel meer voor een menselijkere behandeling, maar het moet niet meehuilen met de wolven in het bos zijn, er zijn grenzen'.

3.3.2 Interventies voor hulpverleners

In de generieke module Destigmatisering wordt een zestal effectieve ingrediënten gegeven waarmee interventies (gericht op hulpverleners) kunnen worden opgebouwd (gebaseerd op Knaak e.a., 2014):

1. *Sociaal contact* in de vorm van een persoonlijk verhaal door een getrainde ervaringsdeskundige;
2. *Inzet van meerdere vormen van sociaal contact*, bijvoorbeeld een spreker en een videopresentatie, meerdere sprekers in de ik-vorm, ontmoetingen tussen deelnemers en patiënten;
3. *Focus op gedragsverandering door praktijkvaardigheden te bieden*: 'wat moet ik doen/zeggen' (om stigmatisering bespreekbaar te maken en handvatten te kunnen bieden aan de patiënt en oog te hebben voor zelfstigma en daarbij helpen);
4. Mythes ondergraven;
5. Uitgangspunt is de persoon, niet de ziekte;
6. Herstel is de belangrijkste boodschap.

Er zijn inmiddels ook interventies specifiek gericht op het tegengaan van stigma bij zorgprofessionals. Zo biedt Samen Sterk zonder Stigma (<https://www.samensterkzonderstigma.nl>) een toolkit aan voor zorgprofessionals om stigma tegen te gaan, genaamd Beyond the label (Camh, 2005). Dit is een in Canada ontwikkelde toolkit gericht op professionals van de GGZ (inclusief verslavingszorg) waarmee professionals hun eigen vooroordelen en attitudes ten opzichte van mensen met psychische problematiek kunnen onderzoeken.

De toolkit heeft 14 werkvormen, die gericht zijn op het creëren van een open dialoog tussen professionals over stigma en de impact op herstel van cliënten.

Verder heeft Samen Sterk zonder Stigma op basis van de generieke module Destigmatisering en het handboek Destigmatisering de Dialoogdag en de e-learningmodule 'Destigmatiserend werken' ontwikkeld. Doel van de Dialoogdag is om met professionals, cliënten en familie een gestructureerde dialoog te voeren over de stand van stigma binnen de instelling. De e-learningmodule 'Destigmatiserend werken' van GGZ Ecademy is bedoeld voor alle GGZ-hulpverleners (in opleiding) die meer willen weten over: (zelf)stigmatisering bij de cliënt en binnen de eigen ggz-organisatie; de impact van stigmatisering op de cliënt; destigmatiserend werken en de eigen rol hierin. De module duurt twee uur en bestaat uit een introductie, theorie, een casus, drie praktijkopdrachten en een samenvatting. De effectiviteit van deze interventies is nog niet onderzocht.

Harris e.a. (2019) beschrijven recent een training 'It's just us' die is ontwikkeld om stigma in de hulpverlening tegen te gaan. De basis voor de training is het doorbreken van het 'zij' (de cliënten) versus 'wij' (de hulpverleners) denken. Een andere relevante component in de training is educatie rond stigma en psychische gezondheid. Hierbij worden de volgende zaken expliciet in de training besproken:

- De impact van stigma op (de kwaliteit van) de hulpverlening en op de kwaliteit van leven van de cliënten.
- Mechanismen binnen de hulpverlenerscultuur die stigma door hulpverleners in stand houden, zoals de bias rond de ernst van de aandoeningen (the clinician's illusion/bias; de clinicus ziet alleen de meest zware 'gevallen' en schat daardoor de ernst van de aandoening hoger in dan realistisch is), cultuur van geslotenheid rond psychische aandoeningen (ook als ze dit zelf hebben ervaren; non-disclosure), en het gebruik van negatieve taaluitingen die kleinerend zijn voor mensen met een psychische aandoening. In Nederland is deze interventie niet geïmplementeerd.

In het eerder genoemde onderzoek van Helmus e.a. (2019) is onderzoek gedaan naar de twee uur durende workshop 'Wat doe jij?' die gericht is op het tegengaan van stigma door meer bewustwording over het onderwerp te creëren en meer begrip te krijgen voor mensen met psychische problematiek. 'Wat doe jij?' maakt mensen bewust van de gevolgen van oordelen en denkt mee over concrete oplossingen om die oordelen aan te pakken. Hierbij gaat speciale aandacht uit naar hulpverleners binnen de GGZ. Zij onderzochten onder FACT-medewerkers de stigmatiserende attitudes en de continuüm opvattingen voor en na de workshop. Wat opviel was dat de hulpverleners minder stigmatiserende attitudes hadden dan verwacht (op basis van ander onderzoek). De eindconclusie was dat de workshop wel effect had op het versterken van continuüm opvattingen maar niet op stigmatiserende attitudes.

Afgaande op bovenstaande voorbeelden, zijn de interventies wat betreft intensiteit en structuur uiteenlopend. Meer implementatie- en effectonderzoek kan belangrijke input leveren over welke interventies in welke situaties het beste zullen werken.

3.4 Samenvattend

Het literatuuronderzoek, aangevuld met kwalitatieve bevindingen uit interviews met experts, focusgroepen met cliënten en moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners, is gericht op wat stigmatisering in de GGZ is en hoe het eruit ziet, hoe vaak het voorkomt en wat er bekend is over effectieve bestanddelen van de aanpak van stigmatisering in de GGZ. Uit de literatuur blijkt dat stigmatisering in de GGZ zeker voorkomt, al ontbreken precieze cijfers. Ongeveer een kwart van de stigma-ervaringen van mensen met psychische problematiek is gelinkt aan stigmatisering in de GGZ, blijkt uit een internationale review. Uit de resultaten van het panel Psychisch Gezien blijkt dat bijna een kwart van de cliënten zich gediscrimineerd voelt binnen de GGZ. Attitudes van GGZ-hulpverleners verschillen niet erg van attitudes in de algemene bevolking ('hulpverleners zijn ook mensen'), volgens de resultaten van een internationale review. De paar onderzoeken die er zijn over de attitudes van Nederlandse GGZ-hulpverleners laten zien dat stigmatiserende attitudes voorkomen bij GGZ-hulpverleners al zijn de attitudes positiever dan verwacht op basis van de internationale literatuur.

Bij GGZ-hulpverleners speelt een aantal algemene processen van stigmatisering een rol, dat wil zeggen dat bepaalde processen die bij de algemene bevolking spelen rondom stigma ook spelen bij professionals. Dat zijn:

- Sociale categorisering, sociale afstand, out-grouping (wij-zij denken).
- Cognities over geweld en gevaar door mensen met psychische problematiek (en daaraan gekoppeld bij de ene diagnosegroep meer stigmatisering dan bij de andere).
- Cognities over controle over problematiek en eigen verantwoordelijkheid (en daaraan gekoppeld bij de ene diagnosegroep meer stigmatisering dan bij de andere).

Naast deze algemene processen zijn er processen die specifiek bij (GGZ) professionals een rol spelen, zoals clinicians bias, diagnostic overshadowing, iatrogeen stigma/labeling, stress die samengaat met negatieve attitudes, behandel pessimisme (opvattingen over onbehandelbaarheid en gevoelens van machteloosheid) en opvattingen over openheid over eigen ervaringen.

Op basis van deze inzichten worden in de literatuur aanbevelingen gedaan om stigmatisering in de GGZ te bestrijden. Het belang van aansluiten bij de beleving van de cliënt in plaats van duiden vanuit het medische model, bewustwording van de impact van taalgebruik en gebruik van diagnoses en het nemen van herstel als uitgangspunt voor het professionele handelen zijn belangrijke aanbevelingen. Wat betreft de methode om gedragsverandering bij professionals te bewerkstelligen, is contact met ervaringsdeskundigen van belang. Bij de aanbevelingen valt op dat dit in essentie ook aanbevelingen zijn voor goede, herstelondersteunende zorg.

4 Cliënten over stigmatisering in de GGZ

4.1 Panel Psychisch Gezien

In 2010 is het Trimbos-instituut gestart met het panel Psychisch Gezien: een landelijk panel van en voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Doel van het panel is meer zicht te krijgen op het maatschappelijk functioneren en de zorg- en leefsituatie van mensen met aanhoudende psychische aandoeningen. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om mensen die last hebben (gehad) van psychoses en ernstige depressies. Zij ondervinden als gevolg van hun psychische klachten beperkingen in het dagelijks leven, gedurende langere tijd. Aan het panel nemen zowel mensen deel die cliënt zijn van een GGZ-instelling als mensen die niet bij de GGZ in zorg zijn. Deelnemers aan het panel zijn minimaal 18 jaar oud.

4.1.1 Respons en achtergrondkenmerken

De peiling is in 2019 uitgezet onder 1.123 panelleden, waarvan er 628 de vragen hebben beantwoord (56% respons). Twee derde (66%) van de respondenten is vrouw. De respondenten zijn gemiddeld 52 jaar oud met een spreiding van 21 t/m 82 jaar. Zowel mannen als vrouwen zijn relatief vaak te vinden in de leeftijdsklassen '45 tot 55 jaar' en '55 tot 65 jaar'. Van de responderende panelleden heeft 92% ooit contact gehad met een hulpverlener uit de GGZ, 17% met een hulpverlener uit de verslavingszorg, 38% met cliëntinitiatieven, 35% met een vrijgevestigde psycholoog en 22% met een andere hulpverlener uit de GGZ of verslavingszorg (bijv. crisisdienst, dagopvang, dagbesteding, traumacentrum).

4.2 Ervaringen met stigma in het algemeen

Uit tabel 4.1 blijkt dat 73% van de panelleden de afgelopen twee jaar te maken heeft gehad met stigmatisering. De meest voorkomende vormen zijn zelfstigma (35%) en stigmatisering door familie en naasten (29%), gevolgd door stigmatisering door vrienden en kennissen (18%) en in de leefomgeving (17%). 13% van de panelleden gaf aan dat stigmatisering door GGZ-hulpverleners tot de drie belangrijkste vormen van stigmatisering behoort waarmee zij de afgelopen twee jaar te maken hebben gehad.

Tabel 4.1 Vormen van stigmatisering waarmee men de afgelopen twee jaar vooral te maken heeft gehad (max. 3 antwoorden mogelijk)

	n (%)
Achtergesteld of ongelijk behandeld worden door organisaties (structureel stigma)	90 (14)
Stigmatisering door partner/familieleden/naasten	185 (29)
Stigmatisering bij (vrijwilligers)werk en opleiding	89 (14)
Stigmatisering in de leefomgeving (woonsituatie, in de wijk)	109 (17)
Stigmatisering door vrienden en kennissen	115 (18)
Stigmatisering door hulpverleners binnen GGZ	82 (13)
Stigmatisering door hulpverleners buiten GGZ	97 (15)
Ik denk (wel eens) dat bepaalde heersende negatieve opvattingen over psychische aandoeningen waar zijn en voel me onzeker over mezelf of over wat ik wel of niet kan (zelfstigma)	218 (35)
Een andere vorm van stigma	36 (6)
Ik heb geen ervaringen gehad met stigmatisering	168 (27)

De panelleden die ervaringen hebben met stigmatisering geven aan dat ze hier veel nadelige gevolgen van hebben ondervonden. Zo heeft het hun zelfbeeld aangetast (67%) en het gevoel van vertrouwen in het eigen kunnen en de hoop voor de toekomst (60%). Ook ervaren zij nadelige gevolgen voor hun kwaliteit van leven (58%), de contacten met andere mensen (54%), de psychische en verslavingsproblemen en hun herstelproces (beide 47%).

Tabel 4.2 Levensgebieden waarop men de afgelopen twee jaar nadelige gevolgen heeft ervaren van stigmatisering n.a.v. psychische problemen/verslaving

	n (%)
(Vrijwilligers)werk	160 (25)
Geld en inkomen	196 (31)
Contacten met mensen	338 (54)
Zelfbeeld	420 (67)
Kwaliteit van leven	365 (58)
Mate van psychische en/of verslavingsproblemen	293 (47)
Mate van herstel	294 (47)
Gevoel van vertrouwen in eigen kunnen en hoop voor de toekomst	375 (60)
Het zoeken van (professionele) hulp	178 (28)
Lichamelijke gezondheid	292 (46)
Een ander gebied	38 (11)

4.3 Ervaringen met stigma binnen de GGZ

Tabel 4.3 laat zien dat meer dan de helft (54%) van de totale groep panelleden in de afgelopen twee jaar te maken heeft gehad met stigmatisering door GGZ-hulpverleners (46% heeft hier geen ervaringen mee). Deze stigmatisering wordt op veel manieren ervaren, waarbij een afstandelijke houding door hulpverleners (22%) en de taal die hulpverleners gebruiken (20%) de meest genoemde zijn.

Tabel 4.3 Vormen van stigmatisering in de GGZ of verslavingszorg waarmee men in de afgelopen twee jaar te maken heeft gehad

	n (%)
De taal die hulpverleners gebruiken als zij met u praten	120 (20)
De manier waarop hulpverleners onderling over u praten	95 (16)
Hulpverleners die u betuttelen	110 (18)
Hulpverleners die u negeren	97 (16)
Gebrek aan openheid bij hulpverleners over hun eigen problemen of psychische aandoeningen	84 (14)
Hulpverleners die niet met u over stigmatisering willen praten	25 (4)
Een afstandelijke houding van hulpverleners tegenover u	135 (22)
Pessimisme bij hulpverleners: denken dat (nieuwe) behandeling en begeleiding geen zin hebben en slechte resultaten zullen hebben	103 (17)
Hulpverleners die teveel aandacht hebben voor beperkingen en u willen beschermen tegen risico's, en daardoor uw herstel tegen houden.	95 (16)
Een andere vorm van stigma	38 (6)
Ik heb geen ervaringen met stigmatisering door GGZ-hulpverleners	283 (46)

Van de panelleden die aangaven ervaringen te hebben met stigmatisering binnen de GGZ gaf ruim de helft 56% aan dat zij die het afgelopen jaar nog hebben opgedaan.

Ook hierbij geven panelleden aan veel nadelige gevolgen te hebben ondervonden. Met name op hun zelfbeeld en het gevoel van vertrouwen in het eigen kunnen en de hoop voor de toekomst (resp. 70% en 69%). Ook zijn er nadelige gevolgen voor het herstel (60%) en de kwaliteit van leven (58%), de contacten met andere mensen (56%) en de psychische en verslavingsproblemen (55%).

Tabel 4.4 Levensgebieden waarop men de afgelopen twee jaar nadelige gevolgen heeft ervaren van stigmatisering vanuit de hulpverlening (n=628)

	n (%)
(Vrijwilligers)werk	92 (28)
Geld en inkomen	101 (31)
Contacten met mensen	183 (56)
Zelfbeeld	227 (70)
Kwaliteit van leven	200 (61)
Mate van psychische en/of verslavingsproblemen	181 (55)
Mate van herstel	197 (60)
Gevoel van vertrouwen in eigen kunnen en hoop voor de toekomst	226 (69)
Het zoeken van (professionele) hulp	143 (44)
Lichamelijke gezondheid	161 (50)
Een ander gebied	27 (16)

Op de vraag tot welke beroepsgroep(en) de hulpverlener behoorde door wie men zich gestigmatiseerd voelde, antwoordde bijna de helft de psychiater (47%), gevolgd door de psycholoog/psychotherapeut (41%) en de verpleegkundige/verpleegkundig specialist (36%).

Op de vraag hoe groot de panelleden het probleem van stigmatisering in de GGZ beoordelen op een schaal van 1 tot 10 (1=geen probleem, 10=groot probleem) gaven de panelleden gemiddeld een 5,4. Wanneer wordt uitgesplitst naar cliënten die wel en geen stigmatisering vanuit de GGZ hebben ervaren (zie tabel 4.3), dan blijkt dat degenen die geen stigma hebben ervaren vanuit de GGZ een lager cijfer geven (3,7) dan degenen die wel stigma hebben ervaren vanuit de GGZ (6,6).

4.4 Bespreekbaar maken

Aan de panelleden is gevraagd of zij de ervaringen met stigmatisering in de GGZ met iemand hebben besproken. Van de panelleden met stigma-ervaringen gaf ruim een kwart (26%) aan dat ze dit nooit met iemand hebben besproken, 51% een enkele keer/soms en 20% regelmatig/vaak (3% weet het niet). De meesten (69%) hebben deze ervaringen gedeeld met iemand in de directe omgeving (bijv. partner, familieleden, naasten, vrienden, kennissen, of iemand anders), meer dan de helft met een andere hulpverlener binnen de GGZ of verslavingszorg (53%) en ruim een derde met de betreffende hulpverlener zelf (37%). Op de vraag of ze hier iets aan gehad hebben, antwoordde ruim een kwart (28%) van niet, 32% enigszins en ruim een derde 36% van wel (4% had geen mening).

Panelleden geven aan dat zij ook gesteund zijn door GGZ-hulpverleners bij stigmatisering door anderen (bijvoorbeeld door familie, kennissen, of buurt, etc.). Van de panelleden met stigma-ervaringen geeft 63% aan dat ze hierbij ondersteund zijn door een hulpverlener. Wat hen vooral hielp was dat ze zich gehoord en begrepen voelden (83%) en dat zij handvatten kregen hoe ze met stigmatisering om kunnen gaan (42%).

4.5 Aanpak stigma binnen de GGZ

Bijna de helft van de panelleden (45%) vindt dat het normaliseren van psychische klachten (het kan iedereen overkomen) tot de drie belangrijkste maatregelen behoort om stigmatisering te verminderen (zie tabel 4.5). Op de tweede plaats staat het terughoudend zijn met psychiatrische labels (34%), gevolgd door herstelgericht werken en samen beslissingen nemen (resp. 28 en 27%).

Tabel 4.5 Wat zou helpen om stigmatisering binnen de GGZ te verminderen (max. 3 antwoorden mogelijk)

	n (%)
Meer openheid bij hulpverleners over hun eigen psychische klachten	110 (17)
Een meer gewone kijk op psychische klachten (het kan iedereen overkomen)	286 (45)
Terughoudend zijn met psychiatrische labels	213 (34)
Hulpverleners kunnen meer nadenken over de manier waarop zij met cliënten omgaan en dat onderling bespreken	165 (26)
Herstelgericht werken, gericht op het versterken van eigen regie van cliënten	178 (28)
Cliënt en hulpverlener zouden meer samen beslissingen moeten nemen over de behandeling	167 (27)
Voorlichting door ervaringsdeskundigen aan hulpverleners over stigma en destigmatisering	162 (26)
Meer aandacht voor destigmatisering in het beleid van de organisatie	97 (15)
Training en andere ondersteuning voor hulpverleners in de GGZ en verslavingszorg	93 (15)
Anders, namelijk.....	53 (8)

Op de vraag wat er als eerste moet gebeuren om stigmatisering door hulpverleners tegen te gaan, worden de volgende onderwerpen genoemd: minder in hokjes denken, meer gelijkwaardigheid in het contact tussen hulpverlener en cliënt, meer verdiepen in het verhaal van de cliënt, het onderwerp (zelf)stigma bespreekbaar maken, bewustwording bij hulpverleners over stigmatiserende gedragingen, openheid van hulpverleners over eigen kwetsbaarheid, inzet van ervaringsdeskundigheid en meer herstelgericht werken.

4.6 Samenvattend

Van de 628 cliënten die aan de peiling hebben deelgenomen is het merendeel vrouw en de gemiddelde leeftijd 52 jaar. Bijna driekwart van hen heeft de afgelopen twee jaar te maken gehad met stigmatisering in het algemeen, vooral met zelfstigma en stigmatisering door naasten. Nadelige gevolgen die zij hierbij hebben ondervonden zijn onder andere een negatief zelfbeeld, verminderd zelfvertrouwen en verminderde hoop op de toekomst, trager herstel en een lagere kwaliteit van leven.

Ruim de helft heeft de afgelopen twee jaar te maken gehad met stigmatisering door GGZ-hulpverleners. De afstandelijke houding en het taalgebruik van hulpverleners (betuttelend/beschermend) worden hierbij het vaakst genoemd. De negatieve gevolgen hiervan komen grotendeels overeen met die van stigmatisering in het algemeen. De hulpverleners door wie ze zijn gestigmatiseerd, behoren tot de kernprofessies in de GGZ: psychiaters, psychologen/psychotherapeuten en - in mindere mate – verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Cliënten gaven stigmatisering in de GGZ gemiddeld een 5,4 op een schaal van 1 tot 10 (1=geen probleem, 10=groot probleem), panelleden die ervaring hebben met stigmatisering in de GGZ geven daarbij een hoger rapportcijfer (6,6) dan panelleden die deze ervaring niet hebben (3,7).

Een kwart van de cliënten met stigma-ervaringen in de GGZ heeft hier nooit met iemand over gesproken. Ruim een derde heeft het met de betreffende hulpverlener zelf besproken. Om stigma in de GGZ aan te pakken vinden cliënten normalisering van psychische en verslavingsproblemen van belang, evenals terughoudendheid bij het gebruik van psychiatrische labels, herstelgericht werken en samen beslissingen nemen.

5 Hulpverleners over stigmatisering in de GGZ

5.1 Werving en respons

De digitale enquête is via een open procedure uitgezet in verschillende sectoren van GGZ en verslavingszorg (ambulant, klinisch, beschermd wonen en vrijevestigden). Voor de verspreiding is gebruik gemaakt van diverse kanalen: Trimbos-instituut, Verslavingskunde Nederland, Kennisconsortium Destigmatisering, FACT Nederland, Kenniscentrum Phrenos, Samen Sterk zonder Stigma en beroepsorganisaties. In totaal hebben 471 hulpverleners de enquête ingevuld. Omdat er sprake was van een open werving, is de groep respondenten niet representatief voor de totale groep hulpverleners in de GGZ en verslavingszorg. We verwachten dat vooral hulpverleners met affiniteit voor het onderwerp stigmatisering de vragenlijst hebben ingevuld.

5.2 Achtergrondkenmerken

Van de hulpverleners die de vragenlijst hebben ingevuld, is het merendeel (61%) werkzaam in een ambulante setting, bijna een derde (31%) werkt binnen een intramurale, klinische setting en 19% in een beschermde woonvorm (tabel 5.1). Een aanzienlijk deel werkt in meerdere settings binnen of (gedeeltelijk) buiten de GGZ of verslavingszorg (bijv. reclassering, wijkteam, maatschappelijke opvang).

Tabel 5.1 Sectoren waarin hulpverleners werkzaam zijn (meer antwoorden mogelijk)

	n (%)
Intramurale / klinische sector ggz	97 (21)
Intramurale / klinische sector verslavingszorg	48 (10)
Ambulante sector ggz	179 (38)
Ambulante sector verslavingszorg	110 (23)
Beschermd wonen ggz	47 (10)
Beschermd wonen verslavingszorg	41 (9)
Eigen praktijk / vrijevestigd	12 (2)
Anders	52 (11)

Het merendeel van de respondenten is verpleegkundige of verpleegkundig specialist (32%), gevolgd door GGZ-agoog (12%), psycholoog/psychotherapeut, maatschappelijk werker (beide 10%). Onder de categorie anders vallen onder andere reclasseringswerker, woonbegeleider en artsen en verpleegkundigen in opleiding (tabel 5.2).

Tabel 5.2 Functies van de hulpverleners (meer antwoorden mogelijk)

	n (%)
Psychiater	17 (4)
Verslavingsarts	4 (1)
Psycholoog/psychotherapeut	49 (10)
Verpleegkundige/verpleegkundig specialist	152 (32)
Ervaringswerker	35 (7)
Vaktherapeut	16 (3)
Systeemtherapeut	11 (2)
Maatschappelijk werker	48 (10)
Sociotherapeut	23 (5)
Sociaal pedagogisch hulpverlener	41 (9)
Activiteitenbegeleider	10 (2)
GGZ-agoog	56 (12)
Anders	90 (19)

De hulpverleners zijn gemiddeld 14 jaar werkzaam binnen de GGZ (minimum 1, maximum 45).

5.3 Stigma in het algemeen

Aan de hulpverleners is gevraagd met welke vormen van stigmatisering cliënten vooral te maken krijgen. Uit tabel 4.3 blijkt dat hulpverleners bij cliënten vooral zelfstigma (80%) en stigmatisering in de leefomgeving (48%) zien. Vergelijken we dit met het resultaat bij cliënten zelf, dan blijkt dat cliënten ook zelfstigma als eerste noemden maar vervolgens stigmatisering door partner, familie of naasten.

Tabel 5.3 Vormen van stigmatisering waarmee cliënten te maken krijgen
(maximaal 3 antwoorden mogelijk)

	n (%)
Zelfstigma of geïnternaliseerd stigma (cliënt heeft negatieve oordelen van anderen verinnerlijkt)	375 (80)
Structureel stigma (ongelijkheid die is verankerd in cultuur en wet- en regelgeving)	147 (31)
Stigmatisering door partner/familieleden/naasten	165 (35)
Stigmatisering bij werk en opleiding	180 (38)
Stigmatisering in de leefomgeving (woonsituatie, in de wijk)	224 (48)
Stigmatisering door vrienden en kennissen	53 (11)
Stigmatisering door hulpverleners	171 (36)
Anders, namelijk:	8 (2)
Weet niet / komt nooit ter sprake	3 (1)

Evenals cliënten zien ook hulpverleners veel negatieve gevolgen van stigmatisering (tabel 5.4). Hulpverleners denken hierbij vooral aan een negatief zelfbeeld (64%) en sociaal isolement/eenzaamheid (57%) bij cliënten. Daarnaast zien zij nadelige gevolgen voor het herstel van cliënten (43%) en dat cliënten gedemoraliseerd raken (28%).

Tabel 5.4 Gevolgen die cliënten ervaren door stigmatisering (maximaal 3 antwoorden mogelijk)

	n (%)
Werkloosheid	45 (10)
Financiële gevolgen (bijv. inkomensverlies)	54 (11)
Klein sociaal netwerk	101 (21)
Sociaal isolement, eenzaamheid	271 (57)
Lage zelfachting, negatief zelfbeeld	303 (64)
Lage kwaliteit van leven	85 (18)
Toename psychische en/of verslavingsproblemen	108 (23)
Belemmering van herstel	205 (43)
Demoralisatie (ergens al niet meer aan beginnen)	131 (28)
Vermijden van (professionele) hulp	71 (15)
Anders	5 (1)

5.4 Stigma binnen de GGZ

5.4.1 Vóórkomen van stigma

De hulpverleners zien als belangrijkste vormen van stigmatisering binnen de GGZ de focus op de beperkingen van cliënten en het vermijden van risico's in plaats van op hun mogelijkheden en herstel (52%), de betuttelende of beschermende bejegening van cliënten (43%) en het taalgebruik over cliënten tussen hulpverleners onderling (42%). Dit verschilt van wat cliënten hierover opmerkten; zij zagen het taalgebruik en de afstandelijke houding van hulpverleners naar hen toe als belangrijkste vormen van stigmatisering. Een kleine minderheid van de hulpverleners (5%) vindt dat geen van de genoemde vormen behoort tot stigmatisering.

Tabel 5.5 Vormen van stigmatisering van cliënten in de GGZ, volgens hulpverleners (maximaal 3 antwoorden mogelijk)

	n (%)
Taalgebruik naar cliënten	59 (12)
Taalgebruik over cliënten tussen collega's onderling	198 (42)
Bejegening van cliënten (betuttelend/beschermend)	203 (43)
Gebrek aan openheid over eigen psychische aandoeningen	121 (26)
Onderwerp stigmatisering is moeilijk bespreekbaar in het team	40 (8)
Grote afstand tussen hulpverleners en cliënten (wij-zij kloof)	136 (29)
Behandelpessimisme en negatieve prognoses	166 (35)
Focus op beperkingen en vermijden van risico's in plaats van mogelijkheden en herstel	246 (52)
Anders	14 (3)
Geen van bovenstaande vormen van stigmatisering	22 (5)

Op de vraag hoe vaak stigmatisering bij het eigen team/de eigen afdeling voorkomt, geeft 2% aan dat dit nooit voorkomt, 58% dat dit een enkele keer of soms voorkomt en 40% dat dit regelmatig of vaak voorkomt.

Op de vraag hoe groot de hulpverleners het probleem van stigmatisering in de GGZ beoordelen op een schaal van 1 tot 10 (1=geen probleem, 10=groot probleem) gaven zij gemiddeld een 6,7. Dit betekent dat hulpverleners het een groter probleem vinden dan cliënten, die hier gemiddeld een 5,4 scoorden.

Wanneer we uitsplitsen voor GGZ en verslavingszorg, blijkt dat hulpverleners in de GGZ stigmatisering als een groter probleem zien dan die in de verslavingszorg (resp. 6,8 en 6,2). Hulpverleners die in beide sectoren werkzaam zijn, scoren gemiddeld het hoogst met 7,2. Uitgesplitst naar sectoren (klinisch/ambulant/beschermde wonen) scoren hulpverleners in de klinische sector het hoogst met een 7,0.

5.5 Bespreekbaar maken

Aan de hulpverleners is gevraagd of het onderwerp stigmatisering wel eens ter sprake komt in het team- of afdelingsoverleg. Hierop antwoordde 19% dat dit nooit aan de orde komt, 62% een enkele keer of soms en 19% dat dit regelmatig of vaak gebeurt.

Vervolgens is de hulpverleners gevraagd of zij wel eens hebben overwogen om een collega aan te spreken op zijn/haar stigmatiserende bejegening, houding of taalgebruik. 9% heeft dit nooit overwogen, 58% heeft dit een enkele keer of soms overwogen en 33% heeft dit regelmatig of vaak overwogen. 12% heeft in de praktijk nooit een collega aangesproken, 62% een enkele keer of soms, en ruim een kwart (26%) heeft dit regelmatig of vaak gedaan.

Op de vraag of zij bij zichzelf wel eens een bejegening, houding of taalgebruik hebben opgemerkt die als stigmatiserend kan worden gezien, gaf 7% nooit aan, 83% een enkele keer of soms en 10% regelmatig of vaak. Ruim twee derde (68%) geeft aan dat zij nooit door een collega zijn aangesproken op een stigmatiserende houding of taalgebruik, 31% een enkele keer of soms, en vrijwel niemand (minder dan 1%) geeft aan hier regelmatig of vaak op te zijn aangesproken. Datzelfde geldt voor het aangesproken zijn door een cliënt: 68% is hier nooit op aangesproken, 31% een enkele keer of soms, en 1% regelmatig of vaak.

Ruim een kwart van de hulpverleners (26%) heeft nooit aan cliënten gevraagd of zij hun bejegening, taalgebruik of houding als stigmatiserend ervaren, 41% heeft dit een enkele keer of soms gedaan en een derde (33%) regelmatig of vaak.

Van de hulpverleners heeft bijna twee derde (63%) zelf wel eens psychische klachten of een verslavingsprobleem gehad. Bijna iedereen (91%) heeft dit op het werk verteld: 43% aan het hele team, bijna de helft (49%) aan een of enkele collega's en bijna een derde (31%) aan een of enkele cliënten.

Belangrijke redenen om het wel te bespreken in het team of met collega's zijn onder andere dat men het prettig vond om dit met anderen te delen, als verklaring voor afwezigheid of minder goed functioneren, omdat men openheid belangrijk vindt / om te normaliseren en om steun te ontvangen. Redenen om het met cliënten te bespreken zijn onder meer om het contact (de vertrouwensband) te verbeteren, omdat men eigen ervaringen wil inzetten in het werk, om de afstand met cliënten te verkleinen en om aan te geven dat psychische klachten veel voorkomen / om te normaliseren.

Belangrijke redenen om het niet te bespreken in het team of met collega's zijn onder andere uit angst voor stigma, veroordeling en niet meer serieus te worden genomen, uit schaamte, omdat men sowieso weinig met collega's deelt, en omdat het klimaat op de afdeling onveilig is. Redenen om het niet met cliënten te bespreken zijn onder meer

omdat het tegen je gebruikt kan worden (chantage), omdat ze het niet professioneel vinden, omdat het niet nodig is en omdat het niets toevoegt aan de behandeling.

5.6 Aanpak stigma binnen de GGZ

Op de vraag of men verwacht dat er binnen het team of op de afdeling bereidheid is om actief met destigmatisering aan de slag te gaan, antwoordt vrijwel niemand (1%) helemaal niet, de helft (50%) denkt nauwelijks of enigszins en bijna de helft (49%) denkt dat die bereidheid er zeker is. Hun eigen bereidheid om hiermee aan de slag te gaan is nog veel groter: vrijwel niemand wil er niet mee aan de slag (1%), een kwart (25%) nauwelijks of enigszins en maar liefst bijna driekwart (74%) wil hier zelf actief mee aan de slag gaan.

Ruim de helft van de hulpverleners (55%) heeft behoefte aan ondersteuning bij het destigmatiserend werken. De redenen hiervoor zijn dat men graag concrete tips en adviezen wil, dat men zelf niet weet waar te beginnen en wat werkt, dat meer bewustwording nodig is, dat men coaching/casuïstiekbesprekingen/e-learning/voorlichting (door ervaringsdeskundige) wil, dat men wil leren van anderen, en dat men samen sterker staat.

4% van de hulpverleners is goed bekend met de generieke module destigmatisering (<https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/destigmatisering/inleiding>), bijna een kwart (24%) kent de kwaliteitsstandaard enigszins. Bijna drie kwart van hen (72%) is niet bekend met deze kwaliteitsstandaard. Op de vraag of deze module wordt toegepast binnen de organisatie geeft 62% aan dit niet te weten, 32% dat deze niet wordt toegepast en 5% dat die wel wordt toegepast.

Ruim een kwart van de hulpverleners (26%) kent geen enkele methodiek of instrument voor destigmatisering. De methodieken die het meest bekend zijn, zijn ervaringsdeskundigen die voorlichting geven over stigma (56%) en Wellness Recovery Action Plan (WRAP) (36%). Een kwart is bekend met psycho-educatie met aandacht voor (zelf)stigma (25%) en meer dan een vijfde met de e-learning Destigmatiserend werken (tabel 5.6).

**Tabel 5.6 Instrumenten of methodieken voor destigmatisering waarmee hulpverleners bekend zijn
(meer antwoorden mogelijk)**

	n (%)
Beyond the label (Samen Sterk zonder Stigma)	74 (16)
Dialoogdag (Samen Sterk zonder Stigma)	60 (13)
E-learning Destigmatiserend werken (GGZ Ecademy)	97 (21)
Honest, Open & Proud (HOP)	58 (12)
Wellness Recovery Action Plan (WRAP)	171 (36)
Beslissingshulp Conceal or Reveal (CORAL)	28 (6)
Fotovoice	37 (8)
Mensenbieb	22 (5)
Mental Health First Aid (MHFA)	87 (18)
Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT)	25 (5)
Psycho-educatie met aandacht voor (zelf)stigma	116 (25)
Ervaringsdeskundigen die voorlichting geven over stigma	266 (56)
Anders	15 (3)
Ik ken geen instrument of methodiek	123 (26)

Tabel 5.7 geeft weer wat volgens hulpverleners zou helpen om stigmatisering in de GGZ te verminderen. Hieruit blijkt dat ruim de helft van de hulpverleners (55%) het normaliseren van psychische klachten belangrijk vindt. Daarna volgen reflectie op bejegening, houding en taalgebruik binnen het team of de organisatie en herstelgericht werken (beide 41%). Uit de enquête bij cliënten kwam normalisering eveneens als belangrijkste naar voren, gevolgd door terughoudend zijn met psychiatrische labels. Bij de categorie 'anders' gaven sommige hulpverleners aan dat ze meer opties hadden willen invullen, omdat er meer dan drie maatregelen nodig zijn om een mentaliteitsverandering te bewerkstelligen.

Tabel 5.7 Wat helpt om stigmatisering in de GGZ te verminderen (max. 3 antwoorden mogelijk)

	n (%)
Meer openheid bij hulpverleners over hun eigen psychische klachten	99 (21)
Normaliseren van psychische klachten (het kan iedereen overkomen)	259 (55)
Terughoudend zijn met psychiatrische labels	145 (31)
Reflectie op bejegening, houding en taalgebruik binnen het team of de organisatie	195 (41)
Herstelgericht werken, gericht op het versterken van eigen regie van cliënten	192 (41)
Bewustzijn van en reflectie op het eigen taalgebruik en eigen bejegening	103 (22)
Gezamenlijke besluitvorming tussen cliënt en hulpverlener over behandeling	97 (21)
Voorlichting door ervaringsdeskundigen over stigma en destigmatisering	90 (19)
Meer aandacht voor destigmatisering in het beleid van de organisatie	65 (14)
Gebruik van destigmatiserende methodieken zoals Beyond the label, Honest, Open and Proud (HOP) binnen de organisatie	42 (9)
Implementatie van de generieke module Destigmatisering binnen de organisatie	34 (7)
Anders, namelijk:	11 (2)

Ten slotte is aan de hulpverleners gevraagd welke eerstvolgende stap op het gebied van destigmatisering in de GGZ zij zelf zouden willen zetten. Het meest genoemd werden: het onderwerp stigmatisering meer bespreekbaar maken binnen het team (en daarbij zorgen voor een cultuur waarbij mensen elkaar kunnen aanspreken op stigmatiserende gedragingen/houdingen) en zichzelf verdiepen in de beschikbare instrumenten en methodieken (e-learning) en in de generieke module Destigmatisering. Daarnaast werden genoemd: zelf werken aan meer bewustwording, zelfreflectie en openheid (ook over eigen ervaringen); voorlichting door of meer samenwerken met ervaringsdeskundigen rond dit thema; (zelf)stigma bespreken met cliënten; en meer aandacht vragen voor stigma op beleids- en samenlevingsniveau.

5.7 Samenvattend

Van de hulpverleners die aan de enquête hebben deelgenomen, is het merendeel werkzaam in een ambulante setting, bijna een derde werkt binnen een intramurale, klinische setting en een op de vijf in een beschermde woonvorm. Gemiddeld zijn ze 14 jaar werkzaam binnen de GGZ (incl. verslavingszorg). Zij zien bij cliënten vooral veel zelfstigma en stigmatisering in de leefomgeving (woonsituatie, wijk). De negatieve gevolgen hiervan bij cliënten zijn vooral een negatief zelfbeeld en sociaal isolement/eenzaamheid.

Binnen de GGZ heeft stigmatisering volgens de hulpverleners vooral te maken met de focus op beperkingen (in plaats van op mogelijkheden en herstel) en het vermijden van risico's, de bejegening (betuttelend/beschermend) en het taalgebruik over cliënten tussen hulpverleners onderling. Vier op de tien hulpverleners geeft aan dat stigmatisering binnen het eigen team regelmatig tot vaak voorkomt. Zij geven stigmatisering in de GGZ gemiddeld een 6,7 op een schaal van 1 tot 10 (1=geen probleem, 10=groot probleem).

Stigmatisering door hulpverleners wordt nog weinig besproken, zowel binnen het team als tussen hulpverleners onderling. Ook door cliënten worden zij hier nog weinig op aangesproken. De eigen psychische problemen worden wel vaker besproken. Van de responderende hulpverleners heeft bijna twee derde zelf psychische klachten of een verslavingsprobleem gehad. Negen op de tien van hen heeft dit verteld aan een of meer collega's en/of cliënten.

Ongeveer de helft van de hulpverleners verwacht dat er binnen het team zeker bereidheid is om met destigmatisering aan de slag te gaan. De eigen bereidheid is veel groter: bijna driekwart wil zelf actief met destigmatisering aan de slag gaan. Bijna drie kwart van de hulpverleners is niet bekend met de generieke module Destigmatisering. Van de destigmatiserende methodieken kennen de hulpverleners vooral ervaringsdeskundigen die voorlichting geven over stigma, Wellness Recovery Action Plan (WRAP), psycho-

educatie met aandacht voor (zelf)stigma en de e-learning Destigmatiserend werken. Op de vraag wat volgens hen vooral zou helpen om stigmatisering in de GGZ te verminderen, noemen zij het normaliseren van psychische klachten, reflectie binnen het team/de organisatie op bejegening, houding en taalgebruik, en herstelgericht werken.

6 Samenvatting en conclusies

De contextmonitor van de Landelijke Monitor Ambulantisering 2019 richt zich op stigmatisering door hulpverleners in de GGZ (inclusief verslavingszorg). Dit zou wellicht een mede verklarende factor kunnen zijn in het achterwege blijven van substantiële verbeteringen in maatschappelijk herstel, met name in participatie in werk en de samenleving. Dit deelonderzoek is gericht op het beantwoorden van de volgende vragen:

1. Wat is stigmatisering door hulpverleners? Op welke manier uit zich dergelijke stigmatisering?
2. Welke ervaringen hebben hulpverleners en cliënten met dergelijke stigmatisering?
3. Hoe gaan hulpverleners om met eventuele waargenomen eigen stigmatisering of die van collega-hulpverleners? Hoe denken zij over concrete aanpakken om stigmatisering te verminderen?
4. Welke lessen zijn te trekken uit de ervaringen van cliënten en hulpverleners met stigmatisering?

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende onderzoeksmethoden gebruikt: literatuuronderzoek, interviews met experts, focusgroepen met mensen met een psychische aandoening, moreel beraad bijeenkomsten met hulpverleners, digitale peiling bij leden van het panel Psychisch Gezien (n=628), en een digitale enquête onder hulpverleners (n=471).

6.1 Vóórkomen en processen van stigmatisering

Uit de literatuur blijkt dat stigmatisering in de GGZ regelmatig voorkomt. Ongeveer een kwart van de stigma-ervaringen van mensen met psychische problematiek is gelinkt aan stigmatisering in de GGZ, blijkt uit internationale gegevens. Nederlands onderzoek laat zien dat bijna een kwart van de cliënten zich gediscrimineerd voelt binnen de GGZ. Attitudes van GGZ-hulpverleners ten opzichte van (mensen met) psychische problematiek verschillen niet erg van attitudes in de algemene bevolking. De schaarse onderzoeken over de attitudes van Nederlandse GGZ-hulpverleners laten zien dat stigmatiserende attitudes voorkomen, al zijn de attitudes positiever dan verwacht op grond van buitenlandse studies.

Bij GGZ-hulpverleners spelen onderliggende processen van stigmatisering die tevens bij de algemene bevolking spelen, zoals:

- Sociale categorisering, sociale afstand, out-grouping (wij-zij denken);
- Cognities over geweld en gevaar door mensen met psychische problematiek;
- Cognities over controle over problematiek en eigen verantwoordelijkheid.

Daarnaast zijn er processen die specifiek bij (GGZ) professionals een rol spelen, zoals clinicians bias (een negatief gekleurd perspectief hebben over iemands perspectieven omdat zij mensen vooral in tijden van crisis en zorgelijke momenten zien), diagnostic overshadowing (fysieke problemen en andere typen problemen worden overschaduwd door de psychische aandoening en krijgen daardoor minder aandacht of worden over het hoofd gezien), iatrogeen stigma/labelling, stress die samengaat met negatieve attituden, behandel pessimisme (opvattingen over onbehandelbaarheid en gevoelens van machteloosheid) en opvattingen over openheid over eigen ervaringen.

6.2 Ervaringen van cliënten en hulpverleners

Uit de peiling bij leden van het panel Psychisch Gezien blijkt dat stigmatisering in het algemeen een veel voorkomend probleem is, driekwart van hen heeft hier de afgelopen twee jaar mee te maken gehad. Zowel panelleden als hulpverleners zien zelfstigma van cliënten als het belangrijkste probleem. Aangezien het bij zelfstigma gaat om geïnternaliseerd stigma (vanuit de samenleving), zegt dit niet alleen iets over de individuele cliënten, maar ook over de samenleving als geheel. Of zoals Holder e.a. (2019) aangeven: hoe meer mensen zich veroordeeld en onbegrepen voelen, hoe groter de kans dat ze zich deze opvattingen eigen maken (zelfstigma) en hoe kleiner de kans dat ze deelnemen aan behandeling en begeleiding/re-integratie.

Bij de andere vormen van stigmatisering verschilt het perspectief van cliënten enigszins van dat van de hulpverleners. Zo ervaren panelleden stigmatisering door familie en naasten - na zelfstigma - als belangrijkste probleem, hulpverleners zien stigmatisering in de leefomgeving (woonsituatie, in de wijk) als belangrijkste probleem voor cliënten.

Zowel panelleden als hulpverleners geven aan dat stigmatisering binnen de GGZ niet tot de belangrijkste vormen van stigmatisering behoort. Dit neemt niet weg dat een aanzienlijk deel van de panelleden (ruim de helft) met stigmatisering in de GGZ te maken heeft gehad. Wat opvalt is dat hulpverleners hoger scoren op de vraag of het een probleem is dan cliënten: hulpverleners geven stigmatisering in de GGZ gemiddeld een 6,7 en panelleden een 5,4 (1=geen probleem, 10=groot probleem). Nadelige gevolgen die panelleden hiervan ondervinden zijn onder andere een negatief zelfbeeld, verminderd zelfvertrouwen en hoop op de toekomst, minder contacten, trager herstel en een lagere kwaliteit van leven.

Over de manier waarop stigmatisering door GGZ-hulpverleners tot uiting komt, verschillen de meningen van cliënten en hulpverleners enigszins. Panelleden benoemen hierbij vooral de afstandelijke houding en het taalgebruik van hulpverleners (betuttelend/beschermend) en de focus van hulpverleners op beperkingen en het vermijden van risico's, de bejegening (betuttelend/beschermend) en het taalgebruik over cliënten tussen hulpverleners onderling ('die borderliner'). Deze uitingvormen komen overeen

met de in de literatuur genoemde aspecten, zoals behandel pessimisme, weinig oog voor herstel, de bejegening, het benadrukken van wij-zij verschillen (outgrouping) en in het taalgebruik mensen reduceren tot een medische diagnose (Castelein e.a., 2016).

De hulpverleners die panelleden het vaakst als stigmatiserende actor noemen, behoren tot de kernprofessies in de GGZ. Bijna de helft van de cliënten geeft aan door een psychiater te zijn gestigmatiseerd, gevolgd door een psycholoog/psychotherapeut en verpleegkundige/verpleegkundig specialist. Duiding hiervan is lastig. Betekent dit bijvoorbeeld dat psychiaters het meest stigmatiseren of spelen ervaren machtsverschillen tussen professional en cliënt hier de grootste rol? Naar verschillen tussen de beroepsgroepen is nog weinig onderzoek gedaan en het bestaande onderzoek geeft hierover geen uitsluitsel. Wel zijn er enkele aanwijzingen dat psychiaters gemiddeld genomen pessimistischer zijn over de behandeling en meer (negatieve) stereotype opvattingen hebben dan psychologen en verpleegkundigen (Schulze e.a., 2007).

Een kwart van de panelleden met stigma-ervaringen in de GGZ heeft hier nooit met iemand over gesproken. Ruim een derde heeft het met de betreffende hulpverlener zelf besproken.

Ook hulpverleners geven aan dat stigmatisering nog geen regelmatig terugkerend gespreksonderwerp is, dit geldt zowel binnen het team als tussen hulpverleners onderling. Wat opvalt is dat hulpverleners de eigen psychische problemen wel vaker bespreken. Van de responderende hulpverleners heeft bijna twee derde zelf psychische klachten of een verslavingsprobleem gehad. Negen op de tien heeft dit verteld aan een of meer collega's en/of cliënten.

6.3 Aanpak van stigmatisering in de GGZ

In de literatuur worden aanbevelingen gedaan om stigmatisering in de GGZ te voorkomen of te verminderen. Meer aansluiten bij de beleving van de cliënt in plaats van duiden vanuit het medische model, bewustwording van de impact van taalgebruik en gebruik van di-agnoses en het nemen van herstel als uitgangspunt voor het professionele handelen, zijn belangrijke aanbevelingen. Wat betreft de methoden om gedragsverandering bij professionals te bewerkstelligen, is contact met ervaringsdeskundigen van belang, evenals het onderwerp stigma bespreekbaar maken bij cliënten, binnen het team en in de organisatie (Van Weeghel e.a., 2016; NKO/Akwa, 2017). Bij de aanbevelingen valt op dat dit in essentie ook aanbevelingen zijn voor goede, herstelondersteunende zorg.

De aanbevelingen van de door ons geïnterviewde experts komen hier in grote lijnen mee overeen. Zij pleiten ervoor om klachten en verschijnselen zoveel mogelijk te normaliseren, om stigma bespreekbaar te maken (met behulp van programma's en interventies), en om aandacht te besteden aan het levensverhaal, de betekenisgeving

en de context van de cliënt. Het principe 'niets over ons, zonder ons', moet in de hele GGZ leidend zijn. Dat betekent onder meer dat hulpverleners altijd samen met cliënten (en hun familie) beslissen over de behandeling en dat zij ervaringskennis erkennen als een belangrijke bron van kennis. De experts zien als positieve ontwikkeling dat steeds meer hulpverleners zich kwetsbaar durven opstellen en hun persoonlijke ervaringen leren inzetten in hun professioneel handelen.

De uitkomsten van de enquête onder hulpverleners geven enige reden voor optimisme over de bereidheid om met destigmatisering aan de slag te gaan. Ongeveer de helft van de hulpverleners verwacht dat er binnen het team zeker bereidheid is om met destigmatisering aan de slag te gaan. De eigen bereidheid is veel groter: bijna driekwart wil zelf actief met destigmatisering aan de slag gaan. Mogelijk wordt dit beeld enigszins vertekend doordat naar verwachting vooral hulpverleners met affiniteit met het onderwerp aan de enquête hebben deelgenomen.

De door hulpverleners en cliënten genoemde maatregelen om stigmatisering binnen de GGZ te verminderen, komen grotendeels overeen met die van experts en hetgeen uit de wetenschappelijke literatuur naar voren is gekomen. Beide groepen benadrukken het belang van normalisering van psychische en verslavingsproblemen. Daarnaast pleiten zij voor terughoudendheid bij het gebruik van psychiatrische labels, meer herstelgericht werken en samen beslissingen nemen. Hulpverleners voegen hier nog de reflectie binnen het team (en de organisatie) op de eigen bejegening, houding en taalgebruik, aan toe.

6.4 Lessons learned

Welke lessen zijn er nu te trekken uit de ervaringen van cliënten en hulpverleners met stigmatisering?

Uit het voorgaande wordt duidelijk dat stigmatisering binnen de GGZ een veelvormig en niet eenduidig probleem is. Wat wel of niet als stigmatiserend wordt ervaren, kan per cliënt, per hulpverlener en ook per situatie verschillen. Zo kan het advies van een hulpverlener aan een cliënt om niet te veel hooi op de vork te nemen in de ene situatie nuttig zijn (bijv. wanneer een cliënt herhaaldelijk de neiging heeft om over zijn grenzen te gaan) en binnen een andere context als (over)beschermend worden gezien (bijv. als een cliënt een eerste voorzichtige poging doet om iets te gaan ondernemen). In de laatste situatie komt de beschermende houding van de hulpverlener wellicht voort uit zijn pessimistische opvattingen over het verloop van het herstelproces bij psychische aandoeningen. Het complexe karakter maakt dat er geen snelle 'one size fits all' oplossingen mogelijk zijn. Destigmatiserend werken zal vooral een zoektocht (en wellicht soms een worsteling) zijn, waarvan het (gezamenlijk) reflecteren op het eigen professionele handelen een essentieel onderdeel uitmaakt.

Uit de enquêtes onder panelleden en hulpverleners komt het zelfstigma van cliënten als belangrijkste probleem naar voren. Daarom is het voor hulpverleners van belang om extra alert te zijn op (de effecten van) zelfstigma. Zelfstigma (h)erkennen gaat om het serieus nemen van de ervaringen van de cliënt en de betekenis die hij of zij eraan geeft. Mensen kunnen bijvoorbeeld overdreven negatieve verwachtingen hebben of de vooroordelen bij anderen overschatten. Een belangrijk punt in het omgaan met zelfstigma is hoe open iemand wil zijn over zijn of haar aandoening, ook wel 'disclosure' genoemd. Daarom is ondersteuning bij het geven van openheid belangrijk. Interventies die daarbij helpen zijn Coming out Proud (doorontwikkeld als Honest, Open and Proud) en de CORAL besliishulp. Daarnaast zijn veelbelovende behandelvormen beschikbaar om zelfstigma te verminderen en het zelfbeeld te versterken, zoals COMET¹, NECT², CGT³ en ACT⁴ (Staring e.a., 2016; NKO/Akwa, 2017).

Dat herstelprocessen en stigmatisering elkaar wederzijds beïnvloeden ligt voor de hand. Zoals stigma herstel kan belemmeren, kan herstel stigma ook uitdagen. Verwacht wordt dat het hersteldenken met zijn nadruk op hoop en zelfregie, een tegenwicht kan bieden tegen negatieve opvattingen over psychische aandoeningen. Zo kan het inzicht dat herstel wel mogelijk is, tot een kleinere sociale afstand leiden. De boodschap van herstel vormt daarom een onmisbaar onderdeel van een destigmatiseringsaanpak (Stuart e.a., 2012).

Het is aannemelijk dat herstelpraktijken gerund door ervaringsdeskundigen hierbij een belangrijke rol kunnen spelen. Zij stralen naar de buitenwereld de krachtige boodschap uit dat mensen kunnen herstellen en kunnen participeren in de samenleving. Dat betekent overigens niet dat het stigma verdwijnt als cliënten hersteld zijn. Er zijn geen aanwijzingen dat mensen die met succes een herstelprogramma hebben doorgeemaakt minder vatbaar zijn voor publiek stigma. Dit maakt dat we er niet zonder meer van kunnen uitgaan dat het doormaken van een herstelproces of deelname aan een rehabilitatietraject vanzelf tot vermindering van (zelf)stigma zal leiden (Boumans & Van Weeghel, 2016).

Panelleden geven aan dat zij stigmatisering door familie en naasten - na zelfstigma - als de belangrijkste vorm van stigmatisering ervaren. Hieruit blijkt dat familieleden, evenals hulpverleners, zowel een destigmatiserende als een stigmatiserende rol kunnen vervullen. In de literatuur over stigmatisering van psychische problemen spelen familieleden en naasten tot nu toe een ondergeschikte rol. De schaarse studies richten zich vooral op het 'associative stigma' dat mantelzorgers van mensen met een psychische aandoening ervaren wanneer zij voor hun naaste zorgen (zie o.a. Catthoor e.a., 2014). Onze bevindingen geven aanleiding om de rol van familie bij (de)stigmatisering meer

1 Competetive Memory Training

2 Narrative Enhancement and Cognitive Therapy

3 Cognitieve Gedragstherapie

4 Acceptance and Commitment Therapy

in de breedte voor het voetlicht te brengen door niet alleen aandacht te besteden aan hun rol als subject (iemand die gestigmatiseerd wordt), maar ook als object (iemand die stigmatiseert) en actor (iemand die een destigmatiserende rol kan spelen). Ook GGZ hulpverleners kunnen hieraan bijdragen, enerzijds door in het contact met de cliënt aandacht te besteden aan mogelijk stigmatiserende opvattingen in de directe omgeving van de cliënt en anderzijds door familieleden en naasten zoveel mogelijk mee te nemen in een herstelondersteunende en normaliserende omgang met de cliënt.

Stigmatisering is weliswaar geen totaal taboe meer binnen de GGZ, maar de bespreking van stigmatisering met de cliënt is nog zeker geen gemeengoed. Gezien de vele negatieve gevolgen zou stigmatisering een vast aandachtspunt moeten zijn binnen begeleidingsgesprekken en in casuïstiekbesprekingen. Tijdens begeleidingsgesprekken kan een hulpverlener (indien nodig) de cliënt inzicht bieden in de werking van (zelf) stigma en met de cliënt uitzoeken welke manieren van omgaan met stigma bij hem of haar passen. Ook kan de hulpverlener cliënten ondersteunen bij het vergroten van hun stigmaweerstand ('resilience').

Ook de bespreking van stigmatisering tussen hulpverleners onderling is nog geen gemeengoed. Reflectie op en uitwisseling over het eigen handelen binnen het team is hiervoor essentieel. Dit kan bijvoorbeeld binnen casuïstiekbesprekingen of moreel beraad bijeenkomsten of met behulp van interventies van Samen Sterk zonder Stigma (zoals de dialoogdag, de elearning Destigmatiserend werken, Beyond the label). Hierin kunnen vragen aan de orde komen als: is het team zich er van bewust dat we allemaal kunnen stigmatiseren? Hoe ziet dat er dan uit? Gebruiken we ook onderling respectvolle taal? Spreken we elkaar aan op stigmatiserende taal of attitudes? Wat kunnen we doen om meer openheid en acceptatie te creëren? Op deze manier kunnen GGZ-hulpverleners leren een bijdrage te leveren aan destigmatiserend communiceren over psychische aandoeningen.

Bijlage 1 Geïnterviewde experts

Dhr. Jaap van Weeghel	Kenniscentrum Phrenos
Mw. Suzan Oudejans	Kenniscentrum Phrenos
Mw. Luca Koppen	Samen Sterk Zonder Stigma
Mw. Gerdien Rabbers	Samen Sterk Zonder Stigma
Mw. Marieke Pijnenborg	Universiteit Groningen
Mw. Barbara Olthof	Clëntenbelang Amsterdam / StigMAG
Mw. Louise Olij	HVO Querido
Mw. Clara Koek	GGZ NHN
Mw. Marianne van Bakel	HEE / Trimbos-instituut
Dhr. Gerard Lohuis	Buurtzorg T

Referenties

Boekel, L. van (2015). Stigmatization of people with substance use disorders. Gevonden via: https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/4848865/Van_Boekel_stigmatization_09_01_2015.pdf

Boumans, J. & Weeghel, J. van (2016). Destigmatisering in breder perspectief. In: Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Veer, J. van, & Kienhorst, G. (red.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Castelein, S., Slooff, C., Boekel, L. van & Lohuis, C. (2016). Stigmatisering binnen de hulpverlening. In: Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Veer, J. van, & Kienhorst, G. (red.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Catthoor, K., Schrijvers, D., Hutsebaut, J., Feenstra, D., Persoons, P., De Hert, M., Peuskens, J. & Sabbe, B. (2015). Associative stigma in family members of psychotic patients in Flanders: An exploratory study. *World J Psychiatr* 2015, 5(1), 118-125.

Charles, J. L. K. (2013). Mental health provider-based stigma: Understanding the experience of clients and families. *Social Work in Mental Health*, 11(4), 360–375.

Charles J.L.K., & Bentley K.J. (2018). Measuring mental health provider-based stigma: Development and initial psychometric testing of a self-assessment instrument. *Community Mental Health Journal*, 54(1):33-48.

Corrigan, P.W., Larson, J.E. & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the 'why try' effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75-81.

Dijker, A.J. & Koomen, W. (1996). Stigmatisering van zieken en gehandicapten: Een integratie van cognitieve en emotionele componenten. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 51, 252-260.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Gras, L.M., Swart, M., Slooff, C.J., Weeghel, J. van, 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. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(2):299-306.

Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P, Svensson, B. (2013). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 48-54.

Harris, J.I., Leskela, J., Lakhan, S., Usset, T., De Vries, M., Mittal, D., & Boyd, J. (2019). Developing Organizational Interventions to Address Stigma Among Mental Health Providers: A Pilot Study. *Community Mental Health Journal* 55(6):924-931.

Helmus, K., Kleine Schaars, I., Wieringa, H. Glint, E. de & Os, J. van (2019). Decreasing stigmatization: Reducing the discrepancy between 'us' and 'them'. An intervention for mental health professionals. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 243, 1-8.

Henderson C., Noblett J., Parke H., Clement S., Caffrey A., Gale-Grant O., Schulze B., Druss B., & Thornicroft G. (2014). Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*, 1(6):467-82.

Holder, S.M., Peterson, E.R. Stephens, R., Crandall, L.A. (2019). Stigma in Mental Health at the Macro and Micro Levels: Implications for Mental Health Consumers and Professionals. *Community Mental Health Journal*, 55, 369–374.

Knaak, S., Modgill, G. & Patten, S.B. (2014). Key ingredients of anti-stigma programs for health care providers: A data synthesis of evaluative studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), 19-s26.

Kroon, H., Michon, H., Knispel, A., Hulsbosch, L., Lange, A. de, Boumans, J. & Oud, M. (2018). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2018*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.

Netwerk Kennisontwikkeling GGZ (2017). *Generieke module Ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Netwerk Kennisontwikkeling GGZ.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ/Akwa (2017). *Generieke module destigmatisering*. Utrecht.

Place, C., Michon, H. & Hulsbosch L. (2015). *Mensenrechten. Bericht panel Psychisch Gezien. Het landelijke panel voor mensen met langdurige psychische problemen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ring, D., & Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 12, 1–21.

Sastre-Rus, M., García-Lorenzo, A., Lluch-Canut, M.-T., Tomás-Sábado, J., & Zabaleta-Del-Olmo, E. (2019). Instruments to assess mental health-related stigma among health professionals and students in health sciences: A systematic psychometric review. *Journal of Advanced Nursing*, 75(9), 1838-1853.

Schultze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19(2): 137–155.

Staring, T., Helmus, K., Krieke, L. van der (2016). Zelfstigma voorkomen en tegengaan. In: Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Veer, J. van, & Kienhorst, G. (red.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Stuart, H.L., Arboleda-Flórez, J & Sartorius, N. (2012). *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned*. New York: Oxford University Press.

Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M. & the INDIGO Study Group (2009). Global pattern of anticipated and experienced discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *Lancet*, 373(9661), 408-415.

Veer, J.T.B. van 't, Sercu, C., Weeghel, J. van (2016). Stigmatisering van psychische problemen. In sociologische, sociaalpsychologische en psychiatrisch perspectief. In: Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Veer, J. van, & Kienhorst, G. (red.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Weeghel, J. van, Pijnenborg, M., Veer, J. van, & Kienhorst, G. (red.) (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen: principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Wang, K., Link, B.G., Corrigan, P.W., Davidson, L., & Flanagan, E. (2018). Perceived provider stigma as a predictor of mental health service users' internalized stigma and disempowerment. *Psychiatry Research*, 259, 526-531.

