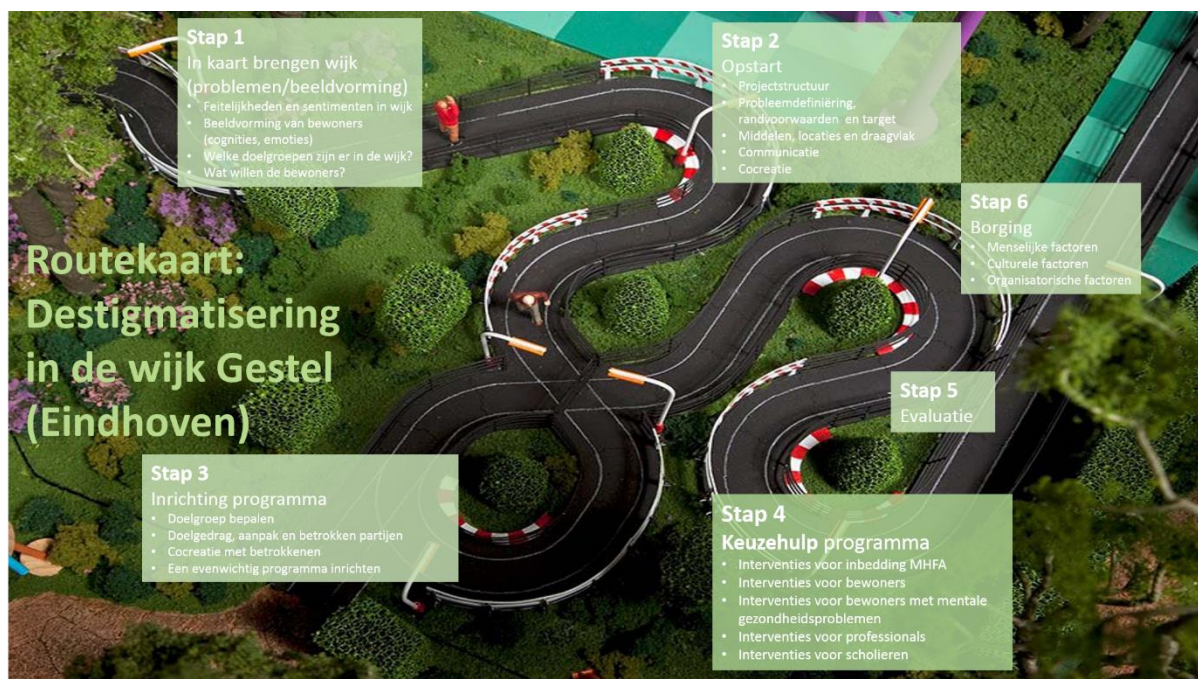


Literatuur- en praktijkonderzoek

Onderdeel van het project 'Destigmatisering in de wijk - Gestel'



Utrecht, september 2019

Suzan Oudejans (Kenniscentrum Phrenos)

Catherine van Zelst (GGZE)

Dorothe van Slooten (Kenniscentrum Phrenos)

Inhoud

1. Introductie.....	3
2. Aanpak.....	4
2.1 Literatuuronderzoek.....	4
2.2 Expertraadplegingen	4
2.3 Inventarisatie goede voorbeelden	4
3. Resultaten.....	6
3.1 Literatuuronderzoek.....	6
3.1.1 Algemene informatie over stigmabestrijding uit de literatuur	6
3.1.2 Model voor componenten van een destigmatiseringsprogramma	8
3.1.3 Aanbevelingen voor het inrichten van een programma	10
3.2 Expertraadplegingen	11
3.2.1 Aanbevelingen experts voor destigmatiseringsprogramma's in woonwijken	11
3.2.2 Beeld van de wijk Gestel vanuit het perspectief verschillende wijkexperts	12
3.2.3 De cocreatie sessie	13
3.2.4 Ervaringen en aanbevelingen vanuit cliëntperspectief.....	14
3.3 Resultaten uit de best practices	15
4. Samenvatting en conclusie.....	17
4.1 Invulling van een programma.....	17
4.2 De routekaart: uitwerking van cyclisch werkmodel voor effectief destigmatiseren	19
5. Referenties	20
Bijlage 1: Vertaling van het I-change model in componenten	22
Bijlage 2: Aanbevelingen uit de literatuur.....	23
Bijlage 3: Overzicht geraadpleegde experts.....	27
Bijlage 4: Expertraadplegingen.....	28
Bijlage 5: Cyclisch werkmodel voor effectief destigmatiseren.....	33

1. Introductie

Onderhavig rapport betreft het praktijk- en literatuuronderzoek van het project 'Destigmatisering in de wijk: Gestel, Eindhoven'. Dit is een deelproject van het project 'Inzet Mental Health First Aid voor lekenpubliek in Eindhoven', wat de sociale afstand tussen mensen met en zonder psychische problemen beoogt te verkleinen.

In de internationaal erkende cursus Mental Health First Aid (MHFA) krijgen deelnemers informatie over psychische aandoeningen en leren zij hoe het gesprek aan te gaan met iemand die (beginnende) mentale gezondheidsproblemen¹ heeft. Ook leren deelnemers hoe bij deze (beginnende) problemen en in crisissituaties te handelen. Na deze cursus kan men iemand de helpende hand reiken en weet men verschil te maken voor iemand die zich mogelijk eenzaam voelt en verstrikt is geraakt of dreigt te raken in de problemen die hij of zij ervaart. Met de inzet van MHFA wil de gemeente Eindhoven een groter gevoel van veiligheid en tevredenheid bewerkstelligen bij buurtbewoners in stadsdeel Gestel en hen meer kennis en handelingsperspectieven en minder spanning en overlast in de wijk bieden. Tevens streeft men met MHFA naar minder stigma, buitensluiting, eenzaamheid en betere toegang tot hulpverlening voor mensen met psychische problemen.

In navolging van wat in de literatuur wordt aanbevolen (van Weeghel, Pijnenborg, van 't Veer, & Kienhorst, 2016), willen de partners (Gemeente Eindhoven, GGZ Eindhoven, MHFA Nederland, Kenniscentrum Phrenos en het Trimbos-instituut) binnen het project MHFA-E niet dat de cursus zonder context en vervolg wordt aangeboden. Het gaat er niet om éénmalig het gesprek aan te gaan, maar juist om regelmatig contact te stimuleren. Ook is het van belang dat bewoners structureel ergens met vragen en ideeën terecht kunnen. Deze continuïteit kan geboden worden door MHFA in een samenhangend destigmatiseringsprogramma aan te bieden, dat samen met een lokale partner en ervaringsdeskundigen georganiseerd wordt en een vaste plek in het stadsdeel krijgt. Het project MHFA-E wil voorzien in een gedegen algemeen destigmatiseringsplan, dat niet alleen voor het stadsdeel Gestel, maar ook voor andere stadsdelen/wijken aangepast en op maat gemaakt kan worden, rekening houdend met de couleur locale. Het project *Destigmatisering in de wijk: Gestel, Eindhoven* (DIDW-G) werkt een dergelijk plan uit.

In het praktijk- en literatuuronderzoek worden de volgende vragen beantwoord:

1. Wat is er in nationale en internationale wetenschappelijke en practice based literatuur bekend over destigmatiseringsprogramma's voor woonwijken en specifieke doelgroepen daarbinnen?
2. Welke aanbevelingen hebben experts ten behoeve van het opzetten van dergelijke programma's?
3. Wat kunnen we leren van sectoren buiten de GGZ?
4. Welke expertise en vaardigheden zijn nodig voor het uitvoeren van een destigmatiseringsprogramma?
5. Wat zijn geschikte werkvormen voor destigmatisering?
6. Wat is een goede vorm voor een cocreatie-bijeenkomst met en in de wijk?

Bovenstaande vragen worden beantwoord aan de hand van een korte literatuursearch, interviews met experts op het gebied van wetenschap en beleid en interviews met experts uit de wijk. Daarnaast wordt gezocht naar goede voorbeelden of best practices, die ingezet kunnen worden in het programma.

¹ Veel gebruikte termen zijn *mensen met psychische aandoeningen*, *-psychische stoornissen*, of *-psychische kwetsbaarheden*. Ook wordt de term *kwetsbare bewoners* gebruikt. Wij hebben er voor gekozen om te spreken over *mensen met mentale gezondheidsproblemen*.

2. Aanpak

2.1 Literatuuronderzoek

Voor het literatuuronderzoek waren het Handboek Destigmatisering (en dan voornamelijk de hoofdstukken 2, 6 en 7), de Generieke Module Destigmatisering en de Wegwijzer Destigmatisering (Kienhorst, 2014; Kienhorst, Pijnenborg, & Van Weeghel, 2015b, 2015a; NKO, 2017; van 't Veer, Sercu, & Van Weeghel, 2015) het vertrekpunt. Tevens is er een literatuurupdate uit de internationale wetenschappelijke literatuur gedaan, waarbij naar recente reviews (van 2015 en later) over destigmatiseringsprogramma's is gezocht. Op basis daarvan is bekeken of er op de zaken die in het handboek staan belangrijke aanvullingen zijn die meegenomen kunnen worden bij het opzetten van het programma. Daarbij is ook de literatuur meegenomen die door experts is aangedragen en is er in de Nederlandse literatuur gezocht naar recente (van 2015 en later) handreikingen en overzichten voor stigmabestrijding (Brummel, 2017; van Bergen, van Xanten, de Vries, Rensen, & Meinema, 2019; van der Meulen & van Bergen, 2018).

2.2 Expertraadplegingen

Voor het praktijkonderzoek zijn verschillende experts geraadpleegd: a) experts uit de wijk Gestel zelf, zoals bewoners, ondernemers, politie, cliënten van GGzE die in Gestel wonen, maar ook professionals van aanbieders in de GGZ en professionals in het sociaal domein die actief zijn in de wijk; b) experts op het vlak van stigmabestrijding gebaseerd op wetenschap en beleid, zoals wetenschappers en beleidsmedewerkers en c) experts vanuit ervaringsdeskundig perspectief, zoals cliënten en/of ervaringsdeskundigen. Bijlage 3 biedt een overzicht van de gesproken experts.

De bewoners uit de wijk zijn op twee manieren geraadpleegd: via een cocreatie sessie en via een vragenlijst. In de cocreatie sessie hebben een elftal bewoners en andere bij de wijk betrokken deelnemers hun zorgen, wensen en behoeften voor de wijk gedeeld, in zijn algemeenheid, maar ook ten aanzien van de cursus MHFA en het destigmatiseringsprogramma. Tevens zijn, op een eerder tijdstip, aan de standhouders van de Gestelse jaarmark in mei 2019 vragenlijsten uitgedeeld waarmee de beeldvorming ten opzichte van mensen met een psychische aandoening kan worden vastgesteld. Dit betrof de 9 items lange Attribution Questionnaire (de AQ-9). De AQ-9 stelt vast welke emoties en eventuele stereotypen mensen hebben ten opzichte van personen met een psychische aandoening. Ook meet de lijst het voorgenomen gedrag dat uit deze meningen voortkomt. De lijst kent de domeinen verantwoordelijkheid, boosheid, medelijden, hulp, gevaar, angst, exclusie, vermijding en dwang. Hoe hoger de score, hoe meer die factor wordt onderschreven door de respondent. We hoopten hiermee inzicht te krijgen in welke emoties en eventuele stereotypen mensen hebben ten opzichte van personen met een psychische aandoening.

2.3 Inventarisatie goede voorbeelden

Uit de gesprekken met experts, het literatuuroverzicht, de Wegwijzer stigmabestrijding, het netwerk van de projectuitvoerders en het Handboek destigmatisering zijn diverse Nederlandse goede voorbeelden van destigmatiseringspraktijken opgehaald. Tevens is grijze literatuur² geraadpleegd. De opgehaalde voorbeelden dienen als potentiële onderdelen van het destigmatiseringsprogramma.

² Grijze literatuur betreft documenten die niet formeel worden uitgegeven, zoals rapporten, papieren omtrent interne organisatie, theses en internetbijdragen.

Tevens is er in het kader van het literatuuronderzoek een search gedaan naar studies met als onderwerp interventies of programma's die gericht zijn op destigmatisering bij psychische aandoeningen³.

³ In februari 2019 is in PubMed de volgende zoekterm uitgezet: (stigma[Title]) AND (program[Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract]) AND (mental health OR mental illness[MeSH Terms])

3. Resultaten

3.1 Literatuuronderzoek

De hoofdstukken 2, 6 en 7 van het Handboek Destigmatisering, de Generieke Module Destigmatisering en de Wegwijzer Destigmatisering zijn als vertrekpunt genomen (Kienhorst et al., 2015a; van 't Veer et al., 2015). De search naar reviews van 2015 en recenter, met de nadruk op evaluatie van interventies en programma's die toepasbaar zijn op destigmatisering in de wijk leverde negen wetenschappelijke artikelen op (Ashton, Gordon, & Reeves, 2018; Buchter & Messer, 2017; Gronholm, Henderson, Deb, & Thornicroft, 2017; Guruge, Wang, Jayasuriya-Illesinghe, & Sidani, 2017; Hanisch et al., 2016; Kaushik, Kostaki, & Kyriakopoulos, 2016; Mehta et al., 2015; Tsang et al., 2016; Yanos, Lucksted, Drapalski, Roe, & Lysaker, 2015)⁴. Aangevuld met door experts aangedragen informatie wordt aan de hand hiervan een beeld geschetst van wat bekend is over destigmatiseringsprogramma's voor woonwijken en specifieke doelgroepen daarbinnen.

3.1.1 Algemene informatie over stigmabestrijding uit de literatuur

Stigma kan gedefinieerd worden als een kenmerk dat iemand onderscheidt van anderen (zoals in behandeling zijn bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg), dat wordt geassocieerd met onwenselijke kenmerken (zoals gevaarlijk, onvoorspelbaar of onbetrouwbaar) en dat leidt tot afwijzing, uitsluiting of verwaarlozing. Er is bij stigmatisering altijd een zekere machtsrelatie tussen de stigmatiserende en de gestigmatiseerde partij (Ashton et al., 2018; van 't Veer et al., 2015).

Een belangrijke vraag bij het opzetten van een destigmatiseringsprogramma is hoe dit zich verhoudt tot andere activiteiten, zoals activiteiten die gericht zijn op ondersteuning van mensen met mentale gezondheidsproblemen, buurtcohesie of sociale inclusie. Het document 'Een buurt voor iedereen' van Movisie (van Bergen et al., 2019) bevat een handreiking voor sociale inclusie in de buurt. Hierin worden vijf kenmerken van een buurt voor iedereen geschetst: 1) een open houding, 2) mogelijkheden voor bewoners om van betekenis te zijn, 3) al aanwezige voorzieningen (zoals kerken, winkeliers, scholen) dragen hun steentje bij, 4) bewoners met mentale gezondheidsproblemen duurzaam in beeld, en 5) veiligheid. Het is met name het eerste aspect waar destigmatisering plaats dient te vinden: bewoners die zich bewust zijn van het feit dat iedereen soms ongewild onderscheid maakt en die daar goed mee om willen en kunnen gaan. Een open houding is niet mogelijk zonder de andere genoemde aspecten, en kan daarom in het kader van onderhavig project gezien worden als randvoorwaarde of bevorderende/belemmerende factor voor destigmatiseringsactiviteiten.

Een aantal specifieke aanbevelingen voor de wijk zijn gericht op sociale inclusie, en daarmee ook op stigmabestrijding. Deze betreffen: a) de drie professionele sectoren (gehandicaptensector, ggz en welzijnssector) moeten structureel gaan samenwerken (maak bv. koppels van zorg- en welzijnsprofessionals), b) stimuleer vrijwilligerswerk voor sociale netwerkvorming, c) heb aandacht voor de speciale rol van buurman of buurvrouw (idem), en d) besef dat gemeenschapsvorming een wezenlijk onderdeel is van sociale inclusie (Brummel, 2017).

⁴ De zoektermen voor deze search (op 18 mei 2019) waren: stigma*[Title] AND (program*[Title/Abstract] OR intervention*[Title/Abstract]) AND (mental health[MeSH Terms] OR mental illness[MeSH Terms]) AND (meta-analysis[Title] OR review[Title]). De volgende aanvullende criteria zijn gehanteerd: Gericht op mental health/(severe) mental illness i.p.v. op specifieke aandoeningen, focus op evaluatie van interventies en programma's in destigmatisering, gericht op brede doelgroep, westers, toepasbaar op de wijk. Studies over MHFA zelf en die gericht zijn op 'intellectual disabilities' werden geëxcludeerd. Dit leverde acht geschikte reviews op. Het artikel van Gronholm uit 2017 (Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art) hebben we vervolgens aan de selectie toegevoegd, waarmee het totaal aantal op negen komt.

3.1.1.1 *Verschijningsvormen van stigma*

Stigma op psychische problematiek uit zich in verschillende vormen: *publiek stigma* betreft de opvattingen die in de samenleving heersen: mensen met een psychische aandoening worden sneller gezien als bedreiging en onberekenbaar (van 't Veer et al., 2015). Tevens verschilt de beeldvorming voor de verschillende typen aandoeningen: mensen met een psychotische stoornis worden bijvoorbeeld meer gestigmatiseerd dan mensen met een depressie (Oudejans & Spits, 2018). *Structureel stigma* verwijst naar de stigmatiserende effecten die besloten liggen in wet- en regelgeving en procedures (van 't Veer et al., 2015). Een recent voorbeeld hiervan is afkomstig van singer-songwriter Aafke Romeijn: haar rijbewijs werd niet verlengd nadat zij had aangegeven dat ze in het verleden te kampen heeft gehad met depressieve klachten (Waterval, 2019). Het te pas en te onpas gebruiken van psychiatrische labels voor mensen door hulpverleners, medici of andere professionals, betreft *stigma in de hulpverlening*⁵. Het is belangrijk deze vorm van stigmatisering apart te benoemen, daar de hulpverlening vaak een grote rol speelt in het leven van psychiatrische patiënten: patiënten hebben vaak een klein sociaal netwerk en veel contact met instituten (Castelein, Slooff, van Boekel, & Lohuis, 2015). Stigmatiserende uitingen of gedrag kunnen daarom een groot effect hebben op de kwaliteit van leven van psychiatrische patiënten. Hulpverleners en het 'gewone' publiek stigmatiseren in vergelijkbare mate, een belangrijke aanwijzing dat stigma hardnekkig is en hulpverleners, net als ieder ander, vatbaar zijn voor publiek stigma (Castelein et al., 2015). *Zelfstigma* treedt op wanneer mensen met psychische aandoeningen het psychiatrische label als belangrijk onderdeel van hun identiteit gaan zien: mensen gaan geloven dat de heersende negatieve beelden een kern van waarheid hebben, op henzelf van toepassing zijn en dat hen daarom een negatieve bejegening toekomt. Daardoor kunnen mensen ontwijkend gedrag vertonen (geanticipeerd stigma) of hulpverlening afwijzen, wat een dubbele uitsluiting (door de omgeving én door de persoon zelf) kan veroorzaken en bijdraagt aan een toename van klachten of een slechtere prognose (Brummel, 2017; van 't Veer et al., 2015). Van *associatief stigma* is sprake als de afwijzing of verwaarlozing ook de directe omgeving van personen met een psychische aandoening treft: als familieleden, partner of andere naasten merken dat de omgeving ook hen ontwijkt (van 't Veer et al., 2015).

3.1.1.2 *Strategieën bij stigmabestrijding*

Er is een aantal algemeen werkzame strategieën bekend voor het bestrijden van publiek stigma, te weten protest, voorlichting en contact, juridische belangenbehartiging, politieke belangenbehartiging en stigma zelfmanagement (Kienhorst et al., 2015b, 2015a). Met name voorlichting en contact zijn geschikt voor het gebruik bij specifieke doelgroepen, zoals jongeren, huisvrouwen, minderheidsgroepen, enz. (Ashton et al., 2018; Guruge et al., 2017; Kienhorst et al., 2015a; Phrenos, 2017; van 't Veer et al., 2015). Contact draagt bij aan het verminderen van negatieve stereotypen, het bevorderen van een positieve houding en het verminderen van de wens tot sociale afstand (Kienhorst et al., 2015a; van 't Veer et al., 2015). De verklaring daarvoor ligt in de cognitieve, affectieve en gedragsmatige component van stigmatisering. Het beïnvloeden van cognities alleen is niet afdoende (soms wordt er zelfs geen verband gevonden tussen cognitie en stigma). Het is vooral affect (emoties) dat beïnvloed dient te worden voor een gedragsverandering. Dat gaat het beste via het opdoen van (eigen) ervaringen in (direct) contact (van 't Veer et al., 2015).

De boodschap die in de voorlichting of het contact moet worden opgenomen, moet gericht zijn op herstel, de gehele persoon, mensenrechten en het vaak vóórkomen van psychische aandoeningen. Verder is het van groot belang om toon en inhoud van de boodschap nauwkeurig af te stemmen op de doelgroep en het doel dat je wilt bereiken (Kienhorst et al., 2015b; Pettigrew & Tropp, 2008). Bij contact gaat het er om een interpersoonlijke interactie op gang te brengen tussen mensen met en

⁵ Hieronder vallen tevens iatrogeen stigma (het te pas en onpas gebruiken van labels) en diagnostic overshadowing (het attribueren van - evt. somatische - klachten aan iemands mentale gezondheid).

zonder psychische problemen. Kleinschalige ontmoetingen waarbij (herstel-) verhalen worden verteld maar waar ook ruim gelegenheid is voor vragen en discussie, zijn daarbij het meest effectief (Ashton et al., 2018; Guruge et al., 2017; Kienhorst et al., 2015a; Phrenos, 2017; van 't Veer et al., 2015). Die kunnen het beste structureel worden aangebonden aan specifieke doelgroepen en binnen domeinen die lokaal bij bestaande initiatieven aansluiten (Kienhorst et al., 2015b).

3.1.1.3 Algemene aanbevelingen voor het opzetten van een programma

Er zijn vijf belangrijke uitgangspunten voor de implementatie van destigmatiseringsinterventies (en programma's): ze moeten doelgericht ('targeted'), lokaal ('local'), geloofwaardig ('credible'), continu en gebaseerd op contact zijn. Dit is samengevat in het acroniem TLC3 (Phrenos, 2017). Om interventies doelgericht te maken, worden bestaande universele interventies vaak omgevormd tot geïndiceerde interventies (gericht op de bepaalde doelgroep) (Phrenos, 2017).

Tevens is er een aantal andere belangrijke algemene kanttekeningen:

- a) pak alle verschijningsvormen van stigma aan. Als stigma alleen wordt gezien als voorlichtingsvraagstuk (en dus gericht op veranderen van beeldvorming), is dit mogelijk niet voldoende: je moet je bijvoorbeeld ook richten op structureel stigma (van 't Veer et al., 2015);
- b) neem geen genoegen met alleen een verbetering in kennis, houding of gedragsintentie, maar spreek pas over succes als er sprake is van minder ongelijke behandeling, meer participatie en meer herstelondersteunende zorg (Ashton et al., 2018; Kienhorst et al., 2015b);
- c) voorzie een programma van een wetenschappelijke evaluatie waarmee de ontwikkeling en verbetering van een programma mogelijk wordt (Kienhorst et al., 2015b);
- d) beïnvloed zowel cognities als emoties: beiden zijn nodig voor gedragsverandering (Pettigrew & Tropp, 2008; van 't Veer et al., 2015);
- e) professionals die werken aan sociale inclusie (waaronder stigmabestrijding, en programma's daartoe) dienen kritisch te reflecteren op hun eigen beeldvorming (Brummel, 2017);
- f) let op het gebruik van stigmatiserende beleidstermen (zoals spreken over kwetsbaar en weerbaar) (Brummel, 2017).

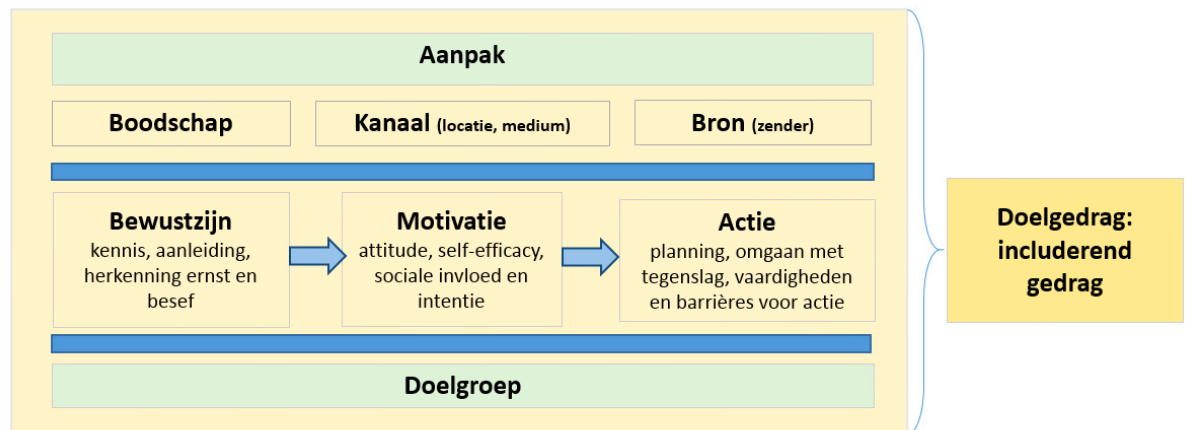
Samen met de andere aanbevelingen hebben we dit verwerkt tot een model waarmee de verschillende onderdelen van een destigmatiseringsprogramma kunnen worden ingevuld.

3.1.2 Model voor componenten van een destigmatiseringsprogramma

Met welke onderdelen moet nu rekening gehouden worden bij het inrichten van een destigmatiseringsprogramma, en welke aanbevelingen gelden daarvoor? Hiertoe hebben we een model opgesteld (zie figuur 1), dat een vertaling betreft van een model voor gedragsverandering, het Integrated Change Model (I-Change model, (de Vries, 2019; Kasten, van Osch, Candel, & de Vries, 2019)). Dit model beschrijft welke factoren een beïnvloedende rol spelen bij gedrag en is bruikbaar om te beschrijven met welke componenten rekening gehouden moet worden bij het inrichten van een programma (of het ontwerpen van interventies). In Bijlage 1 is meer over het I-Change model te vinden.

Zoals te zien is in figuur 1, kunnen aanbevelingen voor programma's en interventies worden ingedeeld in een aantal componenten, te weten aanbevelingen voor:

- de aanpak (de boodschap, het kanaal en de bronnen),
- de verschillende onderdelen van het gedragscontinuüm, te weten bewustzijn, motivatie en actie en
- de doelgroepen waarop de interventies of programma's zich richten.



Figuur 1: Componenten van een destigmatiseringsprogramma

Als we over fases van het gedragscontinuüm spreken dan gaat dit over *bewustzijn*, *motivatie* en *actie* (Kasten, 2019). Het doelgedrag hebben wij geformuleerd als 'inclusief gedrag', dit is een operationalisatie van de open houding, wat eerder werd aangemerkt als een van de vijf kenmerken van een buurt voor iedereen.

De drie fases (*bewustzijn*, *motivatie* en *actie*) spelen een rol bij het verklaren, maar ook bij het beïnvloeden van gedrag. Ze geven een handreiking over welke onderdelen een programma voor destigmatisering moet bevatten. Aspecten van bewustzijn over stigmatiserend gedrag zijn kennis (over uitsluiting van mensen met psychische aandoeningen, maar daarmee ook psychische aandoeningen in het algemeen), zogenaamde 'cues' (aanleidingen) met betrekking tot uitsluiting (bijvoorbeeld gewezen worden op stigmatiserend gedrag, of zelf ervaren uitgesloten te worden), het herkennen van gevolgen en de ernst van stigmatisering⁶, en het besef over het eigen gedrag. Als het gaat om motivatie dan spelen attitudes (opvattingen over inclusie, maar ook over mensen met psychische aandoeningen) een rol, evenals het vermogen dat mensen denken te hebben om bepaald gedrag te vertonen (in dit geval dus inclusief gedrag). Denk bij dat laatste aan dat mensen mogelijk opzien tegen bepaalde situaties of bang zijn de verkeerde dingen te gaan zeggen. Ook sociale invloed speelt een grote rol: een omgeving die inclusief gedrag vanzelfsprekend vindt, is zeer motiverend voor het zelf vertonen van inclusief gedrag. Andersom vermindert een sterk – geanticipeerde – veroordelende omgeving de motivatie tot inclusief gedrag. Een laatste aspect van motivatie is gedragsintentie: dit wordt gezien als een algemeen resultaat van iemands attitude, waargenomen vermogen en de sociale invloed. Daarbij spelen de volgende aspecten een rol: planning (dus nadenken, uitspreken of opschrijven wanneer, hoe en in welke situatie inclusief gedrag vertoond kan worden), omgaan met tegenslagen (wat doe ik als het toch niet lukt?), vaardigheden (wat doe of zeg ik in de daadwerkelijke situatie), en barrières: welke praktische zaken

⁶ In het I-change model wordt dit risico-perceptie genoemd, zie bijlage 1

kunnen iemand tegenhouden inkluderend gedrag te vertonen (bijvoorbeeld niet in de gelegenheid zijn aan het woord te komen in een bijeenkomst).

Het denken in bewustzijn, motivatie en actie voor gedragsbeïnvloeding is overigens niet nieuw of uniek: het vertoont sterke overeenkomsten met de aanpak 'hoofd, hart, handen' uit de pedagogiek en onderwijskunde⁷, het zogeheten GGG schema (gedachten-gevoelens-gedrag) uit de cognitieve gedragstherapie, en het cognitief-emotioneel model van stigmatisering waarin cognities en emoties een rol spelen bij gedrag (van 't Veer et al., 2015). Pure kennisoverdracht leidt niet tot het veranderen van een attitude: van belang is ook actief leren en construeren, naast onthouden, begrijpen, toepassen en integreren van de nieuwe kennis. Goede interventies en programma's dagen deelnemers uit om vanuit meerdere perspectieven naar de situaties van mensen met een psychiatrische aandoening te kijken en nieuwe inzichten te vormen. Wij hebben het I-change model als uitgangspunt voor onderhavige indeling gekozen vanwege de actie-component, de gedetailleerde uitwerking van de drie fases en de aandacht voor omliggende zaken als aanpak en doelgroep⁸.

Een programma voor destigmatisering omvat idealiter interventies met een geschikte aanpak voor de betreffende doelgroep, en pakt alle componenten van het gedragscontinuüm aan. Dat kan doordat interventies zelf alle drie componenten aanpakken, maar dat kan ook door in het programma een evenwichtige spreiding van interventies op te nemen die elk delen uit het gedragscontinuüm aanpakken.

3.1.3 Aanbevelingen voor het inrichten van een programma

Uit de betrokken literatuur zijn aanbevelingen gehaald en geordend volgens het model voor componenten van een destigmatiseringsprogramma. De volledige lijst met aanbevelingen is te vinden in bijlage 2.

Samenvattend vertelt de literatuur dat de *boodschap* gericht moet zijn op specifieke aandoeningen (bijvoorbeeld een angststoornis of verslaving), meer dan op psychische aandoeningen in het algemeen. De inhoud moet afgestemd zijn op de ontvangende partij, en gericht zijn op het stereotype dat er bij die partij leeft. Is er bijvoorbeeld sprake van angst, boosheid of medelijden? Afhankelijk daarvan moet de boodschap bepaalde accenten krijgen: in het geval van angst en boosheid is het belangrijk de waargenomen dreiging van mensen met een psychische aandoening te nuanceren en in het geval van medelijden om de herstelmogelijkheden en zelfredzaamheid te benadrukken. De boodschap moet in elk geval altijd realistisch, positief en normaliserend zijn, en gebaseerd op eigen ervaringen van mensen met een psychische aandoening. Tevens is van belang dat de boodschap lang en/of vaak wordt uitgezonden: eenmalige boodschappen bekijken slecht.

Voor wat betreft het *kanaal*: op persoonlijk contact gebaseerde interventies zijn met meest effectief. Het contact moet gelijkwaardig en op samenwerking gericht zijn. Contact in combinatie met voorlichting werkt nog beter. Bied de activiteiten lokaal aan (gemeenten, buurthuizen, kerkgemeenschappen, werkvloer) en betrek daar alle actoren uit het veld bij, zoals GGZ-professionals, maatschappelijk dienstverleners, maar ook verschillende groepen en organisaties in het lokale/regionale netwerk.

Het persoonlijk contact kan op meerdere manieren plaatsvinden: face-to-face, maar ook een videoboodschap is een goede *bron*. Daarbij is het van belang dat de persoon met wie het contact plaatsvindt goed getraind is, zowel in het overbrengen van het eigen verhaal, als wel in didactische vaardigheden. Tevens dient deze persoon voldoende *empowered* te zijn om eventueel minder

⁷ <https://nivoz.nl/nl/johann-heinrich-pestalozzi-een-praktisch-geori-nteerd-volksopvoeder-de-pedagogiek-van-hoofd-hart-en-handen>

⁸ In het I-Change model 'information factors' en 'preceding factors' genoemd, zie bijlage 1

prettige reacties op het verhaal het hoofd te kunnen bieden. Deze ervaringsdeskundigen dienen ook bij het opzetten van een programma al een actieve rol te hebben.

Aanbevelingen voor de doelgroep betreffen dat dit groepen moeten zijn die veel contact hebben met mensen met psychische aandoeningen (bv politieagenten, hulpverleners), een machtspositie bezitten (zoals werkgevers of gemeenteambtenaren), een verbindende relatie hebben met mensen met ervaring met psychische aandoeningen, zoals op geloof, maatschappelijke en culturele groepen gebaseerd (imams, vrijwilligers in buurthuis), of de potentie hebben voor het veranderen van de toekomst (studenten en jonge mensen).

De aanbevelingen voor de onderdelen uit het *gedragscontinuüm* zijn dat er vooral gefocust moet worden op vaardigheden ('wat moet ik doen/zeggen'): een verandering van attitude leidt lang niet altijd tot gedragsverandering. Tevens dient per doelgroep het doelgedrag in beeld gebracht te worden: wat moet deze groep specifiek anders gaan doen? Dit kan bijvoorbeeld zijn dat werkgevers bereid zijn om aanpassingen door te voeren zodat mensen met een psychische beperking kunnen komen werken, of dat politieagenten niet als eerste gaan handhaven maar meer het gesprek aangaan als er sprake zou zijn van overlast.

3.2 Expertraadplegingen

3.2.1 Aanbevelingen experts voor destigmatiseringsprogramma's in woonwijken

Aan experts met betrekking tot destigmatisering is naast naar specifieke aanbevelingen tevens gevraagd naar welke problemen bewoners met mentale gezondheidsproblemen in wijken ervaren, welke problemen bewoners in het algemeen ervaren, welke doelgroepen relevant zijn en op wat voor doelen en setting programma's ze zich zouden moeten richten. De antwoorden van de experts waren erg divers, waardoor het aanstippen van de meest genoemde antwoorden hier niet wenselijk is. Per vraagstuk zal daarom een korte samenvatting gegeven worden. Een uitgebreidere weergave van de antwoorden van experts is te vinden in tabel 1 in bijlage 4.

Kenmerkend voor de problemen die bewoners ervaren met bewoners met mentale gezondheidsproblemen is 'overlast' van stank, geluid, schreeuwen of 'verward gedrag'. Een probleem dat bewoners met mentale gezondheidsproblemen zelf ervaren is een gebrek aan dagelijkse sociale contacten, resulterend in eenzaamheid en isolement. Meer praktisch gezien is er relatief vaak sprake van huisuitzettingen, slechte huisvesting en schulden. De setting of omstandigheden waarin stigmatisering optreedt, wordt door een expert beschreven als 'daar waar schaarste is en mensen psychische problemen de concurrentie met anderen moeten aangaan'. Huisvesting en werk zijn daar voorbeelden van.

Aanbeveling voor het kiezen van een doelgroep voor destigmatiseringsactiviteiten is om te kijken waar barrières voor inclusie worden ervaren (bv werk of huisvesting) en je daar op te richten (in dit voorbeeld zouden dat werkgevers, woningbouwverenigingen of verhuurders kunnen zijn). Ook wordt het zoeken naar opinieliders genoemd; groepen of personen die een sterke invloed hebben op de wijk, en daardoor een voorbeeldfunctie kunnen vervullen.

De doelen die destigmatiseringsprogramma's kunnen dienen zijn divers: van bewustwording tot aan het beïnvloeden van emotionele reacties en het bieden van handelingsperspectieven en tools. Een ander advies is om eerst de aard van de stereotypen (speelt daarbij angst, medelijden of boosheid een rol?) in beeld te krijgen en daar de boodschap op af te stemmen.

3.2.2 Beeld van de wijk Gestel vanuit het perspectief verschillende wijkexperts

De geïnterviewde wijkexperts schetsen een wijk die veel pluspunten kent die ondersteunend kunnen werken voor destigmatisering, maar die ook een flink aantal minpunten kent die stigmatisering van mensen met psychische aandoeningen in de hand kunnen werken, dan wel in stand kunnen houden. Hieronder volgt een overzicht waarbij de punten die door meerdere partijen zijn genoemd worden uitgelicht. Het volledige overzicht is te zien in tabel 1, in bijlage 4.

Als pluspunten worden de ‘recht voor zijn raap’ mentaliteit (open, eerlijk en duidelijk) genoemd, evenals de grote onderlinge betrokkenheid en saamhorigheid. Minpunten betreffen de groepsvorming op openbare plekken. Bewoners voelen zich daar niet veilig bij. Dat geldt ook voor agressief gedrag van bewoners (onder andere tegen kinderen) en het urineren in portieken wat regelmatig voor blijkt te komen. Tevens wordt de aanwezigheid van verslaafde bewoners en prostitutie binnen de wijk genoemd als aspect dat belemmerend kan werken voor het gevoel van veiligheid van de overige bewoners.

Als belangrijke veroorzakers van de overlast worden mensen genoemd die zich in groepjes in de nabijheid van maatschappelijke zorgvoorzieningen ophouden, met name dak- en thuislozen, verslaafden en cliënten van GGzE en Lunetzorg. Ook wordt genoemd dat het voornamelijk gaat om mensen die gedrag vertonen waar andere bewoners hinder van ondervinden. Dat is dan gedrag dat oninvoelbaar of onvoorspelbaar is of als er sprake is van strafbare feiten.

De genoemde gevolgen van de overlast zijn zeer divers. Samenvattend is het een algemeen gevoel van onveiligheid. De groepen die daar het meeste hinder van ondervinden zijn mensen met kinderen, direct omwonenden van zorgvoorzieningen en van de looplijnen naar ontmoetingsplekken, en mensen die veel thuis zijn. Een aantal keren wordt genoemd dat bewoners soms voor eigen rechter gaan spelen, als zij zich niet gehoord voelen. De verschillende partijen is gevraagd naar oplossingen voor overlast. Daarbij werden meer communicatie, korte lijnen en snelle reacties van professionals meerdere keren genoemd.

Experts benoemen dat de ervaren overlast een rol speelt bij stigmatisering en sociale exclusie van mensen met psychische problemen. Zo wordt door diverse partijen aangegeven dat bewoners met mentale gezondheidsproblemen die geen overlast veroorzaken, hier toch ook op aangekeken worden. Tussen de cliënten van zorgvoorzieningen en andere bewoners van de wijk is nauwelijks sprake van contact, ook niet op elkaars uitnodiging. Een wijkexpert gaf aan dat zorgverleners hierin last hebben van handelingsverlegenheid en het niet altijd stimuleren om contact te zoeken. Het bestaan van onbegrip en sociale afstand tussen bewoners wordt een aantal keren genoemd.

3.2.2.1 Beeld over personen met een psychische aandoening in de wijk

Aan de hand van de 24 ingevulde Attribution Questionnaires (AQ-9) kan over het beeld dat er is van mensen met mentale gezondheidsproblemen een beperkt beeld geschetst worden. De respondenten kregen eerst een situatieschets te lezen over Harry (een man met psychotische problemen), waarna de 9 items van de vragenlijst invulden.

De respondenten blijken niet veel eigen verantwoordelijkheid voor zijn aandoening aan Harry toe te schrijven en voelen ook nauwelijks boosheid. De score voor medelijden is relatief hoog, wat kan duiden op sympathie voor hem omdat hij overweldigd wordt door zijn ziekte. Deze positieve uitkomsten verklaren wellicht waarom de respondenten redelijk genegen zijn hulp te bieden aan mensen met een psychische aandoening. De respondenten hebben heel gemiddeld gereageerd op de exclusie vraag. Men voelt zich klaarblijkelijk niet verwelkomend, maar ook niet echt buitensluitend

naar Harry. De respondenten denken wel dat mensen als Harry gedwongen dienen te worden om deel te nemen aan medicatiebeheer of andere behandelingen.

3.2.2.2 Tips voor een destigmatiseringsprogramma

Er is de experts uit de wijk ook gevraagd naar voorbeelden van- en tips voor een destigmatiseringsprogramma. Mental Health First Aid is het meest genoemde voorbeeld, maar ook het opzetten van een buurtapp, het verspreiden van een 'meterkastkaart' (contactgegevens van maatschappelijke (zorg)instanties die hulp kunnen bieden bij verward gedrag in de buurt). Tevens werd het schoonhouden van de wijk door NEOS en GGzE door meerdere geïnterviewden aangedragen.

Door de experts genoemde randvoorwaarde voor het slagen van een dergelijk programma is met name het opbouwen van vertrouwen in de hulpverlening bij de bewoners, doordat de professionals met behulp van korte communicatielijnen snel reageren en goed luisteren.

Om bewoners te bereiken wordt internet aangedragen als belangrijk communicatiemiddel, evenals het gebruik maken van beeldmateriaal en social media. De inzet van meerdere middelen en kanalen tegelijkertijd werkt daarbij versterkend.

3.2.3 De cocreatie sessie

3.2.3.1 Cocreatie

Vertrouwen, de menselijke maat en positief in de wijk staan zijn belangrijke waarden voor zowel een wijk als een destigmatiseringsprogramma. Bij een destigmatiseringsprogramma mag regelmatig nadenken en samenwerken met belangrijke partners uit die wijk dan ook niet missen. Een cocreatie sessie kan hierbij behulpzaam zijn.

Cocreatie is gericht op samenwerken en samen ideeën ontwikkelen en in gang zetten. Het heeft een inspirerende en dynamische vorm en stelt dialoog, gemeenschappelijke doelen, enthousiasme, daadkracht en focus op resultaat centraal. Cocreatie nodigt namelijk actief uit tot het creëren van nieuwe ideeën en plannen. Gelijkwaardigheid van de deelnemers, openheid en vertrouwen zijn belangrijke voorwaarden voor succes.

De stappen van cocreatie worden wel de Five F's genoemd: Founding, Finding, Forming, Finetuning en Following up (Frankwatching, 2018). Deze stappen kunnen zowel in een breed proces als in één bijeenkomst of workshop onderscheiden worden. In een breed proces verwijzen de vijf stappen naar 1) onderzoek naar de urgentie van een cocreatie traject en het introduceren van het plan en zoeken van deelnemers (Founding); 2) onderzoek naar de vraag en de achtergrond daarvan (Finding); 3) ontwikkelen van de eerste concepten van de antwoorden (Forming); 4) de implementatie (Finetuning); 5) evaluatie, monitoring, doorontwikkeling, kortom de Plan-Do-Check-Act-cirkel (Following up). Indien de stappen naar een workshop of bijeenkomst worden vertaald, gaat het om de onderdelen kennismaken (met elkaar en met de vraag), cocreatie (ideeën genereren), vormgeven (ideeën uitwerken), presenteren (verfijnen) en evalueren (verloop sessie en samenwerking en tevredenheid met het resultaat). Deze stappen worden ook wel als Invite, Share, Combine, Select en Continue omschreven (Jotte, de Koning, & Crul, 2016).

Een cocreatie sessie in het kader van een destigmatiseringsprogramma in Gestel is samen met betrokkenen uit de wijk georganiseerd en bestond voornamelijk uit onderlinge interactie van de deelnemers. De bijeenkomst had een simpele opzet, met een inloop met een eenvoudige maaltijd, een check-in, hoofdprogramma en check-out. Aan het begin werden zorgen en dromen van de

deelnemers over Gestel geïnventariseerd, waarna ze werden uitgenodigd een programma rondom MHFA en inclusie (een 'welkome wijk') voor hun stadsdeel te ontwerpen aan de hand van een aantal werkvormen. Aan het einde van de bijeenkomst presenteerden de deelnemers het programma dat zij voor ogen hadden. Het draaiboek van de bijeenkomst is opgenomen in appendix 1 van het Werkboek Keuzehulp.

3.2.3.2 *Uitkomsten cocreatie*

De zorgen die de bewoners en professionals over de wijk Gestel uitten, waren met name overbelasting en een hoge concentratie van zorgcliënten in de wijk, samen met problematiek rondom gebruik van alcohol en drugs. De dromen die de bewoners en professionals hadden betroffen meer saamhorigheid en samenwerking, acceptatie van- en omzien naar elkaar.

Op de vraag hoe de cursus MHFA (nog) beter aan het publiek aangeboden kon worden hadden de aanwezigen een aantal suggesties, gericht op toegankelijkheid (taligheid, vergoeding door zorgverzekeraar, en een aangepast aanbod voor scholen). Tevens gaven ze aan dat terugkom momenten voor diegene die de cursus gevolgd hebben, zou helpen om de stof levend te houden. Voor de PR rondom de cursus hadden de deelnemers veel suggesties: van het aanstellen van zogenaamde 'MHFA-ambassadeurs' (personen die de cursus al gevolgd hebben en er goed over kunnen vertellen) tot aan de inzet van verschillende soorten media zoals de beeldkranten bij de huisarts of de apotheek en het gebruik van Twitter en LinkedIn.

Op de vraag hoe een programma of activiteit voor een welke wijk eruit zou moeten zien, droegen deelnemers vooral activiteiten of ideeën aan die gericht waren op het versterken van cohesie: ontmoetingsplekken, een muziekfestival, vrijwilligerswerk stimuleren en het samenwonen van meerdere generaties in een complex. Tevens kwam de behoefte aan meer gezelligheid naar voren: straten opfleuren met plantenbakken, meer openbare tuinen én de verantwoordelijkheid daarvoor bij de bewoners leggen (bijvoorbeeld door bewoners hun eigen straat te laten adopteren).

Opvallend was dat de genoemde initiatieven met name algemeen van aard waren en niet zozeer gericht op inclusie van specifieke groepen zoals mensen met mentale gezondheidsproblemen. Deelnemers gaven aan te wensen dat iedereen zich welkom zou voelen en dat betekent dat er niet één groep meer aandacht krijgt dan een andere. Een laatste zeer belangrijk punt betreft het feit dat de deelnemers na afloop aangaven voorzichtig te zijn met betrekking tot hun verwachtingen van de uitkomst van de cocreatie bijeenkomst. Er is in het verleden al veel en vaak iets gedaan om de situatie in Gestel te verbeteren, maar helaas is daar weinig van gelukt of effectief gebleken. Wat zou er van de plannen terecht komen, vroeg men zich af. Uit de discussie hierover bleek dat het belangrijk is om open te zijn over wat er gebeurt in Gestel en regelmatig te communiceren over de voortgang van MHFA en het programma. Het vieren van mijlpalen is daarbij belangrijk (wat hebben we al bereikt?), maar ook het steeds benadrukken: wat hebben we er als buurtbewoner aan?

3.2.4 *Ervaringen en aanbevelingen vanuit cliëntperspectief*

Tijdens een interactieve en dynamische sessie in GGzE De Boei, in stadsdeel Gestel, bogen vier mensen die zorg ontvangen bij De Boei en in Gestel wonen (ambulant dan wel in woonproject Genderhof) zich over de vraag hoe welkom zij hun wijk ervaren.

Uit het gesprek kwam naar voren dat de wijk meer mogelijkheden voor integratie en meedoen heeft dan men op het eerste gezicht dacht. Veel van wat er in de wijk gebeurt is echter onbekend, niet alleen bij cliënten maar ook bij professionals. De deelnemers van het cliëntenpanel stelden vast dat daar meer aandacht aan besteed kan worden, bijvoorbeeld door meer ruchtbaarheid te geven aan de activiteiten die in het wijkcentrum worden georganiseerd (posters beter zichtbaar verspreiden).

Bovendien zou een eerste kennismaking met de beheerster van het centrum een goede stap zijn. Zij zou in Genderhof uitgenodigd kunnen worden. Die eerste stap blijft echter moeilijk en blijft veelal uit, aldus de aanwezigen en de vraag is wie hier verantwoordelijk voor is: cliënten zelf of de begeleiding? Daarnaast zou het goed zijn een initiatief zoals een maatjesproject te starten. Een maatje zou mee kunnen gaan bij de eerste stap naar activiteiten in de wijk, dat zou de drempel naar buiten flink kunnen verlagen.

Met betrekking tot stigmatisering stelden de leden van het cliëntenpanel dat zij dat ervaren en zich geïsoleerd voelen. De verklaring die het cliëntenpanel aan stigmatisering gaf was vooral onbekendheid rondom mentale gezondheidsproblemen, waaruit onbegrip en angst voortkomen. Effectieve bestrijding van stigmatisering zag het panel voornamelijk in meer bekendheid aan mentale gezondheidsproblemen geven, enerzijds op landelijk niveau (campagnes op de landelijke tv), en anderzijds door een lokale aanpak. Men was van mening dat mensen met mentale gezondheidsproblemen daardoor minder onzichtbaar zullen worden.

3.3 Resultaten uit de best practices

In totaal zijn 85 Nederlandse voorbeelden op het gebied van destigmatisering en inclusie verzameld. Belangrijke bronnen waren de praktijkbeschrijving 'Samen sterk zonder stigma in de wijk', het document 'Een buurt voor iedereen', de website van Socialrun, de Wegwijzer stigmabestrijding en de voorbeelden die genoemd zijn in het Handboek Destigmatisering (Kienhorst, 2014; van Bergen et al., 2019; van der Meulen & van Bergen, 2018; van Weeghel et al., 2016). Tevens is een aantal aangedragen voorbeelden door de geïnterviewde experts opgenomen, alsmede ideeën die door de deelnemers van de cocreatie sessie en voorbeelden die door de projectgroep zijn aangedragen. De voorbeelden zijn zeer divers: het betreft onder meer lesprogramma's, spellen, ontmoetingsmogelijkheden, leerkringen, festival en films.

Onder de 85 voorbeelden is een selectie gemaakt van 55 goede voorbeelden, op basis van de vijf belangrijke uitgangspunten voor implementatie van destigmatiseringsinterventies (en programma's), te weten doelgroepgericht, lokaal, gebaseerd op contact, geloofwaardig en continue. Deze 55 goede voorbeelden zijn voorzien van een beschrijving met daarin kenmerken zoals doel, plaats in het gedragscontinuüm, strategie (zoals contact en voorlichting), duur en doelgroep, en zijn vervolgens samengevat in het Werkboek Keuzehulp Destigmatisering in de wijk - Gestel.

Het overgrote deel van de voorbeelden is geschikt om publiek stigma te verminderen. Tevens zijn er veel voorbeelden die zelfstigma kunnen verminderen⁹, vaak in combinatie met de aanpak van publiek stigma, en in sommige gevallen in combinatie met stigma in de hulpverlening en structureel stigma. Tevens is een aantal voorbeelden aangetroffen die stigma in de hulpverlening kunnen verminderen, echter een kleiner aantal is daar alleen en specifiek op gericht.

In de lijst zijn voorbeelden opgenomen die specifiek gericht zijn op destigmatisering van mensen met mentale gezondheidsproblemen, maar ook voorbeelden die een meer algemeen inclusief doel hadden. Het betreft dan festivals, de methode Wijk en Psychiatrie of het verhalenspel 360 STORIES. Deze activiteiten zijn gericht op meedoen en gedeelde interesses tussen mensen, en zijn niet primair gericht op het afnemen van stigma. Ze hebben wél als zeer belangrijk neveneffect destigmatisering, of kunnen – in lijn met de redenering uit de vijf elementen die noodzakelijk zijn voor een buurt voor

⁹ De aanmerking 'geschikt om zelfstigma te verminderen' hebben wij gedaan als het een activiteit betrof waarbij cliënten of bewoners met mentale gezondheidsproblemen de doelgroep vormen. Hierbuiten vallen publieksactiviteiten waarbij een ervaringsdeskundige spreker worden ingezet. Uiteraard is vermindering van zelfstigma voor ervaringsdeskundigen een belangrijk neveneffect, maar wij hebben de activiteiten niet als zodanig gekenmerkt. Hetzelfde geldt voor algemene publieksactiviteiten: een neveneffect – indien personen uit het publiek zich herkennen – daarvan kan ook voorkoming of vermindering van zelfstigma zijn. Echter in deze indeling is dit niet als zodanig aangemerkt.

iedereen (zie paragraaf 3.1.1) – gezien worden als potentieel randvoorwaardelijke activiteit of interventie voor destigmatisering.

Voor de gevonden voorbeelden is tevens bekeken op welke aspecten van het gedragscontinuüm zij zich richten. De meeste voorbeelden oefenen invloed uit op meerdere aspecten, voornamelijk bewustwording en motivatie. Echter, voor wat betreft motivatie betreft dit in de meeste gevallen het beïnvloeden van de attitude en deels sociale beïnvloeding. Voor de beïnvloeding van self-efficacy (de overtuiging hebben iets te kunnen of het vermogen te bezitten iets te kunnen) en het bewust worden van een intentie is het grotendeels de vraag of de interventies zich hierop richten. De voorbeelden waarbij ook op gedragsniveau geïntervenieerd wordt, betreffen veelal ontmoetingsplekken, daar vindt inclusie en destigmatisering in actie plaats, met herhaalde mogelijkheden voor mensen om gedrag te oefenen.

Aan de hand van deze voorbeelden is een algemene keuzehulp opgesteld (het werkboek), als wel het specifieke destigmatiseringsprogramma voor het stadsdeel Gestel samengesteld (de toepassingsvoorbeelden voor Gestel in de routekaart).

4. Samenvatting en conclusie

Wat kunnen we nu, op grond van de geraadpleegde literatuur, de experts op het gebied van beleid en de wijk en de gevonden voorbeelden van destigmatiseringspraktijken concluderen over de vragen die we bij aanvang van dit onderzoek hadden?

4.1 Invulling van een programma

Op de vraag wat er in nationale en internationale wetenschappelijke en practice based literatuur bekend is over destigmatiseringsprogramma's voor woonwijken en specifieke doelgroepen daarbinnen, kunnen we zeggen dat er in de wetenschappelijke literatuur veel algemene aanbevelingen zijn gevonden, en wat minder specifiek voor op de wijkgerichte projecten. Voor dat laatste kan meer gehaald worden uit de expertinterviews, de Nederlandse –veelal grijze- literatuur en de aangetroffen voorbeelden.

Het algemene beeld, zoals ook buiten de ggz, is dat als mensen iets moeten leren of als er een gedragsverandering gewenst is – wat in het geval van destigmatisering aan de orde is – er geïntervenieerd dient te worden op meerdere aspecten: cognities, emoties en actie. Cognities alleen is niet voldoende en oefenen met gedrag is het meest aanbevolen. Dat beeld is consistent en dient ook voor onderhavig programma als blauwdruk genomen te worden.

Voor wat betreft de aanpak van een programma dienen de boodschap(pen) die worden uitgedragen positief te zijn: gericht op herstel en normalisering, en te benadrukken wat wél gewenst is (inclusie) en niet wat niet gewenst is (stigma). Voor wat betreft de duur is het belangrijk dat er continuïteit is, eenmalige interventies zullen niet beklijven. Voor contact-interventies zijn de middellange en lange termijn effecten bij eenmalig toepassen bescheiden (Mehta et al., 2015).

De boodschap moet in nauw contact met de doelgroep worden opgesteld en zich richten op het stereotype beeld dat er binnen die doelgroep heerst: is er sprake van angst, boosheid of is er empathie? Uit de interviews met de experts uit de wijk kwamen met name overlastgevoelens naar voren, terwijl uit de raadpleging van bewoners uit de wijk via de AQ-9 juist weinig boosheid naar voren kwam. Zij neigden meer naar medelijden en het bieden van hulp. Daarbij dient de kanttekening gemaakt te worden dat deze vragen betrekking hadden op personen met een psychotische aandoening. Mogelijk liggen de gevoelens jegens mensen met andere aandoeningen, zoals bijvoorbeeld verslaving, anders. Doorgaans is de beeldvorming daarover dat deze mensen gevaarlijker zijn, schrijft men hen meer verantwoordelijkheid toe en men is minder genegen te helpen. Daarmee dient in dit project rekening gehouden te worden, daar experts uit de wijk ook aangaven drugsoverlast te ervaren.

De wetenschappelijke literatuur en de experts geven aan dat interventies zich beter kunnen richten op specifieke aandoeningen, in plaats van psychische aandoeningen in het algemeen. Een andere expert echter, geeft aan dat de boodschap zich beter helemaal niet kan richten op psychische aandoeningen, maar moet gaan over inclusie in het algemeen, van alle bewoners. Dat laatste sluit aan bij de uitkomsten uit de cocreatie bijeenkomst, waarin deelnemers nadrukkelijk voornamelijk suggesties aanreikten voor algemene activiteiten gericht op alle bewoners.

Voor de kanalen is een lokale aanpak en inbedding onontbeerlijk. Maak gebruik van de infrastructuur die er is, dat vergroot ook de kans op continuïteit. Hiervoor hebben de experts uit de wijk en de deelnemers aan de cocreatie bijeenkomst een aantal zeer bruikbare handreikingen gegeven. Wat ook klip en klaar is, is dat er gebruik gemaakt moet worden van contactinterventies, dat het dan gaat om contact tussen mensen met en zonder mentale gezondheidsproblemen en dat dit contact

gelijkwaardig moet zijn. Beide groepen (toekomstige deelnemers aan het programma én mensen met een psychische aandoening) dienen ook bij elke fase van de ontwikkeling van het programma betrokken te zijn. In dit project is een cliëntenpanel geraadpleegd, hebben ervaringsdeskundigen zitting in de project- en onderzoeksgroep en zijn ervaringsdeskundigen en bewoners met mentale gezondheidsproblemen uitgenodigd voor de cocreatie sessie. Dat is belangrijke expertise gebleken bij het ontwerp van het programma¹⁰.

Voor wat betreft de ervaringsdeskundige expertise die benodigd is bij de uitvoering van het programma of onderdelen ervan, is het heel belangrijk dat de ervaringsdeskundigen daarin goed getraind zijn. ‘Goed’ betekent hier vaardig zijn in spreken en een hoopvol verhaal vertellen, maar ook voldoende *empowered* zijn om eventueel minder prettige reacties uit het publiek te kunnen incasseren. Werkvormen die geschikt zijn betreffen werkvormen die dialoog, (niet-oordelende) discussie, interactie, vragen en antwoorden toelaten. Een aantal van de aangetroffen voorbeelden beschikken over materialen die dergelijke werkvormen ondersteunen.

De aanbevelingen voor de aanpak en doelgroepen van een destigmatiseringsprogramma zijn samen te vatten in het eerder genoemde acroniem TLC3, wat staat voor Targeted, Local, Continuous, Credible en Contact-based. Dat betekent dat dit de criteria zijn op basis waarvan interventies en activiteiten van programma’s voor destigmatisering moeten worden geselecteerd, maar ook dat het programma in zijn geheel daaraan moet voldoen. Daarbij zijn de volgende besluiten ook van belang (Gronholm et al., 2017):

- de scope van de psychische aandoeningen: welke en is dit impliciet of expliciet?
- op welk type(n) stigma(s) het programma zich moet richten?
- op welke doelgroepen het zich gaat richten en?
- welke prioriteit heeft dit gezien de impact van het stigma op de wijk (of de mensen met een psychische aandoening)?
- en welke aanpak een bepaalde doelgroep en een bepaalde stigmavorm verdient.

Voor de opstelling van een evenwichtig programma kan het eerdergenoemde I-Change model met daarin (naast de aanpak, de doelgroepen) het gedragscontinuüm (het interveniëren op ‘hart, hoofd en handen’) gebruikt worden. De aanbevelingen die daarvoor gedaan zijn, leggen de nadruk op continuïteit en op het aanleren van en oefenen met gedrag. De kans is groot dat bewustwording alleen weinig gedragsverandering oplevert. Het kan mogelijk wel een voorwaarde zijn. Dat zien we terug in de bevindingen en aanbevelingen over contact (wat doorgaans sterk op emotie en dus motivatie werkt): dat is het meest effectief wanneer het versterkt wordt door educatie (Ashton et al., 2018; van ’t Veer et al., 2015). Er is een flink aantal voorbeelden aangetroffen die contact combineren met educatie en die hun invloed kunnen uitoefenen op de motivatie. Onder de werkvormen bevinden zich veel werkvormen (geschikt voor interventies én voor cocreatie sessie) die gericht te zijn op interactie en discussie. Het aantal voorbeelden dat voor bewoners in het algemeen een effect kan sorteren op actie (gedrag) is echter beperkt.

Een destigmatiseringsprogramma staat niet op zichzelf. Er is een aantal randvoorwaarden voor nodig. Dat onderstrepen de gesprekken met wijkbewoners en professionals uit de wijk ook: overlast wordt regelmatig genoemd als punt van zorg, waarbij mensen met psychische aandoeningen – vaak ten onrechte – worden aangewezen als aanstichters daarvan. Zonder de overlast aan te pakken zal van destigmatiseren – van welke groep dan ook – weinig terecht komen. Daarom is het van belang om rekenschap te nemen van de kenmerken van een welkome wijk (van Bergen et al., 2019): 1) een open houding, 2) mogelijkheden voor bewoners om van betekenis te zijn, 3) al aanwezige

¹⁰ Zo gaven personen in het cliëntenpanel aan dat er sprake is van zelfstigma, kwam uit de cocreatie sessie naar voren dat er behoefte was aan meer ‘algemene’ interventies (niet perse gericht op personen met psychische aandoeningen).

voorzieningen (zoals kerken, winkeliers, scholen) dragen hun steentje bij, 4) bewoners met mentale gezondheidsproblemen duurzaam in beeld, en 5) veiligheid. Dit programma richt zich op het eerste punt (een open houding, geoperationaliseerd in 'includerend gedrag'), maar de andere kenmerken dienen gewaarborgd te worden wil het programma voedingsbodem hebben en werkzaam zijn.

4.2 De routekaart: uitwerking van cyclisch werkmodel voor effectief destigmatiseren

Het gehanteerde model en de aanbevelingen bevatten handreikingen voor de inrichting van een programma. Effectief en duurzaam destigmatiseren vereist echter een cyclus die de stappen van probleemdefiniëring, doelstelling, aanpak, uitvoering en evaluatie allen doorloopt (Pijnenborg, Kienhorst, van 't Veer, & van Weeghel, 2016)¹¹. Daarom zijn bovenstaande inhoudelijke aanbevelingen uitgewerkt in een routekaart waarmee de kenniscyclus wordt doorlopen en het inrichten, uitvoeren en evalueren van een programma niet alleen bijdraagt aan destigmatiseren op lokaal niveau, maar tevens de zo noodzakelijke kenniscyclus bevordert.

¹¹ Een schematisch overzicht van het werkmodel is te vinden in bijlage 5.

5. Referenties

- Ashton, L. J., Gordon, S. E., & Reeves, R. A. (2018). Key Ingredients---Target Groups, Methods and Messages, and Evaluation---of Local-Level, Public Interventions to Counter Stigma and Discrimination: A Lived Experience Informed Selective Narrative Literature Review. *Community Mental Health Journal*, 54(3), 312–333. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0189-5>
- Brummel, A. (2017). *Sociale verbinding in de wijk: Mogelijkheden voor sociale inclusie van wijkbewoners met een lichte verstandelijke beperking of psychische aandoening*. Radboud Universiteit Nijmegen.
- Buchter, R. B., & Messer, M. (2017). Interventions for reducing self-stigma in people with mental illnesses: a systematic review of randomized controlled trials. *German Medical Science : GMS e-Journal*, 15, Doc07. <https://doi.org/10.3205/000248>
- Castelein, S., Slooff, C., van Boekel, L., & Lohuis, G. (2015). Stigmatisering binnen de hulpverlening. In J. van Weeghel, M. Pijnenborg, J. van 't Veer, & G. Kienhorst (Eds.), *Handboek Destigmatisering. Principes, perspectieven en praktijken* (pp. 183–198). Amsterdam: Coutinho.
- de Vries, H. (2019). *I-Change Model* (Vol. 2019). Vol. 2019.
- Frankwatching. (2018). De complete cocreatie aanpak. Retrieved August 28, 2019, from <https://www.frankwatching.com/archive/2018/03/01/de-complete-cocreatie-aanpak/>
- Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52(3), 249–258. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>
- Guruge, S., Wang, A. Z. Y., Jayasuriya-Illesinghe, V., & Sidani, S. (2017). Knowing so much, yet knowing so little: a scoping review of interventions that address the stigma of mental illness in the Canadian context. *Psychology, Health & Medicine*, 22(5), 507–523. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1191655>
- Hanisch, S. E., Twomey, C. D., Szeto, A. C. H., Birner, U. W., Nowak, D., & Sabariego, C. (2016). The effectiveness of interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 16, 1. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0706-4>
- Jotte, I. J. C., de Koning, M. R. M., & Crul, R. W. (2016). Models of co-creation. *Fifth Service Design and Innovation Conference*.
- Kasten, S. (2019). *Step-by-step towards a better understanding of health behaviour*. Maastricht University.
- Kasten, S., van Osch, L., Candel, M., & de Vries, H. (2019). The influence of pre-motivational factors on behavior via motivational factors: a test of the I-Change model. *BMC Psychology*, 7(7). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s40359-019-0283-2>
- Kaushik, A., Kostaki, E., & Kyriakopoulos, M. (2016). The stigma of mental illness in children and adolescents: A systematic review. *Psychiatry Research*, 243, 469–494. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.042>
- Kienhorst, G. (2014). *Wegwijzer stigmabestrijding in de ggz. Gids naar praktijken die werken. Lessen praktijken en voorbeelden*. kenniscentrum Phrenos, Samen sterk tegen stigma, GGZ Drenthe.
- Kienhorst, G., Pijnenborg, G., & Van Weeghel, J. (2015a). Effectieve interventies om publiek stigma tegen te gaan. In J. van Weeghel, G. Pijnenborg, & J. van 't Veer (Eds.), *Handboek Destigmatisering. Principes, perspectieven en praktijken* (pp. 141–164). Bussum: Coutinho.
- Kienhorst, G., Pijnenborg, G., & Van Weeghel, J. (2015b). Strategisch opereren bij het tegengaan van publiek stigma. In J. van Weeghel, M. Pijnenborg, & J. van 't Veer (Eds.), *Handboek Destigmatisering. Principes, perspectieven en praktijken* (pp. 129–140). Bussum: Coutinho.
- Mehta, N., Clement, S., Marcus, E., Stona, A.-C., Bezborodovs, N., Evans-Lacko, S., ... Thornicroft, G. (2015). Evidence for effective interventions to reduce mental health-related stigma and

- discrimination in the medium and long term: systematic review. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 207(5), 377–384.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.151944>
- NKO. (2017). *Generieke module Destigmatisering*. Utrecht: Netwerk kwaliteitsontwikkeling GGZ .
- Oudejans, S., & Spits, M. (2018). *Stigmatisering van mensen met een psychische aandoening in Nederland*. Amsterdam/Utrecht: Mark Bench/Kenniscentrum Phrenos.
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, 38(6), 922–934.
<https://doi.org/10.1002/ejsp.504>
- Phrenos, K. (2017). *Generieke Module Destigmatisering*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (NKO).
- Pijnenborg, M., Kienhorst, G., van 't Veer, J., & van Weeghel, J. (2016). Epiloog: lessen voor de toekomst. In *Handboek Destigmatisering. Principes, perspectieven en praktijken* (pp. 305–322). Bussum: Coutinho.
- Tsang, H. W. H., Ching, S. C., Tang, K. H., Lam, H. T., Law, P. Y. Y., & Wan, C. N. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173(1–2), 45–53.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.013>
- van 't Veer, J., Sercu, C., & Van Weeghel, J. (2015). Stigmatisering van psychische problemen. In sociologisch, sociaalpsychologisch en psychiatrisch perspectief. In J. van Weeghel, M. Pijnenborg, & J. van 't Veer (Eds.), *Handboek Destigmatisering. Principes, perspectieven en praktijken* (pp. 43–74). Bussum: Couthino.
- van Bergen, A., van Xanten, H., de Vries, S., Rensen, P., & Meinema, T. (2019). *Een buurt voor iedereen* (p. 22). p. 22. Utrecht: Movisie.
- van der Meulen, M., & van Bergen, A. (2018). *Praktijkbeschrijving Samen sterk zonder stigma in de wijk* (p. 16). p. 16. Utrecht: Movisie.
- van Weeghel, J., Pijnenborg, M., Kienhorst, G., & van 't Veer, J. (2015). Proloog: een onderschat probleem op de agenda. In J. van Weeghel, M. Pijnenborg, J. van 't Veer, & G. Kienhorst (Eds.), *Handboek Destigmatisering. Principes, perspectieven en praktijken* (pp. 21–41). Amsterdam: Coutinho.
- van Weeghel, J., Pijnenborg, M., van 't Veer, J., & Kienhorst, G. (2016). *Handboek destigmatisering bij psychische aandoeningen. Principes, perspectieven en praktijken*. Bussum: Iutgeverij Couthino.
- Waterval, D. (2019, January). CBR legt ex-depressiepatiënten dure keuringen op. *Trouw*.
- Yanos, P. T., Lucksted, A., Drapalski, A. L., Roe, D., & Lysaker, P. (2015). Interventions targeting mental health self-stigma: A review and comparison. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 171–178. <https://doi.org/10.1037/prj0000100>

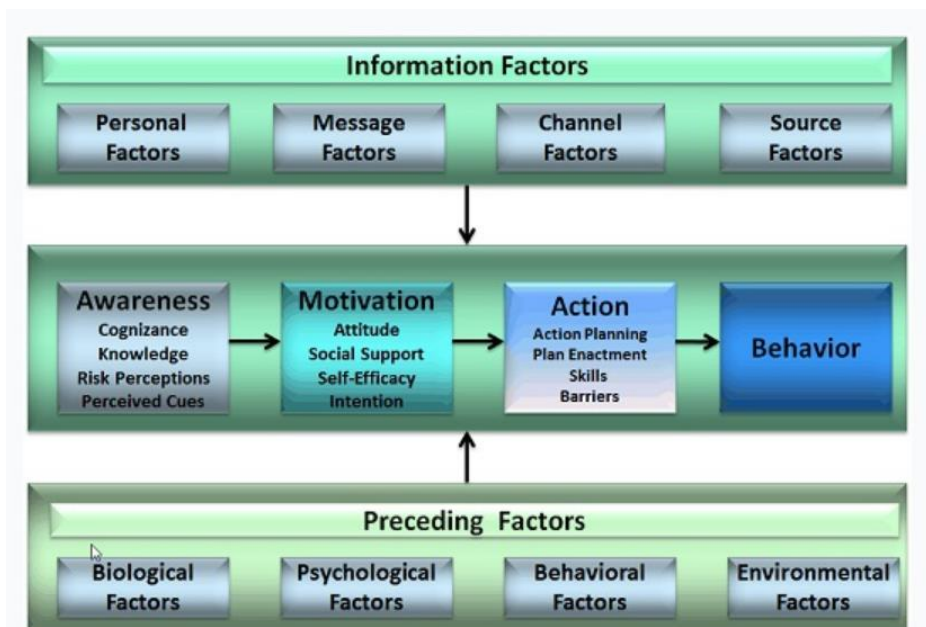
Bijlage 1: Vertaling van het I-change model in componenten

Het I-Change model veronderstelt dat gedrag een gevolg is van iemands bewustzijn, diens motivatie en een actietendens (zie figuur 1, de middelste rij factoren). Deze factoren worden niet alleen beïnvloed door de redelijk stabiele predispositiefactoren van het individu ('preceding factors'), maar ook door de informatie die ontvangen wordt, de zogenaamde informatiefactoren ('information factors'), te weten de boodschap, het kanaal en de bron. Daarbij spelen kenmerken van de persoon ('personal factors') een rol bij hoe die de boodschap ontvangt: diens concentratie, de situatie, maar ook eerdere ervaringen of opleidingsniveau. De kenmerken van de persoon kennen een overlap met de predispositiefactoren, die eveneens gaan over persoonlijke kenmerken (en de omgeving). Deze predispositiefactoren echter beïnvloeden het motivationele proces direct, én de kenmerken van de persoon doen dit indirect via de information factors.

In de vertaling naar de toepassing in onderhavig project beschouwen we de information factors als factoren waarmee rekening gehouden moet worden bij de *aanpak* van een interventie of programma. We beschouwen de preceding factors als de *doelgroep(en)* voor wie de interventie of het programma is ontworpen. De verschillende onderdelen van de motivationele fases geven aanwijzingen voor op welke fase in gedragscontinuüm interventies of programma's zich moeten richten (gegeven de doelgroep); wat vervolgens de information factors bepaalt.

In onderhavig literatuuroverzicht is uiteengezet wat op basis van de betrokken literatuur de aanbevelingen zijn voor het inrichten van een programma, voor wat betreft:

- de aanpak (de boodschap, het kanaal en de bronnen)¹²,
- de verschillende onderdelen van het gedragscontinuüm, en
- de doelgroepen waarop de interventies zich richten.



Figuur 1. Het Integrated Change (I-Change) Model (de Vries, 2019)

¹² Omwille van zuinigheid en overzichtelijkheid beschrijven we geen personal factors – deze worden grotendeels bepaald door de doelgroep.

Bijlage 2: Aanbevelingen uit de literatuur

Aanbevelingen over de aanpak

Boodschap (inhoud, vorm, lengte):

Algemene aanbevelingen:

- richt programma's en campagnes op specifieke aandoeningen in plaats van op psychische aandoeningen in het algemeen (van 't Veer et al., 2015), (Buchter & Messer, 2017);
- stem af op grond van wat mensen met psychische aandoeningen zelf aangeven nodig te hebben (Kienhorst et al., 2015b);
- stem de boodschap af op de doelgroep. Hiervoor is kennis nodig van de achtergrond van het stigma, de cultuur en de behoeftes bij die groep. Dit maakt het tevens mogelijk de voorlichting toe te spitsen op wat je wilt veranderen in het bestaande gedrag en de bestaande houdingen in de betreffende doelgroep (bijvoorbeeld in een voorlichting voor werkgevers over het werken met een psychische aandoening, naast het verhaal van de ervaringsdeskundige, ook een positief verhaal van een werkgever met positieve ervaringen aan het woord laten) (Kienhorst et al., 2015a; Phrenos, 2017);
- zoek overeenstemming in behoeften of ervaringen tussen de ontvangende groep en de personen met persoonlijke verhalen (Kienhorst et al., 2015a);
- bekrachtig positieve ideeën, attitudes en gedragingen (Ashton et al., 2018; Gronholm et al., 2017; Kienhorst et al., 2015a; Yanos et al., 2015);
- ga negatieve ideeën en mythen, attitudes en gedragingen tegen (Ashton et al., 2018);
- om aan stigma te werken moet ook de motivatie of de macht die aanwezig is om anderen te stigmatiseren onderwerp zijn (Buchter & Messer, 2017);
- presenteer een eerlijke, realistische en genuanceerde boodschap ('het hele verhaal') (Phrenos, 2017)
- korte interventies beklijven minder dan lange (Kienhorst et al., 2015a);
- het moet gewoon worden om te praten over psychische klachten (Phrenos, 2017);

Specifieke aanbevelingen:

- Gebruik de volgende kernboodschappen:
 - o Psychische klachten of aandoeningen komen vaak voor en kunnen iedereen (en op elk moment) overkomen, want iedereen heeft mentale gezondheidsproblemen (Ashton et al., 2018; Phrenos, 2017);
 - o Psychische problemen kun je in meer of mindere mate hebben, de duur en intensiteit en beleving verschilt per persoon (Ashton et al., 2018; Phrenos, 2017);
 - o De meeste mensen herstellen (Ashton et al., 2018; Gronholm et al., 2017);
 - o Mensen met psychisch onwelbevinden zijn niet gevaarlijk en zijn veel vaker slachtoffer dan dader van gewelddadige misdaad (Ashton et al., 2018);
 - o Er is niet een enkele verklaring waarom mensen psychisch onwelbevinden ervaren. Oorzaken kunnen omvatten: stress en alledaagse problemen, blootstelling aan erg verontrustende ervaringen in het heden of verleden, biologie, drugs en alcohol (Ashton et al., 2018).
- Belangrijke elementen voor stigmaprobestrijding in de hulpverlening (Ashton et al., 2018):
 - o Mensen zijn meer dan hun diagnose;
 - o Hoop is altijd onderdeel van herstel;
 - o Aandacht voor ervaringen met vooroordelen bij de patiënt;

- Aandacht voor mening van de patiënt zelf.
- Gedragsverandering (bv. in steunend of hulpzoekend gedrag) wordt eerder bereikt door het doen van duidelijke oproepen voor actie (bv. in specifieke situaties op het werk) (Hanisch et al., 2016).

Kanaal:

- campagnes die eenmalig zijn doen wel iets met bewustwording, maar de effecten worden zelden behouden (Kienhorst et al., 2015b);
- persoonlijk contact komt terugkerend naar voren als meest effectieve ingrediënt (Ashton et al., 2018; Guruge et al., 2017; Kienhorst et al., 2015a; Phrenos, 2017; van 't Veer et al., 2015);
- biedt gelegenheden voor open dialoog, die veel niet-oordelende discussie, interactie, vragen en antwoorden toelaat (Ashton et al., 2018);
- betrek de vier actoren¹³ bij destigmatiseringspraktijken: zoals GGZ-professionals of maatschappelijk dienstverleners; verschillende groepen en organisaties in lokaal/regionaal netwerk (herstelacademies, sociale diensten, UWV, sociale wijkteams) (Buchter & Messer, 2017; Phrenos, 2017; van 't Veer et al., 2015; van Weeghel, Pijnenborg, Kienhorst, & van 't Veer, 2015);
- aanbod van lokale activiteiten of interventies (gemeenten, buurthuizen, kerkgemeenschappen, werkvloer) en lokale inbedding in (Kienhorst et al., 2015b);
- ontwikkel de methode en berichten gebaseerd op de doelgroep en doelen (bv. populaire media gebruiken voor preadolescenten en adolescenten) (Ashton et al., 2018);
- verwijs familie en naasten in het kader van bewustwording van stigma door naar familieverenigingen (Phrenos, 2017).
- Besteed bij persoonlijk contact aandacht aan de volgende elementen:
 - zorg voor een lokale invulling (landelijk versus stedelijk, sociaaleconomische achtergrond, etniciteit of religie) (Phrenos, 2017);
 - contact is het meest effectief wanneer het versterkt wordt door educatie (zoals begeleiding van doelgroepen bij het interpreteren van hun ervaringen met het contact) (Ashton et al., 2018; van 't Veer et al., 2015);
 - een gemeenschappelijk doel (Ashton et al., 2018);
 - samenwerken (Ashton et al., 2018);
 - de steun van autoriteiten of wetgeving (Ashton et al., 2018);
 - organisatorische verwachtingen en steun voor verandering (Ashton et al., 2018).
- Voor activiteiten m.b.t. bestrijding zelfstigma gelden de volgende aanbevelingen:
 - gebruik cognitieve technieken die mogelijkheden bieden om vaardigheden te leren en te oefenen om zelf stigmatiserende gedachten en overtuigingen te identificeren en te bestrijden (Yanos et al., 2015);
 - nodig deelnemers uit om te vertellen (*narration*), betekenis te geven, en een actieve rol in hun eigen leven te nemen (Yanos et al., 2015);
 - ondersteuning bij gedragsbesluitvorming biedt goede handvatten om a) hoop, b) empowerment en c) de motivatie om te handelen naar eigen doelen en eigen waarden, te vergroten (Yanos et al., 2015);
 - programma's voor het verminderen van geïnternaliseerd stigma (zelfstigma) bestaan uit veel componenten. Psycho-educatie lijkt het meest veelbelovend als interventie voor vermindering van geïnternaliseerd stigma (Tsang et al., 2016).

¹³ 1: Individuen of individuele cliënten, 2: cliënten die gezamenlijk optrekken (bv. cliëntenorganisaties), 3: de professionele ggz en 4: maatschappelijke sectoren (bv. gemeenten, welzijnsorganisaties, werkgevers of woningcorporaties).

Bron:

- zet meerdere vormen van sociaal contact in: een live spreker, videopresentaties, meerdere sprekers (die hun eigen verhaal in de ik-vorm vertellen), ontmoetingen tussen deelnemers en cliënten (Gronholm et al., 2017; Kienhorst et al., 2015a);
- baseer je op kracht van herstelverhalen en ervaringsverhalen (Kienhorst et al., 2015b; van 't Veer et al., 2015);
- waarborg een grote (liefst voorttrekkende) rol voor – getrainde – ervaringsdeskundigen/mensen met een psychische aandoening (Kienhorst et al., 2015b, 2015a; Phrenos, 2017);
- maak gebruik van een enthousiaste facilitator of instructeur die model staat voor een persoonlijke benadering (d.w.z. een 'persoon-eerst' perspectief in tegenstelling tot een ziekte-eerst perspectief) om de toon te zetten en berichtgeving van het programma te leiden (Gronholm et al., 2017);
- Specifieke aanbevelingen voor contact met ervaringsdeskundigen (Ashton et al., 2018; Buchter & Messer, 2017; Gronholm et al., 2017; Kienhorst et al., 2015a):
 - o waarborg het hebben van een gelijke status met de doelgroep/het publiek (bv. als voorlichters, facilitators, sprekers en leiders)
 - o zorg ervoor dat ervaringsdeskundigen goed getraind zijn en 'empowered' zijn, en uitgerust zijn met kennis en expertise van effectieve strategieën om stigma en discriminatie uit te dagen.
 - o verzeker je ervan dat de ervaringsdeskundige(n) in herstel zijn (hoopvol en doel-georiënteerd ondanks huidige of eerdere ervaring met psychisch onwel bevinden)
 - o de sprekers moeten geloofwaardig en inspirerend zijn – ze dienen zowel beschouwend te kunnen zijn, als ervaringen van psychische problemen te hebben gehad, maar ook doelen bereikt te hebben buiten die gerelateerd zijn aan psychische gezondheid.

Aanbevelingen over doelgroepen

- Doe liever een interventie of programma gericht op een specifieke doelgroep dan een algemene, niet-gerichte publiekscampagne (Ashton et al., 2018; Phrenos, 2017; van 't Veer et al., 2015);
- (Voorlichting naar aanleiding van een gevoelde behoefte,) vastgesteld in overleg met de groep waarop de voorlichting zich richt (Kienhorst et al., 2015a);
- Contactinterventies met een persoonlijk verhaal van een patiënt of ervaringsdeskundige werken het beste bij volwassenen, bij adolescenten werken educatie- of voorlichtingsprogramma's (niet perse met contact) iets beter (Phrenos, 2017);
- Doelgroepen kunnen worden geïdentificeerd op basis van: hoge niveaus van contact met cliënten (gezondheidszorgprofessionals); machtspositie (wetshandhavers, politie, werkgevers), degenen met affiliatieve relaties met mensen met ervaring met psychisch onwel bevinden, zoals op geloof, maatschappelijke en culturele groepen gebaseerd, of potentie voor het veranderen van de toekomst (studenten en jonge mensen) (Ashton et al., 2018; Gronholm et al., 2017);
- Doe aan 'targeting': naast specifieke groepen identificeren, ook stigmaveranderingsdoelen identificeren door behoefte inventarisatie samen met de doelgroep. Deze vervolgens als basis voor de ontwikkeling van een expliciet stigma veranderingsplan gebruiken (Ashton et al., 2018).

Aanbevelingen voor aspecten uit het gedragscontinuum: bewustwording, motivatie en actie:

- Campagnes die eenmalig zijn doen wel iets met bewustwording, maar de effecten worden zelden behouden (Kienhorst et al., 2015b);
- Attitudeverandering is niet vereist om gedragsverandering te bereiken (Hanisch et al., 2016);

- Focus op gedragsverandering door het aanleren van vaardigheden in de praktijk ('wat moet ik zeggen?') (Kienhorst et al., 2015a);
- Identificeer voor elke doelgroep hoe stigma en discriminatie binnen de doelgroep veranderd moet worden – dus welk gedrag gewenst is (bv. werkgevers die proberen om het aannemen te verhogen en redelijke aanpassingen door te voeren) (Ashton et al., 2018)

Bijlage 3: Overzicht geraadpleegde experts

In het praktijkonderzoek zijn gesprekken gevoerd met de volgende personen/groepen:

a) Experts uit de wijk:

- Micha Brand en Mark Berdebes (bewoners, vrijwilligers)
- Jan Kleuskens (wijkagent stadsdeel Gestel)
- Geesje Libregts en Hanneke Henkens (NEOS en GGzE)
- Vijf gebiedscoördinatoren van het Stadsdeel Gestel (Gemeente Eindhoven)
- Marcel Gijsbertsen (filiaalmanager Jumbo)
- Majid Agarbi (jeugdwerker, Dynamo jeugdwerk Gestel)

b) Wetenschappers/beleidsmedewerkers

- Gerdie Kienhorst (redacteur Handboek Destigmatisering)
- Petra Gronholm (Research Fellow at Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's college London)
- Heather Stuart (Professor and Bell Canada Mental Health and Anti-stigma Research Chair, Canada)
- Nicole van Erp (voorzitter werkgroep Leefomgeving KCD/projectlid MHFA-E)
- Petra van der Horst (Projectleider Destigmatisering in de wijk, Samen Sterk zonder Stigma)
- Tafelgesprekken met projectmedewerkers en betrokken uit het project 'Verward en dan?' – regio Brabant-Oost.

c) Experts vanuit ervaringsperspectief/andere raadplegingen

- Een cliëntenpanel van vier personen, wonend in Gestel
- Danny Jacksteit (ervaringsdeskundige en medewerker MHFA)
- De eerder genoemde twee bewoners uit de wijk Gestel
- Paul Schalken (bestuurslid Labyrint in perspectief)
- Deelnemers (ca 15) aan het Stigmalab op het congres 'All inclusive', dd. 1 februari 2019

Bijlage 4: Expertraadplegingen

Tabel 1	Samenvatting expert-van-de-wijk raadplegingen	
	Positieve factoren	Negatieve factoren
Startpositie in de wijk	• Veel groenvoorzieningen (bomen en parken) • Veel winkelvoorzieningen (3 winkelcentra) • Brede infrastructuur voor onderwijs (lagere scholen en middelbaar onderwijs) • Industrie rondom (niet in de wijk) • Grote onderlinge betrokkenheid en saamhorigheid, incl. respect, warmte en begrip • Met name ouderen zijn actief in de wijk (grotere verbondenheid) • Recht voor zijn raap mentaliteit, open, eerlijk en duidelijk, mensen van het hart • Altijd ruimte voor goed gesprek tussen bewoners en voorzieningen en maatschappelijke partners • Ondernemers die bijdrage willen aan fijn leefklimaat • Grote diversiteit in de samenstelling van de wijk • Betrokkenheid burgers (saamhorigheid) • Trots op eigen buurt (loyaliteit vaak beperkt tot eigen buurt, soms zelfs straat) • Burgers ontwikkelen samen activiteiten ter verbetering buurt (WhatsApp groep, buurtpreventiegroep op wijk niveau, Straatkamer via de woningbouw)	• Woonoverlast (veel appartementen/kamers in 1 gebouw) • Verslaving • Prostitutie • Veel overlast waar wijkagent bij moet komen • Groepsvorming op openbare plekken • Agressief gedrag (tegen kinderen), verbaal en fysiek • Rotzooi achterlaten (blokjes, spuiten, rommel) • Plassen in portieken • Slapen in de speeltuin • Naar binnen kijken in woonhuizen • Groepsvorming, incl. hangjongeren (voelen bewoners zich onveilig bij, durven niet aan te spreken) • Geografische bevooroordeelung (woonachtig in Gestel kan in je nadeel uitvallen) • 'Eigen eerst' (familie, straat, enz.) • Intolerantie • Winkel diefstal • Lawaai, incl. scooters etc. • Financiële problemen (armoede, schuldhulpverlening) • Veel jeugdgroepen in de openbare ruimte (ook jeugdoverlast en criminaliteit) • Veel maatschappelijke voorzieningen voor mensen met mentale gezondheidsproblemen • Veel sociale woningbouw • Veel multi-problematiek (ook op sociaal-maatschappelijk gebied) • Overlast door coffeeshop • Veel tijdelijke woonruimte voor mensen met indicatie • Verzwaring problematiek van de overlastgevers • Weinig zicht op waar bijv. jongeren uit jongerencentra terecht komen en wat zij doen • Lage sociale cohesie in hoogbouw • Veel bewoners in grensgebied tussen 'leven' en 'overleven'. Gevolg: minder aandacht naar buiten, minder sociale cohesie • Veel expats: meer gericht op zichzelf en gezin
Groepen die overlast geven	• Mensen met psychische aandoeningen vormen niet het probleem. Dat is meer de paar procent die overlast veroorzaakt	• Met name mensen uit de maatschappelijke voorzieningen • Mensen die gedrag vertonen waar men concrete hinder van ondervindt (oninvoelbaar c.q. onvoorspelbare gedrag of strafbare feiten) • Dak- en thuislozen NEOS • Verslaafden • Dealers • Jongeren met probleemgedrag • Hangjongeren • GGzE-cliënten • Burgers met mentale gezondheidsproblemen (Wij-Eindhoven) • Lunetzorg cliënten
Groepen die overlast ervaren		• Kinderen • Vrouwen (voelen zich minder in de wijk) • Mensen met kinderen • Ondernemers • Mensen die al eerder negatieve ervaringen met ggz-bewoners hadden • Direct omwonenden (ook rond looplijnen naar ontmoetingsplekken) • Ouderen (kunnen veranderende samenleving moeilijk bijbenen) • Mensen die veel thuis zijn
Gevolgen overlast voor bewoners van de wijk		• Men weet niet goed wat men met (overlast gevende) mensen met mentale gezondheidsproblemen aan moet en belt politie met melding van verward gedrag • Kinderen worden getraumatiseerd door incidenten • Mijden van bepaalde plaatsen of activiteiten waar mensen die overlast geven komen • Winkelpersoneel last van onveiligheidsgevoelens/angst • Moeilijk personeel te vinden voor winkels

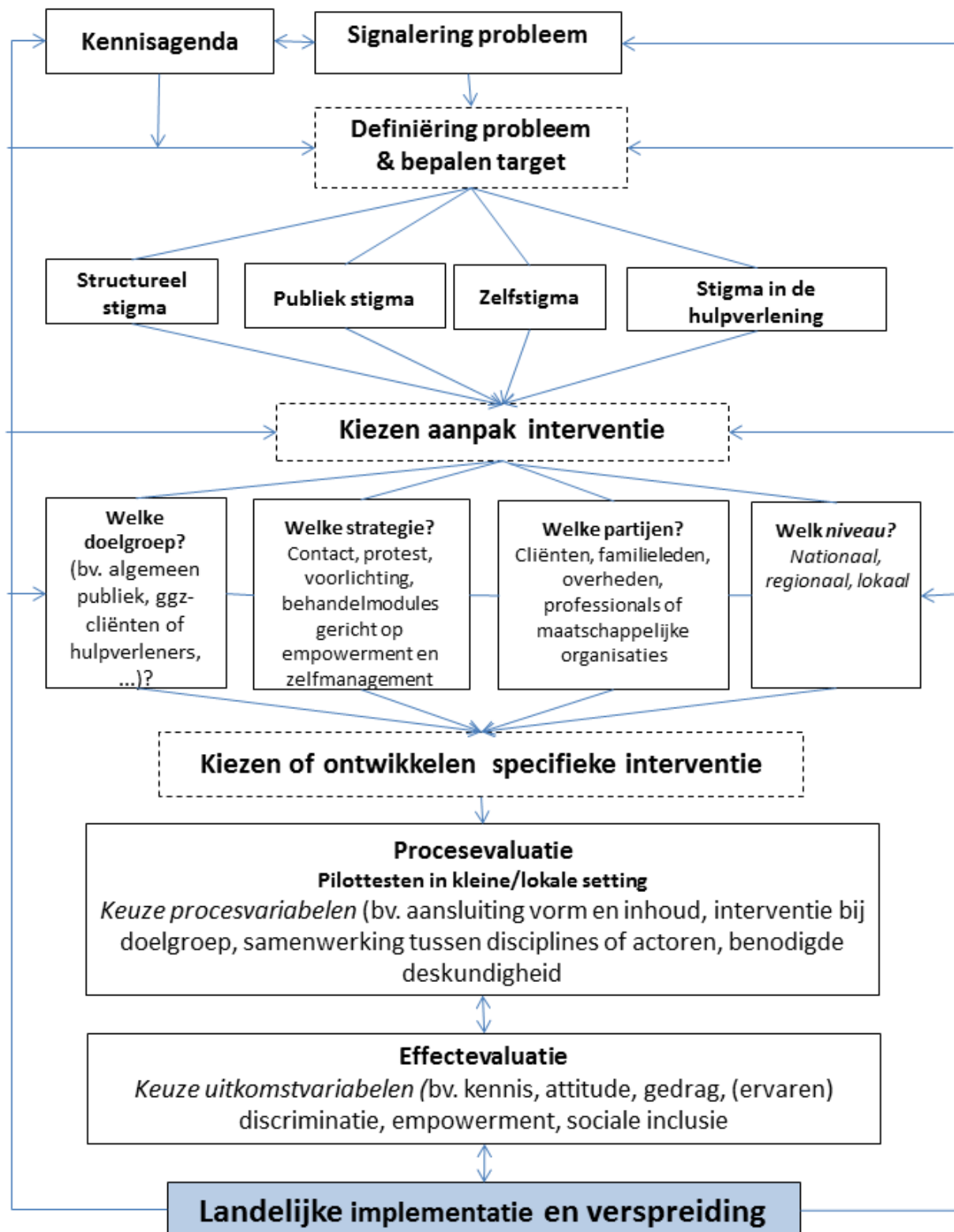
Oplossingen voor overlastproblematiek	• extra toezicht • extra aandacht door gesprekken aan te gaan, uitleg geven, bijeenkomsten te organiseren • aan een buurtapp mee werken • meer communicatie, korte lijnen en snelle reacties • deelname aan MHFA promoten • meterkastkaart ontwikkelen • bij overlast van bewoners worden mensen nu direct aangesproken en evt. verwijderd door GGzE • Via buurtbelangenvereniging (Buurtplatform Bennekel Belang) bemiddelen en verwijzen • (jaar)Plannen voor de wijk nadrukkelijk in afstemming/samenwerking met bewoners en professionele samenwerkingspartners (corporaties, welzijn, politie etc.).	• Onveilig gevoel 's avonds, in het donker
Aspecten van stigmatisering in de wijk	• Ouderen en mensen die meer tijd hebben, zullen sneller geneigd zijn een band te creëren • Mensen die gerehabiliteerd zijn, zijn welkom (niet de zwaarste gevallen) • Positief contact helpt: de beheerder van Genderhof ervaart contact met bewoners met mentale gezondheidsproblemen plezierig	• Alle groepen mensen met mentale gezondheidsproblemen worden op één hoop gegooid • Zelfstigma door mensen zelf • Bewoners maken geen contact met cliënten, ook niet op uitnodiging, en visa versa. • Eerst politie bellen, niet contact leggen • Bewoners met mentale gezondheidsproblemen die geen overlast veroorzaken worden toch op overlast gevend gedrag aangekeken • Bij woonoverlast krijgt bij gelijke schuld de cliënt toch de zwarte piet toegespeeld door woningbouw • Onbegrip (onbegrepen) en sociale afstand, kloof • Eenzaamheid en isolement • Niet volwaardig beschouwd worden • Als de wijk niet gehoord wordt, dan gaat men voor eigen rechter spelen • Risico van buurtapp: al het moeilijk of raar gedrag wordt psychiatrisch of verward • Lage eigenwaarde, onzeker, schuw • Negeren • Zwartmakerij • Angst voor de overlastbezorgers
Goede voorbeelden van overlastbestrijding	▪ Meterkastkaarten en dergelijke initiatieven (waar en hoe terecht voor wat) ▪ Digitale sociale kaart/website • Buitenbeter-app om de gemeente in te lichten, dan kan deze er iets mee • Buurtapp: succesvol en overlastgevoelens verminderd • Platform Hoogstraat, elk kwartaal een evaluatie van de problematiek in de wijk met mensen vanuit diverse achtergronden (GGzE, NEOS, wij Eindhoven, buurtorganisaties, wijkagent, stadstoezicht, gemeente) • Hangplek voor de jeugd/Skaeve Huse: plek creëren verminderd overlast, mits in overleg met buurt • Bij overlast meldingen van burens altijd reageren, soms door cliënt, met bloemetje • Vertrouwen in hulpverlening opbouwen door snel reageren, goed luisteren, korte lijnen • Nazorg na incident (ook voor kinderen) • Wijkagent actief in het aankaarten van een probleem en mensen bij elkaar te brengen • De wijkagent kan bij overlast nagaan of iemand bij de zorginstellingen woont en dat terug koppelen naar het platform • Bij verward gedrag de zorginstellingen of politie bellen • Succesverhalen delen, evenals cijfers • Buurtpreventie: vrijwilligers die voor de winkel rust bewaren (bijvoorbeeld Jumbo Tongelre, Pagelaan) • Kleinere woonvormen verminderen overlast • Wijkteams in den lande waar ook psychiatrische hulpverlening aanwezig is, moeten altijd beschikbaar zijn (goodwill bij bewoners en bij de mensen met de psychische problemen zelf) • Outreachende medewerker: op incident af gaan, altijd verantwoordelijkheid nemen (NEOS: had dit tot 1-1-2019)	• Mensen zijn te druk en hebben daardoor geen tijd om toenadering te zoeken, • Emoties rond kinderen zijn primair, maakt het gesprek gecompliceerd • Handelingsverlegenheid bij hulpverlening bij rechtstreeks contact tussen bewoners en cliënten van de ggz • Mensen met mentale gezondheidsproblemen niet allemaal in dezelfde wijk plaatsen (probleemverspreiding)
Goede voorbeelden van destigmatiseringsprogramma	• MHFA ◦ Geeft begrip, inzicht en er anders mee om gaan ◦ Terugkoment en een plek waar bewoners met extra vragen terecht kunnen (inloop eens per maand). Hier zou een methodiek voor beschikbaar moeten zijn. ◦ Infowinkel voor maandelijkse terugkomenten MHFA (paraat houden van opgedane kennis) ◦ Minder tijdsinvestering in de cursus (korter en minder dagdelen) ◦ Winkelpersoneel trainen in aangepaste cursus ◦ Een sociale kaart (wie kan men wanneer bellen) ◦ www.hartslagnu.nl als voorbeeld van paraat houden van opgedane kennis ◦ MHFA al op de basisschool aanbieden • Taalproject: deelnemers van gisteren worden de vrijwilligers van vandaag • Meedoen aan buurtactiviteiten:	• De wijk als zijnde de bewoners, huiseigenaars, en de mensen uit de instellingen, mixen niet. Geen gezamenlijke activiteit organiseren

	- o Koffie schenken bij 'Opschoondag' (NEOS) - o Burendag, meedoen - o Wijk schoonhouden (NEOS, GGzE) - o Net als Lunet-zorg mogelijkheden van aansluiten bij Tineltuin onderzoeken • <u>Activiteiten organiseren</u>, gericht op ontmoeting en 'iets terug doen' voor de wijk: - o Fietsenwerkplaats, waar men gratis zijn/haar fiets kan laten maken - o Incidentele bijeenkomsten voor de wijk - o Eetpunt - o Gewoon het contact aangaan en in gesprek gaan verhoogt onderling begrip. Gesprekken: tussen jongeren, ggz-cliënten, professionals en buurtbewoners en/of ouders - o Activiteiten waarin ervaringsverhalen worden verteld en twee kanten van de medaille worden getoond. Zo kan iedereen over de eigen mentale gezondheidsproblemen spreken. Het gaat er daarbij om dat je laat zien dat je met mentale gezondheidsproblemen ook krachtig kunt zijn. Dat je er mee kunt leren omgaan. - o De Kracht-kwetsbaarheid bijeenkomsten verder uitbouwen • Maatjesproject, hoewel dat misschien wel wat ver gaat • Inzetten op preventie • Wees open over psychische problemen als die opvallend zijn en/of angstig maken. Anders gewoon over doen en niet noodzakelijk vertellen • Goed kijken wat de doelgroep is waarvoor je iets organiseert en dan samen met de buurt organiseren	
Tips communicatie	• Contact met buurt via buurtsleutelfiguren en/of vertegenwoordigers van specifieke groepen • Email, website (www.onsplatform.tv) • Wijkkrant en plaatselijke krant • Postbezorging via Ergon (sociale werkplaats) • Huis aan huis flyers • Beeldmateriaal en social media (facebook, Instagram, twitter, app's, filmpjes, etc.). Levendiger en aanschouwelijker • Persoonlijk contact. Aanhaken bij jaarvergaderingen e.a. buurtbijeenkomsten • Mensen die de buurt goed kennen betrekken bij de communicatie • Benoem ambassadeurs, noem (bekende) namen • Let op de rol van de woordvoerder van een wijk: deze vertelt medebewoners niet alles, om daarmee de emotie van tafel te houden • Niets extra's, maar aansluiten bij wat er al in de wijk is • Alle middelen tegelijk gebruiken • Verwachtingenmanagement toepassen • Gebruik maken van het netwerk van gebiedscoördinator Ercan Aykuz	

Tabel 2	Samenvatting expertraadplegingen (wetenschap en beleid)	
Aspect van destigmatiseringsprogramma	Inhoud	Randvoorwaarden/organisatie
Algemene uitgangspunten		
Voor welk probleem/wat ervaren bewoners met mentale gezondheidsproblemen?	Bewoners met mentale gezondheidsproblemen ervaren een hoge drempel voor het ondernemen van activiteiten Schaamtegevoel Isolement, eenzaamheid Gebrek aan dagelijkse sociale contacten Gestagneerde persoonlijke ontwikkeling en vaardigheden Uithuiszetting Schulden, slechte financiën Huiselijk geweld Slechte huisvesting – bv wegens geldgebrek in gevaarlijke buurten Zelfstigma Het hangt ervan vanaf wat de stereotypen zijn die leven in een buurt, die moet je kennen	
Voor welk probleem/wat ervaren bewoners?	Geluidsoverlast, muziek 's nachts, rommel, stankoverlast Als verslaafden of daklozen bij elkaar zitten Schreeuwen Verward gedrag	
Doelgroep (wie stigmatiseert, wie heeft invloed)	Iedereen stigmatiseert, het hangt af van de setting Collega's Opinieleiders Vrijwilligers Winkeliers, caissières supermarkt Werkgevers Hulpverlening - gaat bv niet altijd echt de straat op Wijkcentra/buurthuizen bereiken bewoners met mentale gezondheidsproblemen onvoldoende Ga na wat de barrières zijn (bv werk, financiën) en maak daar je doelgroep van > bv werkgevers, naasten Woningbouwverenigingen Hangt af van de stereotypen die in een buurt leven Politie Jeugd Nodig iedere bewoner uit > niet perse spreken over wel of geen psychische aandoening hebben Wel aparte groepen voor bepaalde rollen (politie, winkeliers etc.) > de gesprekken zijn anders dan Bibliotheacarissen Taxichauffeurs Geestelijk verzorgers Basisschooldocenten Sportcoaches Kappers Naasten Priesters/imams	
Doelen	Afhankelijk van het stereotype dat bestaat, gericht op 1) angst, 2) empathie, 3) kennis Campagnes op een specifieke doelgroep Bewustwording, het bieden van eyeopeners Behoeft van burgers is vaak: gehoord worden Tools ontvangen Begrip vergroten Draagvlak om eerste hulp bij psychische problemen in de wijk aan te kunnen bieden Vaardigheden van MHFA 'kwijt kunnen' – voortzetting Praten over psychische gezondheid normaliseren	
Wie wordt gestigmatiseerd?	Zorgmijders, hebben vaak slechte ervaringen	
Setting/waar treedt stigma vaak of snel op?	Daar waar mensen met mentale gezondheidsproblemen concurrentie met anderen moeten aangaan, bv een woning, werk, overal waar schaarste is Hulpverlening sluit vaak niet aan op de wensen Huisvesting: niet genoeg betaalbare woningen Arbeidersbuurten, waar bovenstaande meer samen/voorkomt	

	In de omgeving van voorzieningen Locaties van NEOS, Lunetzorg, GGzE Kerken	
Inbedding/locatie	Zelfregiecentra > inloop, cursussen Zorgboerderijen Buurtwinkels Restaurants, cafés Opdrachtgevers zijn gemeenten, welzijnsorganisaties, buurtwerk, woningcorporaties In bestaande infrastructuur, bv scholen, buurthuizen Tuin van de buurt, Lunetzorg	Steeds herhalen, effecten bekijken vaak niet Biedt een broodje aan, of iets te eten. Bewoners met mentale gezondheidsproblemen hebben vaak weinig te besteden, dat ze een avond minder hoeven te koken is dan een mooie bijkomstigheid
Aanpak/werkzame factoren/inhoud	De ander zien zoals jij, niet als label Klachten in een continuüm plaatsen Kennis over herstel Vergroten van empathie Psychische aandoening niet apart adresseren, meer algemene insteek – er zijn vaak meerdere problemen Benadrukken wat je wilt (inclusie), niet wat ontbreekt of niet goed is (stigma) Inzetten op rehabilitatie en re-integratie Empowerment bevorderen Zelfhulp, lotgenotencontact stimuleren Kwartiermaken, bv. via kwartiertafels, participatietafels Community engagement plan, via community workers Zelfstigma overwinnen Sociaal contact, face to face of video Inzet van mensen met ervaring (zelf verward gedrag hebben/gehad) Normaliseren van mentale gezondheidsproblemen: deelnemers zien dat ze zelf ook met mentale gezondheidsproblemen hebben	Wat zijn de gewenste uitkomsten (minder sociale afstand, meer deelname), dan daarop gaan sturen Een vijfde van de mensen met mentale gezondheidsproblemen heeft geen last: stigma resilience > wat maakt dat zij dat hebben? Kennis van stigmatiseringsprocessen in de beroepsopleiding Er blijkt een grote interesse voor toegepaste psychologie onder burger, mensen vinden het leuk om daar meer van te weten Er komt vaak heel veel los. Het is wel een uitdaging wat de ervaringsdeskundigen moeten incasseren MHFA kan onbedoeld bijeffect hebben: je moet wel heel wat weten voor je iemand kunt helpen
Training/begeleiding		Denk goed na over een vervolg, iets waar mensen verder terecht kunnen Het is belangrijk dat er iemand aanwezig is die kan toelichten ter plekke waar mensen met hun vragen en zorgen terecht kunnen bijvoorbeeld een contactpersoon van het wijkteam Het vergt wat om buurtbijeenkomsten te faciliteren: kennis van het veld, een goede voorlichter zijn en een goede facilitator zijn, er komt heel wat los en dat moet je goed kunnen kanaliseren De opdrachtgever (bv. de gemeente, de woningbouwvereniging) moet bij de bijeenkomst zijn. Anders worden de problemen het probleem van de facilitator
Goede voorbeelden, tips	Movisie – Wijk en psychiatrie Mensenbieb Gerda Scholtens, in de wijk Kranendonk Panel psychisch gezien – daarin staat op welke terreinen mensen zich buitengesloten voelen Inclusionlab/Anouk Bolsenbroek De community workers Skaeve Huse	
Wie weten veel over wijk?	Opbouwwerkers Professionals niet over de wijk, maar wel over de effecten van stigma	

Bijlage 5: Cyclisch werkmodel voor effectief destigmatiseren



Uit: Handboek Destigmatisering, hoofdstuk 17 (p308) (Pijnenborg et al., 2016)