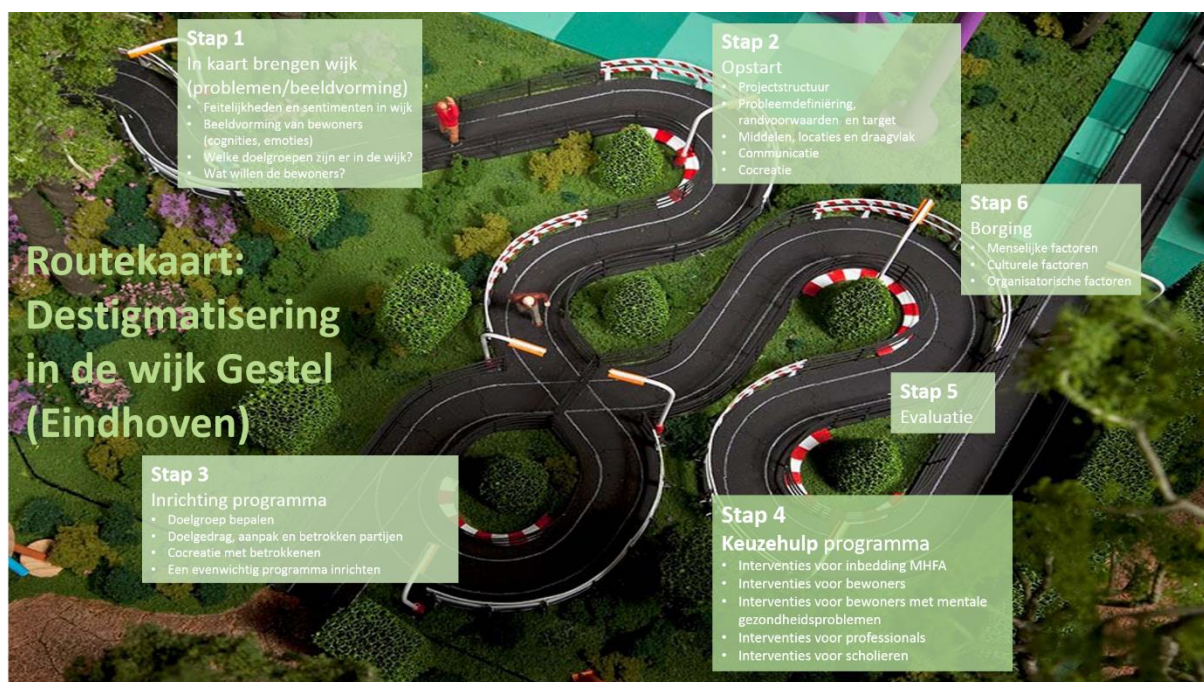


Routekaart Destigmatisering in de wijk - Gestel



Utrecht, september 2019

Dorothe van Slooten (Kenniscentrum Phrenos)

Suzan Oudejans (Kenniscentrum Phrenos)

Inhoud

Inleiding.....	3
Routekaart Stap 1 In kaart brengen van de wijk.....	4
Feitelijkheden en sentimenten in de wijk	4
Beeldvorming in de wijk inventariseren.....	5
Welke doelgroepen zijn er in de wijk?	5
Wat willen de bewoners?.....	6
Inventarisatie gemeentebestuur	6
Routekaart Stap 2 Opstart.....	8
Projectstructuur	8
Probleemdefiniëring, randvoorwaarden en target	9
Middelen, locaties en draagvlak.....	10
Communicatie met de wijk.....	10
Routekaart Stap 3 Programma inrichten	12
Doelgroep bepalen	12
Doelgedrag, aanpak en betrokken partijen.....	12
Een evenwichtig programma inrichten	14
Cocreatie met betrokkenen uit de wijk.....	15
Routekaart Stap 4 - Keuzehulp Goede voorbeelden	17
Interventies voor de inbedding van MHFA	17
Interventies voor bewoners (algemeen publiek)	20
Interventies voor bewoners met mentale gezondheidsproblemen	22
Interventies voor professionals	24
Interventies voor scholieren	26
Routekaart Stap 5 - Evaluatie	28
Routekaart Stap 6 - Borging	30
Menselijke succesfactoren	30
Culturele succesfactoren	31
Organisatorische succesfactoren	32
Vragenlijst als hulpmiddel bij borging	33
Tot slot.....	34

Inleiding

Sommige bewoners van een wijk vallen op door hun gedrag. Ook zijn er bewoners die juist niet, of nooit zichtbaar zijn. Niet zelden zijn dit mensen met mentale gezondheidsproblemen¹. Net als ieder ander willen ze graag meedoen in de maatschappij, hun bijdrage leveren, gezien worden en waardering ontvangen. Vaak echter, worden deze bewoners gemeden en hebben anderen hun oordeel snel klaar, al is dat vaak niet bewust. Vooroordelen, stigma en gebrek aan juiste kennis en vaardigheden kunnen ertoe leiden dat de omgeving bevreesd is voor de gevolgen van contact met mensen met mentale gezondheidsproblemen of verward gedrag en het veiligheidsgevoel vermindert. Veel Nederlanders willen dan ook liever geen mensen met mentale gezondheidsproblemen in de sociale nabijheid, bijvoorbeeld als vriend, buurman of collega. Toch is het verkleinen van de afstand tussen mensen met en zonder mentale gezondheidsproblemen en/of verward gedrag belangrijk. Veel mensen willen een welkome wijk, waarin iedereen die wil ook daadwerkelijk kan deelnemen. De trend van ambulantisering en de transities op het gebied van zorg, welzijn en wonen gaan uit van participatie en inclusie, hetgeen grote gevolgen zal hebben met het oog op herstel en burgerschap.

De gemeente Eindhoven en GGz Eindhoven hebben het initiatief genomen om de sociale afstand tussen mensen met en zonder mentale gezondheidsproblemen te verkleinen, door het project *Inzet Mental Health First Aid voor lekenpubliek in Eindhoven* (MHFA-E) te starten. Hierin krijgen deelnemers informatie over mentale gezondheidsproblemen en leren zij hoe het gesprek aan te gaan met iemand die (beginnende) problemen heeft. Ook leren zij hoe te handelen wanneer iemand in een crisis verkeert. Deelnemers kunnen na deze cursus iemand de helpende hand reiken en het verschil maken voor iemand die zich mogelijk eenzaam voelt en verstrikt is geraakt in de problemen die hij 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. Ook streeft men met MHFA naar minder stigma, buitensluiting, eenzaamheid en betere toegang tot hulpverlening voor mensen met mentale gezondheidsproblemen.

Het aanbieden van MHFA aan bewoners is een belangrijke stap naar minder stigma en meer inclusie van mensen met mentale gezondheidsproblemen. Het is echter niet genoeg. 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 lokale partners en ervaringsdeskundigen georganiseerd wordt en een vaste plek in het stadsdeel krijgt. Daarom heeft kenniscentrum Phrenos, in samenwerking met de partners uit het project MHFA-E (Gemeente Eindhoven, GGz Eindhoven, MHFA Nederland, Kenniscentrum Phrenos en het Trimbos-instituut) een ontwerp gemaakt voor een destigmatiseringsprogramma.

In deze routekaart en keuzehulp wordt het opzetten van een destigmatiseringsprogramma (routekaart) en de voorbeelden van interventies en activiteiten daarin (keuzehulp) beschreven. Het volgt het cyclisch werkmodel voor effectief destigmatiseren (Pijnenborg, Kienhorst, van 't Veer, & van Weeghel, 2016). Deze routekaart met keuzehulp bevat algemene onderdelen die door elke gemeente toegepast kunnen worden en toepassingsvoorbeelden die specifiek voor stadsdeel Gestel zijn uitgewerkt. Hiermee is deze handreiking niet alleen voor stadsdeel Gestel op maat gemaakt, maar ook inzetbaar voor ook andere stadsdelen en gemeenten.

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*.

Routekaart Stap 1 In kaart brengen van de wijk

Voor het opzetten van een destigmatiseringsprogramma is het van belang een aantal aspecten van- en over de wijk vast te stellen: Welke problemen spelen er in de wijk? Welke sterke kanten heeft de wijk? Hoe kijken de bewoners in de wijk naar mensen met mentale gezondheidsproblemen, én wat zijn de wensen en zorgen van mensen met mentale gezondheidsproblemen? Dit geeft input voor probleemdefiniëring en oplossingsrichtingen: aan welk probleem dient het programma een positieve bijdrage te geven, welke oplossingen zijn gewenst én welke ingrediënten voor mogelijke oplossingen zijn al aanwezig in de wijk?

Feitelijkheden en sentimenten in de wijk

Een destigmatiseringsprogramma staat niet op zichzelf. Er is een aantal randvoorwaarden voor nodig. Dat onderstrepen de gesprekken met wijkbewoners en professionals uit Gestel ook: overlast wordt regelmatig genoemd als punt van zorg, waarbij mensen met mentale gezondheidsproblemen – 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 buurt voor iedereen](#)’, die door Movisie zijn aangedragen. Die betreffen: 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.

Door gesprekken te voeren met experts en sleutelpersonen uit de wijk zelf (zoals bewoners, de politie, cliënten van zorginstellingen die in de wijk wonen, maar ook professionals van aanbieders in de GGZ en professionals in het sociaal domein die actief zijn in de wijk), en experts vanuit ervaringsdeskundig perspectief, kan het beeld op bovenstaande kenmerken worden geschetst.

Interviews kunnen door beleidsmedewerkers van gemeente of (zorg)instellingen worden uitgevoerd, maar ook kan een organisatie als [Inclusionlab](#) ondersteunen met het verzamelen van verhalen en thematafels, om op creatieve en volledige wijze de stand van zaken in een wijk te inventariseren.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

Kijkt men naar de kenmerken van ‘Een buurt voor iedereen’, dan worden als pluspunten de ‘recht voor zijn raap’ mentaliteit (open, eerlijk en duidelijk) genoemd, evenals de grote onderlinge betrokkenheid en saamhorigheid. Dit zijn positieve aspecten voor de kenmerken *open houding* en *mogelijkheden voor bewoners om van betekenis* te zijn. Bewoners met mentale gezondheidsproblemen geven echter wel aan eenzaamheid te ervaren en contact te missen. Over dat laatste geven ze aan ook zelf activiteiten te mijden, omdat ze zich aangekeken voelen op hun mentale problemen. Dit duidt op eventuele aanwezigheid van zelfstigma.

Ook blijkt dat met name het punt *veiligheid* verbetering behoeft: bewoners voelen zich door groepsvorming op openbare plekken, agressief gedrag van bewoners (onder andere tegen kinderen) en het urineren in portieken niet altijd veilig. Ook wordt de aanwezigheid van een hoge concentratie van zorgcliënten in de wijk, verslaafde bewoners en prostitutie binnen de wijk genoemd als aspect dat belemmerend kan werken voor het gevoel van veiligheid. In de interviews is benoemd dat de ervaren overlast een rol speelt bij stigmatisering en sociale exclusie van mensen met mentale gezondheidsproblemen. Zo wordt door diverse partijen aangegeven dat bewoners met mentale gezondheidsproblemen die geen overlast veroorzaken, hier toch ook op aangekeken worden.

Beeldvorming in de wijk inventariseren

Uit bovenstaande expertinterviews kan uiteraard veel informatie over de het beeld en eventuele stereotypen van mensen met mentale gezondheidsproblemen gehaald worden. Het is echter ook van belang om dit bij bepaalde groepen op een meer gestructureerde manier te inventariseren. Dat kan aan de hand van een vragenlijst, de 9 items lange Attribution Questionnaire (de AQ-9). De AQ-9 stelt vast welke cognities, emoties en eventuele stereotypen mensen hebben ten opzichte van personen met mentale gezondheidsproblemen. 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. Hierdoor volgt inzicht in de boodschap die de destigmatiseringsactiviteit moet bevatten: moet deze bijvoorbeeld gericht zijn op het verminderen van angst, boosheid of medelijden?

De vragenlijst dient bij een zo representatief mogelijke steekproef van de doelgroep afgenomen te worden, en bij minimaal 20 respondenten. Op die manier ontstaat een betrouwbaar beeld van de stereotypen die in de wijk bij die doelgroep leven. Een aanpak die werkt, is om op bijeenkomsten van de wijk, zoals een braderie, vragenlijsten uit te delen. Het draaiboek van een bijeenkomst is opgenomen in Appendix 1 van het werkboek.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

Op de jaarmarkt van Gestel zijn 24 ingevulde Attribution Questionnaires (AQ-9) ingevuld. De respondenten kregen eerst een situatieschets te lezen over Harry (een man met psychotische problemen), waarna de 9 items van de vragenlijst volgden.

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 mentale gezondheidsproblemen. 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.

Uit de interviews komt een ander beeld naar voren, en dat betreft met name de groep mensen met verslavingsproblemen: daarvan wordt veel overlast en gevaar ervaren, wat kan resulteren in boosheid.

Welke doelgroepen zijn er in de wijk?

Voor het bepalen van de doelgroepen dient in interviews met experts en sleutelpersonen uit de wijk een aantal aspecten nagegaan te worden: met welke groepen hebben mensen met mentale gezondheidsproblemen veel contact (zoals bijvoorbeeld gezondheidszorgprofessionals); bij welke contacten is er sprake van machtsrelaties (zoals bij wetshandhavers, politie, of werkgevers), en welke andere relaties zijn er, zoals relaties gebaseerd op geloof, of maatschappelijke en culturele groepen? Ook is het belangrijk om te weten welke groepen het sterkst stigmatiseren en – bij bewoners met mentale gezondheidsproblemen – van welke groepen zij het meest last ervaren.

Van belang is vervolgens om te kijken waar barrières voor inclusie worden ervaren (bijvoorbeeld bij werk of huisvesting) en je daar op te richten (in dit voorbeeld zouden dat werkgevers, woningbouwverenigingen of verhuurders kunnen zijn). Ook opinieleiders, zoals groepen of personen die een sterke invloed hebben op de wijk, kunnen een voorbeeldfunctie vervullen.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

Doelgroepen die veel contact hebben met- of in een machtsrelatie staan tot mensen met mentale gezondheidsproblemen zijn voor Gestel niet anders dan elders: dat zijn hulpverleners, de politie en mensen van de woningbouwvereniging. Door wijkexperts worden specifiek hulpverleners genoemd: die ervaren nogal eens handelingsverlegenheid bij het contact leggen met bewoners als het gaat om eventuele – terechte dan wel onterechte – overlastervaringen door zorgcliënten. Door mensen met mentale gezondheidsproblemen zelf worden burens genoemd: daarvan ervaren zij dat die het contact nogal eens afhouden. Aandacht voor de speciale rol van buurman of buurvrouw wordt ook genoemd als belangrijk aspect van het bevorderen van sociale inclusie.

Wat willen de bewoners?

Zonder draagvlak van de toekomstige deelnemers zal een destigmatiseringsactiviteit niet van de grond komen. Daarom is het heel belangrijk om vast te stellen wat de toekomstige doelgroepen willen, waar ze warm voor lopen en wat zij zelf nuttige en belangrijke doelen voor hun wijk vinden. Een manier om daarachter achter te komen zijn cocreatie sessies: een bijeenkomst met alle betrokkenen uit de wijk waarin deelnemers hun zorgen, dromen en plannen voor de wijk ontdekken via een aantal inspirerende, dynamische en interactieve werkvormen.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

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

Voor de cursus MHFA was er behoefte aan terugkom momenten voor diegenen die de cursus gevolgd hebben om de stof levend te houden. Voor de PR rondom de cursus werden zogenaamde 'MHFA-ambassadeurs' (personen die de cursus al gevolgd hebben en er goed over kunnen vertellen) genoemd.

Voor een programma of activiteit voor een welkome wijk droegen deelnemers vooral activiteiten of ideeën aan die gericht waren op het versterken van cohesie: ontmoetingsplekken, meer bekendheid geven aan activiteiten in de wijk, een muzikfestival, 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 veel genoemde initiatieven 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.

Inventarisatie gemeentebeleid

Naast het inventariseren van beeldvorming, doelgroepen en e behoeften van bewoners van de wijk, is het ook van belang om de blik op de eigen organisatie te richten. Het VN-verdrag handicap trad op 14 juli 2016 in Nederland in werking, met als doel de mensenrechten van mensen met een beperking te bevorderen, beschermen en waarborgen. Daarbij zijn inclusie, persoonlijke autonomie en volledige participatie belangrijke kernbegrippen. Het is dan ook belangrijk te inventariseren hoe

inclusief het beleid van een gemeente, een ggz-organisatie en andere maatschappelijke organisaties zijn

Toepassingsvoorbeeld Gestel

Zowel de gemeente als de andere betrokken partijen van 'MHFA voor lekenpubliek in Eindhoven' starten een inventarisatie op het gebied van het eigen inclusiebeleid. De gemeente kan daarbij gebruik maken van de Quicksan Inclusieve gemeente, waarin de artikelen uit het *VN-verdrag handicap* vertaald zijn naar concrete vragen over het gemeentelijk beleid. Het is de bedoeling dat beleidsmakers uit het gehele gemeentehuis, maar ook ervaringsdeskundigen en andere stakeholders, samen optrekken om in kaart te brengen wat de stand van zaken in de gemeente is op het gebied van inclusie. Het voordeel van een dergelijk gezamenlijk optrekken is, dat alle betrokken partijen inzicht krijgen in wat er op gemeentelijk niveau aanwezig is aan trots- en verbeterpunten. Daarnaast kan dit proces een aanleiding vormen om de eigen (ggz-) organisatie nauwkeurig op inclusiebeleid te bezien.

Routekaart Stap 2 Opstart

Projectstructuur

Het opzetten van een destigmatiseringsprogramma is aanvankelijk een project: het is een tijdelijke structuur, waarbij zaken die behouden blijven uiteindelijk 'in de lijn' geïmplementeerd worden.

Daarom is het bij de opstartfase belangrijk om aandacht te schenken aan- en overwogen keuzes te maken voor de structuur van het project. Daarbij gelden de volgende aandachtspunten:

- Denk aan een goede samenstelling van het projectteam. Bij stigmatisering is betrokkenheid van ervaringsdeskundigen in elk stadium van een project van groot belang, evenals het betrekken van de doelgroep (de 'ontvangende' partij van de interventies). Hoe worden cliënten, bewoners, de partijen die straks het programma moeten gaan ondersteunen en uitvoeren hierbij betrokken? Denk ook aan het betrekken van onderzoekers, ten behoeve van de evaluatie van het programma.
- Kies een passende organisatie en fasering voor het project. Raadpleeg eventueel bestaande bronnen voor het opzetten van een projectstructuur, zoals *Projectmatig creëren* of raadpleeg handreikingen, zoals bijvoorbeeld op de website van *In voor zorg!*.
- Besteed ook in de beginfase al aandacht aan borging. Stel daarbij de vraag: Wat is nodig om het programma straks in de wijk zelfstandig te laten functioneren? Welke partijen dienen daarbij betrokken te zijn? Welke rollen krijgen zij? Denk daarbij aan de menselijke factor (individueel, maar die dienen steun te krijgen vanuit het management en bestuur), de organisatorische factor (welke stakeholders zijn, hoe meten ze betrokken worden en wie krijgt welke taak) en aan culturele factoren (hoe voltrekken verandering zich bij de betrokken organisaties en hoe kan dat dit project bevorderen of belemmeren?). In hoofdstuk 6 is meer te vinden over borging.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

Het projectteam voor de uitvoering van het destigmatiseringsprogramma dient te bestaan uit vertegenwoordigers van alle betrokken ontvangende en uitvoerende partijen. Denk daarbij aan de volgende organisaties/personen:

- de Gemeente Eindhoven (ambtenaren , gebiedscoördinatoren);
- organisaties op wiens locaties de interventies worden uitgevoerd, zoals bijvoorbeeld de Bennekel, de Tineltuyn, de Genderhof of scholen (welzijns-/buurtwerkers, docenten);
- De uitvoerders en ondersteuners van het programma (projectmedewerkers zoals gezondheidsvoorlichters, ervaringsdeskundigen, ondersteuners);
- Onderzoekers (vanuit kenniscentra, universiteiten, ggz-organisaties of organisaties in het sociale domein);
- Volwassen bewoners (zoals bijvoorbeeld via Buurtplatform Bennekel Belang);
- Jeugdige bewoners (zoals bezoekers van Dynamo jeugdwerk Gestel);
- Zorgprofessionals (zoals van NEOS, Lunetzorg of GGzE);
- Mensen met mentale gezondheidsproblemen zelf (via NEOS, Lunetzorg, GGzE, of via de buurthuizen).

Te denken valt aan een uitvoerend projectteam, voorzien van een stuurgroep die de juiste uitvoering van het programma monitort.

Betrek vanaf het begin locaties en organisaties die zich voornemen (onderdelen van) het programma langdurig aan te bieden en betrek de medewerkers van die organisatie in de projectgroep.

Betrokkenheid van bestuur en management is essentieel: gemeente en stadsdeel dienen het programma duurzaam te ondersteunen, in middelen, communicatie en mankracht.

Probleemdefiniëring, randvoorwaarden en target

Uit de inventarisatie met experts en sleutelfiguren uit de wijk komt een beeld naar voren van de kenmerken van 'Een buurt voor iedereen', waarvan de informatie over een *open houding* eerste informatie geeft over hoe de beeldvorming in een buurt is over mensen met (mentale) gezondheidsproblemen. Vervolgens dient de informatie gebruikt te worden om een beeld te krijgen van de andere kenmerken (te weten *mogelijkheden voor bewoners om van betekenis te zijn, al aanwezige voorzieningen (zoals ondernemers, verenigingen, kerken, scholen) dragen hun steentje bij, bewoners met (mentale) gezondheidsproblemen in de wijk zijn duurzaam in beeld, daar zijn goede afspraken en verbanden voor in de wijk, en bewoners voelen zich veilig in de buurt en weten waar ze terecht kunnen als dat toch nodig is*). Aan de hand van de invulling hiervan wordt duidelijk hoe de randvoorwaarden van een destigmatiseringsprogramma ervoor staan. Dit zijn deels randvoorwaarden om een destigmatiseringsprogramma te laten landen.

Het doel van een destigmatiseringsprogramma is het vergroten van de open houding. In gedragstermen betreft het 'includerend gedrag'. De vraag is vervolgens gericht, of op wie? Dat is de vraag naar of het programma zich dient te richten op structureel stigma, publiek stigma, zelfstigma of stigma in de hulpverlening.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

- **Probleemdefiniëring**

Eerder, in stap 1, is een gedetailleerd beeld beschreven van de feiten en sentimenten, de beeldvorming, de mogelijke doelgroepen en de wensen van bewoners. Op basis daarvan kan nu het probleem gedefinieerd worden.

Het probleem dat voor Gestel naar voren komt is een wijk waarin men open, eerlijk en duidelijk met elkaar omgaat, maar waar ook overlast wordt ervaren en bewoners dit in veel gevallen toeschrijven aan mensen met mentale gezondheidsproblemen. Vaak betreft het mensen met verslavingsproblemen, of niet nader omschreven cliënten van zorginstellingen in de buurt. Mensen met mentale gezondheidsproblemen voelen zich geïsoleerd en missen contact, in sommige gevallen doordat de omgeving hen mijdt, in andere gevallen doordat ze zelf sociale contacten vermijden vanwege zelfstigma of geanticipeerd stigma.

- **Randvoorwaarden**

De eerder genoemde saamhorigheid in de wijk geeft aan dat de *mogelijkheden voor bewoners om van betekenis te zijn* als positieve randvoorwaarde aanwezig is. Uit de wijkinventarisatie kwam een neutraal beeld naar voren over de vraag of *al aanwezige voorzieningen hun steentje bijdragen*, en of *mensen met mentale gezondheidsproblemen duurzaam in beeld* zijn. Het duidelijkst was dat alle betrokkenen aangaven dat het punt *veiligheid* niet optimaal aanwezig is: om binnen Gestel een destigmatiseringsprogramma te laten slagen, dienen ervaringen van overlast eerst of in elk geval gelijktijdig aangepakt worden. Dit is een punt dat door veel wijkexperts naar voren is gebracht en aan dit kenmerk van een buurt voor iedereen wordt in Gestel niet of niet voldoende voldaan.

- **Target**

Uit de probleemdefiniëring blijkt dat het in Gestel hoofdzakelijk gaat over publiek stigma, te weten opvattingen die in de samenleving heersen over mensen met mentale gezondheidsproblemen. Een tweede target kan zelfstigma zijn: het mijden van sociale contacten zoals in het cliëntenpanel aangegeven, is daar een aanwijzing voor.

Middelen, locaties en draagvlak

Besteed vanaf het begin van het project aandacht aan (financiële) middelen, het betrekken van de locaties waarop de interventies uit het programma plaatsvinden en aan draagvlak. Onvoldoende middelen zorgen voor frustratie. Zorg er daarom voor dat deze tijdens de projectfase, maar ook daarna voldoende aanwezig zijn. Dat laatste is van levensbelang voor de borging van het programma. Het memo Aanbevelingen voor borging van een destigmatiseringsprogramma gaat hier dieper op in.

Het betrekken van de locaties is niet alleen van belang voor de beschikbaarheid daarvan bij de uitvoering van het programma. Het zorgt ook voor draagvlak voor het programma: de medewerkers en bezoekers van de locaties kunnen zo geleidelijk aan ambassadeurs van het programma worden, doordat men vroegtijdig kennis van het bestaan van het programma kan nemen en er direct of indirect invloed op kan uitoefenen.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

Voor de uitvoering van het programma is momenteel geen financiering voorhanden. Het is een open deur om te vermelden dat dit belemmerend werkt, maar van belang is om bij de aanvraag van financiering voldoende middelen op te nemen voor bijkomende projectkosten (zoals cadeaubonnen voor de bezoekers van de diverse panels), reiskosten, evaluatie en borging.

In de ontwerpfase is gebleken dat bewoners en andere sleutelpersonen uit de wijk (vrijwilligers, politie, ondernemers en cliënten van de zorgvoorzieningen) zeer welwillend zijn om mee te (blijven) denken en bijeenkomsten te bezoeken. Dit geeft aan dat de eerder genoemde betrokkenheid daadwerkelijk aanwezig is in de wijk en ingezet kan worden in opvolgende fases.

Zowel de deelnemers als ondersteuners vanuit de locaties waar de bijeenkomsten plaatsvonden (wijkcentrum de Dommel en Genderhof) gaven aan graag mee te willen denken doen in de toekomst.

Communicatie met de wijk

Communicatie met en in de wijk is niet eenvoudig. Het volstaat niet om een artikel in de krant of het wijkblaadje te plaatsen over een bijzonder evenement, noch draagt een folder in de bus veel bij aan de belangstelling. Toch is het belangrijk het wat en waarom voortdurend aan de bewoners van een stadsdeel of wijk over te brengen, zeker in het geval van een destigmatiseringsprogramma. Door nieuws, achtergronden, foto's of video te plaatsen blijft niet alleen iedereen op de hoogte van de vorderingen en activiteiten, het maakt ook duidelijk wat er gebeurt in lopende projecten en met ideeën die bewoners zelf inbrengen.

Wat zijn mogelijkheden om bewoners te bereiken? Hoe voelt men zich het meest aangesproken? Waar kun je hen bereiken? Tijdens interviews met betrokkenen uit de wijk Gestel en tijdens de cocreatie sessie gaven bewoners hun ideeën hierover. Het gebruiken van diverse kanalen, tegelijkertijd, werd het meest belangrijk gevonden. Ook mond-op-mond reclame en inzet van sleutelfiguren en ambassadeurs werden als goede mogelijkheden om belangstelling te creëren genoemd.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

Het is noodzakelijk een werkgroep Communicatie samen te stellen, die actief is in het steeds weer vinden van verrassende manieren om aandacht voor het destigmatiseringsprogramma te genereren. In de werkgroep hebben ook bewoners en/of andere sleutelfiguren uit Gestel zitting. Acties van de werkgroep zijn bijvoorbeeld:

- Digitale informatie op sociale media delen (Twitter, LinkedIn, Facebook, website).
- Berichten, foto's, quotes en filmpjes op de beeldkrant plaatsen bij huisartsen, apothekers, etc.
- In de berichtgeving appelleren aan het gevoel van mensen dat ze kunnen helpen (dat spreek hen aan). Daarnaast insteken op wat de winst/meerwaarde van activiteiten, cursus etc. is voor de persoon zelf. Wat levert het hen op? (bijv. "Ik had dit eerder hebben willen weten, dan had ik het op mijn werkplek kunnen gebruiken" of "De cursus heeft me eigenlijk ook meer inzicht in mezelf gegeven")
- Inzetten op actieve en getrainde ambassadeurs. Zij bezoeken sleutelfiguren en gaan met hen in gesprek (politie, scholen, werkgevers, ondernemers, enz.). De ambassadeurs bezoeken bij voorkeur sleutelfiguren met wie zij een link hebben (bijv. docenten bezoeken scholen). Ook worden er filmpjes van hen opgenomen, die op verschillende manieren worden ingezet en vertoond.
- Sleutelfiguren inzetten als ambassadeurs.
- Schriftelijke PR via bestaande nieuwsbrieven, wijkkrantjes en andere schriftelijke informatiekanalen verspreiden.
- Posters van activiteiten in Abri's, winkels, buurtcentra, enz. ophangen.

Routekaart Stap 3 Programma inrichten

Doelgroep bepalen

Aan de hand van de probleemdefiniëring dient onderzocht te worden, wederom uit de interviews met wijkexperts en bewoners, welke doelgroepen nu de meeste prioriteit hebben in het programma: ervaren cliënten veel stigmatisering door andere buurtbewoners? Is deze groep mogelijk specifiek te definiëren? Dit kunnen bijvoorbeeld ‘ouders met kinderen’ zijn, die afwijzend reageren omdat ze slechte ervaringen hebben met bepaalde bewoners die bij speeltuinen hangen en dit generaliseren naar alle bewoners met afwijkend gedrag. Mogelijk zijn jongeren een relevante doelgroep, omdat daar juist botsingen mee zijn in een wijk, of professionals zoals agenten of zorgmedewerkers waar cliënten vervelende ervaringen mee hebben. De vraag die hierbij gehanteerd dient te worden is welke doelgroep (en het bijbehorende stigmatiserende gedrag) heeft de grootste impact op de wijk?

Toepassingsvoorbeeld Gestel

Bewoners in de wijk lijkt voor Gestel de belangrijke doelgroep te vormen. Bewoners zijn uiteraard voor de hand liggend en zijn ook in de context van MHFA een relevante doelgroep, waarbij tevens aandacht dient te zijn voor de speciale rol van buurman of buurvrouw. Het dient hier te gaan om zowel volwassen als jonge bewoners – die laatste groep biedt potentie voor het veranderen van de toekomst. Zorgprofessionals in de wijk kunnen een tweede doelgroep vormen: het bieden van handelingsperspectieven om het contact tussen de zorgfaciliteiten en bewoners te verbeteren kan een gunstige bijdrage leveren aan destigmatisering.

Een derde doelgroep bestaat uit mensen met mentale problemen zelf: het mijden van sociale contacten en situaties wijst op de aanwezigheid van zelfstigma.

Doelgedrag, aanpak en betrokken partijen

Van bovengenoemde groepen is het van belang om het beeld dat zij van mensen met mentale gezondheidsproblemen hebben duidelijk te krijgen. Grofweg zijn beelden die mensen hebben op te delen in *cognities* (hoe ‘ernstig’ is het mentale gezondheidsprobleem, hoe verantwoordelijk is iemand daarvoor en hoe gevaarlijk zou deze persoon zijn) en *emoties* (angst, medelijden of boosheid). De cognities beïnvloeden de emoties en vervolgens het gedrag. Het is van belang deze cognities en emoties van de doelgroep in beeld te hebben, om daar vervolgens de boodschap op af te stemmen. Wordt een persoon met mentale gezondheidsproblemen als gevaarlijk waargenomen, zal in de boodschap aandacht besteed moeten worden aan een reëel en genuanceerd beeld over het gevaar. Overheerst medelijden, dan zal de boodschap mogelijk elementen moeten bevatten die overbrengt dat mensen met mentale gezondheidsproblemen krachtiger zijn dan men mogelijk denkt.

Als laatste dient in kaart gebracht te worden welk stigmatiserend *gedrag* de betreffende doelgroep(en) vertonen, waardoor het doelgedrag bepaald kan worden. In algemene zin is dat ‘includerend gedrag’ (gedrag dat wijst op een open houding), maar doelgroep specifiek is de vraag ‘welk includerend gedrag?’. Dit zou voor bijvoorbeeld in het geval van buurtbewoners kunnen zijn dat ze vaker een praatje maken met hun buurman met mentale gezondheidsproblemen, of bij geluidsoverlast eerst het gesprek met de persoon zelf aangaan en niet meteen de politie bellen.

Vervolgens dient de aanpak bepaald te worden: wat moet de boodschap zijn, welke kanalen en bronnen worden ingezet. Tevens is het van belang dat daarbij alle interventies die ingezet worden, voldoen aan TLC3: targeted, local, contact-based, credible en continuous.

Omdat goede stigmabestrijding het moet hebben van lokale inbedding en uitvoering is het van belang om op te trekken met de verschillende actoren bij stigma bestrijding (maatschappelijke sectoren, de professionele –ggz- hulpverlening, individuen en belangengroepen van cliënten). Het verminderen van publiek stigma bijvoorbeeld vraagt om maatschappelijke inbedding en betrokkenheid van cliënten, naasten, politie, ggz-instellingen, politie, gemeentelijke diensten en maatschappelijke organisaties op het gebied van wonen, arbeid, onderwijs, zorg en welzijn. Dit wordt ook wel *mainstreaming* genoemd: alle betrokken partijen worden zich bewust van stigma en de noodzaak om dit gezamenlijk te minimaliseren.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

- *Doelgedrag*

Het target in Gestel is het tegengaan van publiek stigma onder bewoners in de wijk. Het beeld of stereotype dat er is over mensen met psychotische problemen is dat ze relatief weinig controle hebben over hun aandoening. Dit roept medelijden op, en heeft de intentie tot helpend gedrag tot gevolg. Dat is in eerste instantie positief, maar kan er toe leiden dat mensen met psychotische problemen als hulpeloos worden gezien, met het risico op betutteling. Het beeld over mensen met verslavingsproblemen is dat ze verantwoordelijkheid voor hun aandoening dragen en bewoners ervaren gevaar en gevoelens van boosheid jegens hen. Dit heeft afwijzing tot gevolg. Het doelgedrag van de bewoners is *meer inclusief gedrag, bijvoorbeeld door meer in contact te treden met burens met mentale gezondheidsproblemen*. Het doelgedrag bij zorgprofessionals is *het vaker in contact treden met de buurt, of het stimuleren daarvan door zorgcliënten van de instellingen zelf*. Voor mensen met mentale gezondheidsproblemen zou *meer sociale contacten aangaan* het doelgedrag zijn.

- *Aanpak*

De boodschap die in de interventies overgebracht dient te worden volgen de algemene aanbevelingen: een eerlijke genuanceerde boodschap, met de nadruk op mogelijkheden op herstel van mentale gezondheidsproblemen. Specifiek voor Gestel dient de boodschap, waar het mensen met psychotische problemen betreft, informatie te bevatten over de kracht en mogelijkheden die mensen ook bezitten. Over mensen met verslavingsproblemen dient de boodschap het beeld te ontcrachten dat ze per definitie gevaarlijk zijn en overlast veroorzaken.

De kanalen en bronnen die in Gestel ingezet kunnen worden betreffen persoonlijk contact met ervaringsdeskundige cliënten van de GGzE of ambassadeurs via Samen Sterk zonder Stigma. Tevens zijn er veel interventies voorhanden waarbij de ontwikkelaars zelf over een netwerk van ervaringsdeskundigen beschikken. Daar waar ervaringsdeskundigen uit de eigen wijk, stad of regio ingezet kunnen worden heeft dat de voorkeur: de kans dat mensen zich met hen identificeren is groter en het draagt bij aan de uitvoerbaarheid van interventies als facilitators of spreker weinig hoeven te reizen. Contact kan overigens ook tot stand komen via andere kanalen, zoals via video of film.

- *Betrokken partijen*

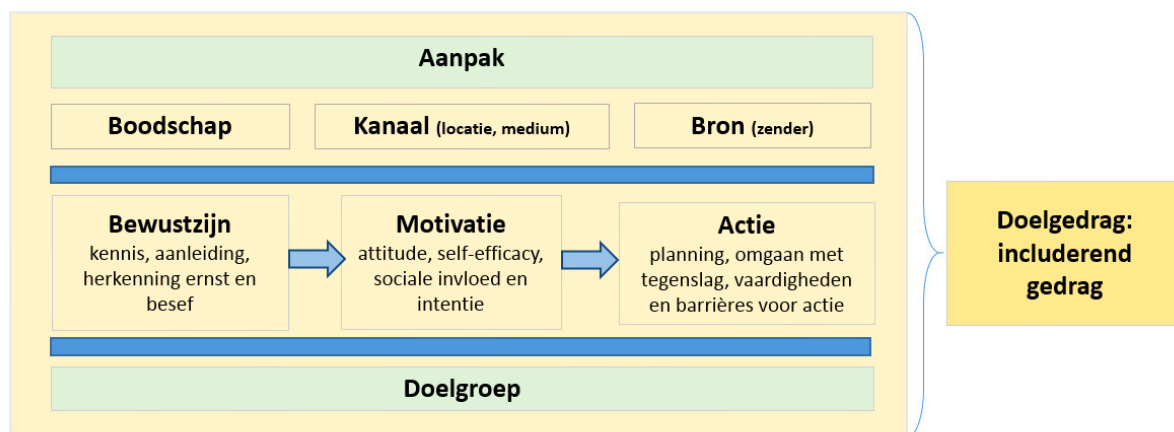
Betrek zoveel mogelijk actoren uit Gestel bij het aanbieden van de interventies. Dat kan door verschillende locaties te kiezen die alleen een 'rol' in de samenleving vervullen: de Bennekel, NEOS, GGzE, maar ook de Jumbo-supermarkt of scholen in de wijk zouden goede locaties zijn om zo *mainstreaming* op gang te brengen. Bij een cocreatie sessie (zie hieronder) worden deze partijen nadrukkelijk betrokken, maar ook in de projectstructuur en bij de uitvoering van activiteiten enz. is het van groot belang dat deze partijen betrokken worden.

Een evenwichtig programma inrichten

De vervolgvraag is op welke doelgroep(en) het programma zich gaat richten en welke aanpak en elementen het dient te bevatten, gegeven het doelgedrag. Daartoe biedt het model in onderstaande box een handreiking.

Box: Het I-Change model

Waarmee moet je rekening houden bij het inrichten van een destigmatiseringsprogramma voor de wijk? Wat is belangrijk? Het Integrated Change Model (I-Change model) beschrijft de factoren die gedrag kunnen beïnvloeden en laat zien met welke componenten je rekening moet houden bij het inrichten van een programma (of het ontwerpen van interventies).



In het model wordt aangegeven welke aanbevelingen er voor de inrichting van programma's en interventies zijn:

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

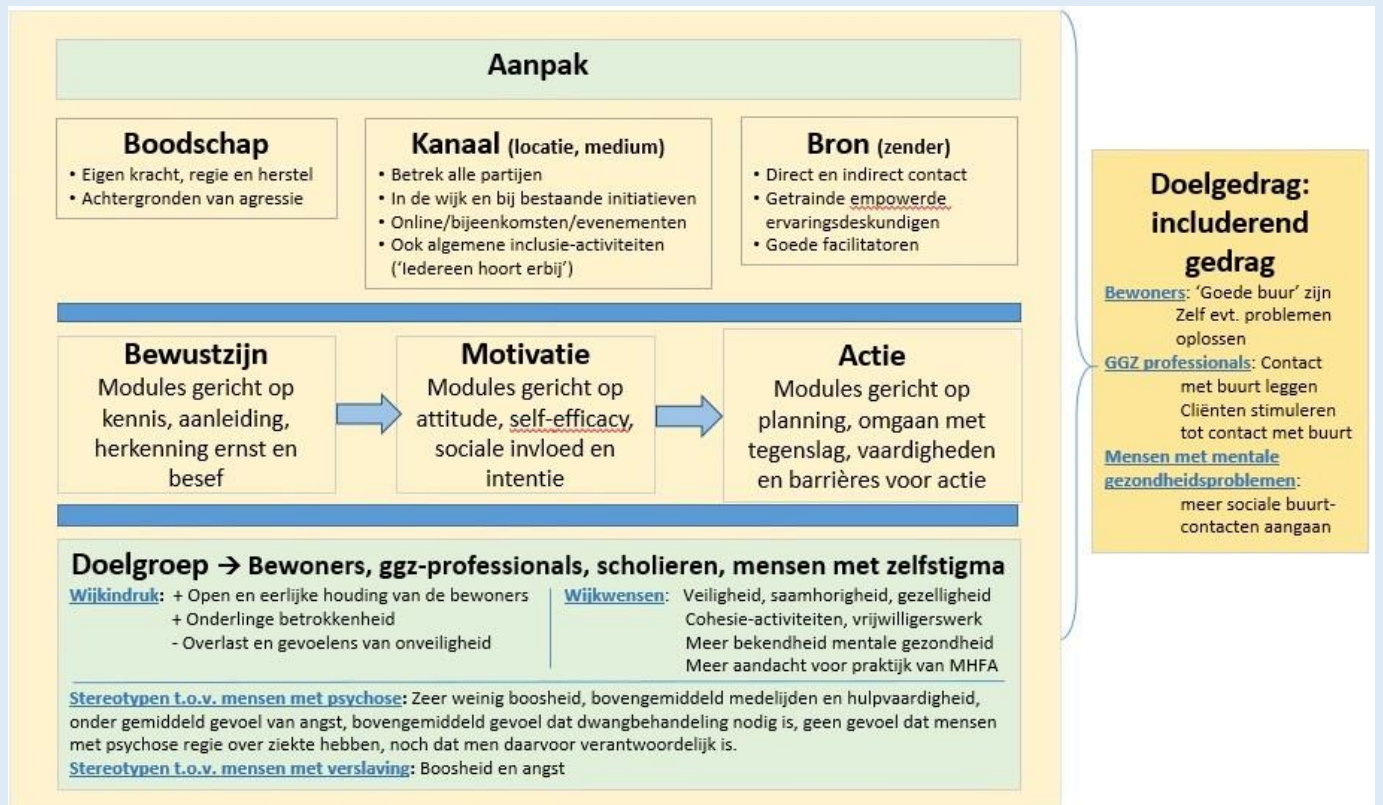
Bewustzijn, motivatie en actie zijn drie fases die een rol spelen bij het verklaren, maar ook het beïnvloeden van gedrag. Ze verwijzen naar welke onderdelen een programma voor destigmatisering moet bevatten.

Het denken in bewustzijn, motivatie en actie voor gedragsbeïnvloeding is vergelijkbaar met 'hoofd, hart, handen' uit de pedagogiek en onderwijskunde, 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. Een beproefd concept dus!

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.

Na het doorlopen van de stappen 1 tot en met 3 van de routekaart, is het invullen van het I-Change model eenvoudig en wordt de richting voor de invulling van het programma overzichtelijk uitgezet.

Toepassingsvoorbeeld Gestel



Het I-Change model: Gestel in kaart

Cocreatie met betrokkenen uit de wijk

Vertrouwen, de menselijke maat en positief in de wijk staan zijn belangrijke waarden voor zowel een wijk als een destigmatiseringsprogramma. Daarom mag samenwerken met belangrijke partners uit de wijk bij de ontwikkeling en uitvoering van een wijkgericht destigmatiseringsprogramma niet missen.

Een cocreatie sessie is een goede vorm om de uitkomsten van het proces van wijkinventarisatie en projectopbouw met bewoners en andere betrokkenen van de wijk door te spreken en van goede ideeën te voorzien. Cocreatie gaat uit van gelijkwaardigheid van deelnemers, openheid, vertrouwen en het samen vinden van (nieuwe) antwoorden. Door in te gaan op gemeenschappelijke doelen komt enthousiasme en daadkracht vrij. De inspirerende en dynamische werkvormen wakkeren dat ook aan, waarmee het tot een meer actieve houding, meer ideeën en meer plezier leidt dan een gewone bijeenkomst of vergadering.

Een cocreatie sessie in het kader van een destigmatiseringsprogramma wordt bij voorkeur samen met betrokkenen uit de wijk georganiseerd en bestaat voornamelijk uit onderlinge interactie van de deelnemers. De bijeenkomst heeft een simpele opzet, met een inloop en (lieft) een eenvoudige maaltijd, een check-in, hoofdprogramma en check-out. Aan het eind van de bijeenkomst kunnen de deelnemers een afgerond antwoord op een vraag presenteren. Het draaiboek van een bijeenkomst is opgenomen in Appendix 1 van het werkboek. Dit kan aangepast worden aan het doel dat men specifiek nastreeft met en de vraag die men stelt in de bijeenkomst. Een cocreatie sessie kan tijdens de opstartfase van een project georganiseerd worden, maar het is ook relevant om een dergelijke bijeenkomst regelmatig te herhalen, bijvoorbeeld jaarlijks.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

In Gestel kan jaarlijks door een organiserend comité een cocreatie sessie georganiseerd worden in een buurtgebouw. Het comité wordt samengesteld uit professionals en sleutelfiguren met een verschillende achtergrond uit de wijk. Tijdens de cocreatie sessie buigen 10-15 deelnemers zich op een avond (overdag kunnen veel deelnemers niet aanwezig zijn) over een op dat moment relevante vraag rond MHFA en het destigmatiseringsprogramma, zoals:

- Hoe kan de Mental Health First Aid cursus nog meer bekendheid krijgen in Gestel?
- Welke activiteiten zijn het komend jaar belangrijk om in Gestel te organiseren?
- Hoe kunnen we inclusie voor iedereen in onze activiteiten bevorderen en tegelijkertijd zorgen dat mensen met mentale gezondheidsproblemen meer betrokken zijn en worden?

De deelnemers en de werkvormen worden bij het thema uitgezocht. Er is voorwerk gedaan met betrekking tot de vraag (zie Routekaart stap 1). Dat wordt tijdens de cocreatie sessie gepresenteerd. Het Werkboek Keuzehulp is aanwezig om praktische hulp te geven.

In de jaren daarna kan aan deelnemers van de cocreatie sessie gevraagd worden mee te denken en werken in de organisatie van een jaarlijkse cocreatie, maar ook van de voorgestelde activiteiten, enz.

Het draaiboek van een cocreatie sessie is als Appendix 1 opgenomen in het Werkboek Routekaart. Een cocreatie wordt begeleidt door facilitators.

Routekaart Stap 4 - Keuzehulp Goede voorbeelden

In dit project is een inventarisatie van goede voorbeelden van destigmatisering in de wijk in de Nederlandse praktijk uitgevoerd. Hierbij werd gezocht naar voorbeelden van bestaande activiteiten of interventies, die bekendheid met mensen met mentale gezondheidsproblemen kunnen bevorderen, de sociale afstand kan verkleinen en die de drempel kunnen verlagen voor bewoners van de wijk om deel te nemen aan Mental Health First Aid. Hieruit zijn aanvankelijk 85 voorbeelden naar voren gekomen.

De goede voorbeelden zijn gekozen op basis van de vijf belangrijke uitgangspunten voor implementatie van destigmatiseringsinterventies (en programma's), te weten doelgroepgericht, lokaal, gebaseerd op contact, geloofwaardig en continue. Om interventies doelgericht te maken, worden bestaande universele interventies bovendien vaak omgevormd tot geïndiceerde interventies (gericht op een bepaalde doelgroep).

Box: Contact en voorlichting

Uit onderzoek is gebleken dat pure kennisoverdracht niet leidt tot het veranderen van attitude. De houding van mensen verandert pas als er daadwerkelijk contact is met mensen met mentale gezondheidsproblemen. Contact is dan ook de meest effectieve destigmatiseringsstrategie. Deze is echter het meest effectief wanneer het versterkt wordt door educatie in de vorm van actief leren en construeren. Daarbij is niet alleen voorlichting van belang, bijvoorbeeld in de vorm van een voor- en/of nabespreking (onthouden en begrijpen), ook het begeleiden bij het interpreteren van de ervaringen met het contact is een belangrijke strategie (toepassen en integreren van de nieuwe kennis).

Na de eerste selectie heeft een volgende keuzeronde plaats gevonden. Op deze manier zijn 55 goede voorbeelden gekozen, die met behulp van kenmerken zoals doel, plaats in het gedragscontinuüm, strategie (zoals contact en voorlichting), duur en doelgroep zijn samengevat. Deze beschrijvingen zijn terug te vinden in het Werkboek Keuzehulp Destigmatisering in de wijk – Gestel. Dit werkboek biedt handvatten en tips voor de opzet van de beschreven bijeenkomsten, interventies en activiteiten en gaat onder meer in op wat het aan voorbereiding, begeleiding en nazorg vraagt. Hoewel het werkboek voor het project Destigmatisering in de wijk – Gestel is samengesteld, zijn de gevonden modules ook heel geschikt voor algemeen gebruik.

De goede voorbeelden zijn als volgt ingedeeld:

- Interventies voor de inbedding van MHFA
- Interventies voor bewoners (algemeen publiek)
- Interventies voor bewoners met mentale gezondheidsproblemen
- Interventies voor professionals
- Interventies voor scholieren

Interventies voor de inbedding van MHFA

De cursus Mental Health First Aid is een vier dagdelen beslaande cursus, waarbij mensen handvatten en kennis krijgen, om met meer gemak om te kunnen gaan met mensen met 'ander' gedrag. Uit onderzoek, maar ook uit de evaluatie in een aantal MHFA-cursusgroepen in Eindhoven blijkt dat de cursus bijdraagt aan meer begrip voor burgers met mentale gezondheidsproblemen en een verminderd gevoel van handelingsverlegenheid naar hen. Deelnemers waren dan ook tevreden over de cursus. Desondanks zijn er nog een aantal aandachtspunten bij de inzet van MHFA:

1. Hoe kun je mensen motiveren en stimuleren tot het volgen van de cursus?
2. Hoe kunnen mensen de door hen geleerde vaardigheden actueel houden?

In het werkboek wordt in een tweetal (nieuwe) voorbeelden op beide vragen ingegaan, waarbij gebruik is gemaakt van ideeën van de MHFA-deelnemers uit Eindhoven en hun mede wijkbewoners. Zo werd aangeraden om in Gestel gebruik te maken van getrainde MHFA-ambassadeurs die bij sleutelfiguren in politiek, wijk, of werkterrein het thema kunnen bepleiten. Ook werd het inrichten van mogelijkheden om te oefenen met de geleerde vaardigheden voorgesteld, online of tijdens bijeenkomsten of inloopuren. Tenslotte werd de noodzaak van MHFA op scholen in Gestel benoemd. Zowel docenten als leerlingen zouden meer over mentale gezondheidsproblemen moeten weten.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

In Gestel is één van de twee onderdelen van het *doelgedrag* voor bewoners dat zij in staat zijn om zelf eventuele problemen op te lossen die te maken hebben met het gedrag van mensen met mentale gezondheidsproblemen. De cursus MHFA zelf is gericht op het tweede onderdeel van het doelgedrag (een 'goede buur' zijn), namelijk het aanleren van vaardigheden om mensen met mentale gezondheidsproblemen beter te begrijpen en beter om te leren gaan met gedrag dat uit deze problemen voortkomt. Het is dus van belang dat bewoners deze cursus volgen. Het Werkboek Keuzehulp Routekaart Destigmatiseringsprogramma geeft een aantal mogelijkheden hiervoor.

De in deze box genoemde interventies beantwoorden aan het doel van aanleren van vaardigheden om met mensen met mentale gezondheidsproblemen beter te begrijpen en beter met hen om te kunnen gaan en zijn haalbaar in hun opzet.

Bij elke activiteit is het van groot belang:

- getrainde ervaringsdeskundigen in te zetten;
- goede facilitators de activiteiten te laten begeleiden;
- belangrijke vertegenwoordigers van de (groepen) bewoners die men wil bereiken betrekken bij de organisatie en uitvoering van de activiteit;
- een heldere en eenduidige boodschap van kracht, eigen regie en herstel aan de deelnemers doorgeven;
- genuanceerde informatie over agressie en mentale gezondheidsproblemen te geven;
- de activiteiten in buurthuizen, kerken, moskeeën en andere door de doelgroep bezochte locaties te organiseren.

Hieronder worden een aantal interventies benoemd, die in stadsdeel Gestel uitgevoerd zouden kunnen worden op de korte, middellange en lange termijn. De voorbereiding van de activiteiten op de korte en middellange termijn kunnen zo spoedig mogelijk starten, maar hebben een verschillende looptijd als gevolg van de complexiteit van de interventie (een niet-Nederlandstalige MHFA cursus ontwikkelen is zeer complex en vraagt veel tijd, diversiteit aan expertise en experimenteerruimte, terwijl een meterkast-kaart vooral lokaal overleg en inventarisatie vergt), het aantal partners dat erbij betrokken is (MHFA op scholen vraagt een iets langere aanlooptijd om partners, draagvlak en financiering te vinden, maar is vanwege het lokale karakter op middellange termijn wel te realiseren), een opvolgend karakter (de interventie koffiegesprekken kan pas plaatsvinden nadat de ambassadeurs getraind zijn), de financiering (met het ontwikkelen van een [lokaal of landelijke] website of cursus is meer geld gemoeid dan met het plaatselijk opleiden van ambassadeurs) of de (doorloop-) tijd die ermee gemoeid is (de al eerder genoemde niet-Nederlandstalige MHFA cursus vraagt in de voorbereiding en ontwikkeling veel, ook aan experimenteren, focusgroepen bestaande uit niet-Nederlandstalige mensen, enz.).

De voorbereiding van de interventies op lange termijn starten later, voornamelijk omdat hier meer tijd en geld beschikbaar voor dienen te zijn. Deze en andere noodzakelijke voorwaarden voor deze activiteiten dienen dan ook voorafgaand aan de start verzorgd te worden.

De hieronder opgenomen interventies zijn gekozen op basis van doelstelling, wenselijkheid vanuit de wijk, haalbaarheid in de uitvoering, diversiteit in aanbod en prognose op (snel) succes. De keuze werd vereenvoudigd door gebruik van het I-Change model. Uiteraard is het mogelijk tot andere keuzes te komen. De uiteindelijke keuze ligt bij de projectleiding en projectgroep.

Korte termijn (01-11-2019 -31-12-2020)

1. Module MHFA praktijkavond

Deze module richt zich op het paraat houden van de in de MHFA-cursus opgedane kennis en wil voorkomen dat dit wegsijpelt. De Mental Health First Aid praktijkavond is een zes wekelijkse terugkombijeenkomst voor mensen die al eerder de cursus MHFA hebben gevolgd. Tijdens deze bijeenkomst wordt naast een mogelijkheid om samen koffie te drinken (of te eten), ook ingegaan op vragen als: hoe is het je vergaan, wat heb je ervaren, heb je de afgelopen tijd wat aan je kennis gehad, wat mis je nog, enz. Een soort netwerkcafé van oud-deelnemers van de cursus.

2. Module MHFA Ambassadeurs

Deze module is gericht op het kweken van draagvlak voor MHFA en het enthousiasmeren van bewoners om de cursus te volgen. Met behulp van een training worden oud-cursisten geholpen ambassadeur te worden, waarbij stilgestaan wordt bij de voor- en nadelen van de cursus, het vertellen van een zelfgemaakt goed verhaal over MHFA, het benaderen van (on)bekenden, enz.

3. Module MHFA Meterkastkaart

Deze module biedt de bewoner handvatten over wie te benaderen in geval van eerste hulp bij psychische nood, waardoor angst en handelingsverlegenheid bij de bewoners verminderd kunnen worden. Het gaat om een kaart die ergens in huis opgehangen kan worden en waarop belangrijke telefoonnummers vermeld staan, die de bewoner in geval van eerste hulp bij psychische nood of andere (psychische) calamiteiten kan bellen. Ook staan er telefoonnummers vermeld die men kan bellen voor laagdrempelig advies, activiteiten rondom MHFA en andere relevante informatie voor bewoners.

Middellange termijn (01-11-2019 -31-12-2022)

4. Module Koffiegesprekken

Deze module richt zich op agendasetting ten aanzien van positieve zichtbaarheid van mensen met mentale gezondheidsproblemen, met als uiteindelijk doel het tegengaan van publiek en structureel stigma en het bespreken hoe je dat kunt bereiken. MHFA-ambassadeurs en/of ervaringsdeskundigen gaan voor een koffiegesprek op bezoek bij invloedrijke mensen (bijv. wethouders, schooldirectie, media-mensen, ondernemers, enz.), om het tegengaan van stigma en hoe dit te bereiken met hen te bespreken. Ook kan het MHFA- en destigmatiseringswerk in de wijk aan de orde komen.

5. Module MHFA Online

Met deze module wordt de kennis over MHFA op een leuke en uitdagende manier bijhouden en geoefend, zodat de deelnemers meer zelfvertrouwen krijgen in het omgaan met mensen met mentale gezondheidsproblemen. De website Mental Health First Aid Online is een interactieve wijkgerichte website met een agenda van belangrijke bijeenkomsten, chatboxen, kennisportalen, quizpagina's, casusbesprekingen, herstell filmpjes, enz. Niet alleen kun je hier je kennis over mentale gezondheidsproblemen op een leuke en uitdagende manier bijhouden, ook is er een online coach, die je kan adviseren bij vragen en onduidelijkheden.

6. MHFA op scholen (docenten)

Het doel van deze module is dat docenten van met name middelbare scholen en beroepsopleidingen (i.c. de leeftijd waarop de meeste mentale gezondheidsproblemen starten) signalen leren herkennen en weten wat te doen indien zij bij een leerling/student mentale gezondheidsproblemen denken te herkennen. De MHFA Youth cursus wordt laagdrempelig op scholen aan docenten aangeboden. Docenten leren niet alleen signalen te herkennen, maar oefenen ook het gesprek met een jongere daarover aan te gaan. Ook weet men na de cursus de juiste hulpdiensten in te schakelen als een jongere in nood verkeert.

Lange termijn (01-01-2021 -31-12-2025)

7. MHFA op scholen (leerlingen)

Deze module is erop gericht leerlingen/studenten te leren signalen van mentale gezondheidsproblemen te herkennen en weten wat te doen indien zij bij zichzelf of een medeleerling/-student symptomen daarvan herkennen. Zij kunnen er openlijk over spreken. De MHFA Youth cursus wordt aangepast en laagdrempelig op scholen aangeboden aan leerlingen. Jongeren leren de signalen te herkennen en oefenen hoe het gesprek met andere jongeren hierover aan te gaan. Ook weet de leerling na de cursus wie hij/zij kan inschakelen als een jongere in psychische nood is. Deze module kan in samenwerking met MHFA Nederland ontwikkeld worden, om daarna in een pilot in Gestel uitgevoerd te worden.

8. MHFA voor mensen met een niet-Nederlandstalige (en westerse) achtergrond

De module is gericht op mensen met een niet-Nederlandstalige achtergrond om hen te ondersteunen bij het signaleren van mentale gezondheidsproblemen en handvatten te geven voor wat te doen indien zij symptomen herkennen. Zij ontwikkelen begrip van mentale gezondheidsproblemen vanuit de eigen culturele achtergrond en kunnen er openlijk over spreken. In de meeste wijken wonen mensen met een niet-Nederlandstalige (en westerse) achtergrond. Ook daar komen mentale gezondheidsproblemen voor, in sommige gevallen komen ze in deze groep zelfs meer voor (bijvoorbeeld bij psychose). MHFA is een Nederlandstalige cursus, die voor sommige mensen met een niet-Nederlandstalige achtergrond te hoog gegrepen is. Een cultuur sensitieve cursus MHFA heeft specifieke aandacht, kennis en begrip voor de culturele achtergrond van de deelnemers en de daarin gebruikelijke visie op ziekte en wordt laagdrempelig aan bewoners met een niet-Nederlandstalige achtergrond aangeboden. Deze module kan in samenwerking met MHFA Nederland ontwikkeld worden, om daarna in een pilot in Gestel uitgevoerd te worden.

Interventies voor bewoners (algemeen publiek)

Verreweg de meeste goede voorbeelden betreffen activiteiten die gericht zijn op niet nader gespecificeerde doelgroepen of het algemeen publiek. Hoewel in veel destigmatiseringsactiviteiten gebruik gemaakt wordt van de stigmapbestrijdingsstrategie *direct contact*, blijkt dat bij het organiseren van activiteiten voor het algemeen publiek niet altijd de eerste keuze te zijn. Door praktische overwegingen gedreven, wordt daarbij ook veel gebruik gemaakt van *indirect contact*, bijvoorbeeld in de vorm van film, audio- of videofragmenten en theater. Ook dit is effectief. In alle gevallen is het van belang deze activiteiten te versterken door educatie. Niet alleen voorlichting in de vorm van een voor- en/of nabespreking is van belang, ook dient gedacht te worden aan het duiden van de ervaringen met het contact. Wat doet dit met de luisteraars? Hoe interpreteren ze het contact en wat nemen ze ervan mee naar hun dagelijks leven?

De activiteiten die voor het algemeen publiek gelden, hebben vaak een algemeen karakter en kunnen voor meerdere doelgroepen geschikt gemaakt worden. Ook de groepsomvang kan verschillen en aangepast worden. Het is echter elementair om de boodschap van de activiteiten veelvuldig te herhalen, daar eenmalige acties vaak niet beklijven.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

Een tweede onderdeel van het *doelgedrag* voor bewoners in Gestel, naast het leren omgaan met mentale gezondheidsproblemen, is een 'goede buur' zijn. Een goeie buur is bekend in de buurt, heeft oog voor anderen, groet of maakt een praatje, weet de weg, steekt een helpende hand uit of weet wie dat kan doen. Maar een goede buur mag ook stiller of minder actief zijn, immers, goede burens laten elkaar in hun waarde. Tijdens de cocreatie sessie in Gestel noemde men dit het 'dorpsgevoel': je bent er voor elkaar als dat nodig is, maar het hoeft niet. Dat gevoel van saamhorigheid, het buurtgevoel, ligt achter het doelgedrag van een goede buur.

Het Werkboek Keuzehulp Routekaart Destigmatiseringsprogramma in de wijk geeft een aantal mogelijkheden hiervoor. Onderstaande opties beantwoorden het meest aan het doel van het buurtgenoot zijn en zijn haalbaar in hun opzet. Ze zijn veelal gericht op zowel bewustzijn creëren over mentale gezondheidsproblemen als motivatie oproepen om daar iets mee te gaan doen.

Bij elke activiteit is het van groot belang:

- getrainde ervaringsdeskundigen in te zetten;
- goede facilitators de activiteiten te laten begeleiden;
- belangrijke vertegenwoordigers van de (groepen) bewoners die men wil bereiken betrekken bij de organisatie en uitvoering van de activiteit;
- sleutelfiguren en ambassadeurs voorbeeldgedrag van 'een goede buur' te laten vertonen;
- het thema 'een goede buur' herkenbaar en aansprekend als thema te poneren en de meerwaarde ervan voor bewoners duidelijk aan te geven;
- een heldere en eenduidige boodschap van kracht, eigen regie en herstel aan de deelnemers doorgeven;
- genuanceerde informatie over agressie en mentale gezondheidsproblemen geven;
- de activiteiten in buurthuizen, kerken, moskeeën en andere door de doelgroep bezochte locaties te organiseren.

Hieronder worden een aantal interventies benoemd, die in stadsdeel Gestel uitgevoerd zouden kunnen worden op de korte, middellange en lange termijn. De voorbereiding van de activiteiten op de korte en middellange termijn kunnen zo spoedig mogelijk starten, maar hebben een verschillende looptijd als gevolg van de complexiteit van de interventie (levende boeken inzetten tijdens een algemene activiteit is eenvoudig te organiseren via de Mensenbieb, terwijl bij de organisatie van het Festival der Mooie Dingen veel verschillende aspecten komen kijken), het aantal partners dat erbij betrokken is (Welkom in de wijk vraagt een goede voorbereiding omdat het belangrijk is sleutelfiguren in de wijk bij de organisatie te betrekken en goede gespreksleiders te vinden/op te leiden), een opvolgend karakter (de Koffiegesprekken zijn redelijk eenvoudig te organiseren, mits de ambassadeurs [MHFA of algemeen] getraind zijn), de financiering (het Festival der Mooie Dingen kost meer tijd en geld dan het 360 STORIES café) of de (doorloop-) tijd die ermee gemoeid is (het Festival der Mooie Dingen is van juist ook van meerwaarde vanwege de gezamenlijke voorbereiding, die een jaar beslaat).

De voorbereiding van de interventies op lange termijn starten later, voornamelijk omdat hier meer tijd en geld beschikbaar voor dienen te zijn. Deze en andere noodzakelijke voorwaarden voor deze activiteiten dienen dan ook voorafgaand aan de start verzorgd te worden.

De hieronder opgenomen interventies zijn gekozen op basis van doelstelling, wenselijkheid vanuit de wijk, haalbaarheid in de uitvoering, diversiteit in aanbod en prognose op (snel) succes. De keuze werd vereenvoudigd door gebruik van het I-Change model. Uiteraard is het mogelijk tot andere keuzes te komen. De uiteindelijke keuze ligt bij de projectleiding en projectgroep.

Korte termijn (01-11-2019 -31-12-2020)

1. Module 360 STORIES café

Deze module richt zich op het creëren van meer empathie, liefde en begrip voor elkaar, een goede buur zijn eigenlijk. Hier staat daarmee niet specifiek inclusie van mensen met mentale gezondheidsproblemen centraal, maar inclusie van iedereen, hetgeen door de deelnemers van de cocreatie sessie werd aanbevolen. Een 360 STORIES café is een openbare of besloten bijeenkomst waar mensen persoonlijke verhalen met elkaar delen. In kleine groepjes speelt men het 360 STORIES bordspel, zodat iedereen aan tafel verhalen met elkaar uitwisselt. Tijdens het 360 STORIES café worden gasten door het bordspel uitgedaagd een écht persoonlijk verhaal te vertellen. Het bord bepaalt het gespreksonderwerp, dus niemand weet van te voren welk verhaal wordt verteld. En van het ene verhaal komt het andere. Zo leer je van elkaar en worden er gemakkelijk contacten gelegd en verdiept.

2. Module mensenbieb

Meer wederzijds begrip en verbinding, wat ook weer een positief effect kan hebben op de sfeer in bedrijf, school, organisatie of openbare gelegenheid zoals een echte bibliotheek, dat is het doel van de Mensenbieb. De Mensenbieb brengt mensen letterlijk met elkaar in gesprek en draagt daardoor bij aan verbinding en meer wederzijds begrip in onze samenleving. De Mensenbieb is een bibliotheek van mensen. Men kan levende boeken 'lenen'. De boeken zijn mensen die

je normaal niet zo snel zou spreken, iemand met een mentale gezondheidsproblemen, een transgender, veganist, imam of vluchteling. Iemand die afwijkt van de 'norm' en daardoor de kans loopt anders benaderd, buitengesloten of gediscrimineerd te worden.

Middellange termijn (01-11-2019 -31-12-2022)

3. Module Het is nooit te laat

Deze module is bedoeld om stigma's bij doelgroepen zoals werkgevers, onderwijsinstellingen en jongerenorganisaties weg te nemen, met als doel inclusie van jongeren met mentale gezondheidsproblemen te stimuleren. De bijeenkomst is ook geschikt om voor het algemeen publiek georganiseerd worden. De bijeenkomst richt zich op het vroeg signaleren en normaliseren van psychoses en het stimuleren van herstel na het krijgen van een psychose. Er is een op maat gemaakte documentaire ontwikkeld met een bijpassend werkboek, die te gebruiken zijn als lesmateriaal. Het programma bestaat uit een filmvertoning over psychose in combinatie met een ervaringsdeskundige inspirational speaker, waarna er uitgebreid de ruimte is voor een interactieve dialoog tussen het publiek en de ervaringsdeskundige. De insteek van de interactieve bijeenkomst is persoonlijk en motiverend. Er wordt gesproken over eigen ervaringen en belevingen van de ervaringsdeskundige. Hoe het voelt om een psychose te hebben, de impact die het op je leven heeft en hoe je weer proactief in het leven kan staan op het gebied van werk en opleiding wordt invoelbaar als je oog in oog staat met iemand die het hele proces heeft meegemaakt.

4. Module koffiegesprekken

Deze module richt zich op agendasetting ten aanzien van positieve zichtbaarheid van mensen met mentale gezondheidsproblemen, met als uiteindelijk doel het tegengaan van publiek en structureel stigma en het bespreken hoe je dat kunt bereiken. MHFA-ambassadeurs en/of ervaringsdeskundigen gaan voor een koffiegesprek op bezoek bij invloedrijke mensen (bijv. wethouders, schooldirectie, media-mensen, ondernemers, enz.), om het tegengaan van stigma en hoe dit te bereiken met hen te bespreken. Deze module is ook in het kader van MHFA genoemd.

5. Module Welkom in je wijk

Deze module richt zich op het verhogen van begrip en onderlinge acceptatie, met name rondom medebewoners met mentale gezondheidsproblemen. Het gaat om het samen bouwen aan een wijk waarin iedereen zich welkom en veilig voelt. Het gaat bij Welkom in je wijk om bijeenkomsten voor professionals en wijkbewoners, bijvoorbeeld vrijwilligers in de wijk, welzijnswerkers, winkelpersoneel, medewerkers van gemeenten, politieagenten, medewerkers van buurt- of wijkteams en natuurlijk buurtgenoten. Professionals leren dat zij niet alleen betekenisvol kunnen zijn voor mensen met mentale gezondheidsproblemen maar ook voor burens en andere wijkbewoners. Tevens leren zij hoe ze op een stigmavrije manier om kunnen gaan met mensen met mentale gezondheidsproblemen. Mensen worden uitgedaagd om in de schoenen van iemand met mentale gezondheidsproblemen te gaan staan. Ervaringsdeskundige ambassadeurs delen hoe schaamte en angst hun leven beïnvloedt. Hierdoor ontstaat er begrip en worden deelnemers zich bewust van hun (voor)oordelen. Er wordt tevens gesproken over wat er verder leeft en speelt in de wijk en hoe men kan bevorderen dat bewoners met mentale gezondheidsproblemen meer geaccepteerd kunnen worden.

Lange termijn (01-01-2020 -31-12-2023)

6. Module Festival der mooie dingen

Deze module is erop gericht om op ludieke en creatieve wijze aandacht te vragen voor alle vooroordelen waar mensen met mentale gezondheidsproblemen tegenaan lopen: Het is een vrij toegankelijk festival met aandacht voor onder andere stigma, kwetsbaarheid en zingeving, waarbij gebruik gemaakt wordt van lezingen, poëzie, theater en muziek. Dit festival kan jaarlijks georganiseerd worden, steeds op dezelfde plek of afwisselend in verschillende buurten.

Interventies voor bewoners met mentale gezondheidsproblemen

Mensen met mentale gezondheidsproblemen hebben vaak last van de vooroordelen die in de samenleving ten aanzien van (mensen met) mentale gezondheidsproblemen leven. Het publiek stigma treft hen helaas in allerlei opzichten. Misschien de meest fnuikende reactie op stigma is zelfstigma. Dit treedt op wanneer het psychiatrische label als een belangrijk onderdeel van de eigen identiteit gezien wordt. Men gaat geloven dat de heersende negatieve beelden een kern van waarheid bevatten, op henzelf van toepassing zijn en dat hen daarom een negatieve bejegening toekomt. Daardoor kunnen mensen met mentale gezondheidsproblemen ontwijkend gedrag

vertonen (*geanticipeerd stigma*) of zelfs hulpverlening afwijzen, wat bijdraagt aan een toename van klachten of een slechtere prognose.

De meeste goede voorbeelden die in het werkboek opgenomen zijn voor activiteiten voor bewoners met mentale gezondheidsproblemen, betreffen activiteiten die het omgaan met zelfstigma centraal stellen, met als doel de weerbaarheid tegen stigmatisering en de mate van empowerment te verhogen. De activiteiten richten zich niet alleen op bewustwording en motivatie, maar ook op actie. Het gaat dus nadrukkelijk om een ander doelgedrag aan te leren: beter omgaan met stigmatisering en meer (zelf)includerend gedrag vertonen.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

Het *doelgedrag* voor mensen met mentale gezondheidsproblemen in Gestel betreft het aangaan van meer sociale buurtcontacten. Dit is bij de activiteiten voor bewoners ook aan de orde gekomen, daar het goede buur zijn sociale buurtcontacten impliceert. Natuurlijk zijn deze activiteiten nadrukkelijk ook bedoeld voor bewoners met mentale gezondheidsproblemen en zullen zij voor de genoemde activiteiten uitgenodigd worden en van harte welkom zijn. Desondanks is het goed ook specifiek stil te staan bij activiteiten die het aangaan van sociale contacten met de buurt betreffen voor mensen met mentale gezondheidsproblemen. Vanwege het zelfstigma en geanticipeerd stigma is de kans dat zij volop aan genoemde activiteiten zullen deelnemen, niet heel groot. Daarom geeft het Werkboek Keuzehulp Routekaart Destigmatiseringsprogramma een aantal mogelijkheden om met name met zelfstigma te leren omgaan, waarmee ook het geanticipeerd stigma kan verminderen. Die stap is ondersteunend aan en soms zelfs noodzakelijk voor het aangaan van sociale contacten. Onderstaande opties beantwoorden het meest aan het doel van het leren omgaan met zelfstigma en zijn haalbaar in hun opzet.

Bij elke activiteit is het van groot belang:

- getrainde ervaringsdeskundigen in te zetten;
- goede facilitators de activiteiten te laten begeleiden;
- belangrijke vertegenwoordigers van de bewoners met mentale gezondheidsproblemen te betrekken bij de organisatie en uitvoering van de activiteit;
- een heldere en eenduidige boodschap van kracht, eigen regie en herstel aan de deelnemers door te geven;
- lotgenotencontact in te zetten;
- genuanceerde informatie over mentale gezondheidsproblemen te geven;
- de activiteiten in ggz ontmoetingsplekken, buurthuizen, of andere door de doelgroep bezochte locaties te organiseren.

Hieronder worden een tweetal interventies benoemd, die in stadsdeel Gestel uitgevoerd zouden kunnen worden op de korte en middellange termijn. De voorbereiding van de activiteit op de korte termijn kan zo spoedig mogelijk starten. Het is een module die enige voorbereiding vergt, maar in uitvoering niet heel veel tijd en geld vraagt en ook niet heel complex is. De voorbereiding van de interventie op middellange termijn start gelijktijdig, voornamelijk omdat hier meer tijd en geld beschikbaar voor dienen te zijn. Deze en andere noodzakelijke voorwaarden voor deze activiteiten dienen voorafgaand aan de start van de interventie verzorgd te worden.

De hieronder opgenomen interventies zijn gekozen op basis van doelstelling (meer sociale buurtcontacten), wenselijkheid vanuit de bewoners met mentale gezondheidsproblemen, haalbaarheid in de uitvoering, diversiteit in aanbod en prognose op (snel) succes. De keuze werd vereenvoudigd door gebruik van het I-Change model. Honest Open en Proud gaat over de vraag of en wanneer je over je mentale gezondheidsproblemen spreekt bij sociaal contact, terwijl D-Stigma naast omgaan met zelf-stigma ook ingaat op hoe je met mogelijke negatieve reacties uit de omgeving kunt omgaan. Beide interventies kunnen uitermate steunend zijn in het krijgen van zelfvertrouwen in en

vaardigheid tot het aangaan van sociaal contact. Uiteraard is het mogelijk tot andere keuzes te komen. De uiteindelijke keuze ligt bij de projectleiding en projectgroep.

Korte termijn (01-11-2019 -31-12-2020)

1. Module Honest, Open en Proud (HOP)

Deze module richt zich op het bevorderen van empowerment bij mensen met mentale gezondheidsproblemen en het verminderen van zelfstigma. Het gaat om een training van 3 bijeenkomsten, waarin cliënten leren om een keuze te maken of en in hoeverre ze open zijn over hun aandoening. De training wordt begeleid door getrainde ervaringsdeskundige professionals. In de eerste les wordt aandacht besteed aan het afwegen van de voor- en nadelen van openheid, in les twee aan de verschillende manieren van openheid en naar wie je open bent/kunt zijn en in de derde les aan het vertellen van je eigen (herstel)verhaal centraal. In alle lessen wisselen verschillende interactieve activiteiten elkaar af, om na de derde les te komen tot een eigen strategie in openheid (vertel je het en zo ja, aan wie en hoe). In een (eventueel) vierde terugkombijeenkomst staat het thema zelfstigma centraal.

Middellange termijn (01-11-2019 -31-12-2023)

2. Module NECT

Bij de module Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) leren deelnemers in een groepssetting hoe ze een geïnternaliseerd stigma kunnen herkennen bij zichzelf en hoe nadelig stigmatiserende overtuigingen zijn voor de persoonlijke identiteit. Door een eigen persoonlijk verhaal – het narratief – te formuleren, kunnen ze zichzelf beter begrijpen en merken ze dat een aandoening niet bepalend hoeft te zijn voor de eigen identiteit. NECT wordt gegeven door hulpverleners met kennis en ervaring in de cognitieve gedragstherapie, vaak in combinatie met een ervaringsdeskundige facilitator. De training beslaat een half jaar en bestaat uit 20 sessies van anderhalf uur.

Interventies voor professionals

Ook zorgprofessionals kunnen (onbewust) vooroordelen hebben en stigmatiseren. Uit onderzoek is gebleken dat zorgprofessionals net zoveel stigmatiseren als mensen in de algemene bevolking. Dat is op de keper beschouwd niet gek, immers, iedereen heeft nu eenmaal vooroordelen. Ook zorgverleners maken zich bijvoorbeeld zorgen over agressie en de kans op geweld bij het werken met mensen met mentale gezondheidsproblemen. Hoe begrijpelijk het ook is, stigma in de ggz kan natuurlijk wel een grote invloed hebben op (de uitkomsten van) de behandeling en het zelfbeeld van de cliënt. De potentiële impact van stigma door een hulpverlener is zo groot, omdat de professional een belangrijke persoon is voor de cliënt. Immers, cliënten hebben vaak een klein sociaal netwerk en veel contact met instituten.

Daarnaast blijken veel ambulant werkende ggz professionals last van handelingsverlegenheid te ondervinden als het gaat om het contact leggen in de wijk. Zij krijgen in toenemende mate te maken met de omgeving van de cliënt, diens burens, buurtgenoten of leden van vereniging, kerk of andere instanties waar een cliënt mee te maken heeft. Hoewel men zelf ook een (goede) buur is, blijkt dat in een werksetting waar het om mensen met mentale gezondheidsproblemen gaat, veel lastiger uit te voeren. Men is bang voor schending van de privacy, weet vaak niet hoe te normaliseren, waar stappen naar de omgeving toe te doen en waar niet en hoe de cliënt adequaat te coachen in buurgemeenschap. Competenties zoals netwerken, bemiddelen, normaliseren en destigmatiserend werken zijn nog geen gemeengoed onder professionals en zij ervaren dan ook regelmatig handelingsverlegenheid hierin.

De goede voorbeelden in het werkboek gaan vooral in op bewustwording en motivatie van de eigen inhoud en manier van denken met betrekking tot mentale gezondheidsproblemen. Ze zijn veelal gericht op het op gang brengen van het gesprek hierover met collega's en bezien hoe hier (gezamenlijk) mee om gegaan kan worden. Ook is er een cursus rond handelingsverlegenheid in de wijk (in ontwikkeling) opgenomen.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

Het doelgedrag voor ggz professionals in Gestel betreft het contact leggen in en met de buurt en het stimuleren van cliënten tot meer contact met de buurt (een goede buur zijn). Met name deze handelingsverlegenheid tot buurtgenootschap in een werksetting is een aandachtspunt.

Het Werkboek Keuzehulp Routekaart Destigmatiseringsprogramma geeft een aantal mogelijkheden voor professionals om zich bewust te worden van en om te leren gaan met eigen denkbeelden die in de weg kunnen staan bij het contact leggen met de buurt en hoe met mensen in gesprek te komen over mentale gezondheidsproblemen. Onderstaande opties beantwoorden het meest aan de gestelde doelen en zijn haalbaar in hun opzet.

Bij elke activiteit is het van groot belang:

- getrainde ervaringsdeskundigen in te zetten;
- goede facilitators de activiteiten te laten begeleiden;
- de activiteit te laten volgen door structurele aandacht voor het thema;
- een heldere en eenduidige boodschap van kracht, eigen regie en herstel aan de deelnemers door te geven;
- genuanceerde informatie over agressie en mentale gezondheidsproblemen te geven.

Hieronder worden een tweetal interventies benoemd, die in stadsdeel Gestel uitgevoerd zouden kunnen worden op de korte en middellange termijn. De voorbereiding van de activiteit op de korte termijn kan zo spoedig mogelijk starten. Handhaven en hulpverleners is een kant en klaar in te zetten module die weinig voorbereiding vergt en ook in uitvoering weinig complex is. De voorbereiding van de interventie op middellange termijn, de cursus werken in en met de wijk voor professionals, start gelijktijdig, voornamelijk omdat hier meer tijd en geld beschikbaar voor dienen te zijn. Deze en andere noodzakelijke voorwaarden voor deze activiteiten dienen gelijk bij de start verzorgd te worden, bijvoorbeeld door een subsidie aan te vragen of te bezien of er binnen het opleidingsbudget van de eigen ggz-organisatie ruimte is voor de ontwikkeling en uitvoering van een pilot cursus.

De voorbereiding van de interventies op lange termijn starten later, voornamelijk omdat hier meer tijd en geld beschikbaar voor dienen te zijn. Deze en andere noodzakelijke voorwaarden voor deze activiteiten dienen dan ook voorafgaand aan de start verzorgd te worden.

De hieronder opgenomen interventies zijn gekozen op basis van doelstelling (het tegengaan van handelingsverlegenheid), haalbaarheid in de uitvoering, diversiteit in aanbod en prognose op (snel) succes. De keuze werd vereenvoudigd door gebruik van het I-Change model. Uiteraard is het mogelijk tot andere keuzes te komen. De uiteindelijke keuze ligt bij de projectleiding en projectgroep.

Korte termijn (01-11-2019 -31-12-2020)

1. Module Handhaven en hulpverleners

Een website die specifiek gericht is op het omgaan met mensen met verward gedrag en hun omgeving. De module richt zich op het vergroten van de deskundigheid van politiemensen, hulpverleners en andere professionals die werken met personen met verward gedrag en hun omgeving. Het gaat om een site en filmtool met weinig woorden maar veel beeldmateriaal over (mensen met) verward gedrag, waarin met behulp van uit de praktijk gegrepen situaties (9 cases) 34 thema's aan bod komen waar professionals vaak tegen aan lopen. De cases en topics worden belicht door professionals van de politie en ggz uit het hele land en zijn gebaseerd op de 9 bouwstenen zoals aangegeven door het Aanjaagteam Verward Gedrag en het Schakelteam Personen met Verward Gedrag. De filmpjes duren meestal rond de 4 minuten, maar er zijn ook kortere en langere filmpjes. De module kan individueel of als team gebruikt worden.

Middellange termijn (01-11-2019 -31-12-2022)

2. Module Cursus Werken in en met de wijk - voor professionals

Deze module richt zich op inzicht krijgen in de eigen attitude ten opzichte van mentale gezondheidsproblemen waarbij probleemgerichtheid, verwachtingen over eigen rol en plaats van medemenselijkheid in de hulpverlening aan de orde komen. Ook worden er competenties aangeleerd op het gebied van netwerken, bemiddelen, normaliseren en destigmatiserend werken en zullen er handvatten voor gedrag gegeven worden, waarmee men met behulp van rollenspelen gaat oefenen. Tenslotte zal er kennis van de lokale sociale kaart gegeven worden, waarbij gekeken wordt naar wie wat doet in de wijk en waar, en hoe verbinding te maken.

Interventies voor scholieren

Er is de laatste jaren een breed aanbod aan lesmateriaal voor lagere en middelbare scholen en beroepsonderwijs ontwikkeld, variërend van kant en klare lessen die door de eigen vakdocent gegeven kunnen worden, tot aan een lespakket met gastdocenten, filmprogramma's of theatervoorstellingen. Belangrijk punt bij de meeste goede voorbeelden is de inzet van herkenbare ervaringsdeskundigen. Hierbij dient goed opgelet te worden dat dit mensen zijn die nog redelijk jong zijn die als rolmodel kunnen fungeren. Overigens wordt niet altijd gebruik gemaakt van direct contact in de vorm van ervaringsdeskundigen die in gesprek gaan. Ook indirect contact via video, film, theater of anderszins kan een goed middel zijn om in te zetten bij stigmabestrijding. Een goede voor- en nabespreking is van groot belang. Niet alleen om voorlichting te geven, maar ook om het contact te duiden. Wat doet het met de leerling? Hoe kun je de ervaring interpreteren?

Een ander aandachtspunt bij scholenprogramma's is dat om de leerlingen te bereiken, eerst toegang gezocht dient te worden met de docent(en). Dit is niet eenvoudig, een goed reeds bekende ingang is daarbij goud waard. Dit betekent dat inzetten op een scholenprogramma een lange aanloop nodig heeft, waarbij docenten geënthousiasmeerd moeten worden, de plaats van de lessen in het curriculum bekeken dient te worden en in een aantal gevallen financiering van de activiteiten geregeld dient te worden. Indien lokaal een enthousiaste docentengroep is gevonden, is het raadzaam hen als ambassadeur in te zetten en in te zetten bij nieuwe contacten met andere scholen.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

Leerlingen en studenten (14-25 jaar, dat is de leeftijd dat veel mentale gezondheidsproblemen zich voor het eerst openbaren) zijn bewoners van de wijk. In die zin speelt bij hen hetzelfde *doelgedrag* als bij de andere bewoners: een goede buur (of meer specifiek medeleerling) zijn, een normaliserende manier van omgaan met elkaar leren en een helpende hand uitsteken als dat nodig is, ongeacht of het om mentale gezondheidsproblemen gaat of om een andere situatie. Het positieve van jongeren is, dat zij vaak nog open staan voor andere manieren van kijken, gedragen, denken en zelfs voelen. Activiteiten die op hen gericht zijn, zijn daarom veelbelovend, mits goed en herhaald uitgevoerd.

Het Werkboek Keuzehulp Routekaart Destigmatiseringsprogramma geeft een aantal mogelijkheden voor het bespreekbaar maken van het thema mentale gezondheidsproblemen bij jongeren, waarmee niet alleen stigma verminderd kan worden, maar ook nadenken over mogelijk gedrag .naar leeftijdsgenoten wordt gestimuleerd. Onderstaande opties gaan daar op in en zijn haalbaar in hun opzet.

Bij elke activiteit is het van groot belang:

- getrainde ervaringsdeskundigen in te zetten;
- dat de ervaringsdeskundigen een duidelijk identificatie model zijn (jong, dichtbij de doelgroep staand);
- goede facilitators de activiteiten te laten begeleiden;

- een heldere en eenduidige boodschap van kracht, eigen regie en herstel aan de deelnemers door te geven;
- genuanceerde informatie over agressie en mentale gezondheidsproblemen te geven;
- dat er sprake van een herhaling van de bijeenkomsten is;
- de activiteiten op school of juist op een bijzondere locatie (bijvoorbeeld een filmhuis) te organiseren.

Hieronder worden een drietal interventies benoemd, die in stadsdeel Gestel uitgevoerd zouden kunnen worden op de korte, middellange en lange termijn. De voorbereiding van de activiteiten op de korte en middellange termijn kunnen zo spoedig mogelijk starten, maar hebben een verschillende looptijd als gevolg van de complexiteit van de interventie (het Filmfestival Verfilmde Waan vergt meer voorbereiding en uitvoeringstijd dan Hokjes denken en wordt niet door de eigen docent uitgevoerd) en financiering (het Filmfestival kost behalve meer tijd ook meer geld in de uitvoering). De voorbereiding van de interventie op lange termijn start wat later, als de meeste voorbereiding van de andere modules achter de rug zijn en het contact de scholen goed is. De lessenserie *Wie is er nou raar* is wat tijdrovender voor de docenten, en zal daarom op voldoende draagvlak moeten kunnen bouwen.

De hieronder opgenomen interventies zijn gekozen op basis van doelstelling (een goede buur/medeleerling zijn), haalbaarheid in de uitvoering, diversiteit in aanbod en prognose op (snel) succes. De keuze werd vereenvoudigd door gebruik van het I-Change model. Uiteraard is het mogelijk tot andere keuzes te komen. De uiteindelijke keuze ligt bij de projectleiding en projectgroep.

Korte termijn (01-11-2019 -31-12-2020)

1. Module Hokjesdenken

Deze module richt zich op het creëren van bewustwording bij jongeren van 10-14 jaar, dat we allemaal anders zijn en toch veel gemeen hebben. Hokjesdenken is een les van een uur. Anderen indelen in hokjes is heel menselijk. Samen met de leerlingen deelt de docent de klas in hokjes. Daaruit blijkt dat het eigenlijk best raar is om iemand op basis van één kenmerk in een hokje te plaatsen. De leerlingen wordt dan ook gevraagd of ze uit hun hokje durven te stappen en te kiezen voor andere passende hokjes. Met elkaar gaan ze op zoek naar overeenkomsten. Door middel van persoonlijke stellingen kunnen leerlingen laten zien wie zij zijn en komen ze erachter hoeveel ze eigenlijk gemeen hebben. Ze leren verschillen te ontdekken en waarderen.

Middellange termijn (01-11-2019 -31-12-2022)

2. Module Verfilmde waan

Deze module richt zich op meer begrip voor en normalisering van psychose en/of andere mentale gezondheidsproblemen. Het lesprogramma van het Filmfestival Verfilmde Waan bestaat uit een voorbereidingsles op de school zelf en een dag of dagdeel waarin het filmfestival plaatsvindt. Het programma past goed in het curriculum Culturele en Kunstzinnige Vorming (CKV) maar kan ook tijdens projectweken aangeboden worden. Het Filmfestival is ontwikkeld door een team van ervaringsdeskundigen, naasten, docenten en professionals. De begeleiding wordt door getrainde ervaringsdeskundigen en professionals verzorgd.

Lange termijn (01-01-2021 -31-12-2024)

3. Module Wie is er nou raar

Het hoofddoel van de methode *Wie is er nou raar* is de houding van jongeren ten aanzien van mensen met mentale gezondheidsproblemen positief te veranderen. Een subdoel is de deskundigheidsbevordering van docenten in het voortgezet onderwijs. *Wie is er nou raar* is een methode bestaande uit zes lessen met interactieve werkvormen waarin leerlingen (14-18 jaar) meer leren over mensen met mentale gezondheidsproblemen. De methode bestaat uit zes lessen met interactieve werkvormen. Het achterliggende idee is dat als jongeren ervaren en meemaken wat het betekent om mentale gezondheidsproblemen te hebben, zij hopelijk iets voor hen willen gaan betekenen, in welke vorm dan ook. Dat kan zijn op het gebied van 'burgers helpen burgers' en het bevorderen van participatie van mensen met mentale gezondheidsproblemen in de maatschappij. Elke les heeft een werkvorm die centraal staat: (1) kennismaking, (2) over de streep, (3) complimenten, (4) rollenspel, (5) *face-to-face* en (6) creatieve presentatie. Tijdens de lessen wordt gebruik gemaakt van ervaringsverhalen/casussen van vijf mensen met mentale gezondheidsproblemen.

Routekaart Stap 5 - Evaluatie

Reflectie is onontbeerlijk bij het werken aan destigmatisering: hebben de veranderingen geleid tot het doel wat we aan het begin voor ogen hadden, namelijk *meer inkluderend gedrag* door wijkbewoners, professionals in de wijk, scholieren of *minder zelfstigma* bij bewoners met mentale gezondheidsproblemen en minder structureel stigma door regelgeving en cultuur? Daarvoor dient geëvalueerd te worden. Denk daarbij aan procesevaluaties (doen we datgene wat zou moeten leiden tot meer inkluderend gedrag op de juiste manier) en effect- of impact evaluaties (heeft datgene wat we gedaan hebben daadwerkelijk tot meer inkluderend gedrag geleid?)

Ook evaluatie dient in cocreatie vormgegeven te worden. Hierbij dienen bewoners, mensen met mentale gezondheidsproblemen, uitvoerders van het programma en andere belanghebbenden vanaf de start bij betrokken te worden. Aangeraden wordt om de onderzoekers die de evaluatie uitvoeren, op te nemen in de projectgroep. Daarbij is het van belang dat zij verder geen uitvoerende taken bij het programma hebben. Dat bevordert een onafhankelijke en frisse blik, wat vereist is voor een goede evaluatie.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

Wat het destigmatiseringsprogramma voor Gestel beoogt te bereiken, is een verbijzondering van meer inkluderend gedrag, namelijk:

- voor bewoners: een 'goede buur' te zijn en zelf eventuele problemen op te lossen
- voor ggz professionals: contact met de buurt te leggen en cliënten te stimuleren tot contact met de buurt
- voor mensen met mentale gezondheidsproblemen: meer sociale buurtcontacten aan te gaan.

Bij evaluatie is dus van belang dat er met betrekking tot deze doelen bekeken wordt of hier verbetering in opgetreden is. Uiteraard is een minder (zelf)stigmatiserende houding van betrokkenen een mooi resultaat, maar dit dient wel te resulteren in het beoogde gedrag. Evalueren op de genoemde doelen betekent dat er voor de start van het programma vastgesteld dient te worden hoe het met deze aspecten staat bij de betreffende doelgroepen en hoe dit er na afloop voorstaat.

Om bovenstaande doelen te evalueren, dienen ze geoperationaliseerd te worden: wanneer is er sprake van een goede buur? Waaraan merk je dat burgers de problemen vaker of beter zelf oplossen? Is er sprake van meer sociale buurtcontacten? En stel je dit bij alle buurtbewoners vast, of is juist een kwalitatieve indruk van een groep bewoners vereist? Dit zijn vragen waar het antwoord zich niet eenvoudig op laat formuleren: het is afhankelijk is van budgetten, doorlooptijden, maar ook van de visie van de personen die aan de slag gaan met de resultaten uit de evaluatie.

Denk voor cocreatie in de evaluatie aan het – gelijkwaardig – betrekken van partijen zoals:

- de Gemeente Eindhoven (ambtenaren , gebiedscoördinatoren);
- organisaties op wiens locaties de interventies worden uitgevoerd, zoals bijvoorbeeld de Bennekel, de Tineltuin, de Genderhof of scholen (welzijnswerkers/buurtwerkers, docenten);
- De uitvoerders en ondersteuners van het programma (projectmedewerkers zoals gezondheidsvoorlichters, ervaringsdeskundigen, ondersteuners);
- Volwassen bewoners (zoals bijvoorbeeld via Buurtplatform Bennekel Belang);
- Jeugdige bewoners (zoals bezoekers van Dynamo jeugdwerk Gestel);
- Zorgprofessionals (zoals van NEOS, Lunetzorg of GGzE);

- Mensen met mentale gezondheidsproblemen zelf (via NEOS, Lunetzorg, GGzE, of via de buurthuizen).

Onderzoekers (die idealiter in de projectgroep zitten) kunnen afkomstig zijn van kenniscentra, universiteiten, ggz-organisaties of organisaties in het sociale domein. Denk daarbij aan partijen als Kenniscentrum Phrenos, het Trimbos-instituut, Tranzo Tilburg University, GGzE en eventuele onderzoekers betrokken bij NEOS of Lunetzorg.

Uiteraard is het ook van belang om de uitvoerbaarheid van het programma (zoals bijvoorbeeld in een procesevaluatie) te evalueren: Hoeveel mensen hebben deelgenomen, wat vonden ze ervan? Worden de beoogde doelgroepen bereikt? Hoeveel locaties zijn betrokken, hoe verloopt het daar? Welke suggesties hebben de betrokken partijen? Tevens kan gedacht worden aan het –periodiek- uitvoeren van een borgingsscan, waarmee in kaart gebracht wordt of er –nog steeds- voldoende aan voorwaarden van borging van het programma wordt voldaan. Zie hiervoor stap 6.

Van antwoorden hierop kan worden geleerd voor volgende keren, maar het kan ook aanwijzingen geven voor het eventueel niet of onvoldoende behalen van de doelen van het programma.

Routekaart Stap 6 - Borging

Borging is één van de meest relevante thema's van een project. Het is ook één van de moeilijkste aspecten. Immers, veel implementatietrajecten blijken op de lange termijn vaak niet de gewenste uitkomsten te geven. Het valt niet mee om resultaten na afloop van een project vast te houden, als de inzet op aandacht en activiteiten vermindert of soms zelfs bijna geheel wegvalt. Waarom (veel) in een interventie investeren als het succes daarvan niet behouden kan worden?

Borging houdt in dat de processen en activiteiten die uit een implementatietraject naar voren komen, op een goede manier worden geïntegreerd in het professionele gedrag van de medewerkers en in werkprocessen, methodieken, protocollen en beleid van de organisatie. Hoe borgen we de resultaten van ons verbeter- of veranderingstraject? Hoe houden we de werkwijze vast als het project is afgerond? Belangrijke vragen voor elke zorgorganisatie die een verbeter- of veranderingstraject in gaat. De ervaring leert echter dat als er geen specifieke aandacht is om verbeteringen of vernieuwingen te borgen, deze verdwijnen, vertraging oplopen of aan meerwaarde inboeten. Het vasthouden van resultaten vergt (extra) aandacht en hier aan voorbij gaan betekent in veel gevallen dat de (geld-)investering van de organisatie tevergeefs wordt.

Box: Veel voorkomende risicofactoren

- Afwezigheid van sterk leiderschap;
- Veel personele wisselingen;
- Slechte randvoorwaarden;
- Te veel verschillende projecten starten, zonder deze ook af te maken;
- Te veel onduidelijkheid over doelen, visie en strategie;
- Vermindering van de inzet en aandacht voor het project;
- Geen sterke en herkenbare kartrekkers;
- Routinematig oppakken van de veranderingen.

(bron: In voor zorg)

Menselijke succesfactoren

Voor goede borging is draagvlak onmisbaar. Aan de ene kant moeten medewerkers overtuigd zijn van de meerwaarde van het programma, terwijl zij aan de andere kant moeten kunnen vertrouwen op mogelijkheden om de uitkomsten vast te kunnen houden. In dat kader is het ook van belang dat zij (mede-)verantwoordelijkheid dragen. Echter, met draagvlak van de medewerkers zelf is een project er niet. Het is wezenlijk dat bestuurders en management het programma nadrukkelijk steunen, maar ook een positieve en vooral actieve houding vanuit de gemeente is essentieel. Zij hebben een voorbeeldfunctie en laten door het nemen van verantwoordelijkheid voor het veranderingsproces zien dat zij betrokken zijn en voor het project gaan.

Wat ook van belang is en vreemd genoeg nog wel eens over het hoofd wordt gezien, is het feit dat teamgeest en –sfeer een wezenlijke invloed heeft op het slagen en voortbestaan van een project. Een sterk en saamhorig team is een belangrijke factor in succesvolle implementatie en borging, zeker op een project waarbij gepionierd wordt en nieuwe wegen gevonden dienen te worden zoals in het destigmatiseringsprogramma, en daarin investeren loont de moeite.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

- Het Gestelse projectteam bestaat uit medewerkers van de gemeente en GGzE, bewoners en ondernemers uit het stadsdeel Gestel, ervaringsdeskundigen en bewoners met mentale gezondheidsproblemen. Het team komt elke maand bijeen en bespreekt de activiteiten van het jaarplan. Voor de start van de vergadering eet men samen een eenvoudige maaltijd, liefst bij het buurtcentrum of een initiatief waar bewoners met en zonder mentale gezondheidsproblemen aan meewerken.
- De gemeente Eindhoven neemt de rol van kartrekker op zich en geeft zo de boodschap dit project een warm hart toe te dragen en van harte te faciliteren.
- De vergaderingen van het projectteam worden elke keer gestart met het agendapunt 'Prioriteit van het jaar'. Hierbij staat het team stil bij wat het doel voor dit jaar is, en waar de prioriteit daarbij in de afgelopen en komende periode ligt. Daarbij komt vanzelf de visie van het destigmatiseringsprogramma aan de orde.
- 'Mijlpalen' (mooie initiatieven, goed nieuws en goede uitkomsten van activiteiten) is eveneens een vast agendapunt en worden uitgebreid gememoreerd. Waar mogelijk wordt er een PR-actie aan verbonden.
- Een open houding wordt gestimuleerd in het projectteam. Daarom is er elke vergadering een half uur 'brainstorm' rond een bepaald thema gepland. Dit gaat niet over bedenken van oplossingen voor problemen, maar om het ruimte maken voor nieuwe ideeën, andere invalshoeken of nieuwe werkwijzen. Hier kan desgewenst een gast-expert uitgenodigd worden.
- Een aantal keer per jaar wordt een bestuurder van een aangesloten organisatie uitgenodigd aan de vergadering deel te nemen (inclusief maaltijd).
- Voor de zomer en het eind van het jaar is er een ontspannen afsluiting of desgewenst een projectteamactiviteit.
- Waar mogelijk en nodig worden projectteamleden ondersteund door een coach of in staat gesteld een training te volgen om hun vaardigheden te versterken. Dit geldt vooral als er vaardigheden gevraagd worden die men niet vaak geoefend heeft.

Culturele succesfactoren

Het is goed om stil te staan bij de veranderingscultuur van de organisatie(s) die zich met het destigmatiseringsprogramma bezig houden. Daar kunnen belangrijke lessen uit geleerd worden voor implementatie en borging. Goede ervaringen kunnen aan medewerkers vertrouwen in de toekomst van het programma geven, terwijl slechte ervaringen aanleiding geven om samen stil te staan bij de achtergrond daarvan.

Verder is het van belang zoveel mogelijk transparantie te betrachten met betrekking tot het destigmatiseringsprogramma. Goede en open communicatie en het betrekken van zoveel mogelijk mensen is noodzakelijk en draagt bij aan een cultuur van gedeelde visie, openheid en enthousiasme in alle aangesloten organisaties en stadsdelen of wijken.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

- In de wijkkrant van Gestel (welke het meest geschikt is, bepaalt het projectteam samen) komt elke keer een vaste kolom/pagina rondom het thema 'Welkom Gestel'. Daarin kunnen kleine berichten over geplande activiteiten, vacatures in het projectteam of verhalen rondom het thema opgenomen worden. Denk hierbij aan verhalen van deelnemers aan de MHFA-cursus, van ervaringsdeskundigen over hun werk, van bewoners die aan een activiteit hebben meegedaan, enz. Maar ook interviews met professionals, bewoners en bewoners met mentale gezondheidsproblemen over het thema kunnen daar een plek vinden. Deze taak wordt door een subgroep communicatie, bestaande uit vertegenwoordigers van de achterban, uitgevoerd.

- Er wordt regelmatig op websites van aangesloten organisaties en buurtorganisaties gepost, en ook social media wordt benut.
- Er wordt een Facebookpagina 'Welkom Gestel' gebouwd.

Organisatorische succesfactoren

Tijdens de projectfase heeft het destigmatiseringsprogramma een projectstructuur, met stuurgroep en projectteam. De stuurgroep heeft een initiërende, signalerende en op doelstellingen bijsturende rol, het projectteam houdt zich bezig met het uitvoeren van projectdoelstellingen aan de hand van een concreet activiteitenplan en –planning. De projectleider(s) is de verbindende schakel tussen beide groepen. Na afloop van de projectfase wordt het destigmatiseringsprogramma meer onderdeel van de lijnorganisatie. Het is dan van belang de aandacht en geormerkte budgetten vast te houden en structureel te maken. De stuurgroep krijgt een andere rol, meer op de lange termijn en blijvende borging gericht.

In een stuurgroep en projectteam van een destigmatiseringsprogramma mogen uiteraard ervaringsdeskundigen en/of vertegenwoordigers van bewoners met mentale gezondheidsproblemen en deelnemers van de MHFA-cursus niet missen. Toch is dit niet altijd vanzelfsprekend, noch is het zeker dat zij een gelijke status met de overige leden van de groep hebben. Het is dan ook raadzaam open met alle projectteamleden te spreken over ervaring en vaardigheden, inzet van uren, taken en eventuele ondersteuning daarin.

Voor goede borging is het van belang dat er op organisatieniveau voldoende steun is en blijft voor het project. De doelen die het programma wil bereiken en de kernwaarden en doelen van de verschillende samenwerkingspartner dienen overeen te komen. Sterker nog, de waarden en doelen van het destigmatiseringsprogramma zouden onderdeel van het overkoepelende organisatiedoel moeten zijn. Verbinding tussen het destigmatiseringsprogramma en missie, visie en meerjarenplan van de organisatie(s) is daarbij een vereiste en budget voor het programma oormerken zal dan een minder moeilijke keuze zijn.

Verder is het natuurlijk belangrijk voor goede borging dat er structureel ruimte is voor voldoende personele inzet, middelen en andere randvoorwaarden voor het destigmatiseringsprogramma, evenals voor juiste procedures. Denk bij dit laatste aan protocollen waar rekening mee gehouden dient te worden.

Tenslotte is het noodzakelijk het destigmatiseringsprogramma regelmatig te monitoren op uitkomsten, proces en tevredenheid van deelnemers en projectteamleden. De uitkomsten hiervan dienen onder de brede achterban van samenwerkingspartners, management, medewerkers, burgers, cliënten, enz. verspreid te worden, zodat de meerwaarde van het programma onomstotelijk helder zijn.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

- De projectstructuur van stuurgroep en projectteam wordt aangehouden, ook als het programma de projectstatus is ontgroeid. De stuurgroep krijgt een andere naam, er wordt gedacht aan sponsorgroep, hetgeen wordt gevierd en breed bekend gemaakt.
- De projectleider heeft een kennismakingsgesprek met elk (nieuw) projectteamlid, waarin wederzijdse verwachtingen worden besproken. Ook is daarbij aandacht voor taken, inzet van uren en eventuele ondersteuning daarbij. Trainingsmogelijkheden behoren daar ook toe.
- Er is verbinding gemaakt tussen het jaarplan van het destigmatiseringsprogramma en het meerjarenplan van de organisatie(s) en daarbij zijn dezelfde termen en doelstellingen gebruikt. Deze zijn vervolgens in het destigmatiseringsprogramma verder uitgewerkt.

- Er is voor structurele financiering gezorgd en als aanvulling is er incidentele sponsoring en/of subsidiering.
- Er zijn gesprekken gaande met de zorgverzekeraars, om MHFA in het pakket op te nemen, naar voorbeeld van de EHBO-cursussen.
- De belangrijke keuzes die voortvloeien uit werken met het destigmatiseringsprogramma zijn vastgelegd in afspraken en/of beleidsplannen, waarvan iedereen op de hoogte is. Ook zijn waar nodig werkwijzen aangepast op de nieuwe (beleids-)keuzes. Het programma staat regelmatig op de agenda van (management-) teams.
- De protocollen op het gebied van privacy, samenwerkingsovereenkomsten, communicatiesystemen (intern en extern), enz. zijn bestudeerd en er wordt rekening mee gehouden in het destigmatiseringsprogramma.
- De uitkomsten van het destigmatiseringsprogramma worden regelmatig gemonitord. Ook wordt er jaarlijks een verbetercyclus (zoals de Deming cirkel: Plan-Do-Check-Act) uitgevoerd. De successen worden gevierd, waarbij de lat steeds iets hoger gelegd wordt, echter zonder de programmamedewerkers onder druk te zetten.

Vragenlijst als hulpmiddel bij borging

Om na te gaan of een ingezette verandering ook daadwerkelijk vastgehouden wordt, zijn er een aantal vragenlijsten ontwikkeld, waarbij organisaties zelf kunnen scoren hoe groot de kans van goede borging is. Het is belangrijk om hier aandacht aan te besteden, omdat op deze wijze eventuele risico's tijdig ontdekt kunnen worden en men voorkomen kan dat succesvolle borging van een implementatie gestagneerd wordt of zelfs niet plaats vindt.

De borgingsscan is een vragenlijst die inzicht geeft in de stand van zaken met betrekking tot 10 factoren die het succes van borging bepalen. Er is een Nederlandse vertaling van de vragenlijst gemaakt door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Het is een instrument dat gebruikt kan worden als voorspeller van vastgehouden veranderingen, maar kan ook dienst doen als eenvoudige checklist om te bezien of aan alle aspecten voor succesvolle borging is voldaan.

Toepassingsvoorbeeld Gestel

- De projectleider neemt jaarlijks de uitvoer van de borgingsscan op met een of twee leden van het projectteam. Onderdelen van de borgingsscan zijn (1) voordelen van verandering naast de voordelen voor patiënten, (2) inzicht in de voordelen, (3) flexibiliteit van het veranderde proces, (4) betrokkenheid en training van medewerkers om de verandering in de praktijk toe te passen, (5) houding van medewerkers ten opzichte van het vasthouden van de verandering, (6) betrokkenheid van leidinggevenden, (7) betrokkenheid van medische sleutelfiguren, (8) effectiviteit van de organisatie om verbetering te monitoren, (9) aansluiting bij strategische doelen en cultuur van organisatie en (10) infrastructuur voor het vasthouden van veranderingen.
- De uitkomsten worden gebruikt om op cruciale onderdelen bij te sturen en waar nodig actie uit te voeren. De uitkomsten worden met stuurgroep en projectteam gedeeld en via interne en waar mogelijk externe communicatie gedeeld met de achterban.

Tot slot

In deze Routekaart zijn de zes belangrijkste stappen naar een destigmatiseringsprogramma in de wijk beschreven, met boxen ter illustratie en voorbeelden van hoe de aanbevelingen concreet zijn in te vullen.

Belangrijk daarbij is dat óók het destigmatiseringsprogramma in context moet worden aangeboden. Incluserend gedrag, ofwel een open houding van bewoners, is slechts één van de kenmerken van een welkome wijk. In de brochure *Een buurt voor iedereen* worden vijf kenmerken van een welkome wijk genoemd, waarvan een open houding, waarbij interesse en nieuwsgierigheid angst en afwijzing vervangen, de eerste is. De andere vier kenmerken zijn echter belangrijke randvoorwaarden daarvoor. Zo moet er voor de bewoners ruimte zijn om van betekenis kunnen te zijn, dienen de voorzieningen en hulpbronnen in de wijk ingezet te worden, zijn de bewoners in de wijk duurzaam in beeld en voelen zij zich veilig in de buurt en weten ze waar terecht kunnen als dat toch nodig mocht zijn.

Bij het stimuleren van die open destigmatiserende en incluserende houding is het niet voldoende om alleen aan openheid te werken. Juist ook tegelijkertijd actie ondernemen op de andere vier kenmerken is noodzakelijk. In Gestel is een gedeeld gevoel van veiligheid een belangrijk doel. Zonder een als veilig ervaren woon- en werkomgeving is destigmatisering een idee-fixe.

Daarnaast is het van belang te overwegen in hoeverre het destigmatiseringsprogramma zich alleen op mensen met mentale gezondheidsproblemen dient te richten. Tijdens de cocreatie-sessie 'Welkome wijk' die in het kader van het project Destigmatisering in de wijk – Gestel werd georganiseerd, stelden de deelnemers unaniem dat er geen uitzonderingen voor specifieke groepen gemaakt zouden moeten worden. Immers, zo zei men, iedere bewoner hoort erbij. Activiteiten zouden dan ook meer gericht moeten zijn op de gehele buurt, op saamhorigheid en 'straatidentiteit'. Door één groep uit te lichten, vergeet je niet alleen de andere groepen, maar zet je de betreffende groep ook apart. Het gaat voor iedereen om een positieve context in de gehele wijk, waarbinnen mensen elkaar kunnen ontmoeten, leren kennen en met elkaar kunnen (leren) omgaan. Daarmee kan begrip verhoogd, isolement doorbroken en overlast verminderd worden. Het is interessant bij deze gedachte stil te staan bij het opzetten en inrichten van een projectstructuur (stap 1).

Natuurlijk zijn er nog veel meer factoren van belang voor het slagen van een goed destigmatiseringsprogramma, meer dan in deze brochure genoemd zijn. Een positieve en actieve houding vanuit overheid (en in dit geval vooral gemeente) en andere meewerkende (zorg)instanties is bijvoorbeeld essentieel, waarbij wel opgelet dient te worden dat het initiatief zoveel als mogelijk bij de bewoners ligt en blijft. De taak van de professional is ondersteuning en facilitering van dit proces, teneinde de kans op een succesvol verloop te vergroten. Naast goede ondersteuning zijn een lange adem en geduld belangrijk. Het gaat vaak om kleine stappen maken en grote en kleine mijlpalen vieren, zodat enthousiasme bewaard blijft.

Tot slot. Het belangrijkste van het slagen van een destigmatiseringsprogramma in de wijk is het samen doen en dragen. De betrokkenheid van bewoners, ervaringsdeskundigen, professionals, jongeren, allochtonen, ondernemers, verenigingen, enz. maakt het verschil tussen een duurzaam en een incidenteel programma. Aansluiten bij bestaande initiatieven en groepen levert vele malen meer op dan nieuwe verbanden oprichten, hoewel dit natuurlijk niet altijd te voorkomen is. Een welkome wijk komt uit de wijk zelf voort. Destigmatisering, normalisering en inclusie doen we samen!